

Tibor Baranyi

Zur Situation der BewohnerInnen
der Berliner Kriseneinrichtung
„Weglaufhaus Villa Stöckle“

Fachbereich Sozialwesen der Gesamthochschule Kassel

**Zur Situation der BewohnerInnen
der Berliner Kriseneinrichtung
„Weglaufhaus Villa Stöckle“**

Diplom-Arbeit für die Prüfung zum Erwerb
des akademischen Grades
Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge

eingereicht von Tibor Baranyi
Kassel, im Dezember 2001

Erstgutachter: Rolf Schwendter
Zweitgutachter: Wolfram Fischer-Rosenthal

INHALT

EINLEITUNG	6
1 DIE SITUATION PSYCHIATRIEBETROFFENER	11
1.1 Psychiatrie als „Totale Institution“	11
1.2 Die Besonderheiten der Psychiatrie	15
1.3 Die Rolle der Familie	23
1.4 Ein totales System	29
2 DIE ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DES „WEGLAUFHAUS VILLA STÖCKLE“ BERLIN	31
2.1 Einführung.....	31
2.2 Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg (SPK)	31
2.3 Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK)	35
2.4 Irren-Offensive Berlin	37
2.5 Wegloophuis-Bewegung in den Niederlanden	41
2.6 Weglaufhaus-Gruppe Berlin	44
2.7 Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt	50
3 DAS ANGEBOT DES <i>WEGLAUFHAUS VILLA</i> <i>STÖCKLE</i> BERLIN	53
3.1 Einführung.....	53
3.2 Antipsychiatrische Ausrichtung	54
3.3 Das Angebot	61
3.4 Finanzierung	64

4	ZUR SITUATION DER BEWOHNERINNEN DES <i>WEGLAUFHAUS VILLA STÖCKLE</i> BERLIN	65
4.1	Vorbemerkung.....	65
4.2	Evaluation im sozialen Bereich	67
4.3	Qualitätsmanagement im sozialen Bereich	69
4.3.1	Kritik an der Übertragung betriebswirtschaftlicher Modelle.....	69
4.3.2	Fundamentale Kritik an der Qualitätsdebatte mit Focus auf die NutzerInnenorientierung.....	75
4.3.3	Übertragung der Problematik auf den Psychiatriebereich	78
4.3.4	Qualitätssicherung im WLH.....	85
4.4	Eigene exemplarische Interviews mit BewohnerInnen des WLH	94
4.4.1	Kritische Auseinandersetzung mit möglichen Methoden und Vorannahmen	94
4.4.2	Ausgewählte Darstellung der Interviews	99
4.4.3	Auswertung und Einordnung der Interviews.....	121
	FAZIT.....	134
	LITERATURVERZEICHNIS	139

Einleitung

Das *Weglaufhaus Villa Stöckle* Berlin (i. F. WLH) ist eine Kriseneinrichtung für obdachlose Psychiatriebetroffene. In mehrerer Hinsicht vereinigt es einige Besonderheiten in sich. Als einzige soziale Einrichtung in Deutschland ist es direkt aus Teilen der antipsychiatrischen Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfebewegung entstanden. Einmalig in Deutschland ist auch die so entwickelte antipsychiatrisch ausgerichtete Konzeption, die vieles enthält, was für soziale Einrichtungen eher ungewöhnlich ist, wie z.B. die Klausel, die besagt, dass mindestens 50% der MitarbeiterInnen¹ selbst psychiatriebetroffen sein müssen. Angefangen nach über sechsjähriger Vorlaufzeit unter Aushandlung verschiedenster Kompromisse und mit Betretung ungewissen Neulands, hat es das WLH mittlerweile geschafft, das fünfjährige Bestehen zu feiern und sich in Berlin als soziale Einrichtung zu ‚etablieren‘. ‚Etablieren‘ in dem Sinne, dass das WLH es, angesichts der anfänglichen großen Anfeindungen und der scheinbaren Unvereinbarkeit mit dem sonstigen Angebot für obdachlose Psychiatriebetroffene dennoch geschafft hat, eine gewisse Akzeptanz und Anerkennung zu bekommen und die damit verbundene Absicherung seiner Existenz (zumindest bis zum jetzigen Zeitpunkt) zu erreichen.

Nachdem ich ein halbjährliches Praktikum im WLH absolviert hatte und einige aktuelle Debatten aus dem WLH auch nach meiner Praktikumszeit weiterverfolgt habe, nahm ich mir vor, eine tiefergehende Arbeit über das WLH zu schreiben. Während den

¹ Zur Verwendung der weiblichen und männlichen Form: Die weibliche Form füge ich nur hinzu, wenn es sich um reale Personen handelt bspw. „die NutzerInnen sozialer Arbeit“ oder die „MitarbeiterInnen“ (die Verwendung des großen „I“ aus Platzgründen). Handelt es sich um Institutionen bspw. „der Geldgeber“ oder „der Anbieter oder Träger sozialer Angebote“ oder „der Senat“ als „Kunde“, werde ich auf das Hinzufügen der weiblichen Form verzichten.

Vorbereitungen zeichnete sich hierfür sehr schnell eine zentrale Frage ab, ausgehend von dem Anspruch, der sich aus der gesamten Entstehungsgeschichte und der antipsychiatrisch ausgerichteten Konzeption des WLH ergibt:

„Wie geht es den Menschen, die im WLH aufgenommen werden und dort wohnen?“, mit anderen Worten, wie ist die Situation der BewohnerInnen des WLH ?

Doch auch aus einem weiteren, WLH-externen Grund hat die Betrachtung der Situation der BewohnerInnen des WLH eine aktuelle Relevanz: Seit nunmehr knapp zehn Jahren dominieren in der sozialarbeiterischen Praxis mehr und mehr von Seiten der Geldgeber lancierte Diskussionen über *Qualitätssicherung* oder *Qualitätsentwicklung*. Nicht dass Diskussionen und Reflektionen über die *Qualität* der Arbeit gerade für kleine Projekte mit einem hohen politischen und moralisch-ethischem Anspruch (wie es das WLH ist) etwas Neues bedeuten würden. (Mindestens) Zwei Aspekte dieser *Qualitätsdebatte* bedeuten dennoch wichtige Neuerungen für soziale Einrichtungen: Zum einen funktionieren alle diskutierten Modelle zur *Qualitätssicherung* oder *Qualitätsentwicklung* in erster Linie über massive Implementierung rein betriebswirtschaftlicher Kriterien und Betrachtungsweisen in den Bereich der Sozialarbeit.

Zum anderen sind in den letzten Jahren, sozusagen nach der Phase des ‚Diskutierens‘ und ‚Debattierens‘, auf Grundlage genau dieser *Qualitätssicherungs- oder Qualitätsentwicklungsmodelle* für alle sozialen Einrichtungen bindende Gesetzesvorschriften entwickelt worden, von denen nun u.a. ihre Finanzierung abhängt. Der Zusammenhang dieser *Qualitätsdebatte* mit der Situation der BewohnerInnen des WLH ist folgender: analog zum betriebswirtschaftlichen Begriff der *Kundenorientierung* soll in den genannten Modellen die *Prozess- und Ergebnisorientierung* der Arbeit *im Sinne der NutzerInnen* und die *Zufriedenheit der*

NutzerInnen (die in den Modellen zu *Kunden* umdefiniert werden) der sozialen Einrichtungen als Gradmesser für die *Qualität* der Arbeit fungieren. Mit anderen Worten, die Meinung der NutzerInnen soll gehört werden, was gerade im Sozialarbeitsbereich „Obdachlos und Psychiatriebetroffen“ zunächst eine wirkliche Neuerung bedeuten würde. Oder, frei mit Michel Foucault gefragt, bekommt der Wahnsinn, der so lange zum Schweigen verurteilt war, durch die Hintertür dieser betriebswirtschaftlichen Modelle wieder eine Stimme in der Anhörung der Psychiatriebetroffenen nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer sozialen Einrichtung?²

Folgende Vorgehensweise möchte ich wählen, um die Situation der BewohnerInnen des WLH zu betrachten:
Zuallererst werde ich die Situation Psychiatriebetroffener allgemein analysieren. Dies ist m.E. eine unerlässliche Voraussetzung der ganzen Arbeit, da das WLH für seine BewohnerInnen in der Regel nur eine, häufig auch nur kurze, Station in ihren Krisensituationen darstellt und für viele, gerade für die, die sich schon länger im psychiatrischen Versorgungsnetz befinden, vor allem die Psychiatrie lebensbestimmend war oder es noch ist. Trotz aller, sicherlich erfolgreichen Versuche, das WLH als „Gegenpraxis“³ zur Psychiatrie zu etablieren, stellt das psychiatrische System dennoch den Rahmen, den Kontext für alle Bewegungen innerhalb des WLH dar: sei es das WLH als Zufluchtsort vor der Psychiatrie oder drohender Psychiatrisierung, sei es als Ort der Aufarbeitung einer Psychiatriegeschichte, oder sei es als Ort zur Stabilisierung und Erlangung oder Wiedergewinnung von Selbstbestimmung, um perspektivisch zukünftige Einweisungen zu verhindern.

² Vgl. Foucault 1969, S.8

³ Vgl. Kempker 1998

Zentraler Punkt dieser ersten Analyse ist die Tatsache, dass sich die Psychiatrie für die oder den Eingewiesene/n in erster Linie als *Totale Institution* darstellt, mit einer schier uneingeschränkten Machtfülle über sie oder ihn. Dies gilt immer noch, unabhängig aller Reformen (seien es die der *Gemeinde-* oder der *Sozialpsychiatrien*) der letzten vierzig Jahre. Sicherlich stellte die Tatsache, dass sich durch diese Reformen die Aufenthaltsdauer für die meisten Insassen in *der Anstalt als solcher* deutlich verringert hat, für diese eine Verbesserung dar. Es änderte aber an der *Totalität* des psychiatrischen Systems wenig, im Gegenteil, durch die Zergliederung in Zweig- und Außenstellen sowie durch die Zusammenarbeit mit sozialarbeiterischen Maßnahmen wie *Betreutem Wohnen* und die mit den Reformen eng verbundene Idee der *Prävention* hat diese sich eher noch ausgeweitet, weit in gesellschaftliche Bereiche, die zuvor nur wenig bis gar nichts mit der Psychiatrie zu tun hatten.

Diese Zusammenhänge stelle ich, basierend auf Erving Goffmans Arbeit über *Totale Institutionen*, mit Hilfe der Psychiatriekritiken von Franca Basaglia-Ongaro, Franco Basaglia, Thomas Szasz und Robert Castel ich in Kapitel eins dar.

An diese kritische Analyse schließt in Kapitel zwei die direkte Psychiatriekritik der Betroffenenbewegungen. Bei dieser Beschreibung werden die antipsychiatrischen Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfebewegung, aus denen das WLH entstanden ist, zu Wort kommen.

Schließlich komme ich in Kapitel drei zur Beschreibung des Angebots des WLH: Aufnahmebedingungen, Unterstützungsangebot der MitarbeiterInnen, Organisation des Zusammenwohnens der BewohnerInnen, Entscheidungsstrukturen, Räumlichkeiten, Ausschlussverfahren etc.

Diese ersten drei Kapitel bilden die Grundlage für die Erörterung der Fragen, die sich bei näherer Betrachtung der Situation der BewohnerInnen des WLH in Kapitel vier ergeben:

Welche Methoden und Formen der Umfrage sind in einer Einrichtung wie dem WLH überhaupt angemessen und welche Aussagen über die Situation der BewohnerInnen können sie überhaupt machen?

Welche gesellschaftspolitische Relevanz spielt deren Situation, bzw. wer hat überhaupt ein Interesse (außer den BewohnerInnen selbst natürlich) an deren Situation, und wenn dieses besteht, wie sieht es aus?

Als Antworten auf diese Fragen werde ich verschiedene Untersuchungsmöglichkeiten gegeneinanderstellen und kritisieren, sowie exemplarisch eigene Interviews, die ich für diese Arbeit gemacht habe, einbringen. Hier kommt auch die *Qualitätsdebatte* ins Spiel: meine Kritik der herrschenden Modelle und deren Versprechen der *Qualitätssicherung* oder *–entwicklung im Sinne des Kunden* soll beispielhaft zeigen, wie eng die Antworten auf die beiden oben gestellten Fragen zusammenhängen und wie illusorisch Ideen ‚neutraler‘ Untersuchungen sind. Aus diesem Grund werde ich auch von Anfang an versuchen, meinen *parteilichen* Standpunkt transparent zu machen. Parteilicher Standpunkt in dem Sinne, dass mein größtes Interesse in Zusammenhang mit Untersuchungen über die Situation der BewohnerInnen des WLH die Frage ist, ob diese einen Nutzen für die Betroffenen bringen können oder nicht.⁴

⁴ Ursprünglich hätte ich mir gewünscht, eine empirisch ausgerichtete Arbeit, d.h. eine Untersuchung basiert auf eigenem Interviewmaterial zu machen, in der Rückgriffe auf Literatur nur exemplarischen Charakter zur kurzen Einordnung des jeweiligen Kontextes gehabt hätten. Da dies aus organisatorischen Gründen im Rahmen einer Diplomarbeit aber nicht möglich war, fungieren meine eigenen Interviews nun als exemplarisches empirisches Material zur Ergänzung und Stützung der ansonsten literaturbasierten Arbeit.

1 Die Situation Psychiatriebetroffener

1.1 Psychiatrie als „Totale Institution“

Die Situation Psychiatriebetroffener, als PatientInnen in psychiatrischer Behandlung oder als InsassInnen einer psychiatrischen Anstalt, weist im Vergleich zu der Situation von Patienten in sonstiger medizinischer Behandlung oder von Insassen sonstiger Heil – Anstalten eine gravierende Besonderheit auf: die Zwangsbehandlung. Wenn eine Person in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen wird, so stellt diese Tatsache, dass sie zwangsweise, gegen ihren Willen, behandelt werden kann und in der Regel auch zwangsweise behandelt wird, einen entscheidenden Moment dar, da dieser Person dadurch schlagartig elementare Rechte abhanden kommen. Rechte, wie das Recht, seinen Aufenthalt zu bestimmen, eine medizinische Behandlung abzulehnen (damit verbunden das Recht auf körperliche Unversehrtheit) und das Recht, eine persönliche Beziehung einzugehen oder nicht. Hierbei spielt zunächst einmal keine Rolle, ob die Person zwangseingewiesen wird oder sich freiwillig in eine psychiatrische Anstalt begibt – als Insassin der Anstalt sieht sie sich auch als „Freiwillige“ mit der Zwangsbehandlung konfrontiert. Der dissidente Psychiater Thomas Szasz redet hier sogar von „Freiheitsberaubung“, die „auf das krasseste zeitgenössische Auffassungen von den menschlichen Grundrechten missachtet“⁵.

Sicherlich wäre an diesem Punkt zunächst eine grundsätzliche Erörterung wichtig, inwieweit die oben genannten „Grundrechte“ überhaupt gegeben sind, angesichts ihrer Einschränkung durch staatliche Autoritäten (Polizei, Arbeits-, Sozialamt, Ausländerbehörde, usw.), private Autoritäten (Firmen, Krankenkassen, private Sicherheitsdienste, usw.) und familiäre

wie freundschaftliche Abhängigkeitsverhältnisse, und wenn ja, für wen.⁶ Im Gegensatz zu diesen allgemeinen, gesellschaftlichen Einschränkungen der „Grundrechte“ machen aber zwei weitere Besonderheiten der Psychiatrie einen großen Unterschied aus : zum einen die Tatsache, dass man sich in der Psychiatrie unter *einer einzigen Autorität* wiederfindet, zum anderen die Tatsache, dass diese „Freiheitsberaubung“ oder „Missachtung der Grundrechte“ in der Psychiatrie *medizinisch* gerechtfertigt wird, als Behandlung im Interesse der Betroffenen. Auf diese beiden Punkte möchte ich mich konzentrieren, da sie m.E. die bedeutendsten strukturellen Rahmenbedingungen der Situation Psychiatriebetroffener darstellen. Hierbei werde ich auf den vom Soziologen Erving Goffman geprägten Begriff der *Totalen Institution*, zu dem er den Institutionstypus Psychiatrie zählt, zurückgreifen.

Nach Goffman sind alle Institutionen „tendenziell allumfassend“, da sie „einen Teil der Zeit und der Interessen ihrer Mitglieder in Anspruch“ nehmen und „für sie eine Art Welt für sich“⁷ darstellen. Jedoch, so Goffman:

„Betrachten wir die verschiedenen Institute innerhalb der westlichen Zivilisation, so finden wir, dass einige ungleich allumfassender sind als andere. Ihr allumfassender oder totaler Charakter wird symbolisiert durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit, die häufig direkt in die dingliche Anlage eingebaut sind, wie verschlossene Tore, hohe Mauern, Stacheldraht, Felsen, Wasser, Wälder oder Moore. Solche Einrichtungen nenne ich totale Institutionen [...]“⁸

Weiterhin definiert Goffman eine *Totale Institution* wie folgt:

„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen

⁵ Szasz 1975, S.97

⁶ Wichtig wären hier die Beispiele: Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch die *Residenzpflicht* für AsylbewerberInnen oder die quasi-Rechtslosigkeit von sog. „Illegalen“ zu nennen.

⁷ Goffman 1972, S.15

⁸ Goffman 1972, S.16f

alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“⁹

Für diese Definition gilt natürlich eine Einschränkung:

„[...] offenbart findet sich keines der von mir beschriebenen Elemente ausschließlich in totalen Institutionen, und keines ist allen gemeinsam. *Bezeichnend für totale Institutionen ist, dass sie alle einen beträchtlichen Anteil dieser Gruppe von Attributen aufweisen* (Hervorhebung T.B.).“¹⁰

Für die *Totale Institution* Psychiatrie bedeutet das also, dass die „tägliche Arbeit“ sicherlich nicht im Mittelpunkt des Geschehens der InsassInnen steht und ihr Alltag in einer Psychiatrie nicht als „Arbeitstag“ bezeichnet werden kann, d.h. Punkt 2 und Punkt 3 von Goffmans Definition gelten für die Psychiatrie mit Abstrichen. Die Übertragung auf den Bereich Psychiatrie findet sich bei Szasz, indem er Goffmans Definition aufgreift und Punkt 2 und Punkt 3 für den Bereich Psychiatrie folgendermaßen ‚übersetzt‘:

„2. Für private Beschäftigungen und Unternehmungen ist nur wenig oder überhaupt kein Raum. Der Insasse ist ständig in Gesellschaft von anderen.[...] 3. Der Tagesablauf ist genau geregelt und folgt keineswegs den Interessen und Wünschen der Insassen, sondern wird von oben auferlegt.“¹¹

Szasz zeigt hier sehr deutlich die Relevanz dieser beiden Punkte von Goffmans Definition für eine Analyse der Situation Psychiatriebetroffener. Zum einen durch den Verweis (in Punkt 2)

⁹ Ebd., S.17

¹⁰ Ebd.

¹¹ Szasz 1978, S.79

auf den Eingriff in die Privatsphäre psychiatrischer PatientInnen, beispielsweise durch sanften oder massiven Druck zur ‚Offenbarung‘ oder zum ‚Sich-Öffnen‘ in einer therapeutischen Sitzung bis hin zur völligen Beraubung jeglicher Privatsphäre auf einer geschlossenen Station. Zum anderen zeigt er deren Relevanz durch die Betonung der wichtigen Tatsache (Punkt 3), dass die Interessen und Wünsche der InsassInnen keine Rolle im Tagesablauf einer Psychiatrie spielen, welches bezogen auf Punkt 3 die entscheidendere Feststellung ist; ob die InsassInnen jeweils zur Arbeit oder zum Nichtstun „verdonnert“ werden (wie es in der Psychiatrie eher der Fall ist), ist erst einmal zweitrangig.¹²

Auch die der italienischen demokratischen Psychiatriebewegung angehörende Franca Basaglia-Ongaro bezieht sich auf Goffmans Definition, da ihrer Meinung nach „das Problem der Institutionalisierung [...] in Wirklichkeit das Hauptproblem der Karriere des Geisteskranken“¹³ ist. Sie fasst Goffmans Definition *Totaler Institutionen* folgendermaßen zusammen:

„Sie sind bürokratische Organisationen für ganze Gruppen von Menschen, und ihre Zielsetzung transzendiert den ‚Menschen‘, lässt ihn in der Organisation selbst aufgehen.“

Auf die *Totale Institution* Psychiatrie bezogen, resultiere daraus ein „Institutionalisierungsprozess des Kranken“:

„Der Kranke ist gezwungen, in eine Einrichtung einzutreten, die ihn sich ganz und gar einverleibt.[...] Der Kranke verliert seine Persönlichkeitsmerkmale, um das einzige Merkmal anzunehmen, das ihm zugestanden wird, nämlich ein Objekt der Institution zu sein.“¹⁴

¹² Das Unternehmen sollte bei dieser ersten Annäherung an die Relevanz Goffmans Definition für die Betrachtung der Situation Psychiatriebetroffener klar geworden sein: es geht nicht darum, sich sklavisch an Goffmans Definition zu halten, diese soll vielmehr, ganz im Sinne seiner eigenen, oben genannten Einschränkung, als Grundraster für die weitere Untersuchung herhalten.

¹³ Basaglia-Ongaro 1974, S.248

¹⁴ Basaglia-Ongaro 1974, S.249

Die „Transzendierung des Menschen“ in der Psychiatrie unterscheidet sich allerdings von der in anderen *Totalen Institutionen* wie z.B. dem Gefängnis, in denen es i.d.R. klare Vorgaben gibt, weswegen und wie lange man inhaftiert ist und wie man sich zu verhalten hat während dieser Zeit. Solche klaren Vorgaben gibt es bei einer Psychiatrisierung nicht.

Szasz:

„[...] nicht zuletzt basiert seine Entlassung (die des Patienten, T.B.) nicht auf objektiven Kriterien, wie etwa dem der Inhaftierung für eine vorgegebene Zeit. Vielmehr hängt sie davon ab, ob nach dem Urteil des Personals ein Persönlichkeitswandel stattgefunden hat.“¹⁵

Das liegt daran, dass die Psychiatrie eine andere Zielsetzung als die sonstigen Totalen Institutionen hat.

1.2 Die Besonderheiten der Psychiatrie

Ziel des Aufenthalts in einer psychiatrischen Anstalt ist die „Genesung“ der aufgenommenen Person. So wird dieser Aufenthalt nicht als *Strafe* definiert, sondern als *Behandlung*, d.h., er wird, wie oben erwähnt, nicht juristisch, sondern medizinisch gerechtfertigt. Diese *Behandlung* fordert von den PatientInnen eine viel größere Anpassungsleistung und bewirkt eine viel radikalere Umwandlung ihrer Persönlichkeit als die *Strafe* für Kriminelle. Denn die Symptome dieser *Krankheiten*, die behandelt werden, sind nach Goffman abweichende Verhaltensweisen, die als destruktiv für die betroffene Person oder ihr soziales Umfeld angesehen werden. Diese Verhaltensweisen beziehen sich nicht auf eine bestimmte abweichende Handlung, auf eine *Tat*, sondern stellen eine mehr oder weniger permanente Übertretung sozialer

¹⁵ Szasz 1978, S.79f

Regeln oder Missachtung sozialer Erwartungen dar.¹⁶ Am Ende der Behandlung in einer Psychiatrie soll also eine Änderung des gesamten Verhaltens der PatientInnen erreicht werden, bzw. lässt sich ihre „Genesung“ danach beurteilen. Dieser Behandlungsanspruch macht auch deutlich, warum die Psychiatrie im Gegensatz zu anderen medizinischen Institutionen eine *Totale Institution* ist. Daher auch die Zwangseinweisungen und –behandlungen.

Eine Person mit einem gebrochenen Bein, sehr starkem Fieber oder einem extrem juckenden Hautausschlag wird sich früher oder später von sich aus in medizinische Behandlung begeben. Warum sollte dagegen eine Person, die ihr ganzes Haus weckt, damit sich alle im Hof versammeln, um den Heiland oder Messias zu empfangen, das Bankkonto der Familie plündert, um mit der ganzen Firma eine Riesen-Party zu feiern oder sich versucht umzubringen, weil sie in ihrem gesamten Leben keine Chance mehr sieht, warum sollte diese Person sich ausgerechnet in medizinische Behandlung begeben, wo es doch, aus ihrer Sicht, keine Probleme gibt, oder aber solche, gegen die alles andere geradezu lächerlich wirkt?

So muss diese letztgenannte Person zwangseingewiesen und zwangsbehandelt werden, weil bei ihr die ersten beiden „Formen der normativen sozialen Kontrolle“¹⁷, sowohl die „persönliche Kontrolle“, bei der man „als sein eigener Polizist fungiert“ als auch die „informelle soziale Kontrolle“, bei der alle „betroffenen Parteien einen warnen, dass man von der Regel abweicht“ nicht mehr greifen, und sie so zu einer Bedrohung der sozialen Ordnung¹⁸ geworden ist.

Szasz zufolge ist der Begriff der *Krankheit* hierbei nichts anderes als eine „Metapher“:

¹⁶ Vgl. Goffman 1980, S.196

¹⁷ Nach Goffman 1980, S.197f.

¹⁸ Sei es der öffentlichen sozialen Ordnung oder der familiären/freundschaftlichen sozialen Ordnung.

„Wenn wir mit 'Krankheit' eine Störung des menschlichen Körpers als physikalisch-chemische Maschine meinen, sagen wir damit, dass das, was wir funktionale Geisteskrankheiten nennen, ganz und gar keine Krankheiten sind. Personen, die angeblich an solchen Störungen leiden, sind soziale Abweichler oder sozial nicht recht tauglich oder befinden sich im Konflikt mit Individuen, Gruppen oder Institutionen.“¹⁹

Die alleinige Verwendung des Begriffs der Metapher in diesem Zusammenhang ist sicherlich umstritten. Man könnte hier nun einwenden, dass es durchaus physikalisch-chemische Störungen des Körpers gibt, die zu sozial abweichendem Verhalten führen können (z.B. Gehirnverletzungen nach einem Autounfall oder Alkohol- oder sonstige Vergiftungen). Szasz geht jedoch noch den entscheidenden Schritt weiter, indem er sagt, dass der zentrale Punkt seiner Psychiatriekritik jenseits einer Spekulation über die Ursachen der *Geisteskrankheiten* liegt:

„Wenn nun jedoch Patienten mit nachweisbaren Gehirnerkrankungen gegen ihren Willen hospitalisiert werden, dann vorrangig deshalb, weil man ihr Verhalten sozial kontrollieren will. Der Behandlung des Leidens kommt bestenfalls zweitrangige Bedeutung zu. Oft gibt es gar keine Therapie, und dann bezeichnet man einfach die Anstaltsunterbringung als ‚Behandlung‘. [...] Daher würde mein Argument gegen die unfreiwillige Anstaltsunterbringung Geisteskranker selbst dann noch zutreffen, wenn künftige Forschungen einmal den ‚organischen‘ Charakter bestimmter, heute für ‚funktional‘ gehaltener Geisteskrankheiten aufzeigen sollten.“²⁰

In die gleiche Richtung argumentiert auch Goffman. Auch er sagt über Abwägungen der verschiedenen Möglichkeiten von *Krankheitsursachen*:

„Alles das steht hier nicht zur Debatte. Denn wenn eine Handlung, die später als psychisches Symptom aufgefasst wird, von dem Individuum, das später als Geisteskranker angesehen wird, zum ersten mal ausgeführt wird, wird sie nicht als Krankheitssymptom betrachtet, sondern als eine Abweichung von

¹⁹ Szasz 1978, S.99

²⁰ Szasz 1978, S.99

sozialen Normen, das heißt als Verstoß gegen soziale Regeln und soziale Erwartungen.“²¹

Aus diesem Grund folgt für ihn daraus, dass dieses Problem „eher ein politisches als ein medizinisches“²² sei.

Was ist nun also dran an der Behauptung der psychiatrischen Vertreter, sie würden Menschen mit ihrer Behandlung helfen, auch wenn diese es manchmal nicht gleich einsehen würden?
Gerade auch im Hinblick auf die Menschen, die von sich aus Zuflucht und Hilfe suchen, d.h., die nicht zwangseingewiesen werden?

An dieser Stelle sind wir zu dem zentralen Widerspruch der Psychiatrie gekommen. Der Soziologe Robert Castel bringt ihn m. E. genau auf den Punkt, indem er sagt, dies sei der Widerspruch „zwischen einem mit Nachdruck proklamierten therapeutischen Zweck und den administrativ-politischen Funktionen der sozialen Kontrolle“²³.

Castel fährt fort, dass dieser Widerspruch aber permanent verschleiert würde durch die Missachtung des zweiten Punktes, des Problems der sozialen Kontrolle. Selbst wenn dieser Widerspruch in der Psychiatrie gesehen werde, dann würde so getan, als sei er aufzulösen durch eine rein technische Verbesserung der psychiatrischen Behandlung.

Hier weist Castel jetzt auf einen ungeheuer wichtigen Aspekt hin, den ich in dieser Arbeit noch einmal gesondert aufgreifen werde: der beschriebene Widerspruch lässt sich eben nicht durch eine bloße Verbesserung der Therapie auflösen. Es spielt keine Rolle, ob es sich hierbei um die klassische, schulmedizinische Psychiatrie handelt, die *psychische Krankheiten* als rein

²¹ Goffman 1980, S.197

²² Ebd.

²³ Castel 1980, S.81

somatische Krankheiten betrachtet, oder um eine eher psychoanalytische orientierte Psychiatrie, die in der *Psyche* alle Ursachen sieht oder aber um eine *Sozial- oder Gemeindepsychiatrie*, die eine *Hospitalisierung* möglichst vermeiden möchte und gesellschaftliche Aspekte in die Diagnose mit aufnimmt. Anders gesagt: egal ob eine Psychiatrie der einen Ausrichtung ihre Geräte, ihr Personal oder ihre Diagnostik noch so sehr technisch verfeinert, oder ob eine Psychiatrie der anderen Ausrichtung noch so fortschrittliche Reformen einführt; solange der gesellschaftspolitische Auftrag der sozialen Kontrolle der InsassInnen bestehen bleibt, wird sich dieser Widerspruch nicht auflösen.²⁴

Daher möchte ich diesen ersten Punkt des Widerspruchs, der Frage der sozialen Kontrolle, mit Hilfe der Psychiatriekritik der aus der italienischen *Demokratischen Psychiatriebewegung* kommenden PsychiaterInnen Franca Basaglia-Ongaro und Franco Basaglia noch weiterentwickeln:

Sie betonen, dass eine Person, die in eine Psychiatrie kommt, schon vor ihrer Einweisung durch ihr von der sozialen Norm abweichendes Verhalten mehr und mehr von ihrem Umfeld ausgeschlossen wird.²⁵ Durch die Diagnose wird sich dieser schon angebahnte oder sogar vollzogene Ausschluss schließlich wissenschaftlich untermauert und sanktioniert. Die Diagnose beschränkt sich nach Basaglia letztlich nur darauf, die Abweichungen von der Norm zu beschreiben. Sie ist eine Ettiketierung, die PatientInnen auf eine Passivität festschreiben, die keinen Widerspruch und keine Auseinandersetzung duldet. Sie werden so in eine Objektrolle gedrängt ohne Möglichkeit zum eigenen Handeln, da ihr gesamtes Verhalten nunmehr nur noch

²⁴ Auf diesen Punkt werde ich in der Arbeit noch einige Male zurückkommen. S. Kap?...

²⁵ Vgl. i.f. Basaglia-Ongaro 1974, und Basaglia 1971

Ausdruck, Symptom der *Krankheit* ist. So wird auch jegliche Kritik²⁶ an dieser Behandlung pathologisiert.

Dies zeigt sich auch an der Handhabung der *Fall- oder Krankengeschichte*. Basaglia-Ongaro bezieht sich hier auf einen Text von Goffman, in dem er die *Fallgeschichte* als „wichtigen Ausdruck“ des „in Heilanstalten bürokratisch institutionalisierten [...] äußerst weitreichenden Mandats der psychiatrischen Beurteilung“²⁷ sieht:

„In der Regel dient dieses Dossier offenbar aber nicht dazu, diejenigen Fälle zu registrieren, in denen der Patient die Fähigkeit bewies, ehrenhaft und effektiv mit schwierigen Lebenssituationen fertig zu werden. [...] Vielmehr dient es dazu, zu beweisen, inwiefern der Patient „krank“ ist und warum es richtig war, ihn in die Klinik einzuliefern und die Hospitalisierung aufrechtzuerhalten.“²⁸

Der Krankenbericht werde also geradezu als „Eingangsbeleg bereitgehalten“, als Begründung der Einweisung, so Basaglia-Ongaro in ihrem Kommentar zu Goffman. Darin gehe es demnach nicht darum, wirkliche Begebenheiten herauszufinden, sondern nur um die Konstruktion eines Bildes, das den Bedingungen und Anforderungen der Klinik voll und ganz entspricht. Hierbei gehen die Verantwortlichen bisweilen soweit, Symptome oder als symptomatisch angesehene Zustände oder Verhaltensweisen notfalls als gegeben vorauszusetzen oder sogar zu erzwingen, auch wenn diese nicht ersichtlich sind.²⁹

Diese passive Objektrolle, in die psychiatrische PatientInnen durch die Diagnose *psychisch krank* notfalls unter Zwang hineingedrängt

²⁶ Vgl. hier auch Goffman 1972, S.43 ff.

²⁷ Goffman: „Die heute gültige psychiatrische Doktrin definiert Geisteskrankheiten als einen in den frühen Lebensjahren des Patienten verursachten Zustand, dessen Anzeichen den ganzen Verlauf seines Lebens durchziehen und der sich auf nahezu alle Aspekte seines gegenwärtigen Tuns auswirkt. Kein Sektor seines gegenwärtigen oder früheren Lebens ist also der Zuständigkeit und dem Mandat der psychiatrischen Beurteilung entzogen.“ Goffman 1972, S.153f.

²⁸ Goffman 1972., S.154

²⁹ Vgl. Basaglia-Ongaro 1974, S.253

werden, wirkt sich nach Basaglia allerdings unterschiedlich schwer auf diese aus, abhängig von deren sozio-ökonomischen Status³⁰. Kommt bspw. eine Person mit einer hohen sozialen Stellung, von hohem sozialen Wert, aufgrund ihres abnormen Verhaltens in Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem, so ist sie i.d.R. in der relativ glücklicheren Situation, in einer „aristokratischen Beziehung“ zu den behandelnden PsychiaterInnen zu stehen, so dass sie zumindest nicht „passiv der Macht des Arztes unterliegt“. Das bedeutet nichts anderes, als dass sich „weniger Menschen, als vielmehr verschiedene Formen der Macht begegnen“: sobald dem sozialen Wert dieser Person kein effektiver ökonomischer Wert mehr zugrunde liegt, verliert sie ihre Macht und somit ihre Einflussmöglichkeit auf die Behandlung. Desweiteren unterscheidet Basaglia die einfache „Beziehung Psychiater-Kassenpatient“. Bei dieser ist es ihm zufolge entscheidend, ob die PatientInnen in diesem Fall ein „beachtliches Maß an Reife und Klassenbewusstsein“ mitbringen, um ihre Rechte gegenüber den jeweiligen ÄrztInnen durchzusetzen. Selbst wenn dies der Fall sein sollte, haben hierbei die ÄrztInnen im Gegensatz zum ersten Beispiel allerdings immer noch die Möglichkeit, auf ihre „technische Macht“ zurückzugreifen, um Beschwerden zu umgehen und sich durchzusetzen. Als dritte mögliche Beziehung PatientInnen-Behandelnde beschreibt Basaglia schließlich die Situation der Menschen, über die diese Arbeit handelt, d.h. die Situation von PatientInnen der Institution Psychiatrie:

„Die institutionelle Beziehung, bei der die absolute Macht des Arztes (und das muss nicht einmal unbedingt seine technische Macht sein) so rapide zunimmt, wie die des Kranken rapide abnimmt; denn durch die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt wird der Kranke automatisch zu einem Staatsbürger ohne Rechte, ja ist der Willkür der Ärzte und Pfleger ausgesetzt, die mit ihm machen können, was sie wollen, ohne dass er je

³⁰ Vgl. i.f., bzw. alle Zitate i.f. Basaglia 1971, S.130f.

etwas dagegen unternehmen könnte. Im Bereich der Institutionen existiert keine Wechselbeziehung; [...] . [...] gerade hier wird evident, dass es gar nicht so sehr um die Krankheit geht als vielmehr um die Tatsache, dass der Kranke für die Gesellschaft als Verhandlungspartner absolut wertlos ist;[...].“³¹

Dies zeigt, dass die Möglichkeit der Beeinflussung oder Mitbestimmung einer psychiatrischen Behandlung in hohem Maße von der sozio-ökonomischen Stellung der PatientInnen abhängt.

