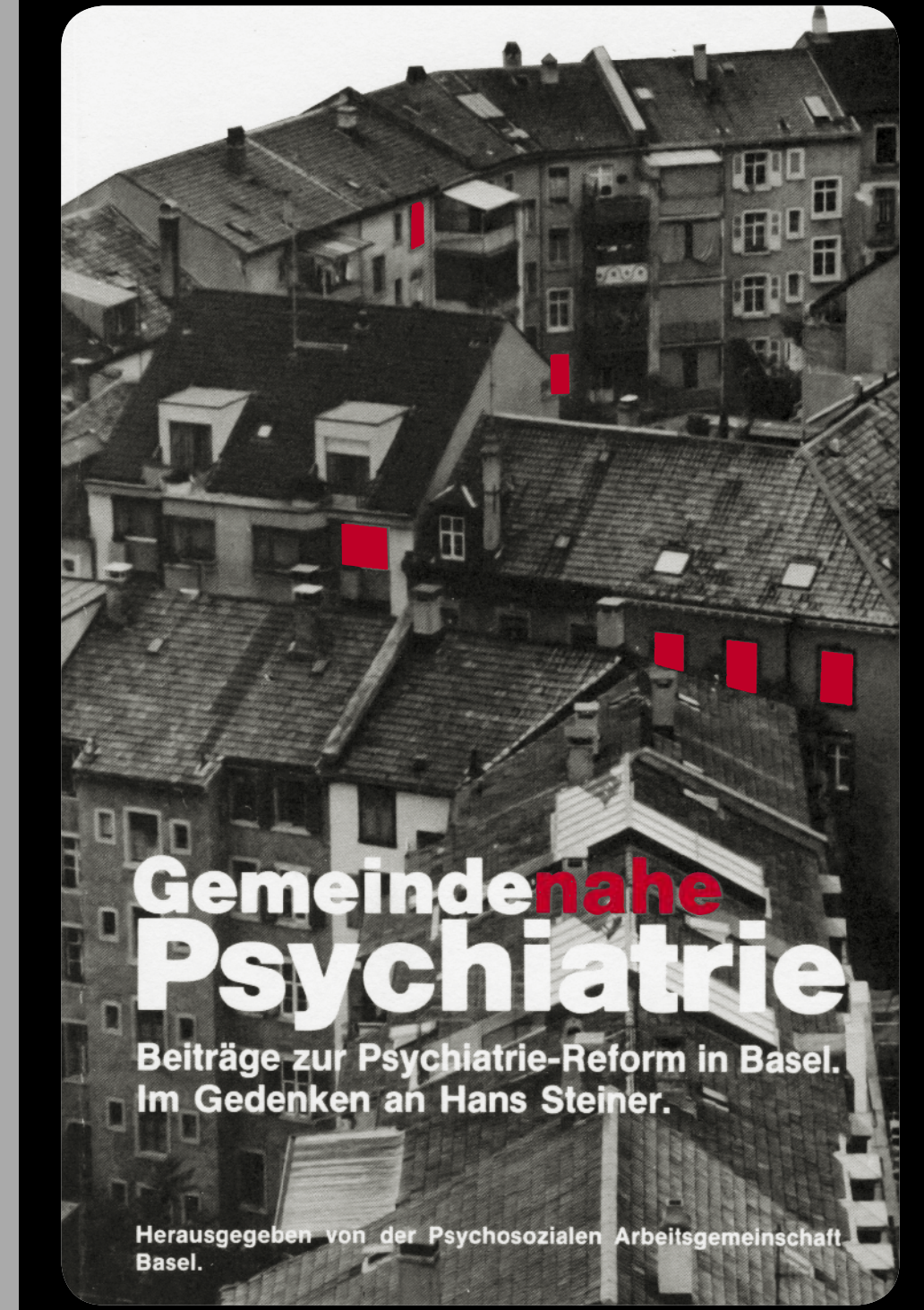




Gemeinde**nahe** Psychiatrie

Beiträge zur Psychiatrie-Reform in Basel.
Im Gedenken an Hans Steiner.

Herausgegeben von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
Basel.

Gemeindenahe Psychiatrie

Beiträge zur Psychiatriereform in Basel
Im Gedenken an Hans Steiner

Herausgegeben von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel

Wir danken

allen Autorinnen und Autoren, die uns ihre Beiträge ohne Honoraransprüche zur Verfügung gestellt haben

der Schweizerischen Vereinigung «Das Band» für die unentgeltliche Übernahme des Vertriebs und Versands

dem Selbsthilfe-Zentrum «Hinterhuus» in Basel für seine Mithilfe bei der Redaktion und Herausgabe dieser Schrift

Copyright der einzelnen Beiträge bei den Autorinnen und Autoren
Redaktion: Ruedi Balmer, Christoph A. Müller, Vreni Vogelsanger
Umschlaggestaltung: Ursula Schilling
Satz und Druck: Buchdruck Offset Fotosatz A. Stebler,
Bruggweg 98, 4143 Dornach

ehemals: © **Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), Basel**
liquidiert Mai 2015,
Zusammenschluss mit der Stiftung Melchior zur heutigen

heute:  **stiftung rheinleben**
seit 1. Juni 2015

Vorlage: Originaldruck vom März 1985

Rescan: jura_druck ■ Reigoldswilerstrasse 18 ■ CH-4207 Bretzwil
Peter Stebler, im März 2022

**Die elektronische Version des Rescans ist auf der Website
der Stiftung Rheinleben hinterlegt: www.rheinleben.ch**

Inhalt

- 5 **Eine Gedenkschrift besonderer Art**
- 7 **Impulse für das Leben**
Zum beruflichen Wirken von Hans Steiner
- 11 Hans Steiner:
Gemeindenahe Psychiatrie in Basel
- 17 Ruedi Balmer:
Betroffene Helfer - helfende Betroffene
Über neue Schwerpunkte in der Psychiatrie und die Bedeutung der
Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel
- 25 **Eine alltägliche Geschichte**
- 27 «Treffpunkt Demokratische Psychiatrie»:
Psychiatriepatienten in Bewegung
- 31 **Offener Brief an alle, die beruflich in der Psychiatrie tätig sind**
- 33 **Ein Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen**
- 37 Raymond Battegay:
Der Mensch als soziales Wesen
- 39 Theo Cahn:
Entwicklungen und Psychiatriekonzepte in Baselland und Base-Stadt
- 45 Felix Labhardt:
Krisenintervention
- 49 Anna Gogl / Regula Senn:
Psychiatrische Krankenpflege: Eine Auffassung
- 53 Thomas Wahlster:
**Der Stellenwert des Quartierzentrums in der gemeindenahen
Psychiatrie**
Aus der Sicht eines im stationären Bereich tätigen Sozialberaters
- 57 Peter Dreyfus:
Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch
Was trägt ein frei praktizierender Psychiater zur psychosozialen
Versorgung in Basel bei?
- 63 Hans-Ruedi Tommer:
Zur Reform der psychosozialen Dienste in Basel

- 67 Jürg Meyer:
Armut in der Schweiz: Die unverstandene Bevölkerung
- 71 Veronika Hennecke-Schwab / Christoph A. Müller /
Vreni Vogelsanger:
Selbsthilfe als Leitidee zur Psychiatriereform
Anregungen des «Hinterhuus» zu einem Psychiatriekonzept für
Basel-Stadt
- 83 «Interdisziplinäre Quartiergruppe»:
Eine Selbsthilfegruppe für die Helfenden
- 87 Erika Faust:
15 Jahre «Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte»
- 91 Maria Zeltner:
Vermittlungsversuche im Arbeitsbereich
- 93 Richard Laich:
**Gedanken zur Eingliederung Behinderter auf dem heutigen und zu-
künftigen Arbeitsmarkt**

Eine Gedenkschrift besonderer Art

Hans Steiner, Psychiater und Psychotherapeut in Basel, ist Anfang 1983 nach kurzer Krankheit im Alter von 39 Jahren gestorben. In seinem beruflichen Wirken war er ein Praktiker und ein Neuerer: Sein leidenschaftlicher Einsatz galt der Verwirklichung einer «gemeindenahen Psychiatrie». Mit seiner therapeutischen Arbeit und durch sein gesundheitspolitisches Engagement hat er selber ein Stück Psychiatriereform in die Praxis umgesetzt.

Diese Gedenkschrift soll nicht lediglich ein Rückblick sein. Sie will vielmehr - im Sinne von Hans Steiner dem Neuen zugewandt - in eine aktuelle Diskussion eingreifen. Sie will ein Beitrag sein zur Erarbeitung eines Psychiatriekonzepts, um das in Basel gegenwärtig gerungen wird.

Ausgangspunkt dieser Schrift bildet ein Referat über «Gemeindenah Psychiatrie in Basel», das Hans Steiner 1982 vor Sozialarbeitern gehalten hat. Das Manuskript dieses Vortrags wurde an mehrere Personen und Gruppen aus verschiedenen psychosozialen Tätigkeitsfeldern geschickt mit der Bitte, sich nach freiem Ermessen zu dieser Thematik zu äussern. Aus den eingetroffenen Beiträgen ist diese Gedenkschrift entstanden.

Die Mannigfaltigkeit der Beiträge weist auf die vielen Seiten der Psychiatriediskussion hin, in der Hans Steiner eine verbindende Aufgabe übernommen hatte. Damit widerspiegelt diese Schrift seine Anliegen und Aktivitäten in einer besonderen Weise.

Impulse für das Leben

Zum beruflichen Wirken von Hans Steiner

Am 16. Januar 1983 ist Hans Steiner im Alter von knapp 39 Jahren mitten aus einem kreativen und engagierten Leben gestorben. Als Psychiater und Psychotherapeut hat er einige erneuernde Ideen aufgeworfen und verwirklicht. Gerade durch dieses Umsetzen hat er seine solidarische und kritische sozialpsychiatrische Haltung verdeutlicht und wahr gemacht. Seine berufliche Bedeutung liegt auf verschiedenen Ebenen: in seiner Wirkung als Person und in seinen praktischen, sozialpsychiatrischen Aktivitäten (wobei er hier wohl eher den Begriff der «Gemeindenahen Psychiatrie» verwendet hätte).

Hans war ein Mensch der Praxis, der durchdachten Praxis. Er hatte ein bestimmtes theoretisches, gedankliches Grundgerüst über die soziale Bedeutung psychischer Störungen und das Wesen der Psychotherapie als Partnerschaft und Beziehung. Solche Gedanken hatten für ihn aber nur einen Sinn im Zusammenhang mit der Praxis. So hat er diese höchst selten schriftlich niedergelegt, sondern sie in seine Aktivitäten und Beziehungen hineingetragen. Daraus ergab sich ein sehr lebendiges Ringen um eine Verbindung von Theorie und Praxis, was die Zusammenarbeit mit ihm auch so spannend machte.

In seinen beruflichen Aktivitäten gilt es, zwei Momente besonders zu betonen. Zum einen ist es der Einsatz für «seine» Patienten. Hier hat er oft - in klarer offener Absprache mit den Betroffenen - seinen Grundsatz der Zusammenarbeit mit Angehörigen, andern Helfern und Institutionen in die Tat umgesetzt. Wer den sozialpsychiatrischen Alltag etwas kennt, weiss, dass bei dieser Art von Arbeit Flexibilität und klare therapeutische Grundsätze gleichzeitig gefordert sind. Daneben hat er sich auch sozialpolitisch engagiert und versucht, zusammen mit andern neue Ansätze für eine gemeindenahen Psychiatrie zu realisieren. Er verkörperte hier die Hoffnung, dass aus der Vielfalt der ambulanten psychosozialen Dienste, welche oft zersplittert aus einer vereinzelter Sichtweise heraus arbeiten, ein zusammenarbeitendes Netz entstehen kann, welches fähig ist, übergreifende sozialpsychiatrische Aufgaben wahrzunehmen. Im folgenden sei der Versuch gewagt, seine Ideen,

Haltung und Aktivitäten noch etwas eingehender - wenn auch sicher nicht vollständig - darzustellen.

Offenheit und Respekt, sich selbst und andern gegenüber, nahmen bei Hans einen wichtigen Platz ein. Diese Haltung hat er in alle freundschaftlichen, therapeutischen und politischen Beziehungen hineingetragen: *«Ich möchte nicht aufhören zu suchen»*. Er suchte den Wahrheitskern und lebensbejahende Ansätze in oft Gegensätzlichem aufzuspüren: als Teilnehmer und Notfallarzt an den Demonstrationen gegen das AKW Gösgen, aber auch als treibende Kraft in einer Arbeitsgruppe, welche zusammen mit Wirtschaftsvertretern nach Lösungen für arbeitslose, psychisch kranke Menschen suchte. Er lebte



Hans Steiner im Sommer 1982

mitten in den Widersprüchen, liebte diese Spannungen, suchte das Verbindende, wählte sich selbst nicht widerspruchsfrei.

Noch bevor er sich zum Medizinstudium entschieden hatte, machte er ein mehrmonatiges Praktikum als Selbsterfahrung, um seine Neigung in diesem Beruf zu testen. Als Assistenzarzt in der Psychiatrischen Klinik holte er seine Gitarre hervor, spielte und sang mit den chronischen Patienten. Hans lebte diese prinzipielle, mitbetroffene Gemeinsamkeit zwischen sich und seinen Patienten, zwischen Helfer und Hilfesuchendem.

Die berufliche Qualifikation erwarb er sich an den Basler Universitätskliniken und am psychoanalytischen Seminar. Sozialpsychiatrische Betrachtungsweisen waren für ihn gleichzeitig immer auch zentral. Er bearbeitete in seiner Dissertation *psychische Probleme von Fremdarbeitern*, eine sozialpsychiatrische Fragestellung, die nur selten angepackt wird.

Seine Praxis als Psychiater und Psychotherapeut eröffnete er 1977 im Kleinbasel, in einem Quartier mit der grössten Ballung psychosozialer Probleme. Schritt um Schritt versuchte er seine sozialpsychiatrischen Vorstellungen zu verwirklichen, immer im Bewusstsein, dass gerade für diese Bevölkerung der Gang zum Psychiater eine grosse Schwelle darstellt.

In seiner therapeutischen Arbeit legte er ein Schwergewicht auf *Krisenintervention*. Einen anderen Schwerpunkt bildete die *Zusammenarbeit mit andern Helfern verschiedenster Berufe im Quartier*. Ohne Übertreibung darf man Hans als Pionier dieser Zusammenarbeit bezeichnen, auch wenn dafür und für die regelmässigen Treffen immer auch die Bereitschaft anderer vorhanden sein muss. Hinter dieser Aktivität stand die Idee, die Probleme «zurückzugeben», die Hilfesuchenden nicht zu «psychiatrarisieren», sondern mit ihnen Lösungswege in ihrem Lebenszusammenhang, in der Familie, an der Arbeit, im Quartier und im Netzwerk der verschiedenen Helfer zu finden. Im April 1981 konnte er einen seit längerer Zeit bestehenden Wunsch verwirklichen. Er beteiligte sich an der Gründung einer *Gemeinschaftspraxis*, eingebettet in ein Projekt einer *Wohnstrassengruppe*, welche sich ihrerseits in einem umfassenden Sinne für die Wohnqualität im Quartier einzusetzen versucht.

Aus seiner Arbeit wuchs bei Hans auch die Einsicht, dass auch auf einem sozialpolitischen Niveau gewisse *Reformen in der psychiatrischen Versorgung* anzustreben sind. Als 1978 in Basel die Psychiatrie-Reform zum gesundheitspolitischen Traktandum erklärt wurde, griff er auch hier in die Debatte ein. Zusammen mit Freunden der *Schweizerischen Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG)* gründete er eine Arbeitsgruppe, welche grundsätzliche Vorstellungen zur Sozialpsychia-

trie in Basel entwickelte¹. Bei den niedergelassenen Psychiatern beteiligte er sich an einer Konzept-Arbeitsgruppe, welche eine Reihe seiner Postulate in den offiziellen Experten-Entwurf einfliessen liess: die Autonomie und Selbständigkeit des Patienten als Zentrum und Ziel eines Konzeptes, Planung als permanenter Prozess zusammen mit den Betroffenen, Dezentralisierung, Aufbau fehlender Einrichtungen in den Bereichen Arbeit und Wohnen - um nur einige zu nennen.

Diese Aktivitäten, verbunden mit vielen andern persönlichen und beruflichen Kontakten (z. B. seine Mitarbeit in der «Ageba» - *Arbeitsgruppe zur Wiedereingliederung psychisch Behinderter*) führten schliesslich im März 82 zur Gründung der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel*, deren erster Präsident Hans Steiner wurde. In dieser Arbeitsgemeinschaft arbeiten nicht nur verschiedene Einzelpersonen und Organisationen aus praktisch allen psychosozialen Berufen «grenzüberschreitend» zusammen. Als wichtiges Element wurde auch die Zusammenarbeit mit den Betroffenen angestrebt und in der Mitgliedschaft der Selbsthilfeorganisation *Treffpunkt Demokratische Psychiatrie* verwirklicht. Unvergessen bleibt jene letzte Forums-Veranstaltung, die Hans im Oktober 82 leitete. Zum Thema «*Gibt es in Basel genügend Einrichtungen für Menschen in Krisensituationen?*» trafen sich Helfer und Betroffene. Hans verstand es, gerade diese Betroffenen so ins Gespräch zu integrieren, dass daraus ein eindrücklich lebensnahes Bild der Probleme entstand.

«*Eine Krise ist auch eine Chance*» war ein Leitgedanke von Hans. Eine Krise ist nicht bloss eine zu eliminierende Störung, sie gehört zum Leben. Es geht darum, das bisherige Leben zu überdenken, alte Abhängigkeiten abzustreifen, Macht und Gewalt zu hinterfragen, neue Lösungen, neue Beziehungen, einen neuen Sinn zu finden. Hans hat dies praktiziert, in den Therapien mit seinen Patienten, in seinem sozial-psychiatrischen Engagement - aber auch für sich. Vor Weihnachten 1982, befallen von der schweren Krankheit, hat er sich diesem Grenzerlebnis gestellt, den Tod mit der gleichzeitigen Hoffnung auf Leben einbezogen, sich im Rahmen der anthroposophischen Medizin in eine neue ganzheitliche Therapieerfahrung hineinbegeben. Die Chance seiner Krise, obwohl er uns sehr fehlt, trotz unserer grossen Trauer, liegt bei uns.

Er hat Impulse gesetzt - Impulse für das Leben. *Ruedi Balmer*

Anmerkung

¹ Reihe soziale Medizin Nr. 1: Für eine Psychiatrie in Bewegung. Rotpunktverlag Zürich, 1983

Gemeindenahe Psychiatrie in Basel

Der folgende Text ist das Manuskript eines Vortrags, den Hans Steiner im Jahr 1982 vor Sozialarbeitern in Basel gehalten hat. Es ist kein abgerundetes Schriftstück und war von Hans Steiner auch nicht zur Publikation vorgesehen. Trotz seiner Mängel umreisst dieses Dokument eindringlich die Werte und Überzeugungen, die Hans Steiners Denken und Handeln prägten: die menschlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen einer gemeindenahen Psychiatrie.

Die Ausgangslage in Basel-Stadt und Baselland

Wenn wir uns mit der Entwicklung der Psychiatrie in Basel befassen wollen, mag es sich lohnen, einen Blick auf den Nachbarkanton *Baselland* zu werfen, wo gegenwärtig Veränderungen im Sektor Psychiatrie im Gange sind. Aufgrund eines eindeutigen Beschlusses des Landrates arbeitete der Vorsteher des Sanitätsdepartementes zusammen mit dem neugewählten Chefarzt der Kantonalen Psychiatrischen Klinik ein modernes Psychiatriekonzept aus. Dessen wesentliche Elemente sind:

1. *Öffnung der Klinik nach aussen:* Aufbau eines externen Dienstes, der dezentrale Versorgungsstrukturen in den Gemeinden fördern soll.
2. *Öffnung der Klinik nach innen:* Einbezug der Patienten in den therapeutischen Prozess (Entwicklung in der Richtung einer therapeutischen Gemeinschaft).
3. *Loslösung der Kinderpsychiatrie von der Klinik, Ausbau.*

Die Entwicklung im Landkanton geht von folgenden Voraussetzungen aus: Der Kanton ist im Vergleich zum Stadtkanton psychiatrisch schwach versorgt; die Psychiatrische Klinik hatte bis vor kurzem einen nicht sehr guten Ruf und galt als rückständig, was dazu beigetragen haben mag, dass sich in der politischen Szene viele Kräfte zusammentun konnten, um eine Modernisierung voranzutreiben; Baselland ist in eine Vielzahl von überblickbaren Gemeinden aufgeteilt.

In *Basel-Stadt* ist von einer wesentlich verschiedenen Situation auszugehen: Der Kanton ist psychiatrisch und psychotherapeutisch, zahlenmässig gesehen, gut versorgt; es besteht eine grosse *Universitätsklinik* sowie je eine *Poliklinik für Kinder* und für *Erwachsene*, alle mit einem recht soliden Ruf versehen; auch wenn Kritik an den Institutionen da und dort geübt wird, so lässt sich diese im Vergleich mit anderen schweizerischen Universitätskliniken nicht leicht aufrecht erhalten. Obwohl Basel in Quartiere gegliedert ist, ist die soziale Situation dennoch recht unübersichtlich: es besteht eine Vielzahl von Organisationen und Beratungsstellen nebeneinander; oft wissen die einen kaum, was die andern tun oder, dass es sie überhaupt gibt. Ansätze zur Überwindung dieser Situation sind im «*Führer durch das soziale Basel*» oder in der Beratungsstelle «*Wägwyser*» zu erkennen.

Die grossen Institutionen (Klinik und Poliklinik) bilden in einer gewissen Weise eine «Welt für sich». Dies führt oft zu einer *Überschätzung* der jeweiligen Institution bei deren Mitarbeitern, während die Vertreter der kleineren, mehr peripheren Dienste zur *Unterschätzung* der eigenen Bedeutung im Rahmen der gesamten psychosozialen Versorgung neigen. Diese Tatsachen spiegelten sich auch in der ersten Etappe der Arbeit an einem *Psychiatriekonzept Basel-Stadt* wider: Die ausschliesslich aus Ärzten, zur Hauptsache Vertretern der grossen Institutionen, zusammengesetzte Kommission erarbeitete zunächst Vorstellungen, die im wesentlichen auf die Bedürfnisse der *zentralen Institutionen* ausgerichtet waren. In einem nächsten Schritt wurden verschiedentlich Gedanken einer *gemeindenahen Psychiatrie* diskutiert, angeregt durch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Sektion Basel der *Schweizerischen Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG)*. Ein Teil dieser Gedanken schlug sich, wenn auch nur in theoretischer Weise, im Konzeptentwurf der Kommission nieder. Dies wurde denn auch in der «internen Vernehmlassung» (unter den praktizierenden Psychiatern sowie dem Personal der Institutionen) beanstandet und ein Konzept gefordert, das die periphere, ambulante Betreuung besser gewichtet. Die Bedeutung der dezentralen Einrichtungen (wie Gemeindef helfer, Gemeindefschwestern, Beratungsstellen etc.) wurde von der *Arbeitsgruppe Psychiatrie* der *SGSG* auch dadurch unterstrichen, dass sie entsprechende Berufsverbände und Organisationen (Sozialarbeiter, Pflegepersonal, nichtärztliche Psychotherapeuten, «Treffpunkt demokratische Psychiatrie») einlud, gemeinsam auf die Erwirkung eines Vernehmlassungsverfahrens zum Psychiatriekonzept hinzuarbeiten. Vertreter dieser verschiedenen Gruppierungen bildeten eine Koordinationsgruppe. Zu Beginn des Jahres 1981 gab das Sanitätsdepartement die Zusicherung zum Einbezug der verschiedenen Verbände in das Vernehmlassungsverfahren.

Wir sehen also, dass die Wege zur Erarbeitung eines modernen Psychiatriekonzeptes in den Kantonen Baselland und Basel-Stadt sehr verschieden sind: In Baselland indentifiziert sich von vorneherein die Regierung und die Institutionsleitung mit den Vorstellungen über eine gemeindenähe Psychiatrie, während im Stadtkanton die (gemeindenähere) Peripherie aktiv werden muss, wenn moderneres Gedankengut zum Zug kommen soll. Man könnte versucht sein zu sagen, dass dies ja ideal ist, wie die Entwicklung im Landkanton geht. Diese hat jedoch auch ihre Problematik: Es besteht die Gefahr, dass eine fortschrittliche Spitze «von oben herab» Veränderungen durchsetzt und gerade durch ihre Fortschrittlichkeit die Peripherie lähmt, etwa so in der Art: «Die wissen ja viel besser, was zu tun ist, und sie haben ja so gute Gedanken.» Im Stadtkanton ist die Situation klar: ein modernes Psychiatriekonzept wird kaum sozusagen von oben herab geschenkt werden, sondern es muss erarbeitet werden. Es kann nicht darum gehen, einen «idealen Weg» zu kopieren. Vielmehr müssen vor allem gute Ideen da sein, Prinzipien einer modernen psychiatrischen Versorgung, und dann müssen konkrete Wege zu deren Verwirklichung gefunden werden.

Was ist Psychiatrie?

Wenn Menschen in ihrem Denken, Fühlen und Wollen auffällig wurden, nicht mehr der Norm entsprachen, so hatte dies seit je Reaktionen aus der Umwelt zur Folge. Diese konnten einerseits in der Form von Hilfe bestehen, durch Angehörige, Nachbarn, Priester - oder aber es kam zum Ausschluss aus der Gemeinde, wenn die Auffälligkeiten ein Ausmass erreichten, welches von der Umgebung als nicht mehr tragbar betrachtet wurde. Dies brauchten nicht konkrete tätliche Bedrohungen zu sein; «falsches Denken» oder der Ausdruck eines die sexuellen Tabus brechenden Gefühls- und Trieblebens reichten oft aus, damit jemand ins Tollhaus gesperrt oder gar als Hexe verbrannt wurde.

Mit der Aufklärung setzte sich eine Betrachtungsweise durch, welche die psychischen Störungen als Ausdruck einer Erkrankung ansah, welche Behandlung benötigte. In den Umgang der Gemeinschaft mit den Andersartigen kam so ein medizinischer Aspekt hinein, der den Impuls des Heilens einschloss und so auch zu einer teilweisen Befreiung der Auffälligen und einer teilweisen Vermenschlichung des Verhältnisses der Gesellschaft zu ihnen führte.

