

Aus dem Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen
8020 Graz, Griesplatz 27

Gert LYON
Hedi RIEDL
Magda COPONY

Anspruch und Wirklichkeit in der Gemeindepsychiatrie

Zum Verhältnis von psycho-sozialer Praxis und Dokumentation
im Beratungszentrum Graz, Griesplatz

Herbst 1984
ergänzt Februar 1990

erschienen in: R. Fortser, J. Pelikan (Hg.): Psychiatriereform und Sozialwissenschaften; Schriften zur
Medizinsoziologie, Band 4, S 93-103; Facultas Universitätsverlag, Wien 1990

1. Zum Selbstverständnis professioneller Helfer in der Gemeindepsychiatrie
2. Entstehung der Ansprüche
3. Quantität versus Dualität
4. Dokumentation
5. Über den Nutzen teaminterner Dokumentation
6. Noch einmal Ansprüche

Nachtrag Februar 1990

1. Zum Selbstverständnis professioneller Helfer in der Gemeindepsychiatrie

Zum beruflichen Selbstverständnis zählen wir die Grundannahmen, Wertvorstellungen, Ziele und ideale, die im Lauf der beruflichen Karriere angeeignet werden; im alltäglichen Streben nach beruflichem Erfolg orientieren wir uns an diesen Inhalten, in Zeiten der Mißerfolge wird die zunehmende Distanz an den Idealzielen zur Quelle von Selbstzweifeln. Unsere Hypothesen sind:

- a. daß das Selbstverständnis der in alternativen, gemeindepsychiatrischen Einrichtungen Arbeitenden eben provisorischen Charakter hat,
- b. und in sich widersprüchliche Einstellungen beinhaltet,
- c. und da es so wenig Stabilität und Elastizität hat, daß es in Zeiten äußerer Belastungen (z.B. politisch konservativer bis reaktionärer Klimaveränderung) nicht nur keine Sicherheit geben, sondern selbst zur Quelle lähmender bis selbstdestruktiver Tendenzen werden kann.

Zur ersten Hypothese:

Gemeindepsychiatrische Einrichtungen gibt es in Österreich erst seit wenigen Jahren. Die in ihnen arbeitenden Helfer können das in den Ausbildungslehrgängen oder früheren Berufsfeldern erworbene berufliche Selbstverständnis hier nur mehr teilweise gebrauchen, teils sind die alten Rollenbilder im neuen Feld sogar hinderlich. So wird etwa vom psychiatrischen Pfleger im Krankenhaus Unauffälligkeit und Angepaßtheit erwartet, im gemeindepsychiatrischen Feld aber Eigeninitiative und selbstbewußte Kooperation mit Ärzten und Psychologen. Für die relativ neuen Arbeitsbereiche gibt es keine einheitliche theoretische Grundlage, auch keine klar abgegrenzten Berufsrollen und nur wenige sicherheitsstiftende Regeln oder Handlungsweisen.

Die relativ am besten definierten Instrumente sind die aus dem therapeutischen Bereich stammenden, etwa die therapeutische Grundhaltung des Akzeptierens, nicht (Ver-)Urteilens etc., sowie der teilnehmenden introspektiv-empathischen Beobachtung.

Zur zweiten Hypothese:

Einige der Einstellungen sind nicht immer leicht miteinander in Einklang zu bringen

- Einerseits steht Freiwilligkeit jeder Behandlung in der Werthierarchie mit an höchster Stelle, andererseits fordern die herrschenden Gesetze (z.B. Selbstgefährdung als Zwangseinweisungsgrund) das Gegenteil.
- Einerseits soll dem Hilfe und Rat suchenden Klienten/Patienten unbürokratisch, respektvoll und natürlich (d.h. nicht die professionelle Rolle betonend) begegnet werden, andererseits besteht die Forderung nach professionell gekonnter Umsichtigkeit (etwa im Sinn des nicht Übersehens von Suicidgefahr) und eines entsprechenden Problembewußtseins (z.B. im Sinn des Vermeidens von Iatrogenie, von Psychologisierung realer sozialer Not bzw. umgekehrt des "nur" Sozialhilfebietens bei vorwiegend intrapsychischen Konflikten entspringender Krisenkonstellation).
- Einerseits werden präventive Aufgaben betont, die zur Überregional unfehlbar sind, andererseits besteht das Sektorprinzip (unter Einbeziehung des Prinzips der Versorgungsverpflichtung aller im Betreuungsgebiet wahrgenommenen Problemstellungen)