Auch bei Castel ist dieser Aspekt ähnlicher Form zu finden. In einer Kritik an der psychoanalytisch ausgerichteten Psychiatrie wirft er der Psychoanalyse vor, diese sozial-politischen Tatsachen wenig oder gar nicht zu beachten:

„Was wiegt zum Beispiel ein Ödipuskomplex – angenommen, der Ödipuskomplex habe ein Gewicht – gegenüber der zweifachen Objektivität der Krankheit: gegenüber der aktuellen institutionellen Situation des Kranken, der von den Aufsichtsstrukturen zermalmt wird, und gegenüber der vorangegangenen Situation einer früheren sozialen Marginalisierung, d.h. erbärmlichen materiellen Existenzbedingungen, ungesicherter Beschäftigungslage oder Arbeitslosigkeit usw., die in aller Regel ihn in die Institution geführt hat.“³²

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass eher Menschen aus unterprivilegierten, sozio-ökonomisch schwachen Schichten den Weg unter die absolute Macht einer Totalen Institution Psychiatrie finden und ihre schwache Stellung dort bestätigt und gefestigt wird. Hierbei handelt es sich also um Menschen, die sich ohnehin schon in einer sozial prekären Lage befinden: Entweder permanent bedroht, aus dem Produktionsprozess herauszufallen oder aber schon von vornherein nicht an diesem beteiligt zu sein, haben sie nichts, was sie der absoluten Macht der Totalen

³¹ Basaglia 1971, S.131; dieses Zitat ist letztlich auch Basaglias Definition der *Totalen Institution* Psychiatrie!

³² Castel 1980, S.93f.

Institution entgegensetzen können. Oder mit Basaglia gesprochen: sind sie Personen „ohne Verhandlungsstärke“. Werden diese nun sozial auffällig und weichen in ihrem Verhalten von der sozialen Norm ab, so werden sie zu einem Problem der 'öffentlichen Ordnung' oder sogar zu einer Gefährdung des Produktionsprozesses. So ist nach Basaglia-Ongaro ihre Psychiatrisierung als soziale Kontrolle wichtig, um die „Gesunden“ und die „Solidität des Systems“ zu „schützen“.³³

Für Szasz bedeutet dies nichts anderes, als dass „sich ein Teil der Gesellschaft auf Kosten eines anderen Teils bestimmte Vorteile verschafft“³⁴.

Ich denke, diese Schlussfolgerungen (gerade die von Szasz) bergen die Gefahr der Vereinfachung und zu starken Schematisierung. Wer genau dieser „eine Teil der Gesellschaft“ ist, bedarf sicherlich einer genaueren Betrachtung. Auch gehört zur 'öffentlichen Ordnung' sicherlich nicht nur die staatliche Ordnung oder ein geordneter Produktionsprozess; auch die anderen sozialen Systeme wie Familie oder Freundeskreise spielen hier eine wichtige Rolle und ziehen z.T. auch ihren Vorteil aus einer Psychiatrisierung abweichender und 'gefährlicher' Menschen. Goffman hat diesen Aspekt in seinen Untersuchungen zur „Moralischen Karriere des Geisteskranken“ und zur „Verrücktheit des Platzes“ sehr aufschlussreich und detailliert erklärt. Da ich diesen Punkt für außerordentlich wichtig erachte und es für einen Fehler halte, undifferenziert von einer *Macht* oder einem *System* zu sprechen, sollen diese Untersuchungen im folgenden besprochen werden.

1.3 Die Rolle der Familie

³³ Vgl. Basagli-Ongaro 1974, S.238

³⁴ Szasz 1975, S.106

Nach Goffman stellen Familienmitglieder mit stark abweichendem Verhalten, welches später als Symptom einer *psychischen Krankheit* angesehen wird, eine große Gefährdung für die soziale Ordnung der Familie dar.

Da jede Familie ähnlich einem Unternehmen für den Erhalt ihres sozialen Status in der Gesellschaft geschickt mit ihren Ressourcen umgehen muss, kann sie sich sozial störende oder nicht funktionierende Mitglieder, die diese Ressourcen „mutwillig“ verschwenden auf die Dauer nicht leisten.³⁵ Gerade bei der extrovertierten und offensiv störenden Formen der Abweichung³⁶ stößt nach Goffman die Familie schnell an ihre Grenzen, Regelverstöße gegen ihre soziale Ordnung selbständig zu ahnden und zu unterbinden. An diesem Punkt zeigt sich, so Goffman, „im extremen Maße die Verwundbarkeit der Familie“³⁷, da diese nur funktionieren kann, wenn jedes Mitglied seinen ihm vorgesehenen Platz einnimmt, gegenseitige Bestätigung signalisiert und so eine gewisse Voraussagbarkeit der Handlungen gewährleistet ist.

„Haushalte können kaum in Gang gehalten werden, wenn es nicht möglich ist, sich auf den guten Willen der Bewohner zu verlassen.“³⁸

So wird sich jede Familie früher oder später an eine äußere Hilfe wenden.

Der Vollständigkeit halber sei hier auch noch darauf hingewiesen, dass bspw. die FamiliensoziologInnen um Gregory Bateson und Don Jackson die Rolle des abweichenden, „psychisch kranken“ Familienmitgliedes ganz anders gesehen haben. Für sie bekleiden diese eine für das Sozialgefüge der Familie wichtige Funktion als „Sündenböcke“. Das heißt, ihr abweichendes Verhalten ist der entscheidende Moment ihrer sozialen Rolle, ihres vorgesehenen

³⁵ Vgl. Goffman 1980, S.215 ff.

³⁶ Goffman verwendet hier als Beispiel den Diagnosebegriff *manisches Verhalten*

³⁷ Goffman 1980, S.217

³⁸ Ebd., S.218

Platzes innerhalb der Familie. Sogar soweit, dass die Übernahme dieser Rolle ein Funktionieren des Sozialgefüges der Familie überhaupt erst möglich macht.³⁹

Für meine Arbeit steht jedoch ein anderer Aspekt im Zentrum: die Rolle der Familie bei der Einweisung. Denn auch wenn ein Familienmitglied mit scheinbar unerklärlichem, sozial abweichenden Verhalten nicht als Bedrohung der Familie, sondern als konstitutiv für den Familienprozess angesehen wird, kommt in der Regel der Moment, in dem eine Hilfe von außen kontaktiert wird oder, um einmal vorweg zu greifen, in dem die Familie aus der Psychiatrisierung des Familienmitglieds ihren Nutzen zieht. Dies ist der Moment der SpezialistInnen. Oder mit Goffman gesprochen: nun kommt „die Kette von Agenten oder Agenturen, die schicksalhaft auf seinem (des besagten Familienmitglieds T.B.) Weg vom Status des Bürgers zum Status des Patienten mitwirken“⁴⁰ in Gang. Hierbei stehen die nächsten Vertrauten an erster Stelle, indem sie die Problematik nach außen tragen. Dann wird es einen „Beschwerdeführer“ geben, wie Goffman diese Person nennt, die das Hinzuziehen von SpezialistInnen verlangen wird. Diese wiederum veranlassen die Einweisung in eine Psychiatrie. Natürlich können die nächsten Vertrauten auch die zweite und dritte Stelle übergehen und das problematische Familienmitglied direkt in die Klinik bringen. Entscheidend ist, dass die dort verantwortliche Psychiaterin oder der Psychiater nun die „Vermittler“ sind, die „ins Vertrauen gezogen werden“ oder denen das „Vertrauen“ der nächsten Vertrauten, in unserem Beispiel der Familie, „geschenkt“ wird.

Für die betroffene Person bedeutet dies jedoch, dass sie aus seiner Sicht Opfer einer „gegen sich gerichteten Entfremdungscoalition“ wird: häufig werden die Absprachen der

³⁹ Vgl. Bateson, Jackson u.a. 1974

⁴⁰ Goffman 1972, S.135

Vertrauten mit den von ihnen konsultierten Stellen ohne ihn oder/und gegen seinen Willen getroffen. Häufig wird ihm gedroht, dass der Kontakt zu ihm abgebrochen würde, falls er nicht mitspielt, eine Drohung, die schwer wiegt angesichts der Tatsache, dass es sich um die nächsten Vertrauten handelt und die betroffene Person abhängig von ihnen ist.⁴¹

Verkompliziert wird die Situation zum einen dadurch, dass alle Beteiligten betonen, dass alles nur im Interesse der betroffenen Person geschehe. Zum anderen wird sie nicht über die wahren Begebenheiten und Widersprüche in der Psychiatrie (s.o.) aufgeklärt, um eine Eskalation der Situation zu vermeiden. Die engsten Vertrauten spielen dabei eine große Rolle⁴², denn sie wollen ja tatsächlich nur 'das Beste' für die betroffene Person, ihre Beteiligung an der ganzen Sache ist der Beweis, dass diese Aktion nicht 'gegen sie' gerichtet sein kann. Dies vertuscht jedoch die Tatsache, dass die ganze „Kette der Agenten oder Agenturen“ für die betroffene Person aber nach Goffman wie ein „Betrugs-Trichter“ funktioniert: jedes Hinzuziehen eines weiteren Glieds dieser Kette bedeutet de facto eine Verschlechterung ihres sozialen Status und ihrer rechtlichen Situation. Diese Verwirrung stiftende Verschleierung aller beteiligten Instanzen und die „Rollenkomplementarität“ der engsten Vertrauten kann zu der absurden Situation führen, dass der

„vorklinische Patient [...] die ganze Kette von zu Hause bis in die Klinik zurücklegen [kann], ohne dass jemand gezwungen wird, das Geschehen ins Auge zu fassen oder sich mit dem Gefühlsausbruch auseinander zusetzen, den die ganze Situation wohl rechtfertigen würde“⁴³.

Der Gewinn ist für die Vertrauten nach Goffman folgender:

⁴¹ Ergänzend zu Goffmans Theorie muss man an dieser Stelle m.E. erwähnen, dass die anderen Familienmitglieder u.U. wirklich unter der abweichenden Person leiden und deren Einweisung aus einer Überforderungssituation mangels Alternativen anstreben. Die Situation der anderen Familienmitglieder spielt bei Goffmans Betrachtung aber keine Rolle; auch in meiner Arbeit soll der Prozess der Einweisung nur aus der Sicht der Betroffenen beleuchtet werden.

⁴² Dies ist ihr Dienst für die Psychiatrie, der von dieser auch vehement eingefordert wird.

⁴³ Goffman 1972, S.140

Zum einen kann die Diagnose der Psychiaterin/des Psychiaters die Vertrauten von möglichen Schuldgefühlen befreien, in jedem Fall nimmt sie ihnen die Mitverantwortung für die Situation. Zum anderen, ein Punkt der m.E. wichtiger ist, liefert die Diagnose und die Zusammenarbeit mit diesen angesehenen Spezialkräften die „so dringend benötigte Bestätigung ihrer Auffassung der Ereignisse“⁴⁴. Sei es, im Fall einer Familie, die Bestätigung deren Bedrohung durch die besagte Person oder die Bestätigung deren „Sündenbockfunktion“ innerhalb der Familie.

Diese Zusammenarbeit im gegenseitigen Interesse der Vertrauten mit den psychiatrischen Instanzen, die für alle gewinnbringend ist, nur nicht für die betroffene Person, muss letztendlich zu deren Verbitterung und dem Gefühl, Opfer einer Verschwörung zu sein, führen.

Schließlich macht Goffman noch auf ein besonderes Phänomen aufmerksam:

Ist eine psychiatrisierte Person stark abhängig von den Vertrauten, die sie in die ihre Einweisung mit veranlasst haben, so wird sie sich wahrscheinlich irgendwann der offiziellen Version anschließen und ihrer Diagnose Glauben schenken. Denn es sind die einzigen Vertrauten, die sie hat. Dieser Aspekt lässt einige *Genesungen oder Krankheitseinsichten psychisch Kranker* in einem anderen Licht dastehen.

Die Rolle der Familie bei einer Psychiatrisierung betreffend bringt Goffman noch ein weiteres Beispiel, das die Funktion der Psychiatrie in diesem Zusammenhang noch mehr verdeutlicht. Die Psychoanalyse, so Goffman, hat das Problem der beschriebenen „Verschwörungscoalition“ erkannt und versucht, dem entgegenzuwirken durch Diskretion und Parteinahme zugunsten der therapierten Person.⁴⁵ Ist eine Person also

⁴⁴ Goffman 1980, S.226

⁴⁵ Vgl. Goffman, S.230 ff.

selbstbewusst und vermögend genug, sich solche Therapiesitzungen leisten zu können, wird die Therapeutin/der Therapeut versuchen, den Einfluss der Familie auf die Therapie zu minimieren, was diese aber wiederum als Verschwörung gegen sich auffassen kann. Die soziale Ordnung der Familie wird in diesem Fall also dadurch wiederhergestellt, dass die anderen Familienmitglieder gezwungen werden, ihre Haltung dem abweichenden Familienmitglied gegenüber zurevidieren. Goffman:

„Das Ganze ähnelt einem häuslichen Ausgleichsystem, bei dem dem schwächsten Team beim Familienturnier ein Extramann gewährt wird.“⁴⁶

Wie gesagt steht dieser Weg allerdings nur sozial Privilegierten offen⁴⁷. Und noch eine weitere Einschränkung ist sehr wichtig: die Psychoanalyse setzt sich auch nur mit jenen „Fällen“ sozialer Verhaltensabweichung auseinander, die weniger aggressiv, weniger entrückt sind und die letztendlich von sich aus eine *Behandlung* wünschen!⁴⁸

Zusammenfassend betrifft dies also einen Personenkreis, der nicht im Mittelpunkt dieser Arbeit steht. Dieses Beispiel habe ich dennoch eingefügt, weil es verdeutlicht, dass die PsychiaterInnen nicht gezwungenermaßen eine repressive Funktion gegenüber sozial abweichenden Personen ausüben müssen. Dies hängt, wie beschrieben, von der Art der Abweichung und Störung sowie vom sozialen Status der betreffenden Person ab. Sei es also zugunsten der abweichenden Person oder zugunsten ihres Umfelds, wichtig ist, dass die PsychiaterInnen helfen, die soziale Ordnung, die durch die Abweichungen und Störungen durcheinandergelassen ist, wiederherzustellen, oder ein soziales Vakuum, das dadurch entstanden ist, wieder aufzufüllen.

⁴⁶ Ebd., S.231

⁴⁷ Vgl. auch Kap.1.2. Basaglia

⁴⁸ Goffman verwendet hier die psychiatrischen Diagnosebegriffe *Psychiotiker* – Psychiatrie vs. *Neurotiker* – psychoanalytische Sitzung; vgl. ebd. 1980, S.231

1.4 Ein totales System

Die Rolle der Familie und der nächsten Vertrauten bei einer Einweisung hat deutlich gemacht, dass Psychiatriebetroffene nicht nur innerhalb der *totalen Institution* Psychiatrie alleine stehen und vor die Alternative: Anpassung oder Zwangsmassnahmen gestellt werden. Auch in ihrem direkten, vermeintlich freundschaftlich gesinnten Umfeld werden sie vor die gleiche Alternative gestellt: Anpassung an die in ihrer Diagnose beschriebene Rolle, d.h. *Krankheitseinsicht* und Unterordnung unter die psychiatrische Behandlung oder massiver Druck bis hin zur Ausstoßung. So stellt sich also aus Sicht der Psychiatriebetroffene nicht nur die Anstalt selbst, sondern ihr gesamtes Umfeld als ein totales System dar. Das gleiche gilt auch für alle Einrichtungen, die im Zuge der Psychiatriereformen (Gemeinde- oder Sozialpsychiatrie) geschaffen wurden, seien es besondere sozialtherapeutische Abteilungen in den Kliniken oder Betreute Wohnangebote außerhalb der Kliniken. Natürlich wäre es unsinnig zu bestreiten, dass diese zu einer 'relativen' Verbesserung der Situation der Betroffenen geführt haben, nimmt man die harte, jahrelange *Hospitalisierung* und Einkerkierung in riesigen Anstalten der früheren Jahre als Vergleich.

Solange diese aber aktiv mit der Psychiatrie zusammenarbeiten und der gleichen Diagnosephilosophie anhängen, werden sie, wie im Fall der engsten Vertrauten nach Goffman beschrieben, aus Sicht der Betroffenen immer Teil der „gegen sie gerichteten Entfremdungscoalition“ sein.

Oder, mit Basaglia gesprochen⁴⁹:

„Wenn sie allerdings nicht gleichzeitig auf die Beseitigung des psychiatrischen Anstaltssystems, des Irrenhauses als vergitterten, institutionalisierten Ort der Gewalt abzielt, wird sie allein von der Existenz

49 in Bezug auf die französische Psychiatriereform der *Sektorisierung*

dieser Irrenhäuser widerlegt, die nach wie vor wie ein Damoklesschwert über dem Kranken schweben, vor dem er sich nur durch die Flucht retten kann.“⁵⁰

Die von ihren BefürworterInnen teilweise „psychiatrische Revolution“ genannten Reformen der Psychiatrie bedeuten somit nur eine Ausweitung des psychiatrischen Netzes oder nach Castel den Versuch, die starren, totalen Institutionen „gerschmeidiger“ und „effizienter“ zu machen.⁵¹

Castel:

„Es ist ohne Zweifel kein bloßer Traum mehr, sich anstelle der Segregation in speziellen Räumen das feinädtrige Netz eines medizinisch-psychologischen Schemas vorzustellen, das in alle Poren des Gesellschaftskörpers eindringt. Schon hat der Vormarsch des kompetenten Experten ins Gemeinwesen begonnen: er betreibt Eheberatung, Sozialarbeit, Erziehungsberatung, psychologische Aufrüstung. Doch so wie die Dinge liegen, deutet alles daraufhin, dass eine solche „Revolution“ [...] lediglich den Arm des medizinisch-psychologischen Schemas verlängern wird.“⁵²

⁵⁰ Basaglia 1971, S.136, Fußnote 7

⁵¹ Vgl. Castel 1980, S.88 ff.

⁵² Castel 1980, S.90. Um diesen Aspekt weiterzuverfolgen sei Castel: „Psychiatisierung des Alltags“ empfohlen.

2 Die Entstehungsgeschichte des „Weglaufhaus Villa Stöckle“ Berlin

2.1 Einführung

Die Entstehungsgeschichte des WLH soll hier als Geschichte der verschiedenen antipsychiatrischen oder psychiatriekritischen Gruppen und Einrichtungen nachgezeichnet werden, die für die Gründung des WLH von entscheidender Bedeutung waren. Von der *Irren-Offensive* Berlin und deren Einflüsse durch das *Sozialistische Patientenkollektiv (SPK)* und die *Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK)* über die niederländische *Wegloophuis-Bewegung* bis hin zur *Weglaufhaus-Gruppe* innerhalb der *Irren-Offensive* und deren Trennung voneinander, die schließlich zur Neugründung des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt*, dem Trägerverein des WLH führte. Hierbei wird es aber nicht nur um eine rein chronologische Auflistung der Ereignisse gehen, sondern die Darstellung der antipsychiatrischen Psychiatriekritik der beschriebenen Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen soll als inhaltlicher Schwerpunkt anknüpfen an die im vorigen Kapitel vorgenommene theoretische Betrachtung der Situation Psychiatriebetroffener. Im Vergleich dieser beiden Psychiatriekritiken finden sich nämlich m.E. viele Übereinstimmungen, so dass es fruchtbarer ist, beide ‚Arten‘ von Psychiatriekritik parallel zu lesen, als eine künstliche Trennung der *intellektuellen* und der *an persönlicher Erfahrung orientierten* Debatte aufrechtzuerhalten.

2.2 Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg (SPK)

Der Einfluss des *Sozialistischen Patientenkollektivs (SPK)* auf die *Irren-Offensive* (im folgenden *IO*) ist nicht ganz eindeutig festzustellen. Hinweise auf einen gewissen Einfluss lassen sich jedoch aus dem teilweise positiven Bezug von Tina Stöckle auf

das *SPK* in ihrer Beschreibung der Geschichte der *IO* entnehmen. So schreibt sie, dass „das *SPK* wichtige Ansätze erkannt und veröffentlicht hat“⁵³ in Bezug auf Alternativen zur Psychiatrie und diese Ansätze „auch für andere politische Gruppen, die für Emanzipation und gegen die mörderischen Verhältnisse kämpfen, von Bedeutung sind“⁵⁴. Obwohl sie in diesem Satz die *IO* nicht direkt mit aufführt, ist m.E. allein durch die Platzierung des *SPK* in ihrer Arbeit davon auszugehen, dass das *SPK*, in unbekanntem Ausmaße, auch für die *IO* von Bedeutung war.

Doch auch aus einem weiteren Grund soll das *SPK* in meiner Arbeit kurz genannt werden: es war zu seiner Zeit die einzige „antipsychiatrische Gruppe in Westdeutschland“.⁵⁵ Jutta Prasse nennt es sogar „die erste Selbstorganisation von Patienten in der Bundesrepublik“⁵⁶, wobei diese Aussage stark einzuschränken ist, da ein Psychiater, weitere Professionelle und StudentInnen maßgeblich an der Gründung und der laufenden Arbeit des *SPK* beteiligt waren und dies somit „keine reine Psychiatrie-Betroffenen-Selbsthilfeorganisation war“⁵⁷, wie Stöckle betont. Allerdings war es nicht ganz eindeutig, wie viele tatsächliche Psychiatriebetroffene im *SPK* waren, dadurch dass es „keinen grundlegenden Unterschied zwischen Behandelndem und Behandelten“⁵⁸ mehr gibt, „sind alle krank und von daher Betroffene“⁵⁹.

Dies basierte auf dem „grundlegenden Theorem der Theorie des *SPK*“⁶⁰, so Prasse:

„Krankheit ist Kapitalismus, und Kapitalismus ist Krankheit. Aus dieser Identität [...] folgt, dass die Krankheit selbst produktiv ist und daher als

⁵³ Stöckle 1983a), S.150

⁵⁴ Stöckle 1983a), S.150f.

⁵⁵ Brodt, Damolin, Willet 1978, S.7

⁵⁶ Prasse 1976, S.81

⁵⁷ Stöckle 1983a), S.150

⁵⁸ *SPK* zitiert in Prasse 1976, S.86

⁵⁹ Diese „fragwürdige Behauptung, dass somit der Psychiater als Täter genauso betroffen wie sein Opfer sei“ kritisiert Stöckle. (Stöckle 1983a), S.150)

⁶⁰ Prasse 1976, S.84

Produzentin von Mehrwert einer sekundären Ausbeutung im Gesundheitswesen unterworfen ist.“⁶¹

SPK: „Die Krankenhäuser sind in genau derselben Weise Produktionsstätten wie die Fabriken.“⁶²

Abgesehen von dieser „Krankheit als Produktivkraft Nr.1 fürs Kapital“⁶³ zitiert Stöckle noch eine andere Stelle an der Krankheit

andererseits auch als „revolutionäre Produktivkraft Nr.1“⁶⁴

gesehen wird – *SPK*: „Aus der Krankheit eine Waffe machen.“⁶⁵

Weitaus interessanter als die „abgehobene“⁶⁶ Theorie des *SPK* ist

m.E. jedoch seine Praxis und Entstehungsgeschichte: das

Kollektiv entstand durch den Rauswurf des dissidenten

Psychiaters Wolfgang Huber im Frühjahr 1970 aus der

psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg und einer damit

verbundenen Solidarisierung eines Teil seiner PatientInnen.⁶⁷

Nach Besetzung des Büros des Verwaltungsdirektors und

Androhung eines Hungerstreiks wurden dem *SPK* Räume

außerhalb der Klinik zugesagt, die sich das *SPK* aber durch eine

weitere Besetzung erstreiten musste. Schließlich fand von Mitte

bis Ende 1970 in vier Räumen der Rohrbacher Straße Heidelberg

Therapie nach den Ideen des *SPK* statt. Diese bestand aus

„Agitation, d.h. Vorantreiben der eigenen Widersprüche, die sich in

der Krankheit manifestieren“⁶⁸ und dieses sei wiederum aufgrund

„der Formulierung der politischen Zusammenhänge [...] identisch

mit dem Vorantreiben der gesellschaftlichen Widersprüche“⁶⁹.

Daraus sollte sich folgendes ergeben:

⁶¹ Ebd.

⁶² *SPK* zitiert in Prasse 1976, S.85

⁶³ *SPK* zitiert in Stöckle 1983a), S.151

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Ebd.

⁶⁶ Ebd., S.151

⁶⁷ Vgl. auch i.f. Prasse 1976, S.81ff.

⁶⁸ *SPK* zitiert in Prasse 1976, S.87

⁶⁹ Ebd.

„Aus der Einzelagitation [...] entwickelt sich der Wunsch nach Gruppenagitation als progressive Wendung und Aufhebung der Vereinzelung.“⁷⁰

Dementsprechend gab es „individuelle Therapie und Gruppentherapie (individuelle und Gruppenagitation)“⁷¹. Diese wurden ergänzt durch Arbeitskreise, die sich „an der Aufhebung der Entfremdung des Menschen und der Freilegung von Intelligenz als aktiver Protest“⁷² orientierten. So gab es „Arbeitskreise in Dialektik, politischer Ökonomie, Sexualität, Religion, [...], Mathematik, Physik, Medizin, Biologie, usw., insbesondere in klassischer Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychotherapie“⁷³, in denen „die bürgerliche Wissenschaft [...] aufgehoben wurde“⁷⁴. Des weiteren Arbeitskreise über Texte von Hegel, Marx, Luxemburg, Reich, Lukacs und Kurnitzky.⁷⁵ „Wer therapeutische Tätigkeiten wahrnehmen wollte, musste an wenigstens einem Arbeitskreis teilnehmen.“⁷⁶ An diesem wiederum durften auch „interessierte Außenstehende“⁷⁷ teilnehmen.

Im Juli 1970 zählte das Kollektiv etwa 160 Patienten, wöchentlich fanden 50-60 Einzeltherapien, sechs Gruppentherapien mit acht bis zehn Personen statt, von denen zwei ausschließlich von Patienten organisiert waren⁷⁸, und es gab drei Arbeitskreise. Im Juli desselben Jahres umfasste das *SPK* 200 Personen, im Juni 1971, kurz vor seiner Auflösung, 500 Personen.⁷⁹

⁷⁰ Ebd.

⁷¹ Prasse 1976, S.87

⁷² *SPK* zitiert in Prasse 1976, S. 87

⁷³ Ebd., S.87f.

⁷⁴ Ebd., S.88 Als Beispiel wird die Psychoanalyse genannt: „...Deutungshintergrund ist nicht mehr die Familie, sondern ökonomische Kategorien.“ (ebd.)

⁷⁵ Vgl. Prasse 1976, S.88

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ Ebd.

⁷⁸ Aus Prasses Text ist generell und insbesondere an dieser Stelle nicht eindeutig zu entnehmen, wer nun alles als Patient galt und wer nicht!

⁷⁹ Vgl. Prasse 1976, S.82 u. 88 Nachdem sich der Verwaltungsrat der Universität Heidelberg im Juli 1970 bereiterklärte, das Projekt „Patientenkollektiv“ durchzuführen, und drei vom derzeitigen liberalen Rektor beauftragte Sachverständige dies unterstützten, griff Ende 1970 das Kultusministerium ein und drohte eine Räumung der *SPK*-Räume für den 4. November an. Nach einigem Hin-und Her wurde das *SPK* schließlich im Juni 1971 von der Polizei geräumt. (vgl. Prasse 1976, S.82f.) Darauf wurden sogar einige Mitglieder des *SPK* mit dem Vorwurf, Beziehungen zur

2.3 Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK)

Als *die andere* Selbsthilfeorganisation neben dem SPK, „die die Durchsetzung ihrer eigenen Interessen und Bedürfnisse mit dem Kampf gegen die Psychiatrie verbindet“⁸⁰, nennt Stöckle die *Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK)*.⁸¹ Ihr Einfluss auf die *Irren-Offensive* ist im Vergleich zum SPK weitaus klarer zu bestimmen.⁸²

Die Entstehung des SSK lag in der Zeit der *Außerparlamentarischen Opposition* der Studentenbewegung (ApO) Ende der 60er Jahre.⁸³ Sie hieß zunächst von 1969 – 1975 *Sozialpädagogische Sondermaßnahmen Köln*. In dieser Zeit bestand die Aktivität aus bezahlter Arbeit mit obdachlosen Jugendlichen und deren rechtlichen Unterstützung, und die Gruppe war, so zitiert Stöckle die SSK-Mitglieder Gothe und Kippe, „völlig von den Studenten beherrscht“⁸⁴. Die finanzielle Unterstützung der Behörden wurde allerdings eingestellt, „weil der (i.O.; T.B.) SSK zu kritisch und politisch wurde“⁸⁵, so dass sich die Gruppe umwandelte in eine kollektive Wohn- und Arbeitsgemeinschaft ohne finanzielle Unterstützung des Staates, wodurch sich auch seine Arbeit änderte und sie ihren Namen ab 1975 in Sozialistische Selbsthilfe Köln änderte. Umzüge, Entrümpelungen, Reparaturen, gebrauchte Möbel und Kleidungen wurden angeboten, um sich zu finanzieren. Aufgrund dieser so

Roten Armee Fraktion (RAF) zu haben, vor Gericht gestellt, da „im selben Monat in der Nähe von Heidelberg (nicht weit von der Wohnung eines Kollektivmitgliedes) zwei Unbekannte auf einen Polizisten schossen“. (Prasse 1976, S.83)

⁸⁰ Stöckle 1983a), S.155

⁸¹ Alle anderen Gruppen mit dem gleichen Anspruch zu dieser Zeit zählt Stöckle nicht zu diesem Kreis, da sie „die Psychiatrie als solche nicht in Frage stellen sondern mit den „fortschrittlichen“ Psychiatern weiter zusammenarbeiten und sich für die Sozialpsychiatrie einsetzen“. (Stöckle 1983a), S.155)

⁸² S. nächstes Kapitel 2.4

⁸³ Alle Informationen über das SSK i.F. aus Stöckle 1983a), S.152ff.

⁸⁴ Gothe und Kippe zitiert in Stöckle 1983a), S.152

⁸⁵ Stöckle 1983a), S.152

gewonnenen finanziellen Unabhängigkeit führte das SSK vermehrt politische Aktionen und Prozesse durch, in denen sie politisch Verantwortliche für soziales Elend und Verletzung von Menschenrechte anklagte. Durch diese Aktionen konnte eine große Öffentlichkeit geschaffert werden, so dass es der Staatsgewalt nicht gelang, das SSK zu kriminalisieren und es somit zu zerschlagen.⁸⁶ Nachdem die Aktionen so von reiner Jugendlichenarbeit auf immer mehr andere Bereiche ausgedehnt war, kamen auch zahlreiche „Menschen zum SSK, die aus psychiatrischen Anstalten geflohen waren und von schlimmsten Rechtsverletzungen berichteten“⁸⁷, worauf das SSK 1977 ein *Beschwerdezentrum* einrichtete, „um gegen das Elend in den Irrenanstalten vorzugehen“⁸⁸. Dies wurde zunächst mit Anstaltsbesuchen in den jeweiligen Beschwerdefällen zu erreichen versucht, doch stellte sich schnell heraus, dass nur mit einer breiten Öffentlichkeit an den „menschenunwürdigen Zuständen“⁸⁹ etwas geändert werden konnte. Spektakulärster Erfolg in diesem Zusammenhang war die Schließung der gesamten psychiatrischer Anstalt *Brauweiler*, nachdem vom SSK die sich dort häufenden Todesfälle öffentlich gemacht wurden. Doch nicht nur gegen die traditionelle Anstaltspsychiatrie wurde gekämpft, sondern auch gegen „die Gefahr [...] der Ausweitung der Psychiatrie in Form der Gemeindepsychiatrie“⁹⁰, was eine wichtige Gemeinsamkeit mit der Irren-Offensive ausmachte.

⁸⁶ Prozesse wegen Hausbesetzungen wurden beispielw. Eingestellt um vom SSK öffentlich gemachte Probleme „nicht noch mehr auf zu wirbeln“. (Stöckle 1983a), S.153)

⁸⁷ Stöckle 1983a), S.154

⁸⁸ Ebd.

⁸⁹ Ebd.

⁹⁰ Ebd.

2.4 Irren-Offensive Berlin⁹¹

Die Gründung der *Irren-Offensive* Berlin (i.F. *IO*) ist auf den Gesundheitstag Berlin vom Mai 1980 zurückzuführen. Peter L., ein von Stöckle interviewtes Gründungsmitglied sieht drei Strömungen an der Entstehung der *IO* beteiligt: das *KommRum* Friedenau⁹², das Mitveranstalter des Gesundheitstags war und in dessen Räume sich die *IO* in ihrer Anfangszeit traf, zweitens die SSK, die ebenfalls anwesend war auf dem Gesundheitstag, und drittens die Schweizer Patientenselbsthilfegruppe *Patientenstelle Zürich*, die auf dem Gesundheitstag ein Seminar nur für betroffene PatientInnen veranstaltete. Zwar kam diese Schweizer Gruppe aus dem allgemeinmedizinischen Bereich, dort lernten sich aber einige Berliner Psychiatriebetroffene kennen⁹³. Kurz nach dem Gesundheitstag startete das *KommRum* Friedenau eine „Psychiatrische Aktion“, zu der es „Menschen, die in irgendeiner Form – als Patienten, als Mitarbeiter oder als einfühlsame Menschen – mit der Psychiatrie zu tun haben“, zu einem „Psychiatrie-Betroffenen-Treff“ einlud.⁹⁴ Erstes Ziel dieser Aktion war die Gründung eines „Patienten-Clubs“. So kam zum ersten Treffen am 7.6.1980 ein recht gemischtes Publikum im *KommRum* Friedenau zusammen, neben tatsächlichen Psychiatriebetroffenen u.a. ein Psychiatriepfleger, PsychologInnen und StudentInnen „die von der Arbeit des SSK begeistert waren“⁹⁵. Dort kam dann „der

⁹¹ Ich kann aus Fokusgründen in dieser Arbeit selbstverständlich nicht die gesamte Entwicklung der mittlerweile über 20-jährigen Geschichte der *IO* nachzeichnen, sondern nur die Entstehungszeit und weitere für diese Arbeit wichtige Momente, wie die Debatte über ein „*Ver-rücktenhaus*“, der Besuch der niederländischen *Wegloophuis* sowie natürlich die Trennung der *IO* und der darauffolgenden Gründung des Trägervereins des WLH *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt*. (Alle Informationen in diesem Kapitel, wenn nicht anders gekennzeichnet aus Stöckle 1983a), S.176ff. u. S.277ff. In Auszügen auch bei Kempker und Lehmann 1993, S.329 ff.)

⁹² Kommunikationszentrum der Gesellschaft für soziale Psychotherapie und Beratung (GSPB) g.e.V. Berlin

⁹³ Aufgrund der Erwähnung des Seminars in diesem Zusammenhang gehe ich davon aus, dass mit diesen Psychiatriebetroffenen auch die bei der Gründung der *IO* beteiligten Psychiatriebetroffenen mitgemeint sind, dies wird allerdings im Text nicht ausdrücklich genannt.

⁹⁴ *KommRum* Friedenau zitiert in Stöckle 1983a), S.177

⁹⁵ Peter L. zitiert in Stöckle 1983a), S.177

entscheidende Moment⁹⁶, an dem den Betroffenen bewusst wurde, „dass sie autonom sein wollten“⁹⁷. Peter L.:

„Gemeinsam wehrten sich die Betroffenen gegen alle Versuche der Nicht-Betroffenen, mit in die Selbsthilfegruppe zu gelangen. Sie sahen die Gefahr, dadurch – wie üblich – von Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Studenten usw. dominiert zu werden.“⁹⁸

Auch Ludger, ein weiteres von Stöckle interviewtes bei diesem Treffen anwesendes Gründungsmitglied der *IO* wehrte sich dagegen aus folgenden Gründen:

„Ich hatte gemerkt, wie bei diesem Treffen die Leute eingeschüchtert waren, kaum sprachen, die Studenten usw. aber mehr von ihren Problemen erzählten als die Betroffenen.“⁹⁹

Daraufhin wurde die Gruppe geteilt in eine Kerngruppe der Nur-Betroffenen, die sich zunächst *Psychiatrie-Selbsthilfegruppe* nannte, aus der aber später die *IO* wurde, und in eine *Helfergruppe*. Die *Psychiatrie-Selbsthilfegruppe* (später *IO*) traf sich zum ersten mal am 23.6.1980 im *KommRum* Friedenau. Die erste Aktion bei diesem Treffen war das Schreiben einer Selbstdarstellung und die Findung eines neuen Namens.¹⁰⁰ Aus der ersten Selbstdarstellung der *IO*, die im Berliner Stattbuch abgedruckt wurde:

„Die Irren-Offensive ist ein Zusammenschluss von ehemaligen Beinahe- und derzeitigen Insassen aus dem Irrenhaus, als auch in diesem Bereich Beschäftigten sowie Interessierten. [...] Kernpunkt der Irren-Offensive ist die Psychiatriepatienten-Selbsthilfegruppe in der die unmittelbar Betroffenen (Patienten/innen) unter sich sind. Hier wollen wir mit unseren Ängsten in der Weise umgehen, dass sie sich nicht gegen uns selber, sondern gegen die

⁹⁶ Stöckle 1983a), S.178

⁹⁷ Ebd.

