

Katholische Stiftungsfachhochschule München

## **Seele in guten Händen ?**

Ethische Werte in ihrer Bedeutung für die Arbeitsmotivation  
von in der Sozialpsychiatrie tätigen SozialarbeiterInnen

Masterarbeit im Weiterbildungsstudiengang Soziale Arbeit  
„Master of Social Work“

vorgelegt von: Sabine Haase

Erstkorrektor: Prof. Dr. Thomas Schumacher

Benediktbeuern / München, den 26.10.2005

## SUMMARY

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich aus einer ethischen Perspektive heraus mit den Beweggründen der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie. Die Motivation dazu begründet sich in der Wahrnehmung einer Verschlechterung der Teilhabechancen psychisch kranker Menschen am gesellschaftlichen Leben.

Das *erste Kapitel* gibt einleitende Hinweise zur Fragestellung und zum Aufbau der Arbeit sowie zu Begriffsverwendungen und inhaltlichen Einschränkungen.

Im *zweiten Kapitel* werden die Begriffe „Soziale Arbeit“, „Sozialpsychiatrie“, „Ethische Werte“ und „Arbeitsmotivation“ soweit definiert, wie es für den Fortgang der Arbeit nötig ist.

Da die gegenwärtige Situation immer das Ergebnis vorangegangener Entwicklungen ist, beschreibt das *dritte Kapitel* die berufliche Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit und der (Sozial-)Psychiatrie.

Vor dem Hintergrund der Frage, inwieweit neben dem Fachwissen auch und wenn ja welche ethischen Werte eine Rolle spielen und welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit bzw. die Sozialpsychiatrie ergeben, beschäftigt sich das *vierte Kapitel* mit dem Menschen- und Gesellschaftsbild, dem Verständnis von psychischer Krankheit sowie mit wesentlichen ethischen Werten.

Darauf aufbauend folgt im *fünften Kapitel* eine Auseinandersetzung mit den veränderten Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit. Es geht dabei vorrangig um die Frage, wie die Soziale Arbeit mit den veränderten Bedingungen umgehen kann, ohne dabei ihre ursprüngliche Identität zu verlieren. Die Thematik der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit wird dabei besonders berücksichtigt.

Das *sechste Kapitel* stellt einen konkreten Bezug zur alltäglichen Praxis her über die Darstellung und Auswertung einer Umfrage, die in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt wurde.

Das *siebte Kapitel* begründet schließlich zusammenfassend die These, dass die Soziale Arbeit eine grundsätzliche Verpflichtung hat zur Solidarität mit den in und an der Gesellschaft leidenden Menschen und diese Verpflichtung nicht aufgeben kann, ohne damit ihren Berufsinhalt aufzugeben.

## VORWORT

### Alles schon mal passiert

- Eine Anekdote -

Dies ist 20 Jahre her. Man erzählt sich von gewissen englischen Kreisen, dass sie ständig Geschichten von Leuten erzählen, die schon 30 Jahre in ihrem Grab liegen. Nun, diese Geschichte ist immerhin erst 20 Jahre her. Also, der Patient Herr Franz W. ließ sich aus der Nervenlinik I. in seine Heimatstadt W. zurückverlegen ins dortige LKH.

Als er dort ankam, verlas in seiner und der Gegenwart des Stationsarztes D. der türkische Assistenzarzt I. das Begleitschreiben von der Nervenlinik aus I.: „Patient Herr Franz W. hat bei uns freien Ausgang gehabt.“

Darauf der Stationsarzt D.: „Dann wollen wir Herrn Franz W. sonnabends jeweils 2 Stunden Ausgang gewähren.“ Punktum. Das macht Patient Franz W. so gute 7 Wochen ohne zu murren mit. Dann wollte er liebend gerne zu den alten Dölmern auf seiner Station in der Nervenlinik I. zurück. Das muss man Stationsarzt D. lassen, er war nicht dagegen. Als Patient Franz W. nun mit seinen Rückreisevorbereitungen begann, erbat er sich auch seine in Stationsgewahrsam genommenen Habseligkeiten zurück. Unter diesen vermisste er u. a. einen Familienteelöffel, eine zusammenklappbare Lupe, den Brief von 1817 an seine Vorfahrin ehrbare Jungfrau Ilse Marie W. zu B. und eine messingne Shiva-Statue, die er sich mal auf dem Flohmarkt in der Landeshauptstadt H. zugelegt hatte. Dieses Fehlen o. a. Gegenstände meldete er voll Zorn seinem Stationspfleger F. „Ja, da kann man nichts machen, weg ist weg, oder Sie müssen sich irren; vielleicht haben Sie nicht überall nachgesehen.“

Patient Franz W. „Na, hören Sie mal, Herr F., wenigstens die Buddha-Statue müsste ich doch wiederhaben können. Sie ist nicht viel wert, aber ich hänge doch so an ihr.“

Er hat nicht von seiner Shiva-Statue gesprochen, sondern absichtlich „Buddha-Statue“ gesagt, um nicht ganz auf Unverständnis zu stoßen. – Typisch Patient Franz W..

Nun, der Stationspfleger F. zeigte sich leutselig und schickte den Patienten B. zum Hauptpfleger F., um dort nach der „Buddha-Statue“ zu fragen.

Franz W. wartete gespannt. Als dann der Patient Herr B. nach ungefähr 20 Minuten von Hauptpfleger F. wiederkam, waren seine Worte nur: „Es war keine Butterdose da.“ Amen.

ENDE.

Otto Wittenberg (Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 4/1997, S. 8 u. 40)

Ich lernte die (Anstalts-) Psychiatrie erstmals in den frühen 70er Jahren als Angehörige kennen. Ich hatte dabei das Glück eines positiven Kontaktes, der nicht Angst, sondern Menschlichkeit vermittelte und in mir eine Neugier weckte am Anders - Sein und an den Ver - rücktheiten des Lebens sowie den Wunsch, ein Stück weit zu „verstehen“. Als Sozialpädagogin habe ich das Glück einer Anstellung beim „Projekterein“, einem kleinen innovativen Träger, der mit seinen Projekten die Vision einer menschlichen Psychiatrie zu verwirklichen versucht. Als Mitglied eines engagierten Teams in einem ländlichen Sozialpsychiatrischen Dienst durfte ich dessen Entwicklung hin zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum mitgestalten, das sich durch Gemeindenähe, Bedürfnisorientierung sowie die intensive Teilhabe der NutzerInnen auszeichnet. Ich hatte vor allem politisch motiviert begonnen, mich daran zu beteiligen, eine „andere“, eine menschliche Psychiatrie zu denken und handelnd umzusetzen. Ich war dabei überzeugt davon gewesen, dass Psychiatriereform nur als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Veränderungsperspektive gelingen kann, in der die Menschen ihre Geschichte selbst in die Hand nehmen und in der es ein gültiges Recht auf Differenz gibt. Gut 15 Jahre später stellte ich eine gewisse Verunsicherung fest: War der Reformgeist im handwerklichen Alltagsgeschäft untergegangen? Machte sich eine Art innere Resignation bemerkbar? Wer hätte gedacht, dass noch einmal um die (Weiter-) Existenz der Sozialpsychiatrischen Dienste würde gekämpft werden müssen? Ich war auf die Wahrnehmung der momentanen fundamentalen Bestandsgefährdung dessen, was an Gemeindepsychiatrie in den vergangenen Jahren erreicht wurde, es ist meines Erachtens längst nicht genug, innerlich nicht eingestellt. Es war also durchaus auch ein sich leise anbahnendes berufliches „Bourn-Out“, das mich dazu bewegte, den Studiengang „Master of Social Work“ zu belegen.

Das Masterstudium war für mich eine äußerst wertvolle Zeit. Es hat mich durch vielfältige theoretische Inputs sowie die intensive Auseinandersetzung mit verschiedenen Themen bereichert und belebt. Es hat einem „Ausbrennen“ entgegengewirkt vor allem durch die für mich sehr motivierende „neue Begegnung“ mit den "wesentlichen Fragen" im Fach Ethik, die mich schließlich auch zum Thema dieser Arbeit geführt hat.

Dass mir diese Erfahrung möglich war, hat mit vielen Menschen zu tun, die mich durch die Zeit des Studiums begleitet und mich unterstützt haben.

Namentlich bedanken möchte ich mich bei Frau Prof. Sabine Pankofer für das einfühlsame und entgegenkommende Gespräch zu Beginn des Studiums, welches grundlegend war für meine Entscheidung, das Studium trotz einer krankheitsbedingt äußerst schwierigen familiären Situation anzutreten. Herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Thomas Schumacher für seine hilfreiche Begleitung und Betreuung einer „Independent Study“ sowie der vorliegenden Masterarbeit.

Des Weiteren geht mein Dank an meine Kolleginnen und Kollegen des Langzeitwohnprojektes sowie des so genannten Großteams im Sozialpsychiatrisches Zentrum für ihr Verständnis, für so manche „handfeste Unterstützung“ sowie die Bereitschaft, sich interviewen zu lassen. Besonders bedanke ich mich bei Werner Scheurer und Dr. Bernd Magenau, die mir nicht nur als Kollegen, sondern auch als Freunde zur Seite standen und mir mit Ihrem Interesse und Ihrer Fachlichkeit bei den „Independent Studies“ und der Masterarbeit eine große Hilfe waren.

Nicht zuletzt und ganz besonders herzlich bedanke ich mich bei meiner Freundin Brigitte Rasch, ohne deren fachliche und vor allem persönliche „Rundumhilfe“ mir das Studium nicht möglich gewesen wäre sowie natürlich bei meinem Mann und unseren Kindern, die mir den für Studium und Masterarbeit nötigen Freiraum gegeben haben.

## INHALTSVERZEICHNIS

Summary	2
Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	6
<b>1. Einleitung</b>	<b>9</b>
1.1 Fragestellung und Aufbau der Arbeit	10
1.2 Hinweise zur Begriffsverwendung und Einschränkungen	11
<b>2. Begriffsklärungen</b>	<b>12</b>
2.1 Begriffsbestimmung „Soziale Arbeit“	12
2.2 Begriffsbestimmung „Sozialpsychiatrie“	13
2.3 Begriffsbestimmung „Ethische Werte“	13
2.4 Begriffsbestimmung „Arbeitsmotivation“	14
<b>3. Soziale Arbeit und (Sozial-) Psychiatrie im historischen Kontext</b>	<b>15</b>
3.1 Geschichte der Sozialen Arbeit	15
3.1.1 Hohes Mittelalter (etwa Mitte 11. bis Mitte 14. Jh.)	16
3.1.2 Beginnende Neuzeit (etwa 14. bis Anfang 17. Jh.)	17
3.1.3 Industrialisierung (18. Jh. / 19. Jh.)	21
3.1.4 Soziale Arbeit als Beruf	24
3.2 Geschichte der (Sozial-) Psychiatrie	25
3.2.1 Wahn-Sinn und Irre-Sein	25
3.2.2 Ausgrenzung	26
3.2.3 Internierung und Zwangsarbeit	27
3.2.4 Entstehung der Psychiatrie	27
3.2.5 Psychiatrie als medizinische Wissenschaft	30
3.2.6 Psychiatrie im Nationalsozialismus	31
3.2.7 Ende der medizinischen Einseitigkeit	32
3.2.8 Psychiatriereform – integrationsorientierte Psychiatrie	34

<b>4.</b>	<b>Sozialarbeiterisches Handeln in der Sozialpsychiatrie</b>	<b>36</b>
4.1	Menschen- und Gesellschaftsbild	37
4.2	Das Verständnis von psychischer Krankheit	37
4.3	Das Helfen	39
4.4	Ethische Werte	41
4.4.1	Menschenwürde	42
4.4.2	Autonomie	44
4.4.3	Toleranz	45
4.4.4	Soziale Gerechtigkeit	45
4.4.5	Solidarität	46
4.4.6	Subsidiarität	47
4.4.7	Verantwortung	48
4.5	Professionalität	51
4.6	Zusammenfassung	53
<b>5.</b>	<b>Sozialpsychiatrische Arbeit unter veränderten Rahmenbedingungen</b>	<b>54</b>
5.1	Soziale Arbeit und Sozialstaat	54
5.1.1	Entwicklungen in der Sozialen Arbeit	54
5.1.1	Begriffsbestimmung Sozialstaat	56
5.1.3	Bedeutung des Sozialstaates für die Entwicklung der Sozialen Arbeit	56
5.1.4	Sozialstaatstransformation	57
5.1.5	Auswirkungen der Sozialstaatstransformation auf die Soziale Arbeit	59
5.2	Ökonomisierung der Sozialen Arbeit	62
5.3	Privatisierung und Konkurrenz	62
5.4	Qualitätsmanagement und innovative Praxisveränderung	63
5.5	Handlungsfeld Sozialpsychiatrie	65

<b>6.</b>	<b>Motivation und Haltung sozialpsychiatrisch tätiger SozialarbeiterInnen</b>	69
6.1	Die Befragung	69
6.1.1	Die InterviewpartnerInnen	69
6.1.2	Ablauf der Interviews	69
6.1.3	Der Leitfaden für das Interview	70
6.2	Die Ergebnisse der Befragung	71
6.2.1	Beziehung zwischen HelferIn und KlientIn	71
6.2.2	Kriterien der Professionalität	72
6.2.3	Hoffnungen, Befürchtungen und Veränderungswünsche	74
6.2.4	Zusammenfassung	75
<b>7.</b>	<b>Resümee</b>	77
	Literaturverzeichnis	81
	Anlagenverzeichnis	87
	Ehrenwörtliche Erklärung	136



## 1. Einleitung

Die Motivation zu dieser Arbeit ergibt sich aus meiner langjährigen Tätigkeit als Sozialarbeiterin in der Sozialpsychiatrie sowie der Wahrnehmung einer Menschenbildentwicklung, die sich immer eindeutiger gegen die Teilhabe von allen Menschen am Leben der Gesellschaft in einer globalisierten Welt zu richten scheint.

Die Rahmenbedingungen der sozialpsychiatrischen Arbeit verändern sich. Nicht weil Betroffene, ihre Angehörigen oder die Fachwelt es fordern, sondern weil aufgrund finanzieller Sachzwänge gestritten wird, wer für was zuständig ist und wer was bezahlen muss. Die Frage nach dem Sinn einer (Hilfe-) Maßnahme bleibt da leicht auf der Strecke. Die Anforderung, sich an eine in den wesentlichen Punkten noch unklare „neue Situation“ anzupassen, führt bei professionellen HelferInnen wie auch bei den KlientInnen zu Verunsicherung, zu diffusen Ängsten und einem gewissen Gefühl von Ohnmacht. Im berufspraktischen Kontext der Sozialen Arbeit ist daher eine Art Orientierungsdiskurs im Gange, bei dem es vorrangig um Ökonomisierung, Professionalisierung und Legitimationsdruck sowie um ethische Fragestellungen geht.

Während das Wort „sozial“ bisher für die Soziale Arbeit Identität und auch eine Art kämpferische Perspektive ermöglichte, scheint mittlerweile unklar geworden zu sein, was mit „sozial“ gemeint ist und welche Erwartungen damit verknüpft sind bzw. sein dürfen. Die großen Gesellschaftsdiagnostiker der Gegenwart sind sich in ihrem Urteil relativ einig: Zentrale Grundprämissen sind in Frage gestellt. Die aktuellen Umbrüche gehen ans „Eingemachte“ in der Ökonomie, in Gesellschaft und Kultur sowie in den privaten Welten. Solche tief greifenden Veränderungsdynamiken können natürlich nicht spurlos an der Sozialen Arbeit bzw. an der Sozialpsychiatrie vorbeigehen. Wenn diese jedoch ihrem Anspruch gerecht werden wollen, müssen sie ihr Anliegen immer wieder vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Wirklichkeiten reflektieren und sich selbstkritisch der eigenen Prämissen versichern, d. h. sozusagen ein Stück „professionelle Erinnerungsarbeit“ leisten.

## 1.1 Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Den Ausführungen dieser Arbeit liegt die These zugrunde, dass die Soziale Arbeit eine grundsätzliche Verpflichtung hat zur Solidarität mit den in und an der Gesellschaft leidenden Menschen und diese Verpflichtung nicht aufgeben kann, ohne damit ihren Berufsinhalt aufzugeben.

Ich werde unter Punkt 2 die Begriffe „Soziale Arbeit“, „Sozialpsychiatrie“, „Ethische Werte“ sowie „Arbeitsmotivation“ soweit definieren, wie es für den Einstieg und den Fortgang dieser Arbeit als Grundlage notwendig ist.

Im dritten Kapitel beschreibe ich die berufliche Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit sowie der (Sozial-)Psychiatrie. Ich gehe von einem historisch gewachsenen Verständnis und damit einer historischen Identität von Sozialer Arbeit bzw. von sozialpsychiatrischer Arbeit aus, die bis heute ihren Gegenstand und ihr berufliches Selbstverständnis mitbestimmt. Ein Rückblick in die Geschichte ermöglicht es, sich mit der Bewegung des Humanismus auseinander zu setzen, die ebenso wie unsere Gegenwart Antworten auf die Herausforderungen einer historischen Umbruchzeit zu finden suchte. Er kann zum Verständnis der heutigen Motive und Strukturen von Sozialer Arbeit und Sozialpsychiatrie beitragen.

Im vierten Kapitel werde ich die ethischen Bezüge des sozialarbeiterischen Handelns in der Sozialpsychiatrie herausarbeiten. Vor dem Hintergrund der Frage, inwieweit neben dem Fachwissen auch und wenn ja welche ethischen Werte eine Rolle spielen und welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit bzw. die Sozialpsychiatrie ergeben, beschäftige ich mich mit dem Menschen- und Gesellschaftsbild, dem Verständnis von psychischer Krankheit sowie mit wesentlichen ethischen Werten.

Im fünften Kapitel setze ich mich darauf aufbauend mit den veränderten Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit auseinander und reflektiere ursächliche Zusammenhänge sowie sich für meinen Berufsstand ergebende Herausforderungen. Es geht mir vor allem um die Frage, wie die Soziale Arbeit mit den veränderten Bedingungen umgehen kann, ohne dabei ihre ursprüngliche Identität zu verlieren. Die Thematik der Ökonomisierung ist mir dabei besonders wichtig.

Im sechsten Kapitel stelle ich dann abschließend einen konkreten Bezug zur alltäglichen Praxis her. Dies geschieht durch die Auswertung von Interviews, die in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt wurden mit dem Interesse, zu erfahren, welche ethischen Werte für die dort tätigen SozialarbeiterInnen bezüglich ihres professionellen Handelns sowie bezüglich ihrer beruflichen Identität vorrangig eine Rolle spielen.

## 1.2 Hinweise zur Begriffsverwendung und Einschränkungen

Eine Berücksichtigung der Geschichte der Sozialen Arbeit und der (Sozial-)Psychiatrie in der früheren DDR war mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Ebenso nicht eingehen kann ich auf die Unterschiede in der beruflichen Entwicklung von Sozialpädagogik und Sozialarbeit sowie auf spezifische Bereiche der sozialpsychiatrischen Arbeit, wie z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Suchtarbeit.

Mit dem Terminus „Soziale Arbeit“ bezeichne ich das gesamte Berufsfeld von Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Auch dort, wo von Sozialarbeit gesprochen wird, ist immer der Begriff „Soziale Arbeit“ und damit sozialpädagogisches und sozialarbeiterisches Handeln gemeint. Die Begriffe Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie verwende ich, wie es seit der Psychiatrie-Enquete weitgehend üblich ist, synonym.

## 2. Begriffserklärungen

### 2.1 Begriffsbestimmung „Soziale Arbeit“

Der Begriff „Soziale Arbeit“ hat sich mittlerweile in Theorie und Praxis als Oberbegriff für Sozialarbeit und Sozialpädagogik weitgehend etabliert. Unter Sozialer Arbeit wird somit die berufliche Praxis verschiedener Handlungsfelder verstanden, in der sozialarbeiterische und sozialpädagogische Arbeit geleistet wird, auch wenn es bis heute keine eindeutige Einigung darüber gibt, was dies alles genau umfasst. Ihre gesellschaftliche Bedeutung kann als öffentliche Reaktion auf einen politisch anerkannten sozialen Hilfebedarf von Personen bzw. Personengruppen in modernen Gesellschaften verstanden werden, die sich im Wesentlichen auf folgende soziale Tatbestände bezieht: vielschichtiger werdende Herausforderungen des Aufwachsens jenseits von Familie und Schule; soziale Probleme, alte und neue soziale Ungleichheiten und damit zusammenhängende Fragen der sozialen Integration; soziale Risiken der individuellen Lebensführung und alltäglichen Lebensbewältigung.

Soziale Arbeit leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Funktionsfähigkeit unserer Gesellschaft. Ausgangspunkt ist der einzelne Mensch und sein familiäres System. Die Maßnahmen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit zielen jedoch auf Individuen oder Gruppen als Mitglieder und Teilsysteme der Gesellschaft. Zentrales Anliegen ist die Verbesserung der Transaktionen unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichem Bedarf. Übergreifendes Ziel ist die „Teilhabe von Individuen an gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft“ (Staub-Bernasconi 1994, zit. in Bosshard u. a. 2001, S. 52-53).

Soziale Arbeit ist damit zumindest ein Beruf, den Laien nicht ohne Qualitätsverlust ausüben können und auf dessen Leistungen die Gesellschaft nicht verzichten kann, ohne weit reichende Konsequenzen in Kauf zu nehmen.

## 2.2 Begriffsbestimmung „Sozialpsychiatrie“

Unter „Sozialpsychiatrie“ wird eine Weiterentwicklung der Psychiatrie bzw. deren kritischer Begriff verstanden. Sie erweitert den rein ärztlich-medizinischen Ansatz der Psychiatrie um den Aspekt der Beziehung zwischen den psychisch Kranken und der Gesellschaft. Nach Dörner stellt sie als empirische Wissenschaft und therapeutische Praxis „den Versuch der Rückbeziehung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar“. In ihrer Weiterführung zur Gemeindepsychiatrie fordert sie ein chancengleiches Versorgungssystem für alle psychisch kranken Menschen. Sie wendet sich gegen einen individualisierenden Krankheitsbegriff sowie gegen ein Verständnis der Krankheit als einer schicksalhaften Veränderung von Organen oder Funktionen. Ihr Gegenstand ist die Entwicklung des Menschen in seiner Beeinflussung durch die familiäre und soziale Umwelt, welche wiederum von den sozialen Bedingungen, Verhaltensmustern und Wertvorstellungen der Gesellschaft bestimmt sind (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 906f).

Firnenburg (1994, zit. in Bosshard 2001 u. a., S. 44) bezeichnet Sozialpsychiatrie als eine übergreifende Zielsetzung sowie gleichzeitig als eine Spezialausrichtung der Psychiatrie. Mit den Leitprinzipien der Gemeindenähe und Gemeindeintegration orientiere sie sich an den individuellen Bedürfnissen und alltäglichen Problemlagen psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Ihre übergreifende Zielsetzung sei es, gemeinsam mit den Betroffenen das mögliche Niveau an Freude, Selbstverwirklichung und sozialer Teilhabe zu erhalten bzw. wiederherzustellen und eine möglichst selbstständige, subjektiv zufrieden stellende und mit den Ansprüchen der sozialen Umgebung vereinbare Lebensführung fördern zu helfen.

## 2.3 Begriffsbestimmung „Ethische Werte“

Unter „Ethik“ wird die wissenschaftliche und systematische Beschäftigung mit den Werten, deren Begründung und Anwendung verstanden. In ihrer anwendungstheoretischen Ausrichtung beschäftigt sich die Ethik mit dem Handeln der Menschen, d. h. sie sucht nach Antworten auf die Frage, was wir tun und wie wir handeln sollen.

Ihr Ziel ist dabei die wissenschaftliche Behandlung der Frage, ob dieses Handeln gut oder schlecht, ob es richtig oder falsch ist (Miller 2001, S. 153).

Der Begriff des „Wertes“ kommt ursprünglich aus dem ökonomischen Bereich und meint den Kaufpreis, der für eine bestimmte Sache bezahlt werden muss. Daraus leitet sich ab, dass es für jede Sache einen gleichwertigen Ersatz gibt, in der ihr materieller Wert ausgedrückt werden kann. In der Ethik, in der es um das Handeln des Menschen geht und um die Frage, wie menschliches Leben gelingen kann, kann dieser Ansatz nicht zutreffen. Hier wird unter Wert etwas grundlegend anderes, nämlich die Verpflichtungsseite eines anerkannten Sinnverhaltes verstanden. Wo ich etwas in meinem Leben als sinnvoll erfahre, muss ich diesen Sinn also zugleich auch als eine Verpflichtung begreifen. Die Erkenntnis zum Beispiel, dass menschliches Leben sinnvoll und wertvoll ist, führt zu der Verpflichtung, das Leben eines jeden Menschen zu schützen (Gruber 2005, S. 11f). Wichtige ethische Werte wie z. B. Achtung, Vertrauen, Toleranz, Gerechtigkeit, Wahrhaftigkeit, Solidarität und Freiheit stellen positive und grundlegende Maßstäbe zur Orientierung des menschlichen Handelns dar. Sie zeichnen sich aus zum einen durch ihre Gültigkeit sowie zum anderen dadurch, dass sie individuelle und kollektive Wertschätzung erfahren, dass sie als sinnstiftend und damit motivierend empfunden werden (Gruber 2005, S. 29f; Miller 2001, S. 152f).

#### 2.4 Begriffsbestimmung „Arbeitsmotivation“

Allgemein meint „Motiv“ (lat. movere = „bewegen“) einen Beweggrund, Antrieb, Ursache oder Zweck, einen Leitgedanken. Man unterscheidet zwischen primären (ungelernten, biogenen oder intrinsischen) und sekundären (gelernten, soziogenen oder extrinsischen) Motiven. Unter „Motivation“ wird die Summe der Motive verstanden, die bestimmten Verhaltensweisen oder Handlungen vorausgehen und sie Richtungweisend und fördernd bzw. bei Motivmangel hemmend beeinflussen. Sie wird definiert als ein Wechselspiel zwischen Person und Situation, bei dem Ziele eine wichtige Rolle spielen, da sie Handlungen in Gang bringen und die Richtung anzeigen. Des Weiteren wird Motivation häufig als eine multiplikative Verknüpfung von Erwartung und Wert konzipiert.

Gemäß so genannten Erwartungs-mal-Wert-Modellen ist sie auf die Erwartung bestimmter Handlungsergebnisse und -folgen sowie auf eine positive oder negative Bewertung zurückzuführen. Unter intrinsischer Motivation wird dabei die von innen kommende Motivation verstanden, also der Antrieb und das Interesse, sich einer Tätigkeit um ihrer selbst willen zu widmen. Die extrinsische Motivation meint dem gegenüber das Streben, sich einer Tätigkeit um ihrer Konsequenzen Belohnung, Vermeidung von Strafe, etc.) willen zu widmen. (Meyers Grosses Taschen-Lexikon, S. 45; Wörterbuch der Soziologie, S. 456f).

### **3. Soziale Arbeit und (Sozial-) Psychiatrie im historischen Kontext**

Wer sich mit dem Neuen beschäftigt, sollte auch das Alte anschauen. Denn die gegenwärtige Situation ist immer auch das Ergebnis vorangegangener Entwicklungen. Die Wurzeln und die berufliche Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit bestimmen bis heute ihren Gegenstand und ihr berufliches Selbstverständnis. Ein Rückblick in die Geschichte kann daher zum Verständnis der heutigen Strukturen der Sozialen Arbeit bzw. des Handlungsfeldes der Sozialpsychiatrie beitragen.

#### **3.1 Geschichte der Sozialen Arbeit**

Im Folgenden geht es mir um eine Beschreibung der historischen Entwicklung der Sozialen Arbeit anhand von Eckdaten und vorrangig orientiert am Aspekt ethischer Werte. Da das Berufsbild der Sozialen Arbeit von jeher eng verknüpft ist mit der Auseinandersetzung über das Verhältnis von Arbeit und Armut sowie der Verteilung gesellschaftlich verfügbarer Ressourcen, erscheinen mir dabei folgende Fragen als hilfreich: Wie wird Armut (Bedürftigkeit) von der Gesellschaft verstanden und bewertet? Wer leistet warum welche Hilfe bzw. Unterstützung? Wie sieht diese Hilfe bezüglich ihrer Mittel, Methoden und Ziele aus und welche Konsequenzen ergeben sich dadurch für die Soziale Arbeit?

### 3.1.1 Hohes Mittelalter (etwa Mitte 11. bis Mitte 14. Jh.)

Das hohe Mittelalter wurde geprägt von einem enormen wirtschaftlichen Aufschwung sowie der Ausdehnung von Handwerk und Handel. Neue Stadtgründungen und das Aufblühen der Städte waren die Folge. Gleichzeitig kam es bedingt durch Kriege und Krankheiten zu einer starken Zunahme der Armut, so dass die typischen Hilfeformen einer agrarischen Gesellschaft, wie Familie, Nachbarschaft oder Dorfgemeinde in ihrer Funktion nicht mehr ausreichten.

Arme und Notleidende nahmen in der hierarchischen Gesellschaftsordnung des Mittelalters den letzten Platz ein. Der Umgang mit Armut und Not wurde vor allem durch die Kirche als größte Geldmacht dieser Zeit und damit durch die Vorstellungen des Christentums geprägt. Die Abschaffung von Armut war dabei kein Thema. Sie schien erträglich zu sein durch die Erwartung auf ein besseres Leben nach dem Tode. Sie war ebenso wie die Ständeordnung als Teil der göttlichen Ordnung akzeptiert.

Neben den besitzenden Ständen gab es Besitzlose, die ihren Lebensunterhalt verdienen mussten und Bedürftige (z. B. Waisen, Krüppel oder Alte), die nicht selbst für sich sorgen konnten und daher auf Almosen angewiesen waren. So genannte Ehrlose, die gegen wichtige Gesetze der Gemeinschaft verstoßen hatten (z. B. Mörder, Diebe oder Ehebrecher), standen außerhalb der Ordnung.

Die Bedürftigen wurden im Familienverbund, in Handwerksorganisationen und durch Almosen versorgt. Dem christlichen Auftrag der Nächstenliebe verpflichtet gaben die Klöster Bettlern und Fremden zu essen, sie versorgten Kranke und beherbergten Reisende. Die Beginnen (unabhängige fromme Frauen, die weder heiraten noch in ein Kloster eintreten wollten) gründeten die ersten Hospitäler zur Verpflegung kranker und alter Menschen, die sich nicht durch Bettelei ernähren konnten. Das Hospital war der erste Ansatzpunkt für eine Organisierung und Institutionalisierung der Fürsorge, später zunehmend unter städtischer Führung.

Die Armen genossen eine Art Schutzbedürftigkeit. Sie besaßen das Recht zu betteln, wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht durch Arbeit decken konnten oder aus religiösen Motiven keiner Arbeit nachgingen.



Thomas von Aquin (1225-1274) entwickelte ein theoretisches Modell der Armut. Die freiwillig gewählte Armut aus religiösen Gründen war dabei eines seiner höchsten Ideale. Für ihn standen die Verehrung Gottes und das Bemühen um das Heil der Seele im Mittelpunkt des Lebens. Alles andere bewertete er als nachrangig, auch die Arbeit. Aquin erachtete sie nicht als grundsätzlich wertvoll, sie diene lediglich dem Erwerb des Lebensunterhaltes. Das Sein bedeutete für Aquin eine gesetzmäßig geordnete Realität, die der Mensch naturgegeben vorfand und die er verstandesmäßig nicht zu erfassen vermochte. Der Mensch war für ihn ein soziales Wesen, das sich generell der Gemeinschaft unterzuordnen hat, da das Gemeinwohl in jeder Weise dem Wohl des Individuums vorausgeht. Seiner Sichtweise nach waren die sozialen Ungleichheiten zwischen den Menschen und damit auch die Armut gottgewollt, woraus er die Verpflichtung der Besitzenden ableitete, den Hilfsbedürftigen gegenüber jederzeit barmherzig zu sein und ihnen Almosen zu geben. Sie erhielten damit die Möglichkeit, ihre begangenen Sünden ausgleichen (Scherpner 1974, S. 23–42).

Die mittelalterliche Armenversorgung war keine systematische Strategie zur Bearbeitung und Beseitigung sozialer Notlagen. Armut wurde nicht als soziales Problem verstanden. Die Logik der Hilfeleistung war eine religiös motivierte Mildtätigkeit, die dem Geber das Seelenheil im Himmelreich in Aussicht stellte. Die Armen waren somit Objekte des Almosenaktes, an denen die Reichen ihr christliches Tun offenbaren konnten. Arme und Reiche standen also in einer gegenseitigen Abhängigkeit. Eine Gegenleistung von den HilfeempfängerInnen wurde daher nicht verlangt.

### 3.1.2 Beginnende Neuzeit (etwa 14. bis Anfang 17. Jh.)

Zu Beginn der Neuzeit veränderte sich diese Sichtweise. Das Betteln wurde verstärkt als Plage angesehen. Das Almosengeben verlor an Bedeutung. Der gesellschaftliche Blick richtete sich nicht mehr vorrangig auf das Jenseits, es ging jetzt vielmehr um die Lösung diesseitiger Aufgaben durch nüchterne Zweck-Mittel-Überlegungen.

Kalvinismus und Humanismus waren verbreitete Reformbewegungen, die die Armut als individuelle Schuld interpretierten und angelehnt an den christlichen Glauben die Arbeitspflicht einführten. Es begann eine historische Epoche, die unsere heutigen sozialstaatlichen Strukturen nachhaltig geprägt hat.

Etwa ab Mitte des 14. Jh. kam es in Europa zu einer massiven Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen. Naturkatastrophen führten zu Ernteverlusten, die Pest raubte unzähligen Menschen das Leben und es kam zu schwerwiegenden sozialen sowie religiösen Konflikten. Durch die Entdeckung Amerikas, durch die Kreuzzüge, die Eroberung des Ostens und dadurch entstandene neue Handelswege, z. B. nach Indien, setzte die Entwicklung des Fernhandels ein. Es wurde nicht mehr nur für den eigenen Bedarf und den der sozialen Gemeinschaft produziert, sondern auch für den Absatz auf fernen Märkten. Die Naturalwirtschaft verlor daher zugunsten der Geldwirtschaft an Bedeutung und in den Städten etablierte sich ein Geldadel (Kaufleute, Handwerker, Bankiers), der sich auf Profitmaximierung ausrichtete und die Ständeordnung langsam auflöste. Mit der zurückgehenden Naturalwirtschaft verarmten auch Teile des Adels. Die Grundherren versuchten deshalb, ihren wirtschaftlichen und politischen Abstieg durch die Ausbildung neuer Grundherrschaftsformen (Ausweitung der Abgaben, Absinken der Bauern zu Leibeigenen) zu kompensieren. Viele Bauern flüchteten daraufhin in die Städte. Eine Massenverelendung in den Armenvierteln war die Folge und bedeutete für die Städte eine große Herausforderung. Da die Höhe der Hilfe für die Bedürftigen vom Erfolg ihres Bettelns abhing, entwickelten sie differenzierte Bettelpraktiken, die schließlich zu einer Bedrohung der öffentlichen Ordnung führten und die Städte zwang, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen. Die Almosenvergabe ging daher allmählich von den kirchlichen Einrichtungen in ihren Zuständigkeitsbereich über (Maas 1992, S. 12-15).

Die Stadt Nürnberg führte als erste Richtungweisend 1370 eine Bettelordnung sowie ein Armenregister ein und legte darin klare Voraussetzungen für den Empfang von Unterstützungsleistungen fest. Ansässige Arme erhielten nun nach erfolgter Überprüfung ihrer Bedürftigkeit vom städtischen Armenvogt Bettelausweise, die jährlich erneuert wurden. Fremde Mittellose durften sich nur noch zeitlich begrenzt in den Städten aufhalten.

Nach Sachße / Tennstedt (1980, S. 23-84) kann der Entwicklungsprozess hin zur städtischen Armenfürsorge in vier Aspekten zusammengefasst werden:

1. der Kommunalisierung, d. h. die Städte übernahmen vorrangig die Zuständigkeit für die Regulierung von Armut und Bettelei;
2. der Rationalisierung, d. h. die religiös motivierte Mildtätigkeit wandelte sich zu einer zweckrationalen, sozialpolitischen Strategie;
3. der Bürokratisierung, d. h. eine neu errichtete Sozialadministration überprüfte und verwaltete nach feststehenden Kriterien die Bedürftigkeit einer abgrenzbaren Bevölkerungsgruppe;
4. der Pädagogisierung, d. h. die Vergabe von materieller Unterstützung wurde mit verpflichtenden Verhaltensregeln (Fleiß, Ordnung, Disziplin) verknüpft, die Erziehung zu einem sittlichen Leben angestrebt.

In dieser Zeit intensivierte sich die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Kinder. Man richtete Schulen für arme und verwaiste Kinder ein. Sie sollten ein Handwerk erlernen, um später selbst für ihren Lebensunterhalt aufkommen zu können. Und es entstanden philosophisch-religiöse Gegenentwürfe zur Lehre des Thomas von Aquin, in denen jeweils die Bewertung der menschlichen Arbeit ein wesentlicher Bezugspunkt war:

Martin Luther (1483–1546) orientierte sich an den Anforderungen einer bäuerlich-handwerklichen Gesellschaft. Arbeit war für ihn eine Berufung im Auftrag Gottes. Die Arbeitsteilung ergab sich seiner Sichtweise nach daher über natürliche Begabungen.

