

- Stein, S., 1992: Leaving civil rights to the 'experts'. From deference to abdication under the professional judgment standard. *Yale Law Journal* 102(3): 639-717.
- Stein, L. I. and R. J. Diamond, 1985: The chronic mentally ill and the criminal justice system: Why to call the police, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 271-274.
- Stein, L. I. and M. A. Test, 1985: The training in community living model: A decade of experience. San Francisco.
- Swartz, M. S., J. W. Swanson, M. Kim and J. Perrin, 2006: *Psychiatric Services* 57: 343-349.
- Szasz, T., 1963: *Law, liberty, and psychiatry*. New York.
- Szasz, T., 2007: *Coercion as cure*. New Brunswick, NJ.
- Teague, G. B., G. R. Bond and R. E. Drake, 1998: Program fidelity in assertive treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 216-233.
- Test, M. A., 1992: Training in Community Living. p. 153-170 in: *Lieberman, R. P.* (ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York.
- Test, M. A. and L. I. Stein, 1976: Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal* 12: 72-82.
- Test, M. A. and L. I. Stein, 1978: Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin* 4: 350-364.
- Test, M. A. and L. I. Stein, 2001: A critique of the effectiveness of assertive community treatment. A reply. *Psychiatric Services* 52 (10): 1396.
- United States Bureau of Labor Statistics, 2010: *Occupational outlook handbook, 2010-2011 edition*. Retrieved October 10, 2010, from <http://www.bls.gov/oco/ocos060.htm>.

Das Berliner Weglauffhaus als Beispiel antipsychiatrischer

Praxis

Christiane Carri / Martin Abrahamowicz

Antipsychiatrie – historische Begriffsklärung

Die erste deutsche ‚antipsychiatrische‘ Bewegung lässt sich in die Zeit des Wilhelminischen Reichs um 1900 zurückdatieren (vgl. Nolte 2003). In Folge der letztlich erfolgreichen Bemühungen, die Psychiatrie aus dem Zuständigkeitsbereich der ‚Polizei‘ herauszulösen und als eigenständige wissenschaftliche Disziplin zu etablieren, entwickelten sich erste Ansätze, ihre Praxis nicht nur kritisch zu hinterfragen, sondern sich ihrer grundsätzlich auch zu wehren. Die damaligen Forderungen der Gegner_innen psychiatrischer Institutionen ähneln dabei in erstaunlichem Maße dem, was in den 1970er-Jahren in der psychiatriekritischen Bewegung ausformuliert und zum Teil bis heute von verschiedenen Akteur_innen skandalisiert wird. Laut Schott und Tölle (2005) waren insbesondere die Verhältnisse in den psychiatrischen Anstalten sowie die Willkür der Internierungspraxis von als ‚geisteskranke‘ deklarierten Menschen die zentralen Kritikpunkte um 1900. Die Bezeichnung ‚Antipsychiater‘ haben sich die Psychiatriekritiker_innen allerdings erst zu einem weitaus späteren Zeitpunkt angeeignet, wurde dieser Ausdruck zunächst noch als abfälliger Ausdruck seitens der Ärzteschaft verwendet.

Im Zuge der 68er-Bewegung und der aus dieser heraus entwickelten Kritik der (psycho-)kapitalistischen Gesellschaftsordnung entstanden insbesondere in akademischen Zusammenhängen eine neue Betrachtung der psychiatrischen Diagnostik sowie eine radikalisierte Kritik der Ordnungsfunktion der Institution Psychiatrie. Führende Vertreter der akademischen Psychiatriekritik waren u. a. Michel Foucault (1993, 2003), Herbert Marcuse (1969) und Erving Goffman (1973). Marcuse prägte mit seinen kapitalismuskritischen Schriften die Antipsychiatriebewegung neuer Zeit aus marxistischer Perspektive; Goffman wurde durch die Prägung der Begrifflichkeit der ‚totalen Institution‘ bekannt. Darunter versteht er eine Einrichtung, die als ‚Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen‘ fungiert, in der diese „für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes

Leben führen“ (Goffman 1973: 11). Neben der Psychiatrie analysierte Goffman auch die Organisationsstrukturen anderer Institutionen, etwa die des Gefängnisses. Seine Ansätze wurden zu einem der Hauptbezugspunkte der Psychiatriekritik und der daraus resultierenden sozialpsychiatrischen Reformen in Deutschland (vgl. Schott und Tölle 2005). Foucault machte u. a. eine dekonstruktive Betrachtung gesellschaftlicher Normierungs- und Normalisierungssysteme und darunter auch jenes der psychiatrischen Ordnung (z. B. Verwahrungssysteme und Diagnostik) (vgl. Foucault 1977). Daneben stellten auch einige Psychiater „Innen die vorherrschende rein biologische Betrachtungsweise menschlicher Leben und weisen in Frage. Nicht zuletzt der vorhandene ‚rasse-biologische und sozialdarwinistische Vorstellungen in tödliche Praxis umsetzende Euthanasiebefehl Hitler und die daraus resultierenden Massenmorde im Nationalsozialismus spielen für die Nachkriegskritik der Psychiatrie nicht allein in Deutschland eine wesentliche Rolle. Die bekanntesten Akteure jener antipsychiatrischen Strömung waren Ronald D. Laing und David Cooper, beide selbst Psychiater. Sie eröffneten in London Mitte der 1960er-Jahre mit der Kingsley Hall die erste antipsychiatrische Wohn- einrichtung. Dort unterstützten sie Menschen abseits der Krankheitsvorstellungen und (Fach-)Begrifflichkeiten der Psychiatrie jener Zeit. Die Bewohner_innen der Kingsley Hall versuchten für sich – und gegen das von ihnen als schädigend empfundene klinische System, dafür aber unter enger Bezugnahme auf die systemische Therapie –, Wege aus ihren Krisen zu entwickeln.

