

Partizipation oder Betroffenenkontrolle?

Überlegungen aus antipsychiatrischer Sicht

Die Autoren kritisieren, dass der Reformierungsprozess in der Psychiatrie nach wie vor leeres Wortgeklingel ist. Darüber hinaus stellen sie das Weglaufhaus in Berlin als antipsychiatrisches Modell vor, das den Betroffenen Selbstbestimmung und neue Lebensziele erlaubt.

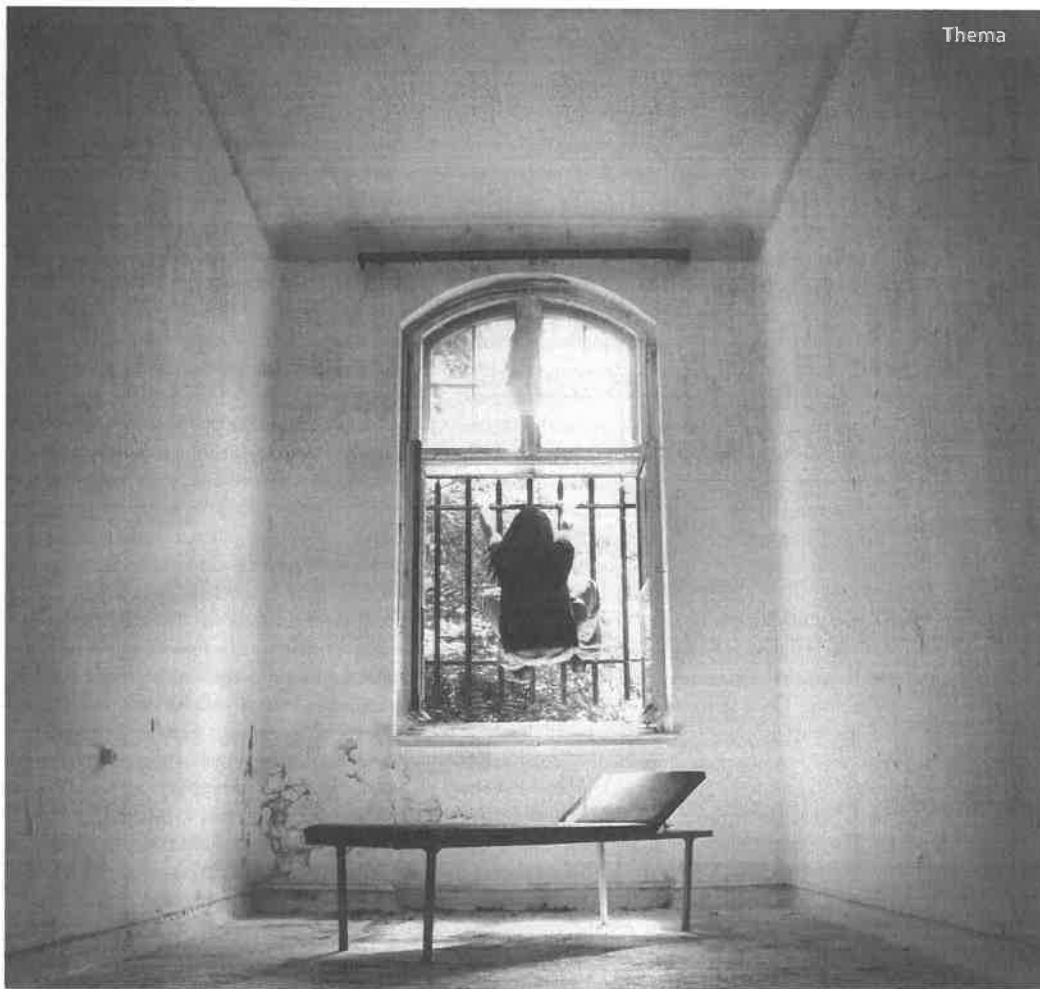
In den vergangenen Jahren fanden vermehrt Konzepte in die (sozial-)psychiatrische Ordnung Eingang, die eine weitere „Humanisierung“ verheißten. Begriffe wie Dialog, Partizipation, Empowerment, Lebenswelt- und Nutzerorientierung, Selbstbestimmung und Inklusion nehmen einen zunehmend bedeutenderen Platz in den Debatten ein. Es fällt nicht leicht, sich dem anklingenden emanzipatorischen Charme dieser Konzepte zu entziehen, scheint durch diese doch das Versprechen auf eine grundlegende Transformation der sozialpsychiatrischen Ordnung endlich einlösbar zu werden.

