

Svenja Schank
Matrikel-Nummer: 31111

Ausgewählte Konzepte der Sozialen Arbeit mit psychisch Kranken alternativ zum psychiatrischen System

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades
einer Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin
an der
Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“

eingereicht im Sommersemester 2005
am 26.04.2005

Projektseminar: Kreative Methoden der Psychotherapie
in der sozialarbeiterischen Praxis

Erstgutachter: Prof. Dr. Lutz von Werder

Zweitgutachterin: Dr. Barbara Schulte-Steinicke

1. Sozialarbeit statt Medizin?.....	1
2. Das psychiatrische System.....	2
2.1. Ursprung und Funktion der Psychiatrie.....	4
2.2. Klinik	7
2.2.1. Unterbringung.....	9
2.3. Sozialpsychiatrischer Dienst.....	11
2.4. Soteria	12
2.4.1. Soteria California.....	13
2.4.1.1. Phänomenologie	14
2.4.1.2. Die Wohngemeinschaft des Soteria House in Kalifornien..	15
2.4.2. Soteria Bern	18
2.4.3. Stationssoteria Gütersloh	23
2.5. Therapeutische Wohngemeinschaften.....	26
2.5.1. Rechtliche Grundlagen	27
2.6. Betreuungsrecht	28
2.6.1. Betreuung.....	29
2.6.2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz	32
2.7. Psychiatriebetroffene brauchen Alternativen	33
3. Antipsychiatrie.....	34

4. Alternative Konzepte	37
4.1. Weglaufhäuser	37
4.1.1. Weglaufhäuser in den Niederlanden.....	38
4.1.2. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin	40
4.1.2.1. Mitarbeiter	42
4.1.2.2. Konzeption.....	43
4.1.3. Das Weglaufhaus Saar.....	45
4.2. KommRum Kommunikations-Zentrum e.V. in Berlin.....	47
4.2.1 Entstehung	48
4.2.2 Kontakt- und Beratungsstellen	49
4.2.3. Therapeutisch Betreutes Wohnen.....	50
5 . Selbsthilfe und Selbstorganisation.....	53
5.1. Psychoseseminare	55
5.2. Das Werner-Fuß-Zentrum	57
5.3. Vorausverfügungen	59
5.3.1. Die Vorsorgevollmacht der Initiative Selbstbestimmung	60
6. Alternative sozialarbeiterische Hilfen fehlen.....	62
Anhang	
Literatur	63
Erklärung	74

1. Sozialarbeit statt Medizin?

Da ich in dieser Arbeit Konzepte vorstellen möchte, die ich – das eine mehr, das andere weniger – als Alternativen zum psychiatrischen System sehe, werde ich zunächst beschreiben, was unter diesem System zu verstehen ist und warum Alternativen von Nöten sind. Danach werde ich die Grundhaltungen der Antipsychiatrie erläutern, unter anderem aus dieser Bewegung sind schließlich die Alternativen entstanden.

Die ausgewählten Konzepte der Sozialen Arbeit, Weglaufhäuser, der Verein KommRum in Berlin, Psychoseseminare und das Selbsthilfeprojekt des Werner-Fuß-Zentrums werde ich aufbauend auf den vorhergehenden Kapiteln beschreiben und diskutieren.

Es geht um die Frage, ob so genannte psychisch kranke Menschen außerhalb des psychiatrischen Systems durch sozialarbeiterische Hilfe dazu befähigt werden können, wieder selbstverantwortlich zu leben. – Also um die Frage nach der Möglichkeit von Sozialarbeit statt Medizin.

Der Einfachheit halber bzw. zugunsten der flüssigen Lesbarkeit dieser Arbeit, wird darauf verzichtet, die männliche und weibliche Form nebeneinander zu erwähnen. Mit „Sozialarbeiter“ meine ich natürlich auch die Sozialarbeiterinnen und wenn der „Psychiater“ erwähnt wird, ist auch die Psychiaterin gemeint.

Die Bezeichnung einer Personengruppe als „psychisch krank“ im Titel habe ich deshalb gewählt, weil diese allgemein üblich und somit für jeden verständlich ist. In Gesetzestexten beispielsweise wird die Zielgruppe durch Verwendung dieses Begriffs von anderen abgegrenzt.

Da es in der Arbeit auch darum geht, ob es sich bei psychischen Problemen tatsächlich um eine Krankheit im pathologischen Sinne handelt, verwende ich in meinen Ausführungen gerne den Begriff „Psychiatriebetroffene“.

2. Das psychiatrische System

2.1. Ursprung und Funktion der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet der Medizin. Nach Gymnich (2000) beschäftigt sie sich insbesondere mit den Ursachen, dem Verlauf sowie der körperlichen und medikamentösen Behandlung psychiatrischer Krankheiten.

„Die Hauptaufgaben eines Psychiaters liegen in der klinischen Behandlung schwerer seelischer Störungen (Beurteilung, Diagnose, Behandlung). Mithilfe von Psychopharmaka, die ein entscheidender Fortschritt in der psychiatrischen Therapie sind, werden akute Manifestationen schizophrener, manischer oder depressiver Psychosen mit Neuroleptika und Antidepressiva erfolgreich behandelt. Hinzu kommen beratende Gespräche mit den Betroffenen.“

(Gymnich 2000, S. 89)

Psychische Probleme werden also im psychiatrischen System, sprich in Kliniken, neurologischen und psychiatrischen Arztpraxen und psychiatrisch orientierten Therapeutischen Wohngemeinschaften, als Krankheiten körperlicher Natur betrachtet.

Foucault (1968) zeigt auf, dass psychische Erkrankungen nicht aus demselben Blickwinkel heraus zu betrachten sind, wie organische Krankheiten. (Wobei Körper und Geist trotzdem eine Einheit bilden.) Die Feststellung einer psychischen Krankheit orientiert sich an gesellschaftlichen Normen. Was in einer Epoche in einem bestimmten Kulturkreis als psychisch Krank gilt, kann in einer anderen Epoche oder in einer anderen Gesellschaft als persönliche Eigenart oder gar als Anzeichen für übermenschliche Fähigkeiten gewertet werden. (vgl. Foucault 1968). Foucault (ebd.) schlägt deshalb vor, psychische Krankheit nicht anhand organischer Kategorien, sondern mit Hilfe der folgenden drei Dimensionen zu untersuchen:

- Allgemeine Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit

Die Psychologie des 19. Jh. beschrieb nach Foucault (1968) die psychischen Krankheiten als etwas Negatives, z.B. durch die Nennung von eingeschränkten Fähigkeiten oder die Aufzählung vergessener Erinnerungen bei Amnesien. Foucault macht jedoch darauf aufmerksam, dass diese „Hohlräume“ durch Ersatztätigkeiten positiv gefüllt werden. Wobei die verschwundenen Funktionen üblicherweise komplex, instabil und willensabhängig sind, die neuen Ersatzfunktionen im Vergleich hierzu jedoch eher einfach, dafür aber stabiler und unabhängiger vom Willen.

Diese veränderte Persönlichkeitsstruktur sei der Persönlichkeit einer jüngeren Altersstufe gleich, jedoch nicht als Rückentwicklung zum Kind zu interpretieren. (vgl. Foucault 1968)

- Individuelle psychologische Geschichte

Neben einer evolutionistischen hat die menschliche Psyche natürlich auch noch eine individuell-biographische Seite.

Bei dieser Dimension zur Charakterisierung von psychischen Krankheiten kommt es darauf an, die Abwehrmechanismen des Betroffenen als individuelle Fluchten zu begreifen, wobei Gefühle und Verhaltensweisen aus der Vergangenheit herauf beschworen werden, um an die Stelle der jetzigen - im Vergleich schwerer erträglichen - Situation zu treten (vgl. Foucault 1968).

- Veränderung der Wahrnehmung

Foucault (1968) nennt als zu untersuchende Ausprägungen einer aus dem Gleichgewicht geratenen Wahrnehmung Störungen in den wahrgenommenen Zeitformen, in der empfundenen räumlichen Struktur, in der erlebten gesellschaftlichen und kulturellen Umwelt sowie in der Erfahrung des eigenen Körpers.

Es gilt also zu verstehen, dass der Betreffende in ‚seiner eigenen Welt‘ lebt, sich in diese hineinzusetzen, um ihm dort herauszuholen zu können.

„Im Begreifen des kranken Bewusstseins und im Wiederherstellen seines pathologischen Universums liegen die beiden Aufgaben einer Phänomenologie der Geisteskrankheit.“

(Foucault 1968, S. 74)

Foucault (1993) versucht - im Zeitverlauf rückwärts blickend - an den „Punkt Null“ zu gelangen, vor dem noch keine Abgrenzung von Normalität und Wahnsinn durch die moderne wissenschaftliche Rationalität existierte. Das erste dramatische Ereignis dieser Abgrenzung lokalisiert er für Frankreich zeitlich in der Mitte des 17. Jahrhunderts, als die Wahnsinnigen gemeinsam mit „arbeitsscheuem Gesindel“ eingesperrt wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die Wahnsinnigen zwar an den Rand der Gesellschaft gedrängt, waren jedoch weit verbreitet (vgl. Foucault 1993). Foucault nimmt damit an, dass der Wahnsinn, wie wir ihn heute sehen, als historische universale nicht existiert. Es gab nicht schon immer Wahnsinnige im Sinne von psychischer Krankheit, diese Auffassung hat sich erst im Zeitverlauf als gesellschaftliche Meinung entwickelt, und mit ihr die unterschiedlichen Wahrnehmungsformen des Wahnsinns - bis hin zum Gegenstand der medizinischen Beforschung und Behandlung - der Pathologisierung.

Foucault (1993) zeigt, dass mittlerweile die Gesellschaft, Natur- und Sozialwissenschaftler sowie Ärzte die Definitionsmacht über den Wahnsinn besitzen.

Die Originalität von Foucaults Theorie liegt darin, dass existierender Wahnsinn nicht einfach im Rahmen einer marxistisch geprägten Analyse auf gesellschaftliche Ursachen zurück geführt wird, sondern die Bewertung bestimmter Phänomene *als* verrückt durch die Gesellschaft erzeugt wird. (vgl. Kögler 1994)

Ausgehend von der Frage, woher die Psychiatrie die Legitimation bezieht, wenn sie gewisse Menschen als geisteskrank deklariert und in ihrer Freiheit einschränkt, hat Foucault festgestellt, dass diese, lange bevor sie sich um eine wissenschaftliche Begründung bemüht hat, eine sozialpolitische Strategie gewesen ist. (vgl. Marti 1988)

Auch Jervis (1979) beschreibt, dass die Psychiatrie ursprünglich keine medizinische, sondern eine juristische Definition hatte: Innerhalb der Gesellschaft bestimmt "die Macht" über Abweichung und Normalität. "Potentiell Gefährliche" werden getrennt in Zurechnungsfähige (juristisch Verfolgbare) und Kranke.

Die Vorstellung von Verrücktheit hat sich in den 250 Jahren seit die moderne Psychiatrie existiert stetig gewandelt, angetrieben von philosophischen und politischen Erkenntnissen und Reformen. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Psychiatrie weg von einer Institution für Irre, hin zu einer für Jedermanns Krankheiten (vgl. Jervis 1979). "Die Psychiatrie hat sich zweigeteilt: in die für die subalternen Klassen, die auf dem Irrenhaus basiert, und die für die Privilegierten, die auf der Psychotherapie basiert." (Jervis 1979, S. 145) Diese beiden gehen, so Jervis, seit einigen Jahrzehnten wieder aufeinander zu.

Es gab praktische und theoretische Veränderungen in der Psychiatrie, die durch kulturelle Entwicklung, einen Wandel im bürgerlichen Selbstverständnis verursacht wurden. So zum Beispiel Veränderungen der traditionellen Vorstellungen der Rolle der Frau und später auch der Homosexualität gegenüber (vgl. Jervis 1979). Dass Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts eine Frau gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden konnte, weil sie ihre Hausarbeit nicht erledigen wollte, ist heute kaum noch vorstellbar. Homosexualität galt vor nicht allzu langer Zeit noch als eine Perversion, die behandelt werden musste und war zu dem noch strafbar. Diese Veränderungen in der Psychiatrie waren jedoch niemals revolutionär und haben im Gegenteil letztendlich nur zur Förderung sozialer Kontrolle geführt. (vgl. Jervis 1979)

Jervis bezieht sich in der Hauptsache auf die Entwicklung der Psychiatrie in Italien, diese grundsätzlichen Veränderungen gab es jedoch so auch in Deutschland (vgl. Spieker 2004). Die große Psychiatriereform in Italien fand bereits in den 1950er Jahren statt, in Deutschland gab es eine Reform in den 1970er Jahren. Am Ende der Psychiatriereform in Deutschland stand 1975 die "Psychiatrie-Enquete". Nach Spieker (2004) hat sich die Qualität psychiatrischer Versorgung dadurch nicht gebessert. Zwar seien Bettenzahlen in vielen Kliniken reduziert worden und die Qualitätssicherung im Allgemeinen überprüfbarer geworden, der durch die Enquete geprägte Begriff der "gemeindenahen Psychiatrie" berge jedoch Gefahren: Unter diesem Namen entstünden zahlreiche Heime, Kliniken, Therapieeinrichtungen privater Träger, denen es nicht um das Wohl ihrer Klienten, sondern um wirtschaftliche Interessen gehe.

Spieker (2004) kommt zu dem Schluss, die Psychiatriereform berücksichtige die Bedürfnisse der Betroffenen nicht ausreichend. Als Belege hierfür nennt sie den Einsatz von Psychopharmaka, Insulin- und Elektroschocks gegen den Willen der Betroffenen, sowie das Fehlen von Hilfen zur Selbsthilfe, empathischer Zuwendung und Ermutigung.

2.2. Klinik

Die psychiatrische Klinik ist nicht nur ein Teil, sondern das „Herzstück“ des psychiatrischen Systems. Dazu werden in der Regel auch die psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern gezählt. Charakteristisch ist die Teilung in Ambulanz, offene und geschlossene Abteilungen. Für den Aspekt der zwangsweisen Behandlung sind geschlossene Stationen natürlich von großer Bedeutung, allerdings kann auch die ambulante Versorgung oder die freiwillige Aufnahme in eine offene Station der erste Schritt dahin sein. Einerseits weil der Betroffene dadurch bei den Psychiatern bekannt ist und möglicherweise gut beobachtet wird und wenn es mit der Freiwilligkeit zu Ende geht, die zwangsweise Weiterbehandlung für nötig gehalten wird, andererseits weil der Zwang sich ja auch darin äußern kann, dass Druck auf den Betroffenen ausgeübt wird, Ängste bestehen und die Kenntnis über alternative Hilfen fehlt oder der Betroffene abhängig ist von Psychopharmaka.

Goffmann (1973) bezeichnet psychiatrische Kliniken als “totale Institutionen”.

“Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen. Die zentrale These ist, dass der wichtigste Faktor, der den Patienten prägt, nicht seine Krankheit ist, sondern die Institution, der er ausgeliefert ist.” (Goffmann 1981, S.11)

Das Verhalten der Insassen in einer totalen Institution wird kontrolliert, beurteilt und reguliert.