Die Psychiatrie als heilkundliche Disziplin entwickelte sich im wesentlichen im Laufe der letzten 200 Jahre. Zuerst standen *naturwissenschaftliche Vorstellungen* im Vordergrund, ausgehend von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Hirnkrankheiten und gestörtem Seelenleben. Diese naturwissenschaftliche Sicht wurde

während des Wechsels in unser Jahrhundert erweitert um eine *tieferpsychologische Dimension*: Seelische Störungen beruhen oft auf ungelösten, aus der Biographie verstehbaren Konflikten; diese können oft im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, unter schrittweiser Entwicklung neuer Verhaltensmöglichkeiten verarbeitet werden. Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde diese mehr auf das Individuum zentrierte Sicht in den *gesellschaftlichen Zusammenhang* hinein erweitert, vor allem unter dem Einfluss der Kommunikationstheorie: Die gegenseitigen Verhaltensweisen, zum Beispiel unter Familiengliedern, wurden zum Gegenstand des Interesses und des Eingreifens.

Die Entwicklung der Psychiatrie hat eine ungeheure *Spezialisierung* mit sich gebracht, eine Vielfalt von therapeutischen Angeboten. Sie hat in weiten Bereichen aber auch zu einer Mechanisierung der Abläufe und damit zu einer Anonymisierung geführt und dies nicht nur in den grossen Institutionen. Auch in der Peripherie weiss der eine Spezialist mehr oder weniger nichts vom andern. Deshalb können zum Beispiel Überweisungen von Klienten oder Patienten oft nicht sinnvoll erfolgen, sondern sind womöglich gar Ausdruck einer Störung in der Beziehung zwischen Überwiesenem und Überweisendem.

Trotz der überwältigenden Entwicklung der Psychiatrie, von organzentrierten Vorstellungen hin zu Erkenntnissen über feinste Wechselspiele zwischen Patient und Umgebung, ist die Tatsache nicht aus der Welt geschafft worden, dass es immer wieder Menschen gibt, die von der Umgebung als unerträglich empfunden werden und deren Ausschluss respektive Behandlung (mit dem Ziel des Verschwindens der Unerträglichkeit) gefordert wird. Wenn die Psychiatrie als medizinische Disziplin die Ansprüche des erkrankten Individuums vertreten muss, so wird von der Gesellschaft - und dies seit je - der oft gegensätzliche Anspruch nach Schutz vor unerträglichen Mitmenschen an sie gerichtet.

Der heutige Wissensstand über die *Ursachen psychischer Krankheiten* umfasst vier Bereiche:

1. *Erbliche Faktoren (Konstitution, Veranlagung)*
2. *Krisensituationen des Lebens (wie Pubertät, Menopause, Altern)*
3. *Biographische Faktoren (vor allem Kindheit)*
4. *Aktuelle Umweltfaktoren (Wohnen, Arbeit, Beziehungen)*

Kaum je lässt sich eine psychische Störung auf einen einzelnen Faktor reduzieren: immer müssen mehrere in Betracht gezogen werden. Es ist in theoretischer Sicht wichtig zu wissen, dass zum Beispiel die Erbfaktoren für Schizophrenie allein nicht eine Schizophrenie auslösen,

zumeist sind in grösserem oder geringerem Ausmass andere Faktoren beteiligt. Die Erbfaktoren für Schizophrenie disponieren auf der anderen Seite auch zu kreativen, von der Gesellschaft geschätzten Persönlichkeitszügen. Ebenso können bestimmte biographische Konstellationen oder auch Umweltfaktoren nicht, für sich allein genommen, als in jedem Fall krankmachend betrachtet werden: Sie können auch Anlass sein zur Ausbildung spezieller Fähigkeiten (zum Beispiel Einfühlungsgabe) oder auch Reifungsschritte der Persönlichkeit bewirken.

Auch wenn sich über die Ursachen von psychischem Gestörtsein ausgiebig theoretisieren lässt, stellen sich schliesslich im konkreten Fall immer wieder die entscheidenden Fragen: *Wie geht die Umwelt mit den Andersartigen um? Wozu provoziert der Andersartige seine Umwelt?* Diese Fragen werden nie theoretisch zu beantworten sein. Antworten finden sich nur im Konkreten, in der dynamischen Auseinandersetzung mitten im Konflikt, in welchen die Psychiatrie gestellt ist. Verteufelungen (zum Beispiel «schlechte Eltern», «böse Umwelt» etc.) helfen da wenig, sie verschärfen im Gegenteil oft den Konflikt, der das Individuum schon zu zerreißen droht.

Die *Antipsychiatrie* geht davon aus, dass es seelische Krankheit gar nicht gibt; diese wird als Mythos bezeichnet. In einer gewissen Weise hat sie auch recht: Um den «Geisteskranken» wird es tatsächlich oft still, seine Umgebung zum Niemandsland, weil er mit einer für die anderen unheilvollen Diagnose etikettiert ist. Auch er ist ein Mensch wie andere, mit Bedürfnissen nach sinnerfülltem Dasein und nach mitmenschlichem Kontakt.

Grundzüge einer modernen Psychiatrie

Auch eine moderne Psychiatrie steht mitten im Konflikt zwischen den *Ansprüchen des Individuums* und den *Ansprüchen der Umgebung*. Sie kann ihm nicht entweichen, sie muss im Gegenteil versuchen, den Grundkonflikt herauszuarbeiten, und sowohl auf den einzelnen wie auch auf seine Umgebung einwirken mit dem Ziel, dass beide Seiten konfliktfähiger werden. Damit soll immer mehr verhindert werden, dass der Andersartige ausgegliedert wird. Dies heisst, unter folgenden Gesichtspunkten aktiv zu werden:

1. *Prophylaxe*
2. *Frühzeitige und passende Hilfestellung unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen (Angehörige, schon vorhandene Hilfspersonen)*
3. *Rehabilitation*

In der Verwirklichung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung muss schrittweise vorgegangen werden, beginnend in der *Peripherie*, dort, wo der Auffällige wohnt, respektive wieder wohnen möchte, das heisst in enger Zusammenarbeit mit den am Wohnort schon verfügbaren Hilfseinrichtungen (praktizierende Ärzte, Sozialarbeiter, Gemeindeschwestern etc.). Diese «Hilfsquellen», erreichbar und verfügbar für die Bevölkerung, müssen für den Umgang mit psychisch Auffälligen und andersartigen Mitbürgern gestärkt werden. Dies ist dadurch zu erreichen, dass sich die Psychiatrie selbst - Psychiater, Psychotherapeuten, spezialisiertes Pflegepersonal und spezialisierte Sozialarbeiter - *in die Gemeinde begibt*: in die konkrete Zusammenarbeit mit den anderen im psychosozialen Bereich Tätigen. Diese Zusammenarbeit ist nicht in der Art einer Supervision zu verstehen, sondern als *Zusammenarbeit von Fachleuten* verschiedener Bereiche, wobei jeder vom Wissen und Können des anderen profitieren kann. Jeder wird so seine eigene fachliche Kompetenz erhöhen, und es können therapeutische Teams entstehen, welche in schwierigen Fällen die Aufgaben unter sich aufteilen. Als therapeutisch ist dann nicht mehr eine einzelne Person («Therapeut») oder eine bestimmte Methode zu bezeichnen, sondern der *Geist der Zusammenarbeit*, getragen vom Willen, sowohl Individuum als auch Umgebung *konfliktfähiger* zu machen, beiden Seiten zu mehr *Toleranz* zu verhelfen und die *Selbsthilfe* zu fördern.

Verwirklichung einer modernen Psychiatrie in Basel

So wie sich für den Fall einer individuellen seelischen Erkrankung kein generelles Rezept angeben lässt, sondern es sich immer nur darum handeln kann, einen *individuellen Weg mit dem Patienten* zu entwickeln, so ist es auch mit dem «Fall Psychiatrie»: Entwicklungen lassen sich nicht am Schreibtisch vorprogrammieren. Die Fehlplanungen im Spitalwesen wie auch in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zeigen dies deutlich. Die Planung muss vom Konkreten ausgehen und sich im Konkreten entwickeln, unter Beteiligung der Öffentlichkeit. Für den Kanton Basel-Stadt mit seinen recht starken, etwas in sich ruhenden psychiatrischen Zentren und einer Vielfalt von Hilfsangeboten in der Peripherie bedeutet dies, dass unter den verschiedensten Hilfetragern im psychosozialen Bereich der Dialog eröffnet werden muss unter Einbezug der Ideen einer moderneren Psychiatrie.

Ruedi Balmer:

Betroffene Helfer - helfende Betroffene

Über neue Schwerpunkte in der Psychiatrie und die Bedeutung der
Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel

Ruedi Balmer, Dr. med., ist Spezial-
arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie.
Ergänzende Ausbildung in Sozialmedizin
mit dem Diplom für «Community Medicine»
der University of Edinburgh. Seit 1980
in einer Gruppenpraxis in Basel tätig. Seit 1983
Präsident der Psychosozialen Arbeits-
gemeinschaft Basel.



Ein Blick in die Geschichte: 1528 verliess *Paracelsus* nach nur elfmonatiger Tätigkeit als Stadtarzt und Uniprofessor erbost und enttäuscht die Stadt Basel. Er war ein - manchmal auch provokativer - Neuerer, ein Aufklärer, der sich gegen die überlieferte «Bücher-Medizin» stemmte. Er vertrat die neuen, «umstürzlerischen» Ideen einer naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Krankheiten. Aber nicht nur dies. Er war auch ein umfassender Geist, der selbst heute noch «modernes» sozialmedizinisches Gedankengut in die Tat umsetzen wollte: *«das der Mensch ist die klein welt, darumb hat en in im alles was die gross welt begreift und in ir hat, gesunts und ungesunts.»*¹ Etwas anders ausgedrückt: Es gibt eine Parallele zwischen den Krankheiten im Einzelnen und den Krankheiten in der Gesellschaft. Basel hatte offenbar damals die Konfrontation mit einem solchen umfassenden Krankheits- und Lebensverständnis nicht ausgehalten.

Heute, meine ich, stehen wir vor einer ähnlich brisanten Situation. In Basel stehen die psychiatrischen - oder besser ausgedrückt - die psychosozialen Dienste vor einem tiefgreifenden Umbruch. Es geht nicht einfach darum, einige reformerische Retuschen vorzunehmen,

sondern eine Herausforderung anzunehmen. Seit dem Zweiten Weltkrieg sind die psychosozialen Störungen zum sozialmedizinischen Hauptproblem angewachsen. In diesem Zeitraum haben sich aber auch die therapeutischen Möglichkeiten grundlegend verändert. Nun gilt es, auch die Gesamtheit aller psychosozialen Dienstleistungen in diese Veränderung einzubeziehen. *Hans Steiner* hat diesen Veränderungsprozess zu gestalten versucht, für sich, zusammen mit andern, in der Arbeit mit Patienten, aber auch durch sein sozialpolitisches Engagement. Er hat den Begriff der *gemeindenahen Psychiatrie* aufgegriffen, der für viele sozialpsychiatrische Reformen an verschiedenen Orten im In- und Ausland verwendet wurde und wird.²

Gemeindenaher Psychiatrie: ein ganzheitliches Konzept

Mit dem Konzept einer gemeindenahen Psychiatrie fasst eine *Idee* Fuss. Es geht um ein *qualitatives Moment*. Es geht um eine innere, ganzheitliche Haltung, in der der Mensch als *soziales Wesen* begriffen wird. Psychische Leiden, Krisen, Krankheiten entstehen aus einem gestörten Wechselspiel zwischen dem einzelnen und seiner Umgebung und bedeuten oft denn auch ein Herausfallen aus den gewohnten Lebensbeziehungen. Jeder von uns ist in eine Reihe von Beziehungen eingebettet, jeder von uns ist eine Art *Knotenpunkt* in einem oft komplizierten *sozialen Netz*; jeder wird durch dieses Netz bestimmt, aber jeder knüpft auch fortwährend an diesem Netz. Psychosoziale Störung heisst denn auch, dass der einzelne seine Beziehung in diesem Netz nicht mehr knüpfen kann.

Die gemeindenaher Psychiatrie möchte diese Idee aufgreifen, das Individuelle mit dem Sozialen verbinden und eine *Schwerpunktsverlagerung* der Dienste in Richtung einer bevölkerungsnahen, ambulant abgestützten, präventiv und spezialpsychiatrisch ausgerichteten Psychiatrie vornehmen. Gewiss sind solche Schwerpunkte nicht ganz neu. Neu ist aber - in Basel - der Versuch, diese Ideen vermehrt in die *Gesamtheit* der psychosozialen Dienste einfließen zu lassen und diese Dienste - Kliniken, Ärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Krankenpflege, Sozialarbeit - auch praktisch an einer solchen Konzeption zu orientieren. Jede einzelne Stelle und jeder einzelne Helfer ist Teil eines umfassenden Dienstleistungsangebotes: Jeder arbeitet nicht isoliert vor sich hin; aber jeder ist auch nicht bloss blindes Ausführungsorgan eines verfügbaren «Versorgungssystems». Gemeindenaher Psychiatrie bedeutet, dass unser Gemeinwesen als Ganzheit, als soziales und politisches Gebilde die selbstkritische Verantwortung hat, die eigenen Lebensbeziehungen und das Hilfsangebot in Lebenskrisen so zu gestalten, dass

der einzelne ein Maximum an Individualität, Selbständigkeit und Kreativität als «soziales Wesen» entwickeln kann.

Zu dieser eher programmatischen Skizze liesse sich noch viel sagen, und notwendig wäre vor allem das *Konkrete*. Hans Steiner hat dazu in seinem Referat Gültiges ausgesagt. Ich möchte hier lediglich noch einige Gedanken verdeutlichen und daraus - als *ein* Beispiel einer praktischen Umsetzung - auf die Bedeutung der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel* hinweisen.

Versorgung von der Wiege bis ins Grab?

So wie die Anstaltspsychiatrie als Institution der sozialen Kontrolle zu Recht kritisiert wurde,³ so gilt es diesen kritischen Blick auch der geöffneten, gemeindenahen Psychiatrie entgegenzustellen. Geht es hier nicht um eine neue Form der «totalen Psychiatriisierung»? Steht dahinter nicht die Illusion der Therapierbarkeit aller sozialen Widersprüche? In Gegenden etwa, wo bereits seit längerer Zeit umfassende sozialpsychiatrische Netze realisiert sind, wird eine solche Kritik laut.

Barbara Riedmüller⁴ hat die «Gefahren der gemeindepsychiatrischen Dienste» wie folgt umschrieben: *«Was also ist die Rolle des gemeindepsychiatrischen Dienstes? Stellt er gegenüber den Praktiken der sozialen Ausgrenzung der Anstaltspsychiatrie eine versorgungspolitische Alternative dar? Das Postulat der gemeindenahen Versorgung, das sich in neuen Formen der Professionalisierung und 'Vernetzung' mit der sozialen Lebenswelt des Klienten umsetzt, hält der Ausgrenzung der psychischen Störung deren Integration entgegen. Mit diesem neuen, sozialintegrativen 'Blick' auf die Störung wird aber gleichzeitig das soziale Feld der professionellen Macht ausgeweitet, denn Anlass einer professionellen Hilfe ist nicht die Störung der äusseren Ordnung, die durch eine 'polizeiliche' Intervention wiederhergestellt wird, sondern der gesamte Lebensraum soll präventiv erfasst werden. So kann der gemeindepsychiatrische Dienst, der am verlängerten Arm der psychiatrischen Klinik oder des Gesundheitsamtes vor Ort tätig wird, d. h. der professionellen und administrativen Definition des Eingriffs subsumiert ist, zu einer fortschreitenden Psychiatriisierung beitragen, ein Prozess, der im 19. Jahrhundert mit der Individualisierung und Pathologisierung sozialer Not begonnen hat.»*

Und weiter: *«Das Reformkonzept der Gemeindepsychiatrie wird daher von zwei Seiten bedroht, denn auf der einen Seite besteht die Gefahr einer Ausweitung sozialer Kontrolle in die Nähe der Gemeinde, der Nachbarschaft, der Familie, auf der anderen Seite würde eine Abkopplung ambulanter Hilfen von den übrigen Versorgungssystemen dazu führen, dass die ohnehin schon existierende Ungleichheit der therapeutischen Hilfsangebote der 'Zweiklassenpsychiatrie' noch verstärkt wird. In dieser sozial-*

politischen Zwangslage befindet sich das Reformmodell der Gemeindepsychiatrie.»

Versuche ich, einige Gedanken dieses Textes aufzugreifen, stellen sich mir folgende Fragen: Wie sind psychosoziale Dienste zu gestalten, damit das Hilfsangebot sich bis zum konkreten Alltag in Familien und Betrieben vorwagen kann, ohne gleichzeitig Kontroll- und Anpassungsinstrument zu sein? Wie kann vermieden werden, dass nicht lediglich eine professionelle Macht - im eigenen Interesse oder im Dienste der Stabilisierung herrschender Verhältnisse - etabliert wird? Wie kann eine «Zweiklassenpsychiatrie» vermieden werden? Der eine oder andere Leser mag denken, dass solche Überlegungen Luxus sind in einer Situation, wo konkrete, elementare Hilfen (Arbeit, Wohnen) für Menschen in Krisen noch fehlen. Ich meine damit natürlich nicht, dass solche Hilfen unterbleiben sollten. Aber es geht darum, dass bei der Organisation und Ausübung dieser Hilfen diese kritischen Gedanken berücksichtigt werden.

Dienstleistung mit dem Ziel der Selbständigkeit

Hinter den Überlegungen von Hans Steiner meine ich eine Haltung zu spüren, ausgedrückt in konkreten Postulaten, die gerade diese Gefahren konfrontiert. Ich möchte einige dieser Postulate kurz skizzieren.

1. *Der politische Gesichtspunkt:* Autonomie heisst u.a. beeinflussen und entscheiden können. Dies hat auch einen politischen, demokratischen Akzent. Demokratisierung fängt dort an, wo sich der einzelne gerade befindet. Dies gilt auch für Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten, für «Betroffene». Der politische Gesichtspunkt bedeutet nicht nur, dass für diese sozial oft Sprachlosen durch politische Massnahmen ein besseres Dienstleistungsangebot aufgebaut wird, sondern dass sie sich an diesem Entscheidungsprozess selbst beteiligen können.

2. *Planung und Organisation von unten:* Die Ausgestaltung der psychosozialen Dienste soll nicht ein «Akt von oben», von Behörden und Experten sein. Die Basis, betroffene Helfer und helfende Betroffene, soll - ausgehend vom Bestehenden - diese Aufbauarbeit leisten. Gerade im Ausbau der ambulanten Dienste sollte von Anfang an diese Form der Zusammenarbeit gestützt werden.

3. *Selbsthilfe:* Ein qualitativ neues Element der letzten 10 Jahre ist die Selbsthilfebewegung.⁵ Im Zentrum stehen die Selbstverantwortung, Wachsen durch Handeln, die Solidarität Gleichgestellter, mehr Selbstständigkeit gegenüber den Professionellen. Sie bejahen heisst auch, ihr entsprechende Rahmenbedingungen zu verschaffen und sie nicht lediglich als «Billiglösung» für die anstehenden Probleme zu sehen.

4. *Prävention:* In der Prävention psychischer Störungen und Krankheiten gilt als Ziel nicht, sämtliche Krisen zu eliminieren, sondern die schädlichen Problemlösungsversuche wie Süchte, Stresskrankheiten, psychosomatische Störungen, Delinquenz u. a. zu verhüten. Krisen sind nicht a priori «schlecht». Sie sind für Wachstum notwendig und beinhalten ein kreatives Potential in Richtung neuer Lösungen und Wandel.⁶ Für die gemeindenahе Psychiatrie bedeuten solche Überlegungen, dass eine Hilfe in Krisen möglichst rasch verfügbar sein muss, «bevölkerungsnah», bekannt durch Vorinformation, mit niedrigen räumlichen, finanziellen und soziokulturellen Schranken. In ihrer Haltung ist diese Hilfe auf eine sorgfältige Entwicklung neuer selbständiger Lösungen ausgerichtet.

5. *Dezentralisierung eigenständiger Stellen:* Die Gesamtheit der Dienste soll wohl aufeinander abgestimmt sein (koordiniert) und es soll eine Zusammenarbeit bestehen (Kooperation), aber es gilt auch, eine Eigenheit und Individualität jedes einzelnen Dienstleistungsangebotes zu wahren, damit weder Helfer noch Hilfesuchende - und in diesem Falle sind beide Betroffene - in der Anonymität verloren gehen. Die organisatorischen Schwierigkeiten eines so konzipierten Dienstleistungsangebotes (Zusammenarbeit, Erreichbarkeit der Dienste u. a.) wiegen leichter als die Vermassung in hierarchischen Grossinstitutionen.

6. *Zusammenarbeit von Helfern und Betroffenen:* Die (multi- oder interdisziplinäre) Zusammenarbeit von verschiedenen Helfern und Institutionen hat nicht allein den technischen Grund etwa des reibungsloseren Ablaufes oder der Vermeidung von Doppelspurigkeiten. Es gibt auch tiefere Gründe. So gilt es etwa, Spaltungen zwischen «bösen» Institutionen, welche aufgrund eines gesellschaftlichen Auftrages handeln müssen (z. B. durch Aufnahmезwang für Patienten, welche sonst niemand mehr will), und «guten» Helfern, welche weitgehend auf einem freiwilligen Behandlungsauftrag aufbauen können, zu vermeiden. Jeder Helfer ist auf den andern angewiesen. So wie «Betroffene» in Krisen auf Helfer angewiesen sind, so sind in der Zusammenarbeit auch Helfer «Betroffene». In der gemeindenahen Psychiatrie wird versucht, das Abhängigkeitsgefälle zwischen Helfern und Betroffenen zu überwinden (oder auf anderen Ebenen auszugleichen). Elemente dieses Ausgleichs sind «dialogische Vorgehungsweise»⁷ und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, das heisst es geht um den konsequenten Einbezug der Betroffenen in die sie betreffenden Entscheidungen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zur kritischen Überprüfung eigener Problem- und Lösungsvorstellungen unter Helfern aus verschiedenen

Blickwinkeln ist ein zusätzlicher innerer Ausgleich der Abhängigkeitsverhältnisse.

Die Idee und Rolle der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel (PSAG)

Mit der Gründung der PSAG im Jahre 1982 wurde versucht, diese und sinnverwandte Postulate aufzugreifen und in den konkreten Alltag des Helfens einzubauen. Es wird die Verbesserung der ambulanten psychosozialen Dienste angestrebt, um eine gesellschaftliche Ausgliederung von Menschen in psychischen Krisen zu verhindern (vgl. Abdruck des Zweckartikels). Folgende «innere» Grundsätze sind dabei wesentlich:

- konkrete Hilfe zur Selbsthilfe,
- Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Selbsthilfeorganisationen,
- Zusammenarbeit der Helfer,
- Koordination und «Vernetzung» der dezentralisierten Dienste,
- Öffentlichkeitsarbeit und politische Einflussnahme.

Heute (Ende 1984) umfasst die Arbeitsgemeinschaft rund 150 Einzel- und 10 Kollektivmitglieder aus praktisch allen Bereichen der psychosozialen Versorgung. Die PSAG möchte in erster Linie durch eine *informative Aktivität* den Dialog und die Zusammenarbeit fördern.

Der Zweckartikel aus den Statuten der PSAG lautet:

«Die Arbeitsgemeinschaft hat zur Aufgabe, einen Beitrag zu leisten zur Vermeidung der Ausgliederung von Mitbürgern aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang, insbesondere seelisch oder körperlich Kranken und Behinderten. Es soll angestrebt werden, dass auch diese Bevölkerungsgruppen in grösstmöglicher Selbständigkeit leben können. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn die psychosozialen Gegebenheiten: die vielfältigen Kraftfelder zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, zwischen Gesellschaft, Gruppen und einzelnen, ins Planen und ins Handeln einbezogen werden.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ergreift die Arbeitsgemeinschaft, unter Einbezug der bestehenden Strukturen, Massnahmen zur Stärkung der dezentralen psychosozialen Versorgung, insbesondere in Gebieten, für welche heute keine Kostenübernahme durch die Sozialversicherungen erfolgt, oder eine solche eine juristische Person als Träger voraussetzt.»

Sie ist zwar grundsätzlich auch bereit, *Trägerschaften* für bestimmte Projekte zu übernehmen, wie zum Beispiel 1984 die *«Beratungsstelle für Langzeitkranke»* übernommen wurde, eine ambulante Sozialberatung für Menschen in psychischen Krisen. Die PSAG versteht sich aber dennoch nicht in erster Linie als Organisatorin und Trägerin neuer Dienste, sondern als Promotorin des Gedankengutes, quasi als «Lobby», damit neue Lösungen realisiert werden können. Ein Beispiel hierfür ist der Aufbau der *«Selbsthilfegruppe Arbeit»* zusammen mit dem Verein *«Demokratische Psychiatrie»*. Dieser Aufbau führte schliesslich zu einer eigenständigen Organisation der Selbsthilfegruppe.

Nach der erfolgten Aufbauarbeit versteht sich die PSAG als *Netzverbund selbständiger Projekte*, wie dies heute bereits mit verschiedenen Kollektivmitgliedern zusammen existiert. Die bisherige Arbeit hat gezeigt, dass das aufgegriffene Gedankengut bei vielen Menschen - auch in traditionellen Institutionen - verbreitet ist und auf Interesse stösst. Aufgabe ist es, das Wachstum dieser vielfältigen Ansätze zu ermöglichen und zu einem tragfähigen Netz zu verbinden.

Kritischer Ausblick

Damit die hier skizzierten Vorstellungen einer gemeindenahen Psychiatrie praktische Konsequenzen haben, sind noch verschiedene Anstrengungen nötig und Hindernisse zu überwinden, welche ich hier nur stichwortartig andeuten kann.

Die gleichgewichtige *Zusammenarbeit* von Helfern und Betroffenen löst traditionelle Rollenbilder auf. Notwendig ist etwa - von beiden Seiten her - die Rollenerwartung an den Helfer als alleinigen Experten zu überwinden: Experten sind nur beide gemeinsam im Dialog. Dies bedeutet auch, Krisen, Unzulänglichkeiten, Misserfolge gemeinsam auszuhalten und zu erforschen, ohne in gegenseitige Schuldzuweisungen zu verfallen.