Auch im Rahmen der interprofessionellen Teamarbeit gibt es mehr oder minder widersprüchliche Ideale, die zum Selbstverständnis der Helfer gehören: z.B. einerseits das Prinzip der Deprofessionalisierung und Enthierarchisierung und andererseits die Forderung sich der Möglichkeiten und vor allem Grenzen der Persönlichen und professionellen Kompetenzen bewußt zu sein.

Auch in der Zusammenarbeit mit anderen sozialen Institutionen, insbesondere den custodialen psychiatrischen Krankenhäusern ergeben sich widersprüchliche Forderungen an das Selbstverständnis der Mitarbeiter einmal nämlich alles zu unterlassen, was die optimale Kooperation bei der Einzelfallarbeit stören könnte, andererseits tendenziell innovativ zu sein (allen rein traditionell-abwartende Betreuungsformen zu überwinden), ja sozial- und gesundheitspolitisch kritische Aktivitäten zu entwickeln, d.h. also auch aktiv die strukturellen Mängel und Fehler verknöchertes, bürokratischer Einrichtungen aufzuzeigen, um Reformbewegungen zu unterstützen.

Zur dritten Hypothese:

In vielen Situationen wird es möglich sein, diese Widersprüche aufzulösen, sie im dialektischen Prozeß eines abwägenden Pendelns zwischen den Polen und unterschiedlichen Ebenen als Komplementäre zu erkennen und zu einer Synthese zu kommen, welche die Handlungsfähigkeit als Helfer wieder herstellt. In nicht wenigen Situationen gelingt das nicht oder auf einem nur unbefriedigenden Niveau. Und die in einem Fall zur Orientierung durchaus hilfreichen Ideale kämen dann zur Quelle depressiv gefärbter Entmutigung des einzelnen Helfers oder gar des ganzen Teams werden. Kollegiale Hilfe, Fallseminare, Teambesprechung, Supervision sind die zur Selbstregulation gedachten Instrumente der Entstörung im Team und des Teams.

Aber auch hier spielt sich die angedeutete Dynamik auf der nächsten Ebene analog ab. Wieder gibt es eine Reihe von Ideal-Forderungen wie z.B. Gegenübertragungskontrolle und Korrektur der diagnostischen Arbeitshypothesen in bezug auf die direkte Betreuungsarbeit und neue Anläufe, Initiativen, Konzepte in bezug auf die Gemeinwesenarbeit und die kritische Öffentlichkeitsarbeit. Aber auch diese Idealforderungen, die in Zeiten der Pionierarbeit und Expansion Schwung und Richtung gegeben haben, drohen in Zeiten der Stagnation, der Mißerfolge und der Einsparungen von Sozialausgaben leicht zur Quelle von Selbstausbeutungstendenzen und des "burned-out" Syndroms der Helfer zu werden.

Wenn wir den Teufelskreis durchbrechen wollen, der sich auch in der Reprivatisierung des Elends der professionellen Helfer niederschlägt, ist es wahrscheinlich nützlich, uns in Erinnerung zu rufen, daß eine für Humanisie-

ung und Demokratisierung kämpfende Psychiatrie in unserem Land noch recht jung und ihr Selbstverständnis entsprechend wenig gesichert ist.

2. Entstehung der Ansprüche

Beim Aufbau des Beratungszentrums (1977/78) bedienten wir uns immer wieder der kritischen Argumente der Medizinsoziologie gegenüber der Wegsperr- und Drehtürpsychiatrie und der totalen Institution.

- anachronistisch - unwissenschaftliche Methoden
- theorieloses Handeln
- Datennotstand etc.