Entgegen diesem ersten Eindruck wollen wir uns für die These stark machen, dass es sich hierbei strukturell um einen Reformierungsprozess innerhalb der sozialpsychiatrischen Ordnung handelt, der jedoch wesentliche Grundsätze unverändert lässt. Dieser Prozess stößt freilich nicht selten auf großen inneren Widerstand. Zugleich ist jedoch zu beobachten, dass die sozialpsychiatrische Ordnung die integrative Fähigkeit beweist, kritische Einwände erfolgreich zu entpolitisieren und für die eigene schrittweise Reformierung im Angesicht veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu nutzen (z. B. Erprobung alternativer „Behandlungs-Konzepte“ im Rahmen der Integrierten Versorgung, Einsatz von Genesungshelfer(innen)⁷, Förderung von Selbsthilfe). Am Beispiel der Partizipation von Betroffenen in der sozialpsychiatrischen Praxis möchten

wir unsere These konkretisieren, um darüber die im Weglaufhaus „Villa Stöckle“ seit 17 Jahren erprobten Besonderheiten antipsychiatrischer Praxis zu entwickeln. Dem Konzept der Betroffenenkontrolle kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

Reformierungsbemühungen

Hauptmangel der „alten“ Anstaltspsychiatrie ist bekanntermaßen deren Kommunikations- bzw. Subjektlosigkeit. Diejenigen, die mit ihr in Kontakt kamen, wurden mehrheitlich zu Objekten gewaltförmiger Interventionen. Verständigung fand nicht statt, Möglichkeiten, die Unterstützung im eigenen Interesse zu gestalten, wurden den Betroffenen verwehrt. Ausgegebenes Ziel der Reformierungsbemühungen der vergangenen Jahrzehnte war dementsprechend, den Subjektstatus der Betroffenen sichtbar zu machen, und das Expert_innenverhältnis der Professionellen kritisch zu hinterfragen. So verwundert es nicht, dass heute mit Nachdruck darauf hingewiesen wird, wie wichtig es ist, dass alle Beteiligten miteinander sprechen und Betroffene an der Ausbuchstabierung der sozialpsychiatrischen Praxis „partizipieren“. Die Beantwortung sich daran anschließender Fragen nach Form und Inhalt dieser Gespräche sowie nach den tatsächlichen Gestaltungsmöglichkeiten Betroffener offenbart jedoch die inhärente Problematik dieser Reformierungen. Intersubjektive Unterstützungsverhältnisse werden durch die Sprache und Praxis der sozialpsychiatrischen Ordnung noch immer systematisch unterlaufen. Die hegemonialen Konzepte psychischer „Krankheit“ respektive „Störung“ ziehen weiterhin unsachgemäße Vorstellungen über die Subjektivität Betroffener und entsprechende „Behandlungs-Modelle“ nach sich. Was hier inszeniert wird, ist eine Trennung zwischen den vermeintlich psychisch Kranken und den Professionellen, die nicht selten auch die



Hauptmangel der „alten“ Anstaltspsychiatrie ist deren Kommunikations- und Subjektivität

Welt- und Selbstsicht der Betroffenen beeinflusst. Die Sprache der Expert_innen qua Profession beansprucht weiterhin die Deutungsmacht über die Erfahrungen und Handlungen der Betroffenen. Die „zuvor“ sprachlich und praktisch Exkludierten werden zwar unter dem Stichwort „Partizipation“ in die sozialpsychiatrische Ordnung eingeschlossen, deren hierarchische Struktur bleibt jedoch weitestgehend unangetastet. Die Integration emanzipatorisch intendierter Forderungen der Betroffenenbewegung oder psychiatriekritischer Akteur_innen aus Wissenschaft und Praxis vollzieht sich strukturell gewissermaßen als Entwendung. Um zweierlei Missverständnisse auszuschließen, sei einerseits betont, dass dies nicht bedeutet, dass professionelle Akteur_innen nicht auch tagtäglich Handlungsmöglichkeiten realisieren, die solcherlei strukturellen Nähelegungen entgegenstehen. Andererseits sei hervorgehoben, dass wir in keiner Weise leugnen, dass viele Menschen die neueren Entwicklungen als unterstützend erfahren.