⁹⁸ Peter L. zitiert in Stöckle 1983a), S.177

⁹⁹ Ludger zitiert in Stöckle 1983a), S.177

¹⁰⁰ Sowohl Stöckle als auch ihre beiden Interviewpartner Peter L. und Ludger bewerten hierbei übrigens die Namensgebung „Irren-Offensive“ als einen ungeheuren Motivationsschub für die beteiligten Mitglieder und zudem den Namen an sich auch als einen großen Anziehungsmagnet für neue Mitglieder.

krank machenden Bedingungen richten. Folgende Arbeitsschwerpunkte sind derzeit im Gespräch: Rechtsberatung bzw. Vermittlung und Erarbeitung der eigenen Rechte [...]; Schädlichkeit von Psychopharmaka, Beschäftigung mit alternativer und Antipsychiatrie; Aufgreifen von (persönlichen) Fällen der Diskriminierung und Öffentlichmachen (Beschwerdezentrum); [...]. Darüber hinaus wollen wir versuchen, ein ‚Mobiles Einsatzkommando‘ zu bilden, um unsere besonders dringenden Probleme schnell und in schlagkräftigen Gruppen lösen zu können. Das heißt aber nicht, dass bei uns angerufen werden kann nach dem Motto: ‚Anruf genügt und wir kommen‘. Nur durch eine Mitarbeit können die eigenen Probleme gelöst werden, wobei wir selbstverständlich von der jeweiligen Verfassung des einzelnen Menschen ausgehen. [...]“¹⁰¹

Weitere Aktionen in der Anfangszeit waren das Verteilen von Flugblättern mit Terminankündigungen in Psychiatrien, wobei es auch zu Wortgefechten mit einigen Wärtern kam. Einzelne Betroffene wurden unterstützt bei Ämtergängen und Schwierigkeiten mit der ehemaligen Klinik. Nach einigen Problemen mit den Betreibern des *KommRum* Friedenau insbesondere bezüglich der Verwendung des Namens *Irren-Offensive* und klaren Ansagen an die *Helfergruppe*, dass ihre Hilfe von den Betroffenen nicht gesucht und gebraucht wurde¹⁰² trennte sich der reine Betroffenen-Teil der *IO* im September 1980 endgültig von dem sich mittlerweile *Unterstützer* – Gruppe nennenden Teil der Nicht-Betroffenen unter Beibehaltung des Namens *Irren-Offensive* ab. Die *Unterstützer* – Gruppe wandelte sich schließlich in die *Initiative zum Aufbau eines Beschwerdezentrams* außerhalb der *IO*.

Inhaltlich gesehen gab es in dieser Zeit in der *IO* nach Stöckle ein Wanken „zwischen Anpassung und Widerstand“¹⁰³. Die Aktionen blieben aber dieselben, so dass die Gruppe sich von den anfänglich fünf Mitgliedern auf „15 regelmäßig und 15

¹⁰¹ *IO* im Berliner *Stattbuch 2*, zitiert in Stöckle 1983a), S.181

¹⁰² In Reaktion auf diese Entwicklung nannte sich die Helfergruppe dann auch eine zeitlang die *Hilflose-Helfergruppe*, bis sie ihren Namen schließlich in die *Unterstützer* – Gruppe in der *IO* wandelte.

¹⁰³ Stöckle 1983a), S.186

unregelmäßig erscheinende Mitglieder¹⁰⁴ vergrößerte und Patzprobleme der Gruppe im engen Raum im *KommRum* Friedenau zu schaffen machten. Zudem musste sie mit einer hohen Fluktuation der Mitglieder kämpfen, was eine kontinuierliche Entwicklung sehr erschwerte. Ende 1980 geschah dann etwas, das die Gruppe sehr veränderte: eine Frau der *IO* „rastete aus“¹⁰⁵ und kam für drei Tage in die Psychiatrie, „ohne dass ihre Entwicklung in den Irren-Offensive-Treffen wahrgenommen worden wäre“¹⁰⁶.

So trat ab diesem Erlebnis „das Problem der ‚Krisenintervention‘ im Sinne eines Schutzraumes für Ver-rückte (Ver-rücktenhaus)¹⁰⁷ [...] in den Vordergrund“¹⁰⁸, und es wurde deutlich, dass persönliche Probleme nicht mehr im großen Plenum angegangen werden konnten, worauf hierfür Kleingruppen gebildet wurden. Da die Raumknappheit immer problematischer wurde, wurde ab dem Frühjahr 1981 verstärkt ein Umzug ins Auge gefasst. Stöckle:

„Ein Haus zu besetzen, wie das damals viele Gruppen taten, wurde zwar häufig diskutiert, die Mehrzahl der Mitglieder hatte jedoch Angst, bei einer Räumung nicht in den Knast, sondern gleich ins Irrenhaus eingesperrt zu werden.“¹⁰⁹

Im Frühjahr/Sommer 1981 zog die *IO* dann aber doch in ein besetztes Haus in Schöneberg. Dort gab sie im August des selben Jahres ihre erste Zeitung mit dem Titel „*Irren-Offensive - Mit uns nicht mehr!*“ heraus. Im Winter 1981/82 begann die *IO* mit der damaligen Berliner *Alternativen Liste (AL)* über eine Unterstützung von deren Seite zu debattieren. Dieses Unternehmen war sehr erfolgreich, so dass die *IO* monatlich mit 1500 DM von der *AL* unterstützt wurde, was möglich wurde durch die Verteilung von

¹⁰⁴ Ebd., S.188

¹⁰⁵ Stöckle 1983a), S.188

¹⁰⁶ Ebd., S.188f.

¹⁰⁷ Auf die Idee des *Ver-rücktenhaus* werde ich in Kap. 2.6 noch näher eingehen.

¹⁰⁸ Stöckle 1983a), S.188

¹⁰⁹ Stöckle 1983a), S.189

Geldern an Projekte, welche durch Reduzierung des Gehaltes des Stadtrates der AL Tiergarten auf Facharbeiterniveau frei wurden. Im Juli 1982 ließ sich die *IO* als Verein eintragen (*Irren-Offensive e.V.*), der mittlerweile als gemeinnützig und mildtätig anerkannt ist. Im November 1982 fuhr die *IO* dann zusammen mit einigen Mitgliedern der *Beschwerdezentrums*-Initiative mit zwei Bussen auf den *Psychipol* nach Amsterdam, einem internationalen Anti- und Alternativpsychiatrie Kongress. Dort war die Gruppe zu Gast im *Wegloophuis* – Amsterdam.

2.5 Wegloophuis-Bewegung in den Niederlanden

1979 wurde in Haarlem das erste *Wegloophuis* (*Weglaufhaus*) für Menschen, die aus psychiatrischen Anstalten weggelaufen waren und Schutz und Hilfe fernab psychiatrisch ausgerichteter Behandlung suchten, gegründet.¹¹⁰ Folgende zentrale Unterschiede zur Psychiatrie kennzeichneten u.a. die ersten niederländischen *Weglaufhäuser*:

„Ein Weglaufhaus befindet sich in einem normalen Haus, in einer gewöhnlichen Nachbarschaft, in der Barrieren abgebaut werden können. Die ‚gefährlichen Verrückten‘ werden nicht, weit weg, in Wäldern und Dünen isoliert. [...] Freiheit ist die ‚Medizin‘. Es erfolgt keine Medikalisierung und kein Einsatz von Psychopharmaka als ‚Therapie‘, sondern der Entzug von Psychopharmaka. Statt unfreiwilliger Behandlung und Zwangsmaßnahmen gibt es im Weglaufhaus Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Im Weglaufhaus haben die Betroffenen den Raum, ver-rückt zu sein, und die Ruhe, konkrete Zukunftsperspektiven zu entwickeln. [...]“¹¹¹

1980 wurde auch in Amsterdam ein *Weglaufhaus* gegründet, 1981 in Rotterdam, 1982 in Utrecht, Den Haag und Arnheim, später auch in Groningen. In Amsterdam entstand zudem ein

¹¹⁰ Vgl. i.F. alle Informationen über die niederländischen *Weglaufhäuser*, insbesondere das Utrechter, wenn nicht anders gekennzeichnet Wehde 1991

¹¹¹ Marij Bosdriesz, zitiert in Wehde 1991, S.58

Weglaufhaus nur für Frauen. Ursprünglich mit derselben Grundhaltung gestartet, entwickelten sich die einzelnen *Weglaufhäuser* nach verschiedenen Schwerpunkten und Organisationsformen weiter.

Uta Wehde, seit 1987 Mitglied der *Weglaufhaus-Gruppe* Berlin, besuchte Anfang 1989 das *Weglaufhaus* Utrecht für eine einwöchige Untersuchung, aus der ich nun einige Passagen zitieren möchte. Von besonderem Interesse für diese Arbeit sind hierbei die Stärken und Schwächen des Utrechter *Weglaufhaus*konzepts, die Wehde konstatierte und als konkrete Anregung für die Arbeit der *Weglaufhaus-Gruppe* Berlin von ihrer Reise mitbrachte.

Das Konzept des *Weglaufhaus* Utrecht sah zur Zeit Wehdes Untersuchung folgendermaßen aus: Jeweils zwei MitarbeiterInnen arbeiten Montag bis Freitag von 13-17 Uhr. In der übrigen Zeit besteht eine Telefonbereitschaft. Die MitarbeiterInnen unterstützen die BewohnerInnen schwerpunktmäßig bei praktischen Problemen. Wehde: „Emotionale Hilfe verbinden die MitarbeiterInnen mit therapeutischer Hilfe, die sie als Arbeitsgrundlage im *Weglaufhaus* ablehnen und negativ bewerten, weil ihrer Meinung nach dadurch sehr schnell Abhängigkeitsbeziehungen entstehen können.“¹¹² Psychiatrische Diagnosen werden in der täglichen Arbeit abgelehnt, die BewohnerInnen werden als eigenverantwortliche Individuen angesehen.

Das Angebot teilt sich auf in zunächst die Bereitstellung eines „Existenzraums“, räumlich wie finanziell, des weiteren in die Bereitstellung von „Freiraum“, d.h. es gibt keine festen Programmpunkte, an denen die BewohnerInnen verpflichtet sind teilzunehmen, sie haben einen eigenen Schlüssel zum Haus und zu ihrer Wohnung, und es gibt keinen Zwang, etwas mit den anderen BewohnerInnen zusammen zu machen. Aufgrund dieses

Angebots an Freiraum sieht Wehde das Weglaufhaus Utrecht im Vergleich zur Psychiatrie, die „eine Institution vom Typus Zwang zur Abhängigkeit“ sei, als „eine Institution vom Typus Zwang zur Selbständigkeit“¹¹³.

Dritter Punkt des Angebots ist schließlich die direkte Unterstützung der BewohnerInnen durch die MitarbeiterInnen, die sich wiederum aufteilt in Organisation finanzieller und rechtlicher Probleme der BewohnerInnen (gerade am Anfang ihres Aufenthalts), Begleitung zu Ämtern, ÄrztInnen und sonstigen Institutionen, und Motivation zum selbständigen Handeln der BewohnerInnen. Alle MitarbeiterInnen arbeiten ehrenamtlich, die laufenden Kosten des Hauses sowie die Miete und Unterhalt von BewohnerInnen, die nicht über eigenes Einkommen oder Sozialhilfe verfügen, übernimmt die Provinzverwaltung.

Im Fazit ihrer Untersuchung bewertet Wehde schließlich viele Aspekte der Arbeit des Weglaufhaus Utrecht als positiv und sieht dort viele „Kriterien einer alternativen Institution verwirklicht“¹¹⁴.

Allerdings sind ihrer Meinung nach einige Punkte verbesserungswürdig bzw. entsprechen nicht den oben genannten Kriterien.

Positiv bewertet sie die Ablehnung des psychiatrischen Krankheitsmodells und die "Wahlfreiheit in den Beziehungen [...], weil sie dem wünschenswerten Weg der Entwicklung von Beziehungen entspricht"¹¹⁵. Eine weitere Stärke der Konzeption ist für sie, dass die Unterstützung der MitarbeiterInnen "den Handlungsaspekt betont", d.h. dass MitarbeiterInnen "Vertrauen in die Kompetenzen der BewohnerInnen"¹¹⁶ haben, so dass in der Psychiatrie entmündigte und unselbständig gemachte Menschen

¹¹² Wehde 1991, S.81

¹¹³ Wehde 1991, S.85

¹¹⁴ Ebd., S.117

¹¹⁵ Wehde 1991., S.118

¹¹⁶ Ebd., S119

"die Möglichkeit haben, sich wieder als handlungsfähige Menschen zu erleben"¹¹⁷.

Negativ bewertet Wehde dagegen den Mangel an MitarbeiterInnen und deren seltene Anwesenheit aufgrund ihrer kurzen Arbeitszeit. Dies würde eine "angemessene Unterstützung im emotionalen Bereich"¹¹⁸ sehr erschweren. Konkret bedeute dies:

"Wenn im Weglaufhaus BewohnerInnen nervös oder akut ver-rückt werden, sind die zur Hilfe nötigen Bedingungen kaum gegeben. Die MitarbeiterInnen können in dieser Zeit nicht einfach Tag und Nacht dableiben; wie jeder normale psychiatrisch Tätige, [...], greifen sie zum 'altbewährten' Mittel Psychopharmaka und warten darauf, dass die BewohnerInnen wieder ruhig werden."¹¹⁹

Als ein wichtiges Fazit sieht Wehde daher auch den Bedarf an festen Stellen und einer gesicherten Finanzierung für die Eröffnung eines Weglaufhaus.

Dieser strukturelle Mangel in Verbindung mit der generell unkritischen Haltung der MitarbeiterInnen zur Vergabe von Psychopharmaka macht den größten Kritikpunkt Wehdes aus, die Tatsache, dass im Weglaufhaus Utrecht keine "Psychopharmaka-freie Hilfe gewährleistet ist".¹²⁰

Doch trotz aller Mängel war das wohl wichtigste Fazit ihrer Hollandreise, dass "der grundsätzliche Bedarf nach Weglaufhäusern"¹²¹ außer Frage stehe.

2.6 Weglaufhaus-Gruppe Berlin

Der Besuch der *IO-* und *Beschwerdezentrumsdelegation* im Amsterdamer Weglaufhaus hatte bleibenden Eindruck

¹¹⁷ Ebd.

¹¹⁸ Wehde 1991, S.120

¹¹⁹ Ebd.

¹²⁰ Ebd., S.118

¹²¹ Ebd., S.123

hinterlassen. Peter Lehmann, Gründungsmitglied der *IO*, beschreibt dies mit folgenden Worten:

"Das Staunen, dass es so etwas gibt, wick nach der Rückkehr in Berlin dem festen Wunsch, ein Haus für ein gruppeneigenes Projekt zu organisieren."¹²²

So entstand zunächst eine *Hausgruppe*, bestehend aus Mitgliedern der *IO* und des *Beschwerdezentrums*.¹²³ Was für ein Haus dies genau sein sollte, stand zu Anfang noch nicht fest. Hannelore Pietsch schreibt über die Idee eines solchen *Ver-rücktenhauses* in der Zeitschrift der *IO* unter der Überschrift "Das Ver-rücktenhaus - Ein Traum" in ihrem Artikel u.a.:

"ein haus ...für uns allein!¹²⁴ [...] wo wir uns einen schutzraum - einen freiraum schaffen, in dem ein jeder von uns angstfrei sein kann, weil er weiß - hier kann ich meinem wahnsinn begegnen - hier kann ich ihn konfrontieren und durchleben, ganz gleich, was in mir ist und hervorbricht... hier finde ich verstehen, angenommensein - hier darf ich ganz ich sein... [...]wir hören es immer wider, [...], es sei verrückt nur mit verrückten zusammen zu sein...[...] dem stehen unsere erfahrungen entgegen. wir haben das versucht...in dem besetzten haus in der bülowstraße, [...] nur für uns verrückte. dieses vorhaben ist nicht nur an der angst vor räumung und der für uns anschließenden anstaltseinweisung gescheitert - [...] es haben einige von uns da gelebt und sich frustriert wider zurückgezogen: auch dort - in der hausbesetzerscene - wurden uns die gleichen vorurteile, die gleichen verhaltensweisen entgegengebracht, die wir aus all unseren bisherigen traurigen erlebnissen her kannten. [...] daraus lernten wir für uns: auch so geht es nicht! es gibt so wenig nicht-betroffene, so wenig 'normale', die wirkliche offenheit haben und die fähigkeit besitzen, den wahnsinnigen auf seinem 'tripp' verstehen und begleiten zu können - oder es zu wollen... [...] nur der, welcher die welt, das fühlen, erleben und leiden des wahnsinns an sich selbst erfahren hat, nur der ist wirklich fähig und bereit, den anderen zu verstehen und zu begleiten und ihn nicht als unbequem wegzuschaffen - [...]wir müssen unter uns bleiben - das haben wir erkannt!"¹²⁵

¹²² Lehmann 1998, S.30

¹²³ Vgl. i.F., wenn nicht anders gekennzeichnet, Lehmann 1998, S.30ff.

¹²⁴ Durchgängig kleine Schreibweise i.O.

¹²⁵ Pietsch 1983, S.29f.

Auch Stöckle setzt in ihrem „Traum von einem Ver-rücktenhaus“ auf eine Selbstverwaltung von Betroffenen. Dort sollen „Wohnräume für Menschen eingerichtet werden, die Tag und Nacht menschliche Zuwendung wollen“¹²⁶. „Registrierung [...], Aktenführung und psychiatrische Intervention“ wären „grundsätzlich untersagt“¹²⁷. Dieses Haus sollte nicht nur ein Schutzraum sein, sondern „vor allem auch als Kontakt-, Anlauf- und Kommunikationsstelle“¹²⁸ fungieren, mit Café, Informationsladen für Nicht-Betroffene und Angehörige und Zentrum für Veranstaltungen über „alles, was sich gegen die Normalität und Unmenschlichkeit wehrt (z.B. Knastgruppen, Krüppelgruppen, Graue Panther etc.)“¹²⁹. Obwohl Stöckle auch betont, „dass normale Freunde sich oft schnell zurückziehen, wenn der (die) Betroffene sich anders verhält als gewohnt [...], Angst bekommen, [und; T.B.] ‚dicht machen‘“, schreibt sie im Gegensatz zu Pietsch, dass es „offen ist [...], ob Menschen, die selbst noch nicht in der Psychiatrie waren, im Ver-rücktenhaus mitarbeiten können“¹³⁰. Sogar „die Zusammenarbeit mit Professionellen“ schließt sie nicht grundsätzlich aus, wenn diese sich an die 1981 von der IO entwickelten „Kriterien für die Zusammenarbeit mit Professionellen“¹³¹ halten.

Was die Finanzierung anbetrifft, so vergleicht sie die Finanzierungsmodelle der niederländischen Weglaufhäuser und der SSK mit den Möglichkeiten der Berliner Hausgruppe. Im Vergleich mit den Niederlanden ist hier besonders die Tatsache

¹²⁶ Stöckle 1983b), S.31

¹²⁷ Ebd.

¹²⁸ Ebd.

¹²⁹ Ebd.

¹³⁰ Ebd.

¹³¹ Diese besage u.a.: „Professionell [...] müssen in der Weise arbeiten, dass sie ihre Beschäftigung tendenziell überflüssig machen. Sie müssen den Betroffenen Geld, material, Raum zur Verfügung stellen. Sie müssen den Betroffenen auf deren Wunsch hin ihre berufliche Qualitäten [...] zur Verfügung stellen; [...] Sie müssen erkennen, dass eine Zusammenarbeit nicht aufgrund von formalen Berufsabschlüssen, sondern aufgrund menschlicher Qualitäten wie Einfühlungsvermögen, Toleranz, Zuwendung usw. stattfinden muss. [...] Die Betroffenen bestimmen, wer für sie arbeitet. [...] Die besondere jahrhundertealte Diffamierung der Verrückten als Besessene oder psychisch Kranke und behinderte muss ständig reflektiert werden.[...] Grundlage der Arbeit von Profis [...] ist die Entscheidung für die Abschaffung der Psychiatrie in jeder Form und insbesondere der Gemeindepsychiatrie.“ Stöckle 1983b), S.31f.

interessant, dass die HelferInnen in den dortigen Weglaufhäuser ihre Mitarbeit zum damaligen Zeitpunkt durch den Bezug von Sozialhilfe finanzierten, da diese doppelt so hoch war wie die Sozialhilfe in Berlin, und die niederländischen Sozialämter diese ehrenamtliche Tätigkeit anerkannten, wohingegen die Sozialämter Berlins schon damals Berechtigten die Leistungen strichen, die sich keine Lohnarbeit suchten.¹³²

Auch das Finanzierungsmodell der SSK kommt Stöckle nach für den Aufbau eines Berliner *Ver-rücktenhaus* nicht in Frage, „da die einzelnen Mitglieder sehr stark engagiert sein müssen, innerhalb der Gruppe funktionieren müssen“¹³³. Und weiter:

„Dort ist eigentlich zu wenig Raum für Menschen, die sich eine Zeitlang nicht einordnen können, die zu sehr mit sich selbst beschäftigt sind. Das Leben im SSK ist hart und fällt somit als Vorbild für unser *Ver-rücktenhaus* auch weg, weil wir gerade eben auch den Menschen einen Platz und Schutzraum bieten wollen, die nicht mehr funktionieren [...]“¹³⁴

Daraus folgt für sie, dass sich ein Berliner *Ver-rücktenhaus* „nur teilweise selbst finanzieren könnte“ und staatliche Unterstützung „unbedingt nötig“ wäre.¹³⁵

Ludger Bruckmann schließlich, der in derselben Ausgabe der *IO-Zeitschrift* als dritter seinen „Traum eines *Ver-rücktenhauses*“ schildert, kann sich unter bestimmten Umständen auch eine Mithilfe von Nicht-Betroffenen vorstellen.¹³⁶ Aber:

„Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Erzieher, Studenten und viele andere haben sich nach unseren Richtlinien zu orientieren. Wenn jene uns nicht so helfen wollen, wie wir es für richtig halten, dann wollen sie uns auch gar nicht helfen, sondern behandeln, um sich selbst zu profilieren.“¹³⁷

¹³² Vgl. Stöckle 1983b), S.32

¹³³ Ebd.

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Ebd.

¹³⁶ Vgl. Bruckmann 1983, S.33

¹³⁷ Ebd.

Dieser Schritt sollte jedoch erst getan werden, wenn „zehn Ver-rückte“ erfolgreich probiert haben, im *Ver-rücktenhaus* zu wohnen und ein Café aufzubauen, um dort „zusammen zu leben und zu arbeiten“¹³⁸. Ansonsten gelte, so Bruckmann:

„Wir sind misstrauisch: Großklinik, kleine Klinik, Heime, alle Krankenhäuser – wir passen auf! – sozialpsychiatrischer Dienst (,wir sind die Fortschrittlichsten, wir setzen euch den Psychiater ins Kommunikationszentrum’...). Alle, die es so ,gut‘ mit uns meinen, können wunderbar reden.“¹³⁹

So standen also zwei Modelle zur Debatte: zum einen ein *Ver-rücktenhaus*, in dem nur Psychatriebetroffene wohnen sollten und welches mit Sozialhilfe, Krankengeld, Frührente u.ä. der BewohnerInnen finanziert werden sollte, um unabhängig von staatlicher Finanzierung zu sein; zum anderen ein staatlich teilfinanziertes *Ver-rücktenhaus*, in dem „der reine Selbsthilfeansatz [...] – unter Einbeziehung der Fähigkeiten Nicht-Betroffener und zugunsten von Hilfsangeboten für andere – ausgeweitet werden“¹⁴⁰ sollte.

In der Hausgruppe wurde daraufhin der Kompromiss gefunden, dass beide Strömungen versuchen sollten, für sich ihr jeweiliges Konzept zu verwirklichen. 1987 entstand schließlich aus dem Teil der Hausgruppe, die auch Nicht-Betroffene mit einbeziehen wollte, die Weglaufhausgruppe, nachdem diese bei der Reemtsma-Stiftung einen Antrag auf Forschungsgelder „zur Untersuchung der Möglichkeit, wie ein Weglaufhaus nach holländischem Vorbild errichtet werden kann“, gestellt hatte.¹⁴¹ Lehmann erläutert die Vorteile, die in der Gruppe gegenüber einem Ver-rücktenhaus gesehen wurden:

¹³⁸ Bruckmann 1983, S.33

¹³⁹ Ebd.

¹⁴⁰ Lehmann 1998, S.31

¹⁴¹ Vgl. ebd., S.32

„Es schien einfacher zu begründen, denn die Erfahrung hatte gezeigt, dass immer wieder aus der Psychiatrie Weggelaufene bei der Irren-Offensive Schutz gesucht hatten. Sie waren gar nicht so verrückt gewesen und hatten hauptsächlich Unterkunft, rechtlichen und finanziellen Beistand und GesprächspartnerInnen gesucht. Wir mussten keine weitergehende konzeptionelle Antwort auf die Frage finden, wie akut Verrückte in das Haus kommen und was mit ihnen dann passieren sollte, war doch die allgemeine Erfahrung, dass sie in diesem Zustand kaum zum Bleiben zu bewegen waren, auch wenn draußen die Gefahr der Psychiatrisierung drohte. Außerdem konnten wir auf den holländischen Erfahrungen aufbauen.“¹⁴²

Zudem sollte das Weglaufhaus „einen bezahlten Arbeitsplatz bieten, die eigene Wohnung als Rückzugs- und Erholungsmöglichkeit bewahrt werden“ und „der Einfluss der Betroffenen mit einem Vetorecht abgesichert werden“.¹⁴³

Im selben Jahr stellte die Weglaufhausgruppe auch den ersten Finanzierungsantrag an den Westberliner Senat.¹⁴⁴ Zu diesem Zeitpunkt war sie noch „eng mit der IO verbunden“¹⁴⁵. Inhaltlich wie persönliche Differenzen führten jedoch immer mehr zu einem „Auseinanderdriften“¹⁴⁶ der beiden Gruppen, welches schließlich in einem handfesten Streit endete, nachdem ein anonymes Spender eine Millionen Mark für den Kauf eines Hauses in Aussicht stellte. Beide Gruppen, Weglaufhaus- wie Verrücktenhausgruppe, beanspruchten nun diese Spende für ihr Projekt, noch bevor diese überhaupt gegeben war. Dies führt zur Trennung der Weglaufhausgruppe von der IO und ihrer Gründung des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V.* im Juli 1989.

¹⁴² Lehmann 1998, S.32f.

¹⁴³ Lehmann 1998, S.33

¹⁴⁴ Vgl. Wehde 1991, S.142

¹⁴⁵ Lehmann 1998, S.33

¹⁴⁶ Lehmann 1998, S.34

2.7 Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt

Aus der Gründungssatzung des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt (in Folge: VSpG):

„§ 2 Zweck und Aufgaben des Vereins:

Der Verein verfolgt den Zweck, den Abbau von Gewalttätigkeit psychiatrisch Tätiger gegenüber den Psychiatrie-Betroffenen zu fördern; es geht hauptsächlich um den Abbau von Gewalt, die durch Elektro- und andere Schockverfahren sowie psychiatrische Psychopharmaka ausgeübt wird.

Zur Erreichung seines Zweckes führt der Verein insbesondere folgende Aufgaben durch:

er stellt im Rahmen seiner Mittel sicher, dass Menschen, die von psychiatrischer Gewalt bedroht oder betroffen sind, Schutz und Unterkunft zur Verfügung stehen sowie Unterstützung erhalten in Fragen der selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung. [...]“¹⁴⁷

Kurz nach seiner Gründung im Juli 1989 reichte der VSpG seine Konzeption mit einem Finanzierungsantrag beim Berliner Senat ein, worauf dieser einen Monat später prompt einen Ablehnungsbescheid zurückschickte¹⁴⁸: „Ein realpolitisches Lehrstück“¹⁴⁹, wie Gründungsmitglied Burckhardt Brückner die Realisierung des Weglaufhaus Berlin im Rückblick nennt, hatte begonnen. In diese Zeit fiel auch die Ankündigung der Millionenspende, welche ein breites Medienecho verursachte. Nach einigem Hin- und Her sowie öffentlichem Druck auch durch namhafte UnterstützerInnen auf die Senatsverwaltung sagte diese schließlich eine Finanzierung für 1990 zu, unter den Auflagen, dass der Verein zuerst ein Haus finden musste, seine Konzeption erweitern und die Zustimmung der für den Bezirk zuständigen *Psycho-Sozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)* einholen sollte. Im

¹⁴⁷ Zitiert in Wehde 1991, S.142f.

¹⁴⁸ Vgl., auch i.F., Wehde 1991, S.142ff.

¹⁴⁹ Brückner 1998, S.40

August 1990 erwarb der Verein ein Haus in Berlin Frohnau (Bezirk Reinickendorf), führte seine Konzeption weiter aus und im September entschied sich die *PSAG* Reinickendorf zugunsten des Weglaufhaus. Im Oktober des selben Jahres wurde der Finanzantrag von der Berliner Senatsverwaltung dann akzeptiert, doch kurz darauf im November war die Enttäuschung groß: aufgrund der skandalösen Räumung der Mainzerstraße in Berlin Friedrichshain verließ die *AL* die Koalition und es kam zu Neuwahlen. Die darauffolgende große Koalition von *CDU* und *SPD* zeigte keinerlei Interesse am Projekt Weglaufhaus, so dass eine Realisierung in weite Ferne gerückt zu sein schien. Geldmittel wurden dagegen in den Ausbau des psychiatrischen Netzes im Ostteil der Stadt gesteckt, so dass Wehde 1991 schrieb:

„Unter allen Umständen wollen die Regierungsparteien und der Verwaltungsapparat das psychiatrische System perfektionieren und eine institutionell abgesicherte Möglichkeit zum Ausstieg aus der Drehtürpsychiatrie verhindern.“¹⁵⁰

Weiterhin zitiert sie auch Bruckmann, der in einem offenen Brief an PolitikerInnen der großen Koalition schrieb:

„So wird einer fetten Gans (Psychiatrie) auch weiterhin noch der Arsch geschmiert. (...) Aus dem Topf Gesundheit wird weiterhin die krankmachende Psychiatrie bezahlt. Nur weil ein Projekt Weglaufhaus die Interessen der Betroffenen nicht verraten hat, wurden diesem Projekt die Gelder gestrichen. Zeigen sie mir doch einmal Menschen, die durch psychiatrische Behandlung wieder selbstbewusst, lebensfroh und lebendig wurden. Dank ihrer schmutzigen Politik haben alle Chancen wie der Hund beim Metzger.“¹⁵¹

Diejenigen, die weitermachten in der Weglaufhausgruppe des *VSpG* versuchten als nächstes durch Stiftungsmittel und Spenden

¹⁵⁰ Wehde 1991, S.172

¹⁵¹ Bruckmann zitiert in Wehde 1991, S.172

eine Finanzierung auf die Beine zu stellen.¹⁵² 1992 erkannte das Finanzamt die Gemeinnützigkeit des Vereins an und im Frühjahr des selben Jahres entstand in Gesprächen mit der Berliner *Gesellschaft für Soziale Psychiatrie*, dem *Paritätischen Wohlfahrtsverband (DpWV)* und der Berliner Ärztekammer die Idee einer Tagessatzfinanzierung nach BSHG als Alternative zur nicht geglückten Pauschalfinanzierung. Zur Debatte standen zum einen §39 BSHG „Wiedereingliederung von Behinderten“ oder §72 BSHG „Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten“, insbesondere für Wohnungslose und Haftentlassene. Vorteile einer Finanzierung nach §39 BSHG wäre gewesen, dass sie „bei therapeutischen Wohngemeinschaften oder Wohnheimen planungssicher erprobt war und ein relativ hoher Tagessatz herauspringen“¹⁵³ konnte.

Die Nachteile einer ‚39er Finanzierung‘ lagen dagegen ebenfalls klar auf der Hand: zum einen die Zielgruppendefinition „Behinderte“ zum anderen die Tatsache, dass wiederum das Ressort Gesundheit des Senats, von dem schon eine Absage vorlag, die Zustimmung für eine Finanzierung geben hätte müssen. Daher fiel die Kompromissentscheidung auf eine Tagessatzfinanzierung nach §72 BSHG, schließlich entsprach Obdachlosigkeit auch häufig der sozialen Situation von Menschen die aus der Psychiatrie wegliefen, bzw. einen längeren Psychiatrieaufenthalt hinter sich haben, obwohl auch diese Entscheidung mit großen Nachteilen verbunden war, so Brückner:

„Die Einschränkung der Zielgruppe und der zu erwartende niedrige Tagessatz gingen bis an die Schmerzgrenze unserer Kompromissbereitschaft, aber mit der neuen Fachverwaltung¹⁵⁴ wollten wir es probieren.“¹⁵⁵

¹⁵² Vgl. auch i.F. Brückner 1998, S.40ff.

¹⁵³ Brückner 1998, S.45

¹⁵⁴ „Senatsverwaltung für Soziales“

¹⁵⁵ Brückner 1998, S.45

Nachdem im Februar der erste Kostensatz mit dem Obdachlosenreferat der Senatsverwaltung für Soziales abgesprochen wurde, in der diese auf eine durchschnittliche Auslastung von 80% bei angenommenen 13 BewohnerInnen¹⁵⁶ bestanden. Für die Vorlauffinanzierung¹⁵⁷ konnte der VSpG mit Hilfe des *DpWV*, *Aktion Sorgendkind*, *Glücksspirale*, *Netzwerk Selbsthilfe e.V.*, eigener Mittel und privater Spenden bis Ende 1993 ein von der Verwaltung akzeptiertes Gesamtfinanzierungskonzept erstellen. Als „Politikum“, so Brückner, „war das Weglaufhaus realisiert“¹⁵⁸. Dennoch dauerte es noch zwei Jahre bis auch das Wohnungsamt eine Zweckentfremdungs-Genehmigung erteilte¹⁵⁹, alle Vorbehalte und daraus folgenden Probleme mit den Nachbarn geklärt waren, der Sozial-psychiatrische Dienst Reinickendorf sich für das Projekt aussprach, mit der Polizei Absprachen über Aufnahmemodalitäten von Zwangseingewiesenen getroffen waren und die Bezirksverordnetenversammlung Reinickendorf im April 1995 dem Antrag auf Nutzungsänderung des Weglaufhauses zustimmte.¹⁶⁰ Am 1.1.1996 eröffnete der VSpG dann als Trägerverein das Weglaufhaus „*Villa Stöckle*“, als erste und bisher einzige antipsychiatrische Kriseneinrichtung in Deutschland.

3 Das Angebot des *Weglaufhaus Villa Stöckle* Berlin

3.1 Einführung

¹⁵⁶ D.h. der Maximalauslastung

¹⁵⁷ U.a. auch ein sehr kostenträchtiger feuerpolizeilicher Umbau des Hauses.

¹⁵⁸ Brückner 1998, S.49

¹⁵⁹ Das Haus liegt in reinem Wohngebiet.

¹⁶⁰ Ironie des Schicksals: ausgerechnet eine Abgeordnete der rechtsextremen Republikaner war in dieser Abstimmung das „Zünglein an der Waage“ zugunsten des Weglaufhaus. (Brückner 1998, S.52)

Das Weglaufhaus *“Villa Stöckle”* (in Folge: WLH) ist eine am nördlichen Stadtrand von Berlin gelegene “Kriseneinrichtung für Wohnungslose und akut von Wohnungslosigkeit bedrohte Psychiatrie-Betroffene”.¹⁶¹

Das Haus bietet maximal 13 BewohnerInnen Platz. Insgesamt arbeiten im WLH neun SozialarbeiterInnen oder MitarbeiterInnen mit vergleichbarer Qualifikation¹⁶², ein Psychologe, vier Honorarkräfte und bis zu vier PraktikantInnen. Tagsüber stehen den BewohnerInnen mindestens ein/e Mitarbeiter/in, Nachts mindestens zwei MitarbeiterInnen zur Verfügung.

Das WLH finanziert sich über Tagessätze nach §72 BSHG (“Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten”).¹⁶³ In Abgrenzung zu einfachen Obdachloseneinrichtungen, aber auch in Abgrenzung zu psychiatrischen oder sonstigen Einrichtungen der “Wiedereingliederungshilfe” (§39 BSHG) hält das WLH aufgrund der antipsychiatrischen Ausrichtung ein spezielles Angebot bereit, für Menschen, “die in Krisensituationen einen Psychiatrieaufenthalt ablehnen und nach einem alternativen Hilfsangebot jenseits des psychiatrischen Krankheits- und Behandlungsmodells suchen”.¹⁶⁴

3.2 Antipsychiatrische Ausrichtung

Die antipsychiatrische Ausrichtung des WLH beruht hauptsächlich auf den Erfahrungen der Psychiatriekritik der Betroffenen- und Selbsthilfebewegung, insbesondere der in Kapitel Zwei vorgestellten *Irrenoffensive e.V.*, *Wegloophuis*-Bewegung, und

¹⁶¹ Konzeption 2001, S.3 („Psychiatrie-Betroffenheit“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht „Betroffenheit“ über Elend oder Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie sondern die Tatsache, in einer psychiatrischen Anstalt behandelt zu werden oder behandelt worden zu sein. Konzeption 2001, S.7)

¹⁶² S. Kap. 3.2

¹⁶³ Vgl. Kap. 2.7

dem Trägerverein des WLH *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* Obwohl den Erkenntnissen der antipsychiatrischen Theorien der '70er und '80er Jahre eine gewisse konzeptionelle Beeinflussung zugestanden wird, richtet sich die Konzeption in erster Linie „nach den konkreten Erfahrungen und Bedürfnissen einer großen Zahl von Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen jede Form psychiatrischer Behandlung ablehnen“¹⁶⁵.

„Ausschlaggebend für ihre (der Konzeption, T.B.) Ausgestaltung sind [...] nicht theoretische Positionen, wie sie im Kontext der intellektuellen Debatten über Antipsychiatrie vor allem in England, Italien, Frankreich und den USA geführt wurden.“¹⁶⁶

Das heißt, die antipsychiatrische Ausrichtung im Rahmen des WLH konzentriert sich auf die pragmatische Errichtung einer Gegenpraxis die sich direkt aus der Psychiatriekritik der Betroffenen- und Selbsthilfebewegung ergibt.

