

se auch in Form eines »psychiatrischen Testamentes«, wie die Grünen es vorschlagen, erscheint mir einleuchtend. Sie völlig zu verbieten würde aber, meiner Meinung nach, elementare Rechte der Persönlichkeit — und zwar derjenigen Persönlichkeitsanteile, die sich nicht mit dem momentanen psychischen Zustand eines Menschen identifizieren lassen — verletzen.

So läßt sich im ganzen sagen, daß das Papier der Grünen eine noch un- ausgegorene Mischung aus berechtigten Forderungen, ideologischen Verdrehungen, und Dilettantismus ist. Die Grünen wären gut beraten, wenn sie dies Paper zurückzögen und dafür ein anderes formulierten, das ihrem eigenen politischen Anspruch besser gerecht wird.

Hans Luger

Zwischen drinnen und draußen — Vorschläge zur Neuansiedlung psychosozialer Dienste

In diesem Beitrag plädiere ich für die Um- und Neuansiedlung psychosozialer Einrichtungen. Als Siedlungsgebiet schlage ich vor den vorerst noch schmalen Raum zwischen zwei Gefahrenbereichen: der bürokratischen Verkrustung und Entfremdung im Innern des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems auf der einen und der Bedeutungslosigkeit außerhalb dieses Systems, nett, mit sauberen Händen zwar, aber ohne Einfluß, auf der anderen Seite.

In den letzten 15 Jahren schien dort, wo in Deutschland über das Elend der Psychiatrie nachgedacht wurde, die Frage lange Zeit klar entschieden:

Wer die Psychiatrie, je nach Gusto, abschaffen, überwinden oder humaner gestalten wollte, mußte sich auf den langen Marsch in die Institutionen begeben. Es galt, in mühseliger Millimeterarbeit die großen Anstalten zu verkleinern, gemeindenahen Einrichtungen zu fordern, sie durchzusetzen, modellhaft zu erproben und begleitend zu erforschen. Neben einer aufreibenden 40-Stunden-Woche hieß es, sich durch Gremien zu sitzen, Verbandsarbeit zu betreiben und politischen Einfluß zu erkämpfen — immer in Gefahr, die ursprünglich weitergehenden Ziele hinter dem jeweils gerade noch Machbaren aus den Augen zu verlieren, mit unbefriedigenden Kompromissen einzurosten. Sozial eingestellte psychiatrisch Tätige riskierten, um der Chance willen, das Menschenmögliche an Verbesserungen zu erreichen, selbst zum Täter zu werden, zu fixieren, zu spritzen, zu befrieden, zwangseinzuweisen, bevor ein Schlimmerer, ein Reaktionär das tat.

Außerhalb des staatlich verwalteten Psychiatrie-Systems professionell zu arbeiten und dennoch die Gesamtsituation in der Psychiatrie entscheidend zu beeinflussen, sei es durch inhaltliche Akzentsetzungen oder durch organisatorische Gegenmodelle — dafür gab es in Deutschland keine gesellschaftliche Erfahrungsbasis, anders als etwa in den angelsächsischen Ländern mit historisch gewachsenem Repertoire an nicht-staatlichen gesellschaftlichen Organisationsformen. Beispielhaft sei hier verwiesen auf die Bewegung der Radical Psychiatry in den USA oder auf Selbsthilfeorganisationen wie COPE in Großbritannien. Hierzulande sitzt zudem noch aus der jüngeren Geschichte der bislang spektakulärste Versuch von »außen«, das Sozialistische Patienten-Kollektiv Heidelberg in den Knochen, das sich selbst mit deutscher Gründlichkeit ins ideologische Abseits bewegte, aber auch in der Zange von Uni-Psychiatrie und Staatsgewalt keine Chance mehr hatte. Bis heute dient es den Vertretern einer moderaten Reform von innen als Schreckgespenst gegenüber forschendem Veränderungswillen.

Immerhin unternahm dennoch an verschiedenen Orten immer wiederinteressierte Gruppen neue Anläufe, in eigener Initiative die Art von Einrichtungen aufzubauen, die sie für notwendig hielten, und nicht auf die schwerfällige Verwaltung zu warten: z. B. KID in München-Haidhausen, KIK in Göttingen, Sozialtherapie Frankfurt bzw. Kassel. Gegen Ende der 70er Jahre schossen die Beschwerdezentren aus dem Boden und schafften, was von innen offensichtlich nicht möglich war: sie deckten Skandale in den Anstalten auf und rüttelten medienwirksam an den Mauern, es kam zu Verurteilungen. Ferner etablierte sich das SSK in Köln als funktionierendes Modell einer selbständigen Lebensgemeinschaft von und mit Psychiatriepatienten. Die besondere Situation in Berlin schließlich ermöglichte das KommRum und die Irrenoffensive. Diese avancierte seither, gleich nach der Indianerkommune, aber inhaltlich viel bedrohlicher, zum Tagungsallptraum der Sozialpsychiater.

Nach den Anstalten, gegen die sie ihr gemeindenahes Konzept formuliert hatte, geriet die Sozialpsychiatrie unversehens selbst ins Feuer der Kritik. Nicht mehr nur Halbherzigkeit gegenüber der Anstaltspsychiatrie wurde ihr angekreidet; Gemeindepsychiatrie selbst sei vielmehr ein nur noch umfassenderer Versuch, die Bevölkerung zu kontrollieren und abweichendes Verhalten nicht mehr altmodisch auszugrenzen, sondern (z. B. durch Medikamente) gleich im Keim zu ersticken. Das Wort vom Kontaktbereichspsychiater wurde kreiert.

Kein Wunder, daß Diskussionen zwischen beiden Lagern recht emotional und ohne Verständigung verliefen. Folgenlos sind diese Konfrontationen dennoch nicht geblieben. Die Betroffenen, die sich da zu Wort melden, sind nicht mehr nur Alibi-Patienten, die sozialpsychiatrische Veranstaltungen schmücken, nicht mehr nur Objekte von Behandlung und Ge-

genstand von Vorträgen und Diskussionen. Das neu aufgeblühte Selbstbewußtsein, das Bekenntnis zur eigenen Verrücktheit statt sich ihrer zu schämen, und die schonungslosen Attacken auf die Profis, die ihre Patienten bisher zwar wohlwollend, aber doch nicht als ebenbürtig betrachtet hatten, zeigen Wirkung — zumindest bei denen, die hinter dem Gefühl, sich aufzuopfern und das beste zu wollen, noch ein dumpfes Unbehagen darüber spüren, wie sehr sich die Realität der Sozialpsychiatrie von ihren Anfängen entfernt hat.

Auf der anderen Seite, bei Irrenoffensive, Beschwerdezentren usw. hat der selbsterkämpfte, direktere Kontakt mit Psychiatrie-Mitarbeitern und die Erfahrung, sie doch verunsichern zu können, die Feindbilder, das einfache Täter-Opfer-Denken aufgeweicht. Schließlich mußten sie durch eigene praktische Erfahrungen mit (anderen) Betroffenen lernen, daß es nicht genügt, die richtigen emanzipatorischen Konzepte zu haben, die anfangs zwar beflügeln und bisherige Selbstverständlichkeiten ins Wanken bringen, aber schließlich doch mühsam mit individueller Erfahrung gefüllt werden müssen. Die Ambivalenz Selbstständigkeit/Abhängigkeitswünsche — rein in die Klinik, raus aus der Klinik, weg mit den Medikamenten, her damit — bei denen, die bei ihnen um Hilfe nachsuchten, und der schwierige Prozeß, Solidarität unter gleich Betroffenen zu entwickeln, hat Kraft gekostet.

Aus dem Inneren des Versorgungssystems kommt neben emsiger Geschäftigkeit und betontem Ärmelaufkrepeln inzwischen manch nachdenklicher Ton, von außerhalb anstelle des schlichten »Weg mit« die Einsicht in die Grenzen der eigenen Möglichkeiten: Diese Situation ermutigt mich, einen Ansatz zu formulieren, der beiden Tendenzen Rechnung trägt, Grundzüge dessen, was die Sozialpsychiatrie *auch* hätte werden können, wenn sie weniger statt mehr und besserer Psychiatrie gefordert hätte.