Hierarchiearmes Umfeld

Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“, das wir als Gegenmodell anführen, entstand 1996 in bewusster Abgrenzung zur sozialpsychiatrischen Ordnung. Es handelt sich um eine Kriseneinrichtung der Berliner Wohnungslosenhilfe mit Platz für bis zu 13 Bewohner_innen und 24-stündiger Begleitung durch Mitarbeiter_innen (vgl. §§ 67 ff. SGB XII). Träger ist der Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. Als explizit antipsychiatrische Einrichtung arbeitet das Weglaufhaus auf Basis des betroffenenkontrollierten Ansatzes und der basisdemokratischen Selbstverwaltung, auf Basis von Transparenz sowie ohne psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Zwang. Versucht wird, ein

möglichst hierarchiearmes Umfeld zu schaffen, in dem Menschen selbstbestimmt Wege aus und einen Umgang mit ihrer Krise entdecken und erlernen können.

Betroffenenkontrolliertes Arbeiten bedeutet, dass mindestens 50 Prozent der Mitarbeiter_innen selbst psychiatriebetroffen sein müssen. Im Tätigkeitsbereich, der Arbeitsgestaltung und Entlohnung bestehen dabei keine Unterschiede zu den übrigen Mitarbeiter_innen. Die Psychiatriebetroffenheit ist eines der zentralen Qualifikationskriterien für die Mitarbeit im Weglaufhaus. Die Profession der „klassischen“ Sozialarbeit soll in den Hintergrund treten, während eine, aus eigener Erfahrung, erarbeitete Positionierung sowie die Parteilichkeit gegenüber den Bewohner_innen zentrale Bedeutung für die Professionalität erlangt. Die betroffenen Mitarbeiter_innen sind zu keinem Zeitpunkt aufgefordert, ihre eigene Betroffenheit zu thematisieren oder diese aktiv in die Arbeit einzubringen. Es ist ihnen jeweils selbst überlassen, ob und wie ihre eigene Geschichte Inhalt ihrer Arbeit wird. Eine weitere Facette des betroffenenkontrollierten Ansatzes zeigt sich in der Umkehr der Überwachungsordnung zwischen Mitarbeiter_innen und Bewohner_innen: Auf Grundlage des Konzeptes der Transparenz überwachen die Bewohner_innen die Arbeit der Mitarbeiter_innen. Es bestehen permanente Akteneinsicht sowie Korrekturmöglichkeiten und es wird gewährleistet, dass sie jegliche Kommunikation nach „Außen“ mitverfolgen und mitgestalten können. Weiterhin werden keine Berichte verfasst, ohne dass diese durch die Korrektur der Bewohner_innen gehen. Somit finden alle Arbeitsschritte der Mitarbeiter_innen nur nach Beauftragung durch die und in Begleitung der Bewohner_innen statt. Die Anwesenheit bei Teamsitzungen und Dienstübergaben zu sie betreffenden Themen ist immer möglich und erwünscht. Das Konzept der Betroffenenkontrolle, die Kontrolle durch und für Betroffene, hat zum Zweck, Zwang und Gewalt in der Unterstützung deutlicher zu kennzeichnen, und für pädagogisierende und bevormundende Umgangsweisen zu sensibilisieren. Dennoch lassen sich gewisse Herrschaftsanordnungen innerhalb der Arbeit nicht beseitigen. Die Dynamik, dass die bürokratische Verwaltung häufig noch primär in den Händen der Mitarbeiter_innen liegt, bringt eine Struktur mit sich, die ihrer Tendenz nach auch weiterhin (Wissens-)Machtverhältnisse aufrechterhält und sich nur schwer auflösen lässt. Daher wird unter anderem die Durchlässigkeit der Strukturen angestrebt, indem alle Arbeitsschritte innerhalb dieser Verwaltungstätigkeiten den Bewohner_in-

nen je nach Interesse erklärt und nachvollziehbar gemacht werden. Ebenso ist auch die Mitarbeit ehemaliger Bewohner_innen grundsätzlich sehr erwünscht, was leider aufgrund der rigiden Einstellungskriterien vonseiten des Berliner Senats nur sehr selten umsetzbar ist.