Die größten Psychiaterreformen fanden u. a. durch die politisch-theoretische Arbeit Franca Basaglia-Ongaro und Franco Basaglias in Italien statt. Beide wirkten im Jahr 1978 das Gesetz 1880 und dadurch die allmähliche Auflösung aller psychiatrischer Anstalten. So ist es auch nicht erstaunlich, dass sich nach wie vor und bis heute vor allem in Italien sowohl psychiatrickritische als auch explizit antipsychiatrische Hilfsrichtungen weitestgehend etablieren konnten. In Deutschland bildeten sich Anfang der 1970er- bzw. 1980er-Jahre die „Sozialistische Patientenkollektiv“ (SPK, ab 1973 auch unter dem Namen „Patientenfront“) sowie die „Irren-Offensive“. Das SPK formierte sich rund um den Heidelberger Psychiater Wolfgang Huber und sah sich in einer kapitalismuskritischen Tradition den Belangen des Klassenkampfes verpflichtet. Sein Konzept war die „Krankheit zur Waffe“ zu machen, d. h. die eigenen psychischen Probleme als gesellschaftlich bedingt und somit als nur durch die Überwindung der Klassengesellschaft bewältigbar anzusehen. Das SPK wurde allerdings im Zuge der Repressionswelle gegen die R.A.F. zerschlagen, nachdem einigen seiner Mitglieder der R.A.F.-Nähe und Verbindungen zu dieser vorgeworfen worden waren. Auch

der Versuch einer Etablierung der Antipsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin scheiterte, da die Bewegung zunehmend an Mitgliedern verlor.

Ein Zusammenschluss „psychiatriebetroffener“ Menschen gründete 1980 die „Irren-Offensive“. Im Unterschied zu bisherigen psychiatrickritischen bzw. antipsychiatrischen Bewegungen setzte sie sich explizit aus ehemaligen Psychiater-Patient_innen zusammen, die einen Weg suchten, eben offensiv „irre“ zu sein. Tina Stöckle (1983) etwa beschreibt im Zusammenhang mit den ersten Erfahrungen der Irren-Offensive die Entwicklung eines Bewusstseins ihrer Mitglieder über die Möglichkeiten, zum einen ‚verrückt‘ sein und zum anderen dennoch selbstbestimmt und innerhalb der Gesellschaft ‚funktional‘ agieren zu können. Es wurde versucht, die ‚Verrücktheit‘ aus dem institutionellen Rahmen zu lösen und (wieder) in die Gesellschaft zu bringen, wobei ihr auch die Vorstellungen eines gefährlichen, wilden und fremdbestimmten ‚Anderen‘ genommen werden sollten. Im selbstverwalteten Plenum sowie in Kleingruppen bemühte man sich, andere Umgangsformen mit dem sogenannten ‚Wahnsinn‘ jenseits therapeutischer und/oder psychiatrischer Vorstellungen zu finden. Die Erfahrungen dieser Zeit führen verstärkt zu dem Wunsch, ein selbstorganisiertes Haus zu etablieren, in dem Menschen in Krisensituationen Unterstützung erhalten könnten – ein ‚Weglauffhaus‘ sollte gegründet werden. Nach einer Konferenz in den Niederlanden schloss sich in Berlin 1981 ausgehend von der Psychiatrie-Beschwerdestelle eine Weglauffhaus-Initiative aus Mitgliedern der Irrenoffensive und kritischen Studierenden zusammen. Insbesondere die Themen der Finanzierung und der Professionalität sowie divergierende Ansichten über die konkrete Umsetzung führten schließlich zum Bruch mit (Teilen) der Irren-Offensive und zur Gründung des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V., der schließlich die Weglauffhausgruppe vertrat. Dank einer anonymen privaten Spende konnte das Weglauffhaus dann, wenn auch erst am 01.01.1996, eröffnet werden.

Weglauffhaus-Raum

Das Weglauffhaus bietet bis heute deutschlandweit als einzige Wohn- einrichtung Menschen die Möglichkeit, in Krisensituationen antipsychiatrische Begleitung und Unterstützung zu erfahren. Das staatlich finanziert wird, müssen potenzielle Bewohner_innen allerdings sehr engmaschige sozialhilferechtliche Bedingungen erfüllen, um aufgenommen zu werden. Auf dieser Basis kann das Weglauffhaus keine Alternative zur Psychiatrie darstellen, jedoch wenigstens für einige einen

Dabei handelt es sich um eine Selbstbezeichnung ehemaliger ‚Patient_innen‘ psychiatrischer Anstalten.

Ausweg aus einem als erniedrigend und entmündigend erlebten System möglich machen. Diese haben zum größten Teil langjährige Erfahrungen im psychiatrischen und/oder therapeutischen System gesammelt und entscheiden sich mit dem Einzug bewusst für eine antipsychiatrische Unterstützung, um sich davon zu befreien.