Zu diesem Zweck muß ich jedoch noch detaillierter an der Sozialpsychiatrie herumäkeln, um deutlich zu machen, welche Fehlentwicklungen korrigiert und in Zukunft vermieden werden sollen, und davor möchte ich erst noch den Erfahrungshintergrund erläutern, vor dem ich all dieses meine, nämlich das KommRum (steht für: Kommunikationszentrum Berlin-Friedenau), in dem ich mitarbeite und das seit 1980 unter anderem versucht, Alternativen zur Psychiatrie zu entwickeln. Eine ausführliche Darstellung von Konzept und bisherigen Erfahrungen ist im Heft 4/84 der »Sozialpsychiatrischen Informationen« nachzulesen, hier nur eine Zusammenfassung:

Das KommRum ist eine Einrichtung *nicht nur* für Psychiatrie-Betroffene. Es gibt dort Psychotherapie und Beratung, es gibt Selbsthilfegruppen und viele verschiedene Selbsterfahrungsangebote, therapeutische Wohngemeinschaften, Gesprächskreise und Kontaktmöglichkeiten mit insgesamt wenig Versorgungscharakter, manchmal mit zuviel von der Haltung:

»Da mußt du dich schon selbst drum kümmern!« In diesem Jahr neu hinzugekommen ist die Möglichkeit von Einzelbetreuung für allein lebende Menschen und eine Gruppe »Irre Jobs« von Menschen am Rande der Psychiatrie, die sich eigene Arbeitsplätze schaffen wollen und von uns dabei begleitet werden.

Kommunikativer Mittelpunkt für all diese verschiedenen Szenen und Gruppen ist unser Cafe, das auch für die Nachbarschaft, allgemein für die Öffentlichkeit zugänglich und gedacht ist, mit kulturellen Veranstaltungen, Ausstellungen und Diskussionen.

Das diese verschiedenen Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen im KommRumm nebeneinanderstehen und sich auch mischen: Psychiatrie-Insassen und Lehrer, Meditationsfans und Normalbürger, die zum Single-Treff für einsame Herzen kommen, das liegt nicht nur am breiten Interessenspektrum der Gründer und Mitarbeiter, sondern ist Kern des Konzepts. So wollen wir verhindern, daß Ghettos entstehen und eindimensionale Rollenzuweisungen. Mit diebischer Freude haben wir registriert, daß (fremde) Betrachter eines jüngst fertiggestellten Video-Film über das KommRum enttäuscht feststellten: »Die sind ja alle ganz normal, wo sind denn da die Verrückten?« Es ist allerdings beileibe nicht so, daß es keine Unterschiede mehr gäbe zwischen unseren Gästen. Aber sie äußern sich mehr im persönlichen Verhalten als durch Etiketten, Rollenklischees oder äußere Symbole, die die reale Differenz weit überzeichnen.

Dennoch laufen auch bei uns spezielle Aktivitäten zum Thema Psychiatrie. Schließlich hat sich bei uns die Irrenoffensive gefunden und getroffen, bis sie sich auch räumlich auf eigene Beine stellte; das Beschwerdezentrum Berlin tagt bei uns, wir selbst sitzen in allerlei Gremien der Psychiatrielandschaft von Berlin, und, vor allem, wir haben den KUB (Krisen- und Beratungsdienst) mit aufgebaut und übernehmen jetzt auch die Trägerschaft. Dieser Krisendienst ist zur Zeit am Wochenende von Freitag bis Sonntag jeweils nachts von 22 Uhr bis 8 Uhr morgens geöffnet und ist ein Beratungs- und Gesprächsangebot (wie alles bei uns ohne Medikamente) für Menschen in Krisen, die gerade dann ein unterstützendes und klärendes Gespräch brauchen, wenn die Probleme aktuell anstehen und noch klärbar sind, bevor sie ihre Eigendynamik entwickeln und zur Zwangseinweisung oder zum Suicid führen. Um die Hemmschwelle niedrig zu halten, führen wir die Beratungen anonym durch und vermeiden jeglichen medizinischen oder Amtscharakter. Nach langem Hin und Her und nachdem wir über ein Jahr den Dienst ehrenamtlich durchgehalten haben, hat der Senat bis auf weiteres die Kosten übernommen. Längerfristig hoffen wir, den KUB zu einem Krisenzentrum rund um die Uhr mit Übernachtungsmöglichkeiten und der Möglichkeit, auch vor Ort zu gehen, weiterzuentwickeln und so ein Modell zu schaffen, wie ohne Klinik, Medikamente und das ganze krankstempelnde Drumherum auch heftigeren Krisen ambulant begegnet

werden kann und Karrieren vermieden werden.

In seiner neuesten Psychiatrieplanung hat der Senat wohl vorgesehen, das KommRum als offizielle psychosoziale Kontakt- und Anlaufstelle im Bezirk Schöneberg zu unterstützen. Seit 1983 erhalten wir bereits Gelder für Selbsthilfeaktivitäten, legen aber Wert darauf, daß solch staatliche Finanzspritzen uns nicht abhängig machen. 80% unseres Etats wollen wir gerne aus anderen Quellen erwirtschaften wie bisher: Therapieeinnahmen, Betreuungsgelder für Wohngemeinschaften, Cafe-Einnahmen, Spenden, Clubmitgliedschaften. Unser Projekt, als gemeinnütziger e. V. organisiert, verwalten wir 22 bezahlte Mitarbeiter selbst ohne Leitungsgremium oder Geschäftsführer. Wichtigstes Entscheidungsorgan: das wöchentliche Plenum.

Gegründet haben wir das KommRum aus dem Wunsch heraus, einen möglichst selbstbestimmten Arbeits- und zum Teil Lebenszusammenhang für uns selbst aufzubauen und einen Freiraum zur Begegnung mit sich und anderen für unsere Gäste zu schaffen. Daß wir von den Problemen und Themen, mit denen die Benutzer des KommRum sich plagen, eben auch betroffen sind, das wollten wir nicht einfach projektiv an ihnen abarbeiten oder in separaten Supervisionen erörtern, sondern auch im Alltag, in unserer Zusammenarbeit, auch im Kontakt mit unseren Gästen nicht ausklammern müssen.

Die Idee des KommRum war aus dem Center für Psychotherapien heraus entstanden, einer psychologischen Gemeinschaftspraxis, und insbesondere auf Grund der Erkenntnis, daß ein rein therapeutischer Ansatz der Situation von Menschen, die mit der Psychiatrie in Berührung gekommen sind oder zu kommen drohen, nicht gerecht wird, daß es vielmehr andere Möglichkeiten braucht:

Kontakte mit anderen Menschen, einen Ort, wo man sich zuhause und vor allem nicht als »psychisch Kranker« diskriminiert fühlt, Wohnmöglichkeiten, sinnvolle Betätigung und ein Umfeld, das nicht zum Ghetto wird, sondern Begegnung mit verschiedenartigen anderen Menschen und verschiedenen eigenen Rollen zuläßt. Die 25 Gründungsmitglieder (ein Drittel Psychologen, ein Drittel Klienten des Center f. P., ein Drittel Studenten) brachten zudem weitere Erfahrungen ein: Inhaltliche Auseinandersetzung und persönliche Kontakte mit der Radical Psychiatry/Kalifornien; Erfahrungen, Menschen in Krisen außerhalb von Kliniken zu begleiten, privat organisiert oder im Rahmen eines Projektes an der Freien Universität; Mitarbeit in einem Anti-Psychiatrie-Projekt der Berliner Spontiszene (früher: »Rote Hilfe im psychischen Bereich«, später »Luftschloß« oder auch mal »Lustschloß« genannt, wo Psychiatrie-Betroffene und normale Linke auf der Basis der gemeinsamen Betroffenheit zusammensaßen, die sich aber z. T. als aufgesetzt und wenig tragfähig erwies). Außerdem hatten einige beim organisatorischen Zusammenschluß der Gesundheits-

selbsthilfebewegung in Berlin mitgewirkt, beim Aufbau einer Psychosozialen Kontaktstelle im Sinne der Enquete, waren in der »Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie« (DGSP) vertreten und hatten Kliniken alten Stils auch schon als Mitarbeiter kennengelernt.