Zentraler Punkt dieser Psychiatriekritik¹⁶⁷ ist der Grundsatz, dass

„der psychiatrische Krankheitsbegriff und die entsprechenden Diagnosen in der Arbeit mit den BewohnerInnen keine Rolle spielen und als Arbeitsgrundlage prinzipiell abgelehnt werden. [...] Die BewohnerInnen gelten weder als krank, noch als fremdbestimmt, sondern bleiben für ihr Leben, für ihre Handlungen und Äußerungen selbst verantwortlich.“¹⁶⁸

Die psychiatrische Diagnose negiert dagegen, nach der Konzeption des WLH, die Selbstverantwortung der Diagnostizierten und bildet so die Grundlage für deren

¹⁶⁴ Konzeption 2001, S.8

¹⁶⁵ Konzeption 1997, S.23

¹⁶⁶ Konzeption 1997, S.23. In der anhängenden Fußnote werden die Arbeiten von R. Laing, D. Cooper, F. Basaglia, G. Jervis, M Foucault, F. Guattari, G. Deleuze, E. Goffman und Th. Szasz genannt. Trotz der geringeren Bedeutung dieser antipsychiatrischen Theorien für die Konzeption des WLH muss gesagt werden, dass diese Theorien dennoch präsent sind, sei es in Form kursierender Magister- oder Diplomarbeiten von MitarbeiterInnen oder in Gesprächen der MitarbeiterInnen. Auch in Zukunft denke ich, dass gerade auch für PraktikantInnen immer die Möglichkeit bestehen wird, im Team oder im Umfeld des WLH-Vereins interessierte und kompetente AnsprechpartnerInnen für dieses Thema zu finden.

¹⁶⁷ Vgl. i.f. Konzeption 1997 und Konzeption 2001

¹⁶⁸ Konzeption 2001, S.6f.

Entmündigung und alle gegen sie gerichteten psychiatrischen Zwangsmaßnahmen. Abgesehen von den offen gewalttätigen Zwangsmaßnahmen wie Elektroschock, Lobotomie¹⁶⁹, Fixierung und Zwangsmedikation mit Psychopharmaka kommt es in Anstalten im Zusammenhang mit der Diagnostizierung

„zu einem strukturellen Verstoß gegen das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht: Eine informierte Einwilligung, basierend auf der vom Gesetz geforderten Aufklärung, findet in aller Regel nicht statt. [...] In der Psychiatrie als offiziellem Teilgebiet der Medizin wird – in aller Regel – nicht in erforderlichem Umfang aufgeklärt: nicht über den Verlauf der Behandlung, nicht über nicht auszuschließende Risiken und Schäden von Eingriffen [...], nicht über mögliche tödliche –Risiken, nicht über Alternativen. Die Betroffenen haben keine Chance, sich frei zu entscheiden [...].“¹⁷⁰

Auch bei denjenigen PsychiatrieeinsassInnen, die nicht direkt von Zwangsmaßnahmen betroffen seien, würden diese „als ständig gegenwärtige Drohungen“ wirken, da in der Psychiatrie „ein repressives System“ herrscht, ein System „aus Strafe und Belohnung, in dem Probleme kaum aufgearbeitet werden können, Kritik zum Symptom wird und der Handlungsspielraum extrem gering ist“¹⁷¹. Dieses System „wo alles verboten ist, weggeschlossen oder reglementiert, fordert jede Lücke dazu heraus, die Gewalt zurückzugeben, wegzulaufen, oder sogar sich umzubringen“¹⁷².

Antipsychiatrische Ausrichtung als Schlussfolgerung dieser Psychiatriekritik bedeutet jedoch nicht, dass Psychiatriebetroffene in (oder mit Erfahrung von) verrückten Zuständen und Lebenskrisen und den damit verbundenen sozialen Existenznöten keinen (zum Teil erheblichen) Unterstützungsbedarf haben:

¹⁶⁹ Direkter Eingriff in das Gehirn: für Hartgesottene bietet der Film „For your own good“ aus Norwegen, Anschauungsmaterial. In einer unglaublich banalen und zugleich grausamen Offenheit wird dort eine solche „Operation“ gezeigt.

¹⁷⁰ Konzeption 1997, S.10 f.

¹⁷¹ Ebd.

¹⁷² Ebd.

„Die Ablehnung der psychiatrischen Raster ermöglicht in der Praxis antipsychiatrischer Arbeit erst einen unvoreingenommenen Blick auf die besonderen Schwierigkeiten der Einzelnen und führt zu einer radikalen individuellen Anpassung der jeweiligen Formen der Unterstützung an die spezifische Situation der Betroffenen.“¹⁷³

Letztendlich folge „aus der antipsychiatrischen Kritik keine eindeutige und detaillierte Handlungsanweisung für die Realisierung eines alternativen Ortes zur Bewältigung tiefgreifender sozialer und psychischer Krisen“¹⁷⁴.

Konkret äußert sich die antipsychiatrische Ausrichtung des WLH in folgenden Arbeitsgrundlagen¹⁷⁵:

Transparenz

Alle wichtigen Dokumente und Notizen einer Bewohnerin/eines Bewohners, die ihren Aufenthalt im WLH betreffen, wie z.B. Ämterkontakte oder Teamaufzeichnungen, werden in dem sog. BewohnerInnenordner gesammelt. Dieser Ordner ist der jeweiligen Bewohnerin/dem jeweiligen Bewohner immer zugänglich. Jeder die BewohnerInnen betreffende Kontakt mit Dritten findet nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung statt. So werden z.B. die von den Bezirksamtern für die jeweilige Kostenübernahme verlangte Befürwortung des Aufenthalts, der Zwischenbericht sowie der Abschlussbericht, wenn möglich, zusammen mit den BewohnerInnen erstellt, mindestens aber ihnen zur Korrektur vorgelegt.

Grundsätzlich steht den BewohnerInnen auch offen, zu den sie betreffenden Abschnitten der Teamsitzung dazuzukommen.

Mitsprache

Bei allen Entscheidungen, die das Zusammenleben im Haus betreffen, wie Neueinstellungen von MitarbeiterInnen oder

¹⁷³ Konzeption 2001, S.7

¹⁷⁴ Konzeption 2001, S.7

¹⁷⁵ Vgl. Konzeption 1997, S.4f., S.19

PraktikantInnen¹⁷⁶, Einzug neuer BewohnerInnen, Zimmerverteilung, Umgestaltung der Räumlichkeiten oder des Gartens oder Änderung der Hausordnung, wird ein Votum der Hausversammlung, an der alle BewohnerInnen teilnehmen, eingeholt.

Zudem wählt sich jede Bewohnerin/jeder Bewohner nach einer Probezeit von zwei Wochen unter den MitarbeiterInnen zwei Vertrauenspersonen aus.

Vetorecht

Die Mehrheit der psychiatriebetroffenen Mitglieder des Trägervereins „Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.“ hat bei allen Entscheidungen des Vereins ein Vetorecht.

Psychiatrisches Testament

Die BewohnerInnen des WLH können mit der Unterstützung der MitarbeiterInnen ein psychiatrisches Testament¹⁷⁷ erstellen.

Bedeutende Konsequenz aus der antipsychiatrischen Ausrichtung für die konkrete Arbeit des WLH ist auch die, internen Qualifikationskriterien unterliegende, Zusammensetzung des MitarbeiterInnen-Teams.¹⁷⁸

Generell arbeiten im WLH keine PsychiaterInnen oder KrankenpflegerInnen, da den BewohnerInnen des WLH die Garantie eines „psychiatriefreien Raums“¹⁷⁹ gegeben werden soll. Wichtiger als der Berufsabschluss jedoch ist bei der Einstellung von neuen MitarbeiterInnen als internes Qualifikationskriterium eine antipsychiatrische Grundhaltung, d.h. die Ablehnung der psychiatrischen Krankheitsbegriffe und Zwangsmaßnahmen und die Respektierung des Selbstbestimmungsrechtes

¹⁷⁶ So musste ich z.B. vor meinem Praktikum einen Tag im Haus hospitieren, damit die BewohnerInnen sich ihre Meinung über mich bilden konnten.

¹⁷⁷ In einem Psychiatrischen Testament legen die Betroffenen fest, wie sie bei zukünftigen Psychiatrieaufenthalten behandelt bzw. nicht behandelt werden wollen. In Deutschland hat das Psychiatrische Testament zwar keine Rechtsverbindlichkeit, durch die Mitunterzeichnung von (aus, für diesen Bereich möglichst einflussreichen, Berufsgruppen wie AnwältInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen commendenden) UnterstützerInnen und Vertrauenspersonen kann es jedoch die Bedingungen eines Psychiatrieaufenthaltes positiv beeinflussen.

¹⁷⁸ Vgl. Konzeptionsentwurf 2000, S.16 f.

Psychiatriebetroffener. Entscheidend sind weiterhin natürlich Berufserfahrung und „eigene Erfahrung mit Verrücktheit, Psychiatisierung und anderen schwierigen Lebenssituationen“¹⁸⁰ und deren Bewältigung. Gerade dieses letztgenannte, interne Qualifikationskriterium wird in der Konzeption des WLH besonders betont:

„Insbesondere Psychiatrie-Betroffene besitzen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen eine potentielle Qualifikation, die keine professionelle Ausbildung vermitteln kann.“¹⁸¹

So gilt als Einstellungsregel, dass in der Zusammensetzung des Teams mindestens eine Psychiatriebetroffenenquote von 50% eingehalten wird.

Im WLH arbeiten also neben SozialarbeiterInnen und PsychologInnen auch MitarbeiterInnen mit „gleichwertiger Fähigkeiten und Erfahrungen“¹⁸² gemäß den beschriebenen internen Qualifikationskriterien.

Schließlich spielt im Zusammenhang mit der antipsychiatrischen Ausrichtung die Auseinandersetzung über die Vergabe von Psychopharmaka in der Arbeit des WLH eine sehr große Rolle, da diese die „am häufigsten angewandte psychiatrische Behandlung“¹⁸³ ist und „da der Grund für das Weglaufen vor psychiatrischer Behandlung vor allem in der oft zwangsweisen Verabreichung schädlicher Behandlungsmittel [...] liegt“¹⁸⁴.

Eng verbunden mit der Ablehnung psychiatrischer Diagnosen und der häufigen psychiatrischen Zwangsbehandlungen ist im WLH hierbei die Kritik an der Vergabe (insbesondere der zwangsweisen Vergabe) von Psychopharmaka. Diese Kritik bezieht sich in erster

¹⁷⁹ Vgl. Kempker 1998, S.23

¹⁸⁰ Konzeption 1997, S.16

¹⁸¹ Konzeption 1997, S.16.

¹⁸² Konzeption 2001, S.17

¹⁸³ Konzeption 1997, S.10

¹⁸⁴ Ebd. S.8

Linie auf die von Psychopharmakabehandlungen ausgelösten sogenannten ‚Nebenwirkungen‘, die zum Teil lebensbedrohliche Risiken sowie teilweise gravierende Langzeitschäden¹⁸⁵ nach sich ziehen. Weiterhin richtet die Kritik sich gegen die allgemeine Vergabepaxis in psychiatrischen Anstalten oder Einrichtungen, bei der die PatientInnen nicht oder nur sehr unzureichend über diese Behandlungsrisiken informiert werden.

Da die Frage Psychopharmaka ‚ja‘ oder ‚nein‘ m.E. in den meisten Einrichtungen des psychiatrischen und psycho-sozialen Versorgungsnetzes (d.h. den Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe) die Gretchenfrage darstellt, möchte ich an dieser Stelle ein längeres Zitat aus einem Arbeitspapier zur Antipsychiatrischen Ausrichtung des WLH einfügen, das die sehr differenzierte Einstellung zu diesem Thema im WLH verdeutlicht:

„Etwa 60% der BewohnerInnen kommen ins WLH, ohne unmittelbar zuvor Psychopharmaka eingenommen zu haben oder setzen sie beim Einzug ins WLH ab. Von den übrigen BewohnerInnen setzen die meisten die ihnen verordneten Psychopharmaka in engem persönlichen Austausch mit den MitarbeiterInnen des WLH je nach Erfordernissen ihrer individuellen Situation ab [...]. Bei diesem Prozess erfüllen die MitarbeiterInnen des WLH ausschließlich eine beratende und informierende Aufgabe und versuchen nicht, den BewohnerInnen ihre eigene antipsychiatrische Position aufzudrängen. [...] Auch wenn die Absicht, Psychopharmaka abzusetzen, im WLH nicht als Aufnahmebedingung gilt, müssen die BewohnerInnen die Bereitschaft mitbringen, sich mit den Wirkungen der von ihnen eingenommen Psychopharmaka auseinander zusetzen. Sollten BewohnerInnen des WLH nach einer gewissen Zeit zu der Überzeugung gelangen, dass sie ihre psychosoziale Krise in erster Linie durch die Einnahme von Psychopharmaka bewältigen möchten, würden die MitarbeiterInnen des WLH sie in eine der vielen Einrichtungen [...] vermitteln, deren Programm ihren Bedürfnissen eher entspricht [...].“¹⁸⁶

¹⁸⁵ Eine sehr ausführliche Auseinandersetzung mit den Risiken von Psychopharmakabehandlungen ist in den beiden Bänden „Schöne neue Psychiatrie“ von Peter Lehmann zu finden. (Lehmann 1996)

¹⁸⁶ Arbeitspapier WLH 2000, S.1f. (In Auszügen auch in Bräunling, Balz und v. Trotha 2001, S.249)

3.3 Das Angebot

Das Angebot des WLH richtet sich an erwachsene, wohnungslose Psychiatriebetroffene.¹⁸⁷ Als wohnungslos gelten hierbei nicht nur Menschen, die akut wohnungslos sind sondern auch diejenigen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Ebenso beinhaltet das Kriterium psychiatriebetroffen auch Menschen, die von Psychiatrisierung bedroht sind.

Wichtig ist, dass sich das Angebot des WLH im Speziellen an Menschen richtet, die in einer solchen Krisensituation psychiatrische Behandlung ablehnen und eine alternative Hilfsmöglichkeit suchen. Das WLH bietet zudem spezielle Hilfe für die mit der Wohnungslosigkeit und Psychiatriebetroffenheit verbundenen, oft zahlreichen Probleme, wie

- gesundheitliche Probleme durch schlechte Lebensbedingungen, mangelnde Vorsorge oder Nebenwirkungen von Psychopharmaka
- fehlende Schul- bzw. Berufsausbildung, (Langzeit-)Arbeitslosigkeit
- Schulden, Schwierigkeiten im Umgang mit Geld, Leben am Existenzminimum
- häufige und langjährige Psychiatrieaufenthalte, zum Teil seit dem Kindes- und Jugendalter
- soziale Isolation und Fehlen eines stützenden sozialen Netzes und von Selbsthilfemöglichkeiten
- psychische Belastungen durch extreme Gefühls- und Wahrnehmungszustände
- Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche
- juristische Schwierigkeiten wie Strafanzeigen oder Schwierigkeiten im Umgang mit gesetzlichen BetreuerInnen
- Gefährdung durch Alkohol und Drogen
- Belastender Kontakt zu Familienangehörigen oder Partner/in und Kindern
- Missbrauchserfahrungen

¹⁸⁷ Vgl. im folgenden Konzeption 1997 und Konzeption 2001, S. 11ff.

- Gewalterlebnisse durch das Leben auf der Straße, durch die Psychiatrie, durch die
- eigene Familie und durch aktuelle oder frühere Beziehungen mit gewaltsamen und sexuellen Übergriffen

Da insbesondere wohnungslose und psychiatriebetroffene Frauen häufig gewaltsame Übergriffe und sexuelle Gewalttätigkeiten erfahren, gibt es im WLH im Wohnbereich eine Frauenetage.

Menschen, die gerichtlich nach PsychKG oder dem Betreuungsrecht (BGB) untergebracht sind, können im WLH nur aufgenommen werden, wenn die gerichtliche Unterbringung aufgehoben oder vorläufig ausgesetzt wird. Eine solche Aufhebung oder Aussetzung versuchen die MitarbeiterInnen des WLH durch Gespräche mit den verantwortlichen PsychiaterInnen oder BetreuerInnen zu erreichen, wenn eine gerichtlich untergebrachte Person im WLH aufgenommen werden will. Dies konnte in der Praxis bis jetzt oft erreicht werden, es

„entspricht auch den Bestimmungen des PsychKG des Landes Berlin, da das PsychKG Gerichte und psychiatrische Institutionen dazu verpflichtet, jederzeit zu prüfen, ob nicht andere Möglichkeiten der Betreuung bestehen, die eine gerichtliche Unterbringung überflüssig machen könnten“¹⁸⁸.

Wird eine Person im WLH aufgenommen, so richtet sich das jeweilige Angebot nach den vier Zielphasen

1. Existenzsicherung
2. Krisenintervention und persönliche Stabilisierung
3. Perspektivplanung
4. Hilfe zu Selbsthilfe

Das Hilfsangebot umfasst zum einen die Unterkunftsmöglichkeit und die Nutzung der Gemeinschaftsräume, zum anderen die Unterstützungsangebote der MitarbeiterInnen. Am Anfang ihres Aufenthaltes wird den BewohnerInnen des WLH ein Einzelzimmer angeboten, später, wenn es die Situation im Haus erfordert, ein

¹⁸⁸ Konzeption 2001, S.16

Zweibettzimmer. So wie es die jeweilige Situation erfordert, können sich BewohnerInnen diese selbst aussuchen und über die Hausversammlung die Zimmerverteilung mitbestimmen. An Gemeinschaftsräumen gibt es neben der Küche und drei Bädern ein Wohn-, ein Esszimmer, einen Sportraum im Keller sowie einen Garten.

Die MitarbeiterInnen des WLH bieten Hilfe in Form von:

1. Information
2. Beratung
3. Anleitung, Unterstützung, Begleitung und
4. Krisenintervention

an.

Dabei richtet sich das Hilfsangebot nicht nach einer festen Struktur und einem festen Tagesablauf. Auch gibt es im WLH keine expliziten Therapieangebote:

„An die Stelle von künstlich inszenierten therapeutischen Beschäftigungen treten die Notwendigkeiten des gemeinsamen Lebens in einem großen und intensiv genutzten Haus.“¹⁸⁹

Konkret stehen die MitarbeiterInnen den BewohnerInnen in Einzelgesprächen zur Verfügung. Sie bieten Alltagstraining im Haushalt und im Zusammenwohnen mit den anderen BewohnerInnen an und vermitteln bei Konflikten zwischen den BewohnerInnen.

Akute Krisensituationen einzelner BewohnerInnen begleiten die MitarbeiterInnen 24 Stunden rund um die Uhr intensiv in Form von „Dabeisein“¹⁹⁰. Hierbei besteht die Möglichkeit neben Gesprächen auch andere Kommunikationsmittel und Kontaktaufnahmen der nonverbalen Kommunikation zu gebrauchen (Gestikulierer, Körperkontakt, schriftliche Mitteilungen etc.). In allen gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Fragen informieren und beraten die MitarbeiterInnen die BewohnerInnen nach dem oben beschriebenen Grundsatz der Transparenz. Zusätzlich können die

¹⁸⁹ Konzeption 1997, S.4

BewohnerInnen auch direkte Unterstützung (wenn es die Kapazität zulässt) in Form von Begleitungen oder Vermittlungen bei Ämtern, ÄrztInnen, Wohnungen, Arbeitsplätzen etc. bekommen. Als einzige Einrichtung in Deutschland bietet das WLH Hilfe beim Absetzen von Psychopharmaka auf Basis der beschriebenen antipsychiatrischen Grundhaltung an. Diese Hilfe fußt auf konkreten Erfahrungen von Psychiatriebetroffenen, insbesondere auch von einzelnen MitarbeiterInnen, die Psychopharmaka erfolgreich abgesetzt haben.

Für die persönlichen Hilfen können sich die BewohnerInnen zwei MitarbeiterInnen ihres Vertrauens aussuchen, die sog. Vertrauenspersonen.

Grundsätzlich gilt bei allen angebotenen Hilfen und Unterstützungen, dass immer auf die Erfahrung der jeweils Betroffenen zurückgegriffen wird und es mehr Spielraum und Verständnis bei verrückten Zuständen als anderswo gibt. Auch die in der Hausordnung bestimmten Grenzen des Zusammenlebens im Haus (keine Gewalt, kein Alkohol, keine Drogen) sind nicht im Detail genau festgelegt, sondern werden in den jeweiligen Grenzsituationen verhandelt.

Schließlich haben die BewohnerInnen weitreichende Mitsprache (s. 2.2.) bei allen angebotenen Hilfen und Unterstützungen und weitreichende Möglichkeiten, das Zusammenleben im Haus über die Hausversammlung mitzugestalten.

3.4 Finanzierung

Das WLH finanziert sich über Tagessätze nach § 72 BSHG „Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten“, die bei den sozialen

¹⁹⁰ Nach Mosher 1994

Wohnhilfen der für die jeweiligen BewohnerInnen zuständigen Bezirksämter direkt beantragt werden muss.

Der Tagessatz liegt pro Person bei einer Höhe von knapp 200 DM, die in jedem Jahr neu mit der Senatsverwaltung in der sog. Leistungsvereinbarung vereinbart werden muss.¹⁹¹

In der Praxis bestehen dennoch viele Sozial- und SachbearbeiterInnen der sozialen Wohnhilfen der Bezirksämter vor einer Kostenübernahme auf einer Begutachtung der BewohnerInnen durch den örtlichen Sozial-Psychiatrischen Dienst, sobald sie von deren Psychatriebetroffenheit hören. Wenn die MitarbeiterInnen des WLH es in solchen Fällen nicht schaffen, durch oft sehr langwierige und zähe Gespräche diese Sozial- oder SachbearbeiterInnen zu überzeugen, nach Aktenlage eine Kostenübernahme zu bewilligen, bedeutet dies für die BewohnerInnen eine oft sehr demütigende psychiatrische Begutachtung, vor der sie ja gerade geflohen sind, oder die sie gerade vermeiden wollten.

Den persönlichen Bedarf an Verbrauchs- und Lebensmittel bezahlen die BewohnerInnen aus eigenen Einkünften¹⁹².

4 Zur Situation der BewohnerInnen des Weglaufhaus Villa Stöckle Berlin

4.1 Vorbemerkung

Nach der Beleuchtung des allgemein-politischen Kontextes der Situation von Psychatriebetroffenen im ersten Kapitel, der Beschreibung der Entstehungsgeschichte und des politischen Umfelds des WLH sowie dessen aktuellen Angebots im zweiten und dritten Kapitel soll nun die spezielle Situation der BewohnerInnen des WLH betrachtet werden, um die Annäherung

¹⁹¹ Vgl. Konzeption 2001, S.37

an das Thema von außen (allgemein-politischer Kontext) nach innen (konkrete Situation im Detail) zu vervollständigen.

Zwei Fragen drängen sich bei der Betrachtung der Situation von BewohnerInnen einer solch jungen Einrichtung wie dem WLH zunächst auf:

Gibt es hierzu *laufende* Untersuchungen, bzw. wer hat ein Interesse an solchen Untersuchungen?

Welche Methoden für *eigene* Untersuchungen könnten sich als adäquat erweisen?

Abgeschlossene Untersuchungen zur Situation der BewohnerInnen des WLH gab es zum Zeitpunkt der Erstellung meiner Arbeit noch nicht. Einzig die Jahresstatistiken des WLH-Teams über Aufnahme, Auslastung, Herkunft und Weggang der BewohnerInnen sowie deren Aufenthaltsdauer, insbesondere die Besprechung der Jahresstatistiken von 1996/97 von Kerstin Kempker, geben sehr wertvolle Hinweise, die aber für sich genommen noch näher interpretiert werden müssen.

Momentan läuft dagegen ist eine große Fragebogenaktion zur Zufriedenheit der BewohnerInnen des WLH, die im Frühjahr/Sommer 2000 von einer Redaktionsgruppe des WLH-Teams entwickelt wurde, die jedoch noch nicht ausgewertet ist. Diesem Fragebogen des WLH-Teams liegen m.E. verschiedene Motivationen zu Grunde.

Eine wichtige Motivation für die Entstehung des Fragebogens war sicherlich der Wunsch, die konzeptionell starke Verankerung des Mitspracherechts und der zahlreichen Mit- oder Eigengestaltungsmöglichkeiten der BewohnerInnen am Hilfsangebot um eine institutionalisierte Rückmeldung der *BewohnerInnenzufriedenheit* zu erweitern.

¹⁹² Konzeption 2001, S.37. Die meisten BewohnerInnen beziehen Sozialhilfe.

Zum anderen muss diese Fragebogenaktion aber auch im Kontext des immer schärfer Rechtfertigungsdrucks der sozialen Einrichtungen über ihre Leistungen gegenüber ihren Geldgebern gesehen werden. Gerade der Zusammenhang mit den neuen Forderungen nach *Qualitätssicherung* des BSHG¹⁹³ ist hier m.E. von großer Bedeutung. Aus diesem Grund werde ich vorab diesen Rechtfertigungsdruck und die neuen Forderungen nach *Qualitätssicherung* im allgemeinen sozial-politischen Kontext beleuchten, bevor ich den Fragebogen des WLH-Teams besprechen werde, um schließlich die Frage zu beantworten, welche Untersuchungsmethode ich als adäquat erachtet habe.

4.2 Evaluation im sozialen Bereich

Allgemein zeigt sich, dass ein bestimmter Typus von Untersuchungen im sozialen Bereich in den letzten zehn Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Gemeint sind die Untersuchungen, die unter dem Begriff *Evaluation* laufen. Nach Maja Heiner bedeutet Evaluation Auswertung und Bewertung. Da sie die Evaluationsforschung als „anwendungsorientierte Forschung“ sieht, beinhaltet für sie evaluieren des weiteren auch „empfehlen, beraten und bei der Entscheidungsfindung unterstützen“.¹⁹⁴ Auch Frank Früchtel weist in seiner Definition von Evaluation auf den beratenden Charakter dieser Untersuchungsmethode hin. Er betont jedoch, dass eine solche weitreichende Auffassung des Evaluationsbegriff nicht unbedingt „allgemeinen Konsens finden“ würde, es über den Aspekt der Bewertung aber keinen Zweifel gebe. Wichtiger Zusatz Früchtels: Bewerten sei hier im Sinne einer Bewertung der *Zweckmäßigkeit* einer Maßnahme gemeint.¹⁹⁵

¹⁹³ §93 BSHG

¹⁹⁴ Heiner 1996b), S.20

¹⁹⁵ Früchtel 1995, S.14f.

Für Heiner wie auch Früchtel machen Evaluationen zudem einen wichtigen Bestandteil des „Qualitätsmanagement“ einer sozialen Einrichtung oder Institution aus, bzw. sind unverzichtbar für eine „Qualitätssicherung und –entwicklung“¹⁹⁶ oder haben eine „Qualitätssteigerung“¹⁹⁷ zum Ziel.

Diese Begrifflichkeiten liefern eine Spur zur Beantwortung der Frage, warum gerade dieser Typus von Untersuchungen in den letzten zehn Jahren im sozialen Bereich an Bedeutung gewonnen: Im Zuge von immer massiveren Einsparungen unter Hinweis auf „knappe öffentliche Kassen“ stehen die Anbieter von sozialer Arbeit unter steigendem Transparenz- und Rechtfertigungsdruck im Bezug auf die Kosten und die Ergebnisse ihres Tuns. Daher ist dieser zweck- und anwendungsorientierte Untersuchungstypus sehr attraktiv für die Geldgeber.

Die Überprüfungen der *Effizienz und Effektivität* der Leistungen sozialer Arbeit sind von Seiten der Geldgeber eingebunden in die Forderung nach *Qualitätssicherung*, neuerdings auch mit dem Zusatz der Forderung nach *Qualitätsentwicklung*. Umfassendere oder *ganzheitlichere* Modelle sprechen bei diesem Themenkomplex von *Qualitätsmanagement*.

Auch im WLH stehen die momentan laufende interne Untersuchung unter den BewohnerInnen und zukünftig angedachte Untersuchungen im Zusammenhang mit den Forderungen nach Qualitätssicherungsmaßnahmen von Seiten der Geldgeber.¹⁹⁸

Besondere Relevanz für diese Arbeit erhält diese scheinbar so neue Auseinandersetzung und Forderung nach *Qualität* insbesondere durch die Tatsache, dass fast alle diskutierten Modelle behaupten, ihre Maßnahmen würden auch zu einer

¹⁹⁶ Heiner 1996b), S.20

¹⁹⁷ Früchtel 1995, S.14

¹⁹⁸ Seit zwei Jahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen im WLH- relevanten Bereich, dem BSHG, gesetzliche Vorschrift; s.a. Kap. 4.2.4.

größeren *Zufriedenheit der KlientInnen*, d.h. der NutzerInnen sozialer Arbeit beitragen.

Die kritische Überprüfung dieser Versprechen wird im Zentrum der gesamten Betrachtung der *Qualitätsmanagementmodelle* stehen.

4.3 Qualitätsmanagement im sozialen Bereich

4.3.1 Kritik an der Übertragung betriebswirtschaftlicher Modelle

Das plötzlich gesteigerte Interesse an Qualität im sozialen Bereich von Seiten der Geldgeber musste gerade für kleine Projekte wie dem WLH überraschend sein, die aus Basisinitiativen mit einem hohen politischen wie moralisch-ethischem Anspruch entstanden sind, und so Debatten über die Qualität ihrer Arbeit für sie nichts Neues bedeuten.

Betrachtet man sich die kursierenden *Qualitätssicherungsmodelle* genauer, so finden sich doch einige Neuigkeiten für den Bereich der Sozialarbeit, die man unter der Überschrift „Auseinandersetzung über Qualität“ zunächst nicht unbedingt vermuten würde.¹⁹⁹ Durch direkte oder modifizierte Ableitungen aus der Betriebswirtschaftslehre und aus Unternehmensmanagementideen, werden soziale Einrichtungen oder Institutionen als *Soziale Dienstleistungsbetriebe* definiert, deren *Dienstleistungsqualität* mit Hilfe *effizienterer und effektiverer Unternehmenssteuerung* gesichert oder sogar gesteigert werden soll. Neu ist hierbei ebenfalls, dass nun auch in der Sozialarbeit mit Hilfe von *Leistungsdokumentationen und Statistiken* und deren *Evaluation* diese Sicherung oder Verbesserung der Qualität *messbar* gemacht werden soll und diese messbaren Kriterien in gesetzlichen Regelungen Vorschrift geworden sind²⁰⁰.

¹⁹⁹ Vgl. im f.: Ulli/Maelicke 1998, S. 278ff; Brülle/Reis/Reis 1996; Grunow 1996; Heiner 1996a) u. 1996b); Merchel 1996; Möller 1997;

²⁰⁰ §78 KJHG, §93 BSHG

Angefangen in den Sozialverwaltungen mit dem sogenannten *Neuen Steuerungsmodell*²⁰¹ sowie dem Prüf- und Zertifizierungsverfahren *DIN-ISO 9000 ff*²⁰². für soziale Einrichtungen und Institutionen über deren Weiterentwicklungen mit Hilfe von *Total Quality Management (TQM)*²⁰³ oder *European Foundation for Quality Management (EFQM)*²⁰⁴ u.a. gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Vorschlägen und Modellen zusammengestellt aus einer Mischung dieser betriebswirtschaftlichen Modelle und deren Modifikationen oder Kritiken.

Alle bieten sich an, die gesetzlichen Vorschriften nach Qualitätssicherung zu erfüllen, darüber hinaus natürlich die Arbeit der Verwaltung, der Einrichtungen und Institutionen zu verbessern, zu vereinfachen, und somit letztendlich auch deren KlientInnen besser zufrieden zu stellen.

Nun finden sich in der Literatur analog zur immer größer werdenden Menge der Modellvorschläge auch immer mehr Kritiken an der massiven Implementierung betriebswirtschaftlicher Kriterien und Betrachtungsweisen in den sozialen Bereich.

Die Autorengruppe Brülle, Reis und Reis hat daraufhingewiesen, dass soziale Arbeit, betrachtet man sie als *Soziale Dienstleistung*, aus verschiedenen Gründen nicht mit gewöhnlichen, „marktförmigen Dienstleistungen“²⁰⁵ vergleichbar ist. Zum einem sind die LeistungsadressatInnen im Gegensatz zu „marktförmigen Dienstleistungen“ i.d.R.²⁰⁶ nicht zugleich die ZahlerInnen. Ist beispielsweise der Staat der Zahler des Leistungsangebots, so befinden sich die AdressatInnen in jedem Fall in einer „strukturell

²⁰¹ Insbesondere der Entwurf der *Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt)*. Genauere Auseinandersetzung mit und Beschreibung des *Neuen Steuerungsmodell* in Merchel 1996 und Möller 1997

²⁰² Genaue Beschreibung der *DIN-ISO 9000ff.* in Stauss 1994.

²⁰³ Genaue Beschreibung des *Total Quality Management* bei Oess 1994 und Sondermann 1994

²⁰⁴ Genaue Beschreibung der *European Foundation for Quality Management* bei IQ-Control 2000

²⁰⁵ Brülle, Reis und Reis 1996, S.190

benachteiligten Position²⁰⁷, d.h. sie sind abhängig vom guten Willen des Zahlers und müssen „darauf vertrauen, dass ihre Interessen vom Zahler wahrgenommen werden“²⁰⁸. Der jedoch hat nach Brülle, Reis und Reis in erster Linie ein Interesse an niedrigen Kosten und an Leistungskontrolle. Der Aspekt der *Qualitätskontrolle* wird somit von den „politischen Steuerungsmedien Macht und Recht“²⁰⁹ bestimmt, die AdressatInnen dagegen haben keine Möglichkeit über das Einflussmittel „Geld“ in eine *Qualitätskontrolle* einzugreifen. Daraus folgern die Autoren, dass es, anders als in einer „schlüssigen Tauschbeziehung“ im Bereich der „öffentlichen Leistungen“²¹⁰ mehrere Ergebnisebenen²¹¹ gibt. An erster Stelle die „Bereitstellung der öffentlichen Leistung“ und die darauffolgende Nutzung, die „Leistungsnachfrage“. Dann die Ebene der „Wirkung“²¹², die sie einteilen in „Wirkung auf staatliche Ziele (Makrobereich)“ und „Wirkungen auf das individuelle Ziel der Bedürfnisbefriedigung (Mikrobereich)“. Als letzte übergeordnete Ebene fungiert für sie die „Wohlfahrtsebene (Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt)“, wobei sich an keiner Stelle in ihrem Text finden lässt, was sie genau unter diesem Begriff oder Komplex verstehen.

Interessant für unsere kritische Betrachtung der *Qualitätsdebatte* sind natürlich die beiden genannten Ebenen der „Wirkung“ oder betriebswirtschaftlich gesprochen des „Outcome“.

Erscheint es nämlich bei den erstgenannten Ergebnisebenen, der „Bereitstellung und Nutzung eines Angebots“ noch plausibel, dass sie gemessen, kontrolliert, geprüft, und gesichert werden können,

²⁰⁶ Beim WLH als BSHG-, d.h. staatlich finanzierten Projekt in keinem Fall.

²⁰⁷ Brülle, Reis und Reis 1996, S.187

²⁰⁸ Ebd.

²⁰⁹ Ebd.

²¹⁰ Ebd., S.188

²¹¹ Ebd. Die Autorengruppe verwendet hier den Begriff aus der betriebswirtschaftlichen Literatur: „Outputebenen“.

²¹² Ebd. verwenden diesen Begriff synonym zum von ihnen ebenfalls verwendeten betriebswirtschaftlichen Begriff des „Outcome“.

so stimme ich mit den genannten AutorInnen überein, dass sich die Ergebnisse auf der „Wirkungsebene“ im sozialen Bereich grundsätzlich einer Messbarkeit entziehen.

Das Verwirrende des Begriffs der *Qualität* in diesem Zusammenhang ist nun, dass alle kursierenden *Qualitätsmodelle* eben nicht genau differenzieren, welche Ergebnisebenen im einzelnen gemeint sind, wenn von *Kontrolle*, *Sicherung* oder *Entwicklung der Ergebnisqualität* eines sozialen Angebots gesprochen wird.

Hierzu finden sich bei Heiner und Möller anschauliche Beispiele: Bei der Einführung der Verwaltungsreform der *Neuen Steuerung* nach den Vorschlägen der *KGsT* in den Jugendbereich zeigt Heiner, dass die hierbei neu eingeführte *Produktbeschreibung* unter der Rubrik „Ziele“ oft nur Aktivitäten auflistet, so z.B. sind als Beleg für die „Zielerreichung“ einer Beratung der Zeitaufwand, die Kosten und die TeilnehmerInnenzahl anzugeben.²¹³ Da diese Art der *Produktbeschreibung* aber durch *Standardisierung* als „Steuerungsinstrument“ dienen soll, sieht Heiner hier die Gefahr, dass dadurch eine bessere Qualität in der Sozialarbeit eher verhindert würde.²¹⁴

„Der aktuelle Zuschnitt des Steuerungsinstrumentes „Produktbeschreibung“ der *KGsT* verleitet vielmehr dazu, geplante Aktivitäten bereits als „Erfolg“ zu werten, wenn sie nur durchgeführt wurden [...] und andere zusätzliche Maßnahmen nicht mehr zu entwickeln, bzw. nicht zu finanzieren, weil sie nicht in der offiziellen Produktbeschreibung enthalten sind.“²¹⁵

Ähnliches findet sich auch bei Möller: er kritisiert an der Produktbeschreibung der *KGsT*²¹⁶, „dass bei dieser Art der „Produkte“ kein Zusammenhang zwischen eingesetzten Mitteln [...]