Nicht daß die herrschende Psychiatrie so ist wie sie ist - desintegrativ

- Hospitalismusschäden verursachend
- therapeutisch nihilistisch etc.

war unser zentraler Kritikpunkt; nicht da-ß sie soziale Kontrollfunktionen die medizinisch getarnte Ausgrenzung kaum verwertbarer Arbeitskräfte erfüllt, durch Privatisierung/Medizinalisierung/Pathologisierung etc., war unser Hauptangriffspunkt, sondern - sie es macht:

So gut wie ohne Gegenwehr, ohne Reflexion, ohne Bewußtsein, ohne auch nur den Versuch zu machen, die täglich im Umgang mit den stationierten Patienten zu machenden Erfahrungen wieder zurückzugeben, hinauszuschreien, aufzuzeigen, was jeden, der in der Psychiatrie zu arbeiten beginnt, unheimlich bedrückt.

Es ist also der bewußtlose Konformismus der Psychiatrie mit all den Werten, Normen, Moralvorstellungen, sozio-kulturellen Imperativen, der uns so kritikbedürftig erscheint.

Und genau diese Kritik wandelten wir in Forderungen einer künftigen demokratischen Psychiatrie um:

Wir wußten schon, daß wir dem Dilemma der Psychiatrie zwischen Kontroll- und Hilfsfunktion nicht entkommen, daß auch wir früher oder später trotz aller Mühe (bis zur Selbstaussbeutung) Zwangsmaßnahmen, Psychopharmaka, Einweisungen nicht ganz vermeiden können - aber wir haben uns vorgenommen, die Prozesse und Entstehungszusammenhänge der Individualisierung und Privatisierung gesellschaftlichen Leidens sichtbar zu machen, durch die Darstellung unserer Erfahrungen Widerstand zu leisten: Durch sorgfältige Dokumentation und Begleitforschung Argumente entwickeln für die Auseinandersetzung um eine bessere Psychiatrie; Verwissenschaftlichung unseres Tuns, wissenschaftliche Begleitforschung, sorgfältige Datensammlung zur Erarbeitung von Planungsgrundlagen für weitere Reformschritte.

Zu diesen sich als zunehmend schwerer einlösbar erweisenden Forderungen kam insbesondere in der Aufbauphase des Beratungszentrums ein beträchtlicher äußerer Legitimationsdruck. Wir mußten und wollten den Bedarf, die

Effizienz, die Nützlichkeit unserer damals noch neuen Arbeits- und Organisationsformen darstellen. Und wir erhofften uns davon zugleich eine Hilfe im politischen Kampf für großzügige Strukturveränderungen. In dieser Anfangsphase gingen uns die Berichte, Referate, Selbstdarstellungen etc. nach relativ leicht aus der Feder.

Rückblickend ist aber schon dort der Trend bemerkbar, einer Zahlenmagie zu erliegen; aus der Art der Darstellung der Daten ist ersichtlich, wieviel leichter und zunächst nützlicher es schien, Quantitäten, Meßbares, Besucherfrequenz, Kontaktzahlen, Verweildauerangaben etc. darzustellen.

Die qualitativen Aspekte unserer Arbeit darzustellen war schon schwieriger, passierte seltener und schien sich auch weniger als Instrument in den langen zähen bürokratischen Auseinandersetzungen und verunsichernden Bedrohungen durch die bürokratisch-politischen Instanzen zu eignen.

Unterschätzt haben wir sicher auch die Schwierigkeit, qualifizierte Abnehmer, Interessenten für unsere Erfahrungen zu finden, die diese auch politisch umzusetzen in der Lage wären.

3. Quantität versus Qualität

Die Skepsis der Landespolitiker sowie der in den psychiatrischen Großkrankenhäusern Tätigen zeigte sich von allem Anfang an in einem verstärkten Legitimationsdruck auf das den Modellversuch realisierende Team.