Spieker (2004) kommt bei der Auswertung ihres Fragebogens für ein Psychose-Seminar zu dem Schluss, dass die psychiatrische Klinik diesen Betroffenen nicht nur nicht nützt, sondern ihnen sogar schadet. “In der Psychiatrie wird jeder Insasse irgendwann ‘lammfromm’, spätestens wenn er so vollgedröhnt ist, dass er wie ein Zombie, wie ein lebender Leichnam dahinvegetiert. Ist der Insasse dann endlich, zumindest nach außen hin, um den Repressionen zu entgehen ‘krankheitseinsichtig’, dann bekommt er bestimmte Privilegien, dass er zum Beispiel außer der Drogen-’Therapie’ auch noch an einer Beschäftigungs-, Musik- oder gar Gesprächstherapie teilnehmen darf (muss). Aber Therapie für einen Menschen, der vollgeknallt ist, der das Gefühl hat, in einem kleinen inneren Gefängnis zu sitzen, kann nur negative Auswirkungen haben, denn der Mensch erfährt in dieser Situation seine eigene Unzulänglichkeit, seine Unfähigkeit, was durch diesen Drogenkonsum verursacht ist, unheimlich stark und brutal und verzweifelt noch mehr an sich selbst.” (Stöckle 2000, S.134)

2.2.1. Unterbringung

Das Festhalten eines Menschen in einer Einrichtung gegen seinen Willen wird Unterbringung genannt. Zuständig hierfür ist das Vormundschaftsgericht. Die wichtigsten Gesetze auf die sich die Gerichte bei der Genehmigung oder Anordnung einer Unterbringung berufen sind das Betreuungsrecht als Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches, das die so genannte zivilrechtliche Unterbringung zulässt und die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs) der Bundesländer, die die öffentlich-rechtliche Unterbringung regeln. Eine strafrechtliche Unterbringung nach dem Strafgesetzbuch wird angeordnet, wenn jemand erheblich straffällig wurde, als psychisch krank gilt und Wiederholungsgefahr besteht. Auf diese Fälle, die sich erheblich von den ersten beiden unterscheiden, werde ich mich im Folgenden nicht beziehen. Die Kritik an den Methoden der Unterbringung ist nicht als Kritik an der forensischen Psychiatrie zu verstehen.

Es gibt verschiedene Verfahren, nach denen eine Person gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik oder auch ein Heim eingewiesen werden kann:

- (1) Wenn nach selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten die Person von Freunden, Verwandten oder der Polizei in die Anstalt gebracht wird und der aufnehmende Psychiater Zweifel hat, ob diese freiwillig bleibt, so liegt eine akute Notsituation vor. Der Psychiater kann sie in der geschlossenen Abteilung unterbringen und sich innerhalb von 24 Stunden eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes geben lassen.

- (2) Besteht eine gesetzliche Betreuung, kann der Betreuer die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes für eine Unterbringung beantragen. Das Gericht hört den Betroffenen an, lässt ein Gutachten erstellen und gibt dann gegebenenfalls dem Betreuer die Erlaubnis zur Einweisung. Nach dem Betreuungsänderungsgesetz, das am 01.07.2005 in Kraft tritt, kann das Gericht in diesen Fällen auch auf bestehende Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zurückgreifen. (§ 68b Abs. 1a FGG nach der Änderung des Betreuungsrechtes)
- (3) Das Ordnungsamt oder der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes ist aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens der Meinung, der Betreffende sei selbst- oder fremdgefährdend. Es wird beim Vormundschaftsgericht ein Unterbringungsbeschluss beantragt. Nach einer Anhörung und einem erneuten Gutachten durch das Gericht kann das Gericht die Unterbringung anordnen. Wird nicht gleichzeitig ein Betreuer bestellt, wird das Amt mit Hilfe der Polizei die Einweisung vornehmen.

Die unter (3) beschriebenen Verfahren, in denen jeder Beteiligte zu Wort kommt, bevor der Richter eine Entscheidung trifft, kommen bei Psychiatrie-Betroffenen selten vor, eher bei der Unterbringung älterer Menschen in einem Pflegeheim. Die Unterbringung Psychiatriebetroffener findet meist unter Anwendung der ersten beiden Verfahren statt. (vgl. Winzen 1993)

2.3. Sozialpsychiatrischer Dienst

In Berlin ist der Sozialpsychiatrische Dienst eine Abteilung des Gesundheitsamtes. Es arbeiten dort multiprofessionelle Teams, bestehend aus Fachärzten, Psychologen, Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen und Verwaltungsangestellten.

Sie definieren ihre Aufgaben als Beratungs- und Betreuungsangebot für psychisch Kranke und seelisch behinderte Erwachsene, geistig behinderte Erwachsene, deren Angehörige und Personen aus ihrem sozialen Umfeld. Angeboten wird soziale, psychiatrische und psychologische Beratung, psychiatrische Diagnostik, Krisenintervention, sowie die Einleitung, Vermittlung und Koordination von psychiatrischen und psychosozialen Hilfen.

Faktisch besteht die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste aus Beratungsgesprächen, Hausbesuchen, dem fertigen angeforderter fachspezifischer Stellungnahmen und Gutachten. Dabei sind die Mitarbeiter in der Lage, Personen, bei denen sie Selbst- oder Fremdgefährdung befürchten, auch gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik einweisen zu lassen. Auch die Vermittlung von Heim- oder sonstigen Wohnplätzen kann unter Umständen gegen den Willen des Betroffenen durchgesetzt werden.

2.4. Soteria

Soteria ist in jedem Fall eine spezielle Form der Behandlung verglichen mit der klassischen Psychiatrie.

Ihre Wurzeln sind weit verzweigt, sowohl in der englischen Sozial- und Antipsychiatrie, als auch im philosophischen und soziologischen Sinndiskurs (vgl. Wollschläger 2001).

Die Idee der Soteria wird heute in vielen unterschiedlichen Konzepten umgesetzt. Wollschläger (2001) fasst sie zu drei Varianten zusammen:

1. antipsychiatrische Alternativen zur psychiatrischen Klinik in Form von Gemeinschaftshäusern, z.B. Weglaufhäuser
2. sozialpsychiatrische Wohngemeinschaften außerhalb von Kliniken, z.B. Soteria Bern
3. Behandlungsformen in psychiatrischen Kliniken, z.B. Stationssoteria Gütersloh

In diesem Kapitel wird zunächst das Konzept von Loren Mosher und sein Projekt "Soteria California" vorgestellt, auf dem alle späteren Soteria-Konzepte basieren. Als zweites erläutere ich das Konzept der "Soteria Bern" von Luc Ciompi. Beide sind oben der zweiten Variante zuzuordnen. Zum Schluss gehe ich auf die Stationsoteria Gütersloh ein. Zu Konzepten der ersten Variante, antipsychiatrischen Alternativen, komme ich unter *4.1. Weglaufhäuser*.

2.4.1. Soteria California

Erstmals praktiziert worden ist der Soteria-Ansatz in den 1970er Jahren in Kalifornien/ USA, als Gründer des Projekts gilt Loren Mosher. Dieses Soteria-Konzept war eine Alternative zu den schulpsychiatrischen Behandlungsmethoden, jedoch Teil des psychiatrischen Systems. (vgl. Wollschläger 2001)

Die Grundsätze der Soteria California waren die empathische Begleitung der Betroffenen und der weitgehende Verzicht auf Psychopharmaka. Dies wurde zunächst in zwei Einrichtungen umgesetzt, während man die Erfolge der Arbeit umfassend erforschte. Die Forschungsergebnisse zeigten, die Soteria sei der Klinikbehandlung ebenbürtig. (vgl. Mosher 2001b). Mosher ist unter Anderem beeinflusst von Goffmanns Theorie der totalen Institution, die keine gute soziale Umgebung für Menschen in Krisen schafft.

2.4.1.1. Phänomenologie

Die im Soteria-Projekt entwickelte Praxis der interpersonellen Phänomenologie sei nach Mosher (2001b) sehr hilfreich, um Menschen mit der Diagnose "Schizophrenie" zu verstehen und den Sinn ihrer Erfahrungen zu sehen. Dabei werden einzelne Phänomene individuell betrachtet und nicht durch Zuordnung einer bestimmten Theorie beurteilt. Weiter zitiert Mosher (ebd.) Boss (1978), die Schizophrenie sei ein Gradmesser für die Nützlichkeit oder Nutzlosigkeit des phänomenologischen Zugangs zu menschlichen Krankheiten – die Ursache der Schizophrenie, angeborener Stoffwechselfehler, Trauma, oder Sozialisation, sei bis heute nicht zweifelsfrei erwiesen. Dies treffe nach Mosher (ebd.) noch heute zu. Die Psychiatrie arbeite mit unbewiesenen Theorien, die verworfen und durch neue unbewiesene Theorien ersetzt werden. Und noch viel schlimmer: Es würden einige dieser Theorien nicht begraben, sondern die Psychiatriebetroffenen dazu benutzt, die Theorie auf Biegen und Brechen zu belegen, was die Ursache für viele schädliche Behandlungsmethoden wie z.B. den Einsatz von starken Neuroleptika sei. Aus diesem Grund besteht Mosher (ebd.) darauf, die interpersonelle Phänomenologie nicht als Theorie zu bezeichnen, sondern als Methode und Grundhaltung in der Praxis.

Als Voraussetzungen für die Anwendung des phänomenologischen Ansatzes nennt Mosher (2001b), niemandem zu schaden, jedem Klienten mit Respekt zu begegnen, Zuflucht, Ruhe, Unterstützung, Geborgenheit, Nahrung und Unterkunft zu sichern. Am wichtigsten sei die eigene Überzeugung, die Krise des Klienten werde überwunden.

Interpersonell sei die Phänomenologie in der Soteria, weil eine Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem aufgebaut wird, wodurch gemeinsame Erfahrungen mit der Psychose gemacht und reflektiert werden. Konkret bedeutet dies die aufmerksame Begleitung des Klienten, das Hineinversetzen und bedingungslose Annehmen der psychotischen Erfahrung als gültig und im individuellen biographischen Kontext verständlich. (vgl. Mosher 2001b)

Damit behandelt diese Methode - im Gegensatz zu psychoanalytischen, kognitiven, verhaltenstherapeutischen, neurologischen, auf Genetik oder Traumaforschung basierenden Ansätzen - die Schizophrenie auf Beziehungsebene, den Menschen als Ganzes sehend und akzeptierend.

“Können wir ohne eine Theorie leben, die unsere therapeutischen Interventionen leitet? Die empirischen Untersuchungen von Soteria California lassen uns annehmen, dass dies möglich ist.”

(Mosher 2001b, S. 18)

Er beweist also schließlich, dass die Methode der klassischen Psychiatrie, viel Zeit auf das Stellen von Diagnosen und die Zuordnung bestimmter Therapiekonzepte, überhaupt nicht nötig ist.

2.4.1.2. Die Wohngemeinschaft des Soteria House in Kalifornien

Jeweils in einem Wohnhaus lebten sechs “Psychose-Kranke” - sie wurden zur Vermeidung von Stigmatisierung Bewohner genannt - zusammen mit sechs Betreuern ohne psychiatrische Ausbildung, einem Projektleiter und einem Psychiater. (vgl. Kroll 1998) Die einzigen Verbote waren Auto- und Fremdaggression, Konsum illegaler Drogen, sowie sexuelle Beziehungen zwischen Bewohnern und Betreuern. Die Türen waren stets offen, es gab keinen vorgegebenen strukturierten Tagesablauf, bis auf gemeinsames Abendessen und Aufgaben im Haushalt. (vgl. Kroll 1998)

Dennoch wurde der Gestaltung des Alltags eine besondere Bedeutung beigemessen:

“Die alternative Wohnform von Soteria mit ihrem besonderen sozialen Umfeld und der Routine des täglichen Lebens wurde als die eigentliche Behandlung oder heilende Intervention aufgefasst.”

(Kroll 1998, S. 25)

Die Mitarbeiter waren angewiesen, “nichts zu tun, außer Schaden zu verhindern”. Sie sollten Dabeisein (“being with”) und nur in gefährlichen Situationen eingreifen (“doing to”). Sie vermieden Begriffe aus der Fachsprache, um zu zeigen, dass psychotische Erfahrungen als ungewöhnliche Seinszustände gesehen wurden, die man verstehen kann. (vgl. Mosher/ Hendrix 2002)

““Nicht-Professionelle” als Betreuerinnen haben in der Regel den Vorteil, dass sie der Betroffenen nicht mit einem vorgefassten Konzept über ihren Zustand entgegentreten. Ihrem Handeln liegen keine einschränkenden Theorien über Schizophrenie zugrunde, welche Etikettierung und Stigmatisierung kaum vermeiden lassen. Sie können eine offene und begleitende Begegnung mit Betroffenen eingehen, reagieren tendenziell freier, spontaner und authentischer auf psychotische Reaktionen.” (Spieker 2004, S.146)

Diesen Aspekt halte ich für sehr wichtig und richtig, alle psychiatriekritischen Konzepte betreffend, auch aus eigener Erfahrung. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass es auch gesellschaftlich vorgefasste Meinungen über die Zustände von Psychiatriebetroffenen und insbesondere zu dem Begriff der Schizophrenie gibt. Das bedeutet, dass die Haltung, ohne jegliche Vorurteile zu sein, um offen auf den Klienten eingehen zu können, bewusst eingenommen und ständig reflektiert werden muss. Eine gewisse Art von Professionalität, nicht psychiatrisch aber sozial, ist also möglicherweise doch von Nöten.

Schlussendlich macht sich doch jeder eine gewisse Vorstellung davon, was unter Schizophrenie zu verstehen ist, vielleicht auch gerade weil man sich einfüllen möchte. Aus dieser Sicht ist es möglicherweise besser, sich genau zu informieren, was medizinisch darunter verstanden wird, was der Ursprung dieser Bezeichnung ist und genau zu überlegen, welche Kritik man daran hat, statt unbewusst mit gesellschaftlich geprägten Vorstellungen oder auf verallgemeinerten individuellen Erfahrungen basierend zu arbeiten.

Bestimmte Merkmale, denen die Bewohner entsprechen mussten, wie z.B. Alter, Schulbildung, Familienstand, Hautfarbe und die *erstmalige* Diagnose "Schizophrenie", waren wichtig für die Gültigkeit der darauffolgenden Forschungsergebnisse. (vgl. Mosher/ Hendrix 2002)

Wehde kritisiert diese Vorgehensweise dennoch stark:

"Ohne diese Begleitforschung und die Initiierung durch PsychiaterInnen hätte die 'Fachwelt' dieses Projekt wahrscheinlich überhaupt nicht zur Kenntnis genommen. (Hier offenbart sich das Verhaftet-Sein der Soteria-AutorInnen in dehumanisierenden Denkansätzen und Forschungsmethoden: Betroffene konnten nicht aufgrund ihrer eigenen Entscheidung ins Soteria-Haus kommen; PsychiaterInnen wählten aus, wer aufgenommen wird; die persönliche Entwicklung und das individuelle Wohlbefinden einer Gruppe bestimmter Menschen wurde bedenkenlos mit der Entwicklung und dem Wohlbefinden einer Gruppe von völlig anderen Menschen 'wissenschaftlich' verglichen.)"

(Wehde 1991, S.47)

Ich schließe mich Wehdes Meinung insoweit an, als dass ich es schade finde, dass die Bewohner der ersten Soteria-Häuser nicht dort waren, weil sie selbst eine alternative Behandlung suchten und die Entscheidung treffen durften. Sie waren dort, weil sie ausgewählt wurden, den Kriterien für die Forschungsarbeiten entsprachen. Was den Vergleich der verschiedenen Gruppen, Soteria-Bewohner und Kontrollgruppe in der Klinik, betrifft, denke ich schon, dass dieser möglich und auch sinnvoll war. Mosher veröffentlichte seine Studien sehr genau und nachvollziehbar (vgl. 2001b, S.18). Eine "Gruppe von völlig anderen Menschen" war es selbstverständlich, den einzelnen Menschen betrachtend, was sich natürlich in keiner wissenschaftlichen Untersuchung vermeiden lässt, vergleichbar waren die Gruppen aber gerade weil sie nach ganz bestimmten Merkmalen, der Häufigkeit in der Bevölkerung entsprechend, ausgewählt wurden. Dass die 'Fachwelt' aufgrund dieser Forschungsergebnisse erst auf das Projekt aufmerksam wurde, und der Erfolg messbar wurde, sehe ich eindeutig als positiv. Erst solche Ergebnisse machen die Psychiatriekritik doch zu einer ernstzunehmenden Richtung der Sozialen Arbeit.

