



FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS  
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Edith Borchers

# **Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt?**

Menschenbilder und Werte im Wandel

Vorwort von Heiner Keupp



EDITH BORCHERS

# Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt?

Menschenbilder und Werte im Wandel





EDITH BORCHERS

# **Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt?**

Menschenbilder und Werte im Wandel

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

**Edith Borchers: Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt?  
Menschenbilder und Werte im Wandel.**

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2008 unter dem Titel »Spurensicherung im sozialpsychiatrischen Labyrinth. Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung« vom Department Psychologie, Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München als Dissertation angenommen.

ISBN-Print: 978-3-88414-483-1

ISBN-PDF: 978-3-88414-744-3

ISBN-ePub: 978-3-88414-844-0

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2009

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlages vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: p.o.l: kommunikation design, Köln

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch

FSC-zertifiziertes Papier verwendet:



<b>Vorwort von Heiner Keupp</b>	9
<b>Einleitung</b>	12
<b>Kapitel 1</b>	
<b>1 Psychiatrie – Einblicke</b>	16
1.1 Standortbestimmung	16
1.1.1 Klinische Psychiatrie	20
1.1.2 Antipsychiatrie	22
1.1.3 Sozialpsychiatrie	23
1.2 Porträtsammlung ausgewählter Repräsentantinnen und Repräsentanten der Psychiatriereform	31
1.2.1 Nationale Porträts	31
1.2.2 Internationale Einflüsse	34
1.3 Sozialpsychiatrisch-historisches Streiflicht	50
1.3.1 Die Zeit nach der Kapitulation bis Ende der 70er-Jahre	51
1.3.2 Positionierung der deutschen Reformbewegung	52
1.3.3 Psychiatrie-Enquête	56
1.3.4 Die 80er-Jahre, die Wende	57
1.3.5 Die 90er-Jahre	58
1.3.6 Ein Blick zurück	63
1.4 Annäherung an ein Menschenbild	65
<b>Kapitel 2</b>	
<b>2 Methodischer Bezugsrahmen</b>	68
2.1 Qualitative Forschung – eine Begründung	68
2.2 Erste Texte entstehen: die Datendokumentation	77
2.3 Die Auswertung im Prozess – weiteres Datenmaterial entsteht	79
2.4 Anonymisierung und Datenschutz	83
2.5 Beziehungsdynamik und Forschungsposition	84
2.6 Datenreduktion – das gezielte Sampling	88
2.7 Auswertungstechnische Stellenwerte zur Forschungspräsentation	91

## Kapitel 3

<b>3 2003 – Streiflichter und Gesprächsskizzen</b>	94
3.1 Porträtsammlung der Interviewpartnerinnen und -partner	94
3.1.1 Herr N. – <i>Der Grenzgänger</i>	94
3.1.2 Herr W. – <i>Vom linken Sozialromantiker oder Ein »Großvater« der Antipsychiatrie erzählt</i>	95
3.1.3 Frau H. – <i>Eine zerrissene Einzelkämpferin</i>	97
3.1.4 Herr T. – <i>Die Geschichte vom Schatzkästchen</i>	99
3.1.5 Herr S. – <i>Ein Mann in den besten Jahren</i>	101
3.1.6 Frau O. – <i>In die psychiatrische Szene hineingewachsen</i>	102
3.1.7 Frau B. – <i>Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin</i>	103
3.1.8 Herr F. – <i>Flüchten oder Standhalten</i>	104
3.1.9 Herr M. – <i>Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert</i>	106
3.2 Psychiatrie – eine »querbeet«-Sammlung	107

## Kapitel 4

<b>4 Werte und Menschenbilder</b>	110
4.1 Spurensicherung	110
4.2 Menschenbilder	111
4.2.1 Philosophische Dimension	111
4.2.2 Subjektive Relevanz des Menschseins	114
4.2.3 Gesundheit und soziale Verantwortung	121
4.2.4 Verlust von Selbstbestimmung beruflichen Handelns	124
4.2.5 Autonomie und Partizipation kontra Wertewandel	128
4.3 Wertewandel	136
4.3.1 Sozialpsychologische Reflexion gesellschaftlicher Veränderungen	136
4.3.2 Flexibilität als Baustein für eine berufliche Identität	140
4.3.3 Identitätskompetenz als Bedingung für Zukunftsfähigkeit	149
4.3.4 Normalität	154
4.3.5 Anpassung und Widerstandsformen im beruflichen Handeln	154
4.3.6 Identitätskonstruktion aus Anpassung und Widerstand	155
4.3.7 Nützlichkeit und Anerkennung beruflichen Handelns	160
4.4 Menschenbild – Klientenbild	162
4.4.1 Helfen als Beruf	162
4.4.2 Berufliche Identität mit Empowerment-Profil	168
4.4.3 Helfen in heißen Kulturen	173
4.4.4 Narrative Identität beruflichen Handelns	174
4.4.5 Berufliche Identität mit Kohärenz-Profil	180
4.4.6 Identität aus transkultureller Perspektive	186
4.4.7 Souveränität	189



4.5 Zusammenfassung	192
4.5.1 Werte und Menschenbilder	192
4.5.2 Ergebnissammlung der Interviewporträts	193

## **Kapitel 5**

<b>5 Resümee</b>	198
<b>Literatur</b>	202
<b>Danksagung</b>	209
<b>Anhang</b>	210
<b>Die Autorin</b>	216



## Vorwort

Die Feststellung, dass die Sozialpsychiatrie die Faszination, die sie in den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts auf viele junge ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, SoziologInnen und Pflegekräfte ausgeübt hatte, verloren hat, ist nicht gerade originell. Dafür sind die Fakten zu offensichtlich. Wo ist das bewegende Element dieser Aufbruchsphase geblieben? Was hat sich da verändert und warum hat sich die Entwicklung so vollzogen? Das Buch von Edith Borchers sucht hier nach Antworten.

Die Autorin ist seit vielen Jahren in der Psychiatrie tätig und ihr wurde zunehmend bewusst, dass in dem alltäglichen »muddling through« oft grenzwertiger Arbeitsbelastung immer weniger Ideen erkennbar sind, die dem eigenen Handeln einen sinnstiftenden Rahmen geben könnten. Diese Selbstbeobachtung führte zu den Fragen, ob das auch andere Akteure im sozialpsychiatrischen Feld ähnlich wahrnehmen und wenn ja, welche Gründe aus ihrer Sicht dafür verantwortlich sind. Auf der Basis intensiver qualitativer Interviews hat Edith Borchers solche Antworten eingeholt und zu einem differenzierten Bild der aktuellen sozialpsychiatrischen Landschaft zusammengesetzt.

Der Generation, die in den 60er- und 70er-Jahren die Psychiatriereform voranzutreiben versuchte, wird nicht selten der Vorwurf gemacht, sie hätte einen ideologischen oder utopischen »Überziehungskredit« genommen und idealistische Luftschlösser gebaut. Jetzt müsste man sich von solchen Fantasien verabschieden. Die »utopischen Energien« (Jürgen Habermas) der wohlfahrtsstaatlichen Reformära wären nur auf der Basis einer Illusion von unbegrenztem weiteren Wachstums möglich gewesen. Damit sei jetzt eben endgültig Schluss: Die öffentlichen Etats würden uns heute betriebswirtschaftlich abgesicherte realpolitische Lösungen abverlangen. Dem will ich gar nicht widersprechen, aber daraus folgt für mich nicht die Konsequenz, dass wir darauf verzichten müssten, weiterhin vor allem über inhaltliche Grundprinzipien einer menschenwürdigen psychosozialen Landschaft nachzudenken. Gerade weil die vorhandenen Ressourcen nicht mehr – wie in den 70er- und 80er-Jahren – in einem Umfang verfügbar sind, dass wir uns einen ungeplanten Wildwuchs leisten könnten, sind unverzichtbare inhaltliche Kernforderungen besonders dringlich, um einen vernünftigen Einsatz beschränkter Mittel garantieren zu können. Ich halte es für eine fatale Haltung im aktuellen politischen Feld, dass kaum mehr inhaltliche Ideen durch den allüberall vorgeschalteten Filter der Verbetriebswirtschaftlichung hindurchdringen und ich beobachte eine resignative Akzeptanz dieser Haltung. Eine fachlich gute

und den betroffenen Menschen gerecht werdende psychosoziale Versorgung braucht Ideen, von dem, was das sein könnte. Finden wir in den Werthaltungen und Menschenbildern berufstätiger Fachleute im psychosozialen Feld dafür noch Anhaltspunkte?

In ihrem Buch schafft Edith Borchers erst einmal einen historischen Rahmen für ihre Fragestellung. Sie gibt eine knappe Skizze der Geschichte der deutschen Psychiatrie und blickt vor allem auf die Themen, die im Zentrum der Reformbewegung hin zu einer sozialpsychiatrisch inspirierten Umgestaltung der psychosozialen Versorgungslandschaft standen. Sie zeigt, wie dringlich die Forderung einer qualitativen Veränderung der institutionellen Angebote für Menschen mit schweren psychischen Problemen in den späten 60er- und 70er-Jahren war. Sie zeigt auch auf, aus welchem internationalen Ideenpool sich die Reformbewegung in Deutschland gespeist hat. Sie bringt eine Porträtgalerie der wichtigen Persönlichkeiten der internationalen Reformerszene, die durch ihre eigene Praxis und durch ihre theoretischen Impulse zu wichtigen Anregern einer konsequenten Suche nach Alternativen wurden. Als ein wichtiger moralischer Impuls der deutschen Reformbewegung benennt Edith Borchers zu Recht die Auseinandersetzung mit der NS-Psychiatrie und ihrer Vernichtungsphilosophie gegenüber dem »lebensunwerten Leben«, zu dem auch sehr viele chronisch psychisch Kranke und geistige behinderte Menschen gehörten. Gerade dieses Thema hat die Frage nach den Basiswerten und den Menschenbildern des psychosozialen Handelns nachhaltig bestimmt.

Was haben die Interviews mit KollegInnen für Antworten ermöglicht? Anhand ausgewählter Interviewausschnitte und eingebettet in die geeigneten soziologischen, sozialpsychologischen und teilweise auch philosophischen Diskurse untersucht die Autorin die Menschenbilder und Werthaltungen engagierter Psychiatrieprofessioneller. In diesen spiegelt sich der teilweise dramatische gesellschaftliche Umbau hin zu einem neoliberal politisch und ideologisch gesteuerten System. Es wird sehr deutlich, dass die Befragten den Strukturwandel in der Gesellschaft und in ihrem beruflichen Handlungsfeld wahrnehmen, dass sie sich dazu positionieren müssen, ihren beruflichen Alltag, ihre HelferInnenidentität und die Lebenswelten ihrer KlientInnen immer wieder neu zu reflektieren haben. Das gelingt in ihrer Identitätsarbeit selten widerspruchsfrei, es gibt schleichende Anpassungs- und Demoralisierungsprozesse, aber auch widerständige Selbstpositionierungen. Sich in diesem widersprüchlichen und ambivalenten Handlungsfeld eine spezifische Grundhaltung zu bewahren, die sich in der sozialpsychiatrischen Reformbewegung herausgebildet hatte, erfordert offensichtlich intensive Reflexionsarbeit. Das ist angesichts der Dominanz der betriebswirtschaftlichen Vorgaben des modernen Gesundheitsmanagements nicht immer einfach.

Die Lektüre des von Edith Borchers vorgelegten Buches ist für alle älteren und jüngeren Anhänger des sozialpsychiatrischen Projektes gewinnbringend.

Edith Borchers macht ein differenziertes Reflexionsangebot, das dazu ermutigen kann, die teilweise sich angesichts scheinbar unausweichlicher Sachzwänge ausbreitende resignative Stummheit zu überwinden. Die neuen sozialpolitischen Diskurse, veränderte Arbeitsbedingungen und institutionelle Systemstrukturen im Feld der psychiatrischen Versorgung, die sich im Zuge der kapitalistischen Globalisierung im letzten Vierteljahrhundert herausgebildet haben, gehen an den professionellen Akteuren im Feld der Sozialpsychiatrie zwar nicht spurlos vorüber. Aber es besteht auch kein Grund, sich von den Reformzielen zu verabschieden, die einst die Reformbewegung in Gang gesetzt haben. Gerade angesichts der aktuellen Grundlagenkrise der globalen Ökonomie, die auch als Scheitern der Vertriebswirtschaftlichung des Sozialen anzusehen ist, ist es so wichtig, sich auf tragfähige Menschenbilder und Werte verlassen zu können.

*Im März 2009  
Heiner Keupp*

»Die Würde des Menschen ist unantastbar.  
Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung  
aller staatlichen Gewalt«  
(GG, Art. 1, Abs. 1).

## Einleitung

In der vorliegenden Studie reflektiere ich soziale Arbeit in der Psychiatrie unter den Vorgaben eines zunehmend instrumentalisierten Gesundheitssystems und nähere mich dem Thema aus einer anthropologischen Sichtweise. Im Kommentar zum oben genannten Artikel 1, Absatz 1 des Grundgesetzes ist nachzulesen, dass der Begriff der Menschenwürde im Sinne des Absatz 1 ein unbestimmter Rechtsbegriff ist. Sein Inhalt ist nicht absolut, sondern immer nur im konkreten Fall anzusehen. Der Begriff Menschenwürde ist auch von geistesgeschichtlichen Traditionen beeinflusst, jedoch ist er:

»auch wandlungsfähig (...) und zeitbedingt. Im Kern geht der Begriff davon aus, daß der Mensch als geistig-sittliches Wesen darauf angelegt ist, in Freiheit und Selbstbewußtsein sich selbst zu bestimmen und auf die Umwelt einzuwirken (...). Die Menschenwürde wird aber auch geprägt vom Menschenbild des GG, das den Menschen nicht als selbstherrliches Individuum, sondern als in der Gemeinschaft stehende und ihr vielfältig verpflichtete Persönlichkeit begreift« (SEIFERT & HÖMIG 1991<sup>4</sup>, S. 35).

Im *Hand-werks-buch Psychiatrie* bezieht sich Karl-Ernst Brill auf Artikel 2 des Grundgesetzes: »Die Freiheit der Person ist unverletzlich«, um die Respektierung der Grundrechte als Leitlinie psychiatrischen Handelns darzulegen (BRILL 1998, S. 106). Dem entgegen steht, dass die Würde und die Ehre eines Menschen vielfältig verletzt werden können, zum Beispiel in Form von »Verweigerung von Anerkennung und Respekt, durch den Verlust von Verortung und Zugehörigkeit, durch den verweigerten Zugang zu materieller Existenzsicherung auf einem Niveau, das Teilhabe an durchschnittlichen Standards des Wohnens, der Kultur und des Konsums verunmöglicht« (KEUPP 2004, S. 4). In seinem Artikel »Sozialpsychiatrie im gesellschaftlichen Gegenwind« entwarf Heiner Keupp 2004 in der Fachzeitschrift *Kerbe* ein gesellschaftliches Szenario, das bereits die dunklen Schatten des globalisierten Kapitalismus in unserer Gesellschaft beleuchtet.

In dieser Studie beschäftige ich mich mit Werten und Menschenbildern im Wandel der Gesundheitsversorgung am Beispiel des sozialpsychiatrischen Ver-

sorgungsnetzes. Mein Bestreben war, *Spuren zu sichern*. So lautete der ursprüngliche Titel dieser Arbeit: *Spurensicherung im sozialpsychiatrischen Labyrinth*. Das *Labyrinth* steht für mich als Bild für den Einzelnen in seinem Berufsalltag, inmitten von Arbeitsplatzwechseln, zunehmendem Arbeitspensum und einer sich dauernd verändernden Aufgabenvielfalt. Zu beobachten ist, dass die Einzelnen viel Einsatz leisten, um all das zu bewältigen. Doch hinter diesem dauerhaften »Viel-zu-Tun«-Phänomen im Berufsalltag scheint der Blick für die Sinnhaftigkeit dahinter, und somit etwas Wesentlichem, verstellt. Aus dieser Überlegung heraus reifte die Idee, meinem Eindruck nachzugehen und zu erkunden, was das bedeutet. Mein Forschungsinteresse war geweckt.

Ausgehend von ca. 40 Jahren Geschichte der Sozialpsychiatrie beziehe ich mich in Kapitel 1 auf historisch überlieferte Problemlagen der Psychiatriegeschichte. In der Nachkriegsgeschichte der Bundesrepublik setzte die Psychiatriereform in den 70er-Jahren etwas verspätet ein. Sie hatte zum Ziel, auch psychisch kranken Menschen ihr Recht auf Menschenwürde wiederzugeben und mit ihnen alternative Lebensformen zu konzipieren. Ein wesentlicher Impuls zur Reform war auch die Realität psychisch kranker Menschen, die bis in die 70er-Jahre hinein in den psychiatrischen Anstalten immer noch menschenunwürdigen Zuständen ausgeliefert waren. Dies zu verändern war eine unverzichtbare Notwendigkeit. Eine Lesezeitreise in Form von atmosphärischen Skizzen und Porträts aus den 70er-Jahren dokumentiert exemplarisch die sozialpsychiatrischen Anfänge, deren Ideen und Impulse die deutsche Psychiatrie-Reform beeinflussten. Der *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* (1975) ist die gesetzliche Grundlage für die unterschiedlichen Reformschritte und den Aufbau einer sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft. Neben dieser Versorgungsebene steht auch ein gesellschaftspolitischer Anspruch. Eine kritische Analyse nach 20 Jahren Psychiatrie-Enquête weist auf eine versäumte Strukturreform hin sowie auf die Problemseiten administrativ-technokratischer Arbeitsansätze, die das *Menschsein* im Berufsalltag zunehmend außer Acht lassen.

In Kapitel 2 beschreibe ich den methodischen Bezugsrahmen. Dabei orientierte ich mich an der lebensweltbezogenen Grounded Theory (Glaser/Strauss) und zeichne die einzelnen Schritte meines Forschungsprozesses nach.

In Kapitel 3 lernen die Leserinnen und Leser im Rahmen einer Porträtsammlung die ausgewählten Interviewpartnerinnen und -partner kennen, die alle im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz mitarbeiten.

Eingebettet in einen sozialpsychologisch reflexiven Diskurs stelle ich in Kapitel 4 die Forschungserkenntnisse aus den Interviews vor. Die Bearbeitung des Themas *Werte und Menschenbilder* erforderte ein geeignetes Ordnungsprinzip, um die einzelnen Interviews exemplarisch anhand der verschiedenen Diskurs-

ebenen und Perspektiven philosophischer, soziologischer, politischer, ökonomischer, psychologischer Art sowie subjektiv-perspektivisch darzustellen. Die hier vorliegende thematische Gestalt zeigt, wie sich der heutige Wertewandel auf die einzelnen Personen und ihre Tätigkeitsbereiche auswirkt. Im Sinne von Identitätskonstruktionen in Anlehnung an Heiner Keupp wird erkennbar, dass die Individuen verschiedene Anpassungsmuster mitbrachten, mit denen sie sich, je nach Motivation, Engagement und der eigenen Biografie, ihre beruflichen Anforderungen unterschiedlich aneigneten und diese bewältigten. Deutlich wird, dass sich ein Wertewandel vollzieht, der die Einzelnen sehr wohl beeinflusst, einschließlich dem Phänomen, dass ein junger Mensch heute ganz andere Kompetenzen braucht, um den Herausforderungen der Zukunft, zumindest beruflich, gewachsen zu sein. Ebenso zeige ich verschiedene Subjektperspektiven, die berufliches Gelingen dokumentieren.

Um die Hintergründe von *Menschenbildern* besser zu verstehen, war auch eine kritische Reflexion der Helferrolle erforderlich. Anhand der Frage, ob sich die persönlichen Wertvorstellungen der professionellen Helfer und ihre Wertvorstellungen den Klienten in der täglichen Berufspraxis gegenüber unterscheiden, eröffnete ich einen weiteren sozialpsychologisch-reflexiven Diskurs.

Kapitel 5 schließe ich mit einem Blick auf mögliche Identitätskompetenz ab.

## **Anmerkungen**

Diese Studie entstand ohne externe Auftraggeber und ohne fremde Finanzierung.

Im Umgang mit Nomen, die Frauen und Männer betreffen, folgte ich weitgehend der Schreibweise für beide Geschlechter. An einigen Stellen entschied ich mich, zugunsten der Lesefreundlichkeit davon abzuweichen. In Bezug auf die Zitierweise hielt ich mich an die Regel, die Original-Schreibweise der direkten Zitate beizubehalten. Bei der indirekten Zitation und im laufenden Textfluss richtete ich mich nach der aktuellen Rechtschreibung. Demzufolge ergibt sich daraus ein uneinheitliches Lesebild.

Die kritischen Leserinnen und Leser bitte ich diesbezüglich um Nachsicht.



## Kapitel 1

*»Man schrieb das Jahr drei nach 1968. Es war eine Zeit, in der – verbal – die Fetzen flogen, in der die Beteiligten einander nicht schonten, in der manche Verletzung gesetzt wurde, die offenbar auch drei Jahrzehnte danach noch schmerzt. Dessen ungeachtet kam es erstmals in der Bundesrepublik landesweit zu großflächigen Verbesserungen der Lage der psychisch Kranken. Wie immer man die Psychiatrieenquête und ihre Auswirkungen aus der Rückschau betrachten mag, für uns, die wir dabei gewesen sind, erschien es kaum glaublich, dass sich endlich, endlich etwas tun sollte.«*

(FINZEN 1999, S. 5)

# 1 Psychiatrie – Einblicke

## 1.1 Standortbestimmung

Was heißt *Psychiatrie* und was bedeutet sie?

Seit dem Altertum wecken Menschen, die wegen ihres von der Norm abweichenden Fühlens und Verhaltens in der Gemeinschaft auffallen, das besondere Interesse der Medizin. »Die Unzugänglichkeit der Kranken regte zu zahlreichen Spekulationen an: sie galten als göttlich inspiriert oder vom Teufel besessen, wurden teils idealisiert, teils verketzert.« (HARDTMANN 2005, S. 669)<sup>1</sup> Das Wort Psychiater setzt sich aus dem Griechischen *psyche* für »Seele« und *iatrós* für »Arzt« zusammen (WAHRIG 1997<sup>6</sup>, S. 990). In verschiedenen Lexika wird die Psychiatrie als Lehre seelischer Erkrankungen und ihrer Behandlung, als Seelenheilkunde, erklärt.

Als Sozialpädagogin interessiert mich die Frage, was Psychiatrie und Sozialpädagogik miteinander verbindet. Ernst von Kardorff sieht zwischen beiden Disziplinen einen engen Zusammenhang. Zum einen wegen des spezifisch sozialpädagogischen Tätigkeitskatalogs in der Psychiatrie, der sich aus »informieren, beraten, reflektieren, ermutigen, rehabilitieren, begleiten, vernetzen, stützen, planen, koordinieren, managen, nachsozialisieren« (VON KARDORFF 2001<sup>2</sup>, S. 1434)<sup>2</sup> zusammensetzen kann. Zum anderen resultiert für ihn die enge Verbindung

»auch aus dem *Doppelcharakter* psychischer Krankheit als einer Form gesellschaftlich stigmatisierter Abweichung von eingelebten alltäglichen Erwartungen und der vom psychisch kranken Menschen oft schmerzlich empfundenen Störungen seines Erlebens, Wahrnehmens, Denkens und des Scheiterns seiner Bemühungen, vertrauten Kontakt zu anderen Menschen und zur Welt aufrechtzuerhalten. Aus diesem »Ver-rücktsein« des psychisch kranken Menschen aus der gewohnten Normalität und den sozialen Reaktionen auf ihn ergeben sich die Aufgabenstellungen psychosozialer Rehabilitation, der es um eine möglichst weitgehende Integration psychisch kranker Menschen in ihr soziales Umfeld und den gesellschaftlichen

---

1 Gertrud Hardtmann war Professorin für Sozialpädagogik an der TU Berlin, Institut für Sozialpädagogik (mit den Schwerpunkten: *Krankheit, Psychiatrie, Suizid*).

2 Ernst von Kardorff, geb. 1950, studierte Psychologie, Soziologie und politische Wissenschaften, Philosophie und Völkerkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Promotion bei Prof. Dr. Gottwald, Prof. Dr. Keupp); heute ist er Professor für Soziologie der Rehabilitation, Berufliche Rehabilitation und Rehabilitationsrecht an der Humboldt-Universität Berlin.

Alltag geht sowie um Hilfestellungen, die psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen zu angemessenen und möglichst selbständigen Bewältigungsformen des Lebens mit der Krankheit und ihren Folgen zu befähigen. Dies erfordert ein Verständnis psychischer Krankheit und ihrer Auswirkungen auf Betroffene und Angehörige und setzt eine Kenntnis der historischen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung als Ausdruck des gesellschaftlichen Umgangs mit krankheitsbedingter sozialer Abweichung, einen Überblick über die gegenwärtige Struktur der psychiatrischen Versorgung sowie die daran anknüpfenden fachlichen und sozialpolitischen Diskussionen voraus« (ebd., S. 1434).

Daran anknüpfend beziehe ich mich weiter auf VON KARDORFF, der die Geschichte der Psychiatrie multiperspektivisch rekonstruiert. Er beschreibt sie erstens »als *Diskursgeschichte*, d. h. als Geschichte normativer gesellschaftlicher Redeweisen und Praktiken im Verhältnis von Normalität/Vernunft und Abweichung/Unvernunft« (ebd., S. 1435), zweitens »als *Wissenschafts- und Disziplinengeschichte* der Definitions-, Diagnose-, Erklärungs- und Behandlungsversuche des abnormen Seelenlebens und gestörter sozialer Beziehungen, des erkrankten Gehirns und seines Stoffwechsels oder konstitutioneller genetischer Faktoren durch die verschiedenen Disziplinen Psychiatrie, Pädagogik, Soziologie, Psychologie«, drittens »als *Institutionengeschichte* der gesellschaftlich organisierten Versorgung psychisch kranker Menschen in besonderen Einrichtungen und Diensten durch eigens dafür ausgebildete Berufsgruppen« und viertens »als *Alltagsgeschichte der ›Ver-rückten‹*, ihrer sozialen Lage, ihrer Ausgrenzung und Etikettierung, ihrer Behandlung in Institutionen der psychiatrischen Versorgung und der Armenfürsorge, aber auch als Geschichte ihrer Selbstbewusstwerdung in Selbsthilfegruppen und -organisationen« (ebd., S. 1435).

Als Standortbestimmung und Ausgangspunkt werfe ich zuerst einen Blick in die Psychiatriegeschichte.

Bereits im Mittelalter wurden in Europa die »Irren«, gemeinsam mit den »Armen«, von der Gesellschaft ausgeschlossen. »Der Irre taucht im Mittelalter zwar schon als Objekt städtischer Armen- und Gesundheitspflege auf, behält aber in dieser theozentrischen Welt dennoch seine Sonderstellung als Symbolfigur des Heils wie des Unheils, göttlicher Gnade wie göttlicher Prüfung und Strafe.« (BLASIUS 1980, S. 20).<sup>3</sup> Teilweise in ausbruchssicheren Türmen wurden die Irren außerhalb der Stadtmauern verwahrt, vereinzelt »hielt« man sie auch in besonderen Irrenzellen, meist in der Nachbarschaft städtischer Hospitäler (ebd., S. 20). In der Zeit des deutschen Absolutismus waren die Irren in der Behandlungsweise fast mit Verbrechern gleichgesetzt und wurden »von der Straße und damit aus

---

3 Dirk Blasius, 1941 geboren, studierte Geschichte, Germanistik und Philosophie. Er war seit 1974 Professor für Sozial- und Wirtschafts- und Rechtsgeschichte an der Universität Essen; 2006 wurde er emeritiert.

dem öffentlichen Bewußtsein verbannt und gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern, Landstreichern, Arbeitslosen, Dirnen, politisch Unliebsamen und Geschlechtskranken hinter Schloß und Riegel gebracht« (ebd., S. 21). Diese »Tollhäuser« waren gleichzeitig Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäuser.

Neben diesen Skizzen aus der psychiatrischen *Institutionengeschichte* setze ich mich auch mit Aspekten aus der *Wissenschafts- und Disziplinengeschichte* auseinander. Philippe Pinel und sein Schüler Jean Etienne Dominique Esquirol<sup>4</sup> vertreten die »Französische Schule«, eine wichtige Quelle der modernen Psychiatrie (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 59–62)<sup>5</sup>. In Frankreich befreite Pinel die Irren »von ihren Ketten«, »nachdem durch die französische Revolution die Menschenrechte als Gestaltungsnormen gesellschaftlicher Ordnung geschichtliche Anerkennung erlangt hatten« (BLASIUS 1980, S. 21). In Deutschland erarbeitete der Psychiater Wilhelm Griesinger<sup>6</sup> neue Standards medizinisch-psychiatrischer Fachbehandlung (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 64 f.). Er erkannte zum Beispiel die Bedeutung biologischer und psychodynamischer Wirkfaktoren bei psychischen Erkrankungen, die »Pluridimensionalität« (ebd., S. 72). Seine Forderung, geeignete psychiatrische Kliniken (in Berlin) zu etablieren, hatte auch kontroverse Diskussionen mit den Anstaltsdirektoren über die »Irrenversorgung« zur Folge (ebd., S. 68). In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der wissenschaftliche Austausch zwischen Deutschland und Frankreich gepflegt und Griesinger besuchte psychiatrische Spitäler in Paris. Eine Zusammenarbeit dieser Art wurde später durch den deutsch-französischen Krieg 1870/71 nachhaltig beeinträchtigt (ebd., S. 65). Schott und Tölle rühmen Griesingers psychiatrische Erkenntnisse als »Magna Charta der Psychiatrie«. Es lag ihm daran, die Lehre der Psychiatrie als

---

4 Zwischen Philippe Pinel (1745–1826) und Jean Etienne Dominique Esquirol (1772–1840) gibt es zahlreiche biografische Parallelen. Beide sind in Südfrankreich geboren, stammten aus Arztfamilien, beide sollten Theologen werden; sie studierten Medizin und wurden Psychiater. Pinel war Esquirols Lehrer, beide arbeiteten »an gleicher Stelle in den Pariser Spitälern« (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 62).

5 Dabei beziehe ich mich auf Schott und Tölle: *Geschichte der Psychiatrie* und Forster *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung* beziehungsweise auf die Psychiatriereformer selbst.

Heinz Schott, Medizinhistoriker, leitet das Medizinhistorische Institut an der Universität Bonn.

Rainer Tölle, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitete bis 1988 die Klinik für Psychiatrie an der Universität Münster und verfasste das *Lehrbuch Psychiatrie* (»der Tölle«).

6 Wilhelm Griesinger ist 1817 in Stuttgart geboren und 1868 in Berlin gestorben. Er studierte Innere Medizin und später auch Psychiatrie. Schon während seines Studiums lehnte er die »veraltete Medizin« ab und konzentrierte sich auf ein Umdenken der damaligen medizinischen Lehre und Praxis. Zwischen der Inneren Medizin und der Psychiatrie erkannte er immer wieder Zusammenhänge, die er weiter erforschte. Noch heute gelten seine Erkenntnisse für die moderne Psychiatrie als richtungsweisend (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 66–69).

Wissenschaft mit der psychiatrischen Praxis zu verbinden. Auch legte er seinen Studenten Mitgefühl ans Herz.

»Unterdrücken Sie die Seele und Bewegung nicht, die uns ergreift, wenn wir vor diesen Rätseln des Schicksals stehen, glauben Sie nicht, daß die menschliche Teilnahme erlöschen müsse, wo die wissenschaftliche Forschung beginnt. Weitgreifende Humanitätsfragen sind noch zu lösen auf dem Gebiete der Psychiatrie; die großen Gedanken kommen aus dem Herzen; besser, hilfreicher werden Kopf und Hand an diesem Werke arbeiten, wenn Sie sich ein warmes Gefühl für das Unglück bewahrt haben.« (GRIESINGER 1868/69 c, S. 150 f., zit. nach ebd., S. 70)

Neben diesem Fortschritt im Sinne der Humanität existierten in Deutschland auch andere Realitäten. »Die Landeskrankenhäuser als Symbole ›repressiver‹ Irrenbehandlung in der Geschichte stehen auch heute noch weitgehend für ein System *verwalteteten* und damit gesellschaftlich verdrängten *Wahnsinns*.« (BLASIUS 1980, S. 9) Blasius belegte historisch, dass die Irrenreform zu Beginn des 19. Jahrhunderts trotz Reformbereitschaft ihren bürokratischen Charakter der Irrenverwahrung beibehalten hatte (ebd., S. 21 f.). Die ersten Irrenhäuser und »die moderne Irrenfürsorge« kristallisierten sich heraus. Zwischen heilbaren und unheilbaren Kranken wurde unterschieden und entsprechend ge- oder behandelt. Und »der Irre verfiel einer gesellschaftlichen Rationalität, die Freiräume für Irrationales nicht mehr zuließ. Der ›Wahnsinn‹ wurde verwaltet und in Asylen zum Verschwinden gebracht« (ebd., S. 9).

So war die Psychiatrie von Beginn an von einem Ordnungsdispositiv bestimmt, das Grenzmarkierungen zwischen Normalität und Abweichung unter moralisch-normativen Vorgaben zu »bewachen« hatte. Auch die Vernaturwissenschaftlichung der Psychiatrie hat diese Funktion sozialer Kontrolle nicht überwunden. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts rang die Schulmedizin im Gegensatz zur Physik noch immer darum, als Naturwissenschaft anerkannt zu werden (DOSSEY 1987)<sup>7</sup>. Der Versuch der Verwissenschaftlichung der Psychiatrie, zur medizinischen Fachdisziplin, konnte die Normativität bei der Unterscheidung von *psychisch krank* und *gesund* nicht aufheben. Insofern ist die Diskussion über den Menschen, das Mensch-Sein und die Menschenwürde in der Medizin und in der Psychiatrie unverändert aktuell.

Die Naturwissenschaften folgen dem Prinzip der Vernunft, das »Objektivität«, Wertfreiheit und Neutralität betont. Psychiatrisches Handeln heißt, zwischen *Normalität* und *Abweichung* zu unterscheiden. Das, was unter *Normalität* und *Abweichung* verstanden wird, unterliegt zugleich dem Einfluss subjektiver Be-

---

<sup>7</sup> Larry Dossey, 1940 in Texas geboren, vergleicht in seinem Buch *Die Medizin von Raum und Zeit* die Medizin und Physik, die beide als naturwissenschaftliche Disziplinen gelten. Die Forschungserkenntnisse der Physik ließen viele Veränderungen und Wandel zu, eine Wissenschaftshaltung, die die biologische Medizin bislang nicht nachvollzogen habe.

wertung und gesellschaftlicher Ideologie. Insofern kann in diesem Fall nicht von Wertfreiheit die Rede sein. Dieser Handlungshintergrund wird vonseiten der Psychiatrie ignoriert, und in Form einer objektivistischen Haltung werden Begriffe von *Normalität* und *Abweichung*, zum Beispiel anhand von *Klassifizierungen psychischer Störungen*,<sup>8</sup> als absolut gesetzt. Der so eingenommene Objektivismus birgt die Gefahr, dass die ethische Reflexion psychiatrischen Handelns unterbleibt oder von gesellschaftlichen Ideologien vereinnahmt wird. Die Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus liefert hierfür ein dramatisches Beispiel.

Anhand meines Arbeitstitels und Leitfadens *Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung am Beispiel der Praxis sozialpsychiatrischer Einrichtungen* entwickelte ich die These: Politische Handlungsprinzipien, die immer stärker von einer marktradikalen Position bestimmt werden, führten in den letzten Jahren zu tief greifenden sozialpolitischen Veränderungen. Die Folge davon ist ein entscheidender Wertewandel. Im Rahmen dieser Studie untersuche ich, ob und wie sich ein gesellschaftlicher Wertewandel in der sozialpsychiatrischen Versorgungspraxis zeigt. Auf der Suche nach *Werten* und *Menschenbildern* im *Wandel* will ich zunächst anhand einer Auswahl von Zeitzeugnissen neben Fakten auch Atmosphärisches skizzieren.

### 1.1.1 Die klinische Psychiatrie

Letztlich gelang Emil Kraepelin<sup>9</sup> – Ende des 19. Jahrhunderts – der »Durchbruch«, die *klinische Psychiatrie* als anerkannte Disziplin in der Schulmedizin und in der Forschung zu etablieren.

»Vor allem wird uns die Beobachtung am Krankenbette eine möglichst umfassende und eingehende Kenntnis der klinischen Krankheitsformen zu liefern haben. Wir müssen zunächst durch sorgfältige Sammlung immer neuer Tatsachen einen vollständigen Überblick über den gesamten Erfahrungsstoff zu gewinnen suchen, den uns die Natur liefert.« (KRAEPELIN 1909, S. 3, zit. nach SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 116).

---

8 Derzeit gelten weltweit klinisch-diagnostische Leitlinien, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation im ICD 10, der *Internationalen Klassifizierung psychischer Störungen* herausgegeben wurden.

9 Emil Kraepelin, 1856 in Neustrelitz in Mecklenburg geboren, 1926 in München gestorben. Er studierte in Würzburg Medizin, gerne wäre er Psychologe geworden, aber die Laufbahn als Arzt erschien lukrativer. Auf die Erkenntnisse der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts (unter anderen Pinel, Equirol und Griesinger) zurückgreifend, entwickelte er diese in Forschung und Praxis weiter. Neben zahlreichen Veröffentlichungen verfasste er 1883 ein »Compendium der Psychiatrie«. Seit 1913 plante er »Die deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie«, die 1918 in München eröffnet wurde (SCHOTT & TÖLLE S. 118–119).

In der Praxis befasst sich die *klinische Psychiatrie* mit der diagnostischen und therapeutischen Arbeit am psychisch erkrankten Patienten. Kraepelins diagnostisch-nosologische Grundbegriffe gingen in die internationale Klassifikation (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ein und haben demnach schon seit hundert Jahren Gültigkeit. Dörner vergleicht diesen »wissenschaftsgeschichtlich ziemlich einmaligen Vorgang«, diese Konstante der Medizin mit dem Wandel physikalischer Grundbegriffe (DÖRNER et al. 2004<sup>2</sup>, S. 499 f.). Die Psychiatrie orientiert sich am »medizinischen Modell«, das Körper, Geist und Seele mechanistisch-funktional betrachtet und behandelt. Psychiatrisch Tätige sind darauf angewiesen, Menschen anhand ihres beobachtbaren Verhaltens wahrzunehmen und einzuschätzen. Diese subjektive Seite des Erkenntnisgewinns menschlichen Verhaltens in der Psychiatrie ist einseitig und demnach *ideologiefällig* (DÖRNER et al. 2004<sup>2</sup>, S. 500).

Die Psychiatrie bezieht sich auf biologistische Sichtweisen, kontrolliert gesellschaftliche Normen und übt damit normative Macht aus. In der forensischen Psychiatrie ist diese Seite besonders deutlich, da sie auch mit dem Strafrecht verknüpft ist. Die moderne Psychiatrie als medizinische Disziplin nimmt für sich in Anspruch, Menschen mit seelischen Erkrankungen genauso wie Menschen mit körperlichen Erkrankungen behandeln zu wollen und im besten Fall auch heilen zu können. Diese Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit wird unterschiedlich problematisiert. So schreibt David Cooper (vgl. Abschnitt 1.2.2), ein Vertreter der Antipsychiatrie, der Medizin eine sanktionierende Macht zu, die in der Psychiatrie dazu missbraucht wurde, Menschen, die sich nicht gesellschaftskonform verhalten, zu eliminieren:

»Die Medizin, obgleich stets oberklassenbewußt und muffig, ist ihrer Überlieferung nach liberal und human; sie stützt sich auf hohe Ideale und den Hippokratischen Eid. Und die Psychiatrie ist Teil der Medizin, wenn auch einige ihrer Praktiker begonnen haben, wider den Stachel zu löcken. Wir werden aber Gelegenheit haben, zu fragen, ob es angemessen ist, in dem Bereich menschlichen Verhaltens, mit dem es die Psychiatrie zu tun hat, die Dinge medizinisch oder pseudo-medizinisch zu betrachten und entsprechend zu handeln. Ja, wir werden sogar das Argument zu erwägen haben, das besagt, daß die Psychiatrie auf einem wichtigen Gebiet ihres Wirkungsfeldes insgesamt zur systematischen Zerstörung einer großen Gruppe von Menschen beigetragen hat.« (COOPER 1967, S. 9 f.)

### 1.1.2 Antipsychiatrie

Asmus Finzen berichtet über die Antipsychiatrie aus seiner sozialpsychiatrischen Sicht:

»Sie üben Kritik nicht nur an der Psychopathologie Kurt SCHNEIDERS, wie wir. Sie tun FREUD als bloßen Bourgeois ab. Sie identifizieren sich mit der radikalen Infragestellung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs durch den Engländer Ronald Laing und seine Schüler oder durch den Amerikaner Thomas SZASZ. Sie wissen – leider viel besser als die meisten Psychiater in unserem Lande –, was sich in David COOPERS Villa 21 in Shenley Hospital abgespielt hat: Die weitgehende Aufhebung der Aufgabenverteilung und damit der Grenzen zwischen Behandelnden und Behandelten, die radikale Abkehr von der psychiatrischen Arbeit, wie wir sie betreiben, auch wenn wir uns als progressiv verstehen; – für COOPER ein antipsychiatrisches Experiment; für das beteiligte therapeutische Personal eine extreme Belastung; für Shenley Hospital, ein psychiatrisches Großkrankenhaus in der Nähe von London, ein Trauma, das in gleicher Weise zu neuen Impulsen und heftiger Gegenreaktion geführt hat; für die etablierte Psychiatrie eine schwere Provokation.« (FINZEN 1995, S. 117)<sup>10</sup>

Vor allem in der Zeit zwischen 1965–1975 kritisierten die Vertreter der Antipsychiatrie die bestehenden menschenunwürdigen, desolaten und schlimmen Zustände der psychiatrischen Anstalten. Sie prangerten Missstände, Fehlentwicklungen und Einseitigkeiten an. Mehr mit gesellschaftskritischen und politischen als mit psychiatrischen Argumenten stellten sie die Psychiatrie radikal und vehement infrage (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 206).

»Begründete Kritik an der damaligen Psychiatrie und antipsychiatrische Thesen, die psychisches Kranksein und Psychiatrie an sich in Frage stellten, waren in den bewegten Jahren um 1970 schwer voneinander zu unterscheiden, da sich die Motivationen und Zielrichtungen zum Teil überschneiden. Der Antipsychiatrie zugerechnet wurden mehrere seinerzeit viel diskutierte Autoren, die retrospektiv eher als konstruktive Kritiker gesehen werden. Zu ihnen gehören J. Foudraine, D.L. Rosenhan, F. Basaglia (...) und E. Goffman.« (ebd., S. 207)

Auch von konservativer Seite aus wird der *Antipsychiatrie* retrospektiv – zumindest teilweise – Anerkennung gezollt, obwohl sie vor allem in der klinischen Szene, früher und heute, eher abgelehnt wird. Die traditionelle Psychiatrie sah

---

<sup>10</sup> Die Villa 21 war eine Station, räumlich getrennt in einer Villa, innerhalb des 2000 Betten großen Shenley Hospital, einem psychiatrischen Großkrankenhaus. Die Villa bot 19 (meist jungen) schizophreiekranken Patienten ein beschütztes Setting, in dem sie – auch entgegen manchen Krankenhausregeln – mitbestimmen und im Rahmen ihrer Behandlung Mitverantwortung übernehmen konnten. Besonders beachtete Cooper affektive Krisen, die Bedeutung der Institution Familie und die institutionellen hierarchischen Krankenhausregeln, die sich für eine geeignete Therapie oft als kontraproduktiv erwiesen hatten (OBIOLS 1978, S. 50).



die Anti- und Sozialpsychiatrie als Gegenbewegung und somit als Bedrohung, die sie glaubte bekämpfen zu müssen. Einige ihrer Impulse wurden gleichwohl aufgenommen und sind inzwischen in das herkömmliche Behandlungskonzept<sup>11</sup> mit eingeflossen. In diesem Sinne ist diese nachträgliche Anerkennung für die Antipsychiatrie vielleicht ein kleiner Erfolg.

### 1.1.3 Sozialpsychiatrie

#### Definitionen

Im Handbuch *Psychologische Grundbegriffe* erklärt Heiner Keupp den Begriff *Sozialpsychiatrie* als

»Oberbegriff einer normativ orientierten psychosozialen Praxis, die Menschen mit schweren psychischen Problemen in den gesellschaftlichen Alltag zu integrieren versucht. Sie reagiert vor allem auf eine psychiatrische Internierungspraxis, die Menschen aus ihrer alltagsweltlichen Verortung herauslöst und sie in einer Sonderinstitution verwahrt. Einer dominanten biomedizinischen Sicht psychischer Störungen wird eine alternative Sicht entgegengesetzt, die in den alltäglichen Lebensbedingungen der Subjekte die Gründe für ihre Verstörungen und Verrücktheiten sieht« (KEUPP 1998, S. 581).

Ernst von Kardorff kategorisiert die *Sozialpsychiatrie* auch als *Spezialdisziplin* mit *fachlichen Konzepten zur wissenschaftlichen Erprobung* und *praktischen Umsetzung* (VON KARDORFF 2001<sup>2</sup>, S. 1438). Diese Konzepte betreffen Planung und Organisation bedarfsbezogener und zielgruppengerechter Versorgungsstrukturen, die gleichzeitig Erkenntnisse aus »sozialepidemiologischen Studien zu Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen« berücksichtigen (ebd., S. 1438). Und noch einmal kommt Keupp zu Wort: Für ihn bedeutet sozialpsychiatrisches Arbeiten, Rahmenbedingungen zu schaffen, die hilfebedarfsgerecht ausgerichtete Versorgungsstrukturen entwickeln, die sowohl von den Betroffenen als auch von deren Angehörigen akzeptiert werden können, weil sie lebensweltgerecht passen. Am meisten profitiert eine gemeindepsychologische Orientierung von Ergebnissen und Theorien der Sozialpädagogik, der Sozialpsychiatrie, der Sozialepidemiologie, der Devianzforschung, der Medizinsoziologie, der Verwaltungssoziologie, der Stadt- und Architektursoziologie und der Sozialpolitikforschung« (KEUPP 1982, S. 17).

Was unterscheidet bei genauer Betrachtung die beiden Begriffe Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie voneinander? Meines Erachtens werden die beiden

---

<sup>11</sup> Dazu gehören zum Beispiel: die Integration des sozialen Umfelds und der Selbsthilfebewegung, die Miteinbeziehung von Angehörigen, eine adäquate Medikation, Anspruch auf berufliche Perspektiven, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Begriffe in der Fachliteratur weitgehend synonym verwendet. Ich erkenne zwei mögliche Blickwinkel. Zum einen die klinische Perspektive der Sozialpsychiatrie, die von »innen« nach »außen« schaut, mit einem Behandlungskonzept, das das soziale Umfeld miteinbezieht. Zum anderen die Gemeindepsychologie, die sich auf ihren gesellschaftlichen Auftrag konzentriert. Sie bleibt in der Gemeinde verortet. Im umgekehrten Fall, wenn akuter Behandlungsbedarf vonseiten ihrer Klientel eintritt, ist sie an einer gelingenden Kooperation mit der psychiatrischen Klinik interessiert.

Zur Sozialpsychiatrie gehört auch die *transkulturelle Psychiatrie*. Sie berücksichtigt die »Kulturspezifität von psychischen Störungen und die kulturgebundene symptomatische Ausprägung bestimmter Störungsformen« als »weiteren Ansatzpunkt für die Integration sozialwissenschaftlicher Forschung – vor allem von kulturanthropologischen Untersuchungsmethoden und -ergebnissen« (KEUPP 1972, S. 3), die in die psychiatrische Arbeit miteinfließen. Die *transkulturelle Psychiatrie* interessiert sich für Menschen und Kulturen anderer Völker und Nationen, die im Vergleich zur »heimatlichen Situation« betrachtet werden können.<sup>12</sup>

#### Theorie und Forschungserkenntnisse

Die wichtigsten Merkmale der Sozialpsychiatrie beziehen sich auf Forschungserkenntnisse aus theoretischen und empirischen Studien. Allen voran wird meist Goffman (vgl. 1.2.2) genannt, der das extreme *Ungleichgewicht zwischen der Macht einer Institution und dem Einzelnen* aufdeckte.

Rudolf Forster<sup>13</sup> beschreibt Goffmans *totale Institution* als psychiatriekritisches und einflussreichstes Konzept eines professionell-institutionellen Managements von psychisch Kranken (und anderen Abweichenden) (FORSTER 1997, S. 111).

»Goffmans Hauptinteresse gilt dabei dem gesellschaftlichen ›Quasi-Experiment‹, Identitäten (zwangsweise) zu verändern bzw. neu zu erzeugen, und den Möglichkeiten, Reste früherer Identität zu erhalten. Dabei liegt der Fokus nicht so sehr auf einer interaktiven Ebene, sondern auf dem gesamten, komplexen institutionellen »setting«. In Goffmans Darstellung beruht die Totalität einer Institution vor allem auf drei Elementen: Einer scharfen Grenzziehung zur Außenwelt, durch die die Insassen von den Grundlagen ihrer bisherigen Identität abgeschnitten werden;

12 Die *transkulturelle Psychiatrie* richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Unterschiedlichkeiten anderer Völker und Kulturen. Diesen Aspekt auf Personen übertragen, könnte lauten: »im Unterschied zu den anderen«. Diesen Aspekt werde ich später im Rahmen dieser Studie auf Herrn M. (vgl. Kap. 3, Abschnitt 3.1.9 und Kap. 4, Abschnitte 4.4.6 und 4.4.7), einen Mann, der einem alternativen Berufsweg folgte, übertragen.

13 Rudolf Forster ist Professor für Soziologie an der Universität Wien, seine Schwerpunkte sind Medizinsoziologie, Sachwalterrecht (= Betreuungsrecht in der BRD) und empirische Sozialforschung.

einer rigorosen Trennlinie zwischen ohnmächtigen Insassen und dem über alle Sanktionen verfügenden Personal; und der Aufhebung aller sonst getrennten Lebensbereiche verbunden mit einer durchgängigen Reglementierung der gesamten Lebensvollzüge. Die totale Institution ist übermächtig. Gegen sie können sich die Insassen bestenfalls mit kleinen Gesten des »Unterlebens« behaupten, mit Formen »sekundärer Anpassung«, die doch immer auf die Funktionslogik der Institution bezogen bleiben« (ebd., S. 111).

Forster bewertet Goffmans Analyse der *totalen Institution* als einen wichtigen Beleg für die Perspektive des *Labeling-Ansatzes*. Exemplarisch wird gezeigt, dass sich die Insassen der totalen Institution mit ihren Regeln absolut anpassen und unterordnen müssen. Das Personal wiederum ist dazu verpflichtet, seine Aufgaben den Regeln der Institution entsprechend zu erfüllen, es kann sich der Funktionalität der Institution im Normalfall nicht entziehen.

Aufgrund der *Labeling-Theorien* konnte ein weiteres alternatives Verständnis von psychischen Erkrankungen entwickelt werden, da es eine defizitorientierte Seite zeigt, die in eine ressourcenorientierte Richtung gelenkt werden könnte.

»Vom *Labeling-Ansatz* wurde (...) vor allem auf zwei Aspekte hingewiesen. Erstens erhöht sich mit der Einschaltung von Ärzten die Wahrscheinlichkeit, daß residuale Regelverletzungen als psychische Störungen definiert werden, deutlich. Denn die Wahrnehmung von Psychiatern ist – so das Ergebnis mehrerer empirischer Untersuchungen von Scheff – infolge ihrer beruflichen Sozialisation sowie aufgrund struktureller Voraussetzungen ihrer Tätigkeit wie die anderer Ärzte auch von der Regel geleitet: »Im Zweifelsfall die Krankheit annehmen«. Ärzte neigen also eher dazu, Krankheiten zu diagnostizieren, wo die Anzeichen dafür vage oder nicht gegeben sind, als sie umgekehrt nicht zu diagnostizieren, wenn es »harte« Hinweise auf ihre Bestehen gibt (Scheff 1973/1966, 89 ff.). (...) Mit einer einmal erfolgten Diagnostizierung als »psychisch krank« durch einen psychiatrischen Experten steigt sodann die Chance, daß künftige residuale Regelverletzungen als Symptome psychischer Krankheit wahrgenommen werden.<sup>153, 14</sup> Zweitens (...): Alles, was mit der als psychisch krank diagnostizierten Person weiter passiert, kann potentiell als Therapie definiert werden.« (ebd., S. 110)

Auch Keupp diskutiert das »medizinische Modell«, das zu einer medizinischen Kompetenz führt und schließlich die Schaffung medizinisch geführter Institutionen legitimiert. »Die medizinische Metapher verschleiert, daß hier soziale Probleme

---

14 Im Original vermerkt mit der *Fußnote 153* zum *Rosenhan-Experiment*: »in dem eine Reihe von Pseudo-Patienten unter Vortäuschung psychotischer Symptome mit der vorläufigen Diagnose »Schizophrenie« als Patienten in psychiatrischen Anstalten aufgenommen wurden. Ab der Aufnahme verhielten sich die angeblichen Patienten wieder »normal«. Sie blieben im Durchschnitt etwa 20 Tage hospitalisiert; ihre Entlassungsdiagnose blieb in allen Fällen unverändert; und eine Reihe von Verhaltensweisen während des Aufenthalts wurde vom Personal als Ausdruck der angenommenen Krankheit interpretiert« (ROSENHAN 1973, zit. nach FORSTER 1997, S. 110).

me medizinisch verwaltet werden, und daß psychiatrische Kliniken die Funktion sozialer Kontrolle abweichender Verhaltensweisen zu erfüllen haben.« (KEUPP 1972, S. 99) Eine Person mit dem Etikett »psychisch krank« gilt als stigmatisiert und muss sich den entsprechenden Konsequenzen stellen, sei es in Form von antiquierten, unmenschlichen Behandlungsmethoden oder sozialer Verwaltung. Diese Behandlungskette wiederum ist erneut von Stigmatisierung begleitet. Der definierte Normbegriff und die Etikettierung (Stigma) werden einander gegenübergestellt. Als Gegensatzpaare werden: normal und abnorm beziehungsweise gut und böse genannt, womit sich »die Grenzen zwischen Krankheit und Sünde« verwischen (ebd., S. 99).

Diese Dichotomie findet sich wieder in: *Irren ist menschlich*, dem »Vorzeigewerk« der Sozialpsychiatrie von Ursula Plog und Klaus Dörner. Die beiden Verfasser erinnern, dass die:

»... Psychiatrie ein Ort ist, wo der Mensch besonders menschlich ist; d. h., wo die Widersprüchlichkeit des Menschen oft nicht auflösbar, die Spannung auszuleben ist: so das Unmenschliche und Übermenschliche, das Banale und Einmalige, Oberfläche und Abgrund, das Kranke und Böse, Weinen und Lachen, Leben und Tod, Schmerz und Glück, das Sich-Verstellen und Sich-Wahrmachen, das Sich-Verirren und Sich-Finden. Die Frage ›Was ist ein psychisch Kranker?‹ ist fast so allgemein wie die Frage ›Was ist ein Mensch?‹.« (DÖRNER & PLOG 1996, S. 12)

Diese Fragen und Gegensätze markieren eine offene Haltung, die einen suchenden Zugang zum beruflichen Handeln in der Psychiatrie ermöglicht. Die Wahrnehmung zwischen »sich und den Anderen« wurde bei Dörner und Plog in den Mittelpunkt des »psychiatrisch Tätigseins« gestellt. Neu war auch der veränderte Ansatz, mit dem Dörner und Plog den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Psychiatrie begegnen. Bewusst wollen sie die Hierarchie zwischen den Berufsgruppen in einem Krankenhausbetrieb entschärfen, gleichwohl das Spezifische der jeweiligen Berufsgruppe im Team als Arbeitsgemeinschaft berücksichtigen. Unabhängig von ihrer Grundprofession bezeichnen sie die Mitarbeiter als »Der sich und Anderen helfende Mensch (der psychiatrisch Tätige)« (ebd., S. 25).

Vor allem in der ersten Auflage von *Irren ist menschlich* (1978) ist die kritische Wahrnehmung bei der Begegnung mit den Patienten und seinem gesamten sozialen Umfeld für die Verfasser wesentlich. Dörner und Plog formulieren ihre Idee einer selbstreflexiven Arbeitshaltung im Team:

»Beim Team in der Psychiatrie ist die Leistung und das Produkt anders als beim Team einer Marketing-Firma. Das Produkt in der Psychiatrie ist der Mensch, der – wie auch das Team-Mitglied selbst – besseren Kontakt zu sich, seinem Körper und seinen Sinnen, zu seinen Mitmenschen und zu seiner Umwelt gewinnen soll. Diesem Produkt kann man sich sicher annähern. Aber dies gelingt besser, wenn das Team ein gutes Modell nicht nur für Wissen, sondern vor allem für Gefühle ist. Bei solcher Zielsetzung sind Patienten gewissermaßen als Team-Mitglieder gegenwär-

tig: Denn jedes Gefühl, das in Patienten auftaucht, ist auch in jedem Teammitglied möglich, und so ist die Sensibilisierung für mich selbst gleich Sensibilisierung für den Patienten. Selbstwahrnehmung wird nicht durch eine Haltung erreicht, in der ich Erlebnisweisen beobachtend kategorisiere, also aus mir heraushalte, von mir weg, als Sache behandle.« (DÖRNER & PLOG 1978, S. 30)

In den weiteren Auflagen berücksichtigten sie auch soziologische Perspektiven, die beständige Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft, die wiederum im Veränderungsprozess ist. In der Fassung von 1984 nahmen sie von der früheren »sentimentalen Soße« Abstand, räumten ein, dass sich auf dem psychiatrischen Arbeitsfeld auch Gegner gegenüberstehen.

»In der Begegnung begegnen sich *Gegner*, die von ihrer Unterschiedlichkeit leben, damit nicht Pseudo-Freunde enttäuscht zu vernichtenden Feinden werden. Die Aussage ›Ich verstehe dich‹ ist affektlogisch unmöglich, erniedrigt ›Dich‹ zum Objekt. Statt dessen: Eine Beziehung wird dadurch zur Begegnung, daß beide *sich selbst* aneinander besser verstehen. (...) Es ist zugleich beschämend und tröstend, wenn ausgerechnet die sogenannten exakten Naturwissenschaften der Psychiatrie vormachen (...), daß *jede* Wissenschaft aus harten und weichen Daten, aus Mathematik und Dichtung besteht, daß aus dem Monolog ein Dialog mit der Natur zu werden hat, daß der Gegensatz zwischen Natur- und Geisteswissenschaft aus dem 19. Jahrhundert aufgehoben ist; denn das in der klassischen Wissenschaft Ausgegrenzte (der Kontext von etwas, die Randbereiche, das Ungeordnete, Nicht-Gerichtete, Unstabile, Schwankende, Störende, Verzweigende, Selbstorganisierte, Unkontrollierbare, unerwartete Entropie, Subjektivität, Freiheit, Geschichte, Zufall usw.) gehört genauso zur Wirklichkeit wie das, was man zuvor daraus isoliert und dadurch auf allzu einfache Gesetze getrimmt hat. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind nicht dasselbe – weder für das Atom, noch für den Stein, für den Menschen, die Familie, die Gesellschaft, den Kosmos.« (DÖRNER & PLOG 1996, S. 13f.).

Mit dieser weiteren Perspektive wollen Dörner und Plog jede psychische Störung nur im Rahmen der Gesamtbiografie sehen. Ich lese aus den Zeilen auch eine anthropologische Seite des professionellen Handelns in der Psychiatrie. Mögliche Problemlagen betroffener Einzelner (konkret patientenorientiert) werden gesamtbiografisch und in einem immer größer werdenden Umfeld eingebettet betrachtet. Dörner und Plog folgen den eigenen Veränderungen, Erfahrungen und Erkenntnissen, die sie öffentlich benennen und in ihre Arbeitshaltung integrieren. Diese Richtung zeigen sie in der folgenden überarbeiteten Auflage (2002). Anhand der Auseinandersetzung mit der Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus in den 80er-Jahren wurde das Extrem eines »Nützlichkeitsdenkens« bewusst:

»... wenn wir jetzt 2002 (...) eine weitere Umarbeitung unseres Buches vorlegen (...) haben wir eine höchst beunruhigende und gefährliche neue Bewegung weltweit zu registrieren, die es wieder erlaubt, vom ›lebensunwerten Leben‹ zu reden

und die ebenfalls mit einer Nützlichkeitsphilosophie (Utilitarismus) das Lebensrecht von Behinderten und anderen Gruppen der sozial Schwachen in Frage stellt, gelegentlich die Mitleidlösung empfiehlt und das Ganze als Bioethik verkauft. Wenn auch die vorerwähnten positiven Bewegungen weiterhin wirksam sind, so ist doch diese neue Nützlichkeitsphilosophie vor allem deshalb so alarmierend, weil sie in Einklang mit anderen gefährlichen Trends steht: Die ökonomische Globalisierung folgt zunehmend dem neoliberalen Motto »Kapitalismus pur«. Die ständig wachsende Arbeitslosigkeit gerade der Schwachen wird eher billigend in Kauf genommen, da diese ökonomisch überflüssig seien; und es bleibt auch nicht beim Abbau des Sozialstaates, sondern es kommt zu einer tief greifenden Ökonomisierung des sozialen Bereichs. Für die psychisch Kranken und ihre Angehörigen schlägt sich das vielfältig nieder, nicht zuletzt aber auch darin, dass die öffentlichen und gemeinnützigen Träger psychiatrischer Institutionen nicht mehr – wie bisher – zugunsten der psychisch Kranken ihre Einrichtungen auflösen und durch ambulante Betreuungshilfen ersetzen, sondern ihr Eigeninteresse am Erhalt und an der Ausweitung psychiatrischer Institutionen geltend machen: Es besteht zumindest die Gefahr einer Re-Institutionalisierung der Psychiatrie.« (DÖRNER et al. 2004<sup>2</sup>, S. 15)

Dieser Aspekt des Utilitarismus, der den Gesetzen des neoliberalen Kapitalismus folgt, greift vielfach in den Veränderungsprozess von Werten und Menschenbildern ein (vgl. Kapitel 4).

#### **Die Handlungsebene**

Ziel sozialpsychiatrischen Handelns ist die Rückführung psychischen Leids in das soziale Feld. Die Psychiatrie muss in die Gemeinde gehen, in die Straßen, in die Häuser, wenn sie den Menschen da helfen will, wo es not tut. (...) [und] nur »wenn die Psychiatrie die sie bergenden und schützenden Mauern verlässt, wird sie auch das Odium des Geheimnisumwitterten verlieren« (SCHÄDLE 1986, S. 221, zit. nach PEUKERT 2002, S. 1).

#### **In der Gemeindepsychiatrie**

Die Gemeindepsychiatrie verwirklicht das Prinzip: *ambulant vor stationär*. Sie will ihrem Namen gerecht werden und in die Gemeinde gehen, ihre Hilfe zu den Menschen bringen und nicht umgekehrt die Menschen zu zentralen Hilfeinstitutionen. Sie schärft ihren Blick und ihre Hilfen für die chronisch und »schwerer« Erkrankten (PEUKERT 2002, S. 1).

Ein Netzwerk von professionellen Hilfeangeboten für die Bereiche *Wohnen und Selbstversorgung, Arbeit und Rehabilitation* und *Teilhabe an der Gesellschaft* wurde regional unterschiedlich etabliert.

### Empowerment

Nach dem Prinzip »Hilfe zur Selbsthilfe« will die Sozialpsychiatrie den Menschen dazu befähigen, mit ihrer Krankheit in ihrem gewohnten Lebensumfeld leben zu können.

Für die professionellen Helfenden bedeutet das, den betroffenen Menschen als Person im eigenen Umfeld zu erkennen, ihn ressourcenorientiert zu fördern und ihn zur Autonomie zu befähigen. Andreas Knuf und Ulrich Seibert beziehen sich mit ihrem Empowerment-Ansatz auf Weik:

»Grundlage einer veränderten Haltung kann die Theorie der Menschenstärken nach Weik sein, die in vielen Bereichen der psychosozialen Arbeit Einzug gehalten hat. »Diese Perspektive nimmt an, dass jede Person eine innere Kraft besitzt, die man als Lebenskraft, Fähigkeit zur Lebenstransformation, Lebensenergie, Spiritualität, regenerative oder heilende Kraft bezeichnen mag. (...) Der Prozess des Empowerment erweckt oder stimuliert diese eigene natürliche Kraft des Einzelnen. (...) Die Perspektive der Menschenstärken nimmt an, dass Menschen in ihrem Handeln immer dann, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden, auf ihre Stärken zurückgreifen. Ein Überzeugungsmodell, das auf dem Glauben an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden aufbaut, bedarf daher eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht.« (WEIK 1992, zit. nach KNUF & SEIBERT 2000, S. 40).

Auf institutioneller und sozialpolitischer Ebene heißt das, die Selbsthilfebewegung, die Vertreter der Psychiatrieerfahrenen, aktiv mit einzubeziehen. Dieser dialogische, und mit den Angehörigen dialogische Ansatz wurde teil- und zeitweise im Rahmen der Sektorisierung seit 1993 durch die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften umgesetzt.

### Trialog

Im *Trialog* treffen sich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle zum Austausch ihrer jeweiligen Erfahrungen. Die Sozialpsychiatrie verfolgt das Ziel, diese »trialogischen« Perspektiven mit in ambulante und stationäre Behandlungskonzepte zu integrieren. Ebenso ist das soziale Umfeld der Betroffenen (Familien, Nachbarschaft) so zu gestalten, dass auch chronisch psychisch kranke Menschen dort leben können, solange sie sich nicht in der Klinik zur Behandlung aufhalten. Auch auf der konzeptionellen Ebene in sozialpolitischen Gremien, zum Beispiel bei den Sitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften der 90er-Jahre, war die Präsenz der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen-Vertretung verbindlich geregelt.

In Psychose-Seminaren treffen sich Menschen mit Psychose-Erfahrung, meist Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Psychiatriemitarbeiter. In den Gründer-

zeiten der 70er-Jahre waren auch Bürgerinnen und Bürger dazu eingeladen, die mit der Zeit jedoch ausblieben. Diese Seminare bieten dialogische Foren, in denen vor allem die Wahrnehmung und Erfahrung der Betroffenen im Zentrum des Interesses stehen. »Psychose-Seminare haben nicht die Aufgabe, Widersprüche zu leugnen und zu verkleistern. Vielmehr geht es darum, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und Beziehungen zu etablieren.« (Bock 1998, S. 289) Psychose-Seminare bestärken das Selbstbewusstsein der Teilnehmer und beeinflussen die psychiatriepolitische Kultur vor Ort. In diesem Sinne findet auch hier Empowerment statt, gemeinsam mit dem Bestreben, Vorurteile abzubauen (ebd., S. 289 f.).

#### **Rekommunalisierung**

Mit dem Ziel vor Augen, die psychisch Kranken aus ihrer herkömmlichen Getto-Situation herauszuholen, formuliert die Sozialpsychiatrie ihr Handlungskonzept: Menschen, die andersartig sind, die leiden, die krank und in Behandlung sind, die manchmal auch ein Angst machendes Verhalten an den Tag legen, in die Gemeinde (zurück) holen zu wollen.

#### **Antistigmabewegung**

Seit einigen Jahren haben sich daraus Antistigma-Gruppierungen entwickelt, die zwischenzeitlich auch vonseiten der klinischen Psychiatrie unterstützt oder auch von deren Seite initiiert<sup>15</sup> werden. Bis heute sind psychische Erkrankungen und somit die gesamte Psychiatrie gesellschaftlich tabuisiert. Dies zeigte eine Antistigma-Aktion, wie zum Beispiel die Münchner P. I. P.-Studie<sup>16</sup> von BÄUML et al. (1996). Demzufolge konnten damals (ca. 1990) nur maximal zwei Prozent der am Münchner Marienplatz befragten Bürgerinnen und Bürger Begriffe wie Schizophrenie oder Psychose erklären. Psychische Erkrankungen scheinen in der Bevölkerung kaum bekannt zu sein beziehungsweise scheint die Problematik »psychisch krank« unverändert Angst und Abwehr auszulösen.

Diese Tabuisierung und Stigmatisierung ist auch als Erbe aus den vergangenen Jahrhunderten zu sehen. Die »Irren und Verrückten« oder heute neutral formuliert »psychisch kranken Menschen« gehören potenziell zu den Personengruppen, die von der Gesellschaft vorzugsweise ausgegrenzt wurden und werden.

---

15 Zum Beispiel bietet *BASTA*, ein Bündnis für psychisch erkrankte Menschen, ein internetbasiertes Stigma-Alarm Netzwerk an.

16 Die in Fachkreisen bekannte Münchner P. I. P.-Studie ist das »Psychosen-Informations-Projekt«, eine vom BMFT geförderte multizentrische Studie, die an drei Münchner Kliniken (TUM, LMU, BKH Haar bei München) von 1990 bis 1993 durchgeführt wurde (BÄUML et al. 1996, S. 218).



Es bedarf unverändert umfassender öffentlicher Information und Aufklärung, um die immer noch bestehenden Vorbehalte gegen psychische Erkrankung und die davon Betroffenen aufzuheben, und zumindest das Nahziel, eine Gleichstellung von psychischer und somatischer Erkrankung, zu erreichen.

## 1.2 Porträtsammlung ausgewählter Repräsentantinnen und Repräsentanten der Psychiatriereform

Im Sinne einer *Spurensicherung* recherchierte ich biografische Aspekte einzelner Psychiatriereformerinnen und -reformer, um die Vielfalt hinter dem Begriff *Psychiatriereform* besser zu verstehen. Diese will ich exemplarisch, teilweise auch in ihrem sozialen Kontext, vorstellen, um den Fragen, was die Psychiatriereformer mit dem Begriff *Psychiatrie* verbinden und wie sie zur Psychiatrie gekommen sind, nachzugehen.<sup>17</sup>

### 1.2.1 Nationale Porträts

#### Ursula Plog und Klaus Dörner

Ursula Plog und Klaus Dörner gehören zur Gründergeneration. Beide setzten sich sowohl sozialpolitisch als auch praxisbezogen für die sozialpsychiatrische Entwicklung in Deutschland ein.

Zuerst kommt Ursula Plog (1940–2002) zu Wort. In ihrem Vortrag *Beweggründe – Denn sie wissen nicht, was sie tun* (1980) berichtet sie über ihren Werdegang als Psychologin. Während ihres einjährigen Studienaufenthaltes in den Vereinigten Staaten brachte sie aus den Lerntheorien viel Wissen mit, die Psychoanalyse dagegen wurde von ihr zunächst abgelehnt. Sie lernte das Soziale zu sehen, erkannte, dass Psychologie etwas mit »lebendigen Menschen zu tun habe« (LESCHINSKY 2003, S. 27).

»Von da an fing Psychologie an, mir mehr Spaß zu machen, weil ich anfang zu sehen, wie Menschen Mauern zwischen sich aufbauen und was man tun kann, um Mauern abzubauen. (...) Stattdessen konnte ich nun meine Widerstände gegen die Psychoanalyse aufarbeiten, und im Zusammenhang mit der Überwindung dieses Berührungstabus habe ich mehrere sehr wichtige Dinge gelernt. Erstens, dass die wertende Aussage, irgendetwas sei nicht objektiv, auch Abwehr sein kann; d. h.

---

<sup>17</sup> Um einen gelingenden Gesprächseinstieg zu finden, war meine erste Frage an meine Interview-Partner: »Was verbinden Sie mit dem Begriff *Psychiatrie* und wie sind Sie zur Psychiatrie gekommen?« In diesem Sinne folge ich hier der Idee meines Interviewleitfadens (vgl. Kapitel 2 und Anhang), indem ich Antworten auf diese Fragestellung theoretisch konstruiere.

ich habe gelernt, wie sehr auch der objektivste Wissenschaftler nicht objektiv ist und wie sehr Gegenübertragung bei der Sichtung und Wertung von Daten eine Rolle spielt.« (ebd., S. 27)

In der Folge hatte sie viele Zweifel, die sie als hinderlich und förderlich zugleich beschreibt.

»Sie ermöglichten mir ferner, dass ich nicht in den Elementarismus zurückfallen musste, und vor allem unterstützten die Zweifel mich in meinen Bemühungen zu verstehen und damit das Ungeheuerliche, das Andersartige, das Inkapable in Abhängigkeit von meinen Grenzen und dem bestehenden Zwang zu benennen, zu sehen. Das war für mich insofern bedeutsam, als damit verknüpft war, dass dann – und nur dann – für den Zugang zu dem anderen in der Gemeinschaft eine Chance besteht, wenn seine Ungeheuerlichkeit oder Andersartigkeit von den Ängsten seiner Mitmenschen getrennt werden kann.« (ebd., S. 28)

Obwohl sie den psychoanalytischen Vorgehensweisen nicht folgen konnte, verdankte sie der psychoanalytischen Denkweise sehr viel. Dagegen hielt sie eine »disziplinierende Unterweisung im Handeln für notwendig«, weil sie gelernt hatte, dem gesunden Menschenverstand zu misstrauen. Sie hatte verstanden:

»... wie verletzbar Menschen sind; d. h. dass Mauern nicht nur die Bösen da draußen bauen, sondern dass Mauern auch als Schutz und als Zeichen für Angst vor Verletzung zu werten sind, und – mit beidem verknüpft – weil ich die Möglichkeit der Fehlersuche als Zugang zu Verständnis nur dann gegeben sehe, wenn man sich an die Regeln hält. Darin ist enthalten, dass ich Menschen, die sich von meiner Hilfe abhängig machen, Transparenz schuldig bin.« (ebd., S. 29)

Ursula Plog betont hier für mich zwei Aspekte, den der Regeln, den ich als Verlässlichkeit den Patienten gegenüber (Termine und Zusagen einhalten etc.) deute und den der Transparenz. Diese könnte heißen, dass das, was zu tun ist, offen gelegt wird, mit dem Betroffenen gemeinsam angeschaut und überlegt werden kann und entsprechende Entscheidungen gemeinsam getroffen werden, möglicherweise auch, um schädliche Folgen von Tabuisierung zu vermeiden.

Ursula Plog wurde 1940 in Camberg/Taunus als Tochter eines Oberstudienleiters geboren, nach erfolgreicher Schul- und Studienlaufbahn war sie seit 1966 als Diplom-Psychologin tätig. 1970 gründete sie mit Gleichgesinnten den Mannheimer Kreis, der späteren Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Dort wirkte sie viele Jahre lang als Vorsitzende mit, beteiligte sich aktiv an der Psychiatrieenquête (1975)<sup>18</sup>, war Mitglied der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychothera-

---

<sup>18</sup> 1971 ersuchte der Bundestag die Bundesregierung, eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erstellen zu lassen (Enquête 1973, S. 2). 1973 wurde ein Zwischenbericht und 1975 der Abschlussbericht in Form einer »akribischen Bestandsaufnahme« vorgelegt (FORSTER 1997, S. 54).

peutisch/psychosomatischen Bereich. Sie eröffnete psychiatrische Tageskliniken, zuerst in Hamburg und später in Berlin unter ihrer Leitung. Ihr gesamtes Handlungsspektrum im sozialpsychiatrischen Bereich wird von allen, die sie gekannt haben, anerkannt, besonders wegen ihrer Ausstrahlung, die sie auf andere in ihrer Umgebung hatte. Nach einer länger andauernden Krebserkrankung starb sie im Juli 2002.

Klaus Dörner hielt bei ihrer Trauerfeier eine Rede, damals erinnerte er sich für ihre Freunde und Angehörigen. Heute erzählt er seine Erinnerungen auch uns:

»Die Beziehung zwischen Ursula und mir begann 1968 in ihrer Hamburger Wohnung mit wilden politischen Diskussionen (...). Zeitgleich wurden Ursula und ich mit dem Aufbau der Hamburger Tagesklinik (der dritten in Deutschland überhaupt) beauftragt. Zur Vorbereitung darauf unternahmen wir einmal eine Bildungsreise zu den ersten gemeindepsychiatrischen Spurenelementen in Mitteleuropa (...), organisierten (...) 1970 einen ersten Sozialpsychiatrie-Kongress in Hamburg, der Keimzelle von ›Mannheimer Kreis‹ und DGSP wurde.« (ebd., S. 319)

Und er, Klaus Dörner, erhielt als Mediziner »formal« die Leitung dieser Tagesklinik.

»Aber die geistige Leistung und damit unsere spätere ›Grundhaltung‹ verdankt sich weit mehr Ursulas pädagogisch-geisteswissenschaftlicher Perspektive, auch in ihrer gesprächspsychotherapeutischen Ausformulierung, die Ursula einmal auf ›mein Verhaftetsein im Handwerks- und Bauernstand‹ zurückgeführt hat. Die Tagesklinik-Erfahrung führte u. a. 1972 zur Erfindung der Angehörigengruppen – mit all ihren trialogischen Weiterungen – sowie 1978 zu ›Irren ist menschlich.‹« (ebd., S. 319)

Klaus Dörner, 1933 in Duisburg geboren, studierte Medizin, Soziologie und Geschichte, habilitierte an der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg. Eingebettet in die gesellschaftskritischen Diskussionen der 70er-Jahre begann seine Berufslaufbahn gemeinsam mit Ursula Plog. Später leitete er eine Psychiatrische Klinik in Gütersloh und engagierte sich in den sozialpsychiatrischen Netzwerken (zum Beispiel im Mannheimer Kreis, der späteren DGSP, mit Angehörigenvertretern und den Betroffenen selbst). In den letzten Jahren thematisierte er vor allem die anthropologische Psychiatrie. Er reiste durch die Bundesrepublik, um sich für eine Verbesserung und Befreiung der entmündigten Heimbewohner einzusetzen. Die Liste seiner Veröffentlichungen ist lang, und *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (1978) gehört zu den Standardwerken der Sozialpsychiatrie.