Für Johann Calvin (1509–1564) dagegen war jede Arbeit gleich, sofern sie in einem rechten Glauben ausgeführt wurde. Seiner Ansicht nach konnte jeder Mensch jede Arbeit verrichten sowie auch jederzeit von einer Arbeit in die andere wechseln. Die calvinistische Arbeitsmoral war damit der Entwicklung einer industriellen und auf Effektivität ausgerichteten Produktion sehr förderlich, da diese mobile Menschen benötigt, die rechtlich in der Lage und wirtschaftlich darauf angewiesen sind, ihre Arbeitskraft zu verkaufen.

Juan Luis Vives (1492–1540) ging von einem natürlichen Trieb im Menschen zum Arbeiten sowie zum Helfen aus. Der Eigenwert der Arbeit lag für ihn darin, dass die Menschen grundsätzlich Freude an ihr hätten. Bei faulen Menschen sei diese Anlage lediglich verschüttet. Aus dem christlichen Hauptgebot der Liebe leitete Vives die Notwendigkeit gegenseitiger Hilfe ab, sie bedeutete für ihn die Grundlage allen gesellschaftlichen Lebens. Der Mensch war für ihn ein soziales Wesen, das nicht alleine leben kann, das der Hilfe anderer bedürftig ist und seinerseits wiederum anderen helfen muss. Vives entwickelte 1526 mit der Reformschrift „de subventionem pauperum“ („Die Unterstützung der Armen“) ein theoretisches Modell der Armenfürsorge, das den humanistisch motivierten Pädagogisierungsprozess der frühen Neuzeit durch eine Veränderung des Verhaltens auf der Seite der Geber als auch auf der Seite der Bedürftigen explizit wissenschaftlich analysierte, reflektierte und einforderte. D. h., er analysierte die Lage der städtischen Armen und entwarf eine Theorie, wie diese von ihrem Schicksal und damit auch die Städte von der Bettelplage zu befreien seien. Vives ging dabei davon aus, dass die Armut nicht grundsätzlich zu beseitigen sei, da sie aus einer moralischen Verdorbenheit der Menschheit resultiere. Eine Milderung bzw. das Ideal einer städtischen Gemeinschaft ohne Arme sollte seiner Ansicht nach jedoch grundsätzlich angestrebt werden. Da er den einzig möglichen Weg dazu in der Erziehung der Armen und der Kinder vermutete, schlug er dem entsprechend pragmatische und gezielte Maßnahmen vor: Alle Armen, auch Kranke und Alte sollten zur Arbeit verpflichtet, das Betteln dagegen verboten werden. Städte, Handwerk und Gewerbe müssten Arbeitsmöglichkeiten schaffen sowie die Armen zur Planung der Versorgung registrieren. Ihre Arbeitsfähigkeit sei von Ärzten zu prüfen. Arbeitsverweigerer sollten zur Arbeit gezwungen und nur karg ernährt werden, als Abschreckung und zur Motivation für andere zu freiwilliger Arbeit. Art und Umfang von materieller Unterstützung seien jeweils an der einzelnen besonderen Notlage zu orientieren, eine wirtschaftliche Absicherung der Armen nicht sinnvoll, da sie ihren Arbeitswillen untergraben könnte. Nicht was einer fordert sollte ihm gegeben werden, sondern das, was ihn fördert.

Zusammenfassend legte Vives vier Grundsätze fest, die mit den bereits angelaufenen sozialpolitischen Neuerungen in den Städten konform gingen, sie konkretisierten und weiter ausbauten:

1. die Arbeitspflicht für alle Armen, Bettelverbot;
2. die Versorgungsverpflichtung der städtischen Verwaltung mit Arbeit, d. h.  
Zuordnung von Armen an Betriebe, ärztliche Begutachtung der Arbeitsfähigkeit,  
Zwangsbehandlung Arbeitsunwilliger in Anstaltenbetrieben;
3. die Individualisierung der Armenfürsorge, d. h. Führung von Verzeichnissen mit  
ausführlichem Datenmaterial der Armen, individuelle Untersuchung der Notlagen  
sowie individuelle Unterstützungsleistung;
4. die Erziehung in der Armenfürsorge, d. h. Befreiung der Armen aus ihren Notlagen,  
Beseitigung der Bedrohung des öffentlichen Lebens durch die Armen, gleichzeitige  
moralische Förderung zu guten Bürgern und guten Christen.

Mit Vives beginnt die Theoriebildung einer Sozialen Arbeit, bei der auf eine theologische Fundierung verzichtet wird und Theorien mit einer eigenen wissenschaftlichen Grundlegung entwickelt werden. Er leistete einen programmatischen Beitrag zur Ausgestaltung sozialstaatlicher Strukturen der Moderne. Einzelne Maßnahmen seiner Subventionstheorie sind Vorläufer von heutigen Maßnahmen der Sozialen Arbeit (Engelke S. 1998 41–52; Scherpner 1974 S. 78–109).

### 3.1.3 Industrialisierung (18. Jh. / 19. Jh.)

Das gesellschaftliche Bild von Bedürftigkeit hatte sich gewandelt. Die Nächstenliebe wurde jedoch vorerst weiterhin als eine humanitäre Verpflichtung den Armen gegenüber verstanden. In der Zeit der Industrialisierung änderte sich diese Grundeinstellung dann mit der Entstehung einer Zweiklassengesellschaft.

Bahnbrechende Erfindungen in der Technik (z.B. Eisenbahn, mechanischer Webstuhl) führten zum Auf- und Ausbau der industriellen Produktion, des Bergbaus und des Verkehrswesens. Das Land entwickelte sich von einer Agrargesellschaft zur Industriegesellschaft. In der Folge verloren verschiedene Handwerker, z.B. die Weber ihre Existenzgrundlage und viele Bauern kamen in der Hoffnung, Arbeit zu finden, in die Städte. Traditionelle soziale Zusammenhänge lösten sich auf und die Gesellschaftsstruktur veränderte sich.

Zum einen entwickelte sich eine bürgerliche Mittelschicht, die von der Industrialisierung profitierte, zum anderen entstand eine gesellschaftliche Unterschicht, das Proletariat, mit dem der so genannte Pauperismus einherging, d. h. eine Verelendung breiter Bevölkerungsschichten. Karger Lohn, mangelhafte Ernährung, extrem schlechte Wohnverhältnisse, fehlende medizinische Versorgung und der Verlust sozialer Bindungen waren die bestimmenden Armutsfaktoren. Die ArbeiterInnen waren ohne jede Absicherung und den Lebensrisiken Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter und Individualität schutzlos ausgeliefert.

Die Armut wurde somit immer mehr zu einer Anklage der neuen Gesellschaftsordnung, die das Bürgertum zutiefst beunruhigte. Erstmals wurde die „soziale Frage“ diskutiert. Es entstanden Vereine und Bewegungen, die sich mit möglichen Lösungsmodellen beschäftigten. Und auch die Kommunen versuchten, das Problem in den Griff zu bekommen. Schließlich ging es um den Schutz und den Erhalt der kapitalistischen Gesellschaft (Hering / Münchmeier 2000, S. 27)

1852 entwickelte die Stadt Elberfeld eine neue Armenversorgung, die bald von anderen Städten übernommen wurde und folgende Grundsätzen festlegte:

1. die Ehrenamtlichkeit kommunaler Armenpflege, d.h. ausschließlich ehrenamtliche Armenpfleger machten Hausbesuche und stellten die Bedürftigkeit fest;
2. die Individualisierung der Wohlfahrtspflege, d.h. die Armenpfleger waren für maximal vier Familien zuständig;
3. die Dezentralisierung der kommunalen Wohlfahrtspflege, d. h. die Stadt war in Bezirke mit je einem ehrenamtlichen Vorsteher gegliedert, die Bezirke in Quartiere mit je einem Armenpfleger. In 14-tägigen Bezirksversammlungen wurde über Art und Umfang der Hilfe entschieden.

(Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 254)

Dauerleistungen wurden grundsätzlich vermieden. Die Unterstützung war auf ein äußerstes Minimum bemessen und wurde ohne Rechtsgrundlage gewährt. Die Armen waren abhängig vom Urteil des für sie zuständigen Armenpflegers, meist wohlhabende Bürger oder Fabrikanten, die in den Hilfesuchenden billige Arbeitskräfte fanden. Das Motto lautete: Arbeit statt Almosen. Hilfe wurde als eine Gnade interpretiert, die sich die Armen durch „christliche Sittlichkeit“ verdienen mussten.

Langfristig war dieser Lösungsansatz jedoch nicht effektiv genug. Durch die Trennung von Arbeit und Kapital, durch die rasante ökonomische Entwicklung wurde die Not der Arbeiter immer noch größer. Es gründeten sich daher Arbeiterbewegungen (Gewerkschaften, Genossenschaften, Arbeiterparteien) sowie private und kirchliche Träger der Wohlfahrt (AWO, Innere Mission, Caritasverband). Das Bürgertum bot Hilfen an, beispielsweise über die Errichtung von Kindergärten (Fröbel) oder die Rettungsbewegung (Wichern, Kolping). Und es entwickelte sich eine Politik, die zum Ziel hatte, die Risiken der Lohnarbeit abzufedern.

Mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung (1878-1889) übernahm der Staat schließlich eine gewisse Verantwortung für die Risiken der Arbeiterexistenz, indem er die Sozialversicherungen installierte: 1883 die Kranken-, 1884 die Unfall- sowie 1889 die Invaliden- und Altersversicherung. Außerdem wurde das Prinzip der Subsidiarität, d. h. die Nachrangigkeit staatlicher Initiative, welches sich bis heute erhalten hat, festgeschrieben (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 775). Die Hilfe in sozialen Notlagen war nun in gewissen Grenzen eine zuverlässig erwartbare Leistung.

1907 ging die Stadt Straßburg vorbildhaft einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung moderner Sozialpolitik und führte ein System ein, das die Armut nach den Prinzipien klassischer Bürokratie, also in einer Kooperation von privater Hilfstätigkeit und staatlicher Sozialpolitik verwaltete. Ausgebildete Armenpfleger traten hauptamtlich an die Stelle von ehrenamtlichen Helfern. In den Zentralstellen der Verwaltung (Armenrat, Armenamt, Bezirkskommission) wurden die Anträge der Bedürftigen von Verwaltungsfachkräften geprüft und adäquate Hilfemaßnahmen eingeleitet, z.B. Einweisung ins Krankenhaus oder Zuweisung eines ehrenamtlichen Armenpflegers. Das in Innen- und Außendienst gegliederte Straßburger System nahm dann auch aus einer gewissen Notwendigkeit heraus die Fachkräfte auf, welche ebenfalls seit 1907, nachdem der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge den Sozialberuf eingeführt hatte, an den neuen Sozialen Frauenschulen ausgebildet wurden und hauptberuflich vor allem in den Außendienst eintraten (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 949).

### 3.1.4 Soziale Arbeit als Beruf

Neben der öffentlichen und privaten Armenfürsorge gab es nun also unter bestimmten Voraussetzungen und Grenzen ein Recht auf Versorgung. Hilfe war nicht mehr nur Gnade und erreichte in ihrer öffentlich-rechtlichen Ausprägung einen gewissen Grad an Berechenbarkeit. Gleichzeitig wurde die Soziale Arbeit immer mehr zum Beruf und spätestens ab dem Ersten Weltkrieg zu einem Frauenberuf.

Die bürgerliche Frauenbewegung nutzte die Chance, in den bisher nur von Männern ausgeübten Beruf des Armenpflegers einzusteigen und ihn mit einer akademischen Ausbildung zu verknüpfen. Diese sollte nicht nur die soziale Hilfstätigkeit effektiver gestalten, sie diene vor allem auch der Bildung der weiblichen Persönlichkeit und Emanzipation. Maßgeblich geprägt wurde diese Entwicklung von Alice Salomon (1872-1948), die 1908 mit der Sozialen Frauenschule in Berlin die erste akademische Ausbildungsstätte für Soziale Arbeit gründete. Für Salomon war die Frau zur Sozialen Arbeit „berufen“. Zum einen, weil sie als Bürgerliche über Zeit und Mittel verfügte, sich den Notleidenden zu widmen sowie zum anderen aufgrund ihrer spezifischen mütterlichen Potenziale (Sachße / Tennstedt 1986, S. 140). Sie verstand Soziale Arbeit als eine ganzheitliche und auf den Menschen bezogene Methode. Es ging ihr um die emotionale Bindung von Sozialarbeiterinnen und KlientInnen sowie um eine Verknüpfung von sachlichen und menschlichen Aufgaben. Um Professionalität zu erreichen, entwickelte sie eine Ausbildung mit praktischen und wissenschaftlichen Anteilen, die vor allem auch dem Erwerb einer Haltung um Ethik und Ideale dienen sollte. Salomon sah in der Persönlichkeit ein wesentliches Moment, da nur wer eine soziale Gesinnung habe, genügend Empathie besitze und seine Arbeit als Berufung sehe, eine gute Sozialarbeiterin sein könne (Hering / Münchmeier 2000, S. 53).

Salomon schuf den Begriff der KlientInnen und etwa 1930 ersetzte sie den Begriff der Fürsorgerin mit dem Begriff der Sozialarbeiterin, da Fürsorge keine Beziehung zwischen Einzelfall und sozialem Problem herstelle und damit nicht die Gesamtheit Sozialer Arbeit umfasse. „Sozial“ bedeutete für sie nicht wertfrei gesellschaftlich, sie verstand „sozial“ in enger Verknüpfung mit Gerechtigkeit. Sie forderte daher eine aktive sozialpolitische Einmischung zur Behebung von Klassenunterschieden.



Zentrales Thema ihrer Schriften ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und die Wahrnehmung sozialer Verantwortung im Zusammenhang mit Frauenemanzipation. Die „sozial Berufenen“ sollten von der „sozialen Idee“ motiviert sein. An die Stelle des Prinzips der Mildtätigkeit sollten staatliche Sozialpolitik und Soziale Arbeit treten, an Stelle der Abhängigkeit der AlmosenempfängerInnen sollte Hilfe zur Selbsthilfe das Ziel sein. Weniger die Barmherzigkeit gegenüber den Notleidenden stand im Zentrum ihres Interesses, sondern vielmehr die Forderung nach Gerechtigkeit für alle gesellschaftlichen Schichten.<sup>1</sup>

### 3.2 Geschichte der (Sozial-) Psychiatrie

Die Geschichte der Psychiatrie ist gekennzeichnet von Ausgrenzung, Einsperrung, Isolierung sowie gewalttätigen Übergriffen.

In der Beschreibung ihrer Entwicklung hin bis zur systematischen Einbeziehung der Sozialen Dimension durch die Sozialpsychiatrie und damit auch von Gerechtigkeit und Menschenwürde orientiere ich mich vor allem an der Frage nach dem Umgang der Gesellschaft mit ihren psychisch kranken (gestörten und störenden) Mitgliedern.

#### 3.2.1 Wahn-Sinn und Irre-Sein

Die Wahrnehmung „psychisch krank“ wird heute durch menschliche Handlungen ausgelöst, welche im Altertum in mythischen und naturreligiösen Zusammenhängen eher Verehrung und / oder Entsetzen hervorriefen. Schamanen, Medizinmänner, Zauberer und Priester beschäftigten sich mit dem Phänomen des Wahnsinns. Die Betroffenen wurden häufig Opfer magisch-religiöser Praktiken (Exorzismus u. ä.) und dienten dadurch als Beweismittel für die Macht dieser Riten und Institutionen.

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu ausführlich: Kuhlmann Carola 2000: Alice Salomon. Ihr Lebenswerk als Beitrag zur Entwicklung der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Weilheim.

Die griechische Kultur bevorzugte eine nüchternere, entmythologisierende Sicht des Irreseins. Präzise Beschreibungen von Wochenbettpsychose, Manie, Depression u. a. gelten als Beleg dafür, dass seelisches Leiden auch historisch gesehen eine allgemeine menschliche Möglichkeit bedeutet. Der angemessene Umgang mit den psychisch erkrankten Menschen war dabei immer schon ein strittiges Thema: körperliche Gewalt, diverse Medikation oder die heilende Kraft des Gesprächs, worauf vor allem die für den Dialog zuständigen Philosophen setzten (Dörner / Plog 1982, S. 428).

Nach Foucault war der Wahnsinn bis ins Mittelalter an die Tragik, an die mahnende Strafe durch Gott, den Kosmos und die Visionen gebunden. Alle Menschen, also auch die „Irren“ waren anerkannte Kinder Gottes und konnten daher nicht aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden. Erst ab dem 13. Jh. nahm der Wahnsinn in der Hierarchie der Laster einen Platz ein und erst damit begann sich in die Erfahrung des Wahnsinns das Universum von Moral und Unvernunft zu schieben (Foucault 1973, S. 31-42).

### 3.2.2 Ausgrenzung

Im ausgehenden 15. Jh. wurden in einer Flut von „Narrenspielen“ und moralischen Satiren stigmatisierte Laster und Fehler dem Stolz, der Vernachlässigung christlicher Tugenden und ähnlichem zugeschrieben. Der Wahnsinn wurde zu einem Gebrechen, das sich in einem „falschen“ Verhalten äußert.

In dieser Zeit setzte man die Wahnsinnigen häufig auf „Narrenschiffe“, die meist Pilgerschiffe waren und ihre Irren - Frachten an „andere Ufer“ brachten. Diese „Pilgerreisen“ wurden von den Städten für bestimmte Irre (z.B. fremde, die ein Wanderleben führten) verordnet oder finanziell unterstützt. Man kann dies als Sorge, sie zu „heilen“ interpretieren oder aber als Bemühung, sie von den Toren der Stadt fernzuhalten (Foucault 1973, S. 31-42). Die Aussperrung jener, die als Irre galten, konstituierte den Wahnsinn als etwas Fremdes und Anderes, wovon man sich selbst abgrenzen muss. Ihr Ausschluss über die Verschiffung war jedoch noch ein „freier Ausschluss“.

### 3.2.3 Internierung und Zwangsarbeit

Erste Hinweise auf spezielle Irrenhäuser in Deutschland gibt es ab Anfang des 15. Jh., z. B. auf ein eigenes Haus für Geistesranke und ungehorsame Kranke von 1477 im Frankfurter Hospital. Häufiger waren jedoch die „Narrentürme“, die ausschließlich für die Einschließung der Irren (der eigenen, die man nicht den Schiffen übergeben konnte oder für die Tobenden und Rasenden) bestimmt waren. Die Irren wurden dort nicht behandelt, sondern nur eingesperrt und angekettet. In einigen Narrentürmen wurden sie als „Monster“ gegen Eintritt zur Schau gestellt (Foucault 1973, S. 138).

Ab dem 16. Jh. wurden dann überall in Europa Wahnsinnige, Bettler, Homosexuelle, „verderbte Frauen“, Verbrecher, usw. zusammen als „Störer der gesellschaftlichen Ordnung“ in verschiedenen Internierungsstätten (Arbeits-, Zucht- und Tollhäuser) untergebracht, die vor allem dem Zwang zur Arbeit dienten (Foucault 1973, S. 107). Nach Foucault (1973, S. 112) „verlor der Wahnsinnige dadurch die Merkmale seiner Individualität und löste sich in einer allgemeinen Wahrnehmung der Unvernunft auf“. Des Weiteren interpretiert Foucault (1973, S. 83) die Internierung als eine Antwort des 17. Jh. auf die in Europa vorherrschende ökonomische Krise und verweist dabei auf die veränderte Wichtigkeit, die man der Arbeit und der Verpflichtung zur Arbeit zummaß. Der Mensch wurde nun in erster Linie nach seiner Tüchtigkeit beurteilt. Der Wert der Arbeit wurde mittlerweile vor allem auch darin gesehen, dass sie ein Mittel der Buße darstellte. Die Stätten der Internierung begriff man als moralische Institutionen, die die Ordnung (wieder-)herzustellen hatten. Das Ziel der Internierung war nicht Heilung sondern „artige Reue“. Der Wahnsinn wurde zunehmend im Kontext gesellschaftlicher und moralischer Verfehlungen (Müßiggang, Faulheit, usw.) gesehen.

### 3.2.4 Entstehung der Psychiatrie

Im 17. und 18. Jh. entwickelten sich die so genannten modernen Staaten Europas, deren Ziel Aufklärung und damit die Befreiung von allem Unvernünftigen und Irrationalen war. Am Ende des 18. Jh. entstanden dort, überall ungefähr zeitgleich, eigene Anstalten für die Irren, die sich nach medizinischen bzw. psychologischen Kriterien ausgerichteten.

Die Errichtung dieser ersten „Asyle für Wahnsinnige“ kann als die Geburt der Psychiatrie als Einrichtung verstanden werden, als ein Spaltprodukt der damaligen Lösung der „sozialen Frage“ in Europa (Dörner / Plog 1982, S. 432).

Die bisher undifferenzierten InsassInnen der Internierungsstätten wurden nun sortiert, klassifiziert und verteilt. Die nicht für die Arbeit nutzbaren Menschen bildeten jene Kategorie, aus der in der gerade beginnenden öffentlichen Wohlfahrt ein Fürsorgefall entstehen konnte. Beim wohl dosierten Einsatz von Wohltätigkeit handelte es sich jedoch nicht vorrangig eine humane Geste, er war vor allem auch ein Instrument zur Überwachung und Manipulation des Volkes: „Hartherzigkeit der Besitzenden treibt die Unglücklichen zum Aufstand, Großzügigkeit dagegen ist die politische Wurzel ihrer Unterwerfung“ (Castel 1983, S. 145).

Durch die Umstellung der Wirtschaft auf die industrielle Produktionsweise richtete sich diese noch eindeutiger nach dem kapitalistischen Prinzip eines expansiven, quantitativen Wachstums und sich verschärfender Konkurrenz aus, wodurch der Bedarf an geeigneten ArbeiterInnen ständig anwuchs (vgl. Punkt 3.1.3). Die Reichen sollten daher über die Armen, d. h. über billige Arbeitskräfte verfügen können, um ihren Profit zu sichern (Dörner / Plog 1982, S. 431). Die Irren wurden im Zuge dieser Entwicklung aus der Gleichstellung mit Kriminellen und Asozialen sowie von ihren Ketten befreit. Ziel war nicht mehr ihr Einschluss, sondern Heilung und damit die Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft (Dreyfus / Rabinov 1987, S. 30-32). Die neuen Einrichtungen waren jedoch kein Ort der Behandlung, sie wurden vielmehr durch eine Umkehr der Werte zum Instrument der Behandlung. Die Idee der Anstalt als Mittel der Behandlung wurde in den letzten Jahren des 18. Jh. zum Paradigma der Psychiatrie.

Die Isolierung des Wahnsinns und seine methodische Verteilung führten zu einer Rationalität der Krankheit und machten aus den Wahnsinnigen Menschen, die nun aufgrund ihrer Erkrankung eingesperrt wurden. Als Beweis der Krankheit galten die Symptome ihres Verhaltens (Toben, Schreien, Depressiv sein ...), welche beobachtet werden mussten (Castel 1983, S. 90-95). Da die symptomatische Methode der Medizin den Charakter der Krankheiten aus den unveränderlichen Phänomenen und den sichtbaren Symptomen entnimmt, ergab sich die wissenschaftliche Notwendigkeit, die Fesseln der Irren zu lösen.

Nur so konnte erkannt werden, ob das Verhalten der PatientInnen zu den Symptomen der Krankheit gehörte oder aber eine Folge ihrer Fesselung war. Vor diesem Hintergrund gelang es 1793 dem französischen Psychiater Philippe Pinel den Revolutionsführer Couthun davon zu überzeugen, dass die Geisteskranken von ihren Ketten befreit werden mussten (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 736). Laut Dörner / Plog (1982, S. 433) spielte dabei aber auch ein Rolle, dass aus den großen Pariser Reservoirs der Unvernunft alle anderen Unvernunft-Gruppen bereits befreit oder umverteilt und somit die Irren allein übrig geblieben waren. Nachvollziehbarer Weise, denn für die neue industrielle Vernunft war die Vorausberechenbarkeit des menschlichen Verhaltens ein wichtiger positiver Wert; und da den Irren „Unberechenbarkeit“ und damit auch Gefährlichkeit unterstellt wurde, stellten sie dazu das negative Gegenextrem dar.

Mit der Entstehung der Psychiatrie veränderte sich das bisherige Ergreifen von Störern durch die Polizei in ein ärztliches Erfassen zum „Wohle der Kranken“. Da die Notwendigkeit der Isolierung mit der „Natur der Krankheit“ begründet wurde (- der durch die Welt „draußen“ verwirrte Geist braucht Ruhe und Ordnung -) erschien sie nun als eine gute und humane Sache. Der Begriff „Geisteskrankheit“ löste die alten Bezeichnungen Wahnsinn und Irre-Sein ab. Was früher Strafe war, wurde zur Behandlung. Während die Internierung zuvor als grundsätzlich von außen auferlegter Zwang mit den Wünschen der Betroffenen nichts zu tun hatte, ging sie jetzt von einer grundsätzlichen Übereinstimmung zwischen dem Interesse der Kranken und der Zielsetzung der Einrichtungen aus. Der Zwang, der den Geisteskranken auferlegt wurde, wurde zu etwas, das dem entspricht, was sie angeblich selbst täten, wenn sie nur bei Vernunft wären (Castel 1983, S. 102-110).

Ein positiver Aspekt dieser Entwicklung war jedoch, dass durch die spezialisierte Lokalisierung die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Gruppen besser gesehen und befriedigt werden konnten. D. h., die Irrenanstalten waren die Voraussetzung dafür, dass die in ihnen Tätigen durch die tägliche Erfahrung mit den Irren die Psychiatrie als eigene Wissenschaft mit Theorie und therapeutischer Praxis entwickeln konnten. Denn obwohl die Wirtschaftsbürgerschaft vorrangig Kontrolle und soziale Absonderung einforderte, so gab es mittlerweile doch auch die BildungsbürgerInnen mit einem Anspruch auf humane Hilfe und soziale Annäherung für die Unvernünftigen bzw. Geisteskranken (Dörner / Plog 1982, S. 432f).

### 3.2.5 Psychiatrie als medizinische Wissenschaft

Nach Dörner / Plog (1982, S. 437) fühlte sich die Medizin bis etwa 1800 an die philosophische Disziplin der Selbstwahrnehmung gebunden. Es war ihr daher auch selbstverständlich, bei jeder Krankheit körperliche, seelische und soziale Ursachen gleichwertig zu erwägen. Die therapeutische Grundhaltung dieser Zeit war aktiv pädagogisch und um die Beeinflussung von inneren Bedingungen (z. B. Aufmerksamkeit) wie auch äußeren Bedingungen (z. B. Lebensgewohnheiten) bemüht. Die PatientInnen wurden daher zu lebenden Aalen gesteckt, in Drehmaschinen bis zur Bewusstlosigkeit gebracht oder mit schmerzenden Wasserkuren traktiert. Man versuchte sozusagen, sie zur Vernunft zu quälen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jh. setzte sich die naturwissenschaftlich-anatomisch fundierte Psychiatrie durch und es verbreitete sich ein medizinisches Modell, das den Menschen auf einzelne Körperteile reduziert. Die PatientInnen galten jetzt als körperlich krank. Dem entsprechend veränderte sich die therapeutische Haltung ihnen gegenüber. Sie wurden aus dieser Perspektive heraus diagnostiziert, klassifiziert und psychopathologisch beschrieben. Sie wurden vermehrt in Betten behandelt, die durchschnittliche Dauer ihrer Klinikaufenthalte stieg rapide an. Aus der therapeutischen Begeisterung der moralisch-pädagogischen Ära der Anfangszeit entwickelte sich nach Dörner / Plog (1982, S. 434ff) ein „therapeutischer Nihilismus“<sup>2</sup>, woraus sich dann das traurigste Kapitel der Geschichte der Behandlung von psychischen Erkrankungen entwickeln konnte, die „Endlösung der psychiatrischen Frage“ im Nationalsozialismus.

---

<sup>2</sup> Nihilismus meint die (philosophische) Überzeugung von der Nichtigkeit alles Bestehenden und Seienden bzw. eine weltanschauliche Haltung, die alle Ideale, Werte und positiven Zielsetzungen ablehnt (Duden-Fremdwörterbuch, S. 675).

### 3.2.6 Psychiatrie im Nationalsozialismus

Psychosen wurden ausschließlich als unheilbare Erbkrankheiten betrachtet. Psychiater, die trotzdem wirksame ärztliche Arbeit leisten wollten, kamen zu der Haltung, dass wenn schon keine Therapie und Heilung der PatientInnen möglich sei, so doch wenigstens die Befreiung der Gesellschaft von den psychisch Kranken. Dieses „gesellschaftstherapeutische Ziel“ verband sie mit der faschistischen Vision, der zufolge Aufgabe der Medizin nicht Heilung der Kranken und Betreuung der Unheilbaren war, sondern vielmehr eine „Heilung der Gesellschaft von ihren Unheilbaren“. Sie waren daher bereit, an der Euthanasie, d. h. Ermordung von so genanntem „minderwertigen Leben“ und damit auch an der Tötung von mehr als 70.000 psychisch kranken Menschen (sowie der Zwangssterilisierung unzähliger anderer) mitzuwirken (Dörner / Plog 1982, S. 436). Das Mitleid mit den Kranken, die man als „Ballastexistenzen“, „geistig Tote“, „leere Menschenhüllen“ und mit noch vielen anderen entwürdigenden Begriffen bezeichnete, galt als Denkfehler. Die „Ausmerzungen ihres unwerten Lebens“ war das angestrebte Ziel (Dörner u. a. 1989, S. 80). Alles Machbare war erlaubt, für die Ethik war kein Platz vorgesehen.

Nach Dörner / Plog (1982, S. 436) ist es vor allem der Einseitigkeit der Wahrnehmung zuzuschreiben, dass die Vorstellungen der Nationalsozialisten in der Psychiatrie auf fruchtbaren Boden fallen konnten. Bereits in den Jahren vor der Machtübernahme sei das geistige Fundament dafür entstanden, und zwar in einem breit angelegten wissenschaftstheoretischen Diskurs der Erblehre und Rassenhygiene, der Selektion als etwas Selbstverständliches betrachtete. Die behandlungs- und arbeitsfähigen PatientInnen sollten nach modernsten Methoden behandelt werden. All diejenigen jedoch, die nicht therapierbar erschienen, sollten beseitigt werden.

Das medizinische Programm der Eugenik<sup>3</sup> reduzierte die Menschen auf ihre Erbanlagen und hatte zum Ziel, das „Gute“ vom „Schlechten“ zum Wohle der Volksgesundheit zu trennen. Als zwei Beispiele von vielen seien hier die Psychiater Ernst Rüding und Fritz Lenz genannt, die sich als „Rassenhygieniker“ in den faschistischen Staat einpassten. Sie arbeiteten in München an der Frage, wie der soziale und genetische „Niedergang“ des deutschen Volkes verhindert werden könne. Ihr Vererbungskonzept war gekennzeichnet durch die Hervorhebung des nordischen Gedankens, d. h., sie sahen in der arischen Rasse den höchsten und letzten Punkt der Entwicklung der menschlichen Kultur und leiteten davon u. a. die Notwendigkeit und Berechtigung ab, die Vernichtung der „Leistungsunfähigen“ mit vorzubereiten und durchzuführen (Weber, S. 100ff).

### 3.2.7 Ende der medizinischen Einseitigkeit

Bereits im 19. Jh. hatte es Ansätze gegeben, die medizinische Einseitigkeit in der Psychiatrie zu überwinden. Wilhelm Griesinger (1817-1868), der als einer der Begründer der neueren Psychiatrie gilt, fasste 1845 in „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ seelische und körperliche, subjektive und objektive, idealistische und materialistische Aspekte der Psychiatrie grundlegend zusammen.

Er setzte sich für die liberale englische „No-restraint-Bewegung“ (die die Aufhebung aller Zwangs- und Züchtigungsmaßnahmen forderte) ein und entwickelte mit seiner Idee der „Stadttasyle“ eine Vision von kleinen stationären Einheiten in der Gemeinde, von Hausbesuchen, von einer Beachtung der Lebensbedingungen und von ambulanter Nachsorge. Griesinger forderte damit als erster wirkliche Gemeindepsychiatrie, eine Idee, die noch über 100 Jahre warten musste, bis sie dann mit der Psychiatrie-Enquete (siehe Punkt 3.2.8) allgemein eingefordert wird (Dörner / Plog 1982, S. 43).

---

<sup>3</sup> Eugenik bezeichnet die Erbgesundheitsforschung und -lehre, die zum Ziel hat, erbschädigende Einflüsse und die Verbreitung von Erbkrankheiten zu verhindern bzw. einzuschränken, andererseits erwünschte Genkonstellationen zu erhalten oder sogar zu vermehren (Duden - Fremdwörterbuch, S. 284).



In Teilen fand der sozialpsychiatrische Reformansatz jedoch durchaus Eingang in die Praxis der Versorgung der psychisch Kranken. Mit der Psychoanalyse zu Beginn des 20. Jh. begann die Einbeziehung des sozialen Aspektes. In England wurden gemeinde-nahe Einrichtungen gefördert. In Deutschland wurden 1908 mit dem „Erlanger Modell“ (Nachsorge durch das Krankenhaus) sowie mit dem „Gelsenkirchener Modell“ (Nachsorge durch das Gesundheitsamt) erste Konzepte einer „offenen Irren-Fürsorge“ verwirklicht (Dörner / Plog, 1984, S. 475).

Diese aufkommenden gegenläufigen Tendenzen zum einseitig medizinischen Ansatz in der Psychiatrie erhielten jedoch durch den Nationalsozialismus einen folgenreichen Rückschlag und konnten erst nach dem zweiten Weltkrieg und nur allmählich wieder in die Psychiatrie zurückkehren, so dass es bis Ende der fünfziger Jahre so gut wie keine Soziale Arbeit in den psychiatrischen Krankenhäusern gab. Die Einführung der modernen Psychopharmaka ab 1953 bedeutete dann einen entscheidenden Durchbruch, um den bislang vorwiegend verwahrenden Charakter der psychiatrischen Kliniken abzubauen (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 736). Die Aufenthaltsdauer in den Kliniken sank, ambulante Vor- und Nachsorge und damit die Beziehung zwischen dem individuell kranken Menschen und seinem sozialen Umfeld fanden immer stärkere Beachtung. Die Soziale Arbeit wurde zu allmählich zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie. Die individualisierende Sichtweise der klassischen Krankheitslehre wurde ergänzt und erweitert um die sozial-systemische Dimension. Die Diagnostik berücksichtigt seither alle Faktoren, die seelische Störungen bedingen können. An die Stelle der Suche nach monokausalen Ursachen ist eine mehrdimensionale und multifaktorielle Betrachtungsweise getreten, da körperliche, psychologische und soziale Sachverhalte mit jeweils unterschiedlichem Gewicht zusammenwirken (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 737). Es entstand der Begriff „Sozialpsychiatrie“, der nach Ansicht von Dörner im Grunde überflüssig ist, da es sich lediglich um die Vervollständigung der Psychiatrie in sozialer Hinsicht handle. Seine Feststellung „Entweder ist die Psychiatrie eine soziale, oder sie ist gar keine“ gilt als klassischer Satz der sozialpsychiatrischen Reformbewegung.

### 3.2.8 Psychiatriereform - integrationsorientierte Psychiatrie

Die Psychiatriereform fand ihren Anfang in den politisch sehr bewegten 1960/70er Jahren, in einer Zeit also, die geprägt war von einer geschärften Sensibilität für den undemokratischen Umgang mit Minderheiten sowie für Übertretungen der Menschenrechte. Diese ethische Thematik war wesentlich im Bewusstsein der Reformbewegung verankert und löste daher eine Welle der Empörung über die menschenunwürdigen Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung aus. Es entwickelten sich verschiedene radikale Ideen, die mit der Vision von einer „anderen Welt“ die fest gefügten Strukturen der Psychiatrie aufzubrechen versuchten. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang von Kapitalismus und psychischer Krankheit propagiert, nach dem psychische Krankheit nicht durch Therapie, sondern vielmehr durch die Revolution der Kranken geheilt werden könne. Die antipsychiatrische Befreiungsperspektive stellte neue Fragen bezüglich dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit, der gesellschaftlichen Rolle von psychisch kranken MitbürgerInnen oder z. B. dem Psychiater-Patienten-Verhältnis. Ihr erklärtes Ziel war ein Leben in Gemeinschaft mit den psychisch Kranken jenseits von Anstaltsmauern (Bosshard u. a. 2001, S. 38).

Auch die Wurzeln der Sozialpsychiatrie liegen in einer kritischen Haltung gegenüber dem ausschließlich biomedizinischen Krankheitsmodell und der Form von sozialer Kontrolle, wie sie die klassische Anstaltspsychiatrie ausübte. Es gibt daher durchaus eine Verbindung zur antipsychiatrischen Position. Letztlich grenzt sie sich ihr gegenüber jedoch wegen der „Praxisferne“ der angelsächsischen Richtung (Cooper, Laing) und „mangelnder Übertragbarkeit“ der italienischen Psychiatrie *democràtia* (Basaglia, Jervis) auf die Bundesrepublik ab (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 906f). Im Gegensatz zur Antipsychiatrie, die auf eine grundsätzliche Überwindung der Psychiatrie setzt, ist das sozialpsychiatrische Handeln geprägt von der gemeinde-psychiatrischen Zielvorstellung, psychosoziale Hilfen und Dienstleistungen möglichst vollständig in die Lebenswelt der Betroffenen zu integrieren.