Unter Helfern sehe ich die Probleme der *Konkurrenzängste und Verständigung*. Im Hintergrund lauern hier auch Fragen der gesellschaftlichen Anerkennung, von Status, Einfluss und Finanzierung. Die gegenwärtigen Trends der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen und der Zunahme von verschiedenen Helfergruppen bewirken leider eher, dass sich die verschiedenen Helfer in ihren «Positionen» verschanzen. Die beiden Entwicklungen - die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit einerseits und die ökonomisch bedingte Vertretung von Einzelinteressen andererseits - scheinen eher auseinanderzulaufen. Heute ist es vielfach auch so, dass viele Helfer in ihrer tagtäglichen Arbeit ausgelastet bis überlastet sind und daher wenig Zeit und Energien für die Zusammenarbeit aufbringen.

Die Idee der gemeindenahen Psychiatrie kann auch in einen gewissen *Gegensatz zum gesellschaftlichen «Auftrag»* an die psychosozialen Dienste geraten. Die Ausgrenzung und Kontrolle von «Unvernunft», «Verrückten» und «Dissozialen» hat eine lange geschichtliche Tradition.⁸ Zwar wird auch die gemeindenahe Psychiatrie nicht umhin kommen, Destruktivitäten zu unterbinden, aber insgesamt ist sie eher auf Veränderung und Austragung von Konflikten als auf deren Kontrolle und Unterdrückung angelegt. Dies bringt sicher auch ein Mass an Unruhe und Verunsicherung.

Es gilt auch, vor *falschen Ideologismen* zu warnen, indem etwa die Psychiatrie in Kliniken gegen ambulante Dienste ausgespielt wird. Der «schlechte Ruf» der Kliniken beruht weitgehend auf ihrem ordnungspolitischen Auftrag, dem Aufnahmezwang für Menschen, welche sonst nirgends getragen werden, und der notorisch schlechten Dotierung psychiatrischer Kliniken mit therapeutischem Personal. Es wird Prüfstein auch der gemeindenahen Psychiatrie sein, wie sie mit Macht und Kontrolle von destruktivem Verhalten umgeht, gewisse eingreifende Entscheidungen in einen therapeutisch-emanzipativen Prozess umwandeln kann. Wir dürfen nicht zulassen, dass unversehens eine Zweiklassenpsychiatrie entsteht.⁴

Gemeindenahe Psychiatrie ist ein Konzept, das tief in das Selbstverständnis, in Anschauungen, Urteile und Vorurteile einzelner und von politischen Organisationen und Institutionen eingreift. So gesehen, ist sie eben nicht ein «technisches Problem der optimalen Versorgung» sondern ein dauernder Prozess - von betroffenen Helfern und helfenden Betroffenen.

Literatur

1. Zitiert nach Lepenies W.: Melancholie und Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1969, p. 169
2. Hochmann J.: Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie, edition Suhrkamp 618, Frankfurt am Main 1973
3. Goffmann E.: Asylums, New York 1961; Basaglia F.: Was ist Psychiatrie, Frankfurt am Main 1974; Foucault M.: Wahnsinn und Gesellschaft, Suhrkamp stw 39, Frankfurt am Main 1969
4. Riedmüller B.: Gefahren der gemeindepsychiatrischen Dienste, Leviathan Nr. 4/1980
5. Moeller M. L.: Selbsthilfegruppen, Rohwohlt, Reinbeck 1978
6. Erikson E. H.: Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1966
7. Benedetti G.: Klinische Psychotherapie, Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1980 (p. 45: Die Komplementarität in der Psychotherapie), oder: Der Geisteskranke als Mitmensch, kleine Vandenhoeck-Reihe 1428, Göttingen + Zürich 1976
8. Dörner K.: Bürger und Irre, Fischer, Frankfurt 1975 oder: Finsen A.: Psychiatrie - Politik - Ethik, Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 2/84, Psychiatrie Verlag, Rehburg-Loecum

Eine alltägliche Geschichte ...

Der folgende Erlebnisbericht stammt von einem 30jährigen Mann, der arbeitslos wurde, in eine schwere Krise geriet und in der Klinik landete. Er bat darum, seinen Namen nicht zu nennen.

Die Ausgangslage

Ich habe berufliche Schwierigkeiten. Eine Zweierbeziehung, die mir sehr viel bedeutet, beginnt auseinanderzubrechen. Ich verliere meinen Arbeitsplatz, gerate dadurch in finanzielle Schwierigkeiten und beginne, meine Probleme im Alkohol zu ertränken. Mein Hausarzt erklärt sich ausserstande, mich weiterzubehandeln, und überweist mich in die *Psychiatrische Poliklinik*.

Die Behandlung

Man verschreibt mir jede Menge Psychopharmaka. In der Hoffnung auf Besserung meines Zustandes schlucke ich die Tabletten. Ich bekomme Sprachstörungen, habe Mühe, mich zu konzentrieren, kann kaum noch richtig gehen, denn irgendwie klappt es mit der Koordination meiner Bewegungen nicht mehr. Bei einer neuen Arbeitsstelle werfe ich nach drei Tagen das Handtuch. Die wöchentlichen Termine in der Poliklinik sind eigentlich nur ein Rezeptfassen. Schliesslich lande ich in der *PUK (Psychiatrische Universitätsklinik)*. Ich werde dort weiterhin mit Pillen versorgt, bekomme eine Spritzenkur und jeden Tag schütteln mir mehrere Ärzte, die ich teilweise gar nicht kenne, die Hand, fragen nach meinem Wohlergehen und hasten, ohne eine Antwort erhalten zu haben, weiter. Aber ein richtiges Gespräch mit einem Arzt? Sehr selten und dann nur ein paar Minuten. Auch meine finanziellen Schwierigkeiten werden immer grösser. Die Versuche, mit einem Sozialarbeiter zu sprechen, sind vergeblich. Dafür darf ich in die Musiktherapie. Was soll ich dort? Endlich klappt es mit dem Sozialarbeiter, denn er hat mir einen Zahlungsbefehl zu übergeben. Auch einen guten Rat bekomme ich: «*Nehmen Sie mit dem Gläubiger Kontakt auf und versuchen Sie, die Angelegenheit zu regeln*».

Die Selbsthilfe

Ich beschliesse, mir selbst zu helfen und dieser «aufgeblasenen Fabrik» den Rücken zu kehren. Nun tut die *PUK* doch noch etwas für mich. Ich werde zu einem Arzt vermittelt, zu dem ich sofort Vertrauen habe. Schon nach wenigen Gesprächen fühle ich mich besser und beginne, mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen. Versuche, sie in den Griff zu bekommen. Durch Vermittlung meines Arztes finde ich Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, arbeite aktiv mit, und die Möglichkeit, offen über meine Probleme zu sprechen, ist eine echte Hilfe.

Medikamente nehme ich schon lange nicht mehr, und auch das Alkoholproblem (hoffe ich) habe ich im Griff. Ich habe eine neue Stelle gefunden, an der ich mich wohlfühle, und auch das Ende meiner finanziellen Schwierigkeiten ist absehbar.

Fazit

Eigentlich eine alltägliche Geschichte, die jedermann passieren kann. Aber ist deshalb gleich ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nötig? Mir hat diese stationäre Behandlung überhaupt nichts gebracht. Herausgerissen aus meiner gewohnten Umgebung, begann ich zu resignieren. Eingeengt von Vorschriften und mit Medikamenten vollgepumpt, glaubte ich gar nicht mehr an meine Chance. Ich lernte in der *PUK* drei Abteilungen kennen und behauptete, dass ein grosser Teil der dortigen Patienten nicht in eine Klinik gehört. Es gäbe andere Möglichkeiten, diesen Menschen zu helfen. Ich denke da an Zentren, in denen Ärzte und Sozialarbeiter eng zusammenarbeiten, Selbsthilfegruppen, wie sie heute schon bestehen. Auch um die wirtschaftliche Situation dieser Leute sollte man sich kümmern. Meistens kommen Menschen, die gesundheitliche Schwierigkeiten haben, in finanzielle Bedrängnis und brauchen Hilfe. Mir schwebt da eine Institution vor, wie sie mit dem «*Neustart*» für Straftatlassene existiert.

Wer soll das bezahlen? Werden nicht mit jedem Pflgetag, der in einem Spital wegfällt, Mittel frei? Sollte es nicht auch im Interesse der Krankenkassen sein, Klinikaufenthalte zu reduzieren? Um die überbelegte *PUK* muss man sich deshalb keine Sorgen machen.

Anmerkung

Ein grosser Teil meiner Arbeit wickelt sich heute am Bildschirm ab, und immer wieder stosse ich bei Fehlmanipulationen auf die Begriffe «*Auskünfte verboten*» oder «*Transaktion nicht erlaubt*». Was versteckt sich wohl dahinter? Meine Angst ist gross, dass auch mein Klinikaufenthalt gespeichert ist und diese Daten verwendet werden.

Psychiatriepatienten in Bewegung

Der «Treffpunkt Demokratische Psychiatrie» ist eine Selbsthilfeorganisation, die seit vier Jahren in Basel ein Begegnungszentrum betreibt. Zwei Vorstandsmitglieder, Margot Wicki und Bernadette Rafeiner, schildern im folgenden die Entstehungsgeschichte und das heutige Wirkungsfeld des «Treffpunkts».

Gerne kommen wir der Aufforderung nach, für diese Gedenkschrift einen Beitrag über die Arbeit des *Treffpunkts Demokratische Psychiatrie* zu verfassen. *Hans Steiner* war ein eindeutiger Befürworter unserer Bestrebungen und ermutigte uns immer wieder, auf diesem Weg weiterzufahren. Im folgenden möchten wir unsere Bewegung vorstellen:

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 1979 haben sich in Basel Menschen zusammengetan, die an der Psychiatrie-Reform in Basel-Stadt interessiert waren. Es waren Medizinstudenten, Psychiatrie-Pfleger, junge Ärzte, Patienten, Angehörige, Sozialarbeiter sowie weitere interessierte Laien. Es wurde der italienische Film *«Nessuno o tutti»* gezeigt. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Öffnung und Demokratisierung der Psychiatrie, wie sie *Franco Basaglia* (1924-1980) in Italien entwickelt und verwirklicht hatte. Die Gruppe traf sich während längerer Zeit und nannte sich - nach dem italienischen Modell - *«Bewegung Demokratische Psychiatrie»*, obwohl diese - anders als in Italien - nicht parteigebunden, sondern mehr patientenorientiert war.

Als eigentliches *Ziel* der Bewegung schälte sich damals heraus: die traditionelle Psychiatrie in *Bewegung* zu bringen, die *Selbstverantwortung* und das *Mitspracherecht* des Patienten zu fördern, hierarchisches Gefälle in der psychiatrischen Versorgung abzubauen und somit die Stellung des Betroffenen als *Partner* aufzuwerten. Auch wurden die Gedanken der Dezentralisierung verfolgt und die Idee der gemeindenahen Psychiatrie, wie sie vor allem *Hans Steiner* verfolgte, in das Gedankengut aufgenommen.

Was hiess das konkret für die Gruppe? Man müsste einen Ort der Begegnung einrichten, wo Menschen in Lebenskrisen oder mit psychischen Problemen sich treffen, sich aussprechen und ihre Bedürfnisse formulieren könnten. Es müsste ein Ort des Vertrauens sein, fernab vom eigentlichen Psychiatriebetrieb, vom Verwaltetenwerden, vom Gefälle Betreuer/Betreute.

Nach endlosen Grundsatzdiskussionen und Zielformulierungen schrumpfte die Gruppe von über hundert Personen, die sich ursprünglich interessiert hatten, auf einen sehr kleinen «harten Kern» zusammen. Diese Initiativgruppe war nun entschlossen, den theoretischen Gesprächen ein Ende zu setzen und praktische Taten folgen zu lassen. Sie suchte und fand ein Lokal an der Therwilerstrasse 7 in Basel, das dann am 16. Oktober 1980 als *Treffpunkt* eröffnet wurde - und heute, nach mehr als vier Jahren immer noch einem Bedürfnis entgegenkommt. Der *Treffpunkt* hat im psychosozialen Netzwerk der Stadt Basel einen festen Platz gefunden (1983 ca. 2500 Besuche bei 160 Öffnungen).

Die Zielsetzungen heute

Inzwischen hat sich wenig an den damaligen Zielvorstellungen geändert. Es geht immer noch darum, zur *Selbstverantwortung* zu ermutigen, *Partnerschaft* in der Therapie anzustreben, gegen *Aussonderung* und *Isolation* und für die *Integration* in die Gesellschaft vorzugehen, *Hilfe durch Selbsthilfe* zu finden und für die Verbesserung der eigenen Lage, für mehr Verständnis für psychisch Leidende zu kämpfen.

Was tun wir konkret? Der *Treffpunkt* an der Therwilerstrasse 7 steht dreimal wöchentlich (nach Absprache auch an Sonntagen) allen Betroffenen und Interessierten offen (17-21 Uhr). Es ist ein Ort der Begegnung, wo keine Unterschiede zwischen «gesund» und «krank» gemacht werden, da alle wissen, dass die Übergänge fließend sind. Seine Andersartigkeit muss man hier nicht verstecken, man akzeptiert sich gegenseitig und versucht, sich ernst zu nehmen. Bei Kaffee und Tee oder einem zusammen zubereiteten einfachen Z'nacht bietet sich Gelegenheit zu Gesprächen, zu gegenseitiger Hilfe, zum Entwickeln menschlicher Kontakte, die oft ausserhalb des Treffpunkts weitergepflegt werden. Spontan werden auch Freizeitaktivitäten durchgeführt, wobei wir grossen Wert auf Spontaneität und Eigeninitiative legen und vom «Anbieten» und «Konsumieren» wegkommen möchten.

In diesen drei Jahren sind auch feste Selbsthilfegruppen innerhalb des Treffpunkts entstanden, so eine *Gesprächsgruppe*, eine *Angehörigengruppe* und eine *Selbsthilfegruppe Arbeit*, die sich inzwischen als eigener Verein konstituiert hat und im Ausbau begriffen ist.

Kontakte nach aussen: Die in der Gemeinschaft gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse werden im Kontakt zu anderen Organisationen, Institutionen und Gruppierungen nach aussen getragen. So sind wir immer wieder im Gespräch mit den Kliniken und Nachsorge-Einrichtungen, insbesondere mit der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft*, der *SGSG*, der *Pro Mente Sana*, dem *Hinterhuus*, der *Patientenstelle* und den *Externen Psychiatrischen Diensten Basel-land*.

Trägerschaft: Wir sind als Verein konstituiert, um vor allem nach aussen mehr Durchschlagskraft zu haben. Finanziell leben wir von den Mitgliederbeiträgen und Spenden, sind aber auf der Suche nach konstanteren Finanzquellen, um nicht immer in der Angst vor den roten Zahlen zu leben.

Struktur: Team und Vorstand setzen sich aus einer gemischten Gruppe von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten zusammen und haben vor allem beratenden Charakter. Entscheidungen werden ausschliesslich an den monatlichen Vollversammlungen getroffen, wo alle Geschäfte besprochen, genehmigt oder abgelehnt werden. Jedes Mitglied hat unmittelbaren Einfluss auf die Geschehnisse der Bewegung.

Gemeindenahe Psychiatrie - ein Hauptanliegen Hans Steiners

Wir sind der Ansicht, dass die Reform der psychosozialen Versorgung auf den *Ausbau* und die *Förderung* der «bevölkerungsnahen, quartierbezogenen ambulanten und sozialpsychiatrischen Dienste» hinzielen sollte. Die Zusammenarbeit verschiedener helferischer Berufe wie Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter mit den Selbsthilfegruppen eines Quartiers, die Einrichtung von eigentlichen Quartierzentren mit Krisenintervention scheint uns ein äusserst wichtiges Postulat.

Wir selbst sehen unsere Aufgabe als Patientenbewegung innerhalb einer psychosozialen Quartiergruppe und möchten die Schaffung weiterer *Treffpunkte* mit ähnlichen Zielsetzungen anregen und empfehlen, um den Menschen mit psychischen Problemen und Krisen solange wie irgend möglich in seinem angestammten Milieu zu belassen oder ihn baldmöglichst dorthin zurückführen zu können.

Margot Wicki

Bedürfnis nach menschlichem Kontakt

Hans Steiner schreibt: «Auch er - der Geisteskranke - ist ein Mensch wie andere, mit Bedürfnissen nach sinnerfülltem Dasein und nach menschlichem Kontakt.».

Meiner Ansicht nach kommt der *Treffpunkt Demokratische Psychiatrie* in Basel diesem echten Bedürfnis nach menschlichem Kontakt entgegen. Es ist ein Ort, wo Menschen mit seelischen Problemen keine Angst vor Etikettierung und Verteufelung haben müssen. So getrauen sie sich, sich so zu geben, wie sie sich fühlen, ohne Maske, ohne Scham. *Anderssein* ist hier normal. Dies ist Voraussetzung, dass Vertrauen wächst, dass Kontakte und Gespräche zustande kommen. Einer unserer Besucher schreibt: *«Es ist der einzige Ort, den ich kenne, der nur von Gesprächen lebt»*. Gespräche unter Mit-Leidenden, einfühlsamen, intelligenten, phantasievollen - auch fröhlichen Menschen. Sorgen, Freuden, Schmerz, Fortschritte in der Lebensbewältigung, im Er-leben, werden mitgeteilt, geteilt, mitgetragen. Auch sind zwei Gesprächsgruppen mit denselben Teilnehmern entstanden.

Es entstehen auch Freundschaften, die das Dasein wieder etwas sinnvoller machen, Begegnungen, die den Eigenwert reflektieren, die wieder Selbstsicherheit schenken. Es passiert hier viel an Selbstfindung, an Nachreife - auf natürliche Weise, ohne Vorprogrammierung oder Betreuung im professionellen Sinn.

Hilfe durch Selbsthilfe: der *Treffpunkt* möchte sich weiterhin anbieten können, um so einen kleinen Beitrag zur besseren Lebensqualität der psychisch Betroffenen zu leisten - und dies ist sicher im Sinne von Hans Steiner.

Bernadette Rafeiner

Offener Brief an alle, die beruflich in der Psychiatrie tätig sind

Die Angehörigen von psychisch Leidenden sind mit ihren Sorgen und Belastungen oft allein. Im Rahmen des «Treffpunkts Demokratische Psychiatrie» haben sich Angehörige zu einer Selbsthilfegruppe zusammengeschlossen, die sich seit über zwei Jahren regelmässig trifft. Als Beitrag zu dieser Gedenkschrift haben Mitglieder dieser Gruppe den folgenden offenen Brief verfasst, der sich an alle Frauen und Männer richtet, die im Gebiet der Psychiatrie beruflich tätig sind.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die *Selbsthilfegruppe für Angehörige von psychisch Leidenden* besteht seit etwas mehr als zwei Jahren und ist Teil eines Netzes, an dem Hans Steiner gearbeitet hat. Er gehörte zu jenen Leuten, die uns Mut machen, uns hier zu Wort zu melden. Auch wenn Hans Steiner gestorben ist, leben seine Ideen weiter, weil sie notwendig und richtig sind. Unser Andenken an ihn ist eine Aufforderung weiterzugehen.

Wir möchten hier von unseren Erfahrungen sprechen, die wir als Eltern von psychisch leidenden Kindern und Jugendlichen gemacht haben.

Wir wissen, dass es auch für Sie enttäuschend sein muss, mit Patienten umzugehen, die zeitweise gar nicht bereit oder in der Lage sind, etwas zu einer Veränderung beizutragen. Bedenken Sie aber, dass wir - oft schon seit Jahren - Tag und Nacht, ohne viel Unterstützung, ohne Ablösung, mit diesen Problemen konfrontiert und vielfach überfordert sind.

Dann, wenn wir mit Ihnen in Kontakt treten - zur Zeit einer akuten Krise - sind wir oft schon am Ende unserer Kräfte. Viele von uns fühlen sich dann hilflos und alleingelassen. Wir tragen schwer an unseren Schuldgefühlen. Es ist dann ziemlich einfach, uns als «hysterisch» und «überbesorgt» zu bezeichnen. Wir machen zwangsläufig Fehler. Wir stehen von allen Seiten unter Druck. Oft bleibt dann nur die Isolation.

Nach dem Aufenthalt in der Klinik müssen wir allerdings wieder bereitstehen, um alle anstehenden sozialen Probleme aufzufangen: Arbeit, Wohnen, Finanzen, Kontakte.

Zwischen der Klinik und der Betreuung zu Hause gibt es zu wenig Möglichkeiten: geschützte Wohnungen und Arbeitsplätze, Entlastungsdienste, Feriengelegenheiten, Kriseninterventionsstellen ausserhalb der Klinik.

Was wir uns wünschen: dass Sie uns als Eltern/Angehörige, dass Sie unsere Erfahrung mit einbeziehen und uns unterstützen. Wir sind ja selber voller Fragen und eigentlich auf Ihr Fachwissen angewiesen. Wir sind bereit zu lernen. Wir könnten voneinander lernen.

In unserer Angehörigengruppe ist vieles möglich geworden. Wir können einander die Probleme nicht wegnehmen, aber wir reden über unsere Erfahrungen, unterstützen einander und lernen, mit unseren Sorgen umzugehen. Und wir suchen nach Wegen, die Lage der psychischen Behinderung zu verbessern.

Arbeiten wir doch zusammen, damit unsere Kinder von der Gesellschaft angenommen werden. Wir müssen Freiräume für ungewöhnliche Menschen schaffen.

*Die Angehörigengruppe des
«Treffpunkts Demokratische Psychiatrie»
in Zusammenarbeit mit
Vreni Vogelsanger vom «Hinterhuus»*

Ein Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen

Über Psychiatriereform schreiben und reden vor allem Experten. Was aber meinen die direkt Betroffenen, jene Leute, die mit der Psychiatrie als Hilfesuchende in Berührung gekommen sind? Wie erleben sie Psychiatrie, was erhoffen sie sich von einer Psychiatrie der Zukunft? Um dies zu erfahren, haben das «Hinterhuus» (ein Zentrum für Selbsthilfegruppen) und der «Treffpunkt Demokratische Psychiatrie» im Herbst 1984 mit Betroffenen und Angehörigen aus dem Kreis ihrer Mitglieder einen Gesprächsabend durchgeführt. Etwa 50 Personen haben daran teilgenommen. Die Äusserungen wurden stichwortartig zusammengefasst, in fünf Themenkreise gegliedert und sind hier im Sinne eines Gesprächsprotokolls wiedergegeben.

Arbeit

Ihre Arbeitslosigkeit erleben viele Gesprächsteilnehmer/innen als Hauptproblem. Endlose Bewerbungen mit darauffolgenden Absagen, völlige Funktions- und Beschäftigungslosigkeit sind eine schwere psychische Belastung.

Oft ist die Tatsache, dass jemand Patient in der Klinik war, schon Grund genug für eine Absage. Offenbar kommt man aber bei Bewerbungen nicht darum herum, Klinikaufenthalte anzugeben.

Einige nennen Betriebe, in denen ihnen gesagt wurde, dass sie prinzipiell keine Leute anstellen, die einmal in einer Klinik waren. Wir schlagen vor, dass eine Umfrage zu diesem Thema bei verschiedensten Arbeitgebern gemacht wird.

Es müsste eine Instanz geben, die in der Arbeitswelt gezielt über Probleme von psychisch behinderten Menschen informiert und bei auftauchenden Schwierigkeiten berät.

Die meisten betrachten einen «normalen» Arbeitsplatz mit gewissen Erleichterungen als optimal (z. B. Teilpensum, freiwillig länger an der Arbeit sein, um die Leistung eines Teilpensums zu erbringen).

Für jene Menschen, die keine solche Lösung finden, sind geschützte Arbeitsplätze notwendig. Das bestehende Angebot reicht aber zahlenmässig nicht aus. Die *OeGA (Oekumenische Genossenschaft Arbeitshilfe)* wird gelobt. Man könne aber zu wenig lange dort bleiben und finde dann doch keinen Anschluss an einen anderen Arbeitsplatz. Ähnlich wird auch die Abwaschküche des Hasenbühls bewertet. Die *Selbsthilfegruppe Arbeit* im Rahmen des *Treffpunkts Demokratische Psychiatrie* findet ebenfalls Zustimmung. Dort sei einfach das Problem des skandalös kleinen Lohnes (Fr. 1.50 pro Stunde).

Die Möglichkeit, selber Arbeitsstellen aufzubauen, überzeugt einige. Wichtig wäre dabei eine gewisse finanzielle Unterstützung (z. B. durch Startkapital, billige Darlehen, Weiterzahlung der IV während einer Anfangszeit).

Arbeitgeber sollten gesetzlich verpflichtet werden, einen gewissen Prozentsatz behinderter Menschen einzustellen.

Allgemein ist man sich im klaren darüber, dass psychisch Kranke von einer gesamtgesellschaftlichen Situation betroffen sind: dass es zu wenig Arbeitsplätze gibt, dass es viel zu wenig Teilzeitpensen gibt, dass der Stress immer grösser wird. Es müsste also darum gehen, die Arbeitswelt überhaupt zu humanisieren, dann wären viele Spezialmassnahmen gar nicht nötig.

Wenn psychisches Kranksein endlich als eine Krankheit verstanden würde, würden Arbeitsausfälle wegen dieser Krankheit auch akzeptiert und müssten nicht in «Grippe» oder «Kopfweg» übersetzt werden. Vielen macht dieses ständige Lügen Probleme.

Wohnen

Einige wohnen noch bei den Eltern und machen sich grosse Sorgen, was geschieht, wenn dies einmal nicht mehr möglich ist.

Ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keine Arbeit!

Geschützte Wohnungen mit einer Betreuung, aber mit genügend Privatsphäre: das wird von einigen als optimal angesehen.

Leute, die bereit wären, mit psychisch Behinderten zusammenzuleben, müssten gezielt gesucht werden. Man könnte ihnen gewisse Erleichterungen (niedriger Mietzins, Beratung) dafür anbieten.

Haus- und Wohngemeinschaften sind für viele eine gute Möglichkeit, die gefördert werden müsste.

Die Wohnbörse des *EPD (Externe Psychiatrische Dienste)* in Basel-land wird positiv erwähnt. Dabei wird uns klar, dass es in Basel-Stadt keine Stelle gibt, die sich eingehend mit Wohnfragen beschäftigt. Wahrscheinlich würde es genau solche Bemühungen brauchen, um Lösungen möglich zu machen.

Es wird darauf hingewiesen, dass in Personalhäusern von Spitälern viele Zimmer einfach leerstehen - aber nicht an Aussenstehende vermietet werden.