## 1.2.2 Internationale Einflüsse

### Erving Goffman

Erving Goffman wurde 1922 in Manville, Atlanta geboren und starb 1982 in Philadelphia.

Zunächst studierte er Chemie in Winnipeg, Kanada. Über einen Job beim Film kam er zum Studium der Soziologie an die University of Toronto und wechselte zur University of Chicago. Von 1949 bis 1951 war er in Europa am Department of Social Anthropology der University of Edinburgh, Great Britain. Seine Dissertation *Communication conduct in an Island Community* veröffentlichte er 1953, sein Doktorvater war Anselm Strauss.<sup>19</sup> Mit seinen Erkenntnissen über die soziologische Bedeutung von Interaktionsformen wandte er sich auch einem größeren sozialen Umfeld sowie Institutionen zu. Die Ergebnisse flossen später in sein bekanntestes Werk *The Presentation of Self in Every-day Life* (mit dem deutschen Titel: *Wir alle spielen Theater*) ein. Goffman ging 1957 nach Berkeley/Kalifornien und war dort Professor für Soziologie und Anthropologie.

Goffmans Werk mit dem vollständigen Titel: *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* gab 1961 dem sozialpsychologischen Diskurs wesentliche Impulse. Darin werden »Totale Institutionen« als geschlossene Welten beschrieben wie zum Beispiel Gefängnisse, Kasernen, Internate, Klöster, Altenheime, Irrenhäuser. Goffman untersuchte besonders die Situation in Irrenhäusern und Kliniken. Er zeigt, was diese aus den Insassen machen und was wiederum diese daraus machen.

»Die zentrale These ist, daß der wichtigste Faktor, der einen Patienten prägt, nicht seine Krankheit ist, sondern die Institution, der er ausgeliefert ist; seine Reaktionen und Anpassungsleistungen gleichen denen der Insassen anderer totaler Institutionen, mit deren Hilfe die Gesellschaft sich funktionsfähig erhält. Diese ›Gegenwelten‹ zur alltäglichen gesellschaftlichen Welt sind aber in letzter Analyse nur Modelle der Gesellschaft selbst: die Analyse von Extremen wirft ein Licht auf das, was sich als normal versteht und seine Normalität nur durch die Aussperrung und Einschließung von abweichendem Verhalten beteuern kann. Die ›Karriere‹ des Patienten ist unter diesem Aspekt nur das Spiegelbild der Karriere des normalen Bürgers.« (GOFFMAN 1973, S. 2)

1972 erschien die deutsche Ausgabe, rechtzeitig für die längst anstehende psychiatrische Reformbewegung in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Abschnitte 1.3.1–1.3.3).

---

<sup>19</sup> Anselm L. Strauss, US-amerikanischer Medizinsoziologe, lebte von 1916–1996, studierte Biologie und Soziologie. Seine Großeltern stammten aus Deutschland.

## Ronald D. Laing und David Cooper vertreten die *Antipsychiatrie* in Großbritannien

### Ronald D. Laing

Ronald D. Laing, 1927 in Schottland geboren und 1989 in Frankreich gestorben, war britischer Psychiater und gilt als Gründungsfigur der antipsychiatrischen Bewegung.

Nach seinem Studium der medizinischen Psychologie, Tätigkeit bei der britischen Armee und Universität Glasgow, war er seit 1961 als Psychiater an der Londoner Tavistock Clinic (Tavistock Institute of Human Relations) tätig. Seit 1965 lebte Laing in einer Wohngemeinschaft mit Schizophrenen in Kingsley Hall,<sup>20</sup> einem Haus in London. Das britische Modell einer therapeutischen Wohngemeinschaft war als Teil eines möglichen therapeutischen und professionell organisierten Konzeptes geboren. Die von ihm gegründete Philadelphia Association (1965) hatte das Ziel, psychisch kranken Menschen über ein gemeinsames Leben in einem betreuten Haushalt eine Einweisung in eine psychiatrische Anstalt zu ersparen (OBIOIS 1978, S. 57f.).

Laing war Begründer der interpersonellen Phänomenologie.<sup>21</sup> Mit Gregory Bateson<sup>22</sup> und anderen wirkte er bei der Erforschung der Doppelbindungstheorie<sup>23</sup> mit. Sein Leben und seine Theorie zeigen eine anthropologisch orientierte, offene Haltung dem psychisch kranken Menschen gegenüber.

---

20 *Kingsley Hall* war ein Experiment. Es war ein Zentrum der Philadelphia Association, die Laing, Cooper und Esteron 1965 gegründet hatten. *Kingsley Hall* ist zwischen einer Wohngemeinschaft für schizophrenerkrankte Menschen und einer therapeutischen Einrichtung anzusiedeln. Ziel dieses und anderer Zentren war, die Betroffenen angemessen zu versorgen, sie wirtschaftlich zu unterstützen, Ursachen von Schizophrenie zu erforschen und entsprechende Fortbildungsseminare, den antipsychiatrischen Erkenntnissen folgend, anzubieten (1965–1970) (OBIOIS 1978, S. 57–58).

21 Aus der Erkenntnis, dass sich bislang das Interesse in Philosophie und Psychologie auf das *Ich* konzentrierte entdeckten Laing et al. auch die Bedeutung des *Du*. Laing (bezieht sich auf Feuerbachs *Ego* und *Alter*) führte das *Du* mit in die theoretische Diskussion ein. Zunächst beobachtete und studierte er an Dyaden, vor allem bei Ehepaaren Verhaltens- und Kommunikationsmuster (LAING, PHILLIPSON, LEE 1971, S. 2). Daraus entwickelten sich eine neue Denkrichtung und neue Theorien zum Beispiel die *Interpersonelle Wahrnehmung* und später die Kommunikationswissenschaften. Laing et al. gehören zum Gründungskreis der Palo Alto Schule in Kalifornien.

22 Gregory Bateson (1904–1980), gebürtiger Brite, Angloamerikaner. Er schrieb *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Diese Sammlung verschiedener Aufsätze und Vorlesungen umfasst eine große Variationsbreite verschiedener Einzelwissenschaften, die er miteinander in Beziehung setzt (BATESON 1990<sup>3</sup>, S. 2).

23 Die *Doppelbindungstheorie* (*double bind theory*): »Die Wirkungen von Paradoxien in menschlicher Interaktion wurden zum erstenmal 1956 von Bateson et al. unter dem Titel ›*Toward a Theory of Schizophrenia*‹ beschrieben.« (WATZLAWICK 1990, S. 194). Bei einer Interaktion zwischen mindestens zwei Personen, in denen eine Person in lebenswichtiger Abhängigkeit von

Laing und Cooper bemühten sich beide um eine humane psychiatrische Behandlung vor allem schizophrener Menschen. Beide beziehen psychoanalytische und psychotherapeutische Verstehensebenen mit ein – sowie den direkten Einfluss sozialer Interaktion während einer Akut- und Regelbehandlung. Sie zeigten Widersprüche auf, entwickelten alternative Behandlungsformen. Laing und Cooper werden meist gemeinsam als Repräsentanten der Antipsychiatrie vorgestellt.

#### David Cooper

Der Brite David Cooper, 1931 in Cape Town, Südafrika geboren und 1986 in Paris gestorben, veröffentlichte 1967 seine Monografie *Psychiatrie und Antipsychiatrie*, in dem er die traditionelle Psychiatrie komplett infrage stellt.

Sein Projekt Villa 21 (1962–1966) war ein praktisches Experiment und empirische Studie zugleich. Zeitgleich wurden seine Studienergebnisse und Erkenntnisse im Vergleich zur traditionellen Psychiatrie als erfolgreich und nützlich hervorgehoben.

Hinter Coopers Behandlungsansatz stehen – in Anlehnung an Sartres Existenzialismus – selbstkritische Fragen:

»Für jeden, der auf psychiatrischem Gebiet arbeitet und sich weigert, sein kritisches Bewußtsein für das, was er damit unternimmt, erstarren zu lassen, oder den Institutionalisierungsprozessen der formalen Ausbildung und der täglichen Indoktrination in der Universitätsklinik oder dem psychiatrischen Krankenhaus zu erliegen, erhebt sich eine Anzahl verwirrender Fragen. Gerade in diesem Bereich, inmitten von Menschen in extremen Situationen, wird man ganz besonders vom Zweifel gepackt: Warum bin ich hier? Wer hat mich hierhergestellt oder weshalb habe ich mich selbst hierhergestellt (und welcher Unterschied besteht zwischen diesen beiden Fragen)? Wer bezahlt mich wofür? Was soll ich tun? Soll ich überhaupt etwas tun? Weshalb soll ich nichts tun? Was ist etwas und was ist nichts? Was ist Leben, was Tod, was ist geistige Gesundheit, was Wahnsinn?«  
(COOPER 1971, S. 7)

Cooper zeigt ein besonderes Verständnis für junge schizophrener Menschen. Er erörtert seine Beobachtungen am Verhalten der Patienten und seinen – aus Therapiegesprächen gewonnenen – Erkenntnissen. So betont er zum Beispiel den Autonomie-Aspekt, den er im Rahmen von einem alternativen Versorgungskonzept kritisch beobachtet: »Notwendig ist hingegen ein ausreichendes

---

dem anderen steht (zum Beispiel: Mutter und Kind) wird eine paradoxe Botschaft gesendet, in der die abhängige Person nicht reagieren kann, weil es eine Doppelbotschaft erhält (diese Aussage setzt voraus, dass es bei einer Interaktion zwischen der Ebene des Gesagten und der Verhaltensebene unterschiedliche Botschaften gibt, die nicht miteinander vereinbar sind). Die *Doppelbindung* galt eine Zeit lang als mögliche aufrechterhaltende Bedingung für Schizophrenien (ebd., S. 194–203).

Maß von Unabhängigkeit, da sich die Patienten nur auf dieser Grundlage mit unserer Hilfe<sup>24</sup> so weit regenerieren können, daß sie zu größerer Autonomie gelangen können.« (ebd., S. 131)

»Ich habe Autonomieprobleme mit Hilfe gewisser, notwendigerweise artifizierlicher, Mittel behandelt, etwa indem ich zwei Arten von Pflegern einsetzte: einerseits konventionell ausgebildete Pfleger, die sich für die Einheit eigneten, weil sie außer ihrem Mut und ihrer Integrität ein hochentwickeltes instinktives Verständnis für die Zwangslagen besaßen, die aus körperlichen Konfrontationen entstehen können. Es waren mitunter Leute, die aus Arbeiterfamilien Glasgows oder Liverpools stammten und in frühester Jugend gelernt hatten, mit der Aggression umzugehen, nicht in Panik vorschnell einzugreifen, aber auch, wie man einen akut Gestörten im richtigen Moment bändigt, ohne ihn zu verletzen. Andererseits hatte ich als Sozialtherapeuten (die als Hilfspfleger bezahlt wurden) sensible junge Leute eingestellt, von denen viele von der Universität kamen und vom regulären Personal häufig für ein bißchen verrückt oder gar regelrecht verkommen gehalten wurden. Da sie sich wegen einer Pflegerlaufbahn keine Gedanken zu machen brauchten, konnten sie sich eine enge Berührung mit desintegrierten Patienten erlauben. Wenn wir jedoch die ›Ganzheit‹ von Menschen erreichen wollen, dann kann diese Art der subtilen Rollenaufteilung nicht wünschenswert erscheinen.

Ich glaube, daß Menschen, die diese Arbeit anpacken und dabei freiwillig auf die meisten der üblichen Verteidigungsmaßnahmen verzichten, mutige Pioniere sind. Die Gesellschaft ist vielleicht eben erst bereit, eine solche Neuerung zu akzeptieren oder gar zu unterstützen – dafür gibt es immerhin Anzeichen. Wir leben nicht mehr in einer Zeit, in der der simple gesunde Menschenverstand ausreicht, mit der wirren Paradoxa im Innern des Menschen fertig zu werden. Ich will es dem Leser überlassen, über die massive Ironie im Ausspruch Pascals nachzudenken: ›Zuviel Licht verdunkelt den Geist‹.<sup>25</sup> (ebd., S. 131 f.)

In diesem Zitat von Cooper erkenne ich wieder verschiedene Aspekte der Wechselwirkung von Beziehungen und der Wechselwirkung von Verhaltens- beziehungsweise Interaktionsmustern. Er zeigt mir, wie der ausgewählte Personenkreis mit den geeigneten Kompetenzen, andere Menschen, die extremen psychischen Zuständen ausgesetzt sein können, entlastet und beruhigt. Für alle beteiligten Helfer ist diese Hilfe durch großen Aufwand gekennzeichnet, der sich jedoch später im Falle lang anhaltender Stabilisierung und Besserung der psychischen Krise auszahlen könnte, wenn dadurch Rückfälle vermieden werden. Die zugewandte Begegnung mit den Betroffenen erfordert in meinen Augen viel Aufmerksamkeit und Gelassenheit,

24 Im Original vermerkt mit Fußnote: »Oder natürlich ›wir‹ mit ›ihrer‹ Hilfe.« (ebd., S. 131)

25 Im Original vermerkt mit Fußnote: »Durch eine merkwürdige Fehlleistung später verändert zu: ›Zuviel Licht blendet den Geist‹.« (Brunschvigs Ausgabe von *Pensées et opuscules*, S. 353, Note 6) (ebd., S. 132)

die Energie und Kraft kostet, die im Falle einer »lebenslänglichen« Berufstätigkeit immer wieder neu gewonnen werden muss. Zunächst wurde dieser Erkenntnis in den ersten Jahren sozialpsychiatrischen Handelns Rechnung getragen, zwischenzeitlich können sich die Institutionen diesen Luxus von »Psychohygiene« ihrer Mitarbeiterschaft weitgehend nicht mehr leisten. In der Regel sind die Abteilungen nur noch minimal mit Personal ausgestattet, sodass eine Unterstützung im anti-psychiatrischen Sinne nicht (mehr) geleistet werden kann.

#### **Thomas Szasz, Ankläger der Zwangspsychiatrie, eine Stimme aus den USA**

Szasz gilt als umstrittener Vertreter der sogenannten Antipsychiatrie, von der er sich selbst allerdings deutlich distanziert.

Thomas Szasz, 1920 in Budapest geboren, emigrierte 1938 in die Vereinigten Staaten. Er studierte Medizin und Psychiatrie und erhielt seine psychoanalytische Ausbildung in Chicago. 1948 eröffnete er eine psychoanalytische Praxis und war seit 1955 Professor für Psychiatrie an der State University of New York in Syracuse und ist inzwischen emeritiert (SZASZ 1997, S. 2).

Er war Gründungsdirektor der amerikanischen »Citizens Commission on Human Rights« (CCHR), die von der Scientology-Organisation dominiert wird. Bis heute gehört Szasz der CCHR an.

Szasz tritt als vehementer Gegner der Zwangspsychiatrie auf. In seinem Werk *The Myth of Mental Illness* stellt er 1961 die Theorie auf, die Konzepte von psychischer Normalität und Verrücktheit würden einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten können. Im Gegensatz zu biologisch bedingten Krankheiten gebe es bei psychiatrischen Erkrankungen kaum eindeutige Ursachen. Die Diagnose einer psychischen Störung erfolge aufgrund subjektiver Bewertungen anstatt objektiver, empirisch überprüfbarer Kriterien. Die Abgrenzung von Normalität und Verrücktsein diene lediglich dazu, gesellschaftliche Konformität zu erzwingen und trage die Gefahr in sich, als Machtmittel zur Ausgrenzung Andersdenkender missbraucht zu werden.

Szasz tritt für eine strikte Trennung zwischen Psychiatrie und Staat ein und verurteilt Zwangseinweisungen als Verletzung der Menschenrechte. In seinem Buch *Grausames Mitleid* (1997) kritisiert Szasz die Praxis der Psychiatrie und die Rolle des Staates, wenn dieser »therapeutische Aufgaben« übernehme. Er sieht zwei Gefahren für die Freiheit: Tyrannei und Therapie. Nach Szasz hat der Staat einen dualen Charakter, der sich als Quelle der Gefahr, nämlich »therapeutischer Übereifer für die Freiheit«, und des Schutzes zeigt.

»Für den Verfechter individueller Freiheit ist der Staat ein Wächter, dem man ein Monopol auf die legitime Anwendung von Gewalt anvertraut hat und der deshalb eine ständige Gefahr für die Freiheit des einzelnen darstellt. Für den (modernen) Liberalen ist der Staat dagegen ein sozialer Apparat zum Schutz der Bevölkerung vor Bedürftigkeit, Diskriminierung und Krankheit. Wer dem Staat mißtraut, glaubt



daran, daß die Regierung nur diejenigen Dienstleistungen bereitstellen sollte, die einzelne oder informelle Gruppen nicht selbst bereitstellen können. Wer dem Staat vertraut, glaubt, die Regierung sollte so viele Dienstleistungen bereitstellen, wie in Not befindliche Menschen benötigen. Faktisch bieten alle modernen Regierungen zahlreiche Dienstleistungen an, die nichts damit zu tun haben, die Bevölkerung vor Aggressoren zu beschützen, wie die Postzustellung, die Kanalisation, die Versorgung mit Trinkwasser, Bildungseinrichtungen für die Kinder, die Vergabe von Gewerbelizenzen, die Kontrolle über sogenannte gefährliche Drogen, und so weiter.« (Szasz 1977, S. 202)

In seinem Kapitel mit dem Titel: »Der blinde Fleck des klassischen Liberalismus: die Psychiatrie« (ebd., S. 203), beschreibt er (in Anlehnung an Mill und Mises) die Macht der Psychiater als Autorität im Staat, er bemängelt das Fehlen klarer Grenzen. Man soll:

»eine Trennlinie zwischen geistiger Gesundheit und Klarheit (...) ziehen, [die] die Basis ihrer Macht bildet, Menschen ihrer Freiheit zu berauben, und weil Laien letzten Endes die Verantwortung dafür tragen, diese Macht an den Psychiater zu delegieren, *müssen* sich Laien mit den untrennbaren Fragen der Geisteskrankheit und der psychiatrischen Macht auseinandersetzen« (ebd. S. 203).

Zusammenfassend kritisiert Szasz an dieser Stelle, dass den Psychiatern die Kompetenz zugesprochen wird, zu beurteilen, wer warum verrückt sei.

Szasz legt jegliches Fehlverhalten als Störung eines Gesunden in den Bereich der Eigenverantwortung und reduziert somit die Psychiatrie auf ein staatlich kontrolliertes Machtmittel. In seinem Sinne habe sich ein psychisch Kranker, der im Wahn eine Straftat begeht, ohne Rechtfertigung oder Entschuldigung dem Strafrecht zu stellen.

Für mich entscheidet sich Szasz für das Prinzip Selbstverantwortung um jeden Preis, bei einem Spannungsbogen zwischen der Freiheit des Einzelnen und dem Wohl der Gemeinschaft. Und was passiert dann mit Menschen in psychischen Krisen, die Hilfe und Schutz in Ausnahmesituationen brauchen? Szasz hält dagegen:

»Aber der Schutz von Freiheit und Eigentum vor all jenen, die diese Werte mißachten oder zerstören, sollte die Aufgabe von Richtern, Strafkammern und Gefängniswärtern, nicht von Psychiatern, Psychologen und Sozialarbeitern sein. Und das Instrumentarium zur Gewährleistung dieses Schutzes sollte die Strafjustiz, nicht das psychosoziale Gesundheitswesen sein.« (ebd. S. 292)

Szasz unterstellt, dass die Angehörigen sozialer Berufsgruppen als Staatsdiener arbeiten, die den Staat schützen und Werte wie Freiheit und Recht auf Eigentum missachten. Weitere Aufgaben und Kompetenzen scheinen bei ihm nicht weiter von Interesse zu sein.

Szasz nimmt eine Position ein, die manche psychisch kranke Menschen teilen, vor allem, wenn sie für sich selbst keine psychische Erkrankung erkennen (kön-

nen?) und sich für gesund halten; eine Wahrnehmung, die andere vielleicht nicht teilen. An dieser Stelle erfährt Szasz viel Zuspruch vonseiten mancher Betroffener, vor allem derjenigen, die in der Psychiatrie bereits Kränkungen erfahren haben, zum Beispiel in Form von Zwangsbehandlungen im Rahmen akut-psychotischer Krisen. So zeichnet Szasz einen Kontrast zwischen struktureller Gewalt beziehungsweise kollektiver Macht kontra Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen auf. Begrifflichkeiten wie Menschlichkeit und Krankheitsverständnis und fachkundige Behandlung spielen bei seiner Argumentation keine Rolle. Seine Haltung kann »antipsychiatrisch« benannt werden, da er die Psychiatrie grundsätzlich infrage stellt. Dem gegenüber steht die *Antipsychiatrie* von Laing und Cooper, mit den Zielen der antipsychiatrischen Bewegung, die mit großem Einsatz helfen will. Diese *Antipsychiatrie* will die Krankheit als Störung eines Einzelnen und seines sozialen Umfelds erkennen, »helfendes Handeln« als Interaktion in Form von engagierter Begleitung<sup>26</sup> mit einbeziehen und die Psychiatrie gesellschaftlich integrieren. Hier schließt sich der Kreis, weil es verständlich wird, dass Szasz selbst sich von der *Antipsychiatrie* distanziert und auch dementsprechend gesehen werden will.

Nach diesem Blick auf eine extreme Positionierung geht die »Psychiatriereise« aus den Vereinigten Staaten zurück nach Europa, zuerst nach Italien.

#### **Franco Basaglia und die italienische Reformbewegung**

»Schon zu seinen Lebzeiten wurde Franco Basaglia als jemand betrachtet, der seinen Platz in der Geschichte gefunden hatte. Tatsächlich steht er wie kein anderer für eine enthusiastische Periode, in der die Psychiatrie in das Zentrum einer großen allgemeinen Reformdebatte in Europa und Amerika rückte. (...) In Trieste [Klinik in Görz] arbeitete ein multilinguales Gemisch von sogenannten *volontari*, von *freiwilligen Mitarbeitern* aus Griechenland, Jugoslawien, Frankreich, Spanien, Holland, England, Schweden, Brasilien und insbesondere aus der Bundesrepublik. Und jeder, der da mitarbeitete, spürte den sanften osmotischen Druck einer charismatischen Allgegenwart der Persönlichkeit Franco Basaglias.« (HARTUNG 2002, S. 9)

Diese einleitenden Worte schrieb Klaus Hartung<sup>27</sup> für die deutsche Fassung (2002) der im Jahr 2000 veröffentlichten Lebensbilanz *Die Entscheidung eines Psychiaters*.

Die italienische Psychiatriereform wird von Forster als unvollständige »Revolution« beschrieben:

---

26 Engagierte Begleitung heißt, dass professionelle Helfer *und* engagierte Bürger und Bürgerinnen diese Aufgabe übernehmen können und sollen.

27 Klaus Hartung, Soziologe, Psychologe und Redakteur war 1976–1980 Mitarbeiter bei Franco Basaglia in der Psychiatrie in Triest. Der Titel seiner Einführung lautet: *Die Aktualität der ethischen Entscheidung* (BASAGLIA 2002, S. 9).

»Italien repräsentiert den Fall einer gegenüber der angloamerikanischen Situation deutlich verspäteten, aber dann mit großer Heftigkeit ausgebrochenen Auseinandersetzung mit der Anstaltspsychiatrie, die eine völlig eigenständige Richtung einschlug. Die Zustände in den etwa 100 öffentlichen italienischen Irrenanstalten bis in die späten 60er Jahre hinein waren – insbesondere im Süden des Landes – von *Trostlosigkeit und Rückständigkeit* geprägt. Es herrschten schlechteste materielle Verhältnisse, Vernachlässigung, offene Gewalt – und nach Einführung der Psychopharmaka medikamentöse Ruhigstellung (Piro 1990, 496 f.). Betroffen davon waren auf dem historischen Höhepunkt der Anstaltsausdehnung (1963) ca. 90 000 Menschen. Das entsprach einer Rate von ca. 1,8 pro 1000 Einwohner, einer für damalige europäische Verhältnisse durchschnittlichen Zahl. (...) Psychisch gestörte Personen bzw. Familien aus privilegierten Schichten wichen auf diese oder auf andere private Formen der (psychiatrischen) Problembewältigung aus. (...) Bis zu einer Gesetzesreform im Jahr 1968, mit der die ehemaligen Irren-Anstalten offiziell zu Krankenhäusern wurden, gab es keine Möglichkeit der freiwilligen Aufnahme; alle aufgenommenen Patienten wurden bis dahin im Strafregister vermerkt; und das Irrenhaus war die einzige Form der öffentlichen Versorgung.« (FORSTER 1997, S. 46 f.).

Ergänzend zu dieser Situationsbeschreibung der italienischen Psychiatriereform ist Franco Basaglia selbst vorzustellen. Sein Name steht in Europa für die italienische Psychiatriereform und er genießt den Ruf als legendäres Vorbild für die Sozialpsychiatrie. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland ist sein gesellschaftskritischer Ansatz besonders hervorzuheben.

»Zunächst möchte ich klarstellen, dass ich kein Gewerkschafter bin, sondern ein Arzt, der in einer Gesellschaft arbeitet, in der die Arbeitsteilung eine fundamentale Bedeutung für die Bedingungen des Arbeitenden hat. Der Fachmann muss sich deshalb nicht nur seiner fachlichen, sondern auch seiner politischen Position bewusst sein, um den Sinn seiner eigenen Arbeit zu finden.

Als Arzt und Anstaltspsychiater sehe ich, dass alle meine Kranken Arbeiter und arm sind. Ich frage mich also, warum das so ist. Warum soll mein Handeln ausschließlich fachlich sein und nicht davon bestimmt, dass alle meine Kranken arm sind und durch die Institution zerstört wurden? Diese Fragen bringen den Arzt in eine Situation, in der er mit Macht konfrontiert ist. Nicht alle akzeptieren diese Situation. In der Tat beschränken sich viele Fachleute darauf, ihre Spezialistentätigkeit auszuüben und nicht darüber hinauszugehen. Diese Haltung findet sich nicht nur in der Medizin, sie betrifft alle Berufsgruppen. Ein Ingenieur, ein Architekt oder ein Chemiker mögen gute Fachleute sein, üben sie aber ihren Beruf aus, ohne Bewusstsein dafür, wie sich Beziehungen durch Arbeit herstellen, ohne Bewusstsein dafür, was Arbeit ausmacht, werden sie am Ende doch nur schlechte Techniker sein.

Das Problem wird noch insofern vergrößert, als es nicht nur die Experten, sondern auch die Politiker und Gewerkschafter angeht, die im Allgemeinen die Beziehung

zwischen Gesundheit und Arbeit nicht verstehen. Wir haben politische Parteien, die sich mit den strukturellen Problemen des Staates befassen, ohne die fundamentalen Lebensfragen des Menschen, wie seine Existenz und seine Gesundheit, zu berücksichtigen. Das ist nicht nur ein Problem der (...) Gewerkschaft oder der linken Parteien der verschiedenen europäischen Länder. Es ist ein allgemeines Problem, da für den Politiker die Verbindung zwischen Gesundheit und Politik sehr schwer zu verstehen ist.« (BASAGLIA 2000, S. 96 f.)

Basaglia zeigt sich als Persönlichkeit mit seinem Charisma, wodurch er viele Anhänger gewonnen hatte. Sein Menschenbild beinhaltet philosophische und politische Aspekte, die er zum Thema Gesundheit und Arbeit 1979 in Sao Paolo vorstellt.

Franco Basaglia wurde 1924 in Venedig geboren und ist 1980 in Venedig infolge eines Gehirntumors gestorben. Als Psychiater prangerte er die katastrophalen Zustände der italienischen Irrenanstalten an. 1961 übernahm er die ärztliche Leitung des Psychiatrischen Krankenhauses in Görz (Triest). Zu den üblichen Behandlungsmethoden dieser Anstalt zählten Anschnallen in Zwangsbetten und Zwangsjacken, eiskalte Zwangsbäder, Elektroschocks und Anwenden der Lobotomie<sup>28</sup>. Mit dem Gesetz 180 erwirkte er 1978 schließlich die Psychiatriereform in Italien und die Schließung der Irrenhäuser. Ambulante Behandlung sollte die stationäre psychiatrische Versorgung ablösen. Basaglia kämpfte darum, die Psychiatrie menschlicher zu machen. Er prägte den Begriff »demokratische Psychiatrie«.

In seinem Kapitel: *Die Institutionen der Gewalt* stellt Basaglia zutiefst erschreckende Beispiele aus der psychiatrischen Klinik, Schule und Kindergarten vor, um die Leserschaft für die beständig ausgeübte Gewalt zu sensibilisieren. Sein Resümee dazu:

»Was die von uns zitierten Grenzsituationen miteinander verbindet, ist *die Gewalt – der einen, die das Messer am Griff halten, über die anderen, die ihnen ein für allemal unterlegen sind*. Familie, Schule, Fabrik, Universität und Krankenhaus sind Institutionen, die auf einer strengen Rollenverteilung gründen, nämlich der genau festgelegten Arbeitsteilung (Herr und Knecht, Lehrer und Schüler, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Arzt und Patient, Befehlshaber und Befehlsempfänger). Das bedeutet, daß diese Institutionen eine scharfe Trennung in die Gruppe der Machthaber und in die Gruppe der Machtlosen etabliert.« (BASAGLIA 1980<sup>3</sup>, S. 124)

---

28 *Lobotomie* (griechisch *lobos* Lappen) ist ein Synonym für Leukotomie => *Leukotomie* bedeutet: chirurgische Durchtrennung frontothalamischer Faserverbindungen; war früher ein Verfahren der Psychochirurgie oder wurde zur Schmerztherapie eingesetzt. Folgen: hirnnorganisches Psychosyndrom, Persönlichkeitsveränderungen mit Störung des Antriebs und der Emotionalität. *Psychochirurgie* bedeutet: chirurgischer Eingriff am morphologischen unauffälligen Gehirn zur Veränderung der Erlebnis- und Verhaltensweise des Patienten, durchgeführt als stereotaktische Operation oder (früher) *Leukotomie*; eine gesicherte Indikation für derartige Eingriffe besteht nicht (PSCHYREMBEL 1990).

Die Ohnmächtigen werden ausgeschlossen. »Gewalt und Ausschluss bestimmen jede mögliche Beziehung in unserer Gesellschaft.« (ebd., S. 124)

»Der neue Sozialpsychiater, der Psychotherapeut, der Sozialarbeiter, Betriebspsychologe und Industriesoziologe (um nur einige zu nennen) sind nichts anderes als die neuen Verwalter der Gewalt ihrer Auftraggeber, der Machtinhaber; denn durch die Abschwächung der Gegensätze, die Aufhebung der Widerstände und die Lösung der von den Institutionen produzierten Konflikte ermöglichen sie mit ihrer vermeintlichen wiedergutmachenden gewaltlosen technischen Arbeit in Wahrheit den nur Fortbestand der globalen Gewalt. Ihre Aufgabe, die man als *orientativ-therapeutisch* bezeichnen kann, besteht darin, die Individuen so weit zu bringen, daß sie sich mit ihrer Situation, ›Objekte der Gewalt‹ zu sein, abfinden, wobei selbstredend vorausgesetzt wird, daß, unabhängig von den verschiedenen Möglichkeiten der Anpassung, die sie haben, ihr grundsätzliches Objekt-Dasein ihre einzig berechnete Daseinsform ist.

Das Ergebnis ist also das gleiche. Dem Perfektionismus der Fachleute und Spezialisten gelingt es, den Ausgeschlossenen dazu zu bringen, daß er seine soziale Unterlegenheit akzeptiert. In der Vergangenheit hatte dies – wenn auch auf weniger raffinierte und subtile Weise – die Definition der biologischen Verschiedenheit zustande gebracht. Man sanktionierte mit ihr auf einem anderen Wege die geistig-sittliche und soziale Unterlegenheit des *Andersgearteten*. Beide Systeme zielen darauf ab, den Konflikt zwischen Ausgeschlossenem und Ausschließendem einzudämmen, und dies gelingt mit Hilfe der wissenschaftlichen Untermauerung der von vornherein gesetzten Unterlegenheit des Ausgeschlossenen gegenüber dem, der ihn ausschließt. Die therapeutische Maßnahme erweist sich in diesem Sinn als eine – revidierte und verbesserte – Neuauflage der vorausgegangenen Diskriminierung durch eine Wissenschaft, die zu ihrem Selbstschutz die »Norm« geschaffen hat, für deren Überschreitung jeweils eine von ihr selbst festgesetzte Strafe droht. (...) Die Figur des ›Therapeuten‹ bleibt ambivalent (...).« (ebd., S. 125 f.)

Basaglia folgert daraus:

»Die Ablehnung eines Systems ist die logische Folge der *Umwälzung*, der Infragestellung eines bestimmten Aktionsfeldes. Das gilt auch für die Krise der Psychiatrie als Wissenschaft und Institution, als System, das zur Umwälzung und Infragestellung drängt, sobald wir uns nur bewußt werden, worin die Bedeutung unseres spezifischen Aktionsfeldes liegt. Das besagt, daß die Begegnung mit der Realität der Institution – in krassem Widerspruch zu den Fachtheorien und wissenschaftlichen Thesen – Elemente hervortreten ließ, die uns auf Mechanismen verweisen, die mit der Krankheit und ihrer Behandlung überhaupt nichts zu tun haben. Nach dieser Feststellung müssen die wissenschaftlichen Theorien über den Begriff der Krankheit ebenso wie die Institutionen, in denen ihre therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden, zwingend in Frage gestellt werden. Wir haben uns mit diesen »externen Mechanismen« auseinanderzusetzen, die

in dem sozio-politisch-ökonomischen System wurzeln, das sie determiniert.«  
(ebd., S. 127)

Basaglia schreibt in einer anderen Zeit, einer anderen – und somit scheinbar nicht vergleichbaren Situation. Trotzdem lassen sich seine Ausführungen im Verhältnis »eins zu eins« auf unsere heutige psychiatrische Versorgungssituation übertragen: das Krankenhaus ist hierarchisch organisiert. Als medizinische Institution folgt es den medizinischen Behandlungsregeln, das nichtärztliche Personal führt diese ärztlichen Anordnungen »nur« aus. Die Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV) regelt krankenhausintern die multiprofessionelle Stellenverteilung und deren Aufgabenprofile. Inzwischen unterliegt die Krankenhausversorgung seitens der Kostenträger einer strengen Reglementierung. Die Krankenhäuser arbeiten mit betriebswirtschaftlichen Standards wie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Basaglias Befürchtungen, dass zumindest sehr viele Tätigkeiten am Patienten vorbeigehen, und Zeit anderweitig vertan wird, die zu Lasten der Behandlungszeit des Patienten geht, bestätigen sich in vollem Umfang. Einflussmöglichkeiten vonseiten Einzelner – sowohl Mitarbeiter als auch Patienten – bleiben wegen kollektiver Kontrolle<sup>29</sup> auf der Strecke. Es gibt ein neues Instrumentarium als Machtmittel im Rahmen der neuen Institutionsstrukturen. Darüberhinaus macht Basaglia deutlich, wie viel von dem Begriff der »Norm« abhängt. Basaglias Formulierung »Objekt-Dasein« impliziert auch seine philosophische Dimension.

#### **Giovanni Jervis**

Einer der Mitarbeiter von Basaglia ist Giovanni Jervis, der das *Kritische Handbuch der Psychiatrie* 1978 veröffentlichte. Giovanni Jervis ist 1933 in Florenz geboren. Nach seinem Medizinstudium arbeitete er von 1959 bis 1963 in der ethnopsychiatrischen Forschung. Von 1961 bis 1966 war er in der Psychiatrie in Rom tätig und beschäftigte sich mit Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse. Von 1966 bis 1968 arbeitete er in der psychiatrischen Klinik in Görz mit Franco Basaglia. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, leitet seit 1969 den Psychiatrischen Dienst der Provinz Reggio Emilia. Außerdem unterrichtet er als Dozent und gehört zum Autorenkreis von Basaglias Veröffentlichung *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen* (JERVIS 1980<sup>3</sup>, S. 2).

In seinem Aufsatz *Krise der Psychiatrie und Widersprüche der Institution* resümiert Jervis über das Experiment in Görz und ihre gemeinsame Arbeit dort:

»Daß sich eine Handvoll Psychiater aus verschiedenen Teilen des Landes zusammengetan haben, um in Görz das Experiment einer antiinstitutionellen Arbeit zu

---

<sup>29</sup> Die Instrumente *kollektiver Kontrolle* sind heute *Qualitätssicherung* und *Qualitätsmanagement*.

wagen, ist weder ein Zufall, noch der Beweis der für die italienische Psychiatrie typischen Unsicherheit und Konzeptlosigkeit, also die Verfechtung *einer* bestimmten ›Lehrmeinung‹. (...) In diesem Sinn steuern wir mit unserer Auflehnung gegen die herkömmliche Anstaltspsychiatrie als ein System der Gewalt zwei Ziele an: Einmal wollen wir kritisches Beweismaterial erbringen, um jene ›selbstredenden Wahrheiten‹ zu erschüttern, auf die sich die Ideologie unseres täglichen Lebens stützt; zum anderen wollen wir die Aufmerksamkeit auf eine Welt – die Welt der Institutionen – lenken, in der die gewaltsame Ausbeutung des Menschen durch den Menschen in der Notwendigkeit aufgeht, die ausgegrenzten Individuen zu zermalmen und die Ausgeschlossenen zu verwalten und ›unschädlich‹ zu machen. Die psychiatrischen Anstalten liefern uns aus erster Hand Informationen über eine Gesellschaft, in der es dem Unterdrückten immer schwerer gemacht wird, die Ursachen und Mechanismen seiner Unterdrückung zu erkennen.« (JERVIS 1980<sup>3</sup>, S. 315 f.).

Und für die Psychiatrie formuliert er:

»Sobald die politische Kritik auch das subversive Potential all derer mit einbezieht und berücksichtigt, die erklärtermaßen ›außer Gefecht‹ gesetzt sind, wird der Ehrgeiz der Antipsychiatrie darauf gerichtet sein, mit Hilfe eines praktischen Experiments und der entsprechenden theoretischen Untermauerung antizipierend mögliche Wege aufzuzeigen, die zu einer grundsätzlich neuen Gesellschaftsordnung führen können.« (ebd., S. 316)

In diesem Sinne können wir »Spätergeborenen« diesen Geist nachlesen und nachspüren. Zeitgleich sind auch andernorts in Europa, wie zum Beispiel in den Niederlanden, in Frankreich und in der Schweiz psychiatriekritische und antipsychiatrische Bestrebungen zu entdecken.

#### **Jan Foudraïne, Michel Foucault, Luc Ciompi**

##### **Jan Foudraïne**

Jan Foudraïne, 1929 in Leiden (Südholland) geboren, studierte von 1946 bis 1953 Medizin in Leiden und spezialisierte sich von 1955 bis 1960 in Leiden und Amsterdam auf Psychiatrie. Anschließend war er viereinhalb Jahre in Chestnut Lodge (Washington), einer der progressivsten psychiatrischen Kliniken in den Vereinigten Staaten, tätig. Nach seiner Rückkehr im Jahre 1965 war er zweieinhalb Jahre Chefarzt des psychotherapeutischen Zentrums Stichting Veluweland in Holland. Zuletzt arbeitete er als Psychiater in Amsterdam (FOUDRAÏNE 1976, S. 1).

Jan Foudraïne propagierte mit seinem Buch *Wer ist aus Holz?* sozialtherapeutische Behandlungsansätze und erweiterte die sozialpsychiatrische Handlungspalette. Aus seiner Berufspraxis in Chestnut Lodge brachte er den sozialtherapeutischen Ansatz mit, die Patienten zu motivieren, selbst Aufgaben zu übernehmen und anderen zu helfen, um so das eigene Ich zu stärken. Ärzte und Pflegepersonal

müssten dazu ihre gewohnte schützende Distanz aufgeben und zu verstehenden, helfenden Mitmenschen werden. Auch die Gesellschaft sei dazu aufgefordert, die Natur dieser Persönlichkeitsstörungen zu überdenken und die dabei gesellschaftlich bedingten Ursachen nach Möglichkeit zu beseitigen (ebd., S. 1).

#### Michel Foucault

Michel Foucault wurde 1926 in Poitiers geboren und starb 1984 in Paris. Nach seiner Schulzeit in Poitiers studierte er in Paris Philosophie und Psychologie. Seit 1946 war er Schüler von Louis Althusser. 1954 erschien seine erste größere Veröffentlichung *Psychologie und Geisteskrankheit*.

Er war vielfach im Ausland unterwegs in Uppsala (1955–1958), Warschau (1958/1959) und Hamburg (1959/1960), später als Gastprofessor in Tunesien (1966–1968). Er lebte weitgehend in Paris und war Begründer eines neuen eigenen *Département de Philosophie* an der Université Paris-VIII (MÜLLER 2002).

Als Professor für Psychologie (ab 1962) an der Universität Clermont-Ferrand »erlebte er 1967 den Ausbruch der Studentenrevolte in Tunis und beteiligte sich dann wieder in Frankreich am Aufbau des ›Centre universitaire expérimental‹ von Vincennes, der Reformuniversität von 1968. 1969 wurde er ans ›Collège de France‹ gewählt« (KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 370). Eines seiner wichtigsten Werke ist seine Dissertation *Wahnsinn und Gesellschaft*, die 1961 erschien.

Quindel stuft Foucaults *Wahnsinn und Gesellschaft* als historische Betrachtung ein. Foucault widerlege den Mythos der Humanisierung der Behandlung der Irren durch die Fortschritte einer medizinisch-psychologischen Theoriebildung und Behandlungsmethodik. Er zeige einen Kreislauf, wie Formen des Wahnsinns durch die Behandlungsformen produziert werden, um daraufhin wiederum einen Herrschaftsanspruch legitimieren zu können (QUINDEL 2004, S. 18). Und Forster hebt Foucaults *Wahnsinn und Gesellschaft* im Wesentlichen als medizin- und psychiatrisoziologischen Wissenschaftsbeitrag hervor. Vor allem, weil Foucault eine völlig neue Sichtweise von medizinischer Macht eröffne und Zusammenhänge von Wissen und Macht aufdecke (FORSTER S. 226). Forster versteht Foucaults Sichtweise als professionelle und politökonomische Dominanzthese. Demnach wirke sich die medizinische Macht durchdringend und subtil aus, weil sie in Form von Selbstüberwachung und gleichzeitig von Autoritätsfiguren ausgeht.

»Das, was (...) ein Gegengewicht zu medizinischer Macht, einen Schritt zu einer angemessenen Demedikalisierung darstellen könnte, nämlich die stärkere Einbeziehung der Patienten und ihre aktive Mitgestaltung in therapeutischen Situationen, eröffnet aus poststrukturalistischer Sicht nur andere und möglicherweise noch größere Möglichkeiten der Überwachung und Kontrolle.« (ebd., S.227)

Foucault studierte die Konstitution des Wahnsinns zum Ende des 18. Jahrhunderts und zeigte einen »abgebrochenen Dialog«, den er genauer analysierte.



»Mitten in der heiteren Welt der Geisteskrankheiten kommuniziert der moderne Mensch nicht mehr mit dem Irren. Auf der einen Seite gibt es den Vernunftmenschen, der den Arzt zum Wahnsinn deligiert und dadurch nur eine Beziehung vermittelt der abstrakten Universalität der Krankheit zuläßt. Auf der anderen Seite gibt es den wahnsinnigen Menschen, der mit dem anderen nur durch die Vermittlung einer ebenso abstrakten Vernunft kommuniziert, die Ordnung, physischer und moralischer Zwang, anonymer Druck der Gruppe, Konformitätsforderung ist. (...) Die Sprache der Psychiatrie, die ein Monolog der Vernunft *über* den Wahnsinn ist, hat sich nur auf einem solchen Schweigen errichten können.« (FOUCAULT 1978<sup>3</sup>, S. 8)

Dieses Zitat sollte einen Hauch von Foucaults Wissen und Weite einfangen, da seine Erkenntnisse die Psychiatriereform nachhaltig, vor allem philosophisch und phänomenologisch, beeinflussten.<sup>30</sup>

### Luc Ciompi

Luc Ciompi, 1929 geboren, war Professor für Psychiatrie an der Universität Lausanne und Leiter der sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern (1977–1994). Inzwischen ist er emeritiert.

Als Forscher untersuchte er in den 60er- und 70er-Jahren unter anderem den Langzeitverlauf verschiedener psychischer Krankheiten bis ins Alter, vor allem beschäftigte er sich mit der Problematik schizophrener und manisch-depressiver Störungen. Dörner zählt Ciompi »zu denen, die der Psychiatrie einen neuen philosophischen Reflexionsraum eröffnen« (DÖRNER et al. 2004<sup>2</sup>, S. 506). Damit bezieht er sich auf Ciompis Forschung und Erkenntnisse über Affektlogik. Ciompi selbst spricht seine Leser in seinem Buch *Die emotionalen Grundlagen des Denkens*, einem weiteren Werk zur Affektlogik direkt an:

»Emotionale Einflüsse auf Denken und Verhalten sind bisher hauptsächlich als Störfaktoren betrachtet worden, die aus dem ›reinen Denken‹ und ›rationalen Handeln‹ so radikal wie nur möglich zu verbannen wären. Daß indessen affektive Komponenten nicht nur mit allem Denken immerzu untrennbar verbunden sind, sondern darin auch unverzichtbare organisatorische und integratorische Funktionen zu erfüllen haben, ist eine Erkenntnis, die sich erst in den letzten Jahren auf mehreren Gebieten der Wissenschaft zugleich Bahn zu brechen beginnt.« (CIOMPI 1999<sup>2</sup>, S. 11).

Ciompi setzte die wissenschaftliche Diskussion über multifaktorielle Erklärungskonzepte von Psychosen fort. In der Fachliteratur tritt er als Mitautor des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells<sup>31</sup> auf. Im Rahmen von psychoeduka-

30 Als weiterer Vertreter der Psychiatriereformer in Frankreich wäre auch Lacan zu nennen, den ich hier mit Rücksicht auf die Fülle meines Themas nicht vorstellen werde.

31 Das *Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell* ist ein multifaktorielles Erklärungsmodell zur Entstehung psychotischer Erkrankungsbilder. Die Konsequenz daraus ist, dass auch das Behand-

tiven Konzepten gehört es inzwischen als fester Bestandteil zum psychiatrischen Behandlungsrepertoire.

Ciampi setzte sich auch aktiv für die soziale Wiedereingliederung psychisch Kranker ein. Er entwickelte ein alternatives Behandlungskonzept für Menschen mit akuten psychotischen Krisen, als Soteria<sup>32</sup> bekannt. Ciampi, der von einer Studienreise aus den Vereinigten Staaten zurückgekehrt war, hatte etwas über »Soteria« gehört. Später, in San Francisco, nahm er mit Loren R. Mosher<sup>33</sup>, dem Gründer von »Soteria«, Kontakt auf. Hartwig Hansen und Klaus Nouvertné sind mit Luc Ciampi im Gespräch:

Hansen/Novvertné: »Was bedeutet für Sie der Begriff Soteria?

Ciampi: Er bedeutet für mich in erster Linie Hoffnung und Suche nach einer – vielleicht – besseren Schizophreniebehandlung. 1977 stand ich vor der Übernahme meines Amtes als Leiter der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik in Bern.« (AEBI et al. 1994<sup>2</sup>, S. 14)

Hansen/Novvertné: »Dieser Besuch fiel in die Phase des Aufbruchs. Stichwort: *Therapeutischer Optimismus*.

Ciampi: Richtig. Die ganze Sozialpsychiatrie der Siebziger Jahre stand ja – z. T. auch noch im Nachklang der 68er-Bewegung – stark im Zeichen des Aufbruchs und der Hoffnung. Vor allem erwarteten wir bessere therapeutische Resultate, wenn wir nur die Leute aus den Institutionen, den großen psychiatrischen Kliniken wirklich mal rausnehmen und ganz anders behandeln würden.

Wir vermuteten nämlich aufgrund von gewissen Forschungsergebnissen, aber auch von psychoanalytischen und familientherapeutischen Erfahrungen, immer dringlicher, daß die große, chronifizierte Psychose zumindest teilweise ein Anstaltsartefakt sein könnte und daß hinter ihr der eigentliche Mensch mit seinen gesunden Seiten

---

lungskonzept multifaktoriell auszurichten ist. Neben der medikamentösen Behandlung sind auch Psychotherapie, Sozialtherapie und viele andere ressourcenorientierte Unterstützungsformen hilfreiche Möglichkeiten (CIOMPI 1986).

32 Soteria beschreibt eine stationäre Krisenintervention, in der der akut Erkrankte in einer reizarmen, jedoch wohltuenden Umgebung, am besten während der ganzen akuten Phase, mindestens 24 Stunden, nur mit einer gesunden Person, einem Laienhelfer, verbringt. Diese, den Patienten stützende Person, sollte zu Beginn möglichst ein gesunder, jedoch gut vorbereiteter Laie sein. Inzwischen wird das Soteria-Modell auch von anderen psychiatrischen Kliniken vereinzelt in Form einer akuten stationären Krisenintervention, vor allem für junge ersterkrankte Menschen, angeboten. Die Wurzeln der Soteria sind Ronald Laing und Loren R. Mosher zuzuschreiben (AEBI et al. 1994<sup>2</sup>, S. 14–19).

33 Loren R. Mosher ist 1933 in Kalifornien geboren und 2004 in Berlin an Krebs gestorben. Als Psychiater engagierte er sich für eine weitgehend medikamentenfreie Behandlung psychisch kranker Menschen. Sein Therapiekonzept basiert auf geeigneten Beziehungen und Beziehungsformen, die eine medikamentöse Behandlung soweit wie möglich ersetzen sollten. Gemeinsam mit Lorenzo Burti, einem italienischen Kollegen, verfasste er das Buch *Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis* (MOSHER & BURTI 1992).

wieder zum Vorschein kommen würde, wenn er nur die richtige Behandlung bekäme. Dieser Optimismus war schon da.« (ebd., S. 15)

Die Wurzeln der kalifornischen Soteria stammten von Ronald Laing in London, der für Mosher ein Vorbild war, »ein großer Anhänger und Freund«. Ciompi war unzufrieden mit seiner 15-jährigen Berufspraxis, er war überzeugt, dass dies, was in den Institutionen geschieht »zutiefst antitherapeutisch ist. Vor allem das ganze Behandlungsmilieu und oft auch der Umgang mit den Kranken schienen mir problematisch« (ebd., S. 16). Jahrelanges intensives Befassen mit dem Thema Schizophrenie und Suchen in den verschiedensten Richtungen nach besseren Behandlungsmöglichkeiten weckten seine Begeisterung für die Soteria. So wenig Medikamentengabe wie möglich sowie das Einsetzen von psychoanalytischem Verständnis erhöhten die Hoffnung auf Erfolg. Mit einem guten Team, das hierfür eine wesentliche Voraussetzung ist, könnte die neue Behandlungsform erfolgreich sein (ebd., S. 17f.).

Das Besondere am Schweizer Gesundheitssystem ist, dass die Schweizer Universitätskliniken nicht nur forschen, sondern auch einen Grundversorgungsauftrag haben. Diese Praxis erklärt, dass schweizer Forschung im Gesundheitswesen wesentlich praxisnäher und anthropologisch orientiert ist.

### **Zwischenbilanz**

Im Rückblick erkenne ich die international und national unterschiedlichen Ausgangslagen der psychiatrischen Kliniken. Trotz dieser Unterschiede kristallisierte sich eine Gemeinsamkeit heraus: Die Missstände in den psychiatrischen Institutionen gab es europaweit überall und mussten beseitigt werden.

Allen Reformbewegungen gemeinsam lag die Absicht zugrunde, sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzusetzen, um deren Chancen und Recht auf ein autonomes Leben zu unterstützen. Diese Grundhaltung gesellschaftlich und in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung zu verwirklichen, bedeutete, die Rahmenbedingungen dafür anzupassen und zu verändern.

Die Psychiatrie im Ausland hatte mindestens zwanzig Jahre früher mit ihren Reformen begonnen, ihre neuen Erkenntnisse in Experimenten oder Projekten erprobt. Diese Erfahrungswerte waren von den deutschen motivierten Psychiatriereformanhängern für den in Deutschland dringend angesagten Reformprozess der 70er-Jahre abholbereit. Die Deutschen waren wohl erst mit einem großen zeitlichen Abstand in der Lage, dem Holocaust, der eigenen Geschichte, ins Auge zu sehen und das Regime Hitlers und des Nationalsozialismus als ihre nationale Vergangenheit anzuerkennen.

Die hier vorgestellten Persönlichkeiten der europaweiten Psychiatriereform zeigen mir viele Facetten des Umdenkens seit 1967/1968. Die Anfänge dieser Aufbruchbewegung erlebte ich damals, als ich Ende der 70er-Jahre als Krankenschwester in der Psychiatrie tätig war. Aus dieser Reformecke wehte ein Zeitgeist,

der mich beruflich und persönlich ansprach. Um traditionelle Wertemuster und gesellschaftliche Rollenverteilungen kritisch zu hinterfragen, war für mich ein offenes Denken und mitverantwortliches Handeln Voraussetzung, eine partizipative Arbeitshaltung, die in geregelten Hierarchien eines Krankenhausbetriebes nur bedingt umzusetzen war. In diesem Sinne sprach und spricht mich die gesellschaftskritische Richtung der Reformbewegung am meisten an.

Im Rückblick von heute auf diese Reformbewegung fällt mir auf, dass die Einflüsse der antipsychiatrischen Bewegung nach Cooper und Laing sich auf das gemeinsame Leben in unserer Gesellschaft *mit* den Patienten konzentriert, eine Haltung, die auch Basaglia und die italienische Reformbewegung verfolgte. Die Anfänge der Sozialpsychiatrie setzte in einzelnen Projekten in der Bundesrepublik diesen antipsychiatrischen Ansatz um. Anstelle dieser gemeinschaftsorientierten Haltung aus den Anfangszeiten der Sozialpsychiatrie ist inzwischen eine Haltung professioneller Distanz getreten. Insofern findet sich in diesem sozialpolitisch-gesellschaftlich-psychiatrischen Diskurs eine große Bandbreite, um Menschenbilder zu finden, die den ursprünglichen Zielen entsprechen und Werte zu formulieren, die nicht nur Idealen entsprechen, sondern die auch gelebt werden können.

In Bezug auf meine umfassendere Darstellung zu Szasz und seiner Psychiatricinstellung ist zu ergänzen, dass an seiner extremen Positionierung für mich gut sichtbar wird, was es bedeuten könnte, wenn psychisch Kranke keinen Schutz und keine Behandlung erhalten, da jedes menschliche Verhalten in Szasz Sinn allein dem Freiheitsbegriff der Demokratie und der Selbstverantwortung der Bürger unterworfen ist. Damit würden Fehlverhalten dieser Art ausschließlich strafrechtlich verfolgt und behandelt.

Nach diesem kurzen Zwischenresümee werfe ich mit den Lesern einen Blick auf den geschichtlichen und sozialpolitischen Verlauf der letzten vierzig Jahre in der Bundesrepublik Deutschland.

### 1.3 Sozialpsychiatrisch-historisches Streiflicht

Wie bereits dargestellt, wurden die Ausgrenzungen psychisch Kranker und deren Leid in der allgemeinen deutschen Psychiatrie-Geschichte vielfach belegt (vgl. Abschnitt 1.1). Die Orte des Leids waren zum Beispiel die Bezirkskrankenhäuser aus dem 19. Jahrhundert, die damals außerhalb von Ballungszentren gebaut worden waren. Dieser Teil von Psychiatrie-Geschichte zeigt eine ausgelagerte Psychiatrie, die es dem Nazi-Regime ermöglichte, innerhalb einer uneinsehbaren Institution verbrecherische Experimente an psychisch kranken Menschen zu begehen. Die nicht in Worte zu fassenden Folgen dieses Holocaust werden die Folgegenerationen der Nachkriegsjahre noch lange beschäftigen.

Zunächst jedoch war die Bundesrepublik der 50er- und 60er-Jahre mit ihrem Wiederaufbau beschäftigt<sup>34</sup> und die Versorgung der psychisch kranken Menschen draußen vor Ort, in den besagten Bezirkskrankenhäusern, entzog sich unverändert der Öffentlichkeit.

Aus der Vielzahl von Zusammenfassungen sozialpsychiatrischer Geschichte zitiere ich Clausen<sup>35</sup>, der die Psychiatrie in Deutschland nach 1945 beschreibt.

### 1.3.1 Die Zeit nach der Kapitulation bis Ende der 70er-Jahre

»In vielen Anstalten nimmt die Behandlung von Kriegsverwundeten größeren Raum ein als die psychiatrische Versorgung. Für seelisch Erkrankte ist weder Platz noch Nahrung vorhanden, es kommt unter den verbliebenen Anstaltspatienten zu einem regelrechten Hungersterben. Das Personal ist weitgehend das gleiche wie zur Zeit der Nazis, nur wenige Ärzte und Krankenpfleger werden für ihre Ermordungsgutachten bzw. -praktiken zur Verantwortung gezogen. Und wenn es zur Anklage kommt, waschen beschuldigte Ärzte ihre Hände in Unschuld und behaupten, ganz im Sinne der psychiatrischen Wissenschaft behandelt und geforscht zu haben. Gehirnsammlungen aus der NS-Zeit dienen noch Jahrzehnte später als Forschungs- und Anschauungsmaterial.« (CLAUSEN et al. 1997<sup>2</sup>, S. 38)

Nach der Kapitulation, dem Ende des Zweiten Weltkriegs und während der Nachkriegsjahre, sind die Verhältnisse in der Psychiatrie zunächst relativ unverändert geblieben. Diejenigen, die diese Missstände hätten ändern können, waren während des Krieges zwangsläufig ausgewandert, und umgekehrt nimmt die Nachkriegspsychiatrie auf deutschem Boden von den emigrierten Psychiatern und Psychologen, die nun in Skandinavien und in England, in Holland, der Schweiz, in Nord- und Südamerika wichtige Impulse zur Erneuerung der Psychiatrie beisteuern, wenig Notiz.

»Und die Emigrierten selbst zieht es kaum in ihre alte Heimat zurück. An ihren neuen Wirkungsstätten lassen sich medizinische, psychologisch/psychotherapeutische und soziologische Denkweisen besser integrieren als in deutschen Anstalten und Universitätskliniken, wo der Schwerpunkt der Behandlung weiterhin auf Insulin-Koma-Therapie, dem Kardiazol-Schock und der Elektrokrampftherapie liegt. 1952 kommt die Psychopharmaka-Therapie hinzu, an die nicht nur Hoffnungen

---

34 Auch die DDR war in den Nachkriegsjahren mit dem Wiederaufbau befasst. Die Versorgungssituation der dortigen Psychiatrie wird in dieser Studie erst ab dem Zeitpunkt der Wiedervereinigung der beiden deutschen Republiken berücksichtigt.

35 Jens Clausen, geb. 1954, arbeitet als Lehrer an der Evangelischen Sozialpädagogischen Ausbildungsstätte in Münster. Er studierte Erziehungswissenschaften, Geschichte und Germanistik. Er ist Vorstandsmitglied der Westfälischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Redaktionsmitglied der Zeitschrift *Soziale Psychiatrie* (CLAUSEN et al. 1997<sup>2</sup>, S. 276).

auf bessere Behandlungsbedingungen, sondern auch große Heilungserwartungen geknüpft sind.« (ebd., S. 38 f.)

Mit der Bandbreite der Psychopharmaka-Therapie eröffnen sich seit 1952 neue Strategien der psychiatrischen Behandlung und deren Versorgungsstruktur. Erwartung und Hoffnung auf Heilung psychischer Erkrankung wurden geweckt, die Schattenseite der medikamentösen Behandlung, die »chemische Zwangsjacke«, ist möglich geworden. Neue Impulse vonseiten der biologisch-chemischen Disziplin tragen ebenfalls zur Veränderung bei, wie auch internationale Forschungsergebnisse der Sechzigerjahre in größerem Umfang das Psychiatrie-Verständnis und dessen Wandel beeinflussten. Trotzdem kennzeichneten zu dieser Zeit menschenunwürdige Zustände das Bild in den Großkrankenhäusern. Diese standen in heftigem Kontrast zu einem Psychiatrie-Verständnis, wonach psychisch kranke Menschen medizinisch beziehungsweise psychiatrisch, auch wegen der neuen medikamentösen Therapie, behandelt werden können.

*Endstation für kranke Seelen*, eine Fotoreportage im Magazin Stern mit einem Bericht von Sülberg zeigte 1976 die Zustände im Bezirkskrankenhaus Haar und schockte damals die Öffentlichkeit bundesweit. Die Fotos waren heimlich aufgenommen und anonym weitergegeben worden (SÜLBERG 1976, S. 64–76, S. 162 f.). Diese Alarmzeichen erreichten die Intellektuellen der 1968er-Generation. Von der Frankfurter Schule geprägt, initiierten sie eine Protestwelle aus Solidarität mit den psychisch kranken Menschen, die sich in dieser Weise alleine nicht hätten wehren oder gar befreien können. 1980 folgten zehntausend Bürger bundesweit dem Aufruf zur Demonstration, dem legendären Stern-Marsch nach Bonn. Damals formierte sich eine heftige gesellschaftliche Kritik in Form von Antipsychiatriekampagnen und sozialpsychiatrischem Engagement. Eine Protestwelle wie diese, in deren Rahmen zehntausend Menschen *für* psychisch kranke Menschen auf die Straße gehen, ist heutzutage in dieser Weise kaum vorstellbar.

### 1.3.2 Positionierung der deutschen Reformbewegung

Ohne die Auseinandersetzung mit dem Holocaust – der Tötungsmaschinerie des NS-Reiches – nach dem Ende des 2. Weltkriegs und der Kapitulation 1945, bliebe eine sozialpsychiatrische Chronologie unvollständig.

»Erst jetzt, nach der Hast der Aufbaujahre, kamen die Deutschen zur Besinnung und fingen an, das Singuläre der nationalsozialistischen Untat nach und nach zu erkennen.« (HILDEBRANDT 1984, S. 456, zit. nach LOHMANN 1987, S. 92). Mit ihrem Buch *Die Unfähigkeit zu trauern* gelang es Margarethe und Alexander Mitscherlich, dieses Manko in Politik und Gesellschaft bewusst zu machen und die in ihren Augen erforderliche Trauerarbeit anzumahnen. Und weiter heißt es:

»Rekapituliert man die mit dieser Entwicklung einsetzende neue Ära in der Geschichte der Bundesrepublik, die auf der Ebene der ›hohen Politik‹ ihren Ausdruck in der Großen Koalition zwischen Christ- und Sozialdemokraten, 1969 schließlich in der Wahl des Sozialdemokraten Gustav Heinemann zum Bundespräsidenten und in der Bildung einer sozialliberalen Koalition fand, so ist der Name Alexander Mitscherlichs untrennbar mit dieser Ära verbunden. In den anderthalb Jahrzehnten zwischen 1960 und 1975, die man mit einigem Recht als die Epoche eines tiefgreifenden Werte- und Bewußtseinswandels charakterisieren kann, gehörte der politisch Intellektuelle Mitscherlich zu den ganz wenigen akademischen Autoritäten, denen es gelang, das universitäre Getto zu verlassen und breitenwirksam in die gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen seiner Zeit einzugreifen. Man darf vielleicht sogar soweit gehen und sagen, Bücher wie *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft*, *Die Unfähigkeit zu trauern* und *Die Unwirtlichkeit unserer Städte* hätten gleichsam wie in einem Brennglas die Probleme und Stimmungslagen der bundesrepublikanischen Gesellschaft gebündelt. (...) Kaum einem anderen schreibenden Intellektuellen war es so wie Mitscherlich vergönnt, dem Bedürfnis nach neuen Orientierungen – sei's im Hinblick auf die unbewältigte Vergangenheit des Dritten Reichs, sei's im Hinblick auf die Anonymität und Spurlosigkeit, die der moderne Arbeitsprozeß erzeugt, sei's im Hinblick auf stadtökologische Entwicklungen – öffentlichen Ausdruck zu verschaffen.« (LOHMANN S. 92)

Und Mitscherlich stellt fest: »Erst nach der Durcharbeitung seiner Vergangenheit ist ein Volk imstande, aus seiner Geschichte zu lernen, den Wiederholungszwang zu durchbrechen und notwendige gesellschaftliche Veränderungen und Erneuerungen durchzuführen.« (MITSCHERLICH GS IV, S. 348, zit. nach ebd., S. 100).

In dieser Zeit der bundesrepublikanischen Revolte klagte die junge politisch-aktive und intellektuelle Generation die Elterngeneration an, die Folgen des Nazi-Regimes nicht sehen zu wollen und die kritische Auseinandersetzung als Mitbetroffene, als Deutsche vermieden und verdrängt und somit diese Problematik nicht bewältigt zu haben. Eine Folge dieser revolutionären Zeit war ein radikaler Umbruch, ein Umdenken vor allem im sozialen und kulturellen Bereich. Werthaltungen und Menschenbilder waren plötzlich völlig infrage gestellt, Traditionelles wurde verkehrt.

#### **Sich-Berühren-lassen**

Der Kreis sich findender gleichgesinnter Reformer – engagierte Ärzte, Soziologen, Psychologen und Krankenschwestern und Krankenpfleger – setzte sich mit der Psychatriegeschichte und infolgedessen auch mit dem Holocaust auseinander. Im bundesdeutschen Fernsehen wurde 1979 eine vierteilige Serie zum »Holocaust« ausgestrahlt. Diese Reihe löste damals bundesweit heftige und kontroverse Reaktionen aus. Der damalige Mannheimer Kreis nahm dieses Medienereignis

zum Anlass, den »Holocaust« im Rahmen seiner Jahrestagung 1979 psychiatriebezogen zu reflektieren.

Die daraus entstandene Dokumentation *Der Krieg gegen die psychisch Kranken*<sup>36</sup> wurde als Buch veröffentlicht. Dem Leseleitfaden dieses Buches folgend zitiere ich aus dem Abschnitt: *Unfrisierte Gefühle der Arbeitsgruppe*, um möglichst hautnah die Betroffenheit der Teilnehmer zugänglich zu machen: Stefan Franzen aus Köln, ein Krankenpfleger in der Psychiatrie, stellt die Antwort auf den kollektiven Wahnsinn des Dritten Reiches vor: Sein Schweigen nahm langsam Gestalt an:

»Trotz des Nicht-Wissens wurde gehandelt, als ob alles geklärt wäre; oft nicht langsam und behutsam, sondern mit einer mir nicht erklärlichen Hast: das Anders-Sein des psychisch kranken Menschen, das das Bestehende in Frage stellt, wird von der tradierten Psychiatrie mit Medikamenten beantwortet. Mir ist es zu Beginn meiner Ausbildung ähnlich ergangen wie vielen Patienten: Meine Fragen wurden mit Schweigen beantwortet, Engagement wurde belächelt. Anders-Sein und Anders-Denken wird pathologisiert und ins Abseits geschoben ... nicht nur in der Psychiatrie.« (FRANZEN 1989<sup>2</sup>, S. 31 f.)

Zum »Anders-Sein« ergänzt Christiane Haerlin, eine Psychiatrie-Tätige aus Heidelberg, ihre Reaktion auf die oben genannte Holocaust-Serie: Sie habe dieses Thema auf einer Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) mit Gleichgesinnten diskutieren wollen, deshalb das Thema vorgeschlagen. Sie überdenke ihre »Wahl der Grenze«, die über »menschlich« und »unmenschlich« entscheide. Sie erkenne, wie schwer es sei, sich gerade in einer wohlwollenden Umgebung zu widersetzen, auch wenn sie es für notwendig erachte (ebd., S. 33). Und es müsse über das Menschenbild nachgedacht werden.

»– Wie bewerte ich den Menschen und wonach richte ich dies aus?

– Begutachte und selektiere ich Menschen menschenwürdig oder nach Gesichtspunkten der Verwertung?

– Wie stehe ich zur Rationalisierung und Arbeitsteilung der Arbeitswelt, die dem Menschen immer komplexere Vorgänge zumutet und Menschen, die dies nicht können, aussondert, arbeitslos, psychisch krank macht.

– Die Naturwissenschaft hat auch das Menschenbild beeinflusst: Sie muß ihr Untersuchungsobjekt auf Distanz wegrücken, um beschreiben, diagnostizieren zu können. Aus solcher Distanz ist der ›Schizophrene‹ nicht mehr einfühlbar. Wenn

---

36 Im Tagungsband »*Der Krieg gegen die psychisch Kranken – Nach ›Holocaust: Erkennen – Trauern – Begegnen*« wurden verschiedene Beiträge dieser Mannheimer-Kreis-Tagung, im psychiatrischen Krankenhaus Rickling im Mai 1979, veröffentlicht. Der Anlass für diese Tagung war das 40-jährige Gedenken an den Kriegsbeginn des Vernichtungskrieges (am 1.9.1939). Die Teilnehmer reflektierten (selbst-)kritisch das Erschrecken über das Schweigen und Verdrängen des Holocaust (DÖRNER et al. 1989<sup>2</sup>, S. 2).



festgestellt wird, daß er nicht mehr zu heilen ist, kann er deshalb auch leichter getötet werden.« (HAERLIN 1989<sup>2</sup>, S. 34)

Dieser Aspekt der Distanz schafft im Beziehungskontext zwischen den Professionellen und den Betroffenen eine neutrale Form, scheinbar Wertfreiheit, was zunächst die Beziehung und Behandlung entlastet. Im Falle von Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen akuter Krisen befreit diese Begegnungsform auch von Scham und Schuld.

Ein weiterer Aspekt kommt dazu:

»Auch heute ist die Gefahr, daß sich in der Psychiatrie Arbeitende für alles Zwischenmenschliche verantwortlich fühlen und damit auch einen weit überzogenen Beziehungsrahmen ansetzen. Das kann zur Folge haben, daß diese allmächtige Zuständigkeit zu Bewertungen und Begutachtungen führt, die sich über den einzelnen erheben, ihn dominieren und somit unmenschlich sind. Es schließt sich deshalb die notwendige Frage an: Wo sind die Grenzen, innerhalb derer ich menschlich handeln kann?« (ebd., S. 34 f.)

Eine Einmischung von außen in alles Zwischenmenschliche birgt die Gefahr des Überfürsorglichen und -beschützenden.<sup>37</sup> Der Ausdruck der *fürsorglichen Belagerung* drängt sich auf, die auch Kontrolle, Fremdbestimmung und Überlegenheit bedeuten kann. Der Weg zur Bevormundung ist hier nicht mehr weit. Eine gesunde therapeutische Grundhaltung will jedoch die Eigeninitiative, den Antrieb und die Motivation des Einzelnen fördern, um den Betroffenen bei der Wiedergewinnung seines eigenen Handlungsspielraums zu unterstützen und die jeweils individuelle Kreativität, das Eigenwillige hervorzulocken oder den Betroffenen zu bestärken. Hierbei sind Selbsthilfe und Empowerment als wesentliche Ressourcen zu nennen, die im folgenden Beitrag von Niels Pörksen<sup>38</sup> mit bedacht werden:

»Psychiatrie in der Gemeinde, seelisch Leidende unter uns – fordert von allen viel. Das ist von Fachleuten allein nicht zu leisten. Aber das ist die einzige Alternative zur zeitweiligen, vollständigen, totalen und lebensvernichtenden Ausschaltung von Menschen, die anders sind als wir, aus unserem Lebensraum. Allein ist das nicht zu schaffen, das weiß jeder von uns, vor allem jeder, der mit seelisch Kranken zusammenlebt. Das kann auch niemand von uns verlangen. Trotzdem ist die Umkehr von der derzeitigen Praxis möglich:

Beispiele zeigen, daß es möglich ist, viele behinderte und verhaltensauffällige Schüler in normale Schulklassen zu integrieren.

Es ist möglich, auf große psychiatrische Anstalten zu verzichten.

---

<sup>37</sup> Die Anmaßung, »zu wissen, was für den anderen gut ist oder was der Betroffene braucht«, wird hier deutlich. Sie kann in der Rolle des Helfens manchmal zur Falle werden.

<sup>38</sup> Niels Pörksen, geb. 1934, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, war Chefarzt der Psychiatrischen Klinik in Bethel.

Es ist möglich, mit Unterstützung ambulanter Hilfen zu Hause alt zu werden, in einer Behinderten-Wohngemeinschaft einer gewöhnlichen Siedlung zu leben usw.

Es ist dann möglich, wenn sich jeder zuständig fühlt, wenn wir nicht sofort nach dem Fachmann rufen oder wenn wir Fachleute uns nicht sofort auf unsere Fachrolle zurückziehen, wenn wir Selbsthilfe fördern, wenn wir nach helfenden Alternativen suchen anstatt auszugrenzen oder auszusondern. Schon da beginnt die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Deshalb haben die Ereignisse von 1939, 1940 und 1941 immer noch mit unserem Alltag zu tun.« (PÖRKSEN 1989<sup>2</sup>, S. 73)

Aus den oben genannten und weiteren Beiträgen dieser Jahrestagung (1979) folgte die 1. *Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* mit dem Titel »Holocaust« und die Psychiatrie – oder der Versuch, das Schweigen in der Bundesrepublik zu brechen«. Die Psychiatrie-Versorgung wurde mit Blick auf Menschenwürde und Menschlichkeit hin analysiert. Als verantwortliche Instanz wurde die Politik dafür angeklagt. Die Frage »Wie kann eine Demokratie, die Menschenwürde grundgesetzlich garantiert, Freiheiten ihrer Bürgerinnen und Bürger schützen und dies auch psychisch kranken Menschen gegenüber einhalten?« war endlich auch in der Bundesrepublik Deutschland ein großes Thema.

### 1.3.3 Psychiatrie-Enquête

1970 folgte der Bundestag der Forderung eines CDU-Bundestagsabgeordneten, die Situation der Psychiatrie untersuchen zu lassen. Bereits im August 1971 fand die erste Sitzung der Enquête-Kommission statt (SCHOTT & TÖLLE 2006, S. 312).

1973 erschien der Zwischenbericht, der in vielen Forderungen fortschrittlicher war als 1975 der Abschlussbericht. Dieser gilt als Kompromiss unterschiedlicher Auffassungen der Enquête-Mitglieder, die der Vorsitzende der Kommission, der Psychiater Caspar Kulenkampff (1922–2002) zu einem einigermaßen einheitlichen Konzept von Reformschritten zusammengeführt hatte (ebd., S. 40).

Mit dem Forderungskatalog:

- die groben inhumanen Missstände zu beseitigen,
  - die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (...) nach den Prinzipien der gemeindenahen Versorgung, (...) neu zu organisieren,
  - alle Versorgungsdienste bedarfsgerecht zu koordinieren,
  - psychisch Kranke mit körperlich Kranken gleichzustellen (Bericht zur Lage der Psychiatrie 1975, S. 17),
- wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, mit der verschiedene Reformprozesse initialisiert wurden.

Es gab sogenannte Modellregionen und Modellprojekte, um die regional unterschiedliche Versorgungslage auszugleichen, vor allem um das psychosoziale Versorgungsnetzwerk zu etablieren, und dies nach den Vorbildern der britischen, amerikanischen und französischen Psychiatriereformen.

In den Gemeinden entstehen: Sozialpsychiatrische Dienste, betreute Wohnformen, berufliche Rehabilitationsprojekte für Ausbildung und Umschulungen, Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und der sogenannte »beschützte« oder zweite Arbeitsmarkt. Ohne diese Einrichtungen und Unterstützungsangebote wäre die heutige Versorgung kaum noch denkbar.

Demgegenüber stehen die Kliniken in der Pflicht, das Prinzip des Großkrankenhauses aufzugeben, die Bezirkskrankenhäuser aufzulösen, insgesamt die Anzahl an Betten zu reduzieren und die Verweildauern in den Krankenhäusern zu kürzen. Ergänzend zur stationären Behandlung wurden Tages- und Nachtkliniken eröffnet sowie Krisenzentren beziehungsweise Krisenambulanzen eingerichtet. Das Prinzip ambulant vor stationär wird strukturell in den Konzepten der Institutionen mit berücksichtigt, ebenso wie das Prinzip der Sektorisierung (1993), einer weiteren Vorgabe der Reform. Allen Bürgern sollten die gleichen psychosozialen Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Sozialpsychiatrische Grundhaltungen beziehen auch Beziehungskontinuität, Empowerment (Selbsthilfe), Dialog (Integration der Angehörigen), Rekommunalisierung und Antistigmaarbeit mit ein (vgl. Abschnitt 1.1.3). Heute haben moderne psychiatrische Versorgungseinrichtungen diese Handlungsprinzipien weitgehend adaptiert. Zwischen den psychiatrischen Kliniken der Universitäten mit dem Fokus von Forschung und Wissenschaft und der Grundversorgungsverpflichtung der ehemaligen Bezirkskrankenhäuser scheint es immer noch Klüften zu geben. Neben dem klinischen Behandlungssetting existieren Versorgungsnetzwerke gemeindepsychiatrischer Einrichtungen mit unterschiedlichen Zielen, Aufgaben und Profilen.

#### **1.3.4 Die 80er-Jahre, die Wende**

Spätestens seit der Wende, Wiedervereinigung und Zusammenschluss der alten und neuen Bundesländer, ergänzen auch ehemalige DDR-Psychiatrie-Konzepte die kurze deutsche sozialpsychiatrische Geschichte. Die neuen Bundesbürger hatten noch zu DDR-Zeiten vor allem Einschränkungen in Bezug auf persönliche Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zu beklagen. Psychisch kranke Menschen profitierten jedoch andererseits ein wenig von der staatlich propagierten Kollektivität, Solidarität und den staatlichen Fürsorgeprinzipien, zum Beispiel im Falle von Arbeitsunfähigkeit. Ebenso waren Kündigungsschutz, Rentenversorgung und Rehabilitationsmöglichkeiten gesetzlich geregelt. Auch

in der DDR blieb die Psychiatrie eine ärztliche Domäne, »Sozialfürsorger oder Arbeitstherapeuten gelten als medizinisches Hilfspersonal« (CLAUSEN et al. 1997<sup>2</sup> S. 44). In den Großkliniken waren 40 % der Stationen geschlossene Abteilungen. Für Langzeit-Kranke gab es kaum sozialtherapeutische Angebote. Diese schlechten Versorgungsbedingungen hatten wiederum zur Folge, dass die Betroffenen ausgegrenzt wurden.