Das Thema Psychiatrie fand erstmals in der Geschichte eine breite Öffentlichkeit und es löste gesellschaftliche Kritik aus. Von 1968 bis 1971 kam es daher auch im Deutschen Bundestag zu Diskussionen, die die Bundesregierung dazu veranlassten, eine umfangreiche Psychiatriereform anzukündigen sowie eine Expertenkommission zur Erstellung einer Psychiatrie-Enquete einzusetzen. Diese Kommission legte 1975 ihren abschließenden „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ vor (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 738) und benannte darin die Missstände in den stationären psychiatrischen Großkliniken sowie entsprechende Leitlinien für den Wechsel von der verwahrenden zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Versorgung:

- Beseitigung unmenschlicher Zustände in der Psychiatrie
- Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken
- Gemeindenahe Versorgung
- Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung psychisch Kranker und Behinderter
- Aufbau von Nachsorgeeinrichtungen
- Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen
- Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

(Cramer 1990, S. 62f)

Die Fachkommission forderte eine multiprofessionell-kooperative Struktur für die Psychiatrie. Sie attestierte dabei allen angesprochenen Fachberufen erhebliche Mängel im Hinblick auf deren Qualifikation für psychiatrische Aufgaben (Crefeld 2005, S. 25). Gleichzeitig wurde jedoch die Bedeutung der in der Psychiatrie tätigen nichtärztlichen Berufsgruppen und damit auch die Soziale Arbeit stärker betont, woraus sich dann die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)<sup>4</sup> ergab (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 737).

---

<sup>4</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., kurz DGSP ist ein bundesweiter Zusammenschluss der Reformkräfte in der psychosozialen Versorgung. Sie ist eine überregionale Mitgliedersorganisation, wobei ihre 2500 Mitglieder (Stand Ende 2000) aus allen Berufsgruppen der psychosozialen Arbeit stammen. Die DGSP begreift psychisches Leiden im sozialen Kontext. Sie fördert die Ziele der Sozialpsychiatrie durch bundesweite Kongresse, durch die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Psychiatrie“ sowie durch verschiedene Fortbildungsangebote (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 201).

Die Psychiatrie-Enquete gilt als Wendepunkt der deutschen Psychiatriegeschichte. Als zentraler Bezugspunkt für die weitere Psychiatriepolitik wurde sie vor allem zur Bedingung für eine institutionelle Weiterentwicklung und damit eines Wachstums auch der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie. Der Begriff Sozialpsychiatrie steht seit der Enquete für die Ausprägung und Verortung von vielfältigen, rehabilitativen und sozialen Hilfeangeboten für psychisch kranke Menschen, die unter den Maximen „gemeindenah“ sowie „ambulant vor stationär“ vorgehalten werden. Es beginnt eine „neue Geschichte“ der Psychiatrie bzw. eine Geschichte der „neuen Psychiatrie“, die in einem engen Zusammenhang steht mit dem Wachstum des Sozialstaates. Mit den Bedingungen und Herausforderungen, die sich daraus für ihre weitere Entwicklung ergeben, werde ich mich unter Punkt 5. genauer befassen. Zuvor möchte ich mich jedoch mit der Frage auseinandersetzen, aus welcher Grundhaltung heraus Soziale Arbeit bzw. sozialpsychiatrische Arbeit betrieben werden und dabei wesentliche Ethikbezüge, die das unmittelbare Sozialarbeitshandeln ebenso wie die Zusammenhänge von Organisationsentwicklung und Theoriearbeit betreffen, reflektieren.

#### **4. Sozialarbeiterisches Handeln in der Sozialpsychiatrie**

Gegenstand von Sozialer Arbeit wie auch von Sozialpsychiatrie ist der Mensch unter dem Gesichtspunkt seiner gesellschaftlichen Einbindung. Gemeinsames Ziel ist das Gelingen menschlichen Lebens und Zusammenlebens. Integration soll ermöglicht, Exklusion verhindert werden (Gruber 2005, S.8 u. 111).

In den Ausführungen dieses Kapitels möchte ich die Haltungen und Werte thematisieren, die die Soziale Arbeit im Bereich der Sozialpsychiatrie in ihrer Motivation, d. h. in ihren Beweggründen zum Handeln grundlegend (mit-)bestimmen. Ausgehend von einer Übereinstimmung in ihrem Menschen- und Gesellschaftsbild benütze ich dabei „sozialpsychiatrisches“ und „sozialarbeiterisches“ Arbeiten bzw. Handeln synonym.

#### 4.1. Menschen- und Gesellschaftsbild

Wenn bei der Konstruktion des Menschenbildes vom idealen Menschen oder auch nur vom Durchschnittsmenschen ausgegangen wird, werden damit laut Dörner von vornherein alle davon abweichenden Menschen ausgeklammert. Es sind daher für unser Menschen- und Gesellschaftsbild alle Menschen und am dringendsten die randständigsten zu beachten. Und nur wenn mit dem „Schwächsten“ begonnen, er also ins Zentrum der Wahrnehmung gerückt wird, kann verhindert werden, dass den randständigsten Menschen ihr Menschsein aberkannt und sie als Sachen wahrgenommen werden. Nur so ist es möglich, zu den fundamentalsten Aussagen über den Menschen zu kommen, z. B. zur Aussage der existenziellen Randständigkeit aller Menschen (Dörner 1991, S. 41f).

„Als wirklich schwerbehinderter Mensch, der nur mit allergrößten Schwierigkeiten ohne die Hilfe Anderer den Alltag überstehen könnte, habe ich das Recht, ja die Pflicht, mich meiner Umwelt zuzumuten. Ich bin ein Teil des Ganzen im menschlichen Kosmos. Ich trage dazu bei, daß niemand vergißt, dieses Ganze zu sehen, wie ich auch von Anderen mit ihrer eigenen Individualität darauf gestoßen werde, in ihnen einen Teil des Ganzen zu sehen, ohne den es den Menschen nicht gibt in seiner Totalität.“ (Fredri Saal, zit. in: Dörner 1993, S. 113)

#### 4.2 Das Verständnis von psychischer Krankheit

Das sozialpsychiatrische Denken und Handeln wird maßgeblich vom Verständnis psychischer Krankheit mitbestimmt. Nachstehend sind daher sozialpsychiatrische Annahmen aufgeführt, die es meines Erachtens bezüglich einer psychischen Erkrankung immer zu bedenken gilt:

1. Die Möglichkeit einer psychiatrischen Erkrankung ist in der menschlichen Natur ebenso angelegt wie die Möglichkeit einer körperlichen Erkrankung.
2. Das Risiko einer seelischen Erkrankung erhöht sich durch eine individuell unterschiedliche Anfälligkeit für Reizüberflutung sowie eine verschieden begrenzte Kapazität der Informationsverarbeitung.

3. Ein psychisch kranker Mensch darf nicht auf die Symptome seiner Erkrankung reduziert werden. Ein Mensch ist niemals nur krank, er verfügt immer auch über gesunde Anteile, die eine zentrale Bedeutung für die jeweilige Hilfeplanung, d. h. Art und Ausgestaltung sowie Zielsetzung von Hilfemaßnahmen haben. Die Beziehungsaufnahme muss immer die ganze Person betreffen.
4. Eine psychische Krise sowie das Manifestwerden einer psychischen Krankheit werden durch seelische, soziale und kulturelle Bedingungen beeinflusst, die in einem Mischungsverhältnis zueinander stehen, das weder grundsätzlich noch im Einzelfall geklärt werden kann.
5. Jede seelische Erkrankung entwickelt sich in menschlichen, sozialen und gesellschaftlichen Beziehungen. Ein erkrankter Mensch darf daher nicht als vereinzelt Individuum gesehen werden, sondern immer als Mensch, der in einem bestimmten Raum lebt und auf diesen bezogen ist. Es sind stets andere Menschen beteiligt und betroffen. SozialarbeiterInnen haben niemals nur Bedeutung für eine einzelne Klientin oder einen einzelnen Klienten, sie tragen immer auch Verantwortung für eine unbestimmte Zahl von weiteren Menschen in deren sozialem Umfeld.
6. Krankheitsgeschichten sind Lebensgeschichten. Die grundsätzliche Unberechenbarkeit menschlicher Entwicklung macht deutlich, dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt einen neuen Weg finden und sich neue Ziele setzen kann. Je nach Lebensphase benötigt er mal mehr Unabhängigkeit oder aber auch Abhängigkeit, mal mehr Freiheit oder aber mehr Sicherheit.
7. Menschen, die krank, abweichend bzw. ver-rückt fühlen und handeln tun dies in Beziehung zu sich selbst, d. h. zu ihrem Körper und ihren Gefühlen sowie in Beziehung zu „den Anderen“. Mit der Berücksichtigung der Beziehungen der KlientInnen ist es nicht mehr möglich, von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen und nur diese wahrzunehmen. Vielmehr sind dann auch die anderen Teile des jeweiligen Beziehungsgeflechtes, die Bedingungen also des (gestörten) Handelns zu sehen, zu erspüren und evtl. zu ändern. Der Begriff „Krankheit“ erhält dadurch eine breitere Bedeutung. Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach seinen derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Beziehungsaufnahme. (Dörner / Plog 1982, S. 21f; Dörner 1991, S. 42; Schädle 1988, S. 12)

Diesem Verständnis von psychischer Krankheit muss das sozialpsychiatrische Handeln entsprechen, das „Sich befassen“ mit Menschen, die gemessen an geltenden Normen durch ihre Befindlichkeit und ihre Verhaltensweisen sich selbst und / oder andere so einschränken, stören oder gefährden, dass Hilfe angezeigt ist.

#### 4.3 Das Helfen

Zweifellos ist sozialpsychiatrisches Handeln eine Form von beruflicher Hilfe, die für sich beansprucht, eine moralisch positiv zu bewertende Tätigkeit zu sein. Eine prinzipielle Vergleichbarkeit von alltäglichem und beruflichem Helfen liegt daher nahe. Um im Kontext der Sozialen Arbeit sinnvoll von Hilfe sprechen zu können, muss Hilfe von Nicht-Hilfe unterscheidbar sowie eine hilfemächtige und eine hilfebedürftige Seite klar erkennbar sein. Die Hilfe wird von einer Seite benötigt und kann von der anderen gewährt oder verweigert werden. Die KlientInnen können nicht zu HelferInnen werden und umgekehrt. Diejenigen, die Hilfe geben, haben damit prinzipiell die Chance, den Hilfebedürftigen ihren Willen aufzuzwingen. Es muss von Potenzialen der Macht und Herrschaftsausübung wie auch von Formen der sozialen Beschämung und subjektiven Gefühlen der Scham ausgegangen werden. Denn Hilfe zu erhalten setzt voraus, als eine Person betrachtet zu werden, die eine Situation nicht autonom bewältigen kann und daher auf andere, auf sozial Überlegene angewiesen ist (Fachlexikon der Sozialen Arbeit, S. 458). Hilfe für sich gesehen begründet also Abhängigkeit und Ohnmacht. SozialarbeiterInnen müssen also nicht nur mit den schwierigen Situationen der KlientInnen zu Recht kommen, sondern auch mit ihrer punktuellen Überlegenheit. Als Grundvoraussetzung für ihr professionelles Helfen müssen sie fähig sein, ihre eigenen Grenzen und die Autonomie über das eigene Handeln zu bewahren. Überforderung, Hilflosigkeit und so genannte Burn-Out-Symptome von HelferInnen sind häufig ein Zeichen mangelnder Abgrenzungsfähigkeit, deren Quellen Gutmütigkeit, Ehrgeiz, Gebraucht-werden-wollen u. a. sein können (Miller 2001, S. 162). Soziale Arbeit soll nicht nur Hilfe gewähren, sie soll vor allem von Hilfebedürftigkeit befreien, d. h. Hilfe schnellstmöglich wieder in Nicht-Hilfe überführen bzw. Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne eines „gelingend(er)en Lebens und Zusammenlebens“ (Thiersch) leisten.

Im Motiv der Hilfe ist daher ein wesentliches, nicht aber ihr einzig zentrales Moment zu sehen. Als übergeordneter Aspekt muss stets das Gemeinwohl mit bedacht werden, das durch die individuellen Hilfemaßnahmen angestrebt wird.

Sozialpsychiatrisches Helfen ist dadurch gekennzeichnet, dass Menschen handelnd in das Leben anderer Menschen eingreifen, wobei von einer grundsätzlichen Unsicherheit darüber ausgegangen werden muss, ob das, was in Sorge als das vermeintlich Beste für eine Person getan wird, auch wirklich das Beste für sie ist. Denn dafür „müsste man wissen, was man nicht wissen kann, nämlich, was das Beste für diese Person ist“ (Kleve 1999, S. 259f). In der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit sind professionell Tätige Situationen ausgesetzt, die keine vorgefertigten Lösungen zulassen, sondern vielmehr eine persönliche Stellungnahme und Abwägung der unterschiedlichen und oftmals einander widerstreitenden Ansprüche und Interessen erfordern. Die HelferInnen balancieren daher auf „einer sehr dünnen Linie zwischen Unterstützung und Unterdrückung“ (Baumann 1997, S. 125, zit. in Kleve 1999, S. 260) und es gibt wohl auch „kein Rezept, wie man diese Linie zwischen richtig und falsch zieht“ (ebd.). Klientenorientierung - Hilfe für den Einzelnen - Dienst an der Gesellschaft - Verantwortung auch für das Umfeld - erlebte Bevormundung - konkreter Zwang: Immer geht es um den einzelnen und um die anderen Menschen. Die ethischen Fragen, die daraus erwachsen, sind nicht grundsätzlich theoretisch zu beantworten. Sie können in der unmittelbaren Praxis nur in Kommunikation mit den Betroffenen sowie selbstevaluativ und supervisorisch erörtert werden.

Praxistheoretisch bringen sie jedoch die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle in den Blick, die der Interaktion von sozialpsychiatrischer Arbeit innewohnt. So geht die Funktionssystemreferenz von sozialer Hilfe laut Kleve (1999, S. 247) nicht mit einem eindeutigen Hilfebegriff einher, Hilfe bleibt vielmehr ein mehrdeutiger Prozess, der immer auch mit kontrollierenden Aspekten verbunden sein kann. Daraus ergebe sich eine ethische Relevanz und mit ihr die Frage, welche Gesichtspunkte bei den Entscheidungen zu berücksichtigen sind, welche Orientierungshilfen, d. h. Haltungen und ethischen Werte für einen jeweils verantwortlichen Handlungsentscheid von SozialarbeiterInnen herangezogen werden können. Nach Baum (1996, S. 97f) entscheiden die Antworten auf diese Frage, die Maximen also, zu denen sich die Soziale Arbeit bekennt, wesentlich mit über die Qualität der möglichen Hilfe.



#### 4.4 Ethische Werte

Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln befassen sich stets mit dem Menschsein, mit menschlichem Verhalten und menschlichem Erleben. Sie haben es folglich immer mit wert beladenen Ausschnitten von sozialer Wirklichkeit zu tun, in die ideologisch gefärbte Vorstellungen über die menschliche Natur und die Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfsbedürftige mit eingehen. Dazu gehört auch, dass die Gegenwart mit der möglichen Zukunft der KlientInnen, ihrer Persönlichkeit, ihrem Lebensschicksal sowie mit bestimmten Interaktionen in Verbindung gebracht wird, dass der Mensch also in seiner Ganzheit wahrgenommen wird. Nach Bosshard u. a. (2001, S. 115f) ist dies ein Beleg dafür, dass es weder eine wertfreie Soziale Arbeit noch eine wertfreie (Sozial-)Psychiatrie geben kann.

Die Praxis der Sozialen Arbeit findet stets im Spannungsfeld von Individuum und Umwelt statt. Sie benötigt daher Werte und Maßstäbe, die auf den Menschen, die Gemeinschaft und die Gesellschaft bezogene Aussagen darüber machen, was richtiges und zumutbares Handeln ist. Im Rahmen eines systemischen Denkens geht es dabei vorrangig um die Frage, wie Gesellschaften, Gemeinschaften und Systeme wertmäßig zu strukturieren sind, damit sie ein menschenwürdiges Leben, eine entsprechende Bedürfnisbefriedigung und Entwicklung erreichen können. Es geht also um die Frage, nach welchen Kriterien Güter wie z.B. Nahrung, Arbeit oder Vermögen zu verteilen sind, der Zugang zu Bildung erfolgen soll, die Teilhabe an gesellschaftlichen Gestaltungsprozessen, an Macht und Herrschaft zu regeln ist, ob und gegebenenfalls wie die Menschen zu bestimmten Pflichten herangezogen werden können usw.. Da sich Soziale Arbeit mit Teilhabeproblemen aufgrund von Inklusion und Exklusion beschäftigt, muss sie sich mit derartigen Fragen auseinandersetzen (Miller 2001, S. 154f). Zuvor muss sie jedoch auch über klare Vorstellungen darüber verfügen, was ein gelungenes Menschsein kennzeichnet, welche physischen, psychischen und sozialen Voraussetzungen für ein gelingendes Leben und Zusammenleben nötig sind.

In diesem Sinne kann es kein wertfreies sozialarbeiterisches Handeln geben. Denn z. B. auch eine Beratung im Sozialpsychiatrischen Dienst, die bewusst auf eigene Beratungsziele verzichtet, weil sie davon ausgeht, dass Klient bzw. Klientin selbst darüber zu entscheiden haben, verfolgt über ein gewisses Handlungsziel, wenn sie die KlientInnen zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung befähigen will. Und hinter diesem Ziel wiederum steht ganz zentral der mit der Würde des Menschen verbundene Wert der Autonomie.

#### 4.4.1 Menschenwürde

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen (siehe Anlage 1) umfasst traditionell liberale, soziale und wirtschaftliche Rechte und geht davon aus, dass diese als personale Freiheitsforderungen ihre Begründung in der Natur des Menschen und insbesondere in seiner Vernunftfähigkeit haben. Ihr oberstes Prinzip ist der Schutz der Menschenwürde und der davon abgeleiteten Menschenrechte. Ihrer Rechtsnatur nach handelt es sich lediglich um eine Empfehlung, d. h. die Menschenrechte müssen sich vor allem in den nationalen Verfassungen sowie in der konkreten Praxis bewähren (Miller 2001, S. 155f).

Die Idee der *Menschenwürde* geht auf Immanuel Kant zurück und besagt, dass dem Menschen als Person ein absoluter und damit unveräußerlicher Wert zukommt. Kant unterscheidet den absoluten Wert der Person vom Preis einer Sache und verortet die jedem Menschen zukommende Würde in der Freiheit seiner Selbstbestimmung. Er sieht die Einzigartigkeit des Menschen darin, dass er über ein Vernunftvermögen und damit die Möglichkeit des Erkennens und Wählens verfügt und leitet daraus seine ethischen Pflichtgebote ab:

„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“<sup>5</sup>

„Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“<sup>6</sup>

<sup>5</sup> kategorischer Imperativ (Kant 1974 b, Nr. 421 zit. in Gruber 2005, S. 51)

<sup>6</sup> praktischer Imperativ (Kant 1974 b, Nr. 429 zit. in Gruber 2005, S. 52)

Für Gruber liegt die bleibende Leistung von Kant darin, „die Idee der Menschenwürde als oberstes ethisches Materialprinzip in ihrer allgemeinen, rational kommunikativen und universalisierbaren Fassung formuliert und damit eine Grundlage geschaffen zu haben, die es den Mitgliedern einer säkularen Gesellschaft ermöglicht, jenseits von religiösen und weltanschaulichen Fragestellungen in einen Diskurs über die gemeinsamen Werte und Normen zu treten“ (Gruber 2005, S. 51f), eine Basis also, die dazu motivieren kann, nicht nur von der Würde des Menschen zu sprechen, sondern sie auch handelnd zu verwirklichen.

Wenn sich die unantastbare Würde einer Person allein durch ihre Zugehörigkeit zur Gattung Mensch ergibt, kann es nicht entscheidend sein, inwieweit jemand seine menschlichen Anlagen zur Entfaltung gebracht und sich als Persönlichkeit ausgeprägt hat. KlientInnen dürfen daher niemals nur als „Fall“ behandelt werden, sie haben stets einen Anspruch darauf, als Person mit eigenen Wertvorstellungen sowie leiblichen, seelischen und geistigen Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert zu werden (Gruber 2005, S. 57). Es geht um eine Vollständigkeit der Wahrnehmung, zu der auch gehört, dass das sozialpsychiatrische Handeln stets dahingehend überprüft wird, ob es dem Grundsatz der Würde des Menschen entspricht sowie auch, ob gesetzlich mögliche Hilfen angeboten werden oder nicht. In Konfliktfällen muss der Schutz der Menschenwürde dabei schwerer wiegen als mögliche fachliche Gründe, eine angefragte Hilfe zu verweigern.

Stellt sich z. B. die Frage, ob ein psychisch kranker Tagesstätten-Besucher nicht mehr in die Einrichtung kommen darf, weil er betrunken in der Teestube für Unruhe sorgte, muss im Zweifelsfall die Menschenwürde Vorrang haben gegenüber den fachlichen Gesichtspunkten. Dadurch erübrigt sich jedoch nicht eine sorgfältige Abwägung und es kann vor allem nicht bedeuten, dass keine Hilfe je versagt werden darf. Dörner gibt hier hilfreich zu bedenken, dass es nicht um eine primäre Orientierung an den Wünschen der KlientInnen gehen kann, da eine solche die psychisch Kranken ebenso wie die professionell sozialpsychiatrisch Tätigen „infantilisieren“, sie also schwäche anstatt zu stärken. Als möglichen Werbeslogan sozialpsychiatrischer Arbeit schlägt er daher vor: „Wir erfüllen keine Wünsche, dafür übernehmen wir Verantwortung“ (Dörner 2005, S. 37) (siehe Punkt 4.4.7).

Ich halte letztlich für ausschlaggebend, dass die Achtung der Menschenwürde nicht an die Verhaltensweisen von KlientInnen gekoppelt wird. Weder Vorleistungen noch der soziale Rang oder andere Kriterien dürfen über den Anspruch auf die Achtung der Würde eines Menschen entscheiden. Der Schutz der Menschenwürde ist ein Gestaltungsauftrag, der den KlientInnen Entwicklungsräume verschaffen soll, die ihnen die Möglichkeit geben, eine eigenverantwortliche Lebensweise zu erreichen. Er ist damit dem Balanceakt zwischen Helfen und Kontrolle zugehörig. Neben den Selbsthilfemöglichkeiten, die in der Person einer Klientin oder eines Klienten liegen, sind auch jene zu beachten, die erst durch die Vermittlung von materiellen Leistungen aktiviert werden können. Auch diese Leistungen dienen einem Leben, das der Würde des Menschen entspricht. Menschenwürde kann also nur in Verbindung mit der sozialen Gerechtigkeit, in der es u. a. um eine gerechte Güterverteilung geht, sinnvoll betrachtet werden (siehe Punkt 4.4.4).

#### 4.4.2 Autonomie

Es wird deutlich, dass sich aus der Menschenwürde-Idee weitere Werte ableiten, in denen sich diese Würde konkretisiert. Ein wichtiger dieser Werte ist die *Autonomie*, das Selbstbestimmungsrecht, das immer auch mit dem Anspruch verbunden ist, dass jeder Mensch sein Handeln nicht nur selbst verantworten kann, sondern dies auch tun muss. Selbst wenn eindeutige Normen ein bestimmtes Handeln einfordern, so bleibt es letztlich doch immer eine Gewissensentscheidung des Einzelnen, ob er sich dieser Verpflichtung stellen oder ob er sich ihr entziehen will. Nach Gruber (2005, S. 59f) kann sich der Mensch in seiner Eigenschaft als Mensch „nicht einfach zum Werkzeug fremden Willens“ machen. Für die sozialpsychiatrische Arbeit leitet sich daraus ab, dass auch psychisch kranke Menschen in einer psychotischen Krise Handelnde bleiben, denen als Mensch die Verantwortung für ihr Handeln zugeordnet ist. Es muss allerdings gleichzeitig die Möglichkeit des Scheiterns als dem Menschsein zugehörig betrachtet werden. Denn erst dann wird eine achtungsvolle und hilfreiche Auseinandersetzung möglich, die auch das Austragen von Konflikten, Abgrenzung sowie Konfrontation als wichtige Momente einer Beziehung wahrnimmt.

Die Qualität der Beziehung misst sich dabei daran, „ob über das durchaus konflikthaft Gelebte Entwicklung und Entfaltung möglich sind oder ob Abhängigkeiten und Herabwürdigung daraus erwachsen“ (Miller 2001, S. 160).

#### 4.4.3 Toleranz

Die Achtung des Anderen setzt *Toleranz*<sup>7</sup> voraus, vor allem gegenüber Andersdenkenden und Andershandelnden. Nach Schlüter geht sie über die ursprüngliche bloße Duldung der Anderen hinaus, räumt bewusst die Möglichkeit ein, dass der Standpunkt der Anderen Richtiges enthält, und ermöglicht so die Bereitschaft zu offener Auseinandersetzung (Schlüter 1995, S. 172, zit. in Miller 2001, S. 164). Für die sozialpsychiatrisch Tätigen bedeutet Toleranz damit, die oftmals eigensinnigen Lebensentwürfe der KlientInnen zu respektieren, und zwar auch dann, wenn sie in Spannung stehen zu den herrschenden gesellschaftlichen Normen sowie evtl. zu den eigenen Überzeugungen. Dabei ist kein inneres Einvernehmen gefordert, sehr wohl aber eine Haltung des Respekts, der Achtung und des Verständnisses den Menschen und ihren Lebensentwürfen gegenüber. Es geht also darum, auf psychisch kranke Menschen einzugehen, die Differenz und Spannung von „gleich“ und „anders“, von „vertraut“ und „fremd“, von „normal“ und „verrückt“, von „gesund“ und „krank“ zulassen und aushalten zu können, ohne dabei das Eigene verneinen zu müssen.

#### 4.4.4 Soziale Gerechtigkeit

Für Aristoteles bedeutet *Gerechtigkeit* den beständigen Willen, der jedem das Seine zuteilt. Der Gedanke der Gleichheit spielt für ihn dabei eine wichtige Rolle. Gleiches gleich, Ungleiches ungleich zu behandeln, ist die zentrale Forderung, nach der er gerechtes Handeln bemisst (Gruber 2005, S. 81).

---

<sup>7</sup> Toleranz ist eine Ableitung des lateinischen Verbs „tolerare“, was soviel bedeutet wie ertragen, dulden, zulassen, gelten lassen, obwohl etwas nicht den eigenen Wertvorstellungen entspricht (Duden-Fremdwörterbuch, S. 998).

Die Sozialpsychiatrie begegnet in ihrem Handeln psychisch kranken Menschen, die im weitesten Sinne sozial benachteiligt bzw. ungleich sind. Der Idee der sozialen Gerechtigkeit liegt die Annahme zu Grunde, dass wir keineswegs alle gleich sind, dass aber gerade die Unterschiedlichkeit zu in gleichem Maße würdiger Begegnung verpflichtet (Dörner / Plog 1982, S. 20). Sozialpsychiatrisches Handeln muss daher ihre KlientInnen „ungleich“ behandeln, muss ihre Interessen vertreten und sie darin unterstützen, einen angemessenen Platz in der Gesellschaft zu finden. In der täglichen Praxis bedeutet dies häufig, ihnen die Zugänge zu den dafür relevanten Sozialleistungen zu erschließen. Eingerahmt in die Maximen der Menschenwürde und der sozialen Gerechtigkeit ist darin jedoch keine herablassende Wohltat und viel mehr als nur ein Versorgungsakt zu sehen. Es ist eine von der Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn getragene Hilfe, die weit über die unmittelbare materielle Unterstützung hinaus weist. Denn die soziale Gerechtigkeit kann nicht auf den Aspekt der finanziellen Leistungen verengt werden. Sie ist immer auch mit der Chancengleichheit verbunden. Ein am Wert der Gerechtigkeit orientiertes sozialarbeiterisches Handeln muss daher neben der Einzelfallarbeit auch und vor allem an der Beseitigung von Unrechtsstrukturen ansetzen. Soziale Arbeit gewinnt hier ihre unmittelbare politische Dimension, der Wert der Solidarität mit den leidenden Menschen als Grundmotiv ihres Handelns kommt ins Spiel.

#### 4.4.5 Solidarität

*Solidarität* ist geprägt vom Bewusstsein der Zusammengehörigkeit sowie eines Für-einandereinstehens. Die gefühlsmäßige Qualität der Solidarität begründet den Impuls, Leiden zu verhindern (Baum 1996, S. 132), zielt auf Gleichberechtigung und richtet sich gegen Lebensbedingungen, die dem Menschsein, d. h. der personalen Würde und Entfaltung des Menschen entgegenstehen. Sie kann als das verstanden werden, was eine Gesellschaft der einzelnen Person schuldet, damit sie sich entwickeln kann. Voraussetzung dafür ist die Überführung der Solidarität in gesellschaftliche Strukturen, um entsprechende gesicherte Ansprüche, z.B. über die Sozialversicherung garantieren zu können (Miller 2001, S. 164).

In der sozialpsychiatrischen Arbeit bedeutet Solidarität eine Art professioneller Parteilichkeit, die in einer annehmenden und verlässlichen Haltung die Interessen ihrer KlientInnen vertritt. Damit ist nicht eine bedingungslose Übernahme von Klienteninteressen gemeint. Es geht vielmehr um eine Beziehung zu den KlientInnen, in der sie ihren Möglichkeiten entsprechend mitarbeiten und damit um transparente Aushandlungsprozesse, in denen auch Widersprüche und Ambivalenzen wahrgenommen und als Chance genutzt werden können. Nach Dörner / Plog (1982, S. 25) ist es nötig, die Illusion aufzugeben, die Sozialpsychiatrie habe stets nur gute Gefühle zu verbreiten, denn wenn es um die Bereitschaft zu einer ernsthaften Auseinandersetzung geht, bringe diese naturgemäß und notwendig auch Spannungen mit sich.

#### 4.4.6 Subsidiarität

In einer vom Solidaritätsgedanken motivierten Beziehung steht ein sozialpsychiatrisches Handeln im Zentrum, das den KlientInnen hilft, sich (wieder) zu einem normalen Leben zu befähigen. D. h., dem Grundsatz der *Subsidiarität* entsprechend, darf sozialpsychiatrische Hilfe nur soviel Hilfe wie nötig gewähren und muss gleichzeitig soviel Eigenständigkeit wie möglich zulassen bzw. diese fördern (Gruber 2005, S. 66f). Das, was Menschen aus eigener Kraft können, soll nicht von übergeordneten bzw. stärkeren Instanzen übernommen werden. Da, wo sich Menschen jedoch nicht mehr selbst helfen können, sind institutionalisierte, d. h. staatliche Maßnahmen angezeigt. Subsidiarität meint den Krafteinsatz der größeren Instanz, wenn die Kräfte der kleineren erschöpft sind. Gleichzeitig meint sie aber auch die Verpflichtung der kleineren Einheit, das ihr mögliche selbständig und eigenverantwortlich zu tun. Verantwortung kann wie bereits gesagt nicht einfach abgegeben werden, auch eine hilfebedürftige bzw. unterstützte Person bleibt für ihren Teil im Rahmen des Hilfeprozesses grundsätzlich verantwortlich. Das Subsidiaritätsprinzip beinhaltet damit also den Wert der Autonomie, der im Kontext von Subsidiarität die Selbstverantwortung dafür beschreibt, sich selbst weder zu über- noch zu unterfordern, d. h. im Notfall Hilfe von außen nicht zu verweigern, sich ihr aber gleichzeitig nicht zu unterwerfen.

Die unterstützenden Einheiten dürfen ihrerseits Hilfe in Notsituationen nicht vorenthalten, sie dürfen diese aber auch nicht aufdrängen, d. h. sie dürfen nicht abhängig machen, sondern müssen stets auf Verselbständigung ausgerichtet sein (Miller 2001, S. 167). Die sozialpsychiatrisch Tätigen tragen jedoch gleichzeitig auch die Verantwortung dafür, dass die Grenzen dieser Orientierung nicht übersehen werden. D. h., sie können nicht von vornherein davon ausgehen, dass ihre KlientInnen die in ihnen angelegten Möglichkeiten entfalten können und müssen bedenken, dass die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen (zeitweise) derart ausgeprägt sein, dass von einem tatsächlich kooperativen, also aktiven Verhalten nicht mehr sinnvoll gesprochen werden kann (Baum 1996, S. 133f). Ihre Unterstützungsangebote müssen daher grundsätzlich so gestaltet sein, dass sie auch dann noch zugänglich bleiben, wenn Betroffene nur mühsam erreicht werden können. Sie müssen außerdem dafür Sorge tragen, dass es ausreichend Zeit und „die für psychisch kranke Menschen häufig nötigen Umwege“ geben darf<sup>8</sup>. Nicht zuletzt bedarf es der professionellen Fähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung (zeitweise und / oder in einzelnen Bereichen) zu übernehmen mit dem Ziel, diese baldmöglichst wieder zurückzugeben.

#### 4.4.7 Verantwortung

Der Verantwortungsbegriff kommt ursprünglich aus dem Rechtsbereich und meinte jene Rechenschaft, die ein Angeklagter für sein Handeln oder für die Folgen seines Handelns ablegen musste. Seit etwa dem 15. Jh. bezeichnet *Verantwortung* den Vorgang des rechtlichen und rechtfertigenden Antwort-Geben-Müssens und –Könnens einer Person. Gegenstand der Verantwortung ist dabei immer eine menschliche Handlung mit ihren Bedingungen, Umständen und Folgen. Sie ist zu tragen z. B. gegenüber einem Gesetz, einem Menschen, dem Gewissen oder Gott. Letztlich weist die Legitimationsinstanz jedoch immer einen personalen Charakter auf.

---

<sup>8</sup> Vgl. hierzu Schernus, Renate 2000: Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft.



Im Verlauf des 20. Jh. wurde die Verantwortung zu einem ethischen Schlüsselbegriff und löste den der Pflicht mehr oder minder ab. Er beinhaltet heutzutage zwar unverändert das, was man unter Pflicht versteht, reicht aber weiter darüber hinaus, indem er auch die Unabsehbarkeit und die Unabwägbarkeit von Handlungssituationen mit einbezieht und der Zuständigkeit des handelnden Subjekts zuordnet. Ein von Mündigkeit und Eigenverantwortlichkeit motiviertes Handeln muss immer auch die Bereitschaft der Person beinhalten, Verantwortung nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere und damit für die Gemeinschaft zu übernehmen (Gruber 2005, S. 59-65).

Verantwortung bezeichnet also die Zuständigkeit von Menschen, die sie für bestimmte Aufgaben an Dingen oder gegenüber Lebewesen übertragen bekommen oder auf sich genommen haben und vor einer Instanz zu rechtfertigen haben. *Selbstverantwortung* bedeutet somit, für sich selbst zuständig zu sein und diese Zuständigkeit auch vor sich selbst auszuweisen und zu rechtfertigen. Reflexivität, d.h. die Fähigkeit, zu sich selbst in einer erkennenden und kritischen Beziehung stehen zu können, ist daher ihre unabdingbare Voraussetzung. Bei einer Person, die professionelle soziale Hilfe leistet, kann es dabei nicht nur um die Selbstverantwortung gehen, die aus ethischer Sicht letztlich jeder Mensch für sich als menschliches Individuum hat, es muss vielmehr eine zusätzliche und spezifische Verantwortung für sich als professionell Tätige/r geben. Die Selbstverantwortung der Helfenden ist integraler Bestandteil einer Ethik helfender Berufe vor allem auch deshalb, weil Unklarheiten bezüglich der Motivation die Effektivität ihrer Handlungen beeinträchtigen können, weil die Ausübung bzw. Nichtausübung dieser Selbstverantwortung Auswirkungen auch auf die Verantwortung gegenüber anderen hat. SozialarbeiterInnen sind sich und ihren KlientInnen sowie deren Angehörigen gegenüber daher verpflichtet, sich selbst immer wieder kritische Fragen bezüglich ihrer Motivation zu stellen und sich mit anderen professionell Tätigen darüber auszutauschen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten festzustellen sowie auch um zu erfahren, wie sie von den anderen wahrgenommen werden: Was verstehe ich unter Hilfe? Wie fühle ich mich kurz bevor ich helfe, was in mir stiftet mich zum Helfen an? Was ist meine wahre Motivation, mich gerade so und nicht anders zu mir selbst als HelferIn zu verhalten? Wie fühle ich mich, wenn mir geholfen wird? Unter welchen Bedingungen mag ich Hilfe, unter welchen nicht? Was ist mein ureigenes Ziel als professionelle HelferIn? (Baum 1996, S. 122-123, Dörner 1982, S. 23).

Wenn jemand moralisch und im Sinne des Mitleids motiviert ist, d. h. Leiden und Not, wo und wie auch immer sie auftreten, verhindern oder lindern möchte, so wird diese Motivation sicherlich in seinem Handeln zum Ausdruck kommen. Ebenso moralisch motiviert wäre ein Handeln, das sich gegen die soziale Not der Menschen richtet aus Respekt vor ihrer Würde im Sinne Kants und auch das müsste sich im konkreten Handeln zeigen, und zwar nicht nur im Handeln gegenüber den Anderen, sondern auch gegenüber sich selbst. Da es in der Sozialen Arbeit nicht um ein beliebiges oder allgemeines Helfen geht, sondern um das professionelle, das dem Ziel verpflichtet ist, sich selber wieder überflüssig zu machen, geht es vorrangig um die richtig bemessene Motivation sowie um ihre Kontrolle am ethischen Prinzip.