Aus dieser Ecke also stammt die im folgenden formulierte Kritik an Ansatz und Praxis der Sozialpsychiatrie. Gemeint sind dabei erst in zweiter Linie die einzelnen Mitarbeiter, von denen viele in ihrer konkreten Arbeit mit und ihrem Verhältnis zu den Klienten das tun oder tun möchten, was uns als entpsychiatrisierte Zukunft vorschwebt, und sich aber noch in den herkömmlichen organisatorischen Bahnen bewegen.

Diese Bahnen, die ausschließliche Orientierung an den Kriterien der vorgegebenen Gesundheitsverwaltung, bilden auch den Hauptansatzpunkt für meine Besorgnis. Ich befürchte, daß der Primat der Institution heute schon, und noch viel mehr dann, wenn sozialpsychiatrische Prinzipien sich völlig durchgesetzt haben, den Betroffenen kaum noch eine Chance läßt, den Status und vor allem das Selbstverständnis der »psychisch Kranken« aufzugeben. Das liegt zum Teil schon im »Versorgungs«-Konzept begründet (dazu später), ist aber auch die Folge einer beispielhaften und so wohl nicht vorhersehbaren Bürokratisierung einer ursprünglich sehr menschenfreundlichen Idee. Wie diese Idee, die gute Absicht, unter dem Druck von Amtshierarchien, von politischen Machtstrukturen und institutionellen Sachzwängen, kurz durch die Überformung durch sachfremde Einflußgrößen verwässert oder ins Gegenteil verkehrt wurden, wie z. B. aus einem unterstützenden Kontakt allmählich Kontrolle wird, dafür gibt es vermutlich genügend kompetentere Zeugen und Berichte aus den Institutionen selbst. Für die Situation in Bremen etwa hat Georg Bruns detailliert beschrieben, wie der anfangs klienten-/problemorientierte Arbeitsstil der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen zunehmend von Verwaltungs- und Politikgesichtspunkten erdrückt wurde (Heft 1/1985 der »Sozialpsychiatrischen Informationen«). Ich selbst will hier nur verschiedene Aspekte und Konsequenzen des sozialpsychiatrischen Ansatzes beleuchten, die alle zu dem selben Ergebnis beitragen: die Organisation der »Behandlung«, die Verwaltung der »psychisch Kranken« verhindert, daß die Betroffenen die Verantwortung für sich selbst in dem für sie möglichen Maß übernehmen können.

Die Anstalt, die totale Institution, die ihre Insassen entmündigte, war das Feindbild der Sozialpsychiatrie. Tatsächlich ist es in den letzten 15 Jahren gelungen, die schlimmsten Auswüchse des Anstaltsunwesens zu beseitigen, Großkliniken zu verkleinern, mit dem Aufbau von Diensten in den Gemeinden zu beginnen. Zuwenig wurde jedoch bei der Planung des neuen »Versorgungssystems« bedacht, welche Folgen für das Lebensgefühl eines »Versorgten« und für sein Bewußtsein seiner selbst es hat, nicht mehr konkreter, faßbarer Unterdrückung in der Anstalt ausgeliefert zu sein,

sondern den subtileren Formen von Unterdrückung in einem ausdifferenzierten System von Einrichtungen, die »zuständig« sind, und oft auch noch wohlwollend. Welches authentische, kraftvolle Gefühl für sich selbst mag jemand entwickeln, der in der »therapeutischen Kette« weitergereicht wird, von Station zu Teilstation, zum Übergangwohnheim, zur Therapeutischen Wohngemeinschaft, zum niedergelassenen Nervenarzt, zum sozialpsychiatrischen Dienst etc.? Ob er nun im Einzelnen weiß, ob und wie alle diese Stellen zusammenarbeiten, ob ihm die Wege bekannt sind, die seine Akten, seine Daten nehmen: als jemand, der seine »Symptome« entwickelt hat aus einem Gefühl heraus, beeinflusst, ausgeliefert, bedroht und ohnmächtig zu sein, hat er in diesem System umso weniger, je vollkommener es ist, kaum noch die Chance, sich als für sich verantwortlicher Mensch zu fühlen.

Wieso eigentlich? Im Augenblick, wo ich hier formuliere, merke ich wieder die Schwierigkeiten, die ich aus manchen Diskussionen kenne, auch argumentativ das Unbehagen zu beweisen, das ich beim Gedanken an ein perfektes Versorgungssystem spüre. Inzwischen führt ja selbst der abgebrühteste Klinikchef die »Hilfe zur Selbsthilfe« im Mund und spricht von der Verantwortung für sich selbst, die der »Kranke« später mal wieder übernehmen soll. Die konkret erfahrbare Wirklichkeit widerspricht dem, wirkt in die entgegengesetzte Richtung. Es sind nicht die schlicht dummen Auswüchse dieses Systems (wie etwa, wenn jemand aus abrechnungstechnischen Gründen sich erst einige Tage von draußen her in stationäre Behandlung begeben muß, um in eine Tagesklinik aufgenommen werden zu können). Solche Pannen lassen sich vielleicht auch systemimmanent vermeiden, wenn auch zu vermuten ist, daß die Logik des bürokratischen Systems immer wieder solche Situationen schaffen wird.

Horst Eberhard Richter hat versucht, das Elend mit den Institutionen in dem Satz zu formulieren, daß Institutionen den Betreuer drängen, sich vom Betreuten und von sich zu entfremden. Wie geschieht das? Es mag sein, daß ihn sein »Patient«, der ihm gegenüber sitzt, menschlich sehr anrührt, daß dies aber ohne reale Konsequenz bleibt, während eine Anweisung der Dienststelle, Akten über solche Kontakte zu führen, dem Betreuer als unmittelbare existentielle Gewalt im Nacken sitzt und viel mehr Bedeutung als der intensivste »Patienten«-Kontakt erlangt. In noch schlimmerer Situation, noch entfremdeter arbeiten die Leute in der Gesundheitsverwaltung, die nur alle Jubeljahre einen Betroffenen aus der Ferne zu Gesicht kriegen, nur noch Institutionsinformationen ausgesetzt sind. So läßt es sich vermutlich erklären, daß der aktuelle Psychiatrieplan des Berliner Senats in der Präambel in gütigen Worten als Ziel die Selbständigkeit der Psychiatriepatienten postuliert und später, in der Konkretion der Planung, schließlich doch davon spricht, Patienten in therapeutische Wohngemeinschaften »einzuweisen«. Wenn es schon dem engagierten Psychiatrie-Ar-

beiter nie endende Sisyphusarbeit ist, diesem Sog ins bürokratische Fahrwasser entgegenzuarbeiten — wie muß es da dem Betreuten ergehen? Wo hat er eine reale Chance, auf eine Institution Einfluß zu nehmen, sich als kompetenter Mensch zu erleben — sei es durch Einwirkung auf Verhalten und Auswahl der Mitarbeiter, sei es durch Gestaltung der Räume, der Atmosphäre, des Angebots — und eben nicht nur im Reservat eines Patientenclubs, wo er das plötzlich *sollt*?

Ernst Köhler hat auf der Jahrestagung 1984 der DGSP ins Gewissen geredet (Abdruck in Heft 1/85 der »Sozialpsychiatrischen Informationen«) und hat darauf aufmerksam gemacht, daß es nicht so sehr tiefgreifende gesellschaftliche Strömungen oder komplexe Ordnungsentwürfe sind, die die Menschen in den Anstalten festhalten und sie dort fortlaufend entmündigen, sondern ein ganz banaler, alltäglicher Druck zur Erleichterung der Lebensabläufe, ad-hoc-Maßnahmen für den alltägliche Sachzwang, Billigstlösungen für den Augenblick. In paralleler Weise kann man für die Sozialpsychiatrie unterstellen, daß es gar nicht primär böser Vorsatz oder gesellschaftlicher Auftrag ist, die Irren im speziellen, die Bevölkerung im allgemeinen in Schach zu halten, sondern die schlichte Logik des Apparats, seine Eigengesetzlichkeit. Das daraus resultierende Gefühl von Ohnmacht ist möglicherweise noch nachhaltiger — Unterdrücker kann man wenigstens noch konkret hassen und benennen.