Von Anfang an interessierte weniger das qualitativ Neue an dieser anderen Art psychiatrischer Versorgung, sondern vor allem der Nachweis einer ökonomischen Effizienz, ausgedrückt in der Anzahl der pro Jahr betreuten Klienten, im Rückgang der Einweisungen aus dem Sektor oder der Verlängerung der Intervalle zwischen zwei stationären Aufenthalten. Da sich eine relative Absicherung des Beratungszentrums erst nach der Angliederung an das Psychiatrische Krankenhaus im Frühjahr 1982 in gewisser Weise ergab und die Arbeit immerhin in den ersten drei Jahren durch finanzielle Aushungerung, Drohung des Abzugs von Mitarbeitern etc. gefährdet war, ließ sich eine tiefe Verunsicherung des Teams nicht vermeiden.

Dies führte dazu, daß die Legitimationsforderung zumeist widerstandslos von übernommen wurde.

Diese anhaltende Nicht-Anerkennung der ambulanten und teilstationären

Arbeit (z.B. die Tagesklinik als wünschenswerte Ergänzung zur stationären Psychiatrie) führte dazu, noch besser, nach differenzierter, nach detaillierter den Umfang unserer Arbeit zu belegen. D.h., da auch wir diesem Quantifizierungsdruck, der elementare Qualitätsaspekte unserer Arbeit außer acht läßt, nach wie vor nicht standhalten können.

Das Einsteigen auf die Argumentationsebene der ökonomischen Effizienz brachte uns erstmals Schwierigkeiten, als wir nach einem Jahr Arbeit einen Vergleich bezüglich Wiederaufnahmen und Behandlungsdauer zwischen unserem Sektor und einem Grazer Kontrollbezirk anstellten: Dabei stellte sich z9. heraus, daß bei den stationären Patienten au unserem Sektor eine längere Verweildauer zu verzeichnen war, und außer einer signifikant geringeren Einweisungsrate der Sektorpatienten mit der Diagnose Suizidversuch konnten wir keine der von uns gewünschten "Effizienzzahlen" aufweisen. Insbesondere konnten wir natürlich die völlig utopische, aber beharrlich an uns gestellte Forderung der Senkung der Gesamtaufnahmezahl im Psychiatrischen Krankenhaus (Einzugsgebiet gesamte Steiermark ca. 1,2 Mio. Einwohner, südliches Burgenland, östliches Kärnten) nicht nachweisen.

4. Dokumentation

Anspruch: Unser Dokumentationssystem sollte unsere ganzheitliche Denkund Arbeitsweise wiedergeben. Den. es mußte mehr au Diagnose, Plussymptomatik und psychische Defizite enthalten.

Daher werden auch soziale Rückhalte, vorhandene Beziehungen zu Familie, Freunden, Nachbarn etc. und Fähigkeiten erfaßt, um ein abgerundetes Bild des Klienten zu erhalten.

Das ursprüngliche Dokumentationssystem wurde bis auf geringfügige Änderungen (r9. differenzierte Beschreibung der Einkommensverhältnisse) konstant gehalten. Diese Art der Karteiführung garantiert eine differenzierte Beschreibung unseres Klienten über all die Arbeitsjahre hinweg (bis heute 2500 dokumentierte Fälle). Nicht quantifizierbar in einem größeren Maß sind sogenannte Patientenkarrerien, da die Entwicklung der einzelnen Betreuungsfälle nur in einem essayistischen Teil erfaßt wird.

Sozioökonomische Veränderungen m der Steiermark während der letzten sechs Jahre und ihr Einfluß auf marginalisierte Bevölkerungsschichten sind

durch den Vergleich der Analyse der einzelnen Arbtisahre nicht erfaßbar. Sie werden - so sie vorhanden sind - von institutionsimmanenten Änderungen überdeckt. Hier ist zu unterscheiden zwischen von außen hereingetragenen und teaminternen Änderungen. Zu den ersteren zählen vorrangig die Veränderungen h der Trägerschaft des Beratungszentrums (Österr. Gesellschaft für psychische Hygiene, geplante Übernahme durch die Universitäts-Nervenklinik, schließlich Angliederung an das psychiatrische Krankenhaus Graz) mit allen existenziellen Verunsicherungen und Stabilisierungen. Zu den teambezogenen Änderungen zählen die von Zeit zu Zeit vorgenommenen Revisionen von Arbeitszielen und Zuständigkeitsbereichen wie auch die Personellen Veränderungen im Team.