Das Weglaufhaus als konkreter Raum ist eine Villa am Stadtrand Berlins. In Einzel- und Doppelzimmern leben bis zu dreizehn Bewohner_innen in einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft über einen Zeitraum, der von wenigen Tagen bis hin zu einem Jahr dauern kann. Begleitet werden sie dabei durch die Zeit fünfzehn Mitarbeiter_innen, von denen mindestens jeweils zwei rund um die Uhr anwesend sind, sodass es auch in sehr intensiven Krisensituationen jederzeit möglich ist, sich den einzelnen Bewohner_innen zu widmen. Angelennt an die Konzeption David Coopers, nach der eine „kleine Gemeinschaft von etwa 30 bis 40 Menschen vorzuziehen ist, die ohne die üblichen klinischen vorgefertigten Meinungen und Vorurteile funktioniert, ohne starre, von außen auferlegte Hierarchisierungen Personal-Patient [...]“ (Cooper 1975: 48), bildet das Weglaufhaus damit eine Gruppe von bis zu 28 Personen. Diese baut sich abseits der hierarchischen Vorstellung von Hilfesuchenden und Helfer_innen auf und versucht sich auch weiterhin der Gefahr zu entziehen, als Institution selbst Strukturen zu produzieren, die bereits in jenen Systemen zu finden sind, die letztendlich (mit) zu den Krisen der Bewohner_innen führten.

Antipsychiatrie oder: „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“?

„Eine der zentralen antipsychiatrischen Positionen besteht in der Überzeugung, dass eine psychische Krankheit mit kategorisierbaren Ursachen, Verläufen und Prognosen nicht gibt und dass die Diagnostizierung einer solchen ‚Krankheit‘ zusätzliche Probleme erzeugt, statt bei der Lösung der bestehenden zu helfen.“ (Weglaufhaus-Konzeption, 2010)

Der Begriff der „Antipsychiatrie“ stellt im Kontext des Weglaufhauses eine Sammlung verschiedener Auffassungen dar, die sich zum einen aus konzeptionellen Hintergründen und zum anderen aus den Erfahrungen der Mitarbeiter_innen und Bewohner_innen speist. Die programmatische Basis der hier von allen geleisteten Arbeit besteht aus Basisdemokratie, dem betroffenenkontrollierten Ansatz, Transparenz und der Arbeit ohne psychiatrische Diagnosen und vor allem ohne Zwang. Versucht wird, ein möglichst hierarchieloses Umfeld zu schaffen, in dem Menschen selbstbestimmt Wege aus ihrer Krise und einen Umgang mit entdecken und erlernen können.

Gewaltfreie (?) Verhältnisse

Die basisdemokratische Teamstruktur ermöglicht eine weitestgehend herrschaftsfreie Zusammenarbeit der Mitarbeiter_innen des Hauses. Innerhalb eines nach wie vor herrschaftlich strukturierten Staatssystems und dessen Anforderungen an (sanftlich finanzierte) Einrichtungen lässt sich jedoch Basisdemokratie auch hier nur begrenzt verwirklichen. Grenzen sind insbesondere in den Bereichen der öffentlichen Vertretung und des Vorstandszwangs sowie in den Personalvorgaben zu sehen: Bei der Auswahl sind die Freiheiten insofern eingeschränkt, als zur Erfüllung bestimmter „Personalschlüssel“ ausschließlich ausgebildete Sozialarbeiter_innen als feste Mitarbeiter_innen eingestellt werden können. Zur Vermeidung festgefahrener Zuständigkeiten wird versucht, durch ein Rotationsprinzip die vorgegebenen Rollenzuweisungen auszugleichen, sodass jede_r Mitarbeiter_in für einen bestimmten Zeitraum die Vorstands- und die damit einhergehende Repräsentationsrolle des Hauses ein- bzw. übernimmt. Jegliche Entscheidungen in Bezug auf Anfragen und Anliegen des Hauses sind Teamentscheidungen; alle Mitarbeiter_innen haben neben der Abstimmungsmöglichkeit auch ein Vetorecht.

Neben dem mehr oder weniger erfüllbaren Wunsch nach einer Teamstruktur, die sich außerhalb klassischer Hierarchisierungen bewegt, wird versucht, die Machtverhältnisse zwischen Bewohner_innen und Mitarbeiter_innen so offen und flexibel wie möglich zu gestalten. Jenseits der sprachlichen Unterscheidung zwischen „Mitarbeiter_in“ und „Bewohner_in“ zeigen sich diese jedoch auch deutlich im Lebensalltag des Weglaufhauses. Hierbei stößt es auf ähnliche Schwierigkeiten wie bereits andere antipsychiatrische Projekte zuvor. So beschreibt David Cooper während der Ausführung seines „Anti-Psychiatrischen Experiments“ (1975) der Villa 21, ähnliche Schwierigkeiten: „Eine gewisse grundlegende materielle Verschiedenheit bleibt freilich bestehen. Die Mitarbeiter werden für ihre Anwesenheit bezahlt, die Patienten nicht [...]“ (Cooper 1975: 119). Daneben zeigt sich die weiterhin fortbestehende Differenz in der Tatsache, dass die Mitarbeiter_innen sowohl durch ihre zeitliche als auch durch ihre räumliche Anwesenheit im Haus eine andere Rolle als die Bewohner_innen einnehmen: Während sie sich nur für die Dauer ihrer Dienste bzw. Schichten, also zu bestimmten und begrenzten Zeiten, im Haus aufhalten und so auch immer wieder Distanz zwischen sich und Konfliktsituationen oder auch anderen intensiven Kontakten mit den Bewohner_innen schaffen können, müssen jene alle Arten von Konflikten miteinander durchstehen und durchleben. Die Mitarbeiter_innen verfügen dagegen über keine eigenen Zimmer, sodass auch hier die Rollenverteilung deutlich ist: Ist ein_e Mitarbeiter_in im Haus anwesend, dann ist die_derenjunge auch jederzeit antipsych- und einsetzbar.