2.4.2. Soteria Bern

Der Schweizer Sozialpsychiater Luc Ciompi lernte Loren Mosher Ende der 1970er Jahre auf einem Kongress kennen und besuchte daraufhin dessen Soteria-House. Er war sofort begeistert von dem Projekt und der Grundstimmung im Haus.

(vgl. Aebi et al. 1994, nach: Wollschläger, M.: Soteria im Überblick; Tübingen 2001)

Ciampi beschloss ein Soteria-Projekt in der Schweiz ins Leben zu rufen und eröffnete so 1984 ein Soteria-Haus in Bern. Er übernahm vieles von Moshers Konzeption, verknüpfte diese jedoch mit seiner eigenen sozialpsychiatrischen Theorie. Diese besagt, dass psychische Störungen immer in engem Zusammenhang mit Umwelt und Umfeld des Betroffenen zu betrachten, zu verstehen und zu behandeln sind. (vgl. Wollschläger 2001)

Des Weiteren bezieht sich Ciampi auf Untersuchungen zur Vulnerabilitäts- und Informationsverarbeitungshypothese: danach sei ein Symptom der Schizophrenie die Einschränkung der Fähigkeit der kognitiven und affektiven Verarbeitung von Informationen im zwischenmenschlichen Geschehen. Ursache hierfür sei eine Ich-Schwäche der Schizophrenen, teilweise angeboren, teilweise erworben, die bei Belastung auftritt. (vgl. Ciampi/ Bernasconi 1986)

Dies bedeutet konkret, dass die Betreuer authentisch sein müssen, ihre Begleitung und Interaktion so klar, eindeutig, übersichtlich und beständig wie möglich sein soll. (vgl. Wollschläger 2001)

Ich persönlich stehe schon der Verwendung des Begriffs der Schizophrenie sehr kritisch gegenüber, so wie auch den Hypothesen über angeborene Veranlagungen. Die Konzeption Ciompis wirkt durch diesen Aspekt der psychiatrischen Klinik ähnlicher als die von Mosher. Ciampi geht ja somit von einem Krankheitsbild aus, wobei Mosher eher von psychotischen Erfahrungen und ungewöhnlichen Seinszuständen spricht.

Die Betreuung klar und authentisch zu gestalten halte ich jedoch - ungeachtet der Ursachen für die Krise - für Erfolg versprechend in der Arbeit mit Menschen in Krisen, wie auch allgemein in der Sozialen Arbeit.

In diesem Sinne entstanden die acht Behandlungsgrundsätze des Konzeptes der Soteria Bern:

1. Kleines, möglichst “normales”, transparentes, entspanntes und reizgeschütztes therapeutisches Milieu
2. Behutsame und kontinuierliche mitmenschliche Stützung und Begleitung in der Krise durch wenige ausgewählte Bezugspersonen
3. Konzeptuelle und personelle Kontinuität
4. Klare und gleichartige Informationen für Patienten, Angehörige und Betreuer hinsichtlich der Erkrankung, ihrer Prognose und Behandlung
5. Ständige enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und weiteren Bezugspersonen
6. Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen in den Bereichen Wohnen und Arbeiten und Entwicklung von realistischen, vorsichtig positiven Zukunftserwartungen
7. Verwendung von Neuroleptika nur bei anders nicht abwendbarer akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, bei fehlenden Anzeichen von Besserung nach vier bis fünf Wochen, oder bei anders nicht behebbarer Rückfallgefahr in der Nachbetreuungsphase
8. Systematische Betreuung und Rückfallprophylaxe während mindestens zwei Jahren aufgrund einer vorgängigen Analyse von individuellen Vorbotensymptomen, Belastungssituationen und möglichen Bewältigungsstrategien gemeinsam mit Patienten, Angehörigen und Betreuern

(vgl. Ciompi, et al. 1991, S.429 f.)

Die Soteria Bern hat seit 1983 ein Haus mit Garten mitten in der Stadt unter der Trägerschaft des Vereins "Interessengemeinschaft für Sozialpsychiatrie Bern". Dort ist Platz für acht Bewohner, meist zwischen 16 und 35 Jahren und mit der erstmaligen Diagnose Schizophrenie, aber auch andere. Sie werden zugewiesen von der Notaufnahme eines somatischen Universitätsspitals, vom Kriseninterventionszentrum des sozial- und gemeindepsychiatrischen Dienstes, von psychiatrischen Kliniken oder Privatärzten. Manche kommen auch freiwillig direkt dorthin.

Das Mitarbeiter-Team besteht aus einem Oberarzt, einem Assistenzarzt und neun Betreuern, etwa zur Hälfte mit psychiatrischer Ausbildung.

Das oben beschriebene therapeutische Konzept wird in vier Phasen umgesetzt: Akutbehandlung, Aktivierungsphase, Wiedereingliederungsphase und Nachbetreuungsphase. (vgl. Ciompi 2001)

Phase I: Akutbehandlung:

Diese findet im so genannten "weichen Zimmer" statt, ein fast nur mit Kissen reizarm eingerichteten Raum mit zwei Betten, eins für den Bewohner, das andere für den Betreuer. Der Bewohner wird rund um die Uhr 1:1 betreut. Diese Betreuung besteht aus schweigendem Miteinandersein, wie zufällig entstehenden Gesprächen, manchmal auch Spielen, kreativen Aktivitäten, Spaziergängen. Alles mit dem Ziel der Entspannung und des Zur-Ruhe-Kommens.

Diese therapeutische Grundhaltung basiert auf dem Konzept der Affektlogik von Ciompi, ist aber ähnlich der Phänomenologie Moshers. "Eine Schlüsselrolle spielt in jedem Fall die laufende therapeutische Regulierung von Nähe/ Distanz und Aktivität/ Passivität, so dass der Patient sich weder verlassen noch bedrängt und bedroht fühlt. Viel ist dabei der Empathie, der Intuition und der Erfahrung des jeweiligen Betreuers überlassen" (Ciompi 2001, S.60)

Phase II: Aktivierungsphase:

Durch die allmähliche individuelle Einbindung in Gemeinschaftsaktivitäten und Aufgaben der Haushaltsführung sowie durch kreative Aktivitäten soll Autonomie und Anpassung an die Realität und Alltagsbelastung erreicht werden. Mit Hilfe zweier Bezugspersonen aus dem Betreuersteam wird an der Bewältigung von Problemen gearbeitet. Zu diesem Zweck werden die Probleme unter dem Aspekt ihrer biographischen Einordnung und Bedeutung betrachtet.

Phase III: Wiedereingliederungsphase:

Im Mittelpunkt steht die Zukunft und das Leben außerhalb der Einrichtung. Konkret bedeutet das z.B. die Wiederaufnahme von alten Kontakten, der Neubeginn in Berufstätigkeit oder Ausbildung, die Suche nach einer geeigneten Wohnung. Gemeinsam mit den Betreuern formuliert der Bewohner kleine Ziele in diesen Bereichen. Das Erkennen von Vorbotensymptomen einer erneuten Krise soll erlernt werden und evtl. wird eine externe Psychotherapie gesucht. Das "psychotische Erleben" wird verarbeitet und Selbstwertgefühl und Identität die darunter gelitten haben wieder gestärkt.

Phase IV: Nachbetreuungsphase:

Nach dem Auszug aus dem Soteria-Haus wird die Betreuung noch mindestens zwei Jahre weitergeführt, um Rückfälle zu verhindern. Die in der dritten Phase vorbereiteten Fähigkeiten zur Vorbeugung neuer Krisen kommen zum vollen Einsatz. In der Regel werden hierbei auch Angehörige mit einbezogen. Meist wird eine Psychotherapie oder Familientherapie bei externen Therapeuten aufgenommen.

2.4.3. Stationsoteria Gütersloh

Urbahn setzte 1992 erstmalig in Deutschland die Idee um, Elemente der Soteria-Konzepte von Mosher und Ciompi in eine allgemeinpsychiatrische Aufnahmestation zu integrieren. Das Problem dabei waren die Vorgaben, die das Großkrankenhaus zwangsläufig mit sich bringt. Dazu gehört die Aufnahme aller erwachsenen Patienten aus der zugewiesenen Region, außer denen, die an die Abteilungen Gerontopsychiatrie oder Sucht vermittelt werden. Man konnte also das Soteria-Konzept unmöglich nur Menschen mit bestimmten Diagnosen oder Altersgrenzen zur Verfügung stellen oder Verstöße gegen die Hausordnung mit Entlassung sanktionieren.

Im Vorfeld arbeiteten Urbahn und seine Kollegen folgende Aspekte der Soteria-Modelle als wichtig heraus:

1. räumliche Aspekte:

- ✓ offene Stationstür
- ✓ große Wohnküche als Ort der Begegnung
- ✓ wenig Diensträume
- ✓ "weiches Zimmer"
- ✓ wohnliche Gestaltung der Räume
- ✓ Rückzugsmöglichkeiten

2. strukturelle Aspekte:

- ✓ Bezugspersonensystem
- ✓ Einbeziehung Angehöriger
- ✓ ständige Weiterbildung der Mitarbeiter

3. persönliche qualitative Aspekte:

- ✓ die Sinnhaftigkeit der Krise im Rahmen der Biographie als Krankheitsverständnis

- ✓ Begleitung und Dabeisein
 - ✓ respektvolle Distanz und sich-einlassende Nähe
 - ✓ Akzeptanz der Betroffenen und Angehörigen als Experten in eigener Sache
 - ✓ Verzicht auf Stationsordnungen und Gewaltanwendung zugunsten interindividueller Grenzsetzungen
 - ✓ zurückhaltende Anwendung von Psychopharmaka
 - ✓ Psychotherapie als integrierte Haltung während der Begleitung
 - ✓ Ambulantisierung der Arbeit
 - ✓ Behandlungsvereinbarungen
- (vgl. Urbahn 2001)

Ab 1997 wurde das Konzept nicht nur auf der Station, sondern in der gesamten Abteilung umgesetzt.

Die Konzeption erfordert die gleichberechtigte Zusammenarbeit der Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und klaren Informationsaustausch zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Problem dabei sind die Strukturen des Krankenhauses, die Hierarchie, Dominanz der Medizin, Machtstrukturen und Stationsordnungen. Dies soll im Rahmen des Soteria-Konzeptes durchbrochen werden. Ein Schritt hierzu war die Subsektionierung – jede Station der Abteilung übernimmt die Pflichtversorgung für einen Teil der Region, für die vorher die gesamte Abteilung zuständig war. Urbahn sieht darin einen großen Vorteil für die Patienten selbst:

“Dadurch wird nicht das Krankenhaus und die Krankheit, sondern die soziale Situation und das Lebensfeld des Patienten in den Vordergrund gerückt.” (Urbahn 1997, in: Urbahn, T.: Soteriakonzeption in der stationären Pflichtversorgung der Abteilung Klin. Psychiatrie II der Westfälischen Klinik Gütersloh – Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen; Tübingen 2001, S.508)

Durch diese Änderung der Sozialdynamik und durch das Bezugspersonensystem sollen die Selbsthilfepotentiale der Patienten und Angehörigen gestärkt werden: "In dieser Entwicklung der Stationen entsteht eine neue Rangordnung: Selbsthilfe vor Fremdhilfe, nichtprofessionelle Hilfe vor professioneller Hilfe, Patientenbedürfnisse vor institutionellen Interessen." (ebd., S. 508)

Urbahn (2001) bezeichnet die Stationssotheria als Schritt auf dem Weg zur Auflösung der Krankenhausstrukturen der Psychiatrie. Ziel sei eine Kombination von ambulanter psychiatrischer Behandlung und wohnortnahen Kriseneinrichtungen.

In der weiteren Entwicklung des Soteria-Projekts Gütersloh wurden Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen einbezogen. Sie unterstützten die Station organisatorisch.

Nach einem Wechsel der Klinikleitung 1999 gab es betriebswirtschaftlich bedingte Änderungen, die die personelle und materielle Autonomie der Abteilung stark einschränkten. Es folgte ein Konflikt zwischen Klinikleitung und dem ärztlichen Abteilungsleiter Urbahn, der es nicht tragen wollte, dass die Loyalität gegenüber dem Träger über die Interessen von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern gestellt wurde. Urbahn gab schließlich seine Stelle als Abteilungsleiter auf. Immer mehr Mitarbeiter, die das Soteria-Konzept vertraten, verließen das Krankenhaus und letztendlich entwickelte sich das Konzept der Abteilung fast vollständig zurück.

2.5. Therapeutische Wohngemeinschaften

Die therapeutischen Wohngemeinschaften bilden den dritten großen Komplex des psychiatrischen Systems. Es gibt viele unterschiedliche Träger, die sicher nicht alle gleich arbeiten. In der Regel jedoch sind dort Psychiater beschäftigt und die Betreuung findet unter Anwendung von psychiatrischen Diagnosen und Psychopharmaka statt. Aus diesem Grund sind sie zwar möglicherweise weniger schädlich als der Aufenthalt in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik, jedoch keine antipsychiatrische Alternative zu diesem System.

Das Konzept therapeutischer Wohngemeinschaften besteht in der Betreuung im Alltag sowie therapeutischer Hilfe für Menschen mit psychischen Problemen. Diese leben in unterschiedlich großen Wohngemeinschaften zusammen. Das übergeordnete Ziel ist die Befähigung zur eigenständigen Lebensführung und die Überwindung bzw. das Leben mit ihrer „psychischen Krankheit“.

2.5.1. Rechtliche Grundlagen

Die psychosoziale Betreuung im Rahmen des Betreuten Wohnens ist keine Leistung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern als Krankenbehandlung anerkannt ist und wird somit auch nicht von ihnen finanziert. Das bedeutet, grundsätzlich müssen die Klienten für die Kosten des therapeutisch betreuten Wohnens selbst aufkommen. Übersteigt dies ihre finanziellen Möglichkeiten, können sie beim zuständigen Sozialleistungsträger die Kostenübernahme nach dem sechsten Kapitel SGB XII: „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ beantragen. Diese findet Anwendung, wenn Menschen Hilfen benötigen, die sie zur "Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft" befähigen sollen. Dabei kann sich der Hilfebedarf sowohl aus dem Aspekt der Prävention, der Verbesserung aber auch dem Erhalt und der Stabilisierung von Fähigkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ergeben. Damit die Kostenübernahme für die Betreuungsleistungen gewährt werden kann, wird vom Sozialhilfeträger erstens das Vorliegen und der Umfang des Hilfebedarfs und zum anderen das Einkommen und Vermögen des Hilfesuchenden überprüft. Gewährt wird die Hilfe für einen begrenzten Zeitraum, der auf Antrag verlängert werden kann. Der Sozialleistungsträger erstellt dann mit Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes einen individuellen Hilfeplan.

Im zehnten Kapitel SGB XII: „Einrichtungen“ wird geregelt, zu welchen Bedingungen die Hilfeleistungen durch die Träger erbracht und vom Sozialhilfeträger finanziell abgegolten werden. Im Berliner Rahmenvertrag sind hierzu die verschiedenen Leistungstypen, in denen die Hilfen erbracht werden können, beschrieben.