Um dies genauer zu illustrieren sollen einige Beispiele solcher interner Änderungen mit ihren Widerspiegelungen in der statistischen Dokumentation angeführt werden.

Beispiel 1

Während in den Anfängen des Beratungszentrums - beeinflusst durch die Reform der Psychiatrie in Italien - das Hauptziel auf die Reintegration von chronisch hospitalisierten Patienten gerichtet war, wurde aufgrund eigener Überforderung und damit verbundenen resignativen Tendenzen, fehlender flankierender Maßnahmen (keine Bereitschaft von seiten der zuständigen Politiker zur Installierung von Wohnheimen, geschützten Werkstätten und weiteren psychosozialen Zentren) sowie durch stärkere Inanspruchnahme von Personen mit leichteren psychischen Störungen oder mit sozialen Problemen, der Schwerpunkt bald auf Vorsorge und Vermeidung stationärer Behandlungen durch Kurzpsychotherapien und tagesklinische Betreuung gelenkt.

Diese Verlagerung von Rehabilitation auf Sekundärprävention findet sich in folgenden Statistiken wieder:

a) Zuweisung durch das psychiatrische Krankenhaus:
1978: 3496 1983: 896

b) Erstkontakt im Krankenhaus:
1978: 25% 1983:4%

c) Wohnort im Psychiatrischen Krankenhaus:
1978: 16% 1983: 796

d) volle Entmündigung:
1978: 11% 1983: 1%

e) keine vorhergegangenen stationären Aufnahmen:
1978: 34% 1983: 67%

f) Keine Diagnose:
1978: 16% 1983: 43%

Beispiel 2

Das Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen war im Jahr 1978 als Modellversuch für die Bezirke Gries/Straßgang (das sind die Bezirke mit den größten psycho-sozialen Risikofaktoren, in denen auch die Strafanstalt Kerlen, das psychiatrische Krankenhaus, das geriatrische Krankenhaus, das Asyl und die Prostitution zu Hause sind) konzipiert worden.

Der zunehmende Bekanntheitsgrad, sowie das völlige Fehlen gemeindepsychiatrischer Einrichtungen in der Steiermark, damals auch in anderen

Bundesländern, führte in der Folge dazu, daß immer mehr unserer Klienten größere Anreisewege auf sich nahmen, um unsere Angebote in Anspruch zu nehmen.

Diese Entwicklung führte im Lauf der Jahre zu vermehrten Schwierigkeiten:

- 1, sabotierten wir durch die Annahme solcher Klienten unsere eigenen Ansprüche bezüglich gemeindenaher Arbeit (Einbeziehen der Familien, eventuelle Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Berücksichtigung des gesamten sozialen Umfeldes, Möglichkeit von Hausbesuchen,etc.).
7. blieben andere wichtige Aspekte (z.B.Aufklärungsarbeit in den Modellbezirken, vermehrte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des Bezirkes etc.) unserer Arbeit liegen.
3. erwies sich die Auswertung unseres Arbeitsgebietes bezüglich der Effizienzeinschätzung durch die zuständigen Behörden als hinderlich.

Diese Entwicklung zeigt sich in folgenden Daten:

Herkunft der Klienten

Rechtes Murufer 52% 16% 39%
Linkes Murufer 2% 6% 33%
Steiermark 361g 4596 3196
Österreich 10% 32% 3%

Sollten wir wie bereits 1979 den Nachweis erbringen müssen, daß unsere Sektorarbeit zu einer Verringerung der Hospitalisierungsrate in den Bezirken Gries/Straßgang zur Folge hatte, s würde dies aufgrund unserer Tätigkeit für Klienten anderer Gebiete weniger klar sichtbar werden.