Medikamente

Es herrscht die allgemeine Meinung vor, dass in der *PUK (Psychiatrische Universitätsklinik)* zuviele Medikamente abgegeben werden. Einige haben die Erfahrung gemacht, dass sie in anderen Kliniken erheblich weniger einnehmen mussten, und haben das positiv erlebt.

Es werde in der *PUK* kaum informiert, warum welche Medikamente abgegeben werden, auch über Nebenwirkungen oder Suchtgefahren sei man kaum informiert. Beispiel: Eine Frau hatte grosse Angst, weil sie plötzlich Atembeschwerden hatte. Erst nach einiger Zeit hat sie erfahren, dass dies Nebenwirkungen eines Medikamentes seien.

Verweigerungen von Medikamenten seien in der *PUK* sanktioniert worden (Beispiele von verschiedenen Teilnehmern: kein Ausgang, nicht ins Café dürfen, nicht aus dem Haus dürfen).

Allgemein wird die Auffassung vertreten, dass Medikamente sinnvoll und hilfreich sein können, wenn der Arzt im Gespräch mit dem Patienten zu einer sinnvollen Dosierung kommt.

Es gäbe für einige Probleme auch andere Behandlungsarten als Medikamente (Entspannungsübungen, Bewegung).

Patientenrechte

Patienten sind Auftraggeber der Klinik und Ärzte. Ohne sie müssten sie alle stempeln gehen. Wir dürfen Ärzte nicht auf ein Podest stellen, sondern uns als gleichberechtigte Partner einbringen. Die Tendenz, unser Problem ohne uns lösen zu wollen, ist immer noch verbreitet, dagegen wehren wir uns.

Viele Klagen kommen zum Eintrittsverfahren in der *PUK*, man fühlt sich vor allem administrativ «betreut».

Man sieht nicht ein, warum einem alles an persönlichen Effekten abgenommen wird, möchte sein Portemonnaie höchstens gegen eine

Quittung weggeben, würde sich in den eigenen Kleidern eigentlich wohler fühlen. Wenn man sofort baden muss, fühlt man sich als letzter Schmutzfink. Man werde mit Medikamenten vollgepumpt und könne sich dann sowieso nicht mehr wehren.

Dass man in einem schlimmen Zustand fotografiert wird, ist eine entwürdigende Zumutung.

Viele beklagen sich darüber, dass niemand mit ihnen geredet habe, gar niemand richtig wissen wolle, warum man komme.

Es werde zu wenig unternommen, den Austritt aus der Klinik vorzubereiten. Mindestens Wohnung und Finanzen, wenn möglich auch Arbeitsmöglichkeit, müssten im voraus geregelt sein.

Man werde zu wenig informiert, wo man Hilfe suchen könne. Im *Treffpunkt Demokratische Psychiatrie* tauchen Menschen auf, die nach dem Klinikaufenthalt keine Ahnung haben, an welche Stellen sie sich wenden müssen (*PUK* und *Hasenbühl*).

Es häufen sich Klagen über einzelne Klinikmitarbeiter, die den Patienten sehr arrogant und zynisch begegnen. Es müsste eine Stelle geben, bei der man solche Klagen anbringen kann.

Patientenvorstellungen (z. B. in der *Poliklinik*) werden entwürdigend erlebt.

Wenn es jemand wünscht, sollte er Einsicht in die Krankengeschichte haben können.

Es wird auf die psychiatrische Kommission als Beschwerdeinstanz verwiesen. Niemand der Anwesenden hat je davon Gebrauch gemacht. Die Schwelle scheint hoch und abschreckend.

Neuerdings werde in der *PUK* ein Patientenbüchlein mit Informationen abgegeben. Wir begrüßen dies sehr.

Angehörige

Angehörige sind oft Hauptbezugspersonen und tragen vieles mit. Sie haben viel Erfahrung im Umgang mit dem Patienten. Sie erleben aber oft, dass sie überhaupt nicht ernst genommen, nicht einbezogen werden. Sie kommen sich oft als Ursache allen Übels vor, was einer sinnvollen Zusammenarbeit nicht gerade dienlich ist.

Angehörige fühlen sich vom *Hasenbühl*, von *EPD* und *Sonnhalde* viel ernster genommen als von der *PUK*.

Raymond Battegay:

Der Mensch als soziales Wesen

Raymond Battegay, Dr. med., ist Professor an der Universität Basel und Chef-arzt der Psychiatrischen Universitäts-poliklinik. Er hat zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten publiziert, darunter auch Schriften zur Sozialpsychiatrie und Gruppen-psychotherapie.



Martin Buber schreibt in seinem Werk *«Ich und Du»*, dass der Mensch am Du zum Ich werde. Im Lichte der modernen Sozialpsychologie können wir diesen Satz erweitern und sagen, dass der Mensch am Wir zum Ich wird. Zum Beispiel lieben wir nicht so sehr einen Menschen an sich, sondern die Art, wie er sich zu seinen Mitmenschen, zum Kulturkreis sowie den damit verbundenen Werten in Beziehung setzt. Zum Verständnis des Menschen, vor allem aber auch zur Ermöglichung eines natürlichen Lebensvollzuges, bedarf der Mensch der ihn umfassenden und auszeugenden Gruppe.

Umso erstaunlicher ist es, dass ein Individuum, welches durch sein erlebensmässiges Leiden in einem Umkreis auffällt, aus den sozialen Bezügen ausgeschieden und, ohne Bedenken, in ein Psychiatriespital eingewiesen wird. Welche Qualitäten ein solches Krankenhaus auch haben möge, entfremdet sich das Individuum darin noch weiter von der sozialen Wirklichkeit. Zwar wird gelegentlich, bei gewissen Kranken, die sich selbst oder die Umgebung gefährden, eine Hospitalisierung notwendig, doch wird in der Gegenwart auch in unserem Lande noch viel zu oft zum Mittel der Hospitalisierung von Menschen gegriffen, die

irgendwie als Deviante, als «Regelverletzer», als «Anome» (Anomie = Zustand der Regelverletzung) auffallen.

Auch im Kanton Basel-Stadt wird es in Zukunft darum gehen, die ambulanten Dienste auszubauen. Ich denke dabei nicht nur an die traditionellen, ambulant wirkenden Institutionen, sondern auch an das Betreiben von vielfältigen Übergangseinrichtungen und Equipen - an denen auch die privat tätigen Ärzte mitwirken sollen - die es ermöglichen werden, die Kranken möglichst im sozialen Rahmen zu behandeln und zu behalten.

Es wird in der Zukunft aber auch zu überlegen sein, ob Patienten, die kurzzeitig einer Hospitalisierung bedürfen, in der *Friedmatt (Psychiatrische Universitätsklinik)* untergebracht werden sollen, oder ob hierfür nicht besser doch die längst geplante kleine Bettenstation für Kriseninterventionen und für Notfälle im *Kantonsspital Basel* eingerichtet werden sollte. Es ist ein Anachronismus, dass Menschen mit einer Störung ihres Erlebens, die wohl immer mit einer Beeinträchtigung einer somatischen Funktion - zum Beispiel einer Transmitterstörung oder dem Festhalten von Kindheitserlebnissen in den somatischen Gedächtnisstrukturen - einhergehen, in die *Friedmatt* eingewiesen werden, während beispielsweise ein Diabetiker, der einen Verwirrheits-Zustand erleidet, im *Kantonsspital* Aufnahme finden darf. Weshalb noch diese Unterschiede? Es sollte meines Erachtens unbedingt darauf geachtet werden, dass Patienten, welche sich in der *Psychiatrischen Universitätspoliklinik* oder in der *Notfallstation des Kantonsspitals* als psychiatrisch hospitalisierungsbedürftig erweisen, Aufnahme in diesem Spital selbst finden. Eine Verlegung in die *Psychiatrische Universitätsklinik* bringt immer wieder Enttäuschungen oder gar Schockerlebnisse für die Patienten mit sich und zeigt ihnen, dass sie, noch immer ähnlich wie im Mittelalter, von der Gesellschaft in eine Aussenseiterstellung jenseits der Behandlungsstätte aller anderen Kranken, geschoben werden.

Hans Steiners Bestreben war es immer, unseren Kranken zu ihrem Recht zu verhelfen und Vorurteile abzubauen. Er war mir in den Jahren 1975/76, als er an der *Poliklinik* wirkte, ein lieber Mitarbeiter, und vor allem schätzte ich seinen bedingungslosen Einsatz für die Herausführung der psychisch Kranken aus ihrem Sonderdasein in eine integrierte Existenz. Lasst uns in seinem Sinne weiterwirken.

Theo Cahn:

Entwicklungen und Psychiatriekonzepte in Baselland und Basel-Stadt

Theo Cahn, Dr. med., ist Chefarzt der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal und Mit-Initiator der Psychiatriereform im Kanton Baselland. Zuvor war er während einiger Jahre in Reinach (BL) als Psychiater in eigener Praxis tätig, wo er eine gemeindeorientierte sozialpsychiatrische Betreuung verwirklichte.



Hans Steiner hat sein Referat über die «Gemeindenahe Psychiatrie in Basel» mit einem Vergleich zwischen Basel-Stadt und Baselland begonnen. Verglichen werden im wesentlichen *Entwicklungen* und *Konzepte*. Als einer der Initianten der Psychiatriereform im Kanton Baselland möchte ich diesen Gedanken aufgreifen.

Rückstand einer Region

Mit den Reformen betraten wir im Kanton Baselland neue Wege. Dies konnte auch innerhalb der Region ein wenig stimulieren. Aus Neuerern verwandeln wir uns aber in Nachzügler, sobald wir den Blickwinkel etwas weiten: Ausgehend von Konzepten der *therapeutischen Gemeinschaft*, die noch während der Kriegszeit entwickelt wurden (*Jones*⁴, *Main*⁵), kam in England die Reform in den fünfziger Jahren in Gang. Zu dieser Zeit erprobte man im Pariser XIIIe arrondissement eine durchgehende Betreuung, die unter dem Namen «*Sektor-Psychiatrie*»¹ bekannt wurde. In den USA, den Niederlanden und in Skandinavien begannen in den sechziger Jahren in breiter Front Reformen im

Sinne der gemeindenahen Versorgung; die radikale Reformbewegung in Italien wurde ab 1970 stark. Aus angelsächsischen Ländern liegen Evaluationen sozialpsychiatrischer Versorgungskonzepte bereits seit mehr als 10 Jahren vor^{7 8}. Auch in der französischen Schweiz hat die Psychiatriereform bereits ein erhebliches Alter erreicht: Im Kanton Waadt wurde die Reorganisation der Psychiatrie nach dem Sektormodell 1962 begonnen (Müller⁶, Evaluation siehe Ciompi³). Während dieser langen Jahre lag unsere Region offenbar im Windschatten der Entwicklung.

Entwicklung in Baselland

Der Rückstand des Landkantons war besonders ausgeprägt. Ich nehme das Jahr 1977 als Ausgangspunkt, als der Landrat dank einer Kooperation von SP und FDP das Postulat von Angeline Fankhauser überwies, das eine sozialpsychiatrisch aufgebaute Psychiatrie im Kanton verlangte. Damals standen im Kanton nur 3½ Psychiater-Praxen für die allgemeinpsychiatrische Versorgung zur Verfügung. Es gab keinen ambulanten Dienst, keine Übergangsinstitution; die Kinderpsychiatrie war ein kleiner Appendix der Klinik und hatte keine qualifizierte Leitung, die Klinik selber hatte keine Sozialarbeiter- und keine Psychologenstelle - die Arbeitsweise war medikamentös bzw. kustodial orientiert. Diese Situation eröffnete für eine Reform echte Chancen, da die Mangelsituation jedermann - auch der Öffentlichkeit - klar war, und die vorhandenen einfachen und übersichtlichen Strukturen eine gute Ausgangsbasis boten.

Im Verlauf der Reform war 1982, nach drei Jahren, an wesentlichen Stellen ein «Rohbau» errichtet: Strukturen der externen Versorgung und ein Orientierungswechsel innerhalb der Klinik (Öffnung, Bettenreduktion, therapeutische und rehabilitative Arbeitsstile). Dies war der Zeitpunkt des Rücktritts von Regierungsrat Manz, der als Sanitätsdirektor die Reform nach Kräften und mit grosser Fachkompetenz gefördert hatte. Seither erhalten wir von der Regierung weiterhin gewisse Unterstützung für das Erreichte, doch ist der politische Spielraum spürbar enger geworden. Aber auch wegen der inneren Situation unserer verschiedenen Institutionen befinden wir uns in einer Phase der Konsolidierung bzw. der verlangsamten, eher detailorientierten Entwicklung.

Nachzutragen ist: Die ganze Reform fand in Baselland zu einer Zeit statt, da hier - wie überall - die Sparmassnahmen im Vordergrund der Staatspolitik standen. Ohne die genannte Entwicklungsverzögerung hätte bei einem Start zehn Jahre früher die Reform bedeutend expansivere Formen angenommen. Wir mussten und müssen uns aber

an einen sehr restriktiven personellen Rahmen halten, was zu vielen Abstrichen und behelfsmässigen Lösungen zwingt, aber zu einem überlegten Einsatz der Kräfte führen sollte.

Wie ist der Stand der Psychiatrie im Kanton heute zu beurteilen? Im Ganzen gesehen haben sich die staatlichen Angebote rasch und wirksam im Aussenfeld etablieren können. In vielen Gemeinden haben Freiwillige in Zusammenarbeit mit unseren Institutionen Strukturen der Laienhilfe entwickelt. Die Kooperation zwischen der staatlichen Institution und den privaten Psychiatern beruht auf einer Absprache über die Tätigkeitsfelder und realisiert sich in regelmässigen Treffen. Innerhalb der Klinik konnten gruppenorientiertes Arbeiten und gemeinschaftstherapeutische Prinzipien recht breit und konsequent eingeführt werden (und bleiben nicht das Privileg einer «Musterstation»). Es bleiben nach wie vor ungenügend entwickelte Bereiche: das Übergangsangebot zwischen Klinik und freiem Aussenfeld ist quantitativ ungenügend und zu wenig differenziert. Unentwickelt ist auch die alterspsychiatrische Versorgung. Unter dem Strich und im Vergleich mit den ökonomisch besser gestellten Deutschschweizer Kantonen: vermutlich guter Durchschnitt. Das heisst aber auch, dass das Versorgungs-System in den letzten sechs Jahren bedeutend an Komplexität zugenommen hat. Die Zeiten des ersten Elans sind vorbei. Bei weiteren Reformanstrengungen haben wir mit dieser schwierigeren Ausgangslage zu rechnen.

Zeit für Basel-Stadt

In der Basler Psychiatrie sind andere Strukturen gewachsen (das ist im Referat von *Hans Steiner* bereits herausgearbeitet): Den zentralen, städtischen Verhältnissen entsprechend besteht schon lange ein relativ dichtes und auch qualitativ ansprechendes Angebot, aber die Einführung sozialpsychiatrischer Prinzipien kam lange Zeit nicht recht voran - die Stagnation (in dieser Hinsicht) zeigte sich vor allem bei den grossen staatlichen Institutionen *PUK (Psychiatrische Universitätsklinik)* und *Poliklinik*. Die sozialpsychiatrischen Modelle waren wohl bekannt und verbal in Anspruch genommen*, faktisch aber nur am Rande verwirklicht und nicht integriert. Mehrere Reforminitiativen scheiterten an vielfältigen Widerständen (der Verfasser war 1972/73 an einem Versuch an der PUK beteiligt).

* 1967 hörte ich in der Psychiatrie-Vorlesung Professor Battegay über die Community Mental Health Centers referieren und war fasziniert. Als ich ihn dann persönlich fragte, wie diese Ideen bei uns realisiert würden, winkte er resigniert ab: die Ärzteschaft würde dies nie akzeptieren, und auch sonstige Hindernisse seien zu gross.

Bewegung kam in den letzten Jahren in erster Linie von jungen Berufsleuten, die «an der Front», ausserhalb der grossen Institutionen arbeiteten, von Helfer- und Patientengruppen (Hans Steiner hat bekanntlich ein wesentliches Verdienst daran, dass diese Kräfte in der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel* eine Plattform fanden). Jüngst meldete ein weiteres - diesmal institutionelles - Projekt Erfolge: der Aufbau von *Patienten-Wohngemeinschaften* über eine Kette (Vorbereitungsstation in der PUK, Übergangsheim in der Stadt, Wohngemeinschaften). Ich halte dieses Projekt für besonders wichtig, weil nun erstmals die PUK selber mit chronischen Patienten in die Stadt hinaustritt, und zwar mit einer sozialpsychiatrisch konzipierten Rehabilitationskette mit dezentralen Strukturen.

Seit den letzten Wahlen zeigt sich nun auch die politische Szene des Kantons erheblich verändert. Es scheint, dass neue Ansätze hier wieder Chancen erhalten. Nach langem Warten kann man also auf eine breite innovative Entwicklung hoffen. Für uns im Kanton Baselland wäre dies eine grosse Hilfe. Auf die Dauer ist die ganze Region auf eine Reform der grossen Institutionen der Stadt als Motor angewiesen. Es gibt also deutliche Hinweise, dass in Basel gegenwärtig ein günstiger Zeitpunkt, ein «Kairos», zu einem Neubeginn sein könnte, wie wir ihn in Baselland Ende der siebziger Jahre hatten. Die Gelegenheit sollte nicht verpasst werden!

Über die Bedeutung von Psychiatriekonzepten

Durch die politische Absicht und die deklarierten Ziele der neu-ernannten Psychiatrie-Chefärzte war im Kanton *Baselland* die generelle Richtung der Planung und Entwicklung bereits 1978/79 klar gegeben. Daher wollte man, bei den bestehenden Institutionen beginnend, schrittweise vorgehen. Die ersten wesentlichen Schritte geschahen auch sogleich: Bildung einer fachlich qualifizierten kinderpsychiatrischen Equipe in einem eigenen Dienst zur ambulanten Basisversorgung; Bildung des *Externen Psychiatrischen Dienstes* für Erwachsene; Öffnungen und Teambildung in der Klinik. Erst nachdem diese Entwicklung bereits deutlich Gestalt angenommen hatte, wurde 1980 das *Psychiatriekonzept Baselland* geschrieben: mit dem Ziel, dem Landrat zu zeigen, wie sein Postulat erfüllt werde (unter Verzicht auf weitere Klinikbauten!). Es ging darum, der politischen Öffentlichkeit die Reform zu erläutern, die bereits im Gang war. Der Impetus zum Verfassen des *Psychiatriekonzeptes Baselland* kam also aus der bereits realisierten Entwicklung - und aus einer sehr anregenden Auseinandersetzung mit dem Sanitätsdirektor². Der Erfolg des Papiers - der Landrat hat ihm im September 1981 ohne Gegenstimme zugestimmt - war in der weiteren

Entwicklung ein wesentlicher Rückhalt, da die Krisen nicht ausblieben. Als vorgegebene Struktur war das «Konzept» auch eine wesentliche Hilfe, als innert eines Jahres an der Spitze der Sanitätsdirektion nicht nur der Regierungsrat, sondern auch die ausschlaggebenden Chefbeamten wechselten. Daher ist dieses Konzept kein totes Planungspapier, sondern hat sich als Arbeitsinstrument auf dem politischen Feld, für welches es geschaffen war, bewährt. Die Zeit ist aber absehbar, an der es überholt oder stumpf sein wird; und eine allfällige Erneuerung wird wiederum wesentlich vom politischen Willen abhängen.

Zur Zeit ist das *Baselstädtische Psychiatriekonzept* vom neuen Chef des Sanitätsdepartementes aus dreijähriger Schubladenruhe erweckt und endlich in Vernehmlassung geschickt worden. Dies ist sicher als Zeichen eines Aufbruch-Willens zu werten. Doch der Kontext des Konzeptes ist zu beachten: Anders als in Baselland steht dieses Konzept nicht in der Praxis eines Reformprozesses. Der Auftrag war vielmehr seinerzeit (1978) erteilt worden, um Ausbauplänen der Klinik und anderer Institutionen ein koordiniertes Aussehen zu geben. Es kommt folglich im Text das schwierige Bemühen zum Ausdruck, sehr heterogene Absichten verschiedener Chefs, Institutionen und Instanzen unter einen Hut zu bringen (daher viele vage, deklamatorische Formulierungen). Der politische Wille hat jedenfalls bis vor kurzem gefehlt, eine einheitliche oder gar sozialpsychiatrische Linie vorzugeben und durchzusetzen. All diese Umstände zeigen, dass dieses bereits historische Papier nicht unmittelbar als Leitstruktur dienen kann: Dieses Konzept vermag alleine eine Erneuerung der baselstädtischen Psychiatrie nicht zu tragen. Die Vernehmlassung ist trotzdem sehr wichtig, weil sie Gelegenheit gibt, an Hand des gegebenen Papiers als Kristallisationskern neuere Gedankenkonzepte und Projekte zu entwickeln und den entscheidenden Instanzen vorzulegen. Dann ist die viele Arbeit, welche in dem *Basler Psychiatriekonzept* steckt, nicht vergebens gewesen.

Literatur

1. Audisio M.: La psychiatrie de secteur, privat, Paris 1980
2. Cahn Th.: Planungsprozess in der Psychiatrie, in Pro mente sana, Hg.: Tagungsrückblick - «Die psychosoziale Versorgung einer Region am Beispiel Basel», Schriftenreihe der PMS Nr. 3 (1982)
3. Ciompi L., Agué C., Dauwalder P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. II. Nervenarzt 49 (78) 332-338
4. Jones M.: (1968) Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, Huber Bern, 1976

5. Main F. T.: Das Krankenhaus - eine therapeutische Institution (1946), in: H. Hilpert et al., Hg.: Psychotherapie in der Klinik, Springer, Berlin 1981
6. Müller Ch.: Die Entwicklung vom Grossspital zur gemeindenahen Psychiatrie, Nervenarzt 47 (1976), 295-299
7. Murphy, H. B. M.: Evaluation of Community Psychiatric Programs, in Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl., Bd. III, Springer, Berlin 1975
8. Sainsbury P.: Evaluation of Community Mental Health Programs, in Headbook of Evaluation Research, vol. 2, Beverly Hills - London, 1975

Felix Labhardt:

Krisenintervention

Felix Labhardt, Dr. med., ist Professor für Psychiatrie und Psychosomatik an der Universität Basel und stellvertretender Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik. Vorträge und Publikationen auch über allgemeine Lebensfragen, die der Psychiatrie nahestehen. Mitglied des Stiftungsrates von Pro Mente Sana und verschiedener wissenschaftlicher Gesellschaften.



Krise, so überlege ich, was mag das wohl bedeuten? Momente der Bedrückung, der Angst, des Nicht-mehr-weiter-Wissens und des Ausgeliefertseins an eine Situation, die man nicht mehr überblicken kann. In der Krise stockt alles, Gesetze, die bisher galten, sind plötzlich in Frage gestellt. Man bangt um die Existenz, zuweilen um jene des Lebens, vielleicht auch jene einer Beziehung oder gar eines Gedankens.

Krisen befallen uns plötzlich, oft orkanartig, zuweilen sind sie aber auch die langsam eintretende Folge eines Geschehens, welches man höchstens erahnt hat. Vielleicht wollte man dieses nicht wahrnehmen oder zum Ersticken bringen. Aber plötzlich kann seine Intensität übermächtig werden, eines Tages ist kein Schutz, keine Liebe oder kein Geld mehr vorhanden. Dann legt sich die Krise über uns Menschen, wie eine dunkle, Unheil verkündende Wolkenwand, nicht immer kommt es dabei zur vollendeten Katastrophe, oft bleibt es bei der Drohung. Solche ist womöglich ebenso heimtückisch. Sie versetzt uns in dauernde Spannung und das Bewusstsein dringt durch, dass sich etwas vollziehen könnte, dem wir nicht standhalten würden.

Wir sind Menschen mit Leib und Seele. Diese Elemente unseres Daseins werden in der Krise zerspalten, Gefühle der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit brechen aus, das Herz zittert, der Mund wird trocken und die Muskeln verkrampfen sich.

Jetzt ist die Krise als Ergebnis einer Veränderung unseres Daseins eingetreten. Innerlich und äusserlich manifestiert sie sich als Katastrophe von oft apokalyptischem Ausmass, Granit zerspringt. Alles was war, wird nicht mehr sein. Der Gatte hat seine Frau verlassen, sie ist jetzt völlig allein und flüchtet sich in Betäubung. Die Kündigung der Arbeitsstelle und der Ruin einer Familie sind in aneinandergereihten Buchstaben brieflich verankert.

Für einen Süchtigen bricht eine Welt zusammen, wenn der «Stoff» - letzter Strohalm des Seins - nicht mehr zu verschaffen ist. Jetzt wird erst das Unheil manifest, das zwar schon längst eingetreten ist, aber immer wieder durch die berauschende Wirkung der Drogen vertuscht werden konnte.

Die Krise ist einer Schlange gleich. Immer wieder hofft man, ihr zu entweichen, doch wird man dauernd von ihr verfolgt. Nur selten entgeht man der Umklammerung. Ein Aufschrei von Schreck und Verzweiflung ertönt.

Vielfältig ist das Angesicht der Krise, Einsamkeit, aus der man Beziehung sucht, Schuldgefühl, dessen man sich nicht entledigen kann, Unfähigkeit, das Leben zu bewältigen, weil man festgefahren und auf Grund gelaufen ist. Doch Krise bedeutet auch elementare Armut an Essen, Trinken und Kleidung, nichts, aber auch gar nichts mehr ist vorhanden. Gefühle brechen jetzt aus der Tiefe hervor, Angst zum Weiterleben, Verzweiflung zum Tode, die totale Apathie, aber auch grenzenlose Wut.

«Ein Gerücht zirkuliert, dass in den nächsten Tagen mir und 30 Arbeitskameraden die Stelle gekündigt wird, dann werden unsere Familien ruiniert sein», entäussert verzweifelt ein Angestellter eines zusammenbrechenden Grossunternehmens. «Kann ich so noch weiterleben?»

«Mein Sohn, dem ich zu einem anderen Leben verhelfen wollte, als ich zu führen gezwungen war, kann nicht in die höhere Schule aufgenommen werden», jammert eine von Ehrgeiz erfüllte Mutter, die sich in ihrem Sprössling die Krone ihres Lebens erhofft hatte. Krisen sind zuweilen weniger durch Realität, als durch ihre Tragik gekennzeichnet.