Da gibt es das gerühmte neue Berliner Modell der Finanzierung der Therapeutischen Wohngemeinschaften durch die Krankenkassen. Bislang übernahmen die Sozialämter der einzelnen Bezirke die Betreuungskosten, der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst war für die Befürwortung zuständig. Nachteile dieser bisherigen, nicht sonderlich unbürokratisch gehandhabten, aber eingespielten Regelung, die auch die WG-Bewohner noch nachvollziehen konnten: Nur Leute mit geringem Einkommen — was jeweils nachzuweisen war — kamen in den Genuß der Kostenübernahme, und ihre persönlichen Daten ruhten in den Akten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. gingen sonderbare Wege. Letzteres war besonders schlimm für diejenigen Bewohner, die vorher noch nicht in der Klinik gewesen waren und für die die WG der Psychiatrisierung vorbeugen sollte. Die neue Vereinbarung mit den Kassen schien ein Weg, diese Nachteile aus der Welt zu schaffen. Vorläufiges Ergebnis: Statt eines Gutachtens pro Jahr wie bisher sind jetzt deren vier fällig, die Daten gehen sowohl den Kassen wie auch weiterhin dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu, auch die niedergelassenen Nervenärzte sollen beteiligt werden. Der bürokratische Aufwand hat sich mehr als verdoppelt, die Betreuer blicken selbst nicht mehr durch, die Bewohner haben keine Chance mehr mitzureden und kompetent zu werden, ihre Stigmatisierung hat sich bestimmt nicht verringert. All das geschieht innerhalb nachvollziehbarer bürokratischer Ordnungsprinzipien — die Versichertengemeinschaft soll schließlich geschützt

werden vor schlechter Wirtschaftsführung.

Es mag gelingen, und es gibt mühsame Versuche der betroffenen Wohngemeinschaftsträger, diese Regelungen wieder zu entschärfen — doch wieviel Kraft kostet das? Ist es Naturgesetz, daß Reformen und positive Veränderungen, sobald Verwaltung beteiligt ist, Pyrrhussiege werden, muß man sich damit abfinden oder gibt es Auswege, ist Sozialpsychiatrie ohne Bürokratie denkbar?

Es gibt im Kozept der Sozialpsychiatrie einen Schlüsselbegriff, der befürchten läßt, daß die Koppelung mit Bürokratie eine sehr stabile ist: Versorgung, und zwar Versorgung aller. Ein ehrenwertes gerechtes Anliegen: Nicht nur begüterten Schichten sollten die Segnungen der Psychiatriereform zugute kommen, nicht nur den attraktiveren, selbständigeren unter den »psychisch Kranken«, und die Versorgung sollte möglichst alle Lebensbereiche umfassen: Wohnung, Arbeit, Kontakt etc.. Damit nicht die Gesetze von Angebot und Nachfrage oder das Lustprinzip bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Problembereiche vernachlässigten, schien eine übergeordnete Instanz nötig. Die staatliche Gesundheitsverwaltung, ohnehin vorhanden, bot sich an, auf sie richtete sich die Hoffnung der Reformer und ihr Ehrgeiz, sie zu beeinflussen. Versorgung aber — und diese Erkenntnis ist der Sozialpsychiatrie zu verdanken — hat in verwandter Weise wie Verwaltung ihre Eigengesetzlichkeit, hat genausowenig wie jene die Neigung, sich entbehrlich zu machen, sondern dehnt sich krebsartig aus: von der einzelnen Situation, daß jemand vorübergehend der Sorge anderer bedarf, zur Versorgung, die nicht mehr loslassen kann, subtile Bindungen schafft, zur Versorgungshaltung der Betroffenen, zur doppelten Versorgungshaltung der Versorger, aktiv gegenüber ihren Schützlingen, passiv gegenüber der Stelle, die ihnen ihren Lebensunterhalt gibt.

Allmählich artikuliert sich Unbehagen, vor allem vorangetrieben durch die Gesundheitsselbsthilfebewegung und durch wehrhafte Betroffene, die gegen wohlmeinende Bevormundung aufmucken, langsam tritt ins öffentliche Bewußtsein, daß »therapeutische Ketten« auch fesseln können. Es ist die Summe all der Attribute wie Diensträume, Dienststellen, Dienstzeiten, Zuständigkeiten, Amtssprache, Akten, Diagnosen, Medikation, es sind all die vielen nonverbalen symbolischen Signale und Handlungen, die ausdrücken: »Du bist psychisch krank, du bist Patient, du kannst nicht für dich selbst sorgen!« Sie hinterlassen ihre lang wirksamen Spuren, versprechen das süße Gift Abhängigkeit und sind eindrucksvoller und faktischer als alle verbalen Appelle zur Selbständigkeit. Sie konstituieren dauerhafte Patientenrollen. Das Sein, konkret die Informationen über mich und den anderen, die mir zugänglich sind, bestimmt das Bewußtsein. Wer nur die Chance hat, sich in der Institution in der Rolle des Patienten zu erleben und so gesehen zu werden, den Behandler nur als Behandler zu erleben (statt als jemand, der z. B. Liebeskummer hat) und das in einer Situation,

die existentiell bedeutsam ist, der wird davon über diese Situation hinaus in seinem Selbstverständnis geprägt, und es bedürfte zahlreicher beeindruckender Gegeninformationen — die eine Institution bisherigen Stils nicht bieten kann — dieses Selbstbild wieder zu ändern.

Gleichwohl hat die Psychiatrie mit Versorgungssituationen zu tun, die sie jedoch tendenziell eher fortschreibt als aufbricht. Sie ist ja weniger ein Ort, wo Verrücktheit, Grenzüberschreitung in ihren schillernden, faszinierenden Facetten zu besichtigen ist, auch wenn diese Seite in künstlerisch-feuilletonistischen oder kulturkritischen, auch psychiatriekritischen Abhandlungen oft überwiegt. Vielmehr und viel weniger spektakulär ist sie ein Ort für die, die nicht selbst für sich sorgen können, nicht wollen oder nicht dürfen (letzteres, weil man sie für gefährlich gegenüber sich selbst oder anderen hält oder weil sie den Frieden ihrer Umgebung beeinträchtigen).

Interessanterweise hat sich auch die wissenschaftliche Entwicklung, die Theorienbildung über Entstehung und Behandlung psychiatrischer »Krankheits«-bilder verlagert, weg von den schwer oder kaum nachvollziehbaren, bizarren inhaltlichen Äußerungen hin zur kommunikativen, beziehungsmaßigigen Bedeutung des Verhaltens. Was einst als unverständliche Krankheit galt, später von den aufgeweckteren Kollegen als zumindest teilweise aktive Reaktion auf unerträgliche soziale Situationen verstanden wurde, ein Leiden, für das man Verständnis und Mitgefühl haben kann und muß, das ändert sich im Lichte der neueren familiendynamischen und systemtheoretischen/kommunikationstheoretischen Ansätze zu größerer Verantwortlichkeit des »Patienten«. Er ist Mitspieler in einem System, sein Verhalten ist Strategie gegenüber der Umwelt, umso gemeiner, als er der Umwelt etwas zufügt und sich dabei aus der Verantwortung stiehlt, seine Umgebung hilflos und handlungsunfähig macht. Das Opfer ist gleichzeitig auch Täter. Freilich geht es dabei auch um Leiden, wurde jemandem Gewalt angetan oder hat sich jemand für andere geopfert. Die Rollen jedoch verwischen sich, Ursache und Wirkung sind oft nicht mehr auszumachen. Es bleibt weiterhin sinnvoll und nötig, auf diese Situationen nicht nur jeweils individuell, sondern gesellschaftlich zu reagieren, Hilfen zur Verfügung zu stellen. Diejenigen des alten medizinisch-psychiatrischen Modells wie auch die meisten bisherigen sozialpsychiatrischen Angebote (diese wenn nicht mehr vom theoretischen Ansatz, so doch von der Organisationsform der Hilfe her) sind nach wie vor auf das scheinbar hilflose Opfer bezogen und halten es in dieser Haltung fest, spielen letztlich dabei mit, das reale zwischenmenschliche Geschehen zu mystifizieren, zu verschleiern. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der historische Fortschritt, die Irren aus den Ketten zu befreien und stattdessen krankzuschreiben, zumindest problematisch und eher als Durchgangsstadium zu betrachten, hin zu einem Modell, das Wege findet, ihnen die Verantwortlichkeit für ihr Verhalten wieder zurückzugeben. Ihre Befreiung aus dem Krankenhaus reicht

nicht aus, weil auch in der »Gemeinde« noch genügend Möglichkeiten wirksam sind, Patientenrollen zu schaffen.