Eine der größten Schwierigkeiten im Versuch einer hierarchiearmen Arbeit zeigt sich auch in den Anforderungen administrativer Tätigkeiten. So stellt Mannoni bereits 1976 „die Schwerfälligkeit der administrativen Routine [fest] aus der keine Institution ausbrechen kann – [sie] erzeugt ihrer Tendenz nach eine Situation, in der ein dialektisches Vorgehen unmöglich ist. Auf diese Weise werden Strukturen errichtet, mit deren Hilfe die Institution alle Effekte der genannten freien Rede abwehrt“ (Mannoni 1976: 71). Dies zeigt sich im Falle des Weglaufhauses insbesondere anhand der Bewohner_innenakte. So wird auch in einer antipsychiatrischen Hilfseinrichtung, sobald diese sich als Institution manifestiert, wie bei Goffman beschrieben, „der Informationsvorbehalt hinsichtlich der eigenen Person verletzt. Bei der Aufnahme werden die Faktoren – besonders die diskreditierenden – über den sozialen Status und die Vergänglichkeit der Insassen gesammelt und in einem dem Personal zur Verfügung stehenden Dossier zusammengestellt“ (Goffman 1973: 33). Um diesen Umstand und v.a. seine Auswirkungen auf die Kommunikation und Rollenverteilung jedoch so gering wie möglich zu halten, ist es den Bewohner_innen des Hauses durch ein Recht auf permanente Akteneinsicht und Veränderbarkeit derselben jederzeit möglich, den Informationsstand über die eigene Person zu prüfen und gegebenenfalls zu verändern bzw. zu korrigieren. Nichtsdestotrotz enthält die Akte Informationen über den jeweiligen finanziellen und sozialen Status sowie Dokumentationen über den Aufenthalt und auch Konflikte innerhalb der Wohngemeinschaft, die für die Mitarbeiter_innen des Hauses jederzeit einsehbar sind, sodass sich, darauf bezogen, auch eine Art „panoptischer Blick“ nicht leugnen lässt (vgl. Foucault 1977).

So kann an dieser Stelle zwar festgestellt werden, dass die „Leidenschaft“ in Bezug auf die (pathologische und/oder psychiatrische) Beobachtung der Bewohner_innen sich im Alltag des Weglaufhauses deutlich in Grenzen hält und auch eine „lückenlose“ Buchführung über deren Aktivitäten in keinster Weise stattfindet. Im Rahmen der Dokumentation wird weder nach symptomatischen Bedeutungen ihrer Krise gesucht noch Spielraum für diskreditierende Feststellungen gelassen. Dennoch ist anzunehmen, dass das Aktensystem als solches den Raum hierfür tendenziell liefert und dafür genutzt werden könnte. Im Alltag des Hauses wird die Akte jedoch fast ausschließlich für administrative Tätigkeiten verwendet: das Sicherstellen eines Einkommens, Unterstützung bei der Schuldenbegleichung, zum Aufbewahren sozialversicherungsrelevanter Unterlagen und Vermerk von Terminen sowie vor allem zur Nachverfolgung der bisherigen Kommunikation mit den Kostenträgern des Aufenthalts.

Da sich die Mitarbeiter_innen und Bewohner_innen dennoch des Potenzials einer solchen Akte bewusst sind, gilt in der Arbeit des Weglaufhauses das Prin-

zip der Transparenz. Dies bedeutet in der konkreten Umsetzung, dass keine Gespräche ohne ihr Wissen und die Möglichkeit ihrer Beteiligung und/oder der Dokumentation der Inhalte stattfinden und dass sie den Stand der Dinge in Bezug auf ihren Aufenthalt, dessen finanzielle Sicherung und jegliche Kommunikation mit Behörden permanent mitverfolgen und gestalten können.

Dennoch lassen sich, wie bereits angemerkt, gewisse Herrschafts(an)ordnungen innerhalb des Hauses nicht auflösen. Die Dynamik, dass die bürokratische Verwaltung häufig doch primär in den Händen der Mitarbeiter_innen liegt, bringt eine Struktur mit sich, die ihrer Tendenz nach auch weiterhin (Wissens-) Machtverhältnisse aufrechterhält. Hierin liegt auch der Grundwiderspruch des Weglaufhauses: die Schwierigkeit, einerseits einen herrschafts- und gewaltfreien Raum schaffen zu wollen, andererseits jedoch in keinster Weise frei vom gewaltvollen (staatslich-administrativen) Herrschaftssystem arbeiten zu können.