All dies führte zu einer verstärkten Rückkehr zur Sektorarbeit. Der Sektor wurde z auf das gesamte rechte Murufer (8 Bezirke; ca. 150.000 Einwohner) ausgedehnt, dafür wurden potentielle Klienten aus anderen Gebieten nach Möglichkeit wetterverwiesen, wobei eher Grazer als Nicht-Grazer betreut wurden.

5. Über den Nutzen teaminterner Dokumentation

Der früh auftretenden Polarisierung in der Wahrnehmung unserer institutionellen Arbeit - radikale Ablehnung durch einige Politiker und in der traditionellen psychiatrischen Versorgung Tätige auf der eben Seite und z.T. unkritische Bewunderung von fast allen, alternativen Bewegungen zugetanen Personengruppen auf der anderen Seite - versuchten wir auf zweierlei Art zu begegnen.

Erstens durch eine fast uneingeschränkte Öffnung nach außen, zweitens durch eine verstärkte innerbetriebliche Dokumentation als Baste einer notwendigen permanenten Reflexion unserer Entwicklung.

Jede Institution, die mit psychosozialer Versorgung betraut ist, steht ständig im Spannungsfeld der doppelten Aufgabe psychiatrischer Arbeit - Hilfe. Die damit verbundene Macht kann nur insofern neutralisiert werden, indem sich die "Kontrollierenden" gleichfalls freiwillig einer Kontrolle durch die Öffentlichkeit unterziehen. Um diese zu gewährleisten, reicht es nicht, von Zeit zu Zeit Statistiken zu veröffentlichen, es muß vielmehr möglich sein,

die Begegnungen zwischen professionellen Helfern und deren Klienten selbst zu beobachten und einer kritischen Bewertung zu unterziehen.

Dies geschieht im Beratungszentrum Graz in der seit der Öffnung installierten und beibehaltenen Großgruppe, in der Anrainer, Klienten, Betreuer und andere an der psychiatrischen Praxis interessierte Personen wöchentlich für 1 1/7 Stunden zusammentreffen und miteinander sprechen. Aus demselben Grund bemühen wir uns um die zeitlich begrenzte Mitarbeit von Arbeitsmarktförderungspraktikanten, in Ausbildung Stehenden und Zivildienern.

Sie haben nicht nur die Möglichkeit, in teilnehmender Beobachtung unsere Arbeitspraxis wahrzunehmen, sondern auch uneingeschränkten Einblick in alle teaminternen schriftlichen Unterlagen (wie z.B. Teamsitzungsprotokolle, Jahresberichte etc.) sowie in das Teamgeschehen überhaupt (z.B. durch Teilnahme an Teamsupervision).

Das Selbstverständnis des Teams umfaßt ein Engagement an mehreren Fronten. Neben dem Anspruch, qualitativ gute Versorgungsarbeit zu leisten, besteht der Wunsch durch mehr Gemeinwesenarbeit im Sektor das Selbsthilfepotential Bevölkerung zu stärken. Neben unserem zähen und langjährigen Kampf um eine Reform der psychiatrischen Versorgung in der Steiermark, besteht auch gleichzeitig das Bewußtsein ebener Verpflichtung, auf eine mögliche Bürokrathierung und Entartung der potentiellen Reform zu einem noch effizienteren Kontrollinstrument von Randgruppen permanent aufmerksam zu machen. Hinzu kommt noch unser Anspruch (s.o.), nicht nur nach unseren Möglichkeiten psychosoziales Elend zu vermindern, sondern auch unsere Erfahrungen bezüglich ihrer sozioökonomischen Verursachungsmechanismen öffentlich aufzuzeigen. Die Summe dieser Ansprüche bezogen auf eine Zeit, in der das Interesse an sozialen Reformen empfindlich gesunken ist, kann auch zu einer Quelle wachsender Entmutigung und Stagnation werden.

Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, um unsere Ansprüche auf ein realistisches Maß zu reduzieren ohne sie gleichzeitig ganz fallen zu lassen, um also eine bestimmte Arbeitshaltung *beibehalten zu können*, ohne uns ständig an der Grenze der Oberforderung zu bewegen, ist es notwendig, eine gut geführte innerbetriebliche Dokumentation zu haben.