Neue Lebensziele

Die Finanzierung über die Wohnungslosenhilfe ermöglicht es, ohne psychologisch-psychiatrische Diagnostik zu arbeiten. Die Diagnosefreiheit öffnet wiederum den Blick für konkrete subjektive Erfahrungen. Im Weglaufhaus werden die Bewohner_innen befragt, was sie selbst als Thema und Inhalt ihrer Krise bezeichnen und welche Unterstützung sie sich wünschen. Für die Mitarbeiter_innen des Hauses ist es von keinerlei Bedeutung, welche Diagnosen gestellt, mit welchem Inhalt Berichte verfasst und welche Prognosen durch „Fachpersonal“ formuliert wurden. Biologisierungen, Pathologisierungen und Psychologisierungen als Deutungsmuster menschlichen Handelns und Erlebens werden bewusst vermieden. Vielmehr stellt das eigene Krisenerleben der Bewohner_innen immer sowohl Ausgangs- als auch Endpunkt der Unterstützungstätigkeiten dar. Psychiatrische und psychologische Selbstverständlichkeiten geraten dadurch ins Wanken, Herrschaftswissen wird problematisiert, Entstigmatisierung und Entnormalisierung versucht. Ziele und Bedürfnisse der Bewohner_innen werden also nicht von einem Außenstandpunkt aus bzw. durch Mitarbeiter_innen festgelegt. So sind auch die Verläufe der Aufenthalte im Weglaufhaus äußerst unterschiedlich: Manche bleiben einen Tag, andere mehrere Wochen, Monate oder ein Jahr. Dennoch ist Selbstbestimmung häufig eines der zentralen Themen der Aufenthalte. Entgegen den zum Teil jahrelangen demütigenden, beschränkenden und leidvollen Erfahrungen in verschiedensten Einrichtungen der Sozialpsychiatrie ist das Anliegen, (endlich) wieder Momente der Selbstbestimmung sowohl in der alltäglichen Lebensführung wie auch in der Entwicklung eigener Lebensperspektiven zu erleben, sehr präsent. Ein weiteres Thema eines Aufenthaltes kann beispielsweise das Bestreben sein, die eigene Verrücktheit, das eigene Leiden zu organisieren und zu durchdringen, eigene Wünsche unverstellt zu erfahren oder sich neue Lebensziele zu setzen. Eine Praxis in emanzipatorischer Absicht steht somit immer vor der Herausforderung, die Handlungs- bzw. Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Unterstützung Suchenden zu erwei-