Im Weglaufhaus wird zumindest versucht, den institutionellen Druck nicht angeht an die Bewohner_innen weiterzugeben. Häufig jedoch muss im Kontext der Finanzierung der Aufenthalte eng mit den Kostenträgern kooperiert werden. Eine der Hauptkritiken am Weglaufhaus setzt entsprechend genau an dieser Stelle an und fragt danach, ab welchem Zeitpunkt das Ausmaß an Vorgaben tatsächliche antipsychiatrische Arbeit verhindert oder diese zumindest in Bereiche bringt, in denen der Begriff der „Antipsychiatrie“ mehr als Label behandelt, quart als Inhalt gelebt wird.

Betroffenenkontrolle

Der „betroffenenkontrollierte“¹³ Ansatz entstand als konzeptionelle Grundlage dreier Berliner Projekte. Wildwasser e. V. – eine Frauenselfhilfe- und Beratungsstelle für Frauen, die als Mädchen sexuelle Gewalt erlebt haben –; Tauwetter e. V. – eine Anlaufstelle für Männer, die als Jungen sexuelle Gewalt erfahren haben – und das Weglaufhaus entwickelten ihn in gemeinsamer Arbeit. Kennzeichnend dabei ist die eigene Betroffenheit durch Gewaltverletzungen¹⁴ als qualifizierendes Merkmal für die Arbeit innerhalb der Projekte. Während Wildwasser und Tauwetter mit einer 100-Prozent-Quote arbeiten, beschränkt sich das Weglaufhaus allerdings auf eine Betroffenenquote von (mindestens) 50 Prozent. „Betroffenheit“ bedeutet hier, sie selbst mindestens einmal Patient_in einer psychiatrischen Klinik gewesen zu sein; sie stellt ein zentrales internes Qualitätskriterium der Mitarbeiter_innen dar. Die Profession der („klassischen“) Sozialarbeit tritt demnach

¹³ Vgl. zum Begriff FN 1 auf S. 315 sowie die Ausführungen auf der folgenden Seite.
¹⁴ Gewalt wird hier als ein strukturelles Phänomen definiert und erfasst.

in den Hintergrund, während eine aus eigener Betroffenheit heraus erarbeitete Positionierung sowie Parteilichkeit gegenüber den Bewohner_innen des Hauses von zentraler Bedeutung für die hier geforderte Professionalität werden. Inhabender_innen wird durch die Betroffenenzierung in „Bewohner_innen“ und „Mitarbeiter_innen“ eine gewisse Transparenz im Umgang mit diesen und die stetige Veränderbarkeit der Strukturen durch die Bewohner_innen des Hauses lässt sich ein weitestgehend gewaltfreier Umgang mit Hierarchien finden. Die Durchlässigkeit der Strukturen ist innerhalb eines betroffenenkontrollierten Projekts von großer Bedeutung. Hierbei stehen personelle ebenso wie strukturelle Aspekte bzw. Konsequenzen im Zentrum des Interesses. Personell bedeutet Betroffenenzierung, dass das Erleben der Einzelnen ins Zentrum gerückt wird. Die Definitionen eigener (Gewalt-)Erfahrungen und die Frage, welche Behandlungsformen als gewaltvoll erlebt werden, durchlaufen keine (scheinbar) objektiven Prüfungen, sondern liegen in der Macht der jeweils Betroffenen. So können die Bewohner_innen etwa auch jederzeit über den Umgang miteinander im Haus verhandeln und ihre persönlichen Grenzen festlegen. Strukturell bietet die Betroffenenkontrolle eine Durchlässigkeit innerhalb der Hausgemeinschaft. So ist insbesondere die Mitarbeit ehemaliger Bewohner_innen grundsätzlich sehr erwünscht. Leider kann dies aufgrund der Senatsvorgaben in Bezug auf Einstellungskriterien allerdings nur sehr selten in faktische Realität umgesetzt werden. Dennoch bietet die Möglichkeit der Mitarbeit bereits andere Perspektiven auf den Umgang miteinander innerhalb der Hausgemeinschaft. Die eigene Rolle und die der Anderen wird auf diesem Weg stetig reflektiert, und bestimmte stigmatisierende und/oder fremdbestimmte Bilder „hilffoser“ Klient_innen werden wenigstens teilweise aufgelöst.

Innerhalb des Weglaufhauses wird die eigene Betroffenheit dabei so weit thematisiert, wie es die jeweiligen Mitarbeiter_innen wünschen. In der Aufwandsdarstellung gilt das Prinzip, dass ihre jeweilige (Nicht-)Betroffenheit nicht transparent gemacht wird. Hierbei steht v. a. das Bedürfnis im Zentrum, nicht in „professionelle“ und „betroffene“ Helfer_innen unterteilt und so wieder durch autoritative Strukturen hierarchisiert oder sogar gegeneinander ausgespielt zu werden. Insbesondere mit Blick auf die betroffenen Mitarbeiter_innen möchte das Weglaufhaus auch weitere, ja nach wie vor gesellschaftlich bestehende und gängige stigmatisierende Vorstellungen über das Thema der Psychiatriebetroffenheit vermindern

Zur Arbeit ohne psychiatrische Diagnosen

„[...] [D]ie Verrücktheit ist nicht ‚in‘ einem Menschen, sondern in einem Bezugssystem, an dem der als ‚Patient‘ Bezeichnete teilhat.“ (Cooper 1975: 43)