²¹³ Vgl. Heiner 1996a), S.216

²¹⁴ Vgl. ebd., S.217ff.

²¹⁵ Heiner 1996a), S.217

²¹⁶ Am Beispiel des an der *KGsT* angelehnten Entwurfes des Jugendamtes Borkens. Möller 1997, S.201

und einem wie auch immer definierten Ziel hergestellt werden kann“.²¹⁷ Und weiter:

„Diese Ziele sind messbar, das ist aber fast der einzige Vorteil.“²¹⁸ Heiner geht noch einen Schritt weiter, indem sie den Begriff der *Qualitätssicherung* generell hinterfragt, „auch bei weitaus anspruchsvolleren Modellen der Qualitätssicherung“²¹⁹ als dem der *KGsT*:

„Wo etwas ‚gesichert‘ werden soll, muss es [...] festgeschrieben werden. Es muss normiert, standardisiert und fixiert werden. Dies ist aber nur bei Mindeststandards vertretbar, die ganz und gar unstrittig sind (z.B. körperliche Unversehrtheit, Recht auf Unterbringung und Ernährung). Alle anderen Angaben müssen relativ allgemein gefasst werden, um flexibel, individuell und situativ den Bedürfnissen der Klientinnen gerecht werden zu können.“²²⁰

Hier liegt der Verdacht nahe, den Geldgebern, insbesondere wenn es sich staatliche handelt, ist allein das Kriterium der Messbarkeit, der Standardisierung und somit auch der Vergleichbarkeit der „Produkte“ verschiedener Anbieter, die in Konkurrenz um Zuschläge und Kostenübernahmen stehen, wichtig. Dies bestätigt Heiner, wenn sie sagt:

„Die Kennzifferdifferenzierung der Produktbeschreibung ermöglicht vor allem einen interkommunalen und interinstitutionellen Vergleich des Aufwandes für bestimmte Zielgruppen und damit eine fiskalische Steuerung – und dies entspricht, angesichts der desolaten Haushaltslage der Kommunen, auch dem zentralen Anliegen der politischen Entscheidungsträger.“²²¹

Noch deutlicher bringt es die AutorInnengruppe Engel, Flösser und Gensink auf den Punkt:

²¹⁷ Möller 1997, S.201

²¹⁸ Ebd.

²¹⁹ Heiner 1996a), S.217

²²⁰ Heiner 1996a), S.217.

²²¹ Heiner 1996b), S.25

„In jüngster Zeit werden [...] inhaltlich-fachliche Bemühungen [...] überlagert von fiskalischen Zwängen, die einen umfassenden Rückbau sozialpolitischer Leistungen bedingen. Extern geforderte Effizienznachweise drohen dabei, die professionell und disziplinar geführte Debatte um die Qualität Sozialer Arbeit alleinig auf Aspekte der Kostenersparnis zu reduzieren.“²²²

Ein Beispiel für eine solche Bemühung um Kostenersparnis ist Dirk Hauers Studie über die Versuche des Hamburger Sozialamtes einer immer forcierten Vermittlung der Sozialhilfeberechtigten an andere Behörden bzw. über dessen Anstrengungen in Richtung einer kompletten *Loslösung* der Berechtigten aus der Sozialhilfe²²³.

Das alles in einem Bereich in dem, wie wir gesehen haben, aufgrund der verschiedenen Interessen und dadurch bedingten unterschiedlichen Zielvorstellungen und Ergebnisebenen reine Kausalzusammenhänge wie Kosten – Nutzen – Relationen nicht gegeben sind. Oder, wie Grunow es nennt, ein Bereich, indem es nur vereinzelte „Effizienz-Inseln“²²⁴, wie bspw. die „Anschaffung eines Kopiergerätes“²²⁵ gibt.

So sieht Grunow diese Art der Diskussion auch dominiert durch reine „Effizienz-Rhetorik“, bzw. als „interessenbestimmte Rhetorik und Ideologie“²²⁶.

Wenn man nun die geschilderte Kritik an der *Qualitätsdebatte* mit dem Problemfeld der Evaluation verbindet, lässt sich konstatieren, dass je nach gewünschter Zielrichtung in diesem „Kräftefeld

²²² Engel, Flösser und Gensink 1996, S.50

²²³ In seiner umfangreichen Untersuchung der Implementierung „Neuer Steuerungs“-Elemente in die Hamburger Sozialverwaltung (insbesondere im Modellprojekt „Herkules“) beschreibt Dirk Hauer, dass die „zentrale und absolut prioritäre Zielvorgabe der Sozialbehörde [...] die Kontrolle des Zugangs zur Sozialhilfe sowie die ‚Lösung‘ aus der Sozialhilfe“ war. (Hauer 1999, S.1) Diese Zielvorgabe konnte scheinbar mit Erfolg erreicht werden: Stieg die Anzahl der SozialhilfebezieherInnen von 1996 bis 1997 noch um 3%, so stieg sie von 1997 bis 1998 nur noch um 0,6%. Nach Hauer ist dies aber kein „Indiz für eine rückläufige (Einkommens-)Armut“, weil „die Anzahl derjenigen, die trotz Lohnersatzleistungen oder Erwerbseinkommen noch zusätzlich aufstockende Sozialhilfe beziehen, von 1997 bis 1998 überdurchschnittlich angestiegen ist (4,7% bzw. 6,9%)“. (Hauer 1999, S.2)

²²⁴ Grunow 1996, S.704

²²⁵ Grunow 1996, S.690

²²⁶ Ebd.

divergenter Interessen“ im sozialen Bereich als „Unterstützer sehr vieler, unterschiedlicher Interessengruppen mit eventuell konkurrierenden Bedürfnissen und Zielen, (die keineswegs immer offensichtlich sind)“²²⁷ fungieren.

Nach Früchtel ist Evaluation „damit ‚von vornherein ein durch und durch politisches Handlungsmittel‘²²⁸, immanent interessengebunden und interaktiv. [...] Design, Fragestellung und Zielsetzung werden von außen, am meisten wahrscheinlich von dem Auftraggeber, mitbestimmt.“²²⁹

4.3.2 Fundamentale Kritik an der Qualitätsdebatte mit Focus auf die NutzerInnenorientierung

Obwohl die im vorherigen Unterkapitel zitierten AutorInnen in ihrer Kritik der Übertragung betriebswirtschaftlicher Modelle in den sozialen Bereich teilweise schon Stichwörter oder Argumente für eine grundlegende Kritik dieser gesamten Debatte liefern, kommen alle zu dem Schluss, dass eine *Beteiligung an Qualitätskonzepten* wichtig sei, diese nur modifiziert oder reformiert werden müssten. Einige entwickeln auch eigene Vorschläge für *Qualitätsmodelle*. Hierbei tut sich insbesondere Heiner hervor, die mittlerweile einige Publikationen über *Qualitätsentwicklung* im sozialen Bereich herausgegeben hat. Nachdem im vorherigen Abschnitt die Entlarvung der kursierenden *Qualitätsmodelle* als *Einsparungs- und Kürzungsmodelle* im Vordergrund stand, sollen diese nun mit Focus auf die NutzerInnenorientierung kritisiert werden und aus diesem Blickwinkel eine fundamentalere Kritik an der laufenden *Qualitätsdebatte* entwickelt werden.

²²⁷ Früchtel 1995, S.18

²²⁸ Hier zitiert Früchtel G.-M. Hellstern und H. Wollmann

Ausgehend von Brülle, Reis und Reis Behauptung der „strukturell benachteiligten Position“ des Kundenkreis der NutzerInnen sozialer Arbeit, ist zunächst zu untersuchen, in welcher Form diese überhaupt an den Entwicklungs- und Umsetzungsprozessen der *Qualitätsmodelle* beteiligt wurden, bzw. beteiligt werden. Zu dieser Frage zeigen bspw. Engel, Flösser und Gensink, dass selbst bei den flexibleren und elaborierteren *Qualitätsmodellen* wie dem *TQM* oder der *EFQM*, in denen großer Wert auf die sogenannte „Kundenorientierung“²³⁰ gelegt wird, diese „Kundenorientierung“ letztlich nur für die „Ermittlung des Nachfrageinteresses“²³¹ gilt, und die Beteiligungsmöglichkeiten der KundInnen „nur auf die Befriedigung ihrer Bedürfnisse nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage [...] beschränkt bleiben, ohne aktive Beteiligung am Erstellungsprozess“²³². Das bedeutet,

„dass die LeistungsabnehmerInnen als lediglich externe Faktoren im Produktionsprozess sozialer Dienstleistungen begriffen werden. [...] Im Produktionsprozess selbst, d.h. in der Interaktion, ist eine aktive Beteiligung der Nachfragenden jedoch nicht vorgesehen.“²³³

Nun haben wir zudem gesehen, dass nach Brülle, Reis und Reis soziale Arbeit eben kein „marktförmiges“ Angebot ist, das nach den Prinzipien von Angebot und Nachfrage gehandelt wird sondern ein reiner Zuschussbetrieb, in unserem Beispiel von Seiten des Staates, der dies nicht aus Gründen der Renditeabschöpfung, sondern aus anderen Interessen²³⁴ betreibt. Heiner macht diesen Punkt noch einmal ganz klar. Sie sagt, dass das Angebot sozialer Arbeit „oftmals kein wirkliches Angebot [ist], dem man sich entziehen oder das man auswählen kann“²³⁵. Und weiter:

²²⁹ Früchtel 1995, S.19

²³⁰ Vgl. Oess 1994, S.210

²³¹ Engel, Flösser und Gensink 1996, S.58

²³² Ebd., S.57

²³³ Ebd., S.58

²³⁴ S.a. 1. Kap.

²³⁵ Heiner 1996b), S.29

„Der Klient ist insofern weder Kunde noch König, er ist mehr oder minder freiwilliger Nutzer von Dienstleistungen.“²³⁶

Im Bezug auf diese „mehr oder minder freiwillige“ Nutzung muss dieses Zitat von Heiner m.E. noch mehr auf die Spitze getrieben werden. Außer bei einigen Beratungsangeboten, bei denen zumindest in großen Städten Auswahlmöglichkeiten bestehen und bei denen von einer Freiwilligkeit der Nutzung bestimmt auszugehen ist [...hat hier bitte jemand mal ein schönes Beispiel für mich???...] handelt es sich bei Sozialarbeit i.d.R. nicht um freiwillige Nutzung eines Angebots. Vielmehr werden Menschen entweder²³⁷ aufgrund einer Notsituation und mangelnder eigener alternativer Handlungsmöglichkeiten oder oftmals durch direkte Androhung von ansonsten in Kraft tretenden Repressionen in sozialarbeiterische Maßnahmen gezwungen. Somit verbirgt sich bei der Übertragung der betriebswirtschaftlichen Modelle auf den Bereich der Sozialarbeit und hier insbesondere, wie wir sehen werden, auf den psychiatrischen Bereich hinter dem Begriff der „Kundenorientierung“ nur eine leere Worthülse.

Doch auch bei einem von Heiner vorgeschlagenen „Qualitätsmanagement durch kollegiale Evaluation der Berichterstattung“ ist es mit der Beteiligung der NutzerInnen nicht weit her. Dies überrascht, da wie gesehen, Heiner selbst diesen Mangel bei den betriebswirtschaftlich ausgerichteten Modellen auf das Schärfste kritisiert.

Ihr genanntes Modell ist aufgeteilt in einen „Berichtsteil“, der von den MitarbeiterInnen ausgefüllt werden soll, mit den vier Bereichen „Aufnahme, Planung, Umsetzung und Evaluation“, und in einen „Evaluationsteil“, in dem eine vorgesetzte Person diese Berichte nach bestimmten Fragen *evaluieren* soll. Auffallend ist

²³⁶ Heiner 1996b), S.29

²³⁷ Wie das bekannte Sprichwort „Hilf dir selbst, sonst hilft dir der Sozialarbeiter!“, schon sagt...

hierbei, dass im „Evaluationsteil“ nur im Bereich „Umsetzung“ nach einer Beteiligung der KlientInnen gefragt, bzw. diese geprüft wird, nicht aber im Bereich „Planung“, insbesondere im Unterbereich „Zielplanung“.²³⁸

Das bedeutet, der Bereich, in dem es gerade darum gehen sollte, im Vergleich zu den zuvor kritisierten Modellen, die NutzerInnen tatsächlich an der Entwicklung der Maßnahmen zu beteiligen, dem Bereich „Zielplanung“, ist auch bei Heiner nur reines ‚*Expertentum*‘ gefragt: bei der Frage, welche Ziele sollen verfolgt werden, was ist gut für die KlientInnen.

Zusammenfassend wäre m.E. somit eine fundamentale Kritik und Ablehnung dieser von den Geldgebern lancierten Qualitätsdebatte von Nöten aus den zwei oben entwickelten Gründen:

der Tatsache, dass es sich bei den Qualitätsmodellen in erster Linie um Einsparungsmodelle handelt. Der Begriff der Qualität führt hier gänzlich in die Irre.

der Tatsache, dass die NutzerInnen, in deren Sinne eigentlich die Qualität des Angebots sein sollte, weder an der Entwicklung, noch an der Umsetzung dieser Modelle beteiligt werden und ihre Interessen von den Interessen der anderen Beteiligten, insbesondere der Geldgeber, überlagert und ignoriert werden.

4.3.3 Übertragung der Problematik auf den Psychiatriebereich

Die beschriebene Problematik der Qualitätsdebatte verdeutlicht sich bei der Übertragung auf den Psychiatriebereich noch um einiges. Exemplarisch möchte ich dies an einer Fragebogenaktion des *Bundesverbands Psychiatriebetroffener e.V. (BPE)* zeigen.

²³⁸ Vgl. Heiner 1996b), S.227ff.

Im Frühjahr 1995 wurde der *BPE* von der Zeitschrift *Sozialpsychiatrische Informationen* angefragt, bei einem Heft mit dem Themenschwerpunkt „Qualität psychiatrischer Versorgung“ mitzuarbeiten.²³⁹

„Geplant war, durch unsere Mithilfe rein subjektive Kriterien' zu erfassen, damit diese hinterher von Expertenseite ausgewertet, veröffentlicht und zur Verbesserung der Qualität der Psychiatrie verwendet werden.“²⁴⁰

Dies sollte in Form eines Fragebogens „Zur Qualität psychiatrischer Versorgung“ unter Psychiatriebetroffenen geschehen.

Nachdem beschlossen war, sich an diesem Projekt zu beteiligen wurde der Fragebogen von Seiten des *BPE* um drei Fragenkomplexe erweitert und im Mai 1995 verschickt. Zudem sollte „die Hierarchie (hier Betroffene mit lediglich subjektiven Ausagemöglichkeiten, dort Experten mit wissenschaftlichem Durchblick)“²⁴¹ durch die Mitarbeit eines *BPE*-Mitgliedes vor Ort in der Redaktion überwunden werden.²⁴²

²³⁹ Vgl. *BPE* 1995

²⁴⁰ *BPE* 1995, S.1

²⁴¹ Ebd.

²⁴² Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Fragen zur Qualität psychiatrischer Versorgung

Wurde in der Psychiatrie auf die Probleme eingegangen, die zu Ihrer Anstaltsaufnahme geführt haben?

Wurde Ihre Menschenwürde uneingeschränkt beachtet? Wenn nein, welchen Vorwurf erheben Sie? Wurden Sie über Risiken und sogenannte Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen vollständig und verstehbar informiert?

Wurden Sie über Behandlungsalternativen aufgeklärt?

Wurde Ihnen ausreichend Zeit gegeben, über eine angebotene Behandlungsform nachzudenken und die Vor- und Nachteile mit Personen Ihres Vertrauens zu besprechen?

Konnten Sie frei, d.h. ohne jegliche Ängste vor den Folgen einer Ablehnung entscheiden? Falls nein, wie wurde Druck ausgeübt?

Wurden Sie Opfer sexueller Anzüglichkeiten, Diskriminierung oder Übergriffe seitens psychiatrisch Tätiger? Falls ja, was fiel vor?

Waren Sie ausreichend über Ihre rechtliche Situation informiert?

Hatten Sie ausreichend Rechtsbeistand?

Hätten Sie sich gerne bei einer unabhängigen Stelle über mögliche Unregelmäßigkeiten beschwert? Wenn ja, worüber?

Wurden Sie auf Selbsthilfegruppen hingewiesen?

Welche Ausbildung halten Sie für die Gewährung der Hilfe, die Sie gegebenenfalls in der Anstalt erhielten, für notwendig?

2. Fragen zur Qualitätssicherung

Was verstehen Sie unter Qualität in der Psychiatrie?

Wie kann sie erfasst werden?

Wie könnte sie gesichert werden?

Was fehlt für die Durchführung einer qualitativ guten Psychiatrie?

Die drei Fragenkomplexe, die vom *BPE* selbst entwickelt²⁴³ wurden, beinhalteten „Fragen zur Qualität psychiatrischer Versorgung“, eine „Frage nach Alternativen zur Psychiatrie“ und eine abschließende offene Frage unter „Sonstiges“²⁴⁴, zur Ergänzung des einzigen von der Redaktion der *Sozialpsychiatrischen Informationen* vorgesehenen Fragenkomplexes mit „Fragen zur Qualitätssicherung“.

Zunächst einmal ist m.E. dabei interessant, welche Tendenz die meisten vom *BPE* hinzugefügten Fragen haben: Sämtliche „Fragen zur Qualität psychiatrischer Versorgung“ sowie die „Frage nach Alternativen zur Psychiatrie“ lassen die aus der antipsychiatrischen Haltung des *BPE* folgenden grundsätzliche kritische Distanz zu psychiatrischer Versorgung erkennen. Es ist davon auszugehen, dass demgegenüber die RedakteurInnen der *Sozialpsychiatrischen Informationen* oder sonstige pro-Psychiatrie eingestellte Instanzen, von sich aus einen solchen, schon in seiner allgemeinen Tendenz psychiatriekritischen oder sogar antipsychiatrischen Fragekatalog nie aufstellen würden. Dementsprechend sind auch die Antworten ausgefallen, und es ist das gefunden worden, nach dem gesucht wurde:

Im ersten Fragekomplex „Fragen zur Qualität psychiatrischer Versorgung“ wurden alle Fragen²⁴⁵ vom Großteil der Befragten negativ beantwortet. Insbesondere die Antworten auf die Frage nach „Beachtung der Menschenwürde“ sind hier hervorzuheben und sollen daher ausführlicher zitiert werden:

„Zur Frage, ob die Menschenwürde uneingeschränkt geachtet worden sei, gab es ein [...] beschämendes Ergebnis. Man kann in nur 10% der Fälle

Was ist überflüssig in der jetzigen Psychiatrie?

3. Frage nach Alternativen zur Psychiatrie

Welches System von Hilfeleistung anstelle von Psychiatrie halten Sie für angemessen?

4. Sonstiges

Was wollen Sie dem *BPE* /der Redaktion der *Sozialpsychiatrischen Informationen* noch mitteilen? (*BPE* 1995, S2ff.)

²⁴³ Vgl. Ebd.

²⁴⁴ Was wollen Sie dem *BPE* /der Redaktion der *Sozialpsychiatrischen Informationen* noch mitteilen?

davon ausgehen, dass dieses zutrifft. Manch einer kam freiwillig, wurde aber von den Ärzten in die Geschlossene gesteckt und zur Medikamenteneinnahme gezwungen. Zum Teil (10%) wurden die Kranken fixiert und zu hoch dosiert gespitzt. »Ich wurde ohne Bett auf den nackten Fußboden einer Zelle gelegt und über Nacht eingesperrt«. Der Ausdruck »Zelle« anstatt »Krankenraum« taucht öfter auf. Klagen über autoritäres, teilnahmsloses Personal, Überheblichkeit anstatt Einfühlungsvermögen, Fixierung, Niederspritzen, Isolierung, Prügel, ließen fast überall auf demütigende Behandlungen schließen. Der Wille des Patienten wurde den Angaben zufolge bei 90% der Befragten missachtet. Der leidende Mensch wurde zum Teil »wie ein Kind behandelt, durfte nicht laut sein und die Wut nicht rauslassen«. Ihm wurde Suizidgefahr unterstellt, dabei »war ich gar nicht selbstmordgefährdet«. Es gab den Zwang zur Arbeits- bzw. Beschäftigungstherapie, Patienten wurden »angebrüllt«, »angelogen«, »nicht ernstgenommen«, als Lügner/in abgestempelt, »auf dem Gang an Händen und Füßen gefesselt«, in der »Einzelzelle« ohne Fenster und Klo eingesperrt. Urtraumata wie Verlassenheitsängste wurden reaktiviert (»niemand kam, als ich den Arzt rief«), der Wunsch einer Frau, nur mit Frauen zu reden, wurde ignoriert, zum Teil mussten die Leute es sich gefallen lassen, dass man »über sie in ihrer Gegenwart in der dritten Person sprach«. Die ärztliche Schweigepflicht wurde zum Teil nicht eingehalten. Weiterhin wurden schwere Verstöße gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit (»mir wurde eine Depotspritze in die Vene gegeben, und ich lag drei Tage auf Leben oder Tod auf der Intensivstation«), Besuchsverbote und Telefonverbote erwähnt.²⁴⁶

Auch auf die weitem Fragen dieses ersten Komplexes gab es ähnlich erschreckende Antworten:

„Nur in etwa 10% der Fälle wurde offenbar auf die ursächlichen Probleme eingegangen. Auf die Frage, ob die Ärzte/Ärztinnen die Leidenden über Risiken und Nebenwirkungen von »Behandlungsmaßnahmen« vollständig informiert hätten, wurde nicht einmal mit »ja« geantwortet. Nur fünf von 100 Befragten wurden [über *Behandlungsalternativen*; T.B.] aufgeklärt. Nur sieben von 100 Befragten war es möglich, ausreichend Zeit zu finden, um über die angebotene Behandlungsform nachzudenken und darüber mit einer Vertrauensperson zu sprechen. Nur 10% der kranken Menschen konnten

²⁴⁵ Bis auf Frage 1.g.: „Wurden sie Opfer sexueller Anzüglichkeiten etc. [...]“

²⁴⁶ BPE 1995, S.2

frei, d.h. ohne jegliche Angst vor den Folgen einer Ablehnung, entscheiden. Moralischer Druck seitens des Personals, Androhung eines Beschlusses von etwa sechs Wochen, Androhungen von Disziplinierungsmaßnahmen waren an der Tagesordnung. Auf die Frage, ob ausreichend über die rechtliche Situation informiert bzw. genügend Rechtsbeistand geleistet worden sei, haben nur acht Personen mit »ja« geantwortet. Der Sehnsucht nach einer Beschwerdestelle wurde nachdrücklich erheblicher Ausdruck verliehen, nur 13% hätten sich nicht gern beschwert. Jedoch war dazu kaum eine/einer in der Lage. [...] Die Beschwerdepunkte (siehe Menschenrechtsverletzungen) waren vielfältig. Hinweise auf Selbsthilfegruppen wurden zu 75% nicht erteilt.²⁴⁷

Dementsprechend verhalten sich auch alle Forderungen nach *Qualitätssicherung* in den Antworten des zweiten Fragenkomplexes „reziprok“²⁴⁸ zu diesen Antworten. So sind die am häufigsten genannten Antworten auf die Frage „Was verstehen sie unter Qualität in der Psychiatrie?“ u.a.:

„Beachtung der Menschenwürde, Wärme und menschliche Zuwendung, angstfreies Vertrauensverhältnis, die Möglichkeit zu offener Kritik, Abschaffung der krankmachenden Lebensbedingungen, Beistand bei der Erfüllung von Bedürfnissen, möglichst wenig Medikamente, Akzeptanz als Mensch, nicht als »Fall«...“²⁴⁹

Bemerkenswert ist auch der von den meisten der Betroffenen geäußerte „Wunsch nach dem Ernstnehmen ihrer Person“²⁵⁰ auf die Frage, wie denn die Qualität in der Psychiatrie erfasst werden könne. Nicht etwa nach ausgefeilten Methoden oder Modellen wird verlangt, sondern so etwas scheinbar Banales und Selbstverständliches wie der Wunsch „ernstgenommen zu werden“ steht hier im Vordergrund.

Weiterhin wurde der Wunsch „[...] nach Ombudslenten, Kontrolle von außen, nach Weglaufhäusern, [...] nach Aufklärung über

²⁴⁷ BPE 1995, S.1ff.

²⁴⁸ Ebd., S.4

²⁴⁹ Ebd.

Misstände in der Psychiatrie [...]“²⁵¹ geäußert. Zudem müssten „Vorurteile abgebaut werden, Modelleinrichtungen geschaffen werden, Fragebögen an Patienten verteilt werden, ob diese auch zufrieden sind [...]“²⁵².

Ähnliche Antworten gab es auch auf die Frage „Was fehlt für die Durchführung einer qualitativ guten Psychiatrie?“ Die Antworten stimmen wiederum hauptsächlich mit denen auf die Frage „Was verstehen Sie unter Qualität in der Psychiatrie?“²⁵³ überein. „Über 50 kreative Ideen zeugen vom Engagement der Betroffenen“²⁵⁴, so der BPE in der Auswertung dieser Frage. Hier einige Auszüge:

„Es fehlen Räume, wo man/frau auch mal psychotisch sein darf, wo man »mal schreien darf, ohne dass das Personal gleich in Ohnmacht fällt«. [...] Es fehlt an »Ärzten/Ärztinnen und Pflegern/Schwestern, die selber an psychischen Krankheiten leiden«. Es fehlt die »freie Wahl der Kliniken« sowie die »freie Wahl der Behandlungsmethoden«. [...] Es fehlt die »Anerkennung des Patienten als ein wertvolles Mitglied der Gemeinschaft«, es fehlt »an einem Denken, das nicht abwertet, sondern das Erleben des Betroffenen in den Mittelpunkt stellt«. Es fehlt eine »feministische Psychiatrie, ein Ort, wo Frauen Frauen behandeln«. [...]“²⁵⁵

Besonders hervorzuheben ist jedoch die Auswertung der letzten Frage des zweiten Fragekomplexes:

„Was nach Meinung der Befragten überflüssig sei an der Psychiatrie, wirkt zwar teilweise etwas grotesk, lässt sich aber folgendermaßen zusammenfassen: erst mal die Psychiatrie selbst, die Ärzte, die Gewalt, der Einsatz von Medikamenten, Zwangsmaßnahmen, Elektroschocks, Fixierung, Verbote. Überflüssig ist »das Denken, man könne die Psychiatrie verbessern, ohne die Gesellschaft oder die Menschen zu verbessern« und »ein Arzt, der besser über den Patienten Bescheid zu wissen glaubt als dieser selbst«.“²⁵⁶

²⁵⁰ BPE 1995, S.4

²⁵¹ Ebd.

²⁵² Ebd.

²⁵³ S.o.

²⁵⁴ Ebd., S.5

²⁵⁵ Ebd.

²⁵⁶ BPE 1995, S.5

Schließlich gab es auf die „Frage nach Alternativen zur Psychiatrie“ eine „Fülle von Vorschlägen und Ideen“²⁵⁷.

Zusammengefasst dokumentieren die Ergebnisse dieses Fragebogen m.E., die völlige Schiefelage der laufenden *Qualitätsdebatte* bei der Übertragung auf den psychiatrischen Bereich:

- durch die Dokumentation der Missstände und *wirklichen* Probleme der Psychiatriebetroffenen im ersten Fragekomplex
- durch die herausgefundenen Antworten auf die „Fragen zur Qualitätssicherung“, in denen ein *Qualitätsbegriff* entsteht, der alles das zusammenfasst, was die Psychiatrie strukturell bedingt²⁵⁸ eben nicht ausmacht, bzw. was sie nicht leisten kann und soll
- durch die Dokumentation der zahlreichen Wünsche nach generellen Alternativen zur psychiatrischen Versorgung
- und schließlich gipfelnd in der grotesken Aussage, dass das Überflüssige an der jetzigen Psychiatrie letztendlich die Psychiatrie selbst sei

Verbindet man diese Ergebnisse schließlich mit der dargestellten theoretischen und an den Erfahrungen von Betroffenen orientierten Psychiatriekritik, so muss man zu dem Schluss kommen, dass es in diesem Bereich geradezu ein Hohn ist, wenn Geldgeber oder Anstaltsleitungen im Rahmen von *Qualitätssicherungsmaßnahmen* *Evaluierungen der KlientInnenzufriedenheit* in Auftrag geben, angesichts der Tatsache, dass die Meinung der KlientInnen schon qua Diagnose pathologisiert wird und dadurch minimale *Qualitätsstandards* wie

²⁵⁷ Ebd.

²⁵⁸ S.a. 1. u.2. Kap.

das *Ernstnehmen* der KlientInnen nicht einmal gegeben sind, sowie angesichts der Tatsache, dass deren Behandlung in jedem Fall auch gegen deren Willen durchgeführt wird, aufgrund des beschriebenen gesellschaftlichen *sozialen Kontrollauftrags* der Psychiatrie.

Um den Themenkomplex *Qualitätssicherung* zu vervollständigen, stelle ich zu guter Letzt die aktuellen Konsequenzen dieser Debatte für das WLH dar.

4.3.4 Qualitätssicherung im WLH

Grundlage der Finanzierung des WLH sind seit der beschriebenen Änderung des §93 BSHG vom 01.01.1999 auch Vereinbarungen²⁵⁹ über „Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die *Qualitätssicherung der Leistungen* sowie das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und *Qualitätsprüfungen*“²⁶⁰. In Berlin sind diese Grundsätze und Maßstäbe im Rahmenvertrag der *Kommission 93*²⁶¹ festgelegt.²⁶² Dort werden die Einrichtungen zur „Erfüllung von vereinbarten Dokumentations- und weiteren Standards sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung“²⁶³ verpflichtet. Die vereinbarten Dokumentationsstandards sind eingeteilt in *Dokumentation der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität*.²⁶⁴

²⁵⁹ Diese Vereinbarungen sind festgeschrieben im “Rahmenvertrag über die Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen” zwischen dem “überörtlichen Träger der Sozialhilfe” (in Berlin: der *Senat*) und den “kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene”²⁵⁹ (in Berlin: die *Liga*), der die Grundlage für die Tagessatzfinanzierung des WLH (s. Kap.3) bildet.

²⁶⁰ §93a Abs.3, Satz1

²⁶¹ *Kommission 93* 2000: “Einrichtungstypspezifische Kriterien für Leistungsvereinbarungen gem. §93d Abs. 2 BSHG [...]”

²⁶² Alle Informationen sowie alle Zitate dieses Unter-Kapitels beziehen sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf das bei mir einzusehende Interview mit den *Qualitätsbeauftragten* des WLH Iris Hölling und Thilo v. Trotha vom 29.08.2000

²⁶³ *Kommission 93*, S.5f

²⁶⁴ Die geforderten Dokumentationen der *Strukturqualität* beinhalten letztlich nichts anderes, als die Beschreibung des Ist-Zustands der Einrichtung, d.h. Angaben über die Räumlichkeiten, Qualifikation der MitarbeiterInnen, deren Fortbildungsmaßnahmen, Sicherstellung von Supervision und schließlich der Präsentation des Leistungsangebots. Angaben, die jede Einrichtung seit jeher einreichen muss, um überhaupt zugelassen zu werden.

Im Zusammenhang dieser Arbeit interessieren die Dokumentationsvereinbarungen der *Prozess- und Ergebnisqualität*. Dokumentation zur Überprüfung der *Prozessqualität* bedeutet Dokumentation des Arbeitsprozesses, d.h. der tatsächlich für die oder mit den KlientInnen geleisteten Arbeit. Dies soll mit Hilfe von *klientInnenbezogenen Verlaufsdokumentationen* und *einrichtungsbezogenen Statistiken* in Form eines „Standardisierten Jahresberichtes der Einrichtungen“²⁶⁵ erfasst werden. Ein wichtiger Unterschied zwischen den *einrichtungsbezogenen Statistiken* und den *klientInnenbezogenen Verlaufsdokumentationen* ist die Tatsache, dass *einrichtungsbezogene Statistiken* in Berlin dem Senat als überörtlichem Träger der Sozialhilfe vorgelegt werden müssen, während die *klientInnenbezogenen Dokumentationen* aus Datenschutzgründen nur für die Stellen der Bezirksämter bestimmt sind, die für die jeweiligen KlientInnen aufgrund der Tagessatzverordnung zuständig sind.

Diese Datenschutzgründe stellen dabei ein ernsthaftes Problem für die geforderte Dokumentation der *Prozessqualität* dar: Wirkliche Verlaufsdokumentationen, die in den jeweiligen BewohnerInnenordnern für interne Zwecke gemacht werden, enthalten z.T. „solche persönlichen Dinge“²⁶⁶, die nicht einmal dem zuständigen Bezirksamt geschweige denn irgend jemand anderem mitgeteilt werden. In diesem Fall würde also die Forderung nach einer detaillierten, *klientInnenbezogenen Verlaufsdokumentation* zur Sicherung der *Prozessqualität* einem wichtigen internen Qualitätskriterium des WLH²⁶⁷, der Zusicherung von größtmöglicher *Anonymität*, entgegen stehen. Diese Zusicherung von *Anonymität* in enger Verbindung mit dem in Kapitel 3 angesprochenen Prinzip der *Transparenz*, ist aber eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Aufbau eines

²⁶⁵ Kommission 93 2000, S.6

²⁶⁶ Hölling 2000, S.4

Vertrauensverhältnis zwischen den BewohnerInnen und den MitarbeiterInnen, da sich das WLH u.a. auch als Schutzraum vor ungewollter Psychiatisierung versteht. Dieser Punkt ist ein Beleg dafür, dass *Qualitätssicherungsmaßnahmen* schon bestehenden *Qualitätskriterien* von Einrichtungen zuwider laufen können. Ein weiterer Beleg ist die schon in Kapitel 4.3.1 angeführte Befürchtung von Maja Heiner, dass Aktivitäten von Einrichtungen in Zukunft vielleicht nicht mehr bezahlt würden, wenn diese nicht dokumentationspflichtig seien, d.h. in den ausgehandelten Dokumentationen der Prozessqualität nicht oder nicht mehr aufgeführt wären.

Im Interview mit Iris Hölling vom WLH stellte sich heraus, dass auch sie diese Befürchtung teilt. Gerade weil der Bereich Krisenbegleitung von so individuellen Faktoren abhinge, würden schon jetzt in ihrer aktuellen Arbeit gewisse Tätigkeiten, die in bestimmten Situationen unabdingbar sind, nicht abgerechnet bzw. von den Behörden nicht als zur Krisenbegleitung zugehörig anerkannt. Als Beispiel nannte sie Telefonberatung, die eigentlich nicht zum Aufgabenfeld einer Kriseneinrichtung zählt, sondern von einer Beratungsstelle geleistet werden müsste. Mangels einer solchen Beratungsstelle, die nach den Ideen und Prinzipien des WLH arbeitet, sind die MitarbeiterInnen des WLH in bestimmten Situationen aber gezwungen telefonische Beratungen im Rahmen einer Krisenbegleitung durchzuführen.

Da bei einer Krisenbegleitung also generell die Frage sei, „was da alles dazugehört, wie man das überhaupt sinnvoll dokumentieren kann“²⁶⁸, würde eine zu detaillierte Bestimmung der Prozessqualitätskriterien letztendlich einen Umgang mit Situationen, die ein flexibles Reagieren außerhalb dieser Bestimmung verlangen, immer unmöglicher machen und somit die

²⁶⁷ S.a. Kap. 3

²⁶⁸ Hölling 2000, S.5

Qualität der Arbeit im WLH verschlechtern, anstatt sie zu sichern, so Hölling.

Was die Dokumentation der *Ergebnisqualität* anbetrifft, so verbreitet der für das WLH verbindliche Kommissionsbeschluss eine gewisse Ratlosigkeit:

„Da bisher jegliche Bemessungsgrundlagen für diese schwierige Erhebung fehlen, um valide Aussagen zu erhalten, werden die Festlegungen der Standards zu einem späteren Zeitpunkt getroffen.“²⁶⁹

Einigkeit herrscht lediglich darüber, „dass Standards für Ergebnisqualität vereinbart werden“.²⁷⁰

Trotz dieser Aussagen findet sich in dem geforderten „Standardisierten Jahresbericht der Einrichtungen“²⁷¹ eine Rubrik, die sich unter Dokumentation der Ergebnisqualität einordnen lässt. Dort wird unter Punkt 3. nach der „Erreichung Hilfeziel“²⁷² durch die KlientInnen gefragt. Sollte ein/e Klient/in das Hilfeziel nicht erreichen, so bestehen in dieser Rubrik drei Alternativen zu antworten: entweder „Abbruch durch Klient“ oder „Abbruch durch Einrichtung“ oder „Kostenübernahmeversagung“.

Erinnern wir uns zunächst, was es bedeutet, im WLH das „Hilfeziel“ zu erreichen. Dieses ist wie beschrieben im WLH in vier Abstufungen gegliedert:

1. Existenzsicherung
2. Krisenintervention und persönliche Stabilisierung
3. Perspektivplanung
4. Hilfe zur Selbsthilfe²⁷³

Näher erläutert ist unter „Persönliche Stabilisierung“ das Hilfeziel erreicht, wenn (u.a.) „die soziale Isolation der KlientInnen

²⁶⁹ Kommission 93 2000, S.6

²⁷⁰ Kommission 93 2000, S.6

²⁷¹ S.o.