Zu Heimen, Übergangsheimen, Betreutem Einzelwohnen, Therapeutischen Wohngemeinschaften gibt es hier konkrete Leistungstypbeschreibungen. Diese enthalten die Vereinbarungen zwischen Trägern und Senat über Inhalt, Umfang Qualität der Leistung. Das Entgelt, das für die Hilfeleistung gezahlt wird, untergliedert sich hierbei in Grundpauschale, Maßnahmepauschale, und Investitionsbetrag.

2.6. Betreuungsrecht

2.6.1. Betreuung

Die gesetzliche Betreuung darf nur durch das Vormundschaftsgericht verfügt werden. Voraussetzung für eine Betreuung ist erstens die körperliche, seelische oder geistige Behinderung bzw. psychische Krankheit und zweitens dass der Betroffene nicht in der Lage ist, notwendige Angelegenheiten selbst zu regeln. Das Gericht benennt eine natürliche Person als Betreuer, der festgelegte Rechte und Pflichten des Betreuten übernimmt. Der zu Betreuende darf jemanden als Betreuer vorschlagen, worauf das Gericht nach Möglichkeit eingehen soll (§1897 BGB). Wird dies nicht getan, haben nahe stehende Personen Vorrang. Die vorgesehene Privatperson darf die ehrenamtliche Betreuung nur aus erheblichen Gründen ablehnen. Ist die Betreuung durch eine Privatperson nicht möglich, wird ein Mitarbeiter einer Betreuungsbehörde oder eines -vereins bestellt. Das Betreuungsverfahren beinhaltet die Anhörung des Betroffenen und das Gutachten eines Sachverständigen, der vom Gericht ausgewählt wird. Dies kann ein Arzt, ein Psychologe oder auch ein Sozialarbeiter sein. Der zu Betreuende kann zusätzlich von sich aus ein Gutachten eines Arztes oder Psychotherapeuten vorlegen.

Das Gericht kann das Gutachten gegen den Willen des Betroffenen durchführen lassen und sogar die Unterbringung zum Zweck der Begutachtung bis zu 6 Wochen und mit Verlängerung bis 3 Monate anordnen.

Aufgabenkreise des Betreuers können sein: Einkommens- und Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Zuführung zur ärztlichen Behandlung. Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Betreuer sehr viel enger gefasste Aufgabenbereiche zugesprochen bekommt, wie etwa die Vertretung in Wohnungsangelegenheiten.

Die Geschäftsfähigkeit wird durch eine gerichtlich bestellte Betreuung nicht eingeschränkt. Geschäftsfähig ist jeder Erwachsene, wenn er geistig in der Lage ist, über ein Rechtsgeschäft zu entscheiden. In einem Zustand von Verwirrtheit ist man nicht geschäftsfähig - ohne dass dies ein Gericht oder eine Behörde feststellen muss. Ist man nicht mehr verwirrt, wird man automatisch wieder geschäftsfähig. Anträge, die das eigene Betreuungsverfahren betreffen, kann auch ein Nicht-Geschäftsfähiger rechtskräftig stellen. Im Falle der Geschäftsfähigkeit sind Betreuer und Betreuter gleichermaßen berechtigt, im Namen des Betreuten Rechtsgeschäfte abzuschließen.

Ist das Gericht jedoch der Auffassung, der zu Betreuende sei überhaupt nicht in der Lage, selbständig solche Entscheidungen zu treffen, kann es zusätzlich zur Betreuung einen Einwilligungsvorbehalt anordnen (§1903 BGB). Damit sind Rechtsgeschäfte nur noch mit vorheriger oder gleichzeitiger Zustimmung des Betreuers rechtsgültig, dieser darf seine Zustimmung verweigern und gegen den Willen des Betreuten handeln (§1902 BGB).

Der Einwilligungsvorbehalt darf nur angeordnet werden bei einer konkreten Gefahr für den Betreuten selbst oder dessen Vermögen, also nur bei Selbstgefährdung und nicht bei Fremdgefährdung. Im Falle des Einwilligungsvorbehaltes ist der Betreuer verpflichtet gemäß den Wünschen des Betreuten zu entscheiden und muss für größere Schritte, wie zum Beispiel die Kündigung eines Mietvertrags, die Zustimmung des Gerichtes für den Einzelfall abwarten. Für bestimmte Handlungen darf kein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden, so zum Beispiel bei geringfügigen Angelegenheiten, die das Taschengeld betreffen, bei Eheschließung und Testament. Das Wahlrecht fällt nur weg bei Betreuung in allen Aufgabenbereichen. Die Postkontrolle muss nach § 1896 Abs. 4 BGB als eigener Bereich explizit vom Gericht benannt werden.

Innerhalb der Aufgabenkreise gibt es bestimmte Handlungen, für die der Betreuer eine gerichtliche Genehmigung für jeden Einzelfall braucht. Dies betrifft die Unterbringung in einer Anstalt oder einem Heim (§1906 (2) BGB, die Fixierung am Bett oder Stuhl (§1906 (4) BGB), größere Vermögensgeschäfte (§§ 1822; 1823; 1825 BGB), riskante medizinische Maßnahmen (§1904), Kündigung oder Vermietung einer Wohnung (§1907 BGB). Bei den drei erstgenannten Fällen soll der Betroffene angehört werden, bei Kündigung oder Vermietung muss er das. Bei Gefahr im Verzug ist allerdings keine Genehmigung notwendig. Für die Einnahme von Psychopharmaka gibt es Gerichtsurteile, in denen die mehrwöchige Verabreichung bestimmter Wirkstoffe für eine riskante medizinische Maßnahme und damit für genehmigungspflichtig erklärt wurde.

Für den Einwilligungsvorbehalt sowie für die Betreuung gilt der so genannte Erforderlichkeitsgrundsatz, demnach muss die Notwendigkeit für jeden Bereich einzeln nachgewiesen werden und weit gefasste Aufgabenkreise wie "Vermögenssorge" müssen vermieden werden. In der Praxis wird dieser Grundsatz jedoch oft missachtet, die Anordnung der Betreuung für mehrere und umfassende Aufgabenkreise sind keine Seltenheit. Ist die Betreuung oder der Einwilligungsvorbehalt ganz oder in Teilen nicht mehr erforderlich, so ist sie vom Gericht aufzuheben, der Betreuer ist daher verpflichtet, dies unverzüglich mitzuteilen. Als nicht erforderlich gilt die Betreuung, wenn der Betreute selbst in der Lage ist, die Angelegenheiten zu regeln oder wenn 'andere Hilfen' diese übernehmen, also zum Beispiel eine Beratungsstelle, Einzelfallhilfe oder andere ambulante Dienste. Außerdem ist eine Betreuung nicht erforderlich, wenn der Betroffene rechtzeitig einen Bevollmächtigten bestimmt hat (siehe auch: 5.3. *Vorausverfügungen*).

Für Bereiche der „Aufenthaltsbestimmung“ (z.B. Einweisung in eine Klinik) oder „Heilbehandlung“ (z.B. Einnahme von Psychopharmaka), gibt es keinen Einwilligungsvorbehalt, da es sich hierbei nicht um Rechtsgeschäfte handelt. Hier kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit an, sondern auf die *Einsichtsfähigkeit* (oder auch: Einwilligungsfähigkeit). Dies bedeutet, die Verabreichung von Psychopharmaka zum Beispiel darf der Betreuer nur dann gegen den Willen des Betroffenen vornehmen lassen, wenn dieser nicht einsichtsfähig ist, das heißt wenn er nicht selbst Vor- und Nachteile abwägen kann.

Der Begriff der Einsichtsfähigkeit beschreibt wie der der Geschäftsfähigkeit einen natürlichen (und veränderlichen) Zustand, keinen juristisch festgesetzten, daher muss für jede einzelne Situation aufs Neue entschieden werden. Diese Entscheidung jedoch trifft bei den genannten Beispielen der einweisende Psychiater, der vermutlich nicht neutral beurteilt, da er seinen Patienten ja behandeln will, und der oft eine vorgefasste Meinung davon hat, was für psychisch Kranke gut ist und inwieweit diese in der Lage sind dies selbst zu beurteilen.
(Winzen 1993, S.208)

2.6.2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz

Aktuell ist die Änderung des Betreuungsgesetzes ein viel diskutiertes Thema in der Politik sowie bei den Betroffenen. Am 18. Februar 2005 hat der Deutsche Bundestag das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz verabschiedet. Es wird am 01. Juli 2005 in Kraft treten. Der Bundestag berücksichtigte dabei die Forderungen der Länder nach einer Pauschalisierung der Vergütung für Berufsbetreuer, um Kosten zu sparen. Die Justizverwaltungen der Länder erhalten außerdem in Zukunft die Möglichkeit, die Auswahl, Bestellung und Entlassung der Betreuer von Rechtspflegern ausführen zu lassen, statt bisher von Richtern. Da die Rechtspfleger die Betreuer der Betreuungsvereine und -behörden in der Regel kennen, ermöglicht dies die bessere Beurteilung der individuellen Eignung für den einzelnen Fall. Entscheidungen, die den Eingriff in bestehende Grundrechte bedeutet, wie die Anordnung der Betreuung, werden auch nach der Änderung des Gesetzes nur von Richtern getroffen. Diese müssen in Zukunft für ihre Tätigkeit ein Mindestmaß an Erfahrung in Betreuungssachen nachweisen.

Ein weiterer Kernpunkt ist die Stärkung der Vorsorgevollmacht. Diese soll in Zukunft in einem zentralen Register gespeichert werden, so dass der Richter schon vor einer Verhandlung davon Kenntnis hat. Mehr zu Bedeutung und Inhalt der Vorsorgevollmacht wird unter *5.3.1. Die Vorsorgevollmacht der Initiative Selbstbestimmung* in dem Kapitel über Selbsthilfe erläutert.

2.7. Psychiatriebetroffene brauchen Alternativen

Als Bereiche des psychiatrischen Systems betrachte ich im vorliegenden Zusammenhang sowohl die psychiatrische Klinik als auch niedergelassene Psychiater und Neurologen, den sozialpsychiatrischen Dienst, sowie Einrichtungen, die ihre Arbeit vornehmlich auf psychiatrische Krankheitsbilder stützen, insbesondere sind dies Therapeutische Wohngemeinschaften.

Die gesetzliche Betreuung spielt in diesem System eine große Rolle, unter anderem weil sie dem Betreuer die Unterbringung des betreuten in einer geschlossenen Anstalt ermöglicht.

Es gibt in der Psychiatrie etliche Möglichkeiten, den Patienten gegen seinen Willen zu behandeln. Vielen Psychiatriebetroffenen ist diese Behandlung keine Hilfe. Möglicherweise ist Hilfe auch nicht eigentliche Ziel der Psychiatrie, sondern die Ausübung von Macht und Erhaltung bestimmter Strukturen in der Gesellschaft – wie beispielsweise Foucault annimmt.

Selbstverständlich gibt es auch Betroffene, die ihre Aufenthalte in der Psychiatrie als hilfreich empfinden, sich dort verstanden fühlen. Da es aber etliche und immer wieder neue Berichte gibt, die Wut auf und Angst vor der Psychiatrie widerspiegeln, halte ich Alternativen für unbedingt notwendig.

Letztendlich geht es hier nicht um die Abschaffung der Psychiatrie, sondern zunächst darum, dass Betroffene die Möglichkeit brauchen, eine Hilfeform wählen zu können. Psychiatriebetroffene brauchen Alternativen! Aufgabe der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik sollte es sein, eine große Palette an unterschiedlichen Konzepten für diese Menschen bereitzustellen und sie selbst eine Einrichtung für sich auswählen zu lassen.

3. Antipsychiatrie

Unter den zahlreichen verschiedenen Strömungen, die sich mit der Krise der traditionellen Normvorstellungen auseinandersetzen, gibt es nach Jervis (1978) zwei Richtungen: Die eine betrachtet diese als Ergebnis sozialer Widersprüche in der Gesellschaft. Die daraus entstandene Verunsicherung sieht sie als Chance für neue politische Bewegungen. Die andere betrachtet diese Verunsicherung am Einzelnen. Mit dem Ziel, die Krise der Normvorstellungen zu überwinden, werden Abweichungen von der Norm für nützlich erklärt. Dabei geht jedoch der Blick für die Ursachen und die allgemeinen politischen Chancen verloren, das Konstruieren politischer Projekte wäre nicht nötig. Dieser zweiten Richtung ordnet er die Antipsychiatrie zu. Jervis (1979) behauptet also, antipsychiatrische Theorien seien nicht das, was sie vorgeben zu sein, bedienten sich letztendlich auch nur konservativer bürgerlicher Methoden. Somit gebe es keine wirkliche Antipsychiatrie, sie sei ein Mythos.

Die Antipsychiatrie habe kaum definierte autonome Handlungsmöglichkeiten, da sie ein Teil der Psychiatrie sei. "Die Antipsychiatrie befindet sich irgendwo auf dem großen Markt der psychologischen, psychiatrischen und psychoanalytischen Worte und Begriffe."

(Jervis 1979, S. 139)

Seit etwa zwanzig Jahren ist Antipsychiatrie kein Thema mehr, dass in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert wird. Von Trotha (2001) führt dies einerseits auf die Gesellschaft selbst zurück, die heute nur schwer einen Zugang findet zu neomarxistischen und existenzphilosophischen Theorien. Andererseits sieht er den Grund dafür in dem Ergebnis der Konfrontation der Psychiatrie mit den antipsychiatrischen Thesen: Zum Teil scheiterten Versuche der Veränderung an ihren zu hochgesteckten Zielen, die ganze Utopien waren, bei denen die Abschaffung des psychiatrischen Systems ein Schritt auf dem Weg zur Veränderung der gesamten sozialen Verhältnisse sein sollte. Zum Anderen geriet die Psychiatrie immer mehr unter Druck und es folgten Reformen, die einzelnen Forderungen der Antipsychiatrie nachging, wenn auch abgeschnitten von ihren theoretischen Begründungszusammenhängen und politischen Dimensionen.

Diese Entwicklung von riesigen „totalen Institutionen“ hin zur gemeindenahen Sozialpsychiatrie, mit kleineren Stationen und Wohngruppen ist allerdings nach von Trotha (2001) nicht nur auf die Kritik zurückzuführen, sondern auch auf die „flächendeckende Anwendung von Neuroleptika“ (von Trotha 2001, S. 202). Durch die steigende Anzahl an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, Sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Psychiatern und die Versorgung mit Psychopharmaka war das „Ruhigstellen“ der „Irren“ nun außerhalb der Anstalten möglich.

„Der augenfälligste und für eine kritische Öffentlichkeit am leichtesten erkennbare Missstand der Psychiatrie konnte also bekämpft werden, ohne aus den grundlegenden, politischen und philosophischen Aspekten antipsychiatrischer Theoriebildung Konsequenzen zu ziehen.“ (von Trotha 2001, S. 202)

Heute wirken die Ergebnisse der Theoretiker der 1960er Jahre nicht mehr in reformpsychiatrischen akademischen Diskursen, sondern in Form der „Neuen Antipsychiatrie“ (vgl. von Trotha 2001). Diese wird im Gegensatz zur klassischen Antipsychiatrie nicht mehr hauptsächlich von Experten aus Universitäten und Psychiatrien vertreten, die die Interessen ihrer Klienten vertreten wollen, sondern von den Betroffenen selbst. Die klassischen Theorien, wie zum Beispiel von Foucault und Goffmann liefern dabei die Argumente, mit denen sie ihre Situation, das Leiden unter psychiatrischen Diagnosen, Stigmatisierung, Zwang und Psychopharmaka auch intellektuell vermitteln können. Die Positionen der alten Antipsychiatrie werden von der neuen genutzt als undogmatische Verbindungen zwischen den zahlreichen lokal aktiven Projekte.