»Die Hochschulkliniken haben (...) den Trend einer ausgrenzenden, krankheitszentrierten Versorgung unterstützt. Eine Rolle spielt dabei auch noch die enge Verbindung der Psychiatrie mit Neurologie und Hirnforschung, die bis heute besteht. Dadurch wird (...) die lebensgeschichtliche psychosoziale und kommunale Dimension von Krankheit und Therapie ausgeblendet.« (WEISE 1990, S. 13, zit. nach ebd. S. 45)

Darüber hinaus diente die Psychiatrie dem Staat, sie wurde auch von der DDR damals politisch instrumentalisiert, um Menschen mit auffälligem und unangepasstem Verhalten zu kontrollieren und zu verwahren.

### 1.3.5 Die 90er-Jahre

#### Neue Versorgungsstrukturen

##### Die Psychiatrie-Personalverordnung

1990 tritt die Psychiatrie-Personalverordnung, die sogenannte *PsychPV*, in Kraft mit dem Ziel, individuelle und flexible Behandlungsplanung auch im stationären und teilstationären Bereich mit zu berücksichtigen. Tätigkeitsprofile der verschiedenen Berufsgruppen und Kriterien zur effektiven Teamarbeit sollen die Alltagspraxis in den Psychiatrischen Kliniken regeln. Eine entsprechende PsychPV für den ambulant-komplementären Bereich kam später dazu (ebd., S. 48).

##### Das neue Betreuungsrecht

Das neue Betreuungsrecht (1992) bringt zunächst manche Verbesserungen und verändert die Alltagspraxis psychiatrischer Behandlung und sozialtherapeutischer Begleitung (ebd., S. 48). Anstelle der bisherigen Entmündigung erwachsener Menschen gibt es eine Betreuungsform mit modifizierten Aufgabenbereichen,<sup>39</sup> individuell abgestimmt auf die vom Vormundschaftsgericht erkannte Notwen-

---

<sup>39</sup> Das Betreuungsrecht ist im § 1896 ff. BGB geregelt.

Zu den typischen Aufgabenbereichen gehören: Aufenthaltsbestimmung (Mietverträge, Heimverträge, Meldeangelegenheiten), Gesundheitsorge (Arztbesuche, Einwilligungen, Rehabilitation, ambulante Dienste organisieren), Vermögenssorge (Geldverwaltung, Anträge, Überweisungen), Behördenangelegenheiten (Anträge, Schriftwechsel) Postkontrolle.

Bei manchen Aufgaben sind vormundschaftliche Genehmigungen einzuholen, zum Beispiel bei Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen.

digkeit einer rechtlichen Betreuung. Besonders Patienten mit schwierigen sozialen Problemkonstellationen bei gleichzeitig krankheitsbedingten Einschränkungen finden durch diese Rechtsprechung nur bedingt die erhoffte Unterstützung.

#### **Beschwerdestellen**

Beschwerdestellen für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige wurden und werden sowohl in psychiatrischen Kliniken wie auch extern von und mit Psychiatrie-Erfahrenen eingerichtet.

#### **Sektorisierung und Case-Management**

Ernst von Kardorff nennt in seiner Zwischenbilanz – 20 Jahre Psychiatriereform – einige Zahlen und Fakten. In Anlehnung an die amerikanische Gemeindepsychiatrie wurde 1993 die sogenannte *Sektorisierung* durchgesetzt. Bundesweit wurden Versorgungssektoren (Bemessungszahl 300 000 Einwohner) festgelegt, die jeweils mit einem, dem Psychiatrie-Enquête-Plan entsprechenden, professionellen Hilfenetzwerk ausgestattet sein sollten. Ambulant-komplementäre Dienste zur Krisenintervention, teilstationäre Einrichtungen, Sozialpsychiatrische Dienste mit Nachsorgeauftrag, Einrichtungen im Bereich Wohnen wie Übergangwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften und berufliche Rehabilitationsprojekte sollten die bisherige psychiatrische Versorgung erweitern und die Modernisierung nachholen. Diese Versorgungsnetze waren regional sehr unterschiedlich ausgestattet, sie sollten über Gemeindepsychiatrische Verbundsysteme zielorientiert gesteuert werden. Zur Unterstützung für die Patienten, um sich im Dickicht des neuen Netzwerkes zurechtzufinden, wurde das Case-Management<sup>40</sup> ins Leben gerufen.

#### **Die Versorgungsstruktur bleibt erhalten**

Aber trotz der Zunahme dieser »Vorfeldeinrichtungen« und der neuen Unterstützungspotenziale blieb die Struktur der psychiatrischen Versorgung unverändert erhalten (VON KARDORFF 1995, S. 469).

#### **Finanzielle Engpässe**

Nochmals beziehe ich mich auf Clausen: Schon 1993 sind infolge finanzieller Engpässe im Gesundheits- und Sozialwesen manche gemeindepsychiatrische Projekte gefährdet. Die Kliniken sind einem wesentlich stärkeren Druck durch Gesundheitsstrukturgesetze und somit Kontrollen vonseiten der Krankenkassen, Kommunen und der Bundespolitik ausgesetzt.

---

<sup>40</sup> Case-Management ist seit den 70er- und 80er-Jahren ein Hilfekonzept, das den Klienten oder Patienten einen Anwalt seiner Interessen, den *Case-Manager*, an die Seite stellt. Ewers kommentiert dies als Unterstützung in »modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen, damit meist auch ineffizienten Sozial- und Gesundheitssystemen« (EWERS & SCHAEFFER 2000, S. 29 f.).

»Nicht jeder kann in dieser Situation nachvollziehen, daß der ärztliche Direktor Dörner auf der Gütersloher Fortbildungswoche 1993 vorschlägt, »aus leeren Kassen Kapital (zu) schlagen«, z. B. durch die Entlassung von Langzeitpatienten ins Betreute Wohnen – ein schwieriges Unterfangen – ist doch gerade in der ersten Hälfte der neunziger Jahre der Wohnungsmarkt »dicht«, jedenfalls für psychosoziale Projekte, nimmt auch die Aggression gegenüber Randgruppen, Aussiedlern und Asylanten beängstigende Ausmaße an.« (CLAUSEN et al. 1997<sup>2</sup>, S. 48)

#### Personenzentrierte Hilfen

Mitte der Neunzigerjahre werden in der psychiatrischen Versorgungspraxis die Personenzentrierten Hilfen anhand des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) eingeführt. Mehrere Aspekte sollen durch den IBRP abgedeckt werden: Feststellung des Hilfebedarf und Abstimmung therapeutischer Ziele vonseiten der betroffenen psychisch kranken Menschen, gemeinsam mit einem Bezugstherapeuten. Im Fall unterschiedlicher Beurteilungen der Problemlage sollen im IBRP beide Perspektiven berücksichtigt werden.<sup>41</sup>

#### 20 Jahre Psychiatriereform – Zwischenbilanzen

1995 veröffentlichte von Kardorff seine Zwischenbilanz über 20 Jahre Psychiatriereform mit dem Titel *Jubiläum oder ein Abgesang?* Dabei besann er sich auf seine Studienzeit, aus der er eine moralisch-ethische Verpflichtung aus den Botschaften der antipsychiatrischen Szene mitgenommen habe:

»Noch als Student sind mir in den Seminaren von Heiner Keupp die Diskussionen um Kritik und Reform der Psychiatrie begegnet – von den antipsychiatrischen Texten von Laing und Cooper bis zum sozialistischen Patientenkollektiv, die historische Psychiatriekritik so unterschiedlicher Autoren wie Dörner, Köhler, Foucault, Castel, die Kritik am medizinischen Modell von Szasz und die soziologische Perspektive der Etikettierungstheorie auf die Psychopathologie, die Analysen psychiatrischer Einrichtungen als totale Institutionen von Goffman bis zu den Fengers, die Texte und Modelle der demokratischen Psychiatrie in Italien von Basaglia bis Jervis, die klassischen sozialepidemiologischen Studien und schließlich die Psychiatrie-Enquête und die frühen Texte der deutschen sozialpsychiatrischen Reformbewegung.« (VON KARDORFF 1995, S. 467)

Einerseits würdigt von Kardorff 1995 die deutlich verbesserte Psychiatrieversorgungslage, andererseits bemängelt er, dass der moralischen Verpflichtung psy-

---

41 Dies ist in der Praxis für manche Patienten von erheblicher Bedeutung (tritt häufig bei psychosekranken Menschen auf), vor allem wenn die Vorstellungen von Patient und Therapeut oder professionellem Betreuer erheblich voneinander abweichen. Bei dieser Planung ist es immer Ziel, möglichst viel Konsens zu erreichen, Zwischenschritte konkret zu benennen, um die Behandlungsplanung für die Beteiligten und die Kostenträger später nachvollziehbar und kontrollierbar zu gestalten (KAUDER 1998<sup>2</sup>, S. 29–31).

chisch kranken Menschen gegenüber nicht nachgekommen wird. Er denkt dabei an die damaligen skandalösen Zustände in der Psychiatrie und die öffentliche moralische Empörung darüber. Die Reformbewegung hätte daraus einen politischen Auftrag übernehmen und eine wohlfahrtstaatlich organisierte »Reform der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel der Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft« anstreben können (ebd., S. 469). Eine Strukturreform dieser Art hat nicht stattgefunden.

Die treffendste Zwischenbilanz zur Psychiatriereform ist bei Keupp unter der Überschrift *Modernisierungsprozesse in der psychosozialen Versorgung der BRD* (1994) nachzulesen. Er erkennt ein höchst uneinheitliches Bild mit wesentlichen Unterschieden, die er vier Hauptströmungen zuordnet:

#### 1. Die *Traditionalisten*

Die Traditionalisten arbeiten heute anstelle der früheren Anstalt in einer modernen Klinik. Sie orientieren sich am *medizinischen Modell*, behandeln vorwiegend mit Psychopharmaka, aber auch die Elektroschocktherapie wird wieder gepflegt. Sie haben – psychiatrisch betrachtet – viel Einfluss, ihren Nachwuchs rekrutieren sie aus ihren eigenen Reihen und mit der Reformpsychiatrie gibt es kaum Berührungspunkte (KEUPP 1994, S. 63).

#### 2. Die *Modernisierer*

Die *Modernisierer* engagieren sich für eine bundesdeutsche Psychiatrie, die den Anschluss an die internationale Entwicklung hält. Teilweise gehörten sie zum Beratergremium der Psychiatrie-Enquête. Sie vertreten eine pragmatische Form der Sozialpsychiatrie und waren für die moderne Psychiatrie wegweisend. Namentlich seien hier Caspar Kulenkampff, Heinz Häfner, Alexander Veltin oder Asmus Finzen erwähnt. »Sie gehen ziemlich ungnädig mit allen Kritikern um, die die Entwicklung nicht so positiv sehen.« (ebd., S. 63)

#### 3. Die *sozialpsychiatrischen Moralisten*

Sie orientieren sich anthropologisch am Prinzip normaler menschlicher Kommunikation. Die »Grundbedürfnisse nach menschenwürdigem Wohnen, Arbeiten und Zusammenleben« beziehen sie auch aktiv in ihr professionelles Verständnis mit ein. Für das Gelingen der Reform konzentrieren sie sich auf die Lebenslagen der »chronisch Kranken« beziehungsweise Langzeitpatienten. »Menschenrechte und ethische Grundfragen bilden das Aufmerksamkeitszentrum« (ebd., S. 63). Sie kümmern sich um die historische Aufarbeitung der Ermordung von Hunderttausenden von psychisch Kranken in der Zeit des Nationalsozialismus und um die neue Diskussion »lebensunwerten Lebens«. Vertreter dieser Gruppe sind Klaus Dörner, Ursula Plog, Niels Pörksen u. a. (ebd., S. 63).

Mit meiner Fragestellung und Suche nach *Werten und Menschenbildern im Wandel* finde ich vor allem bei dieser Gruppe eine gute Resonanz, Denkanstöße und Beiträge. Keupp selbst stellt sich an die Seite der radikalen Psychiatriekritiker.

#### 4. Die radikalen Psychiatriekritiker

Sie werteten die Missstände der psychiatrischen Versorgung als gesellschaftliches Problem, das auch von gesellschaftlicher Seite anzugehen sei. So betrachtet kam es mit der Psychiatriereform zu einer »Transinstitutionalisierung« anstelle einer »Deinstitutionalisierung«, die eigentlich beabsichtigt war. Insgesamt sieht er:

»Zu dieser Gruppe gehören Initiativen und Einzelpersonen, die die Psychiatriethesen der ›Grünen‹ mit formuliert haben. Besonders wichtig sind in diesem Spektrum die Initiativgruppen ehemaliger psychiatrischer Patienten (wie die ›Irrenoffensive‹). Dieses bunte Spektrum psychiatriekritischer oder antipsychiatrischer Initiativen sieht ›psychisches Leid‹ nicht als ein Problem, das eines technisch-therapeutischen Managements bedarf, sondern als kulturell eigenständiges Lebensmuster, das ein Existenzrecht beanspruchen kann, das vielleicht sogar Momente der Befreiung vom durchschnittlichen ›Normalitätsgefängnis‹ symbolisiert. Die Psychiatisierung solcher dissidenter Lebensmuster wird als Akt der Unterdrückung, der sozialen Kontrolle verstanden, gegen den politisch gekämpft werden muß. Diese Perspektive, die vor allem in den 60er und frühen 70er Jahren eine breite Anhängerschaft hatte, wird zunehmend leiser, manchmal scheint mir, sie sei bereits verstummt.« (ebd., S. 64)

Keupp würdigt die Gruppen, die sich für eine realpolitische Umsetzung der Psychiatriereform eingesetzt haben.

Die Psychiatrie-Enquête ist nicht gescheitert, da sie mit einem Plan »für ein lückenloses Netz, das über alle psychosozialen Krisenherde und Problemlagen geworfen werden sollte«, angetreten war. »Psychisches Leid sollte von einem System ›fürsorglicher Belagerung‹ eingefriedet werden.« (ebd., S. 65) Aber insgesamt hat keine Strukturreform stattgefunden (die gesellschaftspolitisch erforderlich gewesen wäre), sodass aus dem Modernisierungsprojekt die Anstalt gestärkt hervorgegangen ist.

Ich selbst hege große Sympathie für die Seite radikaler Psychiatriekritiker, was für mich als professionell Tätige bedeutet, im Berufsleben in einem modernen Klinikalltag vielen Reibungspunkten ausgesetzt zu sein. Einen Weg daraus sehe ich am ehesten sozialpolitisch verortet, unter der Vorgabe, dass sich Organisationen und Aufgabenprofile – anstelle der heutigen ausschließlichen Zweckorientierung – sinnstiftend verändern sollten.

Zuguterletzt ist ein weiterer Aspekt sowohl aus meiner Berufspraxis als auch aus Keupps Analyse des Modernisierungsprozesses in dieser Diskussion wesentlich: die tiefe gesellschaftliche Spaltung, die immer größer werdende Armut der betroffenen psychisch Kranken. Die meisten von ihnen leben von Sozialhilfe oder Grundsicherung und Chancen, am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind ihnen kaum gegeben. Darüberhinausgehend muss bei einer Psychiatriereformbilanz gesehen werden, dass ein großer Teil der



Bettenreduktion bei den früheren Großkliniken gelang, weil die chronisch Kranken in Heime verlegt wurden, für die Öffentlichkeit aus dem Blickfeld verschwanden (ebd., S. 67 f.).

#### **Komplexität bewirkt Unüberschaubarkeit**

Zuletzt will ich noch einen Aspekt zum Stichwort »Zuständigkeit« ergänzen, der zum Beispiel bei der Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen oder der Lösung anderer sozialer Problemlagen für Verwirrung sorgt. Das heißt, dass ein Patient, der Hilfe braucht, diese zwar im modernen Netzwerk vielseitig finden kann, aber zu wissen, wer, wann, wo und wie zuständig ist, das ist die Kunst. Die Komplexität dieser Strukturen wird immer unüberschaubarer, sodass bereits eine gesunde, belastbare Person dabei schon an ihre Verständniskontrolle stößt. Wie wird es dann einem Menschen in einer geschwächten Position gehen, der gerade auf eine verlässliche Unterstützung von außen angewiesen ist?

Anhand dieser Szenerie aus den 90er-Jahren lässt sich heute feststellen, dass alle diese Strömungen noch viel deutlichere Konturen angenommen haben als damals. Damit stelle ich Erich Wulff<sup>42</sup> vor und durch seine Brille werfe ich von heute aus einen Blick zurück.

### **1.3.6 Ein Blick zurück**

Mit dem Titel: *Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie. Zum Vorrücken des neoliberalen Zeit- und Sprachregimes*,<sup>43</sup> stellt Erich Wulff seine aktuelle Kritik an der heutigen Psychiatrie-Praxis vor:

»Seit etwa einem Jahrzehnt vollzieht sich in der Begriffssprache der Psychiatrie eine langsame, aber stetige Kurskorrektur. Sie läuft vor allem dort ab, wo es um die Beziehungen zwischen ihren verschiedenen sozialen Akteuren geht, zielt aber darüber hinaus eine Umbettung ihres gesamten Tätigkeitsfeldes an. Die therapeutischen Einrichtungen und die in ihnen beruflich Arbeitenden, die Ärzte, die Psychologen, die Pflegekräfte, die Ergotherapeuten und die Sozialarbeiter werden immer häufiger »Anbieter« von Leistungen genannt, und aus den Patienten werden deren »Klienten« oder »Kunden«. Diesen Kunden werden öffentliche oder, wie im Pflegebereich oder in Arztpraxen, privatisierte therapeutische Dienstleistungen nunmehr als »Produkte« angeboten, deren »Qualität«, sollen sie von jemand abge-

---

42 Erich Wulff veröffentlichte unter dem Pseudonym Georg W. Alsheimer: *Vietnamesische Lehrjahre* seine Erfahrungen als Arzt in Südvietnam (1961–1967). Dieses Buch wurde gerne zum Vergleich zwischen anderen kulturellen Erfahrungswerten mit der westlich geprägten Zivilisation und deren Gesundheitsversorgung herangezogen.

43 Erweiterte Fassung eines im Jahre 2000 bei den »Marburger Psychiatrietagen« gehaltenen Vortrags.

nommen werden, auch gesichert und kontrolliert werden muss. Und natürlich hat jedes dieser Produkte seinen Preis. Die therapeutische Beziehung zwischen Arzt bzw. nichtärztlichem Behandler und dem Patienten verschiebt sich so zu einer im Kern kaufmännischen Beziehung, die nun eigenen Gesetzen, denjenigen des Marktes, unterworfen werden soll.« (WULFF 2007, S. 6)

Erich Wulff, 1926 in Reval geboren, studierte bis 1953 Medizin, danach war er in Freiburg als Arzt tätig. Von 1961 bis 1967 hatte er eine praktische Lehrtätigkeit an der Universität Hué in Südvietnam. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland ging es die Karriereleiter nach oben, vom Assistent zum Oberarzt und Leiter der Klinik in Gießen. Nach der Habilitation 1969 erhielt er 1971 eine Professur für Psychiatrie in Gießen und baute eine sozialtherapeutische Station auf. Neben seiner Tätigkeit seit 1968 als Professor Associé an der Universität Paris VIII (Vincennes) publizierte er Schriften über Probleme der klinischen Psychiatrie, Phänomenologie, Medizin-Ausbildung, Ethnopsychiatrie, Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie sowie über Vietnam (WULFF 2001).

Erich Wulff gehört zu den wenigen Psychiatern, die offen und kritisch auch Tabus aussprechen. Schon in seinem Buch *Psychiatrie und Klassengesellschaft* thematisiert er die Beziehung von »Arzt und Geld« und den Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patienten-Beziehung (WULFF 1972). *Bezahlung und Geld* spielen bei den *Werten*, insbesondere im Kapitalismus, eine wesentliche Rolle. Dennoch werde ich die finanzielle Bewertung an dieser Stelle außer Acht lassen und mich auf Wulffs heutigen Rückblick auf die Erfolge einer Sozialpsychiatrie und seine heutige Einschätzung konzentrieren. Wulff betont die Seite: Wie geht es einem psychiatrischen Patienten, wenn er sich inzwischen von den Professionellen ein Versorgungsangebot kaufen soll?

»Denn als Insassen psychiatrischer Anstalten haben sie bis zum Beginn der Psychiatriereform in Verhältnissen leben müssen, die schlimmstenfalls denen einer Sklavenhaltergesellschaft, besserenfalls denen einer paternalistischen Fürsorge wie im Feudalismus gleich kamen, und der Kampf dafür, solche Zwänge abzuwerfen, ist ja bis heute noch nicht völlig ausgestanden. Die Psychiatriereform war ihre bürgerliche Revolution, und so bestehen sie auch auf ihre neu errungenen Bürgerrechte, auf ihre neuen Freiheiten. Die aber deklinieren sich im Kapitalismus neoliberaler Prägung, in den hinein sie befreit wurden, vor allem auf der Ebene freier Käuflichkeit und Verkäuflichkeit. Gesteht man die ihnen zu, so respektiert man auch ihre neu erstrittene Bürgerwürde, meldet man Zweifel an, so müssen sie fürchten, man wolle ihnen diese Würde wieder nehmen.« (WULFF 2007, S. 6 f.)<sup>44</sup>

Wulff nimmt die Psychiatrie-Personalverordnung kritisch unter die Lupe. Die PsychPV gibt verbindliche Messzahlen für Therapiezeiten der verschiedenen

---

44 Vgl. auch WULFF 2000, S. 3 f.

Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc.) vor. Die Patienten werden in Notfall-, Akut-, chronische und Sucht-Patienten eingruppiert. Jeder dieser Patientengruppen steht wöchentlich laut PsychPV ein bestimmtes Arbeitsminutenkontingent zu, das in Form von Stichtagen dem aktuellen Hilfebedarf entsprechend ermittelt wird. Daraus resultiert: die PsychPV ist ein Instrument der Kontrolle und Steuerung. Damit wird die Zeit menschlicher Zuwendung berechenbar. Wer sie erhält, wie sie verteilt wird, unterliegt den Sachzwängen, die sich nach Wulff zunehmend an der neoliberalen Marktwirtschaft orientieren. Er bezieht sich auf Renate Schernus, die 1999 in einem Vortrag in Krakau vor der Deutsch-Polnischen Gesellschaft formulierte: »Ein auf ungesteuertem Wettbewerb und Gewinnmaximierung beruhendes System muss die Frage, ob es sich noch lohnt, demente alte Menschen [...] in angemessener Weise zu begleiten und zu versorgen, ehrlicher und brutaler Weise mit ›nein‹ beantworten.« (SCHERNUS 1999, zit. nach ebd., S. 11). Wulff hat wenig Hoffnung, etwas zu retten: »Aber vielleicht können wir doch durch die Verschwendung von Zuwendung auch etwas Sand in das Vermarktungsgetriebe der Psychiatrie, des Gesundheitswesens und der ganzen Gesellschaft streuen.« (ebd., S. 12)

Nach diesem kritischen Blick folgt eine allgemeine Frage zum Menschenbild, mit dem ich mich des Weiteren in Kapitel 4 intensiv auseinandersetzen werde.

## 1.4 Annäherung an ein Menschenbild

Was soll ein Menschenbild erfüllen?

Klaus Dörner betrachtet das Menschsein existenzialistisch und anthropologisch. Er bezieht sich auf Jean Paul Sartre, der wiederum Jean Genet als randständige, vom Durchschnittsmenschen abweichende Figur »stilisiert«:

»Für die phänomenologisch-philosophische Fundierung meiner These beschränke ich mich auf eine Überlegung von J.-P. Sartre, dem zufolge man bei der Entwicklung eines Menschenbildes von dem jeweils ›unerträglichsten‹ Menschen auszugehen habe, denn würde man ihn übergehen, hätte man ihn ausgegrenzt, zur Sache degradiert und komme daher nur zu einem unvollständigen Menschenbild. Als einen solchen exemplarisch unerträglichsten Menschen stilisiert Sartre den Sträfling und Dichter Jean Genet, von dem er sagt: ›Denn man muß schon wählen: wenn jeder Mensch der ganze Mensch ist, muß dieser Abweichler entweder nur ein Kieselstein oder ich sein.« (SARTRE 1982, S. 910, zit. nach DÖRNER 2004, S. 18)

Diese Metapher zeigt ein Menschenbild, das Verständnis für alle Wesenheiten des Menschseins eröffnen soll. Von Neugierde und Offenheit wird auch die

Haltung in der empirischen Sozialforschung inspiriert. Mit dieser Idee werde ich im folgenden Kapitel den Leserinnen und Lesern die Methoden vorstellen, anhand derer ich den empirischen Teil dieser Studie erarbeitete.

## Kapitel 2

*Der Weg entsteht beim Gehen.*

## 2 Methodischer Bezugsrahmen

### 2.1 Qualitative Forschung – eine Begründung

Der Arbeitstitel *Soziale Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung am Beispiel der Praxis sozialpsychiatrischer Versorgungsnetzwerke* deutet schon an, dass ich mich für die Mitarbeiter, psychiatrisch Tätige, interessiere. Mit dem Ziel *Spuren zu sichern, Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung* zu artikulieren, bezog ich mich auf Personen und Institutionen des Versorgungsnetzes. Die Wahl der Methode<sup>45</sup> und mein Erkenntnisinteresse waren aufeinander abzustimmen. Neben der ersten unvoreingenommenen Suche war auch die Rekonstruktion von Abläufen erforderlich. Dabei sollten der prozessuale Charakter des Themas und die Beziehung weiterer notwendiger wissenschaftlicher Gedanken zueinander berücksichtigt werden können. So war es für mich von Beginn an offensichtlich, dass sich eine qualitative Forschungsmethode für mein Thema besonders eignet.

Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss begründen in der *Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung*, den Alltagsbezug und die Theoriegenerierung ihrer Methode.

»Eine Grounded Theory, die sich an die Alltagsrealitäten eines Sachgebietes hält, ist demgegenüber eine Theorie, die auf der Basis verschiedener Daten sorgfältig *induziert* worden ist. Nur unter Maßgabe dieser von uns beschriebenen Methode wird die Theorie den Alltagsrealitäten (dem, was wirklich geschieht) der jeweiligen Sachgebiete gerecht, d.h. sie wird ohne weiteres auf sie anwendbar sein.« (GLASER & STRAUSS 1998, S. 243)

*Induzieren* heißt »vom besonderen Einzelfall auf das Allgemeine, Gesetzmäßige schließen« (Duden 1990<sup>5</sup>, S. 343). Den Gegensatz zur Induktion, lateinisch »Hineinführen«, stellt die Deduktion dar, die sich als wissenschaftliche Methode vom Allgemeinen ausgehend auf das Besondere und Einzelne bezieht (ebd., S. 165).

Der Mensch ist nicht nur Untersuchungsobjekt, sondern auch erkennendes Subjekt und hat als Forscher demnach eine Doppelrolle, der er im naturwissenschaftlichen Sinn von Objektivierbarkeit nicht gerecht werden kann. Entgegen diesem deduktiven Ansatz wird hier eine induktive Position eingenommen, die

---

<sup>45</sup> Dabei beziehe ich mich auf Standardwerke der qualitativen Sozialforschung wie Lamnek, Strauss, Glaser, Jaeggi, Faas, Flick, Witzel u. a.

sich kulturell, gesellschaftlich und geschichtlich orientiert, beziehungsweise sich qualitativ mit dem Phänomen sozialer Realität auseinandersetzt (LAMNEK 1995<sup>3</sup>, Bd. 1, S. 39).

Ergänzend zur Entscheidung der qualitativen Forschungsmethode ist festzuhalten, dass das Erkenntnisinteresse darauf ausgerichtet ist, komplexe, zum Teil auch non-verbale Phänomene sichtbar zu machen. Es stellen sich folgende Fragen:

*Wie kann Wertewandel beschrieben werden? Wie können Botschaften auf einer non-verbalen Ebene, die vorzugsweise über einen subjektiven Zugang wahrgenommen und erkannt werden, verbalisiert und somit zugänglich gemacht werden?*

In diesem Sinne werde ich auch theoriegenerierend arbeiten, die forschungsrelevanten Phänomene artikulieren und sie einem theoretischen Vergleich zuführen.

Aus der Vielfalt verschiedener methodischer Möglichkeiten kristallisierte sich ein Forschungskonzept heraus, wie ich es anhand der Tabelle 1 (siehe S. 70 f.) studienspezifisch vorstelle.

## **Das theoretical Sampling und seine Grenzen**

### **Auswahlverfahren zur Stichprobe – theoretische Vorüberlegungen**

An wen werde ich mich mit meinem *Forschungsinteresse: Soziale Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung* wenden?

Zum möglichen Personenkreis gehören die Betroffenen selbst, eventuell auch deren Angehörige und die professionellen Mitarbeiter des Versorgungssystems. Sowohl von einer Patienten- als auch einer Angehörigenbefragung nahm ich deshalb Abstand, weil ich befürchtete, dass die Interviewergebnisse möglicherweise die momentanen Befindlichkeiten derselben zeigen und der Schwerpunkt meiner Forschungsintention verschoben würde. Die Idee, ergänzend zu den Experten auch die Betroffenen und ihre Angehörigen zusätzlich zu befragen, verwarf ich mit Blick auf die zu erwartende Datenmenge.

Letztlich fiel meine Entscheidung dafür, mich ausschließlich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems zu wenden, weil sich die vorliegende Thematik aus meinem Berufsalltag herauskristallisiert hatte. Schließlich erlebte ich hautnah, wie sich unser Arbeitsalltag veränderte, beim gleichen Anspruch, sich sozialpsychiatrisch zu engagieren, alle beruflichen Aufgaben zu erfüllen und effektiv zu arbeiten. Im Kontrast dazu stehen Motivation und Berufswünsche, die immer weniger mit dem Berufsalltag – ständigem Strukturwandel, Organisationsveränderungen und Personalreduktion – übereinstimmen. Infolgedessen orientieren sich die Mitarbeiter immer wieder neu und passen sich an. Insofern lag es nahe, untersuchen zu wollen, wie sich diese

Tab. 1: Forschungskonzept, ergänzt mit studienrelevanten Anmerkungen (Flick 2007, S. 186f.)

	Prozess	Sampling	Basisdesign	Basisdesign	Anmerkungen für diese Studie
<b>Ansatz/Kriterien</b>	<b>Zirkuläres Modell</b>	<b>Gezieltes Sampling</b>	<b>Vergleichsstudie</b>	<b>Momentaufnahme</b>	
<b>Offenheit für den Gegenstandsbe-reich durch:</b>	Flexibles Heran- und Umgehen in Bezug auf das empirische Material	Samplestruktur wird aus dem Verlauf der Analyse und dem Material entwickelt	– Einbeziehung von Befragun-gen – Nachvollzug durch Teilnahme	Zustandsbeschreibung ohne Festlegung auf den Prozess	Alle Kriterien treffen zu.
<b>Strukturierung des Gegenstands-bereichs durch:</b>	Im Prozess entwickelte Kennt-nisse (Kapitel 2)	Fokussierung auf aufschluss-reiche Fälle bzw. Materialien (Kapitel 3)	– Festlegung von Vergleichs-dimensionen (Kapitel 4)	Einschränkung auf den ak-tuellen Stand (z. B. des un-tersuchten Wissens) (Kapitel 1 und 2)	Alle Kriterien treffen zu.
<b>Beitrag zur allge-meinen Entwick-lung qualitativer Methoden durch:</b>	– Konsequente Umsetzung qualitativer Forschungsprin-zipien – Verzahnung von Erhebung und Analyse	Inhaltlich konkrete statt for-mal abstrakte Fall- bzw. Materialauswahl Dies wurde durch „gezieltes Sampling (purposive) nach Patton – ansatzweise for-mal – differenziert.“ (Anm. der Verf.)	Fokussierung auf Anknüpfungs-punkte in untersuchten Fällen	Ansatz für pragmatisch fokussierte Studien	Alle Kriterien treffen zu. Um die pragmatische Fokussierung auszugleichen, wurden viele narrative Elemente aus den Antworten der Interviewpartner mit einbezogen. (Anm. der Verf.)
<b>Anwendungsbereich</b>	Theorieentwickelnde Studien	– Theorieentwickelnde Studien – Qualitative Evaluation Dies kann m. E. nur in einem großen Forschungsprojekt im Team geleistet werden, in Einzelarbeit wie hier, bleibt es ein subjektiver Ausschnitt. (Anm. der Verf.)	– Gezielte Fragestellungen – Größere Fallzahlen zumindest eine bessere Bandbreite in Form von Ankerinter-views und Interviewvergleich fokussiert in die Quere (Anm. der Verf.) – komparative Fragestellungen	– Experten-, Laien- und institutionelles Wissen – Praktiken und Routinen	Die Kriterien treffen alle zu.



Ansatz/Kriterien	Prozess	Zirkuläres Modell	Sampling Gezieltes Sampling	Basisdesign Vergleichsstudie	Basisdesign Momentaufnahme	Anmerkungen für diese Studie
<b>Probleme der Durchführung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Begrenzte Planbarkeit</li> <li>– Ggf. schwierig zu realisieren bei fehlender Erfahrung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Begrenzte Plan- und Kalkulierbarkeit</li> <li>– Unscharfe Kriterien für den Abschluss des Samplings</li> </ul> <p><i>Unschärfen wurden während des Auswertungsverfahrens kritisch reflektiert.</i> (Anm. der Verf.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auswahl der Vergleichsdimension</li> <li>– Berücksichtigung der Fallstruktur bzw. der Fallbesonderheit</li> </ul>	Eingrenzung des Materials über den Fall	<p>Alle Kriterien treffen zu.</p> <p><i>Unschärfen wurden während des Auswertungsverfahrens kritisch reflektiert.</i> (Anm. der Verf.)</p>	
<b>Grenzen des Ansatzes</b>	An Theorieentwicklung orientiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Induktive Systematisierung</li> <li>– Begrenzte Verallgemeinerbarkeit</li> </ul>	Zugunsten des Vergleichs einer Dimension werden ggf. andere vernachlässigt	Verzicht auf Verlaufs- und Veränderungsperspektive <i>In jedem Fall stellt diese Studie ein ZEIT-Zeugnis dar.</i> (Anm. der Verf.)	<p>Alle Kriterien treffen zu.</p> <p><i>Ggf. wurden kritische Aspekte jeweils im Diskursverlauf thematisiert und kritisch reflektiert.</i> (Anm. der Verf.)</p>	
<b>Literatur</b>	Strauss 1991 Jaeggli, Faas, Mruck 1998	Merkens 2000 Patton 2002	Glaser 1969	Flick 2006 Lüders 2000a	Lammek, Keupp, von Kardorff, Witzel, Glaser & Strauss, Mayring, Flick et al.	

laufenden Veränderungen auf die Mitarbeiter in diesem Setting auswirken, bei herkömmlichen Leistungsansprüchen und geringer werdenden Ressourcen, einer zunehmenden Kluft, die Druck erzeugt.

*Welche Möglichkeiten hat der Einzelne in seiner Rolle und/oder seiner Funktion, zu handeln, wenn Veränderungen von außen auf das System Einfluss nehmen und dieses verändern? Wie sieht der Gestaltungsspielraum der Einzelnen subjektiv in den jeweiligen sozialen Rollen und Funktionen aus?*

Meine Entscheidung, mich an professionelle Helfer sozialpsychiatrischer Einrichtungen zu wenden, heißt für den Forschungsansatz: Professionelle Helferinnen und Helfer sind zugleich Expertinnen und Experten, die als »Informationsträger« auch Informationen liefern. Sie gehören zum Versorgungssystem, einem Netzwerk, und erfüllen Handlungsrollen sowohl aktiv als auch passiv, weil sie als Teil des Systems »funktionieren« (LAMNEK, Bd. 2, 1993<sup>2</sup>, S. 38). Auch versuchte ich eine mehrdimensionale Perspektive herzustellen und die Bandbreite sozialpsychiatrischer Einrichtungen, Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Mitarbeiterebenen aus unterschiedlichen Regionen mit einzubeziehen.

#### **Gestaltung der Feldforschung und Kriterien zur Stichprobe**

Die Akquisition begann im Sommer 2003, war einrichtungs- und regionenübergreifend angelegt. Ich veröffentlichte einen Anzeigentext in zwei Fachzeitschriften und suchte über persönliche und berufliche Kontakte Interessentinnen und Interessenten für die Forschungsinterviews. Voraussetzung zur Teilnahme an dieser Studie war, dass alle in helfenden Berufen ausgebildet waren und aktiv im sozialpsychiatrischen Versorgungsbereich mitarbeiteten. Es beteiligten sich Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal<sup>46</sup> und Ergotherapeuten. Sie arbeiteten in den Bereichen:

- Wohnen und Selbstversorgung
- Psychosoziale Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste
- Arbeit und Rehabilitation
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Behandlung: stationär und teilstationär in der Klinik; ambulant, in Instituts- und Krisenambulanzen und niedergelassen in einer Facharztpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie.

Um die aktuellen regionalen Strömungen bezüglich der Veränderungen kritisch überprüfen zu können, auch im Sinne des Datenschutzes, den Unbekanntheitsgrad

---

<sup>46</sup> Die Berufsbezeichnungen des Krankenpflegepersonals sind seit einigen Jahren unterschiedlich. Sie heißen: Krankenschwester und Krankenpfleger, Gesundheitsschwester und Gesundheitspfleger und Pflegeexpertinnen und -experten. Im Rahmen dieser Studie spielt diese Begrifflichkeit keine wesentliche Rolle. Die ausgewählten Interviewpartner dieser Berufsgruppe haben alle die Zusatzqualifikation zur Fachkrankenschwester oder zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie.

zu nutzen, reiste ich bundesweit.<sup>47</sup> Eine Überlegung war auch, ob die Bereitschaft zum Interview honoriert werden kann. Dazu zitiere ich Stephan Wolff, der dem Forscher davon abrät, etwas über den Nutzen der Forschung zu versprechen, da das Forschungsprojekt höchstens funktional sein kann und dem sozialen System nichts zu bieten habe (WOLFF 1993, zit. nach FLICK 2007, S. 146). Mein Angebot an die Teilnehmenden bestand darin, 60 bis 90 Minuten in einem geschützten Rahmen über den beruflichen Weg, die eigene berufliche Haltung und die Situation in der Psychiatrie zu reflektieren, und das Interview vielleicht als einmalige Supervision zu nutzen. Frei nach dem Motto *Zeit ist kostbar*, besonders für professionelle Helfer, wertete ich die Gesprächszeit meiner Interviewpartnerinnen und -partner als »Geschenk«. Meinerseits bemühte ich mich um offene und konstruktive Gesprächssituationen.

Mit dem ersten Schritt versuchte ich für das theoretical Sampling, meiner Forschungsintention entsprechend, ein möglichst umfassendes Spektrum zu erfassen. Insgesamt führte ich 28 Interviews. Diese Stichprobe bot mir eine große Vielfalt, um meine Forschungsintention *Menschenbilder und Werte im Wandel* zu ergründen. Im Hinblick auf die Menge dieses Datenmaterials war in einem zweiten Schritt eine gezielte Reduktion erforderlich. Anhand der Kriterien für die Form einer Vergleichsstudie wählte ich neun Interviews aus, um sieben intensiv und zwei weitere selektiv auszuwerten. Je nach der Forschungsperspektive würden sich für die Datenerhebung im Einzelnen (jedes Interview für sich) verschiedene Auswertungsmöglichkeiten anbieten (FLICK 2007, S. 179)<sup>48</sup> (vgl. Abschnitt 2.6).

Meine Interviewreihe eröffnete ich mit zwei Kollegen, die ich beruflich kannte. In diesen beiden Fällen erwies sich ein Kennen vor Beginn meiner Forschungsreihe als Vorteil. Bei beiden waren die gewünschte Offenheit und Vertrauensbasis gegeben, um mich in der Forscherrolle zu erproben. Bezüglich der weiteren gestarteten Anfragen war der Rücklauf abzuwarten.

Die Auswahl erfolgte schrittweise, analog zum Rücklauf meiner Akquise. Die Rückmeldungen kamen zunächst vereinzelt, im Herbst 2003 verdichteten sich die Interviewtermine. Es meldeten sich auch Mitarbeiter aus Sozialpsychiatrischen Diensten<sup>49</sup>, das Setting, das mich aufgrund der Forschungsintention besonders

---

47 Ich war in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen.

48 Uwe Flick, 1956 in Heidelberg geboren, studierte Psychologie und Soziologie in München und Berlin; Habilitation an der Technischen Universität Berlin 1994. Er war als Dozent an verschiedenen Hochschulen tätig, zum Beispiel in Berlin und Hannover, in Europa (Paris, London, Padua, Lissabon) und Übersee, in Neuseeland und Santiago de Chile. Seine Forschung und Lehre befassen sich mit qualitativen Methoden, Alltagswissen, Gesundheitswesen, qualitative Evaluation, Jugendobdachlosigkeit (FLICK 2007, S. 2).

49 Zu diesem Zeitpunkt war vor allem das Fortbestehen Sozialpsychiatrischer Dienste bedroht. Dieser Einschnitt mit spürbarem Kostendruck auf das Versorgungssystem war schon als Signal für weitere Konsequenzen der sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen zu werten.

interessierte. Mein letztes Interview hätte ich wegen der bereits erfolgten Interviews (es waren schon 27) und der damit vorhandenen Datenmenge fast nicht mehr angenommen. Letztlich entschied ich mich für das Prinzip »Offenheit der Forscherin«, und im Ergebnis bereicherte diese jüngere Interviewpartnerin mein bereits vorhandenes Auswahlrepertoire um eine weitere wesentliche Perspektive (Interview 28). Eine letzte Interessentin aus einem der neuen Bundesländer, die einen ansprechenden handschriftlichen Brief schickte, lehnte ich zu diesem Zeitpunkt aus Zeit- und Kostengründen ab.

Die anderen Interviewpartnerinnen und -partner meldeten sich per E-Mail oder telefonisch. Zeitnah wurden die Rahmenbedingungen des Interviews, Zeit und Ort, in der Regel am Arbeitsplatz der beteiligten Gesprächspartnerinnen und -partner, vereinbart. Diese »organische« Planung entspricht hier auch einem der Ziele der qualitativen Sozialforschung, die sich um eine möglichst unvermittelte Präsentation der sozialen Wirklichkeit bemüht.

### Kriterien zur Datenerhebung

#### Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985)

Bei der Frage, *wie* ich meine Daten erhebe, entschied ich mich für eine Zwischenform aus dem themenzentrierten, beziehungsweise halbstandardisierten Interview und dem Experteninterview. Flick zitiert unterschiedliche Ansichten zur Frage, wer als *Experte* gilt. Er bietet dazu verschiedene Deutungsmuster für die Rolle von Experten als Forschungszielgruppe an. *Experten* sind für ihn »Mitarbeiter einer Organisation in einer spezifischen Funktion und mit einem bestimmten (professionellen) Erfahrungswissen« (FLICK 2007, S. 214 f.). In dieser Studie sind die Interviewpartnerinnen und -partner *Experten*, wenn sie in einer Einrichtung mit sozialpsychiatrischem Konzept arbeiten und aus ihrem Arbeitsfeld mit ihrem Berufsprofil entsprechendes Erfahrungswissen mitbringen (vgl. Kapitel 3).

Nach BOGNER und MENZ (2002) bietet das Experten-Interview drei Forschungsalternativen an. Es kann zur Exploration eingesetzt werden, um sich in einem neuen Feld zu orientieren und darüber hinaus »das Untersuchungsfeld thematisch zu strukturieren und Hypothesen zu generieren« (FLICK 2007, S. 216). Es kann das systematisierende Experteninterview herangezogen werden, um Kontextinformationen zu Erkenntnissen aus anderen Methoden zu gewinnen. Für diese Studie ist vor allem die dritte Variante, die theoriegenerierende Funktion relevant. Das heißt, aus den Erfahrungen und dem Wissen meiner Interviewpartner (verschiedener Experten) wird eine Theorie beziehungsweise Typologie zu *Menschenbildern und Werten im Wandel* (der untersuchte Gegenstandsbe- reich) gesucht und entwickelt (FLICK 2007, S. 216). Des Weiteren ermöglicht das Experteninterview, Kontextwissen anstelle von Basiswissen über Abläufe zu recherchieren. So könnte in dieser Studie erkennbar werden, inwieweit sich die derzeitigen sozialpolitischen Veränderungen, wie Sparmaßnahmen und Ge-

setzesänderungen, auf den Berufsalltag und die früher intendierten sozialpsychiatrischen Ziele auswirken.

»Die in die Entwicklung eines Leitfadens eingehende Arbeit schließt aus, dass sich der Forscher als inkompetenter Partner darstellt. (...) Die Orientierung an einem Leitfaden schließt auch aus, dass das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun, und erlaubt zugleich dem Experten, seine Sache und Sicht der Dinge zu extemporieren.« (MEUSER & NAGEL 2002, S. 77, zit. nach FLICK 2007, S. 217)

Interview-Leitfäden bei Experteninterviews übernehmen hier eine doppelte Funktion, sie strukturieren und korrigieren Fehlerquellen.<sup>50</sup>

Bei der Entwicklung meines strukturierenden Interviewleitfadens sollte auch der narrativen Seite Raum gegeben werden, was mir von den verschiedenen Leitfaden-Interviewmöglichkeiten am besten mit dem »problemzentrierten Interview« nach WITZEL (1985) realisierbar schien. Aus dem Leitfaden, aus Fragen und Erzählanreizen zusammengestellt, konnte ich biografische Daten und subjektive Erfahrungen im Hinblick auf bestimmte Schwerpunkte konzentrieren (FLICK 2007, S. 210).

Danach stellte ich den Interviewleitfaden im Forschungsseminar zur Diskussion und Ergänzung vor. Es gab Überlegungen, ob es Tabubereiche gibt, Bereiche, die die zu Befragenden nicht beantworten wollen oder können. Was ist, wenn Existenzängste und Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes bestehen? Die Antworten auf die Frage nach *Werten und Menschenbildern* werden, neben der guten Absicht, die der »gute Helfer« per se mitbringt, unterschiedlich lauten. Was beinhaltet die Frage nach *Wandel*? Zum Beispiel, was sich spürbar verändert haben könnte? Was bedeuten Veränderungen dieser Art persönlich für die eigene berufliche Haltung? Was bedeutet all dies allgemein in Bezug auf sozialpsychiatrische Ziele? Bietet das Leitfadenskonzept einen guten Gesprächseinstieg und Ausklang?

Mit einer allgemeinen Frage dazu, was jede und jeder für sich vom Interview erwarte, einem offenen Gesprächseinstieg zum »Aufwärmen« zur Psychiatrie, war die Chance zur Annäherung zwischen den meist unbekanntesten Gesprächspartnern und mir und zum Thema gegeben. Die Antworten auf die Frage zur Psychiatrie, als assoziativ-offener Einstiegsimpuls gedacht, erwiesen sich später beim Interview-Vergleich als persönlich und unterschiedlich geprägt. Die weiteren Fragenkomplexe waren mit Stichworten überschrieben, die bei Bedarf

---

<sup>50</sup> Mögliche Fehlerquellen wären, wenn:

- Der Experte den Interviewverlauf blockiert, weil er für das Thema gar kein Experte ist.
- Der Experte den Interviewer zum Mitwisser von aktuellen Konflikten benutzen würde.
- Die Rollen zwischen privaten und beruflichen Ebenen wechseln würden.
- Der Experte sein »rhetorisches« Wissen referiert anstatt die gestellten Fragen zu beantworten (MEUSER & NAGEL 2002, zit. nach FLICK 2007, S. 217). In der Rückschau auf meine empirische Erhebung (die Interviewreihe) waren Fehlerquellen dieser Art nicht relevant.

während des Interviews konkretisiert oder vernachlässigt wurden, wenn der Interviewpartner viel von sich erzählte und die narrative Seite zum Tragen kam. Diese Unterschiedlichkeit bei der Datenerhebung konnte ich bei der Reflexion im Verlauf der Auswertungsschritte wieder angleichen (FLICK 2007, S. 211). »Der Interviewer soll anhand des Leitfadens entscheiden, wann »er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemzentriertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen soll.« (ebd., S. 210)

Der Fragebogen (vgl. Anhang) beinhaltete:

Soziodemografische Daten

Erwartung an das Interview

Prolog: Was fällt Ihnen zur Psychiatrie ein?

Fragen:

1. zur beruflichen Identifikation (der Weg – Motivation, persönliche Veränderung?)
2. zur Patientenversorgung (Erfahrungswerte, Beispiele aus der Praxis)
3. zum Menschenbild und zu sozialen Werten
4. über Leid (Berührungsebene)
5. Gibt es Spannungsfelder? (Wann und wo? Bewältigung derselben)
6. zum sozialpsychiatrischen Netzwerk
7. zur kritischen Reflexion des eigenen Gestaltungsspielraums im Netzwerk
8. Ausblick (Zukunftswünsche, Rückmeldung zum Interview)

Der Einsatz des Fragebogens erfolgte flexibel, das heißt, dass die tatsächliche Auswahl der Fragen bestimmten Schwerpunktsetzungen, und die Reihenfolge der Fragen – je nach Verlauf des Gesprächs – bestimmten Variationen unterworfen wurden. In wenigen Fällen sparte ich die Fragen nach dem Netzwerk und den eigenen Gestaltungsspielräumen (Fragen 6 und 7) aus, wenn es meines Erachtens nicht zur Situation des Interviewpartners passte oder die Zeit für die Fragen zuvor nicht ausgereicht hätte.<sup>51</sup>

In dieser Weise war der Interview-Leitfaden ein kontinuierliches Instrument, um die Experten beziehungsweise Interviewpartner strukturiert, fokussiert und narrativ zu befragen. Terminabsprachen und zuverlässige Zeitvorstellungen von beiden Seiten ergaben konzentrierte Gesprächsverläufe ohne Zeitdruck und Störungen.

### **Kontextuelle Umstände der Datenerhebung**

#### **Die Zeit**

»Ja es ist natürlich jetzt die Frage, wie viel Zeit dieses Bändchen da erlaubt?« (Interview 23, Zeilen 335–336) lautete die Frage meines Gegenübers bei einem der Interviews. Die Zeit sollte meinerseits keine Rolle spielen, einen Tonband-

---

<sup>51</sup> Dies war in zwei Interviews relevant.

wechsel während des Gesprächs wollte ich vermeiden, deshalb benutzte ich für die Aufnahmen einen DAT-Recorder.<sup>52</sup> Diese Technik vereinfachte es, sich auf das Gespräch zu konzentrieren.

»Ja, erst einmal fast eineinhalb Stunden, da wo ich nicht immer gestört worden bin. Das war schon mal ganz schön für mich, dass ich mich in Ruhe unterhalten habe können. (...) ich bin wieder inspiriert worden, auf jeden Fall und vor allen Dingen, was wichtig war für mich, ich bin aus'm Alltagsgeschäft rausgerissen worden, dass ich meinen Gedanken jetzt wieder ändern, freien Lauf lass'.« (Interview 8, Zeilen 714–723)

#### Der Ort

Grundsätzlich orientierte ich mich bei der Wahl des Ortes daran, den Interviewpartnerinnen und -partnern möglichst entgegenzukommen. Daher fanden die meisten Interviews am Arbeitsplatz der Befragten statt. Insofern deckten sich Realität und Forschungskonzept, wenn »*die Interviewsituation einer Alltagssituation gleichen sollte*«. Eine Situation, die selten vorkommt (LAMNEK 1995<sup>3</sup> Bd. 2, S. 103).

#### Zustimmung zum Mitschnitt

Alle meine Interviewpartnerinnen und -partner – vor dem Interview dazu befragt – gaben mir ihre Erlaubnis zum Mitschnitt des Interviewgesprächs auf Tonband (Abschnitt 2.4).

## 2.2 Erste Texte entstehen: die Datendokumentation

Nach Witzel umfasst das problemzentrierte Interview einen Kurzfragebogen, den Leitfaden, die Tonbandaufzeichnung und das Postskriptum (Interviewprotokoll) (FLICK 2007, S. 210).

#### Forschungsmemos

Rund um das Interview werden vor- und nachbereitend Prä- und Postskripte in Form von *Memos* erstellt, um Zusatzinformationen, Forschungsbeobachtungen, Wahrnehmungen und somit Feinheiten der jeweiligen Interviewsituationen festzuhalten (LAMNEK 1995<sup>3</sup>, Bd. 2., S. 99). Sie sollen Wichtiges, Nebensächliches oder Verlorengegangenes bei der Interpretation, Geltungsbegründung, Verallgemeinerung und Darstellung der Ergebnisse jeweils aus der Perspektive des einzelnen Forschers enthalten (FLICK 2007, S. 377).

---

<sup>52</sup> Dieses DAT-Bandgerät hatte eine Aufnahmekapazität von 180 Minuten.

Meine Begleitskizzen verfasste ich im Anschluss an die Kontaktaufnahmen mit den Interviewpartnerinnen und -partnern. Es war befreiend, alle meine Eindrücke, Empfindungen und Beobachtungen, die mir wichtigen, nebensächlichen oder verlorenen, assoziativen Elemente, zunächst unsortiert, zu dokumentieren.

Diese Memos wurden zeitnah mit der Überspielung der Tonbandaufnahmen und deren Transkription vertextet. Im weiteren Auswertungsprozess dienten sie mir als ergänzende Informationsquelle, vor allem wegen der persönlichen Erinnerungsmomente. Sie waren nützlich, um einige offene Fragen zu beantworten oder ein wesentliches Detail zu ergänzen. Auch andere Informationen leisteten hilfreiche Beiträge, zum Beispiel Forschungsmemos, die ich aus dem Kreise des Doktorandenseminars zusammengefasst hatte, oder die aus Arbeitstreffen mit Kolleginnen resultierten.

### Transkription

Ich suchte nach einem angemessenen Verhältnis zwischen der Genauigkeit der Aufzeichnung und dem entsprechenden Aufwand dafür. Eine zu genaue Transkription von Daten bindet häufig Zeit und Energie, die sich sinnvoller in ihre Interpretation stecken lassen (STRAUSS 1991, zit. nach FLICK 2007, S. 380). Als Bewertungsmaßstab werden folgende Kriterien für ein sinnvolles Transkriptionssystem für gesprochene Diskurse genannt: Handbarkeit (für den Transkribenten), Lesbarkeit, Lernbarkeit und Interpretierbarkeit (BRUCE 1992, zit. nach O'CONNELL & KOWAL 1995, S. 96, zit. nach ebd., S. 380).

Aus dem Datenmaterial der Stichprobe überspielte ich alle 28 geführten Interviews von den DAT-Bändern auf Kassettenrekorderbänder, um mir die Transkription zu erleichtern. Bei der Transkription folgte ich dem Prinzip »Es gilt das gesprochene Wort«, transkribierte 1:1. Diese Form der Genauigkeit erschien mir zunächst sinnvoll, um mir bei der Sprechweise, dem Satzbau, den Pausen und weiteren Interviewspezifika sowie bei der weiteren Auswertung besseren Zugang auf die nonverbale Ebene, das *Zwischen-den-Zeilen-Lesen*, zu verschaffen.

Im Hinblick auf die Fülle des gesamten Datenmaterials, das ich im Laufe der Überspielung der DAT-Kassettenbänder auf Rekorderkassetten vollständig abhörte, traf ich eine Vorauswahl der Interviews, die ich anschließend transkribierte. Ausschlusskriterien waren zuerst technische Mängel, eine zu nahe Forschungsdistanz und ein Gruppeninterview, dessen weitere Auswertung unverhältnismäßig großen Aufwand mit sich gebracht hätte im Vergleich zur Vielzahl der Alternativen. In diesem Sinne folgte ich der Grounded Theory, die ein schrittweises Auswertungsverfahren empfiehlt, das sich am Forschungsinteresse orientiert. So entstanden insgesamt 15 transkribierte Interviews, umfang-



reiches Datenmaterial, das erneut gezielt selektiert und reduziert wurde und der weiteren detaillierten Auswertung zugeführt werden konnte (vgl. gezieltes Sampling, Abschnitt 2.6).

## 2.3 Die Auswertung im Prozess – weiteres Datenmaterial entsteht

Während des Auswertungsprozesses folgte ich einer sequenziellen Struktur innerhalb dieses Forschungsverlaufs.

Ich orientierte mich bei der weiteren Auswertung am Konzept des *thematischen Kodierens*, ein mehrstufiges Vorgehen, das *zirkuläre Dekonstruieren* nach Jaeggi, Faas und Mruck. »Der Forschungsgegenstand ist hier die soziale Verteilung von Perspektiven auf ein Phänomen oder einen Prozess.« (FLICK 2007, S. 402) Dabei wird angenommen, dass in unterschiedlichen sozialen Welten beziehungsweise sozialen Gruppen differierende Sichtweisen anzutreffen sind.

»Um diese Annahme zu überprüfen und dabei gleichzeitig eine Theorie über solche gruppenspezifische Sicht- und Erfahrungsweisen zu entwickeln, ist es notwendig, den Ansatz von Strauss in wesentlichen Punkten zu modifizieren, die jeweils auf eine Erhöhung der Vergleichbarkeit des empirischen Materials abzielen: Das Sampling ist an den Gruppen orientiert, deren Perspektiven auf den Gegenstand für seine Analyse besonders aufschlussreich erscheinen und die damit vorab festgelegt (...) und nicht – wie bei Strauss – aus dem Stand der Interpretation abgeleitet werden.« (ebd., S. 402)

Mit dieser Denkweise behandelte ich jedes Interview, dem Verfahren des »Zirkulären Dekonstruierens« entsprechend, nach den gleichen Regeln, um das Wesentliche sichtbar zu machen, um den jeweils interviewspezifisch narrativen Elementen und subjektiven Perspektiven zum bereits vorstrukturierten themenzentrierten Interviewleitfaden Raum zu geben.

»Der Begriff des Zirkulären Dekonstruierens leitet sich aus dem konkreten Vorgehen ab: Unser Ausgangsmaterial ist ein Text, um den herum wir uns in kreativen Gedankenschleifen intuitions- und theoriegeleitet bewegen. Damit »dekonstruieren« wir zirkulär und rekursiv den Text und setzen ihn anschließend so zusammen, daß implizite Sinngehalte sichtbar werden können. Auf diese Weise findet ein mehrfacher Perspektivenwechsel statt, durch den wir Bausteine für eine Theorie über unseren Forschungsgegenstand finden, die neuartige Erkenntnisse verspricht.« (JAECCI et al. 1998<sup>2</sup>, S. 5 f.)

Dieser Weg ist folgenden sechs Arbeitsschritten unterworfen:

### **Motto**

Anhand der ersten Assoziationen und Eindrücke zum Interview oder zur Person des Interviewpartners suchte ich ein passendes Motto. Ein Motto ist immer kurz und beschreibt das »Einzigartige« des Interviews frei assoziativ, die Emotion, eine Stimmung oder etwas Besonderes über die befragte Person. Auch ein passender Satz aus dem Text kann zum Motto werden. Fast kommt durch die Hintertür eine Beziehung zustande (JAEGGI et al. 1998<sup>2</sup>, S. 7).

### **Nacherzählung oder Inhaltsangabe**

Ziel der Nacherzählung ist, das umfangreiche Textmaterial<sup>53</sup> zu straffen, sich auf das Wesentliche des Gesagten zu konzentrieren. Erste erkennbare Interpretationsschwerpunkte könnten schon benannt werden, um sie beim weiteren Auswerten zu konkretisieren. Jaeggi et al. konzentrieren sich darauf, »Texte interaktiv zu produzieren« oder »explizite und implizite Sinngehalte der Interviewpartner« zur Sprache zu bringen (ebd., S. 8).

Bei meiner Arbeit an den ersten Transkriptionstexten hielt ich mich streng an die soeben genannten Regeln. Im Laufe des Auswertungsprozesses kristallisierten sich bei der *Nacherzählung* ähnliche Themenblöcke heraus wie bei der Zusammenfassung der Antworten auf die Frageblöcke des Leitfadens, sodass die *Inhaltsangaben* für die nötigen Informationen ausreichten. Das zuvor oft redundant angelegte Interview konnte ich sinnvoll verkürzen. Zunächst entstand ein neutral und trocken wirkendes Textmaterial, das ich erst beim weiteren Auswerten anderweitig wieder mit Informationen über emotionale Aspekte (Motto, Memos) ergänzte. Die meisten der erarbeiteten *Nacherzählungen* oder *Inhaltsangaben* umfassten drei bis vier Seiten. Eine weitere Kürzung derselben hätte bedeutet, Umfang und Option meines Forschungsinteresses teilweise aufzugeben, eine Entscheidung, die an dieser Stelle des Auswertungsprozesses die Offenheit erheblich eingeschränkt hätte.

### **Stichwortliste**

Ich erstellte Stichwortlisten, das heißt aus den Transkriptionen sind markante Worte aufzulisten. Diese Form soll den Text straffen und überschaubar machen. Nach Jaeggi et al. sind auch spontane Interpretationsversuche erlaubt, mir erschienen sie unvermeidlich, allerdings waren sie erneut zu reflektieren. Jaeggi et

---

<sup>53</sup> Die Interview-Transkriptionen umfassen jeweils ca. 25–35 Seiten.

al. sprechen den Stichwortlisten eine »Strukturierungskompetenz« zu, mit der auf die »fremdsubjektive Erlebnis- und Darstellungswelt« zugegangen und sie besser verstanden werden kann. Ich hielt mich an den Vorschlag von Jaeggi et al., aus dem Gesamttext des Transkripts vor allem die forschungsrelevanten Textseiten zu bearbeiten, um bei dem großen Aufwand dieses Auswertungsschritts auch auf Effektivität zu achten. Beim Durchsehen dieser Stichwortlisten erkannte ich Themenblöcke, die beim nächsten Schritt mit einer Überschrift versehen wurden und in einen *Themenkatalog* zu übertragen waren.

Im Laufe dieser Auswertungsphase konzentrierte ich meine Arbeit darauf, die weiteren Interviews auf meine Interessenschwerpunkte *Werte und Menschenbilder* im Wandel zu verdichten. Ich folgte dem Vorschlag von JAEGGI et al., auch die Kurzform dieses Verfahrens zu nutzen (ebd., S. 9). So entstanden ausführliche und kürzere Stichwortlisten.<sup>54</sup>

### Themenkatalog

Jaeggi et al. beschreiben den *Themenkatalog* als komplexere Abstraktionsleistung. Es entstehen »sensibilisierende Konzepte« aus gleichartigen Sinnzusammenhängen, die in verschiedene Oberbegriffe zu unterteilen sind. Diese Differenzierung entspricht einer extrahierten Thematik, einer »Vor-Kategorie«. Nach der thematisch strukturierten Subsumption der Details aus den Stichwortlisten können auch andere, externe, wahrnehmende »(Vor-) Urteile, Erlebnisse, Meinungen und Theoriebestandteile, die die Urteilsbildung der Auswertenden beeinflussen«, mit in den neu zu konstruierenden Text einfließen (ebd., S. 10).

Meine Themenkataloge beziehungsweise »erste Textkonzepte« der bearbeiteten Interviews ähnelten sich. Trotz dieser Ähnlichkeit und derselben Vorgabe der Themenblöcke aus dem Interviewleitfaden, fielen bei jedem Interview weitere, neue, eigene und persönliche Merkmale auf, sodass jedes Interview unverwechselbar für sich stehen kann.

### Paraphrasierung

Im Gegensatz zur *Nacherzählung* oder *Inhaltsangabe* bietet die *Paraphrasierung* im Sinne einer »andersgearteten Interpretationsleistung« Raum für »Subjektivität und Intuition«. Mögliche emotionale Botschaften, die in der Inhaltsangabe fehlten, können mit einbezogen werden. Die Paraphrasierung wird durch die gedankliche Vorstrukturierung des Themenkataloges ergänzt (ebd., S. 12). Bei

---

<sup>54</sup> In Kurzform bearbeitete ich Interview 8 und 25.

der Paraphrasierung gibt es einen Interpretationsspielraum, in dem die aus dem Auswertungsprozedere gewonnenen Beobachtungen und Wahrnehmungen artikuliert, berücksichtigt und gewichtet werden können.

Meine Paraphrasierungstexte erwiesen sich im Laufe des Auswertens und bei der Theoriegenerierung als wesentliche »Textbausteine«. Es sind Textelemente entstanden, die ich später im Zuge der weiteren Überlegungen (in Kapitel 3, Porträtsammlung der Interviewpartner und in Kapitel 4, theoretische Zuordnung der Interviews) kompatibel mit einsetzen konnte. Insgesamt entstanden auch hier umfangreichere Texte von drei bis vier Seiten und zwei kürzere Versionen (mit Konzentration auf die »Metaebenen« bei Interview 8 und 25).

### **Interviewspezifische oder zentrale Kategorien**

Die nun gewonnenen, zentralen, beziehungsweise interviewspezifischen Kategorien sind »theoretisch relevante Aussagen«, erste Theoriebestandteile, im Unterschied zur »Dokumentation von banalem Alltagswissen« (ebd., S. 13). Die Kategorien integrieren alle vorhergegangenen Schritte, um sie dem Interviewvergleich zuführen zu können. Im Vergleich wird sich zeigen, wie sie im Kontrast zueinander stehen oder sich entsprechend ergänzen.

### **Kurzbeschreibung**

Ergänzend zu den Textbausteinen des »Zirkulären Dekonstruierens« wurden Kurzbeschreibungen verfasst, um das prägnante Motto mit einer aussagekräftigeren Nacherzählung oder Inhaltsangabe sinnvoll zu verbinden. Meine Kurzbeschreibungen beinhalten das Motto, eine knappe Darstellung zur Person des Befragten und das für mich Wesentliche aus dem Interview. »Diese Kurzbeschreibung hat zunächst heuristischen Wert für die anschließenden Analysen.« (FLICK 2007, S. 403)

### **Zwischenbilanz**

Zusammenfassend diente mir das soeben zusammengefasste »Zirkuläre Dekonstruieren« dazu, das Textmaterial interviewspezifisch induktiv, von innen heraus, sowie deduktiv, von der Außenperspektive her, zu ergründen. Bis dahin war das oben beschriebene Prozedere nach Jaeggi et al. eine geeignete Vorarbeit mit einem Zwischenergebnis. Die weiteren Empfehlungen der Methode von Jaeggi et al. (Nummerierungen, die bei der Auflistung des Themenkatalogs auftauchten)

waren für mein Forschungsinteresse nicht mehr hilfreich. Insofern entschied ich mich an dieser Stelle, diesen Auswertungspfad zu verlassen (vom Zahlenwerk Abstand zu nehmen). Bis dahin war der pragmatische Auswertungsprozess des »Zirkulären Dekonstruierens« sinnvoll, eine geeignete Basisstruktur, weil ich damit das umfangreiche Material enorm kürzen konnte, ohne dass das inhaltlich Wesentliche meiner Interviews im Überfluss des Erzählens, der Redundanz, untergeht. Ab jetzt begrenzte mich diese pragmatische Weise und andere Perspektiven aus der Qualitativen Sozialforschung wurden wichtig, um meine Suche nach den *Werten und Menschenbildern im Wandel* zu vervollständigen.

Dieses Datenmaterial war immer noch sehr umfangreich. Die bereits gewonnenen Textbausteine waren soweit bearbeitet, um sie in dieser Form in den weiteren Forschungsprozess zu integrieren.

Bevor ich meine Wegbeschreibung fortsetze, konkretisiere ich die Anonymisierung und den Datenschutz.

## 2.4 Anonymisierung und Datenschutz

Es scheint widersinnig, eine Studie über *Werte und Menschenbilder* anzugehen, ohne die ethischen Aspekte im Rahmen dieses Forschungsprozesses ausreichend zu reflektieren. Es war schwierig, bei der Suche danach eine erhellende Antwort zu finden. Zu guter Letzt fand ich zwar Richtlinien, stellte dabei aber fest, dass die qualitative Sozialforschung zum Thema Datenschutz und Anonymisierung keine verbindlichen Regeln vorgibt. Diese Richtlinien sind in einem sogenannten Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen dargestellt. Dem entsprechend informierte ich den Kreis der Teilnehmer über das Forschungsprojekt und holte deren Einwilligung zum Datenmitschnitt ein. Ebenso erhielt ich die Zustimmung vonseiten der Interviewpartner, das erhobene Datenmaterial für meine Forschungszwecke zu nutzen. Ich sagte meinerseits zu, die soziodemografischen Daten zu anonymisieren. Eigennamen der beteiligten Personen und der Einrichtungen und die Ortsnamen wurden geändert. Weitere Angaben wie Geschlecht, Alter, Familienstand und die Bereiche des sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldes wurden beibehalten, um die Forschungskoordinaten für die Thematik *Werte und Menschenbilder im Wandel* qualitativ, also wirklichkeitsnah und lebensecht nachvollziehen zu können. Das Phänomen der Einzelnen, in ihrem beruflichen Alltag, sollte möglichst unvermittelt in Bezug auf strukturelle Konturen hin analysiert und untersucht werden können. Die Gefahr, dass einzelne Personen, vielleicht auch Einrichtungen, erkennbar sind, ist nicht ganz auszuschließen. Mit der Zustimmung der Beteiligten und der regionalen Verteilung, hoffe ich, eine mögliche Wiedererkennung ausgeschlossen, und gleichzeitig die forschungsspezifischen Elemente berücksichtigt zu haben. Sollten trotzdem

Ähnlichkeiten und Assoziationen zu bestimmten Personen aus der psychosozialen Szene auftreten, sind diese Erkennungsmomente »rein zufällig«. Folgendes Zitat aus dem Ethik-Kodex soll dieses Thema abschließend dokumentieren:

»Personen, die in Untersuchungen als Beobachtete oder Befragte oder in anderer Weise, z. B. im Zusammenhang mit der Auswertung persönlicher Dokumente, einbezogen werden, dürfen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Die Betroffenen sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist. Die Anonymität der befragten oder untersuchten Personen ist zu wahren (Ethik-Kodex 1993, IB5).« (FLICK 2007, S. 59)

## 2.5 Beziehungsdynamik und Forschungsposition

### Doppelrolle: Forscherin und Expertin, eine Dynamik im Prozess

In dieser Studie trete ich als Forscherin auf und gleichzeitig könnte ich zu den professionellen Mitarbeitern meiner Zielgruppe gehören. Die Verschränkung der beiden Rollen erfordert ein hohes Maß an Selbstreflexivität, die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse sollten in ihrer kontextuellen Rahmung sichtbar und im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses verhandelbar gestaltet werden. Es war notwendig, »das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit« als vorläufig anzusehen und mit neuen, nicht kongruenten Informationen zu überwinden (KLEINING 1982, S. 231, zit. nach FLICK 2007, S. 128). Für Breuer spielt diese Doppelrolle im »veränderten Kontext der wissenschaftlichen Untersuchung« keine Rolle, denn das Erfahrungswissen aus dem Berufsalltag verliere »fast jegliche handlungspraktische Relevanz«. Es erfülle jedoch – die durchaus bedeutende – Funktion der Sensibilisierung für einen angemessenen Umgang mit den Interviewpartnern (BREUER 1998).

Im Rahmen der Datenerhebung, der Interviewreihe, hatte ich den Eindruck, dass mein berufliches Wissen für den Gesprächsverlauf von Vorteil war. Zum Zeitpunkt der Auswertung des Datenmaterials wurde mir die Besonderheit meiner Doppelrolle erneut bewusst und es galt, diese zu ergründen. Inmitten des Forschungsprozesses stand ein Kontrollinterview mit mir selbst an, das ich extern mit einer professionellen Supervisorin reflektierte. Bei der weiteren Auswertung dieser Studie spielte dieses Interview eine Rolle, da ich dadurch eine neue, veränderte innere Distanz gewinnen konnte.<sup>55</sup> Diese Selbstreflexion und

---

<sup>55</sup> Zum Beispiel waren meine Reaktionen auf manche Fragen anders als erwartet, zumal ich meine Fragen per se kannte. Bei einer Frage reagierte ich ganz ähnlich wie die meisten meiner Interview-

-kontrolle war erforderlich, um meine Forschungsdistanz und Offenheit beim Auswertungsprozess aufrechtzuerhalten.

Wenn mich Interviewpartner, die mich nicht kannten, nach meiner Herkunft und nach meinem Forschungsinteresse befragten, kam diese Verschränkung der beiden Rollen (Forscherin und Mitarbeiterin in einer sozialpsychiatrisch orientierten Einrichtung) zum Tragen. Manche interessierten sich für die Arbeit eines psychiatrischen Krisenzentrums, ein Anliegen, das ich im Auswertungsprozess aus dem Forschungsgespräch herausfilterte.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass meine Doppelrolle bei den Interviews mein Spektrum für die Forschungsanalyse erweiterte. Mögliche subjektiv gefärbte Vorannahmen an manchen Textstellen konnten während des Auswertungsprozesses analysiert und differenziert werden. Bei dieser Problematik unterstützten mich im Sinne von Selbstkontrolle Einzelsupervisionen und die Teilnahme am Gemeindepsychologischen Forschungskolloquium.

## **Beziehungsdynamik, Besonderheiten der Interviewsituation**

### **Die Interaktion in anderen Institutionen**

»Bei qualitativer Forschung hat die Person des Forschers eine besondere Bedeutung. Er wird mit seinen kommunikativen Fähigkeiten zum zentralen ›Instrument‹ der Erhebung und Erkenntnis. Aus diesem Grund kann er auch nicht als ›Neutrum‹ im Feld und im Kontakt mit den (zu befragenden oder zu beobachtenden) Subjekten agieren. Vielmehr nimmt er darin bestimmte Rollen und Positionen ein oder bekommt diese (teils ersatzweise und/oder unfreiwillig) zugewiesen.« (FLICK 2007, S. 143).

Diese Rollenwechsel und ihre Bedeutungen waren mir während des »Zugangs zum Feld« (FLICK 2007, S. 142 f.) durchaus bewusst, bei den persönlichen Kontakten reichte es aus, diese möglichen Rollenwechsel und Ebenenwechsel zu beachten, gegebenenfalls sie auch bei der Begegnung zu artikulieren. Dieser Prozess, den Lau und Wolff als »Verständigungsarbeit« (LAU & WOLFF 1983, zit. nach FLICK 2007, S. 146) bezeichnen, ist vor allem bei Forschungsprojekten, die sich besonders auf die Arbeit von Institutionen konzentrieren, relevant und war diesbezüglich bei meiner Studie bei einigen Kontakten mit zu berücksichtigen. Bereits bei der Akquisition, der »Zugangssituation«, achtete ich auf die Stellung meines Ansprechpartners innerhalb seiner Institution (hat er oder sie zum Beispiel

---

partnerinnen und -partner. Bei der Frage nach den Werten und Menschenbildern musste auch ich länger nachdenken. Dabei eröffneten sich verschiedene Verstehensebenen. Und die Frage *Was bedeutet diese momentane Sprachlosigkeit?* war für den weiteren Forschungsprozess eine wichtige Erkenntnis.

eine Leitungsposition? Wo ist die- oder derjenige in der Institutionshierarchie verortet?) und darauf, ob diese institutionelle Zugehörigkeit die Interaktion des Interviewverlaufs beeinflusste. Spätestens beim weiteren Auswerten wurden diese Beziehungsdynamiken reflektiert und im Auswertungsprozess berücksichtigt.

Dazu ziehe ich eine Problemsammlung »zum Einstieg in Institutionen als Forschungsfeld« heran.<sup>56</sup> Meine Interviewpartner bringen ihre persönliche und berufliche Identität mit, aber sie vertreten in dieser Situation auch ihre Institution, zumindest sind diese verschiedenen Perspektiven erkennbar und im Auswertungsprozess zu unterscheiden.

Folgendes Problemraster zeigt verschiedene Aspekte der Interaktion eines Einzelnen innerhalb seiner Institution. Zum einen ist er in dieser Institution verortet, zum anderen agiert er darin. Insofern stellt die *Forschung* immer *eine Intervention in ein soziales System* dar. *Forschung als Intervention* in einem sozialen System kann zum Beispiel Themen ans Tageslicht bringen, die den Berufsalltag und Routineabläufe stören können. Dieser Aspekt war in meiner Studie nicht relevant, ebenso wenig wie die Bedenken, dass Forschung für das zu beforschende soziale System ein Störfaktor sei, auf den mit Abwehr reagiert würde. Diese These zur »*Abwehr des Systems*« war bei der weiteren Auswertung von Nutzen, um insgesamt die Interaktion zwischen mir und meinen Gesprächspartnern besser verstehen und konkreter analysieren zu können.

Das Feld entdeckt sich beim Einstieg in ein Forschungsprojekt selbst, zum Beispiel, wenn es die Grenzen seines sozialen Systems wahrnimmt (WOLFF 1993, zit. nach FLICK 2007, S. 146). Oder es stellt sich die Frage: Wann und wie beeinflussen Rahmenbedingungen einer Institution (zum Beispiel Budgetierung, strenge Zeitvorgaben und Ähnliches) das berufliche Handeln der einzelnen Mitarbeiter?