In Berlin, wo es nun schon eine Reihe von sich sozialpsychiatrisch verstehenden Institutionen gibt, hat sich eine Klasse von Dauerpatienten herausentwickelt, von gut angepaßten Konsumenten dieses Systems. Sie sind mit den Einrichtungen vertraut, kennen die Mitarbeiter und kennen sich untereinander, wissen, daß sie gebraucht werden, haben ihre Sicherheit innerhalb des Systems — aber klar auf der Patientenseite. Manche »psychotische« Reaktion, die uns bekannt wird, weckt den Verdacht, daß sie zur eigenen Beruhigung dient. Ich bin ja noch krank, ich muß mich dem normalen Leben nicht aussetzen. Nicht selten korrespondiert der Zeitpunkt der »Psychose« mit der drohenden Gefahr, daß die Notwendigkeit der Frühberentung überprüft wird. Das Verhalten ist verständlich, denn die Perspektiven des Arbeitsmarktes sind nicht so doll, selbst und gerade wenn sich Arbeit finden sollte. Sollen wir uns damit zufrieden geben, dieses vergleichsweise angenehme Reservat geschaffen zu haben, oder geht die Herausforderung nicht weiter, zur Reduzierung statt Differenzierung psychiatrischer Situationen?

Dabei hat für dieses Ziel, die Entpsychiatisierung von Problemen, persönlichen Krisen und Lebensstilen, die Sozialpsychiatrie allerlei Ressourcen bereitgestellt: Sie hat, wie das Beispiel der Dauerpatienten auch zeigt, viel beigetragen, die Irren und ihre bedrohliche Andersartigkeit zu entdämonisieren — indem sie der »Gemeinde« näherrücken konnte (WGs, Kontaktstellen) und durch neue, allgemeinverständliche Konzepte dessen, was »psychische Krankheit« ausmacht (z. B. das Lehrbuch von Dörner/Plog). Aber sie hat ihr Geschäft zuwenig aus der Hand gegeben, zuwenig alltäglich, selbstverständlich, nicht so einfach, wie es möglich wäre, werden lassen. Stattdessen wird diese Chance zur Alltäglichkeit gefährdet durch eine aufgeblasene Aura von Wissenschaftlichkeit (Begleitforschung!), von Seriosität, Spezialistentum und Qualifikation, durch den ganzen Hokusfokus moderner Medizinmänner, vom überzüchteten Fachjargon über Medikamentenrituale hin zu all den vielen kleinen Machtattitüden. Das hilft Reputation und Existenz zu sichern, bewahrt die professionelle Distanz, aber verhindert die Reduzierung von Psychiatrie und psychiatrischer Mentalität.

Es wäre besser alles eine Nummer kleiner, banaler. Die »Patienten«, würden sie nicht wie rohe Eier und aus der persönlichen Distanz behandelt, sondern direkt und alltäglich angesprochen, kämen sich nicht mehr so bedeutungsvoll krank vor. Die Informationsvermittlung an die Betroffenen über das, was ihr Leiden ausmacht, eigentlich ein ideales Mittel zur Prävention und, sofern verstehbar dargeboten, Mittel, Subjekt des eigenen Erlebens zu werden, sich zu verstehen und nicht Angst vor sich zu haben — das scheint selbst in dem gescholtenen Psychoboom auf dem freien Thera-

piemarkt mit all seinen Schattenseiten besser zu funktionieren.

Gibt es denn nun andere Wege und Organisationsformen, die tatsächlich weniger psychiatrisch sind, ohne sich ihrerseits wieder zu verselbständigen, Apparat zu werden? Die kalifornische Lösung von Ronald Reagan, die Betroffenen einfach auf die Straße zu setzen, hilf dir selbst oder stirb, wird oft in Diskussionen als einzige und natürlich unakzeptable Alternative gegenüber den honorigen Anliegen der umfassenden Versorgung ins Feld geführt. Sollte unsere gemeinsame Phantasie wirklich so kläglich, so beschränkt sein? Freilich ist die Psychiatriekritik hierzulande nicht viel besser als ihr Gegenstand. Die meisten ihrer Varianten tragen eher dazu bei, daß sich nichts ändert. Entweder sie fordert die radikale Abschaffung der Psychiatrie und jeglichen professionellen Handelns und ignoriert in ihrem Schwarz-Weiß-/Opfer-Täter-Denken die Komplexität der realen Situation; oder sie begibt sich ins Reich der Begriffe und Ideen, tanzt den soziologischen Einschätzungswalzer, immer im Kreis herum — es ist ja noch nicht alles auf den Begriff gebracht, der Gesamtentwurf noch nicht in Sicht; oder sie richtet sich eine wohlgeleitene praktische Nische ein und tut dort, was sie für richtig hält und niemandem wehe.

Wir selbst haben in einer Reihe von Veranstaltungen den Versuch unternommen, über Grundzüge einer »Nicht-Psychiatrie« diskutieren zu lassen. Wenn wir beim Punkt Null beginnen könnten, wenn wir, ohne sofort die Probleme der aktuellen Realisierung, der politischen Durchsetzung und der Übergangsregelungen im Nacken zu spüren, ausmalen dürften: wie würde dann ein Netz von Orten aussehen, die den Problemen, für die bislang die Psychiatrie als zuständig galt, nach dem aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand besser gerecht werden können?

Wir haben dabei gelernt, wie schwer es ist, die Kritik an bestehenden gesellschaftlichen Mißständen umzusetzen in ein konkretes, positives und wirklichkeitsnahes Wunschbild. Eine der Diskussionen blieb ständig in der aktuellen Tristesse hänge, im hilflosen Disput, ob nun die schon existierenden Übergangswohnheime entscheidende und sinnvolle Einrichtungen zur Auflösung der Großkliniken wären; andere verzweigten sich in Spezialfragestellungen und Spezialinteressen der Diskutanten (z. B. die berechnete Überlegung, überall Orte für sanfte Geburten einzurichten, da mit einer herkömmlich-sterilen Kreißsaalgeburt das psychische Elend schon losginge) und fanden nicht mehr zur Ausgangsfrage zurück. Oder die Diskussionen erbrachten resignative, abstrakt reflektierende Gedankenspiele: die Psychiatrie abschaffen und dann in Ruhe mit ansehen, wie sich genau die bestehende Psychiatrie wieder etablieren würde — sie entspräche ja einem gesellschaftlichen Bedürfnis.

Als fruchtbarer, konkreter erwies sich schließlich ein Planspiel mit verteilten Rollen: Wie kann man in der »Gemeinde« mit einem störenden Verrückten umgehen, ohne ihn sofort aus dem Verkehr zu ziehen? Die da

in die Rollen der Familienmitglieder, Nachbarn, Kollegen, Presseleute und städtischen Beamten etc. geschlüpft waren, gingen danach immerhin betroffen und nachdenklich nach Hause; daran anzuknüpfen dürfte sich lohnen.

Unseren eigenen Diskussionsstand, unsere vorläufige Utopie und Gedanken über deren Implikationen möchte ich im folgenden skizzieren.

Quasi die Präambel, bisher schon immer angeklungen:

Die persönlichen und sozialen Probleme, die Ausgangspunkt professioneller Interventionen werden, dürfen nicht infolge dieser Interventionen von sachfremden, institutions- und systeminternen Interessen und Fragestellungen überlagert und verfälscht werden.