Die Neue Antipsychiatrie stützt sich vornehmlich auf die Selbsthilfepotentiale Psychiatriebetroffener. In der heutigen antipsychiatrischen Bewegung gibt es große Palette inhaltlicher Positionen, von der Forderung nach Verbesserung der Sozialpsychiatrie bis hin zu der nach Abschaffung des ganzen Systems. Ihnen allen gemeinsam ist die Orientierung an der Verwirklichung konkreter Projekte, politische und weltanschauliche Grundsatzfragen stehen erst an zweiter Stelle. (vgl. von Trotha 2001)

Ziel der antipsychiatrischen Bewegung von heute ist es also, möglichst viele Hilfen für Psychiatriebetroffene zu bieten, die alternativ zum psychiatrischen Arbeiten. Konkret wären dies zum Beispiel:

- ✓ die Einrichtung verschiedener Weglaufhäuser, Kriseneinrichtungen, Beratungsstellen
- ✓ die Möglichkeit des ärztlich begleiteten Absetzens von Psychopharmaka
- ✓ die Einrichtung einer weltweit vernetzten Interessenvertretung Psychiatriebetroffener
- ✓ die flächendeckende Nutzung von Vorausverfügungen

- ✓ die Ersetzung von psychiatrischen Diagnosen durch alltagssprachliche inhaltlich orientierte Beschreibungen
- ✓ der Ausbau sozialhilferechtlicher Hilfen jenseits des sozialpsychiatrischen Netzes der „Wiedereingliederungshilfe für seelisch Behinderte“

4. Alternative Konzepte

4.1. Weglaufhäuser

Entstanden sind die Weglaufhäuser in den Niederlanden Ende der 1970er Jahre. Der Name *Weglaufhaus*, niederländisch *wegloophuis*, kommt ganz einfach vom Weglaufen aus der Psychiatrie.

In Deutschland gibt es derzeit nur ein offizielles Weglaufhaus, die „Villa Stöckle“ in Berlin. Offiziell deshalb, weil ich nicht sicher bin, ob es Selbsthilfeorganisationen gibt, die ihre eigens finanzierten Wohngemeinschaften *Weglaufhäuser* nennen.

Ansonsten gibt es einige Initiativen in Deutschland, die sich derzeit um die Eröffnung von weiteren Weglaufhäusern bemühen. Dazu gehören zum Beispiel die Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet e.V. und der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. (LVPE Saar).

Im Folgenden werde ich zunächst kurz auf die Weglaufhäuser in den Niederlanden eingehen, das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ genauer beschreiben und zum Schluss das Konzept des Weglaufhauses Saar vorstellen.

4.1.1. Weglaufhäuser in den Niederlanden

Wie erwähnt entstanden die ersten Weglaufhäuser in den Niederlanden Ende der 1970er Jahre. Antipsychiatrische Überlegungen gab es natürlich auch dort schon lange vorher, beeinflusst von unterschiedlichen Bewegungen in anderen Ländern und philosophischen Theorien. Die konkrete Umsetzung der Weglaufhaus-Idee ist der Jugendbewegung dieser Zeit zuzuschreiben. Diese schaffte zunächst Beratungsstellen und andere Einrichtungen für Jugendliche. Ihre Besonderheit war, dass die Probleme der Jugendlichen erstmals in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet wurden. Zugleich war das Thema Psychiatrie bzw. Psychiatriekritik in den Medien präsent. So kam es, dass sich Menschen, die aus der Psychiatrie flüchteten, an diese alternativen Jugendberatungsstellen wandten. Aufgrund der großen Nachfrage nach Unterstützung für diese Personen eröffneten Anhänger der Jugendbewegung 1979 das erste Weglaufhaus in der Stadt Haarlem. In den folgenden Jahren eröffneten einige weitere Weglaufhäuser in den Niederlanden. (vgl. Wehde 1991)

Heute gibt es dort in fast jeder größeren Stadt mindestens ein Weglaufhaus. Dabei entstanden im Laufe der Jahre zwei Formen: Weglaufhäuser, die ihren Schwerpunkt bei der politischen Arbeit für Psychiatriebetroffene haben, werden als solche mit Signalfunktion bezeichnet. Die Weglaufhäuser mit so genannter Auffangfunktion konzentrieren sich in der Hauptsache auf die Soziale Arbeit mit den Betroffenen. Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie Menschen, die konkret aus der psychiatrischen Anstalt geflohen sind, einen Wohnplatz bieten. In der Regel sind die Mitarbeiter dort ehrenamtlich tätig und betreuen die Bewohner werktags tagsüber.

Grundsätzlich befinden sich die Weglaufhäuser in ganz normalen Wohnhäusern mit direkten Nachbarn. Sie sind übersichtlich und wohnlich eingerichtet. Es werden dort keine Psychopharmaka als Therapie angeboten, auf Zwangsmaßnahmen wird zugunsten der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der Bewohner verzichtet. Die Weglaufhäuser verstehen sich als ein Ort, an dem man „ver-rückt“ sein darf und Unterstützung bei der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben und persönlichen Problemen bekommt. Eine Therapie wird nicht angeboten und die Mitarbeiter verwenden auch keine Krankheitsbilder und psychiatrische Diagnosen.

(vgl. Wehde 1991)

Gutzeit (1995) berichtet aus einem Weglaufhaus in Amsterdam, dass dort Menschen aufgenommen werden, deren Flucht aus einer psychiatrischen Klinik höchstens zwei Wochen her ist. Auch solche, die per richterlichen Beschluss untergebracht waren, können aufgenommen werden. Die Aufhebung der Unterbringung kann von dort aus organisiert werden. Dies wird vom Gesetzgeber insoweit geduldet, als dass sie nicht von der Polizei aus dem Weglaufhaus abgeholt werden können.

Bedingung für die Aufnahme in dem Amsterdamer Weglaufhaus ist die weitgehende Selbständigkeit des Betroffenen, sowie das Akzeptieren der Regeln des Hauses. Diese Regeln sind im Wesentlichen das Verbot von Gewalt und -androhung und von harten Drogen. Die Bereitschaft zum Absetzen von Psychopharmaka, möglichst begleitet von einem externen Arzt, wird begrüßt.

Nicht aufgenommen werden Minderjährige, sowie Süchtige und Menschen, die in einer forensischen Abteilung, also aufgrund einer Straftat, untergebracht wurden.

Die Aufenthaltsdauer in diesem Weglaufhaus ist zunächst auf drei Monate begrenzt, kann aber, sofern sich der Betroffene um eine andere Unterkunft bemüht, verlängert werden. Sinn dieser Regelung ist, dass die Bewohner sich von Anfang an mit ihrer Zukunftsperspektive beschäftigen. (vgl. Gutzeit 1995)

Die Weglaufhäuser in den Niederlanden werden von staatlichen Unterstützungsbeiträgen finanziert, da die Krankenversicherungen den Aufenthalt nicht bezahlen. Problematisch ist die Finanzierung für Bewohner, die zuvor auf richterliche Anweisung Zwangsuntergebracht waren. Bis zur Aufhebung der Unterbringung bezahlt die Krankenversicherung der Psychiatrie den Platz weiter. Das Taschengeld, das sie bisher in der Klinik zugewiesen bekamen, gibt es nicht mehr. Daher müssen diese Menschen ihren Aufenthalt im Weglaufhaus, also Miete und Lebensunterhalt, selbst finanzieren. (vgl. Wehde 1991)

Das Weglaufhaus in Amsterdam unterstützt diese Menschen, indem es ihnen jeweils 5 € pro Tag aus dem eigenen Etat zur Verfügung stellt und die Stundung und spätere Ratenzahlung der Mietkosten akzeptiert. (vgl. Gutzeit 1995)

4.1.2. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin

Die „Villa Stöckle“ bietet Schutz- und Wohnraum für bis zu 13 wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Psychiatriebetroffene, die sich in einer persönlichen Krise befinden. Ihre Notlage rührt einerseits von existenziellen sozialen Schwierigkeiten, andererseits von psychischen Problemen her, die einander natürlich auch bedingen. Für sie ist die Einrichtung ein Zufluchtsort, um vor erlebter Gewalt in Psychiatrien zu fliehen und/ oder eine Alternative zu psychiatrischen Behandlungsmethoden zu erfahren.

Gesetzlich ist das Weglaufhaus "Villa Stöckle" eine Kriseneinrichtung der "Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten" nach dem achten Kapitel des SGB XII. Der Träger "Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V." hat mit der Berliner Landesregierung eine Vereinbarung über Tagessätze gemäß §75 SGB XII getroffen. Diese verpflichtet das jeweils zuständige Sozialamt nach Überprüfung des Einzelfalls – zum Teil mit Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes – 113,04 € pro Tag als Sozialhilfeleistung zu zahlen. Der Tagessatz für das Weglaufhaus liegt für Einrichtungen nach dem achten Kapitel vergleichsweise hoch. Nur als zusätzliche interne Spezifizierung richtet das Weglaufhaus sein Angebot ausschließlich an Psychiatriebetroffene. Verglichen mit psychiatrischen Krankenhäusern ist der Tagessatz allerdings sehr niedrig. Da im Weglaufhaus rund um die Uhr Betreuung notwendig ist, reichen diese Einkünfte zur Finanzierung nicht aus. Somit ist die Einrichtung zusätzlich auf Spenden angewiesen.

Die Betreuung beinhaltet eine Reihe fachlich qualifizierter Hilfsangebote:

- ✓ kompetente Krisenintervention
- ✓ regelmäßige Gespräche zur Vorbeugung oder "Früherkennung" von Krisen
- ✓ regelmäßige Gespräche zur Entwicklung einer Perspektive außerhalb der Einrichtung
- ✓ konkrete Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung, bei Behördenangelegenheiten und bei der Lösung gesundheitlicher, rechtlicher, finanzieller, familiärer Probleme.

Dabei ist das übergeordnete Ziel, die Bewohner dazu zu befähigen, ihre gesamten Ressourcen an Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Selbstvertrauen, Eigeninitiative zu aktivieren.- Diese Fähigkeiten sind oft durch Psychiatisierung verloren gegangen, jedoch notwendig für den kompetenten Umgang mit eigenen Krisen.

4.1.2.1. Mitarbeiter

Das Weglaufhaus "Villa Stöckle" hat 15 Mitarbeiter: Sozialarbeiter und Psychologen arbeiten im Schichtsystem teils fest angestellt, teils als Honorarkräfte. Für die Nachtschichten sind auch studentische Hilfskräfte angestellt. Praktikanten gibt es etwa drei bis vier pro Halbjahr, sie arbeiten nur im Frühdienst.

Internes Qualifikationskriterium für die Auswahl der Mitarbeiter des Weglaufhauses ist die eigene reflektierte und verarbeitete Psychiatrieerfahrung. - Alle Mitarbeiter haben Erfahrung mit schwierigen Lebenssituationen, mindestens die Hälfte waren Insassen einer psychiatrischen Klinik. Den Bewohnern wird damit gezeigt, dass es möglich ist, diese Erfahrungen zu bewältigen und ein Leben außerhalb des psychiatrischen Systems zu führen. Des Weiteren ermöglicht die reflektierte Krisenerfahrung dem einzelnen Mitarbeiter, extremen Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen der Bewohner mit einer besonderen Art von Verständnis und Toleranz zu begegnen.

Innerhalb des Teams gibt es keine Hierarchien. Sämtliche Entscheidungen werden gemeinsam getroffen. Auch Buchhaltung und dergleichen wird von den Sozialarbeitern und Psychologen übernommen. Für die psychiatriebetroffenen Mitarbeiter gilt ein Vetorecht.

4.1.2.2. Konzeption

Das Weglaufhaus ist eine antipsychiatrische Einrichtung. Sie versteht sich als Alternative zum sozialpsychiatrischen Versorgungsangebot. Um dies zu gewährleisten ist die strenge konzeptionelle Abgrenzung zu psychiatrischen Verfahrensweisen notwendig.

Eine der zentralen Annahmen ist, dass es keine "psychische Krankheit" gibt und dass die Diagnose einer solchen die Probleme des Betroffenen noch verstärkt. Die Bewohner des Weglaufhauses werden also nicht als krank oder fremdbestimmt gesehen, sondern als Menschen mit psychischen und sozialen Schwierigkeiten. Welche Unterstützung sie bekommen, entscheiden sie selbst. Beratung und Hilfe findet ganz individuell statt.

In der alltäglichen Arbeit müssen die Mitarbeiter darauf achten, die Balance zu halten zwischen der Hilfebedürftigkeit und der Selbstbestimmung jedes einzelnen Bewohners. Es werden keine psychiatrischen Diagnosen oder Krankheitsbilder verwendet. Dies würde nach der Konzeption des Weglaufhauses "Villa Stöckle" bedeuten, die Bewohner nicht als eigenständige Persönlichkeiten mit Verantwortung für ihr Handeln ernst zu nehmen.

Im Weglaufhaus "Villa Stöckle" wird keinesfalls die Einnahme von Psychopharmaka als Lösung vorgeschlagen oder akzeptiert. Die Bewohner haben die Möglichkeit Psychopharmaka schrittweise abzusetzen. Dabei spielt sowohl die Betreuung durch die Mitarbeiter als auch die gegenseitige Unterstützung der Bewohner eine große Rolle. Dies ist ein Aspekt aus der Selbsthilfe.

Viele Menschen kommen gerade deswegen ins Weglaufhaus, weil sie hier und fast nirgends sonst die Möglichkeit haben, ihre Krise ohne Psychopharmaka und mit Unterstützung durchzustehen. Sie erleben die Einnahme dieser Medikamente als beeinträchtigend und schädigend.

Oft besteht die Beratung zunächst lediglich aus Informationen über die Medikamente. Wichtig ist es, von abruptem Absetzen abzuraten. Während des Absetzens ist es wichtig, im Gespräch zu bleiben, der Bewohner soll Veränderungen wahrnehmen und aufkommende Probleme mit den Mitarbeitern zu lösen versuchen.

Ein weiteres Prinzip aus der antipsychiatrischen Grundhaltung in der Arbeit im Weglaufhaus ist, dass jeder Bewohner die Berichte, Stellungnahmen für Behörden, Protokolle der Mitarbeiter, die ihn betreffen, einsehen kann. Es werden keine Anträge oder sonstigen Berichte an Ämter verschickt, bevor der betreffende Bewohner diese gelesen und für in Ordnung befunden hat. Die Bewohner dürfen an Teamsitzungen oder sonstigen Terminen, bei denen über sie gesprochen wird, teilnehmen.

Es werden Informationen über Bewohner nur mit deren Zustimmung an Dritte weitergegeben. Allerdings müssen sie sich bei ihrer Aufnahme im Weglaufhaus damit einverstanden erklären, dass Berichte an Ämter geschrieben werden, weil dies für die Kostenübernahme ihres Aufenthaltes von Nöten ist.

Im Weglaufhaus gibt es keinen strukturierten oder gar durch die Mitarbeiter geplanten Tagesablauf. Die Bewohner organisieren den Alltag selbst. Die Gemeinschaft ist daher auf intensive Kommunikation angewiesen und birgt immer wieder Konflikte. Dadurch wird Selbsthilfepotential und Phantasie der Bewohner geweckt, was für die weitere Bewältigung ihrer sozialen Schwierigkeiten notwendig ist.

Bei wichtigen Entscheidungen, die das Zusammenleben im Haus betreffen, haben die Bewohner das Recht mit zu entscheiden. Dies gilt zum Beispiel für die Gestaltung des Hauses und auch für die Einstellung von Praktikanten und Mitarbeitern.