Vom Allgemeinen zum Konkreten denkend, fielen mir bei einigen Kontaktaufnahmen zu meinen Interviewpartnern folgende Kommunikationsebenen auf: Jede Institution hat eine systemimmanente Organisationsstruktur, in der der einzelne Mitarbeiter seinen Platz hat. So betrachtet spielen Kommunikationsmuster, wie sie Watzlawick als *symmetrische* und *komplementäre Interaktion* beschrieb, eine wichtige Rolle (WATZLAWICK 1990<sup>8</sup>, S. 69). *Symmetrische* beziehungsweise *komplementäre* Positionen beschreiben die Beziehungsformen zweier Interaktionspartner, die einander *gleichgestellt* oder einander *über- und untergeordnet* sind. Dies bedeutet für Watzlawick, dass einer der Partner eine

---

<sup>56</sup> Die hier zitierte Literatur bezieht sich auf größere und kleinere Forschungsprojekte. Im Gegensatz zu Forschungsprojekten, die häufig aus einem Forschungsteam bestehen und in einem größeren Umfang beforschen, handle und forsche ich als Einzelperson. Das heißt an dieser Stelle, dass der Aspekt der Interaktion zwischen zwei Personen aus einem komplexeren sozialen Rahmen herausgefiltert wird, auch wenn zunächst der Einstieg ins Feld über den Zugang zu einer Institution geht, ebenfalls eine soziale Wirklichkeit, die zu berücksichtigen ist.



sogenannte *superiore*, beziehungsweise *primäre* und der andere eine sogenannte *inferiore*, beziehungsweise *sekundäre* Stellung einnimmt. Dies ist innerhalb von Institutionen zwischen Vorgesetzten und Untergegebenen per se der Fall. Im Falle zweier Kollegen, die auf einer Hierarchieebene in einer gleichwertigen Stellung zueinander stehen, ist die Beziehung symmetrisch, beide streben nach Gleichheit, Unterschiede werden vermindert.

Diese Beziehungskonstellationen beschreibt Watzlawick als gesellschaftlichen oder kulturellen Kontext, der jeweils die Verhaltensweisen der beiden Interaktionspartner im Unterschied zueinander definiert. Die Qualität der Interaktion selbst hat damit zunächst nichts zu tun (ebd., S. 69 f.).

Dazu fielen mir bei der Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern Verhaltensweisen auf, die ich den oben beschriebenen Beziehungskonstellationen zuschrieb. Konkret stellen sich dazu Fragen, wie: *Kann zum Beispiel ein Interviewpartner, der Patienten versorgt und begleitet, ohne die Zustimmung seines Vorgesetzten sich die Zeit (Arbeitszeit) für das Interview nehmen? Inwieweit muss der Vorgesetzte über mein Forschungsinteresse und die Absicht dieser Studie informiert sein?*

Diese Fragen erledigten sich von selbst, wenn die Interviewpartner selbst Vorgesetzte waren. Im anderen Fall kümmerten sich die Mitarbeiter selbst um diese Zustimmung. In einem Fall war die Frage zu klären, ob die Geschäftsführung zustimmen würde. Infolgedessen gewann ich auch den Vorgesetzten für ein Interview (Interview 9 und 10). Auch umgekehrt kam es in einem anderen Fall zu einem Interview mit einem Mitarbeiter – kurzfristig geplant und am anderen Tage realisiert – aufgrund der Initiative seines Vorgesetzten, den ich am Tag zuvor interviewt hatte.<sup>57</sup>

## Zwischenbilanz

Bei diesem Forschungsabschnitt scheint mir wichtig, nochmals meine Rolle als Forscherin zu reflektieren. Wie die erste Stichprobenliste meines Untersuchungsfeldes zeigt, ließ ich mich bei der Erhebung meiner Daten zunächst von großer Offenheit für Personen, in unterschiedlichen Institutionen, an verschiedenen Orten, leiten. Insofern stand ich dann vor dem Problem, wie ich diese große Datenmenge konstruktiv bewältigen würde. Meinen Datenschatz betrachtend waren meine Fragen nach *Werten und Menschenbildern im Wandel* weitreichend beantwortet. Nach Flick stehe der Forscher vor dem Problem: »Nähe und Distanz

---

<sup>57</sup> In diesem Fall schien es mir, als ob es vonseiten der Leitung fast »angeordnet« worden war. Trotz aller Autorität, die man dahinter vermuten könnte, war diese Initiative konstruktiv und wohlmeinend meiner Studie und vermutlich auch dem Mitarbeiter gegenüber (Interview 8).

im Verhältnis zu dem Untersuchten«. Das heißt hier: *Werte und Menschenbilder im Wandel* offen zu legen, transparent zu machen und die gegenseitigen Erwartungen auszuhandeln. Letzteres wurde in den Interviews behandelt.<sup>58</sup> Das Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz an dieser Stelle ist, so betrachtet, nicht nur von der Methodenwahl her auszuloten. Auch unbewusste Ängste des Forschers können sein Sich-Einlassen auf das zu untersuchende Feld verhindern, so bezieht sich Flick auf DEVEREUX 1967 (ebd. S. 151 f.). Flick will damit darauf hinweisen, dass der Forscher neue Erkenntnisse gewinnen will, und nicht – im Gegensatz dazu – forscht, um das, was er schon weiß, zu bestätigen. Diese Position scheint mir wesentlich. An dieser Stelle meines Forschungsprozesses zeige ich anhand der Auswahl meiner Stichprobe des »gezielten Samplings«, wie ich meine Vermutungen bei gleichzeitiger Offenheit für neue andere Perspektiven verknüpfte und dafür ein neues geeignetes Forschungskonzept für den nächsten Schritt des Forschungsprozesses erstellte.

## 2.6 Datenreduktion – das gezielte Sampling

Hier folge ich ansatzweise Patton (PATTON 2002, S. 230–247, zit. nach FLICK 2007, S. 165), der anstelle einer Zufallsauswahl generell die Strategie des »gezielten« (purposive) Samplings empfiehlt. Gezielt ausgewählte Extremfälle oder abweichende Fälle erschließen das Untersuchungsfeld von den Rändern her, um daran ein Gesamtbild zu erkennen, zu entwickeln. Gezielt ausgewählte typische Beispiele erschließen das Feld von innen heraus, vom Zentrum her. Gemeint sind Fälle, die für den Verlauf besonders typisch sind und als Beispiel für Mehrzahl der Fälle stehen können. »Ein weiterer Vorschlag zielt auf die maximale Variation im Sample ab – und zwar wenige, aber möglichst unterschiedliche Fälle einzubeziehen, um darüber die Variationsbreite und Unterschiedlichkeit, die im Feld enthalten ist, zu erschließen.« (KLEINING 1982, zit. nach FLICK 2007, S. 165) Es gibt Fälle, die nach der Intensität der forschungsrelevanten Erfahrungen ausgewählt werden, entweder nach der größten Intensität oder systematische Fälle unterschiedlicher Intensität. Die Auswahl kritischer Fälle verdeutlicht untersuchte Zusammenhänge, oder sie sind für das Funktionieren eines zu evaluierenden Programms wichtig (ebd., S. 165). »Politisch wichtige oder sensible Fälle können geeignet sein, positive Evaluationsergebnisse besonders wirksam zur Geltung zu bringen, was für ihre Auswahl spricht, oder durch ihre Brisanz das Programm insgesamt gefährden, weshalb sie eher ausgespart bleiben sollten.« (ebd., S. 165 f.). Zuletzt wird noch das »convenience sampling« benannt, das

---

<sup>58</sup> Mit den Fragen »Was erwarten Sie sich von diesem Interview?« und »Was nehmen Sie für sich aus diesem Interview mit?«

nach dem Kriterium der »Annehmlichkeit« die Fälle auswählt, die am einfachsten zugänglich sind (ebd. S. 166). Eine Primärauswahl ist aussagekräftig, wenn der Interviewpartner ein guter Informant ist, wenn er das »notwendige Wissen« und die »notwendige Erfahrung« zum jeweiligen Thema hat. Geeignete Interviewpartner sollen Reflexionsfähigkeit, Artikulationsfähigkeit und Zeit mitbringen, um bei der Untersuchung zur *Primärauswahl* zu gehören (ebd. S. 166). Die Primärauswahl steht vor der Sekundärauswahl. Morse empfiehlt dafür jedoch nur bedingt Ressourcen (für Transkript und Interpretation) zu investieren, sich vorzugsweise auf die Primärauswahl zu konzentrieren, eine Empfehlung, die ich gut anwenden konnte (MORSE 1998, zit. nach FLICK 2007, S. 166). Demnach folgte ich folgenden Auswahlprinzipien, um typische Fälle, gezielte Extremfälle und Fälle mit maximaler Variation aus dem Sample abzubilden. 15 Interviews kamen in die engere Wahl, von denen wiederum sieben Interviews für die Primärauswahl stehen und zwar die Interviews 2, 23, 28, 9, 10, 1 und 12, die in vollem Umfang ausgewertet wurden. Damit konnte ein weiteres Ziel, das Feld möglichst breit und tiefgründig zu erfassen, umgesetzt werden. Für die Sekundärauswahl stehen zwei weitere Interviews, Interview 8 und 25, die ergänzend zum weiteren Interviewvergleich mit herangezogen wurden, um die Bandbreite dieser Studie punktuell zu erweitern. Dabei ist auch die Fallkonstituierung im Sample zu beachten, das heißt, wofür die einzelnen Interviews stehen. Dies lässt sich nicht isoliert betrachten und entscheiden, sondern ist im Kontext der Untersuchung zu sehen.

Demnach steht ein Fall als Repräsentant *seiner selbst* oder als Vertreter eines *institutionellen Kontextes* oder als Fall, bzw. Repräsentant einer spezifischen *Professionalisierung*.

Weitere Fallkonstituierungen sind in dieser Studie nicht relevant. Anhand dieser theoretischen Vorarbeit sollen im Folgenden die *primär* ausgewählten Interviewpartner vorgestellt werden, um die maximale Variation im Sample zu verdeutlichen, zu dem auch der typische Fall und die Gegenüberstellung von Extremfällen gehören (siehe Tabelle 2, S. 90.).

Im dritten Kapitel werde ich die Personen dieser Untersuchungsgruppe aus dem »gezielten Sampling« vorstellen.

Tabelle 2

## Auswertungsschritt:

Interview-Reihe Mai – Dez. 2003 zeitchronologisch	Interviewpartner/-in Eigennamen geändert und in Kurzform	Geschlecht Alter	Gezieltes Sampling Beruf	Ort	Institution Status in der Organisationsstruktur	Sozialpsychiatrisches Versorgungs- setting
Interview 1	U.B.	weiblich 52 Jahre	Fachkranken- schwester für Psychiatrie	Augsburg	Übergangseinrichtung Konfessioneller Träger, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 2	Dr. M.N.	männlich 49 Jahre	Sozialpädagoge	Tübingen	Sozialpsychiatrisches Zentrum Tagesstätte leitende Funktion	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, aufsuchende Hilfen, Teilhabe am gesell- schaftlichen Leben
Interview 8	G.M.	männlich 50 Jahre	Betriebswirt, Schreiner	Ulm	Beschützte Werkstatt Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation
Interview 9	P.T.	männlich 44 Jahre	Sozialarbeiter	Freiburg	<i>Beschützte Werkstätten für Menschen mit Behinderung</i> Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation
Interview 10	R.S.	männlich 49 Jahre	Psychologe, Betriebswirt	Freiburg	Mitarbeiter in der Versorgungspraxis Beschützte Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Geschäftsführer	Arbeit und Rehabilitation
Interview 12	W.F.	männlich 48 Jahre	Fachkrankenpfleger für Psychiatrie	Nürnberg	Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Psychiatr. Krankenpflege im teilstationären Bereich, Soziotherapie, berufliche Reha
Interview 23	K.W.	männlich 58 Jahre	Sozialarbeiter	Heidelberg	Gemeinnütziger Träger, Übergangs- wohnheim, Gründungsmitglied, leitende Funktion, Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 25	R.O.	weiblich 47 Jahre	Sozialpädagogin	Passau	Konfessioneller Träger, Psychoziale Beratungsstelle, Tagesstätte	Krisenintervention, Langzeitbetreuung Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 28	S.H.	weiblich 30 Jahre	Sozialpädagogin	Bamberg	Kostenträger Bezirksverwaltung Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Vertretung des Kostenträgers im Bereich Wohnen, berufliche Rehabilitation, Teil- habe am gesellschaftlichen Leben
Kontrollinterview Interview 29 2007	zur Selbstreflexion E. B.	weiblich 52 Jahre	Krankenschwester, Sozialpädagogin	München	Psychiatrische Klinik Ambulanz und Tagesklinik Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Sozialberatung, Sozialtherapie

## 2.7 Auswertungstechnische Stellenwerte zur Forschungspräsentation

### Vorstellung der Interviewpartner

Die Reihenfolge der Porträtsammlung im folgenden Kapitel (vgl. Kapitel 3) orientiert sich am gezielten Sampling. Die Kriterien zur Abgrenzung innerhalb des »gezielten Samplings« dienten mir als Richtlinie im weiteren Forschungsprozess. Damit beziehe ich mich auf Patton, der eine Auswahl des Datenmaterials in die Breite und Tiefe empfiehlt, um die Vielschichtigkeit möglichst unterschiedlicher Fälle zu erhalten und durch die Konzentration auf einzelne Beispiele tiefer in die Struktur vorzudringen (PATTON 2002, zit. nach FLICK 2007, S. 167).

Die allgemeinen Unterscheidungskriterien wie die einer maximalen Variation und typischer, politischer, kritischer Fälle des gezielten Samplings konnte ich nur bedingt anwenden, da die einzelnen Interviews zu diesen Kriterien nicht eindeutig zuzuordnen waren. Trotzdem gaben sie mir eine Orientierung, um eine sowohl typische als auch umfassende Streuung des vorliegenden Datenmaterials der vorhergehenden Stichprobe forschungsrelevant zu bündeln und zu konzentrieren.

### Ordnungsprinzip der Werte und Menschenbilder zu den beispielhaften Interviews

Im Kapitel 4 geht es um die Präsentation der Auswertung, die gleichzeitig in ihren Teilelementen in eine theoretische Diskussion mit eingebunden ist. Dabei erhält das direkt Gesagte im Kontext mit den Überlegungen der Auswertungsergebnisse ein neues, anderes Gewicht. Insofern erklärt sich auch die veränderte Gliederung im Unterschied zur Interviewreihenfolge im dritten Kapitel, das nach der Logik der Methode, des gezielten Samplings geordnet ist. In Kapitel 4 dagegen kehre ich zur Logik der einzelnen Interviews zurück. Mit Blick auf die subjektiven Aussagen, den individuellen Auswertungsinhalten, entwickelte ich ein neues eigenes Ordnungsprinzip, das sich inhaltlich an den Aussagewerten meiner Interviewpartner orientiert.

Mit der Intention, unvoreingenommen an den Gegenstand, wie hier an das Thema *Werte und Menschenbilder im Wandel* heranzugehen und induktiv vorzugehen, stellt sich die Frage, »ob sich nicht Auswertungsmethodik überhaupt nur in relativ allgemeinen Techniken beschreiben läßt, weil die Gestaltung des Erkenntnisfortschrittes untrennbar mit den inhaltlichen Anforderungen des Gegenstandes verbunden ist. Das hieße Hegel (1969, S. 551) recht zu geben, der den Fortgang der Analyse pointiert als »nur die Bewegung des Begriffs selbst charakterisiert« (WITZEL 1982, S. 108).

Im Vergleich zur Erörterung der Erhebungsmethodik des problemzentrierten Interviews können nach Witzel die Ausführungen zur Interpretationsmethode relativ kurz ausfallen. Dies klingt zunächst widersprüchlich im Vergleich zu den soeben umfassend dargelegten methodischen Erläuterungen. Für mich bedeuteten diese ersten Schritte des Forschungsprozesses, vom Einzelfall zur Verallgemeinerung, eine Distanz zum Datenmaterial zu gewinnen, und zugleich den ersten unvermittelten, ursprünglichen Blick darauf zu erweitern.

WITZEL misst der Erhebungsmethode ein großes Gewicht bei, das dem Forscher erlaubt, mit seinen Erfahrungen und Auswertungserkenntnissen das Datenmaterial systematisch zu reflektieren (ebd., S. 108).

Auf diese Weise arbeitete ich während der Interviewphase im Feld und analysierte so das Datenmaterial. Anhand des Interviewleitfadens als theoretische Vorklärung wurden die persönlichen Erfahrungen der Auswahlgruppe in die Tiefe und Breite untersucht. Hier schließt sich für mich der Kreis der Bearbeitung, da während der gesamten Erhebungs- und Auswertungsphase aus dem Gesagten und dem daraus entstandenen Text neue Begrifflichkeiten entstanden und herausgearbeitet wurden und die »irreparable Indexikalität« der Sprache zum Tragen kam.

Die Themen *Psychiatrie und Sozialpsychiatrie, beruflicher Werdegang und Haltung, Praxisbeispiele, Leid und dessen Bewältigung, Werte und Menschenbilder, Wandel, Netzwerk und Gedanken zum Interview* wurden anhand der Interviewtexte systematisch geordnet, analysiert und differenziert. Auch weitere Themenfelder wurden interviewspezifisch herausgefiltert.

Damit lade ich die Lesenden ein, im folgenden Kapitel die Gruppe meiner ausgewählten Interviewpartnerinnen und -partner kennenzulernen.

## Kapitel 3

*Der Grenzgänger  
Vom linken Sozialromantiker oder  
Ein »Großvater« der Antipsychiatrie erzählt  
Eine zerrissene Einzelkämpferin  
Die Geschichte vom Schatzkästchen  
Ein Mann in den besten Jahren  
In die psychiatrische Szene hineingewachsen  
Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin  
Flüchten oder Standhalten  
Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert*

## 3 2003 – Streiflichter und Gesprächsskizzen

In diesem Kapitel lade ich die Leserinnen und Leser ein, mit mir auf die Reise zu gehen und sich von den Personen und Gesprächen meiner »Interviewreise« ein Bild zu machen. Dabei erinnere ich mich an meine Eindrücke und ausgewählte subjektive Perspektiven meiner Interviewpartnerinnen und -partner.

Diese Porträtsammlung zeigt einen Zwischenschritt meines Forschungsprozesses und folgt dem methodischen Ordnungsprinzip des »gezielten Samplings«. Mit dem Interview *Der Grenzgänger* (Interview 2) eröffne ich diese Reihe und schließe sie mit dem Interview *Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert* (Interview 8) ab. Beide Interviews stehen für sich alleine und umrahmen diese Porträts meiner Interviewpartnerinnen und -partner, im Gegensatz zu den anderen Interviews, die in jeweils zwei Interviews vergleichende Porträts eingebettet sind.

### 3.1 Porträtsammlung der Interviewpartnerinnen und -partner

#### 3.1.1 Herr N. – *Der Grenzgänger* – Interview 2 –

*Im Sommer reiste ich mit der Bahn nach T. Die Einrichtung fand ich ohne Probleme. Für das Gespräch hatte ich mich gut vorbereitet, in der Absicht, Herrn N. möglichst offen zu begegnen. Herrn N. kannte ich von einem früheren beruflichen Kontakt, und ich freute mich auf diesen Termin. Auch, weil mir seine Offenheit und seine weitreichenden Gedanken gefielen. Das Interview selbst verlief in entspannter Atmosphäre, ohne Unterbrechung und konzentriert. Er erzählte gerne, sorgfältig, umfassend und zugleich differenziert, »der Kenner« der Psychiatrie-Szene war spürbar.*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Herr N., 49 Jahre alt, studierte an der Universität in F. Sozialpädagogik. Er arbeitete zunächst in der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Sein anschließender Auslandsaufenthalt in Italien – in Triest und Arezzo bei Franco Basaglia – inspirierte ihn und prägte maßgeblich und nachhaltig seinen Berufsweg. Seit 1982 baute er gemeinsam mit Gleichgesinnten das sozialpsychiatrische Zentrum eines kirchlichen Trägers in T. auf. Heute ist er Bereichsleiter der



sozialpsychiatrischen Hilfen des Verbandes mit Sozialpsychiatrischen Diensten, einem Wohnheim, einem Wohnverbund, einer Tagesstätte, ambulanten psychiatrischen Pflegediensten, Zuverdienst-Arbeitsprojekten und einem Kunstprojekt-Verein. Als Sprecher aller sozialpsychiatrischen Hilfen der Region stellt er sein sozialpolitisches Engagement den entsprechenden Kostenträgern gegenüber unter Beweis. Auch in der Gesellschaft für Deutsche Sozialpsychiatrie ist er seit den Gründungszeiten verbandspolitisch engagiert.

Mit dem Fokus Alltags- und Lebensweltorientierung im Arbeitsalltag des Sozialpsychiatrischen Dienstes reflektierte er im Rahmen einer sozialwissenschaftlichen Studie seine 20-jährige sozialpsychiatrische Praxis. Diese sollte auf ihre praktische Umsetzung hin kritisch überprüft und theoretisch aufgearbeitet werden.

Ich lernte ihn 1998 in München auf einer Tagung als Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Verbundes eines anderen Bundeslandes kennen. Im Berufsalltag gab es kaum Berührungspunkte.

*Der Grenzgänger* lautet das Motto, da Herr N. ein Mann ist, der grenzenlos zu arbeiten scheint. Deutlich wurde, dass er sich seines besonderen Engagements und seiner Leistungsfähigkeit bewusst ist, und dass er sich an seinen Grenzen bewegt. Er schätzt das Besondere und extrem gestellte Aufgaben fordern ihn heraus, wie zum Beispiel politische Problemlagen.

Interview 2 gehört zur Primärauswahl, ich wählte es aus als *politisches* und *besonders typisches Beispiel*.<sup>59</sup> Wegen seiner Dichte und Intensität ist es dafür prädestiniert, allen anderen Interviews vorangestellt zu werden. Herr N. bringt eine 25-jährige Berufskarriere mit, die von Anfang an von der sozialpsychiatrischen Idee und deren konsequenter Umsetzung geprägt war und bis heute den sozialpsychiatrischen Zielen standhalten kann. Die Hypothese, dass bezüglich des Kostendrucks etwas auf dem Spiel steht, eine sozialpolitische Dimension dieses Themas, wird noch zu erörtern sein.

### **3.1.2 Herr W. – Vom linken »Sozialromantiker« oder Ein »Großvater« der Antipsychiatrie erzählt** – Interview 23 –

*Im Herbst reiste ich nach H., um mit dem Leiter eines Übergangswohnheims ein Interview zu führen. Zu ihm hatte ich zuvor nur telefonischen Kontakt, als sich Herr W. infolge meiner Anzeige in der Fachzeitschrift »Kerbe« gemeldet*

---

<sup>59</sup> »Politisch wichtige oder sensible Fälle können geeignet sein, positive Evaluationsergebnisse besonders wirksam zur Geltung zu bringen, was für ihre Auswahl spricht, oder durch ihre Brisanz das Programm insgesamt gefährden, weshalb sie eher ausgespart bleiben sollten.« (FLICK 2007, S. 165f.)

*hatte und sich als »Sozialromantiker« vorstellte. Das Wohnheim für psychisch kranke Menschen wurde vor 30 Jahren gegründet und ist in den Räumlichkeiten einer Jugendstilvilla, einem ehemaligen »Professorenhaus«, untergebracht. Von einer jungen Berufskollegin wurde ich freundlich empfangen. Herr W. kam kurz zur Zeitabsprache. Als »Persönlichkeit« strahlte er Humor und Gelassenheit aus und war mir spontan sympathisch. Er spielt Theater und inszeniert eigene Kabarettaufführungen, teilweise auch mit seinen »Bewohnern«. Er begegnete mir freundlich und offen, obwohl diese Seite für mich im Widerspruch zu einer gewissen Anspannung stand, die ich zunächst nicht einordnen konnte. Später deutete ich sie als Fremdeln und Nervosität oder Ungeduld meines Gegenübers – oder hatte ich meinerseits Angst, etwas falsch zu machen?*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Herrn W.s berufliche Laufbahn in der Psychiatrie begann als Sozialarbeiter vor 28 Jahren. Zuvor war er als gelernter Buchbinder in die Fußstapfen seines Vaters getreten, der ihm eine Buchbinderei vererbt hatte. Als Handwerker habe er sich nicht wohlgefühlt, Psychologie dagegen habe ihn fasziniert und in H. sei man nur als Student angesehen gewesen. So habe er sich entschlossen, nach F. in eine neu gegründete Fachhochschule zu gehen. Dort hatten sich im Fachbereich *Soziale Arbeit* Studierende zusammengefunden, die gesellschaftskritisch gesinnt waren und die Gesellschaft verändern wollten.

Vor allem interessierten ihn die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Individuum und die Frage, wie gesellschaftliche Faktoren den Einzelnen beeinflussen. Demzufolge habe er damals die Institutionen sehr kritisch betrachtet, er habe die antipsychiatrische Linie vertreten »man könne ohne Krankenhäuser auskommen« und »die Medikamente am besten weglassen«. Mit dieser Haltung habe er seine Berufslaufbahn als Sozialarbeiter in einer kleineren Einrichtung, einem Wohnheim für Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei einem gemeinnützigen Träger in H. begonnen. Als seine ersten prägenden Herausforderungen beschreibt er die Situation, in der er einen jungen psychisch kranken Mann in einer akuten psychotischen Krise gegen seine damalige Überzeugung habe ins Krankenhaus bringen müssen. Diese Situation versteht er mit vielen Facetten zu schildern. Der Arzt habe ihn mit dem Patienten verwechselt, er habe sich dann »vorkämpfen« müssen, um seine Position zu behaupten. Allmählich habe er eingesehen und gelernt, dass Medikamente und Klinikaufenthalte (einschließlich Zwangseinweisungen) auch zum Berufsalltag der sozial orientierten Psychiatrie gehören. Trotzdem sei er seines Erachtens institutionskritisch geblieben, und er achte auf ein menschengerechtes gesellschaftliches System. Seine berufliche Haltung beschreibt er beziehungs- und personenorientiert. Er sehe die »Bewohner« als Partner und lasse sich immer wieder auf eine Beziehung mit ihnen ein. Weitere Praxisbeispiele aus seiner Berufstätigkeit veranschaulichen sehr lebendig

sein authentisches Engagement den Bewohnern gegenüber, deren Entwicklungs- und Wachstumsprozess er fördern will.

Zum Ausgleich seines beruflichen Engagements braucht Herr W. ein stabiles Privatleben, eine psychoanalytisch fundierte Supervision und eine gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Team in der Arbeit. In seiner Freizeit widmet er sich gerne dem Kabarett, das er gelegentlich, zum Beispiel für Feste auch mit Klientinnen und Klienten gemeinsam gestaltet. Darüberhinaus betont er, dass im Falle, dass »alles gut laufe«, der Berufsalltag sehr befriedigend für ihn sei. Belastend erlebe er die Spannungen im Team, besonders in der letzten Zeit, seitdem Kostendruck und moderne Pragmatismen zunehmend den Gestaltungsspielraum vor allem in seiner Leitungsposition einengen. Wer querdenkt, stehe schnell im Abseits, sei alleine. Die neuen Handlungsrichtlinien der Geschäftsleitung betrachtet er als Rückschritt. Dabei werde er als »Bremsler« gesehen, als jemand, »der die alten Zöpfe« vertrete, wenn er die neuen, »fortschrittlich« bezeichneten Konzepte versuche abzuwehren. Diesen »Paradigmenwechsel« könne er nicht verstehen und diesem auch nicht folgen. Die kapitalistische Orientierung, dass die Trägerinitiative seines Wohnheimes zukünftig in eine gemeinnützige Gesellschaft (gGmbH) umgewandelt werde, halte er für falsch. Demgegenüber erachte er die bisherige Struktur eines ehrenamtlichen Vorstandes trotz mancher Umständlichkeiten bei Entscheidungswegen als menschengerechtere Konzeption.

### **3.1.3 Frau H. – Eine zerrissene Einzelkämpferin** – Interview 28 –

*Um Frau H. kennenzulernen, fuhr ich im Dezember nach B. Auch Frau H. hatte meine Anzeige in der »Kerbe« gelesen und sich daraufhin gemeldet. Im Vorfeld wusste ich nicht genau, was sich Frau H. von dem Interview erhoffte. Der Interviewtermin war einige Wochen zuvor vereinbart worden. In B. angekommen, begegnete mir eine junge Frau, aufrecht und zielstrebig, die an ihrem Arbeitsplatz alleingelassen und etwas verloren wirkte. Sowohl das Interviewgespräch selbst als auch die weitere Auswertung gaben mir manche Rätsel auf, die dieses Gespräch begleiteten.*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Frau H., eine dreißigjährige ledige Sozialpädagogin, steht seit drei Jahren im Berufsleben und arbeitet seit einem Jahr bei der Sozialverwaltung des Bezirks Z. Zu ihrem Aufgabengebiet gehören patientenbezogene Stellungnahmen. Sie bearbeitet Anträge auf Kostenübernahme von Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen (Betreutes Wohnen, Aufnahme in Wohnheimen, »Teilhabe am Arbeitsleben« in Werkstätten für behinderte Menschen und Tagesstätten).

Außerdem ist sie bei Konzeptionen von Neueinrichtungen des psychiatrischen Versorgungsangebotes mit integriert und wirkt bei der Abwicklung des neuen Gesamtplanverfahrens<sup>60</sup> mit. Dieses Kostenträgerverfahren bewertet sie positiv, da sie darin die Interessen der Rehabilitanden gewahrt sieht. In diesem Fragebogen werden auch vorhandene Ressourcen erfragt, womit ihrem Verständnis nach das Prinzip *Normalität* berücksichtigt wird. Ihre Werte *Normalität* und *Gerechtigkeit* will sie in ihrem beruflichen Handeln umsetzen. Ressourcenorientierung minimiert den Einsatz professioneller Unterstützung und wäre somit von Vorteil, wenn die knappen Gelder anderweitig an mehr Menschen verteilt werden könnten. Dies entspreche ihres Erachtens der Gerechtigkeit. Dass dieses Prinzip bald an Grenzen stoßen kann und insofern Widersprüchliches beinhaltet, wurde nicht weiter thematisiert.

In die Psychiatrie sei sie »hineingestolpert«, habe dort erstmals die Bedeutung psychischer Erkrankungen kennengelernt. Wechselnd hauptberuflich und ehrenamtlich war sie in einem Sozialpsychiatrischen Dienst, einem Krisendienst und in einer Tagesstätte tätig. Die Arbeit in der Psychiatrie würde ihr liegen und ihre Tätigkeit in der Psychiatrie ziehe sich als »roter Faden« unbeabsichtigt und zufällig durch ihr Berufsleben. Sie beschreibt sich in ihrer Tätigkeit beim Bezirk als Einzelkämpferin, was sich für sie schwierig gestaltet. Demgegenüber steht, dass sie Teamarbeit besonders schätzt. Als Vertreterin des Bezirks, eines Kostenträgers, stehe sie auf der anderen Seite. Wenn sie mit den Vorgaben des Gesamtplanverfahrens in die Einrichtungen gehe, müsse sie sich mit ihrer dreijährigen Berufserfahrung langjährig erfahrenen Kollegen gegenüber behaupten. Im Laufe des Interviews tauchten für mich Widersprüche aus ihrem Berufsalltag auf, die sie möglicherweise dort nicht lösen kann. Diesen Eindruck deute ich hier als innere Zerrissenheit.

Ihre längerfristigen beruflichen Perspektiven sieht sie eher pessimistisch. Bislang hatte sie nur befristete Arbeitsverträge. In drei Jahren wolle sie ein anderes berufliches Umfeld haben. Heute wisse sie nicht, ob sie langfristig im Bereich der Sozialen Arbeit bleiben werde. Im Hinblick auf die heutigen instabilen Umstände für die berufliche Zukunft junger Menschen scheint hier eine Unsicherheit anzuklingen. »Nicht um jeden Preis« wolle sie sich im Bereich *Sozialer Arbeit* engagieren. Sie sucht eine sinnstiftende und anerkannte Berufskarriere. Ein humorvoller Umgang miteinander helfe ihr, den Berufsalltag besser zu bewältigen, und beim Segelfliegen, ihrem Hobby, könne sie bestens abschalten.

---

60 Das Gesamtplanverfahren ist ein seit 2003 etabliertes aufwendiges Kostenverfahren (sowohl zur Kostenübernahme als auch zur Kontrolle), das nach den Kriterien des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) entwickelt wurde. Es ist ein umfassendes Dokumentationsinstrument (13-seitiger Sozialbericht und 10-seitiger ärztlicher Bericht), das ergänzend zum Sozialhilfefantrag für die beantragte Rehabilitationsmaßnahme gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wird. Ziel dieses Verwaltungsinstrumentes ist, die Effektivität der beantragten Leistung zu überprüfen.

## Interviewvergleich

### Perspektivenwechsel – einmal *nach* und einmal *vor* der Karriere

Mit den beiden Interviews mit einem Perspektivenwechsel *nach* und *vor* der Karriere (Interviews 23 und 28) wurden zwei (zunächst) gegensätzlich wirkende Positionen gegenübergestellt, denn »zwei extreme Beispiele von außen begrenzen das zu untersuchende Feld« (PATTON 2002, zit. nach FLICK 2007, S. 165). Die Position einer 30-jährigen Berufsanfängerin mit beruflichem und persönlichem Engagement steht derjenigen eines 58-jährigen Mannes gegenüber, der zur Gründergeneration der Sozialpsychiatrie der 1970er-Jahre gehört. Im Gegensatz zu ihm, einem Vertreter der Aufbruchsgeneration, steht sie im Hinblick auf ihre zukünftigen beruflichen Chancen fast vor einem »Nichts«, zumindest vor vielen Unsicherheiten. Alleine diese unterschiedlichen beruflichen Startpositionen können als Zeichen gesellschaftlicher Veränderungen der letzten 30 Jahre am Beispiel des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems betrachtet werden. Die Motivation der 30-Jährigen und ihr berufliches Handeln wurden deutlich anders geprägt. Aus ihrem Studium bringt sie theoretisches Wissen über sozialpsychiatrisches Handeln mit, sowie die Absicht, dieses im Praktikum zu erproben und umzusetzen. Was die beiden Interviewpartner zu verbinden scheint, ist, dass sie sich in ihrem beruflichen Kontext als Einzelkämpfer erleben.

### Vergleichsaspekte – eine methodische Vorbemerkung

Der folgende Interviewvergleich bezieht zwei Perspektiven mit ein, die eines Mitarbeiters der mittleren Ebene und seines Vorgesetzten, den leitenden Geschäftsführer des Unternehmens. Hier wählte ich zwei Beispiele »aus der Mitte der Stichprobe« aus, um das Sampling zu verdichten. Damit folgte ich Pattons gezieltem Auswahlschritt der maximalen Variation (FLICK 2007, S. 165).<sup>61</sup>

#### 3.1.4 Herr T. – Die Geschichte vom Schatzkästchen – Interview 9 –

*Nach F. reiste ich am Tag davor an. Vereinbart waren zwei Interviews am selben Tag in den »Beschützten Werkstätten«, einem Unternehmensbereich der beruflichen Rehabilitation. Ein Termin sollte am Vormittag mit Herrn T., der andere Termin am Nachmittag mit Herrn S., seinem Vorgesetzten, stattfinden. Die Räumlichkeiten der »Beschützten Werkstätten« lagen in einem Hinterhof. Dort*

---

<sup>61</sup> »Ein weiterer Vorschlag zielt auf die maximale Variation im Sample ab – und zwar wenige, aber möglichst unterschiedliche Fälle einzubeziehen, um darüber die Variationsbreite und Unterschiedlichkeit, die im Feld enthalten ist, zu erschließen (vgl. hierzu auch Kleining 1982).« (FLICK 2007, S. 165)

*angekommen, wurde ich von einem Rehabilitanden angesprochen. Er bedeutete mir, dass ich erwartet werde. Herr T. ließ nicht lange auf sich warten. Der erste Kontakt war eher trocken, wir bemühten uns gegenseitig um Kommunikation. Dieses erste Fremdeln löste sich mit Beginn des Interviews rasch auf, als Herr T. begann, seine Geschichte zu erzählen.*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Herr T., Sozialarbeiter, 44 Jahre alt, verheiratet und Vater von zwei Kindern, arbeitet seit 13 Jahren im Sozialdienst in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Jahrelang engagierte er sich als Jugendlicher in der kirchlichen Jugendarbeit und entschied sich »selbstverständlich« für einen sozialen Beruf. Als »sozial Tätiger« könne er sich selbst erfahren und werde von anderen bestätigt. Nach dem Abitur und der Ausmusterung von der Bundeswehr, erprobte er seine Neigung für die Soziale Arbeit im Rahmen eines *Freiwilligen Sozialen Jahres*. Im Fachhochschulstudium mit dem Studienschwerpunkt *Gemeinwesenarbeit* folgte er seinem besonderen Interesse »das Individuum in seinem sozialen Kontext zu sehen«. Anschließend sammelte er fünf Jahre lang in der Gemeinwesenarbeit in einem »sozialen Brennpunkt« in R. umfassende Erfahrungen.

Für die nächsten zwei bis drei Jahre möchte er gerne bei den *Beschützten Werkstätten* bleiben und sich im Arbeitsleben weiterhin wohlfühlen, nicht nur »funktionieren«. Er wünscht sich eine bessere Bezahlung sowohl für die Rehabilitanden (zum Beispiel Grundlöhne plus Zuschüsse) als auch für sich selbst, da mit der Höhe des Verdienstes auch gesellschaftliche Anerkennung verbunden ist. Er betont die Wichtigkeit von öffentlichen politischen Diskussionen über das ungerechte Lohnsystem der Rehabilitanden und wünscht sich dringend eine Entschärfung dieser Situation für die Betroffenen. Arbeit, Leistung und Lohnausgleich seien wesentliche Werte in unserer Gesellschaft. Bezüglich der Zukunft für die *Beschützten Werkstätten* zeigt sich Herr T. zuversichtlich: Neue Ideen und eine bessere Akquisition von Aufträgen würden bereits in die Wege geleitet und in die Praxis umgesetzt. An dieser Stelle erkennt er indirekt den veränderten Leitungsstil des neuen Geschäftsführers an.

Das Interviewgespräch habe ihm gezeigt, wie wichtig ihm die Nähe zu den Menschen und das »Sich-gegenseitig-aufeinander-Beziehen« sei.

Herr T. ist ein großer, schlanker, etwas bedächtiger Mann. Er zeigt sich offen und freundlich, selbstbewusst und selbstbestimmt. Er wirkt, als sei er mit sich im Reinen.

Nach diesem Interview folgt die Vorstellung seines Vorgesetzten, der noch nicht lange im Unternehmen ist. Herr T. kennt das Unternehmen mit seinen institutionell fest gefügten Abläufen und seinen internen Strukturen seit 13 Jahren. Er beschrieb die Veränderung seiner Institution nach dem Wechsel der Geschäftsleitung und verglich die heutige Arbeitskultur mit dem früheren autoritären

Führungsstil. Demgegenüber scheint der neue Geschäftsführer, der sich einem internen Blick annähert, einen »noch« externen Blick zu haben.

### 3.1.5 Herr S. – *Ein Mann in den besten Jahren*

– Interview 10 –

*Herr S. war der perfekte Gastgeber. Während des Interviews fühlte ich mich angespannt, hatte Sorge, ihm zu nahe zu treten. Herr S. sprach leise, sodass ich manchmal Mühe hatte, ihn akustisch zu verstehen. Er zeigte sich in allem vorbildlich, als guter Psychologe, als guter Therapeut und als guter Geschäftsführer. Zum Zeitpunkt des Interviews traf ich ihn an bei seiner neuen beruflichen Herausforderung, die »Beschützten Werkstätten«, ein soziales Unternehmen, in diesen harten Sparzeiten »durchzubringen«. Seine Position als Geschäftsführer biete ihm dabei ein bisschen beruflichen Gestaltungsspielraum, der ihn gelegentlich für sonstige Last und Mühen entschädigen würde.*

#### Kurzbeschreibung und Ereignisdaten

Herr S. ist zum Zeitpunkt des Interviews 49 Jahre alt, geschieden, in neuer Partnerschaft lebend, Vater von zwei erwachsenen Kindern. Als Diplom-Psychologe und Betriebswirt arbeitet er aktuell in F. als Geschäftsführer bei den *Beschützten Werkstätten* und Wohngemeinschaften, einer gGmbH für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Mir begegnet ein selbstbewusster, durchsetzungsfähiger Mann, ein Mann in den besten Jahren, an der Spitze seiner Karriere. Seine Zufriedenheit mit seinem Berufsweg drückt sich in den verschiedenen Antworten im Laufe des Interviews aus. Im Laufe des Gespräches lerne ich auch einen gefühlsbetonten Mann kennen, der sich offen und sensibel zeigt.

Insgesamt werden im Kern seine menschliche Grundhaltung, sein beruflicher Lernweg, seine systemischen Perspektiven, sein Blick für Machtstrukturen deutlich und es zeigt sich sein Bemühen, dieser Komplexität in seinen Entscheidungen und seinem beruflichen Handeln gerecht zu werden. Er bemühe sich um eine ehrliche Umsetzung seiner Ideen im gesellschaftlichen Leben, sagt er, und er scheint keine Mühen zu scheuen, Widersprüche und Reibungen dabei in Kauf zu nehmen.

»Diese Firma ist in einem Veränderungsprozess, der mich halt auch stark fordert und den ich angezettelt hab' und der – na, ja – ich glaube, so in zwei Jahren ist die härteste Zeit 'rum.« (Interview 10, Zeilen 841–843) Er will eine Veränderung, aber keine andere Arbeit! »Die Aufgabe hier, das ist fantastisch für mich, das ist die umfassendste Herausforderung, die ich da bisher erlebt habe.« (ebd., Zeilen 846–847) Aktuell raubt ihm die Arbeit viel Kraft. Bei einer Mehr-als-60-Stunden-Woche ist es ein sehr anstrengender Job. In zwei oder drei

Jahren will er weniger arbeiten (40- oder 50-Stunden-Woche), das Unternehmen soll dann ohne »Baustellen« gut funktionieren. Die Arbeit soll dann insgesamt überschaubar geworden sein.

Er ist am richtigen Platz. Er hat den Eindruck, dass er alles braucht, was er in 25 Berufsjahren erworben und gelernt hat. Das Interview scheint er als Reflexion zu sehen: »Also Sie haben immer wieder diese Verbindung hergestellt zwischen diesen Sachthemen und meiner Person.« (ebd., Zeilen 864–865)

Es folgt eine weitere Stichprobe aus der Mitte: das Interview mit Frau O., einer Mitarbeiterin eines Sozialpsychiatrischen Dienstes.

### **3.1.6 Frau O. – In die psychiatrische Szene hineingewachsen** – Interview 25 –

*Der Interviewtermin mit Frau O. war im November in P. Sie holte mich nach meiner Bahnfahrt am Bahnhof ab. Der erste Kontakt war von Abstand geprägt, da der Termin nur telefonisch über Anrufbeantworter und Nachrichten über die Sekretärin verabredet wurde. Dieses Gefühl von Distanz verschwand, als Frau O. über ihre Berufserfahrungen berichtete, und ich im Laufe des Interviews eine Berufskollegin kennenlernte, deren Standpunkte ich gut nachvollziehen konnte.*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Frau O. ist zum Zeitpunkt des Interviews 47 Jahre alt, verheiratet und Mutter. Seit zwanzig Jahren arbeitet sie als Sozialpädagogin an ihrem ersten und bisher einzigen Arbeitsplatz in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in P. in Niederbayern. Zwischendurch hatte sie vier Jahre Mutterschutz und Erziehungszeit in Anspruch genommen.

Ihr Start ins Berufsleben nach dem Studium begann in den 1980er-Jahren mit dem Angebot einer Halbtagsstelle, als der Sozialpsychiatrische Dienst im Aufbau war. Da sie mit psychischer Erkrankung wenig Erfahrung hatte, beurteilt sie ihre damalige Berufskompetenz als »grenzwertig«. Sie sagt, sie betrachte ihren Berufseinstieg von heute aus als »naiv«. Inzwischen beschreibt sie sich als gereifte Persönlichkeit und blickt auf eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und eine eigene Psychotherapie zurück.

Für die nächsten drei Jahre wünscht sie sich, ihren Arbeitsplatz zu behalten, unter anderem ihre Arbeit mit dem ehrenamtlichen Mitarbeiterkreis fortzusetzen. Dieser Wunsch spiegelt die aktuelle Bedrohung des Bestehens der Sozialpsychiatrischen Dienste wider. Diese Situation der zukünftig fraglichen Weiterfinanzierung der Dienste kam an verschiedenen Stellen des Interviewverlaufs zur Sprache.



**Vergleichsposition zweier Helferpositionen – methodische Vorbemerkung**

Die beiden folgenden Interviews 1 und 12 stehen nach dem gezielten Sampling für den Part der »Annehmlichkeit«, das convenience sampling. Diese beiden Interviewpartner waren mir aus meinem früheren beruflichen Kontext bekannt und wurden von mir persönlich akquiriert. Wesentlich dabei ist, dass beide auf der Versorgungsebene an der Basis im direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten stehen. Insofern vertreten sie im Rahmen dieses Auswertungsprocedere auch gezielt den *typischen Fall*, um den Durchschnitt, die Mehrzahl der Fälle, konkreter zu fokussieren.

**3.1.7 Frau B. – Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin**  
 – Interview 1 –

*Ich kenne Frau B. beruflich aus früheren Zeiten. Das Interview mit ihr fand bei mir zu Hause in der Küche statt. Es war eine Art »Werkstattgespräch«, konzentriert und ohne Unterbrechungen. Frau B. begegnete mir neutral und distanziert. Das Gespräch beeindruckte mich deshalb, weil sie konkret über ihre Gesundheit sprach und ihr Berufsleben dementsprechend umorganisiert und geändert hatte.*

**Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Frau B., 53 Jahre alt, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie und ledig. Frau B. kommt ursprünglich aus dem Ruhrgebiet. Ihr Berufsweg als Krankenschwester und inzwischen Fachkrankenschwester für Psychiatrie ist von verschiedenen Etappen gekennzeichnet. Ihre Karriere begann mit 28 Jahren nach einem Auslandsaufenthalt im Entwicklungsdienst in München in einer Drogenklinik. Anschließend war sie in einer Psychiatrischen Klinik im Nachtdienst tätig. Sie brauchte diese Zeit zur weiteren beruflichen Orientierung. Es folgten elf Jahre Berufstätigkeit erst in einer psychosomatischen und später in einer neuropsychologischen Klinik. Bis dahin fand sie die Psychiatrie »nicht sehr schön«. Trotzdem entschied sie sich aufgrund einer interessanten Stellenanzeige zur Mitarbeit in der »anderen Psychiatrie«, weil es sie gereizt hatte, ein Krisenzentrum mit einem sozialpsychiatrischen Konzept mit aufzubauen. Die Möglichkeit zu haben, etwas mit zu initiieren und etwas mit zu beeinflussen, habe sie motiviert. Danach wechselte sie für ein halbes Jahr als stellvertretende Leitung in »Vollzeit« in den Bereich der Pflege geistig behinderter Menschen. Vor allem wegen der körperlichen Belastungen durch die pflegerische Tätigkeit stieß sie an ihre Grenzen und wollte in ihrem Leben noch einmal etwas ändern. Sie suchte sich eine Teilzeitstelle mit einem neuen Aufgabenbereich in einem Übergangwohnheim. In diesem neuen Projekt eines konfessionellen Trägers übernimmt sie die Begleitung ehemals

wohnungsloser Frauen. Eine Aufgabe wie diese hat sie schon früher fasziniert und aktuell nutzt sie die Chance, wieder in einem neuen Haus, in einer Pionierzeit<sup>62</sup> ihre inzwischen vielseitig erworbenen Berufskompetenzen dort gezielt und gut einzusetzen. Ihr Anliegen ist, gerne in die Arbeit zu gehen und sich mit ihrer Arbeit zu identifizieren, einschließlich ihres politischen Engagements, das ihr schon als Jugendliche wichtig war. Dies möchte sie in ihrem Arbeitsalltag verwirklichen. Sie arbeitet gerne mit Menschen in multiprofessionellen Teams. Überhaupt würden sie Erfahrungsaustausch in Gruppen sowie Gruppenprozesse begeistern, sie könne viel dabei lernen.

### 3.1.8 Herr F. – *Flüchten oder standhalten* – Interview 12 –

*Herrn F. kenne ich als Kollegen, der sich für chronisch psychisch kranke Menschen besonders engagiert. Er folgte meiner Einladung zu diesem Interview deshalb, weil uns eine frühere gemeinsame berufliche Tätigkeit verband. Für das Interview nahm er sich viel Zeit, das Interview verlief ungestört mit Ausnahme einer kurzen Unterbrechung.*

#### **Kurzbeschreibung – Ereignisdaten**

Der 47 Jahre alte Fachkrankenpfleger Herr F. arbeitet seit 23 Jahren in der Psychiatrie. Seine berufliche Laufbahn begann mit einem Einstieg mit Schrecken. Als Krankenpflegeschüler und Neuankömmling auf einer geschlossenen Station für »unruhige Männer« habe er von einem Patienten dort bei der Begrüßung eine Ohrfeige erhalten. Vor allem die Reaktion des Personals (der Patient wurde fixiert und zwangsmedikamentiert) habe ihn mehr betroffen und geschockt als die Ohrfeige an sich. Nach Jahren wechselhaften Tätigseins auf den verschiedenen Stationen in einem Bezirkskrankenhaus wird Herr F. von der Aufnahmestation des Hauses abgeworben. Dort fühlte er sich das erste Mal in seiner Arbeit wohl. Selbstständiges Arbeiten im engen Austausch im multiprofessionellen Team und im Kontakt mit den Patienten, nicht *für* die Patienten oder gar *über* die Patienten verfügend, war eine neue berufliche Erfahrung, die ihm »richtig Laune machte«. Die ärztliche Leitung dieser Aufnahmestation verließ das Bezirkskrankenhaus, um in der Stadt ein neu geplantes Krisenzentrum aufzubauen. Er blieb mit anderen Kollegen zurück. Ein extremes Kontrollverhalten vonseiten der neuen ärztlichen

---

<sup>62</sup> Den Begriff »Pionierzeit« lernte ich als Fachausdruck in der Organisationsentwicklung kennen. In der Aufbauphase einer Einrichtung wird ein bestimmter Menschentyp gebraucht. In der Regel sind es Persönlichkeiten, die sich begeistern können, sich gerne engagieren, neue Ideen und Kreatives mit einbringen wollen und viel arbeiten.

Leitung dort veranlasste ihn, sich bald versetzen zu lassen. Wieder auf einer forensischen Station, erlebte Herr F. den Berufsalltag extrem belastend, weil inzwischen anstelle von Behandlung der Patienten vor allem Überwachung und Kontrolle getreten waren. Unter diesen Bedingungen konnte Herr F. die Arbeit nicht mehr fortsetzen. Dieses Mal hatte er mit seiner Bewerbung und Versetzung ins neue Krisenzentrum Erfolg. Er fühlte sich gut gerüstet, beim Aufbau dieser Einrichtung mit einem sozialpsychiatrischen Konzept mitzuarbeiten. Seine inzwischen erworbenen Kompetenzen und sein besonderes Einfühlungsvermögen für chronisch psychisch kranke Menschen galten vor allem Menschen mit Psychoseerfahrungen. Nach der Pionierphase der Ambulanz und der Etablierung des Krisenzentrums im psychiatrischen Versorgungsnetz in N., wechselte Herr F. in eine neue Abteilung, um auch diese mit zu konzipieren und mit zu gestalten. Die Entscheidung, die Abteilung zu wechseln, war auch eine Reaktion seinerseits nach dem Tod einer Patientin, die sich das Leben genommen hatte. Es war eine ihn persönlich belastende Erfahrung, die er zu bewältigen hatte. Anstelle seiner anfänglichen beruflichen Haltung sei eine nüchterne professionelle Distanz getreten. Selbstkritisch reflektiert er seine professionelle Haltung, helfende Angebote beobachtet er kritisch, auch um ein gesundes Maß an Einsatz und Hilfsbereitschaft des Helfers auszuloten. Seine berufliche Haltung ist inzwischen von der Idee geprägt, die erforderliche Hilfe *mit* dem Patienten gemeinsam auszuhandeln. Im Zweifelsfall wartet er gerne »dynamisch« ab, bis sich der Patient entscheiden kann oder sich Problemlagen entflechten. Als gelungenes Beispiel seiner Berufspraxis berichtet er über verschiedene Patienten, die ihm im Rahmen der Nachsorge nach der teilstationären Behandlung mitteilten, dass sie ohne die Behandlung dort nicht soweit gekommen wären, oder es alleine nicht geschafft hätten.

Für ihn sei das Ende der Fahnenstange noch nicht erreicht. Irgendwann wird er wieder einmal etwas anderes machen wollen, aber vermutlich der Psychiatrie treu bleiben.

Er wünscht sich ein besseres Honorar, den bestehenden Pflegenotstand wertet er auch als Zeichen der mangelnden Honorierung. Er glaubt noch die gleiche Grundpersönlichkeit zu haben, obwohl er denkt, dass ihn die Arbeit in der Psychiatrie verändert hat. Ein anderer Berufsweg hätte ihn vermutlich auch anders geprägt.

#### **Methodische Vorbemerkung**

Das folgende Beispiel steht in Ergänzung zu den bisher vorgestellten Interviewpartnern, da Herr M. vor allem zu den *Stichworten Psychiatrie, Werte und Menschenbilder* andere Aspekte benannt hatte. Im Sinne des hier vorgestellten Samplings heißt das, eine weitere Bandbreite für die vorab gewonnenen Erkenntnisse zu liefern, und das vorhandene Datenmaterial auch über eine kurz gefasste Auswertung optimal zu nutzen.

### 3.1.9 Herr M. – *Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert* – Interview 8 –

*Mit Herrn M. war ich an einem Sommertag in einer Schreinerei in U. zum Interview verabredet. Das Gespräch fand draußen im Hof des Werkstattgeländes statt. Die Begegnung war von gegenseitiger Wertschätzung und Interesse geprägt. Herr M. stellte sich als gelernter Handwerker vor, dem vor allem sein Bezug zur Praxis wichtig ist. Bezüglich Theorie und Wissenschaft zeigte er sich eher skeptisch und distanziert.*

#### **Kurzbeschreibung und Ereignisdaten**

Herr M. ist zum Zeitpunkt des Interviews 50 Jahre alt, Vater von zwei Söhnen, geschieden. Seine zweite Frau ist die Mutter einer behinderten Tochter. Mit seinen zwei Berufsausbildungen zum Diplom-Betriebswirt und Schreiner, ist er seit über 25 Jahren in sozialpädagogischen Bereichen tätig. Zuerst arbeitete er als Betriebswirt im sozialgewerblichen Bereich als Finanzierungsberater. Er habe mit Kindern und Erwachsenen, mit Suchtkranken, drogen- und alkoholabhängigen Menschen gearbeitet. Seit einigen Jahren ist er bei einer kleineren Schreinerwerkstatt im geschützten Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Behinderungen beschäftigt. Die Firma kennt er seit der Gründung. Sein Vorgesetzter, der jetzige Leiter dieser Werkstatt, und er waren beide gemeinsam mit dem damaligen Bürgermeister und anderen sozialpsychiatrisch Engagierten im Gründungsforum, um Stellen auf dem sogenannten *zweiten Arbeitsmarkt* zu schaffen. So sei er »in die ganze Sozialpolitik da hineingerutscht«.

Als Zukunftsvision sieht er zwei Möglichkeiten: Er könnte mit jungen Menschen in Lebenskrisen eine Firma aufbauen und betreiben oder auch für alte Menschen, deren Zahl größer wird, spezielle Freizeitaktivitäten anbieten und erlebnispädagogisch arbeiten.

Er hat eine Vorliebe für kleinere Einrichtungen beziehungsweise Organisationen, die sich besser rechnen, weil sie weniger kosten. In einer kleineren Einrichtung kann man menschlich und flexibel handeln, im Gegensatz zu großen Betrieben, die er als »Moloch« beschreibt. Er betont außerdem die politische Ebene, um die Öffentlichkeit, die Gesellschaft, von Projekten dieser Art zu überzeugen, auch um die entsprechenden Finanzierungen zu erhalten.

Das Interview habe ihm gut gefallen. Ausnahmsweise habe er eineinhalb Stunden an einem Stück reden, über »das Alltagsgeschäft hinaus« sehen und seinen Weg reflektieren können.

## 3.2 Psychiatrie – eine »querbeet«-Sammlung

Allen Interviewpartnerinnen und -partnern gemeinsam ist, dass unterschiedliche Wege sie zu einer Arbeit in einem sozialpsychiatrischen Bereich führten. Ihre ersten spontanen Psychiatrie-Assoziationen sind zugleich die Antworten auf meine Einstiegsfrage: *Was verbinden Sie mit dem Begriff Psychiatrie, was fällt Ihnen dazu ein?*<sup>63</sup>

Herr W.: »Ja, in der Regel ist es so, dass die Leute wenn sie hören, dass ich in der Sozialpsychiatrie arbeite, als erstes sagen: ›Oh, das ist ein schwerer Beruf, ja. Oder: ›Da haben Sie's schwer‹. Oder so, ne. Und da neige ich eigentlich dazu, da zu widersprechen (*lacht*) ...« (Interview 23, Zeilen 43–46)

Frau H.: »(Pause) Was fällt mir zu ›Psychiatrie‹ ein? (*längere Pause*) Es ist ein unglaublich breites Feld an Auswirkungen, auch an Folgen und an Lösungsmöglichkeiten und hat eine wichtige Funktion, hat mit Gesellschaft zu tun und wirkt sich auch auf die Gesellschaft aus ...« (Interview 28, Zeilen 40–43)

Herr T.: »Krankenhaus – krank – möchte ich nichts mit zu tun haben, direkt – ja, das sind so die ersten Assoziationen.

I: Gibt es da etwas, was Angst macht, was bedroht oder auch was vielleicht auch schön dran sein könnte? Was vielleicht auch fasziniert?

Herr T.: Also meine Antwort zeigt ja schon, dass ich damit nach Möglichkeit nichts direkt zu tun haben möchte; es ist eher so angstbesetzt. Wenn's irgendwie geht, möchte ich da drum rumkommen ...« (Interview 9, Zeilen 36–42)

Herr S.: »Mhm. (*Pause*) Großkliniken und Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie, gemeindeintegrierte Hilfen statt vollstationäre Langzeitversorgung, (*Pause*) ja ein Feld, in dem sich viel bewegt hat in den letzten dreißig Jahren und das derzeit vielleicht in einem, in einer gewissen Orientierungskrise ist, wie, wenn wir nicht wissen wie es eigentlich weitergeht in der Zeit der knappen Kassen oder auch der leeren Kassen. Und in einer Zeit in der es jetzt zum Teil auch zumindest anscheinend wieder Rückschritte gibt, in der Entwicklung der Versorgungslandschaft. Beispiel: Einführung der Sozialpsychiatrischen Dienste, war vor etwa zwanzig Jahren hier in Baden-Württemberg ein großes und wichtiges Thema und ein großer Fortschritt und jetzt werden sie gerade aufgelöst.« (Interview 10, Zeilen 30–40)

Frau O.: »'Ne gute Frage. Was fällt mir zu Psychiatrie ein? Das ist für mich jetzt direkt schwierig. Ja, im Moment würde ich antworten, dass ich das schade finde, dass jetzt so – also meine Sorge ist, dass so 'ne Entwicklung, die die letzten 30 Jahre so positiv verlaufen ist, anscheinend wieder zurückgeht. Aber das ist jetzt etwas, womit jemand auf der Straße nix anfangen kann.« (Interview 25, Zeilen 28–32).

---

63 Bei dieser Frage sollte es keine Rolle spielen, ob sie in der Psychiatrie tätig sind oder nicht.

Frau B.: »Was die Psychiatrie betrifft, habe ich mich eigentlich immer ein bisschen dagegen gewehrt, weil ich finde die Psychiatrie eigentlich nicht sehr schön, es war mir kein Bedürfnis gerade in der Psychiatrie tätig zu sein.« (Interview 1, Zeilen 25–27)

Herr F.: »Ja natürlich, als erstes die üblichen Negativ-Schlagzeilen, die es gibt, dass man zum Beispiel die psychiatrischen Spezialbereiche Forensik und so, wo es immer wieder einmal spektakuläre Kriminalfälle gibt, oder ja, das, was so einfach in der Diskussion ist, mit wegsperren, was man ja auch in der Politik schon so gesagt hat, also solche Leute gehören weggesperrt, und so weiter – ja, das als erstes. Das zweite ist, dass Psychiatrie auch immer ein Thema ist für Medien, Kino und ähnliches, wo meines Erachtens auch nur ein bestimmtes Spektrum gezeigt wird, also einfach nur das Besondere, oder das andere.« (Interview 12, Zeilen 20–28)

Herr M.: »Psychiatrie, ja psychisch krank sind eigentlich die in Haar, die also im Bezirkskrankenhaus sind oder in irgendwelchen Kliniken sind. Und die auch dann weggesperrt sind, wobei ich natürlich schon politisch gewusst habe, dass die Öffnung der Krankenhäuser damals schon beschlossen worden ist, und dass auch Arbeitsplätze für die Leute geschaffen werden sollen, dass sie wieder integriert werden. Aber sonst Psychiatrie, also, dass ich das als Behinderung oder irgendwie so definiert hätte, war nicht so, das war eher so die körperliche Behinderung.« (Interview 8, Zeilen 56063)

Eine Bandbreite von Gefühlen, Auseinandersetzungen, Sinnfindungsprozessen, Haltungen und Identifikationsaspekten bringen meine Interviewpartner exemplarisch für die Gruppe der »in-der-Psychiatrie-Tätigen« mit. Sie bestätigen etwas von der Eigenschaft des Menschseins, vielleicht etwas von den Impulsen, die die Psychiatrie-Reformer (vgl. Kapitel 1) weitergeben wollten. Mit dieser »querbeet«-Sammlung aus dieser Porträtreihe will ich eine Brücke zum folgenden Kapitel bauen. Um der Bedeutung dieser Vielfalt auf die Spur zu kommen, und gleichzeitig zu berücksichtigen, dass wir alle mit gesellschaftlichem Wandel konfrontiert sind, werde ich im folgenden Kapitel anhand einer theoretischen Ordnungsstruktur Interviewausschnitte exemplarisch zueinander in Beziehung stellen.

## Kapitel 4

*»Also, insofern ist das eine sehr persönliche Frage (lacht),  
deshalb: das Thema Menschenbild, das ist gar nicht so einfach –  
das ist dann schon mehr so akademisch (lange Pause).«*

*(Interview 10, 2003, Zeilen 591–593).*

*»Wo ich am meisten auf dem Schlauch stand,  
das war die Frage nach meinem Menschenbild,  
weil ich da gar keine Antwort dazu abrufen kann.«*

*(ebd., Zeilen 873–875).*

## 4 Werte und Menschenbilder – Deutungen –

### 4.1 Spurensicherung

Die Frage nach ihrem Menschenbild löste bei den meisten meiner Gesprächspartnerinnen und -partner zunächst Sprachlosigkeit und Nachdenklichkeit aus. Dazu passte meine eigene Position, weil auch ich mehr Fragen als Antworten hatte: *Wer und was ist der Mensch an sich, philosophisch und religiös betrachtet?*

Im Kontrast zum Allgemeinwesen Mensch steht das Einzelwesen Mensch. Die Wesenheiten des ganzheitlichen Menschseins umfassen das körperliche, das weibliche, das männliche, das soziale, das denkend-fühlende, das Sinn suchende und das spirituelle Wesen. Nur in der Unterscheidung zu den anderen Menschen kann sich der Einzelne als »Eigenartiger«, als Besonderer erkennen. So betrachtet, suchen wir vor allem in unserer westlich denkenden Kultur die Einzigartigkeit des Menschseins. Dies erklärt vielleicht, warum die Suche nach dem, was das Individuum, das Persönliche oder Subjektive ausmacht, in der Psychologie und in der Pädagogik einen besonderen Stellenwert hat.

*Worin unterscheiden sich Begriffe wie Individuum, Subjekt und Identität?* Diese Begrifflichkeiten deutet Daniel<sup>64</sup> in seiner Einführung zu *Theorien der Subjektivität*. Unter *Identität* versteht er das »Sich-Selbstgleichsein« als Einheit eines individuellen Lebens (DANIEL 1981, S. 9). Das *Individuum* – als einzelnes Exemplar der Gattung *Mensch* – kennt seine seelisch-geistigen und körperlichen Zustände und kann sich von anderen Menschen und Lebewesen abgrenzen. Von einem anderen von außen betrachtet, kann das *Individuum* als eine besondere Einheit von äußerer Erscheinung, mit seinem Tun und seinem vermuteten Innenleben gesehen werden (ebd., S. 10). Das *Subjekt* dagegen versteht Daniel als Sammelbegriff. Im dialektischen Denken beziehen sich Subjekt und Objekt aufeinander, ihre Beziehung zueinander stellt eine Distanz her, die ermöglicht, etwas zu reflektieren, etwas zurückzuwerfen. Diese Reflexion wiederum vermag zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu unterscheiden und insofern

---

<sup>64</sup> Claus Daniel, geb. 1945, studierte Philosophie und Soziologie an verschiedenen Universitäten in Deutschland und arbeitete in der Erwachsenenbildung. Daniel sagt über sich selbst, dass er viele Ansichten und viele Einsichten didaktischen Experimenten an der Universität verdanke (Daniel, 1981, S. 1).



ist der *Wandel* darin bereits mit bedacht. Der *Mensch* ist auch Teil der Gesellschaft, einem Gemeinschaftsgefüge. So entsteht ein vielfaches, wechselseitiges Sich-Aufeinander-Beziehen. Am Beispiel einzelner Interviews werde ich deren *Werte und Menschenbilder* verschiedenen Bereichen zuordnen, um den Facettenreichtum der Thematik und auch darin enthaltene Widersprüchlichkeiten zu erörtern. Eingebettet in einen reflexiv-sozialpsychologischen Diskurs kommen meine Interviewpartnerinnen und -partner mit ihren *Werten und Menschenbildern* zu Wort.

## 4.2 Menschenbilder

### 4.2.1 Philosophische Dimension

Das Besondere an *Philosophie der Lebenskunst* des Philosophen Wilhelm Schmid<sup>65</sup> ist, dass er die Philosophie mit der heutigen Lebenskunst und Lebenswelt zueinander in Beziehung setzt. Er orientiert sich an Kant und verbindet seine philosophischen Fragen mit Fragen der Moderne. Als zeitgenössischer Philosoph kommt er meinem *lebensweltorientierten* Interesse entgegen, sodass ich einige seiner Aspekte mit meinen Fragen verknüpfe.

»Die Schwelle zur Philosophie wird überschritten mit der Erschütterung der Existenz und der Frage nach dem Grund, mit den drängenden Lebensfragen und der Suche nach einer möglichen Antwort darauf. Allgemein hat ein philosophisches Problem, Wittgenstein zufolge, die schlichte Form: ›Ich kenne mich nicht aus.‹<sup>66</sup> Die Philosophie ist der *Raum der Orientierung*: Die individuellen Fragen und Grundprobleme der Existenz können zu dem Forum, das die Philosophie ist, gebracht werden, um eine Sprache dafür zu finden und darüber zu reflektieren. Ein solches Verständnis von Philosophie setzt mitten in der Erfahrung des Alltags an, beim einzelnen Individuum, das seine Fragen stellt, ausgehend von dem zuvor vertrauten Leben, das nun hinter ihm liegt und ihm plötzlich fremd geworden ist.« (SCHMID 1998, S. 49)

Wittgensteins Satz: »Ich kenne mich nicht aus«, greife ich hier als Metapher auf. Bildlich gesprochen entsprach dieses »Sich-nicht-Auskennen« den Gedanken

65 Wilhelm Schmid, geb. 1953, lehrt als Privatdozent in Erfurt und als Gastdozent in Riga/Lettland und Tiflis/Georgien. In seinem Buch *Philosophie der Lebenskunst* erörtert er die Frage des Subjekts der Lebenskunst und dessen Verhältnis zwischen dem Selbst und den anderen. »Die Grundlegung einer Philosophie der Lebenskunst möchte einem einst zentralen, dann ›vergessenen‹ Interesse der Philosophie wieder die ihm gebührende Geltung verschaffen.« (SCHMID 1998, S. 2).

66 Im Original vermerkt mit der Fußnote 56: »Wittgenstein, Philosophische Untersuchungen, 123, op. cit., 302. Vgl. Eike von Savigny, Der Mensch als Mitmensch. Wittgensteins ›Philosophische Untersuchungen‹, München 1996, S. 285 f.« (SCHMID 1998, S. 468)

und Gefühlen, mit denen ich meine Suche nach einer Orientierung für diese Wertewandelstudie begann. Mit der »Philosophie als *Raum der Orientierung*« erhoffte ich, ein Ordnungsprinzip für meine Erkenntnisse aus dem Datenmaterial zu entdecken und zu erkennen.

Schmids Fragen nach *Moral und Ethik* eröffnen mir einen Zugang, um die Begrifflichkeiten *Wert* und *Werte* zu verorten. Schmid versteht die *Moral* so, dass sie vor ihrer Neubestimmung heteronomen Pflichten unterworfen ist. Die *Moral* konzentrierte sich darauf, religiöse oder politische Autoritäten zur Geltung zu bringen oder sich auf die *Natur*<sup>67</sup> zurückzubeziehen. Ich verstehe hier *Natur*, *Politik* und *Religion* als höhere Instanzen, denen wir Menschen als Individuen, als Subjekte im lebenspraktischen Sinne unterworfen sind. Für Schmid beeinflussen *Natur*, *Politik* und *Religion* unser Alltagshandeln. Er spricht von einem *Imperativ*:

»Die entsprechenden, kaum in Frage zu stellenden Normen bestimmen, was gut und böse, gut und schlecht, schön und hässlich ist; sie formulieren ein unbedingtes Sollen, den Imperativ des *Du sollst*, in dessen Macht es liegt, eine Überschreitung der egozentrischen Perspektive des Selbst zugunsten Anderer und der Allgemeinheit, ein ›moralisches‹ Handeln in diesem Sinne zu bewerkstelligen.« (ebd., S. 60)

Für ihn ist das Individuum dreifach aufgehoben: in *Gott* und dessen Wertsetzungen und Normen, so wie es in heiligen Texten niedergelegt wurde, außerdem in der *Gemeinschaft* und deren Werte und Normen, Gesetzlichkeiten, Tradition und Kultur und schließlich in der *Natur* mit ihren Geboten und Gesetzlichkeiten, die Schmid auch als »moralische Gebote« verstehen will.<sup>68</sup> Wenn Schmid in diesem Fall die *Natur* als moralische Instanz einsetzt, benutzt er die *Natur* in seiner Argumentation kausal. Dagegen ist einzuwenden, dass die *Natur* ihren Gesetzlichkeiten folgt, die jedoch nicht moralischer Natur sind. Die *Moral*<sup>69</sup> beinhaltet Sitten und Bräuche. Sie bringt Normen hervor, die das gesellschaftliche Zusammenleben, Gesellschaftsformen und Kulturen beeinflussen und prägen. Kant, als Philosoph der Aufklärung, leitet die *Moral* vom *Prinzip der Vernunft* ab und setzt sie in Beziehung zur Freiheit. Auch Schmid bezieht sich auf Kants Freiheitsbegriff: »Kant fürchtet die Konsequenzen moderner Freiheit, er erschrickt

67 Die *Natur* ist ohne Absicht und *Moral*, aber sie ist grundlegenden Lebensprinzipien unterworfen und wirkt insofern als Imperativ.

68 Dieses dreifache Aufgehoben-Sein des Individuums in den höheren Instanzen *Natur*, *Religion* und *Politik* besteht gleichzeitig. Eine Priorität setzen zu wollen, die auch eine Aufzählung impliziert, würde den Gesamtkontext verfälschen.

69 Die Herkunft des Wortes *Moral* geht auf das 16. Jahrhundert zurück, zunächst im Sinne von »sittlicher Nutzenanwendung«, die lateinische Wortbedeutung: *mos (moris)* ist »Sitte, Brauch«. Die jüngere Bedeutung der »Sittenlehre« ist seit dem 17. Jahrhundert aus dem Französischen *morale* belegt. Aus dem indogermanischen kommt die Bedeutung »Wille«, »der zur Regel gewordene Wille« hinzu (Duden, 1989<sup>2</sup>, S. 468).

über den Umfang der Möglichkeiten der freien Wahl und ihre mögliche Beliebbarkeit, mit der sie sich gegen sich selbst zu wenden vermag, um die Freiheit, aus der sie hervorging, wieder auszulöschen und ›das Leben selbst zu zerstören‹.« (ebd., S. 229 f.)

Die historische Rolle der Moral zu reflektieren, bedeute auch »eine skeptische Distanz beziehungsweise Kritikfähigkeit« zu erzeugen, die er als »individuelle Autonomie« versteht. »Im neu gewonnenen Raum der Freiheit stellen Individuen die Frage nach ihren Handlungen selbst und verstehen die Gestaltung ihres Lebens und ihrer selbst als eine Aufgabe. (...) in der Folge sind jedoch ganze gesellschaftliche Schichten davon betroffen, bevor in der modernen freien Gesellschaft potenziell ein Problem aller daraus wird.« (ebd., S. 61) Daraus geht für Schmid die Ethik hervor, die er entgegen dem vorhergehenden *Imperativ* als *Beunruhigung* beschreibt.

»Ethik würde ernsthaft zu einer Frage der Selbstgesetzgebung, zum Vollzug der Autonomie im Wortsinne: Sich selbst mithilfe einer eigenständigen, klugen Wahl ›das Gesetz zu geben‹; an ein Prinzip, eine Regel, eine Maxime sich zu halten, auf die das Selbst sich selbst verpflichtet, um der Freiheit Form zu geben und eine Praxis der Freiheit ins Werk zu setzen; etwas für sich selbst als verbindlich zu betrachten und auf diese Weise eine freie Bindung einzugehen, ganz in dem Sinne, wie Kant dies für den freien Willen entwarf, jedoch ohne ›Nötigung‹. Mit der Freiheit der Wahl geht aus Klugheitsgründen die Notwendigkeit der Selbstgesetzgebung einher, um eben diese Freiheit zu bewahren.« (ebd., S. 231)

Für das Individuum heißt das: *Was soll ich tun? Was sollen wir tun?* Diese Fragen betreffen zum Beispiel gemeinsame Gesetze, das System der Wahlen demokratischer Staatsformen. Aber nicht nur freie Wahlen in demokratischen Staaten veranschaulichen die Problematik der Wahlfreiheit. Schmid bezieht auch Regeln und Prinzipien mit ein und thematisiert damit das Problem der Freiheit des Menschen.

»Das Problem der Ethik ist identisch mit dem Problem der Freiheit: Freiheit zu gewinnen, sie jedoch auch zu bewältigen; eine reflexive Haltung selbst gegenüber unabänderlich erscheinenden Notwendigkeiten einzunehmen, um sie anzuerkennen oder an ihrer Veränderung zu arbeiten, vor allem aber eine frei gewählte Notwendigkeit dort zu begründen, wo die Freiheit ruinös zu werden beginnt.« (ebd., S. 61)

Das Prinzip der Wahlfreiheit nimmt auch in unserem Lebensalltag viel Raum ein. Wir leben heute in einer Zeit, in der wir im Alltag häufig viele Entscheidungen zu treffen haben, nicht nur als Staatsbürger einer Demokratie mit grundgesetzlich verankerter Freiheit. Diese Freiheit konkretisiert sich in unserem heutigen Lebensalltag darin, dass wir in einer freien Marktwirtschaft in einer zunehmend komplexer werdenden Umgebung immer mehr entscheiden müssen. Ich denke dabei zum Beispiel an die Vielzahl von Dienstleistungsabläufen der Banken, die

ihre Serviceleistungen über Online-Banking an den Kunden herantragen. Oder an die Vielzahl von Telefongesellschaften und Vertragskombinationsangeboten, die es gibt, wenn ein Telefonanschluss installiert werden soll. So sind wir inzwischen unter dem Deckmantel der »individuellen« Dienstleistung von einem komplexen, unüberschaubarer werdenden Netzwerk umgeben, in dem wir uns bewegen und die erforderlichen Entscheidungen treffen können sollten. Stillschweigend werden so Teilverantwortlichkeiten vonseiten der Unternehmen verschoben. Auch im Gesundheitswesen wird diese Entwicklung zur neuen Komplexität, zum Beispiel an den verschiedenen Finanzierungsverfahren der kassenärztlichen Vereinigungen deutlich, die für die Versicherungsnehmer beziehungsweise die Patienten kaum zu durchschauen sind.

Dieser bisher eröffnete Raum mit philosophischen Dimensionen steht an erster Stelle, weil darin allgemeingültige Kriterien benannt werden, um der Thematik einen Rahmen zu geben. Am Beispiel des folgenden Interviews mit Herrn T., *Die Geschichte vom Schatzkästchen*, will ich den Einfluss von übergeordneten Instanzen, wie zum Beispiel *Natur*, *Religion* und *Politik*, auf die Lebenswelten der Einzelnen darstellen.

#### 4.2.2 Subjektive Relevanz des Menschseins

– am Beispiel von Interview 9: *Die Geschichte vom Schatzkästchen* –

##### *Die Einzigartigkeit und Austausch statt Vereinzelung*

Herr T. entschied sich bewusst für einen sozialen Beruf. Vom Interview erwartete er sich statt einer »Frage-Antwort-Sache« ein Gespräch und Reflexion über seine Arbeit. Gegen- und Wechselseitigkeit, im Kontakt mit anderen Menschen zu sein, bedeutet ihm viel, was sich auch im Laufe des Interviews anhand einiger Alltagsskizzen seines Berufsalltags zeigt. Sein Verhalten im Berufsalltag zeichnet das Bild eines Mannes, der versucht, die Wesenheiten seiner Klienten zu erkennen. Herr T. scheint seine Position gefunden zu haben und seine Werte, die ich tendenziell religiös interpretiere, im Alltag leben zu können. Auf mich wirkte er authentisch oder im psychologischen Sinne kohärent.

I: »Jetzt überlege ich, ob ich mich nochmal mit Ihnen an das Menschenbild heranwage. Ist das irgendwie in Worte zu fassen?

Herr T.: Also mein Menschenbild.

I: Ihr Menschenbild, ja.

Herr T.: Können Sie mich das konkreter fragen? Das wäre – mein Menschenbild?

I: *Wir haben jetzt versucht, uns Werten anzunähern. Sie haben die Akzeptanz genannt oder auch die Fähigkeit, mit anderen zu kommunizieren. Das sind wesentliche Elemente. Und Zugewandtheit und Offenheit, das sind ja alles Sachen,*

die ich auch wahrnehme. Also ich habe schon das Gefühl, dass ich es verstehe. Warum ich nachfrage ist, weil ich gerne – wenn möglich – versuchen würde, mit Ihnen da hinzugucken, bei dem, was Sie tun, was für ein Menschenbild steckt für Sie dahinter? Sie haben – zum Beispiel vorher gesagt ›wohlfühlen‹. Hat das möglicherweise etwas mit diesem Menschenbild zu tun?