tern. Zweifellos stößt antipsychiatrische Arbeit auf vielfache Hindernisse und muss sich mit diesen behindernden Rahmenbedingungen auseinandersetzen. Allgemein bestehen diese in der heutigen neoliberal organisierten kapitalistischen Gesellschaftsordnung, die gekennzeichnet ist durch finanzpolitische Beschränkungen und die Vormacht sozialpsychiatrischer Ordnungssysteme sowie deren paternalistischen Überwachungsstrukturen. Im Konkreten zeigt sich dies in der Schwierigkeit, einerseits einen herrschafts- und gewaltfreien Raum schaffen zu wollen, andererseits jedoch in keiner Weise frei von gewaltvollen (staatlich-administrativen) Herrschaftssystemen arbeiten zu können. Ebenso schlägt sich dies in einem wackeligen Finanzierungsmodell und den leistungsspezifischen Vorgaben nieder. Weitreichende konzeptionelle Beschränkungen ergeben sich auch aus den vonseiten der Berliner Senatsverwaltung formulierten Qualifikationsanforderungen an Mitarbeiter_innen, denen zufolge Betroffenenkontrolliertheit als Einstellungskriterium vernachlässigt und ein traditionelles „professionelles“ Expert_innentum befördert wird. In der alltäglichen Auseinandersetzung mit den verschiedenen sozialpsychiatrischen und sozialbürokratischen Einrichtungen begegnen wir und vor allem die Bewohner_innen darüber hinaus nicht selten einem enormen institutionellen Druck. So hängt die Finanzierung der Aufenthalte grundsätzlich an der engen Kommunikation mit den jeweiligen Kostenträgern und bringt die Mitarbeiter_innen wie Bewohner_innen in eine Situation der permanenten Rechtfertigung jedweder Arbeitsschritte. Die Dauer des Aufenthaltes im Weglaufhaus richtet sich nur selten nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner_innen, sondern nach den Vorgaben der Kostenträger. Bei der Umsetzung gewünschter Anschlussperspektiven ist Selbiges festzustellen, wobei gesellschaftliche Entwicklungen, wie beispielsweise der angespannte Berliner Wohnungsmarkt, ihr Übriges tun. Dennoch ist das Weglaufhaus nach wie vor für viele Menschen eine Anlaufstelle, die aus dem sozialpsychiatrischen System fliehen und auf der Suche nach Alternativen sind.

- ¹ Die (sozial-)psychiatrische Ordnung verstehen wir als ein Konglomerat verschiedenster Theorien und Praktiken der klassischen und der reformierten Variante der Psychiatrie, der Gemeindepyschiatrie, der Psychologie und der (Sozial-)Pädagogik. Im Folgenden wird „Sozialpsychiatrie“/„sozialpsychiatrische Ordnung“ zur besseren Lesbarkeit ohne Klammern ausgeschrieben, meint jedoch die psychiatrische Ordnung als solche grundsätzlich mit.
- ² Der Unterstrich soll grammatikalisch einen Raum für die (Selbst-)Verortung derjenigen Menschen eröffnen, die ihre Erfahrungen nicht innerhalb der binären Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit angesiedelt sehen können oder wollen (vgl. Hermann, Steffen Kitty /S_he (2003): Performing the Gap – Gestalten und geschlechtliche Aneignung. In: *arranca!* 28, 22–26).

Christiane Carri

arbeitet als Diplom-Sozialpädagogin im Weglaufhaus.

Kontakt: c.carri@gmx.de

Christian Küpper

arbeitet als Diplom-Psychologe im Weglaufhaus

Kontakt: fabiano.grosso@yahoo.de



Wir suchen möglichst zum 1. Oktober 2013 eine PFLEGEDIENST- LEITUNG

Die im Herzen des Allgäus gelegene Adula Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie mit 130 Betten für Akut- und Rehabilitationsmedizin. Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008 und deQus.

Die Aufgaben umfassen:

- Die organisatorische und menschliche Führung des Pflegeteams
- Bindeglied zur medizinisch-therapeutischen Leitung und zur Geschäftsleitung der Klinik
- Umsetzung der Qualitätspolitik der Klinik
- Repräsentation des Pflegedienstes gegenüber anderen Berufsgruppen

Wir wünschen uns:

eine Persönlichkeit mit ausgeprägter Kommunikationsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen. Wenn Sie die fachliche Qualifikation einer leitenden Pflegefachkraft haben bzw. die Bereitschaft, diese zu erwerben, sind Sie bei uns herzlich willkommen.

Wir bieten Ihnen:

eine leistungsorientierte Bezahlung, Poolbeteiligung, Teamsupervision, hausinterne Fortbildung, zusätzlichen Fortbildungsaustausch, einen Arbeitsplatz in landschaftlich reizvoller Lage am Fuß der Allgäuer Hochalpen mit hohem Freizeitwert. Alle weiterführenden Schulen befinden sich in nächster Umgebung.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen, freuen wir uns auf

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an:

Herrn Chefarzt Dr. Michael Tschinger,
Adula Klinik, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf
(Tel. 08322-709-210)

Nähere Auskünfte: Pflegedienstleiter,
Herr Christian Riedisser (Tel. 08322-709-510,
Email ch.riedisser@adula-klinik.de)