«Stundenlang, tagelang, wochenlang in mein eintöniges Zimmer verdammt, Bilder, die ich bis in jede Einzelheit kenne, Stunden, die nicht vergehen. Der Tod soll mich erlösen, doch kann ich nicht sterben.» Dies ist die bewegungslose Krise eines alten, vereinsamten Mannes.

Hetze, Stress und immer mehr Probleme, die man nicht bewältigen kann, quälen einen verzweiferten Geschäftsmann, der ein Opfer des modernen Lebens geworden und am Rande seiner Möglichkeiten angelangt ist. Eine alltägliche Auseinandersetzung, banal in ihrer Art, hat ihn endgültig zu Boden gedrückt. Er «kann» nicht mehr. Selbst einige Minuten der Ruhe sind zur Illusion geworden.

Krisenintervention ist eine Möglichkeit, vom Leben zerrütteten und gequälten Menschen durch Wort und Tat zu helfen.

Unsere Menschheit benötigt Krisenintervention. Man ist gezwungen, Stätten der Hilfe und Beziehung zu organisieren, da die früher üblichen Orte der Kontaktnahme kaum mehr existieren. Es mangelt schon die Zeit. In Grossstädten laufen Menschen dauernd an Elend, Armut und Einsamkeit, an lebenden Krisen vorbei. Sind sie mit ihren eigenen Problemen beschäftigt oder schämen sie sich der nackten Tatsachen? Wer von Schwierigkeiten im Leben spricht und Schwächen zu erkennen gibt, ist oft schon verloren, durchhalten heisst es um jeden Preis. Das heutige Leben ist schliesslich durch Fortschritt gekennzeichnet. Doch, ist Schwäche wirklich so schwach? Ist jener nicht vielleicht der Stärkere, der die Krise annimmt und sich als schwach zu erkennen gibt? Erwachsen ihm nicht dadurch neue Kräfte, das Leben zu meistern?

Die Krise des einzelnen ist das Abbild der Krise unserer Existenz. Selbsterstörerische Kräfte im Menschen drohen, das Leben schlechthin zu vernichten. Stellen wir uns ihnen mit den Waffen der Zuneigung, des Verständnisses, des Vertrauens und der Liebe entgegen.

Anna Gogl / Regula Senn:

Psychiatrische Krankenpflege: Eine Auffassung

Anna Gogl, 1940, Psychiatrieschwester
und Lehrerin für Psychiatrische Kranken-
pflege.



Regula Senn, 1943, ist Lehrerin für
Krankenpflege. Nach Ausbildung in allge-
meiner und psychiatrischer Kranken-
pflege seit 1968 in der Psychiatrie tätig.



Moderne Krankenpflege geht davon aus, dass der Mensch ein ganzheitliches Wesen ist, welches in ständiger Wechselwirkung mit

seiner Umwelt steht und sich dauernd mit inneren oder äusseren Veränderungen auseinandersetzen muss. Gelingt es dem Menschen nicht mehr, sich Veränderungen *sinnvoll* anzupassen, wird er krank.

Demnach ist Krankenpflege dazu aufgefordert, einem Menschen, der es selber nicht mehr kann, bei seiner Anpassung zu helfen. Einem Menschen bei seiner Anpassung zu helfen, heisst nicht, ihn angepasst zu machen im Sinne von folgsam, dankbar, ergeben. Der Massstab für eine gelungene Anpassung ist der Grad, in welchem sich ein Mensch in seiner Umwelt behaupten kann.

Hilfe zur Selbstbehauptung ist: Kranke und Gefährdete im Umgang mit ihren Bedürfnissen zu unterstützen. Bedürfnisausserungen und Bedürfniserfüllung sind mit Regeln verbunden. Diese Regeln sind für den Menschen als Einzelwesen (meine Regeln), als Partner (deine Regeln) und als Mitglied der Gesellschaft (unsere Regeln oder eure Regeln) von Bedeutung. Beachte ich die für mich geltenden Regeln nicht, reagiert mein Körper mit Unwohlsein, meine Seele leidet und mein Geist kann Schaden nehmen. Weichen «meine Regeln» zu stark von «deinen Regeln» ab, kommt es zu Konflikten, eventuell zum Beziehungsabbruch. Entfernen sich die Regeln eines Individuums sehr von den Normen der Gesellschaft, kommt es ebenfalls zu Konflikten, vielleicht sogar zur Aussonderung.

Da sich Regeln - nicht gleich einem Kleidungsstück - an- und ausziehen lassen, sondern ihr sinnvoller Gebrauch nur das Ergebnis eines Lernprozesses sein kann, muss dem Kranken oder Gefährdeten die Möglichkeit zum Lernen gegeben werden. Dies bedeutet: *Auseinandersetzung!* Nur dann, wenn ein Mensch die Regeln in Frage stellen und ausprobieren kann, können sie letztlich zu *seinen* Regeln werden, nämlich zu solchen, die ihm helfen, sich zu behaupten.

Durch die Auseinandersetzung mit den Regeln profitieren alle. Sinnlose Regeln können eliminiert, neue Regeln entwickelt werden. *Krankenpflege, so betrachtet, heisst: mit Konflikten arbeiten.* Daher die Aufgabe der modernen Krankenpflege, Konflikte zu erkennen, zu deklarieren und sie gemeinschaftsfördernd zu lösen. Es ist klar, dass Krankenpflege dort stattfinden muss, wo sich die Konflikte abspielen.

Psychiatrische Krankenpflege: Ist-Zustand

In Basel sind psychiatrische Krankenpflege und stationäre Psychiatrie noch weitgehend ein Geschwisterpaar. Sie gehen Hand in Hand. Die Krankenpflege hat bisher nicht den Mut gehabt, die sichere, führende Hand der stationären Psychiatrie loszulassen. Wir fragen uns warum.

Innerhalb der Klinik ist psychiatrische Krankenpflege eine anerkannte Arbeit, die selbstverständlich bezahlt wird. Ausserhalb der Klinik, wie sieht es da aus?

Wir stellen fest: Ähnlich dem psychisch Kranken, der sein seelisches Leiden durch körperliche Störungen ausdrückt (körperliche Krankheiten geniessen ein höheres Ansehen), so muss auch die Krankenschwester in der Gemeinde ihre psychiatrische Pflege maskieren. Nur somatische Pflege wird durch Taxpunkte erfasst und bezahlt. Für Betreuungsbesuche und Gespräche leisten die Krankenkassen keine Beiträge. Zwar wird die Finanzierungsverweigerung durch kirchliche Beiträge gemildert, aber diese sind eine freiwillige Sache.

Diese Situation hat sowohl für den Kranken als auch für die Krankenschwester Folgen. Sehr schwerwiegend ist, dass die Gemeinderkrankenschwester kein Pflegebewusstsein entwickeln kann. Gerade in der psychiatrischen Pflege ist es unumgänglich, das pflegerische Verhalten dauernd zu hinterfragen. (Bin ich in meiner Pflege so beschützend, weil ich selbst oft Schutz brauche?) Dazu wird es nicht kommen, denn Pflege, die nicht anerkannt ist, daher sich halb in der Illegalität abspielt, eignet sich mehr zum Verdrängen als zum Auseinandersetzen. Dadurch wird dem Pflegenden die Möglichkeit genommen, sein pflegerisches Handeln zu verbessern.

Psychiatrische Krankenpflege: Soll-Zustand

Jene Pflegebereiche, die dem Menschen helfen, sich zu behaupten, müssen anerkannte, das heisst bezahlte Hilfeleistungen werden. Wir schlagen folgende Bereiche vor:

- mit dem Menschen *Beziehungsarbeit* leisten
- mit ihm *soziale Fähigkeiten* trainieren
- mit ihm zusammen für seine *Sicherheit* sorgen

Das Wirken in diesen Bereichen verlangt von der Krankenschwester:

- ein gezieltes Einsetzen von *Kommunikation*
- ein umfassendes Können im *soziotherapeutischen Bereich*
- ein selbstverständliches *Zusammenarbeiten* mit anderen Berufsgruppen
- eine Pflegeauffassung, welche die *Infragestellung* als Möglichkeit zur Weiterentwicklung zulässt

Negierte Pflege erlaubt die Entwicklung dieser beruflichen Fähigkeiten nicht.

Wir wenden uns an alle Betroffenen:

- Wir fordern die *Gesunden* auf, eine Krankenpflege zu verlangen, welche die Aussonderung von Kranken vermindert.

- Wir fordern die *Gefährdeten und Kranken* auf, von der Krankenpflege Hilfe zur Selbstbehauptung zu verlangen.
- Wir fordern die *Krankenschwestern* auf, das Untergrund-Dasein der umfassenden Pflege zu beenden.
- Wir fordern die *Einflussreichen* auf, Bedingungen zu schaffen, damit Krankenpflege als Hilfe zur Selbstbehauptung stattfinden kann.

Thomas Wahlster:

Der Stellenwert des Quartierzentrums in der gemeindenahen Psychiatrie

Aus der Sicht eines im stationären Bereich tätigen Sozialberaters

Thomas Wahlster, 1949 geboren, ist seit 1975 Sozialberater beim Sozialdienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Nach dem Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule für Sozialwesen in Ludwigshafen absolvierte er Zusatzausbildungen in Psychodrama und Supervision.



Hans Steiner spricht in seinem Referat «Gemeindenaher Psychiatrie in Basel» davon, welche Voraussetzungen vorhanden sein müssten, um eine gemeindenaher psychiatrischer Versorgung zu verwirklichen. Ein schrittweises Vorgehen ist notwendig, und es muss in der Peripherie, dort, wo der Betroffene wohnt, begonnen werden, und zwar in enger Zusammenarbeit mit den am Wohnort schon verfügbaren Hilfseinrichtungen. Weiter erwähnt *Hans Steiner*, dass diese Stützpunkte für die Bevölkerung erreichbar und verfügbar sein und für den Umgang mit psychisch Behinderten sensibilisiert und ausgebaut werden müssten. Dies wäre dadurch zu erreichen, dass sich die Psychiatrie selbst - Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegepersonal und Sozialarbeiter - in die Gemeinde begibt.

Diese von *Hans Steiner* erwähnten Bedingungen möchte ich deshalb aufgreifen, weil ich von ihrer Richtigkeit und besseren Effizienz für den gesamten psychosozialen Bereich überzeugt bin und sich dies aus der Reflektion meiner beruflichen Tätigkeit als Sozialberater im stationären Bereich ergibt. Auf Grund meines Selbstverständnisses für meine berufliche Arbeit versuche ich, den psychisch Kranken in seiner

Ganzheit ernst- und wahrzunehmen. Ich kann mich dabei sehr gut mit *Hans Steiners* Sicht identifizieren, der beim Menschen von Denken, Fühlen und Wollen spricht. Diese aus der anthroposophischen Weltanschauung, mit der sich *Hans Steiner* auseinandersetzte und verbunden fühlte, resultierende Sicht begreift den Menschen in seiner Dreidimensionalität.

Die Behandlung des psychisch Kranken im stationären Bereich (Psychiatrische Klinik) muss unter *zwei Gesichtspunkten* gesehen werden. Auf der einen Seite gibt es den *medizinischen* und auf der anderen Seite den *sozialen Aspekt*. Oft werden an mich von ärztlicher Seite Wünsche herangetragen, für den psychisch Kranken Möglichkeiten zu suchen und zu realisieren, die sich auf die Bereiche Arbeit, Wohnen, Finanzen erstrecken. Nun bin ich der Meinung, dass sich die medizinische und soziale Seite nicht trennen lassen, sondern nur im Gesamtkontext zu behandeln und zu betrachten sind. Deshalb ist mir sehr daran gelegen, dass ich durch den Arzt auch über die medizinische Seite des psychisch Kranken informiert werde, um meiner ganzheitlichen Sicht von psychisch Kranken gerecht zu werden. Die Informationen mit den übrigen am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachkräften muss ich mir aber mühsam erkämpfen und diese von der Notwendigkeit der Zusammenarbeit zu überzeugen versuchen.

Dies sind die Konflikte im stationären Bereich, mit denen ich mich täglich auseinandersetzen muss. Daneben kommen nun noch mannigfaltige Anliegen von aussen an mich heran. Stinkende Kühlschränke sollten geleert, verwaarloste Wohnungen gesäubert, anstehende Wohnungsräumungen und -umzüge vollzogen, verärgerte Gläubiger befriedigt, überforderte Bekannte und Verwandte beruhigt, ungeduldige Ämter und sonstige Dienststellen zufriedengestellt werden, und ich als Sozialberater sollte nach Möglichkeit für Abhilfe sorgen. Wenn ich mich nun als Fachkraft verstehen würde, die reine Sachhilfe leistet, dann bekäme mein Beruf eine universelle Dimension. Vom Putzmann, Botaniker (Blümchen giessen), Möbeltransporteur und Umzugsorganisator, Finanzjongleur, Jurist, Sachbearbeiter von Kranken- und Rentenkassen, Sekretär bis hin zum Teppichverleger reicht das Spektrum dessen, was man können sollte. In solchen Situationen spüre ich oft meine Wut und Ohnmacht, wenn ich das Gefühl bekomme, alles kann bei mir abgeladen werden und ich fungiere als Müllschlucker. Ich komme mir dann vor als Feuerwehrmann, der soziale Brände löscht und dabei Gefahr läuft, die ganzheitliche Betrachtungsweise der Problematik des psychisch Kranken aus den Augen zu verlieren.

Die sich mir täglich stellende Frage der eigenen Abgrenzungsmöglichkeiten wird brennender durch die Tatsache, dass die *PUK (Psychiatrische Universitäts-Klinik)* eine Institution mit Aufnahme-

zwang darstellt und dadurch Tendenzen vorhanden sind, alles der Klinik zur Bearbeitung abzuschieben. Viele Ärzte und Dienststellen, die psychisch Kranke der Klinik zuweisen, müssen diesen Schritt vollziehen. Einerseits fehlen ihnen die Kenntnisse adäquater Hilfsmöglichkeiten ambulanter Natur. Andererseits sind die entsprechenden Strukturen (vor allem im Betagtenbereich - fehlende Altersheim- und Pflegeplätze) sowie Kriseninterventionsstellen und psychosoziale Beratungsstellen auf Quartierebene nicht vorhanden. Oftmals wird bei psychisch Kranken, die in die PUK eingewiesen wurden, nach kurzer Zeit festgestellt, dass ihre psychische Dekompensation primär mit Schwierigkeiten im sozialen Bereich zusammenhängen. Gäbe es ambulante und halbambulante Möglichkeiten, könnte oft eine stationäre Hospitalisierung in der PUK umgangen werden. Die PUK erhält dadurch einen Stellenwert, den ich für ungünstig und kontraproduktiv halte, weil alle rehabilitativen Hilfsmassnahmen in ihr konzentriert werden.

Auf Grund dieser Erkenntnis und Erfahrung ergibt sich für mich die Frage, welche Möglichkeiten realisierbar wären, um eine dezentralisierte Behandlungsweise zu installieren. Die therapeutischen Bemühungen für einen stationär hospitalisierten psychisch Kranken werden situationsbedingt in der Klinik zentralisiert, wobei die Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Ärzten und Sozialdienststellen selbstverständlich sein sollte. Die bisher in der Klinik zentralisierten soziotherapeutischen Bemühungen sollten allerdings in das Quartier verlagert werden. Der Sozialberater in der Klinik sollte meiner Meinung nach nur als ein Glied in der Kette der soziotherapeutischen Bemühungen fungieren, während das Zentrum dieser Bestrebungen im Quartier, sprich am Wohnort des psychisch Kranken, liegen sollte. Da in der Regel der psychisch Kranke nach seinem Aufenthalt in der Klinik wieder an seinen angestammten Wohnort zurückkehrt, ist es naheliegend, dass die soziotherapeutischen Bemühungen in dessen sozialem Umfeld (Quartier) koordiniert und unter Einbezugnahme weiterer Hilfspersonen (Familienangehörige, Freunde, Verwandte, Arbeitgeber, Fachkräfte anderer Dienststellen, die mit dem psychisch Kranken schon zu tun hatten, Arzt, freiwillige Helfer etc.) und natürlich auch mit dem psychisch Kranken selbst angegangen werden können.

Eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt voraus, dass die daran beteiligten Personen auch für ein derartiges Tun und Handeln motiviert und bereit sind. Die Koordinationsfunktion im Quartier könnte eine Fachkraft (Sozialarbeiter/in oder Sozialpädagoge/in mit entsprechenden Fachkenntnissen) des Quartierzentrums übernehmen, indem sie für den psychisch Kranken und den Zeitraum, in welchem

soziotherapeutisches Handeln notwendig ist, eine Art «Patenschaft» übernimmt.

Diese Fachkraft koordiniert den gesamten therapeutischen Rehabilitationsprozess, steht auf Grund ihres spezifischen Berufswissens und -könnens mit Rat und Tat zur Verfügung und ist dafür verantwortlich, dass die Zusammenarbeit und der permanente Informationsaustausch mit allen am Prozess beteiligten Personen stattfindet. Dadurch könnten verschiedene Wirkungen erzielt werden. Ärzte, Psychotherapeuten und andere Fachkräfte, die einen psychisch Kranken in einer Krisensituation erleben, könnten an das Quartierzentrum mit dessen Möglichkeiten gelangen, um dadurch eine eventuelle stationäre Hospitalisierung des Betroffenen zu verhindern.

Trotz tiefgreifender Wandlung therapeutischer Möglichkeiten im Bereich der Psychiatrie und auch der psychiatrischen Klinik als Institution selbst besteht bei vielen Menschen noch eine grosse Hemmschwelle mit teils angstmachenden Vorstellungen. Im Quartier könnte für Familienangehörige, Verwandte, Freunde etc. eines psychisch Kranken eine solche Schwellenangst reduziert und weniger stark empfunden werden. Durch die Tatsache, dass dieser Personenkreis die spezifischen Strukturen und Möglichkeiten im Quartier kennt, könnte die Motivation für soziotherapeutische Bemühungen mit dem psychisch Kranken verbessert werden.

Die Koordination dieser Bestrebungen liegt dabei in den Händen der Fachkräfte vom Quartierzentrum. Dadurch könnte ein Schneeballeffekt stattfinden, indem durch Gedankenaustausch und die gemachten Erfahrungen weitere Personen des Quartiers für Anliegen und Probleme psychisch Kranker sensibilisiert würden. Durch eine solche Öffentlichkeitsarbeit könnte ein quartierspezifisches Miteinander erreicht werden. Es könnten sich Interessengemeinschaften, Arbeitsgemeinschaften und Gruppierungen bilden, die sich für Anliegen und Probleme psychisch Kranker einsetzen. Die daran beteiligten Menschen hätten die Gewissheit, mit Hilfe und Unterstützung rechnen zu können, falls sie selber in eine Krisensituation geraten.

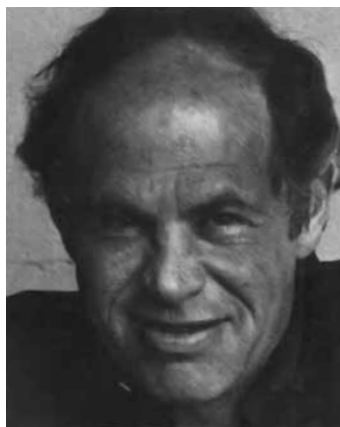
Ein solches quartierumspannendes Netzwerk hätte auch im prophylaktischen Sinne eine grosse Bedeutung, da im Rahmen der Nachbarschaftshilfe Krisensituationen rechtzeitig erkannt und angegangen werden könnten. Schlussendlich würde für mich als Sozialberater im stationären Bereich eine Verlagerung und Schwerpunktsetzung von soziotherapeutischen Bemühungen ins Quartier eine spürbare Entlastung bringen. Die freigesetzte Zeit könnte dafür genutzt werden, dass ich die Arbeit mit dem psychisch Kranken als Person während seiner stationären Hospitalisierung intensivieren könnte.

Peter Dreyfus:

Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch

**Was trägt ein frei praktizierender Psychiater zur psychosozialen
Versorgung in Basel bei?**

Peter Dreyfus, Dr. med., ist als
Psychiater in freier Praxis in Basel tätig.



Ich bin einer von etwa 60 frei praktizierenden Psychiatern in Basel und möchte in meinem Beitrag zu dieser Schrift versuchen, meine Tätigkeit als einen Teil im Netz der psychosozialen Versorgung in unserer Stadt darzustellen.

«Der frei praktizierende Psychiater»

Meine Praxis ist keine typische psychiatrische Praxis, denn Psychiater arbeiten sehr verschieden und haben auch ihre Praxis sehr verschiedenartig aufgebaut. Zwar sind alle psychotherapeutisch tätig, aber bei den verschiedenen Formen der angewandten Psychotherapien variieren die theoretischen Grundlagen, Methoden und Techniken in erheblichem Masse. Verhaltenstherapie, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Bioenergetik und Gestalttherapie gehören zu den angewandten Psychotherapieformen. Vorwiegend wird mit individuellen Patienten gearbeitet, manche sind als Gruppenpsychotherapeuten tätig, einige bearbeiten die Probleme ihrer Patienten im Kontext der Familie.

Die heute bekannten Ursachen psychischer Erkrankungen werden von Psychiatern sehr verschieden gewichtet. Während die einen biologische Veränderungen, zum Beispiel bei depressiven Patienten, in den Vordergrund stellen und daher vorwiegend medikamentös behandeln, sind andere der Meinung, dass bei den nämlichen Kranken die biographischen Faktoren viel stärker ins Gewicht fallen und dass daher Psychotherapie oft ohne Medikamente die Behandlung der Wahl darstellt.

Das sind bloss einige der zahlreichen Verschiedenheiten unter den Psychiatern, die deutlich machen sollen, weshalb ich in der Schilderung meiner Tätigkeit nicht für alle praktizierenden Psychiater sprechen kann.

Mein Selbstverständnis als Psychiater ist besonders geprägt durch die *Psychoanalyse*. Die Psychoanalyse ist mein theoretisches Fundament und mein Werkzeug. Diese besondere Ausrichtung hat sich bestimmend ausgewirkt auf die Gestalt meiner Praxis, in der ich zwar teilweise psychotherapeutisch mit verschiedenen Formen psychoanalytisch orientierter Psychotherapie mit Einzelnen, Paaren oder Gruppen, in Krisensituationen oder für eine längere Zeitdauer arbeite, mehrheitlich jedoch Psychoanalysen, Supervisionen und Balint-Gruppen mache mit Leuten, die in psychosozialen Berufen tätig sind.

Ein Beitrag zur psychosozialen Versorgung

a) Die psychotherapeutische Tätigkeit

Dort, wo es mir gelingt, über kurz oder lang jemandem behilflich zu sein, seine Konflikte besser lösen zu können, nicht an seinen ungelösten und oft unbewussten Konflikten zu erkranken, da leiste ich einen Beitrag zur psychosozialen Versorgung. An Konflikten erkranken, bedeutet, psychische und psychosomatische Symptome zu haben, denen im wesentlichen Beziehungsstörungen zugrunde liegen. Gelegentlich sind die Konflikte dermassen unerträglich, dass der Kranke sich völlig in eine eigene, der Umwelt als krankhaft erscheinende Realität zurückzieht. Mit Psychopharmaka kann ich in diesen Fällen gelegentlich dem Kranken helfen, genügend Distanz zu seinen Konflikten zu bekommen, so dass eine Beziehung und psychotherapeutische Zusammenarbeit erst oder wieder möglich wird.

«Distanz zu seinen Konflikten bekommen» könne man mit Psychopharmaka, habe ich soeben gesagt. Eine zweischneidige Angelegenheit. Denn nur wer konfliktfähig ist, ist auch beziehungsfähig und somit fähig, ein wirklich autonomes Glied in unserer Gesellschaft zu sein. Mit Drogenmissbrauch - und auch Psychopharmaka sind Drogen, die oft missbraucht werden - entzieht sich der Kranke (mit meiner Hilfe) oft

seinen Konflikten. Eine solche Therapie dient zwar der sozialen Anpassung, nicht aber der psychosozialen Versorgung. Ich möchte also bloss in gewissen Krisensituationen Psychopharmaka verabreichen, und auch ich selbst als Psychotherapeut muss aufpassen, dass ich nicht zur Droge für den psychisch Kranken werde, von der er abhängig wird. Beides gelingt bei weitem nicht immer. Der Druck zur Symptomheilung und somit zur sozialen Anpassung, der vom Kranken selbst ausgeht, von seiner Umwelt und vom Kostenträger, ist gross.

b) Die psychoanalytische Tätigkeit

Jahrelang habe ich beim Psychoanalytiker mehrmals wöchentlich auf der Couch gelegen und jetzt sitze ich täglich während manchen Stunden hinter der Couch und analysiere meinerseits wiederum Leute, die im psychosozialen Bereich tätig sind. Ein zeitlich und finanziell aufwendiges Verfahren. Gehört das zur psychosozialen Versorgung?

Diese Selbsterfahrung ist der wichtigste Teil meiner Ausbildung zum Psychotherapeuten gewesen. Denn erst durch das Erfahren meines eigenen Unbewussten, meiner unbewussten Wünsche, Ängste und Schutzmechanismen, wurde ich befähigt, mich mit dem Unbewussten eines anderen zu identifizieren. Dieser partiellen Identifikation mit unbewussten Anteilen des anderen bedarf es, um verstehen zu können, weshalb er immer wieder in ähnliche Beziehungsschwierigkeiten gerät, in Konflikte, die er nicht zu lösen vermag, vor denen er sich in seine Krankheit zurückzieht. Diese Erkenntnis erlaubt dem anderen, vorerst in der Beziehung zum Therapeuten, später in anderen Beziehungen, neue Beziehungserfahrungen zu machen.