Herr T.: Ja, für mich ist jeder Mensch was Wertvolles an sich.

I: Und dazu passt auch die Stelle, dass Sie vorher gesagt haben, nicht jeder,<sup>70</sup> der hier ist, findet hier einen Platz. Es gibt welche, die hier einen Platz finden und es gibt welche, die abrechnen. Es gibt welche mit dem Ziel, am ersten Arbeitsmarkt zu landen. Es gibt verschiedene Wege. Gehört das auch dazu?

Herr T.: Und ein Mensch wird für mich nicht – verliert nicht an Wert, weil er psychisch krank ist. Also sonst könnte ich überhaupt nicht hier arbeiten. Er verliert auch nicht an Wert, wenn er jetzt in eine akute psychotische Phase kommt. Das gehört dazu. Oft ist's ja so, dass die Menschen, wenn sie sich selber dann so arg infrage stellen, sich nicht mehr mögen, bis hin zum Suizid, nicht nur bis zur Suizidgefährdung. Es haben sich auch schon Menschen hier – also sich umgebracht. Aber im Vorfeld stellt sich ja oft die Frage, wenn es noch nicht so extrem ist, mein Leben ist kaputt, nichts funktioniert mehr, also – wo diese Menschen sich selber total infrage stellen. Und da habe ich manchmal schon eine Geschichte erzählt, die mir einfach gut gefällt. Meine Tochter hat mir erzählt, dass die Religionslehrerin bei ihr im Unterricht gesagt hat, sie zeigt jetzt den Kindern etwas ganz Wertvolles. Und das war ein Kästchen, ein Schatzkästchen und da ist ein Schatz drin. Und jeder darf den Deckel aufmachen, darf reinschauen, aber man soll nichts erzählen, man soll nicht sagen, was da drin ist. Und – kennen Sie das, die Geschichte? Und dieses Kästchen geht dann herum und – meine Tochter hat das erzählt – jeder hat das aufgemacht, hat reingeguckt und auf dem Boden des Kästchens war ein Spiegel. Und das ist einfach so – das spricht mich unheimlich an, diese Geschichte. Und ich habe diese Geschichte den Leuten hier bei verschiedenen Gesprächen erzählt. Das ist das, was ich meine: Der Mensch ist etwas Wertvolles, mit allen Facetten, allen Dingen, die passieren können. Auch Facetten – jetzt komme ich wieder auf meine Anfangsaussage über die Psychiatrie zurück. Es war hoffentlich nicht so direkt. Da gehören auch Dinge dazu, die man sich nicht wünscht und sich selber nicht aussucht, und das ändert aber nichts an dem Wert des Menschen.

I: Mhm. *(Pause)* Das ist eine, *(Pause)* eine schöne Geschichte.

Herr T.: Mir gefällt's auch gut.« (Interview 9, Zeilen 498–542)

Jeder Mensch ist etwas Wertvolles an sich – und die Geschichte spricht für sich.

---

<sup>70</sup> Mit »jeder« sind die Rehabilitanden, die Beschäftigten in den *Beschützten Werkstätten* gemeint.

Neben dieser Beschreibung der Einzigartigkeit jedes Menschen, die es zu sehen gilt, spielen auch Anerkennung und eine gerechtere Verteilung der Ressourcen für Herrn T. eine wesentliche Rolle. Er benennt die Ungleichheit konkret am Beispiel der niedrigen Löhne der behinderten Werkstattangestellten. Die Betroffenen können davon nicht einmal ihren Lebensunterhalt bestreiten und sind auf weitere Unterstützung anderer Kostenträger angewiesen. In diesem Sinne plädiert er für eine öffentliche Thematisierung des realen Lohnsystems. Denn aktuell sind die Löhne erneut trotz vielfacher und guter Leistung gesunken. Zum Thema *Werte* berichtet er aus seinem Berufsalltag: »Da sagen unsere Leute berechtigterweise, wo gibt es das denn, dass ich jetzt für die gleiche Arbeit, für die gleiche Leistung und mit zunehmendem Alter weniger kriege?« (ebd., Zeilen 977–979) Und: »Mit den niedrigen Löhnen, das ist ein Dauerthema, ein schwieriges Thema, man identifiziert sich, ich mich auch – nicht nur über die innerliche Arbeit, sondern auch über das, was ich verdiene. Das wäre mein Wunsch, dass sich das verbessert. Es könnte sich verbessern, wenn wir viel besser bezahlte Aufträge kriegen würden oder die Löhne der Beschäftigten (...) subventioniert würden.« (ebd., Zeilen 954–959) Der reale Verdienst zeigt auch die Wertigkeit einer Arbeit beziehungsweise deren Stellenwert in der Gesellschaft. In diesem Sinne wünscht sich Herr T. eine bessere Bezahlung und auch eine wesentlich bessere Bezahlung für die Rehabilitanden und dadurch eine gesellschaftlich höhere Anerkennung.

In Spuren zeichnet sich Herr T.s Haltung »Austausch statt Vereinzelung« ab. Sie durchzieht verschiedene Passagen des Interviews, die Wechselseitigkeit, Austausch und Interaktion im Laufe von Handlungsprozessen hervorheben. So bewertet er Teamarbeit höher als Einzelkontakte. Die Arbeit in Gruppen vereint unterschiedliche Arbeitsstile und Arbeitskulturen. Im Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen schätzt er die Blickwinkel der anderen und deren unterschiedliche Positionen.

Herr T.: »Also in der Arbeit wichtig ist mir auch die Arbeit im Team, dass ich nicht im Einzelkontakt bleibe – das haut nämlich nicht hin. Wenn ich zum Rehabilitanden alleine eine gute Beziehung hätte, die Kollegen oder der Gruppenleiter jedoch nicht, das wird dann schwierig. Also das muss immer Team sein und mir ist *auch* der Austausch wichtig.

I: Weil die anderen auch andere Dinge sehen, die man selbst nicht wahrnimmt.

Herr T.: Ja, und –

I: Was ist das alles?

Herr T.: Und weil's auch schlichtweg in den Persönlichkeiten der Mitarbeiter einfach Unterschiede gibt.

I: Mhm.

Herr T.: Und mir liegt – also ich versuche da schon, einen Austausch hinzukriegen, dass – andersrum gesagt, negativ ausgedrückt – eine Abschottung, ich mache es mit

meiner Gruppe so und was der andere macht, naja, der macht es halt anders – also da versuche ich zumindest einen Austausch, ein Gespräch darüber anzustreben. Weil ich denke, jeder ist anders oder darf das auch anders machen oder kann das auch nur anders machen, weil er von seiner Persönlichkeit anders ist oder andere Dinge mitbringt, aber es darf nicht irgendwie total so in *Vereinzelung* irgendwie hier sich verändern.« (ebd., Zeilen 451–467)

Im Idealfall geht es nicht nur um Austausch und Transparenz, sondern auch um die Akzeptanz des einzelnen Rehabilitanden und den unterschiedlichen Perspektiven, die in einem Betreuerteam in Bezug auf seine Person zusammenkommen. Es gebe manchmal auch Rehabilitanden, die einerseits Fürsprecher finden und andererseits Abwehr auslösen. In so einem schwierigeren Fall treten Spannungen und Reibungen auf.

Herr T.: »Ja. Ich denke jetzt grad an ein Extrembeispiel, also wirklich eine absolute Ausnahme, da gab es dann schon auch Spannungen im Team. Eine Position, die sagt, der Mensch, der kann sich hier ja gar nicht einfügen, der passt nicht hierher, das funktioniert nicht, 'ne. Da sind wir die falsche Einrichtung, ja. Bis hin zu der anderen Position, das geht doch und das liegt auch an uns, dass das geht, so – diese Spannweite. Und das fasziniert mich. Also bei dem Menschen, an den ich jetzt gerade denke, hat es dann funktioniert und inzwischen ist es kein Thema mehr, dass er hier in den Werkstätten arbeitet.« (ebd., Zeilen 481–488)

Sein Bericht über die Arbeit mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestätigt, dass er sich um Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit zwischen allen Mitarbeitererebenen bemüht. Ihm ist wichtig, die Leute so anzunehmen, wie sie sind. Dabei will er kritisch hinterfragen, ob die betroffenen Menschen eine Rehabilitation in der Werkstatt brauchen oder in den früheren Beruf zurückkönnen. Wenn die Werkstatt passt, ist es die »beste gelungene Reintegration und Rehabilitation« (ebd., Zeilen 416–417). Die Qualität der Arbeit der Werkstatt hängt für ihn nicht nur von der Integration der Rehabilitanden auf dem ersten Arbeitsmarkt ab. Es hängt vom einzelnen Menschen ab, was für ihn das Richtige ist, und auch das sei vielfältig. Er will die Signale, die kommen, wahrnehmen und sich auf den Prozess mit den Menschen mit dem Ziel des Wohlfühlens einlassen. Die Rehabilitanden sollen gefördert und gefordert, aber nicht überfordert werden, diese Balance ist mit dem betroffenen Menschen gemeinsam auszuloten. Darüberhinaus zeigt er auch die Perspektive seiner Kollegen, die teilweise erwarten, dass sich die Rehabilitanden dem Betriebsablauf anpassen können sollen. Diese Erwartung erinnert mich an Goffmans Kritik an der Macht der Institutionen und weckt mein besonderes Interesse.

**Selbstverantwortung und Partizipation – in Zeiten von Veränderungen**

Herr T.: »Also im Gespräch habe ich schon gemerkt, ja – die *Beschützten Werkstätten* sind schon eine *Einrichtung*. Und ich bin schon lang in dieser Einrichtung, in dieser Institution, und ich kenne die Institution und ich kenne die institutionellen Bedingungen. Und auf der anderen Seite steht der Mensch und steht die Einzelperson und das Individuum. Und ja, das ist auch so ein Spannungsfeld. Jetzt noch einmal das Beispiel Teilzeitarbeit: ja oder nein. Für den Menschen wär's sinnvoll und gut, er könnte hier in der Betriebsstätte bei uns dauerhaft Teilzeit arbeiten. Das haben wir jetzt einfach noch nicht. Wollen wir das? Wenn wir das mal machen, dann wollen das andere auch. Also das muss – einfach diese Fragestellung oder diese Diskrepanz zwischen Personenorientiertheit und Individualität und institutionellen Bedingungen. Das ist auch, merke ich, das ist so ein richtiges Spannungsfeld und es wäre vielleicht – darf ich das auch jetzt als Wunsch so formulieren? – ein bisschen mehr von dem institutionalisierten Denken wegzukommen und zu gucken, was mehr in Richtung personenorientierter Angebote möglich ist. Das hat auch wieder mit 'm Gestaltungsspielraum zu tun. Was ist da möglich? Also, jetzt mal krass gesagt 'ne Haltung: Haja, wir sind 'ne Einrichtung, wir haben die und die Regeln, bei uns ist es so und so und Punkt. Von dem ein bisschen wegzukommen, ohne alles möglich machen zu können oder möglich machen zu wollen.« (ebd., Zeilen 1026–1044)

In diesem Abschnitt wird für mich auch ein Teil des Wandels dieser Unternehmensstruktur deutlich, der sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Rehabilitanden auswirken kann. Herr T. beschreibt die Veränderungen insgesamt eher positiv, die jedoch auch kritisch zu sehen sind. Denn der Druck von oben wird unter dem Deckmantel von Mitverantwortung und Partizipation auf die untere Ebene mit verteilt. Frei nach dem Motto »geteiltes Leid ist halbes Leid«. Wenn im Rahmen dieser engen Vorgaben noch Handlungs- und Gestaltungsspielraum übrig bleibt, darf dieser gerne genutzt werden. Eine Gegebenheit, die unter noch engeren Vorgaben auch problematisch werden kann. Wenn Verantwortungsbereiche der leitenden Ebene auf die ihnen unterstellte Arbeiterebene verschoben werden und Arbeitsausstattung und Kompetenzbereiche diffus werden, besteht die Gefahr, dass diese Spirale weitergeht. Wenn die Rehabilitanden selbst auf ihre Eigenverantwortlichkeit zurückgeworfen werden, ihr Lohn aber nicht einmal das Existenzminimum abdeckt, dann kann die ihnen versprochene Unterstützung auch als »zynisch« bezeichnet werden, da die Betroffenen in vielfacher Weise in gesellschaftlichen Abhängigkeitsstrukturen verstrickt sind. Es wird ihnen Unterstützung zugesagt, die sie kaum zur Autonomie befähigen wird. Eine soziale Unterstützung dieser Art in Zeiten extremen Kostendrucks ist insofern eine Gratwanderung und bedeutet eine heftige Verschärfung sozialer Ungleichheit.



**Seine Position im Beruf, seine Aufgaben und Kompetenzbereiche, Folgen des Kostendrucks**

Der Gestaltungsspielraum ist seit dem Wechsel der Geschäftsführung der *Beschützten Werkstätten* größer geworden.

Im Rahmen der vorgegebenen finanziellen Mittel hat er auch Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten. Spürbar ist, dass die mangelnden finanziellen Mittel den Handlungsspielraum einengen. Es gibt Initiativen wie das ZERA-Programm,<sup>71</sup> eine psychoedukativ-orientierte Schulung für die Rehabilitanden, die nichts kostet, aber die Arbeitszeit einer Kollegin bindet. Manche gute Ideen scheitern an Zeitmangel und an mangelnder Umsetzung in die Praxis. Zeitbudgets erzeugen Zeitdruck. An manchen Stellen sorgt Qualitätssicherung für gute Arbeit, obwohl der Aufwand für die Qualitätssicherung selbst wiederum Zeit kostet, so beurteilt Herr T. diese betriebswirtschaftlichen Maßnahmen.

Herr T. bedauert, dass seine Betriebsstätte den Rehabilitanden nur Ganztagsarbeit anbietet, im Gegensatz zu einer anderen Betriebsstätte, in der auch Teilzeitarbeit möglich ist. Mit diesem Verständnis, auch weniger belastungsfähigen Rehabilitanden eine Chance auf einen Arbeitsplatz zu geben, sieht er Partizipation in seiner Betriebsstätte ein Stück weit gewährleistet. Zum Beispiel nehmen in seinem Arbeitsbereich die Rehabilitanden regelmäßig an Besprechungen teil und arbeiten eigenverantwortlich bei verschiedenen Aufgabenstellungen mit (zum Beispiel bei der Organisation von Betriebsfesten). Er berichtet von einem Rehabilitanden, dessen Arbeitszeit individuell geändert wurde. Dieser arbeitet während der Woche (Montag bis Donnerstag) länger, um am Freitag früher nach Hause gehen zu können. Der Geschäftsführer nehme konstruktive Vorschläge gerne auf. Herr T. sieht, dass die Leitung seiner Betriebsstätte das Potenzial seiner Rehabilitanden unterstützen will. Das ist die Entwicklung der letzten zwei Jahre. Einen Werkstattrat dagegen gebe es schon lange. Inzwischen ist das Bestehen eines Werkstatrates über die Mitwirkungsverordnung laut Bundesgesetzgebung überall in Betrieben verpflichtend geregelt.

Herr T. kennt und sieht die Werkstätten als institutionelle Einrichtung und auf der anderen Seite die Menschen als Einzelpersonen und Individuen. Er wünscht sich, vom institutionellen Denken wegzukommen und personenzentrierte Angebote zu finden. Das heißt auch: weg vom hierarchischen Denken und hin zur personenorientierten, flexibleren Einrichtung.

An den politischen, gesellschaftlichen Bedingungen können wir direkt nichts ändern, sie aber intern transparent machen. Für gute Aufträge müsse man etwas tun, die Dinge selbst in die Hand nehmen.

---

71 Hammer, Plößl und Schelling sind die Herausgeber eines psychoedukativen Programms in Form einer Arbeitshilfe für den professionellen Mitarbeiterkreis in diesem Bereich. Es heißt: *ZERA = Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Arbeitshilfen* (HAMMER et al. 2004<sup>2</sup>).

»Einzigartig« an diesem Interview war auch, dass die Praktikantin Frau K. auf Wunsch von Herrn T. als stille Beobachterin<sup>72</sup> beim Interview dabei war. Ich fragte die beiden, Herrn T. und Frau K., zum Schluss des Interviews nach ihrem Eindruck:

Herr T.: »Mhm. (Pause) Also ich sehe mich bestärkt darin und das ist auch für mich jetzt n' schönes Gefühl, dass ich durch das Gespräch merke, wie wichtig mir das ist, die Nähe zu den Menschen einfach. Und das ist für mich jetzt 'ne Bestätigung und – ja – nehme ich ganz dankbar eigentlich mit, dass ich da in der Richtung durchaus weitermachen möchte. (Pause) *Darf ich das so abstrakt stehen lassen?*  
I: Ja, ja. Wollen Sie denn als Beobachterin einen Satz dazu sagen, einen Satzsatz vielleicht?

Frau K.: Also ich weiß es nicht, so – es war schon wie 'ne Art Gespräch eigentlich. Und – ja – ich denk' mal einfach, dass also hinter dem Gesagten eigentlich noch viel steckt, mehr steckt (...) Ja – wo man das einfach noch weiterspinnen kann, irgendwie. Es waren halt echt Fragen dabei, (...) wo ich jetzt sofort auch hätte etwas sagen können oder wo ich mich jetzt betroffen gefühlt hätte oder so. Wo man jetzt auch mitbekommt, wie nah eigentlich ja das Berufliche an das Persönliche rankommen kann, und dass man immer darauf achten muss eigentlich, dass man das regelmäßig reflektiert. Also nicht, dass man sich da so Gefühlen hingeben kann – also mit dieser Betroffenheit so umzugehen. Man sollte schon betroffen sein von dem, was man erlebt und auch eingreifen, wenn man möchte. Aber dass man sich das halt nicht so nah an sich heran lässt wie Dinge aus dem Familienkreis oder so. Dass einfach so eine gewisse Distanz immer gewahrt werden muss.«<sup>73</sup> (ebd., Zeilen 1003–1023)

*Herr T. betont einerseits mit seiner Geschichte vom Schatzkästchen die Einzigartigkeit des Menschseins und andererseits seine soziale Seite. Als Einzelner will er die Kultur im Team, hier als berufliche Gemeinschaft interpretiert, pflegen.*

Im Folgenden verlasse ich diesen sozialphilosophischen Interpretationsansatz und wende mich ökonomisch-gesellschaftlichen Aspekten zu.

---

72 Ich kenne die Rolle der »stillen Beobachterin« aus meiner Ausbildung bei der Gesellschaft für analytische Gruppendynamik e. V. Die Ausbildungskandidatinnen der höheren »Semester« beobachteten die Selbsterfahrungsgruppen der niedrigeren Semester. Sie saßen jeweils still dabei, wir Gruppenakteure nahmen sie häufig kaum wahr. Zum Abschluss dieser Gruppensequenzen teilten diese Beobachterinnen in wenigen Sätzen ihre wichtigsten Beobachtungen über den Gruppenverlauf mit. In diesem Sinne bezog ich Frau K. bei diesem Interview zuguterletzt mit ein.

73 Auf diese persönliche Seite des Helfens werde ich später noch eingehen (vgl. Abschnitt 4.6).

### 4.2.3 Gesundheit und soziale Verantwortung – eine ökonomisch-gesellschaftliche Perspektive

#### Gesundheit und Chancengleichheit – Freiheit und soziale Verantwortung

Menschliche Lebensbedingungen thematisiert Amartya Sen<sup>74</sup> in seinem Buch *Ökonomie für den Menschen*, Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. Der weltweite Kontrast zwischen Armut und Reichtum veranlasste ihn, gesellschaftliche Werte, Freiheit und Verantwortung in verschiedenen nationalen Marktwirtschaftsformen zusammenzuführen. In diesem Kontext taucht der Begriff *Gesundheit* auf, ein Wert, der vonseiten meiner Interviewpartner kaum benannt wurde.<sup>75</sup> Bei der Auswertung meiner Interviews wurde mir jedoch bewusst, dass *Gesundheit* in einer sozial orientierten Wertediskussion nicht fehlen darf. *Gesundheit* ist ein Wert, der volkswirtschaftlich als ein Aspekt von *Humankapital*<sup>76</sup> eine Rolle spielt. Sen eröffnet außerdem eine breite Palette von Werten, ökonomischer, politischer, gesellschaftlicher, kultureller und individueller Art. In seinem Kapitel *Die Freiheit des einzelnen als soziale Verpflichtung* konkretisiert er die soziale Verpflichtung, unabhängig von einem religiösen Glaubensbekenntnis. »Unser Verantwortungsgefühl braucht sich nicht nur, so wichtig das auch sein mag, auf das Elend zu beziehen, das unser eigenes Verhalten möglicherweise verursacht hat. Es kann sich auch allgemeiner auf das Leid um uns herum ausweiten, das zu lindern in unserer Macht steht.« (SEN 2005<sup>3</sup>, S. 335 f.) Für SEN soll eine »soziale Existenz« die Bedeutung gemeinsamen Menschseins gebührend berücksichtigen (ebd., S. 336). »Eine Teilung der Verantwortung, die die Last, sich um die eigenen Interessen zu kümmern, einem anderen aufbürdet, kann den Verlust wichtiger Dinge nach sich ziehen, etwa Motivation, Betroffenheit und ein Wissen über sich, zu dem man nur selbst gelangen kann. Die Forderung nach sozialer Verantwortung *auf Kosten* persönlicher Verantwortung muß, in je verschiedenem Umfang, kontraproduktiv wirken.« (ebd., S. 336) Oder mit meinen Worten: Wenn man jemandem einen Teil der Eigenverantwortung abnimmt, kann dies eine Lähmung zur Folge haben. Der Mensch wird zwar zunächst entlastet, aber gleichzeitig in seinem Handlungsspielraum auch eingeschränkt. Diese Einengung kann auch Motivationsverlust und Passivität des Betroffenen nach sich ziehen. Sen sieht für die persönliche

---

74 Amartya Sen, geb. 1933, ist Wirtschaftswissenschaftler und lehrt an der Universität Cambridge. 1998 erhielt er den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften. In seinem Buch *Ökonomie für den Menschen* thematisiert er globale Themen wie den Kontrast zwischen Turbokapitalismus und der steigenden Arbeitslosigkeit und zunehmenden Verarmung.

75 Aus gesundheitlichen Gründen entschied sich Frau B. (Interview 1) für eine Teilzeitarbeit. Bei den anderen Interviews spielt der Begriff *Gesundheit*, wenn überhaupt, nur indirekt eine Rolle.

76 *Humankapital* ist wiederum ein volkswirtschaftlicher Begriff, den (neben anderen) Adam Smith thematisierte, auf den sich auch Sen bezieht.

Verantwortung keinen Ersatz. Sie ist für ihn von zentraler Bedeutung, doch ist sie auch abhängig von »substantiellen Freiheiten, die jeder von uns genießt, um seiner Verantwortung nachkommen zu können«. Persönliche, soziale und geeignete Umweltbedingungen im Sinne von Schulbildung, einer gerechten Ressourcenverteilung sind für ihn unabdingbar (ebd. S. 337). Er zeigt auf, dass *Freiheit* und *Verantwortung* »menschliche Verwirklichungschancen« beinhalten, die bestenfalls gesellschaftlichen Wohlstand erzeugen können. Er bedenkt auch Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft und zeigt, dass es zwischen Wohlstand und sozialen Werten einen Zusammenhang gibt.

»Der signifikante Wandel, durch den in den letzten Jahren dem Stellenwert des ›Humankapitals‹ eine größere Beachtung zuteil geworden ist, fördert das Verständnis für die Bedeutung des Ansatzes der Verwirklichungschancen. Wenn jemand durch bessere Schulbildung, verbesserte Gesundheit usw. produktiver arbeiten kann, liegt die Vermutung nahe, daß er aus demselben Grund auch direkt in seiner Lebensführung mehr erreichen kann und die Freiheit hat, mehr zu erreichen.

Die Perspektive der Verwirklichungschancen bedeutet gewissermaßen die Rückkehr zu jener ganzheitlichen Perspektive auf die ökonomische und soziale Entwicklung ...« (ebd., S. 349)

Wirtschaft und Kultur einer Gesellschaft drückt sich für Sen in Form von *Produktivität* und *Lebensstil* aus. Wohlstand und Armut wirken sich gesellschaftlich auf Wirtschaft und Kultur unterschiedlich aus. Sen konzentriert sich auf humanistisch orientierte Gesellschaftsformen, die sich global auf alle Nationen, und nicht nur auf westliche Gesellschaften und Kulturkreise, beschränken.

Wohlstand bietet den davon profitierenden Menschen Handlungsspielraum, gibt ihnen Handlungsfreiräume, um zum Beispiel auch Defizite besser bewältigen zu können. Diese salutogenetische Denkrichtung findet sich in der Ottawa-Charta der Welt-Gesundheitsorganisation<sup>77</sup> wieder. Dort ist *Gesundheit* als gesellschaftliche Idealform definiert:

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man für sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.« (Ottawa Charta 1986, zit. nach KEUPP 2008, S. 209)

---

<sup>77</sup> Mit dem Ziel »Gesundheit für alle« verabschiedete 1986 die Weltgesundheits-Organisation auf ihrer ersten internationalen Weltgesundheits-Konferenz in Ottawa die sogenannte »Ottawa Charta«. Bis zum Jahr 2000 sollte sie weltweit verwirklicht werden (Weltgesundheitsorganisation/Europa 1986, S. 1). Die oben zitierte Definition von Keupp ist für mich die gelungenste Kurzform bei einem Thema dieser Komplexität.

In dieser Definition sind Chancengleichheit, ein gleichberechtigtes Miteinander im Kleinen wie im Großen impliziert. Sie betont mehr politische als wirtschaftliche Aspekte. Sowohl Sen als auch die Weltgesundheitsorganisation stellen ökonomisch und soziologisch gedachte Zusammenhänge her, die einen allgemeingültigen Charakter mit politischer Botschaft vermitteln. Beide entwerfen politische Gesellschaftskonzeptionen, die ich vor allem wegen ihrer politischen Botschaft schätze. Ich höre daraus die Forderung nach einer Gesellschaftsform, die ein entsprechendes aktives Mitgestalten aller ihrer Bürger ermöglicht.

Sennett<sup>78</sup> erweitert diese globale Perspektive in seinem Buch über *Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Die ZEIT veröffentlichte dazu eine Rezension mit der Überschrift *Die Angst, überflüssig zu sein* (ZEIT ONLINE 21/2005). Sennett führt darin einige Gedanken seines *flexiblen Menschen*<sup>79</sup> weiter, insbesondere zeigt er, wie sich die neue Form des Kapitalismus für den Einzelnen in der Gesellschaft auswirkt. Anstelle des gescheiterten Staatssozialismus sei der Kapitalismus getreten. Parallel zu meiner Intention in dieser Studie, die heutige Sozialpsychiatrie mit den Ideen der Gründerzeit in den 1970er-Jahren zu vergleichen, erinnert sich Sennett an die »Neuen Linken« in diesen Jahren. Demnach wird der Sozialismus eines sozialen Todes sterben, von der Last der Bürokratie erdrückt. Der Kapitalismus dagegen wird bleiben, aber damit auch das Problem. Sennett folgert daraus:

»Bürokratie [kann] für Bindungen sorgen, aber auch zur Fessel werden. Das galt schon lange für Armeen. Max Weber bemerkte, dass die Institutionen der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft seiner Zeit die soziale Struktur der Armee nachahmten, um soziale Integration und Folgebereitschaft gegenüber Autorität zu sichern. Das Geheimnis dieses militarisierten Kapitalismus war die Zeit. Diese war so strukturiert, dass die Menschen innerhalb der Institution eine Lebensgeschichte und soziale Beziehungen aufbauen konnten. Der Preis, den der Einzelne möglicherweise dafür zu zahlen hatte, bestand in Freiheit oder Individualität. Das ›stahlharte Gehäuse‹ war zugleich ein Gefängnis und ein Zuhause.« (SENNETT 2005, S. 143)

Wie ist Sennetts Aussage zu beurteilen, dass der Einzelne einen hohen Preis zahlt für *Freiheit* und *Individualität*; Werte, ohne die eine Demokratie nicht denkbar ist? Denn *Freiheit* und *Individualität* werden in der Regel als Gewinn der Demokratie gesehen. Und die demokratischen Nationen folgen ökonomisch der freien Marktwirtschaft, dem kapitalistischen Prinzip. Dazu zeigte Max Weber bereits, wie das kapitalistische Prinzip und die protestantische Ethik ineinandergreifen und wie sich beides subjektiv auf Bürger und Arbeitende in einer Gesellschaft

---

78 Richard Sennett, geb. 1943 in Chicago. Er lebt in London, lehrt Soziologie und Geschichte an der London School of Economics und am College of Arts and Science an der New York University.

79 SENNETT, Richard (2000): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*.

auswirkt. Die Verzahnung beider Prinzipien erhöht den ohnehin schon bestehenden hohen Leistungsanspruch, dem sich inzwischen die und der Einzelne im Arbeitsalltag weniger denn je entziehen kann.

Darüber hinaus ist mir wichtig, die Folgen dieser Arbeitsbedingungen, die Auswirkungen derselben auf den Einzelnen, das Individuum oder das Subjekt verstehbar zu machen, da auch unsere heutigen äußeren Lebensbedingungen unsere persönliche Lebenswelt bestimmen und wir uns nach ihnen richten. Trotzdem glauben wir in einer Welt zu leben, in der wir frei und »selbstbestimmt« entscheiden können.

#### 4.2.4 Verlust von Selbstbestimmung und Selbstgestaltung beruflichen Handelns

Ich nehme mir den Interpretationsspielraum und verbinde die beiden Bilder wie das *stahlharte Gehäuse* von Max Weber<sup>80</sup> und *homo clausus* von Norbert Elias<sup>81</sup>. Um Wandel zu beschreiben, scheint mir wieder eine Verortung notwendig, weil es leichter erscheint, von einem statischen Moment heraus einen Prozess zu beschreiben. Wir befinden uns inmitten der Neuzeit, in der Folge von Aufklärung und Industrialisierung.<sup>82</sup> Dazu Max Weber:

»Denn indem die Askese aus den Mönchszellen heraus in das Berufsleben übertragen wurde und die innerweltliche Sittlichkeit zu beherrschen begann, half sie an ihrem Teile mit daran, jenen mächtigen Kosmos der modernen, an die technischen und ökonomischen Voraussetzungen mechanisch-maschinelles Produktion gebundenen, Wirtschaftsordnung (zu) erbauen, der heute den Lebensstil aller einzelnen,

---

80 Max Weber (1864–1920), studierte Jura, Wirtschaftswissenschaft, Geschichte und Philosophie. Ab 1893 war er Professor für deutsches und Handelsrecht in Berlin, für Nationalökonomie in Freiburg im Breisgau und in Heidelberg (1894–1903), für Soziologie in Wien und für Nationalökonomie in München (1919–1920). Er war Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der Deutschen Demokratischen Partei und Mitglied der Kommission für die Weimarer Verfassung (KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 375 f.).

81 Norbert Elias (1897–1990), geboren in Breslau, studierte Philosophie und Soziologie; 1933 emigrierte er nach Frankreich, dann nach Großbritannien. 1940 wurde er dort als »enemy alien« acht Monate lang interniert. 1954–1962 unterrichtete er als Dozent in Leceister, 1962–1964 war er Professor für Soziologie an der Universität von Ghana bei Akkra, 1990 starb er in Amsterdam (ebd., S. 369).

82 Nachdem die Menschen im Mittelalter in ein anderes gottgefühtes Wertemuster eingebettet waren, verändern sich die Werte im Zeitgeist der Aufklärung. Voltaire (1694–1788), hier exemplarisch als einziger philosophischer Vertreter für die Aufklärung benannt (weil es sonst zu weit führen würde), setzte sich für das Bürgertum ein: »Der Mensch wird zunächst ohne Grundsatz geboren.«; demzufolge der Mensch von seinem Lebens- und Lernweg geprägt wurde und ist. Die Grundlagen für Sozialisation und ihrer Theorien sind gelegt.

die in dies Triebwerk hineingeboren werden – *nicht* nur der direkt ökonomisch Erwerbstätigen –, mit überwältigendem Zwange bestimmt und vielleicht bestimmen wird, bis der letzte Zentner fossilen Brennstoffs verglüht ist.« (WEBER 1920, zit. nach KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 187)

Max Weber deckt die puritanische Askese auf und bietet eine historisch-soziologische Analyse, die das Leistungsprinzip unserer Gesellschaft beschreibt.

Norbert Elias eröffnet mit seiner Zivilisationstheorie einen weiteren soziologischen Ansatz, um zu zeigen, wie äußerliche gesellschaftliche Strukturen als Erfahrungswelt das »Innere« des Einzelmenschen beeinflussen und Vorstellungen und eigenes Verhalten verändern und prägen. Im *homo clausus* hat der Mensch äußere Zwänge so verinnerlicht, dass sie ihm als selbstbestimmtes Handeln erscheinen (ELIAS 1976, zit. nach ebd., S. 173 f.).

Erich Fromm<sup>83</sup> entwirft den Gesellschaftscharakter:

»Wenn eine Gesellschaft gut funktionieren soll, müssen sich ihre Mitglieder einen Charakter aneignen, aus dem heraus sie so handeln *wollen*, wie sie auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu dieser Gesellschaft oder einer ihrer besonderen Klasse innerhalb dieser handeln *müssen*. Sie müssen genau das *zu tun wünschen*, was sie notwendigerweise tatsächlich *zu tun haben*. *Äußerer Druck* wird durch *inneren Zwang* und durch eine besondere Art menschlicher Energie ersetzt, die in die Charakterzüge einfließt.« (FROMM 1981, zit. nach KEUPP 2008, S. 32)

Sennett, der sich auf diese soziologischen Aspekte bezieht, hebt hervor, dass Webers Prognose auf »perverse Weise« zutrifft. Demnach löst sich der starr durchorganisierte Kapitalismus von innen her auf. Für die Beschäftigten heißt das, dass das Modell der lebenslangen Anstellung im heutigen Unternehmen aufgegeben wurde. »Auch die Institutionen des Gesundheits- und Bildungswesens sind in ihrer Form nicht mehr so eindeutig festgelegt und deutlich kleiner als früher.« (SENNETT 2005, S. 7) Der Satz »Zeit ist Geld« ist uns allen vertraut. Diese Kurzform wurde zwischenzeitlich wesentlich komplexer, wie sie zum Beispiel an Finanzierungsformen von Krankenhäusern, an Behandlungspauschalen der Krankenkassen für konkrete Leistungen deutlich wird. In der somatischen Medizin gibt es inzwischen Fallpauschalen, in der Psychiatrie kontrollieren die Krankenkassen anhand von Indikation und Behandlungsdauer die Behandlungskosten der betroffenen Patienten engmaschiger und genauer als die Jahre zuvor. Dieses Mehr an Kontrolle erzeugt im Arbeitsalltag mehr Druck, vor allem Zeitdruck, und dies in einer Zeit, in der – auch, um die Behandlungskosten zu senken – Personal abgebaut wird.

---

83 Erich Fromm (1900–1980), geboren in Frankfurt, studierte Psychologie, Psychoanalyse, Soziologie und Philosophie. Er gehörte zur Frankfurter Schule (1930–1939); er emigrierte 1933 in die Vereinigten Staaten, war 1935–1939 Gastprofessor an der Universität in New York, 1941–1950 Professor für Psychoanalyse in Vermont. 1951 bis 1974 lebte und lehrte er in Mexiko, 1980 starb er in Locarno in der Schweiz (KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 371) (FROMM 2003<sup>11</sup>, S. 2).

Diesem radikal veränderten, kapitalistischen Handlungsprinzip des modernen Gesundheitswesens stehen noch alte, traditionell-hierarchische Organisationsstrukturen der Krankenhäuser gegenüber, die an Goffmans »totalitäre Institution« erinnern (vgl. Kapitel 1, Abschnitt 1.2.2). Diese Organisationsstrukturen begünstigten, dass betriebswirtschaftlich orientierte Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen in den letzten Jahren in Krankenhausbetrieben installiert werden konnten. Für die Mitarbeiter bedeutet das, jeden ihrer Arbeitsabläufe nach einem genau vorgegebenen Schema zu dokumentieren. Dieser Dokumentationszwang, ein Akt der Administration, beansprucht viel Zeit. Und das ist Zeit, die bei der direkten Versorgung eines Patienten fehlt. Das Aufgabenspektrum des Versorgungsbereiches hat sich vervielfacht, die Behandlungsschwerpunkte haben sich in der Weise verschoben, dass der Satz heute auch lauten könnte »Zeit ist Geld und Kontrolle«<sup>84</sup>. Oder exemplarisch betrachtet: Wenn sich ein Patient, der sich in der Krise an eine psychiatrische Ambulanz wendet, zunächst persönlich gesehen, beraten, behandelt und versorgt wird, entspricht dieser Ablauf der direkten Versorgungsleistung. Der Zeitaufwand dafür ist anschließend zu dokumentieren: im Kriseninterventionsprotokoll und in der ambulanten Basisdokumentation, auch weiterführende Maßnahmen können veranlasst werden. Der Zeitaufwand für die Direktversorgung vervielfacht sich je nach der Komplexität der Notlage des Betroffenen. Das administrative Aufnahmeverfahren<sup>85</sup> soll die Kosten für die Ambulanz sichern. Das alles gehört zu einem normalen Versorgungsauftrag dazu. Alle weiteren Dokumentationspflichten für das Qualitätsmanagement oder statistische Erhebungsvorgaben, die wiederum sehr zeitaufwendig sind, gehen entweder zulasten des Mitarbeiters, der für diese Versorgungseinheit *mehr* erbringen muss, oder zulasten der Zeit für den Patienten. Auch die Prämisse der Beziehungskontinuität als Qualitätsmerkmal einer guten Patientenversorgung geht dabei größtenteils verloren. Der Kostendruck wirkt hier auch als Instanz für das Überleben der Einrichtung. Wiederum sichert der Arbeitsplatz die eigene Existenz, insofern gibt es neben einer loyalen Verpflichtung für die Arbeit selbst auch eine eigene Notwendigkeit, nämlich die, Geld zu verdienen. Dieses Arbeitsraster bedeutet eine strenge kontinuierliche Fremdbestimmung, ein Aspekt, der die Mitarbeiter anstrengt,

---

84 Noch schärfer formuliert hieße es: »Arbeitszeit ist: mehr Kontrolle bei weniger Geld.« Diese Aussage ist hypothetisch und wird hier nicht nachgewiesen. Insofern steht sie als Stimmungsbild in einer Fußnote.

85 Administrative Aufnahmeverfahren in Kliniken sind zwischenzeitlich alle über die elektronische Datenverarbeitung (EDV) abzuwickeln. Dieses Procedere bedeutet in der Praxis, dass das Personal bei laufenden EDV-Systemerneuerungen beständig neue EDV-Kenntnisse braucht. Darüber hinaus ist diese Technik wartungsintensiv und störungsanfällig. Diese Zeit und Energie, die der Umgang mit der EDV erfordert, geht anderweitigen Aufgaben, auch dem direkten Kontakt mit den Patienten, verloren.



der eine Selbstgestaltung des berufsspezifischen Aufgabengebietes einschränkt und insofern an der Motivation der Mitarbeiter sägen kann.

Eine These ist, dass die Motivation der Mitarbeiter zunimmt, wenn der Einzelne sein berufliches Aufgabengebiet seiner Kompetenz entsprechend gestalten und im Arbeitsalltag selbstbestimmt handeln kann. Dieser Gestaltungsspielraum ist sicher in den verschiedenen Hierarchieebenen von Institutionen unterschiedlich, auch wenn es auf allen Ebenen Vorgaben gibt, die erfüllt werden sollen und wollen. Die bisher aufgezeigten Mechanismen von Verantwortung und innerer Verpflichtung (*homo clausus* von Elias, *stahlhartes Gehäuse* von Weber) bereiteten den Weg für den heutigen Funktionalismus auf allen Ebenen vor.<sup>86</sup> Für mich sind diese beiden Phänomene insofern wichtig, weil sie zeigen, wie äußere Bedingungen und individuelles Verhalten im Wechsel aufeinander reagieren. Der Einzelne passt sich im Laufe der Zeit an, Gewöhnung stellt sich ein. Dieser Zustand wird so verinnerlicht, dass der Einzelne diese Verinnerlichung für sich wahrscheinlich nicht wahrnehmen und deshalb auch nicht mehr realisieren kann.

Daraus leite ich die These ab, dass auch heutzutage externe Wirkfaktoren der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung werden. Diese Verschiebung findet leise statt, wird als solche kaum, wenn überhaupt, wahrgenommen. Selbstbestimmtes Handeln im Beruf ist kreativ, motivierend und somit gesundheitsfördernd. Ein Übermaß an Fremdbestimmung führt zu Motivationsverlust und Resignation. Eine destruktive Folge daraus wäre ein erhöhtes Krankheitsrisiko.

Mit dieser These beziehe ich Herrn W. aus H. mit ein, der schon am Telefon von einem *Paradigmenwechsel* sprach, als er sich als Interviewpartner vorstellte.

Dieses Interview lebt für mich vor allem von seiner Erzählung, wenn Herr W. über seinen beruflichen Werdegang und seinem Wandel vom »revolutionären Gesellschaftskritiker« zum »konservativen Bewahrer alter Werte« berichtet.

---

86 An dieser Stelle möchte ich zumindest andere Gesellschaftsbegriffe der heutigen Zeit erwähnen. Castells veröffentlichte drei Bände über das *Informationszeitalter*. Rosa habilitierte über *Beschleunigung*. Reheis setzt sich für *Entschleunigung* ein. Ich will damit sagen, dass wir alle diesen Globalisierungsprozessen ausgesetzt sind, die wiederum Kostendruck und Sparmaßnahmen einzelner Nationen erklären könnten. Diese allgemeineren Aspekte spielen sicher auch in meine Intention dieser Studie mit hinein, sie wirken übergeordnet und wären in diesem Kontext als konkrete Faktoren schwer aufzufassen.

#### 4.2.5 **Autonomie und Partizipation contra Wertewandel** – am Beispiel von Interview 23: *Vom linken »Sozialromantiker« oder Ein »Großvater« der Antipsychiatrie erzählt*

Herr W.: »Ich hab' mich natürlich irgendwie dafür [für das Interview] interessiert und hatte mich deswegen auch gemeldet, und zwar, weil ich doch einfach eine – naja, einen *Paradigmenwechsel* erlebe. Vor allen Dingen seit der Zeit, seitdem das Geld also immer knapper wird. Und den ich sehr bedaure und wo ich zum Teil auch gar nicht hinterher komme. Und ich habe eben so das Gefühl, dass diese alten Werte von damals der roten Feder also zum Opfer fallen. Also Strich für Strich. Und es halt eigentlich immer – ja was – manche sprechen von Fortschritt, ja, aber ich muss sagen, ich erleb' diese Fortschritte eher als Rückschritte. Und das macht mir irgendwie auch zu schaffen, mich irgendwie damit abzufinden.« (Interview 23, Zeilen 20–30)

##### **Wertewandel**

Mit fast 30 Berufsjahren war Herrn W.s beruflicher Werdegang von zwei gesellschaftlichen Umbrüchen in Deutschland gekennzeichnet. Die erste Epoche, die gesellschaftskritische Studentenbewegung der 1968er-Jahre prägte seine berufliche Grundhaltung, den Menschen und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen und diesem Grundsatz in seiner Berufspraxis treu zu bleiben. Er selbst habe zuerst den Handwerksberuf des Buchbinders gelernt und kurz darauf an der Fachhochschule in F. studiert, am damals gesellschaftskritisch orientierten Fachbereich Soziale Arbeit. Die damaligen antipsychiatrisch orientierten Prämissen, dass die psychisch kranken Menschen keine Medikamente und keine Klinik brauchen, habe er aufgrund seiner Berufserfahrung mit einem »kritischen Blick« und einem »weinenden Auge« zwischenzeitlich relativiert. Herr W. berichtet, wie er die psychiatrische Klinik kennengelernt hatte, die er mit einem Klienten erstmals aufsuchen musste. Damals präsentierte sich die Klinik dem schulmedizinischen Modell entsprechend und konfrontierte die beiden mit den üblichen psychiatrischen Behandlungsmethoden. Herr W. fand seine Vorurteile rundum bestätigt.

Herr W.: »Und auch was die Einnahme von Medikamenten anbelangt, ist nicht mehr dieser Widerstand [vonseiten der Bewohner], der dann früher eben auch immer da war. Unsere Bewohner betrachten's auch kritisch und sagen, ja, es wäre besser, wenn wir weniger hätten, und können's aber auch akzeptieren, dass es irgendwie immer noch das kleinere Übel ist und dass es besser ist, die Medikamente zu nehmen als sie wegzulassen. Und wenn es Bewohner weglassen und wir es einteilen müssen, dann – dann – ja dann versuchen wir das also möglichst schnell wieder zurück in die Verantwortung der Bewohner zu bringen und wir vertreten es dann aber auch, dass es nötig ist, die Medikamente zu nehmen, weil

es einfach so ist und weil wir nichts Besseres haben. Allerdings wird von der Pharmaka-Industrie das ja häufig so hingestellt, dass das Allerwichtigste erst mal die Medikamente sind, und auch aus den Kliniken kommt irgendwie immer so ein bisschen diese Botschaft, und es gab da auch immer ganz widersprüchliche Botschaften. Also wenn's unseren Bewohnern mal schlecht ging, dann wurde dann gesagt: Mensch, was machen die wieder da in diesem »Mühlheim«<sup>87</sup> mit denen, ja. Und wenn's ihnen gut ging: Ja, das ist das Medikament, das ist ganz ausgezeichnet, was wir da verordnet haben. Also die sind gut eingestellt. Ja, das ist immer noch ein bisschen so, »ne. Aber das macht ja auch nichts. Ich finde, dass natürlich jeder so auf seiner Ebene natürlich sich identifizieren muss, was er so – was er macht, und das finde ich auch in Ordnung so.« (ebd., Zeilen 259–279)

Als Basis für die Kultur im Wohnheim ist ihm besonders wichtig, die persönlichen Beziehungen und die Selbstverantwortung der Bewohner zu fördern. Mit der Grundhaltung der Begegnung auf partnerschaftlicher Basis trägt er im Lebensalltag zusammen mit den Bewohnern seiner Einrichtung eine große Verantwortung. Im Falle von Problemsituationen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigt er sich solidarisch, in Krisensituationen hat er inzwischen die Notwendigkeit von Klinikaufenthalten und die Einnahme von Medikamenten akzeptiert. Im Fall, dass er sich zum Beispiel um die Medikamenteneinnahme von einem seiner Bewohner kümmert, achtet er auf eine schnellstmögliche Rückgabe dieser Verantwortung in die Hände des Betroffenen.

Herr W.: »Ja – und heute? Tja, heute? – ist es eben so, dass ich wieder mehr Schwierigkeiten mit den Institutionen habe wie Klinik, aber auf einer anderen Ebene, mehr so auf der Ebene, dass ich die Zusammenarbeit suche, eine intensivere, und die aber nicht stattfindet aus unterschiedlichen Gründen. Meiner Ansicht nach zum Teil auch, weil dieser *Paradigmenwechsel* stattfindet und man sich mehr biologisch orientiert und das mehr in den Vordergrund wieder gerückt ist, ja, und teilweise aber auch aufgrund der personellen Situation in den Kliniken. Aber zum dritten auch darüber, dass die Kompetenzen nicht richtig geklärt sind oder dass letztendlich immer noch der Arzt ganz oben steht, und der Versuch, dann mit Bezugsschwester oder Bezugspfleger irgendwas zu klären, meistens gescheitert ist, weil es dann wieder keine Verbindung nach oben gab und dann plötzlich wieder irgendwas ganz anderes entschieden wurde, was gar nicht besprochen war mit dem Bezugspfleger oder so. Also das finde ich, das ist schon schwierig. Allerdings muss ich sagen, ich bin ja auch ein bisschen – glaub' ich – ungeduldig und ich neige dann irgendwie dazu auch, dass mir dann der Kragen platzt und dann verprelle ich auch manchmal Leute. (...) Ja, dass es deswegen auch manchmal nicht so gut klappt, ja, wie es vielleicht klappen könnte oder sollte, muss ich sagen. (Pause)

---

87 Auch beim mehrfachen Abhören der Tonbandaufnahme, verstand ich »Mühlheim«; gemeint ist das Wohnheim. Es bleibt offen, ob »Mühlheim« eine besondere Bedeutung haben könnte.

Ja, innerhalb der Einrichtung bin ich halt – ich sagte es schon – werde ich irgendwie ein bisschen als rückständig gesehen, weil ich eben immer noch diese alten Traditionen irgendwie pflegen will und ja unser Leitergremium möchte also gerne irgendwie eine fortschrittliche dynamische Einrichtung, die mit der Zeit geht und mit dem Kostenträger vor allem auch. Und da bin ich immer irgendwie mehr oder weniger am Bremsen und fühle mich da auch nicht mehr verstanden, in weiten Teilen, in grundsätzlichen Ansichten, und vereinsamt und machtlos. Ich warte ja jetzt auf meine Altersteilzeit. In einem guten Jahr werde ich also in Altersteilzeit gehen, und ich muss sagen, also vor dem Hintergrund, dass ich mich immer schwerer auf diese Veränderungen einstellen kann, bin ich froh drüber. Nicht wegen der Arbeit hier im Haus und Mitarbeitern hier im Haus, und das ist alles stimmig, auch mit den Bewohnern, aber sobald ich irgendwie nach draußen gehe, gerate ich in Konflikte oder ich muss einfach hinnehmen, dass es nicht mehr so ist.« (ebd., Zeilen 279–316)

Seine Perspektive ist, die Bedürfnisse der Menschen zu erkennen, zu respektieren und die Bewohner des Übergangswohnheims, das er mit aufgebaut hatte, partnerschaftlich zu begleiten. Vonseiten der Geschäftsleitung sehe er nach der heutigen Vorstellung von Professionalität seine Perspektive und berufliche Grundhaltung gefährdet. Die aktuellen Veränderungen beschreibt er als Paradigmenwechsel, den heutigen »Fortschritt« erlebe er als »Rückschritt«, denn die neue Perspektive, die Menschen in den Institutionen wieder »zum Funktionieren zu kriegen«, widerspreche seiner Vorstellung einer menschengerechteren Gesellschaft. Die neuen Handlungsrichtlinien basierten auf einer biologischen Orientierung in der Psychiatrie, seines Erachtens stelle die Methode Coaching die Institution in den Mittelpunkt, die »Dinge laufen in eine andere Richtung«, denen er Einhalt gebieten möchte, wobei er sich dabei als »Bremsler« disqualifiziert fühlt. »Wer nicht mitmacht, wenn alle mitmachen«, stellt sich quer und gerät ins Abseits. In dieses Bild fügt sich auch das neue Denkmodell »oben reinfüllen, unten das Gewünschte herausbekommen« statt Veränderungen durch langjährige Beziehungen und Gespräche anzustreben. Meine Frage nach seinen Werten und seinem Menschenbild nimmt Herr W. erstmal mit Humor:

Herr W.: »Mhm. Ja gut, ich dachte, Sie könnten das jetzt vielleicht sagen – was ich für Werte habe.

I: (*lacht*) Das kommt doch erst in einem dritten Schritt, Herr W.

Herr W.: Gut. (*lacht*)

Ja, ich will es mal versuchen. Also wir haben jetzt in unserer Leiterkonferenz eigentlich einen Streit, den ich allerdings nicht – mit dem ich nicht ankomme, den ich gerne führen würde. Wir haben jetzt einen Systemiker als sogenannte Supervision. Das ist eigentlich ein Coach und ein Coaching, aber das ist jetzt also unser Mann, der jetzt da irgendwie etwas mit uns machen soll. Also beim Coaching steht eben die Institution im Mittelpunkt und man guckt, wie die Menschen irgendwie in

dieser Institution irgendwie zum Funktionieren zu kriegen sind, ja. Und das ist also nicht mein Ding. Und ich habe eigentlich immer diese andere Schiene fahren wollen und davon bin ich auch überzeugt und das ist auch das, was mich dann wieder irgendwie – wo ich die Welt nicht mehr verstehe – dass man guckt, nach dem Menschen guckt und guckt, warum geht's dem schlecht oder warum geht's nicht oder wo stimmt's nicht oder wo geht's auch gut, und dann guckt man eben dieses System an oder wir überlegen, was an dem sozialen System zu verändern ist, damit es menschengerechter wird und nicht umgekehrt. Und das ist meins. Ich weiß nicht, ob ich noch viel mehr Werte habe, aber das ist halt mein Blickwinkel und meine Richtung. So denke ich. Unsere Bewohner, die kommen hierher, die ziehen hier ein, die haben ihre Probleme, ihre Schwierigkeiten zurechtzukommen aus unterschiedlichen Gründen, und ich nehme zu ihnen eine Beziehung auf. Innerhalb dieser Beziehung, die ich zu ihnen kriege, verstehe ich was von den Problemen, die sie haben. Und nur dadurch wird das nachvollziehbar. Und dann bin ich jemand, der sich dann da auch ganz schön reinhängt. Ja, und dann versucht, zu intervenieren, oder irgendwie mit unseren Bewohnern, also *zusammen* aus den Schwierigkeiten, in die ich dann zum Teil natürlich mit hineingerate, mich da wieder irgendwie herauszulavieren. Auf unterschiedliche Art und Weise natürlich, mit unserer Art, mit unserer Arbeit, mit unserem Fachverständnis und mit unseren Supervisionen und Teambesprechungen. Aber das ist so mein Ding, dass ich mich auf die Leute einlasse und also da erst mal wenig Abgrenzung mache. Und die Abgrenzung erst dann anfängt für mich, wenn es schwierig wird. Und ich versuche dann also das, was da irgendwo chaotisch wird, in irgendwelche Bahnen zu lenken. Also so würde ich's mal sagen. Und (*Pause*) ja das find' ich gut und das macht mir auch Spaß und da das – ja, das – ich weiß nicht, ob's das schon war, aber so würde ich das mal beschreiben. Und ich profitiere davon natürlich auch, also insofern wird's für mich auch nicht langweilig oder öde, oder dass ich sagen könnte, ich bin jetzt da ausgebrannt oder sowas – das kann ich nicht sagen.« (ebd., Zeilen 608–653)

Herr W.: »Ja. Und es gab ja dann mal eine Phase, das hatte ich, glaube ich, vorhin schon mal angedeutet, wo die Krankenhäuser dann auch sozialpsychiatrisch eher orientiert waren und so eher auf die Gesprächsebene – ja, die zumindest miteinbezogen haben. Bei uns in H. hatten wir hier in der Nervenklinik, einen Professor, der auf dieser fast philosophischen Ebene dachte. Und das hat sich halt geändert und da würde ich mal sagen, da hatten wir einen Anteil in dieser Zeit, die ich überblicken kann, in der das alles sehr gut lief. Und jetzt habe ich so den Eindruck, dass die Dinge eigentlich wieder so in – in eine andere Richtung laufen, also die Medikamententherapie steigt an und rückt wieder mehr in den Vordergrund. Wobei sich da ja vieles auch verbessert hat, also die neuen Medikamente sind ja viel weniger mit Nebenwirkungen betroffen. Und von daher ist das ja auch verbessert einerseits, aber andererseits glaube ich, dass einfach dadurch, dass

man – ich sag’s jetzt mal irgendwie ein bisschen – wie soll ich sagen – provokant: Dass man mit Medikamenten zwar industriell ganz gute Gewinne machen kann, ja, mit Gesprächen eigentlich nicht, ja, ist, glaube ich, die Tendenz dahin zu den Medikamenten, einfach die Lobby ist gut und das läuft in diese Richtung. Und Gespräche sind – naja, man weiß halt irgendwo, dass es auch wichtig ist, aber ich habe so das Gefühl, dass das abebbt. Ja, und dass man doch mehr wieder zu diesem Denkmodell oder zu dieser Vorstellung zurückfindet, dass man *oben irgendwas reinfüllen muss*, damit man unten das dann rauskriegt, was man haben will, ja, und eben nicht über langjährige Beziehungen und Gespräche das zu machen, und da ist meine Befürchtung, dass das – und die finanzielle Lage ist natürlich auch – ja – wahrscheinlich eine Bedingung dafür, dass Bewohner immer günstiger betreut werden müssen, also immer weniger Kostenaufwand. Und da befürchte ich, dass das da eben auf so eine medikamentöse Behandlung hinausläuft, ’ne. Wobei die Medikamente ja längst nicht mehr billiger sind als Gespräche inzwischen, also man muss ja inzwischen sagen, wenn man die Preise hört, was da manche Medikamente kosten, da kann man auch n’ Psychoanalytiker von bezahlen. Aber da, glaub’ ich, ist die Lobby einfach nicht so da, und das ist einfach so die Industrie, die macht sich doch da sehr breit und beherrscht irgendwie wieder mehr diesen Bereich.« (ebd., Zeilen 1001–1035)

Herr W. thematisiert deutlich ein marktwirtschaftliches, kapitalistisches Prinzip, das bei der klinischen Behandlung dominiert. Vor allem wird deutlich, dass die Gewichtungen der Behandlungsrichtlinien einseitig auf Kosten der Beziehungsarbeit, eine Handlungsdevise der 70er-Jahre, ausgerichtet sind.<sup>88</sup>

Interessant fand ich, dass Herr W. die Frage nach seinen *Werten und Menschenbildern* in Form einer Zustandsbeschreibung seiner derzeitigen Arbeitssituation beantwortet. Er sagt schon, was ihm wichtig ist, benennt gleichzeitig, was ihn mitnimmt. Seine Antwort könnte auch als Ventil, um etwas loszuwerden, interpretiert werden. Gleichzeitig deute ich sie als Kritik. Neue Wohnprojekte mit weniger intensiven, weniger beziehungsbezogenen und kostengünstigeren Konzepten entsprechen dem neuen Verständnis eines »professionellen« Konzeptes. Dies zeigt die Tendenz, dass die Geschäftsführung seiner Einrichtung selbstzweckmäßig betriebswirtschaftlichen Vorstellungen folgt. Diese Entscheidungen ziehen Konsequenzen nach sich, die auf Kosten der »Beziehungsarbeit« gehen, und dabei die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner verloren gehen.

---

88 Darüberhinaus wirkt sich der Kostendruck nicht nur auf das klinische, sondern auch auf das ambulante Setting aus. Dies bildet sich nach außen noch nicht ab, da dieser Druck in Form einer Aufgabenumverteilung stattfindet. Das heißt: Informationsblätter und Prospekte versprechen kompetente Hilfe, die bei einem Mehr an Arbeitspensum vonseiten der Mitarbeiter in den Einrichtungen je nach »Auftragslage« »abgearbeitet« wird.

Er bringt den Leuten gerne seinen Optimismus mit und orientiert sich nach vorne. Wenn es nicht gelingt, mit Klienten eine Beziehung aufzunehmen, ist es »unattraktiv«. Zum Beispiel, weil er die Person nicht versteht. Oder in einem anderen Fall, als eine Wohnheimplatzbewerberin mitsamt ihrer Probleme nicht integriert werden konnte, wertet er diese Aktion als gescheiterten Versuch. Die Supervisorin habe hier geholfen und darauf verwiesen, dass diese Frau vorerst intensive Hilfe und Behandlung gebraucht hatte.

Die bitteren Lebensgeschichten der Klientinnen und Klienten gehen ihm nahe, innere Reflexion durch psychoanalytische Supervision unterstützt ihn dabei. Er betont die Grundhaltung, dass jeder sein eigener *Chairman*<sup>89</sup> ist und jeder Mitarbeiter auch von seiner Berufstätigkeit profitiert. Er selbst habe Spaß und keine Langeweile. Ein Ausgebrannt-Sein kennt er nicht. Persönlich findet er die Beschäftigung mit ursprünglichsten Gefühlen und Emotionen gut. Gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern verwirklicht er gelegentlich sein Hobby: Musik und Theater und vor allem Kabarett.

Herrn W.s Wertvorstellungen sind im Hinblick auf seine 30-jährige Berufstätigkeit fast untrennbar zwischen ihm und »den Bewohnern« und »der Einrichtung« verwoben. So stellt er in diesem Interview sein Lebenswerk vor, das seine Überzeugungen und Werte beinhaltet.

Sein Verständnis von »Professionalität« ist: Erst der Mensch, dann das System. Die Bewohner kommen wegen ihrer Probleme, die er verstehen und nachvollziehen will. Über die Beziehung, die er zu den Bewohnern aufnimmt, versucht er, das Chaos in Bahnen zu lenken und neue Perspektiven zu finden. Er engagiert sich und lässt sich auf die Leute ein. Er lässt ihnen viel Handlungsspielraum, erst bei Schwierigkeiten grenzt er sich ab. Als Voraussetzungen für seine Professionalität benennt er seinen Arbeitseinsatz und seine Präsenz, sein Fachverständnis, eingebettet in Teambesprechungen und psychoanalytisch orientierte Supervisionen. Er achtet auf eine Trennung zwischen Privat- und Arbeitsleben, auf eine Balance zwischen Engagement für die Arbeit und Befriedigung durch die Arbeit einerseits und auf ein »Unbelastet-Sein« andererseits. Trotzdem hat er die Verpflichtung, »abends die Dinge zu regeln«. Weil die Einrichtung ohne Nachtdienst arbeitet, gibt es keinen richtigen Feierabend. Diese Professionalität spiegelt sich in seiner beruflichen Haltung wider.

Die Herausforderungen im Berufsalltag bei der Begleitung seiner Bewohnerinnen und Bewohner mit all den möglichen Widersprüchen sind für Herrn

---

89 »Sein eigener *Chairman* sein«, ist das »erste Postulat« der *Themenzentrierten Interaktion* nach Ruth Cohn et al. In der Gruppentherapiepraxis bedeutet es für die einzelnen Gruppenteilnehmer, die eigenen Bedürfnisse zu beachten, Erwartungen zu artikulieren und gemeinschaftlich orientiert zu handeln. Kurz gesagt, jeder Gruppenteilnehmer ist in der Gruppe für sich selbst verantwortlich (MATZDORF & COHN 1992, S. 66–69).

W. gut zu bewältigen. Was ihm zu schaffen macht, ist der Widerspruch, dass sein Verständnis von Fortschritt (sich für eine menschengerechtere Gesellschaft einzusetzen) heute als Rückschritt verstanden werde und es falle ihm schwer, sich damit abzufinden. An dieser Stelle zeigt sich Herr W. emotional und offen. Momentan fragt er sich, ob er stehen geblieben ist, weil er sich bei der Zusammenarbeit mit den Kollegen auf der Leitungsebene an der Grenze seiner Belastbarkeit wahrnehme.

Wenn die partnerschaftliche Begegnung nicht mehr fortgesetzt werden kann, fallen für ihn »die alten Werte der roten Feder zum Opfer«.

#### **Seine Werte und Werthaltungen & Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung**

Herr W. scheint heute im Berufsalltag die Welt nicht mehr zu verstehen. Seine Haltung ist tolerant, mit »seinen« Bewohnern lebt er in Gemeinschaft und verwirklicht so Partizipation. Er achtet auf gegenseitige Verantwortung. Seine anfänglich grundsätzliche Abwehr gegen medikamentöse Behandlung veränderte sich im Laufe seiner Berufsjahre, heute achtet er auf Medikamentencompliance. Veränderungen dieser Art beruhen auf langjährigen Erfahrungen mit seinen Bewohnern und er kann darüber erzählen und reflektieren.

Seit Organisation und Management, als Kontrolle von außen, seitens der Geschäftsführung jedoch in den Ablauf seiner Arbeitsgestaltung eingreifen, wird es ungemütlich. Er, der sich früher als Reformler, fast als Revolutionär verstanden hatte, soll heute als Bremsler gelten, als Mann, der Geschichten von alten Zeiten erzählen kann, als »Sozialromantiker«? Herr W. erinnert sich an die Anfänge seiner beruflichen Orientierung:

Herr W.: »Und dann hab' ich mich halt für Sozialarbeit entschieden, weil ich dann schon auch einen Beruf hatte, einen zweiten Beruf hatte. Und dann hab' ich das halt gemacht. Ja und dann bin ich nach F.. Und in F. war so eine sehr, sagen wir mal, polarisierte Situation. Also, da gab's zwei Fachbereiche: Sozialarbeit und Sozialpädagogik.<sup>90</sup> Und im Laufe der Zeit formierten sich die, sagen wir mal in Führungsstrichen ›fortschrittlichen‹ Kräfte alle und kritischen Kräfte alle auf der Sozialarbeiterseite und alles andere, die das irgendwie gemäßiger sahen und irgendwie gemäßiger die Gesellschaft betrachteten, positiver dann, die haben sich dann bei Sozialpädagogik irgendwie versammelt. Und da gab es also viele Auseinandersetzungen und es war alles auch sehr überschaubar, ja, das war schon sehr familiär. Naja, und ich war da – ich war dann auf dieser Sozialarbeiterseite

---

<sup>90</sup> In der Psychiatrie-Enquête ist nachzulesen, dass im Rahmen der Reformprojekte in den Fachhochschulen für Soziale Arbeit und Sozialpädagogik und im gesamten Aus-, Weiter- und Fortbildungsbereich der Schwerpunktbereich für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik neu zu etablieren ist (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT 7/4200 1975, S. 336).



und hatte dann schon also relativ extreme Vorstellungen von Gesellschaftsveränderungen, ja, und auch mit den Freunden, mit denen ich zusammen war, da war also – da wurde die Anarchie diskutiert und es war eigentlich so auch, dass einen dieser antipsychiatrische Ansatz, wenn man überhaupt davon sprechen kann noch – das lag mir eigentlich sehr nahe. Und so bin ich eigentlich damals auch dann hier nach H. wieder gekommen und wollte nun irgendwie – ja, einerseits bin ich ja – hat mich diese Institution, wo ich dann hinkam, fasziniert so von ihrem Aufbau und von ihren Ideen und von diesem anderen Umgang mit Menschen und mit den Problemen von Menschen, das kannte ich überhaupt nicht. Andererseits war ich so ein bisschen auf diesem Trip, dass jede Institution immer irgendwie schädlich sein muss oder irgendwann wird, weil sie irgendwie also Verhältnisse zementiert und die dann nicht mehr – also sozusagen ihre Eigendynamik entwickelt, die Institution. Und da war ich damals eigentlich in ‚nem großen Zwiespalt da und innerlich – ja einerseits lebte ich ja von dieser Institution und andererseits war ich irgendwie gegen diese Institution.« (ebd., Zeilen 141–172)

Hier wird die Seite des *antipsychiatrischen* Denkens, der kompromisslosen Solidarisierung mit dem Erleben der Patientenseite, sichtbar. Helfer und Betroffene bewegen sich auf der gleichen Ebene, es wird möglichst viel gemeinsam *mit* den Patienten unternommen und erlebt. Dieses Miteinander verwischte die Grenzen zwischen Privatem und Beruflichem, der darin exponierte Helfer stößt an die eigenen Grenzen. Spätere Helferkonzepte und die sozialpsychiatrische Konzeption streben für die professionellen Helfer eine Trennung zwischen privaten und beruflichen Bereichen an.

Herr W.: »Und der Umschwung kam dann so im Zusammenhang mit einem Bewohner, der dann – den ich – der in meiner Verantwortung war und damals schon in der Wohngruppe lebte und der dann sehr akut psychotisch wurde und dann ging das Gehadere eben los. (...) Und dann stand ich plötzlich irgendwie vor dieser entscheidenden Frage: Ja, was machst du? Bist du jetzt solidarisch und verbarrikadierst dich da oben und kämpfst aus dem Fenster gegen die anrückenden Schwadronen von Polizisten (*lacht*) oder du musst einfach sagen: Ja, also so geht's einfach nicht, ja. Und ja dann hab' ich mich damals so schon sehr – unheimlich schwer getan, aber ich hab' dann gesagt: So, es geht halt so nicht, und wir gehen jetzt in die Klinik. Und zu meiner großen Überraschung sagte er dann auch ja. Und im Nachhinein ist mir dann auch nochmal klar geworden alles, das irgendwie auch was miteinander zu tun hatte, dass er da rauf – ich glaube, so meine Vorstellungen repräsentierte, und ich im Grunde auch seine irgendwie undistanziert sozusagen annahm und – naja, und wir sind dann in die Klinik marschiert. (...) Aber für mich war es, glaube ich, so 'n Aha-Erlebnis oder so irgendwie der Umschwung, wo ich irgendwie merkte, so geht's einfach nicht, ja. Und Institutionen schließen und die Gesellschaft soll nun selbst sehen, wie sie mit ihren Kranken klar kommt, die sie produziert, so war ja die Haltung damals oder die Idee. Naja, und dann – tja,

im Laufe der Jahre, was hatte ich da an Veränderungen? Was ist da passiert? Es hat sich natürlich sehr viel verändert, ja. Also ich kann nur sagen, einerseits bin ich immer diesen Einrichtungen und auch unserer Einrichtung gegenüber kritisch geblieben – würde ich jetzt einfach mal so behaupten. Ich weiß nicht, was meine Kollegen jetzt sagen würden. Manche sagen auch, ich bin stehengeblieben und hab' mich nicht weiterentwickelt oder zumindest in bestimmten Passagen. Ich würde sagen, meine Haltung gegenüber der Institution ist kritisch geblieben. Ich habe diese damals neu – wie soll man sagen? – geschaffenen Regeln dieses Hauses immer da für gut gehalten und für richtig; kleine Einrichtung, beziehungsbezogenes Konzept, kein Nachtdienst, keine Pflegekräfte, sondern eben nur Leute, die sich nicht aus ‚ner pflegerischen Tätigkeit heraus definieren, sondern Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen.« (ebd., Zeilen 172–228)

Herr W. verkörpert für mich in typischer Weise eine antipsychiatrische Grundhaltung. Er durchbricht mit seiner fast bedingungslos wirkenden Wechselseitigkeit im Kontakt mit seinen Bewohnern das Abstinenzprinzip und hat kein typisches Helferprofil, ein Thema das ich später am Beispiel der professionellen Helferrolle vertiefen werde (vgl. Kapitel 4, Abschnitt 4.6.2). Herr W. betont auch, dass er nicht ausgebrannt sei. Aber vonseiten der Geschäftsleitung seiner Einrichtung, die dem derzeitigen Strukturwandel folgt, fühle er sich als Vertreter einer anderen Generation fast diffamiert und isoliert. Mit diesem Stimmungsbild aus den 1968er Zeiten wende ich mich dem Wertewandel in Anlehnung an KEUPPS Vorlesungsskript (2008) zu, um den Zeitsprung dieses Interviewbeispiels auch reflexiv-sozialpsychologisch zu begleiten.

### 4.3 Wertewandel

#### 4.3.1 Sozialpsychologische Reflexion gesellschaftlicher Veränderungen – Ereignisse, Stimmungsbilder und Handlungsmuster

Die folgende Streiflichtperspektive ergänzt die philosophische Seite meiner Fragestellung *Werte und Menschenbilder im Wandel*. Inwieweit ist die Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft in den Aussagen meiner Interviewpartner zu erkennen? Was spiegelt sich generationenbezogen und lässt sich ein Zeitgeist und eine Tendenz erkennen, wie sich die Einzelnen den gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Zeit angepasst haben? Herr W., als Vertreter der 1968er Generation vorgestellt, zeigte dies bereits. Er passt zum Jahr 1968, das in der Werteskala für *Protest* und *Öffentlichkeit* steht (KEUPP 2008, S. 62). Bei den weiteren Interviews wird eine Zugehörigkeit zu ihrem Zeitgeist nur als Tendenz erkennbar sein. Von dieser Überlegung ausgehend, öffne ich aus Keupps interdisziplinärem, introspektivem und sozialpsychologisch-refle-

xivem Gedankengebäude<sup>91</sup> einige Fenster, die mir für meine Fragestellung und die hier vorgestellten Interviews relevant erscheinen.

### 50 Jahre gesellschaftlicher Wandel in der Bundesrepublik Deutschland – 1950 bis 2000

Heiner Keupp erkennt den Wertewandel der letzten fünfzig Jahre: 1950 bis 2000. In dieser Zeitspanne waren seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland in jeder Dekade gesellschaftliche Phänomene zu beobachten, die er als gesellschafts-politische Entwicklungen sozialpsychologisch reflektiert. Er zeigt einen Trend von *Individualisierung* zur *Pluralisierung*, dies wird deutlich an den Leitlinien und gesellschaftlichen Vorgaben, die sich auf das *Selbst*, dem subjektiven Erleben der Menschen in diesen Zeitphasen beziehen. Der Wertewandel wird anhand verschiedener Werteskalen veranschaulicht (ebd., S. 62–68), deren Aussagen ich im Folgenden auszugsweise nachvollziehe.

#### Die Zeitkoordinate

Die Menschen der 50er-Jahre haben *traditionelle Werte*, die dem Handlungsziel *Aufbauen und Erhalten* folgen. Die *Wirtschaft hat Vorrang*. Pflichtgefühl bestimmt das tägliche Leben im Sinne von Recht und Ordnung, Leistung und Disziplin, »leben, um zu arbeiten«.

Die Menschen der 60er-Jahre haben *materielle Werte*. Sie handeln nach dem Prinzip *Haben und Zeigen*. Das *Wirtschaftswachstum* bringt Prosperität, materiellen Wohlstand, soziale Sicherheit, Aufstieg und Konsumverhalten sowie Prestige gewinnen an Bedeutung.

Die 1968er Generation wehrt sich gegen den Konsumterror des Kapitalismus. Nach dem legendären Jahr 1968, geprägt von *Protesten*, Massendemonstrationen, Straßenkämpfen, revolutionären Impulsen, um die *Öffentlichkeit* wachzurütteln, folgen die 70er-Jahre. Sie bringen *postmaterielle Werte* hervor, die von *Sein und Selbstbestimmung* geprägt sind. 1973 löst der Ölschock in Europa ein Umdenken aus. Die Bürger realisieren die Bedeutung der »Um-Welt«. Dieses Umweltbewusstsein setzt neue politische Impulse. Umweltorientierte Bürgerinitiativen entstehen, die Partei der *Grünen* gründet sich und Umweltpolitik gewinnt an Einfluß. Die Suche nach *Alternativen zum genormten Leben* betont Unabhängigkeit, Selbstverwirklichung, alternative Lebenswege, Konsumkritik, soziale Bewegungen: Frieden, Ökologie, Frauen, Psychoboom.

Die 80er-Jahre betonen die Steigerungen *schneller, höher, weiter*. Genießen und Exponieren wird allem vorangestellt. Es etablieren sich Hedonismus und Oberflächlichkeit, Ich-Bezogenheit, Erlebnisorientierung und Selbstdarstellung. Eine allmäh-

---

<sup>91</sup> Ich beziehe mich dabei auszugsweise auf die Vorlesungsreihe im Sommersemester 2008 von Prof. Dr. Heiner Keupp *Grundlagen der Sozialpsychologie II: Reflexive Sozialpsychologie* (KEUPP 2008).

liche Werteverchiebung von den *postmateriellen Werten* zu den *postmodernen Werten* findet statt und prägt die 90er-Jahre. 1989, im Jahr der *Wende*, kommt es zur Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten. Westlich-kapitalistische Prinzipien bestimmten weitgehend die Veränderungen in den neuen Bundesländern. Die 90er-Jahre stellen die Frage nach Authentizität. Was stimmt denn noch? Was macht das Individuum aus? In der Darstellung nach außen geht es um *Sein, Haben* und *Genießen*, um Lebensstile, die auch das Innere der Einzelnen beeinflussen. Die 90er-Jahre bringen eine Neue Unübersichtlichkeit hervor. Individualismus, Beziehungen und Kommunikation, Authentizität, Prosperität und Leistung, Realismus und Flexibilität sind besondere Kennzeichen dieser Dekade.

Mit der *Jahrtausendwende* fallen weitere Errungenschaften der zivilisierten, modernen und technisierten Welt auf: Die Lebenszeit der Menschen hat sich erheblich verlängert. Die Jugendzeit reicht heute bis ins junge Erwachsenen-Dasein hinein (27 bis 29 Jahre). Die Senioren von heute sind fit und aktiv. Sie bringen sich in Gesellschaft, Kultur und Politik mit ein. Die Generationen pflegen miteinander einen anderen Umgang. In der Regel haben sie mit ihren Kindern ein freundschaftliches, partnerschaftliches Verhältnis. Die Emotionen spielen im Alltagsleben eine andere Rolle als in den Jahrzehnten zuvor (ebd., S. 62).

#### Sozialpsychologische Handlungsmuster

Heiner Keupp übersetzt die Werte in Handlungsmuster, die aktive Seite gesellschaftlicher Hintergründe und gültiger Werte sind für mich daran gut nachvollziehbar. Die soeben beschriebenen Stimmungsbilder analysiert er in einem *Dreischritt im Wertewandel* etwas genauer. Er zeigt den Prozess des *Selbst*<sup>92</sup> auf.

Die Maxime *Selbst-Kontrolle* der 50er- und 60er-Jahre: Das *Selbst* passt sich an, es orientiert sich nach außen. Dabei gelten: Gebote und Verbote, Rangordnungen und Herrschaftsbeziehungen, Konventionen, Institutionen, Pflichterfüllung und Anpassungsbereitschaft, Tugendhaftigkeit und Verzicht.

Demgegenüber stehen die 70er- und 80er-Jahre, die sich nach innen orientieren. Das *Selbst* emanzipiert sich. Es gelten die Maximen wie *Selbst-Verwirklichung*, Optionsspielräume werden erweitert, Traditionen verlieren an Bedeutung, Individualisierung wird angestrebt. Emanzipation, Autonomie, Individualismus, Genuss, Erlebnis, Wellness haben Hochkonjunktur.