In Besprechungen des Weglaufhauses wird häufig in besonderem Maße und mit einer erstaunlichen Irritation die Arbeit ohne psychiatrische Diagnosen wahrgenommen, hervorgehoben und hinterfragt. Psychiatrische Diagnosen an sich wurden dabei bereits in ihren biologischen, individuellen und soziokulturellen Zusammenhängen von der medizinischen Fachliteratur bis hin zur Sozialwissenschaft analysiert, re- und dekonstruiert, vom Begriff der „Krankheit“ abgekommen, wurde sich der „Störung“ zugewandt, danach erlangte der Ausdruck „Behindert“ (Schott und Thille 2005) eine gewissen Popularität. Eines lässt sich dabei zumindest feststellen: „Wahnsinn“ schafft Unordnung. Das Unkontrollierbare und Unvernünftige wurde (und wird) weitestgehend erkannt, sortiert, genormt und verurteilt. Darin anderen Abgrenzungprozessen der abendländischen Wissenschaft ähnlich, wurde ein System erschaffen, um die scheinbare Unberechenbarkeit des „Anderen“ zu klassifizieren, Erhebungen zu schaffen, Prognosen zu erstellen und so auch der Konstruktion ‚Normalität‘ problemlos und unhinterfragt ihre Gültigkeit zu lassen. Die Absurdität dieser Prozesse findet alle Jahre wieder mit der Neuerstellung der gängigen Diagnosekataloge ihre eigenen Höhepunkte. Anhand der ‚Abschaffung‘ einer der umstrittensten Diagnosen lässt sich dies beispielhaft illustrieren:

„Ein Subkomitee des DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, CCI-III] erzwang die Bezeichnungen ‚Homophilie, Dysomophilie, homosexuelle Konfliktstörung, Liebesbeziehungsstörung [...] und schließlich ich-dystonische Homosexualität‘. Doch weil sich das Subkomitee nicht einig werden konnte, delegierte es die Entscheidung an die Projektgruppe selbst, die beschloß, Homosexualität vollständig von der Liste zu streichen. Ein Referendum unter den APA [American Psychological Association, CCI-Mitgliedern] bestätigte diese Entscheidung 1974. Was ein Jahrhundert oder länger als schwere psychische Störung galt, hatte mit einem Federstrich zu existieren aufgehört.“ (Shorter 1999: 453)

Mit einem gewissen Abstand könnte der Diskurs um die psychiatrische Erkrankung also auch in einem ironischen oder gar humoristischen Licht betrachtet werden, würde er sich nicht als gewaltvolle Realität für die darin be- bzw. abgehandelten Menschen auswirken. Erstmalig ins Blickfeld des Ordnungsapparats geraten, lässt sich für die meisten Individuen schwerlich ein Weg finden, aus diesem wie der hinauszugetreten, ohne die üblichen Prozesse zu durchlaufen. Die „den“, „Patienten“ in der Psychiatrie „erwartet dort nicht nur das reale Krankenbett, sondern auch dem ein Prokrustesbett von vorgefärbten Meinungen auf Seiten des Perso-

nals, in das er hineingepaßt werden muß, koste es was es wolle an Verstärkung seiner persönlichen Realität" (Cooper 1975:43).

Bei Aufnahme ins Weglaufhaus werden die Bewohner_innen zunächst dannach gefragt, was sie selbst als Thema und Inhalt ihrer Krise bezeichnen würden, es spielt hierbei für die Mitarbeiter_innen des Hauses keinerlei Rolle, welche Diagnosen gestellt, welche Berichte verfasst und welche Prognosen durch Fachpersonal wie Ärzte_innen oder Sozialpädagogen_innen formuliert wurden. Gerade an dieser Stelle zeigen sich erschreckend häufig dramatische Auswirkungen der Hospitalisierung und der damit verbundenen Neuordnung des Selbst: Die Eingender Hospitalisierungen sind häufig angefüllt mit psychiatrischen, Wahrheitler' über sogenannte „Krankheiten“, Fremdbestimmungen bzw. -definitionen und Selbstprüfungen. Verunsichert durch die Nachfragen der Mitarbeiter_innen bezüglich individueller Inhalte von Begriffen wie „Borderline“, „Schizophrenie“ oder „Depression“, die zur Beschreibung der eigenen Krise verwendet wurden, zeigt sich jedoch schnell deren Inhaltslosigkeit. Innerhalb der Strukturen des Weglaufhauses lässt sich keine ‚Verücktheit‘ finden, die nicht auf eine Weise nachvollziehbar wäre; ja, häufig widerspricht sie auch nur in wenigen Aspekten dem Logos der abendländischen Kultur. Dennoch muss wiederum betont werden, dass das Weglaufhaus nicht abseits, sondern inmitten jener sozialer Strukturen steht, gegen die es gleichzeitig versucht anzukämpfen. Insbesondere bei der Frage, was nach einem Aufenthalt zu erwarten ist, kommt es immer häufiger zu Schwierigkeiten. Gerade Menschen, die über Jahrzehnte hinweg innerhalb des psychiatrischen Systems ‚versorgt‘ wurden und kaum noch in der Lage sind, ihren Alltag eigenständig und ohne den Dauerkonsum von Psychopharmaka zu überleben, erwartet auch nach ihrer Zeit im Weglaufhaus kaum etwas anderes als die psychiatrische Realität in Form von Heimrichtungen und Berufungsmitteln, vor denen sie eigentlich fluchten wollten. Keine sozialpsychiatrische Einrichtung, kein Träger der Wohnungslosenhilfe und erst recht kein_e private_r Vermieter_in etwa möchte sich mit den kritischen Punkten der Autonomie und der Menschenrechte derer befassen, die nach (bis zu) Jahrzehnten des Dauerkonsums den Entschluss fassen auszusteiigen.