Es mag gut sein, wenn Mitleid und Wohlwollen auch auf der Zielebene sozialpsychiatrischer Arbeit motivierende Kräfte sind. Voraussetzung muss jedoch die grundsätzliche Beachtung der Komplexität sein, die sich über ihr Doppelt Mandat ergibt.

Das Wohlwollen, das die SozialarbeiterInnen bewegt, sich helfend zu engagieren, darf sich nicht einseitig auf die Seite der KlientInnen oder aber die Seite der Gesellschaft richten. Theoretisch kann man zwar von einer abgesicherten Balance ausgehen, da als Motivation ja das Wohlwollen gegenüber allen Menschen gefragt ist. In der Praxis wird aber dennoch die einzelne hilfsbedürftige Klientin oder der einzelne Klient, mit dem der oder die sozialpsychiatrisch Tätige zu tun hat, ein stärkerer Appell an sein bzw. ihr Wohlwollen und Mitleid sein als die anonyme Menge, auch wenn die einzelnen KlientInnen jeweils ein Teil der Gesellschaft sind und sich nur durch eine momentane Problemsituation hervorheben (Baum 1996, S. 128f). SozialarbeiterInnen sind daher nach Böhnisch (1999, S. 272f) immer in zweifacher Weise gefordert. Zum einen werden sie als ExpertInnen aufgesucht, die in der Lage sind, soziale Probleme von Hilfesuchenden fachlich zu analysieren und kompetente Lösungen im Sinne des Gemeinwohls anzubieten. Auf der anderen Seite sind sie jeweils auch als Person gefordert, die von den Schwierigkeiten der KlientInnen emotional erreicht wird und sich auf eine tragende und damit vor allem verlässliche Beziehung mit ihnen einlässt. Er unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen der „Sozialarbeiterrolle“ (Expertenhandeln) und dem „Sozialarbeitersein“. Da die Forderung, nicht nur einseitig das Interesse der KlientInnen zu verfolgen, stets eine grundsätzliche ist, ist in der kritischen Haltung gegenüber der eigenen Motivation ein „konstitutives Element der helfenden Handlung und ihrer Ethik“ zu sehen (Baum 1996, S. 143f).

#### 4.5 Professionalität

Ein ernsthaftes Bemühen, das Erforderliche zu tun, setzt also Lernbereitschaft und eine gewisse *Offenheit* voraus. Ausgangspunkt von ethisch verantwortlichem Handeln ist dabei zwar, wie es Gruber (2005, S. 120) ausdrückt, eine „rechte Gesinnung“, die dann gegeben ist, wenn ungeachtet aller Sekundärmotive wie z.B. Verdienst, Anerkennung oder Macht, denen die Interventionen der Sozialen Arbeit gelten, das Wohlergehen und die Würde der Menschen Leit motive des Handelns sind. Dabei kann es aber nicht nur darum gehen, es „gut zu meinen“, sondern vielmehr ganz zentral darum, das Richtige zu tun. Dieses Richtige wiederum muss erlernt sein und eingeübt werden. Sozialarbeiterisches Handeln setzt daher wie jeder andere Beruf eine entsprechende Ausbildung voraus, Professionalität verpflichtet die SozialarbeiterInnen zu Fortbildung sowie zu dem Wissen um die Notwendigkeit von Supervision und Evaluation als Voraussetzung für ein verantwortliches Handeln.

Selbstwahrnehmung, Offenheit und die Bereitschaft zur Teamarbeit sind unverzichtbar für verantwortungsvolle professionelle sozialpsychiatrische Arbeit. In dem Maße, in dem SozialarbeiterInnen diese Bedingung für sich und ihr Handeln gelten lassen, können sie sie auch von ihren KlientInnen einfordern, können sie sozusagen Modell sein bezüglich Beziehungsvielfalt und -offenheit. Denn wenn KlientInnen miterleben und im besten Falle am eigenen Leib erfahren, wie gut Beziehungen zwischen Menschen sein bzw. tun können, können sie daran für sich profitieren. Dies setzt allerdings voraus, dass viel Bewegung im Betreuungsprozess zugelassen wird, dass die Begegnungen auch auf ihre Vielfalt hin überprüft werden, dass die KlientInnen nicht nur sehen, sondern vor allem auch teilnehmen können. Wenn dies gelingt, kann ein Team nicht nur von den Teammitgliedern dazu genutzt werden, die KlientInnen vielfältiger, d. h. vollständiger wahrzunehmen, sondern die KlientInnen können auch das Team nutzen, um Begegnungsmöglichkeiten, Umgehensweisen, usw. besser wahrzunehmen. Somit wird neben der Diagnostik von kranken Anteilen und deren Trägern auch die Diagnostik von so genannter Gesundheit und deren Trägern möglich, und zwar für die KlientInnen (Dörner / Plog 1982, S. 26-29).

Über ethische Probleme kann und muss nachgedacht und diskutiert werden. Das ist eine unverzichtbare Vorbereitung auf das praktische Entscheiden bzw. Handeln, welches abschließend immer eine nicht delegierbare Aufgabe für die jeweils einzelne handelnde Person bedeutet. Die Soziale Arbeit muss sich daher um eine Ethik bemühen, von der die einzelne Sozialarbeiterin bzw. der einzelne Sozialarbeiter überzeugt sein kann, wohl wissend, dass das Bemühen um diese Ethik ein Leben lang währt. Wenn das persönliche Nachdenken der Professionalität des Aufgabenbereichs gerecht werden will, kommt es allerdings nicht ohne eine Theorie- und Methodenentwicklung aus, welche die Ebene der sozialen Relevanz von Sozialer Arbeit ebenso erfasst wie ihre ethische Bewertung sowie die Ebene der beruflichen Praxis und deren ethischen Fragen. Nach Baum (1996, S. 152f) ist dies eine zwingende Konsequenz des Doppelten Mandats. Es kann dabei nicht einen richtigen theoretischen oder methodischen Ansatz und sonst lauter falsche geben. Nötig ist vielmehr immer wieder das Gespräch der VertreterInnen aller Ansätze miteinander, um gemeinsam Antworten auf die vielen Fragen und Lösungen für die bedrängenden Probleme zu finden. Thiersch (zit. in Engelke 1998, S. 329). hält dabei für die Soziale Arbeit neben dem Fachwissen vor allem auch ein Wissen um die Begrenztheiten der unterschiedlichen Handlungsstrategien für unverzichtbar. Er betont in diesem Zusammenhang des Weiteren die Notwendigkeit des Wissens um Zuständigkeit und Nicht-Zuständigkeit sowie den Verzicht auf Allzuständigkeit Die Sozialpsychiatrie ist damit meines Erachtens in besonderer Weise angesprochen. Denn in der Geschichte der Psychiatrie wurden viele einander ausschließende Theorien mit Eifer verfochten und dann von anderen wieder abgelöst und häufig wurde aus ihnen ein Allmachtsanspruch abgeleitet, der weit über das real Mögliche hinausging. Die Haltung, psychisch Kranke bedingungslos entweder individuell zu verändern oder kollektiv zu verbannen, hat daher eine lange Tradition. Aber auch die heutige Sozialpsychiatrie muss sich immer wieder davor schützen, nicht einer Illusion der Machbarkeit zu verfallen - während es doch gerade unsere psychisch kranken Mitmenschen sind, von denen wir lernen können und müssen, dass eben nicht alles machbar ist – und schon gar nicht sofort.

„Träume, Utopien und Handlungstheorien müssen an der Praxis, der Erfahrung scheitern können, um neuen Träumen, differenzierteren Utopien, angemesseneren Theorien und menschen- wie gesellschaftsgerechteren Lebensformen Platz zu machen.“

(Staub-Bernasconi 1986, S. 59 zit. in Engelke 1998, S. 364).

#### 4.6 Zusammenfassung

Sozialarbeiterisches Handeln wird nachhaltig von ethischen Werten (mit-)bestimmt. Diese sind in Konzepten, Leitbildern oder auch in den „berufsethischen Prinzipien“ des DBSH (siehe Anlage 2) grundlegend enthalten und drücken sich in den Ansprüchen, in der Kommunikation sowie im konkreten Alltagshandeln aus. Nicht zuletzt sind sie Teil der selbstreferentiellen Prozesse im Rahmen von Teambesprechungen, von Supervision, Evaluation und Controlling. Über diese strukturelle Verankerung können die Werte tatsächlich zur Verarbeitung kommen.

Der Schutz der Menschenwürde und die Förderung der Sozialen Gerechtigkeit eignen sich, sozialarbeiterisches Handeln zu begründen und reflexiv zu begleiten. Auf der Handlungsebene sind es die solidarische Hilfe und die subsidiäre Orientierung im Umgang mit den KlientInnen, die wichtige Impulse setzen und sich insoweit als handlungsleitende Maximen anbieten. Sie sind von grundlegender Bedeutung für das Sozialstaatsprinzip, auf das auch die Soziale Arbeit verpflichtet ist. Die Auswahl der Maxime erfolgt also nicht beliebig, sondern trägt den Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit ausdrücklich Rechnung.

Aus der Werthaftigkeit sozialpsychiatrischer Arbeit leitet sich eine hohe Erwartungshaltung der sozialpsychiatrisch Tätigen an die Werthaftigkeit ihres Handelns ab. Die Praxis wird dieser Erwartung jedoch immer nur bedingt entsprechen können, da sie neben den ethischen Werten auch Leistungswerte zu verarbeiten hat.

Aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen (leere Staatskassen, Sozialabbau etc.) wird es für die Soziale Arbeit zunehmend schwieriger, mit dieser Ambivalenz umzugehen. Mit dieser Situation sowie den sich daraus ergebenden Herausforderungen werde ich mich im nächsten Kapitel beschäftigen.

## 5. Sozialpsychiatrische Arbeit unter veränderten Rahmenbedingungen

Ich setze mich in diesem Kapitel mit den veränderten Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit auseinander und reflektiere sich für meinen Berufsstand evtl. ergebende Konsequenzen und Herausforderungen. Es geht mir dabei vorrangig um die Frage, wie Soziale Arbeit und Sozialpsychiatrie mit den Veränderungen umgehen können, ohne dabei ihre ursprüngliche Identität zu verlieren.

Ich werde zuerst Soziale Arbeit und Sozialstaat in Bezug zueinander setzen, um mich dann vor diesem Hintergrund mit der Frage der Auswirkungen der laufenden Sozialstaatstransformation auf die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit zu beschäftigen. Die Thematik der Ökonomisierung sowie der Blick auf das Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie sind mir dabei besonders wichtig.

### 5.1 Soziale Arbeit und Sozialstaat

#### 5.1.1 Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

Wie in allen gesellschaftlichen Bereichen fanden und finden in der Sozialen Arbeit Modernisierungsprozesse statt, die mit Arbeitsteilung, Professionalisierung und Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Teilsysteme einhergehen. Dieser Prozess begann im Kontext der industriellen Revolution unter Lösung der Lebenszusammenhänge: Trennung von Arbeit und Wohnen, Auflösung der Großfamilien, wachsende räumliche Mobilität. Gesellschaftliche Funktionen werden seither zunehmend von spezialisierten Institutionen wahrgenommen (Filsinger / Bergold 1993, S. 24f).

Die mittlerweile hochkomplexen, institutionalisierten gesellschaftlichen Teilsysteme sind funktionell differenziert und teilautonom. Funktionelle Differenzierung meint dabei die Wahrnehmung bestimmter gesellschaftlicher Funktionen (Erziehung, Bildung, Krankenversorgung, usw.) durch die spezialisierten Teilsysteme, herausgelöst aus den lebensweltlichen Zusammenhängen. Entsprechend ihrer gesellschaftlichen Funktion und auf ihren sozial anerkannten Sinn hin entwickeln die Systeme eigene Handlungslogiken.

Diese schlagen sich wiederum in professions-, fach- und einrichtungsspezifischen Konzepten, Kommunikations- und Handlungsformen nieder (Kardorff 1998, S. 215). Für die Praxis der Sozialen Arbeit bedeutet das: Es herrschen starke Differenzierungen, Spezialisierungen und Pluralisierung der Einrichtungen und Dienstleistungen sowie auf Seiten der Kostenträger. Differenziertes, detailliertes und spezielles Fachwissen in den Einzelbereichen ermöglicht ein hohes Maß an Fachlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Teilsysteme. Eine große Herausforderung bedeutet die notwendige Koordination der spezialisierten Institutionen und Dienstleistungen.

Quantitatives Wachstum und qualitative Differenzierung sind wesentliche Tendenzen des Entwicklungsverlaufes der Sozialen Arbeit im letzten Jahrhundert, insbesondere den letzten 30 Jahren. Sie lassen sie sich in Bezug auf die Bereiche Ausbildung, Personal, Theorien und Methoden nachvollziehen (Fachlexikon der Sozialen Arbeit 2002, S. 843). Bezug nehmend auf die Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten, die differenzierten Angebots- und Interventionsformen sowie die mittlerweile große Vielfalt von Träger- und Angebotsstrukturen bezeichnet Kleve die bisherige Geschichte der Sozialen Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland daher als eine Erfolgsgeschichte. Gleichzeitig verweist er jedoch auch auf die Unsicherheit der weiteren Zukunft der Sozialen Arbeit. Die angelaufene Sozialstaatstransformation sei vor allem ein Sparen, d. h. ein Kürzen von finanziellen Leistungen, die dann nicht mehr zum Aufbau und zur Gewährleistung von sozialen Hilfen zur Verfügung stehen werden. Das bisherige, staatlich finanzierte Wachstum der Sozialen Arbeit sei möglicherweise am Ende angekommen, und zwar in einer Zeit, in der die Zahl der Menschen, die auf materielle sowie psychosoziale Hilfen angewiesen sind bzw. angewiesen sein könnten, ansteigt. Dies sei vor allem auch ein Zeichen dafür, dass sich der Sozialstaat Deutschland verändert, die öffentlichen Kassen leer sind und somit weniger Geld zur Verfügung steht, um die Leistungen des Sozialstaates und der Sozialen Arbeit zu finanzieren. (Kleve 2005, S. 34f). So gesehen kann man über die Zukunft der Sozialen Arbeit nur sprechen, wenn man auch den Sozialstaat und dessen Zukunft mit einbezieht.

### 5.1.2 Begriffsbestimmung Sozialstaat

Der Begriff Sozialstaat bezeichnet einen Staat, der gemäß seiner Verfassung soziale Gerechtigkeit in den gesellschaftlichen Verhältnissen anstrebt. In Deutschland wurde das Sozialstaatsprinzip in den Art. 20, 28 Grundgesetz verankert und interpretiert als Erweiterung des dem Rechtsstaat immanenten Strebens nach Gerechtigkeit um eine soziale Komponente, d. h. Inhalt sowie Auslegung der Gesetze sind im Rahmen der rechtsstaatlichen Ordnung auch am sozialstaatlichen Auftrag zu orientieren (Meyers Grosses Taschenlexikon, S. 298f). Der Begriff Sozialstaat meint somit ein Gemeinwesen, das soziale Unterschiede zwischen seinen Mitgliedern bis zu einem gewissen Grad auszugleichen versucht, um die Teilhabe aller an den gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen zu gewährleisten.

### 5.1.3 Bedeutung des Sozialstaates für die Entwicklung der Sozialen Arbeit

Zwar liegen die historischen Ursprünge der Sozialen Arbeit wie in Kapitel 2 dargestellt in der Armenfürsorge des 18. und 19. Jahrhunderts, also nicht beim Staat; die Durchsetzung des Sozialstaates sowie die beginnende Sozialgesetzgebung bestimmten jedoch maßgeblich ihre weitere Entwicklung. Es kam zu einer Verstaatlichung der Sozialen Arbeit und dadurch auch zu deren Ausweitung. Vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde sie zu einem zentralen Fürsorge- und Unterstützungsinstrument des Sozialstaates mit dem Ziel, eine möglichst umfassende Teilhabe (Inklusion) aller BürgerInnen zu erreichen. Typisch für die Bundesrepublik ist dabei die duale Struktur aus staatlicher und freier Wohlfahrtspflege. Dieses Neben- und Miteinander wurde vom Grundsatz der Subsidiarität her eingestellt, d. h., der Staat ist gegenüber den pluralen Trägern der freien Wohlfahrtspflege verpflichtet, deren Bestand und deren Eigenständigkeit zu sichern und sie in diesem Sinne zu fördern. Zugleich trägt er aber für die soziale Fürsorge die Gesamtverantwortung.

Auch wenn ein großer Teil der Sozialen Arbeit nicht in und von staatlichen Institutionen erbracht wird, so ist sie doch unmittelbar oder mittelbar von sozialstaatlichen Vorgaben abhängig.



D. h., Sozialpolitik schafft und bestimmt i. d. R. die Voraussetzungen und Bedingungen (Finanzmittel, gesetzliche Regelungen) für Hilfe- und Dienstleistungen durch die Soziale Arbeit, wodurch sich deren Abhängigkeit von den politischen Instanzen ergibt. Zum anderen können aber auch politische Entscheidungen soziale Probleme und Notlagen bedingen. Die Möglichkeiten von Sozialpolitik und Sozialer Arbeit sind abhängig von den Finanzierungsmöglichkeiten und ihrem politischen Einfluss. Die Finanzmittel wiederum hängen ab von der wirtschaftlichen Entwicklung. In dem Augenblick, in dem durch wirtschaftliche Konjunktur- und Strukturprobleme die Finanzmittel geringer werden, werden i. d. R. überproportional die Ausgaben für Sozialleistungen vermindert. Damit ist im Kern die aktuelle Realität des Sozialstaates beschrieben. Nicht vorrangig steigende Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen sind das Problem, sondern ein Zuwenig an Einnahmen in der Sozialversicherung aufgrund vor allem der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit (Stierl 2005, S. 5).

#### 5.1.4 Sozialstaatstransformation

Natürlich gab es immer Finanzspielraum und Haushaltskonsolidierung. Dennoch scheint die derzeitige Talsohle anders. Man nimmt an, dass diese Krise nur mit tief greifenden Strukturveränderungen in den öffentlichen Verwaltungen und öffentlichen Diensten zu bewältigen ist. Allenthalben ist von einer Verschlankung des Staates die Rede. Damit sind auch der Abbau von Personal und die Abgabe ursächlich öffentlicher Aufgaben an privatrechtliche Organisationen verbunden, deren Ziel es dann ist, die gleichen Aufgaben mit weniger Personal zu erfüllen. Gleiches gilt für die Soziale Arbeit. Denn wenn diese Bestrebungen schon die eher starren Gebilde der öffentlichen Dienste erreichen, dann erst recht die finanziell nach geordneten Einrichtungen und die Wohlfahrtsverbände. D. h., der gesamte soziale Bereich erwartet nach bereits durchgeführten Kürzungsrunden nun auch Veränderungen in den Strukturen, die über das bloße Wegschneiden bestimmter Bereiche und Einrichtungen hinausgehen und Aspekte der betrieblichen Lebenswelt in den zentralen Dimensionen der Zielsetzungen, Finanzierung und Leistungserstellung betreffen.

Der Umbau des Sozialstaates scheint geleitet von dem Prinzip, Solidarität und Subsidiarität schrittweise zu ersetzen durch Eigenverantwortung und Wettbewerb.

In der Wahrnehmung vieler bedeutet die Krise des Sozialstaates vor allem eine Krise seiner normativen Grundlagen. Nachstehende Beispiele sollen diese Stimmungslage verdeutlichen:

Laut Kleve wird der sozialpolitische Raum im Spannungsverhältnis von individueller Selbstverantwortung, gesellschaftlicher Solidarität und staatlicher Sozialgestaltung neu vermessen. Er sieht die in Jahrzehnten des Sozialstaatsausbaus realisierte soziale Absicherung von Menschen, die in den Strudel der ökonomischen Veränderungen hinein geraten (z.B. arbeitslos werden) grundsätzlich in Frage gestellt. Die Lasten der gesellschaftlichen Veränderungen werden seiner Ansicht nach wieder verstärkt auf die Individuen geschoben (Kleve 2005, S. 6).

Die Wohlfahrtsverbände befürchten den „Abschied vom alten Sozialstaat“.

Hejo Menderscheid, Direktor des Caritasverbandes für die Diözese Limburg vertritt in einem Interview der Zeitschrift Publik-Forum sogar die Ansicht, die deutschen Wohlfahrtsverbände seien eine Art Auslaufmodell. Er verweist dabei auf die aktuellen politischen Debatten um Kürzungen im Sozialbereich, bei denen die freien Wohlfahrtsverbände immer wieder und oftmals unwidersprochen als Subventionsempfänger bezeichnet worden seien. Und er betont, dass es sich seiner Meinung nach nicht um einen Subventionsabbau, sondern um einen „Soziale-Rechte-Klau“ handle (Tambour 2004, S. 24-25).

Heiner Geißler antwortete in einem Interview der Süddeutschen Zeitung (Karl Forster 2004, S. VIII) auf die Frage, ob er verstehen könne, dass die Menschen Angst haben um ihre Zukunft, die lange Zeit ungefährdet schien, wie folgt:

„Ja. Aber es gibt heute vor allem eine Angst vor den politischen Eliten, die offenbar unfähig sind, den nötigen Veränderungsprozess human zu gestalten. Die Parole, jeder solle für sich selber sorgen, macht denen Angst, die das gar nicht können, das sind Millionen. Sie fürchten den Verlust der Solidarität.“

Auf die Frage, ob es einen Schuldigen gebe, meinte er:

„Natürlich: die Politiker und Ökonomen, die vor lauter shareholder value die Menschen vergessen. ... Die Angst ist in der Natur des Menschen angelegt. Und der Fortschritt der Zivilisation liegt darin, dass wir ein System gefunden haben, in dem diese Ängste beseitigt werden können: die Demokratie.“

Für Wolfgang Thierse geht es bei Auseinandersetzungen über Steuern, Renten- und Gesundheitsreform mittlerweile vor allem immer auch um die Grundfrage der Solidarität. Er fordert dazu auf, sich nicht vom Kern organisierter, gemeinschaftlich finanzierter und verantworteter Solidarität für mehr Gerechtigkeit abzuwenden (Thierse 2004, S. 24f).

Und auch das öffentliche Bewusstsein hat sich verändert. Nach einer demoskopischen Untersuchung des Allensbacher-Instituts glauben 68 % der Deutschen nicht an eine ausgleichende Gerechtigkeit. Die Menschen scheinen also nicht mehr das Gefühl zu haben, in einem System zu leben, das darauf ausgerichtet bzw. in der Lage dazu ist, bestimmte Verteilungen vorzunehmen, die als ausgleichende Gerechtigkeit verstanden werden (Negt 2001, S. 21).

#### 5.1.5 Auswirkungen der Sozialstaatstransformation auf die Soziale Arbeit

In der Sozialstaatstransformation ist also zweifellos das zentrale Veränderungsmoment bezüglich der Rahmenbedingungen für die Soziale Arbeit zu sehen. Es stellt sich folglich auch nicht mehr die Frage, ob, sondern vielmehr wie sich die Soziale Arbeit verändern wird, wie die laufenden Veränderungsprozesse einzuschätzen bzw. zu bewerten sind und welcher Handlungsbedarf sich daraus für die Soziale Arbeit ergibt. In der fachlichen Diskussion werden hier im Wesentlichen zwei vom Ansatz her gegensätzliche Positionen vertreten:

Die eine Seite bezieht sich in ihrer Argumentation darauf, dass durch das staatlich verordnete Spardiktat die Handlungsspielräume der Sozialen Arbeit immer enger werden, während sie gleichzeitig als gesellschaftliche Aufgabe unverzichtbar bleibt bzw. die Anforderungen an sie (bezüglich Problemkomplexität und –intensität) sogar noch anwachsen. Sie richtet ihre Bedenken auf diesen Widerspruch sowie den immer größer werdenden Ökonomisierungsdruck. Sie positioniert sich vor allem in der fachlichen Sorge, dass die Gesellschaft insgesamt einen Weg eingeschlagen habe, der ihr an vielen Punkten Zuspitzung und der Sozialen Arbeit Aufgaben bringen wird, die ihrem Handlungsansatz nicht (mehr) entsprechen.

Die substantielle Gefahr wird dort gesehen, wo Soziale Arbeit Billigware produzieren soll, wo sie als eine Dienstleistung wahrgenommen wird, die man abrufen oder eben auch nicht. Eine Werteververschiebung von Solidarität zu Kundenorientierung bedeute, dass Soziale Arbeit nicht mehr als eine gesellschaftlich notwendige Dienstleistung gesehen wird. Eine Entwicklung nach der Maxime „Mehr Markt – weniger Staat“ bedeute, dass sich eine Eigenlogik des ökonomischen Kalküls etabliere und nur noch zählt, „was sich rechnet“. In der Dominanz ökonomischen Denkens sei die Randständigkeit des Sozialen angelegt und damit die Gefahr des Verlustes zentraler sozialpolitischer Errungenschaften sowie sozialetischer Werte (Wilken 2000, S. 7).

Die zweite Argumentationsrichtung bezieht sich auf Ansätze, die in einer Distanz zum Sozialstaat Chancen für die Soziale Arbeit sehen. Der Umbau des Sozialstaates wird hier vorrangig als Herausforderung verstanden, um die Soziale Arbeit transparenter und glaubwürdiger zu machen und um ihre Professionalität auszubauen. Getragen wird diese Haltung von der Ansicht, dass ökonomisches Denken für die Soziale Arbeit hilfreich und notwendig sei. Man müsse es nur richtig in das professionelle Denken und Handeln einbinden. Es werden daher Konzepte diskutiert, die die Zielwirksamkeit der Sozialen Arbeit erhöhen und gleichzeitig eine Kostenersparnis erreichen sollen. Kleve sieht im Systemischen Case Management eine viel versprechende Methode: Hinsichtlich der Zielwirksamkeit soll sich eine verstärkte Selbsthilfeorientierung bei den KlientInnen einstellen. Bezüglich der Wirtschaftlichkeit soll eine Verringerung des Personals und eine Reduzierung der professionellen Hilfezeiträume stattfinden durch die Aktivierung klienteneigener informeller Ressourcen und lebensweltlicher Netzwerke. Kleve betont dabei aber auch die Verpflichtung der Sozialen Arbeit, die KlientInnen hinsichtlich ihrer Ziele und Ressourcen, Fähigkeiten und Kenntnisse ernst zu nehmen, d. h. nicht besser wissen zu wollen, was das Richtige oder Beste für sie sei. Und er konfrontiert mit der Unvorhersehbarkeit und Begrenztheit von individuellen Handlungsfolgen im Kontext autopoietischer Systeme. Auch das Systemische Case Management komme nicht umhin, einerseits vieles dafür zu tun, um zielwirksam und wirtschaftlich zu handeln, so dass die KlientInnen das erreichen können, was sie in Absprache mit Professionellen und den Kostenträgern wollen, aber andererseits gleichzeitig zu wissen, dass es höchst unwahrscheinlich ist, dass das Geplante und vielleicht auch vertraglich Geregelter so eintritt wie erwartet (Kleve 2005, S. 6-8).

Damit konfrontiert er mit der täglichen Praxis Sozialer Arbeit sowie vor allem auch mit Uneindeutigkeit. Wie in anderen Ansätzen werden einerseits wertvolle Hinweise auf die Möglichkeit eines sparsamen, qualitativ hochwertigen Handelns gegeben. Andererseits wird die Frage, wie und wo konkret gespart werden kann bzw. wie trotz stattfindender Mittelkürzungen weiterhin qualitative Arbeit geleistet werden kann, nicht wirklich beantwortet. Im Gegenteil scheint die Argumentation gar nicht unbedingt darauf ausgerichtet zu sein, Sozialarbeitsleistungen zu verbilligen. Es scheint vielmehr um Qualität und damit um eine Soziale Arbeit zu gehen, die Effizienz als nachhaltiges Wirken versteht und die in der Lage ist, sich und der Öffentlichkeit die Wirkweise ihres Handelns nachzuweisen. Woraus sich theoretisch die Möglichkeit ergibt, dass Soziale Arbeit (vorerst) sogar noch teurer werden könnte.

Natürlich spricht nichts dagegen, aus den Erfahrungen praktischer Sozialarbeit sowie den Ergebnissen intensiver systemischer Theoriearbeit zu schöpfen und trotz Abbau des Sozialstaates zu versuchen, hilfsbedürftige BürgerInnen so zu stärken, dass sie ihre Belange wieder in die eigenen Hände nehmen können (Kleve 2005, S. 9). Es darf dabei jedoch nicht vorrangig darum gehen, „aus der Not eine Tugend“ machen zu wollen und so vermeintlich Unausweichlichem entgegen zu treten. Es darf vor allem nicht soweit kommen, dass die Soziale Arbeit die Verbilligung ihrer Leistungen als Qualitätsentwicklung versteht und dementsprechend präsentiert. So gesehen sollten beide Ansätze voneinander profitieren bzw. sind sie der gegenseitigen Ergänzung bedürftig, um dann aktiv auf verschiedenen Ebenen der Sozialen Arbeit reagieren, vor allem aber auch sinnvoll agieren zu können. Ich werde auf diesen Punkt nochmals am Beispiel des Handlungsfeldes der Sozialpsychiatrie eingehen. Zuvor möchte ich mich jedoch mit der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit auseinandersetzen, nachdem deutlich geworden ist, dass „das Vokabular und die Gesetze des Marktes“ immer mehr Raum einnehmen.

## 5.2 Ökonomisierung der Sozialen Arbeit

Auch für non profit orientierte Einrichtungen der Sozialen Arbeit ist die Tendenz dahin gehend, dass sie zunehmend Gestaltungsautonomie erlangen und das unternehmerische und somit existenzielle Risiko selbst tragen müssen. Gleichzeitig steht deutlicher als früher die Effizienz ihrer Dienstleistungen auf dem Prüfstand. Genauer gesagt wird derzeit jede Maßnahme und jede Aktivität daraufhin befragt, ob sie „ihr Geld wert“ ist. Soziale Einrichtungen sollen Qualität schaffen und sichern, also im Hinblick auf die Wirksamkeit für ihre KlientInnen erfolgreich sein. Im Sinne der Kostenträger ist damit vorrangig die Forderung verbunden, Hilfe schnellstmöglich wieder in Nicht-Hilfe zu überführen. Sie sollen dazu flexibel auf gesellschaftliche Anforderungen reagieren. Sie sollen ihre gesamten Ressourcen (Geld, Personal, Güter) effektiv, also mit möglichst wenig Mitteln die Ziele erreichend (Minimumprinzip) und effizient, also mit den zu Verfügung gestellten Mitteln möglichst viele Ziele erreichend (Maximumprinzip) arbeiten. Dies soll von außen nachvollziehbar und nachweisbar sowie von innen im Sinne der genannten Anforderungen zu steuern sein. Genauer gesagt soll mit weniger Geld bessere und mittel- bis langfristig weitere Kosten einsparende Arbeit erbracht werden. Ein Thema also von bzw. für Konkurrenz?

## 5.3 Privatisierung und Konkurrenz

In Folge ihrer Ausweitung ist die Soziale Arbeit zumindest in einigen ihrer Teilbereiche für kommerzielle Anbieter interessant geworden. Private Unternehmen treten neben die traditionellen Anbieter, also neben die Kommunen und Freie Wohlfahrtspflege und zwar insbesondere dann, wenn sie eine öffentlich finanzierte Nachfrage bedienen, wenn sie also von Seiten des Sozialstaats mit der Verrichtung von Sozialer Arbeit beauftragt werden. Dadurch, dass die Kostenträger die privaten Unternehmen der Freien Wohlfahrtspflege gleichstellen und als Anbieter der von ihnen gewünschten Sozialen Arbeit anerkennen, entstehen Wohlfahrtsmärkte, auf denen diese alten und neuen Kooperationspartner des Sozialstaats untereinander in den Wettbewerb treten (müssen).

Es ergibt sich dabei nicht nur ein Wettbewerb zwischen den einzelwirtschaftlichen Anbietern und der freien Wohlfahrtspflege, sondern auch einer zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, was das Verhältnis unter diesen verändert und gemeinsame Politiken (vor allem auch gegenüber dem Sozialstaat) erschwert. Verschärfte Konkurrenz der Anbieter kann die dringend notwendige Zusammenarbeit von Einrichtungen vor Ort beeinträchtigen. Außerdem ergibt sich ähnlich wie im gesamtwirtschaftlichen Marktgeschehen die Gefahr einer Machtkonzentrierung auf große finanzkräftige Anbieter.

Im Abhängigkeitsverhältnis und unter wachsendem Konkurrenzdruck ist es schlecht zu fordern. Die den Sozialbehörden nach geordneten Einrichtungen, Verbände, soziale Initiativen und Vereine müssen sich verstärkt einem unternehmerischen Denken und marktwirtschaftlichen Handeln öffnen und versuchen, sich am „sozialen Markt“ zu behaupten. In der Praxis sieht dies häufig so aus, dass Träger und Einrichtungen der Sozialen Arbeit vor allem „notwendige Anpassungsleistungen“ organisieren, sich auf Rückgang und Verknappung einrichten, in der Hoffnung, selbst „vom Schlimmsten“ verschont zu werden. Stichworte wie „Zertifizierung“ oder „Qualitätsmanagement“ bestimmen dabei ihre Arbeit. Denn ohne Nachweis von bestimmten Qualitätsstandards gibt es für die Einrichtungen kein Geld vom Staat oder von den Krankenkassen.

#### 5.4 Qualitätsmanagement und innovative Praxisveränderung

Es geht um Herstellung, Sicherung und Nachweis von Qualität: Strukturqualität meint dabei die Sinnhaftigkeit der äußeren organisatorischen Rahmenbedingungen, Prozessqualität die Güte der Arbeitsabläufe, Produktqualität die Ergebnisse der Arbeit für das Klientel. Da aber Qualität dort, wo es wesentlich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen ankommt, nicht absolut feststellbar ist, kann Qualität in der Sozialen Arbeit grundsätzlich nur als Annäherung oder Erreichung von Standards und Zielen beschrieben werden. Trotzdem bleibt Qualitätsentwicklung natürlich ein wesentliches Interesse professioneller Sozialarbeit. Es steht aber gleichzeitig auch fest, dass neue Herausforderungen anstehen, welche die Verknüpfung fachlicher, sozialpolitischer und fiskalischer Ziele notwendig machen.

Und es stellt sich die Frage, ob die vermutlich weit reichenden Umstrukturierungen ohne konkrete inhaltliche Mitgestaltung der in der Sozialen Arbeit Beschäftigten möglich sind. Die Akzeptanz von Änderungsvorhaben ist schließlich dann am besten gegeben, wenn alle Beteiligten mit ihrem Wissen und mit ihren Fähigkeiten in diese Entwicklung einbezogen werden. Innovative Praxisveränderung kann man nicht einfach anordnen, so wichtig rechtliche Rahmenbestimmungen, verantwortliche Leitungsentscheidungen und transparente Organisations- und Kommunikationsstrukturen auch sein mögen. Es sind die Menschen, die eine Organisation effektiv oder ineffektiv machen. Damit sich ein System verändert, müssen sich die Menschen darin verändern. Solange nicht klar ist bzw. nicht klargemacht wird, was „das Ganze eigentlich soll“, wer Nutznießer der Veränderung ist, welcher Sinn und welche Attraktivität sich daraus für die einzelnen Betroffenen ergeben können, solange muss davon ausgegangen werden, dass Angst und Abwehr als eine natürliche Reaktion auftreten. Wer nicht weiß, was ihn in der Zukunft erwartet und inwieweit er in dieser Zukunft selbst noch eine Rolle spielt, von dem kann nicht erwartet werden, dass er die Energie aufbringen will, diese Zukunft kreativ mitzugestalten. Es macht also keinen Sinn, Betroffenen „ein Fertigmü zu servieren, das sie nicht bestellt haben“, sie nicht angemessen an der Gestaltung der Zukunft zu beteiligen, die schließlich ihre eigene sein soll. Es werden dadurch paradoxerweise genau diejenigen in Abwehr versetzt, auf die man bei der Umsetzung angestrebter Veränderungsmaßnahmen in erster Linie angewiesen ist. Die intrinsische Motivation (siehe Punkt 2.4) ist ein wertvolles Gut, eine wichtige Voraussetzung für eine auf Dauer fruchtbare, konstruktive und verantwortungsvolle Arbeit. Man sollte mit ihr daher keineswegs nachlässig umgehen.

Erfolgreich Veränderung zu initiieren heißt nicht nur notwendige Entwicklungen rechtzeitig erkennen, konsequent fördern und sozial verträglich gestalten, sondern vor allem auch, die Betroffenen aufzuschließen für das, was man mit ihnen vorhat (Doppler 1995, S. 62-89).