Das bedeutet im einzelnen:

- Gemeinsam formulierte Zielvorstellungen festzuhalten und zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal auf ihre Sinnhaftigkeit bzw. Realisierung hin zu überprüfen.
- Das durch die zu knappe Arbeitskapazität bedingte Pendeln zwischen

Arbeit nach außen (politische Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit etc.) und klientenbezogener Arbeit permanent auszutarieren, u einseitige Entwicklungen rechtzeitig abstoppen zu können.

- Unsere Haltung und unser Engagement bezüglich einer Neustrukturierung der psychosozialen Versorgung laufend zu überprüfen.
- Verbindlichkeiten bezüglich interner Geschäftsordnung festzuhalten und Vorstellungen über äußere Organisationsformen (Departmentsstruktur, Kuratorlumlösung etc.) zu konkretisieren bzw. ihre Realisierung zu verfolgen.
- Die eigene Geschichte zu schreiben, um eine Entwicklung verfolgen und

Zeichen von Stagnation erfassen zu können.

6. Noch einmal Ansprüche

Wenn wir unsere zu Beginn genannten hohen Erwartungen an die Dokumentation und Forschung (daß sie uns helfen soll, ..J nicht au völlig überhöht, hoffnungslos idealistisch und umeinlösbar abschreiben wollen, müssen wir uns zunächst einmal klarmachen, daß wir kein Forschungsinstitut sind, daß wir dringend auf ahne gute Zusammenarbeit mit professionellen kritischen Sozialwissenschaftlern angewiesen sind.

Wir würden die Vereinheitlichung von Dokumentationssystemen aller einschlägigen Einrichtungen begrüßen, weil wir uns davon erhoffen, systematische Vergleiche anstellen zu können.

Wir sollten dringend katamnestiche Untersuchungen durchführen; wir sollten kritische Untersuchungen unserer Art von Teamarbeit, unserer Beratungs- und Betreuungsstile, unserer therapeutischen - und Gemeinwesenpraxis durchführen lassen - und zwar von Forschern, die weder dem Legitimationsdruck der zuständigen Gesundheitsbehörden unterliegen, noch im Team selbst integriert sind.

Und wir sollten uns mit einigen grundsätzlichen Fragen beschäftigen, die wir bisher in vielleicht naiv-idealistischer Weise vernachlässigt haben:

Welche gemeinsame Baste haben die praktisch in der psycho-sozialen Versorgung Arbeitenden und die Wissenschaftler/Forscher?

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Erkenntnisinteresse und politischer Veränderung?

An welche Adressaten wenden sich Forschungsergebnisse? Gibt es am öffentliches Interesse an kritisch-sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen, die aus der psychosozialen Versorgung gewonnen werden können?

- 'Gibt es überhaupt Beispiele dafür, daß Forschungsergebnisse nützliche Mittel sind für ehe offene, auf Strukturereformen zielende Sozial- und Gesundheitspolitik?

Nachtrag Februar 1990

Aufgefordert, fünfeinhalb Jahre später diese Arbeit noch einmal in Bezug auf Veränderungen zu diskutieren, erscheinen uns folgende Ergänzungen angebracht:

Zur ersten Hypothese:

Während der vergangenen Jahre haben wir als Team mehr innere Stabilität, klareres Selbstverständnis und größere Rollensicherheit gewonnen. Wir definieren unsere Arbeit weniger im Gegensatz zu traditionellen Formen der Psychiatrie, sondern haben eine eigene psychosoziale Kultur und Tradition entwickelt.

Zur zweiten Hypothese:

Die Verlagerung des Konfliktes "Hilfe Versus Kontrolle" scheint von außen nach innen erfolgt zu sein. Der Anteil der von uns veranlaßten Zwangseinweisungen (insgesamt 5 in den 12 Jahren) scheint geringfügig gegenüber den BZ-internen verhaltenskontrollierenden Regeln. So wurde die Forderung nach Gewaltverzicht im BZ insofern ausgedehnt, als wir nicht nur die Anwendung von körperlicher Gewalt sondern z.B. auch wiederholte verbale Gewaltandrohungen mit befristetem Ausschluß von Gruppenveranstaltungen sanktionieren.