Die Ziele der Aufenthalte im Weglaufhaus sind äußerst unterschiedlich, darunter das Bestreben, eine eigene Ordnung des Wahnsinns, des Leids oder der Wünsche zu erfassen, sich Lebensziele zu setzen oder vielleicht auch nur, ein Moment der Selbstbestimmung erleben zu können. Die immer wieder gestellte Frage nach dem „Erfolg“ bemisst sich weniger an den Vergleichswerten von Anfang und Ende des Aufenthalts, sondern vielmehr an dem Erleben innerhalb der Zeit und der Wertung der einzelnen Bewohner_innen. Auch hier haben wir kein

Wartungssystem, das uns mit statistischen Werten von ‚Erfolg‘ und ‚Misserfolg‘ anhand von Daten beliefern würde.

Innenaufnahme

Grundlegend für einen Aufenthalt im Weglaufhaus ist Freiwilligkeit.³ Es gibt keine Möglichkeiten der ‚Einweisung‘ ins Haus. Da seine Adresse nicht veröffentlicht ist, beginnt der erste Kontakt in der Regel mit einem Telefonanruf. Dabei werden die Möglichkeiten einer Aufnahme besprochen und ein Vorgespräch vereinbart. Da dem Aufenthalt im Weglaufhaus, wie bereits beschrieben, sehr engesozialhilferechtliche Richtlinien zugrunde liegen, wird zunächst geklärt, ob derer erfüllt sein könnten. Eine gewisse Intransparenz seitens der Behörden bei der Vergabe der Kostendeburahmen für bestimmte soziale Einrichtungen lässt die Mitarbeiter_innen des Hauses jedoch bloß erahnen, ob diese gegeben sein werden oder nicht. Befragt werden die zukünftigen oder potenziellen Bewohner_innen außerdem zu ihrer Krise, ihren Wünschen in Bezug auf den Aufenthalt sowie ihren bisherigen Erfahrungen und Zukunftsplänen. Danach versuchen die Mitarbeiter_innen gemeinsam mit den Betroffenen zu erfassen, welche Bedürfnisse im Zuge eines Aufenthalts im Weglaufhaus erfüllt werden können, zudem informieren sie die zukünftigen Bewohner_innen über die Strukturen und Praxen des Hauses und der Verwaltungsbehörden. Noch am Tag des Einzugs beginnt für Bewohner_innen und Mitarbeiter_innen die ‚Verhaltensperformance‘: Berichtliche, Erfassungsbögen, Telefonate und eine Reihe von Terminen bei den Kostenträgern bestimmen in der ersten Anfangszeit eines Weglaufhausaufenthalts den Alltag. Zu all dem kommt die Unsicherheit, ob die Kosten des Aufenthalts überhaupt übernommen werden, und wenn ja, für welche Dauer. An dieser Stelle ist v.a. auch anzumerken, dass die Länge des Aufenthalts mitnichten in Relation zu den Krisen der Bewohner_innen bemessen wird, sondern in Abhängigkeit zur Politik des jeweiligen Kostenträgers steht. Da diese unter den Mitarbeiter_innen des Hauses größtenteils bekannt sind, lassen sich bereits bei Aufnahme Prognosen erstellen, ob und in welcher Form Komplikationen auftreten werden. Hier wird außerdem nochmals die Unmöglichkeit deutlich, eine solche ‚Anti-Institution‘ innerhalb des sozialhilferechtlichen Rahmens aufzubauen. Die finanzielle Abhängigkeit und die damit einhergehende dauernde Überwachung der Tätigkeiten – und somit auch der Belange der Bewohner_innen – sowie der staatliche

³ Da es durchaus Umstände ‚relativer Freiwilligkeit‘ gibt, die Menschen vor die Wahl Weglaufhaus oder keine oder psychiatrische Hilfe stellen, ist der Begriff der „Freiwilligkeit“ an dieser Stelle allerdings einzuschränken.