## 5.5 Handlungsfeld Sozialpsychiatrie

In der Psychiatrie stehen das Menschsein und die Beziehungsgestaltung der Menschen im Mittelpunkt der täglichen Arbeit. Es kann daher weniger standardisiert werden als in anderen Bereichen. So handelt es sich beim Verhalten psychisch kranker Menschen nicht nur um Defizite oder ein „Nicht-Können“, wenn sie z. B. wenig Wert auf Ordnung und Hygiene legen. Die Ursache hat i. d. R. mit ihrem Identitätsgefühl bzw. ihrem Psychoseerleben zu tun. Ihre Befindlichkeit kann dabei als ein inneres Selbstgefühl verstanden werden, das keine klaren Ich-du-Abgrenzungen ermöglicht. Psychisch Kranke tun daher nicht zwangsläufig das, was andere denken, dass sie tun sollten. Und zwar auch dann nicht, wenn dies sehr sinnvoll oder gesund für sie wäre. Es kommt vielmehr darauf an, in welcher inneren und äußeren Situation sie sich gerade befinden. Für die professionellen HelferInnen ergibt sich daher die Notwendigkeit, sich an der Situation und dem jeweiligen Zustand der Menschen zu orientieren. Ihr Handeln ist somit nicht grundsätzlich normierbar und in Standards einzuordnen. Qualität bedeutet hier vor allem auch, mit einem differenzierenden Blick nach den Besonderheiten zu sehen und Standards evtl. entsprechend zu relativieren. Beispielsweise mag es zwar wichtig sein, den Zustand von Zimmern im psychiatrischen Wohnheim zu kontrollieren. Standardisieren lässt sich dabei aber allenfalls die Häufigkeit der Zimmerbesichtigungen. Und was dann dabei herauskommt, ist vor allem von den mehr oder weniger erfolgreichen Verhandlungen mit den BewohnerInnen abhängig. So verstehe ich auch Kleve (2005, S. 5), wenn er lebensweltorientierte Soziale Arbeit durch Bestimmungsmerkmale gekennzeichnet sieht, die ihre Offenheit, ihre kommunikative und diskursive, ihre subjekt- und auf Qualität orientierte Struktur zum Ausdruck bringen. Dem gegenüber sei die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit eher durch instrumentelles, strategisches und ergebnisorientiertes Denken geprägt und versuche vor allem die finanzielle Quantität der Auftrag- und Geldgeberperspektive objektiv in den Blick zu bringen. Lebensweltorientierung gehe sozusagen davon aus, dass der Weg das Ziel ist. Im Gegensatz dazu postuliere die Ökonomisierung das Ziel als ein kostengünstig erbrachtes Ergebnis.

Nun scheint jedoch auch im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie festzustehen, dass die ökonomischen Herausforderungen stark genug sind, um einen grundlegenden Wandel der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit herbeizuführen. D. h., es stellt sich nicht mehr die Frage, ob das Wachstum der Sozialpsychiatrie an ihrem Ende angelangt ist, es besteht vielmehr die Sorge, ob damit auch ein Abbruch der Psychiatriereform verbunden ist. Aus Träger- und Einrichtungsperspektive geht es nicht mehr nur um Besitzstandswahrung, es geht um die Sorge eines bevorstehenden quantitativen und qualitativen Rückschritts. Diese Besorgnis stützt sich auf die Wahrnehmung diverser Tendenzen: Im beruflichen Alltag sollen immer häufiger die von verschiedenen Programmen vorgegebenen Verhaltensstandards durchgesetzt werden. Immer mehr Arbeitskraft wird dadurch gebunden, um die finanziellen Grundlagen der Betreuung zu sichern, d. h. den Kontrollbedürfnissen der Kostenträger Rechnung zu tragen. Pharmakologische und technisch gestützte Therapien im klinischen Bereich werden wieder bevorzugt sowie materielle und personelle Ressourcen vorrangig für akut erkrankte Menschen verwandt, während schwer und chronisch Kranke eher vernachlässigt werden. Eine Haltung, die danach sucht, KlientInnen auf ihrem Weg zu begleiten mit der für sie persönlich nötigen Zeit, hat es zunehmend schwerer. Grundprinzipien der Sozialpsychiatrie, z. B. personelle Kontinuität oder bedürfnis-orientierte Beziehungspflege müssen als gefährdet angesehen werden (Bott 2005, S. 42; Schernus 1997, S. 104-106). Immer häufiger entscheiden Kostenträger über das Ende einer Behandlung oder Aufenthaltsdauer in einer Einrichtung und nicht mehr vorrangig der gesundheitliche Zustand und die Bedürfnisse der betroffenen KlientInnen sowie die fachliche Einschätzung des Betreuungspersonals. Z. B. wurde die Platzfreihaltegebühr in vollstationären psychiatrischen Wohneinrichtungen von 60 auf 30 Tage reduziert, die Möglichkeit einer Verlängerung ist grundsätzlich nicht mehr möglich. Der Bewohner eines kleinen Wohnheims, das ihm vom konzeptionellen Anspruch her ein unbefristetes zu Hause in der Gemeinde anbietet, kann daher nicht mehr davon ausgehen, dass die Einrichtung dieses Versprechen auch verlässlich einhalten kann. Sobald er aufgrund seelischer Krise oder schwerer körperlicher Krankheit länger als 30 Tage in eine Klinik muss, stellt der Kostenträger die Zahlungen ein. Die Einrichtung wird es sich nur kurze Zeit leisten (können), sein Zimmer frei zu halten.

Vor allem kleine Träger und Einrichtungen mit wenig Eigenkapital scheinen von der Bedrohung durch die Selektion des Marktes betroffen zu sein. Und zwar besonders dann, wenn sie ihre Arbeit ausschließlich mit Fachpersonal organisieren und den MitarbeiterInnen korrekte Arbeitsbedingungen bieten (Tarifbindung, Bezahlung nach BAT IV b, unbefristete Arbeitsverträge, etc.). Das sind gerade viele der Einrichtungen, die nach der mittlerweile auch von den Kostenträgern verordneten Prämisse „ambulant vor stationär“ sowie anstatt einrichtungsbezogenen vom Ansatz her personenzentriert arbeiten (Erb 2005, S. 32). Es geht um die Ebene „klein – groß“ sowie um den Grad der Ausdifferenzierung. „Klein und überschaubar, gemeindenah und ausdifferenziert“ ist aus fachlicher Perspektive nötig und wird von den Kostenträgern zurzeit (in der Hoffnung auf Einsparungsmöglichkeiten) gefordert. Große gebündelte Angebote sind jedoch aufgrund sich ergebender Synergieeffekte (kurzfristig gerechnet) billiger. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass sie es sind, die sich letztlich auf dem Markt als die „Stärkeren“ durchsetzen werden. So gesehen könnte für die vielen kleinen Träger die Gefahr bestehen, dasselbe Schicksal zu erleiden wie einst die Tante-Emma-Läden: Wer es sich leisten kann, der kauft sich die Hilfe auf private Rechnung bei „Klein aber Fein“. Die allerwenigsten wären dazu in der Lage, da chronische psychische Krankheit schwer mit wirtschaftlichem Erfolg zu vereinbaren ist.

Die Soltauer Impulse (siehe Anlage 3) warnen vor dieser Tendenz und weisen darauf hin, dass es klüger wäre, im sozialen Bereich alternative Modelle von konstruktiver Zusammenarbeit weiterzuentwickeln, die Vielfalt auch kleinerer Anbieter zu schützen und nicht auf kurzfristige Preiskämpfe zu setzen. Der Soziale Bereich eigne sich nicht für marktwirtschaftliche Gesetzmäßigkeiten. Aktuell gehe es vor allem darum, die soziale Komponente in unserer Gesellschaft zu sichern. Die InitiatorInnen des Zusammenschlusses (darunter viele bekannte Namen wie Erich Wulff, Renate Schernus, Klaus Dörner oder Heiner Keupp) fragen, inwieweit wir uns der marktwirtschaftlichen Logik und dem Diktat von Effizienz und Konkurrenz zu sehr anpassen, obwohl unser Arbeitsfeld und die Menschen, die auf das Hilfesystem Psychiatrie angewiesen sind, sich in besonderem Maße als ungeeignet erweisen, um sich vorwiegend nach marktwirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten steuern zu lassen. Sie wollen zum Nachdenken darüber anregen, inwieweit selbst gut durchdachte fachliche Methoden vor diesem Hintergrund missbräuchlich genutzt und ihrer Sinnhaftigkeit beraubt werden (Börner 2005, S. 24-26).

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Ich bin aber der Ansicht, dass es genau die Frage ist, die unbedingt gestellt werden muss, und zwar von der Sozialen Arbeit und nicht nur im Handlungsfeld der Psychiatrie. Denn der Kontext, in dem Soziale Arbeit stattfindet, bringt viele inhaltlich gut und sinnvoll entwickelte Maßnahmen sowie geplante Vorhaben in Gefahr, umgedeutet und dem Spardiktat untergeordnet zu werden. Mit dieser Position soll natürlich nicht bezweifelt werden, dass wirtschaftliches Denken und Handeln auch für die Soziale Arbeit sinnvoll sind. Mit begrenzten Mitteln wirksam zu helfen, wird seit jeher von ihr erwartet. Auch muss sie ihre Qualität transparent belegen können und sich fachlich weiterentwickeln. Was aber vermieden werden muss, ist eine Reduzierung im Leistungsangebot der Sozialen Arbeit als Merkmal von Qualitätsmanagement wahrzunehmen und auszugeben! Es muss ein zentrales Anliegen der Sozialen Arbeit bleiben, Lösungen zu finden, ohne die „Schwächsten“ (Dörner) dabei zu vernachlässigen!

## **6. Motivation und Haltung sozialpsychiatrisch tätiger SozialarbeiterInnen**

Die Alltagspraxis der Sozialen Arbeit wird wesentlich geprägt durch das persönliche Menschenbild sowie die individuelle Arbeitsweise der einzelnen SozialarbeiterInnen. In diesem Kapitel wird daher die subjektiv-praktische Ebene des sozialpsychiatrischen Handelns betrachtet. Es wurde dazu eine entsprechende Umfrage durchgeführt. Die wichtigsten Inhalte und Ergebnisse werden nachstehend dargestellt.

### 6.1 Die Befragung

Erkenntnisinteresse der Umfrage mittels Leitfrageninterviews war es, zu erfahren, welche Position sozialpsychiatrisch tätige SozialarbeiterInnen im praktischen Feld einnehmen, worauf es ihnen ankommt, was sie motiviert und ob die in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten Grundlagen und Werte für sie eine Rolle spielen.

#### 6.1.1 Die InterviewpartnerInnen

Es wurden fünf qualifizierte SozialarbeiterInnen (zwei Frauen und drei Männer) befragt. Sie sind in verschiedenen ambulanten und teilstationären Einrichtungen eines Sozialpsychiatrischen Zentrums (Sozialpsychiatrischer Dienst, Integrationsfachdienst, Therapeutische Wohngemeinschaft, Betreutes Einzelwohnen) tätig und verfügen über eine unterschiedlich lange Berufserfahrung.

#### 6.1.2 Ablauf der Interviews

Alle persönlich angefragten SozialarbeiterInnen waren bereit, kurzfristige Interviewtermine zu vereinbaren. Diese fanden „face-to-face“ in der jeweiligen Einrichtung statt. Die Atmosphäre in den Gesprächen war angenehm, die kollegiale Nähe trug spürbar zur Offenheit bei. Die Interviews wurden auf Kassette aufgenommen, transkribiert und durch soziographische Daten ergänzt (siehe Anhang 4).

### 6.1.3 Der Leitfaden für das Interview

Einleitung: Die Masterarbeit beschäftigt sich mit dem beruflichen Selbstverständnis von Menschen, die in sozialpsychiatrischen Einrichtungen arbeiten. Es geht mir deshalb nicht vorrangig um die Fakten der Arbeit, sondern vielmehr um Ihre persönliche Sicht der Dinge. ...

1. Zuerst möchte ich Sie bitten, mir einen kurzen Einblick in Ihre alltägliche Arbeit zu geben.
2. Was sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Merkmale von Qualität in der sozialpsychiatrischen Arbeit?
3. Können Sie etwas über Ihr Menschenbild, Ihre zentrale Haltung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen sagen - worauf kommt es Ihnen an, was halten Sie für unverzichtbar?
4. Gibt es etwas, das Ihnen besonders Freude macht im Kontakt mit Ihren KlientInnen?
5. Wie entscheiden Sie in schwierigen Situationen; gibt es für Sie hier grundsätzliche Halte- bzw. Orientierungspunkte?
6. Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine sozialpsychiatrische Fachkraft Ihrer Erfahrung nach unbedingt verfügen?
7. Was erwarten Sie für die Zukunft der Sozialpsychiatrie?  
(Befürchtungen und Hoffnungen)
8. Wenn Sie viel Geld und viel Einfluss hätten, welche Veränderungen würden Sie dann in Ihrer Einrichtung bzw. in der sozialpsychiatrischen Versorgung überhaupt in Gang setzen?

Ich bedanke mich für das Gespräch!

## 6.2 Die Ergebnisse der Befragung

Das zentrale Moment ihrer Tätigkeit sehen alle befragten SozialarbeiterInnen in der Beziehung zu ihren KlientInnen. In ihrem Anspruch und ihrer Vorstellung bezüglich der Qualität des Klientenkontakts werden persönliche Wertvorstellungen und damit zusammenhängend das Verständnis von Hilfe und Professionalität sowie ihre persönliche Motivation deutlich.

### 6.2.1 Beziehung zwischen HelferIn und KlientIn

Eine gute Beziehung wird als Grundlage für ein zielorientiertes Arbeiten mit den KlientInnen und als Voraussetzung für eine gelingende Unterstützung beschrieben. Das Erlebnis einer guten Beziehung zur Klientin bzw. zum Klienten benennen alle Befragten dem entsprechend auch als den Aspekt ihrer Arbeit, der ihnen besondere Freude bereitet. Des Weiteren wird Freude empfunden, wenn die KlientInnen Eigeninitiative entwickeln und dadurch „etwas ins Rollen kommt“ (Interview C, S. 120, Z. 7ff) sowie wenn Leiden und Angst gelindert und für die KlientInnen glückliche und zufriedene Momente möglich werden (Interview E, S. 132, Z. 1ff).

Eine gute Beziehung soll dem Verständnis der Interviewten nach authentisch, intensiv, vertrauensvoll, offen und persönlich sein sowie auf Gegenseitigkeit beruhen. Darunter wird zum einen verstanden, „dass nicht so eine große Differenz oder Hierarchie zwischen Klient, Patient oder Mitarbeiter da ist ... dass man sich auch klar ist, dass man selber eigentlich auch, ja irgendwie ein zerbrechlicher Mensch ist“ (Interview C, S. 119, Z. 22ff).

Es zeigt sich hier der Anspruch, sich als HelferIn den KlientInnen gegenüber nicht zu erhöhen sowie eine Einsicht in die grundsätzliche Ungesicherheit auch der eigenen Existenz. Dieses Wissen um die eigene Bedürftigkeit ist nach Thiersch eine notwendige Bedingung für Solidarität und ermöglicht die rationale Einsicht in die Notwendigkeit des Zusammenstehens in Notsituationen bzw. der Hilfe in existentieller Bedürftigkeit (Thiersch 1995, S. 48 zit. in Klug 2000, S. 195).

Zum anderen wurde mehrfach betont, dass in der Beziehung auch gegenseitige Kritik möglich sein muss. Der Anspruch der Menschlichkeit wurde in diesem Zusammenhang mehrfach betont. Beispielhaft zitiere ich aus dem Interview D (S. 126, Z. 7ff): „Also, was ich zum Beispiel auch immer noch mache, wenn ich mich ärgere über irgendetwas, dann, dann merken die Klienten das sehr. Und dann bin ich auch mal menschlich.“ Das Verständnis von Menschlichkeit scheint dabei verbunden zu sein mit der Einstellung, dass sich SozialarbeiterInnen mit ihrer ganzen Person in die Arbeit einbringen müssen und nicht nur „kopfige, distanzierte Professionelle“ sein dürfen, sondern im Gegenteil auch „mit Gefühl, mit Herz“ dabei sein müssen (Interview A, S. 112, Z. 2ff).

### 6.2.2 Kriterien der Professionalität

Unter Professionalität in der Beziehungsgestaltung verstehen die Befragten die Kompetenz, in persönlich gestalteten Kontakten eine klare Position beziehen und sich abgrenzen zu können. D. h. zum einen, eine sachliche Ebene einnehmen können, „ohne persönlich von allen Beziehungswirrnissen, die entstehen, betroffen zu sein“ (Interview E, S. 133, Z. 6ff) sowie zum anderen, „sich von seinen persönlichen Vorstellungen distanzieren zu können“ (Interview E, S. 131, Z. 14f). Es geht also um die Bereitschaft und die Fähigkeit, eine tolerante Haltung einnehmen zu können, die wiederum als Grundlage dafür gesehen wird, dem Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen gerecht werden und sich auf ihre Bedürfnisse und Ressourcen ausrichten zu können. Im ethischen Wert der Toleranz wird damit eine wesentliche Voraussetzung für qualitätvolle sozialpsychiatrische Arbeit gesehen.

In allen Interviews wurde das Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen betont, gleichzeitig aber immer auch in Bezug gesetzt zum sozialen Rahmen und zu möglichen Grenzen. Das so genannte Doppelte Mandat, eine Verpflichtung auch dem sozialen Umfeld der KlientInnen sowie der ganzen Gesellschaft gegenüber wird deutlich wahrgenommen. Die Problematik von Hilfe und Kontrolle wird dabei als schwierig und zum Teil belastend erlebt, vor allem in Bezug auf nötige Zwangsmaßnahmen. Der Wert der Solidarität zeigt sich hier in einer Parteinahme für die „Schwächeren“:



„ ... ich bin etwas mehr auf der Seite des Schwerbehinderten, weil der im Verhältnis zu dem Arbeitgeber geringeren Einfluss, geringere Macht hat.“ (Interview A, S. 111, Z. 10ff).

In den Hinweisen der Befragten, dass nur notfalls und kurzfristig gegen den Willen von KlientInnen gehandelt werden darf, zeigt sich der Wert der Autonomie in Zusammenhang mit der Subsidiarität sowie eine Haltung, die sich gegen die Ausübung von Macht ohne Verantwortungsübernahme ausspricht. Zur Verdeutlichung zitiere ich aus dem Interview B (S. 115, Z. 26ff):

„Also das Selbstbestimmungsrecht hat natürlich manchmal Grenzen, das ist auch immer das, was dann immer schwierig wird, wenn es um eine Zwangseinweisung geht. Also es gibt sicherlich Situationen, wo das Selbstbestimmungsrecht kurzfristig aufgehoben werden muss, das ist eben unser Auftrag. Aber die Betonung liegt auf kurzfristig. Soweit das nicht mehr notwendig ist, muss das zurückgeführt werden, das Selbstbestimmungsrecht vom Klienten.“

Schwierige Situationen werden von den Befragten als Ausnahmesituationen auch für sie selbst als HelferInnen beschrieben, entsprechende Konsequenzen werden daraus abgeleitet. Alle Befragten führen an, dass neben einer fundierten Ausbildung und dem fachlichen Wissen (z.B. um die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder) sowie der Fähigkeit zu guter Kommunikation vor allem auch die Verantwortungsübernahme sich selbst als HelferIn gegenüber von Bedeutung ist. Sie erwarten von sich eine gewisse Selbsterfahrung, eine bleibende Auseinandersetzung mit sich selber (vgl. Interview B, S. 116, Z. 30ff) und sehen in der Fähigkeit zur Reflexion ein wichtiges berufliches Handwerkszeug. In diesem Zusammenhang wird mehrfach die Notwendigkeit des fachlichen und reflexiven Austausches (in Teamgesprächen bzw. Supervision) genannt und auch als Qualitätsmerkmal der Arbeit bewertet (Interview D, S. 125, Z. 28ff):

„Das, was ich auch sehr qualitativ wertvoll finde, das ist, dass Teams da sind, mit denen man Rücksprache halten kann, wo man sich Tipps und Anregungen von den Kollegen holen kann. Auch die Supervision ist sehr hilfreich und notwendig meines Erachtens.“

### 6.2.3 Hoffnungen, Befürchtungen und Veränderungswünsche

Bezüglich ihrer Hoffnungen, Befürchtungen und Änderungswünsche (Fragen 7 und 8) wurde die sozialpsychiatrische Grundhaltung bzw. Sichtweise aller Befragten deutlich: Sie hoffen auf eine konsequente ambulante Psychiatrie, stationäre Klinikaufenthalte sollen nur bei schweren Krisen und auch dann nur kurzfristig stattfinden. Sie fordern kleine sozialpsychiatrische Einrichtungen in der Gemeinde und beziehen eine kritische Position gegenüber Großeinrichtungen, wie es häufig Heime sind. Sie sprechen von „Verwahranstalten“, von einer „Ordnungs- oder Instantpsychiatrie“, in der es vor allem um die Ruhigstellung der KlientInnen geht und verweisen auf das Recht der KlientInnen auf würdevolle Lebensbedingungen: „Ich finde das schrecklich, wenn Doppelzimmer für Klienten da sind, das ist unmöglich.“ (Interview D, S. 129, Z. 17f). Und nicht zuletzt hoffen sie eine Akzeptanz ihrer Tätigkeit, wie es vor allem im Interview B (S. 117, Z. 13ff) deutlich wird:

„dass sich endlich mal im Bereich Kommunikation mehr tut und mehr Einsicht in unsere Gesellschaft kommt, dass es wichtig ist, die Sozialpsychiatrie voranzutreiben, also dass es gesellschaftlich wichtig ist und dass es der Gesellschaft nützt, langfristig.“

Die in den Interviews ausgedrückten Hoffnungen entsprechend ihren Befürchtungen: Mittelstreichungen, weniger Personal, weniger Qualität im Sinne vor allem der Wahrnehmung einer Tendenz zurück zu einer in der Hauptsache biologisch-medizinischen ausgerichteten Psychiatrie.

Die Änderungswünsche und phantasierten Verbesserungsvorhaben entsprechen den Hoffnungen und Befürchtungen:

Kleine gemeindenahere Einrichtungen werden gefördert, die sozialpsychiatrische Entwicklung weiter vorangetrieben. Es wird zusätzliches Personal eingestellt, die Ausstattung der Einrichtungen wird verbessert und es werden umfangreiche Fortbildungsmöglichkeiten angeboten. Bezüglich der Medikation wird verstärkt Forschung betrieben, Soteria-Projekte als Alternative zu übermäßiger Medikamentengabe werden gefördert, die pharmazeutische Industrie mit ihren vorrangig ökonomischen Interessen wird geschwächt. Es entstehen weitere Projekte, vor allem auch für bisher vernachlässigte Klientengruppen, wie z. B. Kinder und Jugendliche.

In den Projektinitiativen geht es vorrangig um Beschäftigungs- und Zuverdienstmöglichkeiten und damit um mehr soziale Gerechtigkeit. In diesem Zusammenhang werden auch Fonds für spezielle Notlagen eingerichtet, um einer Exklusion durch Armut entgegenzuwirken. Insgesamt werden die Hilfemöglichkeiten vereinfacht und durchlässiger gestaltet, Bürokratie wird abgebaut. Es wird schließlich eine Art „Verbraucherschutz“ für die NutzerInnen der psychiatrischen Hilfeangebote installiert und die „Legalisierung“ der Sozialen Arbeit vorangetrieben, so dass sie sich der Gesellschaft gegenüber nicht mehr zu rechtfertigen braucht.

Die Forderungen für die MitarbeiterInnen stehen im Szenario der Frage 8 deutlich hinter den Forderungen für die KlientInnen. Diese wiederum bewegen sich als bedürfnisorientierte Projekte zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen im Großen und Ganzen in den gewohnten sozialpsychiatrischen Strukturen. Konkrete gesellschaftliche Interventionen bzw. dem entsprechende Machtmittel wurden nicht phantasiert. Allenfalls in der Reduktion der Bürokratie ist ein Veränderungsmoment zu erkennen.

#### 6.2.4 Zusammenfassung

Abschließend kann festgestellt werden, dass die befragten SozialarbeiterInnen ihr Handeln vorrangig humanistisch<sup>9</sup> und / oder anthropologisch<sup>10</sup> begründen. Die Interviews haben bestätigt, dass ihr professionelles Handeln wesentlich von ethischen Werten mitbestimmt wird, was wiederum als Voraussetzung für eine Umsetzung des fachlichen Wissens in eine verantwortbare und qualitätvolle sozialpsychiatrische Arbeit gesehen wird: Die Bedeutung, die die Befragten ethischen Werten beimessen, wurde in der Beantwortung der Frage 3 besonders deutlich. Hier wurden als „unverzichtbar“ bezeichnet: Empathie, Verstehen und Nachvollziehen können, Respekt, Toleranz, Würde, Achtung, Verantwortungsbewusstsein und Geduld.

---

<sup>9</sup> = im Sinne des Humanismus denkend und handelnd: im Bewusstsein der Würde des Menschen, im Streben nach einer echten Menschlichkeit. (Duden-Fremdwörterbuch. S. 402)

<sup>10</sup> = die Anthropologie betreffend: Wissenschaft vom Menschen, bes. unter biologischem, philosophischem, pädagogischem und theologischem Aspekt. (Duden-Fremdwörterbuch. S. 71)

Die SozialarbeiterInnen erwarten von sich ihre Präsenz als ganze Person, sie sehen in ihren KlientInnen ein gleichwertiges Gegenüber. In ihrer Orientierung an möglichst normalen Prinzipien der menschlichen Begegnung und Kommunikation stehen die Menschenrechte und ethische Grundfragen im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit. Sie beziehen dabei die Bedürfnisse der KlientInnen auf die für alle Menschen maßgeblichen Grundbedürfnisse nach menschenwürdigem Wohnen, Arbeiten und Zusammenleben.

Es wurde deutlich, dass die alltägliche Praxis der SozialarbeiterInnen geprägt ist von den Dimensionen Hilfe und Kontrolle und dass sie die Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeiten ihrer KlientInnen als übergreifendes Ziel begreifen und damit für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben eintreten. Eine proaktive politische Haltung wurde dabei allerdings nicht vermittelt.

## 7. Resümee

Es ist schon oft gesagt worden, dass eine Gesellschaft so human ist, wie sie mit ihren schwachen und ungewöhnlichen Mitgliedern umgeht. Diese Aussage enthält sicherlich einen unverbrauchten Stand an Wahrheit. Sie betont aber gleichzeitig auch recht einseitig die Belastung der Gesellschaft durch diese Menschen und macht daher nicht deutlich, dass jede Gesellschaft ihre Mitglieder braucht, die abweichend empfinden, denken und handeln, um nicht zu verarmen oder zu erstarren. Der Umgang der Gesellschaft mit ihren psychisch kranken Mitgliedern ist zudem nicht nur ein Spiegelbild ihrer Gesinnung, sie war und ist als solches vor allem auch eine Art Seismograph, der Gesinnungsänderungen früh anzeigt.

In diesem Sinne bedeutet es ein Versäumnis der sozialpsychiatrischen Arbeit, wenn sie sich ausschließlich um eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen einsetzt, nicht aber für eine Veränderung der Gesellschaft in ihrer Einstellung zum Fremden und Andersartigen. In diesem Sinne muss Sozialpsychiatrische Arbeit ausgerichtet sein auf einen Zuwachs an Toleranz im Umgang mit anderen und an Sensibilität im Umgang mit sich selbst - als grundlegende Voraussetzungen von seelischer Gesundheit. Dieser Auftrag ergibt sich meines Erachtens zwingend über ihr Doppelt Mandat, über das immer auch eine Mittlerrolle zwischen KlientInnen- und Gesellschaftsinteresse besteht und das auf Kooperation verpflichtet.

Wenn heute über die Gentechnologie die Vision vom leidensfreien Menschen und damit einer leidensfreien Gesellschaft den Markt erobert, verbunden auch mit einem zunehmendem gesellschaftlichen Erwartungsdruck in Richtung auf eine aktive Euthanasie für Behinderte, dann kann dies durchaus in Verbindung mit der beschriebenen Gesamtentwicklung sowie als Beleg dafür gesehen werden, dass von Solidarität nicht geredet werden darf, solange sie nur mit dem Prozentsatz des Bruttosozialprodukts begründet wird, die das Wirtschaftssystem für das Sozialsystem zur Verfügung stellt. Das konkrete sozialpsychiatrische Handeln muss darauf Bezug nehmen, wenn es nicht die Entsolidarisierung der Gesellschaft und die Versachlichung der psychisch Kranken bzw. sozial Schwachen fördern will.

Menschenwürde, Freiheit und Gleichheit sind unteilbar und konkretisieren sich entweder für alle Menschen einer Gesellschaft oder gelten aber für keinen Menschen dieser Gesellschaft. Sie müssen sich darüber hinaus in jedem einzelnen Menschen einer Menschlichkeit beanspruchenden Gesellschaft verwirklichen.

Sozialpsychiatrische Arbeit ist eine kulturelle und gesellschaftliche Aufgabe und hat daher auch zu prüfen, inwieweit die aktuellen Veränderungen noch dem Prinzip des Sozialstaates im Sinne der Solidarität mit den Schwächsten gerecht werden. Ihrem Grundsatz nach muss sie für menschenwürdige Lebensbedingungen für die ganze Bevölkerung eintreten. Sie darf nicht dulden oder befürworten, dass sich ihre Qualität ausschließlich nach dem Stande der Wirtschaft orientiert. Denn die ihr durch ökonomische Entwicklungen gesetzten ungerechten Grenzen haben nichts mit dem objektiven Reichtum der Gesellschaft zu tun. Sie darf daher keine Zustände billigen, die ihren fachlichen Erkenntnissen nicht entsprechen, sondern sie muss für eine bessere Wirtschaftsordnung eintreten, die die Durchführung ihrer Forderungen erlaubt. Sie muss verlangen, dass Wirtschaftlichkeit in dem Sinne verstanden wird, dass Problemlösung effizient und nachhaltig geschehen kann. Womit es dann auch nicht mehr vorrangig darum gehen kann, was Soziale Arbeit kostet, sondern vielmehr darum, wie in der Gesellschaft die Prioritäten so gesetzt werden können, dass eine derart qualitätvolle Soziale Arbeit, die Verantwortung übernimmt für gute Beziehungen zwischen BürgerInnen mit und ohne Behinderungen, möglich ist. Denn, wie Dörner sagt (2004, S. 38f), hat die Situation, dass das sozialpsychiatrische Denken „vom Letzten her“, also vom Selbstbestimmungsunfähigsten her, den es in der Wirklichkeit ja leider auch gibt, „zunehmend unter die Räder des neuen Marktdenkens gerät“, keineswegs nur etwas mit der Menge des verfügbaren Geldes zu tun. Man kann mit viel Geld und mit wenig Geld sowohl vom Ersten als auch vom Letzten her, vom Markt oder von der bürger-schaftlichen Solidarität her denken und handeln.

Damit ist der meiner Ansicht nach der wichtigste Punkt angesprochen, die Frage der Definitionsmacht. Denn zu definieren, was „sozial“ ist, was qualitative Soziale Arbeit bzw. sozialpsychiatrische Arbeit ausmacht, was wie nötig oder eben nicht nötig ist, kann nicht im Wesentlichen von Politik und Kostenträgern entschieden werden. Es handelt sich dabei um eine fachliche Angelegenheit und ist Sache der Sozialen Arbeit.

Um sich nicht selbst in Bezug auf ihren Zweck hin zu gefährden, muss die Sozialpsychiatrische Arbeit ihr humanes Wertefundament kommunizieren und vertreten. Sie muss eine Gegenargumentation aufbauen, sobald die Gesellschaft von ihr erwartet, sich vorrangig an Leistungs- und Effizienzkriterien im Sinne des bloßen Überlebens und / oder marktwirtschaftlichen Konkurrerens zu orientieren. Es kann dabei nicht vorrangig um individuelle Motive gehen, denn Individuen sind, wie Luhmann es ausdrückt, sehr instabile Wertträger, die ihre Werte jederzeit ändern können (zit. in Miller 2001, S. 180f). Es muss vielmehr um eine strukturelle Verankerung grundlegender Werte gehen, die eine gewisse Stabilität erst über ihre Kommunikation erhalten.

Damit Soziale Arbeit nicht allein durch die Kosten gesteuert und auf formale Kriterien reduziert wird, müssen sich die in der Sozialen Arbeit Tätigen in die aktuellen Diskussionen und Planungen einmischen, aktiv ihre Beteiligung am anstehenden bzw. bereits angelaufenen Umbau der sozialen Unterstützungssysteme einfordern, dessen Auswirkungen sie zwangsläufig immer konkreter betreffen werden. Und sie muss der Gesellschaft Fehlentwicklungen spiegeln, muss Stellung beziehen in einer Sprache, die auch von Außenstehenden verstanden wird. Denn sie hat einiges zu verteidigen: die erreichte Wertschätzung z. B. von psychiatriee erfahrenen Menschen, wie sie sich in einigen Entwicklungen der letzten Jahre kundtut. Von der hiesigen Spardiskussion bis hin zur so genannten Bioethik-Konvention – die Lage sollte die Soziale Arbeit anregen, sich erneut und intensiv politisch zu begreifen (Bremer 1997, S. 84), damit es nicht durch all die gekennzeichneten Strömungen bedingt zu einer Änderung des Menschenbildes auch in der Sozialpsychiatrie kommt. Und sie muss sich schließlich wieder öffentlichkeitswirksamer machen, vielleicht sogar wieder „auf die Straße gehen“ wie vor 30 Jahren. Und zwar diesmal gemeinsam. Die professionell Tätigen alleine sind nicht überzeugend genug und können glaubwürdig auch nicht nur für Einzelinteressen eintreten, sondern lediglich für die Bedrohung der solidarischen Gesamtgesellschaft. Voraussetzung ist allerdings, dass alle Beteiligten (Träger, MitarbeiterInnen, Betroffene und Angehörige) sich auf das Gemeinsame und damit auf die Bürgergesellschaft besinnen und sich nicht nur darauf ausrichten, ein möglichst großes Stück vom Kuchen des Sozialen abzubekommen.

Unübersehbar haben sich viele engagierte Professionelle im Laufe der Jahre von einem gewissen Reformgeist verabschiedet und sind im handwerklichen Alltagsgeschäft des technokratischen Managements aufgegangen. Es stellt sich daher meines Erachtens die auch Frage, was aus einem Management wird, wenn es seinen dialektischen Gegenpol, das Nachdenken über eine veränderte Gesellschaft, ein neues Menschenbild oder eine spezifische Grundhaltung, verliert. Die aktuellen Debatten zeigen, dass auch neue Instrumente der Sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie nicht per se Reform ermöglichen oder sie verhindern, sondern jeweils an eine sozialpsychiatrische Grundhaltung rückgebunden werden müssen. Man könnte sagen, der antipsychiatrische Diskurs sollte als radikale Kritik weiter bestehen und einen wichtigen Stellenwert des Spiegels und des Korrektivs innerhalb des sozialpsychiatrischen Diskurses einnehmen. Auch wenn wir heute die Radikalität mancher Forderungen nicht mehr teilen, so sind doch die Grundüberzeugungen geblieben: Das Ziel mit den psychisch kranken Mitmenschen in Gemeinschaft zu leben, der Anspruch, mit ihnen in eine möglichst herrschaftsfreie und offene Auseinandersetzung zu treten, gemeinsam die möglichen Ursachen ihrer Störungen vor dem Hintergrund ihrer familiären und gesellschaftlich-sozialen Lebensbedingung zu reflektieren. Nur so kann Selbstbestimmung wirklich erreicht werden.

Abschließend und quer zum Zeitgeist der linearen Effektivität möchte ich darauf hinweisen, dass psychisch kranke Menschen „Umwege“ brauchen, auch wenn diese scheinbar zunächst weg vom Ziel führen. Solche Umwege können in jahrelanger Verweigerung von Arbeit, Kontakten und vielem anderem bestehen. Hilfebedarf ist dabei in keinem Fall mit einem zielorientierten Trainingsbedarf gleichzusetzen. Die Menschen, die am meisten Hilfe brauchen, die „Schwächsten“ verfügen nicht über so genannte Konsumentensouveränität (Schernus 1997, S. 105).

Zentrale Bedingung für eine qualitativ hochwertige Soziale Arbeit kann nicht ein „straightes Menschenmanagement“ sein, sozialpsychiatrische Arbeit muss vor allem auch die „Kunst des Indirekten“, wie Renate Schernus (1997) es genannt hat, beherrschen. Denn wenn wir auch ohne Wirtschaftlichkeit nicht durchhalten können - ohne Menschlichkeit werden wir es nicht aushalten!



## LITERATURVERZEICHNIS

Baum, Hermann 1996: Ethik sozialer Berufe. Paderborn, München, Wien, Zürich.

Bock Teresa 1995: Was leistet berufliche Sozialarbeit für die Gesellschaft? Erfahrungen und Perspektiven. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau. S. 43 – 56.

Böhnisch, Lothar 1999: Sozialpädagogik der Lebensalter. Weinheim und München.

Börner, Horst 2005: Wer sich nicht wehrt ... Warum die Soltauer Impulse zur Sozialpolitik und Ethik in der Psychiatrie? In: Soziale Psychiatrie. Heft 1/2005. S. 23 -26.

Bosshard, Marianne u. a. 2001: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn.

Bott, Jutta M. 2005: Moderne Vernachlässigung in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 2/2005. S. 43-46.

Bremer Fritz 1997: Ver-rückte Ethik – Klammheimliche Verrückung der Werte. In: Blume, Jürgen: Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen. Neumünster. S. 75-84.

Castel, Robert 1983: Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt/Main.

Cramer, Manfred 2000: Ansprüche und Wirklichkeit der Sozialpsychiatrie in München. In: Berger, Heinrich / Braun, Ute (Hrsg.) 2000: Psychiatrie in der Konkurrenzgesellschaft. Bonn. S. 61-72.

Crefeld, Wolf 2005: Zur Rolle des Sozialarbeiterberufs in der Gemeindepsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 3/2005. S. 24-28. Bonn.