Was heißt das konkret? Es gilt, möglichst zu verhindern, daß jemand überhaupt in eine Situation gerät, wo ihm die Verantwortung für sich abgenommen wird, d. h. Krisenintervention, Krisenberatungsstellen rund um die Uhr, mit informellen Übernachtungsmöglichkeiten ohne Klinikcharakter, offen für alle Menschen in persönlichen Krisen, nicht speziell für bisherige Psychiatriefragestellungen. In diesen Zentren sollen die anstehenden Probleme inhaltlich erörtert werden (das geht gegen die Psychopharmaka) und zwar genau dann, bevor sie eskalieren. Das bedeutet: leichte Erreichbarkeit, Verzicht auf Anmeldung oder Aufnahmeprozenduren, auf Aktenführung und Datenerhebung, auf Amtsfunktionen und Amtscharakter. Weiterhin sollten diese Krisenteams bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen auch mobil vor Ort in den beteiligten sozialen Zusammenhängen aktiv werden können. Es ist klar, daß diese Einrichtungen nicht personenbezogen, sondern pauschal zu finanzieren sind. Zur inhaltlichen Seite: Würden dieselbe Menge Geldes und die gleichen gesellschaftlichen Ressourcen, die für Pharmakaforschung aufgewendet werden, bereitgestellt für Erforschung und Vermittlung von inhaltlich-thematisch bestimmten Kriseninterventionsstrategien, dann hätten wir längst Riesenschritte gemacht und schon viel mehr Zugangsmöglichkeiten auch zu den sogenannten schweren psychotischen Störungen gefunden. Wie sich das Verständnis menschlichen Verhaltens in den letzten drei Jahrzehnten entfaltet hat, verspricht noch viele Spielräume für weitere Entwicklungen in dieser Richtung. Doch ist Krisenintervention hier nicht als technische Funktionalität gemeint. Daß jemand dieser gemeinsamen Realität entfliehen will, durch »Ideen« oder indem er sich umbringt oder allmählich totsäuft, bleibt ja weiterhin menschliche Möglichkeit. »Brave new world«, wenn diese Schlupflöcher verstopft würden. Aber es gibt sicher noch viele humane und sinnvolle Reaktionen auf diese Verhaltensweisen zu entwickeln, die dem Betroffenen ermöglichen, klarere Entscheidungen für sich zu fällen. Die skizzierten Zentren wären dafür geeignete Orte, wenn dort das professionelle Engagement und eine flexible Organisation ermöglichen, sich bei Bedarf auch stunden- und tagelang mit einem Menschen aus-

einanderzusetzen und ihm zu begegnen, statt ihm nach 15 Minuten einen Wahn zu attestieren.

Sinnvoll für diese Krisenzentren wäre die Zusammenarbeit mit Wohngemeinschaften (auch diese bitte, sofern überhaupt betreuungsbedürftig, ohne personenbezogene Finanzierung), mit Hausgemeinschaften und sonstigen möglichst normal/verrückt-gemischten Wohnformen (z. B. auch die derzeit in Nordrhein-Westfalen erprobte Möglichkeit, ehemalige Psychiatriepatienten in Familien als Gast wohnen zu lassen). Diese Wohnformen können nötig sein, wenn es sich für jemand als sinnvoll erweist, eine Zeitlang seinen bisherigen sozialen Kontext zu verlassen, weil dort Konfliktlösungen z. Z. nicht möglich sind, oder sie empfehlen sich als eigenständige dauerhafte Lebensformen gegenüber unerträglicher Vereinzelung oder bloßer Verwahrung. Hauptkennzeichen auch hier: möglichst informell.

Neben den Krisenzentren für kurzfristige Interventionen schlagen wir aus präventiven, aber auch lustvollen Gründen Orte vor, die es ermöglichen, Auseinandersetzung mit sich, mit anderen, mit seinen Lebensproblemen zu lernen. Auch diese Orte sind nicht speziell für die bisherige Psychiatrieklientel gedacht, sondern für die Allgemeinheit. Denn Entfremdung von den anderen und von sich, von seinem Schmerz und seiner Lust ist ja ein gesellschaftliches Phänomen. Gestörte Kommunikation ist die Regel, nicht die Ausnahme, sie findet sich in Familien von Verrückten ebenso, nur weniger erfolgreich und angepaßt, wie an Stammtischen oder z. B. auf psychiatrischen Fachtagungen oder in politischen Gruppen. Daß es hier nicht darum geht, den Großen Therapeutischen Bruder zu inszenieren, der in jede Beziehungsauseinandersetzung schnüffelt oder in der Schule eintrichtert, wie man richtig kommuniziert und seinen Gefühls Haushalt steuert, versteht sich von selbst. Gedacht ist vielmehr an einen breiten gesellschaftlichen Prozeß. Schon heute kann man davon ausgehen, daß es in der Bevölkerung ein immenses Bedürfnis gibt nach Aufhebung von Entfremdung, welches bislang hauptsächlich im Psychoboom und dort dummerweise nach Kategorien des Marktes kanalisiert wird. Dies ist weniger ein Grund, sich empört abzuwenden, als einer, Phantasie für Alternativen, für bessere Orte zu entwickeln. (Auch die weitgehende Ablehnung von Therapie in der italienischen Psychiatrie bleibt eine defensive Strategie, wenn sie nur, verständlicherweise, nicht mehr dazu kommt, die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Lebensproblemen zu führen, mit seinen wie auch unbedingt mit den gesellschaftlich durchschnittlichen).

Therapie ist dabei nur eine sehr spezielle, sehr begrenzte Form dieser Auseinandersetzung. Und so sollten in den Kommunikationszentren Nachbarschaftsheimen, Begegnungsstätten, wo auch immer dieser individuelle und gesellschaftliche Prozeß stattfindet, eben auch viele andere Formen Platz finden: Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrungsangebote, Co-Counseling (gegenseitige Laienberatung), nicht zuletzt die Kultur des ein-

fachen, gleichberechtigten offenen Gesprächs. Denn auch hier gilt: Je näher am Alltag, desto besser. Den Alltag gilt es zwar zu verändern, bewußter und weniger entfremdet zu gestalten, aber es soll keine abgehobene Scheinrealität, keine heile Psychowelt an seine Stelle treten.

Viel weiter ist unsere Diskussion noch nicht gediehen. Das skizzierte Krisenzentrum oder Kommunikationszentrum ist ja die Idealform dessen, wofür wir selbst gerade mal in kleinen Ausschnitten bei uns die organisatorische Basis gelegt haben und nun geduldig weiterbauen müssen. Eine riesige Menge weiterer Fragen steht offen, und es gibt nur einige Ansätze von Antworten: z. B., was ist, unter obiger Präambel, zu tun, wenn jemand in seiner Verrücktheit sich und andere gefährdet? Die alternative Liste in Berlin hat in mühsamer Arbeit zusammen mit Irrenoffensive und dem Beschwerdezentrum Berlin einen Alternativentwurf, statt bloßer Ablehnung die positive Formulierung eines neuen »Psychisch-Kranken-Gesetzes« gewagt, das gegenüber den beängstigenden Entwürfen der etablierten Parteien dem einzelnen Betroffenen wesentlich mehr Rechte gibt und dennoch das Schutzbedürfnis der Allgemeinheit gebührend berücksichtigt (Unterbringungsdauer auf 7 Tage beschränkt). Breite Diskussion verdiente das Thema »Sinnvolle Arbeit für Menschen in und nach Krisen«, das natürlich die ganze Fragestellung nach sinnvoller, nicht entfremdeter Arbeit für alle mit nach sich zieht. Vage Antworten könnten sich aus den Erfahrungen der bestehenden Selbsthilfefirmen ableiten, wenn sich auch noch Wege fänden, wie die dort Beschäftigten sich »ihre« Firma auch aneignen und mitgestalten könnten; vage Hoffnungen bietet die Alternativbewegung.

Außerhalb unseres eigenen Erfahrungsbereichs (wir machen keine Hausbesuche) liegen all die Situationen, wo jemand Hilfsangebote nicht aufsuchen kann oder will, desgleichen die Übergänge zu somatischen Fragestellungen (Alkohol, Drogen, neurologische Fragen). Entsprechend kompetente Leute fänden auch hier sicher viel freies Terrain für Phantasie über neue Arten von Einrichtungen — wenn wir uns in der Zeit des relativen Roll-back nicht einfach bescheiden und das bisher erreichte mühsam zu erhalten suchen, sondern weiterdenken und ausformulieren, was wir für wünschenswert halten.