4.1.3. Das Weglaufhaus Saar

Wie bereits erwähnt ist das Weglaufhaus Saar noch keine bestehende Einrichtung. Der Träger Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. ist jedoch dabei dieses Projekt zu verwirklichen und hat daher natürlich bereits eine Konzeption ausgearbeitet. Diese orientiert sich an den Leitlinien des Berliner Weglaufhauses „Villa Stöckle“. Das bedeutet

- ✓ die Möglichkeit für die Bewohner des Durchlebens einer Krise unter Begleitung der Gemeinschaft
- ✓ die Anwendung von Zwang und Psychopharmaka wird durch das Konzept ausgeschlossen
- ✓ Bedingung für die Aufnahme ist die bewusste eigenverantwortliche Entscheidung des Betroffenen
- ✓ mindestens die Hälfte der Mitarbeiter hat Psychiatrieerfahrung als Patient.

Unterschiede zwischen dem Weglaufhaus Saar und dem in Berlin gibt es lediglich bei der Kapazität der Einrichtung und bei der Finanzierung:

Die Kapazität wird voraussichtlich etwas geringer sein als bei der „Villa Stöckle“, weil abzusehen ist, dass der Bedarf nicht so hoch sein wird.

Die Finanzierung der Aufenthalte der Bewohner im Weglaufhaus Saar ist geplant über

- ✓ Kostenübernahmeregelungen auf der Basis von Leistungsverträgen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger nach den §§ 53 und 54 SGB XII, also dem sechsten Kapitel des SGB XII - Eingliederungshilfe, sowie den §§ 67, 68 und 69 SGB XII, also dem achten Kapitel des SGB XII – Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten
- ✓ Leistungsverträge nach dem SGB V – gesetzliche Krankenversicherung
- ✓ Selbstzahler
- ✓ Spenden

(vgl. Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. 2004)

Räumlich soll das Weglaufhaus Saar möglichst an die Selbsthilfeeinlauf- und Beratungsstelle des Trägervereins und das dazugehörige Café gekoppelt sein. Dies bedeutet auch einen großen Unterschied zum Weglaufhaus in Berlin, das in seinem Randbezirk ganz allein dasteht und keine Möglichkeit bietet, Psychatriebetroffene zur Beratung oder zum einfachen Treffen zu empfangen. Allerdings hat das Berliner Weglaufhaus dafür eine geschützte Adresse, die nirgends veröffentlicht wird, was bei der Beratungsstelle mit Café sicher nicht möglich ist.

4.2. KommRum Kommunikations-Zentrum e.V. in Berlin

Das KommRum gibt es seit 1980 in im Berliner Stadtteil Friedenau und seit 1993 auch in Friedrichshain.

Das Projekt sieht seine Aufgabe als psychotherapeutische Hilfe, durch die die Bewältigung von Krisen sowie das Erkennen von Risiken für einen Rückfall erreicht werden soll.

Das KommRum versteht sich nicht als antipsychiatrische Alternative, sondern als psychiatriekritische, die durchaus Möglichkeiten fern ab der psychiatrischen Kliniken bietet, jedoch als Teil des psychiatrischen Systems. Der Verein wirkt mit an der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung und hat in diesem Sinne Kooperationsverträge mit den Berliner Bezirken abgeschlossen. Zwar waren die Gründungsmitglieder des KommRum von der Antipsychiatriebewegung beeinflusst und es entstanden daraus Initiativen wie die Irren-Offensive und das Psychiatriebeschwerdezentrum, doch die Positionen der Antipsychiatrie vertreten sie nicht.

“Es bedurfte vieler zum Teil schmerzhafter Prozesse, um zu akzeptieren, dass die Rollen als ‘Behandler’ und als Klient existieren. Dieses Erkenntnis setzt nicht außer Kraft, dass wir mehr sind als diese Rollen, dass vor Allem der Nutzer unserer Angebote nicht nur ‘Patient’ ist, der alles (wie die Bedeutung des Wortes Patient nahe legt) erdulden müsste. Das psychiatriekritische Wissen sensibilisiert uns für die ‘Risiken und Nebenwirkungen’ unserer Arbeit.” (Koch 2000, S. 11)

Im Gegensatz zu antipsychiatrischen Konzepten hat das KommRum kein Problem mit der Verwendung des Begriffes der psychischen Krankheit.

4.2.1 Entstehung

Die Idee und Gründung des KommRum war geprägt von verschiedenen Entwicklungen der 1970er Jahre. Dies waren die Selbsthilfe- und Selbsterfahrungsgruppen mit ihrer Ablehnung von Hierarchie und Expertentum, die Antipsychiatriebewegung mit der Forderung nach Abschaffung psychiatrischer Anstalten und ihrem Kampf um gesellschaftliche Rechte Psychiatriebetroffener. Bode (2000a) bezeichnet die Verbindung von Psychotherapie und Politik als zentrale Idee bei der Gründung des KommRum. Psychotherapie sei hier das persönliche Wachstum, bei dem durch Verarbeitung der Vergangenheit Identität, Stärke und Autonomie erreicht wird. Die politische Komponente dessen sei, dass diese Eigenschaften Anhängigkeit und Manipulierbarkeit verringern.

1980 entstand das Café des KommRum, das die niedrighschwellige Begegnung und den Austausch zwischen "normal" und "ver-rückt" ermöglichen sollte. Dann wurde der Arbeitsbereich "Psychotherapie und Beratung" gegründet.

Eine sehr wichtige Arbeitsgruppe damals war die "Psychiatrische Aktion", bestehend aus KommRum-Mitgliedern und anderen Interessierten. Daraus entwickelte sich die "Irren-Offensive". Für die Antipsychiatriebewegung der 1980er Jahre wichtige Tagungen wie das zweite bundesweite Treffen "Therapeutische Wohngemeinschaften" 1987 und das "Antipsychiatrische Palaver" 1988 wurden vom KommRum aus organisiert.

Es wurden Therapeutische Wohngemeinschaften und Betreutes Einzelwohnen unter der Trägerschaft des Vereins gegründet und das Café in eine über Senatsgelder finanzierte Kontakt- und Beratungsstelle umgestaltet. Es entwickelten sich voneinander angrenzende Arbeitsbereiche, was eine Umstrukturierung des basisdemokratischen Teams erforderte.

Heute gibt es zahlreiche Plätze in Therapeutischen Wohngemeinschaften und Betreutem Einzelwohnen in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Kreuzberg-Friedrichshain, eine - in Berlin seltene - therapeutische Wohngemeinschaft für Menschen mit Doppeldiagnose (Psychose und Sucht) sowie eine zweite Kontakt- und Beratungsstelle im Stadtteil Friedrichshain. Es wurde eine Geschäftsführung eingerichtet und die Mitarbeiter in den einzelnen Arbeitsbereichen schicken einen jährlich neu gewählten Delegierten in ihrem Namen zu den Vereinssitzungen. Die zu Anfang gewünschte "antihierarchische" Struktur konnte also nicht mehr weiter getragen werden. (vgl. Bode 2000a)

4.2.2 Kontakt- und Beratungsstellen

Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) in Berlin erfüllen die Aufgabe der kostenlosen und anonym nutzbaren Beratung und Begegnung für psychisch Kranke. Das besondere an den Kontakt- und Beratungsstellen des KommRum ist, dass sie "...mit ihrer Konzipierung als Cafés und mit ihrem ausdifferenzierten Gruppenangebot auch einen Zugang erlauben, der im Gegensatz zu anderen Hilfsangeboten der psychiatrischen Versorgung nicht an die Übernahme eine Patientenrolle gebunden ist und somit für Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung einen niedrighschwelligen Zugang darstellt." (Koch 2000, S. 11)

Sie richten ihr Angebot ausdrücklich auch an Angehörige und bieten durch das Café die Möglichkeit der Begegnung zwischen Psychiatriebetroffenen und Nicht-Betroffenen.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Veranstaltungen in den KBS des KommRum, sowohl regelmäßig stattfindende Gruppen, zur Selbsthilfe oder auch zur gemeinsamen sportlichen oder kreativen Aktivitäten, als auch einmalige Feste, Lesungen, Exkursionen. (vgl. Koch 2000)

Ich halte dieses Angebot für wichtig für Psychiatriebetroffene, um durch angenehme Freizeitgestaltung und Kontakte eine erneute Krise vorzubeugen, nicht isoliert allein oder auch isoliert unter Psychiatriebetroffenen zu sein. Für Nicht-Betroffene ist es ein netter Ort der Begegnung und trägt sicher auch zum Abbau von Vorurteilen bei. Wobei die Vorurteile bei den Menschen, die das Café besuchen, vermutlich nicht so stark sind.

4.2.3. Therapeutisch Betreutes Wohnen

Das Therapeutisch Betreute Wohnen des KommRum umfasst Therapeutische Wohngemeinschaften (TWGs) und betreutes Einzelwohnen (BEW).

Zu den rechtlichen Grundlagen gilt hier dasselbe wie in Kapitel I allgemein zu Therapeutischen Wohngemeinschaften erläutert.

Konzeptionell hat das KommRum den Anspruch, sich von anderen Trägern dieser Betreuungsformen zu unterscheiden. So sei es in Einrichtungen dieser Leistungstypen üblich, die Klienten zu „versorgen“, sozialpädagogische Arbeit zu leisten, Psychotherapie werde jedoch nur als Anleitung für die Mitarbeiter angewandt, nicht aber in der direkten Beziehungsarbeit mit den Klienten. Im therapeutisch betreuten Wohnen des KommRum liege der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychotherapeutischen Begleitung. (vgl. Bode 2000b) Bode erklärt sich den Umstand, dass dies in anderen Einrichtungen nicht üblich ist, mit der Rollenverteilung in der Sozialen Arbeit, in der einerseits Sozialarbeiter, andererseits Psychotherapeuten deutlich voneinander getrennte Aufgaben wahrnehmen:

„Ich finde es sehr bedauerlich, dass diese psychotherapeutische Arbeit, von der ich glaube, dass das Setting des Betreuten Wohnens für dieses Klientel gute Voraussetzungen bietet, nicht konzeptionell genutzt und so viele Möglichkeiten der Hilfe nicht gezielt angeboten werden können. Dieses scheint zum einen eine Finanzfrage zu sein, aber sicher auch eine Frage der Konkurrenz, wer hat die Lizenz zur Hilfe?“ (Bode 2000b, S. 26)

Die Klienten des therapeutisch betreuten Wohnens des KommRum kommen aus der Psychiatrie und fühlen sich allein nicht in der Lage, ihr Leben zu gestalten und eine erneute Einweisung zu verhindern, oder sie waren noch nicht in der Psychiatrie, befürchten aber, ohne Betreuung dorthin zu müssen.

Beim BEW leben die Klienten in der Regel allein in ihrer eigenen Wohnung, in den TWGs wohnen vier oder fünf Betroffene zusammen und werden dort von zwei Mitarbeitern, Sozialpädagogen oder Psychologen, betreut. Diese Betreuerkontinuität ist sehr wichtig für die erfolgreiche therapeutische Arbeit. Wöchentlich finden zwei Gruppensitzungen und mindestens eine Einzelsitzung in den Räumen des KommRum statt. (vgl. Bode 2000b)

Bode betont die konzeptionelle Bedeutung dieser Organisation:

„Wir halten diese räumliche Unterscheidung für sehr wichtig. Es ist für die KlientInnen notwendig, dass die therapeutische Arbeit nicht im Wohnzimmer stattfindet, damit der Ausstieg aus dem therapeutischen Prozess auch örtlich erlebt werden kann. Normalität besteht nicht aus andauernder Therapie.“ (Bode 2000b, S. 26)

Im Betreuten Einzelwohnen finden die Sitzungen ebenfalls in der Regel in den Vereinsräumen statt. Hier kommt es allerdings häufiger vor, dass die Betroffenen unter Ängsten leiden, die es erfordern, dass sie doch zunächst in ihrer eigenen Wohnung betreut werden.

Die Zusammensetzung des Betreuerteams und die Art des Beziehungsaufbaus wird bei beiden Betreuungsformen individuell ausprobiert und angepasst. Außer den beschriebenen therapeutischen Sitzungen bieten die Betreuer Unterstützung bei der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben. Der Fokus liegt dabei stets auf der Aktivierung von Selbsthilfe und Selbstverwirklichung der Betroffenen. (vgl. Bode 2000b)

Bode (2000b) beschreibt eine Wechselwirkung zwischen der Arbeit im psychotherapeutischem Setting und der im Alltag. So werden in alltäglichen Situationen Fähigkeiten entdeckt oder entwickelt, die sich als Erfolgserlebnis auf die Therapie auswirken können und die Erfahrungen aus den Settings, das Angenommenwerden der Person gibt Kraft für die Aufgaben des Alltags. Des Weiteren lassen sich über Alltagstätigkeiten oft sehr gut und entspannt Beziehungen aufbauen, die ja hier die Arbeitsgrundlage darstellen.

Ich selbst finde diese Darstellung der Sozialen Arbeit sehr anschaulich und überzeugend. Allerdings habe ich auch Bedenken: Einerseits denke ich, dass die Trennung von Sozialarbeit und Psychotherapie auch andere Ursachen hat, als die der Konkurrenz. Es sind einfach unterschiedliche Gebiete. Zwar haben die Mitarbeiter des KommRum natürlich therapeutische Zusatzqualifikationen um diese Tätigkeiten auszuführen, doch sehe ich in dieser „Vermischung“ auch Gefahren. Bode schreibt ja selbst, „Normalität besteht nicht aus andauernder Therapie“ und meint damit, dass das therapeutische Setting im eigenen Wohnzimmer eher unangebracht ist.

Der Aspekt des unverbindlichen Beziehungsaufbaus über den Alltag klingt zwar gut, ist aber möglicherweise lediglich eine Erleichterung der Arbeit für den Betreuer. Dem Betreuten könnten die unterschiedlichen Rollen der Therapeutin Probleme bereiten. Hat er große Schwierigkeiten bei der Verarbeitung früherer Erlebnisse, fällt es ihm möglicherweise schwer, darüber nur in dem dafür vorgesehenen Setting zu sprechen, obwohl ein und derselbe Mitarbeiter auch bei der Haushaltsführung oder Ämtergängen hilft. Die Begleitung hierbei durch einen Mitarbeiter, der nicht über so tief greifende persönliche Probleme bescheid weiß, wie der Therapeut, könnte dem Klienten auch Erleichterung verschaffen.

5 . Selbsthilfe und Selbstorganisation

Selbsthilfe und Selbstorganisation sind Modelle, die in den USA weit verbreitet sind. Dort entstand in den 1930er Jahren die vermutlich erste Selbsthilfegruppe: Die Anonymen Alkoholiker.

Heute gibt es auch bei uns zunehmend Selbsthilfegruppen zu allen erdenklichen Themen. Meist treten diese nicht in die Öffentlichkeit, weil ihr Interesse kein politisches ist, sondern oft lediglich das anonyme Austauschen von Erfahrungen und gegenseitiges Stärken. Bei den Selbsthilfegruppen und Betroffenenorganisationen Psychiatriebetroffener ist das anders. Einerseits sind sie Anlaufstelle für alle Betroffenen, die einen Ausweg aus sozialer Isolation oder Diskriminierung suchen, andererseits sind viele dieser Organisationen politisch aktiv. Aktuelle Beispiele sind die Werbung für die Vorsorgevollmacht und die Diskussion um die Änderung des Betreuungsrechtes und dessen Umsetzung in den Bundesländern. Da werden Mitstreiter gesucht, die Presse mobilisiert, Juristen mit Gutachten beauftragt, es wird demonstriert, Flugblätter werden verteilt, und natürlich ist man stets präsent im Internet.