Dörner, Klaus / Plog, Ursula 1982: Irren ist menschlich. 6. Auflage. Bonn.

Dörner, Klaus 1984: Bürger und Irre. Überarbeitete Neuauflage. Frankfurt/Main.

Dörner, Klaus u. a. (Hg.) 1989: Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach „Holocaust“: Erkennen – Trauern – Begegnen. Frankfurt/Main.

Dörner, Klaus 1991: Zur Orientierung psychiatrischen Handelns. In: Bock Thomas / Weigand, Hildegard (Hrsg.) 1991: Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn. S. 38-46.

Dörner Klaus 1993: Tödliches Mitleid. Gütersloh.

Dörner, Klaus / Plog, Ursula 1996: Irren ist menschlich. 1. Aufl. d. Neuauflage. Bonn.

Dörner, Klaus 2004: Das Handeln psychosozialer Profis. In: Soziale Psychiatrie. Heft 3/2004. S. 37-42.

Dörner, Klaus 2005: Es ist verboten, Personen zu zentrieren! In: Soziale Psychiatrie. Zieht euch warm an! Heft 1/2005. S. 33-37.

Doppler, Klaus / Lauterburg, Christoph 1995: Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Frankfurt/Main, New York.

Dreyfus, Hubert L. / Rabinow, Paul 1987: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Frankfurt/Main.

Duden. Das Fremdwörterbuch. Hrsg. Die Dudenredaktion. 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2001. Mannheim.

Engelke, Ernst 1998: Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau.

Erb, Karl 2005: Soziale Arbeit in der ambulanten Psychiatrie – Quo Vadis?  
In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 1/2005. S. 32-35.

Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. 5. Auflage 2002. Frankfurt am Main.

Filsinger, Dieter / Bergold, Jarg B. 1993: Entwicklungsmuster und Entwicklungsdynamik psychosozialer Dienste: Probleme und Perspektiven der Vernetzung.  
In: Bergold, Jarg B. / Filsinger, Dieter (Hrsg.): Vernetzung psycho-sozialer Dienste: Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim, München. S. 11-45.

Foucault, Michel (dt. 1973, franz. 1961). Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main.

Forster, Karl 2004: DAS INTERVIEW Heiner Geißler über A n g s t. In: Süddeutsche Zeitung. Ausgabe 11./12.12.04. Seite VIII.

Gruber, Hans-Günter 2005: Ethisch denken und handeln. Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. Stuttgart.

Hering, Sabine / Münchmeier, Richard 2000: Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Grundlagentexte Sozialpädagogik / Sozialarbeit. Weinheim und München.

Kardorff, Ernst von 1998: Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, Bernd u. a.: Netzwerkindervention. Tübingen. S. 203-222. Kleve, Heiko 1999: Postmoderne Sozialarbeit. Aachen.

Kleve, Heiko 2005: Postmoderne Sozialarbeit und Sozialstaatstransformation. Fragen und Antworten aus einer ambivalenzreflexiven Perspektive. In: Sozialmagazin. Heft 02/2005. S. 34-42.

Klug, Wolfgang 2000: Braucht die Soziale Arbeit eine Ethik? In: Wilken, Udo (Hrsg.) 2000: Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Freiburg im Breisgau.

Knoll, Andreas 2000: Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen.

Kuhlmann, Carola 2000: Alice Salomon. Ihr Lebenswerk als Beitrag zur Entwicklung der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Weinheim.

Maas, Udo 1992: Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln. Weinheim und München.

Manderscheid Heyo 2000: Solidarität stiften statt Fürsorge organisieren. Was Wohlfahrtsverbände lernen müssen, wenn sich Soziale Arbeit verändern soll. In: Udo Wilken (Hrsg.). Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Freiburg im Breisgau. S. 119-149.

Martin, Ernst 2001: Sozialpädagogische Berufsethik. Auf der Suche nach dem richtigen Handeln. Weinheim und München.

Meyers Grosses Taschenlexikon 1981. Hrsg. Lexikonredaktion des Bibliographischen Instituts. Mannheim, Wien, Zürich.

Miller, Tilly 2001: Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie. 2. überarbeitete und erwartete Auflage. Stuttgart.

Negt, Oskar 2001: Zeitgeist und Krankheit. In: Bremer, Fritz u. a.: Wie geht's uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster. S. 16-26.

Nida-Rümelin, Julian 2000: Die ethischen Grundlagen des Sozialstaats. In: Kersting, Wolfgang (Hg.) 2000: Politische Philosophie des Sozialstaats. Weilerwist. S. 333-350.

Pieper, Annemarie 2000: Einführung in die Ethik. 4. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Tübingen und Basel.

Sachße, Christoph / Tennstedt, Florian 1980: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland: Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Sachße, Christoph / Tennstedt, Florian 1988: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Sachße, Christoph / Tennstedt, Florian 1992: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Bd. 3: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Josef Schädle 1988: Ethische Voraussetzungen der Gemeindepsychiatrie.  
In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 2/1988. S. 10-16. Bonn.

Schernus, Renate 1997: Abschied von der Kunst des Indirekten. In: Blume, Jürgen: Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen. Neumünster. S. 85-109.

Scherpner, Hans 1974: Theorie der Fürsorge. Hrsg. von Hanna Scherpner.  
1. Aufl. 1962. Göttingen.

Stierl, Sebastian 2005: Das Ende der Psychiatrie-Reform. Politische Gedanken zu den ökonomischen Rahmenbedingungen einer abgebrochenen Reform. In: Soziale Psychiatrie, Heft 1/2005, S. 4-8.

Soltauer Impulse. Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. In: Soziale Psychiatrie, Heft 3/2004, S. 34-36.

Szasz, Thomas S. 1976: Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie. Olten.

Tambour, Barbara 2004: In Deutschland werden die Armen ärmer. Der neue Abschied vom alten Sozialstaat. In: Publik-Forum. Heft 5/2004. S. 24-25.

Thierse, Wolfgang 2004: „Wir müssen uns verbünden“. Solidarität in Gefahr: Bundestagspräsident Wolfgang Thierse bei der Entgegennahme des Walter-Marianne-Dirk-Preises. In: Publik-Forum. Heft 5/2004. S. 24 -25.

Weber, Klaus 1990: Eugenikgeschichten. Daten – Personen – Inhalte. In: Berger, Heinrich / Braun, Ute (Hrsg.) 2000: Psychiatrie in der Konkurrenzgesellschaft. Bonn. S. 98-106.

Wendt, Wolf Rainer 1995a: Geschichte der Sozialen Arbeit. 4. neu bearbeitete Auflage. Stuttgart.

Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) 1995b: Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau.

Wilken, Udo (Hrsg.) 2000: Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie. Freiburg im Breisgau.

Wörterbuch der Soziologie 1989. Hrsg. Endruweit, Günter / Trommsdorff, Gisela. Stuttgart.

**ANLAGENVERZEICHNIS**

1.	Internationale Menschenrechtserklärung	88
2.	Berufsethische Prinzipien des DBSH	94
3.	Soltauer Impulse zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder	101
4.	Interview-Transkripte	109
4.1	Interview A	109
4.2	Interview B	114
4.3	Interview C	118
4.4	Interview D	124
4.5	Interview E	130
5.	Eidesstattliche Erklärung	136

## Anlage 1: Internationale Menschenrechtserklärung

---

Die UNO-Resolution 217 A (II) wurde von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 angenommen und proklamiert. (Originaler Name "**The Universal Declaration of the Human Rights**" United Nations, General Assembly, Official Records third Session (part I) Resolutions. Document A/810)

---

### Präambel

DA DIE ANERKENNUNG der allen Mitglieder der menschlichen Familie innewohnenden Würde und ihrer gleichen und unveräußerlichen Rechte die Grundlage der Freiheit, der Gerechtigkeit und des Friedens in aller Welt bildet,

DA VERKENNUNG UND MISSACHTUNG der Menschenrechte zu Akten der Barberei führten, die das Gewissen der Menschheit tief verletzt haben, und da die Schaffung einer Welt, in der den Menschen, frei von Furcht und Not, Rede- und Glaubensfreiheit zuteil wird, als das höchste Bestreben der Menschheit verkündet worden ist,

DA ES WESENTLICH IST, die Menschenrechte durch die Herrschaft des Rechts zu schützen, damit der Mensch nicht zum Aufstand gegen Tyrannei und Unterdrückung als letztem Mittel gezwungen wird,

DA ES WESENTLICH IST, die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen zwischen den Nationen zu fördern,

DA DIE VÖLKER DER VEREINTEN NATIONEN in der Satzung ihren Glauben an die grundlegenden Menschenrechte, an die Würde und den Wert der menschlichen Person und an die Gleichberechtigung von Mann und Frau erneut bekräftigt und beschlossen haben, den sozialen Fortschritt und bessere Lebensbedingungen bei größerer Freiheit zu fördern,

DA DIE MITGLIEDSTAATEN sich verpflichtet haben, in Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen die allgemeine Achtung und Verwirklichung der Menschenrechte und Grundfreiheiten durchzusetzen,

DA DIE GEMEINSAME AUFFASSUNG über diese Rechte von größter Wichtigkeit für die volle Erfüllung dieser Verpflichtung ist,

verkündet die Generalversammlung die vorliegende Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

als das von allen Völkern und Nationen zu erreichende gemeinsame Ideal, damit jeder einzelne und alle Organe der Gesellschaft sich diese Erklärung stets gegenwärtig halten und sich bemühen, durch Unterricht und Erziehung die Achtung dieser Rechte und Freiheiten zu fördern und durch fortschreitende Maßnahmen im nationalen und internationalen Bereiche ihre allgemeine und tatsächliche Anerkennung und Verwirklichung bei der Bevölkerung sowohl der Mitgliedsstaaten wie der ihrer Oberhoheit unterstehenden Gebiete zu gewährleisten.



**Artikel 1**

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

**Artikel 2**

(1) Jeder Mensch hat Anspruch auf die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten ohne irgendeine Unterscheidung, wie etwa nach Rasse, Farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen.

(2) Weiter darf keine Unterscheidung gemacht werden auf Grund der politischen, rechtlichen oder internationalen Stellung des Landes oder Gebietes, dem eine Person angehört, ohne Rücksicht darauf, ob es unabhängig ist, unter Treuhandschaft steht, keine Selbstregierung besitzt oder irgendeiner anderen Beschränkung seiner Souveränität unterworfen ist.

**Artikel 3**

Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

**Artikel 4**

Niemand darf in Sklaverei oder Leibeigenschaft gehalten werden; Sklaverei und Sklavenhandel sind in allen Formen verboten.

**Artikel 5**

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

**Artikel 6**

Jeder Mensch hat überall Anspruch auf Anerkennung als Rechtsperson.

**Artikel 7**

Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich und haben ohne Unterschied Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz. Alle haben Anspruch auf gleichen Schutz gegen jede unterschiedliche Behandlung, welche die vorliegende Erklärung verletzen würde, und gegen jede Aufreizung zu einer derartigen unterschiedlichen Behandlung.

**Artikel 8**

Jeder Mensch hat Anspruch auf wirksamen Rechtsschutz vor den zuständigen innerstaatlichen Gerichten gegen alle Handlungen, die seine ihm nach der Verfassung oder nach dem Gesetz zustehenden Grundrechte verletzen.

**Artikel 9**

Niemand darf willkürlich festgenommen, in Haft gehalten oder des Landes verwiesen werden.

**Artikel 10**

Jeder Mensch hat in voller Gleichberechtigung Anspruch auf ein der Billigkeit entsprechendes und öffentliches Verfahren vor einem unabhängigen und unparteiischen Gericht, das über seine Rechte und Verpflichtungen oder über irgendeine gegen ihn erhobene strafrechtliche Beschuldigung zu entscheiden hat.

**Artikel 11**

(1) Jeder Mensch, der einer strafbaren Handlung beschuldigt wird, ist so lange als unschuldig anzusehen, bis seine Schuld in einem öffentlichen Verfahren, in dem alle für seine Verteidigung nötigen Voraussetzungen gewährleistet waren, gemäß dem Gesetz nachgewiesen ist.

(2) Niemand kann wegen einer Handlung oder Unterlassung verurteilt werden, die im Zeitpunkt, da sie erfolgte, auf Grund des nationalen oder internationalen Rechts nicht strafbar war. Desgleichen kann keine schwerere Strafe verhängt werden als die, welche im Zeitpunkt der Begehung der strafbaren Handlung anwendbar war.

**Artikel 12**

Niemand darf willkürlichen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, sein Heim oder seinen Briefwechsel noch Angriffen auf seine Ehre und seinen Ruf ausgesetzt werden. Jeder Mensch hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen derartige Eingriffe oder Anschläge.

**Artikel 13**

(1) Jeder Mensch hat das Recht auf Freizügigkeit und freie Wahl seines Wohnsitzes innerhalb eines Staates.

(2) Jeder Mensch hat das Recht, jedes Land, einschließlich seines eigenen, zu verlassen sowie in sein Land zurückzukehren.

**Artikel 14**

(1) Jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgungen Asyl zu suchen und zu genießen.

(2) Dieses Recht kann jedoch im Falle einer Verfolgung wegen nichtpolitischer Verbrechen oder wegen Handlungen, die gegen die Ziele der Vereinten Nationen verstoßen, nicht in Anspruch genommen werden.

**Artikel 15**

(1) Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Staatsangehörigkeit.

(2) Niemandem darf seine Staatsangehörigkeit willkürlich entzogen noch ihm das Recht dazu versagt werden, seine Staatsangehörigkeit zu wechseln.

**Artikel 16**

(1) Heiratsfähige Männer und Frauen haben ohne Beschränkung durch Rasse, Staatsbürgerschaft oder Religion das Recht, eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen. Sie haben bei der Eheschließung, während der Ehe und bei deren Auflösung die gleichen Rechte.

(2) Die Ehe darf nur auf Grund der freien und vollen Willenseinigung der zukünftigen Ehegatten geschlossen werden.

(3) Die Familie ist die natürliche und grundlegende Einheit der Gesellschaft und hat Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat.

**Artikel 17**

(1) Jeder Mensch hat allein oder in Gemeinschaft mit anderen das Recht auf Eigentum.

(2) Niemand darf willkürlich seines Eigentums beraubt werden.

**Artikel 18**

Jeder Mensch hat Anspruch auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit; dieses Recht umfaßt die Freiheit, seine Religion oder seine Überzeugung zu wechseln, sowie die Freiheit, seine Religion oder seine Überzeugung allein oder in Gemeinschaft mit anderen, in der Öffentlichkeit oder privat, durch Lehre, Ausübung, Gottesdienst und Vollziehung von Riten zu bekunden.

**Artikel 19**

Jeder Mensch hat das Recht auf freie Meinungsäußerung; diese Recht umfaßt die Freiheit, Meinungen unangefochten anzuhängen und Informationen und Ideen mit allen Verständigungsmitteln ohne Rücksicht auf Grenzen zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten.

**Artikel 20**

(1) Jeder Mensch hat das Recht auf Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit zu friedlichen Zwecken.

(2) Niemand darf gezwungen werden, einer Vereinigung anzugehören.

**Artikel 21**

(1) Jeder Mensch hat das Recht, an der Leitung der öffentlichen Angelegenheiten seines Landes unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter teilzunehmen.

(2) Jeder Mensch hat unter gleichen Bedingungen das Recht auf Zulassung zu öffentlichen Ämtern in seinem Lande.

(3) Der Wille des Volkes bildet die Grundlage für die Autorität der öffentlichen Gewalt; dieser Wille muss durch periodische und unverfälschte Wahlen mit allgemeinen und gleichem Wahlrecht bei geheimer Stimmabgabe oder in einem gleichwertigen Verfahren zum Ausdruck kommen.

**Artikel 22**

Jeder Mensch hat als Mitglied der Gesellschaft Recht auf soziale Sicherheit; er hat Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Organisation und der Hilfsmittel jedes Staates in den Genuss der für seine Würde und freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlichen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen.

**Artikel 23**

(1) Jeder Mensch hat das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf angemessene und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz gegen Arbeitslosigkeit.

(2) Alle Menschen haben ohne jede unterschiedliche Behandlung das Recht auf gleichen Lohn für gleiche Arbeit.

(3) Jeder Mensch, der arbeitet, hat das Recht auf angemessene und befriedigende Entlohnung, die ihm und seiner Familie eine der menschlichen Würde entsprechende Existenz sicher und die, wenn nötig, durch andere soziale Schutzmaßnahmen zu ergänzen ist.

(4) Jeder Mensch hat das Recht, zum Schutze seiner Interessen Berufsvereinigungen zu bilden und solchen beizutreten.

**Artikel 24**

Jeder Mensch hat Anspruch auf Erholung und Freizeit sowie auf eine vernünftige Begrenzung der Arbeitszeit und auf periodischen, bezahlten Urlaub.

**Artikel 25**

(1) Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge, gewährleistet, er hat das Recht auf Sicherheit im Falle der Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder anderweitigen Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.

(2) Mutter und Kind haben Anspruch auf besondere Hilfe und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche und uneheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.

**Artikel 26**

(1) Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung. Der Unterricht muß wenigstens in den Elementar- und Grundschulen unentgeltlich sein. Der Elementarunterricht ist obligatorisch. Fachlicher und beruflicher Unterricht soll allgemein zugänglich sein; die höheren Studien sollen allen nach Maßgabe ihrer Fähigkeiten und Leistungen in gleicher Weise offen stehen.

(2) Die Ausbildung soll die volle Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit und die Stärkung der Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten zum Ziele haben. Sie soll Verständnis, Duldsamkeit und Freundschaft zwischen allen Nationen und allen rassischen oder religiösen Gruppen fördern und die Tätigkeit der Vereinten Nationen zur Aufrechterhaltung des Friedens begünstigen.

(3) In erster Linie haben die Eltern das Recht, die Art der ihren Kindern zuteil werdenden Bildung zu bestimmen.

#### **Artikel 27**

(1) Jeder Mensch hat das Recht, am kulturellen Leben der Gemeinschaft frei teilzunehmen, sich der Künste zu erfreuen und am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Wohltaten teilzuhaben.

(2) Jeder Mensch hat das Recht auf Schutz der moralischen und materiellen Interessen, die sich aus jeder wissenschaftlichen, literarischen oder künstlerischen Produktion ergeben, deren Urheber er ist.

#### **Artikel 28**

Jeder Mensch hat Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in welcher die in der vorliegenden Erklärung angeführten Rechte und Freiheiten voll verwirklicht werden können.

#### **Artikel 29**

(1) Jeder Mensch hat Pflichten gegenüber der Gemeinschaft, in der allein die freie und volle Entwicklung seiner Persönlichkeit möglich ist.

(2) Jeder Mensch ist in Ausübung seiner Rechte und Freiheiten nur den Beschränkungen unterworfen, die das Gesetz ausschließlich zu dem Zwecke vorsieht, um die Anerkennung und Achtung der Rechte und Freiheiten der anderen zu gewährleisten und den gerechten Anforderungen der Moral, der öffentlichen Ordnung und der allgemeinen Wohlfahrt in einer demokratischen Gesellschaft zu genügen.

(3) Rechte und Freiheiten dürfen in keinem Fall im Widerspruch zu den Zielen und Grundsätzen der Vereinten Nationen ausgeübt werden.

#### **Artikel 30**

Keine Bestimmung der vorliegenden Erklärung darf so ausgelegt werden, daß sich daraus für einen Staat, eine Gruppe oder eine Person irgendein Recht ergibt, eine Tätigkeit auszuüben oder eine Handlung zu setzen, welche auf die Vernichtung der in dieser Erklärung angeführten Rechte und Freiheiten abzielen.

## **ANLAGE 2: Berufsethische Prinzipien des DBSH**

---

**Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.**

### **Berufsethische Prinzipien des DBSH**

Beschluß der Bundesmitgliederversammlung vom 21. - 23.11.97

in Göttingen

---

#### **Präambel**

Soziale Arbeit ist die Institution der beruflich geleisteten Solidarität mit Menschen, insbesondere mit Menschen in sozialen Notlagen. Die berufsethischen Prinzipien des DBSH sind für alle Mitglieder des DBSH verpflichtend und dienen damit der Überprüfung und Korrektur des beruflichen Handelns. Der DBSH greift hiermit das Grundsatzpapier der International Federation of Social Workers von 1994 auf und setzt es um.

#### **1 Ausgangslage**

In jeder Gesellschaft entstehen soziale Probleme. Diese zu entdecken, sie mit ihren Ursachen und Bedingungen zu veröffentlichen und einer Lösung zuzuführen, ist der gesellschaftlich überantwortete Auftrag Sozialer Arbeit. Seine Grenzen sind bestimmt durch strukturelle, rechtliche und materielle Vorgaben. Beruflich geleistete Soziale Arbeit gründet jedoch letztlich in universellen Werten, wie sie etwa im Katalog der Menschenrechte oder den Persönlichkeitsrechten und dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes zum Ausdruck kommen. Diese Werte fordern die Mitglieder des DBSH auf, den gesellschaftlichen Auftrag der Sozialen Arbeit mit seinen Begrenzungen zu bewerten und gegebenenfalls zu optimieren.

In der Würde der Person erfährt das Handeln der Mitglieder des DBSH seine unbedingte und allgemeine Orientierung. In der Solidarität und der Strukturellen Gerechtigkeit verpflichten sie sich auf Werte, die die Einbindung der Person in die Gesellschaft und ihren Schutz in der Gesellschaft sichern.

## **2 Allgemeine Grundsätze beruflichen Handelns**

2.1 Die Mitglieder des DBSH erbringen eine für die demokratische Gesellschaft unverzichtbare Dienstleistung. Sie üben Ihren Beruf unter Achtung ihrer beruflichen Werte aus. Die Dienstleistung kann von jedem Menschen unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter, Nationalität, Religion und Gesinnung in Anspruch genommen werden.

Die Mitglieder des DBSH begegnen jeder Art von Diskriminierung, sei es aufgrund von politischer Überzeugung, nationaler Herkunft, Weltanschauung, Religion, Familienstand, Behinderungen, Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, Rasse, Farbe, oder irgendeiner anderen Neigung oder persönlichen Eigenschaft, eines Zustandes oder Status. Weder wirken sie bei solchen Diskriminierungen mit noch dulden oder erleichtern sie diese.

2.2 Die Mitglieder des DBSH ermöglichen, fördern und unterstützen durch ihr professionelles Handeln in solidarischer Weise

- die Initiative der beteiligten Menschen, deren eigene Lösungen und ihre Mitwirkung
- die Einbindung der beteiligten Menschen in ein Netz befriedigender und hilfreicher Beziehungen
- bei den beteiligten Menschen Einstellungen und Fähigkeiten, mit denen sie zur Verbesserung der Welt beitragen können.

2.3 Die Mitglieder des DBSH haben den beruflichen Auftrag, die strukturell bedingten Ursachen sozialer Not zu entdecken, öffentlich zu machen und zu bekämpfen.

2.4 Die Fachlichkeit der Mitglieder des DBSH besteht in wissenschaftlich begründetem Handeln mit berufseigenen Verfahren.

2.5 Die Mitglieder des DBSH treten für die Verwirklichung der Rechte sozial Benachteiligter öffentlich ein. Sie sind gehalten, politische Prozesse in Gang zu bringen, mitzugestalten, sowie die hierfür benötigten Kräfte zu mobilisieren.

2.6 Die Mitglieder des DBSH erforschen soziale Not. Gestützt auf die Erkenntnisse der Sozialforschung machen sie öffentlich auf individuelle wie kollektive Problemlagen aufmerksam, verdeutlichen deren Ursachen und wirken auf Lösungen hin. Dabei arbeiten sie auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene mit den am Problem beteiligten Menschen zusammen.

2.7 Die Mitglieder des DBSH sollen aktiv in der Sozialplanung mitwirken.

2.8 Die Mitglieder des DBSH wirken beim Beschaffen der für ihre Arbeit notwendigen Ressourcen mit. Mit zur Verfügung gestellten Ressourcen ist sorgfältig und wirtschaftlich umzugehen.

2.9 Die Mitglieder des DBSH dokumentieren die in Ausübung ihres Berufes gewonnenen Erkenntnisse und getroffenen Maßnahmen. Dies dient der Planung und Reflexion des Arbeitsprozesses.

2.10 Die Mitglieder des DBSH holen kollegiale Beratung ein, wenn die Situation zusätzliche Fachkompetenz erfordert. Dies erfolgt unter anderem durch berufsspezifische Supervision.

2.11 Die Mitglieder des DBSH eignen sich die aktuellen fachspezifischen wissenschaftlichen Erkenntnisse an (Fortbildungspflicht). Darüber hinaus sind sie zu Innovation und Forschung bereit.

2.12 Die Mitglieder des DBSH missbrauchen ihre Stellung nicht zur eigenen Vorteilnahme.



### **3 Verhalten gegenüber Klientel**

3.1 Die Mitglieder des DBSH achten die Privatsphäre und Lebenssituation der Klientel. Die Mitglieder des DBSH erkennen, respektieren und fördern die individuellen Ziele, die Verantwortung und Unterschiede der Klientel und setzen die Ressourcen der Dienststelle dafür ein.

3.2 Die Mitglieder des DBSH informieren ihr Klientel über Art und Umfang der verfügbaren Dienstleistungen sowie über Rechte, Verpflichtungen, Möglichkeiten und Risiken der sozialen Dienstleistungen und schließen darüber einen Kontrakt. Eine vorzeitige Beendigung dieses Kontraktes ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Diese erfolgt wie die Verlängerung des Kontrakts, dessen Unterbrechung oder eine Vermittlung an andere Fachstellen ausschließlich im Benehmen mit der Klientel.

3.3 Die Mitglieder des DBSH wahren in ihren beruflichen Beziehungen oder Verpflichtungen Rechte, Güter und Werte der Klientel.

3.4 Die Mitglieder des DBSH nutzen ihre Beziehungen zur Klientel nicht zum ungerechtfertigten Vorteil. Sie gestalten ihre Beziehungen zur Klientel ausschließlich berufsbezogen.

3.5 Die Mitglieder des DBSH respektieren die Lebenssituation und Unabhängigkeit der beteiligten Menschen, bemühen sich um Verständnis und führen die Dienstleistung im Rahmen eines Kontraktes gewissenhaft und zuverlässig aus.

3.6 Die Mitglieder des DBSH sind verpflichtet, anvertraute persönliche Daten geheim zu halten. Sie geben diese Daten nur weiter, wenn sie aus gesetzlichen Gründen offenbart werden müssen. Personen, deren Daten weitergegeben werden, sind darüber zu unterrichten.

3.7 Die Mitglieder des DBSH erheben und speichern nur jene Daten und Fakten, die für die Durchführung und Rechenschaft über die Intervention nötig sind. Die Verpflichtung zur Geheimhaltung besteht auch nach Abschluss der beruflichen Beziehung.

3.8 Die Mitglieder des DBSH ermöglichen der Klientel angemessenen Zugang zu allen sie betreffende Aufzeichnungen. Wenn Klientinnen/Klienten Zugang zu den Unterlagen erhalten, muss ausreichend Sorge dafür getragen sein, dass die der Verschwiegenheit unterliegenden Informationen über Dritte geschützt sind.

3.9 Diejenigen Mitglieder des DBSH, für die kein Zeugnisverweigerungsrecht besteht, bemühen sich um die Befreiung von der gesetzlichen Zeugnispflicht, wenn ihre Aussagen das Vertrauensverhältnis zur Klientel gefährden und dem keine ernstliche Gefährdung Dritter entgegensteht.

#### **4 Verhalten gegenüber Berufskolleginnen und Berufskollegen**

4.1 Kollegiales Verhalten für Mitglieder des DBSH bedeutet Wertschätzung und Anerkennung der Berufskolleginnen und -kollegen. Dies setzt die Identifikation mit dem eigenen Berufsstand voraus. In diesem Sinne sind Mitglieder des DBSH dazu verpflichtet, dem beruflichen Nachwuchs Traditionen des Berufsstandes zu erschließen.

4.2 Kollegialität der Mitglieder im DBSH wird wirksam,

- in der Anerkennung der Kolleginnen und Kollegen, die mit unterschiedlichen Aufgaben betraut sind,
- im gegenseitigen Beistand bei der Ausübung des Berufs,
- in der Absprache bei Hilfeprozessen, in denen bereits Berufskolleginnen und -kollegen tätig sind,
- in der aktiven und kritischen Beteiligung an der Ausbildung des beruflichen Nachwuchses,
- in der beruflichen Selbstorganisation.

4.3 Kritik ist in geeigneter und verantwortlicher Form zu üben und zu nutzen.

## **5 Verhalten gegenüber Angehörigen anderer Berufe**

5.1 Die Komplexität der Problemstellungen im sozialen Bereich macht das Zusammenwirken von Angehörigen unterschiedlicher Berufe un-abdingbar.

5.2 Die Mitglieder des DBSH vertreten gegenüber den Angehörigen anderer Berufe ihre spezifische Fachlichkeit und achten die Fachlichkeit anderer Berufe. Bei Konflikten zwischen unterschiedlichen fachlichen Standpunkten zeigen sie sich parteilich für das Wohl der Menschen, denen der Hilfeprozess dienen soll. Dabei berufen sie sich auf die Grundsätze dieser Berufsethik des DBSH.

5.3 Die Mitglieder des DBSH schaffen und gestalten das interdisziplinäre Zusammenwirken. Dies erfordert insbesondere die eigene Arbeit transparent zu machen, zu begründen und nachvollziehbar darzustellen; den spezifischen Beitrag der Sozialen Arbeit kenntlich zu machen und aktiv zu leisten; die Grenzen, die sich aus der Fachlichkeit und beruflichen Orientierung ergeben, zu wahren.

5.4 Die Mitglieder des DBSH setzen sich mit Weisungen und Anforderungen auf der Basis der eigenen Fachlichkeit und der berufsethischen Prinzipien kritisch auseinander.

## **6 Verhalten gegenüber Arbeitgeber/innen und Organisationen**

6.1 Die Mitglieder des DBSH überprüfen, ob die Zielsetzungen, Strategien und Maßnahmen möglicher Kooperationspartner/innen auf die Förderung der beruflichen Praxis gerichtet sind und im Einklang mit den "Berufsethischen Prinzipien des DBSH" stehen. Nur beim Vorliegen schwerwiegender Gründe kooperieren sie mit Institutionen und Organisationen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen.

6.2 Die Mitglieder des DBSH überprüfen vor Abschluss eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses, ob der/die Arbeitgeber/in die Voraussetzungen zur Verwirklichung ihrer spezifischen Fachlichkeit bietet oder diese in einem angemessenen Zeitraum zu schaffen bereit ist. Nur in Ausnahmefällen gehen sie ein Arbeits- bzw. Dienstverhältnis ein,

das diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Sie haben das Recht und die Pflicht, den/die Arbeitgeber/in schriftlich über schwerwiegende Mängel oder Überforderungen zu informieren.

6.3 Die Mitglieder des DBSH sind zu konstruktiver und innovativer Zusammenarbeit mit dem/der Arbeitgeber/in verpflichtet. Bei einem Konflikt suchen sie mit dem/der Arbeitgeber/in zuerst institutionsinterne Möglichkeiten zur Beilegung.

6.4 Das Erreichen der berufsspezifischen Ziele wird durch eigene fachliche Erfolgskriterien bestimmt.

## **7 Verhalten in der Öffentlichkeit**

7.1 Die Mitglieder des DBSH stellen ihren Berufsstand als gesellschaftliche Kraft dar, die auf wissenschaftlicher Basis mit den ihr eigenen Mitteln und Möglichkeiten eine für die Gesellschaft notwendige und wertvolle Dienstleistung erbringt. Abwertungen des Berufsstandes treten sie entgegen.

7.2 Die Mitglieder des DBSH machen ihren Auftrag, die Grundlagen und die Durchführung ihrer Arbeit sichtbar und transparent. Dabei stellen sie die Leistung ihres Berufsstandes in der Öffentlichkeit positiv dar und vertreten diesen nach außen.

7.3 Die Mitglieder des DBSH treten der Ausgrenzung und Abwertung der Menschen entgegen, die die Dienstleistung in Anspruch nehmen.

7.4 Die Mitglieder des DBSH fördern das Ansehen ihres Berufs.

## **8 Verfahrensregeln**

Der DBSH setzt eine Kommission ein, um angesichts des sozialen Wandels diese Prinzipien einer kontinuierlichen Revision und Aktualisierung zu unterziehen und um konkrete Verfahrensregeln zu erarbeiten.

## **ANLAGE 3: Soltauer Impulse**

### **Soltauer Impulse**

Soltauer Impulse zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder

#### **Vorbemerkung**

Die Soltauer Initiative ist ein überregionaler Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus sozialen Arbeitsfeldern, zunächst vornehmlich aus der Psychiatrie. Sie befasst sich mit Themen an der Schnittstelle zwischen Sozialpolitik und Arbeitsalltag. Beispielsweise: Wie verändert sich die Arbeit im Nebel einer ökonomisierenden Neusprache, schönen Qualitätsfassaden und unter dem Druck von Kürzungen? Wie wirkt sich das Übermaß bürokratischer Anforderungen sowie die Zunahme nicht patienten-/klientenbezogener Sekundärtätigkeiten aus? Die Initiative sucht danach, eigene Beobachtungen und Analysen, aber auch Irritationen und Zorn für angemessenes, kreatives Handeln fruchtbar zu machen.

Ein erstes Ergebnis sind die vorliegenden „Soltauer Impulse«. Sie sind zum Teil noch erkennbar an dem Arbeitsfeld Psychiatrie orientiert. Die Initiative ist sich bewusst, dass die Vernetzung weitergehen muss. Andere Arbeitsfelder und Gruppierungen sollen einbezogen werden. Schritt für Schritt - wir arbeiten daran.

Modernisierung des Gesundheitswesens«, »Umsteuerung des Sozialstaates«, »Reformen« - was bewirken diese Programmatik und die ihr folgenden Gesetzesänderungen in der Gesellschaft und bei den Betroffenen? Was bei ihren Angehörigen und bei den Mitarbeitern in den entsprechenden Arbeitsfeldern? Zunächst bei vielen das Nachdenken über Hintergründe und Zusammenhänge. Keiner kann behaupten, die Lage sei einfach: Die Globalisierung der Kapital-, Waren- und Arbeitsmärkte, die gravierende Veränderung der Altersstruktur in unserer Gesellschaft, die rasante Geschwindigkeit der technologischen Entwicklung, die dadurch ausgelösten Rationalisierungsschübe, mit gigantischen Arbeitslosenzahlen im Gefolge - das sind im Wesentlichen die Faktoren, die zur gegenwärtigen strukturellen ökonomischen Krise geführt haben. Die so genannten Reformen in der Sozial- und Gesundheitspolitik sind eine Antwort auf diese Entwicklungen, gesellschaftliche Umbrüche ihre Folgen.

Aber ist es hinnehmbar, dass Reform vor allem bedeutet: Einschnitte, Verzicht, Zuzahlung, Absenkung von Behandlungs- und Betreuungsstandards? Ist es hinnehmbar, dass insbesondere dort weggenommen wird, wo die Schwächsten getroffen werden, die sich am wenigsten wehren können: gebrechliche alte Menschen, chronisch kranke und behinderte Menschen, allein lebend oder in Heimen? Von akuten Notlagen betroffene Menschen fühlen sich allein gelassen und würdelos behandelt. Die Politik verschließt im öffentlichen Diskurs davor die Ohren und will uns stattdessen einreden, es ginge nur um Modernisierung. Beunruhigend finden wir, dass in Wechselwirkung mit ökonomischer Krise und sozialpolitischen Umbrüchen ein Mentalitätswandel in der öffentlichen Debatte hörbar und spürbar wird. Ein Beispiel: Im »Spiegel« war vor kurzem zu lesen: »Der wahre Treibsatz für die Sozialhilfeeats steckt in den Ausgaben für Schwerstbehinderte« (40/2003, S. 21). Was schwingt da mit? Welche Enthemmung wird mit solcher Sprache vorbereitet? Ist das die entwertende Begleitmusik zur gegenwärtigen Politik? Wo fängt in unseren Arbeitsfeldern die ethisch abschüssige Bahn an? Wie weit können und sollen wir uns aus rationalen Gründen und aus solchen der Loyalität ökonomischen und bürokratischen Vorgaben anpassen? Müssen wir die neue ökonomisierende Sprache übernehmen, um überhaupt noch erstanden und ernst genommen zu werden? Können wir es schaffen, dabei uns selbst und dem Sinn unserer Aufgabe treu zu bleiben? Sehen wir überhaupt noch Handlungsspielräume, und wo sollen wir mit unserem Zorn bleiben? Mit diesen und ähnlichen Fragwürdigkeiten setzen sich die Soltauer Impulse auseinander.

## **Wahrnehmungen und Impulse**

**1** Wir nehmen wahr: Das Netz der Solidarität reißt weiter ein. Erosion statt Reform? Dagegen etwas tun zu wollen, erscheint wie der Kampf eines kleinen, sensiblen Davids gegen den großen, selbstbewussten Athleten Goliath. Wir behaupten dennoch weiterhin: Es ist und bleibt Aufgabe eines Sozialstaates, individuelle Risiken zu kompensieren und Ausgleich von Ungleichheiten herzustellen. Das wachsende Auseinanderdriften zwischen denen, die am Wohlstand teilnehmen, und denen, die davon ausgeschlossen sind, muss beendet werden. Es ist an der Zeit, die »Davidfraktion« zu unterstützen. Wer den Glauben, dass es immer Einflussmöglichkeiten zu finden gibt, nicht verliert, kann gegen alle möglichen Athleten siegen.