Auftrag, Menschen in diesem Rahmen auch als „sozialkompatibel“ zu entlassen, geben einen großen Teil der inhaltlichen Arbeit innerhalb des Weglauffrauses vor. Bei seiner Entwicklung als Institution ist jedoch auch jene des institutionellen Rahmens an sich zu beachten. Zu den Anfangszeiten waren die zu bewältigenden behördlichen Angelegenheiten aufgrund der einfacheren Ämterstrukturen und deren Selbstverständnis als staatlich beauftragte, Hilfe verwalternde Instanzen zwischen Einrichtung und Klient_in noch relativ gering. Die neoliberal-hospitalistische Umgestaltung der Verwaltung, die in unserem Fall permanent mit der massiven Verschuldung des Landes Berlin gerechtfertigt wird, und die daraus folgenden „Sachzwänge“ verwandelten (wie auch in vielen anderen vor allem sozialen und kulturellen Bereichen) die Lage im Hilfesystem gravierend. Das veränderte Selbstverständnis der Behörden als „eigenständige Unternehmen“, die sich ‚rechnen‘ müssen und ihrerseits durch übergeordnete Instanzen auf ‚wirtschaftliches‘ Haushalten hin kontrolliert werden, veränderte(e) auch die Anforderungen an die Träger der Hilfeleistungen. Statt kleiner Einrichtungen wurden und werden inzwischen zunehmend größere Träger gestärkt und gefördert, weil dadurch Verhandlungen über Leistungen und Arbeitsbedingungen vereinfacht und andere Verwaltungsapparate abgegeben werden können. Die Verwaltungsfunktion der Behörden entwickelte sich hin zu einer Überwachungs- und Begutachtungsfunktion der Hilfe, was sich in immer engeren Bewilligungs- und Begutachtungsräumen ausdrückt und eine erhebliche Steigerung des notwendigen Zeitaufwands allein für bürokratische Akte(n) bedeutet. Vonseiten der Bürokratie wird eine immer größer Selbst- und Nutzen-Kontrollierbarkeit und eine nachweisliche ‚Effektivität‘ der Einrichtungen und ihrer Leistungen eingefordert, häufig verknüpft mit Argumenten der ‚Qualitätssicherung‘ und ‚Transparenz‘. Hinzu kommt die Übertragung von Teilen der Hilfeleistungen von den Sozialämtern an die Jobcenter, die zu einer erheblichen Erschwerung der Arbeit und auch zu ganz neuen Problemen führt, da nun eine Leistung oftmals bei zwei unterschiedlichen Behörden beantragt werden muss. Für das Weglauffhaus bedeutet dies eine Verschiebung der Arbeit, und die Krisen der Bewohner_innen treten häufig in Anbetracht des Verwaltungsdrucks fast in den Hintergrund. Ein Einkommen muss geschuldet, eine Wohnperspektive erarbeitet, Berichte müssen geschrieben und Statistiken erfüllt werden. Hierbei ist es im Zuge der Rechtfertigung der Aufenthaltsermächtigung äußerst problematisch, den jeweiligen Kostenträgern zu vermitteln, dass eine Krise länger als nur wenige Tage anhalten kann und dass ein solch äußerer Druck ihrem Überwinden nicht sonderlich dienlich ist.

Das ‚Wesen‘ des Weglauffrauses und ‚der‘ antipsychiatrischen Begleitung zu beschreiben, wäre ein hoffnungsloses Unterfangen: Ein solches ‚Wesen‘ und

‚die‘ Antipsychiatrie sind im Haus nicht zu finden. Das Innenleben gestaltet sich je nach seiner Bewohner_innen- (und Mitarbeiter_innen-)schaft. Es gibt Zeiten, da es einer harmonischen Wohngemeinschaft mit vielen gemeinsamen Urnehmungen, Gesprächen und einem erstaunlich ruhigen Miteinander gleicht, ebenso gibt es aber Phasen, während deren es sich wie ein Pulverfass ausnimmt, das sich in ständiger Explosionsbereitschaft befindet und durch regelmäßige Explosionen selbst zu zerstören droht – auch darin vielleicht ähnlich so mancher Wohngemeinschaft.

So wenig sich das Wesen des Hauses essentialistisch fassen lässt, so unzureichend lässt sich auch die Krisenbegleitung allgemein beschreiben. Jede_r Bewohner_in formuliert beim Einzug ihre_ seine Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf Begleitungen sowie ihr_ sein persönliches Erleben dessen, was als aktuell hilfreich empfunden wird oder nicht. Dennoch kann sich im Zuge des Aufenthalts alles anders gestalten, und dann müssen neue Formen gefunden werden. Dabei wird mit den Bewohner_innen stets möglichst auf Augenhöhe kommuniziert und im Dialog nach Wegen in und aus der Krise gesucht.

Trotz mangelnder (neuer) Theoriebildung innerhalb der letzten Jahrzehnte und auch angesichts anwachsender bürokratisch-behördlicher Hürden konnte sich die antipsychiatrische Praxis im Berliner Weglauffhaus ihre Freiräume bis heute erhalten. Die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Finanzierung des Hauses sowie auch die beschriebenen konzeptionellen Widersprüchlichkeiten und Grenzen haben jedoch zuletzt in externen wie internen Debatten einen nicht zu unterschätzenden Anstieg erfahren. Dennoch ist das Weglauffhaus nach wie vor für viele Menschen eine Anlaufstelle (geblieben), die aus dem sozialpsychiatrischen System fliehen und sich Alternativen aufbauen möchten. Die heutige psychiatrische Versorgung zeigt sich zwar in neuem, scheinbar emanzipatorischem Gewand, dennoch sind es dieselben Mechanismen, die bereits in den 1970er-Jahren im Fokus der Kritik standen, die auch heute noch wirkmächtig agieren. Somit wird auch das Weglauffhaus an jener Kritik festhalten und als explizit antipsychiatrische Einrichtung jenen Zuflucht gewähren, für die weiterhin kein (anderer) Raum außerhalb geschlossener Gesellschaften geschaffen wird.