Seit den 90er-Jahren und seit 2000 gilt zunehmend die Maxime *Selbst-Management*. Es gibt eine *neue Vermittlung zwischen Selbst und Umwelt*, die sich nach

---

92 Nach Daniel ist das *Selbst* vielleicht eine Ausprägung des Ich, »wenn zur Rede steht, daß oder ob wir bei all unseren lebensnotwendigen Beziehungen zu den anderen Individuen (>zu einem anderen Selbst<) zu Aktivitäten fähig sind, die nicht mit denen der anderen zusammenfallen oder von ihnen erzwungen sind. ›Ich selbst habe dies gemacht‹, sagen wir verstärkend« (DANIEL 1981, S. 10).

innen *und* außen orientiert. Die Kennzeichen dafür sind: steigende Wertigkeit persönlicher Ressourcen, neues Sozialbewusstsein; Projekte bürgerschaftlichen Engagements vermitteln zwischen *Innen* und *Außen*.

Der Pluralismus der Gesellschaft wirkt sich auf den Individualismus beim einzelnen aus: Der Einzelne nimmt plurale Rollen in der Gesellschaft wahr. Insofern werden »Vermittlungsschlüssel« in den verschiedenen gesellschaftlichen Rollen zentral (KEUPP 2008, S. 63).

Die bisher gezeigten Veränderungen aus dem *Dreischritt im Wertewandel* bedeuten für den Bereich der Emotion:

- **In den 50er- und 60er-Jahren – Außenorientierung, Maxime Selbst-Kontrolle**  
*Das Selbst passt sich an.*  
 Die Menschen orientieren sich nach außen, das Selbst passt sich an.  
 Es gilt die *Maxime: Selbst-Kontrolle*.  
 Emotionen werden domestiziert, *Privatheit* und *Kontrolle* gebraucht, mit dem Risiko der *Verleugnung*.
- **In den 70er und 80er-Jahren – Innenorientierung**  
 Es gilt die *Maxime: Die Selbst-Verwirklichung*  
*Das Selbst emanzipiert sich.*  
 Die Menschen orientieren sich nach innen, das Selbst emanzipiert sich.  
 Es gilt die *Maxime: Selbst-Verwirklichung*.  
 Emotionen werden zelebriert. Gesellschaftlich zeigen sich *Politisierung*, *tiefschürfendes Ergründen*, *Ausleben* und *demonstratives »Rauslassen«*.
- **In den 90er und 2000er-Jahren – Innen-/Außenorientierung**  
*Neue Vermittlung zwischen Selbst und Umwelt*  
 Die Menschen orientieren sich nach innen und außen, zwischen dem Selbst und der Umwelt wird *neu* vermittelt.  
 Es gilt die *Maxime: Selbst-Management*  
 Emotionen werden kultiviert. Es gelten zum Beispiel der *Wert an sich*, »weibliche« *Ressourcen* und ein *innerer Guide in einer komplexen Welt* prägt sich aus (ebd., S. 66).

#### 50 Jahre – eine biografische Skizze

Diese Zeitreise mit Keupp, übertragen auf meine eigenen Lebenserfahrungen, spiegelt mir sehr differenziert wider, in welchen Welten sich meine Eltern bewegten, die Zeit in den 50er- und 60er-Jahren, als ich Kind war. Sie führt mir meine Jugendzeit vor Augen, eine Zeit der Aufbruchstimmung, ein Nachklang der revolutionären 68er-Jahre. In den 70er-Jahren war ich als 20-Jährige im Aufbruch zum Erwachsen-Werden bei gleichzeitig gesellschaftlicher Umbruchstimmung, die feministische Bewegung war auf einem Höhepunkt. Und hier ist auch die Zeit der sozialpsychiatrischen Reformbewegung anzusiedeln, in der meine Berufskarriere zunächst als Krankenschwester in einer psychiatrischen

Klinik begann. Mit dieser meiner subjektiven Erinnerungs-Empfindung möchte ich mich dem oben skizzierten Wertewandel annähern, eine Verknüpfung suchen. Mit derselben Herangehensweise werde ich auch die folgenden Interviewbeispiele betrachten. Ich werde immer wieder meinen Blick zum einen auf eine allgemein reflexiv-theoretische Ebene und zum anderen auf die Lebens- beziehungsweise Berufswelten meiner Interviewpartnerinnen und -partner werfen.

#### **Verschiebbahnhof kontra Kontinuität und heimatliche Verwurzelung**

Damit soll Sennett wieder zu Wort kommen, der besonders die heutigen Arbeitsbedingungen analysiert und die Folgen des Strukturwandels für den Einzelnen zeigt. Er überlegt, welchem Menschentyp der Einzelne entsprechen soll oder welches Ideal anzustreben ist, um sich den derzeitigen Lebensbedingungen am besten anzupassen. Sennett untersucht das Arbeitskorsett des heutigen Arbeitsplatzstrukturwandels. Der Arbeitsplatz heute »ähnelt eher einem Bahnhof als einem Dorf« (SENNETT 2005, S. 8). Er stellt fest, dass die neuen Anforderungen an die aktuellen Arbeitsbedingungen die bisherigen Familienlebensformen empfindlich stören. Die Familie, als kleine Gemeinschaft, hat – so gesehen – keine Orientierung mehr. Der Strukturwandel greift ins private und öffentliche Leben ein. Im Unternehmensbereich wurden die Strukturen so geändert, dass Sennett von einer Zerschlagung der Institutionen spricht, und zwar auf Kosten von Gemeinschaftsformen und Demokratie. Stattdessen wurde die Macht – entgegen den gesellschaftlichen Bestrebungen der Neuen Linken der 70er-Jahre – erneut zentralisiert (ebd., S. 8).

#### **4.3.2 Flexibilität als Baustein für eine berufliche Identität – am Beispiel von Interview 10: *Ein Mann in den besten Jahren***

Herr S., ein Mann aus der 1950er-Generation arbeitet heute in leitender Position eines Unternehmens im Bereich beruflicher Rehabilitation.

##### **Recht auf Heimat**

Aus seinem Interview kristallisierten sich Kategorien wie *beruflicher Wandel*, *Recht auf Heimat*, *Beziehungskontinuität*, *Normalisierungsprinzip*, *Respekt und Versorgungsstrukturen* versus *Therapie- und Versorgungsziele* heraus.

Eine Vermutung und These meinerseits ist, dass psychisch kranke Menschen den gesellschaftlichen Entwicklungen häufig schon früher ausgesetzt sind als die »Normalbürger«. Diese Annahme könnte das Praxisbeispiel von Herrn S. bestätigen, denn er begleitete einige Jahre lang eine Klientin über mehrere Stationen hinweg. Auch er selbst wechselte als Psychologe von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz. Es war ein Weg, auf dem ihn seine Klientin begleitete, weil sie damit gleichzeitig

für sich ihre eigenen therapeutischen Ziele anstreben konnte. Er bezeichnet es als »Verschiebebahnhöferfahrung«.

Herr S.: »Ein Mensch, den ich über sehr lange Zeit (...) über drei Institutionen begleitet habe. Es war eine junge Frau mit einem Borderline-Syndrom und der hoch entwickelten Fähigkeit, Institutionen dieser Art zu sprengen, also Leute aufzumischen. Jemand, dem man nicht die Frage stellen durfte ›Wie geht es Ihnen?‹, weil er in dem Moment schon in eine suizidale Krise abrutschte. (...)

Es ging darum, sich auf ihre Umwelt und ihre Umgebung einzustellen und mit ihr förderlich umzugehen. Und sie gleichzeitig auch zu stützen, mit einem sehr dosierten individuellen Beratungsangebot. Ich hatte dann schon über diese lange Zeit in drei- bis vierwöchigen Abständen mit ihr ein Meeting, wo ich denke, ihr geholfen zu haben, ihr Leben besser zu bewältigen und ihren Alltag zu strukturieren. Auch eher in einer, jetzt sage ich mal nichttherapeutischen Haltung, in einer nicht klassisch-therapeutisch im Sinne ja einführenden Verstehens in das Material, das jetzt der andere präsentiert, sondern, ja mehr eine strukturierte Besprechung ihrer Lebenssituation, der Art und Weise, wie sie mit sich umging, und wie sie sich in Beziehung zu anderen setzte.

I: Mhm.

Herr S.: Und ich glaube, das war eine ungewöhnliche Konstellation, dass überhaupt jemand im Rahmen dieser institutionellen Struktur der beruflichen Rehabilitation immer Wege über verschiedene Institutionen machen musste, um weiterzukommen und dass es da eine Kontinuität in der Betreuung gab, dadurch, dass zufälligerweise ich diese Wechsel mitgemacht habe. Also insofern war es für mich auch eine Erfahrung zum Thema Betreuungskontinuität, eine positive Erfahrung.« (Interview 10, Zeilen 293–327)

Herr S.: »Und ich denke, es war dann für mich auch eine Schlüsselerfahrung: Diese Frau wurde hier mit ihrem Problem versorgt. Sie musste immer wieder die Orte wechseln, sie hatte keine Chance, an einem Ort einen längeren Weg zu gehen und eine Phase der beruflichen Stabilisierung, der Beheimatung in irgendeinem Wohnumfeld, in irgendeiner sozialen Struktur hinzukriegen. Und diese Erfahrung prägte mich sicher in gewisser Weise. Als ich dann in der Rolle des Psychiatriekoordinators war, folgte ich dem Prinzip der gemeindenahen Hilfe, also Hilfe dort anzubieten, wo die Menschen wohnen, und nicht umgekehrt, die Leute zu verschicken. Also *jetzt* brauchst du für ein spezielles Problem eine spezialisierte Hilfe, die es aber nur in einer speziellen RPK-Einrichtung<sup>93</sup>, 200 km entfernt, für dich gibt. Wenn du diese Hilfe willst, musst du eben deine jetzige Bleibe aufgeben.

---

93 RPK heißt »Rehabilitation psychisch Kranker«. Sie umfasst medizinische, berufliche und psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen, die in entsprechenden Fachkliniken und Einrichtungen angeboten werden. Kostenträger sind Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Arbeitsämter.

Im Prinzip ist es das, wofür ich mich engagiert habe: Menschen, die Hilfe brauchen, sollen sie da kriegen, wo sie leben. Und nicht über den Verschiebebahnhof zu spezialisierten Institutionen an verschiedene Orte gebracht werden.« (ebd., Zeilen 342–356).

Demzufolge zählt er seine Werte auf:

»Ja, Werte sind für mich (*Pause*) ja so etwas wie das Recht auf Heimat, dass Erkrankungen nicht mit Heimat- und Netzwerkverlust sanktioniert werden, sozusagen zwangsläufig durch die Strukturen des Hilfesystems. Ein Wert ist das Prinzip der Normalisierung, in dem Sinne, dass behinderte Menschen, chronisch psychisch kranke Menschen respektiert werden.

Respekt heißt, dass sie Bedürfnisse haben wie andere Menschen auch. (...) Und (*Pause*) dass wir die Hilfeangebote unserer Gesellschaft, die Hilfestrukturen, die wir entwickeln, ihre normalen Bedürfnisse nach Teilhabe an der Arbeitswelt, nach Teilhabe am sozialen Leben, Möglichkeiten, Bedürfnisse nach Alleine-Sein, genauso wie Bedürfnisse nach Kontakt mit anderen Menschen, nach eigenem Raum, beachten. Ja, dass alle diese Bedürfnisse zu respektieren und zu beachten sind, wenn wir Hilfen konzipieren. Überhaupt ist für mich – glaube ich – dieser Begriff »Respekt« wichtig. Also Respekt vor dem anderen Menschen, gleich welches Handicap oder welche Einschränkung er hat, dass es vielleicht manchmal etwas mühsamer ist zu verstehen, was dieser Mensch jetzt von mir möchte.« (ebd., Zeilen 376–398).

Demzufolge erkennt er das *Recht auf Heimat* als wesentlichen Wert. Den Menschen mit psychischen Erkrankungen werden oft Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen angeboten, die oft ländlich, am Stadtrand, außerhalb vom Zentrum der jeweiligen Städte, beziehungsweise Ortschaften liegen. Wenn jemand, wie die oben beschriebene junge Frau, mit seiner Erkrankung, seinen Problemen, mehrere professionelle Hilfeangebote dieser Art annehmen wollte oder musste, so ist dieser Weg meist von Ortswechseln gekennzeichnet. Diese Konsequenz wertet Herr S. im Sinne von Sanktion oder Strafe als Heimat- und Netzwerkverlust. Zumindest hat der Betroffene in der Regel kaum Einfluss, geschweige denn Mitspracherecht, wenn eine bestimmte Wiedereingliederungshilfe geplant wird. Neben einem *Recht auf Heimat* thematisiert Herr S. das *Prinzip der Normalisierung*. Das heißt für ihn, dass behinderte Menschen, chronisch psychisch kranke Menschen, respektiert werden sollten. »Sie haben Bedürfnisse wie andere Menschen auch.« (Interview 10, Zeile 380) Die professionellen Hilfen sind nach den bekannten sozialpsychiatrischen Handlungszielen zu konzipieren. Die Teilhabe an der Arbeitswelt und am sozialen Leben, das Bedürfnis des Allein-Seins und im »Kontakt-mit-anderen-Menschen-Sein«, einen eigenen Raum haben (im Sinne von Wohnen und Selbstversorgung) sollen dabei berücksichtigt sein.

Auch ist ihm eine *respektvolle Haltung* wichtig. Er beobachtet, dass behinderte Menschen oft sehr respektlos behandelt werden. Dies auch in Form einer subtilen



Respektlosigkeit, wenn diesen Menschen zum Beispiel etwas abgenommen wird, das sie selbst erledigen können.

Herr S.: »Also hier in der Arbeitssituation der Werkstatt für behinderte Menschen taucht so etwas auf, wie zum Beispiel in der Art und Weise, dass Menschen etwas abgenommen wird, was sie selbst erledigen können, was ich in gewissem Sinne respektlos finde. Ne, das ist so: Der Helfer wird wieder gebraucht.« (ebd., Zeilen 399–403).

und:

»Sie sind zufrieden, auch wenn sie sich angestrengt haben. Sie sind zufrieden, und es stärkt ihr Selbstwertgefühl, wenn sie auch schwierige Forderungen bewältigt haben. Es ist natürlich eine Gratwanderung im Hinblick auf Überforderungen und auch sehr belastende Arbeitsbedingungen.« (ebd., Zeilen 419–423)

### Sein Menschenbild

Die Frage, wie er diese Probleme bewältige, beantwortet er zunächst zögerlich. Sein Menschenbild zu beschreiben fällt ihm schwer, stimmt ihn nachdenklich. Er kann diese Frage nicht mehr theoretisch abrufen. »Wo ich am meisten auf dem Schlauch stand, das war die Frage nach meinem Menschenbild, weil ich da gar keine Antwort dazu abrufen kann. Das hätte ich vielleicht vor zehn Jahren anders beantworten können, ein Konzept, ein kompaktes, wie es üblich ist, gehabt.« (ebd., Zeilen 873–875) Er beschreibt seine Haltung als spirituell. Er würde von der Kraft der Liebe getragen. Er spürt in sich die Liebe zu den Menschen, mit denen er zu tun hat. Es ist ihm bewusst, dass er sich jetzt dieser Aufgabe stellt. Bei dem, was er macht, spüre er Ruhe und Gelassenheit. Er sucht Yoga und Meditation. Er besinnt sich auf das, was jetzt ist. »Einfach da zu sein in dem, was jetzt ist.« Dazu fällt ihm das Bild des Buddhas ein, das in jedem Menschen sei. Er bemühe sich zu *sehen*, was in den Menschen steckt, denn jeder drückt sich so aus, wie er kann, wie er es vermag, seinen Prägungen entsprechend. Er braucht Zeit für sich. Die liebevolle Beziehung zu seiner Frau stärkt ihn. Er wohnt in einem Haus mit wunderschönem Garten. In Haus und Garten kann er sich wieder finden, sich sammeln und stärken. Er bemerkt, dass er Menschen zunehmend weniger bewertend begegnet. Zum Thema Menschenbild befragt: »Vielleicht sagt das, drückt das etwas von meinem Menschenbild aus. Ich versuche, Menschen zu sehen, zu respektieren und ihnen das auch, also ich setze mich ja schon oft auch sehr kritisch auseinander mit Menschen, ich muss ja sehr oft sehr ernste Dinge regeln, tja. Zum Beispiel Leute entlassen, jemand damit zu konfrontieren, dass er Unterschlagungen gemacht hat.« (ebd., Zeilen 608–612) Auch in diesem Fall könne er sich mit den Betroffenen auf eine ruhige und ernsthafte Art und Weise respektvoll auseinandersetzen. Manchmal sei es auch schmerzlich.

**Wandel: Sein beruflicher Weg, seine Haltung, Idee und Motivation**

Die komplexe Frage nach seinem Berufsweg will er berufsbiografisch beantworten. Er studierte klinische Psychologie und qualifizierte sich zum Psychotherapeuten. Parallel begleiten ihn seine Interessen für Organisationsentwicklung und Arbeitswelten. Seinen Zivildienst konnte er als Psychologe in einem Mädchenerziehungsheim leisten und zugleich psychotherapeutische Erfahrung sammeln. Nach seiner Ausbildung in Psychodrama, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie folgten vier Jahre wissenschaftliche Mitarbeit in der klinischen Psychologie an der Hochschule.

Erstmals tauchten für ihn andere Kontextfragen aus der Gemeindepsychologie auf. Wie sind Hilfen für psychisch kranke Menschen zu organisieren und was passiert in den Familien? Antonovskys »Salutogenese«,<sup>94</sup> ein Konzept, das beim Gesundungsprozess die Seite stützender Elemente, ressourcenorientiert, beachtet, gab ihm wichtige neue Impulse. Er lernte Professor Dr. Heiner Keupp und das Spektrum gemeindepsychologischer Perspektiven kennen. Mit der Entdeckung des systemischen Therapieansatzes begann er die individualpsychotherapeutische Berufshaltung kritisch zu hinterfragen und orientierte sich um. Das war 1984, ein Jahr in dem viele Psychologen auf Stellensuche waren. Erstmals fiel er beruflich in ein Loch und war ein halbes Jahr arbeitslos. Durch Zufall fand er eine Stelle in der beruflichen Rehabilitation, in einem Jugenddorf für behinderte Jugendliche. In seinen acht Berufsjahren dort realisierte er eine typische Erwartungshaltung gegenüber der Rolle des Psychologen, wenn dieser als Nothelfer agieren sollte. Zum Beispiel, wenn der Psychologe einen vermeintlich unlösbaren Auftrag bekam, konnte er ein festgelegtes Handlungsmuster erkennen. Er erinnerte sich dabei an einen aggressiven Jugendlichen, der überall aneckte und »jetzt mal zum Psychologen gehen« sollte. Und der Psychologe antwortete: »Ja, ich mache mit dem Therapie.«

Der Jugendliche dagegen zeigte gar kein Interesse, war unmotiviert.

Herr S.: »Der weiß gar nicht, warum er zum Psychologen soll, findet das vielleicht auch ganz nett, da bekommt er dann was zum Trinken und der Psychologe strampelt sich ab, wie auch immer. Das ist ja fast karikiert, wie ich das jetzt sag'. In einer solchen Organisation sehe ich die psychotherapeutische Ambition des Psychologen kritisch. Hingegen finde ich es wichtig, dass dieser Psychologe ange-

---

94 Aaron Antonovsky, 1923 in Brooklyn, New York, geboren und 1994 in Beer-Sheba, Israel, gestorben, gilt als Begründer der »Salutogenese«. Er studierte zuerst Geschichte und Wirtschaft an der Yale-Universität. Wegen seines Dienstes in der US-Armee unterbrach er sein Studium, stieß in dieser Zeit zufällig auf Medizinsoziologie und Stressforschung und wechselte seine Studienrichtung. Nach einigen Jahren Lehr- und Forschungstätigkeit als Medizinsoziologe im Staat New York emigrierte er mit seiner Frau nach Israel (1960). Sein Forschungsinteresse galt der Stressforschung in Verbindung mit Erkrankungen und extremen Belastungssituationen (zum Beispiel: Überleben im KZ) (ANTONOVSKY 1997, S. 13).

fragt wird und die Aufgaben annimmt. Er kann das Problem jedoch gleichzeitig an die zurückgeben, die da agiert haben. Okay, lass' uns zusammen eine Analyse machen. Die da sagen: wir brauchen jetzt n' Psychologen. Aber nicht, indem ich jetzt in die Einzelfallhilfe einsteige, sondern die Leute versuche zu stärken, zu qualifizieren und mit einzubeziehen.« (ebd., Zeilen 253–263)

Besser ist es, die therapeutische Mauer zu überwinden und ein Türchen aufzumachen, in Interaktion mit den anderen zu treten und dem Jugendlichen die Verantwortung für sich zu geben.

So stellt sich für ihn die Frage: Wie kann man Sozialunternehmen gestalten, damit Menschen darin gut arbeiten können? In diesem Sinne ist Organisationsentwicklung ein vielfältiges Thema, dem er sich fünf Jahre lang im Berufsbildungswerk, als Leiter im Psychologischen Dienst und als Mann für interne Organisationsentwicklung widmete. Er hatte jedoch noch einen Chef über sich. Dann hatte er keine Lust mehr, dem Chef zu sagen, was zu tun sei. Er wollte etwas Neues machen, selbst gestalten, zum Beispiel als unabhängiger Berater oder eine steuernde Funktion übernehmen. Er wurde Psychiatriekoordinator in einem gemeindepsychiatrischen Modellprojekt des Bundeslandes. Mit den vorhandenen Einrichtungen und Trägern dieser Region erarbeitete er die Konzeption eines gemeindepsychiatrischen Netzes. Innerhalb von drei Jahren entstanden eine Tagesklinik, ein Arbeitsprojekt, offensiver Ausbau betreuten Wohnens, ein kleines Heim, die erste Tagesstätte für psychisch kranke Menschen. Es war eine Arbeit, die ihn zerrieben hatte, in der er sich selbst motivieren musste, die Kostenträger zu überzeugen oder am Zügel zu halten hatte. Heute sieht er diese Projekte, die sehr einrichtungsorientiert und schematisch, funktional gedacht waren, etwas kritischer. Er lernte verschiedene Kulturen kennen, Träger mit ungünstigen Haltungen und Strukturen, die ihre Mitarbeiter demotivierten. Diese widersprüchlichen Signale, Ideen, Planung und Konzept zwischen Trägern und Einrichtungen waren kaum miteinander in Einklang zu bringen.

In großen sozialen Unternehmen sieht er die Gefahr, dass Abläufe über die Köpfe vieler Menschen hinweg bestimmt werden, die Mitarbeiter in diesen Unternehmen kaum Möglichkeiten haben, sich einzubringen. In diesem Sinne versucht er in seinem Unternehmen viel Kompetenz vor Ort zu geben. Die beiden Betriebsstättenleiter: ein Sozialarbeiter, ein Techniker können im Team zusammen schon maßgeblich bestimmen, wie sie diese Arbeit hier weiterentwickeln. Und je mehr es ihnen gelingt, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei mit einzubeziehen, umso besser. Dabei können sie Leistungen aus dem Großunternehmen für alles Mögliche beanspruchen. Es gibt keine zentrale Macht in diesem Unternehmen, abgesehen von ihm als Geschäftsführer, der über diese Leitung der Betriebsstätte gestellt ist.

Damit will er eine Form von Organisationsentwicklung schaffen, die Voraussetzungen sind für eine respektvolle Arbeitskultur und eine entwicklungsorien-

tierte Arbeit in dieser Betriebsstätte. Hier zeigt sich ein *Wandel*. Denn früher hätte das angestellte Personal fremdbestimmt, sich in Abhängigkeitsfantasien bewegend gehandelt, eine Voraussetzung, die andere Menschen nicht fördert, wenn diese sich selbst als relativ hilflose Agenten in einem anonymen System erleben und definieren.

Demgegenüber steht wirtschaftlicher Druck. Das heißt: finanziell und personell sparsam sein und gute Aufträge bekommen. Nicht alles kann realisiert werden von dem, was von seiten des Unternehmens *Beschützte Werkstätten* verwirklicht werden wollte.

### Grenzen

Für ihn ist es notwendig, sein Verhalten und Handeln zu reflektieren und um seine Wirkung und die Interpretation seines Verhaltens Bescheid zu wissen. Seine Grenzen erkenne er, wenn er sich zu sehr identifiziert. Meist merkt er diesen Punkt und kann darauf reagieren und sich schützen. »Sich schützen« kann heißen, die Grenzen der eigenen Belastungsfähigkeit zu erkennen und Selbstverantwortung wahrzunehmen. Eigene Kompetenzen, Widerstandsressourcen und Bewältigungsstrategien gehören nach Antonovsky zum Konzept einer kohärenten Identität. Diese persönlichen Qualitäten kann Herr S. alle für sich gut in Anspruch nehmen. Dieser individualstrategischen Deutung stelle ich einen Aspekt aus Sennetts Resümee über den sozialen Kapitalismus unserer Zeit gegenüber. Sennett zeigt, wie sich die Menschen dem derzeitigen kapitalistischen System anpassen. Der aktuelle kapitalistische Strukturwandel habe die Institutionen an sich gestärkt, jedoch zu keiner besseren Qualität institutionellen Lebens geführt (SENNETT 2006, S. 144). »Die Institutionen erzeugen nur ein geringes Maß an Loyalität, sie schwächen die Partizipation und die Vermittlung von Befehlen, sie produzieren ein geringes Maß an informellem Vertrauen, dafür aber ein hohes Maß an Angst vor Nutzlosigkeit.« (ebd., S. 144). Demgegenüber erklärt Sennett:

»Zu den positiven Folgen des institutionellen Wandels gehören Ich-Eigenschaften, die es dem Einzelnen ermöglichen, sich in einem flacher werdenden institutionellen Leben zurechtzufinden. Dazu gehören die Zurückweisung von Abhängigkeit, die Entwicklung des eigenen Fähigkeitspotentials und die Bereitschaft, Besitzstände aufzugeben. Diese Eigenschaften haben nicht nur im Produktionssektor Bedeutung erlangt, sondern auch in den Institutionen des Sozialstaats, des Bildungswesens und des Konsums.« (ebd., S. 144f.)

Diese Aussage sehe ich von seiten Herrn S. bestätigt, wenn er über seine Rolle als Geschäftsführer und über sein Verhalten reflektiert, auch mit dem Bewusstsein, dass er eine Aufgabe mit möglicherweise auch unvereinbaren Widersprüchlichkeiten angenommen hat.

I: »Respekt war einer der Werte, den Sie angesprochen haben. Versuchen Sie das zu leben – auf allen Ebenen?

Herr S.: Ja, das versuche ich, wie ich mit den Kollegen hier umgehe, hat auch womöglich Wirkung auf die Art und Weise, wie sie mit den Rehabilitanden und den Beschäftigten hier umgehen. Ich denk', der Satz »der Fisch stinkt vom Kopf her«, den habe ich nicht nur als Unternehmensberater immer wieder relevant gefunden, das ist mir schon auch jetzt bewusst, wo ich jetzt selbst das Unternehmen leite. Dass es notwendig ist, dass ich mich selbst kritisch sehe. Wenn ich reflektiere, was ich hier anrichte und wirke und wie mein Verhalten interpretiert wird ...« (Interview 10, Zeilen 484–493)

Herr S. hat als Geschäftsführer eine widersprüchlich wirkende Position. Er bringt einerseits einige Voraussetzungen mit, um die aktuellen Veränderungen konstruktiv zu erkennen und zu nutzen, und demzufolge diese auch so zu bewerten. Dies wird andererseits jemand nicht gutheißen, der Angst hat, seine Stelle zu verlieren oder auf sein Gehalt verzichten zu müssen. Es wäre zynisch, von denjenigen eine positive Haltung oder gar Zustimmung zu erwarten, die von den derzeitigen Sparmaßnahmen betroffen sind und davon spürbar eingeschränkt werden. Als Beispiel und auch als Zeugnis dieser sozialen Ungleichheit beziehe ich noch einmal Herrn S. mit ein, der über eine seiner »schwierigsten« Entscheidungen seines Berufslebens berichtet. Er beantwortet die Frage, wie ihn das Leid anderer Menschen berührt:

Herr S.: »Ja, dass einen Leid von den anderen berührt, das erlebe ich eigentlich recht oft. Mich berühren viele Dinge, und gerade bei behinderten Menschen, die mir ihre Geschichte erzählen. Und deren Eltern und Angehörige, die halt in sehr schwierigen Lebenssituationen stecken, das berührt mich, das kann ich gar nicht so eingrenzen auch. Das sind so singuläre Ereignisse. Ich glaube, dass ich, ja auch wenn ich mich sehr auf einer Managementebene bewege und mich mit sehr vielen betriebswirtschaftlichen Dingen beschäftige, ja, dass ich mich von den Menschen, mit denen ich da zu tun habe, berühren lasse. Ja, das stimuliert mich dann halt auch für diese Arbeit.« (ebd., Zeilen 511–520)

Herr S.: » ... die interessieren sich jetzt. Es gibt Menschen, die freuen sich, mich zu sehen, und ich freue mich dann auch, sie zu sehen. Und es findet ein Kontakt statt und das berührt mich. Und natürlich berührt es mich auch leidvoll und schmerzlich. Ja, (Pause) zum Beispiel Gespräche vor einigen Wochen hier mit einigen der beschäftigten Leute, denen, also ich mußte vor einigen Wochen eine meiner bislang schwersten Entscheidungen treffen in diesem Job. Das war das Einfrieren der Löhne der behinderten Leute. Oder andersrum das Einfrieren der Gesamtlohnsumme, mit der Folge, dass für viele Leute der ohnehin sehr bescheidene Lohn, den sie hier kriegen, noch kleiner wird. Und das war für mich eine jetzt ja betriebswirtschaftlich unausweichliche Maßnahme, weil der Betrieb ums Überleben kämpft, und es ist mir außerordentlich schwer gefallen. Und mir haben das dann die Leute hier sehr anschaulich dargestellt, was das für sie bedeutet, wenn jemand, der vielleicht 250 Euro kriegt und dann 50 Euro weniger bekommt.

I: Das ist ja der Hammer.

Herr S.: Ja, klar.

I: Da ist unser Weihnachtsgeld streichen gar nichts dagegen.

Herr S.: Ja, ich meine, die Frage, wie kann man da noch Gelder streichen, die kommt halt von den Angestellten.« (ebd., Zeilen 530–548)

Wirtschaftliches Wachstum fordert einen hohen Preis: wachsende ökonomische Ungleichheit und zunehmende soziale Instabilität.

Das kapitalistische Prinzip einer gesunden Marktwirtschaft verspricht den Menschen mehr Freiheit. Sennett widerspricht dieser kapitalistischen Devise, dass Arbeit und Konsum den Menschen größere Freiheit bringe. Denn die Menschen sind im Hinblick auf ihre Zukunft beunruhigt und besorgt, ein hohes Maß an Angst vor Nutzlosigkeit begleitet sie, anstelle von früherer Loyalität und Vertrauen. Der mentale und emotionale Anker fehlt.

#### **Zwischenbemerkung**

Das soeben ausgeführte Interview mit Herrn S. (Interview 10) zeigt die Perspektive eines Mannes, auf dem Höhepunkt seiner Karriere. Dem gegenüber wird beim folgenden Interviewbeispiel mit Frau H. (Interview 28) die Perspektive einer Frau gezeigt, die ihre Karriere noch vor sich hat. Diesen Perspektivenwechsel zwischen diesen beiden Beispielen, will ich mit einer soziologischen Überlegung nach Sennett verknüpfen.

#### **Jeder Mensch will sinnvoll tätig sein**

Denn die Menschen leiden darunter, dass fortschrittliche Institutionen mit ihrer kurzen, kaum greifbaren Zeitperspektive ihnen das Gefühl einer lebensgeschichtlichen Entwicklung und biografischen Einheit nehmen.

Insofern würde nach Sennett heute eine ungewöhnliche Sorte Mensch gebraucht, die das Ideal eines kurzfristig orientierten Ichs erfüllt, und Menschen, die ihre Biografie und ihre vergangenen Erfahrungen bereitwillig aufgeben.

Das vom veränderten Kapitalismus erhobene Ideal verletzt viele der in diesem System lebenden Menschen. Laut Sennett bringt die New Economy eine große Ironie mit sich, weil sie alte soziale und emotionale Ängste, die Furcht vor Abhängigkeit und die Sorgen um den Verlust der Selbstbestimmung nur in eine neue Form gebracht hat. Diese neue Unsicherheit ist im neuen Kapitalismus einprogrammiert und ein gewolltes Element. Sennetts Absicht ist, die Menschen zu vertreten, mit denen er als Forscher Interviews geführt und gesprochen hatte. Er sieht die Möglichkeit alternative Formen der Anerkennung zu suchen, um dem Trend der neuen flexiblen Oberflächlichkeit zu entgehen.

Als Ergebnis kristallisieren sich für ihn drei zentrale Werte heraus: Der *lebensgeschichtliche Zusammenhang*, die *Nützlichkeit* und *handwerkliche Einstellung* (SENNETT 2005, S. 146).

»Die Politik dreht sich um eine kulturelle Achse, welche die Lebensgeschichte selbst betrifft. (...) Denn Lebensgeschichten verlaufen selten geradlinig. In der Ethnographie fragen wir uns nicht so sehr, wie kohärent die Geschichten sind, die uns die Menschen erzählen, sondern welche Anstrengungen sie unternehmen, um ihren Geschichten Kohärenz zu verleihen. Und das ist kein einmaliger Vorgang. Oft erzählen uns Menschen eine Geschichte noch einmal und stellen ein Ereignis versuchsweise in einen anderen Zusammenhang. Gelegentlich zerlegen sie eine scheinbar logische Geschichte dann in zusammenhanglose Teile, um herauszufinden, was sich darunter befindet. Der technische Ausdruck dafür lautet ›erzählerische Freiheit‹. Der Erzähler formt und interpretiert aktiv seine Erfahrung.« (ebd., S. 149)

Für die kulturelle Praxis regt Sennett zu einer Kultur der Erzählfreiheit auf der Basis *lebensgeschichtlicher Zusammenhänge* an. Diese Idee einer Erzählkultur konnte Herr S. gut beleben. Beim folgenden Interviewbeispiel interessiert mich an dieser Stelle, wie Frau H., eine 30-jährige junge Frau, mit ihrer Zukunftsperspektive in Sennetts neues kapitalistisches Kulturbild passen könnte.

#### **4.3.3 Identitätskompetenz als Bedingung für Zukunftsfähigkeit – am Beispiel von Interview 28: *Eine zerrissene Einzelkämpferin***

Frau H. erwartet sich vom Interview:

Frau H.: »Es sind zwei Bereiche, erstmal mein persönliches Interesse an der Auseinandersetzung mit dem Thema ›sozialpsychiatrische Versorgung‹, weil das jetzt genau mein Beruf oder meine Tätigkeit im Augenblick ist.

Und dann möchte ich mich damit auseinandersetzen, vielleicht auch etwas klarer sehen, weil es manchmal auch sehr frustrierend ist, gerade auch bei meiner jetzigen Tätigkeit. (...) etwas mehr Klarheit und vielleicht auch mehr Zufriedenheit zu erlangen. Das ist das persönliche Interesse und vom Fachlichen her.

Ja, ich suche immer nach Möglichkeiten, wie man trotzdem noch gute Wege für eine adäquate Versorgung finden kann, bei Situationen, die sich im Augenblick ja auch vom Finanziellen her verschärfen.« (Interview 28, Zeilen 7–18)

Ihre dreijährige Berufszeit:

Frau H.: »Ich bin praktisch in den Bereich Psychiatrie eher so reingestolpert. Ich habe eine Praktikumsstelle gesucht und bin beim Sozialpsychiatrischen Dienst und Tageszentrum erstmal als Praktikantin gelandet. Da erst habe ich kennengelernt, was psychische Erkrankung überhaupt bedeutet und habe Menschen mit psychischen Erkrankungen kennengelernt. (...) bis zum heutigen Tag habe ich praktisch durchgehend gearbeitet in Form von Praktika, nebenamtlichen und hauptberuflichen Tätigkeiten, immer mit psychisch Kranken. (...) Ja das hat sich wie so ein roter Faden, hat sich das durchgezogen und es war größtenteils gar nicht mal

beabsichtigt. Es war auf der einen Seite eher so ein Zufall. Auf der anderen Seite habe ich gemerkt, dass mir die Arbeit mit psychisch Kranken liegt. (...) Es hat mal jemand zu mir gesagt, wenn man mit Psychisch Kranken arbeitet, wenn man in der Psychiatrie angefangen hat, wird man immer dran hängenbleiben (*lacht*). Und bisher hat sich das bei mir auch so dargestellt. Das hat sich mit der Zeit verändert, man hat einen anderen Umgang, man wird routinierter oder sicherer im Umgang (*Pause*), *mit Psychiatrie, hat mehr Erfahrung.* (...)

Dann wurde meinem Kollegen gekündigt, und daraufhin habe ich den gesamten Bereich Psychiatrie abdecken müssen. Wieder bin ich da praktisch in diesem psychiatrischen Bereich voll eingestiegen, nur jetzt von der Kostenseite her. Und das war eine ganz große Veränderung jetzt mal auf der anderen Seite zu sitzen und so die Kostenseite im psychiatrischen Bereich zu erleben und dort als Sozialarbeiterin zu wirken.« (ebd., Zeilen 77–109)

Trotz ihrer objektiv erst kurzen Berufslaufbahn stellt Frau H. sich als erfahren und routiniert in ihrer psychiatrischen Tätigkeit dar. Sie spricht über diese Zeitspanne, als wäre diese viele Jahre lang. Ständig befristete Arbeitsverträge, häufig wechselnde Jobs, haben sich auf ihre berufliche Tätigkeit ausgewirkt. Nach einer kurzen Zeit in der direkten Versorgungspraxis wechselte sie zur Kostenträgerseite. Und auch ihre berufliche Zukunft in den nächsten drei Jahren ist unklar:

*Frau H.:* »In drei Jahren möchte ich, schon vorher (*lacht*) vor den drei Jahren ein anderes Arbeitsumfeld haben. Und (*Pause*) die Voraussetzungen auch für meine Arbeit sollen sich ändern. Ich möchte mich weiterentwickeln, in welcher Richtung genau, weiß ich noch nicht, aber – ich möchte noch weitermachen und weiterlernen.

I: Bleiben Sie noch bei der Sozialen Arbeit oder wechseln Sie vielleicht auch den Bereich?

*Frau H.:* (*Pause*) Ich würde gerne bei der Sozialen Arbeit bleiben, aber ich merke, wenn mir da zu viele Steine im Weg sind, dann würde ich auch was anderes machen. Ich bin da nicht so festgefahren, also ich könnte mir jetzt auch was anderes vorstellen. Warum nicht?

I: Aber im Moment denken Sie schon eher ...?

*Frau H.:* Ich probier's, so gut es geht, meine Möglichkeiten in dem Bereich schon auszuschöpfen. Und wenn ich dann keinen Weg mehr sehe – für mich, dann würde ich vielleicht auch etwas anderes machen.« (ebd., Zeilen 804–820)

#### **Ihre Werte und Menschenbilder**

Frau H. kann ihr Menschenbild zunächst nicht konkret definieren. Ihr Handeln werde von persönlichem Empfinden und ihrer pragmatischen, alltagsorientierten Arbeitsweise beeinflusst. Im Verlauf des weiteren Interviews spricht sie die Beziehungsebene zwischen sich als Therapeutin und ihren Klienten an. Sie sucht



einen normalen Umgang miteinander und lehnt eine »Schonhaltung« gegenüber psychisch kranken Menschen ab. Sie will mit den anderen so umgehen, wie sie es für sich selbst wünscht. Sie will die Klienten individuell und bedarfsgerecht unterstützen, Symptome nicht in Schubladen stecken, Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten vermeiden und deren Willen und Wünsche beachten. Für sie zählt das Prinzip »Normalität«, den Patienten ernst nehmen und diesen nicht krankheitsbedingt zu schonen.

I: »Wie sieht Ihr Menschenbild aus? Und wie passen Ihr Menschenbild und Ihre berufliche Identität zusammen?

Frau H.: Mhm. (*lange Pause*) Dass mir das so schwerfällt, das finde ich ganz ... (*Pause*)

I: Das ist nicht verwunderlich. Das ist auch schwierig.

Frau H.: Weil ich merke auch viel, dass durch meine jetzige Tätigkeit da viel unterdrückt wird und so alte Werte für mich, früher vielleicht mal da waren, also jetzt unterdrückt werden und so gar nicht mehr so zum Zug kommen.

I: Was ist das zum Beispiel für ein Wert von früher, in der Zeit als Sie selbst betreut haben? War das da ein anderes Selbstverständnis vielleicht?

Frau H.: Ja, den Bedürfnissen gerecht werden zu können oder auch die Unterstützung, die jemand braucht, auch zu geben, also das als Ziel. Und – das ist bei meiner jetzigen Tätigkeit – ich sehe, dass es einfach dann irgendwann nicht mehr geht. Wir haben keine Gelder mehr. Jetzt ist da Schluss. Der Hahn ist zu. Und (*Pause*) dass ich dann das auch nicht mehr geben kann. Obwohl der Mensch diesen Bedarf hat. Und früher habe ich das, was ich im Rahmen meiner Tätigkeit dann halt machen konnte, getan. Klar jetzt tue ich das auch, aber jetzt ist es viel globaler, das Ganze. Jetzt geht es nicht mehr so drum wie früher, wie kann ich den Menschen unterstützen, sondern wie kann ich so viele Menschen wie möglich unterstützen. Das hat sich verändert.« (ebd., Zeilen 355–376)

Sie beschreibt eine Diskrepanz zwischen selber tun – unmittelbar – und funktionalem, rational bestimmtem Verteilen – in vermittelter Form. An dieser Stelle steckt sie in einem Loyalitätskonflikt zwischen ihren eigenen Werten und dem, was vonseiten des Arbeitgebers, mit begrenzten finanziellen Mitteln ausgestattet, erwartet wird oder erwartet werden könnte.

Frau H.: »Und die Gerechtigkeit so gut wie möglich leben zu lassen. Also den Menschen mit ihrer Problematik gerecht zu werden (*lange Pause*). Und dann kommt eben noch der Aspekt dazu, weil ich nicht direkt vor Ort bin, da kriege ich dann eben oft mit, wenn ich da genauer hinschaue, zum Beispiel: Es wird etwas beantragt, eine Hilfe, was weiß ich, Aufnahme in ein Wohnheim für psychisch Kranke und wenn ich dann näher nachfrage, dann ist die Frage, ja will denn der Mensch überhaupt in das Wohnheim rein? Und erst, wenn ich feststelle, der will das ja überhaupt nicht. Das heißt, wenn ich mich da jetzt da gekümmert hätte, dass der Mensch reinkommt, ohne das näher zu prüfen, dann bin ich ja nicht *ihm*

gerecht geworden, sondern dem Betreuer oder wer auch immer oder sie<sup>95</sup>, die den einfach verwahren wollten, in Sicherheit haben wollten. Und diese Dimension hatte ich vorher auch nicht. Wenig, ja klar schon im Sozialpsychiatrischen Dienst waren schon nochmal die Interessen von den Angehörigen oder von den Betreuern, mit denen man sich auseinandersetzen mußte, nur jetzt ist die Gefahr noch viel größer, dass man nicht wirklich dem Menschen gerecht wird, um den es eigentlich geht, sondern, vielleicht irgendjemand anders. Und vielleicht auch der Kostenseite, vielleicht auch dem Kostenträger gerecht zu werden. Weil es den Kostenträger dann auch weniger kostet und (...) das dann, so gut es geht, auszuloten, das ist so die Hauptarbeit (*Pause*).« (ebd., Zeilen 376–395)

Ihre jetzige Tätigkeit unterdrückt frühere Wertvorstellungen wie Offenheit für Neues und Unbekanntes. Auch Gerechtigkeit und die Interessen der Betroffenen, deren persönlicher Lebensgestaltungsspielraum im Sinne der Freiheit des Individuums, liegen ihr besonders am Herzen.

Mit dieser Haltung ist es für sie, als Vertreterin des Bezirks, von der Kostenträgerseite, oft schwierig, zwanzig Jahre älteren, berufserfahrenen Kollegen die neue geforderte Transparenz zu erklären. »Und da stoße ich auf viel Widerstand, das fordert mich heraus, da will ich mein Menschenbild dann auch vertreten, das dann weiterbringen, mit kleinen Minierfolgen. Ja, und diese Normalität ist ein ganz wichtiger Punkt.« (ebd., Zeilen 313–316) »Normalität« benennt Frau H. als Wert, den sie erst allmählich konkretisiert. »Normal« heißt für sie, in der Gesellschaft zu funktionieren, zu arbeiten und sein Leben »auf die Reihe zu bekommen«.

#### **Widersprüchlichkeiten und Wandel**

Trotz Arbeitsplatzwechsel von der Versorgungspraxis zum administrativen Bereich hat sich ihre berufliche Haltung ihres Erachtens dadurch nicht geändert. Eine Wahrnehmung, die von außen betrachtet nicht überzeugend wirkt. Sie selbst leidet, weil sie von den Betroffenen als Vertreterin des Bezirks gesehen werde, die den Leuten ans Geld wolle. Sie sieht viel Hilfebedarf, der nur begrenzt erfüllt werden kann.

In der Arbeit, direkt mit den Patientinnen und Patienten, hatte sie persönlich viel Einsatz gebracht. Dieser Einsatz hinterließ zumindest das Gefühl, alles getan zu haben, was möglich war. Diese Form der beruflichen Zufriedenheit ist bei der Verteilung von weniger Geld an möglichst viele Menschen kaum zu ersetzen. Hier vermischen sich meines Erachtens ihre Wünsche und Werte. Sie möchte bei ihrer Arbeit eine patientenorientierte Seite verwirklicht sehen, die sie jedoch nur bedingt erfüllen kann. Denn als Vertreterin des Bezirks, eines Kostenträgers, sind

---

<sup>95</sup> Gemeint sind die Mitarbeiter der Einrichtung, die für die betreffenden Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme beantragen.

die Mittel zur Verteilung begrenzt und diese Mittel sollen möglichst »gerecht« verteilt werden. Ihr Interesse ist, möglichst viele betroffene psychisch kranke Menschen an den noch vorhandenen Ressourcen teilhaben zu lassen. Eindringlich klingen ihre Aussagen »der Hahn ist zu« oder »wir haben keine Gelder mehr« (ebd., Zeile 368). Die Tatsache, dass keine Gelder mehr da sind, schafft neue Realitäten und die Entwicklung geht in die andere Richtung. Das heißt, es gibt nicht mehr ausreichend bezahlte Arbeit für alle Menschen.<sup>96</sup> Befristete Arbeitsverträge bedeuten für die Betroffenen Unsicherheit. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fürchten um ihre Arbeitsplätze, insbesondere wenn die bisherigen kommunalen Zuschüsse für die Einrichtungen deren weiteres Bestehen infrage stellen und die Mitarbeiterschaft befürchtet, dass ihre eigene Existenz zukünftig gefährdet sei (ebd., Zeilen 571–592). An dieser Stelle ist zu ergänzen, dass im Bezirk Z. im Gegensatz zum Bezirk A. allgemein weniger Geld vorhanden ist. Insofern ist auch von einem weiteren Ausbau des professionellen Hilfeangebots, einem erklärten Ziel der Psychiatrie-Enquête, gar nicht mehr zu reden.

Widersprüchlichkeiten beinhalten auch ihre Aussagen zum Gesamtplanverfahren. Sie lobt die Ressourcenorientierung, die, aus meinem Verständnis, letztlich auch dem Kostenträger zugute kommt. Gleichzeitig sind psychisch kranke Menschen oft froh, wenn sie keine psychiatrische Hilfe brauchen und anderweitige Unterstützung nutzen können. Die Vorgabe des Gesamtplanverfahrens, eine Rehabilitationsmaßnahme *mit* dem Patienten gemeinsam, seinen Interessen und Wünschen folgend, zu erarbeiten, sieht sie häufig nicht erfüllt. Sie unterstellt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen (die mit den Patienten diesen Gesamtplan erstellen müssen) eine Haltung im Sinne der fürsorglichen Belagerung<sup>97</sup>, die im schlimmsten Fall sogar eine Unterbringung mit Zwangsbehandlung zur Folge haben kann.

Dieses Verfahren zeigt auch ein typisches Spannungsfeld der Psychiatrie. Frau H. sieht den Gesamtplan weniger als administratives Dokumentationsinstrument, sondern eher als Mittel, das sich an den Interessen und Zielen der Patientinnen und Patienten orientiert. Trotzdem überlegt sie auf allgemeiner Ebene, wem sie gerecht werde, den Klienten oder den Kostenträgern. Sie vergleicht fortschrittliche und veraltete Strukturen und bewertet zum Beispiel den Gesamtplan als fortschrittliches Dokumentationsinstrument, weil es ein ressourcenorientiertes Verfahren im System sei.

---

<sup>96</sup> Ich meine hier auch ausreichend bezahlte Arbeit, von der die Menschen nicht nur ihre Existenz notdürftig sichern, sondern auch leben können.

<sup>97</sup> Die *fürsorgliche Belagerung* oder *Ich weiß, was für dich gut ist*. sind kritische Punkte der professionellen Hilfen (vgl. Kapitel 4, Abschnitt 4.4.1).

#### 4.3.4 Normalität – Interviewvergleich zu *Normalität*

Beide Interviewpartner, Herr S. und Frau H., haben gemeinsam, dass sie ihren Klienten *normal* begegnen wollen. Eine Schonhaltung – wie sie der typischen Helferrolle zugewiesen wird – lehnen beide eindeutig ab. Sie haben eine Funktion, in der sie Mittel (Arbeitsplätze und Rehabilitationsmaßnahmen) verwalten und verteilen. Beide sind beruflich hautnah dem Prinzip einer gerechten Verteilung bei knappen Ressourcen unterworfen. Herr S. bezieht sich auf Klaus Dörners namhaften Satz »aus leeren Kassen Kapital schlagen« und er will damit seine alternativ-konstruktive Suchhaltung, aus der gegebenen Situation etwas herauszuholen, untermauern. Frau H. bemüht sich um eine gerechte Verteilung der möglichen Unterstützungsangebote für die Menschen, die bei ihr Rehabilitationsmaßnahmen beantragen.<sup>98</sup> In Bezug auf Sennetts Erkenntnis, dass wir Menschen einen Sinnzusammenhang brauchen, auch einer Nützlichkeit folgen wollen, auch noch einer bisherigen Vorstellung von Kontinuität nachzuhängen, scheint mir, dass sich Frau H. als beständig Arbeitssuchende (mit bisher nur befristeten Arbeitsverträgen) der neuen beruflichen Herausforderung stellen muss. Und so denkt auch sie: Sie sucht zwar zunächst eine Stelle im Bereich Soziale Arbeit, aber nicht um jeden Preis. Sie erklärt auch explizit, dass sie sich im Falle besserer alternativer Berufschancen anders entscheiden würde.

Ihre Sorgen bezüglich der befristeten Arbeitsverträge, ihre Widersprüche zwischen den eigenen inneren Werten und der Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber, fordern eine große Anpassung ihrerseits. Und wenn ich Sennetts Überlegung berücksichtige, dass die Menschen neue Ich-Eigenschaften entwickeln, scheint mir Frau H. ein geeignetes Beispiel dafür zu sein. Da sie ihre Karriere noch vor sich hat, bleibt eine Prognose offen.

#### 4.3.5 Anpassung und Widerstandsformen im beruflichen Handeln – Interviewvergleich zwischen Interview 28: *Eine zerrissene Einzelkämpferin* und Interview 1: *Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin*

Die beiden wirken widersprüchlich in dem, was sie tun und dem, was sie sagen. Beide tragen ungelöste Konflikte mit sich, unklar, ob auf der persönlichen Ebene

---

<sup>98</sup> Alleine die Suche nach einer geeigneten sprachlichen Formulierung gestaltete sich schwierig. Anstelle von »Menschen, die Rehabilitationsmaßnahmen beantragen« fand ich Worte wie »Rehabilitationsantragsteller oder Rehabilitationsbewerber oder Rehabilitationsanwärter«, die *Herrn* oder *Frau XY* oder *die und den psychisch Kranken* im Verwaltungsdeutsch ersetzen. Auch das zeigt meines Erachtens bereits die Priorität der Administration, in denen der Mensch an sich – sowohl als Person als auch mit seiner Problemlage – unterzugehen scheint.

oder der beruflichen. Ich konzentriere mich hier auf die berufliche Ebene. Zeigte sich mit der Wahl für einen sozialen Beruf schon ein Dilemma? Beide sind in die Psychiatrie hineingerutscht, die eine im Wortlaut, die andere entschied sich, weil sie sich für die andere, die »gute« Psychiatrie engagieren wollte. Sie zeigt sich als eine Frau, die gerne in Institutionen arbeitet, welche im Aufbruch sind, die etwas aufbauen. In der Organisationsentwicklung wird diese Zeit »Pionierphase« genannt, die vor allem einen bestimmten Typ von Mitarbeitern braucht. Menschen, die sich für das Neue, die gute Sache engagieren wollen, sind dafür beliebt und gesucht. Die Regelwerker dagegen kommen erst in einer späteren Organisationsentwicklungsphase zum Zuge. In diesem Sinne wende ich mich dem nächsten Interview zum Thema *Identitätskonstruktion aus Anpassung und Widerstand* zu und stelle Frau B. als Pioniersfrau vor.

#### **4.3.6 Identitätskonstruktion aus Anpassung und Widerstand – am Beispiel von Interview 1: *Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin***

##### **Die Frage nach dem Menschenbild**

Frau B.: »Menschenbild. Meinst du jetzt Leitbild – oder?

I: Menschenbild, Leitbild nicht. Also kann ja sein, dass das im Leitbild auftaucht, aber interessieren tut mich schon das Menschenbild.

Frau B.: Ja, wir sind uns da sicher nicht einig (*lacht*), wir sind ja nur ein Team von zwei Sozialarbeiterinnen, eine Haushälterin und ich, es kommen dann noch zwei halbe Sozialarbeiterinnen dazu, (*lacht*) also halb im Sinne von halbtags, und wir sind gerade dabei, im Team Diskussionen zu führen. Es gibt Konflikte zwischen der ehemaligen Chefin und der jetzigen Chefin, so. Klar ist, dass schon ein humanistisches Menschenbild – ich sage jetzt mal – im christlichen Sinne existiert hat, früher und jetzt auch aktuell ist, bei der Haushälterin und bei der ehemaligen Chefin. Mit humanistisch meine ich, dass die Menschen gelassen werden wie sie sind. Ein Beispiel: Eine Bewohnerin kommt nur zum Schlafen, läuft rum, stinkt und wäscht sich nie, bettelt an der Straße, und sie wird so gelassen. Es ist schon ein Erfolg, dass sie dort schon über einen längeren Zeitraum wohnt. Und da muss man immer gucken, wie das dann mit dem Bezirk geht, aber es geht. Und wenn sie einfach über eine Woche jetzt schon weg ist, und wir haben geschaut, wo sie gelandet ist, ein bisschen die Lage abgecheckt. Vom Bezirk aus heißt es, dass jemand nicht mehr als vier Tage fernbleiben darf. Aber auch da (...) also die Frauen sollen so belassen werden wie sie sind. Aber es gibt schon eine grobe Hausordnung – ja Menschenbild, ich habe jetzt nicht dieses klassisch christliche Bild, was eine der Mitarbeiterinnen – oder eine oder zwei der Mitarbeiterinnen hat – die dann auch mit den Leuten beten, die Klosterschwester kommt dann

auch – ich habe sicher auch Schwierigkeiten, wenn eine, für mich ein bisschen wahnhaft religiöse Frau als Oberbeterin – dann im Stehen vor dem Essen – also, da gibt es einfach Unterschiede. Da tauschen wir uns jetzt noch aus. Und die andere Sozialarbeiterin, meine Chefin sozusagen, die ist – so, wie ich sie erlebe – viel konkreter – und was der FB<sup>99</sup> hat, der hat auch etwas Feministisches. Es geht um Frauen – schon seit 1800-noch-was um gefallene Mädchen. In den 50er-Jahren ist das Ganze doch etwas sehr konservativ gewesen, aber ansonsten sind sie sehr bereit, die Frauen so zu lassen, wie sie sind und einfach Hilfe zu geben – und das ist mir ganz sympathisch. Und da gibt es dann Schwangerenberatung und Straffälligenbetreuung, Betreuung sowieso, also der FB macht so alles Mögliche ...« (Interview 1, Zeilen 398–430)

Explizit zum Thema Menschenbild äußert sich Frau B. wenig konkret. Am nächsten scheint ihr der Feminismus zu sein, den sie jedoch an keiner Stelle im Interview genauer ausführt. Ein Kriterium für ihre Entscheidung, beim FB einen Arbeitsplatz anzunehmen, klingt in ihrer Aussage an: »Der FB hat auch etwas Feministisches.«

Werte und Menschenbilder scheinen *einrichtungsbezogen* deutlicher definiert zu sein. Frau B. berichtet, dass es früher beim FB ein Haus mit Klosterschwestern gab, die mit ihrem christlichen Hintergrund gearbeitet haben. Mit Blick auf die Geschichte des FB erzählt Frau B., dass früher »zumindest bei der Haushälterin und der ehemaligen Chefin ein christliches Menschenbild existiert hatte«, das sie persönlich nicht teilen kann. Sie selbst vertritt eher eine frauenpolitische Position. Auf der konkreten Handlungsebene im Berufsalltag wird *Toleranz* gelebt: »Die Frauen werden so gelassen wie sie sind.« Allerdings kann es in Einzelfällen eine Kollision mit dem Bezirk als Kostenträger geben. Toleranz wird von Frau B. als Ausdruck für ein humanistisches Menschenbild gewertet.

Auch eine kritische Haltung gegen die Institution Kirche, aber *für* die Menschen werde vom FB vertreten:

Frau B.: »Ja natürlich, immerhin hat sich Frau Z. also die vom Vorstand, bei dieser Papstentscheidung gegen die Schwangerschaftsberatung öffentlich dazu geäußert, dass sich der FB da ausklinken werde und dass sie das sehr schade findet.

I: War das nicht bundesweit so?

Frau B.: Ja, ich habe am Samstag eine Fachtagung mitgemacht – so ein neues Kick-Off. Ich fand es ganz interessant, spannend, sehr professionell, gut gemacht. Was – ja, was ich vielleicht auch schon am alten Arbeitsplatz schon so gespürt habe in Bezug auf die Kollegen und Kolleginnen. Es wird eigentlich kaum noch Kritik geübt. Die Anpassung und die Angst um den Arbeitsplatz ist so groß – und ich finde konstruktive Kritik – und es wird immer ganz lange gesagt, wie toll wir

---

<sup>99</sup> FB = Abkürzung für Frauenbund, hier anonymisiert für einen Frauenverband eines konfessionellen Trägers.

eigentlich sind und was wir alles gut machen, und das war mir ein bisschen zu viel Lobhudelei, aber das sind die Zeiten, und ich habe mich auch zurückgehalten, ich will ja auch meinen Arbeitsplatz behalten!

I: Ja klar –

Frau B.: Und was am Schluss sehr gut war, da war dann das Ergebnis, das wurde dann mit Pünktchen an die Wand – alle haben sich getraut, zum Beispiel die Ehrenamtlichen kritisch zu sehen, wobei dann schon auch geäußert wurde, dass es nicht persönlich gegen die Ehrenamtlichen geht, sondern, dass es um die Stabilisierung dieser Stellen auch geht. Und dass Mitarbeiterinnen sowohl ehrenamtliche Arbeit offensichtlich machen als auch professionelle Arbeit.

I: Diese Mischung gibt es bei Euch auch?

Frau B.: Bei mir nicht. In unserem Haus nicht.

I: Aber im kirchlichen Bereich?

Frau B.: Ansonsten ist es halt so, die arbeiten viel mit Ehrenamtlichen. In unserem Haus gibt es auch einige, aber es hat jetzt keine große Bedeutung. Und die Ehrenamtlichen, das ist ja toll, wenn welche kommen! Aber sie haben keine Begleitung, sie arbeiten jetzt nicht – ich habe jetzt mitbekommen – die arbeiten halt unprofessionell. Aber es hat eine eigene Qualität, die Leute sind dankbar, froh. Und über die Jahre sind da schon Kontakte auch, aber es ist auch oft sehr grenzüberschreitend.

I: Gibt es oft Rollenkonfusionen?

Frau B.: Ja und wo die Ehrenamtlichen so sagen: ›Ja und tu mal das und mach mal das.‹ Und wenn diese Bedürftigkeit dann noch genährt wird und so.« (ebd., Zeilen 434–468)

#### **Wandel – und ihre Identifikation mit der Arbeit**

Frau B. bezieht sich im Interview auf ihre aktuelle Situation am jetzigen Arbeitsplatz, einem Übergangwohnheim für ehemals obdachlose Frauen, und konzentriert sich auf das, was jetzt passiert. Die neue Arbeit im neuen Haus, das sie ebenfalls der Sozialpsychiatrie zuordnet, gefällt ihr gut. Sie bewirkt, dass sie gerne zur Arbeit geht. Ein »acht-Stunden-Arbeitsalltag« soll Sinn machen und sie geistig und körperlich anregen, deshalb ist es für sie wesentlich, sich mit ihrer Arbeit zu identifizieren. Ein weiteres Anliegen ist, dass sie ihr politisches Engagement in den Arbeitsalltag mit einbeziehen kann. So erklärt sie, dass sie sich in dieser Gesellschaft von vielem bedroht fühlt und diffuse Angst hat, der sie etwas entgegensetzen möchte. Durch die Basisarbeit mit den obdachlosen Frauen will sie etwas von ihrer politischen Haltung verwirklichen. Es ist ihr ein Bedürfnis, mit Menschen zu arbeiten, vorzugsweise hört sie den anderen zu. Sie findet diese Arbeit spannend und interessant und begeistert sich dafür, wie unterschiedlich Menschen sind. Die Beziehungsebenen spielen für sie im Berufsalltag eine wesentliche Rolle. So erklärt sie an einem Beispiel, wie sie immer wieder auf die Motivation im Kontakt zu einer Klientin

und bei dieser Beziehung auf Nähe und Distanz achtet. Insgesamt stellt sie sich als Positiv-Denkerin dar. Sie arbeitet gerne in multiprofessionellen Teams, die gerne voneinander lernen. Gruppenprozesse im Team findet sie sehr spannend. Ihre bisherige Haltung, im Berufsalltag viel Beziehungsarbeit zu leisten, hat sie in ihrer eigenen, langjährigen Psychotherapie kritisch reflektiert. Sie hat erkannt, dass die Arbeit kein Ersatz für Beziehungsalltag sein kann. Sie kennt die Zustände, viel zu viel von sich selbst in die Arbeit investiert zu haben, dann völlig erschöpft und »ausgepufft« gewesen zu sein und keinen Raum und keine Zeit mehr für einen befriedigenden Alltag oder ihre Freizeit gehabt zu haben. Jetzt hat sie ihre Wochenstundenzahl auf 32 Stunden reduziert und beschreibt es als »fast schon utopisch« nach sechs Stunden nach Hause zu gehen.

Sie schildert immer wieder, ihre Motivation und ihre Leitlinie »aus dem, was war«, zu lernen, ein Sich-Weiterentwickeln als Reifeprozess. Die Ambulanzarbeit war hektisch und nach acht Jahren sei sie vorzugsweise einer Arbeitsroutine mit standardisiertem Ablauf gefolgt. Nach diesem Lernprozess dort habe sie dann etwas Neues, etwas Ergänzendes lernen wollen. Die Arbeit mit behinderten Menschen sei ein Crash-Kurs gewesen. Mit dem dort in der Behindertenarbeit Gelernten fühle sie sich in der jetzigen Tätigkeit sicher. Als Problem und weitere Belastung bei der Arbeit mit den behinderten Menschen beschreibt sie den anhaltenden Zeitmangel für diese Menschen und deren Bedürfnisse. Diese Lern-erfahrungen und Erkenntnisse und ihr schon früheres Interesse für die Arbeit mit Obdachlosen habe ihre jetzige Wahl des Arbeitsplatzes mit beeinflusst. Außerdem habe es sie wieder gereizt, in einem neuen Projekt mitzuarbeiten, etwas mit initiieren und beeinflussen zu können. Ihr Gestaltungsspielraum bei ihren aktuellen Aufgaben an der jetzigen Stelle sei gut. Das heißt, die Entscheidungskompetenzen, was sie tun darf und was nicht, sind auf einem Niveau, das ihr zusagt. Sie betrachtete es außerdem als Herausforderung, zu sehen, wie die Leute im Team mit den Klientinnen umgehen, wann diese »gelassen« oder »gedecktelt« werden. Für ihre Klientinnen Zeit zu haben, ist ein Qualitätsmerkmal, das sie im Moment genießt. Grundsätzlich glaubt sie, dass sie nicht selbst alles erfahren haben muss, um beruflich kompetent zu sein. Als Fachkrankenschwester kann sie alle ihre Kompetenzen, die sie sich inzwischen erworben hat, an ihrem neuen Arbeitsplatz einbringen. Wechselseitigkeit ist ihr wichtig. Einerseits beobachtet sie ihre Klientinnen mit deren Problemlagen, die sie anerkennt und achtet; umgekehrt stellt sie fest, dass sie auch einiges aus dem Verhalten ihrer Klientinnen lernen könnte, zum Beispiel, wie sie als Obdachlose überleben könnte.

Frau B.: »Und mit Basisarbeit meine ich – ja, was hat das mit mir zu tun? – hmm (*lacht*) und (*lacht*) mir tut es einfach gut. (*Pause*) Ja doch, ich kann es dir sehr konkret sagen (*Pause*) etwas (*lange Pause*) ich fühle mich in dieser Gesellschaft von vielem bedroht und ich habe Angst und ich fühle mich immer wohl oder besser, wenn ich etwas dagegensetze. Und das war gegen die Atombombe damals



(*lacht*) und es war wie gesagt immer wieder gegen Tschernobyl (*lacht*) und so weiter. Und es ist in meinem Arbeitsbereich so, dass ich mir da denke, warum in die Ferne schweifen, wenn doch Obdachlose hier sind, und ich lerne ja was von denen und ich lerne ja auch – was weiß ich – wie man (*Pause*) überleben kann, selbst als Obdachlose.

I: Ich wollte grade fragen, was ist das, was du lernst? Wie man überleben kann? Oder mit wie wenig man auskommen kann? Das hast du mich nämlich am Telefon gefragt, ob ich weiß, mit wie wenig Obdachlose auskommen?

Frau B.: Ja, 90 Euro und keine Fahrkarte, alles mit Streifenkarte und es ist, denen wird ja das ganze Geld weggenommen und dann bleibt ein Taschengeld halt. Dadurch haben sie natürlich Vollverpflegung und Appartement, das ist auch ein Service, aber es wird natürlich von den Frauen nicht so gesehen und da kommt so dieser Wunsch nach Selbstbestimmung. Angst, es nicht zu schaffen, selbstbestimmt leben zu können und dann wird halt viel Geld einfach für den Aufenthalt abgezogen, für die Miete, die können ja da bleiben bis sie sterben. Aber eine oder zwei, die kommen gerade frisch aus dem Berufsleben, für die ist es noch am schwierigsten, weil die bekommen dann ihre Rente, und kriegen dann ganz viel abgezogen, aber behalten immer noch mehr als die anderen. Es gibt auch welche, die 90.- Euro haben, auch die kommen irgendwie aus. Ich weiß nicht wie?!

I: Hmm.

Frau B.: Es sind Frauen, die rauchen, trinken.« (ebd., Zeilen 548–773)

Ihr Blick auf die Klientinnen in der neuen Einrichtung führen uns Leserinnen und Leser die Frauen und deren Bedürfnisse lebendig vor Augen: Sie trinken und brauchen viel Freiheit. Der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben und gleichzeitig die Angst, »es nicht zu schaffen«, ist groß.

Die Frauen wollen sich mit ihrer Krankheitsgeschichte nicht auseinandersetzen, aber es gibt in dieser Einrichtung kein Zeitlimit, »die können bleiben, bis sie sterben«. Viele der Frauen dort haben bereits viele Probleme und Belastungen hinter sich und sind durch »diese Schleusen« gegangen. Was damit konkret gemeint ist, bleibt unklar.

#### **Passungsformen – oder: Wie hoch ist der Preis für die Anpassung?**

Frau B. wehrte die Psychiatrie als beruflichen Aufgabenbereich zunächst ab, weil die Psychiatrie »nicht sehr schön« ist. Für die »andere Psychiatrie« entschied sie sich erst später. Hier höre ich einen Widerspruch, der sich mir anhand des Interviews nicht erklärt. Dagegen klingt eine Angst an, als sie über die große Anpassungsbereitschaft ihrer Kolleginnen und Kollegen berichtet. Schon an der alten Arbeitsstelle habe sie gespürt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kaum noch Kritik üben. Dieses »Wie-toll-wir-sind« sei ihr zu viel Lobhudelei, »das sind die Zeiten!« Doch auch sie hat sich zurückgehalten und nichts gesagt, sie will »ja auch ihren Arbeitsplatz behalten« (ebd., Zeilen 444–447).

Im Übergangwohnheim beobachte sie unterschiedlichste Weisen, wie sich die Klientinnen in der Institution einleben. Sie erlebe Frauen, die sich sehr angepasst verhalten, und andere, die sehr stark und selbstbewusst auftreten.

Frau B. ist eine von nur wenigen Interviewpartnerinnen aus der gesamten Stichprobe, die formuliert, dass die Mitarbeiterinnen Angst um ihren Arbeitsplatz haben. Auch wenn sich diese Angst am Arbeitsplatz nur indirekt zeigt<sup>100</sup> und nicht konkret thematisiert wird. Die Angst, man könnte nicht mehr gebraucht werden, teilt sich auch mit, wenn in einer Einrichtung professionelle Helfer (hauptamtlich) und Bürgerhelfer (ehrenamtlich) mitarbeiten.

Diese Konkurrenzsituationen zwischen hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen spricht Sennett unter dem Blickwinkel der *Nützlichkeit* an.

#### 4.3.7 Nützlichkeit und Anerkennung beruflichen Handelns

Der Aspekt der *Nützlichkeit* interessiert mich im Kontext meiner Fragestellung, weil er vor allem in zwei Bereichen eine Rolle spielt: im öffentlichen Dienst und bei Menschen, die unbezahlte Arbeit im Haushalt leisten. Sennett bezieht sich hier auf den soziologischen Begriff des Status. »Man besitzt einen Status, wenn man durch Institutionen eine gewisse Legitimation erhält; und dazu gehört auch ›nützlich sein‹. Es bedeutet, nicht nur privat etwas Gutes zu tun, sondern mit seiner Tätigkeit auch öffentliche Anerkennung zu finden.« (SENNETT 2005, S. 151) Aus diesem sozialen Grund würde Sennett eine progressive Politik befürworten, die den Staat als Arbeitgeber stärkt, anstelle der Privatisierung des öffentlichen Dienstes. In der Regel verrichten Frauen unbezahlte Arbeit; sie versorgen Familie und Kinder und pflegen bei Bedarf ihre Angehörigen und alten Eltern. Diese unentgeltliche Arbeit wird, ähnlich wie ehrenamtliche Tätigkeit, gesellschaftlich auch nicht gesehen, obwohl sie Sozialkapital darstellt. Die Pflegetätigkeit kann als Ausdruck von Liebe interpretiert werden, aber sie hat keinen öffentlichen Status. »›Nützlichkeit‹ ist mehr als ein utilitaristisches Tauschverhältnis. Sie ist eine symbolische Zuschreibung, die größeren Wert besitzt, wenn sie vom Staat ausgeht, wie es selbst für die untersten Beschäftigungsgruppen des öffentlichen Dienstes gilt, nicht aber für die Menschen, die im Haushalt arbeiten.« (ebd., S. 153). Dieser Aspekt scheint mir wesentlich – auch für meine Studie. Kann ich an konkreten Interviewausschnitten erkennen, ob die befragten Interviewpartnerinnen und -partner ihre *Nützlichkeit* für

---

100 Ich vermute, dass diese Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, einen extremen Anpassungsdruck erzeugt, denn wer die Leistungsansprüche nicht erfüllt, wird früher oder später zumindest versetzt werden. Eine Diskussion über dieses Thema im gemeindepsychologischen Forschungsseminar bestätigte diese Annahme.

sich sehen und davon profitieren? Wie bewerten sie diese *Nützlichkeit* für sich selbst und wie für ihre berufliche Identifikation? Gibt es unter dem Aspekt der *Nützlichkeit* eine gesellschaftliche Gleichwertigkeit zwischen Professionellen und ihren Klientinnen und Klienten? Diese Fragen werden im folgenden Abschnitt über das Helfen (vgl. Kapitel 4, Abschnitte 4.6.1 und 4.6.2) eine Rolle spielen und genauer untersucht werden.

Sennett bietet für diese Fragestellungen ein soziologisches Konzept an, wie der Einzelne diese Fragen für sich lösen könnte. Die *handwerkliche Einstellung* bedeutet, eine Basis mitzubringen, um »etwas um seiner selbst willen gut zu tun«. Er schlägt dem Einzelnen vor, bei seinem Tätigsein diese *handwerkliche Einstellung* mitzubringen und so eine neue Kultur zu schaffen, die ein gesellschaftliches Gegengewicht setzen könnte. Darin sieht Sennett eine radikale Herausforderung für die Gesellschaft (ebd., S. 154).

Dazu passt auch der Titel des Tagungsbands der Gütersloher Fortbildungswoche: *Jeder Mensch will notwendig sein* (DÖRNER 1995), worin Dörner sich für die psychisch Kranken einsetzt, die ebenfalls einer *sinnstiftenden Tätigkeit* nachgehen können sollen. Und Sennett bezieht sich auf den Psychologen Abraham Maslow und die Prozesse des wandlungsfähigen Ich. Demnach ist das ideale Ich »sensibel, offen für Erfahrungen, wachstumsfähig und voll potenzieller Kräfte« (SENNETT 2005, S. 154). Die handwerkliche Einstellung dagegen ist eingeschränkter, weniger weitreichend.

»Die Sorge, etwas richtig zu tun, mobilisiert zwanghafte Elemente des Ich. Und etwas richtig zu machen, kann dann zu einem kleinlichen Besitzstandsdenken führen. Konkurrenz ist dem Handwerker keineswegs fremd, und ein guter Handwerker, ob er nun Programmierer, Musiker oder Zimmermann ist, kann äußerst intolerant gegenüber Menschen sein, die unfähig oder einfach nicht so gut sind.

Aus all diesen Gründen besitzt die handwerkliche Einstellung einen Vorzug, der dem in der neuen Kultur vertretenen Idealbild des Beschäftigten, des Schülers oder Bürgers fehlt. Und das ist das Gefühl der inneren Verpflichtung. Hier geht es nicht allein darum, dass der obsessive, wettbewerbsorientierte Handwerker sich verpflichtet fühlen mag, etwas gut zu tun, sondern mehr noch darum, dass er an den objektiven Wert seines Tuns glaubt.« (ebd., S. 154)

Dieses Interviewbeispiel zeigt mir eine Frau, die das Konzept der *handwerklichen Einstellung* nach Sennett umsetzt. Frau B. identifiziert sich mit ihrer Arbeit, sie erkennt ihre Fähigkeiten und ihre Grenzen. Sie bemüht sich, ihre eigenen Bedürfnisse mit den gegebenen Arbeitsbedingungen in Einklang zu bringen. Oder anders gesagt: Sie will sinnstiftend tätig sein.

## 4.4 Menschenbild – Klientenbild

### 4.4.1 Helfen als Beruf

#### Allgemeine Vorüberlegungen, eine Annäherung an ein Normativ

Auf der Suche nach Menschenbildern verstand ich nach einer anregenden Diskussion im Forschungsseminar, dass meine Fragestellung nicht nur das Menschenbild an sich, sondern auch das eigene Berufsbild, die eigene Helferrolle und infolgedessen auch das Klientenbild betrifft. So betrachte ich einige allgemeingültige Gedanken über *Helfen als Beruf* voran, um diese anhand der weiteren Interviewbeispiele zu diskutieren.

Wolfgang Schmidbauers<sup>101</sup> Buch *Die hilflosen Helfer*, gehörte in den 70er-Jahren schon zu den Klassikern der psychosozialen Bibliothek und war quasi Pflichtlektüre für professionelle Helferinnen und Helfer. Fengler<sup>102</sup> hat in seinem Buch *Helfen macht müde* Schmidbauers erste psychoanalytisch interpretierte, kritische Position erweitert und differenziert und auf eine solide breitere Fachbasis gestellt. Beide Autoren ermöglichen den professionellen Helfern, sich mit ihrer Helferrolle auseinanderzusetzen.

Immer wieder fällt auf, dass wir Helferinnen und Helfer in verschiedenen Einrichtungen und in verschiedenen Positionen ein großes Arbeitspensum haben, demnach viel arbeiten und einem großen Leistungsdruck unterworfen sind. Besonders bei diesen sozialen Berufsgruppen spielen verinnerlichte Pflichtgefühle, Pflichtbewusstsein, Selbst- und Fremdverantwortung eine wesentliche Rolle. Der Weg vom Beruf zur Berufung ist nicht mehr weit.

Mit der Annahme, dass sich berufliches Handeln an den eigenen sozialen Werten orientiert, die sich wiederum auf das eigene Menschenbild beziehen, stellt sich die Frage, ob und wie der Kreis professioneller Helfer die eigenen Menschen-, Berufs- und Klientenbilder wahrnimmt und zwischen diesen unterscheidet.

#### Die Helferrolle

Fengler zeigt verschiedene Impulse des Helfens: Im Alltag *spontane Hilfsbereitschaft*, *Anteilnahme*, *Helfen aus Ratlosigkeit*, um eine Lücke zu füllen in Form der helfenden Beziehungsgestaltung, als *Kontaktersatz*, als *Abwehr oder Thera-*

---

101 Wolfgang Schmidbauer, 1941 in München geboren, studierte Psychologie, arbeitete als Psychotherapeut in Einzel- und Gruppentherapie, ist freier Schriftsteller und Journalist (SCHMIDBAUER 1977, Klappentext).