**2** Wir nehmen wahr: Verminderte Toleranz und Akzeptanz von Anderssein in der Gesellschaft und einen sich mehr und mehr verschärfenden Ausschluss von Randgruppen. Als einseitige Leitvorstellung gefährdet der Begriff der Autonomie diejenigen, die sich nicht selbst helfen können. Sie werden ökonomisch ausgegrenzt und zusätzlich sozial stigmatisiert. Uns ist wichtig, dass solche Entwicklungen nicht als »Kollateralschäden« von Reformen hingenommen werden. Sie zu vermeiden, muss im Gegenteil zu den Eckpfeilern gehören, die aus ethischen Gründen nicht ins Wanken geraten dürfen. Dabei sollten Schlagworte wie Autonomie und Freiheit von der Politik nicht als Entlastung von sozialer Verantwortung missbraucht werden.

**3** Wir nehmen wahr: Das gesellschaftliche Teilsystem Wirtschaft ist zum nicht mehr hinterfragbaren Schiedsrichter zwischen richtig und falsch geworden und das Zauberwort »Effizienz« dominiert inzwischen auch den gesamten Sozial- und Gesundheitssektor. Psychisch kranke Menschen werden auf Kosten ihrer Identität und Integrität gezwungen, sich dem ökonomischen, administrativen und dem an Messbarkeit ausgerichteten fachlichen Normierungsdruck zu beugen. »Die Parteien überbieten sich ... darin, die Gesellschaft in eine Horde marktbesessener Athleten zu verbiegen.«

(F. Hengsbach, Wirtschaftswissenschaftler) Wir sind überzeugt, dass die Psychiatrie sich diesem Trend weder beugen muss noch darf. Sie sollte sich unbeirrbar und vorrangig auf den Respekt vor den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen, ihrer Individualität und ihrer Lebenswelt gründen. Wir möchten dazu ermutigen, die Emanzipationsbewegung psychiatrieerfahrener Menschen zu unterstützen, und zwar in folgender Hinsicht:

- Übersetzung psychiatrischen Fachwissens in verständliche Informationen
- Mitbestimmung bei der Behandlung und bei den Strukturen innerhalb derer Behandlung, Begleitung, Betreuung stattfinden
- Information über zustehende gesetzliche Rechte
- Mitwirkung in politischen Gremien
- Finanzielle Unterstützung von Selbsthilfetätigkeiten.

Außerdem sollte folgenden, von Psychiatrie-Erfahrenen formulierten Qualitätskriterien Priorität eingeräumt werden:

- Individuelle Behandlung statt normiertes Vorgehen
- Zeit zur Verfügung stellen statt Hektik verbreiten
- Freundlichkeit, Respekt, Verständnis, Gespräche, Zuhören
- Unterstützung des selbst bestimmten Umgangs mit der psychischen Erkrankung.

**4** Wir nehmen wahr: Die Bevorzugung pharmakologischer und technisch gestützter Therapien im klinischen Bereich führt im Verein mit Wettbewerb und Markt dazu, dass eine neue Zwei-Klassen-Psychiatrie entsteht. Materielle und personelle Ressourcen werden vorwiegend für akut erkrankte Menschen verwandt, die diagnoseabhängig spezialisierten Stationen zugewiesen werden. Psychische Erkrankung wird nicht mehr als existenzielles Lebensereignis verstanden. Insbesondere kommen dabei schwer und längerfristig erkrankte Menschen zu kurz. Das führt zu Re-Medizinisierung und zur so genannten Drehtürpsychiatrie. Wir wollen, dass diese Entwicklungen nicht tabuisiert werden. Es kann nicht hingenommen werden, dass immer mehr psychisch kranke Menschen kaum betreut in Heimen der Chronifizierung überlassen werden oder in der Obdachlosigkeit landen.

**5** Wir nehmen wahr: Mitarbeiter, die sich unter Top-down-Vorgaben als fremdbestimmt, enteignet, unter ewigem Zeitdruck und ohne wirkliche Einflussmöglichkeiten erleben. Von Mitarbeitern, die in ihrer Eigenständigkeit nicht respektiert werden, kann kaum tragfähiges Engagement für die Begleitung ihrer Klienten als eigenständigen Personen erwartet werden. Wir erinnern daran, dass parallel zur Stärkung der Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen auch die Emanzipation der sie begleitenden Mitarbeiter wieder als Aufgabe erkannt werden muss. Das eine ist ohne das andere nicht zu haben. Nur Einrichtungen, die selbst Gestaltungsspielräume behalten, können diese an ihre Mitarbeiter weitergeben. Dies ist eine der wichtigsten Quellen für dauerhafte Arbeitsmotivation.



**6** Wir nehmen wahr: In Bereichen der Eingliederungshilfe wird unter Propagierung wohlklingender Maßnahmen wie Qualitätssicherung, Personenzentrierung, individuelle Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Persönliches Budget etc. der Anspruch an Mitarbeiter immer höher geschraubt, bei gleichzeitiger Kürzung von Mitteln und Verknappung von Zeit im direkten Umgang mit Patienten/Klienten. Gigantische Datenfriedhöfe, die keiner mehr handhaben kann, werden erzeugt. Plakative Selbstdarstellung wird von innerer Aushöhlung des praktisch nicht Umsetzbaren begleitet. Wir fordern, dass Mitarbeiter von Sekundärtätigkeiten entlastet werden, um wieder mehr Zeit für Klienten/Patienten zu haben. Gute Ziele dürfen nicht missbraucht werden als Fassade für Sparprogramme. Insbesondere die an und für sich sinnvolle Einführung eines persönlichen Budgets muss wachsam beobachtet werden, damit ein Zugewinn an Freiheitsrechten nicht von dem Verlust lebensnotwendiger Sozialrechte begleitet wird, die die Freiheitsrechte fiktiv werden lassen. Bei Kontroversen dieser Art sollten wir uns nicht einreden lassen, dass es um konservative Mahner und Bremser auf der einen Seite und pragmatisch-optimistische Modernisierer auf der anderen geht.

**7** Wir nehmen wahr: Es besteht ein hohes gesellschaftspolitisches Interesse, auch kranke und behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln, obgleich nur allzu deutlich ist, dass sie nicht über Konsumentensouveränität verfügen. Wir halten es für wichtig, dieser Mogelpackung keine Chance zu geben und unseren Klienten lieber zu ihren Bürgerrechten zu verhelfen, denn ein Bürger kann Ansprüche gegenüber dem Staat geltend machen. Ein Kunde jedoch hat lediglich Anspruch auf das, was er bezahlen kann. Es zeugt von dem Verfall sozialer und politischer Kultur, wenn das wirtschaftliche Subjekt höher eingestuft wird als das politische und so alle menschlichen Beziehungen zur Ware werden.

**8** Wir nehmen wahr: Von der Politik wird Wettbewerb mit der Intention der »Marktberreinigung« durch Konkurrenz und Preisdruck unter Kollegialeinrichtungen gefördert. Das erschwert die Zusammenarbeit der Anbieter. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, die solidarische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Dienste und Träger zu suchen und Konkurrenzen konstruktiv und fair zu gestalten. Dabei können und sollen die Strukturen der Zusammenarbeit in den verschiedenen Regionen unterschiedlich aussehen. Gegenüber Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit ist eine gemeinsame Formulierung der Interessen unabdingbar.

In diesem Sinne werden wir uns auch mit anderen Lebens- und Arbeitsfeldern der Behinderten-, Alten- und Sozialhilfe verbinden.

**9** Wir nehmen wahr: Ein verwirrendes Gemisch aus politisch bedingtem Spardruck, Kontrollbedürfnissen von Leistungsträgern, Rechtfertigungsbemühungen von Leistungserbringern sowie von Seiten aller Beteiligten eine geradezu manische Neigung zur Anwendung unterschiedlichster Instrumente, die das alles regulieren sollen. Ein Begriff wie »personenzentriert« als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung wird zu einem Widerspruch in sich. Wir wenden uns gegen eine flächendeckende Implementierung von Dokumentations- und Hilfeplaninstrumenten ohne regionalen Bezug. Die Zufriedenstellung von Kostenträgern darf nicht als Rechtfertigung dafür benutzt werden, sich die Auseinandersetzung mit denjenigen, die mit den Instrumenten umgehen sollen, und denjenigen, denen sie dienen sollen, zu ersparen. Instrumente können als Hilfsmittel bisweilen sinnvoll sein. Wo sie benötigt werden, sind sie unter Einbeziehung von Mitarbeitern und Betroffenen zu entwickeln bzw. auf ihre Tauglichkeit in der Praxis zu überprüfen. Von Leitungen dürfen sie nicht als Reglementierungsinstrumente missbraucht werden. Bei dem, was für Menschen an Unterstützung und Hilfen notwendig ist, ist u. E. eher auf die gesetzlich verankerten Rechte der Betroffenen zu setzen sowie auf Gespräche und Aushandlung im Einzelfall als auf zusätzliche bürokratische Instrumente.

**10** Wir nehmen wahr: Im Bereich der Sozialhilfe stehen Leistungsträger und Leistungserbringer mit aufwendigen, höchst komplizierten, bisweilen diskriminierenden Hilfeplanverfahren im Widerspruch zum gesetzlich Geforderten, denn nach §9SGBX ist das Verwaltungsverfahren nicht an eine bestimmte Form gebunden; es ist lediglich einfach und zweckmäßig durchzuführen. Wir dringen auf vereinfachte, gesetzeskonforme Verfahren, in denen berücksichtigt wird, dass Sozialhilfe nach §5BSHG unmittelbar nach Bekanntwerden des Bedarfs einzusetzen hat und nicht von einer positiven Empfehlung einer »Hilfeplankonferenz« abhängig gemacht werden darf.

**11** Wir nehmen wahr: Zunehmende Bürokratisierung, z. T. mit verursacht durch eine Vielzahl neuer Hierarchie- und Sachbearbeitungsebenen, blockiert notwendige Kommunikation. Formalisierende und normierende Vorgaben haben sich von den Bedürfnissen der Menschen längst abgelöst.

Z.B.: Jede Ebene will die Geschehnisse der Betroffenen mitgestalten und versucht ihre Existenzberechtigung durch immer neue Abfrageinstrumente und Quotenvorgaben zu beweisen – dies umso mehr, je weniger sie inhaltlich und fachlich informiert ist. Misstrauen zwischen allen Beteiligten ist die Folge. Wir halten es für dringend geboten, den ausufernden Bürokratismus schnellstens herunterzufahren und die weitere Verschwendung von Geldern auf dieser Ebene zu verhindern. Mindestens 40 Prozent der Mittel werden nach Einschätzung von E. Huber (Vorstand Securvita BKK) durch solche bürokratischen Pseudobewältigungsversuche verschleudert (FR, 9.12.03). Formularenexzesse und Standardisierungsmanie, die als persönliche Abwehrstrategien benutzt werden, sind die falsche Antwort. Sie sind häufig auch ein Versuch, im Grundsatz Unbeherrschbares zu beherrschen. Sozialpsychiatrie darf sich nicht im »zwanghaften Erstellen von Strichlisten verlieren« (U. Plog, Psychologin).

**12** Wir nehmen wahr: Vielen sozialpsychiatrischen Initiativen, die im Zuge der Psychiatriereform entstanden sind, geht durch die fortschreitende Institutionalisierung und Bürokratisierung sowie durch administrative Auflagen der örtlichen und überörtlichen Verwaltungen die Luft aus. Wir möchten wieder anknüpfen an den eigentlichen Sinn sozialpsychiatrischer Arbeit, nämlich: Heraustreten aus den Einrichtungen und Diensten zugunsten des Hineingehens in die Familien, in die Arbeits- und Wohnwelt der Betroffenen, zu den Nachbarn. Dazu gehört auch Begleitung zu unterschiedlichen kulturellen und Freizeitveranstaltungen sowie Fortbildungsangeboten in der Kommune. Dies alles muss gegenüber der Flutwelle sekundärer, nicht klientenbezogener Tätigkeiten wieder Priorität gewinnen. Zu solcher Gemeinwesenarbeit gehört auch die Einmischung in die kommunale Politik, z.B. durch Anregung, regionale runde Tische zu gründen, um gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungswege zu finden.

## Schlussbemerkung

Die InitiatorInnen und ErstunterzeichnerInnen freuen sich, wenn die Soltauer Impulse dazu anregen, sich mit Kolleginnen und Kollegen in den jeweiligen Arbeitsfeldern auch über die eigenen Erfahrungen auszutauschen. Besonders spannend wird ein solcher Austausch, wenn er hierarchie- und berufsgruppenübergreifend erfolgt. Natürlich ist die Soltauer Initiative auch an weiter gehenden Ideen, Anregungen und Rückmeldungen der Leserinnen und Leser interessiert.

Kontaktadresse: Renate Schernus, Bohnenbachweg 15, 33617 Bielefeld, Tel.: (05 21) 14 22 67, E-Mail: [renate.schernus@t-online.de](mailto:renate.schernus@t-online.de)

Konto zur Unterstützung der Initiative

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln

Bank für Sozialwirtschaft Köln, Kto.-Nr.: 7 110 800, BLZ: 370 205 00,

Stichwort: Soltauer Initiative

1 **ANLAGE 4: Interview - Transkripte**

2

3 **4.1 Interview A**

4

5

6

7 **Soziographische Daten**

8

9 zur interviewten Person:

10 - männlich

11 - 50 Jahre alt

12 - Ausbildung: Sozialpädagoge

13 - Berufserfahrung: 9 Jahre

14 - in der Einrichtung seit: 6 Jahren

15 - Funktion: Integrationsfachkraft im Beratungsdienst für Behinderte im Arbeitsleben

16 - Religionszugehörigkeit: evangelisch; „weltanschauliche Einstellung; eher Atheist,

17 (leider), ich muss mir meine Werte selbst erarbeiten“

18

19 zur Einrichtung:

20 - Integrationsfachdienst

21 - Einzugsgebiet: 2 ländliche Landkreise, insgesamt ca. 400.000 EinwohnerInnen

22 - Zielgruppe: erwachsene psychisch kranke oder von psychischer Krankheit  
23 bedrohte Menschen, die noch im Arbeitsleben stehen und Probleme haben

24 - Trägerschaft: Projektverein, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt

25

26

27

28

29

30

31

32

33

- 1 I: Zuerst möchte ich Dich bitten, mir einen kurzen Einblick in Ihre alltägliche  
2 Arbeit zu geben.
- 3 B: Ja, ich besuche; ich habe mit Schwerbehinderten zu tun, die noch einen Job  
4 haben und da bin ich viel in den Landkreisen Berchtesgadener Land und Traun-  
5 steiner Kreis unterwegs und besuche Arbeitgeber und helfe denen,  
6 finanzielle Zuschüsse zu bekommen, wenn sie im Gegenzug Arbeits-  
7 erleichterungen für den betroffenen Schwerbehinderten gewähren. Und ich be-  
8 treue Schwerbehinderte, die halt Beratungsbedarf haben.
- 9 I: Es handelt sich wahrscheinlich hauptsächlich um psychisch Schwerbehinderte?
- 10 B: Es handelt sich, wo ich viel Beratung durchführe, handelt es sich in erster Linie  
11 um psychisch, um Leute mit psychischen Problematiken.
- 12 I: O. k., danke. Was sind Deiner Meinung nach die wesentlichen Merkmale von  
13 Qualität in der sozialpsychiatrischen Arbeit?
- 14 B: Dass ich den Leuten behilflich bin, ein Stück stärker durch meine Mithilfe ihr  
15 eigenes Leben zu bestimmen. Und das bei mir in erster Linie im Arbeits-  
16 bereich. Aber man kann das nicht nur auf die Arbeit alleine fokussieren. Dann  
17 kommen natürlich auch andere Lebensumstände hinzu, dass man auch mal über  
18 andere Sachen redet. Aber Schwerpunkt wie gesagt ist Arbeit und dafür suche  
19 ich, da ein Stück, ja den Selbstwert wieder aufzubauen und dass sie, dass sie ihr  
20 Leben eben etwas stärker wieder in der eigenen Hand haben.
- 21 I: Mhm. Sehr gut, danke. Kannst Du etwas über Dein Menschenbild bzw. die  
22 zentrale Haltung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen sagen - worauf  
23 kommt es an, was hältst Du für unverzichtbar?
- 24 B: Für unverzichtbar halte ich Empathie, Einfühlungsvermögen, Verstehen, Nach-  
25 vollziehen können, warum jemand psychisch krank geworden ist oder sich ein  
26 Bild davon, ein Erklärungsmodell zu schaffen, warum jemand psychisch krank  
27 geworden ist und das Ziel, eben etwas bezüglich seiner Selbstständigkeit in die  
28 Wege zu leiten und dabei zu helfen. Das heißt, für mich heißt das aber nicht,  
29 dass ich dem psychisch Kranken nach dem Mund rede, sondern es kann auch  
30 mal heißen, dass man auch konfrontativ arbeiten muss.
- 31 I: Mhm. Gibt es etwas, das Dir besonders Freude macht im Kontakt mit den  
32 Klientinnen?

- 1 B: Was mir Freude macht, ist wenn man Situationen hinkriegt in den Gesprächen,  
2 also ich führe gerne Gespräche und wenn es Situationen gibt, wo der Patient  
3 aus meiner Sicht sehr authentisch ist und nicht jetzt, also nicht die Rolle des Pa-  
4 tienten spielt, der um Hilfe angeht sondern wo er authentisch ist, wo er auch  
5 mal Freude zeigt oder Ärger zeigt und wo ich das Gefühl habe, das ist jetzt echt  
6 und er spielt keine Rolle.
- 7 I: Wie entscheidest Du in schwierigen Situationen; gibt es für Dich hier  
8 grundsätzliche Halte- bzw. Orientierungspunkte?
- 9 B: Also ich bin für, ich bin, ja für zwei Kerngruppen zuständig. Für den Arbeitge-  
10 ber wie für den schwerbehinderten Menschen. Aber ich bin etwas mehr auf der  
11 Seite des Schwerbehinderten, weil der im Verhältnis zu dem Arbeitgeber gerin-  
12 geren Einfluss, geringere Macht hat. Ich versuche, den zu stützen. Und – was  
13 war noch mal die Frage?
- 14 I: Ja. Gibt es für Dich grundsätzliche Halte- oder Orientierungspunkte? Das war  
15 ja schon die Stützung ...
- 16 B: Ja, auf der Seite des Schwächeren stehen und nicht...
- 17 I: Was ist zum Beispiel eine schwierige Situation?
- 18 B: Eine schwierige Situation ist, wenn er tatsächlich, wenn der Klient sehr stark in  
19 seiner Arbeitsfähigkeit angeschlagen ist und so stark, dass ich in Zweifel kom-  
20 me, ob er tatsächlich, ob es tatsächlich noch dem Arbeitgeber zuzumuten ist,  
21 denjenigen zu halten. Das ist für mich ne schwierige Situation: Vom Herz her,  
22 vom Gefühl her möchte ich den Arbeitsplatz für denjenigen halten. Aber wenn  
23 die Leistungsfähigkeit doch zu sehr eingeschränkt ist, muss ich dann auch  
24 manchmal die Position, aber selten Gott sei Dank, die Position des Arbeitge-  
25 bers übernehmen und sagen, dass ich dann nachvollziehen kann, dass er in dem  
26 Bereich oder vielleicht sogar auch in der Firma auch tatsächlich nicht mehr ar-  
27 beiten kann.
- 28 I: O. k.. Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine sozi-  
29 alpsychiatrische Fachkraft Deiner Meinung nach unbedingt verfügen?
- 30 B: Er sollte viel, auch selber Eigentherapie gemacht haben, viel Selbsterfahrung  
31 gemacht haben, dass er möglichst, ja, dass er sich selber eigentlich relativ gut  
32 kennt und nicht so große starke blinde Flecke hat. Er sollte Wissen haben über  
33 die verschiedenen Krankheiten, er sollte Wissen haben über sozial-

- 1 psychiatrisches Denken und er sollte so die Einstellung haben, dass er sich ge-  
2 rade bei psychisch kranken Menschen auch mit der ganzen Person einbringen  
3 muss. Nicht nur ein kopfiger, distanzierter, Professioneller sondern er muss ei-  
4 gentlich auch mit Gefühl, mit Herz, wenn ich das mal ein bisschen kitschig sa-  
5 ge, auch mit dabei sein. Er muss also auch versuchen, im Kontakt mit dem psy-  
6 chisch Kranken auch authentisch, einigermaßen authentisch zu sein, einiger-  
7 maßen. Das geht natürlich nur in gewissem Rahmen, aber er sollte nicht so ein  
8 kühler distanzierter Professioneller sein.
- 9 I: Was erwartest Du für die Zukunft der Sozialpsychiatrie? In Richtung Befürch-  
10 tungen und Hoffnungen?
- 11 B: Tiefes Durchatmen, leichter Seufzer, Räuspern. Meine Hoffnung wäre es, dass  
12 das Kartell der stationären Einrichtungen mal geschwächt werden könnte, dass  
13 es zu einer Umkehrung kommt, dass wirklich auch von der politischen und, und  
14 finanziellen Gewichtung her die ambulante Betreuung an erster Stelle steht und  
15 die stationäre Betreuung eher nachrangig für die ganz speziellen Notsituationen  
16 - für die echten Krisensituationen da ist, aber dass die eigentliche Arbeit in den  
17 ambulanten Bereich reingehört. Meine Befürchtung ist, dass die Pharmedien-  
18 lobby und die Krankenhausärzte-Lobby einfach zu stark sind und die Politiker da  
19 einfach nicht stark genug sind, sich denen gegenüber mal grade zu machen.
- 20 I: Mhm. Danke. Die letzte Frage: Wenn Du jetzt viel Geld und viel Einfluss hät-  
21 test, welche Veränderungen würdest Du dann in unserer Einrichtung hier bzw.  
22 in der ganzen sozialpsychiatrischen Versorgung in Gang setzen?
- 23 B: In meiner Einrichtung würde ich, wenn ich ganz viel Geld hätte, sehen, dass der  
24 Sozialpsychiatrische Dienst auch noch das oberste Stockwerk bekommt, dass  
25 die Leute andere, dass für die Leute gesorgt wird, dass sie andere Wohnungen  
26 kriegen, dass wir hier mehr Platz haben und dass die Ausstattung in manchen  
27 Sachen noch besser ist. Sonst finde ich das eigentlich hier schon ziemlich, rela-  
28 tiv optimal. Da fällt mir im Moment gar nicht so viel zu ein. Und sonst würde  
29 ich dafür sorgen, dass wirklich die ambulante sozialpsychiatrische Gemeinwe-  
30 sensarbeitsposition sozusagen, dass die die vorherrschende Position bekommt.
- 31 I: Mhm. O.k. Danke. Das war die letzte Frage.
- 32 B: Wenn ich viel Geld hätte ...
- 33 I: Gemeinsames Lachen. Wenn du viel Geld hättest!



1 B: Wenn ich viel Geld hätte, würde ich mir dafür sorgen, dass also wir hier die  
2 beiden obersten Stockwerke hätten und dass man eine Wendeltreppe von dem  
3 Zweitstockwerk nach oben macht, dass das also nicht so abgekapselt ist, dass  
4 man die Außentreppe dann hoch muss.

5 I: Vielleicht zu ergänzen: noch ein Zugang zur Terrasse auf dem Dach?

6 B: Ja, es gibt Zugang zur Terrasse auf dem Dach. Ja. Und dass man das Dach zu  
7 einer Terrasse ausbaut.

8 Gemeinsames Lachen.

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

1 **ANLAGE 4: Interview - Transkripte**

2

3 **4.2 Interview B**

4

5

6

7 **Soziographische Daten**

8

9 zur interviewten Person:

10 - weiblich

11 - 48 Jahre alt

12 - Ausbildung: Sozialpädagogin

13 - Berufserfahrung in der Sozialpsychiatrie: 15 Jahre

14 - in der Einrichtung seit: 7 Jahren

15 - Funktion: Beraterteam Sozialpsychiatrischer Dienst und Betreutes Einzelwohnen

16 - Religionszugehörigkeit: evangelisch

17

18 zur Einrichtung:

19 - Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreutes Einzelwohnen (25 Plätze)

20 - Einzugsgebiet: ländlicher Landkreis, ca. 150.000 EinwohnerInnen

21 - Zielgruppe: erwachsene psychisch kranke oder von psychischer Krankheit

22 bedrohte Menschen

23 - Trägerschaft: Projektverein, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt

24

25

26

27

28

29

30

31

32

- 1 I: Ja. Zuerst möchte ich Dich bitten, mir einen kurzen Einblick in Deine alltägliche Arbeit zu geben.
- 2
- 3 B: Ich bin im Sozialpsychiatrischen Dienst beschäftigt, hauptsächlich in der Einzelberatung. Ich mache manchmal aber auch Gruppenarbeit. Zurzeit habe ich
- 4
- 5 ne Messigruppe. Ich soll auch wieder ne Frauengruppe machen. Dann hab ich
- 6 ein paar Stunden im Betreuten Einzelwohnen. Da betreue ich zwei psychisch
- 7 kranke Personen in ihrem häuslichen Bereich. Und, was jetzt noch dazu kommt
- 8 ist die Soziotherapie. Aber das ist alles noch ein bisschen wackelig. Also, das
- 9 wird eine ähnliche Arbeit wie das Betreute Einzelwohnen. Da weiß ich noch
- 10 gar nicht, wie das weitergeht.
- 11 I: Mhm. Was sind Deiner Meinung nach die wesentlichen Merkmale von Qualität
- 12 in der sozialpsychiatrischen Arbeit?
- 13 B: Also ein ganz wesentliches Merkmal ist, dass die Beziehung zwischen dem
- 14 Klienten und dem Betreuenden ne gute, intensive, vertrauensvolle Beziehung
- 15 ist. Auch was ganz wesentliches, ne offene Beziehung, ne Beziehung, wo auch
- 16 der Klient Kritik am Betreuenden üben kann, sagen, was ihm nicht passt und
- 17 auch umgekehrt. Also, wo sich, ja wo auch der Betreuende dem Klienten sagen
- 18 darf, was ihm nicht passt. Ja, es sollte etwas Gegenseitiges sein.
- 19 Kurze Pause
- 20 I: O. k.. Kannst Du etwas über Dein Menschenbild, Deine zentrale Haltung in der
- 21 Arbeit mit psychisch kranken Menschen sagen - worauf kommt es an, was ist
- 22 unverzichtbar?
- 23 B: Also ich glaub, dass ich vom humanistischen Stand herkomme und also
- 24 Menschlichkeit ist für mich unverzichtbar und auch das Selbstbestimmungs-
- 25 recht des Patienten oder des Klienten, das ist für mich ein ganz wesentliches
- 26 Element. Toleranz ist für mich was ganz Wichtiges. Also das Selbstbe-
- 27 stimmungsrecht hat natürlich manchmal Grenzen, das ist auch immer das, was
- 28 dann immer schwierig wird, wenn es um eine Zwangseinweisung geht. Also es
- 29 gibt sicherlich Situationen, wo das Selbstbestimmungsrecht kurzfristig aufge-
- 30 hoben werden muss, das ist eben unser Auftrag. Aber die Betonung liegt auf
- 31 kurzfristig. Soweit das nicht mehr notwendig ist, muss das zurückgeführt wer-
- 32 den, das Selbstbestimmungsrecht vom Klienten.

1 I: Gut. O. k.. Gibt es etwas, das Dir besonders Freude macht im Kontakt mit Dei-  
2 nen Klientinnen?

3 B: Mhm. Und Klienten. Lacht.

4 I: Klientinnen und Klienten. Gemeinsames kurzes Lachen.

5 B: Wenn ne gute Atmosphäre herrscht im Gespräch und mir macht es natürlich  
6 auch Freude, wenn das etwas bringt, was ich da tue. Also, das ist klar. Also,  
7 wenn das immer so dahingeht und sich gar nichts bewegt, also das finde ich  
8 schon manchmal frustat.

9 I: O. k.. Wie entscheidest Du in schwierigen Situationen; gibt es für Dich hier  
10 grundsätzliche Halte- bzw. Orientierungspunkte?

11 B: Also wenn es was ganz Schwieriges ist, wo ich nicht weiterweiß, dann wende  
12 ich mich ans Team oder an die Supervision. Und ich denke, dass ich mich ein-  
13 fach schon auch auf Erfahrungen stütze, weil ich jetzt die Arbeit schon lange  
14 mach und wenn was schwierig ist, dann fällt mir glaube ich schon irgendwie  
15 ein, wie ich das schon mal gemacht hab in ner anderen schwierigen Situation.  
16 Und wenn sich das bewährt hat, dann versuche ich, es da vielleicht ähnlich an-  
17 zuwenden. Also ich denke, die Erfahrung spielt da schon ne große Rolle. Und  
18 aus dem Bauch raus manchmal, also denke ich schon auch, dass ich manchmal  
19 vielleicht halt einfach spontan aus dem Bauch raus entscheide, wenn ich also  
20 vom Gefühl her meine, das könnte jetzt passen und das könnt jetzt gut sein.

21 I: Gut. Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine  
22 sozialpsychiatrische Fachkraft Deiner Erfahrung nach unbedingt verfügen?

23 B: Ich denke schon, dass einfach ne gute Ausbildung die erste Voraussetzung ist.  
24 Also einfach mal das Theoretische, was verschiedene Bereiche betrifft. Ja und  
25 aber auch Sozialrecht, was eben zum Sozialpädagogen-Studium dazugehört.  
26 Und was mir auch noch wichtig ist, ist die Kommunikation. Also, ich denke,  
27 dass viel über die Kommunikation läuft. Weil wir machen ja vor allem, also ich  
28 mache vor allem Gespräche und ich denke gute Kommunikation ist ein gutes  
29 Handwerkszeug. Und persönlich ist wichtig, dass man empathisch sein kann,  
30 aber sich ein Stück weit auch abgrenzt. Und dass ich ein Stück weit auch meine  
31 eigene Geschichte aufgearbeitet hab. Also nicht in Form einer langen Analyse,  
32 aber dass ich mich einfach auseinandergesetzt hab und weiter auseinandersetze  
33 mit mir selber.

- 1 I: Was erwartest Du für die Zukunft der Sozialpsychiatrie? Also einerseits Befürchtungen und Hoffnungen andererseits.
- 2
- 3 B: Also befürchten tu ich natürlich, dass, ja dass wenig Geld da ist und dass da natürlich dann Personal entzogen wird und dass das dann eigentlich einen Rückschritt bedeutet und nicht mehr so viel möglich ist. Also einfach nicht mehr so viel investiert wird in die Soziale Arbeit und das Zweite ist, ja, unter Umständen, ja wenn die Tendenz mehr zum Biologisch-medizinischen hingeht, das würde ja auch auf Kosten der Sozialpsychiatrie gehen, das fände ich auch nicht sehr hilfreich, weil es dann mehr in die Medikamentenrichtung geht und das halte ich für nicht so gut, wenn die Richtung noch mehr ausgebaut wird. Und hoffen, hoffen tu ich natürlich das Gegenteil.
- 11
- 12 I: Ja. Kurzes gemeinsames Lachen.
- 13 B: Hoffen tu ich, dass sich endlich mal im Bereich Kommunikation mehr tut und mehr Einsicht in unsere Gesellschaft kommt, dass es wichtig ist, die Sozialpsychiatrie voranzutreiben, also dass es gesellschaftlich wichtig ist und dass es der Gesellschaft nützt, langfristig. Das hoffe ich.
- 17 I: Gut. Jetzt kommt die schöne Frage: Wenn Du viel Geld und viel Einfluss hättest, welche Veränderungen würdest Du in der Einrichtung bzw. in der sozialpsychiatrischen Versorgung überhaupt in Gang setzen?
- 20 B: Lacht. Da hab ich noch gar nicht so darüber nachgedacht. Ich würde versuchen, die Jugend mehr zu integrieren. Weil die fehlt bei uns noch total. Also Projekte, also ich würde in Projekte vielleicht mehr Geld, in verschiedene Projekte investieren. Ich weiß nicht, ich hab mir eigentlich noch gar keine Gedanken gemacht. Ich war noch nie in der Situation. Lacht. Ich hätte mir auch nicht vorgestellt, dass ich je in die Situation komm, Geld zu haben. Ich denke schon, dass ich mir Projekte überlegen würde einfach. Und ich würde vielleicht wirklich erst die Jugend mit rein nehmen und dann halt auch in die Beschäftigung. Ich denk einfach, dass Beschäftigung und Kontakte einfach wichtig sind für psychisch Kranke. Und ich glaub, da würde ich den Schwerpunkt setzen, weil viele sehr vereinsamen und das glaub ich, dass das nicht gut ist.
- 31 B: Danke für das Gespräch!
- 32
- 33

1 **ANLAGE 4: Interview - Transkripte**

2

3 **4.3 Interview C**

4

5

6

7 **Soziographische Daten**

8

9 zur interviewten Person:

10 - männlich

11 - 51 Jahre alt

12 - Ausbildung: Sozialpädagoge

13 - Berufserfahrung: ca. 10 Jahre

14 - in der Einrichtung seit: 4 Jahren

15 - Funktion: Betreuerteam Betreutes Einzelwohnen

16 - Religionszugehörigkeit: evangelisch

17

18 zur Einrichtung:

19 - Betreutes Einzelwohnen, 25 Plätze

20 - Einzugsgebiet: ländlicher Landkreis, ca. 150.000 EinwohnerInnen

21 - Zielgruppe: erwachsene psychisch kranke Menschen

22 - Trägerschaft: Projekteverein, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

- 1 I: Also, zuerst möchte ich Sie bitten, mir einen kurzen Einblick in Ihre alltägliche  
2 Arbeit zu geben.
- 3 B: Also ich betreue 10 Menschen fest im Landkreis und mache von Monat zu Mo-  
4 nat mit denen wöchentliche Termine aus und treffe die Leute in der Regel dann  
5 auch an. Ich führe mit ihnen dann Gespräche oder erledige irgendwas Alltägli-  
6 ches mit ihnen, sprich, fahre zum Arzt, gehe zum Einkaufen oder mache ir-  
7 gendeinen Behördenkram. Dazu kommt noch immer auch natürlich auch immer  
8 turbulenter Austausch mit Kollegen und Kolleginnen, rundherum.
- 9 I: O. k. Was sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Merkmale von Qualität in  
10 der sozialpsychiatrischen Arbeit?
- 11 B: Ja, ich denke Qualität speist sich aus einer gewissen, ich würde sagen Begeg-  
12 nungsfähigkeit, aus einer persönlichen, aus der persönlichen Begegnung, aus  
13 dem persönlichen Kontakt. Das ist für mich in erster Linie das Wichtigste da-  
14 bei. Es hängt auch sehr viel mit einem selber zusammen. Dazu kommt, denke  
15 ich, auch Erfahrung, Wissen um das Ganze und auch sehr wichtig ist auch eine  
16 gute Zusammenarbeit und der Austausch untereinander, also auch mit Kolle-  
17 gen.
- 18 I: Können Sie etwas über Ihr Menschenbild, Ihre zentrale Haltung in der Arbeit  
19 mit psychisch kranken Menschen sagen - worauf kommt es Ihnen an, was  
20 halten Sie für unverzichtbar?
- 21 B: Das fällt mir sehr schwer zu sagen. Das kann ich schlecht so zentral formulie-  
22 ren. Mir fällt dabei ein, also ich finde es zum Beispiel wichtig, dass nicht so ei-  
23 ne große Differenz oder Hierarchie zwischen Klient, Patient oder Mitarbeiter da  
24 ist. Zumindest innerlich finde ich es wichtig, dass man sich auch klar ist, dass  
25 man selber eigentlich auch, ja irgendwie ein zerbrechlicher Mensch ist. Es gibt  
26 da so einen Buchtitel, der nennt sich: „Zerbrochen und doch ganz“, das hat mir  
27 eigentlich sehr gut gefallen, weil da immer auch drauf hingewiesen worden ist,  
28 dass sie sonst auch sehr schnell zynisch werden kann, die Arbeit gegenüber den  
29 Klienten oder Patienten, wenn man sich nicht selber klar ist, dass man eigent-  
30 lich auch, ja ein zerbrechlicher Mensch ist. Ich würde nicht sagen, dass mir das  
31 immer gelingt, aber es ist mir ein wichtiges Anliegen. Gut. Jetzt müsste ich fast  
32 die Frage noch mal hören. Lacht. Da könnte man sicher von vielen Ecken aus  
33 was sagen.