²⁷² Kommission 93 2000, S.10

²⁷³ Konzeption 2001, S.12

aufgebrochen ist“²⁷⁴ oder unter „Perspektivplanung“, wenn (u.a.) „eine neue Wohnmöglichkeit gefunden wurde bzw. die alte erhalten werden konnte“, und die „juristischen und finanziellen Probleme gelöst wurden, oder mit professioneller Unterstützung begonnen wurde, sie kompetent und kontinuierlich zu bearbeiten“²⁷⁵, unter „Hilfe zur Selbsthilfe“, wenn (u.a.) „die Betroffenen sich einen selbstbewussten und selbstbestimmten Umgang mit dem psychiatrischen Versorgungssystem erarbeitet haben [...]“²⁷⁶ usw.

Würde man unter der Rubrik „Erreichung Hilfeziel“ nun die Maximalerreichung, d.h. die Erreichung des Hilfeziels in allen vier genannten Punkten, verstehen, so wird angesichts der großen Notlage und der vorherrschenden Mehrfachproblematik²⁷⁷ der Menschen, die im WLH aufgenommen werden, klar, dass nur ein sehr geringer Prozentsatz der KlientInnen *dieses* „Hilfeziel“ erreichen würde.

Bedeutet dies, dass die Arbeit des WLH selten erfolgreich ist bzw. eine schlechte Ergebnisqualität aufweist?

Sicherlich nicht. In ihrem Aufsatz „Was ist ein Erfolg?“ schildert Hölling eindrucksvoll, von welch komplexen Zusammenhängen ein möglicher Erfolg der Arbeit im WLH abhängen kann und wie viele verschiedene Teilerfolge es geben kann. Wirkliche Erfolge sind nach Hölling „in den kleinen Ereignissen zu suchen“²⁷⁸. Die Orientierung an dem genannten Maximalziel kann u.U. sogar das Gegenteil, eine absolute Enttäuschung, bewirken, da dies eher „einem Wunschdenken oder überzogenen öffentlichen Erwartungen entspricht, als den Realitäten“²⁷⁹. Als kleine Erfolge

²⁷⁴ Konzeption 2001, S.34

²⁷⁵ Ebd.

²⁷⁶ Ebd.

²⁷⁷ Neben (z.T. langjähriger) Wohnungslosigkeit und Psychiatrisierung haben die meisten Menschen, die im WLH aufgenommen werden, belastende Gewalterfahrungen, häufig Alkohol- und Drogenprobleme, sind oft sozial isoliert, arbeitslos oder SozialhilfeempfängerInnen, überschuldet, haben z.T. sexuelle Missbrauchserfahrungen und dergleichen mehr.

²⁷⁸ Hölling 1998, S.279

²⁷⁹ Ebd.

zählt Hölling eine Reihe von Begebenheiten auf, von denen ich hier einige zitieren möchte:

„Es ist ein Erfolg, wenn eine Bewohnerin nach jahrelanger Neuroleptika-Einnahme beim Absetzen im WLH langsam wieder wach(er) wird, wenn die Mimik in ihr steifes Gesicht zurückkehrt, wenn sie beginnt sich und ihre Gefühle wieder zu spüren, wenn sie anfängt, anders als in psychiatrischen Krankheitskategorien über ihr Leben und ihre Erfahrungen nachzudenken.“²⁸⁰

Ein weiterer Erfolg sei es, dass „verrücktes Sein im WLH in gewissen Grenzen erlaubt und möglich ist“. [...]

„Wiedergewonnenes Selbstvertrauen, Entdecken der eigenen Fähigkeiten und Talente, erste Aktivitäten, um langjährige Berufswünsche oder Zukunftsträume zu realisieren [...] sind ebenfalls Erfolge.“²⁸¹ Auch „in einem einigermaßen geschützten Raum neue Verhaltensweisen auszuprobieren“²⁸², oder aber „Freundschaften, die vielleicht die Zeit im WLH überdauern“²⁸³.

Besondere Erfolge sieht Hölling im Umgang mit Extremsituationen: Wenn BewohnerInnen davon abgehalten werden konnten, sich in Erinnerung an erlittene Gewalt- und Missbrauchserfahrungen selbst ernsthaft zu verletzen oder sogar sich umzubringen, und solche Extremsituationen „ohne Psychopharmaka und psychiatrische Gewalt“²⁸⁴ bewältigt werden konnten.

Hölling präsentiert in ihrem Aufsatz weitere scheinbar kleine Begebenheiten, „kleine und große Bausteine des Erfolgs“²⁸⁵ ihrer Arbeit, Erfolge die sich sicherlich nicht statistisch erfassen lassen.

Kehrt man zurück zu der im Kommissionsbeschlusses geforderten Jahresstatistik bedeutet dies, dass die Ermittlung der Prozentzahl

²⁸⁰ Hölling 1998, S.280

²⁸¹ Ebd., S.281

²⁸² Ebd., S.282

²⁸³ Ebd., S.283

²⁸⁴ Ebd., S.285

²⁸⁵ Ebd., S.288

der KlientInnen: „Hilfeziel erreicht“, „Abbruch durch Klient“ oder „Abbruch durch Einrichtung“ wenig bis gar nichts über tatsächliche Erfolge und Misserfolge, bzw. die Ergebnisqualität der Arbeit im WLH aussagt. Stattdessen ist „die Komplexität dahinter sicherlich nur in narrativer Form zu dokumentieren“²⁸⁶. Hölling :

„Letztlich lassen sich die wesentlichen Erfolge nur als persönliche Geschichten erzählen.“²⁸⁷

Doch genau aus diesem Grund sind solche abstrakt gehaltenen und vereinfachten Statistikanforderungen auch von Vorteil für das WLH, so Hölling. Wie schon bei den Dokumentationsanforderungen der Prozessqualität beschrieben, kommen vereinfachte und nicht zu detaillierte Fragen dem Anliegen des WLH, den Datenschutz der BewohnerInnen zu gewährleisten, entgegen.

Die einzige Methode, mit der man über die Ergebnisqualität „sinnvoll etwas herauskriegen könnte“²⁸⁸ wäre für Hölling die Durchführung qualitativer Interviews mit den BewohnerInnen. Dies würde aber ihrer Meinung nach in Bezug auf die Möglichkeiten des WLH-Teams „jeden Rahmen sprengen“²⁸⁹.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die vom WLH geforderten *Qualitätssicherungsmaßnahmen* aufgrund ihrer relativ abstrakt und vereinfacht gehaltenen Dokumentationsanforderungen bislang noch keine gravierenden Einschnitte in die tägliche Arbeit gebracht haben. Tendenziell ist jedoch die Qualität der Arbeit nach den *internen Qualitätskriterien* durch erhöhte, enger gefasste und standardisierte *Dokumentations- und Statistikanforderungen* im Rahmen der geforderten *Qualitätssicherungsmaßnahmen* gefährdet.

²⁸⁶ Hölling 2000, S.7

²⁸⁷ Hölling 1998, S.288

²⁸⁸ Ebd., S.6

²⁸⁹ Ebd.

Wie gezeigt ist nach Hölling die Beurteilung der Qualität der Arbeit im WLH eine „sehr individuelle Frage“²⁹⁰, wobei nach v. Trotha das „Nicht-Statistische“²⁹¹, sowie die „Notwendigkeit der aktuellen Aushandlung“²⁹² gerade Teil der Qualität der Arbeit im WLH ist. Aus diesem Grund gibt es im WLH, so v. Trotha, auch keine „explizite Definition“²⁹³ des Qualitätsbegriffs. V. Trotha:

„Der wichtigste Punkt beim Thema Qualität scheint mir zu sein, dass der Qualitätsbegriff offen sein muss, auf Grundlage der oben genannten Eckwerte [die in Kapitel 3 beschriebenen Kriterien im Umgang mit den BewohnerInnen; T.B.], und die Notwendigkeit beinhaltet, situationsbezogen immer neu ausgehandelt werden zu müssen. Zu detaillierte, verbindliche und starre Qualitätskriterien würden aber gerade das verhindern und so letztlich die Qualität der Arbeit vermindern.“²⁹⁴

Diese These belegt v. Trotha durch ein konkretes Beispiel: als Sicherung der *Qualität der Qualifizierung der MitarbeiterInnen* hatte der Senat ursprünglich versucht, in den Leistungsvereinbarungen festzuschreiben, dass nur noch *staatlich anerkannte SozialarbeiterInnen* im WLH arbeiten dürfen. Da jedoch gerade die unterschiedlichen Qualifikationen der MitarbeiterInnen des WLH-Teams ein *internes Qualitätskriterium* ausmachen, zeige sich ein Widerspruch:

„Wenn die Entwicklung dahin geht – und dafür gibt es leider durchaus ernstzunehmende Anzeichen -, solche Kriterien jenseits der konkreten Bedürfnisse der KlientInnen und kleinen Einrichtungen zu installieren, sollte man besser auf die ganze Diskussion verzichten. Das wäre dann die effektivste Maßnahme zur Sicherung der jetzt schon bestehenden Qualität!“²⁹⁵

²⁹⁰ Hölling 2000, S.2

²⁹¹ v. Trotha 2000, S.10

²⁹² Ebd., S.12

²⁹³ Ebd., S.10

²⁹⁴ Ebd., S.12

²⁹⁵ Ebd., S.13

Eine konkrete Reaktion des WLH-Teams auf die geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen war schließlich der Start einer Umfrageaktion „Zur KlientInnenzufriedenheit im WLH“. ²⁹⁶ In dieser wurde den BewohnerInnen ein Fragebogen mit Fragen zu den Bereichen „Zur Zeit vor dem WLH“, „Erfahrungen im WLH“, „Perspektiven“ und „Wie beurteilst du das Angebot des WLH“ zum ausfüllen verteilt, mit z.T. vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, in Form von „JA / NEIN“ oder in Form einer Zufriedenheitsskala von „1: du bist sehr unzufrieden“ bis „4: du bist sehr zufrieden“. Die ersten Fragen des Fragebogens „Zur Zeit vor dem WLH“ beziehen sich auf die Psychiatrieerfahrungen der BewohnerInnen während in den restlichen drei Bereichen das Angebot des WLH abgefragt wird. Z.B. wird unter „Erfahrungen im WLH“ die Frage gestellt: „Wie zufrieden bist du mit der Unterstützung durch die MitarbeiterInnen im WLH in den folgenden Bereichen?“, worauf die in der Konzeption angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten aufgezählt werden und auf der beschriebenen Skala von „1“ bis „4“ bewertet werden sollen. Oder unter „Perspektiven“ wird die Frage gestellt: „Bist du der Meinung mehr Selbständigkeit im WLH erlangt zu haben? JA / NEIN; Wenn ja, in bezug auf:“, wiederum gefolgt von einer Aufzählung der in der Konzeption beschriebenen Unterstützungsangebote.

²⁹⁶ Umfrageaktion unter den BewohnerInnen waren natürlich auch schon vor den Diskussionen über Qualitätssicherung als Idee im WLH-Team präsent

4.4 Eigene exemplarische Interviews mit BewohnerInnen des WLH

4.4.1 Kritische Auseinandersetzung mit möglichen Methoden und Vorannahmen

Die wichtigste Erkenntnis aus der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Psychiatriekritiken und dem laufenden *Evaluations-* und *Qualitätsdiskurs* ist m. E. die Tatsache, dass die Meinung der Betroffenen generell zu wenig berücksichtigt wird. Aus diesem Grund habe ich im Frühjahr dieses Jahres Interviews mit einigen BewohnerInnen des WLH gemacht, damit deren Situation auch aus erster Hand dargestellt wird.

Erste Überlegung zum Auswahlverfahren zur Findung einer adäquaten Methode war die Entscheidung, keinerlei Ausrichtung nach Statistik oder Repräsentativität anzustreben, d.h. die unter den Begriff *quantitativ* fallenden Untersuchungsmethoden mit einem *hohen Standardisierungsgrad* schieden für mich von vornherein aus. Dies hatte in erster Linie inhaltliche Gründe. Großer Nachteil dieser um statistische Auswertung bemühten Untersuchungsmethode ist die gewünschte Reduzierung der Komplexität mit Hilfe eines *hohen Standardisierungsgrad* sowie einer *starken Vorstrukturierung* durch fest vorgegebene Frageraster. Durch diese Reduzierung der Komplexität ist die Gefahr groß, dass ein verzerrtes Bild dargestellt wird, in einem so hochkomplexen Bereich wie dem der antipsychiatrisch ausgerichteten Sozialarbeit. Entscheidende individuelle Begebenheiten, Details oder Widersprüche fallen hier buchstäblich durch die fest vorgegebenen Frageraster. In den Fragekatalogen nicht vorgesehene Problematiken sowie nicht-standardisierbare Tendenzen bleiben außen vor. Was Hölling schon in Bezug auf Prozesse und mögliche Erfolge der Arbeit des WLH-Teams

sagte²⁹⁷, gilt auch für die generelle Untersuchung der Situation der BewohnerInnen des WLH: diese lässt sich „nur als persönliche Geschichte erzählen“. Gerade der weitere Zusatz von Hölling in diesem Zusammenhang, dass nur mit der Methode der *qualitativen* Interviews „sinnvoll etwas herauszukriegen“ sei, hat mich in der Methodenfindung stark beeinflusst, so dass ich meine Interviewführung an gewisse Methoden der *qualitativen Sozialforschung* angelehnt habe. Zum einen an die schon beschriebene *geringe Vorstrukturierung* der Interviews über die Siegfried Lamnek sagt:

„Der Interviewer beschränkt sich in seiner Stimulierung darauf, nur wenige und eher allgemein gehaltene Fragen zu stellen, die dazu dienen sollen, den Interviewten zu eigenen Ausführungen anzuregen.“²⁹⁸

Um bei möglichen Stockungen des Interviews Anreize zu geben und um Abschweifungen von den Fragestellungen zu verhindern, griff ich zudem auf die Hilfe eines *Leitfadens* zurück, was auch einer Variante des *qualitativen Interviews* entspricht.²⁹⁹ Außerdem interessierte mich ein weiteres von Lamnek beschriebenes „zentrales Prinzip der qualitativen Sozialforschung“³⁰⁰, die *kommunikative Ausrichtung qualitativer Untersuchungen*:

„Während nach herkömmlicher Auffassung der Einfluss der Interaktionsbeziehung auf das Resultat der Untersuchung als ‚Störgröße‘ zu identifizieren ist, [...] begreift die qualitative Seite die Kommunikation zwischen Forscher und Beforschem als konstitutiven Bestandteil des Forschungsprozesses.“³⁰¹

Meine Interviews zielten also wie bei U. Flick beschrieben darauf ab, das „Phänomen bzw. Geschehen von innen heraus zu

²⁹⁷ Vgl. Kap. 4.3.4

²⁹⁸ Lamnek 1989, S.69

²⁹⁹ Vgl. Lamnek 1989 und Flick 1995

³⁰⁰ Lamnek 1988, S.21

³⁰¹ Ebd., S.23

verstehen“³⁰². In diesem Sinne war es auch nicht meine Absicht, eine Vielzahl von Interviews zu bekommen, sondern die geführten Interviews nach den in diesem Kapitel beschriebenen Prinzipien auszurichten, unter absoluter *Freiwilligkeit*³⁰³ der Interviewten. Ein weiteres Prinzip qualitativer Sozialforschung, die *Zirkularität*³⁰⁴, konnte ich aufgrund von Zeitmangel leider nicht anwenden, dies wäre aber sicherlich angebracht gewesen³⁰⁵. Denn „gerade in der Zirkularität liegt“, so Flick, „eine Stärke des Ansatzes, da sie [...] zu einer permanenten Reflexion des gesamten Forschungsvorgehens [...] zwingt“.³⁰⁶

In einem Punkt allerdings bin ich klar von den Vorgaben der *qualitativen Sozialforschung* abgewichen. Dort gilt als ein wichtiges Prinzip, dass InterviewerInnen ihre obligatorische *Theoriebildung* in den Vorannahmen und bei der Annäherung an das *Feld* den Interviewten so wenig transparent wie möglich machen sollen, damit sie in ihren Antworten nicht beeinflusst und diese somit verfälscht werden. So sollen die „theoretischen Annahmen“ der InterviewerInnen

„nicht an den untersuchten Gegenstand herangetragen, sondern in der Auseinandersetzung mit dem Feld und darin vorfindlicher Empirie ‚entdeckt‘ und als Ergebnis formuliert werden“.³⁰⁷

Und weiter unten im gleichen Text:

„Hier wird zumindest eine Suspendierung des theoretischen Vor-Wissens, das der Forscher in den Kontakt mit dem Feld mitbringt, postuliert.“³⁰⁸

³⁰² Flick 1995, S.40

³⁰³ S.a. die im nächsten Unterkapitel beschriebene Aussortierung eines Interviews.

³⁰⁴ D.h., dass die einzelnen Untersuchungsschritte nicht linear, einer nach dem anderen angewendet werden, sondern Auswertungen und Interpretationen von gewonnenem Material ständig wieder als Grundlage für eine Modifikation der weiteren Untersuchungsschritte genommen werden. (vgl. Flick 1995, S.56 ff.)

³⁰⁵ Hierauf komme ich auch im Fazit zurück.

³⁰⁶ Flick 1995, S.59

³⁰⁷ Flick 1995, S.57

³⁰⁸ Flick 1995, S.57. Auch Lamnek bestätigt dieses Prinzip: „Man reicht dem Interviewten sozusagen ‚a blank page to be filled in by the interviewee‘ (Merton/Kendall 1956, S.15), damit das theoretische

Um meine Interviews durchzuführen, war es mir dagegen sehr wichtig, den BewohnerInnen des WLH vorab eine gewisse *Parteilichkeit* meinerseits zu signalisieren. Dies schien mir zum einen unabdingbar für eine mögliche Vertrauensbildung, da die Möglichkeit sehr groß war, dass die von mir interviewten BewohnerInnen des WLH in ihrer z.T. langjährigen Psychiatriegeschichte häufig die Erfahrung machen mussten, dass persönliche Informationen, die sie PsychiaterInnen, PsychologInnen oder sonstigen Angestellten psychiatrischer oder mit der Psychiatrie zusammenarbeitender Institutionen anvertraut haben, gegen sie verwendet wurden.³⁰⁹

D.h. ich war in einer meiner Vorannahmen, durch die Erfahrung meiner Praktikumszeit im WLH und durch meine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Psychiatriekritiken auf ein hieraus folgendes großes und berechtigtes Misstrauen von Seiten der potentiellen InterviewkandidatInnen gefasst. Zum anderen erschien es mir, unabhängig von der Psychiatrieproblematik, im Sinne der in der Konzeption geforderten *Transparenz* als wichtig, einer Person, von der ich z.T. sehr intime Begebenheiten erfrage, wenigstens in Grundzügen meine Einstellung zu dem erfragten Thema sowie meine Motivation für die Durchführung des Interviews deutlich zu machen.

Schließlich erhoffte ich mir im Optimalfall als politischen Begleiteffekt der Interviews, dass diese zur *Bedürfnisentwicklung* oder *-klärung* der BewohnerInnen des WLH beitragen könnten. Das bedeutet, dass das m.E. wichtige Prinzip der *Gegenseitigkeit* gewahrt wäre und die Interviewten auch einen Nutzen aus den Interviews ziehen könnten.

Konzept des Forschers nicht bekannt wird und entsprechend verzerrende Wirkungen dadurch nicht auftreten können.“ (Lamnek 1989, S.74f.)

³⁰⁹ Vgl. Kap. 1 und 2

Was die Parteilichkeit betrifft, bestehen eher Bezugspunkte zu den aus Italien kommenden *Operaisten*³¹⁰, die ihre soziologische Untersuchungen als ein politisches Kampfmittel ansahen. Weitere Bezugspunkte bestehen aber auch zur *Aktionsforschung*. Über diese schreiben Kramer, Kramer und Lehmann, dass die neutrale Distanz der ForscherInnen aufgegeben werden solle, „um an praktischen gesellschaftlichen Veränderungen zugunsten sozial benachteiligter Gruppen mitzuwirken“³¹¹. Ziel sei es hierbei „mittels des Forschungsprozesses dazu beizutragen, dass diese Gruppe ihre soziale Lage verändern kann“³¹². Aktionsforschung ist der AutorInnengruppe zufolge, „nicht daran interessiert, Prognosen zu erstellen“, sondern vielmehr am „Lernprozess der Forschungsteilnehmer“³¹³. Durch Aktionsforschung sollten jedoch „politische Aktionen nicht ersetzt“³¹⁴ werden. D.h. die AktionsforscherInnen befinden sich nach Kramer, Kramer und Lehmann in der „ambivalenten Stellung [...] als Sozialforscher explizit politisch zu wirken und andererseits nicht so sehr politisch zu werden, dass die Identifikation als Sozialforscher verloren geht“³¹⁵.

Genau im Sinne dieser „ambivalenten Stellung“ ist selbstverständlich für die vorliegende Arbeit im Vergleich zu den *Operaisten* auch der wichtige Unterschied zu betonen, dass ich selbst als Nicht-Betroffener immer in einiger Distanz zur Problematik der Interviews stand, während die *Operaisten* ein direkter Teil der von ihnen thematisierten politischen Auseinandersetzungen waren.

Was meine Vorannahmen zu den möglichen Antworten der Interviewten anbelangt, so resultierten diese größtenteils aus

³¹⁰ Vgl. Alquati 1971 und Arbeiteruntersuchung 1974

³¹¹ Kramer, Kramer und Lehmann 1979, S.22

³¹² Ebd., S.29

³¹³ Ebd., S.27

³¹⁴ Ebd., S.31

³¹⁵ Ebd.

meiner praktischen Erfahrung als Praktikant im WLH, sowie aus der theoretischen Auseinandersetzung mit antipsychiatrischen Psychiatriekritiken. So wusste ich aus meiner Arbeitserfahrung im WLH, dass es beispielsweise aufgrund von personalmangelbedingten Engpässen einige Male zu Beschwerden von Seiten der BewohnerInnen kam. Häufiges Thema in der Hausversammlung oder im Team waren z.B. auch häufig Streitigkeiten zwischen den BewohnerInnen, die von diesen auf die Enge der Wohnsituation zurückgeführt wurden. Auf der anderen Seite gab es Situationen der Hilflosigkeit meinerseits angesichts der Vorgeschichte und der WLH-externen Begleitumstände gewisser BewohnerInnen im Vergleich zu denen der WLH-Aufenthalt wie der berühmte Tropfen auf den heißen Stein wirkte.

Aus diesen beschriebenen Reflexion ergab sich so ein sehr *offener Fragebogen* mit einem *wenig-vorstrukturierten Leitfaden* sowie einer kurzen Einleitung mit der Beschreibung meiner Motivation für die Durchführung dieser Befragung.

4.4.2 Ausgewählte Darstellung der Interviews

Drei sehr offene Fragen bildeten das Grundgerüst meiner Interviews. Zunächst eine Frage nach der unmittelbaren *Vorgeschichte* der oder des Interviewten:

Wie bist Du in das WLH gekommen?

Diese Frage erschien mir als sehr wichtig, da es für einen Aufenthalt im WLH natürlich einen großen Unterschied macht, ob man beispielsweise eine lange Psychiatriegeschichte hinter sich hat oder noch nie in der Psychiatrie war, oder ob man direkt von der Straße ins WLH kommt oder noch bei seinen Eltern gewohnt hat. So nahm ich die Frage nach einem *Psychiatrieaufenthalt* auch

in meinen *Leitfaden* mit auf, d.h. an dieser Stelle fragte ich nach, wenn dies von den Interviewten nicht schon von selbst beantwortet wurde.

Die zweite Frage bezog sich nun direkt auf das *Angebot* im WLH:
Wie findest Du das Angebot des WLH?

Bei dieser Frage hielt ich es für sinnvoll, den Interviewten meinen *Leitfaden* von vornherein an die Hand zu geben. Dies hatte zwei Gründe: Zum einen, um die Frage auch wirklich nach dem tatsächlichen Angebot gemäß der Konzeption des WLH auszurichten, oder, zugespitzter, um das in der Konzeption WLH dargestellte Angebot quasi abzufragen. Zum anderen, weil gemäß meinen Erfahrungen und somit auch meinen Vorannahmen³¹⁶, insbesondere diese drei Bereiche bei Problemen häufig im Mittelpunkt standen: (*Wie findest Du...*)

...die Unterstützung der MitarbeiterInnen

...das Zusammenleben mit den anderen BewohnerInnen

...die Räumlichkeiten

Schließlich als dritte und letzte Frage die wohl offenste Frage über das bestehende Angebot des WLH hinausgehend:

Was fehlt Dir im WLH?

Dies war für mich eine ganz entscheidende Frage, da ich mir erhoffte, nicht nur Bedürfnisse *im Rahmen* der aktuellen Möglichkeiten des WLH zu erforschen, sondern darüber hinaus, auch eine *Bedürfnissentwicklung*³¹⁷ bei den Interviewten anzustoßen.³¹⁸

Folgenden Einleitungstext hatte ich zudem an alle Interessierten im WLH verteilt, um mich vorzustellen:

„Liebe Bewohnerinnen und Bewohner des Weglaufhaus Berlin! Ich heiße Tibor Baranyi und studiere in Kassel Sozialwesen. Letztes Jahr habe ich hier

³¹⁶ S.o.

³¹⁷ S.o.

³¹⁸ Zu diesen Punkt s.a. Kap. 4.4.3. und Fazit

im *Weglaufhaus* ein halbjähriges Praktikum gemacht. Im Sommer schreibe ich mein Diplom mit dem Titel: „Die Situation der BewohnerInnen des *Weglaufhaus Berlin*“ Das heißt, ich schreibe also über eure Situation im *Weglaufhaus*. Eure Situation und die Bedingungen für euch im *Weglaufhaus* interessieren mich, weil das *Weglaufhaus* eine der ganz wenigen Alternativen zur Psychiatrie ist, und weil das *Weglaufhaus* eine der ganz wenigen Einrichtungen mit antipsychiatrischen Ideen in seiner Konzeption ist. Weil ich denke, dass es am besten ist, wenn ihr eure Situation selbst schildert, möchte ich unter euch eine Umfrage machen. Ich selbst bin absolut unabhängig, das heißt, diese Umfrage geschieht weder im Auftrag des *Weglaufhaus-Teams* oder des Trägervereins des *Weglaufhaus*. Ihr selbst werdet, wenn ihr an der Umfrage teilnehmt, absolut anonym bleiben: weder die MitarbeiterInnen des *Weglaufhaus* noch des Trägervereins werden an der Auswertung beteiligt sein. Eure Namen werde ich selbstverständlich ändern. Für euer Bemühen möchte ich mich im Vorhinein schon einmal bedanken!“

Nachdem ich mein Interviewvorhaben mit den Qualitätsbeauftragten des WLH abgesprochen hatte und das Team des WLH grünes Licht gegeben hatte, begann ich im März 2001 mit den ersten Interviews. Notwendige Bedingung und von mir natürlich auch gewünscht war meine Vorstellung auf der Hausversammlung des WLH, damit sich die BewohnerInnen ein Bild von mir machen konnten.³¹⁹ Zwei Bewohnerinnen und ein Bewohner erklärten sich hier schon während der Hausversammlung spontan bereit für die Interviews. Einen zweiten Interviewblock führte ich im Mai 2001 durch. Zu diesem Termin hatte ich weniger Glück, so dass ich einige male wiederkommen musste, um z.T. in Einzelgesprächen Werbung für meine Idee zu machen. Schließlich fanden sich dann doch drei Interviewkandidaten, diesmal alles Männer. Schon zu Beginn der Auswertung der Interviews stellte sich für mich heraus, dass ich zwei der sechs Interviews nicht für die

³¹⁹ Zu diesem Zeitpunkt waren keine BewohnerInnen, die ich noch von meinem Praktikum her kannte, im Haus.

Auswertung verwenden wollte. Beides waren Interviews, in deren Verlauf sich meine Interviewpartner als sehr ‚zugeknöpft‘ und nicht sehr mitteilsfreudig erwiesen hatten. Bei beiden Interviews führe ich dies u.a. auch auf mein *Interviewsetting* zurück: im einen Fall ist dies m.E. sehr deutlich, da ich den Interviewten mit wiederholten Versuchen quasi zu ‚überreden‘ versuchte und von seiner Seite wahrscheinlich kein wirkliches Interesse an dem Interview bestand. Im anderen Fall ist dies m.E. allerdings nicht ganz so eindeutig. Einzig meine immer größer werdende Nervosität im Laufe dieses Interviews, nachdem sich abzeichnete, dass der Interviewte auf meine Fragen nur äußerst knapp antwortete und das Interview so aus meiner Sicht zu scheitern drohte, könnte man hier für die Reserviertheit des Interviewten mitverantwortlich machen.

Natürlich könnte man das Schweigen in diesen beiden Interviews auch in anderer Weise interpretieren. Da mir ein solches Unterfangen im Rahmen dieser Arbeit aber als zu gewagt erschien, habe ich auf die Auswertung dieser beiden Interviews verzichtet.

Die vier übrigen Interviews werde ich nun chronologisch und nach Personen geordnet auszugsweise darstellen. Ursprünglich war es meine Absicht, alle Interviews auf Tonband aufzunehmen. Zwei der vier Interviewten wollten aber aus Anonymitätsgründen nicht, dass ihre Stimmen auf Tonband aufgenommen werden, so dass ich hier die Antworten, mitgeschrieben habe. Eines dieser beiden Interviews werde ich deshalb in indirekter Rede darstellen³²⁰, mit der, soweit es mir möglich war, direkten Wortwahl des Interviewten. Das zweite nicht auf Tonband Aufgezeichnete ist mir dagegen von der Interviewten praktisch ‚diktiert‘ worden³²¹, so dass ich dieses durchweg als Zitat kennzeichnen werde. Diese

³²⁰ S. erstes Interview Thorsten

³²¹ S. drittes Interview Melanie

beiden Interviews konnte ich aufgrund ihrer Kürze vollständig vorstellen. Die anderen beiden Interviews habe ich unwesentlich gekürzt.³²²

Erstes Interview:

Name: Thorsten (geändert)

Alter: 32

Aufenthaltsdauer im WLH: 17 Tage

Interviewdatum: 25.03.2001

1. Wie bist Du in das Weglaufhaus (WLH) gekommen?

Thorsten kam aus einer WG in Kreuzberg ins WLH. Er ist seit längerem als erwerbsunfähig krankgeschrieben und bekommt Sozialhilfe.

T. erzählte mir, dass er in der Zeit vor seinem WLH- Aufenthalt „nichts zu tun hatte“ und oft in Cafés gegangen sei. Generell kenne er nicht so viele Leute in Berlin.

Er glaubte zu spüren, „was die anderen Leute denken“.

Seine beste Freundin dachte, dass er sich „wieder in einer Krise“ befinden würde. T. hatte schon zwei Psychiatrieaufenthalte hinter sich. Er war auch schon einmal auf Rat dieser Freundin im WLH.

2. Wie findest Du das Angebot des WLH?

(zum Beispiel die Räumlichkeiten, die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Zusammenleben mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und alles andere, was dir dazu einfällt)

Im WLH gibt es nach T. „keine psychosoziale Betreuung“, sondern „man ist sehr auf sich selbst gestellt“. Im Gegensatz zur Psychiatrie herrsche hier aber ein „familiäres Klima“, man könne mit den Mitarbeitern (MA) „über alles mögliche“ reden: „alles ist hier wichtig, es gibt keine festen Maßstäbe für Gespräche“. „Im Vergleich zur Psychiatrie ist die Unterstützung durch die MA gut.“ In der Psychiatrie herrsche doch ein „sehr unpersönlicher Umgang“, obwohl jemand, der sich in einer Krise befinde „in die Mitte genommen werden sollte“.

Das WLH hat nach T. jedoch „auch nicht die ideale Struktur, weil es noch eine Zweiteilung in MA und Bewohner gibt“. Ideal wäre

³²² Die vollständigen Interviews sind bei mir einzusehen.

es, wenn „gute Freunde einen während einer Krise in die Mitte nehmen“ würden und es so „keine Einrichtung“ bräuchte.

Im Zusammenwohnen mit den anderen Bewohnern gebe es öfter Reibereien, wobei T. „besonders sensibel auf Anstarren ist“. Wenn er dann „das Gefühl hat jemand macht ihn mit einem solchen Anstarren an“, reagiert er mit „ungewöhnlichem Verhalten, beispielsweise mit Tanzen“. Aus diesem Grund hätten sich „schon viele Mitbewohner beschwert“, weil sie sagten, sie hätten „Angst vor ihm“.

So schließt T., für ihn sei „der Aufenthalt gut möglich“, er habe „für sich selbst gesorgt“. Die Frage sei nur, „ob der Aufenthalt für die anderen möglich ist, aufgrund der Beschwerden“ über ihn.

Letztendlich „nutzt“ T. „das Angebot des WLH sehr angeregt“.

3. Was fehlt Dir im WLH?

(was bräuchtest Du jetzt im Moment, was es im WLH nicht gibt?)

T. fehlt im WLH eine „tägliche Psychotherapie mit geschulten Psychologen“, insbesondere „für gruppendynamische Prozesse“, d.h. eine „Gruppentherapie“.

„Die Gruppentherapie“, an der er in einer „Tagesklinik“ teilgenommen hat, „war gut“, und habe ihm „schon geholfen, aus einer Krise herauszukommen“.

T: „Das WLH hat also nur das Eine, das Persönliche, das Verbindliche und das Freundschaftliche, aber leider kein Therapieangebot.“

Zweites Interview

Name: Susanne (geändert)

Alter: 49

Aufenthaltsdauer im WLH: 2 Wochen

Interviewdatum: 26.03.2001

1. Wie bist du in das WLH gekommen?

Susanne hat vor ungefähr einem Jahr in der Psychiatrie eine Karte gefunden vom WLH. Darauf ist sie am selben Abend noch ins WLH gefahren, sie hatte einen Termin verabredet. Damals hatte sie aber „ganz viel Neuroleptika“ bekommen und war so „nicht in der Lage“ sich zu entscheiden. Zu dieser Zeit hatte sie auch „eine Amtsbetreuerin“. Deshalb ist sie „wieder nach Hause ins

Krankenhaus“ aber „es blieb so eine Sehnsucht“, sie „merkte irgendwie, hier gibt's Leben“ und rief daher im WLH „öfters an“. Aus dem Krankenhaus wurde sie „in so eine therapeutische Wohngemeinschaft geschleust von der Sozialarbeiterin da“ und weil sie „obdachlos“ war, hatte sie „auch keine bessere Vorstellung, wie es ja mit Neuroleptika sowieso schwer ist, irgendwelche Vorstellungen zu entwickeln“.

S.: „Ich bin da also rein (*in die therapeutische Wohngemeinschaft; T.B.*) und es kam mir da so vor wie, ja, Zweigstelle der Psychiatrie, sie nehmen doch ihre Medikamente und so, kann ich mich darauf verlassen und so und nach zwei Tagen da, ich habe also tierisch unter den Nebenwirkungen gelitten, bin ich dann wieder ins WLH, nach einem Telefonat, und bin dann hier aufgenommen worden, aber es ging mir so saumäßig, dass ich am zweiten Tag musste ich, äh..., Geld holen, also dass ich dann irgendwie gar nicht mehr zurückgefunden hab, ..., ich habe irgendwie gar nicht, gar nicht das Gefühl gehabt, dass ich hier irgendwie hingehöre oder so, ja, und was also auch zum Teil mit diesen Medikamenten zusammenhing und bin dann hilfesuchend rumgeirrt und bin dann wieder im Krankenhaus gelandet und da sollte ich dann üben mit den Medikamenten, also, mich da in der WG irgendwie einzufinden und musste dann immer stundenweise da hin fahren und mich dran gewöhnen.

Zu guter Letzt hatte ich dann das Zimmer möbliert und ja, und dann ging's halt los, dass ich also mit dem WLH telefonierte, weil ich die Nebenwirkungen nicht mehr ausgehalten habe und ja, irgendwie merkte ich, ich will das absetzen, nachdem ich einige Literatur vom Peter Lehmann – Verlag auch gelesen hatte. Ja und dann habe ich also versucht das abzusetzen, auf eigene Faust, von 10 mg Cyprexa, was ich dann am Schluss hatte auf 5mg und das hat der Arzt da, dann der Psychiater auch, ... – also, äh..., das war gar kein Psychiater, da im Krankenhaus Neuköln – ...,also der hat das dann auch abgesegnet, 5mg, aber nach einigen Wochen wollte ich dann ganz absetzen und hatte das auch versucht und da hat er mir dann halt den Garaus gemacht. Da hat er gesagt, nee, das geht nicht, sie müssen das weiter nehmen, und so, und ich habe das aber nicht mehr ausgehalten. Und daraufhin habe ich mich dann, also ich habe beim Absetzen dann auch Angst gekriegt in dieser TWG, weil da eben Medikamente einnehmen, musste ich sogar im Vertrag unterschreiben, ja und diese Institutsambulanz sollte ich aufsuchen, ja, ich hatte also gar nicht richtig freie Arztwahl, ja, die Betreuerin war irgendwie unmündig, sie musste immer zu ihrer Vorgesetzten und die hatte dann aber gar keine Zeit und so und Helferkonferenz wegen Wohnungssuche stand dann an, und so.