Wir bekennen uns heute stärker zur Professionalität und stehen allen primär an Laienhilfe orientierten psychosozialen Versorgungsmodellen äußerst skeptisch gegenüber. Im Lauf der Jahre haben wir erfahren, daß Professionalität kein unüberbrückbares Hindernis im Kontakt mit Klienten schafft, sondern diesen im Gegenteil eher entängstigt. Der Anspruch einer demokratischen Teamarbeit führt nicht mehr zur Angleichung der Professionalität nach unten durch Negation der Unterschiede, sondern nach oben durch Ausweitung und Vertiefung des Wissensstandes aller Teammitglieder.

Zur dritten Hypothese:

Alle beschriebenen Phänomene gelten auch heute noch, wenn auch in abgeschwächter Form. Die Definition von Zielen, sowie die Einschätzung unserer Mittel zu ihrer Erreichung orientieren sich heute stärker an der Realität unseres Arbeitsalltags, was zu einem liebevolleren Umgang mit uns und unseren Klienten geführt hat. Wir verstehen uns mehr als Begleiter und Helfer, denn als Löser oder gar Erlöser und wir glauben auch nicht mehr, optimale Arbeit leisten zu können, wenn wir theoretisch und praktisch besser und politisch durchsetzungsfähiger wären. Dieser Prozeß der Desillusionierung hat zu einer Verringerung von Schuldgefühlen und von "burned-out"-Phänomenen geführt.

Zu "Entstehung der Ansprüche (und deren Veränderung)"

Die in diesem Kapitel formulierte globale Kritik an unseren Kollegen im stationären psychiatrischen Bereich scheint aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr gleichermaßen haltbar zu sein. Im Jahr 1988 gab es eine von allen diensttuenden Ärzten des LSKH Graz getragene Protestaktion gegen die Patienten betreffenden restriktiven Vorstellungen des Krankenhausträgers. Damit solidarisierten sich die Ärzte eindeutig mit den ihnen anvertrauten Patienten. Diese Aktion rief ähnliche Reaktionen in der Krankenhaushierarchie hervor (Androhung und Einleitung dienstrechtlicher Maßnahmen) wie wir sie selbst bereits als Folge eigener Öffentlichkeitsarbeit kannten (Maulkorberlaß in Form von Publikationsverbot, - dem wir nicht Folge leisteten).

Darüber hinaus scheint jeder einzelne Psychiater im LSKH die Möglichkeit zu haben, weitgehend die Form der Behandlung zu wählen, die er vor sich, seinen Patienten und der Gesellschaft vertreten kann.

Mit unseren Ansprüchen, "die Prozesse und Entstehungszusammenhänge der Individualisierung und Privatisierung sichtbar zu machen", "durch die Darstellung unserer Erfahrung Widerstand zu leisten", scheinen wir hingegen Schiffbruch erlitten zu haben. Trotz jahrelanger Reflexion und Dokumentation unserer Arbeit ist es uns nicht gelungen psychosoziale Zusammenhänge

so extrahieren und darstellen zu können, daß wir gültige Aussagen darüber treffen können. Das feine Netz gesellschaftlicher Zusammenhänge und psychiatrischer Karrieren scheint sich unserem noch immer groben Dokumentationsraster zu entziehen. Fiese Erkenntnis hat dazu geführt, daß wir weniger versuchen unsere Erfahrungen zu veröffentlichen als unsere Arbeit öffentlich zu machen (siehe "Über den Nutzen teaminterner Dokumentation"). Darüberhinaus scheint ein realisierbarer und ausreichender Anspruch innerhalb unserer Arbeit zu sein, den Patienten und Klienten respektvoll zu begegnen, dieser Begegnung uns dem Gespräch als solchem Wert beizumessen und den Menschen behilflich zu sein, sich die jeweils eigene Geschichte wieder anzueignen.