- 1 I: Ja also: Zentrale Haltung der Arbeit – was halten Sie für unverzichtbar?
- 2 B: Also ich würde sagen, den persönlichen Kontakt halte ich für unverzichtbar.  
3 So was, was man so mit dem Begriff Würde bezeichnet oder Achtung gegen-  
4 einander. Toleranz.
- 5 I: Gibt es etwas, das Ihnen besonders Freude macht im Kontakt mit Ihren  
6 Klientinnen und Klienten?
- 7 B: Was mich besonders freut. Mhm. Also mich freut schon, wenn was läuft und  
8 wenn die Klienten Eigeninitiative entwickeln, das macht mir Freude. Also ein-  
9 mal, weil ich dann selber weniger tun muss. Kurzes gemeinsames Lachen. Aber  
10 irgendwie macht es mir einfach auch selber mehr Spaß, wenn ich sehe, dass da  
11 was läuft, dass da was ins Rollen kommt, dass die Leute was tun und ja, wenn  
12 ich merk, dass ich so an was drankomme. So, dass ich da auch, dass das jetzt  
13 keine sture Wiederholung ist, Woche für Woche der Kontakt, sondern dass da  
14 wirklich auch irgendwas in Entwicklung ist. Was weiß ich, dass zum Beispiel  
15 jemand, der vielleicht monatelang nichts redet oder wenig redet, dann plötzlich  
16 anfängt, was zu sagen und von sich ein bisschen was zu erzählen, das macht  
17 mir Spaß. Andererseits machen mir auch Spaß, so Ausflüge oder so Unterneh-  
18 mungen, gelegentlich.
- 19 I: Gut. Wie entscheiden Sie in schwierigen Situationen; gibt es für Sie grundsätz-  
20 liche Halte- bzw. Orientierungspunkte?
- 21 B: Also da, in schwierigen Situationen ist es ja für mich ja auch oft eine Grenzsit-  
22 uation, wo ich dann nicht mehr weiterkomme. Und da merk ich, dass ich drauf  
23 angewiesen bin, auf den Austausch mit anderen. Da wende ich mich dann ver-  
24 mehrt an Kollegen, Betreuer oder Supervision. Das ist schon mal das eine. Ja,  
25 dann muss ich mich natürlich auch selber mehr, ich weiß nicht, ob dazu „zwin-  
26 gen“ das richtige Wort ist, aber dass ich dran bleibe, dass ich dem, dass ich der  
27 Schwierigkeit nicht ausweiche, dass ich auch gegenüber dem Klienten dann  
28 dran bleib und auch was fordere. Ja. Notfalls auch was zwinge, wenn es sein  
29 muss. Also dann nicht auszuweichen. Ich meine, dies Gespräch hier ist ja zum  
30 Teil auch so, es ist ja nicht alles so, wie ich es sage. Es ist ja zum Teil auch so,  
31 wie ich es wünsche, so wie ich es gerne hätte oder wie es für mich sein soll.
- 32 I: Das ist jetzt sehr offen geäußert. Aber Sie bleiben dran in schwierigen Situatio-  
33 nen?!



- 1 B: Ja!
- 2 I: Sie gehen in den Konflikt hinein?
- 3 B: Versuche ich! In schwierigen Situationen. Ja. Und es kommt natürlich drauf an,  
4 wie schwierig und, also, ich bin noch nie von einem Klienten geschlagen wor-  
5 den oder ich bin noch nie der direkten Gewalt ausgesetzt worden. Zum Beispiel  
6 so etwas ist ja auch eine schwierige Situation, da habe ich kürzlich das Gefühl  
7 gehabt, da könnte mich jemand vielleicht bedrohen oder so, weil er gesagt hat,  
8 als ich ihn angesprochen habe auf seinen Alkoholkonsum, hat er gesagt „Wol-  
9 len Sie mich jetzt anmachen, Herr ...?“ (macht strengen Tonfall nach) und dann  
10 habe ich versucht, das zu entschärfen, indem ich dann gesagt hab „Was würde  
11 denn passieren? Müsste ich mir Sorgen machen, dass Sie mich anmachen? O-  
12 der können wir das anders lösen?“ Zum Beispiel. Ja. Also so, dass ich dann  
13 versuche, es vorwegzunehmen. Aber wenn ich jetzt wirklich  
14 geschlagen werden würde oder Gewalt ausgesetzt würde, dann würde ich mich  
15 wahrscheinlich auch zurückziehen. Dann müsste ich mir Hilfe suchen. Ja. Was  
16 ich am Anfang ja auch gesagt habe, dass ich dann eben vermehrt auf Kollegen  
17 zugehe.
- 18 I: Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine  
19 sozialpsychiatrische Fachkraft Ihrer Erfahrung nach unbedingt verfügen?
- 20 B: Fachlich und was war das zweite?
- 21 I: Persönliche Kompetenzen.
- 22 B: Also eine Selbstreflexion ist wichtig. Auch mit der Möglichkeit, in Austausch  
23 zu gehen, wenn es schwierig wird. War das jetzt speziell sozialpsychiatrisch ge-  
24 fragt?
- 25 I: Ja.
- 26 B: Da finde ich es auch wichtig, dass man sich auch mit dem Thema Sucht be-  
27 schäftigt. Weil das sind sehr verwandte Gebiete. Also auch fachlich finde ich es  
28 wichtig. Dann finde ich es wichtig, also persönlich auch Menschen wirklich in  
29 Krisen und schweren Krisen erlebt zu haben. Das man das ein Stück weit ein-  
30 schätzen kann auch, was es eigentlich heißt, eine Psychose zu haben oder eine  
31 Psychose zu kriegen. Dann finde ich es wichtig, dass man eben auch sich selber  
32 aufspürt, in sich selber auch sucht, Dinge, die dem vielleicht ähnlich kommen,  
33 die dem nahe kommen. Meinetwegen, wo sind depressive Elemente in mir?

- 1 Kann ich da vielleicht auch ein gewisses Verständnis entwickeln? Oder ein  
2 Mitgefühl entwickeln für den anderen oder die andere? Und dann finde ich es  
3 wichtig, dass man, vielleicht hängt das auch mit dem Weltbild oder Menschen-  
4 bild zusammen, das man hat, dass man Körper, Seele und Geist berücksichtigt,  
5 bei sich selber und beim anderen. In Hinblick auf Gesundheit und Krankheit.
- 6 I: Was erwarten Sie für die Zukunft der Sozialpsychiatrie?  
7 Befürchtungen und Hoffnungen?
- 8 B: Tja. Da kann man mal beim BEW bleiben, beim Betreuten Einzelwohnen. Da  
9 habe ich doch die Hoffnung im Moment, dass es so in so eine, weil es ja auch  
10 so ein wichtiges Element der ambulanten Struktur ist, das das so in die Rich-  
11 tung weitergeht, dass diese ambulante Struktur nicht nur erhalten sondern also  
12 möglicherweise auch ausgebaut wird. Dass die Klienten aber doch auch immer  
13 mehr auch, ja so eine Art Empowerment erfahren oder auch befähigt werden,  
14 auch das Hilfesystem mehr selber oder persönlich anzupapfen. Also ich bin da  
15 ein bisschen gespalten, was zum Beispiel dieses Persönliche Budget betrifft o-  
16 der auch so was wie diese Fachleistungsstunden im Betreuten Einzelwohnen,  
17 wie es sie woanders schon gibt. Es ist dann zwar einerseits schon persönlicher  
18 auf die Klienten zugeschnitten. Andererseits habe ich dann aber auch Sorge,  
19 dass das Ganze dann noch viel bürokratischer wird. Das ist so eine Befürch-  
20 tung, die ich habe, dass das alles noch bürokratischer wird. Und die Hoffnung,  
21 die ich habe, ist, dass es doch noch mehr auf den einzelnen Klienten zuge-  
22 schnitten wird, das Ganze.
- 23 I: Gut. Dann die letzte Frage: Wenn Sie viel Geld und viel Einfluss hätten, welche  
24 Veränderungen würden Sie dann in Ihrer Einrichtung bzw. in der sozial-  
25 psychiatrischen Versorgung insgesamt in Gang setzen?
- 26 B: Wenn ich Lottogewinner wäre oder so was?
- 27 I: Ja. Geld und Einfluss.
- 28 B: Geld und Einfluss. Also ich bin immer so gespalten bei dem Thema Medika-  
29 mente. Ich würde mir halt wünschen, dass es auch Möglichkeiten gibt, mit we-  
30 niger Medikamenten auszukommen und da vielleicht auch dafür zu forschen  
31 oder dafür was zu tun, dass zum Beispiel eine Soteria oder so was mehr Mög-  
32 lichkeiten erhält oder so. Ich befürchte, dass irgendwann in 50 oder 100 Jahren  
33 mal gesagt wird oder so, dass das mit den Medikamenten eigentlich sehr schäd-

1 lich gewesen ist. Das ist eine große Befürchtung, die ich hab. Und dass man  
2 dann gar nicht mehr versteht, dass man so was gemacht hat. Diese große Medi-  
3 kamentenvergabe. Das befürchte ich, dass das vielleicht mal irgendwie als Irr-  
4 tum oder so angesehen wird. Also einerseits befürchte ich es, andererseits hoffe  
5 ich es auch, dass es da noch etwas anderes gibt als diese Medikamente.

6 I: Noch einmal zur Frage. Also Sie würden versuchen, Medikation einzuschrän-  
7 ken?

8 B: Forschungen zu machen. Forschungen zu machen, ja. Zu dem Thema Medika-  
9 mente und mehr so zulassen, so Alternativen dazu, wie zum Beispiel die Sote-  
10 ria, die es jetzt, glaube ich, in Haar gibt. So was würde ich finanziell unterstüt-  
11 zen.

12 I: Das war jetzt eher so insgesamt. Und speziell in Ihrer Einrichtung?

13 B: Mehr Dienstautos!

14 Gemeinsames Lachen.

15 I: Das kommt ganz spontan!

16 B: Es ist furchtbar, wenn man sich zu Dritt um ein Dienstauto kloppt. Ja. Also ich  
17 denke dabei schon auch an die Mitarbeiter und die Mitarbeiterausstattung.  
18 Dienstautos und so, ja. Ja, was ich gut fände, wäre auch noch mehr so; Klienten  
19 sind oft so arm und haben einfach kein Geld für nichts und wollen umziehen  
20 und schaffen es nicht, weil sie kein Geld haben für den ganzen Umzug und so  
21 weiter und so fort. Und wirklich irgendetwas zu verbessern, scheitert oft an fi-  
22 nanziellen Dingen. Da fände ich es gut, wenn es da irgendwie einen Fond gäbe  
23 für wirklich hilfsbedürftige Leute, den man da gelegentlich anzapfen könnte  
24 Das fände ich gut, wenn es so was gäbe. Und auch Arbeitsmöglichkeiten. Das  
25 finde ich schon ganz gut mit dem Zuverdienstprojekt, das ist super, finde ich,  
26 aber wenn man das noch weiter machen könnte, dass man Leuten, die kein  
27 Geld haben, so Rentnern, die von 500, 600 oder 700 Euro Rente leben müssen,  
28 dass man denen, die arbeitswillig sind, ja, die vielleicht ein bisschen skuril sind  
29 oder so, ja, dass man für die noch mehr Möglichkeiten findet, dass sie sich  
30 wirklich etwas dazuverdienen können.

31 I: Gut, das war die letzte Frage. Dann bleibt mir nur noch, mich für das Gespräch  
32 zu bedanken!

33

1 **ANLAGE 4: Interview - Transkripte**

2

3 **4.4 Interview D**

4

5

6

7 **Soziographische Daten**

8

9 zur interviewten Person:

10 - weiblich

11 - 32 Jahre alt

12 - Ausbildung: Sozialpädagogin

13 - Berufserfahrung: 1 1/2 Jahre

14 - in der Einrichtung seit: 1 Jahr

15 - Funktion: Betreuerteam Therapeutische Wohngemeinschaft und Betreutes

16 Einzelwohnen

17 - Religionszugehörigkeit: katholisch

18

19 zur Einrichtung:

20 - Therapeutische Wohngemeinschaft, 6 Plätze und

21 Betreutes Einzelwohnen, 25 Plätze

22 - Einzugsgebiet: ländlicher Landkreis, ca. 150.000 EinwohnerInnen

23 - Zielgruppe: erwachsene psychisch kranke Menschen

24 - Trägerschaft: Projektverein, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt

25

26

27

28

29

30

31

32

33

- 1 I: Zuerst möchte ich Sie bitten, mir einen kurzen Einblick in Ihre alltägliche  
2 Arbeit zu geben.
- 3 B: Ich betreue sieben Klienten. Habe regelmäßig wöchentliche Kontakte mit de-  
4 nen. Die umfassen so zwei, drei Stunden. Mit den einen habe ich zweimal in  
5 der Woche Kontakt, mit den anderen einen langen Kontakt. Und, sag ich mal  
6 noch variabel, je nachdem was halt anfällt, hab ich noch zusätzliche Kontakte  
7 mit denen. Meistens Einzelkontakte, einmal oder zweimal in der Woche noch  
8 Gruppenkontakte. Und ich versuche auch noch, ab und zu noch irgendwelche  
9 Freizeitveranstaltungen zu machen, wo ich halt mehrere mit einbeziehe, so dass  
10 sie sich untereinander auch ein bisschen kennen lernen.
- 11 I: Und was wird bei den Kontakten, was ist der Sinn der Kontakte oder der Ar-  
12 beitsauftrag?
- 13 B: Das ist ganz individuell. Je nachdem, was bei demjenigen die Problemlage ist.  
14 Die einen brauchen mehr Gespräche. Einen anderen Klienten habe ich, der auch  
15 viel Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Sachen braucht, beim Einkaufen,  
16 bei Arztbesuchen. Ja.
- 17 I: Was sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Merkmale von Qualität in der  
18 sozialpsychiatrischen Arbeit?
- 19 B: Ein wesentliches Merkmal ist, oder was ich auch sehr gut finde, das ist, dass  
20 jeder unterschiedlich ist, dass man menschlich bleibt auch in der Arbeit. Weil  
21 auch die Klienten sehr unterschiedlich sind und ich denke, nicht jeder kann zu  
22 jedem Klienten den gleichen Bezug herstellen. Und das finde ich eigentlich  
23 sehr qualitativ, dass wir sehr unterschiedliche Typen auch in der Arbeit sind.  
24 Und so hat jeder so seinen, ja seine persönliche Arbeitsweise und Arbeits-  
25 richtung und das finde ich sehr qualitativ, weil die Klienten dadurch auch mehr  
26 Möglichkeiten haben. Also, wenn wir alle sehr gleich wären, den gleichen Cha-  
27 rakter hätten und gleich arbeiten würden, dann wäre das recht einseitig alles,  
28 finde ich. Das zum einen. Das, was ich auch sehr qualitativ wertvoll finde, das  
29 ist, dass Teams da sind, mit denen man Rücksprache halten kann, wo man sich  
30 Tipps und Anregungen von den Kollegen holen kann. Auch die Supervision ist  
31 sehr hilfreich und notwendig meines Erachtens. Ja.

- 1 I: Gut. Können Sie etwas über Ihr Menschenbild, also Ihre zentrale Haltung in der  
2 Arbeit mit psychisch kranken Menschen sagen - worauf kommt es Ihnen an,  
3 was halten Sie für unverzichtbar?
- 4 B: Wie ich arbeite?
- 5 I: Mhm. Worauf es Ihnen ankommt, was Sie für unverzichtbar halten.
- 6 B: Mir ist immer am allerallerwichtigsten, dass ich sozialpädagogisch arbeite und  
7 zum anderen aber auch noch menschlich bleibe. Also, was ich zum Beispiel  
8 auch immer noch mache, wenn ich mich ärgere über irgendetwas, dann, dann  
9 merken die Klienten das sehr. Und dann bin ich auch mal menschlich. Ich kann  
10 das nicht unterdrücken und ich möchte es auch gar nicht unterdrücken, weil mir  
11 ist es wichtig, die müssen ja auch in der Gesellschaft, wenn ich sie wieder so  
12 einfügen will, dann ist das einfach so. Also ich finde, das Wichtigste ist einfach  
13 auch, dass man auch die Menschlichkeit bewahrt und trotz allem. Es ist also, es  
14 ist ein Mischmasch aus Sozialpädagogischem und Menschlichem. Das ist mir  
15 das Wichtigste.
- 16 I: Mhm. Was wäre jetzt der Unterschied zwischen sozialpädagogisch und  
17 menschlich?
- 18 B: Nun als Sozialpädagogin, wenn ich jetzt nur menschlich bin, ja also, alleine wie  
19 mich ausdrücke, wie ich rede, also mit Freunden rede ich ganz anders.  
20 Also, da bin ich auch härter. Lacht. Oder sprich öfters mal Klartext. Und im  
21 Sozialpädagogischen bin ich halt schon auch reflektierend und versuche, das zu  
22 verstehen und darauf einzugehen und mit den Klienten darüber zu reden, sie zu  
23 unterstützen, dass sie auch ihr Verhalten und ihre Ansichten reflektieren und  
24 dass man halt da auf einen gemeinsamen Nenner kommt. Also, da bin ich nicht  
25 so direkt.
- 26 Gemeinsames kurzes Lachen.
- 27 I: Danke. Gibt es etwas, das Ihnen besonders Freude macht im Kontakt mit Ihren  
28 Klientinnen?
- 29 B: Besonders Freude macht es mir, wenn ich merke, dass ich zu den Klienten ei-  
30 nen Bezug kriege, diese Ebene herstellen kann, die man braucht, finde ich, um  
31 auch wirklich mit denen gut arbeiten zu können und einfach wenn ich dann se-  
32 he, dass ich über längere Zeit, dass ich sie stützend und ja unterstützend und  
33 auch begleitend ihnen so weiterhelfen kann. Und vielleicht auch über lange

- 1 Zeit, was ich jetzt noch nicht so beurteilen kann, dass man dann kleine Fort-  
2 schritte sieht.
- 3 I: O. k. Gut. Wie entscheiden Sie in schwierigen Situationen; gibt es für Sie hier  
4 grundsätzliche Halte- bzw. Orientierungspunkte?
- 5 B: Wie meinen Sie das?
- 6 I: Also schwierige Situationen, gibt es da so Anleitungen innerlich oder  
7 ja Punkte, woran Sie sich orientieren können? Also, worauf nehmen Sie dann  
8 Rückgriff sozusagen?
- 9 B: Mhm. Also in erster Linie versuche ich schwierige Situationen mit meinem  
10 Klienten durchzusprechen. Ich schau jetzt gerade, wie ich so umgehe damit.
- 11 I: Mhm.
- 12 B: Dann hole ich mir meistens Rat von meinen Kollegen, wo ich weiß, die kennen  
13 die Klienten auch. Und die dritte Stelle wäre die Supervision.
- 14 I: O. k. und so innerlich?
- 15 B: Ich versuche, mich in den Klienten rein zu versetzen. Man kann es versuchen,  
16 aber ob ich dann richtig liege oder ob ich das schaffe, ist schwierig.
- 17 I: O. k. . Dann kommen wir zur sechsten Frage: Über welche fachlichen und per-  
18 sönlichen Kompetenzen sollte eine sozialpsychiatrische Fachkraft Ihrer Erfah-  
19 rung nach unbedingt verfügen? Fachliche und persönliche Kompetenzen.
- 20 B: Also von der Ausbildung her muss ich da jetzt nichts sagen, oder?
- 21 I: Ja, wenn Ihnen was einfällt, was Ihnen wichtig ist, also was Sie einem Prakti-  
22 kanten sagen würden zum Beispiel, dass er sich aneignen sollte.
- 23 B: Nun, was ich wichtig finde, das ist einfach diese Selbstständigkeit, Flexibilität,  
24 die man haben muss und Kreativität sollte dabei sein meines Erachtens. Kön-  
25 nen Sie mir die Frage noch mal wiederholen?
- 26 I: Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine sozialpsy-  
27 chiatrische Kraft verfügen?
- 28 B: Also mir ist sehr stark aufgefallen in meiner Arbeit, so an persönlichen Kompe-  
29 tenzen ist, dass man Geduld braucht. Also da werde ich echt ziemlich oft wie-  
30 der vor den Kopf gestoßen, weil ich merke, dass ich immer noch ein bisschen  
31 zu ungeduldig bin. Einfühlsamkeit in den Klienten und aber dennoch muss man  
32 sein klares Konzept oder eine gewisse Klarheit an den Tag legen können und

- 1 auch Regeln und Strukturen durchsetzen. Das ist auch wichtig bei unseren  
2 Klienten.
- 3 I: O. k. Gut. Was erwarten Sie für die Zukunft der Sozialpsychiatrie?  
4 Die Befürchtungen und die Hoffnungen ...?
- 5 B: Nun die Befürchtungen sind, ja einfach die, dass immer mehr finanzielle Mittel  
6 gestrichen werden. Und dass dadurch ... Meine Hoffnung ist ja eigentlich, dass  
7 sich die Sozialpsychiatrie mehr zu diesen kleinen Einrichtungen hin bewegt,  
8 dass man halt einfach schaut, dass diese großen Einrichtungen, wo halt einfach  
9 hauptsächlich Verwahranstalten sind, mehr aufgelöst werden und dass es mehr  
10 zu solchen kleinen Einrichtungen geht, wo es ein bisschen familiärer ist, wo  
11 auch der Betreuerschlüssel, sag ich jetzt mal, nicht so hoch ist, wo auch men-  
12 schenwürdigere Situationen vorliegen, weil nur so kann man den Klienten mei-  
13 nes Erachtens wirklich helfen. Die Befürchtung ist andererseits, wenn immer  
14 mehr gestrichen wird, dass, wenn immer mehr finanzielle Mittel gestrichen  
15 werden, dass das einfach nicht realisierbar ist und dass es immer mehr zu Ver-  
16 wahanstalten tendiert und nicht mehr zu dem, dass man einfach einem Klienten  
17 auch unterstützend und helfend zur Seite steht.
- 18 I: O. k.. Das waren die Befürchtungen und Hoffnungen. Jetzt kommt die letzte  
19 Frage: Wenn Sie viel Geld und viel Einfluss hätten, welche Veränderungen  
20 würden Sie dann in Ihrer Einrichtung, also im BEW bzw. in der sozial-  
21 psychiatrischen Versorgung überhaupt in Gang setzen?
- 22 B: Lacht. Nun. Lacht. Nein, jetzt läuft wieder. Jetzt war gerade das Licht ausge-  
23 gangen.
- 24 I: Ach so. Aha. Lacht.
- 25 B: In meiner Einrichtung. Also, ich muss halt sagen, wie ich vorher schon gesagt  
26 habe, was ich finde, dass wichtig ist, dass diese großen Einrichtungen weg  
27 kommen und dass es immer mehr kleine Einrichtungen gibt. Im Betreuten Ein-  
28 zelwohnen finde ich jetzt auch sehr gut, dass wir diese, diese kleinen Wohnge-  
29 meinschaften, die Zweierwohngemeinschaften haben, weil das finde ich, noch  
30 ein Zwischending ist zum ganz alleine Wohnen. Das würde ich auch weiterhin  
31 so fördern. Weil ich sehe daraus noch mal so einen Zwischenschritt zwischen  
32 Wohngemeinschaft und Betreutem Einzelwohnen. Und wenn ich ganz ehrlich



- 1 bin, dann würde ich vielleicht auch für die Mitarbeiter ein bisschen Geld raus  
2 springen lassen. Das muss ich schon auch erwähnen.  
3 Gemeinsames Lachen.
- 4 I: Seinen Sie ruhig ehrlich. Was würden Sie machen?
- 5 B: Ich würde einen zweiten Dienstwagen für uns Mitarbeiter zum Beispiel an-  
6 schaffen.
- 7 I: Also das Equipment verbessern, sozusagen?
- 8 B: Eben. Also, ich sage jetzt gar nicht mal unbedingt, es muss nichts hoch Moder-  
9 nes sein. Aber zum Beispiel, wir müssen sehr mobil sein und wir haben zu Dritt  
10 ein Auto und das ist halt auch Fakt, es immer ein Streitpunkt, wer kriegt das  
11 Auto wann und du brauchst ein funktionelles anderes Auto. Das wäre halt in  
12 der Sicht dann halt auch noch - in erster Linie natürlich schon für die Klienten  
13 ... lacht.
- 14 I: O. k.. In Ihrer Einrichtung und in der sozialpsychiatrischen Versorgung insge-  
15 samt, das haben Sie schon gesagt mit den großen Einrichtungen ...
- 16 B: Das möchte ich, das wäre halt super, wenn das immer mehr die Tendenz dazu  
17 käme, dass kleine Einrichtungen mehr, wo auch Einzelzimmer sind. Ich finde  
18 das schrecklich, wenn Doppelzimmer für Klienten da sind, das ist unmöglich.
- 19 I: O. k., gut, passt ja?!
- 20 B: Mhm.
- 21 I: Gut. Und Vielen Dank!
- 22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33

1 **ANLAGE 4: Interview - Transkripte**

2

3 **4.5 Interview E**

4

5

6

7 **Soziographische Daten**

8

9 zur interviewten Person:

10 - männlich

11 - 55 Jahre alt

12 - Ausbildung: Psychologie, Sozialarbeit

13 - Berufserfahrung: ca. 30 Jahre

14 - in der Einrichtung seit: 25 Jahren

15 - Funktion: Beraterteam Sozialpsychiatrischer Dienst, Bereichsleiter des  
16 Sozialpsychiatrisches Zentrums

17 - Religionszugehörigkeit: ohne

18

19 zur Einrichtung:

20 - Sozialpsychiatrischer Dienst im Sozialpsychiatrischen Zentrum mit  
21 Integrationsfachdienst, Gerontopsychiatrischer Fachdienst, Tagesstätte mit  
22 Arbeitsprojekt Café, Zuverdienstprojekt, Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische  
23 Wohngemeinschaft sowie Langzeitwohnprojekt für psychisch kranke Menschen

24 - Einzugsgebiet: ländlicher Landkreis, ca. 150.000 EinwohnerInnen

25 - Zielgruppe: erwachsene psychisch kranke oder von psychischer Krankheit  
26 bedrohte Menschen

27 - Trägerschaft: Projektverein, korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt

28

29

30

31

32

33

- 1 I: Zuerst möchte ich Sie bitten, mir einen kurzen Einblick in Ihre alltägliche  
2 Arbeit zu geben.
- 3 B: Gut. Kurz zusammengefasst ist es eine Beratungsarbeit für Klienten mit ver-  
4 schiedensten Problematiken. Hauptsächlich eben psychiatrische und schwer  
5 psychisch kranke Klienten. Dann ist es eine begleitende und betreuende Arbeit  
6 und Langzeitkontakt zu Klienten, die ich schon lange kenne. Und dann noch  
7 organisatorische Arbeit.
- 8 I: Gut. Danke. Was sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Merkmale von  
9 Qualität in der sozialpsychiatrischen Arbeit?
- 10 B: Ja, die Qualität besteht darin, sich auf die Bedürfnisse des Klienten oder des  
11 Betroffenen einstellen, einzustellen, das heißt, personenzentriert zu denken,  
12 umfassend zu denken. Das heißt, die Lebenswelt von den Betroffenen wahrzu-  
13 nehmen und zu schauen, dass man die Ressourcen, die vorhanden sind, stärkt.  
14 Qualität heißt in dem Sinne dann die Möglichkeit, sich von seinen persönlichen  
15 Vorstellungen distanzieren zu können als Berater, sich einzustellen auf die Be-  
16 dürfnisse des Betroffenen und die Maßnahmen zu kennen, die nötig sind.
- 17 I: Können Sie noch etwas über Ihr Menschenbild, Ihre zentrale Haltung in der  
18 Arbeit mit ihren Klienten sagen – also worauf kommt es Ihnen an, was  
19 halten Sie für unverzichtbar?
- 20 B: Unverzichtbar halte ich das, ja unter dem Stichwort Respekt, das heißt, zu ak-  
21 zeptieren, dass ein Mensch mir gegenüber sitzt, der nach, ja der Schwierigkei-  
22 ten hat oder der nach der Definition so genannte Defizite hat und Probleme da-  
23 mit hat, aber dennoch eigentlich ein gleichwertiges Mitglied ist von uns und der  
24 Gesellschaft. Und die Aufgabe ist es, ja also das halte ich für unverzichtbar.  
25 Und zu akzeptieren, dass er, dass der Betroffene seine eigenen Lebensvorstel-  
26 lungen das Recht hat zu verwirklichen, im sozialen Rahmen halt, so dass er an-  
27 dere nicht schädigt.
- 28 I: Gibt es etwas, das Ihnen besonders Freude macht im Kontakt mit Ihren  
29 Klienten und Klientinnen?
- 30 B: Ja, wenn's gut läuft.  
31 Gemeinsames Lachen.
- 32 B: Sprich, wenn ein guter Kontakt entsteht. Das ist das eine, was natürlich gut ist.

- 1 Das zweite ist natürlich, wenn es möglich ist, das Leiden oder die Angst von  
2 Betroffenen zu lindern, dass die das schaffen, dass die nen Alltag sich schaffen  
3 können, der ja, mit glücklichen Momenten, mit zufriedenen Momenten gewürzt  
4 ist.
- 5 I: Sicher gibt es oft schwierige Situationen. Wie entscheiden Sie in diesen  
6 schwierigen Situationen, gibt es da für Sie grundsätzliche Halte- oder Orientie-  
7 rungspunkte?
- 8 B: Ja, also zwei Orientierungspunkte gibt es. Das ist: kurzfristige Überlegungen.  
9 Bei kurzfristigen ist es, ob eine Gefährdung vorliegt, also ob Selbst- oder  
10 Fremdgefährdung des Betroffenen vorliegt und ob man da was machen muss.  
11 Das Zweite ist eher langfristig gedacht. Was wohl für den Betroffenen am Bes-  
12 ten ist – mittelfristig, langfristig. Das Ganze auch unter Einbeziehung der sozia-  
13 len Rahmenbedingungen. Das ist ein ziemliches Problem. Weil die sozialen  
14 Rahmenbedingungen sehr viel davon abhängen, wer jetzt was zahlt und in wel-  
15 cher Lebenssituation der dann ist.
- 16 I: Können Sie hier ein Beispiel nennen?
- 17 B: Ja. Wenn jetzt ein zurückgezogener Mensch, wenn Angehörige anrufen und sa-  
18 gen, mein Sohn lebt so zurückgezogen, sorgt nicht mehr für sich selber – dann  
19 ist die Überlegung, kann man einfach ihn so leben lassen auf, aus meiner Sicht  
20 jetzt niedrigem Lebensniveau sozusagen, sprich lass ihn einfach da so hin „ver-  
21 gammeln“. Oder habe ich doch den Eindruck, dass er damit doch nicht zufrie-  
22 den ist und vor allem die Angehörigen auch entscheidend darunter leiden und  
23 versuche dann, eine Änderung herbeizuführen, die vielleicht auch sogar gegen  
24 seinen Willen ist. Das ist das Hauptproblem. Also die Hauptschwierigkeit ist,  
25 wenn sein Wunsch und seine, oder ihr Wunsch, vom Betroffenen halt, oder die  
26 Krankheitseinsicht nicht da ist und unterschiedliche Ziele eigentlich angestrebt  
27 werden, zwischen Berater, Betreuer und dem Betroffenen. Das halte ich für ein  
28 zentrales Problem.
- 29 I: Über welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sollte eine sozial-  
30 psychiatrische Fachkraft Ihrer Meinung und Ihrer Erfahrung nach unbedingt  
31 verfügen?
- 32 B: Ja. Wie das Wort schon sagt. Soziale Kompetenzen oder sozial, ja sozial-  
33 psychiatrisch in dem Sinn, dass sie das soziale System kennt. Also Finanzie-

1            rungssystem, Maßnahmen, Einrichtungen sollte sie einigermaßen kennen und  
2            unterstützen können und sich darin bewegen können in dem System. Jetzt aus  
3            beraterischer Sicht in anderen Bereichen, Heimbereich weiß ich nicht, ob es so  
4            notwendig ist. Das andere ist, sie sollte unbedingt psychiatrische so genannte  
5            Krankheitsbilder kennen und ein bisschen einordnen können, ohne jetzt in  
6            Schubladen zu stecken. Und des Wesentliche ist eine gewisse Professionalität,  
7            das heißt ne sachliche Ebene einnehmen können, ohne persönlich von allen Be-  
8            ziehungswirrnissen, die entstehen, betroffen zu sein und sozusagen bei dem  
9            Spiel dann mitzuspielen. Wenn, dann professionell mitspielen.

10    I:        Ich würde Sie noch gerne fragen, was Sie für die Zukunft der Sozialpsychiatrie  
11            erwarten? Im Sinne von Befürchtungen und im Sinne von Hoffnungen.

12    B:        Also im Sinne von Befürchtungen fürchte ich, dass es eher in die Verwahrspsy-  
13            chiatrie geht und in die „Instantpsychiatrie“, sprich biologische Ruhigstellun-  
14            gen und schnelle Problembeseitigungen die Richtung wird. Problembeseitigung  
15            jetzt für die Umwelt. Nicht für die Betroffenen. Für die vielleicht auch, aber, ja  
16            das ist ne Befürchtung, also das alles konzentrierter schneller gehen muss im  
17            Sinne von „a Ruhe muss her“.

18    I:        Kann man das dann überhaupt noch Sozialpsychiatrie nennen?

19    B:        Nein. Also nach meinem Verständnis kann man es dann nicht mehr Sozial-  
20            psychiatrie nennen. Das ist dann Ordnungspsychiatrie. Hat also diesen helfenden,  
21            eigentlich aus der Medizin kommenden Anspruch, Leid lindern und so  
22            weiter, dieser Anspruch wird dadurch sehr vernachlässigt. Die Hoffnung ist,  
23            dass man in dem vielfältigen Angebot, was da ist, die chaotischen Strukturen  
24            dann noch weiter bestehen.

25            Gemeinsames Lachen.

26    B:        Und sich Nischen bilden, wo einzelne, ja wo einzelne Einrichtungen, Zellen  
27            oder viele sozusagen so die sozialpsychiatrische Idee weiter verwirklichen kön-  
28            nen. Auch für die Betroffenen. Mit dem Nachteil, immer sich rechtfertigen zu  
29            müssen. Das ist wieder eine Befürchtung. Also ich hätte gerne eine Legalisie-  
30            rung der Arbeit in dem Sinn, dass man zum Beispiel nicht „bescheißen“ muss,  
31            um für jemanden etwas zu erreichen. Hören das die Professoren auch, oder  
32            wie?

33            Gemeinsames Lachen.

- 1 B: Kann er gerne hören. Also dass man, sagen wir mal, nicht tricksen muss im  
2 Sinne der Betroffenen, sondern dass es noch mehr eine legale Angelegenheit  
3 wird.
- 4 I: Hierzu passt ganz gut meine letzte Frage: Wenn Sie viel Geld und viel Einfluss  
5 hätten, welche Veränderungen würden Sie dann in Ihrer Einrichtung bzw. in  
6 der sozialpsychiatrischen Versorgung überhaupt in Gang bringen?
- 7 B: Aha. Viel Geld und viel Einfluss. Dann würde ich also in der Einrichtung sel-  
8 ber, würde ich mehr Personal einstellen. Also zur Entlastung.  
9 Telefon klingelt. Kurze Unterbrechung.
- 10 B: Wo war ich? Also erstmal mehr Personal. Aber mit dem Personal müsste man,  
11 also ich hätte gerne mehr Weiterbildungsmöglichkeiten für die Kollegen, dann  
12 hätte ich mehr so Case-Management-Funktionen, dass nicht ein Klient von fünf-  
13 fen betreut wird und die wissen voneinander nicht, was sie eigentlich machen.  
14 Also ein bisschen mehr Struktur würde ich gerne reinbringen ins Geschehen  
15 hier, was eben doch auch mit Geld verbunden ist. In der Einrichtung. Dann  
16 würde ich andere, also durchlässiger das organisieren. Das wäre jetzt das  
17 Grundsätzliche, dass die Finanzierungen nicht immer an der Institution aufge-  
18 hängt ist. Ich würde doch so etwas wie ein persönliches Budget oder was an-  
19 streben, dass einem Betroffenen sozusagen so und so viel Geld zur Verfügung  
20 hat und das kann er verwenden, in Absprache kann man das einsetzen das Geld,  
21 wo man will. Also Einzelwohnen oder Tagesstätte. Also ich würde das System  
22 so durchlässiger und nicht so institutionszentriert fassen. Es könnte dann je-  
23 mand im Heim wohnen und gleichzeitig der Tagesstätte angehören. Also, es  
24 wäre einfach flexibler zu handhaben, je nach den Bedürfnissen der Betroffenen.  
25 Was vielleicht zuerst kostenintensiver ist, langfristig aber glaube ich doch  
26 nicht. Dann würde ich in der gesamten Struktur diese ganzen Parallelgeschich-  
27 ten alle ändern.
- 28 Gemeinsames kurzes Lachen.
- 29 B: Einen Pot! Rentenversicherung, Krankenversicherung, Behindertenzugs, was  
30 weiß ich, die ganzen Strukturen alles in einen sozialistischen Pot rein.  
31 Schlichtweg, muss nicht sozialistisch sein. Und aus diesem Maßnahmen - und  
32 die Finanzierung dieser Dinger würde ich auch ändern.
- 33 I: Vereinfachen nehme ich an?

1 B: Vereinfachen im Sinne einer Bürgerversicherung und so weiter. Also schlicht  
2 vereinfachen. Ja. Dann würde ich gesetzliche Bestimmungen einbauen, wer al-  
3 les behandeln darf. Ich würde die Heilpraktiker reglementieren. Ich würde ein  
4 Verbraucherschutzgesetz machen für Beratung, dass man einen Berater ver-  
5 klagen kann, wenn man falsch beraten wurde. Und lauter solche Geschichten.  
6 Also, ich würde irgendwie die Verbraucher, Nutzer mehr schützen und diesen  
7 wissenschaftlichen Konsens stärken. In dem Sinne, dass man ein paar Sachen,  
8 die reflektiert sind, anwendet und andere Sachen schlichtweg verbietet. Gut.

9 I: Großes Programm!

10 B: Großes Programm, ja!! Viel Einfluss und viel Geld, nicht wahr!

11 I: Ich bedanke mich ganz herzlich, es war sehr interessant mit Ihnen zu sprechen.

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33