Aber nun endlich zur Neuansiedlung: Welche organisatorische Form der Einrichtungen und der Trägerschaft bietet sich an für das oben formulierte Ziel, leidenden Menschen und ihren Problemen möglichst pur, ohne bürokratische Überformung zu begegnen? Georg Bruns (s. o.) hat mit Verweis auf Max Weber und neuere organisationssoziologische Arbeiten deutliche und begründete Zweifel formuliert, daß die hierarchisch strukturierte staatliche Gesundheitsbürokratie den Aufgaben einer offenen, flexiblen sozialpsychiatrischen Arbeit gerecht werden könnten. Er verweist stattdessen auf das »human-relation«-Modell, das für Arbeitsbereiche sinnvoll und effektiv sei, die viel soziale Fertigkeiten und flexiblen Arbeits-

stil erforderten. Dieses Modell verlange aber eine Umschichtung der Behörden und die Einführung eines gleichwertigen Informations- und Kommunikationsflusses von unten und oben. Seine Skepsis, ob eine solche Verwaltungsreform realistisch sei, bewegt ihn zur Empfehlung, die ambulante gemeindenahe Arbeit freien Trägern anzuvertrauen und den Sozialpsychiatrischen Diensten, in geringerer personeller Besetzung nur noch im wesentlichen Hoheitsfunktionen zu überlassen.

Eine gründliche Überholung der hierarchischen Entscheidungs- und Kommunikationswege wäre den Verwaltungen und vor allem den Menschen darin durchaus zu gönnen. Da schließe ich mich Bruns an und teile auch seine Skepsis, ob das überhaupt geht. Hilfsangebote für Menschen in Krisen müssen woanders eingerichtet werden. Das mit den freien Trägern klingt mir zu allgemein. Die größeren und bekannteren davon erscheinen ja selbst schon reichlich verkrustet und unbeweglich, und auch die kleinen und neuen (und eben auch wir, die wir ganz anders sein wollten) unterliegen ständig dieser Gefahr, sobald sie sich einmal etabliert haben, sobald Routine einkehrt. Früher hieß das Allheilmittel permanente Revolution. Das Wort ist fast in Vergessenheit geraten, der Mensch braucht bekanntlich auch seine Sicherheiten. Eine Garantie gegen das Einrosten von ursprünglich verändernd gedachten Initiativen gibt es halt nicht, aber es ist möglich, Bedingungen zu schaffen, die es weniger wahrscheinlich machen.

Ich schlage vor: Selbstverwaltete und aus eigener Initiative der Mitarbeiter entstandene Teams, die sich für bestimmte gesellschaftliche Problemstellungen interessieren (z. B. Krisenarbeit) und kompetent fühlen, erklären sich bereit, diese Problemfelder in bestimmtem Umfang verantwortlich zu bearbeiten. Sie arbeiten mit anderen Teams, die verwandte oder inhaltlich benachbarte Themen behandeln, nach Bedarf zusammen, tauschen sich aus und bringen gemeinsam weitergehende politische Initiative zuwege, und zwar von unten her, aus der unmittelbaren Erfahrung dessen, was nötig ist (z. B. des Erlebnisses, daß öfter kurz vor Ende der Öffnungszeit einer Kontaktstelle Menschen in Krisen ankommen und auf Dauer nicht das persönliche Engagement der jeweiligen Mitarbeiter beansprucht werden soll; stattdessen wird eine weitergehende Lösung entwickelt, die Einrichtung eines nächtlichen Beratungsdienstes). Statt der abstrakten und formalen Lösung von oben (etwa der Enquete-Einteilung in Standardversorgungsgebiete), die wenig Leidenschaften zu entflammen vermag, also Verantwortlichkeit und das Problembewußtsein von unten. Es sind dafür natürlich andere Mitarbeiter erforderlich als solche mit Job-Mentalität, und es ist anzunehmen, daß in einer Situation mit solchen Gestaltungsmöglichkeiten wie im hier skizzierten Modell viel persönliche Kompetenz und viel Bereitschaft zur Verantwortlichkeit freigesetzt wird. Darüberhinaus ist persönliche Betroffenheit gefragt: als Motivation für diese Art von Arbeit und als Brücke zu dem Ratsuchenden, der ja kein Werkstück ist, das bear-

beitet wird, sondern bei seinem Gesprächspartner etwas anspricht an eigenem Erleben. Entsprechend sollte die eigenen Betroffenheit der Mitarbeiter nicht in Supervision oder Balint-Gruppen kanalisiert werden, sondern sich in Atmosphäre und Leben »ihrer« Einrichtung ausdrücken. Die Mitarbeiter füllen nicht Funktionen eines von ihnen losgelösten, ohne sie unverändert weiterbestehenden Amtes aus, sondern sie sind »ihr« Projekt, das vielleicht verschwindet, wenn sie nicht mehr das richtige Verhältnis dazu haben. »Das ist verantwortungslos! Das ganze System auf die persönliche Betroffenheit, auf das Interesse und die Erfahrung von unten her aufzubauen, kann doch nie erreichen, daß alle Zielgruppen und Arbeitsbereiche ausreichend und im richtigen Ausmaß abgedeckt werden!« Diese Angst, in manchen Diskussionen oder Beiträgen formuliert, scheint tief zu sitzen. Droht hier die Anarchie? Die Angst verwundert mich etwas angesichts der realen Kräfteverhältnisse. Die Planung von oben dominiert ja bisher unbestritten, und, sollte eines Tages die Initiative von unten genügend Platz und Gewicht gewonnen haben und sich erweisen, daß sie nicht ausreicht, dann mag es berechtigt sein, sich über Planung von oben her Gedanken zu machen. Aber jetzt, wo sich gerade zarte Ansätze von unten regen, die Entwicklung und ihre Konzepte gleich als bedrohlich zu erleben, zu bremsen und zu warnen, erscheint doch verfrüht. Gebt Gedankenfreiheit, Leute!

Gleichzeitig ist es natürlich vernünftig, kritisch zu beobachten, wohin die Entwicklung geht bei den Projekten, die heute schon nach ähnlichen Prinzipien arbeiten, und vor allem, was daraus durch staatliche Interventionen wird. Als Beispiel wieder die Berliner Situation, wo mit Gesundheits- und Sozialsenator Fink jemand medienwirksam neue Strukturen schafft, der offensichtlich das Biedenkopf'sche Gesellschaftsmodell aus den Oppositionszeiten der CDU in die Praxis umsetzt: Bekämpfung der Vereinzelung der Bürger und ihrer Ohnmachtsgefühle durch Aufbau neuer oder Wiederbelebung alter Netze von Nachbarschaftshilfe, von kleinen sozialen Einheiten, die überschaubar sind und der Anonymität entgegenwirken, vermittelt durch die Einrichtung von Sozialstationen, die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfezentren und indem ohne viel Berührungängste Initiativen von unten aufgegriffen und ins »Versorgungs«-System eingebunden werden (wie Z. B. unser Projekt die Funktion einer Kontaktstelle übernehmen soll, statt daß eigene staatliche Stellen aus dem Boden gestampft werden). Diese partielle Offenheit gerät alledings schnell an ihre Grenzen, etwa wenn in der Senatsplanung anklingt, daß innerhalb des Versorgungssystems unnützer Streit der verschiedenen Konzeptionen unerwünscht ist, daß vielmehr alle Beteiligten harmonisch zusammenwirken sollen: der Widerspenstigen Zähmung. So bekamen wir die ernstgemeinte Anregung zur Zusammenarbeit (»Anbindung«) zwischen unserem Krisendienst und der Kassenärztlichen Vereinigung, während wir diesen

Dienst doch im ausdrücklichen Gegensatz zu medizinisch-krankschreibenden Vorstellungen konzipiert hatten. Gegenüber diesem Einheitsbrei, der Konturen verwischt und Widersprüche zudecken soll, ist Auseinandersetzung und sind klare Positionen nötiger denn je.