Na ja..., zuguterletzt habe ich also dann tausend Ängste ausgestanden und habe mich dann aber hier, sozusagen, versucht also äh..., einzubringen, habe gesagt, dass ich das absetzen will richtig und dass mir das da in der WG zu unsicher

ist, und so, und dann am Donnerstag vor anderthalb Wochen bin ich dann hier eingetroffen, bin gleich mächtig angemacht worden, von dem Peter (geändert) und habe also ziemlich Angst gehabt die erste Zeit und ganz aufgeregt war ich und dann auch mein idyllisches Zimmer da ja war alles so ruhig und irgendwie das wollte ich aber irgendwie auch nicht mehr, ja...“

T.B.: „Dort in der anderen WG?“

M.: „Ja. Na ja und ich empfind’ meinen Zustand hier als sehr unsicher irgendwie, also, äh..., ich kann mich hier nicht so richtig, nicht so richtig eingewöhnen, ja, also es kommen immer wieder Tage, wo ich also ganz unglücklich bin und...“

T.B.: „Und hast du jetzt die schon abgesetzt, die Neuroleptika...“

M.: „Ja.“

T.B.: „Erst hier im WLH, oder...“

M.: „Nee, hat’ ich vorher schon. Also, jetzt sind es ungefähr drei Wochen.“

T.B.: „Und hast du dann jetzt auch keine mehr...“

M.: „Nee, ich nehme Johanniskraut und Baldrian.“

T.B.: „Gut. Ja, dann hast du jetzt gleich schon angefangen...“

M.: „Ja...“

T.B.: „...wie es Dir hier geht, ...“

2. Wie findest Du das Angebot des WLH?

(zum Beispiel die Räumlichkeiten, die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Zusammenleben mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und alles andere, was dir dazu einfällt)

S. fällt es „meist immer ziemlich schwer“, wenn sie sich „unwohl fühlt“ zu den MitarbeiterInnen (MA) zu gehen, „weil die oft sehr beschäftigt sind mit Telefoniererei, und so“. Wenn sie sich allerdings „aufrufen“ konnte und mit ihnen sprach, hat sie aber „die Erfahrung“ gemacht, dass es „dann eigentlich besser ging“ und die MA manchmal ganz hilfreich sind.

Die „Einstellung der MA zu diesem Neuroleptikaproblem“ findet sie „beruhigend“.

S.: „Also wenn ich da so eine innere Stimme habe und so, also der Umgang von denen damit ist völlig okay, ja.“

Was sie dagegen „irgendwie ein bisschen wundert“, ist, dass „hier in so einem Antipsychiatrieprojekt [...]“³²³ so viele Leute ihre Medikamente weiternehmen...“

Auf meine Nachfrage, wie sie die Unterstützung der MA fände, wenn sie sich „dann mal aufraffe“, sagte sie:

„Ja, finde ich eigentlich gut. Also ich bin so ein bisschen resistent geworden, also ich brauch so ein bisschen Aufmunterung und so ja. So, ich habe meine gesamte Wohnung und mein gesamtes Hab und Gut verloren, ja, ich male, die haben meine Bilder weggeschmissen und alles ja, also es war irgendwie, das hat mich also so, ich habe so eine Grundtraurigkeit, ja, dass ich auch irgendwie gar nichts so richtig annehmen kann, ja, und so das Gefühl habe, was auch immer ich mache, wird mir sowieso alles wieder totgemacht, weggemacht, ja...“

...³²⁴

Na ja...

...

Ja, äh..., dieses Angebot...

das Angebot ist halt, man kann hier wohnen, und kann jederzeit mit den MA sprechen, also mehr habe ich da nicht..., die kommen vielleicht auch mal mit auf einen Spaziergang oder zu einen Arzt, wenn man nicht alleine gehen will und so,

...

das ist halt hier relativ frei, ja, man muss alles aus eigenen Stücken machen...“

T.B.: „Und wie geht es Dir damit?“

S.: „Na ja, wie gesagt, also ich brauche ganz schön Anlaufzeit bevor ich mich einfinde. Ich fühle mich auch irgendwie unberechtigt, komischerweise...“

...“

T.B.: „Und hast Du da schon jemanden gefunden von den MA?“

S.: „Ja also die X. (*geändert; T.B.*), die ist auch selbst betroffen, die ist ja Praktikantin, die finde ich sehr nett, und die geht aber Mitte April weg, leider. Und Y. (*ihre Vertrauensperson unter den MA; T.B.*), die finde ich auch in Ordnung.“

³²³ [...] bedeutet, dass ich an dieser Stelle ein Teil vom Interview ausgelassen habe.

³²⁴ ... ohne eckige Klammer bedeutet, dass im laufenden Interview an genau dieser Stelle eine Pause war.

Ja...
...“

T.B.: „Und ganz am Anfang meinst Du mit dem, wenn die so beschäftigt sind und so , was meinstest du damit, also...“

S.: „Ja, also ich sehe die halt oft zusammensitzen und sich unterhalten und telefonieren und machen, ja. Es ist halt, die wirken nicht so präsent, eigentlich. Also man hat eher den Eindruck, man stört so ein bisschen, wenn man kommt...“

T.B.: „Gut, und sonst so, das Angebot, sage ich jetzt mal, an den Räumlichkeiten hier...“

S.: „Ach so, ja, ich finde es schade, dass man meistens in Zweibettzimmer muss. Die Räume sind eigentlich ziemlich verdreckt so, ja, und das geht mir schon so ein bisschen auf den Sender, dass man überall, wo man hinguckt Dreck sieht, und, ja...
...“

T.B.: „Und vom Platz her?“

S.: „Also, grundsätzlich ist das Haus ja recht geräumig, die Aufenthaltsräume unten... drei Bäder, könnte eigentlich ganz gut sein, aber... Es ist halt schnell irgendwie alles ein bisschen chaotisch, verwahrlost so. Das finde ich schade, ja. Aber das habe ich auch an anderen Einrichtungen bemerkt, dass die Leute sich um nichts kümmern, weil sie sich sagen, es ist ja nicht meins. Und das finde ich irgendwie schade, ja.“

T.B.: „Ja, da sind wir doch auch gleich bei dem Zusammenwohnen mit den anderen BewohnerInnen: Wie findest du da das Angebot von der Gemeinschaft, also das Angebot, gemeinschaftlich mit den Leuten Küche zu machen und...“

S.: „Also, ich finde hier nicht so viel Gemeinsamkeit, weil ich eben auch diese Anmache da erlebt habe. Ich ziehe mich eher schnell zurück, ja und stelle auch fest, dass die meisten nicht sehr gesprächig sind. Und, äh...
...“

Ja, und, äh..., also ein paar Männer sind halt ziemlich aggressiv und das macht mir so als Frau in meiner Situation ziemlich viel aus, ja. Also das beeinträchtigt mich irgendwie ein bisschen hier. Wobei ich irgendwie weiß, dass es in reinen Frauenprojekten auch nicht alles Friede Freude, Eierkuchen ist und so, ja. Frauen sind ja manchmal direkt noch schlimmer, aber..., das ist halt eine Gewalterfahrung, die ich gemacht habe in meinem Leben, und wenn hier so aggressive Männer sind, dann

krieg' ich es halt mit der Angst zu tun. Und mir fällt es schwer, Aggressionen zu zeigen, oder Wut zu zeigen, habe ich also tierische Angst, das habe ich überhaupt nicht gelernt, ja. Also die MA sagen immer, ich soll das klipp und klar, direkt sagen gleich, ja, den Leuten, wenn irgendwas ist, aber ich bin wie stumm, ja, ich habe das einfach nicht drauf, ja.“

T.B.: „Und wie findest du da jetzt die Unterstützung, also nicht nur von den MA sondern auch von den anderen Bewohnern? Fühlst du dich hier auch geschützt? Also mit deinen Ängsten, glaubst du, äh..., dass das..., dass du hier bleiben kannst, auf jeden Fall? Wenn da jetzt Männer, Typen da so aggressiv sind, und so...“

S.: „Na ja..., ich bin grundsätzlich ziemlich unsicher, weil das ja nur ein halbes Jahr hier währt. Also ich habe keine große Hoffnung, dass es mir danach gleich gut gehen wird, oder so, ja, also ich habe...“

ich bin eigentlich ziemlich mutlos.

...

...

Also mir war es halt wichtig, hier absetzen zu können, und da sind die Leute, die hier arbeiten sicherlich gut geeignet, besser geeignet als die Betreuer bei Unions-Hilfswerk, wo ich vorher gewohnt habe. Die sind da also sehr negativ eingestellt und haben auch betont gleich, dass sie sehr eng mit der Psychiatrie zusammenarbeiten. Also das war ein Pulverfass, auf dem ich da saß, irgendwie. Das war zwar so von den Bedingungen her positiv, finden ich, das war halt sehr ruhig, ich dachte das wäre ganz gut. Ich habe beim Absetzen früher die Erfahrung gemacht, dass mir so Geräusche und Lärm ziemlich schaden, aber im Grund genommen ist es hier doch ruhiger, also weil ich innerlich irgendwie, ja, wenn ich da zurückdenke, in der alten Wohnung, ich saß manchmal stundenlang vorm Telefon und hatte das Bedürfnis, mit jemandem zu sprechen, aber ich wusste dann nicht mehr wen ich anrufen sollte, ich hatte das Gefühl, das artet aus, ja. Und hier..., hier sind halt die MA, und wenn es dann gar nicht mehr geht, dann kann ich mit denen sprechen. Aber weißt du, ich habe so viele Erfahrungen gemacht, ja... also ich bin freiwillig mal in die Psychiatrie gegangen und bin da auch über meinen Kopf hinweg mit Haloperidol abgefüllt worden, obwohl ich weder Stimmen gehört habe, noch aggressiv war. Also es hatte irgendwie erst mal eine beruhigende Wirkung, ein paar Wochen lang, und ich habe das dann abgesetzt... äh ich weiß gar nicht mehr, was ich sagen wollte... – ja, und daraus ist eben eine endlose reihe von Absetzversuchen und Einweisungen und so entstanden und eine Amtsbetreuung habe ich dann bekommen, ja. Und ich bin da relativ arglos reingegangen und hatte wirklich keine Ahnung, was auf mich zukommt. Also hatte ganz falsche Vorstellungen. Ja das ist eben ein Irrenhaus, das ist kein Krankenhaus, wenn man da

krank wird, dann kann man stundenlang warten, bevor da mal einer Notiz nimmt. Also das ist eine Verwahranstalt ja, und es ist irgendwie Glückssache, manchmal hat man da so eine Nische, dass man da auch irgendwie von irgendjemanden geachtet wird, wo sich so eine Art Freundschaft entwickelt, hatte ich auch mal, aber für mich ist das also, in die Psychiatrie gehen, ich war damals 24, das war der größte Fehler meines Lebens. Also das war...“

T.B.: „Und hier jetzt im Vergleich dazu?“

S.: „Ja, also, es geht mir halt nicht gut, ja. Ich habe mittlerweile mein ganzes Hab und Gut verloren und meine Mutter ist 80 und sitzt im Heim, kann sich nicht mehr unterhalten. Freundschaften sind verlorengegangen... Also ich bin ziemlich verspannt und habe immer Muskelschmerzen und so. Es gibt Tage, da geht es mir besser, es gibt Tage, da geht's mir schlechter, aber... durch das Absetzen der Neuroleptika hat sich irgendwie eine Riesengroße Einsamkeit breit gemacht, ja, und viele Ängste, es ist alles viel schlimmer geworden, als es vorher war. Und vor allem meine Persönlichkeit hat sich aufgelöst, also ich bin gar nicht mehr, ich bin gar nicht mehr in der Lage mich als Person zu empfinden...“

T.B.: „... Äh..., meinst du jetzt durch das Absetzen der Neuroleptika?“

S.: „Ja, also ich habe den Eindruck, das war ein Fehler, das einfach abzusetzen. Das hatte mir jemand geraten, und ich bin überhaupt nicht zurecht gekommen. Also das war eine Katastrophe, ja. Und das ist nie wieder gut geworden, ja. Also mir hatten die Neuroleptika geholfen, mich wohler zu fühlen, zuerst. Deswegen bin ich auch eigentlich auch ziemlich hell entsetzt darüber, wie es mir so geht, hier im WLH, Antipsychiatrieprojekt, aber irgendwie stehe ich auch nicht so ganz dahinter, ja. Also ich musste die Medikamente absetzen, weil ich es nicht ausgehalten habe. Also die Wirkung, die zu Anfang da war, die war nicht mehr herzustellen. Und das habe ich ja sehr oft versucht. Ich habe es einfach nicht ausgehalten, ich hatte innere Unruhe und Ängste und vor allem auch dieses, dieses innere Unruhe, man kann ja gar nichts nach außen bringen. Man sitzt rum wie ein Zombie, ja.“

T.B.: „Ja und..., äh..., wolltest du jetzt hier im WLH, meinst du es ist besser, wenn du jetzt hier im WLH wieder mehr Medikamente nimmst, oder...“

S.: „Nein um Gottes Willen, ich vertrag das ja gar nicht mehr.“

T.B.: „Also das ist klar?“

S.: „Also damals bin ich mit hohlem Kopf, praktisch mit völlig falschen Erwartungen in die Psychiatrie gegangen. Krankenhaus, ich habe gedacht, ich leg mich ins Bett, die Schwestern kommen, es gibt Essen, ich lese, ja. Ich hatte mal einen Krankenhausaufenthalt miterlebt bei einer Abtreibung, und das war da sehr friedlich und die waren sehr nett da alle, ja. Und mir ging es vorher auch beschissen, ja, das war eine richtige Erholung, nicht wahr, und das habe ich halt in der Psychiatrie überhaupt nicht, keineswegs gefunden, ja. Aber ich war dann irgendwie mit den Neuroleptika erst mal in der Lage Leuten zuzuhören, die am Tisch sitzen und sich unterhalten, ja, und das konnte ich vorher nicht, ich hatte... Und hier, ich bin so, trotzdem ich die Neuroleptika abgesetzt habe seit drei Wochen, fühle ich mich nicht befreit, ja. Also es ist zwar nicht, ich kann das gar nicht mehr so schätzen wie früher. Früher habe ich das abgesetzt, plop, weg war's, und dann kamen die Gefühle wieder und dann habe ich mich unheimlich gefreut. Ich war dann ganz außer mir vor Freude und habe das alles wahnsinnig genossen und innerhalb von kurzer Zeit, nach ein paar Wochen kippte das ganze um und dann kriegte ich auch irgendwie so merkwürdige Verhaltensweisen, ja und...“

T.B.: „Diese Leere, wie du meinstest, glaubst du, die kann hier aufgefangen werden, im WLH?“

S.: „...“

T.B.: „Was heißt hier *aufgefangen*, das ist ein großes Wort, also glaubst du, dass das hier, dass du hier Unterstützung kriegen kannst?“

S.: „Ja, also es passiert immer wieder was, was mich dann doch hoffen lässt, wobei ich dann irgendwie für mich als Frau nicht mehr, also irgendwie nicht mehr soviel Hoffnung habe. Also Partnerschaft, keine Hoffnung. Arbeit, könnte ich vielleicht ein Praktikum machen an der Gärtnerei, ohne Geld, ja, also es ist irgendwie, also es sind irgendwie...“

T.B.: „Und was sind das für Dinge, hier im WLH, wo du gesagt hast, da...“

...

die du gut findest, oder...

...“

S.: „Na, ich habe mit *(ihrer oben schon angesprochenen Vertrauensperson unter den MA; T.B.)* gesprochen, sie sagte, wegen meiner Gewalterfahrung, es wäre vielleicht ganz gut eine Therapie zu machen. Aber ich habe eigentlich schlechte Erfahrungen gemacht mit Therapie, ich bin damit eigentlich nicht

so gut zurecht gekommen. Und (*ein anderer MA; T.B.*) meinte, vielleicht eine Gruppentherapie...

...

Ich weiß auch nicht, was das für eine Traurigkeit ist. Ich nehme an, ich hatte schon einmal vier Jahre keine Medikamente genommen und da ging es mir eigentlich besser, obwohl ich auch ziemlich verrückt war und... Ich habe halt, seit ich in der Psychiatrie war kein richtiges soziales Netz. Und dann dieser Frust mit dem Sozialamt, immer. Seit ich in der Psychiatrie war kriege ich Sozialhilfe, mit einigen Unterbrechungen, wo ich versucht habe zu arbeiten, aber...

Ich habe es mit Religion versucht, das kriege ich auch nicht in den Kopf, das ist auch nicht mein Ding...

Ja, ich bin irgendwie unpassend in dieser Welt, und das empfinde ich hier eigentlich auch.“

3. Was fehlt dir im WLH?

(was bräuchtest du jetzt im Moment, was es im WLH nicht gibt?)

Auf diese letzte Frage antwortete S. sehr spontan, dass es „eine Putzfrau“ bräuchte, „die vielleicht alle 14 Tage mal gründlich sauber macht, [...] weil das läuft hier nicht“.

In Bezug auf die MitbewohnerInnen gefällt ihr deren „Frechheit“ nicht. Auf meine genauere Nachfrage, was sie damit meine, sagte sie:

S.: „ [...], dieses Soziale, was ja auch durch die Psychiatrie auch oft kaputt geht, das macht aus den Leuten halt oft auch so eine ‚Leck mich am Arsch‘ – Haltung.

Also was die Einrichtung betrifft, die erleben das gar nicht so als ein Geschenk, ja. Man wohnt in einer Villa im Grünen, ja, man kann hier die Medikamente absetzen, ist doch eigentlich toll, ja, und ja.“

T.B.: „Aber für dich ist das so, dass du sagen würdest, für dich ist das hier ein Geschenk, Villa im Grünen...“

S.: „Ja, also eine Möglichkeit ohne Neuroleptika zu leben mit adäquater Hilfe ist ja sonst nicht möglich, also das schätze ich schon sehr.“

T.B.: „Und was fehlt dir, also abgesehen von der Putzfrau oder so...?“

S.: „Na ja, also ich hätte gerne ein bisschen mehr Kontakte. Also die meisten sitzen in ihrem Zimmer, was ich dann ja auch tue, viel, und..., äh...,

Wenn sie unten sitzen... Psychriatriepatienten sind eigentlich meistens albern, ja. Also wenn es dann Gespräche gibt, dann sind es irgendwelche Blödeleien und das kann ich nicht, also das konnte ich noch nie. Das entspricht mir nicht so, ich bin eher ein ernster Mensch. Ich kann zwar auch mal lachen und einen Witz erzählen, aber das ist halt...

Viele sprechen auch gar nicht.

Ich finde es schade, dass es nicht für Frauen eine extra Einrichtung gibt. So was fehlt, und das wundert mich auch irgendwie, weil die Frauenbewegung sich doch immer so stark macht. Also da gibt es ja unendlich viele Projekte und die kriegen auch Geld und es heißt immer, Frauen sind viel häufiger mit Depressionen und so weiter in der Psychiatrie, aber es gibt also das Frauen-Krisentelefon, ist ziemlich aufgeschlossen, aber die sind letztendlich auch überfordert, weil die keine Erfahrung haben so mit diesen Sachen.“

T.B.: „Also quasi ein WLH für Frauen sozusagen.“

S.: „Ja, so was würde ich gut finden.

...

...

Ja irgendwie, ich fühle mich auch mit anderen Psychriatriepatienten oder Expatienten nicht so richtig verbunden, ja, also das ist irgendwie, ich bin immer so ein bisschen Einzelgänger geblieben. Bin zwar ganz gerne in Gesellschaft, aber fühle mich doch nicht so richtig dazugehörig.“

T.B.: „Jetzt nur bei Psychriatriebetroffenen?“

S.: „Ja, es war ein bisschen schon immer so. Auch in der Schule. Also ich habe bei uns immer dieses Klassensystem sehr schlimm erlebt in der Schule und auch später. So dass es da diese gesellschaftlichen Schranken gibt. Ich fühle mich halt nirgendwo richtig dazugehörig.“

T.B.: „Und meinst du, es wäre jetzt was anderes, wenn in das WLH mehr Leute kommen würden, die nicht psychriatriebetroffen sind, wenn es irgendwie so Austausch geben würde?“

S.: „...“

...

Ja, das wäre eigentlich ganz toll, wenn ab und zu mal irgendwelche Leute zu Besuch kommen würden, einfach so, sich so ein bisschen einbringen, ein bisschen erzählen, ein bisschen reden mit einem.

Das habe ich früher ab und zu gehabt, dass ich Leute gefunden habe, die irgendwie sagen wir mal, Mitleid hatten oder so, oder die sich interessiert haben und so. Das ersetzt natürlich keine richtigen Freundschaften, so. Aber es ist halt doch irgendwie was nettes.“

Drittes Interview

Name: Melanie (geändert)

Alter:

Aufenthaltsdauer im Weglaufhaus: kurzfristig

Datum: 25.03.2001

1. Wie bist Du in das Weglaufhaus gekommen?

M.: „Aufgrund des Ratschlags einer schweizerischen Anwältin kam ich zum ersten Mal hier an. Meine Geschichte war eskaliert und ich hatte mit dem Schlimmsten und wenig Verständnis zu rechnen, aufgrund von RESISTANCE (*Widerstand, T.B.*).

War ich doch schon als Opfer eines von mir zu beweisenden Behandlungsfehlers (schwer zu beweisen – „Götter“ in weiß haben immer recht) in die Flucht geschlagen, psychopathisiert und psychoterrorisiert worden.

Mit der Psychiatrie habe ich kaum Erfahrung – eher mit der Psychosomatik, aber das Stigma der Psychotante (abgestempelt zu werden durch das Schubladendenken) hat man ziemlich schnell, und die Vorurteile sitzen tief, und Diskriminierungen in Staat und Gesellschaft sind schmerzlich – hängt einem doch das Damoklesschwert der Psychomaschinerie und der Idiotenparagrafen eigentlich permanent über dem Kopf, was einen zusätzlich fertig macht, und nach diversen Vorfällen innerlich verfolgt.“

2. Wie findest Du das Angebot des Weglaufhaus?

(zum Beispiel die Räumlichkeiten, die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Zusammenleben mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und alles andere, was Dir dazu einfällt)

M.: „Räumlichkeiten sollten mehr vorhanden sein (Anbau). Oder Eröffnung weiterer Häuser.

Dass Gesine Stöckle und Dritte ein derartiges Haus, ‚Villa‘, spendete und ihre Idee, die dahintersteht, und ihr Verständnis für Menschen in derartigen außergewöhnlichen Lebenslagen, bzw. Notlagen finde ich klasse!

Es sollte aber eine bessere Heizung geben. Und mehr Essensgeld und Geld für kulturelles: Theater, Konzerte, Kurse usw. Ich wünschte, der Verein würde mehr und bessere materielle/immaterielle Unterstützung und Akzeptanz innerhalb von Staat/Gesellschaft und in der Bevölkerung aller Berufssparten finden.“

Über das Zusammenleben im Haus sagt M.:

„Es sollten mehr Zimmer – insbesondere eigene, abschließbare Räumlichkeiten für jeden einzelnen vorhanden sein. Weil es auch in Stress ausartet, wenn zu viele mit verschiedenen Störungen/Schäden in schwierigen Lebenslagen noch auf engstem Raum sich gegenseitig belasten, anstatt Privat- und Intimsphäre und Ruhe auch innerhalb der WG zu haben!“

Auf die Unterstützung der MitarbeiterInnen (MA) bezogen meint sie:

„Die MA finde ich überwiegend ziemlich o.k. – hilfsbereit, verständnisvoll und unterstützend.

Auch finde ich toll, dass sie sich eben zum Vorsatz gemacht haben, keine Betreuung zu bestellen, sondern eher zu verhüten, und bestehende Betreuung aufbrechen wollen, indem sie versuchen, die Menschen in Not aufzufangen – zu stabilisieren, und als Brücke in ein eigenständiges, autonomes, menschenwürdiges, wiederintegriertes Leben in ‚Staat und Gesellschaft‘ zu motivieren, aufzubauen und hinzuführen!“

Was die MitbewohnerInnen anbetrifft, ergänzt sie zudem:

„Mit den Mitbewohnern zusammenzuleben ist häufig nicht ganz einfach, da alle geschädigt, angeschlagen – immateriell und materiell (mehr oder weniger) arm dran sind! Und jede Schädigung oder Störung ihre eigene ‚Erscheinungsform‘ und ‚Eigenwilligkeit‘ hat; jeder eine unterschiedliche Geschichte, Verfassung, Entwicklung, Stimmung, Tagesform und Vorstellung von ‚Hier und Jetzt‘ – Vergangenheit, Zukunft, Lebensführung, -stil, -perspektive – und Ordnung usw. hat!“

3. Was fehlt Dir im Weglaufhaus?

(was bräuchtest Du jetzt im Moment, was es im Weglaufhaus nicht gibt?)

M. fehlen im WLH:

„Bessere Fortbewegungsmöglichkeiten, Fahrzeuge, Fahrräder für Einkauf, Notfälle, Ausflüge oder ähnliches und mehr Einrichtungsgegenstände (Tassen, Teller, Handtücher...).“

Generell bräuchte es nach M. „mehr Kontakte zu Anwälten, ambulanten Psychologen, Tutoren/Coachs fürs berufliche, alltägliche, partnerschaftliche Leben und Stabilität, die freiwillig und selbständig ausgesucht werden können“.

M.: „Für den Einzelfall müsste es materiell-anonyme Unterstützung über eine Stiftung oder einen Fond geben, um einen anonymen Unterschlupf zu gewährleisten. Einen anonymen Unterschlupf (in dem die Finanzierung kein Thema ist), um in bestimmten Situationen juristische und medizinische Angelegenheiten zu klären, die für die jeweilige Person bzw. deren Aufenthalt wichtig sind.“

Viertes Interview

Name: Klaus (geändert)

Alter: 52

Aufenthaltsdauer im WLH: eine Woche

Datum: 20.5.2001

1. Wie bist Du in das WLH gekommen?

K.: „Ich bin hier nach Berlin gekommen, also ich hab' in Darmstadt gewohnt, und bin nach Berlin gekommen und habe dann eine Woche in Moabit in der Klinik verbracht.

Und dann bin ich Samstag entlassen worden und bin dann in...

äh... ins Franklin-Haus, Franklinstraße, das ist ein

Obdachlosenheim. Und da hab' ich's Plakat gesehen vom WLH.

Und da hab' ich dann Montags angerufen, hab ein Termin

bekommen, dass ich... hierher soll zum Gespräch,

Aufnahmegespräch, und bin dann diese Nacht übernommen worden, also aufgenommen worden.“

T.B.: „Und Moabit, was war das für eine Klinik?“

K.: „Psychiatrische Klinik,... für Psychiatrie.“

T.B.: „Und äh... nach einer Woche konntest du dort schon raus...?“

K.: „Ja Samstags, weil, ich wollte entlassen werden.“

[...]

2. Wie findest Du das Angebot des WLH?

(zum Beispiel die Räumlichkeiten, die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Zusammenleben mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und alles andere, was Dir dazu einfällt)

K.: „Das ist ein bisschen wenig. Es könnte mehr sein.“

T.B.: „Mehr was?“

K.: „Ja, Freizeitangebote. Obwohl, wir waren gestern schwimmen..., das war schon was. Und jetzt soll nächste Woche wieder was Aktives gemacht werden. Aber ich bin noch nicht so..., so aktiv genug. Weil ich, weil ich krieg' noch Medikamente, und hör' dann auch, hör' dann auch immer Stimmen. Und deswegen, die Angebote mach' ich nicht so gerne mit, also für mich reicht das eigentlich.“

T.B.: „...Wie, am Anfang sagtest du, es wären zu wenig Angebote?...“

K.: „Ja... Ja weil, äh..., ich dachte, dass die ein bisschen mehr macht... gemacht wird.

...“

T.B.: „Und... wolltest du, jetzt selber für dich, dass es mehr Angebot gibt... an Freizeitaktivitäten?“

K.: „Ja, ich kann ja noch nichts genaues sagen, weil ich bin ja erst eine Woche da...“

Kann ich ja noch nichts genaues sagen, wie das läuft...“

T.B.: „Und diese eine Woche, wie war das jetzt für dich?“

K.: „Ja, das Wochenende war lang, langweilig. Weil da nichts gemacht wird.“

[...]

T.B.: „Und sonst so, wie war die Woche sonst für dich?“

K.: „Ja ich hab' viel Stimmen gehört. Also es war..., also sehr unruhig war ich die Woche. ... Aber heute geht's wieder einigermaßen.“

T.B.: „Und die Unterstützung durch die Mitarbeiter?“

K.: „Die ist gut. Also man kann jederzeit hingehen, wenn es einem schlecht geht, und die sind dann voll dabei.“

...“

T.B.: „Ja,...

Und was fällt dir sonst noch so ein, ja, äh... das Zusammenwohnen mit den anderen Mitbewohnern...“

K.: „Ja also es ist ein bisschen eng...“

T.B.: „...eng, ja...“

K.: „...eng, ja...“

T.B.: „Du bist zu zweit in einem Zimmer?“

K.: „Zweibettzimmer, ja.“

...“

T.B.: „Und wie findest du da jetzt das Angebot, jetzt... vom Zusammenleben mit den anderen Mitbewohnern?“

K.: „Ach, das find' ich eigentlich ganz gut. Man kann auch die Konflikte miteinander austragen,... wenn was ist. Dafür haben wir ja Donnerstags und Sonntags unsere Gruppengespräche... und dann kann man darüber reden, was nicht gefällt.“

T.B.: „Und... musstest du das schon mal in Kauf nehmen, auch, oder...“

K.: „Nein, nein noch nicht. Aber ich bin auch eher ein ruhiger Typ.“

[...]

K.: „[...] Das Haus selbst gefällt mir sehr gut...der schön große Garten... und das gefällt mir sehr gut eigentlich.“

[...]

3. Was fehlt Dir im WLH?

(was bräuchtest Du jetzt im Moment, was es im WLH nicht gibt?)

K.: „Oh, das ist schwer zu sagen...“

T.B.: „...kannst du vielleicht versuchen,... also du kannst dir auch Zeit lassen...“

...

K.: „Dass ist einfach äh... Kontakt nach draußen. Dass ich andere Leute kennenlerne. Dass ich mal, selbst mal was unternehme. Das fehlt mir. Weil ich fühl' mich manchmal sehr alleine auch.“

T.B.: „Und glaubst du, du kannst hier die Hilfe dazu bekommen,... Kontakte nach draußen zu...“

K.: „Ja, kann ich schon. Ich muss vor allen Dingen, ich selbst muss, muss die Initiative ergreifen und was machen. Dass ich mal andere Leute kennenlerne, dass ich mal weggehe...“

...

..., dass ich einfach mal mehr unternehme, auch alleine. [...]"

[...]

Nach einer sehr langen Pause versuchte ich an dieser Stelle, die Frage ein bisschen anders zu formulieren:

T.B.: „Was für Wünsche hättest du hier? Also...hier im WLH... was du gut fändest, wenn es das hier geben würde?“

...

K.: „Einfach Kontakt zu Menschen. Ich möchte einfach... (*mit zitternder Stimme*) ´ne Freundin würde mir gut tun, dass ich ne Freundin habe...“

Und dann würd' mir hier im WLH selbst, wär' ein Schwimmbad ganz angenehm...“

T.B.: „Ein Schwimmbad! (lachen)“

Kl.: „Ja, das wär' ganz gut!“

T.B.: „Ja das wär' Klasse!“

[...]

4.4.3 Auswertung und Einordnung der Interviews

Bei der Auswertung meiner Interviews bin ich folgendermaßen vorgegangen:

Zunächst einmal habe ich die vier Interviews nach der Struktur des *Leitfadens* miteinander verglichen, um mögliche Tendenzen oder auch Gemeinsamkeiten aber auch klare Unterschiede herauszuarbeiten. Denselben Vergleich habe ich auch mit Aussagen, die von der *Leitfadenstruktur* abwichen oder in dieser nicht vorgesehen waren, angestellt. Auf dieser Basis aufbauend bin ich dann wieder ganz in die individuellen Interviewstrukturen gegangen, um m.E. sehr bezeichnende Besonderheiten der jeweiligen Interviews hervorzuheben. Dieser während meiner Auswertung mehrmals vollzogene Wechsel von vergleichender Betrachtung zur individuellen Betrachtung der Interviews führte mich dann auch zu der Frage, welche der in den Interviews gemachten Aussagen überhaupt miteinander vergleichbar sind, und welche der Aussagen als Einzelphänomene für sich stehen und nicht vergleichbar mit anderen sind.

In diesem Zusammenhang beinhaltet die Auswertung natürlich auch eine permanente kritische Auseinandersetzung mit der *Leitfadenstruktur*: An welchen Stellen der Interviews wäre eine stärkere Strukturierung sinnvoll gewesen, an welchen Stellen verhinderten meine Vorgaben eher eine Entwicklung des Interviews?³²⁵

Schließlich war der zentrale Punkt meiner Auswertung die Einordnung der gewonnenen Aussagen in den inneren und äußeren Kontext des WLH. Das heißt, inwieweit sich die Aussagen im Rahmen der Möglichkeiten des WLH bewegen, oder an welchen Stellen sie über dessen strukturell bedingte Grenzen hinausreichen.

³²⁵ Diese Frage werde ich auch in der Zusammenfassung noch einmal aufgreifen.

Bei meiner ersten Frage, nach der unmittelbaren Vorgeschichte der Interviewten („*Wie bist Du in das WLH gekommen?*“) zeigte sich beim einzigen Punkt meines *Leitfadens* zu dieser Frage gleich eine Gemeinsamkeit: drei der vier Interviewten hatten schon einen *Psychiatrieaufenthalt* hinter sich. Im einzelnen betrachtet jedoch löst sich diese vermeintliche Gemeinsamkeit schnell wieder auf: während die eine der drei, Susanne (Interview Nr.2) sehr ausführlich und sehr kritisch, ohne Nachfragen meinerseits, über ihre langjährige Psychiatriegeschichte berichtet, räumen die anderen beiden, Klaus (Interview Nr.4) und Thorsten (Interview Nr.1) diesem Punkt wenig Platz ein, Thorsten sogar erst auf Nachfrage, und problematisieren ihn nicht. Thorsten berichtet am Ende seines Interviews im Gegenteil sogar von positiven Erfahrungen aus seiner Psychiatriezeit. Die einzige, die nicht in der Psychiatrie war, Melanie (Interview Nr.3), schildert ihre Situation der Bedrohung durch Psychiatisierung dagegen nicht minder eindrucksvoll und kritisch mit Worten wie „das Damoklesschwert der Psychomaschinerie“ welches einem „permanent über dem Kopf“ hänge.

Dies verdeutlicht die Relevanz des Bedrohtseins durch Psychiatisierung für den Bereich der Psychiatriebetroffenheit. Weiterhin zeigt der sehr ausführliche und kritische Bericht von Susanne auf meine erste Frage die Wichtigkeit des allgemeinen Psychiatriekontextes für die gesamte Befragung. Gerade bei Susanne wurde im Verlauf des gesamten Interviews der Druck deutlich, von ihrer leidvollen Psychiatriegeschichte zu berichten. Ungeachtet meiner Fragen kam sie immer wieder darauf zu sprechen.

die Problematik des Absetzens von Psychopharmaka gewinnt durch diesen Vorbericht noch einmal an Schärfe aber auch, wie

ich meine, an Widersprüchlichkeit. Hierauf werde ich später noch genauer eingehen.

Allein dies bestätigt m.E. schon die Wichtigkeit dieser ersten Frage nach der unmittelbaren Vorgeschichte.

Des weiteren bietet sich, was die Herkunft direkt vor dem WLH Aufenthalt anbetrifft, ein absolut heterogenes Bild: einer kam aus einer Wohngemeinschaft auf Ratschlag einer Freundin, eine aus einer Therapeutischen Wohngemeinschaft (TWG), eine auf Ratschlag einer Anwältin und der letzte aus einem Obdachlosenheim. Bemerkenswert bei diesem Punkt sind m.E. zwei Tatsachen: zum einen sind sowohl Susanne als auch Klaus in einem Fall durch eine Grußpostkarte des WLH in der Psychiatrie, im anderen durch ein Plakat des WLH im Obdachlosenheim auf das WLH aufmerksam geworden. Der Bereich Öffentlichkeitsarbeit im WLH wird dies sicherlich sehr erfreut aufnehmen, ist doch die Öffentlichkeitsarbeit für das WLH gerade in den vielen Psychiatrien von Berlin häufig auch eine sehr mühsame Arbeit. Zum anderen bestätigen die Aussagen von Melanie, sie habe sich auf der „Flucht“ befunden und „das Damoklesschwert der Psychomaschinerie und der Idiotenparagrafen“ habe sie „innerlich verfolgt“, die originäre Bedeutung des Wortes *Weglaufhaus*, als Haus für Menschen, die vor einer (in diesem Fall drohenden) psychiatrischen Behandlung *davonlaufen*.