Mit Sozialer Arbeit hat dies auf den ersten Blick nicht mehr viel zu tun. Ich denke aber, dass das Wissen um diese Organisationen für Sozialarbeiter unabdingbar ist, da sie erwiesenermaßen eine große Hilfe für die Klienten sein können.

Geislinger (1998) stellt dar, dass die Zusammenschlüsse Psychiatriebetroffener mit der Vertretung ihrer eigenen Interessen seit Jahren immer mehr in die psychiatrische Versorgungsdiskussion einbezogen werden. Sie plädiert dafür, dass alle Professionellen aus dem Bereich der Arbeit mit Psychiatriebetroffenen sich mit dem Thema der Solidarität und Selbsthilfe dieser Menschen auseinandersetzen, sie als mögliche Hilfe anerkennen.

Andererseits orientiert sich die Neue Antipsychiatrie sehr stark an den Selbsthilfepotentialen Betroffener, und viele Konzeptionen, wie zum Beispiel die des „KommRum“, enthalten Aspekte aus der Selbsthilfe. Ich denke aufgrund der weiteren Verbreitung von Selbsthilfe im Allgemeinen wird es ein Trend bleiben, solche Aspekte in neue Konzeptionen sozialpädagogischer Einrichtungen und Beratungsstellen einfließen zu lassen.

Und schließlich gibt es auch Selbsthilfegruppen, die von Sozialarbeitern angeleitet werden.

Im Folgenden werde ich auf drei Konzepte aus diesem Bereich genauer eingehen:

- ✓ Psychoseseminare als ein Beispiel für Selbsthilfegruppen
- ✓ Betroffenen-Organisationen, am Beispiel des Werner-Fuß-Zentrums in Berlin
- ✓ Vorausverfügungen und das Beispiel der Vorsorgevollmacht als Angebot der Initiative Selbstbestimmung

5.1. Psychoseseminare

Psychoseseminare sind mittlerweile bundesweit verbreitet. Psychiatriebetroffene, deren Angehörige oder Vertrauenspersonen und professionelle Helfer kommen dabei in einer Selbsthilfegruppe zusammen, weshalb diese Gruppen auch „Triolog“ genannt werden. Berger (1998) meint, durch diesen Austausch erst würde ein vollständiges Bild von Psychose entstehen. Betroffene können offen über ihre Erlebnisse sprechen, Angehörige sollen lernen, diese besser zu verstehen, und Professionelle nutzen dies als eine Art Weiterbildung, um die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Vertrauenspersonen kennen zu lernen. Ziel ist aber nicht, eine Definition von Psychose zu entwickeln. Vielmehr soll durch die Beschreibung einzelner Erlebnisse sowohl auf individuelle Besonderheiten als auch auf verallgemeinerbare oder einfach sich wiederholende Ereignisse eingegangen werden. Dabei zeigt sich, dass die Zuordnung zu den drei beteiligten Gruppen – Betroffenen, Angehörigen und Professionellen – nach und nach verwischt, weil Viele Erfahrungen gemacht haben, die mit denen der Anderen vergleichbar sind.

Eine Therapie kann durch die Teilnahme an einem Psychoseseminar nicht ersetzt werden, intensive Krisenbegleitung ist dort nicht möglich.

Da es sehr viele Psychoseseminare gibt, die nicht alle gleich strukturiert sind, lässt sich zu den Regeln und den Arbeitsmethoden der Moderatoren wenig sagen. Einige diskutieren im Plenum die Themen die sie beschäftigen, andere kombinieren dies mit der Arbeit in Kleingruppen, mal sind die Themenschwerpunkte lange im Voraus festgelegt, mal orientieren sie sich am aktuellen Bedarf der Teilnehmer, manche Gruppen haben über längere Zeit dieselben Mitglieder, andere sind bei jeder Sitzung für Neue offen.

Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie natürlich Kommunikationsregeln haben, diese orientieren sich meist an denen der Themenzentrierten Interaktion von Ruth Cohn. (vgl. Berger 1998)

Von Trotha (2001) übt starke Kritik an den Psychoseseminaren aus der Sicht der Neuen Antipsychiatrie, die sich, wie beschrieben, auf die konkreten Bedürfnisse Psychiatriebetroffener bezieht. Der Begriff „Psychose“ fungiert in diesen Gruppen als kleinster gemeinsamer Nenner für die sehr unterschiedlichen Erfahrungen der Beteiligten. Dieser eigne sich jedoch nur deshalb so gut, da er von den ohnehin interpretationsfähigen Begriffen der Psychopathologie der inhaltlich am wenigsten bestimmte sei.

Zunächst ist „Psychose“ ein Kunstwort, das keine Erfahrungen des Betroffenen beschreibt. Erfahrungen dieser Menschen können zum Beispiel Visionen, panische Angst, Euphorie oder Verzweiflung sein, intensive emotionale Reaktionen auf Anlässe, die für Andere nicht unmittelbar beobachtbar sind. „Psychose“ ist eine objektivierende Beschreibung des Gegenübers, gerade *weil* ihm das Erleben schwer subjektiv vermittelt werden kann. „Psychoseerfahren“ können also höchstens psychiatrisch Arbeitende sein. Die Betroffenen machen sich mit der Verwendung des Begriffs nur wieder zu Patienten, die sich ihre individuellen ver-rückten Erlebnisse von außen erklären lassen. (vgl. von Trotha 2001)

Das Kunstwort „Triolog“ suggeriert den gleichberechtigten Austausch zwischen den drei Parteien Betroffene, Angehörige, Experten über ein bestimmtes Thema. Von Trotha (2001) stellt dar, dass dieser erstens nicht gleichberechtigt sein kann, zweitens schon die Benennung eines gemeinsamen Themas aufgrund der oben beschriebenen Differenz der Begriffe „Psychose“ und „Erfahrung“ eine Illusion ist.

Nicht gleichberechtigt sind die Gruppen, weil die psychiatrische Seite in allen Bereichen, die für ein Thema in Frage kämen, mehr Macht und Anerkennung hat. Vor allem aber besteht die Gefahr, dass der Professionelle lediglich dem Betroffenen sein Verhalten und Erleben aus psychiatrischer Sicht erklärt, aufgrund seines fachlichen Wissens sich als Privatperson völlig ausklammert.

Die Betroffenen und Angehörigen haben keine andere Möglichkeit, als sich auf ihre individuellen privaten Erfahrungen zu beziehen. Die Angehörigen haben weder die Verrücktheit noch die Psychiatrie am eigenen Leib erfahren und müssen sich entscheiden an wessen Sicht sie sich halten.

(vgl. von Trotha 2001)

Ich denke, dass die Psychoseseminare wohl insoweit eine Alternative für Psychiatriebetroffene darstellen kann, als dass sie sich dort ernster genommen fühlen als in der Psychiatrie. Einzelnen Menschen kann diese Form der Selbsthilfegruppe sicher zu einer qualitativ besseren Lebensführung helfen. Die Idee, die Angehörigen mit einzubeziehen finde ich sehr gut, nicht nur weil diese das Bedürfnis nach mehr Informationen haben, sondern auch weil häufig auch ein Teil der Probleme bei ihnen liegt.

Letztendlich muss ich mich doch, das Gesamte betrachtend, von Trotha anschließen, dass die altbekannte Rollenverteilung der Psychiatrie auch in Psychoseseminaren nicht überwunden wird.

5.2. Das Werner-Fuß-Zentrum

Eine Betroffenen-Organisation, eine Form der Selbsthilfe, ist das Werner-Fuß-Zentrum in Berlin. Dies ist eine GbR, die von den Vereinen Irrenoffensive e.V. und Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg e.V. gegründet wurde.

Das Werner-Fuß-Zentrum ist einer Kontakt- und Beratungsstelle ähnlich, wird jedoch ausschließlich Psychiatriebetroffenen betrieben und ist daher zu unterscheiden von den durch den Senat finanzierten sozialpädagogischen Einrichtungen zur Beratung so genannter psychisch Kranker.

Angeboten wird der Kontakt zu Menschen mit denselben Erfahrungen in zahlreichen Veranstaltungen. Oft haben diese Veranstaltungen politische Hintergründe und dienen der Öffentlichkeitsarbeit, einerseits zur Gewinnung weiterer Unterstützer und Bekanntmachung der psychiatriekritischen Positionen in den Medien, andererseits als Hilfsangebot für akut von psychiatrischem Zwang Betroffene.

Unter anderem bietet das Werner-Fuß-Zentrum eine Rechtsberatung zu allen möglichen Themen, sowie Informationsveranstaltungen. Die Mitglieder betreiben eine Radiosendung, die im Offenen Kanal Berlin ausgestrahlt wird – den „Dissidentenfunk“. Die Redaktion besteht aus Mitgliedern und Unterstützern des Werner-Fuß-Zentrums, Irrenoffensive, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg und der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener. Sie arbeiten mit politischen Mitteln und direkter Unterstützung der Betroffenen an der Überwindung des „Zwangssystems Psychiatrie“.

Ziel des Werner-Fuß-Zentrums und der beteiligten Vereine ist die Unterstützung Psychiatriebetroffener bei der selbstverantwortlichen Lebensgestaltung.

5.3. Vorausverfügungen

Eine Form der Vorausverfügung ist das psychiatrische Testament. Darin wird festgelegt, wie der Unterzeichnende im Falle einer psychiatrischen Diagnose behandelt (oder eben nicht behandelt) werden möchte. Somit kann jeder Zwangsbehandlung vorgebeugt werden. „Wo Ihr Wille eindeutig erklärt ist, können Ihnen andere nicht mehr ihren eigenen aufzwingen, indem sie vorgeben, Ihren mutmaßlichen Willen auszuführen.“
(Rolshoven/ Rudel 1993, S. 282)

Die Vorsorgevollmacht ist eine Willenserklärung, die die gesetzliche Betreuung und die Unterbringung in einem Heim oder einer geschlossenen psychiatrischen Anstalt gegen den Willen des Betroffenen verhindert. Durch den Ausschluss der gesetzlichen Betreuung wird natürlich weitergehend die Selbstbestimmung geschützt. Daher ist die Vorsorgevollmacht inhaltlich auch als psychiatrisches Testament zu sehen. Der Unterschied ist, dass die Vorsorgevollmacht jemanden bestimmt, der die Wahrung der Rechte als Bevollmächtigter durchsetzt, wenn dem Betroffenen die Fähigkeit abgesprochen wird, dies selbst zu tun. (vgl. Pankow 2005)

Des Weiteren gibt es die Betreuungsverfügung als Instrument der Vorsorge. In dieser kann der Betroffene jedoch lediglich bestimmte Wünsche für eine eventuell später eintretende gesetzliche Betreuung festhalten. Dazu gehören zum Beispiel die Benennung einer bestimmten Person als Betreuer oder die Aufnahme in ein bestimmtes Heim, oder auch der Ausschluss bestimmter Betreuer oder Anstalten.
(vgl. Winzen 1993)

Alle Voraussetzungen sind nur dann rechtsgültig, wenn die Beteiligten zum Zeitpunkt der Unterzeichnung geschäftsfähig sind. (Zum Begriff der Geschäftsfähigkeit siehe: 2.6.1. *Betreuung*)

Die genannten Rechtsinstitute sind meiner Meinung nach für die Soziale Arbeit mit „psychisch Kranken“ von großer Bedeutung. In jedem Beratungsgespräch, in dem es um die Angst des Klienten vor psychiatrischer Zwangsbehandlung, zwangsweiser Betreuung und ähnlichem geht, sollte unbedingt über die Vorsorgevollmacht aufgeklärt werden. Kann der Sozialarbeiter nach erfolgreicher Einrichtung einer solchen Vollmacht dem Klienten diese Ängste nehmen, so wird vermutlich das Vertrauensverhältnis zwischen Beiden gestärkt und die Bearbeitung anderer Probleme kann in den Vordergrund rücken.

Da ein Grundsatz der Sozialen Arbeit die *Hilfe zur Selbsthilfe* ist, muss der Sozialarbeiter selbstverständlich auch mit solchen Instrumenten der Selbsthilfe vertraut sein.

5.3.1. Die Vorsorgevollmacht der Initiative Selbstbestimmung

Das Subsidiaritätsprinzip, mit dem die Politik Entscheidungen auf die niedrigste mögliche Ebene verlagert wissen will, wurde per Gesetz individualisiert. Dadurch kann seit dem 01. Januar 1999 jeder Bürger durch die Vorsorgevollmacht gem. §1896 Abs. 2 BGB psychiatrischem und staatlichem Zwang entgehen. Das Betreuungsrechtsänderungsgesetz (BtÄndG) unterstützt diese Art der Vorsorge ausdrücklich. Damit kann niemand gegen seinen Willen gesetzlich betreut, in ein Heim oder die geschlossene Abteilung der Psychiatrie eingewiesen werden.

Voraussetzungen für die Rechtswirksamkeit der Vorsorgevollmacht sind:

- ✓ Die Einweisung basiert nicht auf einem Urteil nach dem Strafgesetzbuch, was die Unterbringung in einer forensischen Psychiatrie bedeutet.
- ✓ Der Vollmachtgeber ist geschäftsfähig bei Unterzeichnung, also volljährig und bei „klarem Verstand“.
- ✓ Er wird zum Zeitpunkt der Unterzeichnung nicht gesetzlich betreut und ist nicht psychiatrisch untergebracht.
- ✓ Ein überwachungsbevollmächtigter Rechtsanwalt wird in der Vorsorgevollmacht benannt.
- ✓ Die Vollmacht wurde nicht durch Widerruf unwirksam gemacht, was beiderseitig jederzeit ganz oder in Teilen möglich ist.

Die Initiative Selbstbestimmung hat einen Mustervorschlag zur Vorsorgevollmacht herausgegeben, der sich speziell auf die Selbstbestimmung Psychiatriebetroffener oder davon Gefährdeter bezieht. Des Weiteren klärt sie über die Vorsorgevollmacht auf und hilft bei allen notwendigen Schritten und Formalitäten.

Die Initiative bietet jedem Interessierten gegen eine Gebühr einen überwachungsbevollmächtigten Rechtsanwalt, die Verwahrung der Originalvollmacht, volle Rechtsschutzgarantie und die Registrierung im Zentralregister für Vorsorgevollmachten bei der Bundesnotarkammer.

Volle Rechtsschutzgarantie heißt: Dem Vollmachtgeber entstehen keine Rechtsanwalts- oder Gerichtskosten, wenn es bei der Durchsetzung der Rechte zum Streit kommt.

Im Zentralregister für Vorsorgevollmachten, dem so genannten Vorsorgeregister, kann seit dem 01. März 2005 jeder Bürger seine Vorsorgevollmacht eintragen lassen. Somit ist sicher gestellt, dass das Vormundschaftsgericht im entscheidenden Moment Kenntnis davon hat.

Der Vorsorgebevollmächtigte setzt im Bedarfsfall vertraglich vereinbarte Schritte durch und sichert somit die Selbstbestimmung des Vollmachtgebers. Der überwachungsbevollmächtigte Rechtsanwalt überwacht dies als Organ der deutschen Rechtspflege und schließt gleichzeitig Maßnahmen des Vormundschaftsgerichtes vorbeugend und rechtswirksam aus.

Dies bedeutet, jede Intervention durch Dritte wird ausgeschlossen, da sie einen Eingriff in die Selbstbestimmung des Betroffenen bedeuten würde. Dies gilt auch im Falle einer Suizid-Ankündigung.

Der Hintergrund dieser Möglichkeit der Vorsorge ist, dass bei jeglichen Zwangsmaßnahmen davon ausgegangen wird, dass dies *eigentlich* der Wille des Betroffenen sei, er nur aufgrund seiner Verwirrtheit nicht in der Lage sei, die Situation zu beurteilen. Die Vorsorgevollmacht erklärt ganz deutlich, dass der Vollmachtgeber eine bewusste Entscheidung getroffen hat.