102 Jörg Fengler, studierte Psychologie und ist Professor an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln. Unter anderem arbeitet er als Trainer für Gruppendynamik, ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Gruppendynamik*, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Forschungsgemeinschaft »Das körperbehinderte Kind« und veröffentlichte eine Reihe von Fachbeiträgen (FENGLER 2008, S. 2).

*pie eigener Probleme*, als *Schicksal*, wenn jemand zwanghaft helfen muss und nicht anders kann. *Helfen als Ware* beschreibt, dass Helfen als professionelle Form gelernt wird, um sie als Dienstleistung anzubieten. Dies ist ein Weg, der von der früheren christlichen Nächstenliebe wegführt. Helfen wird so zur Ware, die ver- oder gehandelt werden kann, wie Schmidbauer hervorhebt (FENGLER 1991, S. 13 f.).

Um dem möglichen Menschenbild meiner Interviewpartner besser auf die Spur zu kommen, scheint es mir wichtig, das *Abstinenzprinzip* zu verstehen, das Freud<sup>103</sup> in der Helferpraxis etablierte. Das Abstinenz-Prinzip, das hier Freud zugeschrieben wird, erinnert mich allerdings auch an den Zölibat der katholischen Kirche, die Seelsorge von Geistlichen, denen ebenfalls eine altruistisch geprägte Zugewandtheit im Kontakt zu den Menschen in ihrer Gemeinde zugesprochen wird.

Es sei nicht ganz leicht, den Alltag der Lebensräume von Helferinnen und Helfern zu beschreiben, überlegt FENGLER (ebd., S. 14). Im Gegensatz zu Sennetts Suche nach einem zeitgemäßen Idealtyp von Professionalität, die Sennett als *handwerkliche Einstellung* betont, beschreibt Fengler verschiedene idealtypische Helferrollen. Täglich dringen die Helfer in die Welt der Anderen, ihrer Klienten, ein. Dieser Zugang ist einseitig, denn den Klienten wiederum ist der Zugang in die Welt der Helfer strikt verwehrt.

»Viele Helfer sind also in den langen Jahren der Berufsarbeit nahezu verstummt, was das eigene Leben angeht. (...) Das von Freud formulierte segensreiche Abstinenz-Prinzip wirkt da noch fort. Die dem Helfer auferlegte Zurückhaltung erstreckt sich auf viele Bereiche. So soll er keine Ratschläge geben, auf Wünsche des Klienten nur in kontrollierter Weise eingehen, seine Inszenierungen nicht mitmachen und die Behandlung nicht gegen dessen Willen beenden. In der Freud-Nachfolge ging man so weit zu erörtern, ob der verheiratete Helfer einen Ehering tragen dürfe oder ob dies schon zu viel über ihn verraten werde. Heute wird das Abstinenz-Prinzip nicht mehr so streng gehandhabt wie früher; im Grundzug hat es seine Gültigkeit aber behalten.« (ebd., S. 14 f.)

Als Motive für die Berufswahl stehen *das Interesse an sich selbst*, die *Existenzsicherung*, das heißt: helfen als Dienstleistung, als »Ware«. Wenn der Helfer die Überlegenheit über den anderen genießt, ist es eine Motivation der *Macht und Abhängigkeit*. Dem Helfertyp der *Machtposition* schreibt Fengler zu, dass er andere Menschen durchschauen, das Verborgene erkennen, von sich selbst dagegen nichts preisgeben will. »Auch die Möglichkeit, jemandem in Unglück

---

103 Der Begründer der Psychoanalyse *Sigmund Freud* (1856–1939), studierte Medizin in Wien, war Mitglied des Physiologischen Instituts Wilhelm Brückes (1876–1882), ab 1885 Privatdozent für Neuropathologie, ab 1902 Titularprofessor, 1938 emigrierte er wegen seiner jüdischen Abstammung nach London (KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 370).

und Ohnmacht zu helfen und selbst dadurch bedeutend zu sein, ist vermutlich ein starkes Motiv, einen Helferberuf zu wählen.« (ebd., S. 17f.)

Erstgespräche verlangen vor allem Respekt dem Betroffenen gegenüber. Als Kennzeichen von Helferverhalten zählt Fengler *Einfühlung, Macht, Modellfunktion, Projektionsgelegenheit, Belohnung und Bestrafung, Interpretation, Menschenbild, Helfen durch Lassen, Konfrontation, Sinnfindung, Parteilichkeit* und *Mit-Leiden* auf (ebd., S. 21–31).

Der Helfer steht demjenigen gegenüber, dem er helfen soll, will, muss, kann – und manchmal auch nicht helfen kann. Diese Aufgabe stellt eine beständige Herausforderung an die Person des Helfers dar. Im Laufe der Berufstätigkeit bringt jede Berufsgruppe berufstätigkeitsbedingt typische *Deformationen*<sup>104</sup> mit sich. Dabei beschränkt sich FENGLER auf die Helferperson selbst, ihre Interaktion, das Team und die Institution (ebd., S. 32). Als Gegenbild der beruflichen Deformation steht für ihn zum Beispiel Frische, Lebendigkeit, Präsenz (ebd., S. 33). Berufliche Deformationen sind oft charakteristische seelische Vorgänge wie Dauerbelastung, Überidentifikation, Wahrnehmungsselektion, blinde Flecken, Interessensverarmung, gedankliche Dürre, erstarrter Gestus und Ausdruck, abrufbare Gefühle, die Automatismen ähneln (ebd., S. 33–39).

Veränderungen dieser Art können vonseiten der Helfer kritisch reflektiert werden. Jeder kann für sich selbst einen Ausgleich zur beruflichen Belastung suchen. Im Gegensatz zu dieser individuellen Lösung könnte im Idealfall die Leitung einer sozialen Einrichtung dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz passen, um von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den professionellen Helfern, auch dauerhaft bestmögliche Leistung zu erhalten. Mit dieser Idee, fürsorglich im Umgang mit sich selbst, dem Team und der Institution zu sein, warb in den Anfangsjahren auch die Sozialpsychiatrie. Die Helferhaltung bei der sozialpsychiatrisch orientierten Arbeit weist weitere Feinheiten auf.

An dieser Stelle lade ich Bosshard, Ebert und Lazarus<sup>105</sup> dazu ein, in dieser Studie den Diskurs zu erweitern. Die drei Autoren verweisen bei der professi-

---

104 Für Fengler sind alle Schädigungen und Verformungen, Fehlentwicklungen, Abnutzungen, Verschleißerscheinungen, Erstarrungen, Fehlorientierungen, Entfremdungen, Realitäts- und Wahrheitsverluste und Verkennungen im Erleben, Verhalten und Denken, die im Laufe der Berufstätigkeit und durch die Berufstätigkeit bedingt auftreten *berufliche Deformationen* (FENGLER 1991, S. 32).

105 Marianne Bosshard, geb. 1942, Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, lehrt Sozialmedizin und Psychopathologie.

Ursula Ebert, geb. 1953, studierte Sozialpädagogik, unterrichtet Didaktik und Methodik der Sozialpädagogik.

Horst Lazarus, geb. 1942, studierte Psychologie, unterrichtet Klinische Psychologie und Psychotherapie und arbeitet als Gutachter u. a. an Familien- und Vormundschaftsgerichten (BOSSHARD et al. 2001, S. 415). Gemeinsam veröffentlichten sie das Lehrbuch *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie*.

onellen sozialpsychiatrischen Helferhaltung auf eine phänomenologische und eine hermeneutisch orientierte Zugangsform. Beide Zugangsformen eröffnen ein differenziertes Helferverständnis.

»Die phänomenologische Grundhaltung als Mittel und Weg für ein differenziertes Problem- und Menschenverständnis« begründet sich auf Husserl (1859–1938). Die Dinge sollen so erkannt werden, wie sie in Erscheinung treten. Auf dieser Grundlage entwickelte Carl Rogers in der Nachkriegszeit die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, die sich als Lebenshilfe für alle Bereiche und für Menschen mit psychischen Anpassungsproblemen eignet (BOSSHARD et al. 2001, S. 91). Mithilfe dieses Konzeptes konzentriert sich der professionelle Helfer auf die Themen und Probleme des Dialogpartners. Die eigenen subjektiven Erfahrungen, eigene Werte und Normen und Theoriewissen bleiben dabei weitgehend außer Acht. Es geht um die Akzeptanz des Gegenübers, ihn zu verstehen, ihn nicht zu be- oder verurteilen. Der Helfer soll sich bewusst sein, dass es trotzdem Vorurteile gibt, die er in die Beobachtung mit einbeziehen kann. Kurz, es geht um das Wohl des Betroffenen. »Ausgangs- und Zielpunkt jeder pädagogischen Arbeit ist die Achtung und Anerkennung des Individuums mit seinem Eigenwert, das es so durch eine ›richtige pädagogische *Beziehungsgestaltung*‹ zu unterstützen gilt, dass es zu ›seinem Leben und zu seiner Form komme‹.« (NOHL 1963, S. 134, zit. nach ebd., S. 92 f.)

»Und in diesem Verständnis konfrontiert der Pädagoge das Individuum nicht mit irgendwelchen objektiven Bildungsinhalten oder objektiven Verhaltenszielen, sondern stellt ihm diejenigen Aufgaben, die sich aus der konkreten Lebenslage und der subjektiven Realität des Individuums selbst ergeben.

Es leuchtet unmittelbar ein, dass eine phänomenologische Haltung in der Arbeit mit psychisch Kranken von besonderem Wert und Nutzen sein kann.« (NOHL 1963, zit. nach ebd., S. 93)

Eine berufliche Haltung wie diese, die das Authentische betont, prägt. Eine so verstandene professionelle Kompetenz spielt zum Beispiel bei Psychose-Seminaren eine wesentliche Rolle. Sie ermöglicht den Betroffenen, in einem geschützten Rahmen ihre Scham und den Makel der Erkrankung etwas abzulegen, sich zu öffnen, von sich zu erzählen und verhindert so die Gefahr von sozialem Rückzug und innerer Isolation (ebd., S. 93 f.).

Der phänomenologische Ansatz achtet vor allem auf die Andersartigkeit, eine Haltung, die bei der therapeutischen Arbeit der Empathie entspricht. Die Achtung vor dem Anderssein eröffnet eine Neuorientierung in einem moralischen Raum, eine neue Sinnfindung, bis hin zu einer neuen Identität (ebd., S. 94). Ich selbst erkenne daran zwei Seiten: diejenige der Annahme und Akzeptanz meines Gegenübers und diejenige des Auftrags, beziehungsweise seines Anliegens. Wenn sich der Helfer zu sehr der Wahrnehmung seines Klienten annähert, kann diese phänomenologische Haltung auch kontraproduktiv wirken, wenn sie verhindern

würde, dass vor lauter Verstehen zum Beispiel existenzsichernde Fragen ungelöst blieben.

Demgegenüber steht das hermeneutische Sinnverstehen. Das heißt, dass der Mensch, anthropologisch gedacht, nach einem Sinn seines Tuns sucht.

»Hermeneutisches Verstehen entspricht einem anderen Verstehens- und Interpretationsprozess als das phänomenologische Verstehen. Der dialogisch arbeitende Phänomenologe lässt sich auf den normalen Kommunikationsprozess ein und versetzt sich sozusagen mittels *E m p a t h i e* in die private Wahrnehmungswelt des Gesprächspartners, nimmt von Moment zu Moment und von Situation zu Situation die sich ständig verändernden Gefühle, Bedeutungen und Bedürfnisse seines Gegenübers feinfühlig wahr (...).

Der Hermeneutiker lässt sich ebenso auf seinen Gesprächspartner ein, redet und handelt mit ihm, nimmt sich selbst wie vor allem sein Gegenüber verhaltens- und gefühlsmäßig zur Kenntnis, distanziert sich dann aber in einem weiteren Schritt von ihm. Er tritt gleichsam ein Stück weit zurück und betrachtet die Art und Weise, wie ihm etwas vermittelt wird, von verschiedenen Seiten aus und gelangt so eventuell von einem vordergründigen Sinn und Zweck des Dargebotenen zu einem versteckten und hintergründigen Sinn und zu nicht bewussten Absichten, und zwar mittels einer Deutung der Zeichen und Merkmale der jeweiligen Mitteilungen. Im hermeneutischen Verstehen geht es immer auch um die Absichten und Motive eines Akteurs, also darum, zu verstehen, warum oder wozu etwas geschieht.« (ebd., S. 95)

Ich möchte deutlich machen, wie sehr die Person des Helfers mit dieser Haltung in seiner täglichen Berufspraxis verschwindet, gleichwohl er bei seinem beruflichen Handeln voll und ganz auf seine subjektive Seite, seine Person mit seiner Authentizität angewiesen ist. Diese Diskrepanz bedeutet ein Ungleichgewicht zwischen den Positionen des Helfenden und desjenigen, der unterstützt werden soll. Watzlawick würde diese beiden Positionen auf eine superiore und eine inferiore Ebene einordnen (WATZLAWICK 1990<sup>8</sup>, S. 69 f.), das heißt, die superiore Ebene ist der inferioren Ebene überlegen und stört somit eine gleichberechtigte Position, wie sie als Ideal von professioneller Hilfe propagiert wird.

Demnach könnten professionelle Helfer im Privatleben ein anderes Menschlichkeitsverständnis haben als im Beruf. Es gibt – so konstruiert – Menschenbilder, Berufsbilder, Helferbilder und Klientenbilder, die voneinander abweichen können. Darüber hinaus spielt es im psychiatrischen Berufshandeln eine große Rolle, sich an der Realität zu orientieren und sich den realen Bedingungen anpassen zu können, ein Aspekt, der auch die Wertediskussion mit beeinflussen wird.

An dieser Stelle will ich auch auf institutionelle Rollenkonflikte hinweisen, um das Bild der professionellen Helfer halbwegs zu vervollständigen. Nach Fengler sollen institutionelle Bedingungen nicht personalisiert werden und nicht zugunsten oder zuungunsten der Helfer als »gute oder geringe Integrationskraft«



gedeutet werden. Eine institutionelle Rollenvielfalt ist struktureller Art und jeder Helfer ist ihr ausgesetzt (FENGLER 1991, S. 97).

»Der Helfer wird vom Klienten, seinen Angehörigen, der Öffentlichkeit, dem Team, dem Supervisor und dem Träger der Einrichtung mit jeweils unterschiedlichen Rollenerwartungen belegt. Dinslage (1983) hat 28 Rollenerwartungen zusammengestellt, die an Mitarbeiter therapeutischer Gemeinschaften gerichtet werden: Helfer, Mutter, Vater, Freund, Kumpel, Vorbild, Mann/Frau, Erlöser, Bündnispartner, Fachmann, Verwahrer, Reparateur, Erzieher, Interessent, Mit-helfer, Mitstreiter, Hilfesuchender, Lernender, Verwalter, Kontrolleur, Krisenmanager, Imagepfleger, Klientenwerber, Kostenverwalter, Buchhalter, Zahlmeister, Ökonom, Dokumentar/Berichter. Zwischen ihnen allen Klarheit und Balance zustandezubringen, stellt eine ungewöhnliche Anforderung an Helferinnen und Helfer dar, zumal sie sich oft weder Klienten noch Angehörige oder Träger aus-suchen können und die Möglichkeit, Abneigung gegen sie alle zu äußern oder sich vor ihnen zu verstecken, nicht vorgesehen ist.« (ebd., S. 97f.)

Demnach agieren Helfer in verschiedenen Rollen, die jeweils Ausschnitte des allge-meinen menschlichen Handelns aus der Vielfalt des *Menschenbilds* oder des *Klien-tenbilds* nach außen darstellen. Das *Klientenbild* könnte dem entsprechen, was die »guten Helfer« vom Hilfesuchenden erwarten. Diese Erwartung kann besonders in der Psychiatrie vonseiten des psychisch kranken Menschen ganz anders sein. Somit bedeutet psychiatrisches Helfen in der Praxis häufig auch, ambivalente Situationen der Betroffenen auszuhalten oder deren Widersprüche stehen zu lassen.

Aber auch andere Widersprüchlichkeiten sind gegeben, wie zum Beispiel die Diskrepanz zwischen dem Arbeitspensum, das die Mitarbeiter täglich leisten, und der Leistungsfähigkeit der Klienten, die in der Regel den gesellschaftlichen Arbeitsanforderungen nicht mehr standhalten können. Umgekehrt dürfen sich die Patienten unter Umständen Dinge erlauben,<sup>106</sup> die sich der disziplinierte professionelle Helfer in der Regel nicht leisten wird. Diese Unterschiede werden von professioneller Seite mit der Kategorie des Verantwortungsspektrums des Betroffenen beurteilt. Deutlich wird, dass es diese unterschiedlichen Leistungspositionen der Helfer und ihrer Klienten gibt. Der Helfer will auch Gutes tun und sinnvoll arbeiten. So bestimmt die Suche nach der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns die Helferposition des professionellen Helfers, ein Aspekt, den ich auch bei Sennett entdeckte, wenn er bei der *handwerklichen Einstellung* vom Glauben an »den objektiven Wert seines Tuns« spricht.

Mit diesen Überlegungen gehe ich wieder in die Praxis, um anhand des In-terviews *Helfen mit und ohne Grenzen* exemplarisch einige dieser Aspekte zu dokumentieren.

---

106 Den Patienten wird der Freiraum zugestanden, sich nicht anpassen zu müssen, von der Norm abweichen zu dürfen oder »verrückt« zu sein.

#### 4.4.2 Berufliche Identität mit Empowerment-Profil – am Beispiel von Interview 2: *Der Grenzgänger*

##### Herausforderungen, Leistungsgefälle, sich an den Grenzen bewegen

I: »Bei mir schwirrt jetzt gerade dieses Wort *Grenzgänger* herum. Wo sind Grenzen für dich und wo gibt es Herausforderungen? (...) [Mit deinem Beruf] hast du dich für etwas entschieden, mit dieser Haltung hast du deinen Beruf angetreten und in dieser Laufbahn hast du auch sehr viel geschafft. Wie würdest du diese Haltung beschreiben? Was ist dir da – ja, wichtig – und was bewegt dich auch immer wieder? Was hält dich da auch immer wieder so dran? Was gibt dir auch Feuer oder die Energie?

Herr N.: Ja gut, es ist bei uns natürlich schon auch so der Punkt, da mach ich mir nix vor, der Hang zum Besonderen.

I: (*lacht*) Aha.

Herr N.: Also dass wir dann einfach Geschichten haben, die andere nicht erleben.

I: Das ist auch das Besondere an der Psychiatrie.

Herr N.: Ja, das ist das Besondere an der Psychiatrie und das gilt auch, denk' ich, für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, irgendwo zu arbeiten, wo nicht – ja, was nichts Gewöhnliches ist. Da mach' ich mir nichts vor. Das ist natürlich auch so 'ne – so 'ne Triebfeder, die passt, denk' ich, auch zu mir, irgendwas zu tun, was keine Fließbandarbeit ist. Also ich kenn' mich ja auch, denk' ich, ganz gut und weiß auch, dass ich kein Durchschnittsmensch sein will. Und das spielt auch sicherlich eine Rolle, das muss ich wirklich sagen. Und dann natürlich schon auch so die Herausforderung – die Herausforderung, mit schwierigsten Leuten irgendwie klarzukommen und Wege zu finden, dass sie nicht den traditionellen Weg gehen müssen. Das hat natürlich auch wiederum was mit dem Besonderen zu tun. Ob und inwiefern das noch vermittelt ist, ich hoffe es zumindest, mit so einem tiefsitzenden, ursprünglichen christlichen Menschenbild, was mir von meinen sehr katholischen Eltern, von meiner Mutter vor allem – ja, wie soll man sagen – aufgezwungen wurde, also beide Seiten natürlich, die kirchliche Institution, die man dann abgestreift hat, obwohl man wieder beim – ich wieder bei einem katholischen Träger gelandet bin, aber schon auch so ein christliches Menschenbild, sich für die Schwächeren einzusetzen, Schwache nicht zu belachen. Also kann ich mich gut dran erinnern, wie da so meine Eltern meinem Bruder und mir so bestimmte Dinge mit – ja so, auch durch ihr Vorbild – auf den Weg gegeben haben eben da, wenn jemand jetzt behindert ist oder ob er arm ist oder sonst was, dass der im Prinzip s'gleiche Recht hat wie alle anderen, aber das haben sie uns, ich denk', das ist schon etwas, was sich, glaub' ich, sehr stark und auch tief drunten gesetzt hat. (...) dann natürlich auch der Ehrgeiz, der persönliche Ehrgeiz, den ich entwickelt habe, etwas zu erreichen, Karriere in gewissem Sinne zu betreiben, und dann auch

diese Eigendynamik, die sich, denke ich, entwickelt, wenn man eh immer unzufrieden ist und noch mehr erreichen will in der Arbeit, dass sich dann einfach 'ne Eigendynamik entwickelt, aus der man gar nicht so leicht rauskommt, also was die berufliche Karriere betrifft.« (Interview 2, Zeilen 368–415)

Herrn N.s beruflicher Weg war von Anfang an der Sozialen Arbeit gewidmet. Sein Engagement für die Sozialpsychiatrie begann schon an seinem ersten Arbeitsplatz. Bei ihm stelle ich exemplarisch die Frage, ob er beruflich ein anderes Menschenbild kultiviert als für sich selbst? Welches Berufsbild hat er, gibt es eine Vorstellung vom »guten Helfer« und wie sieht diese aus? Dies will ich genauer unter die Lupe nehmen, auch Widersprüchliches herausfiltern. Zum Beispiel arbeitet Herr N. in leitender Position, er arbeitet 65 Stunden pro Woche und hat einen hohen Leistungsanspruch sowohl an sich als auch an seinen Mitarbeiterkreis. Wie wird mit diesem unterschiedlichen Leistungseinsatz in einer Einrichtung umgegangen, wenn der Vorgesetzte in seiner Vorbildfunktion so viel Einsatz bringt, seine Mitarbeiter jedoch ihre Zeit und Energien vielleicht auch anders verteilen wollen und müssen? Auch in diesem Interview wurde deutlich, dass die meisten Einrichtungsleiter ein riesiges Arbeitspensum zu bewältigen haben. Diesen Kontrast zwischen ihm und seinen Mitarbeitern will Herr N. ausgleichen, wenn er sieht, dass seine Mitarbeiter auf ihrer »normalen« Mitarbeiterebene quasi als Puffer funktionieren. Denn sie und nicht er, bestreiten den Berufsalltag, zum Beispiel im Sozialpsychiatrischen Dienst:

Herr N.: »Und das hat natürlich dann so 'ne Eigendynamik, dass dann der Terminkalender immer voller wird und die berufliche Perspektive, die Arbeit, eigentlich im Vordergrund steht.

I: Mhm. Aber dich alleine, persönlich, privat, ist da dann noch Zeit, Raum oder –

Herr N.: Wenig.

I: Ist deine Identifikation da einfach so stark, dass es dann auf das Wesentliche im Leben –

Herr N.: Also muss ich schon realistischerweise anerkennen und auch zugeben, dass – ja – die Arbeit schon, sagen wir mal, das erste Identifikationsobjekt ist.

I: Erwartest du das auch von deinen Mitarbeitern?

Herr N.: Ne, ne –

I: Ist das ein Spannungsfeld, wenn das andere anders –

Herr N.: Also das haben sie mir zumindest bisher immer so mitgeteilt, dass sie nie das Gefühl hätten, sie müssten jetzt auch so arbeiten wie ich, sondern dass ich sage, das ist mein Bier, beziehungsweise meine Sache, was ich da tu, wie ich das tu, und ich mach' das nicht nur aus altruistischen Gründen, sondern auch aus eigenen Identifikations- oder Identitätsgründen, aber ich würde das überhaupt nicht jetzt erwarten. Natürlich würde ich auch keine Leute einstellen, wo ich das Gefühl hab', die sitzen nur die Zeit ab, das ist klar.

I: Gibt's das überhaupt in der Psychiatrie?

Herr N.: Aus meiner Sicht schon ...« (ebd., Zeilen 426–446)

Herr N.: »Also, wenn er 'ne 100%-Stelle hat, soll er nicht mehr arbeiten. Ich gehe nicht von der Mehrarbeit aus, von den Überstunden.

I: Naja, auch bei 38,5 Stunden – also, ich denk', mit 40 Stunden ist wahrscheinlich da jeder dabei.

Herr N.: Ja, aber mir ist es recht, ich möchte nicht, dass jemand Überstunden macht. Natürlich machen sie alle, zum großen Teil, Überstunden, aber ich achte dann auch drauf, dass sie die Überstunden wieder abfeiern. Die Frage ist doch, was sie in diesen 38,5 Stunden machen und wie flexibel sie sind. In unserer Arbeit kommt's eher drauf an – und das macht's manchmal noch schwerer – zu sagen, gut, okay, ich komm' jetzt an einem Tag in der Woche morgens nicht und bleib' dafür abends länger. Oder wir haben am Wochenende irgend 'ne Öffentlichkeitsveranstaltung und ich bleib' am Wochenende da. Das sind dann oft die schwierigeren Dinge, wo sich so zeigt, ich möcht's sagen, natürlich bewert' ich's eigentlich, das muss ich schon sagen. Aber eigentlich dürft' man's nicht bewerten, weil ich denk', wenn jemand sagt, am Wochenende könnt' ihr nicht mit mir rechnen, es sei denn, es steht im Arbeitsvertrag drin oder wie auch immer, dann ist das nochmal was Anderes, wenn er's von vornherein weiß. Aber das sind ja auch so die Nuancen, wie jemand sich auf flexible Sachen einstellt oder nicht und das im Rahmen der normalen Arbeitszeit. Und ich denk', Flexibilität ist grad in unserm Bereich, ist in ambulanter Arbeit wirklich massiv gefragt. Also das krieg' ich immer wieder mit, ich hab' das selber 20 Jahre lang betrieben, dass sich Termine plötzlich ändern, eine Krise reinkommt oder Telefon oder dieses oder jenes, und jemand in der Tür steht, den man nicht gleich wieder wegschicken kann. Und hier so improvisiert, flexibel, phantasievoll kreativ tätig zu sein, das macht ja eigentlich die Kunst dieser Arbeit aus und das kann nicht jeder. So wie ich zum Beispiel auch nicht oder viele, die hier, denk' ich, speziell sozialpsychiatrisch arbeiten, die könnten keine Beratungsstellen-tätigkeit machen. Von Stunde zu Stunde mit soundsoviel Terminen und 'ne jeweilige viertelstündige Pause drin, das könnt' ich jetzt zum Beispiel nicht.« (ebd., Zeilen 466–495)

#### **Beruflicher Weg – seine Wünsche und Erwartungen**

Als Bereichsleiter eines umfassenden sozialpsychiatrischen Hilfenetzwerks in T., das er maßgeblich mit aufgebaut hatte, blickt er heute auf mehr als 20 Jahre sozialpsychiatrische Praxis zurück. Er verwirklichte seit 1979 sozialpsychiatrische Ideen, die er bei Franco Basaglia in Italien kennengelernt hatte. Auch die Theorien der alten Reformväter der Antipsychiatrie wie Laing, Cooper und anderen inspirierten sein Engagement und prägten seine berufliche Laufbahn. In seiner Dissertation fasst Herr N. seine langjährige Berufspraxis kritisch reflektierend und sozialwissenschaftlich zusammen.

Heute würde er gerne in die Politik gehen, diese Chance habe er verpasst. Er könnte sich eine Leitungsposition in der Forensik vorstellen, um dort ambulante Aufgaben neu zu etablieren. Er sieht sich nicht als Verwaltungsfunktionär, will von der Norm abweichen und besondere Geschichten erleben und erzählen. Er weiß um seinen Gestaltungsspielraum, den er auch seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugestehen will. Mit seinen 65-Stunden-Wochen erfüllt er einen hohen Leistungsanspruch. Diese Mehrarbeit erwartet er jedoch nicht von seinen Mitarbeitern. Allerdings erwartet er bei vollem Engagement 100-prozentige Einsatzbereitschaft, das heißt auch Flexibilität und Bereitschaft, abends und an Wochenenden Kriseninterventionen mit zu übernehmen.

#### Die Flexibilität ist ausgereizt

Herr N.: »Da muss ich vielleicht noch was dazu sagen zu dieser Geschichte mit der *Flexibilität*. Ich denke, dass sie ausgereizt ist. Und das ist etwas, wo sich bei mir Realität und Anspruch immer mal wieder beißen und ich gottfroh bin, dass ich mein Büro hier im Sozialpsychiatrischen Dienst habe, weil ich mitbekomme, dass die Ressourcen unterm Strich weniger werden und die Arbeit mehr. Und ich weiß, was die Kollegen und Kolleginnen hier machen müssen, um einigermaßen 'n Anspruch aufrechtzuerhalten. Weil ich ja grad überleg' aufgrund der Landeskürzungen, wie gehen wir mit Angebotseinschränkungen um. Auf der einen Seite können wir der Politik nicht signalisieren, wir machen einfach so weiter, sagen sie, ja gut, war ja noch Reserve da. Auf der anderen Seite haben wir einen sehr guten Ruf als Sozialpsychiatrischer Dienst in T., also sag' ich jetzt mal auch in der Politik und in der Öffentlichkeit, und den wiederum aufs Spiel zu setzen ist wieder die andere Seite, und wir überlegen jetzt, wie machen wir das. Die Kollegen sagen hier, erlaub' uns doch endlich mal oder dass wir mittags den Anrufbeantworter anstellen können. Ist natürlich ein Relikt aus sozialpsychiatrischen Ursprungszeiten. Einer hat einmal gesagt: *Der Anrufbeantworter ist der Tod der Sozialpsychiatrie*. Gleichzeitig haben wir jetzt in allen acht Sozialpsychiatrischen Diensten uns überlegt, um der Politik zu signalisieren, machen wir die Dienste alle eine halbe Stunde später auf oder schalten wir mittags den Anrufbeantworter ein. Weil ich merke einfach, mehr noch als die Ressourcen, die wir in Geld kriegen, *sind die Mitarbeiter dieses Kapital, das wir haben*. Und die muss ich pflegen. Und ich kann nicht dann einfach mit Ansprüchen kommen, die jetzt mal sozialpsychiatrisch sehr ausgeprägt sind oder von meinen, sag' ich mal, Ansprüchen auszugehen, ja gut, dann schaff' ich halt 'ne Stunde länger, dann ist's halt so. Und ich muss, denk' ich, von dem Durchschnittsmitarbeiter und der Mitarbeiterin ausgehen, die hier alle also zumindest auf meinem Bereich oder andere Einrichtung eh schon n' relativ hohes Engagement haben. Und ich fürchte einfach, wenn ich jetzt irgendwo anders säße, ein Büro für mich hätte, dann würd' ich diesen Prozess nicht mehr so mitbekommen und das will ich einfach weiter haben und auch vielleicht so

'ne – du hast nach der Motivation g'fragt. Was mich weiterhin motiviert (...) ist, ich bin weiter mit einem Bein in der Praxis drin. Also ich mach' noch Kriseneinsätze mit oder Neuanfragen oder gutachterliche Stellungnahmen oder – und hab' auch noch so 10, 12 oder 15 Klienten in Langzeitbetreuung. Also dieses möchte ich auch nicht missen, muss ich sagen.« (ebd., Zeilen 967–1003)

#### Das Lebenswerk von Herrn N.

Spürbar ist, wie intensiv Herr N. den sozialpsychiatrischen Berufsalltag mit der politischen Verhandlungsebene gemeinsam denken kann. Diese Praxisorientierung ist bei sozialpolitischen Entscheidungen nicht immer gegeben. Bezüglich seiner Person tauchen neben meiner absoluten Anerkennung für sein Engagement und seinen Einsatz für die psychisch Kranken und die psychiatrische Versorgung trotzdem Fragen auf: Mit seiner eindeutigen Identifikation mit seinem Beruf stellte er sich bereits vor, mit seinem Arbeitseinsatz und seiner Leistungsbereitschaft wirkt er unermüdlich. Wie löst er den Widerspruch zwischen seiner eigenen Leistungsorientierung und seiner Verständnishaltung seinen Klienten gegenüber auf? Klienten, die schwer psychisch krank sind, die dem gesellschaftlichen Leistungsprinzip nicht mehr folgen können und von der Gesellschaft ausgeschlossen sind, zwar in der Stadt leben, sich aber im ambulanten Getto bewegen. Mit dem ambulanten Getto könne er gut leben, für ihn ist damit ein Ziel der Sozialpsychiatrie erreicht.

I: »Und fühlt es sich so an, dass du bequem und zufrieden bist? Faul glaub' ich ja jetzt weniger (*lacht*).

Herr N.: Zufrieden schon, bequem ist die Arbeit nicht, aber die ist nirgendwo bequem. Also im Moment immer nur mit Zahlen zu jonglieren, ob's jetzt reicht da und dort, ob wir die Qualität der Arbeit mit den Ressourcen halten können und so weiter, das ist natürlich nicht grad ein bequemer Stuhl. So auszugleichen zwischen Anforderungen von den Mitarbeitern, dass sie selber gute Arbeit machen möchten und nicht mehr die Ressourcen zur Verfügung haben, so hier so zwischen den Stühlen eingeklemmt zu sein und mit den Kostenträgern zu verhandeln, das ist dann auch nicht vergnügungssteuerpflichtig. Und das müssen wir ja. Wir haben als Abteilungsleiter die Ressourcenverantwortung. Ich hab' mein Budget und das muss ausreichen, ich muss es verantworten ganz wie die Unternehmer.« (ebd., Zeilen 855–867)

Herr N.: »Also ich denke, das ist so ein Punkt, der uns alle, die jetzt so von Anfang an dabei sind, die paar Leute, der hat uns dann schon mehr getroffen. Als wir dann in der Auseinandersetzung waren, dass das Land hier, bei allem von mir aus Verständnis für Kürzungen mit einem Federstrich ein Stück weit an unserem Lebenswerk kratzt.« (ebd., Zeilen 874–878)

Dazu passt auch der Anfang des Interviewgespräches. Herr N. erinnert sich an meine Anfrage für ein Interview und das Thema dieser Studie:

Herr N.: »Mhm. Also vorneweg, wenn ich das richtig verstanden habe, kommt's

mir wieder zurück, so deine Hypothese ist ja, dass du die Gefahr siehst, dass durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und damit auch der Gesundheitsbedingungen sich schleichend, vielleicht eher auch hinterücks – wer weiß – sich die Menschenbilder, Werte verändern oder, was vielleicht noch schwieriger, schlimmer ist deshalb – aber da kommen wir vielleicht dann nochmal drauf zu sprechen – ich denke, dass das Risiko besteht, dass wir die alle im Kopf haben und in netten Vorworten formulieren und vielleicht durch die Praxis gar nicht merken, wie die wegrutschen in der Praxis.

I: Das ist mehr mein Verdacht.

Herr N.: Das fürcht' ich, dass dieses passiert.« (ebd., Zeilen 27–35)

#### 4.4.3 Helfen in heißen Kulturen

##### Verunsicherung als Ausgangspunkt

*Das Thema Werte und Menschenbilder* sinnvoll zu ordnen und diese Komplexität zu erschließen, forderte mich während meines Forschungsprozesses immer wieder. In seinem sozialpsychologischen Lesebuch *Der Mensch als soziales Wesen* schreibt Heiner Keupp:

»Es gibt Konjunkturen dafür, über das Verhältnis der Menschen zu ihrer kulturellen und sozialen Umwelt nachzudenken. Es gibt immer dann gute Gründe für diese Art von Reflexion, wenn Menschen sich in den raum-zeitlichen Bezügen, innerhalb derer sie in ihrem Alltag leben und zu bewältigen haben und innerhalb derer sie ihre Identitäten entwerfen und realisieren müssen, nicht mehr sicher sind. Es gibt historische Perioden, in denen sich Menschen nicht mehr sicher sind, ob die ›Geschäftsgrundlagen‹ ihrer alltäglichen Lebensführung noch Gültigkeit besitzen oder sich schon geändert haben.« (KEUPP 1998<sup>2</sup>, S. 15)

Diese Worte sprechen mir aus der Seele, da ich seit zwölf Jahren an einem Arbeitsplatz bin, an dem jeder nach einer Zeit der Abwesenheit (krankheits- oder urlaubsbedingt) fragt: »Was hat sich verändert, gibt es meine Stelle noch oder bin ich noch da, wo ich war oder wo gehöre ich hin?« So ein Phänomen löst Irritationen aus und das in einem Berufsalltag, der von einem großen Pensum an Stress und Empathie und Fürsorge für andere Menschen geprägt ist.

»Diese Art von Verunsicherung scheint notwendig, um für das Thema ›Der Mensch als soziales Wesen‹ Interesse über den Kreis von Fachleuten hinaus zu wecken, die sich mit einem solchen Thema professionell zu beschäftigen haben. (...) Sie verlieren dann das Signum des ›Normalen‹, das nicht ›hinterfragt‹ zu werden braucht, des ›Natürlichen‹, das halt so ist, wie es ist. Es entstehen Irritationen, die wiederum Verleugnungen und Normalisierungsversuche initiieren, aber die Unterstellung der ›Normalität‹ und ›Natürlichkeit‹ der Dinge ist schon nicht mehr zu retten, unser Verhältnis zu ihnen ist ›reflexiv‹ geworden.« (ebd., S. 15)

Darüber hinaus scheint mir die oben beschriebene Dynamik in einer sozialen Institution durchaus typisch zu sein, als Beispiel für eine gelebte Form in einer »heißen Kultur«. Die Begriffe einer »heißen« gegenüber einer »kalten Kultur« wurden in der Ethnologie von LÉVI-STRAUSS (1968) geprägt. Demnach leben die sogenannten »primitiven« Völker oder Naturvölker in »kalten Gesellschaften«, das heißt, sie folgen ihren Regeln und Riten, die konstant bleiben und somit für Veränderungen weniger anfällig sind. Dagegen zeichnen sich »heiße Gesellschaften« »durch ihr ›gieriges Bedürfnis nach Veränderung‹« aus (LÉVI-STRAUSS 1968, S. 272, zit. nach ebd., S. 16). »Heiße Kulturen« haben eine hohe Wertbesetzung für alles, was die Spannungen, die Differenzen, das Besondere und das Fortschreiten betont. Ihre Repräsentanten haben für ›kalte Kulturen‹ und deren Wertschätzung des Beständigen, Immergleichen und Allgemeinen in der Regel nur Verachtung übrig, sie gelten als ›primitiv‹ und ›unterentwickelt‹. Weniger negativ bewertend klingt die Formulierung von den ›Naturvölkern‹.« (ebd., S. 16)

In einer »kühleren Periode« können die Menschen in einem Raum-Zeit-Gefüge von Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit und Sicherheit leben (ebd., S. 16). In einer »heißeren« Entwicklungsetappe dagegen werde ein »reflexiver Zwang« freigesetzt. So werden Bedingungen menschlichen Zusammenlebens zum Thema: »Wie ist soziale Ordnung möglich?« Chaos, Zufälligkeiten, unverbundenes Neben- und Gegeneinander fallen auf (ebd. S. 17).

Die These, dass wir in einer »heißen Periode« leben, fand ich während meines Studiums in den 90er-Jahren bestätigt. Vor allem im Philosophie-Seminar war häufig vom Paradigmenwechsel, in dem wir derzeit leben, die Rede. Philosophierend verfolgten wir den Paradigmenwechsel vom Mittelalter zur Neuzeit, vom gottgefühten Weltbild zum proteischen Menschen der Moderne bis in die Postmoderne und die Folgephasen. Die bislang hier erörterten philosophisch-soziologischen Perspektiven bestimmten weitere Standpunkte zu *Werten und Menschenbildern*. Meines Erachtens ist die Überlegung: »Wie gestaltet sich professionelles Helfen in einer ›heißen Periode‹?« weit gefasst, aber trotzdem lohnend, um sie im nächsten Schritt auch mit Blick auf die Helferrolle, deren Motivation, deren Leistungsprinzip zusammen mit einem weiteren Interviewpartner exemplarisch mit einzubeziehen.

#### 4.4.4 Narrative Identität beruflichen Handelns – am Beispiel von Interview 12: *Flüchten oder Standhalten*

**Sein beruflicher Weg – viele Wechsel, seine Veränderungen, die berufliche Haltung, Wandel**

*Herr F.:* »Mhm (Pause) irgendwie bin ich da durch Zufall 'reingekommen, und bin dann in dem Metier hängengeblieben – und denk', dass ich über die Jahre, da ich es dann doch schon 23 Jahre mach' und 'ne entsprechende Kompetenz hab', einfach



auch zu wissen, was ansteht, wie man mit Patienten umgeht und das für mich die Arbeit auch erleichtert. Einfach, weil man weiß, um was es geht. Ich kenne jetzt hier in meinem Arbeitsfeld auch die psychiatrischen Strukturen, was es alles gibt an Angeboten und so für Patienten. Ja, das heißt, man kann relativ individuell und kreativ in der Einzelarbeit mit psychiatrischen Patienten – ja – Perspektiven und Konzepte entwickeln. Ansonsten find' ich gerade die Entwicklung in der Psychiatrie in den letzten Jahren ganz spannend.« (Interview 12, Zeilen 73–83)

Nach seinem Studienabbruch ist er als Quereinsteiger zufällig zur Psychiatrie gekommen und »im Metier hängengeblieben«. Damals, bei seiner Suche nach einem Ausbildungsplatz zum Krankenpfleger, erhielt er als Erstes eine Zusage in N., in einem psychiatrischen Krankenhaus. Mit inzwischen 23-jähriger Berufserfahrung fühlt er sich im Umgang mit Patienten kompetent. Er kennt die Versorgungsangebote für seine Patienten und die psychiatrischen Strukturen. In der Einzelarbeit mit psychiatrischen Patienten stehen bei ihm eine gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitete Behandlung im Vordergrund.

Dem gegenüber steht ein schwieriger Berufsbeginn, schon als Krankenpflegegeschüler.

Herr F.: »Ich bin vollkommen (*Pause*) ja, eigentlich unbedarft da eingestiegen, weil ich im ersten Einsatz in meiner Schülerzeit gleich auf 'ner Station im damaligen ›Haus für unruhige Männer‹ war. Und mein Einstieg in die klassische Psychiatrie war so, dass ich wirklich gleich am ersten Tag auf Station von einem Patienten eine kräftige Ohrfeige gekriegt hab' und (*Pause*) ich mir das dann später schon erklären konnte, weil ich den zufällig privat kannte, zu dem Zeitpunkt aber über psychiatrische Symptome nicht Bescheid wusste. Der Patient hatte Größenvorstellungen und ich hab' ihn mit seinem richtigen Namen begrüßt, aber er war zu dem Zeitpunkt jemand anders – und er hat mich eigentlich zurechtgewiesen. Was mich erschreckt hat in dem Moment, war die Reaktion der Kollegen, dass dieser Patient dann aufgrund dieser Ohrfeige, die ich gar nicht so dramatisch empfunden hab', dann sofort im Bett festgebunden wurde und gleich eine Neuroleptika-Injektion gekriegt hat, zum Sedieren.« (ebd., Zeilen 119–133)

Dieser Einsteig mit Schrecken ließ ihn an seiner Berufswahl zweifeln. Er brauchte eine Auszeit und kündigte. Nach einem fast einjährigen Auslandsaufenthalt kehrte er zum alten Arbeitgeber ins Bezirkskrankenhaus zurück. Nach langen Jahren auf forensischen Abteilungen und drei Jahren auf einer Station mit strafrechtlich untergebrachten Patienten spürte er zunehmendes Unbehagen. Keine therapeutische Funktion zu haben, sondern nur als »Büttel und Bewacher« zu funktionieren, belastete ihn sehr.

Erneut kündigte er und wurde später wieder im Bezirkskrankenhaus, jetzt zum dritten Mal, eingestellt. Diesmal landete er in einer forensischen Station mit Suchtkranken und das Dilemma dieser Doppelrolle – Ansprechpartner und Kontrolleur und Büttel – zu sein, war wiederum nicht lösbar. Der Ausweg war

dieses Mal eine Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger. So lernte er die Arbeit in einer Ambulanz kennen, seinem späteren Arbeitsfeld. »Das war dann eigentlich das erste Mal, wo ich wirklich gemerkt hab', jetzt macht's richtig Laune.« Er suchte die Patienten zu Hause in deren gewohntem Umfeld auf. Es war das erste Mal, dass er wirklich gerne gearbeitet hat, auch Spaß am psychiatrischen Arbeiten mit »Verrückten« hatte. Nach weiteren Versetzungen, erneut von Konflikten gezeichnet, ersuchte er wieder seine Versetzung in eine neue Abteilung. Er kam in die Ambulanz eines neuen Fachbereichs. Das Haus entwickelte sich, er betrat Neuland, das auch von vielen Konzeptentwürfen und Erprobungsphasen bestimmt war – insgesamt empfand er es als spannenden Prozess.

Herr F.: »Da war ich dann in der Ambulanz, was mir dann auch gut gefallen hat, und war dann auch so mit dabei, wie sich das Krisenzentrum dann auch so entwickelt hat, mit zusätzlichen Abteilungen also, anfangs gab's nur eine Tagklinik und eine Ambulanz und erst später kam die Krisenstation noch dazu, ein paar Behandlungseinheiten. Die Ambulanz wurde immer größer, immer umfassender, anfangs gab's die klassischen Zeiten ›neun bis fünf‹ (9.00–17.00 Uhr) dann wurde bis abends ausgedehnt, jetzt eben auch nachts und so, ja, das war ein ganz spannender Prozess. Da fand' ich viel Entwicklungsarbeit, viel Neuland, viel Aufregungen, viel Durcheinander, viel Konzepte und Konzepte Verwerfen, bis sich das einigermaßen etabliert hat und das war eigentlich ein ganz spannender Prozess.« (ebd., Zeilen 213–221)

Trotz seiner neu entdeckten Motivation und seinem Engagement, die Patienten ambulant zu versorgen, brauchte er nach einigen Jahren eine Zäsur. Er bekam ein Angebot, nochmal eine neue Abteilung mit aufzubauen, das er – auch im Hinblick auf »seinen Durchhänger« – gerne annahm.

Herr F.: »Vor allen Dingen war es auch wieder ganz spannend, in einem neuen Team zu sein, mit neuen konzeptionellen Entwicklungen mit einem anderen Schwerpunkt. Und jetzt bin ich eben teilstationär tätig. Perspektivisch denke ich, ist es auch nicht das Ende der Fahnenstange, irgendwann werde ich wieder mal was Anderes machen wollen, denke aber, dass ich der Psychiatrie im weitesten Sinne treu bleib'. Was sich geändert hat, so zu Beginn und jetzt nach all den Jahren, das, denke ich, ist, (*Pause*) dieses am Anfang ja doch auch Faszinierende oder Erschreckende, wenn man die Leute erst sehr psychotisch erlebt hat, das ist einer professionell nüchternen Distanz gewichen. Das heißt, ich habe eine andere Wahrnehmung oder einen anderen Blick dafür, ich denk', der auch selektiv ist, also mich auch im Alltag begleitet, dass ich wirklich in der Stadt (*Pause*) zum Beispiel mit jemand, der mit der Materie nichts zu tun hat, sehr schnell erkenne, dass jemand psychisch auffällig ist, wenn es einem Laien noch gar nicht auffällt. Einfach, dass man ein geschultes Auge für Sachen hat, ohne dass das jetzt irgendwo einen bestimmten Mechanismus auslösen würde, dass ich sag': ›Dem muss man helfen‹ oder sowas, 'ne.« (ebd., Zeilen 233–249)

### Menschenbild und Werte, Helfen und Heilen

Im Gegensatz zur totalen Fremdbestimmung, die er aus der Forensik kennt, will Herr F. *mit* den Patienten *gemeinsam* ein vernünftiges Konzept entwickeln, nicht über Patienten verfügen. Er strebt ein kooperatives Miteinander an, bei dem auch Spaß dabei sein soll, »unter Wahrung der klassischen Höflichkeitsaspekte« und der richtigen Distanz.

Seine berufliche Haltung und sein Menschenbild kommen nur indirekt zum Ausdruck. Er erkenne Probleme und Hilfebedarf, ohne dass ein »bestimmter Mechanismus« ausgelöst würde (ebd., Zeilen 247–249). Herr F. erklärt hier explizit seine Helferhaltung, der Devise folgend: schauen, sortieren, Hilfe anbieten und diese koordinieren.

Helfen sieht er als »schlimmen Mechanismus«, er sucht dazu sprachliche Äquivalente und Begriffe wie *helfende* Berufe und ärztliches *Hilfspersonal*, all das kommt von *helfen*. Das Leitbild des Krankenpflegers in der Öffentlichkeit ist, Patienten waschen, Verbände anlegen, Medikamente und Infusionen vorbereiten. In der psychiatrischen Pflege sind diese Dinge eher die Ausnahme. Er hat noch den Anspruch, einem Patienten zu helfen, aber er ist nicht mehr so überhöht wie in den anfänglichen Berufsjahren. Statt großem Engagement, machen und tun *für* den Patienten will er in Maßen vernünftig helfen, nach dem Motto: »*Was will der Patient? Was will ich? Was braucht er?* Hilfe okay, aber nicht mit diesem Helfersyndrom.« (ebd., Zeilen 278–293)

Herr F.: »[Richtige Hilfe ist] proportioniert, mit dem Patient zu analysieren, was will der Patient, was will er? Was will ich? Die nächste Frage ist, was braucht der? Ist das meine Meinung oder ist das die von ihm selber und das zu differenzieren und dann vernünftig zu helfen, in Maßen.

I: Das ist auch deine berufliche Haltung inzwischen?

Herr F.: Ja, das denke ich mir. Aber das ist etwas, glaube ich, was man erst aus der Erfahrung lernen muss, was man am Anfang nicht hat. Ich gehe immer davon aus, dass die meisten, die in helfende Berufe gehen, sei es die Pflege oder die Ärzte oder Psychologen oder Sozialarbeiter am Anfang schon von dem Gedanken, Menschen helfen zu wollen, schon sehr deutlich geprägt sind. Ich denke mir, das muss sich relativieren, weil man irgendwann mal des nimmer schafft, soviel zu helfen und dann braucht man schlechtestenfalls selber Hilfe und das ist, denke ich, auch nicht so gut.

I: Mhm.

Herr F.: Ja, kucken, das berühmte Schlagwort: seine eigenen Grenzen sehen, (*lacht*) und wissen, was ist machbar und was ist utopisch, 'ne. Vielleicht konnte ich das jetzt nochmal ein bisserl erklären.« (ebd., Zeilen 294–310)

Für mich ist Herrn F.s Helferhaltung gut nachvollziehbar; zum Beispiel seine Aussage, dass man im schlechtesten Fall dann selbst Hilfe bräuchte und deshalb auf die eigenen Grenzen achten sollte. Auch der Faktor, dass kein Helfer davor

geschützt ist, einmal die Seite zu wechseln und Hilfe zu brauchen, wird meines Erachtens von professionellen Helfern gerne verdrängt, zumindest beiseitegeschoben. Falls der Seitenwechsel doch passieren sollte: »So hofft man, ernst genommen zu werden.« (ebd., Zeile 519)

Herr F.: »Und – das andere ist immer, was ich im Hinterkopf hab', es ist ja keiner auch von den Helfern, ja von uns, gefeit, dass man nicht mal die Seite wechselt. Es gibt eine hohe Wahrscheinlichkeit. Man sagt zwar in der Statistik, dass es zwar immer die anderen trifft, aber ich glaube, in den helfenden Berufen gibt es eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit eines psychischen Problems oder einer psychischen Dekompensation wie auch immer, da, aufgrund (*Pause*) der Funktion, die man hat. Und dann sag' ich mir immer so die Maxime, ja, du weißt nie, ob du nicht selber in so eine Situation (*Pause*) kommst. Ja und dann hofft man schon, ja, dass man ernst genommen wird und dann (*Pause*), ja, ernst genommen einfach.

Das Dilemma ist, wenn man auch von der Funktion, der Professionalität heraus sieht, da muss eine Intervention erfolgen, die notwendig ist, um Schlimmeres zu verhüten, und es ist mit dem Patienten nicht verhandelbar. Das ist für mich immer ein Dilemma, das hinzukriegen, wie lange kann ich sehenden Auges, weil ich weiß, dass ich es wahrscheinlich nicht verhindern kann. Oder wie lange darf ich zulassen, bestimmte Interventionen nicht einzuleiten, auch gegen den Willen des Patienten. Ja alles, was irgendwie zusammen mit einer Zwangsgeschichte, was zur Psychiatrie auch dazugehört, da tue ich mir manchmal schwer zu sagen, wie weit schaue ich mir das an, oder wann interveniere ich? Wobei das einfach so ein klassisches Dilemma ist im Umgang, wo ich mir dann einfach grundsätzlich, wenn's geht, mir jemand anders noch oder vielleicht mehr Leute mit dazuhole, um die Entscheidung dann auf mehrere Schultern zu verteilen. Das ist das, ja *die dunkle Seite der Psychiatrie*, die hier ja auch immer wieder mal vorkommt. Wenn man einen Patienten, im weitesten Sinne, ja in irgendeiner Form zwangsbehandelt, da habe ich manchmal Bauchgrimmen das abzuwägen, was ist das kleinere Übel, weil unangenehm ist es immer. Weil es ja nicht mit dem Patienten stattfindet, sondern für den Patienten oder über den Patienten hinweg – das ist des.

Aber ansonsten ja, wünsche ich mir einen fairen Umgang, das heißt durchaus paar Regeln, die mir wichtig sind, das erwarte ich von den Patienten eigentlich eben dann auch – eben wie der Fall vorher, die leichte Kränkung, dass ich eigentlich schon auch erwarte, dass man sich an wechselseitige Absprachen hält, das heißt, dass Vorgaben meinerseits ähm, (*Pause*) es ist für mich natürlich schon auch wichtig, dass ich vom Gegenüber auch eine Rückmeldung krieg'. Ja, ich denke, das ist der normale Umgang, wie man so schön sagt, wie man normal miteinander umgeht. Ja, ansonsten immer im Hinterkopf behalten, geh mit deinen Klienten so um, wie Du halt hoffst, dass man mit Dir auch umgeht, wenn es mal so ist in so einer Situation. Das ist eigentlich so die Maxime, 'ne. Ja und dann, was mir immer auch so noch wichtig ist, Spaß miteinander zu haben, 'ne. Also, dass ich das

nicht so verbissen seh', wenn so ein engerer therapeutischer Kontakt da ist. Auch einfach mal so, ja nicht so ganz starr *Patient – Personal*, sondern, ja, auch mal normal – durchaus einen kameradschaftlichen Aspekt, da mit reinbringen unter Wahrung ja der klassischen Höflichkeitsaspekte, den Patienten nicht zu duzen, und umgekehrt, ja eigentlich Standards.« (ebd., Zeilen 511–555)

#### **Die Widersprüche der Psychiatrie verursachen *Leid* – Bewältigung, Kritik und Wünsche**

Ein Dilemma ist, wenn er mit dem Patienten krankheitsbedingt nicht mehr verhandeln kann. »Da tue ich mir manchmal schwer zu sagen, wie weit schaue ich mir das an oder wann interveniere ich?« Dann holt er sich Leute mit dazu, um die Entscheidung auf mehrere Schultern zu verteilen. Zwangsbehandlung ist die dunkle Seite der Psychiatrie.

Für sich selbst wünscht er, vonseiten der Patienten, fair behandelt zu werden. Er bemüht sich um einen normalen Umgang miteinander. Und er erwartet, dass man sich an wechselseitige Absprachen hält. Er wünscht sich eine entsprechende Anerkennung, wenn viel Energie und Mühe investiert wurden.<sup>107</sup> Manchmal sieht er Chaos und Notlagen und kann nicht helfen. Dann ist »dynamisch abwarten« eine mögliche Strategie.

Patienten, die sich das Leben genommen haben, sich suizidierten, lösen Betroffenheit aus. Nicht-abschalten-Können und Schlafstörungen sind häufig die Folge. Daneben stellt sich die Frage, ob richtig und adäquat interveniert wurde.

Im Versorgungssystem macht ihn wütend, immer verfügbar sein, funktionieren und gut funktionieren zu müssen. Die üblichen Sachzwänge, Geldknappheit, vernünftiges Wirtschaften, genug Erwirtschaften, die Plätze belegen Müssen, bestimmen den Berufsalltag. Man lässt sich von äußeren Vorgaben leicht in belastende Situationen bringen, die eigenen inneren Grenzen werden nicht mehr beachtet. Dann ist es schwer, nach Feierabend abzuschalten. Das sind Stressoren, die mit der Patientenarbeit nichts zu tun haben, die aber doch da sind und denen »man nicht so ohne Weiteres entrinnen kann«. Was tun? Da heißt es jetzt Lotto spielen und flüchten oder standhalten? Er sieht für sich in seiner Funktion kaum Möglichkeiten, Vorgaben, die (der Hierarchie entsprechend) von oben kommen, abzuwehren.

#### **Im Gegensatz zum Stadt- ein Landprofil**

– Interview 12: *Flüchten oder Standhalten*

– Interview 25: *In die psychiatrische Szene hineingewachsen*

Herr F. reflektiert beständig sein Tun, zunächst versucht er, sich den Bedingungen anzupassen. Wenn er seine Grenzen erreicht sieht (vermutlich über seine Grenzen gegangen ist), sucht er eine Alternative. Seine Bereitschaft, sich zu verändern,

---

<sup>107</sup> Ein Wunsch, der besonders in der Psychiatrie selten erfüllt wird (Anm. der Verf.).

behält er bei. Weder Herr F. noch die Institution, in der er arbeitet, halten an starren Regeln fest.

Seine verschiedenen Ein- und Ausstiege ins und aus dem Berufsleben erinnern mich an die Dynamik *heißer Kulturen*. Diese Dynamik könnte Herrn F. selbst oder der dauerhaften Belastung und Anstrengung, in der Psychiatrie zu arbeiten, zugeschrieben werden. Sie könnte auch als typische Folge von Kriseninterventionsmustern gesehen werden oder zur Hektik des Stadtlebens in heutigen Zeiten passen.

Insofern eignete sich dieses Interview, um es in meinem Ordnungsprinzip für *Werte und Menschenbilder* und den *Wandel* als Beispiel für eine Helferperson, einer Helferrolle in *heißen Kulturen* auszuwählen. Demgegenüber folgt ein Interview einer 47-jährigen Sozialpädagogin, die in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in einer ländlichen Region arbeitet. Sie blieb konstant seit Berufsbeginn bei *einem* Arbeitgeber, äußere Veränderungen schienen sie nicht zu tangieren. Ihrem eigenen Erleben nach schildert sie ihre Entwicklungsschritte und ihren Reifungsprozess. Sie als Person wirkt in ihrem stabilen Umfeld gut eingebettet. Gesellschaftliche Veränderungen, Dynamiken, wie sie in »heißen Kulturen« passieren, scheinen außerhalb ihrer Erfahrungswelt zu liegen.<sup>108</sup>

#### 4.4.5 Berufliche Identität mit Kohärenz-Profil – am Beispiel von Interview 25: *In die psychiatrische Szene hineingewachsen*

##### **Beruflicher Werdegang: Motivation und Weg – Veränderungen, Wandel**

Anfang der 1980er-Jahre, als die Sozialpsychiatrischen Dienste gerade aufgebaut wurden, wurde ihr ihre erste und bisher einzige Stelle im Sozialpsychiatrischen Dienst angeboten. Schon während des Studiums habe sie sich eine Beratungstätigkeit gewünscht, sie wollte keine Tätigkeit in einem Amt, auch keine Jugendarbeit übernehmen. Sie habe sich auch geehrt gefühlt, dass ihr das zugetraut wurde. Insofern war die Entscheidung, eine Stelle im Sozialpsychiatrischen Dienst anzunehmen, naheliegend, ohne den Bereich Psychiatrie bewusst gewählt zu haben.

Aufgrund ihres Praktikums hatte sie damals ein bisschen Erfahrung, mit einer Selbsthilfegruppe und Gesprächskreisen für psychisch Kranke. Mit viel Naivität sei sie an die Arbeit herangegangen.

---

108 Zum *Stadt-Land-Kontrast* möchte ich ergänzen: Die *Stadt*, mit ihrer Vielfalt des Stadtlebens, unterstützt Tempo und Dynamik, fördert eine »heiße Kultur«; im Gegensatz zum *Land*, das noch mehr Traditionen und Riten pflegt. In diesem Sinne will ich dem *Land* zwar keine »kalte Kultur« zuschreiben, aber ein Leben in wesentlich gemächlicherem Fahrwasser, das sich auch auf die Menschen und ihren Alltag zu übertragen scheint.

Frau O.: »Ja, also am Anfang, (*Pause*) als erstes ist mir *naiv* eingefallen. Dass ich schon mit viel Naivität an die Arbeit herangegangen bin und sehr wenig Lebenserfahrung und auch Berufserfahrung hatte. Das war – meine erste Stelle, in einem Sozialpsychiatrischen Dienst, der halt neu aufgebaut worden ist und ich hab' n'bisschen Erfahrung g'habt über so ein Praktikum, mit so einer Selbsthilfegruppe, es waren so Gesprächskreise für psychisch Kranke. Da gab's ja – das war eben Anfang der 80er-Jahre, wo das grad begonnen hat mit den SpDi's<sup>109</sup>, ja, und eigentlich auch mit ganz wenig Ahnung von Psychiatrie. Also ich denk' mir, das war schon grenzwertig. (...)

Ja das ist 20 Jahre her, 1983, und ich bin älter geworden. Ich hab' 'ne Psychotherapie gemacht in der Zeit, ich hab' 'ne Zusatzausbildung gemacht in der Zeit und hab' einfach auch diese Jahre an Erfahrung. Und ich hab' schon zwischen- durch vier Jahre Erziehungsurlaub in Anspruch genommen. Aber sonst das sind auch – also ich bin richtig erschrocken, 16 Jahre, das ist schon viel. Ja, also ich denk', man verändert sich halt, ich hab' halt viel an Professionalität gewonnen und hab' auch viel von meiner Persönlichkeitsentwicklung gewonnen, bin nun einfach reifer geworden.« (Interview 25, Zeilen 71–89)

Sie habe nicht gewusst, was eine Psychose ist, nicht gewusst, wie man damit umgehen kann und soll, obwohl man eine Psychose sowieso nur begrenzt verstehen könne. Sie hatte wenig Ahnung von der Psychiatrie und kaum Lebens- und Berufserfahrung, eine Situation, die sie heute als »grenzwertig« beurteilt.

Das war vor 20 Jahren. Eine eigene Psychotherapie und eine Zusatzausbildung erweiterten ihre professionelle Kompetenz. Mit Erschrecken realisiert sie, dass sie schon 16 Jahre Berufserfahrung habe und genauso lange in der Psychiatrie arbeite. Ihre Zusatzausbildung vor fast zehn Jahren habe ihre Identität im Beruf verändert, sie habe sich im Beruf anders gefunden. Sie könne die Aufgaben sozialer Arbeit, Beratung und Therapie besser miteinander verbinden und habe sich einen erweiterten beruflichen Handlungsspielraum erworben. Trotzdem ist sie sich ihrer beruflichen Herkunft bewusst, mit ihrem Beruf »Sozialpädagogin« im Gegensatz zu anderen professionellen Helfern.

Für ihre nähere berufliche Zukunft in den nächsten drei Jahren wünscht sie sich, da zu bleiben, wo sie ist! Das heißt, sie will, dass ihre Stelle erhalten bleibt. Sie schätzt ihre Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sie gerne fortsetzen möchte.

---

109 *SpDi* ist die übliche Abkürzung für Sozialpsychiatrische Dienste. Die Abkürzung *SpDi* musste sich zur SPD, der Sozialdemokratischen Partei unterscheiden.

**Ihre Werte und Menschenbilder –*****Widersprüche und Herausforderungen im psychiatrischen Berufsalltag***

Sie folgt dem Grundsatz, »den Klienten da abholen, wo er ist.« Obwohl es plakativ klingt, orientiert sie sich daran. Die Beratung und Begleitung ihrer Klienten soll sinnvoll sein. Dazu strebt sie einen möglichst vertrauensvollen Kontakt an, zumindest sucht sie eine von Sympathie geprägte Basis.

Es gab einen schwierigen Fall, den sie als Scheitern erlebte. Dazu ein Beispiel aus ihrer Praxis, einem Hausbesuch bei einer Patientin, der Kontakt wurde vonseiten der Familie hergestellt, vonseiten der Mutter und dem Bruder der Betroffenen. Bevor Frau O. bei der Betroffenen klingelt, trifft sie deren Bekannte, beide Zeugen Jehovas.

Frau O.: »Das waren ganz vernünftige, aufgeschlossene Leute und wir haben uns halt ausgetauscht und sie haben mich gefragt, wie ich denn den Kontakt zu ihr [der Klientin] bekommen hab'. Und dann hab ich g'sagt, also ohne lang zu überlegen: über die Mutter. Und dann sind die<sup>110</sup> 'reingegangen und ich hab' mir noch gedacht, oh, das hätte ich jetzt – also das war jetzt vielleicht etwas vorschnell. Und dann war das Ergebnis, dass die ihr das halt mitgeteilt haben, und ihr halt zugeredet, dass das doch gut ist, dass ich komme und ich will der doch helfen und so. Und sie haben dann auch die Mutter [der Klientin] erwähnt. Und dann war alles zu spät. Dann hat sie mich auf die Feindesseite gepackt, weil sie halt – die Mutter war halt – und dann war nichts mehr möglich.<sup>111</sup> Also (...) sie kam dann in die Klinik per Zwangseinweisung. Es ging dann, aber ohne unser Zutun, und sie wollt dann auch in der Klinik keinen Kontakt mehr haben. Sie hatte dann zu 'ner Kollegin zwar dann Kontakt (...) da ging's dann wieder mal so, aber diese Basis war einfach unwiederbringlich zerstört. Und (...) das Erleben, dann die Böse zu sein, find' ich immer ganz unangenehm und schwierig. (...) Und es ging dann auch nicht, sie hat dann das Vertrauen und den Kontakt zu unserer Einrichtung komplett auch verloren. Es ging dann auch nicht, dass jemand anderer das dann übernommen hätte. Sie wollte einfach nichts mehr mit uns zu tun haben. Das fand ich also ein gescheitertes Erleben.« (ebd., Zeilen 121–139)

---

110 Mit »die« sind die Bekannten der betroffenen psychisch kranken Frau gemeint. Diese Bekannten gehörten zu den Zeugen Jehovas. Sie kümmerten sich um diese Frau und waren vielleicht auch in Sorge um die betroffene Frau (Anm. der Verf).

111 Die Mutter der Klientin war in ihrem psychotischen Erleben vermutlich angstbesetzt oder sie fühlte sich vonseiten der Mutter verfolgt. Menschen, die in einem so hochakut-psychotischen Erleben dieser Art stecken, haben häufig paranoide Ideen und Ängste. Die reale Welt um sie herum nehmen sie verändert wahr. »Draußen« scheint es eine andere Welt zu sein. Sie selbst befinden sich in ihrer inneren Welt, und sie sind ihren Ängsten und ihrem Wahn ausgeliefert. Konkrete diagnostische Kategorien sind im ICD 10 nachzulesen. Diese von mir subjektiv beschriebene, diagnostische Interpretation hier soll den Lesenden, denen die Begegnung mit psychotischen Menschen fremd ist, diese Menschen näherbringen (WHO 1993<sup>2</sup>, ICD 10, S. 103–107).



Die Zerrissenheit, die Frau O. am Beispiel dieser akuten Krisenintervention erlebt und beschreibt, ist durchaus typisch im psychiatrischen Berufsalltag. In diesem Fall wurde ihr vonseiten einer akut psychotischen Patientin die Vertrauensbasis entzogen, weil sie sie in ihrem Wahn paranoid verarbeitet habe.<sup>112</sup> Dies auszuhalten falle ihr schwer, finde sie unangenehm und schwierig, wenn sie in der Rolle der »Bösen« ist. Dies ist eine typische Helfersituation gegenüber einer psychotisch erkrankten Person, die mehrere Ebenen betrifft. Verschiedenes, das auch unterschiedlichen Ebenen zugeordnet ist, ist auszuloten: das Wohl des Betroffenen, das Wohl der Umgebung oder wie viel der Umgebung an Anderssein zumutbar ist, wenn normale Beziehungsstrukturen aufgrund der Erkrankung das Handlungsideal verhindern, gemeinsam eine geeignete Unterstützung zu vereinbaren.

Dem gegenüber steht ein positives Beispiel von einem jungen Mann, der an Psychose erkrankte, der in einer therapeutischen Wohngemeinschaft gelebt hatte und zwischenzeitlich mit einem anderen ehemaligen Klienten in einer »freien« Wohngemeinschaft zusammenlebt. Er hat seinen Traum, wieder am ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten, verwirklichen können. Zu diesem Mann hat sie einen guten und fruchtbaren Kontakt, eine langjährige, fast therapeutisch anmutende Beziehung. Bei diesem Mann ist es gelungen, dass er seine psychotischen Anteile mit in sein Leben integrieren kann, und damit sein Leben in der Gesellschaft, wie andere auch, bewältigt.

Frau O. konkretisiert daran die *Beziehungsarbeit*, die sie persönlich als Basis professioneller Unterstützung bewertet:

Frau O.: »Naja, jetzt bei dem positiven Beispiel mit dieser Konfliktgeschichte, da ist in dem Fall mein Bestreben gewesen, ihm also auch n' Zusammenhang zu verdeutlichen zwischen seinem ganz alltäglichen Leben und der Psychose, also (...) ein Versuch, zu integrieren oder einen Teil Integration zu ermöglichen, um die psychotische Verarbeitung überflüssig zu machen. Naja, das ist dann ein Teil. Ein weiterer Teil ist, dass ich anstrebe, einen Kontakt, eine Beziehung herzustellen. Das ist vielleicht überhaupt das Erste. (...) Also ich brauche das einfach auch von meiner Persönlichkeit her. Es ist für mich wichtig, wie der Kontakt ist, und ob da 'ne Sympathie da ist oder gar nicht. Für mich ist es immer ganz hart, wenn ich jemand gar nicht mag oder meine, der mag mich gar nicht, und es gibt überhaupt nichts. Das ist für mich ganz was Schwieriges. Ja, also Beziehungsangebot und – ja, ein Teil n' Spiegel anzubieten und auch so, ja vielleicht auch Strategien anzubieten

---

112 Die Wortwahl entspricht hier dem »Berufsjargon«. Ich interpretiere die paranoide Verarbeitung so, dass Frau O. im Vorfeld versucht hatte, eine Vertrauensbasis zu dieser Klientin zu finden. Beim Hausbesuch waren die realen Bedingungen anders als geplant oder erhofft. So, dass die Betroffene Frau O.s Intervention bei sich zu Hause als Eingriff gegen sie und nicht als Unterstützung für sich wahrnehmen konnte.

oder Methoden anzubieten, mit Problemen umzugehen. Unterstützungen, etwas zu klären, was will ich überhaupt, warum sitze ich jetzt hier und nehme das in Anspruch, was ist mein Ziel dabei. Also mir fallen schon so Grundsätze ein, den Klienten da abholen, wo er ist. Also das finde ich ganz was Wichtiges. Das klingt so plakativ und irgendwie, ich mag's gar nicht so in den Mund nehmen, aber es ist trotzdem was, woran ich schon meine Arbeit orientiere und schaue.« (ebd., Zeilen 212–230)

Für sie hat jeder Mensch eine Menschenwürde. Jeder Mensch hat ein Anrecht, hier zu sein und zu leben. Er hat ein Anrecht auf Unterstützung, die er braucht. Sie unterscheidet explizit: Jemand »spinnt und das schadet niemand und der schadet sich selbst nicht und der lebt halt irgendwo in seiner Wohnung und hat vielleicht n' Betreuer, der sich drum kümmert, dass das alles bezahlt ist und die Wohnung gesichert ist und so, also das kann er gerne tun« (ebd., Zeilen 261–264). Wenn aber jemand offensichtlich auffällig ist, seine existenziellen Angelegenheiten wie Wohnen und Selbstversorgung und Existenzsicherung nicht regeln kann, dann sei für sie oder ihn eine rechtliche Betreuung, eine geeignete Unterstützung erforderlich. In diesem Fall muss ihres Erachtens ein Betreuungsantrag – auch gegen den Willen des Betroffenen – gestellt und genehmigt werden. Man müsse im Einzelfall abwägen, wer in der Psychose wann und welche Hilfe braucht.

Hier spricht sie eine schwierige Seite psychiatrischen Arbeitens an, zu erkennen und einzuschätzen, wie die Klientinnen und Klienten mit den eigenen Grenzen und ihren Selbstverantwortungskompetenzen umgehen können.

Sie formuliert ein humanistisches Menschenbild: »Jeder Mensch ist von Haus aus in Ordnung und wird so geboren. Jeder Mensch ist an sich *gut* und *böse* beziehungsweise macht er halt manchmal *böse* oder *gute* Sachen.« (ebd., Zeilen 284–288) In diesem Sinne versucht sie, das Verhalten der Person von der Person selbst zu trennen, was ihr nicht immer gelinge. Sie will authentisch sein, den betroffenen psychisch kranken Menschen »möglichst wenig Schaden zufügen« (ebd., Zeilen 292–293). Sie möchte die Klienten ernst nehmen, sie in ihrem Sosein ernst nehmen und den Gefühlen und Gedanken wertschätzend begegnen. Diesen Anspruch könne sie jedoch nicht immer erfüllen. Sie hält es für wesentlich, die Privatsphäre ihrer Klientinnen und Klienten zu schützen, die Schweigepflicht einzuhalten und Berufliches und Privates voneinander zu trennen.

Ihr Arbeitgeber, ein kirchlicher Träger, folge einem Menschenbild mit religiösem Anspruch. Sie habe »keine Diskrepanz« damit, und es klingt so, als ob ihr sozialpädagogisches, gesellschaftlich offenes berufliches Handeln mit dem Leitbild des Trägers weitgehend übereinstimmt.

In unserer Gesellschaft überwiege ihres Erachtens politisch eine Profitorientierung. Eine Gesellschaft brauche jedoch auch soziale Werte, denn ein Zusammenleben, das nur nach Nützlichkeitsaspekten funktioniert, »ist etwas sehr Armes«.

### Leid und Bewältigung

*Was braucht man, um gut arbeiten zu können?*

Leid erlebte sie, als sich eine Klientin, eine Frau, die über Jahre in einem sehr angespannten hochpsychotischen Zustand gelebt hatte, eines Tages beim Klinikaufenthalt im Allgemeinkrankenhaus aus dem Fenster gestürzt hatte. Sie selbst ist in dieser Zeit im Urlaub gewesen. Obwohl diese Nachricht für sie »bitter« war, schien es ihr als logischer Schlusspunkt vonseiten der Klientin, die jetzt mit sich im Frieden sei.

Professionell stützen sie Teambesprechungen. Sie findet dabei Entlastung, Reflexion, Anerkennung, Unterstützung, Zuspruch, Zutrauen und Austausch über die geleistete Arbeit. Sie schätzt das »gute Klima« im Team, es gibt ihr Halt und ist ein »gutes Polster« für das Handeln im Berufsalltag. Auch Supervision sieht sie als Möglichkeit der Reflexion, ihr jedoch ist das Team wichtiger. Außerdem trifft sie sich mit Berufskolleginnen und -kollegen in einer Interventionsgruppe. Auch Fortbildungen sind ihr wichtig, zum einen, um in Kontakt mit anderen Professionellen außerhalb des normalen Berufsalltags zu sein und zum anderen, um ihre Fachkenntnisse zu erweitern.

Im Privatleben sucht sie einen Ausgleich, achtet darauf, Dinge zu haben, die ihr Freude machen, wo ihr »Herz dran hängt«, sucht Zufriedenheit in der Familie. In schwierigen Situationen halfen ihr Gespräche mit ihrem Ehemann.

Im Hinblick auf die aktuelle Gefahr für das Weiterbestehen der Sozialpsychiatrischen Dienste, formuliert sie, dass »eine gewisse Sicherheit erforderlich ist, von der finanziellen Situation her. Also das könnte ich mir vorstellen, dass das schwierig wird, wenn jetzt irgendwie – also es gibt ja inzwischen schon Dienste, die schließen haben müssen« (ebd., Zeilen 376–380). Sie zeigt mir ihre Beunruhigung, auch ihre Verunsicherung. Zwischen beruflichen, dienstlichen, persönlichen und privaten Bereichen unterscheidet sie sehr genau. An ihrer Art und Weise, ihre Erfahrungen darzustellen und zu strukturieren, erkenne ich sie als Berufskollegin der Sozialen Arbeit.

Das Interviewgespräch war spannend und hat mir zunehmend mehr Spaß gemacht, zumal wir beide uns als berufserfahrene Kolleginnen begegneten, die eine aus dem ambulanten Setting mit ländlicher Perspektive und die andere aus dem klinischen Setting mit städtischem Hintergrund.

### 2003 und die gesellschaftliche Profitorientierung

Zu guter Letzt ein Blick auf das Jahr 2003, dem Jahr, das die Sozialpsychiatrischen Dienste bundesweit erschütterte und seit dem sich ihre Aufgaben und Strukturen veränderten.