Der wohl am meisten verbreitete psychische Schutzmechanismus des Menschen überhaupt ist die Projektion. Der Psychotherapeut sollte sich in seiner Psychoanalyse soweit kennenlernen, dass er in der therapeutischen Beziehung mit seinen Patienten seine eigenen Konflikte von denjenigen des Patienten unterscheiden kann, um dem Patienten behilflich sein zu können. Dieser Prozess der Erforschung des eigenen Unbewussten ist langwierig, aber er scheint mir unabdingbar für alle diejenigen, die beruflich psychotherapeutisch tätig sein wollen, und daher denke ich, ist auch dieser Teil meiner Tätigkeit ein Beitrag zur psychosozialen Versorgung.

c) Die Supervisions-Tätigkeit

Psychotherapie ist ein Handwerk, das erlernt werden muss wie jedes Handwerk. Der Supervisor ist ein Psychotherapeut, der schon eine gewisse Erfahrung in seinem Handwerk erworben hat und der versucht, dem Supervisanden diese Erfahrung zu vermitteln. Aber vielleicht noch wichtiger als das Vermitteln von Erfahrung ist auch in der Supervision eine Hilfe zum Selbstverständnis. Trotz jahrelanger theoretischer

Ausbildung und Selbsterfahrung zeigt sich im psychotherapeutischen Umgang mit psychisch Kranken, dass es immer wieder die eigenen ungelösten und teils noch unbewussten Konflikte des Therapeuten sind, die ihn daran hindern, die Konflikte des Patienten erkennen zu können. Der Supervisor, der ausserhalb der Beziehung Patient-Therapeut steht und gefühlsmässig weniger involviert ist, hat es oft viel leichter zu sehen, wo das Hindernis steckt, und kann dem Therapeuten seine blinden Flecken aufzeigen. Ich glaube, dass jeder Therapeut, so lange er diesen Beruf ausübt, der Supervision bedarf. Mir jedenfalls ist es ein unbedingtes Bedürfnis, regelmässig mit dem einen oder anderen meiner Kollegen über Schwierigkeiten in meinen Psychotherapien sprechen zu können. Auf diese Weise geht der Selbsterfahrungsprozess, der in der eigenen Psychoanalyse begonnen wurde, immer weiter. Gelegentlich aber hilft nur ein weiteres Stück eigener Analyse, um aus den Schwierigkeiten hinauszukommen.

d) *Die Tätigkeit als Balint-Gruppenleiter*

Michael Balint, ein Psychoanalytiker, hat in seinem Buch «*Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*» (1957) Gruppengespräche mit Allgemeinpraktikern geschildert, in denen die Beziehung Arzt-Patient besonders genau untersucht worden ist. Solche Gruppen von etwa zehn praktizierenden Ärzten, die während einigen Jahren in regelmässigen Abständen von etwa vierzehn Tagen für ein bis anderthalb Stunden zusammen kommen und über ihre Schwierigkeiten mit gewissen Problempatienten sprechen, finden heute weltweit, im allgemeinen unter der Leitung eines Psychoanalytikers, statt. Sie tragen einiges dazu bei, dass in einer sonst enorm zur Spezialisierung und Technisierung neigenden Medizin doch manchenorts Verständnis geweckt wird für eine Medizin, die auf den Patienten zentriert ist. Balint-Gruppen werden heute auch mit Spezialisten unter den Ärzten, mit Sozialarbeitern, Krankenschwestern und Pflegern, Psychologen, Pfarrern und anderen durchgeführt.

Ich leite eine Anzahl solcher Gruppen und finde, dass sie einen ganz besonderen Stellenwert haben im Rahmen der psychosozialen Versorgung. In diesen Gruppen werden die Mitglieder darauf sensibilisiert, Patienten und Klienten anders zuzuhören, als sie dies bisher gewohnt waren. Sie lernen, in sich hineinzuhorchen, um dabei etwas über das Gegenüber zu erfahren. Nicht der Patient, der Klient oder gar seine Krankheit stehen im Zentrum, sondern die Beziehung Arzt/Patient oder Sozialarbeiter/ Klient.

Oft kommen Leute mit psychischen Konflikten zum Hausarzt, noch bevor sich eine eigentliche Krankheit daraus organisiert hat. Sogenannte «funktionelle Beschwerden» sind ein typisches Signal. Der Arzt

muss bloss gut hinhören, und er kann möglicherweise verhüten, dass der Patient von Pontius zu Pilatus rennen und immer kränker werden muss, in der Hoffnung, endlich verstanden zu werden. Die gewohnte Reaktion des gut ausgebildeten Mediziners auf solche Äusserungen des vegetativen Nervensystems ist festzustellen, dass dem Patienten organisch nichts fehlt und ihn zu «beruhigen» oder ihm einen Tranquillizer zu verschreiben. Durch die Balint-Gruppe wird versucht, dem Arzt zu helfen, oft verschlüsselte, vorbewusste oder gar unbewusste Mitteilungen seines Patienten zu verstehen und aufnehmen zu können.

Es geht keineswegs darum, Ärzte zu Psychotherapeuten auszubilden; dennoch bietet die Balint-Gruppe, da sie im wesentlichen zentriert ist auf die Beziehung Arzt/Patient, ein Stück Selbsterfahrung und ein Stück Supervision.

Wünsche für die Zukunft

Wie liesse sich mein Beitrag zur psychosozialen Versorgung erweitern? Wie sehen meine Wünsche und Vorstellungen für eine zukünftige Tätigkeit im Rahmen einer gemeindenahen Psychiatrie in Basel aus?

Das Zusammensein, sei es ein Zusammenleben, Zusammenarbeiten oder ein momentanes Zusammentreffen mit psychisch Kranken, ist für denjenigen, der wirklich bereit ist, sich mit dem Kranken einzulassen, eine grosse Belastung, weil durch den anderen in uns Erlebnisse, Erinnerungen, Gefühle geweckt werden, die wir nicht haben wollen. Angst, Verwirrung, Wut, Trauer und manche anderen Gefühle können ausgelöst werden. Daher sind wir geneigt, uns abzugrenzen, diesen scheinbar Andersartigen von uns fernzuhalten, so wie wir gewisse unbewusste Anteile in uns selbst unterdrücken, von unserem Bewusstsein fernhalten. Es wäre eine Utopie anzunehmen, dass sich dieses Verhalten der meisten Menschen grundlegend verändern liesse, aber es gibt eine ansehnliche Zahl von Leuten, die bereit sind, sich mit den eigenen unbewussten Regungen und mit Leuten, die mit sich selbst und ihrer Umwelt nicht zurecht kommen, engagiert auseinanderzusetzen. Das sind Personen, die in den verschiedensten sozialen Berufen tätig sind.

Was ich mir im Rahmen einer *dynamischen* Reform der psychosozialen Dienst wünsche, ist eine *vermehrte Zusammenarbeit* mit andern, die im psychosozialen Feld tätig sind und die bereit sind, mit mir offen, selbstkritisch und engagiert über unsere täglichen Probleme im Umgang mit psychisch Kranken zu sprechen. Ich möchte Informationen haben über das, was andere anderenorts in unserer Stadt tun, mit ihnen Erfahrungen austauschen, hinhören, von ihnen lernen und ihnen etwas von dem vermitteln, worin ich mich kompetent fühle.

Hans-Ruedi Tommer:

Zur Reform der psychosozialen Dienste in Basel

Hans-Ruedi Tommer, 1944 geboren,
hat die Schule für Sozialarbeit in Basel besucht.
10 Jahre Berufspraxis als Sozialarbeiter
in Gemeinde-Beratungsstellen und beim
Sozialdienst des Paraplegikerzentrums
in Basel.



Ich stelle fest, dass im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Psychiatrie allgemein ein grosser Wandel des Verständnisses beginnt. Ausgelöst wird diese Entwicklung der Veränderung vor allem durch eine neue Generation von Leuten, die den heutigen Menschen in einer Ganzheitlichkeit im sozialen Zusammenleben sieht. Was noch vor Jahrzehnten, sogar noch vor Jahren Gültigkeit hatte, verliert an Bedeutung, an Wichtigkeit, auch an Substanz. Diese Entwicklung geschieht auch im Psychiatriebereich.

Im Kanton Basel-Landschaft wurden bereits vor Jahren Zeichen eines neuen Psychiatrieverständnisses gesetzt. Auslöser war letztendlich die Neubesetzung der Chefarztstelle in der *Psychiatrischen Klinik Hasenbühl* in Liestal. Sowohl die Volksvertreter (Politiker) wie die Bevölkerung wurden mit der neuen Form der psychiatrischen Versorgung konfrontiert. Es mutete uns fremd an, dass plötzlich psychisch kranke Menschen nur noch für kurze Zeit in der Psychiatrischen Klinik hospitalisiert wurden oder dass für eine Aufnahme in die Klinik ganz neue Kriterien geschaffen wurden.

Der Entwicklungsprozess begann zu laufen. Unsicherheiten, Ängste, Vorurteile und weitere negative Einflüsse wichen langsam einer Bereitschaft zum Neuen, zur Ganzheitlichkeit. Verschiedene Probleme im Bereich der Betreuung des psychisch kranken Menschen, sei es in der Klinik oder in der Aussenstation, im Ambulatorium des *Externen Psychiatrischen Dienstes (EPD)* sind noch zu bewältigen. Das kurz zum Nachbarkanton Baselland.

Dass in Basel, einem Stadtkanton, nicht die gleichen Massschuhe angezogen werden können, ist geradezu selbstverständlich. Dies zeigt sich schon in der jetzigen psychiatrischen Versorgung. Neben den verschiedenen Kliniken wie *Friedmatt (PUK)*, *Sonnhalde Riehen*, *Psychiatrische Poliklinik*, *Kinder- und Jugendpsychiatrie* gibt es eine grosse Anzahl von freipraktizierenden Psychiatern, Psychologen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten usw.

Geschichtlich ist jede Institution in sich selber gewachsen und gross geworden. Jede Klinik hat ihr persönliches Gepräge, ihren persönlichen Stil. Das mag bis anhin genügt haben. Die psychischen Probleme sind aber auch im Laufe der Zeit neben der Entwicklung der Technik, dem differenzierten und masslosen Konsumangebot anders geworden. Dass man zum Beispiel einen depressiven Menschen nicht einfach in einer Klinik internieren kann, ist heute fast jedem klar geworden, weil dieses Krankheitsbild verschiedene Ursachen im menschlichen Zusammenleben hat. Also muss im menschlichen Zusammenleben etwas verändert werden.

Die psychische Erkrankung muss an der Basis (Wurzel) behandelt und geheilt werden. So können verschiedene psychische Krankheitsbilder herausgenommen und differenziert nach der Ursache des Leidens untersucht werden. Immer wieder haben sie den gleichen oder ähnlichen Ursprung. Das soziale Zusammenleben ist schwierig geworden. Die Kommunikation untereinander ist erschwert oder zum Teil unmöglich. Was entsteht, ist Isolation, Einsamkeit mit all ihren Krankheitssymptomen.

Hier sah der verstorbene Psychiater *Hans Steiner* einen Grundgedanken der sozialpsychiatrischen Versorgung in Basel. Einerseits müssen zwischen den bestehenden Einrichtungen neue Wege des ganzheitlichen Zusammenwirkens gesucht und erarbeitet werden. Das heisst auch, dass zwischen den Kliniken und den freipraktizierenden Fachleuten effizientere Hilfen den psychisch Leidenden geboten werden müssen. Bei der medizinischen Versorgung sind gewisse Ansätze, aber auch bestehende Einrichtungen (wie z. B. Notfalldienst, Zusammenarbeit zwischen Spital und Hausarzt/Gemeindekrankenschwester) vorhanden.

Bei meiner Tätigkeit in Basel wäre ich oft froh gewesen, schnell einen psychiatrischen Dienst in der Nähe des Kranken gehabt zu haben. Oft blieb nur noch die Klinikeinweisung übrig, weil die Psychiater eine lange Wartezeit hatten, oder sich die Patienten selber aussuchten (interessantes, anspruchsvolles oder der Forschung dienendes Patientengut). Sehr oft wurden auch die Patienten ohne Nachbetreuung aus der Klinik entlassen und ihrem alten Schicksal überlassen.

Verschiedene Gruppierungen befassen sich in Basel mit der gleichen Thematik. Nur sind oft die Akzente, Schwerpunkte und die Wege zum Ziel grundverschieden. Oft laufen diese initiativen Gruppen Gefahr, auf ihren Vorstellungen und Standpunkten zu beharren. Eine Möglichkeit des Miteinander-Arbeitens ist die Auseinandersetzung mit dem *Entwurf des Psychiatriekonzeptes Basel-Stadt*. Gewisse Kompromisse im Detail müssen der Sache wegen oft gemacht werden, damit der Grundgedanke und die Grundidee nicht verloren geht.

Zusammenfassend möchte ich folgende Schwerpunkte hervorheben:

- *Ganzheitlichere Betreuung* des psychisch Kranken
- Suchen nach *neuen Wegen* sowohl in der internen klinischen Betreuung als auch in der ambulanten externen Betreuung
- Bessere *Koordination* untereinander
- *Quartiernahe Ambulatorien* mit polyvalenten Angeboten (Sozialdienst, Rechtsberatung, Psychiatrischer Dienst, evtl. Mütter- und Säuglingsberatung, evtl. Café-Treffpunkt usw.)
- Gut und schnell funktionierender *Notfalldienst*.

Ich hoffe schwer, dass Basel diese einmalige Chance wahrnimmt und den Mut hat, Neues im Dienste des psychisch Kranken zu schaffen und sich nicht an alten Bildern der vergreisten, unnahbaren und oft seelenlosen Psychiatrie festklammert. Altverdienten Damen und Herren, welche seit Jahrzehnten das Bild der Psychiatrie im herkömmlichen Sinn geprägt haben, würde es gut anstehen, wenn sie jungen, mit neuen Vorstellungen geprägten Fachleuten Platz machen würden und ihnen mit ihren Erfahrungen beistehen.

Jürg Meyer:

Armut in der Schweiz: Die unverstandene Bevölkerung

Jürg Meyer, 1938 geboren, ist Redaktor bei der «Basler Zeitung». Nach dem Rechtsstudium war er zwei Jahre als Gerichtsschreiber tätig und wurde 1969 Mitarbeiter bei der Lokalredaktion der «National-Zeitung». Prägende Einflüsse entstanden aus der Mitarbeit in der internationalen Bewegung «ATD-Vierte Welt», die mit einem Aufruf von Abbé Pierre in den Bidonvilles der Pariser Region ihren Anfang nahm.



Die internationale «Bewegung ATD-Vierte Welt» publiziert in diesem Jahr ein Weissbuch über die fortbestehende Armut in der Schweiz, die auch in den reichsten Regionen etwa fünf Prozent der Bevölkerung erfasst. Ein wichtiger Befund dieser Studie: Fast alle bestehenden sozialen Dienste können den Eigenarten dieser Bevölkerung nicht gerecht werden. Zu wenig werden nämlich die geschichtlichen, über viele Generationen hinwegreichenden Ursachen der Armut erfasst. Oft bestehen über die betroffene Bevölkerung nur stereotype, vielfach kränkende Vorstellungen. Viele Familien, deren Berichte in der Studie berücksichtigt wurden, stammen aus der Basler Region. In Basel-Stadt führt die Bewegung ATD-Vierte Welt in einer Sozialsiedlung ein Atelier, in dem Leute aus benachteiligten Bevölkerungsschichten regelmässig zusammenkommen.

Familientreffen der *Bewegung ATD-Vierte Welt* in deren Zentrum in Treyvaux: Aus Basel, Zürich, Luzern, Fribourg, La Chaux-de-Fonds, Lausanne, Genf und weiteren Orten strömen die Familien aus benachteiligten Bevölkerungsschichten herbei. Die Birken, der gepflegte Rasen, einige Schafe und ein wirblicher Hund verströmen eine

Atmosphäre der Gastfreundschaft. Die Mitarbeiter empfangen die Gäste mit einer dampfenden Suppe, mit Tee, Kaffee und Kuchen.

Bald versammeln sich die Erwachsenen im grossen Dachsaa. Die Kinder bleiben ebenfalls zusammen. Sie üben ein kleines Theaterspiel, das sie später vorführen werden. Es geht um die «Hexe», eine ältere, ziemlich impulsive Frau mit mehreren Kindern, welcher von der Gemeindeverwaltung eine Hütte am Waldrand zugewiesen worden ist.

Die Erwachsenen behandeln heute das Thema «*Wohnen*». An früheren Familientreffen war schon von Arbeit, Schule, Berufslehre, Kindererziehung, Betreibungen, Vormundschaft, Heimerziehung, Ausländern die Rede. Viele melden sich zum Wort. Zwei Mitarbeiter besorgen die Übersetzung in Deutsch und Französisch. Viele Leute, die sich sonst zum Schweigen verurteilt sehen, sprechen mit grosser Ausdruckskraft.

In vielen Beschreibungen kommt die Erfahrung zum Ausdruck: Die Familien stossen bei Nachbarn auf Widerstand. Gewiss geht es oft im Innern der Familien nicht leise zu. Da liegt beispielsweise ein Zahlungsbefehl wegen ausstehender Ratenzahlungen, eine Pfändungsankündigung, eine Strafverzeigung wegen Nichtbezahlens des Militärpflichtersatzes in der Post. Niemand weiss, woher das Geld genommen werden kann. Der Vater haut auf den Tisch, dass die Gläser klirren. Ein Kind begehrt auf. «Schweig still», ruft die Mutter. Nervosität und Lärmpegel steigern sich. Da brüllt plötzlich der Nachbar vom oberen Stockwerk: «Ruhe».

Die Eltern merken in den folgenden Tagen, dass sie kaum mehr gegrüsst werden. Kinder stossen vielleicht auf etwas Mitleid, sofern sie nicht aggressiv sind. Es gibt Anwohnerpetitionen gegen die Familie beim Hauseigentümer. Schliesslich kommt die Kündigung, dies eventuell fristlos.

Dann die Wohnungssuche, überall Absagen. Schliesslich ist noch eine Dreizimmerwohnung zu tausend Franken zuzüglich Nebenkosten für eine Familie mit drei Kindern erhältlich. Der Mietzins kann nicht bezahlt werden. Das schnelle Mietrecht steht bevor. Dies bedeutet Auszug nach einer Frist von 30 Tagen. Der Vater haut auf den Tisch. Dann schlegt er die Türe und geht fort. Am anderen Morgen geht er eine halbe Stunde zu spät zur Arbeit. Er bekommt die Kündigung.

So lauten unzählige Schilderungen. Die Betroffenen stolpern von frühester Kindheit an über viele Krisen, werden geprägt von existentieller Angst, bleiben in Kindergarten, Schule, Beruf im Rückstand, erregen überall Anstoss, und nehmen doch immer wieder einen neuen Anlauf, um ihre Zukunft zu gestalten. Mit jeder Krise kommt stets von neuem auch in den Familien die Angst auf, deren Erziehungsklima werde negativ bewertet und die Kinder würden anderswo unter-

gebracht. Viele Eltern bringen immer wieder an den Familientreffen das Bedürfnis zum Ausdruck, die Einheit der Familie wahren oder wiederherstellen zu können.

Zahlreiche Votanten berichten über ihre Kindheit, über Lebensbedingungen ihrer Eltern oder sogar Grosseltern. In etlichen Schilderungen erscheint die windschiefe Hütte am Rand des Dorfes, die baufällige Altstadtwohnung, der serbelnde Kleinbauernbetrieb, das kleine Zimmer eines Knechts oder einer Magd, der von Ort zu Ort gezogene Wohnwagen oder das Obdachlosenasyll als Lebensbereiche ihrer Eltern und Grosseltern. Viele berichten, wie sie immer wieder die Schule versäumten, damit Essen auf den Tisch kam. Sie spüren heute ihre Schulbildungslücken - bis hin zum Analphabetismus - wenn sie beispielsweise einen Mietvertrag ausfüllen müssen, oder auch, wenn sie ihren Kindern bei den Hausaufgaben helfen sollten. Manche wuchsen bei fremden Bauern oder in einem Heim auf und bewahrten hievon düstere Erinnerungen. Es gibt Männer und Frauen, die während ihres ganzen Lebens geforscht haben, wer ihre Väter und Mütter sind. Es gibt ebenso auch Personen, die während ihres ganzen Lebens mit Leidenschaft nach ihren zur Adoption weitergegebenen Kindern gesucht haben.

Solche Beschreibungen hat die *Bewegung ATD-Vierte Welt* seit der Gründung ihrer schweizerischen Sektion im Jahre 1965 systematisch gesammelt und verarbeitet. Daraus ist nun das Weissbuch über die Verhältnisse in der Schweiz entstanden. Eine wichtige Folgerung: Die Armut bildet zu einem grossen Teil nicht die Folge konkreter Ereignisse wie Krankheit, Unfall, Aufkommen von Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Wirtschaftskrisen, wirtschaftlichen Strukturveränderungen. Sie wird von Generation zu Generation weitergegeben. Sie prägt die tiefsitzende Angst der Betroffenen, während normalerweise in der Gesellschaft heute eine gewisse Existenzsicherheit vorherrscht. Es gibt somit in unserem Lande eine Geschichte der Armut, die aufzudecken und zu verarbeiten ist.

Vor allem die Verängstigung der Betroffenen als Reaktion auf die Geschichte der Armut wird in ihrer Tragweite nicht genügend wahrgenommen. Daraus resultieren vielfältige Fehldeutungen und Missverständnisse von Behörden und sozialen Institutionen. Sehr schnell besteht dabei auch heute noch die Neigung, den Betroffenen irgendeine Psychopathie oder sogar den Stempel des Schwachsinnns anzuheften. Wer die Betroffenen kennt, stösst aber immer wieder auf Lebenssituationen, in denen diese Befunde widerlegt werden. Solche Befunde motivieren viele Kündigungen von Arbeits- und Mietverhältnissen sowie die weiteren Folgerungen von Sozialarbeitern und Behörden. Den Betroffenen werden zu wenig Entfaltungschancen zuerkannt, so

dass sich ein Engagement nicht zu lohnen scheint. Die Unterschiede der Erfahrungswelt zwischen den verschiedenen Bevölkerungsschichten ergeben so eine wohl nicht beabsichtigte, gleichwohl aber vorhandene strukturelle Rechtsungleichheit.

Zur Zeit verhärtet sich dabei der soziale Ausschluss der benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Die Rezessionen der Jahre 1974 und 1982/83 trieben zahlreiche Personen, die früher notdürftig noch Beschäftigung fanden, in die chronische, nur noch schwer überwindbare Arbeitslosigkeit. Die Datenverarbeitung perfektioniert das Zeugnis- und Referenzsystem. Wer Belastungsfaktoren in seiner Herkunftsgeschichte aufweist, hat so wachsende Schwierigkeiten, noch Wohnung und Arbeit zu finden.

In der Studie der *Bewegung ATD-Vierte Welt* werden diese Gegebenheiten als Menschenrechtsverletzungen deklariert. Es folgt der Aufruf an Behörden, Parteien, Verbände und an die gesamte Öffentlichkeit, diese Situation nicht mehr hinzunehmen. Wie festgehalten wird, droht jede Reform ins Leere zu stossen, wenn sie die am meisten Benachteiligten nicht erfassen kann. In den Wohnquartieren verankerte psychosoziale Dienste haben sicherlich mehr Nähe zu allen Bevölkerungsschichten als die zentrale psychiatrische Institution. Sie müssen aber getragen sein vom Willen, für die Lebensrechte aller Bewohner einzustehen. Dabei muss es einen breiten Spielraum geben, um auf die Bewohner zu hören und ihren individuellen und kollektiven Erfahrungen zum Ausdruck zu verhelfen. Diese Qualität muss jenes Expertentum und jene Technisierung aller psychosozialen Dienste relativieren, welche heute die oft unüberwindlichen Distanzen zwischen Beratern und Klienten begründen.

Auch in *Basel-Stadt* gibt es die in Armut und sozialer Ausschluss lebenden Bevölkerungsschichten. Das bestehende Netz sozialer Institutionen konnte ihre Not nicht überwinden. Denn sie konnten ihre Lebenssituation nicht verständlich machen. Jede Sozialpolitik muss darum von der besonderen Anstrengung bestimmt sein, die am meisten Benachteiligten in die wahrgenommenen Ziele einzubeziehen. Sie muss der besonderen Gefahr begegnen, dass Leute, die in Armut leben, mit wachsendem Aufwand psychiatrisiert und noch weiter an den Rand gedrängt werden. Diese Gefahr ist auch mit der im wesentlichen positiven Zielsetzung des Psychiatriekonzepts verbunden, in den Wohnquartieren Betreuungsdienste aufzubauen. Mit besonderem Einsatz muss darum gerungen werden, dass die Benachteiligten trotz Wohnungsnot, Rezession und neuen Technologien der Datenverarbeitung auf den Wohnungs- und Arbeitsmärkten akzeptiert werden.

Selbsthilfe als Leitidee zur Psychiatriereform

Anregungen des «Hinterhuus» zu einem Psychiatriekonzept für
Basel-Stadt



Das «Hinterhuus»-Team: (v.l.n.r.) Veronika Hennecke-Schwab, 44, Sozialarbeiterin und Werklehrerin; Christoph A. Müller, 45, Journalist; Vreni Vogelsanger, 35, Sozialarbeiterin und Supervisorin

Wir möchten von den konkreten Erfahrungen ausgehen, die uns im Rahmen des «Hinterhuus» mit der Psychiatrie im weitesten Sinn in Berührung bringen. Bevor wir unsere Vorstellungen und Vorschläge formulieren, möchten wir zunächst kurz die Aktivitäten des «Hinterhuus» umreissen, um den Gesichtswinkel aufzuzeigen, aus dem wir «Psychiatrie» betrachten und beurteilen.

Was ist das «Hinterhuus»?

Das *Hinterhuus* ist ein Ort, wo sich Menschen mit gesundheitlichen Problemen treffen können - Kranke, Behinderte, Leute, die einsam sind, die mit seelischen Problemen oder Lebensschwierigkeiten zu kämpfen haben. Zur Zeit nehmen rund 50 Personen mit zum Teil sehr schweren somatischen und/oder psychischen Krankheiten und Behin-

derungen an unseren Aktivitäten teil. Unser Ziel ist, Vereinsamung zu überwinden und gegenseitige Hilfe anzuregen.

Wir sprechen die Leute, die ins *Hinterhuus* kommen, nicht als Patienten oder ratsuchende Klienten an, sondern als Menschen, die sich mit ihrer Krankheit, ihrer Behinderung und den damit zusammenhängenden Lebensproblemen auseinandersetzen möchten. Wir ermutigen sie, ihre *gesunden Seiten* zu aktivieren und ihre persönlichen Fähigkeiten und Neigungen einzubringen. Wir bieten zu diesem Zweck verschiedenartige Gruppenaktivitäten mit Selbsthilfecharakter an: Gesprächsgruppen, Kreativgruppen (Malen, Modellieren), eine Kochgruppe mit Mittagstisch, einen «offenen Abend» als geselligen Treff, Feste und andere gesellige Veranstaltungen.