Auch gegenüber der Selbsthilfebewegung, auf die der Senat mit seiner Finanzierung massiv und steuernd Einfluß nahm, ist es mit der Offenheit nicht weit her. Die Meta-Organisation, die sich der politisch aktive Teil der Bewegung wünschte, im Einklang mit den eigenen Vorstellungen von Dezentralisierung und Selbstverwaltung durch die Gruppen, hatte keine Chance. Jetzt bestimmt SEKIS, ein Wasserkopf nach herkömmlichem Organisationsmodell, in Sanatsnähe angesiedelt, das Bild und kanalisiert die Selbsthilfeidee.

Grundsätzliche Veränderungen waren also nicht möglich. Die übrige Politik der CDU (Wirtschaft, Wohnungsbau, Ordnungspolitik etc.) trägt natürlich weiterhin dazu bei, daß Menschen in ihren Konsumsilos vereinzeln, daß soziale Zusammenhänge zerrissen werden und das Ohnmachtsgefühl des Bürgers wächst und auch sein Konkurrenzverhalten. Somit bleiben die Fink'schen Reformen letztlich Reparaturen. Kosmetik, im Einzelfall wohlthuend, aber ohne die Vision einer tatsächlichen Umkehr. Die Projekte, die sich dennoch einbinden lassen bzw. Aufgaben übernehmen, um nicht außen vor zu bleiben, werden höllisch aufpassen müssen.

Aber: steht denn ein Netz von Projekten, wie ich es bisher angedeutet habe, in diese Hinsicht überhaupt besser da? Gibt es eine Vision, ein stimmiges gesellschaftliches Modell dahinter, einen politischen Hintergrund, der denselben Prinzipien entspricht und langfristig dafür sorgen würde, daß Menschen weniger isoliert, weniger konkurrierend, weniger von sich und der Natur entfremdet und weniger kaputt leben könnten?

Theoretisch ja: die bislang formulierten Gedanken sind gewachsen im Umfeld der Alternativbewegung, der undogmatischen Linken (bis zu den Spontis) und gehören zu den alternativen Versuchen in vielen Bereichen, von der Ablehnung der bestehenden Verhältnisse zu realistischen positiven Aussagen und Zielsetzungen und dafür passenden Strukturen zu kommen. Das bedeutet: Positive Aussagen und konkrete gelebte Projekte mit dem Ziel selbstbestimmter Arbeits- und Wohnverhältnisse, mit dem Ziel der Selbstbestimmung in Beziehungen zu anderen Menschen, des Aufbaus von stabilen und nicht einengenden sozialen Zusammenhängen im Kiez, in der Hausgemeinschaft (in den besetzten Häusern in Berlin fanden viele Menschen, die aus der Psychiatrie geflüchtet waren, Unterschlupf und Freiraum).

Praktisch ist das alles schwieriger und nicht so rosig. Im bürgerlichen / christlichen Lager ist es der brutale Egoismus der Marktwirtschaft, der weitergehende soziale Visionen nicht aufkommen läßt und Nächstenliebe und dergleichen nette Ideen immer wieder zur Bedeutungslosigkeit, zu blo-

ßen Feigenblättern degradiert. Bei Sozialdemokratie und Gewerkschaften ist es die grobe Vernachlässigung der ursprünglich blühenden Zusammenhänge (Genossenschaften, Konsumvereine) und die Hinwendung zur Einkommenssteigerung nach 1945, zur materiellen Absicherung, die eine befriedigende soziale Utopie bei ihnen nicht finden lassen. Die Alternativen schließlich sind in Gefahr, am Primat der Selbstentfaltung zu scheitern, an der Schwierigkeit, Selbstbestimmung und Einsatz für das eigene Umfeld, das die Basis für die Selbstentfaltung legen muß, auszubalancieren. Denn Spontaneität, Befreiung aus Zwängen und aus Fremdbestimmung, also die Ideen, die die Bürger gleichermaßen faszinieren wie in ihrer Sicherheit bedrohen und die die Alternativbewegung zeitweise so kometenhaft in die Medien aufsteigen ließen: sie brauchen zugleich langfristige Perspektive und persönliches Einstehen für die eigenen Ziele und für den sozialen Kontext, der den einzelnen trägt, will die Bewegung nicht bloße Welle, vorübergehende Zeiterscheinung bleiben.

Doch zurück zur Psychiatrie: Auf die Umgestaltung, Entinstitutionalisierung von Psychiatrie und die Neuansiedlung von psychosozialen Diensten bezogen heißt das: Persönliche Konsequenz, unter Umständen auch auf gesicherte BAT-Stellen verzichten, um lieber eigene Vorstellungen zu verwirklichen; sich in soziale Zusammenhänge einklinken, statt am Ende der Dienstzeit raus aus der Gemeinde ins streng getrennte Privatleben zu starten, Patienten in die Therapeutische Wohngemeinschaft zu schicken, die ihnen oft vom Lebensstil her fremd ist und mit ihrer Nähe ängstigt; sie zur Integration in die Gemeinde zu schicken und in Kontaktstellen zu locken, während die Betreuer keine Lust und Bereitschaft auf soziale Zugehörigkeit haben, wird letztlich nicht überzeugen.

Nach diesen Ausflügen in die Gesellschaftspolitik nochmal kurz zurück zu dem skizzierten Modell, zur Finanzierung. Die Finanzierung ist ja immer der entscheidende Ansatzpunkt für Einflußnahmen von »oben«. Idealerweise, um Einzelfallabrechnung und all die über Geld geregelten Rollenzuweisungen zu vermeiden, sollte dem jeweiligen Projekt eine fixe Pauschalsumme zur beliebigen, selbstbestimmten Verwendung zugewiesen werden. Neben dem Rechnungshof sollte dann aber auch den Benutzern der Einrichtung das Recht zustehen, die Wirtschaftsführung zu begutachten. Wer wird diese Gelder zuweisen, wer wird über die Vergabe entscheiden? In Berlin haben 1984 die meisten freien Drogenberatungsstellen nach längeren Querelen mit der Senatsverwaltung es vorgezogen, die Arbeit einzustellen, als ihnen mit dem Druckmittel der Stellenkürzung ein neues, unakzeptables Konzept aufgedrückt werden sollte. Dieses Beispiel steckt uns noch in den Knochen. Eine Mitbestimmung der Projekte ist unerlässlich, langfristig wäre sogar zu überlegen, ob sie nicht alleine über die Verteilung der vorhandenen Mittel aus der unmittelbaren praktischen Erfahrung heraus befinden sollten. Über alle möglichen rechtlichen Konstruktionen (Bei-

räte, öffentlich-rechtliche Organisationsformen, Mischfinanzierungen) wäre nachzudenken.

Wie können die skizzierten Veränderungen in Gang kommen?

Sie sind hier nur in groben Zügen angerissen und müßten sich prozeßhaft weiterentwickeln, durch neue Erfahrungen, neue Diskussionen, ohne vorgegebenes Schema. Daß sie wirklich werden, setzt zweierlei voraus: die Bereitschaft unter den in der Sozialpsychiatrie Tätigen, wieder mehr über den aktuellen Rahmen des Machbaren hinaus an das Wünschenswerte zu denken, den eigenen Erfahrungsbereich nicht mehr absolut, sondern bedingt zu sehen (einen »Patienten« kann man in der Klinik eben nur als Patient erleben) und sich von der Macht des Faktischen nicht länger die Phantasie blockieren zu lassen. Ideen, freie Gedanken, sind nach wie vor Veränderungspotential.

Die zweite Voraussetzung liegt in der Freude am Risiko, eigene Vorstellungen modellhaft und offensiv umzusetzen und nicht lange auf Erlaubnis oder Unterstützung zu warten. Selbst die bisherigen Finanzierungswege bieten dafür Nischen. Es reicht nicht, wie in jener vergangenen Aktion der DGSP, zu sagen: »Ich lehne die Verantwortung ab!«, sondern es ist Zeit, zu zeigen, wie die Utopie heute begonnen werden kann — bevor das Versorgungssystem uns selbst den Schneid abgekauft hat, die Droge BAT oder KR uns entmündigt.