6. Alternative sozialarbeiterische Hilfen fehlen

Im psychiatrischen Versorgungssystem finden viele Menschen mit psychischen Problemen nicht die Hilfe, die sie erwarten. Die Psychiatrie erfüllt hauptsächlich sozialpolitische Funktionen, hat die Anerkennung von Gesellschaft und Gesetzgeber und ist bei der individuellen Hilfe oft nicht besonders sensibel. Das Therapiekonzept basiert in der Hauptsache auf medizinischer Behandlung durch Neuroleptika. Patienten, die diese Therapie nicht annehmen wollen, gelten als krankheitsuneinsichtig und werden erst recht – auch gegen ihren Willen behandelt.

Die Neue Antipsychiatrie, die stark von der Idee der Selbsthilfe geprägt ist, hat sich zum Ziel gesetzt, Einrichtungen für Psychiatriebetroffene zu errichten, die deren Selbstbestimmung anerkennen und fördern. Statt medizinischer Behandlung und Zwang werden konkrete sozialarbeiterische Hilfen angeboten: Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka, bei der Suche nach einem Therapeuten usw. Auch einfaches Zuhören und Ernst nehmen des Betroffenen ist ein großer Teil erfolgreicher Sozialer Arbeit.

Durchgesetzt haben sich solche Einrichtungen in Deutschland bisher kaum. Als Kriseneinrichtung ist das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ die einzige mit einem wirklich antipsychiatrischen Konzept. Ansonsten gibt es wenige psychiatriekritische Ansätze, die ich hier als Schritt in die richtige Richtung bezeichnen möchte.

Ein System verschiedener Einrichtungen und Beratungsstellen, die alternativ zum psychiatrischen System arbeiten (und dies somit in teilen ersetzen wird) ist momentan noch Utopie. Es gibt allerdings viele Gruppen in Deutschland, die Ideen und Konzepte haben und diese auch in Zukunft umsetzen werden. Leider ist nun jede soziale Einrichtung auf Anerkennung und Finanzierung durch die Gemeinde angewiesen. Die Finanzierung ist heute selbst für bestehende Einrichtungen schwer durchzusetzen (außer vielleicht für die Psychiatrie) und wenn dann noch das Konzept die etablierte Psychiatrie kritisiert und „gegen“ diese arbeitet, kann die Umsetzung sehr lange dauern.

Mitte der 1990er Jahre erklärte der Berliner Senat, er könne das Konzept des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ nicht unterstützen, da er damit zugeben würde, die Psychiatrie sei zum Weglaufen.

Doch trotz alledem konnte das Weglaufhaus am 01. Januar 1996, rund 14 Jahre nach der Entstehung der Idee eröffnen. – Zur Verleihung des Ingeborg-Drewitz-Preises im Dezember 2004 gratuliert der Regierende Bürgermeister Wowereit in einem persönlichen Brief, bezeichnet das Weglaufhaus als würdigen Preisträger.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise (AG SPAK)

(Hrsg.): Reader zur Psychiatrie und Antipsychiatrie. Band 1;
Berlin 1978

Berger, H.: Annäherung an das Ungewöhnliche; in: Geislinger, R.

(Hrsg.): Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und
Modelle der Teilhabe; München 1998; S. 126-139

Prof. Dr. Berndt, H.: Die Entwicklung von Psychiatrie und

Psychotherapie in Deutschland seit 1900; in: Das Rektorat und der
Kanzler der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin (Hrsg.): alice:
wissenschaft 1/2004; Berlin 2004; S. 4-37

Birk, U. C.: Darstellung der Psychiatrie in der Presse. Dissertation an
der Universität Freiburg (Breisgau); Freiburg (Breisgau) 2001

Bock, T.: Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten;

Bonn 2003

Bode, S.: 20 Jahre KommRum; in: KommRum Kommunikations-

Zentrum e.V. (Hrsg.): KommRum Kommunikations-Zentrum e.V.;
Berlin 2000a; S. 4-7

Bode, S.: Das Betreute Wohnen im KommRum; in: KommRum

Kommunikations-Zentrum e.V. (Hrsg.): KommRum
Kommunikations-Zentrum e.V.; Berlin 2000b; S. 24-26

Bombosch, J./ Hansen, H./ Blume, J. (Hrsg.): Dialog praktisch.

Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam

auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie; Neumünster 2004

Bopp, J.: Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik. Dissertation an der Universität Frankfurt/ Main; Frankfurt/ Main 1980

Bräunling, S.: Fünf Jahre Weglaufhaus Berlin; in: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001; S. 481-489

Braun, U./ Hergrüter, E.: Antipsychiatrie und Gemeindepsychiatrie; Frankfurt/ Main, New York 1980

Brügge, C.: Wohin mit dem Wahnsinn? Ausgewählte Aspekte der Kontroverse um Anstaltspsychiatrie und mögliche Alternativen; Erstausg. 2000; Berlin 2004

Buck-Zerchin, D.: Lasst euch nicht entmutigen. Texte 1968-2001; Norderstedt 2002

Ciampi, L./ Hoffmann, H./ Broccard, M. (Hrsg.): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet; Bern 2001

Ciampi, L.: Soteria Bern: Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypothesen; in: Ciampi, L./ Hoffmann, H./ Broccard, M. (Hrsg.): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet; Bern 2001

Cooper, D.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie; Frankfurt/ Main 1971

Cooper, D.: Von der Notwendigkeit der Freiheit; Frankfurt/ Main 1976

- Cooper, D.:** Die Sprache der Verrücktheit; Berlin 1978
- Cooper, D.:** Der eingekreiste Wahnsinn; Frankfurt/ Main 1979
- Crepet, P.:** Anti-Psychiatrie: 10 Jahre verrückte Anomalie; Köln 1989
- Dahm, A.:** Zum Phänomen der Antipsychiatrie seit dem
19. Jahrhundert. Dissertation an der Universität Bonn; Bonn 1983
- Fehn, K./ Selen, S./ König, F.:** Die sofortige Unterbringung
psychisch Kranker. Eine juristisch-medizinische Themeneinführung;
Edeweicht 2003
- Fischer, T.:** "Gesund ist, wer andere zermalmt": Heinar Kipphardts
"März" im Kontext der Antipsychiatrie-Debatte; Bielefeld 1999
- Foucault, M.:** Wahnsinn und Gesellschaft; in: Sinn und Form;
Heft 5/1998; Jahrgang 47; Berlin 1998; S. 641-648
- Foucault, M.:** Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des
Wahns im Zeitalter der Vernunft; 10. Aufl.; Frankfurt/ Main 1993
- Foucault, M.:** Psychologie und Geisteskrankheit;
Frankfurt/ Main 1968
- Fricke, R.:** Für eine humane Psychiatrie! – Mitbestimmung und
Qualitätssicherung durch Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-
Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker; in:
Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen –
Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001; S. 613-616

Geislinger, R.: Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe; München 1998

Glatzel, J.: Antipsychiatrie. Psychiatrie in der Kritik; Stuttgart 1975

Goffman, E.: Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen; Frankfurt/ Main 1973

Gutzeit, A.: Grundsätze der Antipsychiatrie und ihre praktischen Auswirkungen an den Beispielen "PROWO Kreuzberg" und "Weglaufhaus" - Möglichkeiten und Grenzen. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon"; Berlin 1995

Gymnich, R.: PädPsych. Das pädagogische Lexikon für Schule und Studium; Hohengehren 2000

Härle, J.: Die demokratische Psychiatrie in Italien: Modell oder Utopie. Dissertation an der Freien Universität Berlin; Berlin 1988

Heuer, B./ Schön, R.: Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken; 2. Aufl.; Berlin 2003

Jervis, G.: Der Mythos der Antipsychiatrie; Berlin 1978

Jervis, G.: Kritisches Handbuch der Psychiatrie; Frankfurt/ Main 1983

Jervis, G.: Die offene Institution; Frankfurt/ Main 1979

Kallenberg, C.: Suizidversuch als Kommunikation: Betreuung von Suizidpatienten im Allg. Krankenhaus. Eine Alternative zur Psychiatrie. Dissertation an der Universität Frankfurt/ Main; Frankfurt/ Main 1983

Kampmann, H./ Wenzel, J.: Psychiatrische und antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit; Berlin 2004

Kellinghaus, C.: Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte - empirische Daten - Hilfsansätze; Münster 2000

Kempker, K./ Lehmann, P. (Hrsg.): Statt Psychiatrie; Berlin 1993

Kempker, K. (Hrsg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus; Berlin 1998

Kempker, K.: Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie; Berlin 1991

Kempker, K.: Mitgift. Notizen vom Verschwinden; Berlin 2000

Kersting, F.-W.: Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre; Paderborn 2003

Kögler, H.-H.: Michel Foucault; Stuttgart 1994

Koch, A.: KommRum 2000; in: KommRum Kommunikations-Zentrum e.V. (Hrsg.): KommRum Kommunikations-Zentrum e.V.; Berlin 2000; S. 8-13

Kroll, B.: Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie; Neumünster 1998

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. (Hrsg.):

Vorläufige Konzeption des Weglaufhauses Saar; in:

<http://www.weglaufhaus-saar.de/Konzeption.html>;

Erstelldatum: 08.04.2004

Legner, C.; Die beiden Kontakt- und Beratungsstellen des KommRum; in: KommRum Kommunikations-Zentrum e.V. (Hrsg.): KommRum Kommunikations-Zentrum e.V.; Berlin 2000; S. 14-17

Lehmann, P.: Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken; Berlin 1996

Lehmann, P.: Schöne neue Psychiatrie. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern; Berlin 1996

Lehmann, P.: Der chemische Knebel: Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Mit wertvollen Tipps zum Absetzen; Berlin 2000

Lehmann, P.: Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie; in: Zeitschrift für Systemische Therapie; Heft 4, Oktober 2001; Marburg 2001; S. 264-270

Lehmann, P. (Hrsg.): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern; Berlin 2002

Lehmann, P.: Soteria und Empowerment. Über die Interessen
Psychiatrie-Betroffener; Berlin 2003

Luger, H.: KommRum: Der andere Alltag mit Verrückten;
Bonn 1989

Marti, U.: Michel Foucault; München 1988

Mittrop, C.: Ursachen und Anlässe von Suizidversuchen im Sektor
des Bochumer Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie.
Dissertation an der Universität Bochum; Bochum 2002

Mosher, L.R./ Burti, L.: Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen
und Praxis; Bonn 1994

Mosher, L.R.: Die Anwendung von therapeutischen Prinzipien der
Soteria in der gemeindepsychiatrischen Versorgung; in:
Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen –
Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001a; S. 497-503

Mosher, L.R.: Soteria California und ihre amerikanischen
Nachfolgeprojekte - Die therapeutischen Elemente; in: Ciompi, L./
Hoffmann, H./ Broccard, M. (Hrsg.): Wie wirkt Soteria? Eine
atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet; Bern 2001b

Mosher, L.R./ Hendrix, V.: Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der
Soteria; Bonn 2002

Obert, K.: Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze
sozialpsychiatrischen Handelns: ein Beitrag zur
sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines
sozialpsychiatrischen Dienstes; Bonn 2001

Pankow, U. (Initiative Selbstbestimmung): Die Vorsorgevollmacht;
in: <http://www.initiative-selbstbestimmung.de/is.htm>; eingesehen im
März 2005

Pfeifer-Schaupp, H.-U.: Jenseits der Familientherapie. Systemische
Konzepte in der Sozialen Arbeit; Freiburg (Breisgau) 1997

Pieters, V.: Macht - Zwang - Sinn: subjektives Erleben,
Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen
Unterbringungen schizophrener Menschen. Ein Beitrag zur
Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Dissertation an der Freien
Universität Berlin; Berlin 2003

Podvoll, E.M.: Aus entrückten Welten. Psychosen verstehen und
behandeln; Kreuzlingen/ München 2004

Rechlin, T.: Antipsychiatrie, ihre Wurzeln und Voraussetzungen –
eine kritische Studie zu aktuellen Fragen der klinischen Psychiatrie.
Dissertation an der Universität Bochum; Bochum 1987

Rechlin, T.: Die Psychiatrie in der Kritik; Berlin 1995

Rittmeyer, C.: Bewegung gegen Ausgrenzung: die integrativen
Psychiatrie- und Schulreformen Italiens; Weinheim 1988

Rolshoven, H./ Rudel, P.: Das formelle Psychiatrische Testament:
Gebrauchsanweisung und Mustertext; in: Kempker, K./ Lehmann, P.
(Hrsg.): Statt Psychiatrie, Berlin 1993

Roth, K. (Gasthrsg.): Zeitschrift für systemische Therapie; Heft 4,
Oktober 2001; 19. Jahrgang; Dortmund 2001

Rufer, M.: Irrsinn Psychiatrie; Bern 1988

Rufer, M.: Wer ist irr?; Bern 1991

Rufer, M.: Glücksspielen. Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka; München 1995

Runte, I.: Begleitung höchst persönlich: Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen; Bonn 2001

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

Salzmann, M.: Fixierungen in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Pflichtversorgung: Retrospektive Jahrgangsuntersuchung 1996-1998. Dissertation an der Freien Universität Berlin); Berlin 2002

Schramme, T.: Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit; Frankfurt/ Main 2000

Schramme, T.: Psychische Krankheit aus philosophischer Sicht; Gießen 2003

Seibt, M.: Was hat die Psychiatriereform der letzten 25 Jahre gebracht? Abschrift eines am 01.06.2000 in Köln gehaltenen Vortrags; in: <http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/redekoeln.html>, eingesehen im März 2005

Spieker, S.: Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie;
2. Aufl.; Berlin 2004

Stöckle, T.: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-
Organisation von Psychiatriebetroffenen; Reprint der vergriffenen
Ausgabe Frankfurt 1983; Berlin 2000

von Trotha, T.: Unterwegs zu alten Fragen. Die Neue
Antipsychiatrie; in: Zeitschrift für systemische Therapie; Heft 4,
Oktober 2001; 19. Jahrgang; Dortmund 2001; S. 201-210

Urbahn, T.: Soteriakonzeption in der stationären Pflichtversorgung
der Abteilung Klin. Psychiatrie II der Westfälischen Klinik
Gütersloh – Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen; in:
Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen –
Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001; S. 505-519

Wehde, U.: Das Weglaufhaus - Zufluchtsort für
Psychiatriebetroffene; Berlin 1991

Weyerstall, C.: Wahnsinn und Gesellschaft. Hausarbeit im Fach
Philosophie an der Fernuniversität Hagen im Wintersemester 2002;
in: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/hausarbeit/phr/20234.html>;
eingesehen im März 2005

Winzen, R.: Zwangspsychiatrie und Zwangsbehandlung in
Deutschland. Ein Ratgeber für Psychiatrie-Betroffene; in: Kempker,
K./ Lehmann, P. (Hrsg.): Statt Psychiatrie; Berlin 1993

Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen –
Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001

Wollschläger, M.: Soteria im Überblick; in: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven; Tübingen 2001

Zehentbauer, J.: Die Seele zerstören: Neuroleptika. Der größte Arzneimittelskandal des Jahrhunderts (Videofilm); München 1989

Zehentbauer, J.: Chemie für die Seele: Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden; Frankfurt/ Main 1993

Zehentbauer, J. (Hrsg.): Die Auflösung der Irrenhäuser. Oder: Die Neue Psychiatrie in Italien; München 1999

Zehentbauer, J.: Abenteuer Seele: Psychische Krisen als Chancen nutzen; Düsseldorf 2000

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Ich bin einverstanden, dass meine Diplomarbeit zur Einsichtnahme in der Bibliothek bereitgestellt wird.

26.04.2005