Das *Hinterhuus* steht ausserdem als eine Art *Kontakt- und Koordinationsstelle* für rund 20 *Basler Selbsthilfegruppen und -vereinigungen* zur Verfügung. Darunter befinden sich zum Beispiel der *Treffpunkt demokratische Psychiatrie*, die *Basler Sektion des Schweizerischen Invalidenverbands*, die *Anonymen Alkoholiker*, die *Elternvereinigung drogenabhängiger Jugendlicher*, eine *Selbsthilfegruppe für brustoperierte Frauen*, eine Gruppe von *Eltern, die ein Kind verloren haben*, usw. Mit diesen Gruppen führen wir regelmässige Treffen durch, bieten Beratung und Ausbildung an, fördern den Erfahrungsaustausch und leisten Starthilfe bei der Gründung neuer Gruppen. Es geht uns dabei um eine lockere Vernetzung vielfältiger Aktivitäten im Gesundheitsbereich.

Das *Hinterhuus* wird von drei Personen geleitet, die je über eine Halbtagsstelle verfügen. Löhne und Betriebskosten werden von der *Schweizerischen Vereinigung «Das Band»* finanziert. Das Jahresbudget beträgt rund Fr. 100'000.—. Das *Hinterhuus* existiert seit Herbst 1981. Als Lokalität verfügen wir über ein zweigeschossiges Hinterhaus an der Feldbergstrasse 55 (daher der Name *Hinterhuus*).

Überlegungen zum Status quo

Die psychiatrische Versorgung im Kanton Basel-Stadt ist *klinik-zentriert*. Der Gesamtaufwand für Dienstleistungen und Infrastruktur wird zum allergrössten Teil im Rahmen stationärer Einrichtungen mit Klinikcharakter erbracht. Ob gewollt oder nicht: in dieser Tatsache drückt sich die Auffassung aus, wonach Psychiatrie-Patienten an einer innerpsychischen Erkrankung leiden, die durch geeignete therapeutische Massnahmen - in der Isolation einer Klinik - behandelt werden kann.

Unsere Erfahrung mit Leuten, die psychotherapeutische, psychosoziale oder psychiatrische Hilfe brauchen, hat uns zu einer anderen Auffassung geführt. In der überwiegenden Zahl handelt es sich um

Menschen, die sich in ihrem Leben nicht mehr zurechtfinden, die ihre Lebens- und Alltagsprobleme nicht mehr meistern können, kurz: die sich nicht mehr selber zu helfen wissen. Der *Ausdruck* solcher Hilflosigkeit und Verzweiflung kann sich - je nach Veranlagung - in einer psychiatrisch identifizierbaren Symptomatik äussern: Depressionen, Psychose, Schizophrenie usw. Die *Ursachen* aber, die zu dieser «Krankheit» oder «Störung» geführt haben, sind nur zu einem Teil in der Person selbst zu finden. Vor allem aber resultieren sie aus der Verkettung und Summierung zahlreicher lebensgeschichtlicher und Umweltfaktoren, in deren Spannungsfeld die «kranke» Person lebt und leidet.

Von «psychischer Krankheit» und «psychischer Gesundheit» zu sprechen ist - unserer Erfahrung nach - nur sinnvoll in der *Ganzheit eines Lebenszusammenhangs*. Seelisches Wohlbefinden entsteht - und vergeht - im Wechselspiel der mannigfachen Bezüge und Berührungen, die eine Person mit ihrer Umwelt herstellt und zulässt. Schwere Beeinträchtigungen in diesem persönlichen Umfeld bilden - wenn nicht die Ursache - so doch fast immer einschneidende Begleiterscheinungen psychischer Krisen.

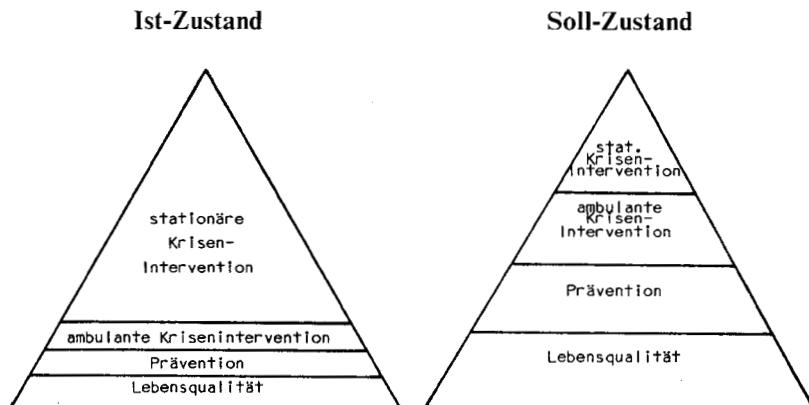
Isolation und Stigmatisierung

Auf diesem Hintergrund gesehen, zeigt sich die ganze Fragwürdigkeit psychiatrischer Hospitalisierung: Sie isoliert die «kranke» Person von ihrer sozialen Umgebung, behandelt die am Verhalten auffälligen Symptome, um - nach einigen Wochen oder Monaten - die ihrem Alltag völlig entfremdete Person als «geheilt» zu entlassen, das heisst in jene Lebensumstände zurückzuschicken, die an der Entstehung der Krise nachhaltig beteiligt waren. Und mit dem Klinikaufenthalt hat sich der/die Betroffene eine zusätzliche Belastung eingehandelt: Die unvermeidliche *Stigmatisierung als Psychatriepatient* verstärkt die soziale Isolation und verringert die Chancen, Arbeit und Wohnung zu finden.

Auf Grund dieser Einsichten sind wir überzeugt, dass in sehr vielen Fällen psychischer Krisen eine Klinikeinweisung keine geeignete Massnahme darstellt. Unter den heutigen Umständen wird eine Hospitalisierung oft nur deshalb unvermeidlich, weil keine oder nur ungenügende Alternativen zur Verfügung stehen. Das ist keine leere Behauptung, sondern das Ergebnis schmerzlicher Erfahrungen, die wir in den letzten Jahren immer wieder machen mussten. Berücksichtigt man auch noch die enormen Kosten, die ein Klinikaufenthalt verursacht, so erscheint es vollends unverständlich, dass nicht schon längst wirksamere und -therapeutisch wie ökonomisch - günstigere Möglichkeiten psychiatrischer Betreuung gesucht und gefördert wurden.

Unsere Vorstellungen einer zukünftigen Psychiatrie

Als einen der wichtigsten Schritte zu einer zukünftigen Psychiatrie betrachten wir die Verlagerung der Betreuungsschwerpunkte aus den «Mauern» (Klinik und andere zentralisierte Institutionen) in die soziale und geographische Nähe der Betroffenen. Gemeint ist ein Ausbau der Dienstleistungen und Stützstrukturen, die im Alltag und in der Nachbarschaft der Betroffenen ansetzen. Die folgende Graphik illustriert - in grober Vereinfachung - diese Verlagerung:



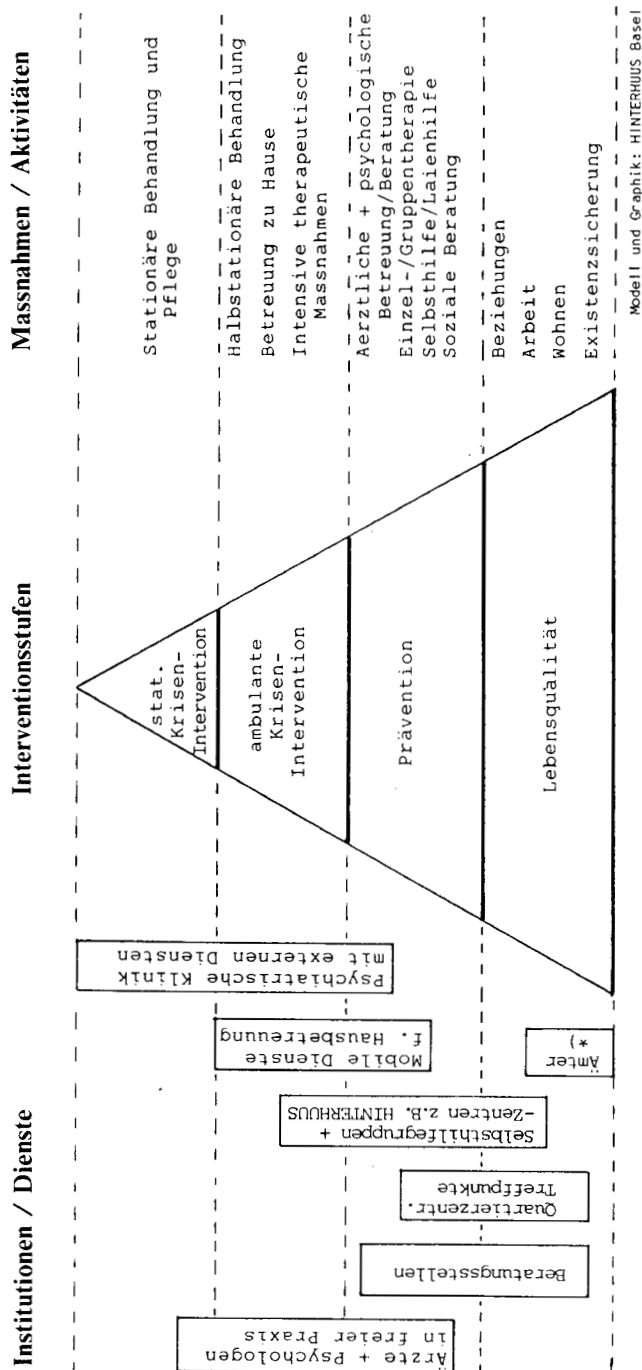
Die erweiterte Darstellung des Sollzustandes auf Seite 75 ist als Orientierungsmodell gedacht, um das komplexe Feld psychiatrischer Versorgung nach zwei Richtungen hin aufzuschlüsseln:

1. *Systematische Gliederung nach Bedürfnissen / Massnahmen / Dringlichkeit:* Die Pyramide in der Mitte und die rechte Kolonne zeigen den Aufbau verschiedener Interventionsstufen mit den entsprechenden Massnahmen / Aktivitäten.

2. *Praktische Gliederung nach konkreten Angeboten und Lösungen:* In der linken Kolonne sind verschiedenartige Institutionen / Dienste auf verschiedenen Niveaus so angeordnet, dass ihr Aktionsfeld innerhalb der verschiedenen Interventionsstufen sichtbar wird (die Aufzählung ist selbstverständlich nicht vollständig).

An Hand dieser Darstellung möchten wir nun *konkrete Gesichtspunkte und Vorschläge* formulieren, die wir - auf Grund unserer praktischen Erfahrungen - für wegweisend und entscheidend halten.

Aufbau und Gliederung sozialpsychiatrischer Versorgung: Ein Modell für die Zukunft



*) IV, AHV, Arbeitsamt, Sozialamt etc.

Prioritäten

Die Pyramide der Interventionsstufen baut sich von unten nach oben auf. Das heisst: Die Massnahmen auf den jeweils unteren Stufen sind Grundlage und Voraussetzung für sinnvolle Massnahmen der nächsthöheren. Zum Beispiel: Eine psychotherapeutische Behandlung (sie wäre auf den Stufen «Prävention» und «Krisenintervention» einzuordnen) ist nicht sinnvoll, wenn schwere Beeinträchtigungen auf der Stufe «Lebensqualität» nicht behoben werden. Oder: Einweisung in die Klinik erfolgt erst, wenn ambulante Krisenintervention gescheitert ist. Umgekehrt formuliert: Geeignete Massnahmen auf einer unteren Stufe tragen dazu bei, die nächsthöhere vermeidbar zu machen. So wirkt die Hebung der Lebensqualität bereits als Prävention, therapeutische Massnahmen auf der Stufe «Prävention» können den Ausbruch einer Krise verhindern, und durch ambulante Krisenintervention kann die Einweisung in die Klinik vermieden werden.

Lebensqualität

Der Bereich «Lebensqualität» ist das Fundament aller psychiatrischen Bemühungen. Hier geht es um die Bedingungen des Alltags, um die Grundbedürfnisse des Lebens: Existenzsicherung, Wohnen, Arbeit, Beziehungen. Im bestehenden sozialen Versorgungsnetz sind für den Bereich der *Existenzsicherung* umfassende und oft ausreichende Massnahmen vorgesehen (IV, AHV, Krankenversicherung, Sozialhilfe etc.). Viel zu geringe Beachtung erfahren dagegen die Bedürfnisse des *Wohnens*, der *Arbeit* und der *Beziehungen*. Hier müssten von einem Psychiatriekonzept neue, kräftige Impulse ausgehen. Hier lohnt es sich, Phantasie und Geldmittel aufzubringen, um neue Wege zu beschreiten. Denn es geht um die Grundbedingungen des Menschseins, um die Möglichkeit, ein möglichst «normales», selbstbestimmtes Leben zu führen. Alle weiteren psychiatrischen und therapeutischen Massnahmen sind weitgehend zum Scheitern verurteilt, wenn diese Grundbedürfnisse nicht wenigstens teilweise erfüllt sind.

Abkehr vom Denken in institutionellen Rastern

Die in unserer Graphik als Pyramide dargestellten Interventionsstufen und die damit verbundenen Massnahmen / Aktivitäten ergeben eine *theoretische Gliederung* des psychosozialen Versorgungsspektrums. Sie dürfen nicht unbesehen in Strukturen und Organisationsformen umgesetzt werden. Unserer Ansicht nach krankt nicht nur die Psychiatrie, sondern unser gesamtes Sozialwesen an diesem entscheidenden Punkt: Auftretende Probleme werden allzu oft gelöst, indem eine neue, spezialisierte Institution geschaffen wird. Durch solches in institutionellen Rastern befangenes Denken wird die Ganzheit einer

hilfebedürftigen Person in eine Vielzahl von Segmenten institutioneller Zuständigkeiten zerteilt.

Eines der grössten Probleme der *Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK)* in Basel-Stadt erblicken wir beispielsweise darin, dass sie sich ausschliesslich auf den stationären Pflegebereich beschränkt und sich überhaupt nicht oder nur sehr mangelhaft um Nachsorge, Prävention und Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten kümmert. Wäre sie statt dessen - wie in unserer Graphik angenommen - mit externen Diensten ausgestattet, so würde ihr Tätigkeitsfeld in die unteren Interventionsstufen hinabreichen und dadurch die Kooperation mit andern Diensten möglich und erforderlich machen.

Wir möchten deshalb ausdrücklich betonen, dass wir es für wünschenswert halten, dass verschiedenartige Institutionen/Dienste sich überlappen und sich in ihren Aktivitäten über mehrere Interventionsstufen erstrecken. Die Vielfalt des Angebots schafft Wahlmöglichkeiten. Und die Kontinuität in der Begleitung einer psychisch belasteten Person ist nur gewährleistet, wenn das Aktionsfeld einer Institution sich über mehrere Interventionsstufen erstreckt.

Impulse geben, Prozesse einleiten

Von einem Psychiatriekonzept erwarten wir keine fertigen Lösungen. Diese sollten unseres Erachtens vor allem aus der Praxis kommen. Damit meinen wir folgendes: Ziel eines Psychiatriekonzeptes müsste es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen und einen Nährboden zu bereiten, damit neue Ansätze, neue Lösungen und Projekte entstehen können.

Die neuen Strukturen, die wir brauchen, können nicht am grünen Tisch entworfen werden. Praktikable, wirksame und lebensfähige Strukturen/Massnahmen können nur aus den konkreten Situationen des Alltags, aus der Auseinandersetzung und der Arbeit mit Betroffenen gefunden werden.

Es genügt nicht, Betroffene und an der Basis engagierte Helfer/innen in ein Expertengremium zu delegieren, um ihre Bedürfnisse angemessen zu berücksichtigen. Die wirklichen Bedürfnisse sind nicht delegierbar, weil in sehr vielen Fällen weder die Betroffenen noch ihre Helfer/innen sie im voraus wirklich kennen. Sie entpuppen sich erst im Prozess der praktischen Auseinandersetzung, im tastenden Vollzug neuer Möglichkeiten.

Ein Psychiatriekonzept müsste sich darauf konzentrieren, Impulse zu geben und Prozesse einzuleiten, die an der Basis ansetzen, die neue Initiativen ermutigen und die die Ressourcen der Betroffenen mobilisieren. Wir denken dabei an folgende Möglichkeiten:

Schaffung einer «Innovations- und Clearingstelle» als Stabstelle im Sanitätsdepartement

Ein kleines, interdisziplinäres Team aus Leuten mit reicher Lebens- und Berufserfahrung und kreativen Fähigkeiten hätte die Aufgabe, zu den verschiedensten Diensten / Institutionen, die im weitesten Sinn mit «Psychiatrie» zu tun haben, informelle Kontakte herzustellen. Ziel wäre, Ideen zu sammeln, Querverbindungen herzustellen, Leute mit ähnlichen Interessen / Problemen zusammenzubringen, Vernetzungen anzuregen, Erfahrungsaustausch zu fördern, neue Projekte zu begleiten, Beratung und Starthilfe anzubieten. Das Team wäre Kontaktstelle für bestehende Institutionen / Dienste, aber auch für Leute, die neue Initiativen / Projekte aufbauen möchten. Über finanzielle Unterstützung sollte nicht diese Stelle befinden, damit sie nicht ins Schussfeld der Ansprüche gerät, aber sie sollte die entsprechenden Entscheide im Sanitätsdepartement beeinflussen können.

Als *Clearing-Stelle* hätte das Team Drehscheiben- und Vermittlungsfunktion, könnte Dienstleistungs- und Infrastrukturangebote vermitteln, über benutzbare Räume und andere verfügbare Kapazitäten Auskunft geben, Dokumentationsaufgaben wahrnehmen, Finanzierungshilfen seitens privater Geldgeber stimulieren und vermitteln.

In bescheidenerem Rahmen, das heisst auf den Bereich der Selbsthilfegruppen beschränkt, übernimmt das *Hinterhuus* heute schon zahlreiche Aufgaben, wie sie hier für eine Innovations- und Clearingstelle vorgeschlagen werden. Wir unterstützen Selbsthilfe-Initiativen von Einzelpersonen und Gruppen, bieten Starthilfe und Beratung an, suchen nach Möglichkeiten, neue Initiativen in bestehende Strukturen einzubetten. Wir fördern Zusammenarbeit, bieten Kurse an und helfen mit, Öffentlichkeitsarbeit zu organisieren. Wir stellen fest, dass das Bedürfnis nach dieser Art von Sozialarbeit sehr gross ist, und wir finden die Resultate unserer Arbeit ermutigend und überzeugend.

Experimentierräume ermöglichen, Initiativen fördern

Es gibt in Basel zahlreiche Ansätze zur Selbsthilfe in Form von Selbsthilfegruppen, Treffpunkten, lockeren Gruppierungen und Vernetzungen, die Nachbarschafts- und Laienhilfe organisieren und vielfältige Betreuungs- und Stützfunktionen wahrnehmen. Im Rahmen eines Psychiatriekonzeptes wäre es wichtig, den Ausbau solcher sozialer Netze zu unterstützen. Eine immaterielle Unterstützung (Know-how, Kontakte, Beratung etc.) könnte durch die oben erwähnte *Innovations- und Clearingstelle* erfolgen. Für eine finanzielle Unterstützung, die ebenfalls notwendig ist, müssten Gelder zur Verfügung stehen, über deren Verwendung in einem möglichst unbürokratischen Verfahren entschieden werden könnte. Möglicherweise wäre es sinnvoll, die

Verteilung dieser Gelder über eine private Netzorganisation wie beispielsweise die *Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Basel* abzuwickeln, die in ihrem Entscheidungsspielraum beweglicher wäre als eine von politischen und Proporzrücksichten bedrängte Amtsstelle.

Zur Frage, nach welchen Kriterien neue Projekte und Initiativen finanzielle Unterstützung erhalten sollen, möchten wir eine Überlegung einbringen, die uns auf Grund unserer eigenen Erfahrungen wichtig ist. Das *Hinterhuus* ist aus kleinsten Anfängen entstanden. Zwei Sozialarbeiterinnen begannen damit, einmal pro Woche bei sich zu Hause eine Gruppe für kranke/behinderte Menschen durchzuführen. Der Zentralsekretär der *Schweizerischen Vereinigung «Das Band»* war bereit, diesen Arbeitsaufwand im Stundenlohn zu entschädigen. Nach einiger Zeit konnte eine kleine Zweizimmerwohnung als Lokal gemietet werden. Sukzessive entstanden weitere Gruppen und andere Aktivitäten und bauten sich allmählich zu dem kleinen Zentrum auf, das das *Hinterhuus* heute darstellt. Dieser Wachstumsprozess hat sich über mehrere Jahre erstreckt - und er ist nicht abgeschlossen. Nie aber gab es einen vorfabrizierten Plan mit entsprechender Zielsetzung, der das *Hinterhuus* in seiner heutigen Gestalt im voraus festgelegt hätte. Auf diese Qualität des Wachstums möchten wir hinweisen: Wir halten sie für ein entscheidendes Merkmal bedarfsorientierter, praxisnaher Entwicklung. Zwei Voraussetzungen gehören dazu: *Vorleistungen* seitens der Initianten und die Bereitschaft eines umsichtigen, verständnisvollen Geldgebers, ein *finanzielles Risiko* zu tragen, um einen derartigen Aufbau zu ermöglichen. An solchen Kriterien - sie gelten auch für andere vergleichbare Institutionen wie beispielsweise das *Frauenhaus* oder den *Treffpunkt Demokratische Psychiatrie* - wäre unseres Erachtens eine sinnvolle Subventionspolitik für neue Projekte zu orientieren.

Die Ressourcen der Betroffenen mobilisieren

Die meisten Dienste/Institutionen im bestehenden Sozialwesen sind auf Konsum eingestellt: Sie bieten materielle und immaterielle Hilfen und Dienstleistungen an, für deren Bezug sich die Betroffenen auf komplizierten und oft bürokratischen Wegen bewerben und legitimieren müssen. Als Bittsteller, Bezugsberechtigte und Konsumenten werden die Betroffenen nicht oder kaum dazu angeregt, eigene Kräfte zu mobilisieren und nach neuen, eigenen Wegen zu suchen, um ihr Leben wieder vermehrt selber in die Hand zu nehmen. Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass ungeahnte, brachliegende Ressourcen frei werden, wenn sozialpolitische Massnahmen eingeleitet werden, die die Selbsthilfekapazitäten der Betroffenen in Rechnung stellen und aktiv fördern. Eindrücklich ist unter anderen das *Beispiel Berlin*, wo innerhalb weniger Jahre durch ein sozialpolitisches Umdenken und

gezielte Förderung selbstgesteuerter Prozesse erstaunliche Resultate sozialer Rehabilitation erzielt wurden. Wir sind überzeugt, dass es sich lohnen würde, von solchen Erfahrungen zu lernen.

Mobile Equipen zur Hausbetreuung

Bei unserer Arbeit im *Hinterhuus* stossen wir jeweils an die Grenzen unserer Möglichkeiten, wenn jemand aus dem Kreis der *Hinterhuus*-Benützer/innen in eine schwere Krise gerät. Oft können wir eine Einweisung in die Klinik nicht verhindern, obwohl wir eine stationäre Behandlung keineswegs für erforderlich halten. Was fehlt, sind flexible Möglichkeiten intensiver ambulanter Begleitung, die auch eine Betreuung zu Hause einschliessen. Es müssten mobile Dienste geschaffen werden, die auf die Bedürfnisse von Psychiatrie-Patienten ausgerichtet sind. Krankenpflege zu Hause ist bekanntlich ein Stiefkind des gesamten Gesundheitswesens. Doch im Bereich der Psychiatrie fehlen bis heute die notwendigen Ansätze. Abgesehen von den therapeutischen Vorteilen ist eine Betreuung zu Hause auch aus Kostengründen attraktiv. Wie *Pierre Gilliland* und andere Autoren an Hand schweizerischer Untersuchungen gezeigt haben, bewegen sich die Kosten der Hauspflege im Vergleich zur stationären Behandlung im Spital im Verhältnis von 1 zu 3 (*L. Ramel / C.-Willa / P. Gilliland in «Soins à domicile», Lausanne, 1982*).

Zusammenfassung

Zum Abschluss möchten wir unsere Überlegungen mit einer Gegenüberstellung von Thesen und Stichworten zusammenfassen. Die pointierte Darstellung soll verdeutlichen, was wir unter Psychiatriereform verstehen: einen grundlegenden Wandel der Werte und Sichten, die den Umgang mit Krankheit und Gesundheit prägen.

Werte, Sichten, Perspektiven einer Psychiatrie ...