Die Frage, was ihr Angst vor der Psychiatrie mache, beantwortet Frau O. spontan, mit ihrer sie betreffenden und vorherrschenden Angst:

Frau O.: »Ich bin jetzt einfach sehr geprägt, weil wir letzte Woche erfahren haben,

dass der Bezirk seine Zusage wieder zurückgenommen hat, das Defizit abzufangen, dass die Krankenkassen – ja, dass wir jetzt für nächstes Jahr 45 000 Euro Defizit haben und kein Mensch weiß, was das bedeutet für die politische Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste. Und das macht mir schon – das macht mir persönlich einfach Angst. Da geht es ja auch um meinen Arbeitsplatz! Und – na ja, Angst, also eigentlich habe ich da mehr Ärger. (...) Ich denke, die lügen sich ins Hemd irgendwie, wenn die meinen, es könnte irgendwie so gehen, dass man einfach drauf verzichten könnte. Also langfristig sieht's ja so aus, als könnt' man da drauf verzichten auf die Sozialpsychiatrischen Dienste oder die Errungenschaften – oder im Tageszentrum, überall wird was gestrichen und die Zuschüsse werden 'rausgenommen und das finde ich eine bedrohliche Situation.« (ebd., Zeilen 38–50)

Zum Abschluss sagt sie:

Frau O.: »Ja, es war ganz anregend, (...) ich fand das ganz spannend auch, was Sie für Fragen stellten und mich da jetzt drauf einzulassen, die Fragen zu beantworten. Ja, ich finde, dass diese Unzufriedenheit mit dieser finanziellen Situation schon sehr viel und sehr großen Raum eingenommen hat. Ich bin da normal einfach gar nicht so, aber es ist jetzt einfach so frisch und – (...) es entspricht wahrscheinlich einfach auch der Situation, dieser Unsicherheit, dass es einfach einen (...) großen Raum einnimmt. Ja, ich fand es ganz schön, mal so viel Zeit zu haben, über meine Arbeit zu sprechen.« (ebd., Zeilen 512–519)

Frau O.s Eindruck, dass die Nachricht über die massiven Kürzungen den Interviewverlauf überschattet hätte, teile ich nicht. Ich fragte mich eher, wie würde sie es formuliert haben, wenn das Interview in ihrem Verständnis rundum positiv verlaufen wäre? Ich nahm Frau O. als eine sehr bodenständige, berufszufriedene, zuverlässige und auch ehrliche und mutige Frau wahr. Sie wirkte authentisch, psychologisch gesprochen hinterließ sie bei mir einen *kohärenten* Eindruck.

#### 4.4.6 Identität aus transkultureller Perspektive

Die bisher vorgestellten Interviewpartner, zugeordnet in ein philosophisch, soziologisch, psychologisch, helferrollenreflektierendes Ganzes, sollen zu guter Letzt unter dem Blickwinkel *im Unterschied zu (den) anderen* betrachtet werden. Thomas Bock veröffentlichte einige Thesen aus den Hamburger Psychose-Seminaren unter dem Titel: *Es ist normal, verschieden zu sein*. Unterschiede und Verschiedenheiten wiederum kennzeichnen eine Einzigartigkeit und so schließt sich hier der Gedankenkreis. Den bisherigen Theoriediskurs will ich noch erweitern mit einem Blick auf die *Cultural Studies*. Die Beispiele meiner Interviewpartner zeigen das Bemühen des Einzelnen, im Rahmen seines beruflichen Helfens, nach einem sinngefühten Ganzen. Die bisher nebeneinander gestellten theoretischen Bausteine boten verschiedene Reflexionsebenen dazu

an. Ich beziehe mich auf Stuart Hall<sup>113</sup>, der sich »an der eigenen Biografie und weitgehend unbelastet von künstlerischem Innovationsdruck« orientiert und bereits in den späten Achtzigerjahren ein Identitätsverständnis skizzierte, »das theoretisch *und* erfahrungsmäßig konturiert war« (ENGELMANN 1999, S. 22). Er schreibt über »Neue Ethnizitäten«, die sich entwickeln, weil bei ihnen vermehrt Brüche und Diskontinuitäten in bestimmten Lebensläufen auftreten. Andererseits werde signalisiert, dass dies als ganz neue Form der Authentizität, »quasi als »authentische Inauthentizität« verstanden werden muss« (ebd., S. 22). Bei dieser Theoriearbeit werden Differenzen anders gedacht *und* zugleich gelebt. Dazu Stuart Hall selbst, der im *Cultural Studies-Reader* Ethnizität, Identität und Differenz vorstellt. Stuart behauptet, dass wir alle Ethnizität brauchen, um die Beziehung zwischen Identität und Differenz zu denken. Er meint damit, dass die Menschen einen *Ort* brauchen, um über eigene Erfahrungen, ihr Denken, ihr Sprechen, ihr Handeln nachdenken zu können. Diese Überlegung deckt sich mit Sennetts *handwerklicher Einstellung*, dem Gedanken, dass Menschen einen biografischen Erzählszusammenhang brauchen. Hall spannt den Bogen weiter, denn

»die Beziehung, die die Völker der Welt nun zu ihrer eigenen Vergangenheit haben, ist natürlich Teil der Entdeckung ihrer eigenen Ethnizität. Sie müssen die verborgenen Geschichten (*histories*) anerkennen, aus denen sie kommen. Sie müssen die Sprachen verstehen, die man ihnen nicht beigebracht hat. Sie müssen die Traditionen und das Erbe des kulturellen Ausdrucks und der Kreativität verstehen und neu bewerten. Und in diesem Sinne ist die Vergangenheit nicht nur eine Position, von der aus man sprechen kann, sondern sie ist auch ein absolut notwendiges Hilfsmittel für das, was man sagen will« (HALL 1999, S. 95).

Auf diese Elemente von Ethnizität kann man nicht verzichten, da das Verständnis der eigenen Wurzeln von einem Verständnis der Vergangenheit abhängt. Hall will darauf hinaus, dass jeder lernen muss, »sich selbst die Geschichte seiner Vergangenheit zu erzählen. Er muss seine eigene Geschichte (*story*) befragen, er muss diesen Teil von sich erneut erlernen, der an jener Kultur beteiligt ist« (ebd., S. 96). Somit ist nach Hall im Sinne der Ethnizität die Beziehung zur Vergangenheit keine einfache, keine wesenhafte, sondern eine konstruierte. Daraus entwickelt er sie als Teil der Erzählung. Einfacher formuliert: »Wir erzählen uns selbst die Geschichten (*stories*) der Teile unserer Wurzeln, um mit ihnen auf kreative Art und Weise in Kontakt zu treten.« (ebd., S. 96) Es ist ein Akt der

---

113 Stuart Hall, Jg. 1932, wanderte aus. Mit dem Ruf eines jamaikanisch-britischen Intellektuellen Großbritanniens leitete er das Centre for Contemporary Cultural Studies (CCCS) in Birmingham (ENGELMANN 1999, S. 18 und 317). Die Cultural Studies vertreten eine Theorie, die lebensnah, authentisch, kapitalistische gesellschaftliche Strukturen (in Anlehnung an Marx) mit einbezieht, und die sich an einem *aktiven*, Differenzen denkenden Ansatz orientiert.

kulturellen Wiederentdeckung, weil diese Beziehung zur Vergangenheit teilweise ein Sich-Erinnern ist, das sich beim Erzählen neu konstruiert (ebd., S. 96).

Hall skizziert so zunächst die *alte* Ethnizität, aus der heraus er die *neue* Ethnizität entwickelt. Diese belegt er an einem Beispiel. Er sah eine Fotoausstellung, die von Menschen aus den Randgruppen des britischen Commonwealth selbst kreiert worden war. Die Menschen sprachen über sich selbst, ihre Kindheit, ihr Volk, ihre Sprache, ihre Kultur. Dies entsprach den Erwartungen des Publikums. Nicht erwartet wurde, dass diese Menschen zeigten, dass es ihnen nicht genug war, nur als »ethnische Archivare« gesehen zu werden. Sie zeigten, dass sie an »der gesamten dominanten Geschichte der Welt« beteiligt sein und nicht nur »»meine kleine Geschichte« erzählen« wollten.

»Wir brauchen einen Ort, von dem aus wir sprechen können, aber wir sprechen über Ethnizität nicht mehr auf eine beschränkte und essentialistische Weise.

*Dies* ist die neue Ethnizität. Das ist eine neue Konzeption unserer Identitäten, da sie den Rückhalt des Ortes und des Bodens nicht verloren hat, von dem aus wir sprechen können, und doch ist sie nicht mehr in diesem Ort als Substanz enthalten. Sie will sich an eine viel größere Vielfalt der Erfahrung wenden. Sie ist Teil der gewaltigen kulturellen Relativierung des gesamten Globus, die die geschichtliche Realisierung – so entsetzlich sie auch zum Teil gewesen ist – des 20. Jahrhunderts ist. Dies sind die neuen Ethnizitäten, die neuen Stimmen. Sie sind weder in die Vergangenheit gesperrt, noch können sie die Vergangenheit vergessen. Weder gänzlich gleich, noch völlig verschieden. (...) Im Fluß der Vergangenheit mußt du herausfinden, wer du bist. Diese neue Auffassung von Ethnizität kämpft derzeit auf verschiedene Arten quer über den gesamten Globus gegen die gegenwärtige Gefahr und die Drohung der gefährlichen alten Ethnizität. Das ist der Einsatz beim Spiel.« (ebd., S. 97f.)

Diesen Ansatz auf diese Studie zu übertragen, könnte heißen, dass die Sprache der psychisch kranken Menschen in der Sozialpsychiatrie Raum haben soll. Die Betroffenen, selbst als Krankheitsexperten – meist als Psychoseerfahrene – bekannt, sind mittlerweile in Selbsthilfeverbänden organisiert, die in wenigen sozialpsychiatrischen »Vorbildkrankenhäusern« mit am Planungstisch bei neuen Konzeptionen sitzen. Eine Konsequenz der Psychiatrie-Enquête ist zum Beispiel, dass Vertreter dieser Selbsthilfeverbände bei der Erstellung von Landespsychiatrieplänen mit beteiligt sind. Ihr politisches Gewicht ist zwar gering, aber sie sind häufiger in der Öffentlichkeit präsent, ebenso wie die Angehörigenverbände, die ebenfalls bundesweit organisiert sind. Dies vergleiche ich mit Halls Begriff einer *neuer Ethnizität*. Es gibt auch andere Initiativen wie Bürgerinitiativen, Weglaufhäuser und Ähnliches, die ich auch zu den Selbsthilfeorganisationen zähle, die sozialpolitisch in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden könnten. Projekte dieser Art sind inzwischen rar geworden, insofern werden sie im öffentlichen Leben kaum noch auffallen.

Mit Blick zurück auf die bislang vorgestellten Interviewpartner wende ich mich jetzt Herrn M. zu. Ihn suchte ich exemplarisch für ein »Cultural-Study-Profil« aus, weil er sich von den anderen unterscheidet. Als Betriebswirt und Schreiner wählte er bewusst einen anderen Berufsweg. Er selbst könnte wegen seines eher untypischen Lebenswegs eine Biografie über sich schreiben. Mit seinem Beispiel schließe ich diese Interviewreihe und dieses Kapitel ab.

#### 4.4.7 Souveränität

##### – am Beispiel von Interview 8: *Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert*

Seine Antwort auf die Frage zu Beginn des Interviews: *Was heißt für Sie Psychiatrie?* könnte auch als Antwort auf eine nachträglich gestellte Frage: *Wie kamen Sie zur Psychiatrie?* sein. Er erzählt seine Geschichte und liefert damit ein gutes Beispiel für die soeben dargestellte alte *und* neue Ethnizität.

Herr M.: »Ja, ich mein', so anfangs waren halt nur die – also ich war auch im Selbsthilfebeirat, und da hab' ich mit Gesundheitsthemen auch immer zu tun gehabt, mit dem Professor Dr. G. zum Beispiel auch, und da war der Krankheitsbereich für mich ganz weit weg, weil ich immer mit gesunden Menschen gearbeitet habe. Und da war ich anfangs schon so, dass ich gesagt habe: Psychiatrie, ja psychisch krank sind eigentlich die in W., die also im Bezirkskrankenhaus sind oder in irgendwelchen Kliniken sind. Und die auch dann weggesperrt sind, wobei ich natürlich schon politisch gewusst hab', dass die Öffnung der Krankenhäuser damals schon beschlossen worden ist, und dass auch Arbeitsplätze für die Leute geschaffen werden sollen, dass sie wieder integriert werden. Aber sonst Psychiatrie, also dass ich das als Behinderung oder irgendwie so definiert hätte, war nicht so, ich sah eher so die körperliche Behinderung.

I: Gibt es etwas, was spontan Angst oder ungute Gefühle ausgelöst hat, und Anderes, was vielleicht auch fasziniert hätte? Oder sind Sie da eher neutral?

Herr M.: Mm. Na, anfangs war's schon so, dass ich unsicher war, weil ich nicht wusste, wie die Reaktionen sind und was ich da drauf machen soll, also wie ich reagieren soll auf 'n psychisch kranken Menschen.

I: In dem Moment, wo Sie Kontakt aufnehmen?

Herr M.: Wenn ich Kontakt mit dem aufnehme, ja. Und dann im Laufe der Zeit, also es ist immer natürlicher geworden, mit psychisch kranken Menschen umzugehen, weil einfach die Umgangweise nicht anders ist, wie mit anderen Menschen auch, nur dass man's halt nicht sieht gleich am Anfang und dass man's nicht gleich einordnen kann. Das ist ein bisschen schwieriger gewesen, weil 'n körperlich Behinderten kann ich gleich einordnen. Wenn dem ein Fuß fehlt oder ein Bein fehlt, dann weiß man, da fehlt ein Bein und so, aber psychisch Kranken, also das

kann sehr schnell umschlagen, kann aber auch konstant bleiben.« (Interview 8, Zeilen 51–78).

Er entschied sich, in der Psychiatrie zu arbeiten.

Herr M.: »Einmal vom Fachlichen her, von der Schreinerei her, und dann war auch für mich so das erste Interesse, das zu kombinieren, das Fachliche mit der Krankheit zu kombinieren. Dass man anhand des Werkstücks im Endeffekt – dass man eben über das Medium, sagen wir mal Werkstück, was der Mitarbeiter fabriziert, dass man mit dem in Kontakt kommt. Dass man kein, so wie wir jetzt dasitzen, so Zweiergespräch führen, so 'n zähes, weil das haben die alle schon hinter sich, also des –

I: (*lacht*) Das haben sie alles schon hinter sich.

Herr M.: – die sind Profis auf dem Gebiet. Also die zerlegen mich nach Strich und Faden, wenn's sein muss, da hab' ich keine Chance. Aber über das Medium Werk – also über sein Werkstück selber komm' ich da leichter an ihn 'ran. Kann ich auch fragen, warum hast jetzt des so gemacht oder wie ist es dir dabei gegangen, wo war's schwierig und so und dann über dieses Werkstück dann komm' ich eher zu ihm hin und da erzählt er dann auch leichter.« (ebd., Zeilen 80–93)

Es gibt auch ungewöhnliche Geschichten, eine »Erfolgsstory«. Herr M. berichtet über ein positives Beispiel aus seiner Berufspraxis:

I: »Gibt es jemand, der Ihnen einfällt, der Ihnen irgendwie so ans Herz gewachsen ist? Also ich nehm' an, dass es schon viele gibt, die Ihnen ans Herz gewachsen sind. Aber bei dem Sie sagen, bei dem Sie dann auch wissen: das ist irgendwie so geglückt.

Herr M.: Ah so, 'n einzelnen Mensch.

I: Gibt es da ein Beispiel?

Herr M.: Ja, müsst mal nachschaun – es sind so viele, also so 'n klassischen Fall – mhm – was war denn das? Ja, 'ne Frau, genau. Eine Frau, die war Schreinerin, eine junge Frau, hat dann irgendwie mit der Schreinerei, weil sie von Haus aus Schreinerin werden musste, weil sie aus einer Schreinerei kam. War aber total unglücklich und hat da festg'stellt, dass sie das nicht schafft, diese Umsetzung vom Papier vom Zweidimensionalen ins Dreidimensionale. Das war ihr Knackpunkt. Und dann hat sie – dann hat sie während 'ner Zeit bei uns verschiedene Praktika machen können und ist dann durch Zufall mal in ein Tierheim gekommen und ist jetzt – hat da 'ne Ausbildung g'macht im Tierpark Hellabrunn zur Tierpflegerin und ist jetzt Tierpflegerin.« (ebd., Zeilen 190–206)

### Sein Menschenbild

Nachdem ich die Frage nach seinem Menschenbild gestellt hatte, wirkte er zuerst so, als ob er etwas nicht verstanden habe. Seine Antwort dagegen formuliert er sehr klar.

Herr M.: »O, das ist schwierig, ja – haha, das ist schwierig.



Der Mensch soll innerlich zufrieden sein, egal aus welcher Schicht, aus welcher Richtung, mit welcher Hautfarbe oder Religion er kommt.

Die innerliche Zufriedenheit und die Traute (Mut) muss da sein.

Für das, was man macht oder was man machen will, muss man sich trauen und durch das Trauen bekommt man in sich selber Vertrauen und hat Kraft, sich damit auch zu behaupten oder das durchzuziehen. Das ist das Wichtigste, um als Mensch lebensfähig zu sein.

Wenn schon die innere Zufriedenheit nicht da ist, dann ist 'ne Blockade da und dann krankt das System insgesamt und das Zutrauen, dass man sich das traut. Und da denk' ich, ist irgendwann mal so n' Knacks g'kommen, weil wenn ich Kinder erleb' – die sind da – die trau'n sich das einfach, die hab'n da weniger – weniger Hemmschwellen. Die probieren halt aus. Und das würd' ich 'nem Erwachsenen auch noch wünschen, dass er sich das auch trauen würde, also – weil das ist – das ist für mich krankhaft. Das macht krank – das macht den Menschen krank im Endeffekt, wenn er innerlich spürt, er möcht' was anders machen als was er macht. Oder er ist einfach unzufrieden mit der Situation, verändert die Situation aber nicht. Er traut sich die Situation nicht zu verändern, weil er Angst hat, es könnt' ja irgendwann mal – es könnt' ja dann was anders kommen, was er nicht weiß, oder – also das ist so vielschichtig, also – also das sind für mich die Grundvoraussetzungen. Und dann halt – und das ergänzt sich dann, dann wird der Körper auch nicht krank, also auch nicht psychisch krank. Also ich denk' mir, das ist das Allerwichtigste.« (ebd., Zeilen 279–303)

Mit »Traute« etwas tun, um innerlich zufrieden zu sein, ist seine Devise. Wenn die innere Zufriedenheit nicht da ist, im Falle einer Blockade, dann krankt das System insgesamt und das Zutrauen verschwindet.

Bei der Darstellung von Werten bleibt er zunächst konkret auf der betriebswirtschaftlichen beziehungsweise ökonomischen Ebene.

Herr M.: »Ja, es gibt ja den materiellen Firmenwert und den immateriellen Firmenwert.

I: Ah, das gibt es.

Herr M.: Ja.

I: Aha, jetzt kommt der Betriebswirt.

Herr M.: Ja, genau. Und der immaterielle Firmenwert, den kann man schwer beziffern. Wenn ich jetzt 'n gut florierenden Betrieb hab' mit soundsoviel Mitarbeitern, hab' 'n Kundenstamm, hab' soundsoviel Umsatz, hab' 'n Namen, der wo weltweit bekannt ist, hab' ich 'n unheimlich hohen immateriellen Firmenwert.« (ebd., Zeilen 602–611)

Den immateriellen Firmenwert zu beziffern sei ergebnislos, aber man könne das volkswirtschaftlich berechnen.

Herr M.: »Da gibt's eine Berechnungsmethode, welchen Nutzen Mensch der Volkswirtschaft bringt. Als Betriebswirt hab' ich die drei Ms – Mensch, Maschine,

Material. Die muss ich kombinieren. Ich bin der dispositive Faktor. (...) Ich muss sie kombinieren, damit der Gewinn rauskommt für einen Betrieb. Und genau das gleiche macht jeder Sozialbetrieb auch: Er kombiniert die und dann muss ein Gewinn rauskommen.« (ebd., Zeilen 618–624)

Er kombiniert die drei Ms und kalkuliert den Gewinn. Dieser Gewinn wird gesplittet in die Summe, die der Kunde bar bezahlt, und in die, die der Mitarbeiter im Endeffekt an Geldwert einbringt. Das Ganze wird hochgerechnet zum Beispiel auf 20 Jahre Erwerbstätigkeit und zeigt im Ergebnis den volkswirtschaftlichen Wert dieser Arbeit.

Herr M.: »Welche Kennziffer nehme ich jetzt, um zu sagen, welche Arbeit was wert ist. Weil, wenn jetzt irgendwelche Top-Manager z'sammensitz'n, die kosten ein Heidengeld. Die reden aber auch nur zehn Minuten effektiv. Und was ist die Arbeit wert da vom Martin, der macht jetzt den Hof sauber, der arbeitet aber länger als nur zehn Minuten. Was hat das für 'n gesellschaftlichen Wert? Das ist schwer zu definieren, aber es gibt Kennziffern. Und ich mein', das kann man Politikern immer vorrechnen.« (ebd., Zeilen 639–645)

Das etwas andere Beispiel des Herrn M. vermittelt mir fast wieder ein bisschen Hoffnung, wenn dieses Wissen und dieses Engagement von den entsprechend sozialpolitisch Verantwortlichen berücksichtigt und umgesetzt würde. Die derzeitigen Entwicklungen sehen nicht danach aus. Auch in diesem Sinne macht Helfen müde, besonders bei einem Überlebenskampf sozialpsychiatrischer Ziele, wenn die Rahmenbedingungen finanziell immer enger werden.

## 4.5 Zusammenfassung

### 4.5.1 Werte und Menschenbilder

Bisher zeigte ich Kategorien, die sich allgemein auf *Religion, Philosophie, Politik, Ökonomie, Soziologie und Psychologie* beziehen. Daraus konkretisierten sich Themen wie *Umgang mit Selbst- und Fremdbestimmungsfaktoren, Auseinandersetzung mit der Helferrolle, sinnstiftendes Tätigsein, Anpassung und Passungsformen, Helfen in heißen Kulturen, Unterschiedlichkeiten zwischen Stadt und Land und alternative Wege*.

Die vorliegenden Interpretationen der Interviewbeispiele, dieser spezifischen Themenauswahl zugeordnet, stellen *Menschenbilder* und *Werte* und daraus resultierende Handlungskonzeptionen vor. Mit dieser gezielt subjektiven Präsentation (vgl. Kapitel 2, Abschnitt 2.6) konnte ich aus meiner Forscherperspektive einen Einblick in die Berufswelten meiner Interviewpartner geben. Der Diskursbeitrag ist deshalb auch nicht abgeschlossen und bleibt im Hinblick auf ein »verbindliches Ergebnis« offen. Es wäre ein unmögliches Unterfangen, die

Thematik mit dem Anspruch auf Vollständigkeit zu bearbeiten. Des Weiteren sind *Menschenbilder* und *Werte* als gesellschaftliche Wirkfaktoren einem ständigen Prozess unterworfen. Diese Interpretationsbeispiele können in einem weiteren Diskurs exemplarische Ausschnitte liefern, die zwar umfassend sind, aber zugleich unvollständig bleiben.

#### 4.5.2 Ergebnissammlung der Interviewporträts

Die biografischen Berufspositionen meiner Interviewpartner ergeben ein Bild unterschiedlicher Positionen und zeigen ihre Auseinandersetzungen in ihren beruflichen Bereichen. Ihre Porträts und Berufsprofile beschreiben Wege, die individuell, berufsspezifisch, institutionell und regional verortet sind. Anhand der inhaltlichen Aussagen dieser Interviewbeispiele in Beziehung zu den philosophischen, gesellschaftspolitischen und sozialpsychologischen Diskursen ist ein Wertewandel zu erkennen. Trotz der Eigenarten der einzelnen Interviewbeispiele und ihrer Unterschiede werden innere Zusammenhänge deutlich, die sich in Konturen nach außen sichtbar abzeichnen. Mit diesem Rückblick will ich gemeinsam mit den Leserinnen und Lesern den roten Faden dieser Konturen in einem Gesamtbild der Interviewporträts nachvollziehen.

##### Menschsein – ein allgemeines Normativ

Im Interview über die *subjektive Relevanz des Menschseins* (Interview 9) wurde die *religiös-spirituelle* beziehungsweise *philosophische* Seite des Menschenbildes betont. Mit einer Reflexion zur Bedeutung des »Menschseins« war für mich Herr T. ein Interviewpartner, der authentisch erklärt, dass er die anderen Menschen braucht. *Die Geschichte vom Schatzkästchen*, das Motto dieses Interviews, betont, dass jeder Mensch einzigartig ist. Dieser Aspekt wiederum verweist auf die Bedeutung des Individuums in unserer abendländischen Gesellschaft.

##### Paradigmenwechsel? – Perspektivenwechsel

Meinem Ordnungsweg vom Allgemeingültigen zum Konkreten folgend, eröffnete ich den Teil der Interviewreihe, der im Sinne von *Perspektivenwechsel* gesellschaftspolitische Zusammenhänge veranschaulichen will. Das Interview *Autonomie und Partizipation kontra Wertewandel* (Interview 23) mit dem Motto *Vom linken Sozialromantiker oder Ein »Großvater« der Antipsychiatrie erzählt* steht für das subjektiv Erlebte an Veränderungen am Arbeitsplatz, mit Blick zurück auf die eigene Berufskarriere. Herr W. vertritt als Mann der 68er-Generation eine politische Kämpferposition, die in den heutigen Zeiten des »Paradigmenwechsels«, mit radikalen marktwirtschaftlichen – und somit *ökonomisch-gesellschaftlichen* Vorgaben – keinen Raum mehr zu haben scheint. Er selbst empfindet, dass er im

Berufsleben nicht mehr zurechtkommt, seine früher gültigen Handlungsprinzipien halten den heutigen Erwartungen der geschäftsführenden Leitung seiner Einrichtung nicht mehr stand. Er fühlt sich zunehmend ausgeschlossen und spricht vom *Paradigmenwechsel*, den er subjektiv wahrnimmt und in Form dieses Interviews als Zeitzeugnis dokumentiert.

Das Interviewbeispiel für *Flexibilität als Baustein für eine berufliche Identität* (Interview 10) setzt die Reihe der Interviews – zeitchronologisch<sup>114</sup> betrachtet – fort. Der rote Faden ist hier, dem inneren Zusammenhang dieser Interviews nachzuspüren. Von außen betrachtet zeigt es einen *Mann in den besten Jahren*, so heißt auch das Motto. Herr S. geht mit der Zeit. Im Interviewgespräch werden zum Beispiel Anpassungsdruck und entsprechende Passungsformen der Beteiligten im neuen Kapitalismus, gemeinsam mit der Umsetzung sozialpsychiatrischer Leitideen thematisiert. Beiden entgegengesetzten Anforderungen will Herr S. gerecht werden. Herr S. (Interview 10) und Frau H. (Interview 28) zeigen beide Facetten, die ich dem *Umgang mit Selbst- und Fremdbestimmungsfaktoren* zuschreibe. Beide sind an ihrem Arbeitsplatz in einer Position, in der sie viele äußere Vorgaben erfüllen müssen. Gleichzeitig wollen sie der eigenen Motivation folgen und ihre beruflichen Ideale und Ziele verwirklichen. Mir scheint, dies ist ein Anspruch, der bereits per se ein Spagat ist und infolgedessen Widersprüchlichkeiten mit sich bringt. Widersprüchlichkeiten fallen im Interviewbeispiel für *Identitätskompetenz als Bedingung für Zukunftsfähigkeit* (Interview 28) mit Frau H. auf. Mit dem Motto: *Eine zerrissene Einzelkämpferin* zeigt Frau H., eine junge Frau, die ihre Berufskarriere noch vor sich hat, Anzeichen von Zerrissenheit, die auch als Kennzeichen für *Anpassung im neuen Kapitalismus* (Sennett) gedeutet werden können.

#### **Menschenbilder aus der Helferperspektive**

Die folgenden Interviews wenden sich dem Thema *Helfen* zu. Auf der Suche nach *Menschenbildern* wird bei diesen Interviewbeispielen der Begriff *Menschenbild* genauer untersucht. Vor allem die Reflexion über die professionelle Helferrolle führt zur Unterscheidung zwischen verschiedenen Bildern wie Menschen-, Berufs- und Klientenbilder. Dahinter stehen vordergründig persönliche Seiten und Charaktere der professionellen Helfer. Es zeigt aber auch, wie Kosten- und Zeitdruck die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz beeinflussen und verändern, was wiederum Anpassungsprozesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Folge hat. Trotz aller Individualität wird hier übergeordnet eine Ähnlichkeit erkennbar, denn alle Befragten suchten sich einen persönlichen Berufsweg, um neben der Existenzsicherung ihre Berufsvorstellungen zu verwirklichen. Das

---

114 Mit »Zeitchronologie« beziehe ich mich an dieser Stelle auf die drei Interviewbeispiele, die jeweils die Perspektiven *nach, auf dem Höhepunkt* und *vor der Karriere* einnehmen.

Interviewbeispiel einer *Identitätskonstruktion aus Anpassung und Widerstand* (Interview 1) zeichnet, ähnlich wie Interview 23, ein Lebenswerk nach. Es thematisiert verschiedene Helfer Aspekte aus der Zeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Praxis und die heutige Fülle von neuen Begrenzungen in jeder Richtung.

Das Interviewbeispiel einer *beruflichen Identität mit Empowerment-Profil* (Interview 2) beschreibt das Lebenswerk eines *Grenzgängers*, der auch gleichzeitig das Motto dazu lieferte. In Kapitel 3 geht dieses Interview den anderen voraus. Herr N. bringt eine sozialpsychiatrisch authentische Berufskarriere mit. Mit seinem beruflichen Erfahrungsschatz engagiert er sich auch politisch für psychisch kranke Menschen. Beständig leistet er vollen Einsatz, scheinbar über seine Grenzen hinaus. Dieses Interviewbeispiel bietet eine große Interpretationsbandbreite. In Kapitel 3 steht es an erster Stelle und hier, in Kapitel 4 eröffnet es die Interviewreihe zum Thema *Helpen als Beruf*. Dies erklärt sich, weil ich erst im Verlauf meines Forschungsprozesses Herrn N. als typischen Vertreter der helfenden Berufsgruppe erkannte. Herr N. ist ein Musterbeispiel eines Mannes, der eine scheinbar unendliche Einsatzbereitschaft mitbringt. Exemplarisch zeigt er sein Empowerment-Profil und insofern wird auch eine typische Seite des helfenden Berufsverständnisses deutlich. Dem gegenüber stehen auch Grenzen des Helfens. Der Umgang mit ihnen ist ein Faktor, der den Alltag professionellen Helfens wesentlich mitgestaltet und prägt. Auch Herrn N.s kritisches Auge für die derzeitigen Entwicklungen des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems ist zu würdigen und der Mut, mit dem er sich ehrlich für die »echten« sozialpsychiatrischen Ziele einsetzt. Dahinter sehe ich auch den Aspekt der Anerkennung, die er sucht, und die wir alle suchen und brauchen. Anerkennung ist eine Erfahrung, die wir in der täglichen Versorgungspraxis vonseiten der psychisch kranken Menschen kaum bekommen, denn diese Menschen – selbst oft jahrelang gekränkt – gehen mit Anerkennung meist anders um. Herr N. als Leiter eines sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzwerkes scheint sich seiner Verantwortung bewusst zu sein und es scheint ihm zu gelingen, eine konstruktive Arbeitskultur zu leben.

Das Interviewbeispiel einer *Identitätskonstruktion aus Anpassung und Widerstand* (Interview 1) thematisiert *Nützlichkeit* und *Anerkennung*. Mit dem Motto *Eine Pioniersfrau und Überlebenskünstlerin* stellt sich mir Frau B. als »idealtypische« Frau vor, die sich immer wieder neu *anpasst*. Dabei leistet sie – immer wieder neu – großen Einsatz, um sich einzufügen, auch sie beansprucht für sich eine politische Haltung im Beruf, ähnlich wie Herr W. (Interview 23), der seine politische Überzeugung in seiner Berufspraxis einbringt.

Das Interviewbeispiel einer *narrativen Identität beruflichen Handelns* (Interview 12) mit dem Motto *Flüchten oder standhalten* steht als Beispiel für einen Mitarbeiter aus der Großstadt. An Herrn F. (Interview 12), der das Interview auch als Reflexionsforum für eine aktive Auseinandersetzung mit der *Helferrolle* nutzte, zeigt sich, wie trotz hoher Bereitschaft zur Flexibilität, sich professionell

helfendes Handeln verändert. In diesem Sinne könnte das Interview auch  *Helfen in »heißen Zeiten«* heißen, in Anlehnung an  *heiße Kulturen* (Lévi-Strauss). In diesem Interview ist von häufigen Arbeitsplatzwechseln die Rede, und ich überlegte, ob bei diesen Veränderungen neben der persönlichen auch eine allgemeine Eigendynamik zum Tragen kommt. Weitere Aspekte von  *Dynamiken* in diesem Interview, deren Ursachen schwer zu verorten sind, deuten darauf hin. Herr F., der in der Großstadt arbeitet, wird einer Person aus einer ländlichen Region gegenübergestellt. Beide Interviews betrachtete ich mit dem Schwerpunkt  *Helfen als Beruf*.

Frau O. (Interview 25) ist  *in die psychiatrische Szene hineingewachsen*, was zugleich auch das Motto dieses Interviews ist. Frau O. berichtete über ihren geordneten Berufsalltag, der trotz beruflicher und fachlicher Herausforderungen nicht aus dem Ruder gerät. Bei aller Ordnung und Klarheit, mit der sie spricht und sich zeigt, argumentiert sie auch kritisch, als es um den gesellschaftlichen Kontrast zwischen »arm« und »reich« oder um die Streichung der Gelder für den weiteren Bestand der Sozialpsychiatrischen Dienste geht.

#### **Einer ist anders, er wirkt unabhängig**

Das Interview  *Souveränität* (Interview 8) steht im Unterschied zu den anderen Interviews. Herr M. propagiert »Mut und Traute haben«, das ich zunächst dem Begriff  *Empowerment* zuordnen wollte. Bei der Aussage dieses Interviews passte der Begriff  *Souveränität* jedoch besser, weil mir Herrn M.s Interview wegen seiner »unabhängigen Seite« auffiel. Von familiären, äußeren Zwängen befreit, innerlich autonom, suchte er sich eine berufliche Alternative. Im Zeitalter der Anpassung (bis zur Überanpassung) ist ein Weg dieser Art eher selten. Das Motto dieses Interviews,  *Ein Schreiner, alternativ und sozialpolitisch engagiert*, bestätigt, dass Herr M. weiß, wo er steht und welche Ziele er verfolgt. Als Betriebswirt und Schreiner bringt Herr M. auch andere berufliche Voraussetzungen mit, um sich von den anderen zu unterscheiden. Mit der Aussage  *im Unterschied zu den anderen* in Anlehnung an die  *Cultural Studies*, schließe ich dieses Kapitel ab.

## Kapitel 5

*»... ich denke, dass das Risiko besteht, dass wir die [Werte und Menschenbilder] alle im Kopf haben und in netten Vorworten formulieren und vielleicht durch die Praxis gar nicht merken, wie die in der Praxis wegrutschen.«  
(Herr N., Interview 2, Zeilen 33–35)*

## 5 Resümee

Abschließend vergleiche ich die Forschungserkenntnisse meiner Interviews (vgl. Kapitel 4) mit der ursprünglichen Zielsetzung der Sozialpsychiatrie (vgl. Kapitel 1). Das Projekt der Sozial- und Gemeindepsychiatrie wollte psychisches Leid und die erforderlichen Hilfen rekommunalisieren. Diesem »Auftrag« wurde die Sozialpsychiatrie nur teilweise gerecht. Mehr als 30 Jahre nach Beginn der Psychiatrie-Reform (vgl. Kapitel 1, Abschnitt 1.3.2) präsentiert sich die Gemeinde- und Sozialpsychiatrie mit einem Netzwerk verschiedener Einrichtungen, vom betreuten Wohnen über berufliche Rehabilitationsprojekte bis hin zu Tagesstätten und anderen Initiativen. Seit dem Zwischenresümee 20-Jahre Psychiatrie-Reform war ein weiterer Ausbau des Netzwerks eher rückläufig. Die Gesamtsituation hat sich seit den damals schon kritischen Analysen von Heiner KEUPP (1994) und Ernst VON KARDORFF (1995) (vgl. Kapitel 1, Abschnitt 1.3.5) kaum verbessert. Der sozialpsychiatrisch-gesellschaftliche Diskurs nach außen vermittelt kontroverse Diskussionen und hinterlässt einen durchaus ambivalenten Eindruck. So wollen zum Beispiel die *Soltau Impulse* (2003), eine Initiative aus dem Kreis langjährig sozialpsychiatrisch engagierter Kolleginnen und Kollegen, der Realität der psychosozialen Versorgungspraxis etwas entgegensetzen. Diese aktuell formulierten, ethischen Richtlinien appellieren an die Öffentlichkeit und sozialpsychiatrisch Interessierte. Es geht darum, Menschlichkeit im beruflichen Alltagshandeln zu erhalten, ein Bemühen, das sich zunehmend an den betriebswirtschaftlichen Vorgaben des modernen Gesundheitsmanagements reibt. Unverändert orientiert sich die aktuelle Versorgungspraxis am »medizinischen Krankheitsmodell«. Mit dieser Aussage sollen Leistung und Anspruch der klinischen Psychiatrie keinesfalls geschmälert oder gar abgewertet werden. Der gesellschaftliche Kontext wird dabei jedoch nach wie vor zu wenig berücksichtigt. Keupp schreibt: »Das Besondere an psychosozialer Praxis ist die dialektische Verklammerung von Hilfe und Kontrolle.« (KEUPP 1987, S. 142) Er weist dabei auf die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen Diskurses hin, der psychisches Leid als Reaktion auf gesellschaftliche Widersprüche begreift. Dementsprechend übernehmen psychosoziale Einrichtungen die Aufgabe, im praktischen Alltag gesellschaftlich abweichendes Verhalten zu normalisieren und auszugleichen. Diese Anpassungsleistung orientiert sich an den gesellschaftlichen Vorstellungen von Normalität und Abweichung. Dabei spielt es für den psychologischen Diskurs eine wesentliche Rolle, die Bandbreite von Normalität und Abweichung auch als soziohistorisches und sozialpolitisches Produkt zu berücksichtigen. Dies sind, so Keupp, Konfigura-



tionen, die ein gesellschaftliches Doppelmandat haben. »Sie leisten Hilfe dort, wo Menschen mit der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme nicht mehr zurecht kommen und sie üben Kontrolle gegenüber Handlungen und Individuen aus, die gesellschaftlich lizenzierte Toleranzgrenzen überschreiten.« (ebd., S. 142)

Die hier vorgestellten Interviewpartnerinnen und -partner können weitgehend ein gesellschaftliches Mandat dieser Art für sich in Anspruch nehmen. Allerdings ist hierbei auch die heutige Veränderung psychosozialen Handelns, die ebenfalls den kapitalistischen Marktprinzipien ausgesetzt ist, mit zu bedenken. Beispielsweise stimmen Frau H.s berufliche Zukunftsperspektiven diesbezüglich pessimistisch, trotz ihrer erklärten Bereitschaft, sich den derzeitigen Arbeitsmarktbedingungen anpassen zu wollen.

Sowohl für die Berufsgruppe der professionellen Helfer als auch für die psychisch kranken Menschen, die reintegriert werden sollen, liegt bei diesen Überlegungen das gesellschaftliche Modell der »Erwerbsarbeit« zugrunde. Dieses Arbeitsmodell war bei der »Humanisierung der Arbeitswelt« maßgebend, denn auch das »sozialpsychiatrische Projekt« setzte auf die normalitätsspendende Kraft der »Erwerbsarbeit« (KEUPP 2003, S. 24).

Die Rekommunalisierung psychischen Leids sollte Ausgrenzung verhindern. Dies hat für die psychosoziale Praxis und sozialpsychiatrisches Handeln Konsequenzen.

»Im Unterschied zu einer sich naturwissenschaftlich verstehenden Psychiatrie schöpft die Gemeindepsychiatrie aus sozialwissenschaftlichen Quellen und muss ihr Selbstverständnis und ihre Handlungskonzepte immer wieder neu an gesellschaftlichen Veränderungsprozessen ausrichten. Sozialwissenschaftliche Gegenwartsanalysen zeigen dramatische gesellschaftliche Umbrüche auf, die – so Manuel Castells – einen ›qualitativen Wandel in der menschlichen Erfahrung‹ bedingen: Die Konsequenzen der entstehenden Netzwerkgesellschaft ›breiten sich über den gesamten Bereich der menschlichen Aktivität aus und transformieren die Art, wie wir produzieren, konsumieren, managen, organisieren, leben und sterben‹. Im Unterschied zu neoliberalen Verheißungen schier grenzenloser neuer Chancen beschreiben die seriösen Gegenwartsdeutungen einen ambivalenten Prozess, der längst nicht alle gesellschaftlichen Gruppen positiv einbezieht (Inklusion) und eher die Gefahr des gesellschaftlichen Ausschlusses erhöht (Exklusion). Menschen, die den Anforderungen an Hyperflexibilität, Mobilität allseitiger Fitness nicht genügen können, sind von Exklusionsprozessen besonders betroffen.« (ebd., S. 24)

Keupp veranschaulicht in seinem Artikel *Prioritäten der Sozialpsychiatrie im globalisierten Kapitalismus* den rauen Wind, der in den aktuellen gesellschaftlichen Umbrüchen weht. Meine These ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig schon früher von sozialpolitisch gesellschaftlichen Problemen betroffen sind, als die Durchschnittsbevölkerung, wenn sie dem Leistungsdruck der Erwerbsarbeit nicht mehr standhalten können und infolgedessen die meisten

an der Armutsgrenze leben. Gegen diese gesellschaftliche Spaltung und soziale Ungleichverteilung erkennt Keupp für die Gemeinde- und Sozialpsychiatrie »gegenwartsanalytische Prioritäten«, die er sozialwissenschaftlich darstellt und begründet. Demnach könne die Gemeinde- und Sozialpsychiatrie Handlungsaufträge konzipieren, um den derzeitigen Gefahren und sozialen Risiken entgegenzusteuern. Dies zu bewerkstelligen, stellt an diejenigen, die diese Konzepte umsetzen, entsprechende Anforderungen. Diese Seite wird anhand von Antonovskys Kohärenzmodell mit bedacht:

»Antonovsky zeigt auf, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängen: dem ›Gefühl von Kohärenz‹. Er definiert dieses Gefühl so: »Das Gefühl der Kohärenz, des inneren Zusammenhangs ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit jemand ein sich auf alle Lebensbereiche erstreckendes, überdauerndes und doch dynamisches Vertrauen hat« (1987, S. 19), dass (1) die Anforderungen es wert sind, sich dafür anzustrengen und zu engagieren (Sinnebene), (2) die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigungsebene), und (3) die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehensebene).

Antonovsky transformiert eine zentrale Überlegung aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zu einer grundlegenden Bedingung für Gesundheit: Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist.« (ebd., S. 37)

Diesen Kohärenzsinn bringen die meisten meiner Interviewpartnerinnen und -partner mit. Mit dieser Kompetenz sind sie (noch) in der Lage ihre Aufgaben im Arbeitsalltag zu erfüllen. Es ist zu befürchten, dass diese Ressourcen der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei laufenden Personalkürzungen und der daraus resultierenden Mehrarbeit, Verstehensverlust und zunehmend mangelnden Bewältigungsstrategien, bald verbraucht sind.

Herr N., *der Grenzgänger*, veranschaulichte dies im Interviewgespräch, als er in seiner Leitungsfunktion sein Mitarbeiterteam würdigt, das er im Sinne von »Humankapital« nicht verschleifen will. Darüber hinaus sieht er sein eigenes Lebenswerk und auch das anderer Psychiatriereformer in Gefahr. Hätte etwas von den alten sozialpsychiatrischen Zielen mit in die neue Zeit des Kapitalismus hinübergerettet werden können?

Herr N.: »[Uns] paar Leute, die jetzt von Anfang an dabei sind, hat es dann schon mehr getroffen. (...) so in die Auseinandersetzung (...) bei allem – von mir aus – Verständnis für Kürzungen mit einem Federstrich ein Stück weit *an unserem Lebenswerk kratzt*. Also Sozialpsychiatrische Dienste sind, denke ich, so für diejenigen, die von Anfang an dabei sind, ja ein wesentlicher Teil der Identität. Ich habe selber den ersten

mit aufgebaut, bin dann umgezogen, dann den zweiten aufgebaut, also in leitender Verantwortung, und dass die da jetzt einfach hergehen und so *gießkannenprinzipartig*, völlig absurd und willkürlich sagen, so jetzt kürzen wir mal die Landeskürzung um 50 %, da verlassen einen dann schon so die Vertrauensmomente ins Ministerium, in die Politik. Also da kommen dann schon so Gedanken an *alte Kämpferzeiten* wieder, vielleicht ist der Weg in den Untergrund auch nicht so schlecht. Das hat natürlich auch in die Irre geführt, aber da kommen einem schon so Fantasien. (...) Was uns allerdings, denke ich, da sehr bestärkt hat, was allerdings auf der anderen Seite uns ökonomische Probleme oder mir die ökonomischen Probleme in dem Bereich bringt: ich muss gucken, wie kriege ich das hin, ohne Mitarbeiter zu entlassen und die Qualität der Arbeit noch einigermaßen aufrechtzuerhalten. Die *Solidarität* von betroffenen Angehörigen, Bürgerhelfern und auch vom Großteil der Politik (...) war sehr groß. Also haben wir auch viel Wertschätzung und Anerkennung erfahren.«  
(Herr N., Interview 2, Zeilen 874–897)

Eine Zeit lang wurden große Hoffnungen ins Organisationsmanagement gesetzt, um den Forderungen der Ökonomie nachzukommen. Auch dies hat nicht weitergeholfen.

Zu den Schlagzeilen der letzten Tage gehörte, dass in Berlin mindestens 130 000 Menschen demonstrierten, weil das Gesundheitsversorgungssystem, das Weiterbestehen der Krankenhäuser mit entsprechend medizinischer Versorgung und Behandlung in der jetzigen Form bedroht sind (Süddeutsche Zeitung, Nr. 225, 26.09.2008, S. 7). Einerseits beeindruckt diese riesige solidarische Geste politischer Aktion, andererseits zeigt diese Demonstration auch *wie* groß die Misere ist. Eine allgemeine, anhaltende Misswirtschaft im Gesundheitswesen, wie sie seit mindestens 30 Jahren dauerhaft betrieben wurde und politisch geschickt kaschiert wurde, erscheint jetzt so bedrohlich, dass sie sogar die verschiedensten Vertreter der sozial Berufenen und die verschiedenen Krankenhaushierarchie-Ebenen vom Klinikdirektor bis hin zur Putzhilfe zu vereinen vermag.

Im Hinblick auf die Signalwirkung dieser Protestaktion sowie der Gleichförmigkeit im unermüdlichen Arbeitsalltag entsteht bei mir der Eindruck, dass zugleich auch etwas passiert, was beständig vom Wesentlichen ablenkt. Und hier schließt sich der Kreis, denn dieser Eindruck war einer der Impulse für diese Studie. Das Modell »Erwerbsarbeit« und die daraus folgenden Anpassungsleistungen – auch im Gesundheitswesen – sorgen dafür, dass wir im Berufsalltag alle damit beschäftigt sind, zu arbeiten und zu arbeiten, wenigstens um unsere Existenz zu sichern. Vor lauter Arbeiten und Beschäftigtsein, gerät der Sinn für das, was sinnvoll und wichtig ist, aus dem Blickfeld. Dies zu verändern, bedeutet in Anlehnung an Sennett, über gesellschaftspolitische und strukturelle Veränderungen, sozial-sinnstiftendes Handeln nachzudenken und wieder zu beleben.

»Der Anrufbeantworter ist der Tod der Sozialpsychiatrie.«

(Herr N., Interview 2, Zeile 984)

# Literatur

- AEBI, Elisabeth; CIOMPI, Luc; HANSEN, Hartwig (Hg.) (1994<sup>2</sup>): Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2001): 25 Jahre Psychiatrie-Enquête. Tagungsband: 27 (1 und 2). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2004): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsband 30. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ALSHEIMER, Georg W. (1972): Vietnamesische Lehrjahre. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- BASAGLIA, Franco (Hg.) (1980<sup>3</sup>): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BASAGLIA, Franco (2002): Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerkes. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BATESON, Gregory (1990<sup>3</sup>): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BÄUML, Josef; PITSCHEL-WALZ, Gabriele; KISSLING, Werner (1995): Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In: STARK, Arnold (Hg.): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 217–255.
- BLASIUS, Dirk (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- BOCK, Thomas; WEIGAND, Hildegard (Hg.) (1998<sup>4</sup>). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.) (2004): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BÖKER, Wolfgang; BRENNER, Hans Dieter (Hg.) (1986): Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag.
- BOSSHARD, Marianne; EBERT, Ursula; LAZARUS, Horst (2001): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BREUER, Franz (1998): Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-forschung.de/information/publikation/modelle/breuer/breuer.pdf> [letzter Zugriff am 07.03.2008].
- BRILL, Karl-Heinz (1998): »Die Freiheit der Person ist unverletzlich« (Art. 2 GG). Die Respektierung der Grundrechte als Leitlinie psychiatrischen Handelns. In: BOCK,

- Thomas; WEIGAND, Hildegard (Hg.) (1998<sup>4</sup>). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 106–119.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1973): Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Hier: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode Drucksache 7/1124.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode Drucksache 7/4200.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1975): Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode Drucksache 7/4201.
- CIOMPI, Luc (1986). Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte. In: BÖKER, Wolfgang; BRENNER, Hans Dieter (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag, S. 47–61.
- CIOMPI, Luc (1999<sup>2</sup>). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- CLAUSEN, Jens; DRESLER, Klaus-D.; EICHENBRENNER, Ilse (1997<sup>2</sup>): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 20–61.
- COOPER, David (1971): Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- DANIEL, Claus (1981): Theorien der Subjektivität. Einführung in die Soziologie des Individuums. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOLOGIE/Ethikrichtlinien (2004): Revision der auf die Forschung bezogenen ethischen Richtlinien. Verfügbar unter: <http://www.dgps.de/dgps/kommissionen/ethik/> [letzter Zugriff am 17.03.2008].
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (Hg.) (1972): Sozialpsychiatrie. Neuwied, Berlin: Luchterhand Verlag.
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (Hg.) (1999): Anfänge der Sozialpsychiatrie. Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahr 1968. Sozialpsychiatrische Texte 2. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- DÖRNER, Klaus; HAERLIN, Christiane; RAU, Veronika; SCHERNUS, Renate; SCHWENDY, Arnd (Hg.) (1989<sup>2</sup>): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach »Holocaust«: erkennen – trauern – begegnen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag/Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 31–73, S. 206–215.
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (1978). Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (1996). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 1. Auflage, Neuausgabe. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula; TELLER, Christine; WENDT, Frank (2004<sup>2</sup>): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- DÖRNER, Klaus (2004): Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs. In: BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18–26.
- DOSSEY, Larry (1987): Die Medizin von Raum und Zeit. Ein Gesundheitsmodell. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- DROSDOWSKI, Günther et al. (Hg.) (1989<sup>2</sup>): Duden. Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Band 7. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- DROSDOWSKI, Günther et al. (Hg.) (1990<sup>3</sup>): Duden. Fremdwörterbuch. Band 5. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- ENGELMANN, Jan (Hg.) (1999). Die kleinen Unterschiede. Der Cultural Studies-Reader. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- EWERS, Michael; SCHAEFFER, Doris (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag.
- FENGLER, Jörg (1991): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burn-out und beruflicher Deformation. München: Pfeiffer Verlag.
- FINZEN, Asmus (1995): Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, soziale Psychiatrie. In: FINZEN, Asmus; HOFFMANN-RICHTER, Ulrike (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 117–128.
- FINZEN, Asmus; HOFFMANN-RICHTER, Ulrike (Hg.) (1995): Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, Asmus (1999): Anfänge der Sozialpsychiatrie. In: DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (Hg.): Anfänge der Sozialpsychiatrie. Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahr 1968. Sozialpsychiatrische Texte 2. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag. S. 4–15.
- FLICK, Uwe (2002<sup>6</sup>): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- FLICK, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete Neuauflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Forum Kritische Psychologie (2007): Ausgabe 51. Hamburg: Argument Verlag.
- FOUDRAINE, Jan (1976): Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- FOUCAULT, Michel (1978<sup>3</sup>): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- FRANZEN, Stefan (1989<sup>2</sup>): Langsam nahm mein Schweigen Gestalt an. In: DÖRNER, Klaus; HAERLIN, Christiane; RAU, Veronika; SCHERNUS, Renate; SCHWENDY, Arnd (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach »Holocaust«: erkennen – trauern – begegnen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag/Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 31f..
- FROMM, Erich (2003<sup>11</sup>): Die Furcht vor der Freiheit. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- FORSTER, Rudolf (1997): Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag.
- GOFFMANN, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- GRIESINGER, Wilhelm (1868/69 c): Vortrag zur Eröffnung der Psychiatrischen Klinik zu Berlin am 02.05.1867. In: Arch Psychiat Nervenkr 1, 143–158. In: SCHOTT,

- Heinz; TÖLLE, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck Verlag, S. 70.
- GRUBITZSCH, Siegfried; WEBER, Klaus (Hg.) (1998): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- HAERLIN, Christiane (1989<sup>2</sup>): Meine Wahl der Grenze entscheidet über »menschlich« und »unmenschlich«. In: DÖRNER, Klaus; HAERLIN, Christiane; RAU, Veronika; SCHERNUS, Renate; SCHWENDY, Arnd (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach »Holocaust«: erkennen – trauern – begegnen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag/Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 33–36.
- HALL, Stuart (1999): Ethnizität und Differenz. In: ENGELMANN, Jan (Hg.): Die kleinen Unterschiede. Der Cultural Studies-Reader. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- HAMMER, Matthias; PLÖßL, Irmgard; SCHELLING, Ulrich (2004<sup>2</sup>): ZERA. Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Psychosoziale Arbeitshilfen. Band 16. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HARDTMANN, Gertrud (2005): Psychiatrie. In: KREFT, Dieter; MIELENZ, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München, Weinheim: Juventa Verlag, S. 669–671.
- HARTUNG, Klaus (2002): Die Aktualität der ethischen Entscheidung. »Die Brasilianischen Konferenzen« und die praktische Dimension der Diskurse Basaglias. In: BASAGLIA, Franco: Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerkes. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 9–34.
- JAEGGI, Eva; FAAS, Angelika; MRUCK, Katja (1998): Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten (2. überarbeitete Fassung). Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 2-98. Verfügbar unter: <http://www.gp.tu-berlin.de/psy7/pub/reports.htm> [letzter Zugriff am 11.10.2008].
- JERVIS, Giovanni (1980<sup>3</sup>): Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Syndikat Verlag.
- JERVIS, Giovanni (1980<sup>3</sup>): Die Krise der Psychiatrie und Widersprüche der Institution. In: BASAGLIA, Franco (Hg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 290–316.
- VON KARDORFF, Ernst (2001<sup>2</sup>): Psychiatrie und Sozialpädagogik/Sozialarbeit. In: OTTO, Hans-Uwe; THIERSCH, Hans (Hg.): Handbuch Sozialarbeit. Sozialpädagogik. Neuwied, Krefeld: Luchterhand Verlag, S. 1434–1445.
- VON KARDORFF, Ernst (1995): 20 Jahre Psychiatriereform – Versuch einer Zwischenbilanz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 4/1995, S. 467–482.
- KAUDER, Volker (1998<sup>2</sup>): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen. Band 11. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KEUPP, Heiner (1972): Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- KEUPP, Heiner; RERRICH, Dodó (Hg.) (1982): Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg Psychologie.
- KEUPP, Heiner (1987): Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch. Sieben Essays. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KEUPP, Heiner (1994): Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven. München: Quintessenz.

- KEUPP, Heiner (1998): Sozialpsychiatrie. In: GRUBITZSCH, Siegfried; WEBER, Klaus (Hg.): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; S. 581–583.
- KEUPP, Heiner (Hg.) (1998<sup>2</sup>): Der Mensch als soziales Wesen. Sozialpsychologisches Denken im 20. Jahrhundert. Ein Lesebuch. München: Piper Verlag.
- KEUPP, Heiner: Sozialpsychiatrie im Gegenwind. Festvortrag beim 25-jährigen Jubiläum der Sozialpsychiatrischen Dienste München Laim und Schwabing des Caritasverbandes München am 25.11.2003.
- KEUPP, Heiner (2003): Prioritäten der Sozialpsychiatrie im globalisierten Kapitalismus. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 27. Jg., Nr. 105, Heft 1, Gießen: Psychosozial Verlag, S. 23–43.
- KEUPP, Heiner (2004): Sozialpsychiatrie im gesellschaftlichen Gegenwind. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. 22. Jg. Heft 3, S. 4–7.
- KEUPP, Heiner (2007): Sozialpsychiatrie im Gegenwind. In: Forum Kritische Psychologie. Heft 51, 2007. Hamburg: Argument Verlag, S. 13–24.
- KEUPP, Heiner (2008): Grundlagen der Sozialpsychologie II: Reflexive Sozialpsychologie. Foliensatz zur Vorlesung im Sommersemester 2008. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Verfügbar unter: [http://www.lrz-muenchen.de/~Reflexive\\_Sozialpsychologie/pdf/KeuppFolien08.pdf](http://www.lrz-muenchen.de/~Reflexive_Sozialpsychologie/pdf/KeuppFolien08.pdf) [letzter Zugriff am 07.05.2008].
- KNUF, Andreas; GARTELMANN, Anke (Hg.) (1997): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KNUF, Andreas; SEIBERT, Ulrich (2000): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KREFT, Dieter; MIELENZ, Ingrid (Hg.) (2005): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München, Weinheim: Juventa Verlag.
- LAING, Ronald D.; PHILLIPSON, H.; LEE, A. Russell (1971): Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- LAMNEK, Siegfried (1995<sup>3</sup>). Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- LAMNEK, Siegfried (1993<sup>2</sup>). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- LESCHINSKY, Achim (Hg.) (2003): Ursula Plog. Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1973): Das wilde Denken. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- LÖHMER, Cornelia; STANDHARDT, Rüdiger (Hg.) (1992): TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn. Stuttgart: Klett-Kotta.
- LOHMANN, Hans Martin (1987): Alexander Mitscherlich. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- MATZDORF, Paul; COHN, Ruth C. (1992): Das Konzept der Themenzentrierten Interaktion. In: LÖHMER, Cornelia; STANDHARDT, Rüdiger (Hg.): TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn. Stuttgart: Klett-Kotta, S. 39–92.
- MOSHER, Loren R.; BURTI, Lorenzo (1992): Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- MÜLLER, Reinhard (2002): Biografie Michel Foucault. In: 50 Klassiker der Soziologie Verfügbar unter: <http://www.agso.uni-graz.at/lexikon> [letzter Zugriff am 02.08.2008].



- OBERT, Klaus (2001): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns. Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- OBIOLS, Juan (1978): Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- OTTO, Hans-Uwe; THIERSCH, Hans (Hg.) (2001<sup>2</sup>): Handbuch Sozialarbeit. Sozialpädagogik. Neuwied; Kriftel: Luchterhand Verlag.
- PEUKERT, Reinhard (2002): Gemeindepsychiatrie. Verfügbar unter: <http://www.ibrp-online.de> [letzter Zugriff am 19.08.2007].
- PÖRKSEN, Niels (1989<sup>2</sup>): Seelisch Leidende unter uns – das fordert von allen viel. In: DÖRNER, Klaus; HAERLIN, Christiane; RAU, Veronika; SCHERNUS, Renate; SCHWENDY, Arnd (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach »Holo-caust«: erkennen – trauern – begegnen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag/Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 70–73.
- Psyhyrembel (1990): Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin u. a.: de Gruyter. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 27. Jahrgang, Nr. 105, Heft 1, 2003. Gießen: Psychosozial Verlag.
- QUINDEL, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ROSENBROCK, Rolf (1998). Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin: Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Verfügbar unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/p98-201.pdf> [letzter Zugriff am 10.10.2008].
- SCHERNUS, Renate; BREMER, Fritz (2007): Tyrannei des Gelingens. Plädoyer gegen marktconformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Neumünster: Paranus Verlag.
- SCHMID, Wilhelm (1998): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang (1977): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- SCULL, T. Andrew (1980): Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt, New York: Campus.
- SCHOTT, Heinz; TÖLLE, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck Verlag.
- SEIFERT, Karl-Heinz; HÖMIG, Dieter (1991<sup>4</sup>): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Taschenkommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- SEN, Amartya (2002<sup>3</sup>): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- SENNETT, Richard (2000): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. München: Siedler/Goldmann Verlag.
- SENNETT, Richard (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin Verlag.
- SENNETT, Richard (2005): Die Angst, überflüssig zu sein. Hamburg: ZEIT ONLINE 21/2005.
- Soltauer Impulse. In: Soziale Psychiatrie. Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (Hg.). 28. Jg., Heft 3, Juli 2004, S. 34–36.
- Soziale Psychiatrie, Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (Hg.) (2004): 28. Jg., Heft 3. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Sozialpsychiatrische Informationen (2000): 30. Jg., Heft 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SÜLBERG, Hermann (1976): Endstation für kranke Seelen. Eine Fotoreportage. In: Magazin Stern. Heft Nr. 18, 1976. Hamburg: Gruner und Jahr, S. 64–76, S. 162–163.
- STARK, Arnold (Hg.) (1996): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Tübingen: dgvtv-Verlag.
- STRAUSS, Anselm L. (1998<sup>2</sup>): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: UTB für Wissenschaft, Wilhelm Fink Verlag.
- WAHRIG-BURFEIND, Renate (Hg.) (1997<sup>6</sup>): Wahrig. Deutsches Wörterbuch. Gütersloh: Bertelsmann Lexikon Verlag.
- WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don D. (1990<sup>8</sup>): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (Hg.) (1993<sup>2</sup>): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien. ICD-10 Kapitel V. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION/Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) [letzter Zugriff am 07.10.2008].
- WITZEL, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, 1 (1). Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.pdf> [letzter Zugriff am 10.10.2008].
- WITZEL, Andreas (1982): Verfahren der Qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt, New York: Campus Forschung.
- WULFF, Erich (1972): Psychiatrie und Klassengesellschaft. Zur Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin. Frankfurt am Main: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag.
- WULFF, Erich (1972): Kritische Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. In: DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (Hg.): Sozialpsychiatrie. Neuwied, Berlin: Luchterhand Verlag.
- WULFF, Erich (2000): Psychiatrie an der Wende zum dritten Jahrtausend. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 30. Jg., Heft 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 3–4.
- WULFF, Erich (2001): Irrfahrten. Autobiografie eines Psychiaters. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WULFF, Erich (2007): Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie. Zum Vorwärtücken des neoliberalen Zeit- und Sprachregimes. In: Forum Kritische Psychologie, Ausgabe 51, 2007. Hamburg: Argument Verlag, S. 6–12.

# Danksagung

## Der Weg ist das Ziel

Dieser buddhistische Gedanke ist mir aus meiner Zeit des Aikido vertraut und das Ziel dieser Arbeit rückt näher. Mit einem Blick zurück möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mir immer wieder zur Seite gestanden und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Für meine Zeit an der Ludwig-Maximilians-Universität danke ich Herrn Prof. Dr. Heiner Keupp, der mir diese Chance gab, meine praktischen Kenntnisse als Sozialpädagogin auch wissenschaftlich zu vertiefen. Vieles konnte ich neu sehen, erkennen, lernen, erfahren und erleben. Mit Herrn Prof. Dr. Josef Bäuml verbindet mich ein fachlicher Dialog und ich freue mich, dass er sich bereit erklärte, die Aufgabe als zweiter Gutachter und Prüfer zu übernehmen.

Montagabend, 18:00 Uhr im »Schweinchenbau« an der Leopoldstraße – U-Bahnstation Giselastraße der Linie U 3/U 6 oder mit dem Fahrrad – war ein Ritus geworden. Diese Abende im gemeindepsychologischen Forschungsseminar versprachen immer wieder intensives Nachdenken und spannende Diskussionen.

Ich danke allen meinen Interviewpartnerinnen und -partnern, die mir ihre Aufmerksamkeit und Zeit, Wissen und ihre Erfahrung in Form dieser Experteninterviews schenkten, deren Ergebnisse ein wesentlicher Baustein dieser Studie sind.

Von Susanne Menzel und Jürgen Borchers erhielt ich während meines Schreibprozesses manch inhaltliche und formale Anregung. In der stressigen Abschlussphase lektorierte Margit Hoess diese Arbeit, Frau Dr. Benedikta Hintersberger schickte mir ein Leseecho aus theologischer Sicht. Gut gelaunt und geduldig unterstützte mich Max Glanz als Systemadministrator bei technischen Mängeln der EDV und den lästigen Problemen mit Laptops und Computern.

Die Abschlussphase dieser Forschungsjahre verbrachte ich »neu« auf dem Land, gemeinsam mit meinem Mann, der stets zu mir hielt. Als Glücksfall erwies sich auch, dass meine Tochter, Luise Köhler, mir half, diesen vorliegenden Text im Layout zu gestalten.

Georg Köhler, meinem Sohn, und Inge Glanz, meiner Freundin, und allen anderen, die ein »offenes Ohr« hatten und an diesem Lernweg beteiligt waren, Ihnen allen herzlichen und besten Dank!

*Edith Borchers  
Kloster Schäftlarn, im Oktober 2008*

# Anhang

## Anhang A

### Anzeigentext

#### **Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gesucht**

Im Rahmen meines Promotionsstudiums am Department Psychologie der Universität München bei Prof. Dr. Heiner Keupp befasse ich mich mit dem Thema »Soziale Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung – am Beispiel der Praxis von Einrichtungen des sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes«.

#### **Ausgangspunkt der Studie**

Thesen zu Werten und Wertewandel in einer sich dramatisch verändernden Gesellschaft kennzeichnen zurzeit einige sozialwissenschaftliche Diskussionen. Sich abzeichnende politische Entscheidungen im Sozialrecht lassen radikale soziale und gesellschaftlich nachhaltige Einschnitte erwarten. Im Gesundheitswesen spielt das Realitätsprinzip Kostendruck für die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle. Die Versorgungsrichtlinien bewegen sich zwischen Management und Patientenorientierung.

Die Gemeindepsychiatrie hat sich seit den 70er-Jahren signifikant verändert. Sozialpsychiatrische ambulant-komplementäre Versorgungsstrukturen bieten eine Basis für Gemeindepsychiatrische Verbünde und eine erweiterte Grundversorgungsverpflichtung. Im Dschungel dieser Strukturveränderungen scheinen – außer der Vorgabe, die Kosten zu senken – Orientierungen verloren zu gehen. Spannungsfelder werden von allen Beteiligten im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem erfahren und nehmen zu.

#### **Forschungsintention**

Forschungsintention ist, Qualitätselemente der aktuellen sozialpsychiatrischen Versorgung darzustellen und deren Integration in Konzeption und subjektiv erlebter Berufspraxis zu reflektieren.

#### **Personenkreis**

Bundesweit möchte ich verschiedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen aus dem sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzwerk für ein Interviewgespräch interessieren und gewinnen.

### **Interviewablauf**

Die Interviewphase beginnt sofort und soll bis Ende des Jahres abgeschlossen werden.

Priorität hat die Idee, im offenen Gespräch 60–90 Minuten lang mit der Interviewerin – im Sinne einer Selbstreflexion über die eigene Berufstätigkeit – auf Entdeckungsreise zu gehen.

### **Datenschutz**

Soziodemografische Daten, wie sie bei qualitativer Sozialforschung üblich sind, werden erhoben.

Diese Daten werden vertraulich behandelt, bei der Auswertung werden die Forschungsaspekte ausgewählt und personenbezogene Daten anonymisiert.

Wer Interesse, Zeit und Lust hat, meldet sich bitte unter folgender Adresse ...

Veröffentlicht: in: (2003) Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Heft 3. 21. Jg., S. 23 und in: (2003) Soziale Psychiatrie. Rundbrief der DGSP e.V. Heft 3. 27. Jg.

## **Anhang B**

(siehe Tabelle 3, S. 212–214)

Tabelle 3: Stichprobe

Interview-Reihe 2003 zeitchronologisch	Interviewpartner/-in, Eigennamen geändert und in Kurzform	Geschlecht, Alter Familienstand, Kinder	Beruf	Ort	Institution Status in der Organisationsstruktur	Sozialpsychiatrisches Versorgungssetting
Interview 1	U.B.	weiblich, 52 Jahre, alleinstehend keine Kinder	Fachkrankenschwester für Psychiatrie	Augsburg	Übergangseinrichtung Konfessioneller Träger, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 2	Dr. M. N.	männlich, 49 Jahre, Partnerschaft, Vater einer Tochter	Sozialpädagoge	Tübingen	Sozialpsychiatrisches Zentrum Tagessstätte leitende Funktion	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, aufsuchende Hilfen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 3	Dr. R. M.	weiblich, 42 Jahre, Partnerschaft keine Kinder	Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie	Ulm	eigene Praxis selbstständig	Behandlung, Psychotherapie
Interview 4	L. H.	männlich, 58 Jahre, verheiratet, Vater von zwei Kindern	Fachkrankenfleger für Psychiatrie	Hamburg	Bezirkskrankenhaus Fachambulanz Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Psychiatrische Krankenpflege, Langzeitbetreuung, aufsuchende Hilfe
Interview 5	Dr. R. A.	männlich, 48 Jahre, verheiratet, Vater von zwei Kindern	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Köln	Bezirkskrankenhaus Fachambulanz leitender Oberarzt	Behandlung, Krisenintervention
Interview 6	Dr. H. R.	weiblich, 49 Jahre, Partnerschaft, Mutter von zwei Töchtern	Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie	Heidelberg	Bezirkskrankenhaus Psychiatrische Klinik leitende Funktion	Behandlung, Krisenintervention
Interview 7	Dr. B. L.	männlich, 58 Jahre, Partnerschaft	Soziologe	Ulm	Beschützte Werkstatt leitende Funktion	Arbeit und Rehabilitation
Interview 8	G. M.	männlich, 50 Jahre, Partnerschaft, Vater von zwei Söhnen	Betriebswirt, Schreiner	Ulm	Beschützte Werkstatt Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation
Interview 9	P. T.	männlich, 44 Jahre, verheiratet, Vater einer Tochter	Sozialarbeiter	Freiburg	Beschützte Werkstätten für Menschen mit Behinderung Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation
Interview 10	R. S.	männlich, 49 Jahre, Partnerschaft, Vater von zwei Kindern	Psychologe, Betriebswirt	Freiburg	Beschützte Werkstätten für Menschen mit Behinderung Geschäftsführer	Arbeit und Rehabilitation

Interview-Reihe Reihe Mai-Dez. 2003 zeitchronologisch	Interviewpartner/-in, Eigennamen geändert und in Kurzform	Geschlecht, Alter Familienstand, Kinder	Beruf	Ort	Institution Status in der Organisationsstruktur	Sozialpsychiatrisches Versorgungs- setting
Interview 11	S.A.	weiblich, 35 Jahre, Partnerschaft, keine Kinder	Sozialpädagogin	Nürnberg	Gemeinnütziger Verein, Tagesstätte für psychisch kranke Menschen Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 12	W.F.	männlich, 48 Jahre, verheiratet, keine Kinder	Fachkrankenpfleger für Psychiatrie	Nürnberg	Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Psychiatrische Krankenpflege im teilstationären Bereich, Psychotherapie, berufliche Rehabilitation
Interview 13	C.T.	weiblich, 42 Jahre, alleinstehend keine Kinder	Sozialpädagogin	Kempten	Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben medizinische und berufliche Rehabilitation
Interview 14	R.B.	männlich, 35 Jahre, alleinstehend Vater einer Tochter	Verwaltungsangestellter, Weiterbildung zum Sozialwirt	Ingolstadt	Konfessioneller Träger, Wohnheim für behinderte Menschen, Mitarbeiter in der Verwaltung	Wohnen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 15	H.M.	weiblich, 34 Jahre, Partnerschaft, keine Kinder	Psychologin	Mühlendorf	Konfessioneller Träger, Psychosoziale Beratungsstelle, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 16	E.H.	weiblich, 39 Jahre, Partnerschaft, Mutter einer Tochter	Fachkranken- schwester für Psychiatrie	Nürnberg	Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Psychiatrische Krankenpflege im teilstationären Bereich, Psychotherapie
Interview 17	V.B.	männlich, 45 Jahre	Soziologe	Dachau	Konfessioneller Träger, Psychosoziale Beratungsstelle, Tagesstätte, Betreutes Wohnen, leitende Funktion	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 18	T.G.	weiblich, 38 Jahre, verheiratet, Mutter einer Tochter	Sozialpädagogin	Paderborn	Gemeinnütziger Träger, Beschützte Arbeitsplätze, Sozialberatung und Betreuung, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation
Interview 19	L.W.	weiblich, 36 Jahre,	Sozialpädagogin	Lüden- scheid	Gemeinnütziger Träger, Beschützte Werkstätten, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Arbeit und Rehabilitation

Interview-Reihe Mai-Dez. 2003 zeitchronologisch	Interviewpartner/-in, Eigennamen geändert und in Kurzform	Geschlecht, Alter Familienstand, Kinder	Beruf	Ort	Institution Status in der Organisationsstruktur	Sozialpsychiatrisches Versorgungs- setting
Interview 20	Dr. M. G.	weiblich, 41 Jahre, verheiratet, keine Kinder	Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie	Wasserburg	Betreutes Wohnen, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Behandlung, Langzeitbetreuung, aufsuchende Hilfe
Interview 21	Gruppeninterview, fünf Teilnehmerinnen	weiblich, zwischen 25 und 40 Jahren	Sozialpädagoginnen, Ergotherapeuten	Bremen	Gemeinnütziger Träger, Mitarbeiterinnen in der Versorgungspraxis und deren Vorgesetzte	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 22	J. K.	männlich, 42 Jahre, verheiratet, Vater von zwei Kindern	Sozialpädagoge	Aschaffenburg	Gemeinnütziger Träger, Übergangswohnheim, Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 23	K. W.	männlich, 58 Jahre,	Sozialarbeiter	Heidelberg	Gemeinnütziger Träger, Übergangswohnheim, Gründungsmitglied, leitende Funktion, Mitarbeiter in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 24	C. T.	weiblich, 26 Jahre, alleinstehend, keine Kinder	Sozialpädagogin	Heidelberg	Gemeinnütziger Träger, Übergangswohnheim, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Wohnen
Interview 25	R. O.	weiblich, 47 Jahre, verheiratet, Mutter von zwei Kindern	Sozialpädagogin	Passau	Konfessioneller Träger, Psychosoziale Beratungsstelle, Tagessstätte, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 26	K. O.	männlich, 50 Jahre, verheiratet, Vater von zwei Kindern	Sozialwirt	Passau	Konfessioneller Träger, Psychosoziale Beratungsstelle, leitende Funktion und Mitarbeiter	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 27	O. T.	männlich, 56 Jahre, verheiratet, Vater von zwei Kindern	Soziologe	Ulm	Gemeinnütziger Verein, Betreutes Wohnen, Langzeitwohnen, leitende Funktion	Wohnen
Interview 28	S. H.	weiblich, 30 Jahre, alleinstehend, keine Kinder	Sozialpädagogin	Bamberg	Kostenträger, Bezirksverwaltung, Mitarbeiterin in der Sozialverwaltung	Vertretung des Kostenträgers für die Bereiche: Wohnen, berufliche Rehabilitation, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Interview 29 2007	E. B.	weiblich, 52 Jahre, verheiratet, Mutter von zwei Kindern	Krankenschwester Sozialpädagogin	München	Psychiatrische Klinik, Ambulanz und Tagesklinik, Mitarbeiterin in der Versorgungspraxis	Krisenintervention, Langzeitbetreuung, Sozialberatung, Sozialtherapie



## Anhang C

### Interviewleitfaden

Soziodemografische Daten

Was erwarten Sie von diesem Interview?

#### Fragen:

##### Prolog

Was fällt Ihnen zur Psychiatrie ein?

##### 1. Berufliche Identifikation

Mit welcher Motivation, welchen Ideen und welcher Haltung haben Sie ursprünglich Ihre Berufstätigkeit und Berufslaufbahn begonnen?

##### 2. Patientenversorgung

Stellen Sie bitte zwei Beispiele aus Ihrer Praxis gegenüber:

- > einmal eine sehr gut gelungene Situation,
- > einmal eine schwierige Situation.

##### 3. Menschenbild

Wie definieren Sie für sich soziale Werte?

Wie sieht Ihr Menschenbild aus?

##### 4. Leid

Wann und wie sind Sie während Ihrer Berufstätigkeit besonders mit »Leid« konfrontiert worden?

Gibt es eine Situation und Erfahrung mit »Leid«, die Sie besonders berührt und bewegt hat?

Wie bewältigen Sie die teilweise schweren Schicksale ihrer Klientinnen und Klienten?

##### 5. Spannungsfelder

Welche Spannungsfelder erleben Sie in Ihrem Berufsalltag und wie gehen Sie damit um?

##### 6. Sozialpsychiatrie

Was sind für Sie die wichtigsten Ziele der Sozialpsychiatrie, die sich seit den 70er-Jahren in der BRD bundesweit etabliert und profiliert haben?

Wo und inwiefern sehen Sie diese Ziele inzwischen erreicht oder gefährdet?

### 7. Netzwerk

Wie sind Sie als Vertreter Ihrer Einrichtung im sozialpsychiatrischen Gesundheitsversorgungssystem vernetzt?

### 8. Kritische Reflexion

Wie beurteilen Sie ihre Rolle als professionelle Helferin und als professioneller Helfer?

Wo sind Ihre Gestaltungsspielräume im Berufsalltag und wie sehen sie aus?

### Ausblick

Was wünschen Sie sich für Ihren beruflichen Weg für die Zukunft?

Wo möchten Sie in circa drei Jahren stehen?

Was nehmen Sie aus diesem Interview für sich mit?

## Die Autorin



Die Autorin, Jg. 1954. Krankenschwester und Sozialpädagogin. Seit 1996 Tätigkeit im Psychiatrischen Krisen- und Behandlungszentrum, Atriumhaus, München.

2009 Promotion mit der vorliegenden Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Department Psychologie, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, bei Prof. Dr. Heiner Keupp. Titel: *Spurensicherung im sozial-psychiatrischen Labyrinth – Werte und Menschenbilder im Wandel der Gesundheitsversorgung*