Auf die zweite Frage nach der Einschätzung des *Angebots* des WLH bewerteten drei der vier Interviewten im ersten Leitfadepunkt *Räumlichkeiten* die BewohnerInnenzimmer als „zu eng“. So beklagt z.B. Melanie, dass es „mehr eigene Zimmer“ geben sollte und die BewohnerInnen sich gegenseitig „auf engstem Raum belasten“ würden, anstatt dass es „Privat- und Intimsphäre“ in der Wohngemeinschaft des WLH gebe. Auch für Klaus ist das Angebot an Räumlichkeiten „ein bisschen eng“,

wobei er betont, dass ihm „das Haus selbst“ und „der schöne große Garten [...] sehr gut gefällt“. Susanne findet es „schade, dass man meistens in Zweibettzimmer muss“. Sie bemängelt hierbei allerdings weniger ein fehlendes Platzangebot, als vielmehr die ihrer Meinung nach ungenügende Hygiene („die Räume sind ziemlich verdreckt“, „überall wo man hinguckt sieht man Dreck“). So „könnte [das Haus] eigentlich ganz gut sein“, wenn sich die anderen BewohnerInnen nur mehr „kümmern“ würden. An dieser Stelle ging Susanne von sich aus schon auf einen weiteren Leitfadenpunkt ein, das *Zusammenleben der BewohnerInnen des WLH*. Diese Verantwortungslosigkeit der anderen BewohnerInnen, die sie als Ursache für den teilweise „chaotischen“ und „verwahrlosten“ Zustand der Räumlichkeiten sieht, ist für sie auch ein Grund dafür, dass es unter den BewohnerInnen „nicht so viel Gemeinsamkeit gibt“.³²⁶ Und noch aus einem anderen Grund, dem sie im Interview viel mehr Platz einräumte und auf den sie schon von sich aus am Anfang des Interviews zu sprechen kam, „zieht sie sich eher schnell zurück“: ganz am Anfang ihres WLH-Aufenthaltes war sie von einem Mann „angemacht“ worden. Und auch andere männliche Bewohner sind ihrer Meinung nach „ziemlich aggressiv“, so dass sie es im WLH des öfteren „mit der Angst zu tun kriegt“ und so schon an diesem Punkt im Interview ein „reines Frauenprojekt“ thematisierte, worauf wir bei der letzten Frage (*Was fehlt Dir im WLH?*) auch noch genauer zurückkamen. Melanie bewertete das Zusammenleben mit den anderen BewohnerInnen mit noch deutlicheren Worten negativ und kombinierte wie Susanne in ihrer Antwort die Leitfadenpunkte *Räumlichkeiten* und *Zusammenleben*, indem sie sagte, der enge Raum sei gerade ein Problem, weil „zu viele mit verschiedenen Störungen und Schädigungen in schwierigen Lebenslagen“ zusammenkommen würden, sich so „gegenseitig

³²⁶ Diese fehlende Gemeinsamkeit griff Susanne auch in der letzten Frage (*Was fehlt Dir im WLH?*) noch einmal auf. S.S....

belasten würden“ und dadurch das Zusammenleben „häufig nicht ganz einfach“ sei. Auch Thorsten problematisierte das Zusammenleben im WLH, im Unterschied zu Susanne und Melanie aber aus einem anderen Blickwinkel. Er macht sich weniger Sorgen um sich selbst, sondern mehr um die anderen, da er „für sich gesorgt hat“ falls ihm jemand zu nahe treten sollte. Insofern ist hier die Aussage von Thorsten, „im Zusammenwohnen mit den anderen Bewohnern gibt es öfter Reibereien“ nicht direkt zu vergleichen mit den negativen Aussagen der Obengenannten über das Zusammenleben, da diese ein direktes persönliches Problem damit haben, Thorstens Aussagen dagegen eher denen eines von diesem Problem nicht sonderlich berührten Beobachters ähneln. Festzuhalten ist dennoch, dass alle drei das Zusammenleben der BewohnerInnen des WLH als problematisch angeben, und Klaus der einzige der vier Interviewten ist, der es mit „eigentlich ganz gut“ bewertet. Betrachtet man den Interviewverlauf bei diesem Thema jedoch genauer so wird diese Aussage von Klaus m.E. relativiert, bzw. verliert ihre positive Tendenz etwas an Substanz. Zunächst antwortete Klaus auf meine Frage, wie er das Zusammenleben fände:

„Ach, das find ich eigentlich ganz gut. Man kann auch die Konflikte miteinander austragen [...] wenn was ist. Dafür haben wir ja Donnerstags und Sonntags unsere Gruppengespräche... und dann kann man darüber reden, was nicht gefällt.“

Auf meine Nachfrage, ob er dieses Angebot schon einmal in Kauf nehmen musste, verneint er hingegen mit dem Zusatz „ich bin auch eher ein ruhiger Typ“, d.h. die wirkliche Probe des Angebots *Konflikte miteinander austragen* hatte er bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht gemacht und seine Aussagen gründen eher auf einem passiven Wissen, als auf eigener Erfahrung.

Die Bewertung der Unterstützung durch die MitarbeiterInnen des WLH fällt dagegen in der Tendenz positiv aus. Mehr als diese vorsichtig formulierte Tendenz ist an Gemeinsamkeiten aber nicht zu erkennen, die Aussagen zu diesem Leitfadepunkt im einzelnen sind zu unterschiedlich, als das man sie direkt miteinander vergleichen könnte. So findet z.B. Thorsten die Unterstützung durch die MitarbeiterInnen „gut [...] *im Vergleich zur Psychiatrie*“, macht aber die Einschränkung „im WLH gibt es keine psycho-soziale Betreuung“, was im Zusammenhang mit seinen anderen Aussagen gerade zur dritten Frage als Mangel zu verstehen ist. Auch vor sein weiteres Statement über die MitarbeiterInnen, im WLH „herrscht [...] ein familiäres Klima, man kann mit den Mitarbeitern über alles mögliche reden“ setzt er ein „im Gegensatz zur Psychiatrie“. In diesem Sinne ist m.E. seine Zusammenfassung,

„Das WLH hat also nur das Eine, das Persönliche, das Verbindliche und das Freundschaftliche, aber leider kein Therapieangebot.“

auch als eine Relativierung seiner positiven Bewertung der MitarbeiterInnen anzusehen.

Ein uneingeschränkt positives Bild der MitarbeiterInnen zeichnet dagegen Melanie, indem sie sagt, diese seien „überwiegend ziemlich o.k., hilfsbereit, verständnisvoll und unterstützend“.

Insbesondere ihr Satz:

„Auch finde ich toll, dass sie sich eben zum Vorsatz gemacht haben, keine Betreuung zu bestellen, sondern eher zu verhüten, und bestehende Betreuung aufbrechen wollen, indem sie versuchen, die Menschen in Not aufzufangen – zu stabilisieren, und als Brücke in ein eigenständiges, autonomes, menschenwürdiges, wiederintegriertes Leben in ‚Staat und Gesellschaft‘ zu motivieren, aufzubauen und hinzuführen!“

stellt ein großes, uneingeschränktes Lob gemessen an der Konzeption und den Ansprüchen des WLH für die MitarbeiterInnen des WLH dar.

Auch Klaus hat nur Positives über die MitarbeiterInnen zu berichten und bewertet ihre Unterstützung mit „gut“. Genauso wie das Lob von Melanie lassen seine Aussagen die MitarbeiterInnen des WLH in einem sehr guten Licht dastehen:

„Also man kann jederzeit hingehen, wenn es einem schlecht geht, und die sind dann voll dabei.“

Nur Susanne stellt ihr Verhältnis zu den MitarbeiterInnen zunächst etwas problematisch dar. Es falle ihr schwer, ihr Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen, da diese immer sehr beschäftigt seien. Diesem ersten eher negativen Statement folgten jedoch keine weiteren, im Gegenteil, im Laufe des Interviews wurde es mehr und mehr durch positive Aussagen relativiert. So findet sie die Unterstützung der MitarbeiterInnen „eigentlich gut“, wenn sie es schafft „sich aufzuraffen und mit ihnen zu sprechen“. Susanne: „[...] dann geht es eigentlich besser“. Insbesondere auch eine Aussage, die sie im Zusammenhang mit vorigen Krisensituationen und schlechten Psychiatrieerfahrungen macht, lässt m.E. auf ein gutes Vertrauensverhältnis zu den MitarbeiterInnen schließen: „Und hier..., hier sind halt die MA, und wenn es dann gar nicht mehr geht, dann kann ich mit denen sprechen.“

Des weiteren findet sie die Einstellung der MitarbeiterInnen zum „Neuroleptikaproblem“ „beruhigend“.³²⁷ Auf spezielle Vertrauensverhältnisse zu MitarbeiterInnen angesprochen sagt sie schließlich über eine Praktikantin, diese sei „sehr nett“ und über eine Mitarbeiterin, diese sei „in Ordnung“. Sehr bemerkenswert im Zusammenhang mit der Bewertung der angesprochenen

³²⁷ Hierauf werde ich weiter unten noch ausführlicher eingehen.

Praktikantin finde ich, dass Susanne an diesem Punkt als einzige aller vier Interviewten die *Psychiatriebetroffenheit* einzelner im WLH arbeitender Personen im Interview anspricht.

Als nächstes dokumentiere ich die Antworten auf die dritte offene Frage (*Was fehlt Dir im WLH?*), zu der ich keinen Leitfaden entworfen hatte, sowie weitere Antworten, die sich nicht nach einem der Leitfadepunkte richteten.

Auf die dritte Frage gab es bis auf zwei vergleichbare Aussagen völlig unterschiedliche Antworten. Antworten, die ich meinen Vorannahmen nach vermutet hätte, aber auch viele Antworten, die für mich sehr überraschend waren. Die zwei vergleichbaren Aussagen betreffen den von Susanne und von Klaus geäußerten Wunsch nach „Kontakt nach draußen“, wie Klaus es sagt. Bei Klaus fand ich hierbei beeindruckend, dass er mir sehr eindeutig und klar auf meine Nachfrage, ob er denn glaube, dass ihm die MitarbeiterInnen dabei helfen könnten, sagte, dies müsse schon von ihm selbst kommen (*„Ich muss vor allen Dingen [...], ich selbst muss die Initiative ergreifen und was machen.“*). Besonders deutlich wird hier das strukturelle Problem, dass es nicht in der Macht der MitarbeiterInnen steht, den BewohnerInnen freundschaftliche Kontakte zu vermitteln, da die soziale Isolation nicht zuletzt auf die erfahrene Stigmatisierung zurückzuführen ist.³²⁸

An Susannes Äußerungen in diesem Zusammenhang überraschte mich dagegen ihre Abneigung nicht nur gegenüber den anderen BewohnerInnen des WLH sondern gegenüber Psychiatriebetroffenen im allgemeinen.

Abneigungsbekundigungen der BewohnerInnen untereinander waren für mich aufgrund meiner Praktikumerfahrung nichts neues, basierten in der Regel aber immer auf persönlichen

³²⁸ Durch Susannes Äußerungen wurde dies ebenfalls überdeutlich: „... Freundschaften sind verloren gegangen.“

Antipathien und richteten sich niemals generell gegen *die Psychiatriebetroffenen*. D.h. Susannes Wunsch nach „Kontakt nach draußen“ ist bei ihr gleichzeitig auch der Wunsch nach *Kontakt zu Nichtbetroffenen*, während Klaus dies allgemeiner stehen lässt.³²⁹

Alle anderen Antworten auf die dritte Frage sind aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit nur einzeln aufzuzählen und auszuwerten. Der Wunsch von Susanne z.B. nach einem WLH nur für Frauen verweist auf ein offensichtliches Problem, welches mir auch während meines Praktikums häufig begegnet ist. Angesichts der häufigen geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen von psychiatriebetroffenen Frauen wäre m.E. ein solches Angebot schon lange dringend erforderlich. Denn auch Susannes Aussagen bestätigen, dass bestehende reine Angebote für Frauen in der Regel nicht für die Problematik von Psychiatriebetroffenen eingerichtet sind.³³⁰

Klaus Wunsch nach „mehr Freizeitangebot“ im WLH ist recht widersprüchlich. Auf der einen Seite äußert er diesen Wunsch, auf der anderen Seite sagt er aber über bestehende Freizeitangebote: „...die mach' ich nicht so gerne mit, also für mich reicht das eigentlich.“ Auf den Widerspruch angesprochen zog er sich allerdings von diesem Thema zurück mit dem Verweis auf seine erst kurze Aufenthaltsdauer.

Melanie führt eine recht große Anzahl von Dingen auf, an denen es im WLH fehlt. Überraschenderweise ist sie die einzige, die hierbei ganz konkrete Forderungen stellt: „eine bessere materielle Ausstattung“, „generell bessere Unterstützung und Akzeptanz des Vereins“ sowie „die Eröffnung weiterer Häuser“. In diesem Zusammenhang erscheint mir auch ihre Forderung nach „mehr Kontakte zu Anwälten und ambulanten Psychologen“ sehr

³²⁹ Leider habe ich versäumt, Klaus an dieser Stelle des Interviews zu fragen, ob er sich diese gewünschten Kontakte auch mit BewohnerInnen aus dem Haus vorstellen könnte...

³³⁰ Sie nennt das Beispiel des Frauen-Krisentelefon: „...die sind letztendlich auch überfordert, weil die keine Erfahrung haben so mit diesen Sachen.“

schlüssig. Was sie aber genau unter „Tutoren und Coachs“ versteht, zu denen sie auch „mehr Kontakte“ fordert, hätte ich nachfragen sollen. Es wäre sehr interessant gewesen, für wen diese tätig werden sollten, für die BewohnerInnen oder die MitarbeiterInnen. Besonders bemerkenswert ist m.E. schließlich ihr Wunsch nach einem „anonymen Unterschlupf“! Dieser Wunsch berührt Grundsätzliches dieser Arbeit, so dass ich hierauf später auch noch einmal genauer eingehen werde.

Des weiteren möchte ich die in meinem Leitfaden nicht vorgesehene Problematik des Absetzens von Psychopharmaka, die Susanne in ihrem Interview thematisiert hat, besonders hervorheben. M.E. demonstriert sie mit ihren diesbezüglichen Aussagen ein recht widersprüchliches und ambivalentes Verhältnis. Zum einen beschreibt sie die Möglichkeit Neuroleptika abzusetzen als eine ihrer wichtigsten Motivationen, das WLH aufzusuchen. Im einzelnen kritisiert sie, es sei mit Neuroleptika „schwer irgendwelche Vorstellungen zu entwickeln“, an einer weiteren Stelle, sie hätte „die Nebenwirkungen nicht mehr ausgehalten“. Zum anderen sagt sie aber an einer späteren Stelle des Interviews,

„...durch das Absetzen der Neuroleptika hat sich irgendwie eine riesengroße Einsamkeit breit gemacht, ja, und viele Ängste, es ist alles viel schlimmer geworden, als es vorher war.“,

und weiter sogar, sie habe „den Eindruck, das war ein Fehler, das einfach abzusetzen“.

Am Schluss des Interviews resümiert sie jedoch abermals: „die Möglichkeit ohne Neuroleptika zu leben [...] das schätze ich schon sehr“.

Diese Widersprüchlichkeit ist aber wohl nicht ganz eindeutig ist, wie sich bei der Vorstellung meiner Interviews am 30.10.2001 in Rolf Schwendters „Studiengruppe für psycho-soziale Problemstellungen“ des *Offenen Wohnzimmers Kassel*

herausstellte. Dort meinten einige SeminarteilnehmerInnen, Susannes Verhältnis zum Absetzen der Neuroleptika könne man nicht als Widersprüchlichkeit interpretieren, sondern als Abbild der Schwierigkeiten, die ein solches Absetzen mit sich bringen kann. Am meisten überrascht wurde ich jedoch von Thorstens Antwort auf die dritte Frage:

Es fehle „eine tägliche Gruppentherapie mit geschulten Psychologen für gruppodynamische Prozesse“. Diese Aussage überraschte mich so sehr, da ein solches Angebot doch, wie in Kapitel drei beschrieben, explizit aus politischen Gründen durch die Konzeption des WLH ausgeschlossen wird. Einzig eine Unterstützung zur Findung einer Therapie *außerhalb* des WLH, wenn die jeweilige Person dies ausdrücklich wünscht, wird im WLH angeboten. Bemerkenswert finde ich in diesem Zusammenhang auch die Verwendung solch psychologischer Fachbegriffe wie „*gruppodynamische Prozesse*“.

Unter dem Strich ist festzuhalten, dass in diesen exemplarischen Interviews mit Hilfe der *offenen Struktur der Fragen* und der *geringen Vorstrukturierung des Leitfadens* Ergebnisse zu Tage kommen konnten, die mit einem *stark vorstrukturierten Fragebogen mit fest vorgegebenen Antwortmöglichkeiten* nicht möglich gewesen wären. Zunächst sind hierbei die beschriebenen Ambivalenzen oder Widersprüche in den Antworten zu nennen. Es ist beispielsweise fraglich, ob Susannes komplexe Haltung zum Absetzen von Neuroleptika deutlich geworden wäre, nehmen wir einmal an mit der Frage: „*War für dich die Möglichkeit Psychopharmaka im WLH abzusetzen wichtig? JA oder NEIN (zutreffendes bitte ankreuzen)*“, oder mit einer ähnlichen Frage mit vorgegebenen Antworten zum Ankreuzen.

Des weitern auch sind die ständigen Relativierungen der Antworten im Verlauf der Interviews zu nennen, wenn, z.B. wie bei Susannes und Thorstens Bewertung der MitarbeiterInnen

geschehen, eine Sache im allgemeinen zuerst eine negative Tendenz erhält, im besonderen aber dann doch recht positiv dargestellt wird (oder umgekehrt). Ich denke diese Antworten wären typische Beispiele für die häufig gegebenen Antworten im mittleren Bereich einer Zahlenskala gewesen, bei dem Typus Fragen, bei dem die befragte Person auf einer Zahlenskala von 1 bis ... (*eine Zahl*) ihre Zufriedenheit mit einer gewissen Sache ausdrücken soll. Beispiele also für die Art *Mittelwertergebnisse*, die nicht wirklich aufschlussreich für eine Auswertung sind, da man eben nicht weiß, ob sich hinter ihnen eine wirklich *neutrale* Haltung versteckt, oder ob sie nur den Durchschnitt eines *Hin- und -herschwankens zwischen zwei Extremen* darstellen.

Schließlich hat diese Umfragemethode, z.B. im Vergleich zur beschriebenen Fragebogenaktion des WLH-Teams, den Vorteil, dass Probleme, die durch die strukturelle Grenzen des Angebots des WLH dort nicht gelöst werden können, aber im täglichen Zusammenleben der BewohnerInnen und in der täglichen Arbeit der MitarbeiterInnen eine Rolle spielen, dennoch thematisiert werden können. D.h. alle Probleme, die auf den gesellschaftspolitischen Kontext des WLH verweisen: Wenn Susanne und Klaus z.B. persönliche Kontakte außerhalb des WLH, im Falle Susannes sogar nur mit Nichtbetroffenen, vermissen, dann ist dies kein Problem, das von den MitarbeiterInnen des WLH oder durch dessen Struktur gelöst werden könnte. Es verweist m.E. vielmehr auf den gesellschaftlichen Kontext, in dem Psychatriebetroffene stigmatisiert und sozial isoliert werden. Selbst nicht betroffene, gute Freunde verlieren nach einer gewissen Zeit das Interesse am Kontakt mit ihnen, weil ein solcher Kontakt sie u. U. verunsichert und im täglichen Funktionieren einschränkt.³³¹

Als ‚Paradebeispiel‘ von Forderungen, die im WLH nicht verwirklicht werden können, möchte ich Melanies Wunsch nach einem „anonymen Unterschlupf“ hervorheben. Ein solcher Wunsch wird sicherlich im gesamten WLH-Team auf größtes Verständnis stoßen und auch möglicherweise zu der einen oder anderen Diskussion anregen. Berührt er doch zentrale Fragen aus der Entstehungsgeschichte des WLH, wie in Kapitel zwei dokumentiert: geht man auf den Kompromiss der personenbezogenen Tagessatzfinanzierung ein und nimmt so Abstriche beim Schutz der Anonymität der BewohnerInnen in Kauf, oder besteht man auf einer nicht –personenbezogenen Pauschalfinanzierung, um sich und damit den BewohnerInnen so wenig wie möglich in die Karten schauen zu lassen? In der Auswertung eines Fragebogens zur KlientInnenzufriedenheit des WLH jedoch kann ein solcher Wunsch kaum Beachtung finden, da er den gegenwärtigen Finanzierungstendenzen diametral entgegen läuft. Diese gehen eindeutig in Richtung Einsparungsmaßnahmen und in Richtung stärkerer Kontrolle der Einrichtungen mit höheren Transparenzanforderungen von Seiten der Geldgeber³³².

D.h. wir sind an dieser Stelle an dem zweiten wichtigen strukturellen Unterschied zwischen der von mir vorgenommenen *offenen, externen* Befragung und dem vom WLH-Team gestalteten *internen* Fragebogen angekommen: Eine *einrichtungsinterne Umfrage zur KlientInnenzufriedenheit* ist selbstverständlich zweckgebunden. Zentrale Aufgabe einer solchen Umfrage ist die Präsentation der Ergebnisse in den entsprechenden Gremien, um für die Einrichtung vorteilhafte Argumente bei der Vergabe von Zuwendungen, bzw. wichtiger, bei der Abwendung von Kürzungsmaßnahmen an der Hand zu haben. Angesichts dieser strategischen Komponente wäre es z. B.

³³¹ s. a. Kapitel 2.4

³³² wie schon in Kapitel 4.3 beschrieben

unklug, ein Ergebnis wie die Kritik von Melanie, die BewohnerInnen würden sich „gegenseitig belasten“ aufgrund ihrer „verschiedenen Störungen und Schädigungen“, breit herauszustreichen³³³, da dies eine recht grundlegende Kritik an der Idee des WLH darstellt, welche besagt, die BewohnerInnen sollten gerade auch mit Hilfe ihrer jeweiligen Psychiatrieerfahrungen in einer Hausgemeinschaft voneinander lernen.

Man könnte es also auch als Nachteil der offenen Umfragemethode ansehen, dass diese nicht unbedingt als Argumentationshilfe für beschriebene Gremiensitzungen taugt. Abgesehen von dieser Funktion könnten solcherart Umfragen m.E. aber einerseits den BewohnerInnen wichtige Hinweise darauf geben, ob das Angebot des WLH ihren Erwartungen entspricht bzw. darauf, was überhaupt genau ihre Erwartungen von einer solchen Einrichtung sind; zum anderen könnten sie den MitarbeiterInnen wichtige Hinweise darauf liefern, ob die in der Konzeption angebotenen Leistungen die BewohnerInnen wirklich erreichen, bzw. ob die dort angebotenen Problemlösungen den aktuellen Bedürfnissen der im WLH Unterstützung suchenden Psychiatriebetroffenen noch entsprechen.

Fazit

Im Laufe der Arbeit - insbesondere durch die Auswertung der exemplarischen Interviews - wurde meine Anfangsthese, dass die Situation der BewohnerInnen des WLH nur im allgemeinen Kontext der Situation Psychiatriebetroffener zu betrachten ist, verstärkt. Sowohl Susannes Beschreibung ihrer leidvollen Psychiatrieerfahrungen als auch Melanies Klagen über ihre Situation des Bedrohtseins vor Psychiatisierung bestätigten die

³³³ Auch hier ist es allerdings fraglich, ob ein solches Ergebnis in der aktuellen Version des WLH-Fragebogens überhaupt herausgekommen wäre. Die einzige Frage direkt zum Zusammenleben mit

enorme Bedeutung der Psychiatrievorgeschichten der einzelnen BewohnerInnen für ihre Situation innerhalb des WLH. Wünsche nach mehr Kontakt zu Nicht-Betroffenen und die Durchbrechung der Isolation oder das Bedürfnis nach einem anonymen Unterschlupf verweisen auf konkrete Probleme der BewohnerInnen, die innerhalb der Struktur des WLH kaum angegangen werden können und dessen Grenzen aufzeigen. Auf der anderen Seite gab es aber auch Hinweise auf konkrete Probleme innerhalb des Hauses, die entweder als direkte Anregung für die Arbeit des WLH-Teams dienen können oder im realistischen Rahmen von Verbesserungsforderungen gegenüber den Geldgebern liegen: Äußerungen über mangelnde Gemeinsamkeit und mangelnde Solidarität der BewohnerInnen untereinander könnten z.B. als Anregung für konzeptionelle Diskussionen auf Fortbildungen des Teams oder auf Vereinssitzungen des Trägervereins VSpG aufgegriffen werden. Das häufig genannte Problem der Enge der Räumlichkeiten und des Mangels an Privatsphäre dagegen steht m.E. im klaren Zusammenhang mit der permanenten Finanznot des WLH. Hier könnte eine Reduzierung der unseligen Auslastungsanforderung der Senatsverwaltung von 80 % Belegung einiges bewirken. Dies würde den Druck auf das WLH-Team verringern, das Haus voll belegen zu müssen, um die Finanzierung abzusichern. Des weiteren würde es die Möglichkeit eröffnen, in Zeiten vieler akuter, die Stimmung des Hauses stark beeinträchtigender Krisenzustände einzelner BewohnerInnen, flexibel zu reagieren und die Belegung des Hauses gering zu halten. Auch die Scheu von Susanne, auf die MitarbeiterInnen zuzugehen, da diese ständig so beschäftigt seien, könnte darauf hindeuten, dass das WLH die Mittel für mehr Einstellungen von MitarbeiterInnen bräuchte.

den anderen BewohnerInnen bezieht sich dort nur auf die Unterstützung der MitarbeiterInnen hierbei. Ansonsten bliebe höchstens noch eine Frage nach der Zufriedenheit mit der Privatsphäre.

Susannes Forderung nach einem Frauen-Weglaufhaus könnte aufgegriffen werden, um in Zusammenarbeit mit Berliner Fraueneinrichtungen, die alle nicht auf Kriseninterventionen eingerichtet sind, die Realisierung eines solchen Projekts durchzusetzen.

Natürlich ist es wichtig, den exemplarischen Charakters meiner Untersuchung zu beachten. Sicherlich wäre es wünschenswert gewesen, einige BewohnerInnen mehr zu interviewen und insbesondere die gemachten Interviews nach einiger Zeit zu wiederholen im Sinne der von Flick beschriebenen *Zirkularität*. Wichtiger als dieser Vorbehalt ist aber m.E. die grundsätzliche Erkenntnis, dass die für die Interviews gewählte Methode der *offenen* und *wenig vorstrukturierten* Fragen sowie der *Parteilichkeit*, relevante Probleme und wichtige Widersprüche zu Tage gebracht hat, die mit den verglichenen Methoden so nicht hätten herauskommen können. Aus diesem Grund ist ein wichtiges Fazit, dass diese Methode m.E. eine adäquate Möglichkeit zur Bewertung der Situation der BewohnerInnen des WLH darstellt.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass die vom WLH-Team gewählte Umfragemethode abzulehnen ist. Diese *ergebnisorientierte* Methode kann eine wichtige strategische Rolle als Argumentationshilfe in Verhandlungen mit den Geldgebern spielen. Z.B. als Abwehr der beschriebenen *Qualitätssicherungsmaßnahmen*, die den internen Qualitätskriterien des WLH widersprechen.³³⁴

Problematisch an meiner Untersuchung ist höchstens ihre Durchführung aus einem rein studentischen Kontext. Politisch wünschenswerter und sinnvoller wäre natürlich eine solche Aktion

³³⁴ Von möglichen Evaluationen, die im Zusammenhang mit der erläuterten Qualitätsdebatte stehen, können sich die BewohnerInnen des WLH wie beschrieben nichts erwarten.

aus Reihen einer Betroffenenbewegung als Mittel im Kampf gegen das Zwangssystem Psychiatrie und die menschenverachtenden gesellschaftlichen Zustände, die zu Psychiatisierungen führen und andererseits für mehr Möglichkeiten der Selbstorganisation von Betroffenen.

In diesem Zusammenhang ist m.E. auch die Forderung von Melanie nach Ausweitung von Angeboten wie dem WLH zweischneidig.

Letztendlich ist das WLH auch eine soziale Einrichtung, die den staatlichen Auftrag hat, Menschen in Krisensituationen ein „Leben in der Gemeinschaft“ wieder zu ermöglichen: in der „Gemeinschaft“, aus der sie aufgrund mangelnder Funktionstüchtigkeit oder nicht akzeptierten Verhaltens ausgeschlossen wurden (und einige vielleicht für immer ausgeschlossen sind). So wirken die diversen gesellschaftlichen Zwänge, wie Arbeitszwang, Zwang zu „normalem Verhalten“ oder Zwang eine Wohnung zu besitzen, zwar abgeschwächt, aber doch noch sehr deutlich auf die Arbeit des WLH.

Grundsätzlich ist das Problem nicht, dass es zu wenige Weglaufhäuser gibt, vielmehr ist das Problem die Zwangpsychiatrie und die gesellschaftliche Logik, nach der nicht Funktionierende in Totale Institutionen abgeschoben werden. Auf der anderen Seite steht das WLH mit seiner Konzeption alleine da, was zur Folge hat, dass Umgehensweisen und Selbstverständnisse, die im WLH als Fortschritt angesehen werden, in der sonstigen Realität Psychiatriebetroffener und Wohnungsloser keine Entsprechungen finden.³³⁵ So gesehen wären weitere Angebote an Einrichtungen mit antipsychiatrischer Ausrichtung dringend notwendig.

³³⁵ Ganz besonders offensichtlich wird dies, wenn BewohnerInnen kurz vor dem Umzug in eine weniger betreute Einrichtung oder in eine eigene Wohnung stehen. Dann müssen sie unter Umständen darauf hingewiesen werden, dass Verhaltensweisen, die im WLH noch mitgetragen werden, woanders nicht akzeptiert werden, und dass bestimmte Abläufe des täglichen Lebens bei ihnen wieder funktionieren sollten.

Dieser Widerspruch ist m.E. momentan nicht aufzulösen.
Da Psychiatriebetroffene aber gezwungen sind, mit ihrer Situation unmittelbar umzugehen und das WLH für einige eine realistische Alternative zur nicht gewünschten psychiatrischen Behandlung darstellt, bedeutet für sie das WLH pragmatisch gesehen eine wichtige Verbesserung ihrer Situation.

LITERATURVERZEICHNIS

- Alquati, Romano 1971: „*Klassenanalyse als Klassenkampf*“; München
- Arbeiteruntersuchungen 1974: „*Arbeiteruntersuchungen*“; Berlin
- Arnold, Ulli und Maelicke, Bernd 1998: „*Lehrbuch der Sozialwirtschaft*“; Nomos Verlag, Baden-Baden
- Basaglia, Franco 1971: „*Die negierte Institution*“; Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main; 3. Auflage 1980
- Basaglia-Ongaro, Franca 1974; in Basaglia, Franco: „*Was ist Psychiatrie*“; Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main; 2. Auflage 1981
- Bateson, Gregory; Jackson, Don u.a. 1974; in Habermas, Jürgen (Hg.): „*Schizophrenie und Familie*“; Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Bräunling, Stefan; Balz, Viola und v. Trotha, Thilo 2001: „*Freie Sicht auf mich selbst! Die Praxis im Berliner Weglaufhaus*“; in Zeitschrift für systemische Therapie; Heft 4 / 2001
- Brodt, Gerhard; Damolin, Mario und Willet, Robert 1978; in Guattari, Felix: „*Wunsch und Revolution*“; Verlag Das Wunderhorn, Heidelberg
- Bruckmann, Ludger 1983: „*Das Ver-rücktenhaus – Ein Traum III*“; in Die Irrenoffensive - Zeitschrift von Ver-rückten gegen Psychiatrie, Heft 1983
- Brückner, Burkhard 1998; in Kempker, Kerstin (Hg.): „*Flucht in die Wirklichkeit*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin
- Brülle, Heiner; Reis, Claus und Reis, Hans-Christoph 1996: „*Public Management – auf dem Weg zur postbürokratischen Verwaltung?*“; Nachrichtendienst des

- deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 6 / 1996
- Bundessozialhilfegesetz; Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge; 25. Aufl. 1996
 - Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. 1995: „*Umfrage zur Qualität psychiatrischer Versorgung*“; in Sozialpsychiatrische Informationen; Heft 4 / 1995
 - Castel, Robert 1980; in Basaglia, Franco u.a.: „*Befriedungsverbrechen*“; Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main
 - Engel, Matthias; Flösser, Gaby und Gensink, Gesine 1996; in Heiner, Maja (Hg.): „*Qualitätsentwicklung durch Evaluation*“; Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
 - Flick, Uwe 1995: „*Qualitative Forschung*“; Rowohlt-Verlag, Hamburg; 2. Auflage 1996
 - Foucault, Michel 1969: „*Wahnsinn und Gesellschaft*“; Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main; 8. Auflage 1989
 - Früchtel, Frank 1995: „*Evaluierung in der sozialen Praxis*“; Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
 - Goffman, Erving 1972: „*Asyle*“; Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main; 1. Auflage 1973
 - Goffman, Erving 1980; in Basaglia, Franco u.a.: „*Befriedungsverbrechen*“; Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main
 - Grunow, Dieter 1996: „*Effizienz und Effektivität in der Sozialpolitik*“, Zeitschrift für Sozialreform Heft 11,12 / 1996
 - Hauer, Dirk 1999: „*Das Sozialamt als Profit-Center*“, <http://www.labour-net.de> (unter dem Stichwort „Arbeitslosigkeit“); letzter Zugriff: 03.2000
 - Heiner, Maja 1996a); in Merchel, Joachim (Hg.)1996: „*Neue Steuerung: Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Kommunalverwaltung*“; Votum Verlag, Münster

- Heiner, Maja 1996b): „*Qualitätsentwicklung durch Evaluation*“; Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Hölling, Iris 1998; in Kempker, Kerstin (Hg.): „*Flucht in die Wirklichkeit*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Hölling, Iris 2000; Interview von Tibor Baranyi mit der Qualitätsbeauftragten des „*Weglaufhaus Villa Stöckle*“ Iris Hölling vom 29.08.2000 in Berlin
- IQ-Control: „*EFQM-Modell für Excellence*“; <http://www.iq-control.de>; letzter Zugriff: 08.2000
- Kempker, Kerstin 1998: „*Flucht in die Wirklichkeit*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Kempker, Kerstin und Lehmann, Peter 1993: „*Statt Psychiatrie*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Kommission 93 2000; Beschluss 8 / 2000: „*Einrichtungsspezifische Kriterien für Leistungsvereinbarungen gem. §93 d Abs. 2 BSHG*“; Berlin, 09.05.2000
- Konzeption des „*Weglaufhaus Villa Stöckle*“ Berlin 1997
- Konzeption des „*Weglaufhaus Villa Stöckle*“ Berlin 2001
- Kramer, Dorit; Kramer, Helmut; Lehmann, Silvio 1979; in Horn, Klaus (Hg.): „*Aktionsforschung: Balanceakt ohne Netz?*“; Syndikat, Frankfurt am Main
- Lamnek, Siegfried 1989: „*Qualitative Sozialforschung – Band 2*“; Psychologie Verlags Union, München
- Lehmann, Peter 1998; in Kempker, Kerstin (Hg.): „*Flucht in die Wirklichkeit*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Merchel, Joachim (Hg.)1996: „*Neue Steuerung: Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Kommunalverwaltung*“; Votum Verlag, Münster
- Möller, Michael 1997; in Uhlendorf, Uwe und Zimmer Annette (Hg.) 1997: „*Public/Private-Partnership*“; Gesamthochschulbibliothek, Kassel

- Mosher, Loren 1994: „Dabeisein: Manual zur Praxis in der Soteria“; Psychiatrie Verlag, Bonn
- Oess, Attila 1994; in Stauss, Bernd (Hg.) 1994: „*Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Von DIN ISO 9000 zum TQM*“; Gabler Verlag, Wiesbaden; Nachdruck 1995
- Pietsch, Hannelore 1983: „*Das Ver-rücktenhaus – Ein Traum I*“; in Die Irrenoffensive - Zeitschrift von Ver-rückten gegen Psychiatrie, Heft 1983
- Prasse, Jutta 1976; in Deleuze, Gilles; Guattari, Felix u.a.: „*Antipsychiatrie und Wunschökonomie*“; Merve-Verlag, Berlin
- Sondermann, Jochen P. 1994; in Stauss, Bernd (Hg.) 1994: „*Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Von DIN ISO 9000 zum TQM*“; Gabler Verlag, Wiesbaden; Nachdruck 1995
- Stauss, Bernd (Hg.) 1994: „*Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Von DIN ISO 9000 zum TQM*“; Gabler Verlag, Wiesbaden; Nachdruck 1995
- Stöckle, Tina 1983a): „*Die Irren-Offensive*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin; Nachdruck 2000
- Stöckle, Tina 1983b): „*Das Ver-rücktenhaus – Ein Traum II*“; in Die Irrenoffensive - Zeitschrift von Ver-rückten gegen Psychiatrie, Heft 1983
- Szasz, Thomas 1975: „*Psychiatrie – Die verschleierte Macht*“; Walter-Verlag, Olten
- Szasz, Thomas 1978: „*Recht, Freiheit und Psychiatrie*“; Europa-Verlag, Wien
- v.Trotha, Thilo 2000; Interview von Tibor Baranyi mit dem Qualitätsbeauftragten des „*Weglaufhaus Villa Stöckle*“ Thilo v. Trotha vom 29.08.2000 in Berlin
- Wehde, Uta 1991: „*Das Weglaufhaus*“; Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin

- Sowie Interviews mit den WeglaufhausbewohnerInnen
Thorsten, Susanne, Melanie und Klaus (Namen geändert)
vom 26.03.2001 und 20.05.2001 in Berlin

Diese Arbeit habe ich selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt.

Kassel, den 16.12.2001

Tibor Baranyi