... von gestern (und heute)

... von morgen

Verhältnis Betroffene - Psychiatrie

Diagnose und Behandlung stehen im Mittelpunkt

Helfer/Experten sind wissend, Betroffene / Angehörige sind unwissend

Helfer/Experten definieren und lösen die Probleme

Betroffene und ihr soziales Umfeld stehen im Mittelpunkt

Helfer/Experten und Betroffene / Angehörige bringen ihr jeweiliges Wissen gemeinsam ein

Helfer/Experten schaffen zusammen mit Betroffenen / Angehörigen Bedingungen, in denen die Betroffenen ihre Probleme erkennen und möglichst weitgehend selber lösen können

... von gestern (und heute)

Entscheid./Macht liegt bei den Helfern/
Experten
Fremdhilfe hat Vorrang
Die Betroffenen sind Objekt
Angehörige sind ausgeschlossen
Es gibt für jedes Problem *eine* richtige
Lösung
Betroffene haben wenig Wahlmöglichkeiten

Institutionen/Dienste

Psychiatrie ist ein nach aussen klar abgegrenzter, geschlossener Betreuungsbereich und Pflegebereich
Die Betroffenen gehen zur Psychiatrie
Die Betreuungsschwerpunkte befinden sich in zentralen Institutionen
Institutionen sind gross und wenig zahlreich
Institutionen/Dienste sind geschlossene, schwerfällige Systeme mit starren Hierarchien und unzähligen Spezialisierungen
Entscheide werden an der Hierarchiespitze gefällt. Die Ausführenden haben trotz Sachkenntnis wenig Entscheidungskompetenz
Die meisten Massnahmen finden «intra muros» (innerhalb der Mauern) statt. Die entsprechenden Institutionen sind in Form von repräsentativen Zentren, Gebäuden, apparativen Einrichtungen sichtbar
Es gibt wenig Zusammenarbeit zwischen Institutionen/Diensten und nur in starren, institutionalisierten Kanälen

Planung und Entwicklung neuer Strukturen

Es werden fertige Lösungen formuliert
Lösungen sollen für alle gelten

... von morgen

Entscheid./Macht liegt bei den Betroffenen/Angehörigen
Selbsthilfe hat Vorrang
Die Betroffenen sind Subjekt
Angehörige sind einbezogen
Es gibt für jedes Problem mehrere Lösungen
Betroffene haben möglichst viele Wahlmöglichkeiten

Psychiatrie ist ein offenes Feld. Nach allen Seiten hin verwebt sie sich mit anderen sozialen und gesellschaftlichen Bereichen
Die Psychiatrie kommt zu den Betroffenen
Die Betreuungsschwerpunkte befinden sich in der geographischen und sozialen Nähe der Betroffenen
Institutionen sind klein und zahlreich
Institutionen/Dienste sind flexible und offene Systeme. Sie arbeiten interdisziplinär und funktionsbezogen. Ihr Ansatz ist ganzheitlich
Entscheide ergeben sich im Team aus der gegenseitigen Konsultation der am Problem Beteiligten

Die meisten Massnahmen finden «extra muros» (ausserhalb der Mauern) statt. Zahlreiche Strukturen sind nicht sichtbar: sie bestehen aus Programmen, Netzen, Beziehungen
Es gibt intensive Zusammenarbeit zwischen Institutionen/Diensten durch vielfältige, flexible und oft informelle Vernetzung

Es werden Anreize geschaffen, damit Lösungen in der Praxis gesucht und gefunden werden
Lösungen sind individuell. Was für den einen gut ist, eignet sich für andere vielleicht nicht

... von gestern (und heute)

Einheitlichkeit ist erwünscht. Doppelspurigkeiten sollen vermieden werden

Für neue Probleme werden neue Institutionen/Dienste gegründet

Bedürfnisse nach neuen Strukturen werden von Experten ermittelt, daraus werden Zielsetzungen und Strategien formuliert

Koordination wird von oben nach unten angeordnet und institutionalisiert

Neue Projekte werden zentral verwaltet und finanziert. Sie sind in ihren Anstellungs- und Entlohnungsbedingungen wenig flexibel.

Therapeutische Massnahmen und Ansätze

Die Sicht ist auf Krankheit zentriert: Die kranken Teile (Symptome) sollen behandelt werden

Medizinische Massnahmen haben Vorrang

Schwere Eingriffe in den Lebenszusammenhang (Klinikeinweisung, aggressive Therapien) werden in Kauf genommen

Medikamentöse Behandlung steht im Vordergrund, andere Therapieformen werden nur spärlich eingesetzt

... von morgen

Vielfalt ist erwünscht. Verschiedenartige Ansätze sollen nebeneinander bestehen können

Für neue Probleme wird bei den bestehenden Institutionen/Diensten nach flexiblen Lösungen gesucht. Es wird an Vorhandenes angeknüpft, in bestehende Strukturen eingebettet

Bedürfnisse nach neuen Strukturen ergeben sich aus der Praxis, die Realisierung erfolgt in rollender Planung, bei der die Erfahrungen laufend rückgemeldet und einbezogen werden

Koordination ergibt sich aus der freiwilligen Vernetzung von unten nach oben

Neue Projekte werden dezentral verwaltet und finanziert. Sie haben viel Spielraum bei der Gestaltung ihres Finanzhaushaltes und sind in ihren Anstellungs- und Entlohnungsbedingungen flexibel

Die Sicht ist auf Gesundheit und ganzheitliches Wohlbefinden zentriert: Die gesunden Seiten sollen gestärkt werden

Psychosoziale Massnahmen haben Vorrang

Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität stehen im Vordergrund

Ganzheitliche Therapieformen/Aktivitäten stehen im Vordergrund (Gespräche, kreative Tätigkeiten, therapeutische Ansätze der humanistischen Psychologie). Restriktiver Gebrauch von Medikamenten

«Interdisziplinäre Quartiergruppe»:

Eine Selbsthilfegruppe für die Helfenden



Die «Interdisziplinäre Quartiergruppe» trifft sich alle zwei Wochen

Um gemeindenahе Psychiatrie zu verwirklichen, braucht es neue, flexible Formen der Zusammenarbeit. Ein Beispiel für die Vernetzung von Fachpersonen und Institutionen im psychosozialen Bereich ist die «Interdisziplinäre Quartiergruppe», die Hans Steiner im Basler Matthäusquartier initiiert hat. Die Mitglieder der Gruppe schildern hier ihre Arbeitsweise, und eine Patientin gibt ihre Eindrücke wieder.

«In der Verwirklichung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung muss schrittweise vorgegangen werden . . . Dies ist dadurch zu erreichen, dass sich die Psychiatrie selbst . . . in die Gemeinde begibt: in die konkrete Zusammenarbeit mit den anderen im psychosozialen Bereich Tätigen. Diese Zusammenarbeit ist nicht in der Art einer Supervision zu verstehen, sondern als Zusammenarbeit von Fachleuten verschiedener Bereiche, wobei jeder vom Wissen und Können des anderen profitieren kann.» Dieses Zitat aus Hans Steiners Referat «Gemeindenahе Psychiatrie in Basel» dokumentiert eine der Ideen, die Hans in seine Praxistätigkeit einbrachte und verwirklichte. Es war eine Idee, die «in der Luft» lag

und viele ansprach. Aus ihr ging die heute bestehende «*Interdisziplinäre Quartiergruppe*» hervor, die sich mit psychosozialen Problemen im Matthäusquartier befasst.

In diesem Kleinbasler Quartier eröffnete Hans 1979 am Bläsiring seine Praxis. Ein Jahr später lud er alle im psychosozialen Bereich Tätigen zu einem ersten Treffen ein. Es kamen gegen 20 Personen, die das kleine Wartezimmer am Bläsiring dicht gedrängt füllten. Hans trug sein Konzept der Zusammenarbeit vor, und jeder konnte für sich entscheiden, ob eine übergreifende Zusammenarbeit von seiner Institution her gegeben war oder ob er sich persönlich dafür interessierte. Es wurden vierzehntägliche Treffen vereinbart von jeweils anderthalb Stunden Dauer.

Diese regelmässigen Zusammenkünfte haben sich inzwischen bewährt. Sie sind zu einer Art Institution geworden. Unter den Teilnehmern hat sich mit der Zeit ein «fester Kern» herausgebildet: alle sind im Matthäusquartier tätig, in den Kirchgemeinden, in allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Praxen, bei der «Beratungsstelle für Langzeitkranke». Am Anfang trafen wir uns bei Hans in der Praxis und im reformierten Gemeindehaus, später dann in den grösseren Räumen der Gemeinschaftspraxis an der Bärenfelsenstrasse.

Unsere Gruppe besteht jetzt seit fünf Jahren. Wie sieht unsere konkrete Arbeit aus? Unsere Gespräche werden immer wieder bestimmt von der Not der Betroffenen: Jemand hat einen kranken Familienangehörigen, der jede Hilfe von aussen - zum Beispiel vom Arzt oder Sozialarbeiter - verweigert; wie kann man in einem solchen Fall helfen? Oder: Jemand kommt mit der geringen Rente nicht aus und muss immer wieder um Geld betteln oder einen Berg von Schulden anhäufen. Eine andere Person möchte dringend arbeiten, hält es aber nirgends aus. Eine alte Frau kann sich nicht mehr allein versorgen, will aber unter keinen Umständen in ein Altersheim.

Solche schwierige Situationen - dies wird uns immer wieder bewusst - machen auch uns Helfende oft ratlos. Manchmal besteht die einzige Hilfe, die unsere Gruppe anbieten kann, in der Klärung, die der Berichtende erfährt, und in der gemeinsamen Suche nach einer Lösung. So kann unsere Gruppe eine Supervision ersetzen, und sie hat die Funktion einer Selbsthilfegruppe für die Helfer.

Oft geraten wir in grundsätzliche Überlegungen über unsere Arbeit und versuchen, diese einmal mit einer anderen Sicht aus der Distanz zu betrachten. «Andere Sicht» bedeutet in einer interdisziplinären Gruppe soviel wie das Zusammenwirken von Wissen und Erfahrung aus verschiedenen Helferberufen. Daraus ergibt sich - an Stelle eines einzelnen oder mehrerer Helfer, die unabhängig voneinander mit dem gleichen Hilfebedürftigen arbeiten - ein *Hilfesystem*, das den Klienten

einschliesst. Stärken und Schwächen, Fähigkeiten und Unwissen, Erfahrung und Unerfahrenheit verschiedener einzelner kommen zusammen, werden gemeinsam betrachtet und erlebt und erreichen dadurch ein Mehrfaches an Wirkung.

Statt des herkömmlichen Gegenübers: hier der einsame Helfer, der als Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe, Krankenschwester usw. «alles kann und weiss», und dort der hilfebedürftige Klient, der ratlos und schwach ist, ermöglicht das interdisziplinäre Hilfesystem ein *zirkuläres Funktionieren*. Wir lernen, als Helfende und Betroffene miteinander umzugehen und können diese Fähigkeit auch auf Kontakte ausserhalb der Gruppe übertragen. Im *Idealfall* kann ein Klient innerhalb eines solchen Hilfesystems den für ihn am besten geeigneten Helfer finden. Es sind gute Voraussetzungen geschaffen, um den individuellen Bedürfnissen der Klienten auf wirksame und flexible Art gerecht zu werden. In diesem Sinn bedeutet «interdisziplinär»: Jene «Disziplin», die im konkreten Fall gefragt und erforderlich ist, wird eingesetzt, und der Betroffene wird als Mitwirkender und als Mitverantwortlicher einbezogen.

Einige *Fragen* bleiben für uns allerdings offen:

- Was bedeutet unsere Gruppe für die Klienten?
- Welches Gesundheits-/Krankheitsverständnis entwickeln wir?
- Erkennen wir die Schwächen und Gefahren unserer Gruppe genügend?
- Sind wir im Netzwerk der psychosozialen Versorgung integriert?

Die Mitglieder der interdisziplinären Quartiergruppe:

Steffi Burger, Marianne Hinden, Esther Huber,

Annekäthi Kachel, Walter Lüthi,

Regine Rauchfleisch, Martin Vosseler

Die Quartiergruppe aus der Sicht einer Patientin

Im Herbst 1979 wurde ich zu *Dr. Hans Steiner* überwiesen. Dies war nicht mein erster Kontakt mit einem Psychiater, deshalb spürte ich schon bald, dass ich bei ihm nicht als «Fall» aufgenommen wurde, sondern als Mensch. Bald ermöglichte er mir den Kontakt mit einer Sozialarbeiterin und einer Ärztin. Ich wusste, dass sie zusammenarbeiteten und gemeinsam über meine Probleme diskutierten. Dies gab mir Gelegenheit, Probleme, die ich bei den einen nicht formulieren oder darstellen konnte, beim andern zu äussern. Ich wusste, dass das Behandlungsteam gemeinsam mein inneres und äusseres Durcheinander aufräumen wollte, aber ich musste selber auch daran mitarbeiten.

Die Zusammenarbeit dieses Behandlungsteams gab mir Mut, Kraft und Sicherheit. Ich spürte Hände, die mich auf diesem Weg hielten, aber gehen musste ich selber.

Nach dem Tod von *Dr. Hans Steiner* hat mich das Behandlungsteam aufgefangen, ich blieb nicht im Leeren stehen. *Dr. Steiner* war kein Psychiater, der mich in ein Schema presste und einfach sagte, wo es durchgehen soll. Er hatte Geduld, ging auf mich ein, gab mir viel Vertrauen und viel Menschlichkeit. Ich schätzte seine liebe Art, seine Ausstrahlung, sein Verständnis und sein liebes Lächeln. Ich fühlte mich von ihm und dem Behandlungsteam ernst genommen. Für mich ist er heute immer noch gegenwärtig, und ich denke in grosser Dankbarkeit an ihn.

Lislott Hilberer

Erika Faust:

15 Jahre «Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte»

Erika Faust-Kübler hat Journalistik und Psychologie studiert. Als Mitarbeiterin bei verschiedenen Tageszeitungen widmete sie sich vor allem Fragen der Sozial- und Gesundheitspolitik. Als Referentin bei Kongressen, am Radio und im Fernsehen vertritt sie die Anliegen der Patienten. Seit 15 Jahren leitet sie eine psychosoziale Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte. Sie ist Präsidentin des AHV/IV-Rentnerverbandes beider Basel und der Regionalgruppe der Gesellschaft für Gesundheitspolitik.



Hans Steiners Einsatz für Menschen in Krisensituationen hat mich immer wieder tief beeindruckt. Ich möchte heute ein bescheidenes Beispiel vorstellen, wie man Menschen in Not helfen kann ohne eine kostspielige Infrastruktur und ohne, dass der «Fall» zur Akte wird.

Mit der Gründung des *Schweizerischen Rentner-Verbandes* habe ich meine kostenlose Schreibstube, eine Einrichtung meist für alleinstehende Frauen, in eine eigentliche Beratungsstelle für Patienten umgewandelt, die mir in der Regel von Hausärzten, aber auch von Amtsstellen und durch Mund-zu-Mundpropaganda geschickt wurden.

Ich habe mich für diese Aufgabe zusätzlich im Versicherungsrecht ausgebildet, um einen Aufhänger zu haben für ein Gespräch, das in aller Regel bald die Tiefe einer Konfliktsituation aufdeckte. Geld - Rente - finanzielle Verpflichtungen waren der Aufhänger, der die Frauen und Männer legitimierte, in die «Sprechstunde» zu kommen. Aber ich war nicht primär dort, um Auskünfte zu geben, sondern um zuzuhören, da zu sein, eine Hand zu halten oder eine Weinende einfach in die Arme zu nehmen.

Das Wartezimmer war ein Ort, wo sich Menschen in ähnlicher Situation kennenlernten; die anschliessende Küche ein Treffpunkt, wo man zusammen einen Kaffee trank; der gefangene Raum ein Ort, wo jemand weinen konnte.

Wohl schrieb man die Namen auf der Patienten, die kamen, man notierte auch ihre Bedürfnisse, ihre Ängste, ihre Wünsche. Aber sie durften immer sehen, was auf ihrer Karte stand, und sie wussten, dass die Karte ihnen mitgegeben wurde, sobald sie das Gefühl hatten, wieder selbständig zu sein. Das hielt viele von ihnen nicht ab, immer wieder (wie zum Zahnarzt) alle drei, sechs oder zehn Monate aufzutauchen, zu berichten, was mittlerweile geschehen war, sozusagen als Aufforderung, sie nicht zu vergessen, sie im Herzen weiterzutragen, sie nie auszuschliessen.

Es gab eine einzige Kategorie von Männern und Frauen, denen auf diese Weise nicht zu helfen war - und ich frage mich, wer ihnen in unserer Region je wird helfen können, wenn nicht der Verursacher der Nöte selbst: Der Arbeitgeber. Während die junge Generation mit grossem Zeitaufwand innere Konflikte, äussere Störungen im Familien- und Freundeskreis aufarbeiten konnte, während die Betagten geduldige Zuhörer brauchten und gute Gespräche, waren die Erwerbstätigen hilflos ihrer Problematik ausgeliefert, und unsere «Sprechstunde» diente wohl als Katalysator, aber die Konflikte blieben bestehen.

Die Arbeitnehmer von heute, insbesondere Frauen, sehen sich Anforderungen gegenübergestellt, denen viele nicht mehr gewachsen sind. Das Arbeitspensum, das Arbeitstempo, die Rivalität und der betriebsinterne Konkurrenzkampf - verbunden mit Bevorzugungen und Benachteiligungen - schaffen nach und nach ein Betriebsklima, dem sich sensible Menschen nicht mehr gewachsen fühlen: Sie leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen, sie verdrängen Aggressionen und sehen sich vor der Tatsache stehen, entweder das Spiel mit der gleichen Rücksichtslosigkeit wie die andern mitzumachen, oder unterzugehen.

Was aber macht der ältere Arbeitnehmer, der weiss, dass er keine adäquate Stelle mehr finden wird? Lässt er sich einen Jüngeren vor die Nase setzen? Kämpft er sich durch mit zwiespältigen Gefühlen gegenüber Vorgesetzten und Mitarbeitern oder flüchtet er in eine Krankheit, die ihm wohlthuende Pausen schenkt?

Eine Arbeit, die ich vor zwei Jahren über den «Absentismus» in einer grossen Basler Klinik und in einem Industrieunternehmen durchführte, zeigte in aller Deutlichkeit, dass nur gelegentliche Pausen (in der Schule würde man Schwänzen sagen) halfen, die unerträgliche Situation durchzustehen. Nur sehr wenige Arbeitgeber nehmen sich aber die Mühe, die Absenzen ihrer Angestellten zu analysieren und sich die Frage vorzulegen: Was kann ich tun, um das Betriebsklima zu

verbessern, um die Atmosphäre in meiner Firma menschlicher zu gestalten? Sie nehmen es lieber in Kauf, eine gute Kraft zu verlieren und einen neuen Angestellten einzuarbeiten, als die Frage zu beantworten: Was ist falsch in der heutigen Arbeitswelt? Was kann ich - als Arbeitgeber - daran verbessern?

Wir haben darum angefangen, einige dieser Frauen, die an ihrem Arbeitsplatz fast zerbrechen, für unsere Gruppenarbeit einzusetzen. Indem sie sich für noch Schwächere stark machen, indem sie sich am Mahlzeitendienst beteiligen oder organisatorische Arbeit leisten, lernen sie ihr eigentliches Potential kennen. Sie merken, dass sie in den Augen der hilflosen Betagten stark sind; sie spüren, dass sie geschätzt werden; sie empfangen oft erstmals wieder (nach Scheidung, Trennung und Tod) Liebe, die nimmt und gibt. Und sie sind ein Teil einer Gruppe, die ärmer wäre ohne sie und die ihr das auch zeigt.

Die *«Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte»* ist nur eine kleine Oase in einer Stadt, in der viel verstecktes und offenes Elend zu Hause ist. Der sogenannte Wohlstand, der Basel zum reichsten Kanton der Schweiz machte (wenigstens nach Einkommensmassstäben), hat einen hohen Preis.

Wir sollten darum - wie *Hans Steiner* - mit wachen Augen durch diese Stadt gehen und all jene Einrichtungen unterstützen, die offenen Türen gleichkommen, durch die einer ein- und austreten kann, ohne das Stigma der Fürsorge und ohne den Stempel der amtlich registrierten Armut. Es gibt viel Initiative auf diesem Gebiet und wir haben alle Hoffnung, dass wir *zusammen* der Isolierung Herr werden, in die so viele unserer Mitmenschen - gerade in unserer Stadt - getrieben werden.

Maria Zeltner:

Vermittlungsversuche im Arbeitsbereich

Maria Zeltner, 1924 geboren, war während 20 Jahren als Sozialarbeiterin bei der Personalberatung der Ciba-Geigy tätig. Seit ihrer Pensionierung im Frühjahr 1984 engagiert sie sich vor allem in freiwilliger Sozialarbeit, zum Beispiel beim Verein «Selbsthilfegruppen Arbeit» in Basel.



Menschen mit psychischen Problemen zu helfen, eine Stelle zu finden oder zu behalten: Mit diesem Ziel entstand 1980 die «Arbeitsgruppe zur Eingliederung psychisch Behinderter in den Arbeitsprozess (Ageba)», an der auch Hans Steiner mitwirkte. Maria Zeltner besinnt sich auf die Anfänge zurück - in der Form eines Dialogs mit Hans Steiner.

Wenn heute *REHABILITATION* in der modernen Psychiatrie - mindestens mit den Buchstaben - gross geschrieben wird, so ist diese nicht realisierbar ohne Arbeitsplätze, an denen psychisch Kranke/Behinderte ihre Fähigkeiten nach ihren Möglichkeiten einsetzen können, Verständnis und Förderung erfahren, aber auch lernen, Grenzen zu akzeptieren. Das scheint eine Binsenwahrheit zu sein, aber die Verwirklichung ist äusserst schwierig. Das haben wir in unserer Arbeitsgruppe erlebt. Wir haben unsere Ziele so formuliert: einen Beitrag zu leisten, um Eingliederung zu ermöglichen und Ausgliederung zu vermeiden.

Wenn ich an den Anfang zurückdenke, kann ich nicht anders, als mich innerlich noch einmal direkt an Dich zu wenden, lieber Hans: Als

Sozialarbeiterin in einem Grossbetrieb mit dem Problem konfrontiert, Arbeitsplätze für psychisch Behinderte zu finden, entstand die Idee, mit interessierten Personen zusammen Lösungsmöglichkeiten auf einer breiteren Basis zu suchen. Ich habe Dir die Idee am Telefon entwickelt und Du hast ganz spontan Deine Zusage fürs Mitmachen gegeben, obwohl Du ja schon in andern Projekten reichlich engagiert warst. Wir haben dann - immer noch am Telefon - miteinander überlegt, wen wir noch anfragen könnten. So ist eine interdisziplinäre Gruppe zusammengekommen, in der Arbeitsämter, IV-Regional-Stelle, Sozialarbeiter, Psychologe und Psychiater vertreten sind. Bis heute ist diese Zusammensetzung geblieben, auch wenn einige Personen gewechselt haben.

Wir sind im Spätherbst 1980 zum ersten Mal zusammengekommen. Unsere erste Idee war

- einerseits eine *Stellenbörse* für psychisch Behinderte zu schaffen, mit ihnen zusammen eine Offerte zu erarbeiten und dabei zu helfen, die eigenen Möglichkeiten aber auch Unzulänglichkeiten zu erkennen
- andererseits Arbeitgeber für einen *Arbeitsversuch/Anstellung* zu gewinnen, Verständnis bei ihnen zu wecken und sie bei Einsatz und Führung zu beraten
- für den psychisch Behinderten eine *Begleitperson* finden.

Wir haben mit dem Volkswirtschaftsbund, mit Erfahrungsgruppen von Personaldienstleuten und Gewerkschaften diskutiert und einige Skepsis aber auch Wohlwollen gefunden. Trotzdem ist der sichtbare Erfolg leider klein geblieben. Sicher wegen der zweiten Rezessionswelle, zum Teil aber auch, weil niemand von uns sich vollamtlich einsetzen konnte, um genügend persönliche Beziehungen zu knüpfen und bei Arbeitgebern direkt vorstellig zu werden. An Bewerberinnen hätte es nie gefehlt. Wir haben dann unsere Stossrichtung geändert und unsere guten Dienste angeboten, um andere Lösungen als Entlassungen für «schwierige» Mitarbeiter zu finden. Auch hier ist der Erfolg bis heute sehr bescheiden geblieben.

Mitten in dieser Arbeit bist Du dann - noch heute unbegreiflich - gestorben. Wir sind uns, wie sicher viele Mitarbeiter an andern Projekten, verwaist vorgekommen. Dein Ideenreichtum, Dein Engagement, Dein Humor, Dein Charisma hat uns bitter gefehlt. Nur, dass wir nicht weiter machen würden, das ist uns nie in den Sinn gekommen. So arbeiten wir heute an einem neuen Projekt, über das zu schreiben aber noch zu früh wäre. Die beiden andern Ziele haben wir nicht aufgegeben. Wir hoffen immer noch, etwas davon verwirklichen zu können. Denn, wie am Anfang gesagt, Arbeit ist für die meisten psychisch Kranken zur Rehabilitation unerlässlich und - was heute eigentlich zählen sollte - auch die volkswirtschaftlich gesündeste Lösung.

Richard Laich:

Gedanken zur Eingliederung Behinderter auf dem heutigen und zukünftigen Arbeitsmarkt

Richard Laich, 1929 geboren, ist Berufsberater und Psychologe. Seit 25 Jahren leitet er die IV-Regionalstelle Basel für die berufliche Eingliederung Behinderter.



Das Eingliederungskonzept der IV wird durch die Wirtschaftsentwicklung zunehmend in Frage gestellt

Im bisherigen Konzept der *Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV)* hat der Behinderte die *Pflicht*, trotz Invalidität, die *ihm mögliche Erwerbsfähigkeit*, auch Teilerwerbsfähigkeit, auszuwerten. «Eingliederung vor Rente», nennt sich diese Devise. Die Richtigkeit dieser Konzeption liess sich während der Hochkonjunktur mit volkswirtschaftlichen Überlegungen und für den Behinderten mit ethisch-psychologischen Erwägungen durchaus nachweisen.

Die Arbeitsleistung ermöglicht dem Menschen, einen persönlichen Beitrag an die Gesellschaft zu leisten. Die Wechselwirkung zwischen Geben und Nehmen im sozialen und gesellschaftlichen Zusammenleben wird durch Arbeit ausgeglichener.

Erfreulicherweise können wir feststellen, dass von denjenigen Behinderten, die früher beruflich eingegliedert wurden und charakterlich angepasst sind, prozentual kaum mehr entlassen wurden als von den nichtbehinderten Arbeitnehmern. Eindeutig viel schwieriger ist nun aber die Eingliederungssituation für die neu einzugliedernden Behin-

derten geworden. Besonders hart betroffen werden dabei die seelisch-psychisch Behinderten, all jene, welche in ihrer sozialen Anpassung von der heute geforderten Norm abweichen.

Für unsere Gesellschaft stellt sich immer drängender die Frage, wie die ständig grösser werdende Gruppe jener Menschen eine menschenwürdige Lebensgestaltung erreichen kann, welche heute keine Chance mehr hat, einen bezahlten Arbeitsplatz zu finden.

Ursachen der zunehmenden Eingliederungsschwierigkeiten

Das Eingliederungskonzept der IV wurde in der wirtschaftlichen Hochkonjunktur «geboren». Obwohl wir in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern bisher eine relativ niedrige Arbeitslosigkeit haben, kann dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» immer weniger entsprochen werden. Ich erwähne die wichtigsten Ursachen zusammenfassend aus meiner Optik:

- Seit 1972/73 erfolgte in fast allen Industrienationen ein massiver wirtschaftlicher Konjunktüreinbruch.
- Betriebsschliessungen und Personalentlassungen wurden zum Alltagsereignis, und diese Entwicklung konnte bis heute nicht zum Stillstand gebracht werden.
- Der Konkurrenzdruck für die Unternehmen führte zu einer nie dagewesenen Sparstrategie.
- Was dank der neuen technischen Möglichkeiten rationalisiert werden kann, wird rationalisiert, beinahe ohne Rücksicht auf die weitere Zunahme der Arbeitslosen.
- Immer wieder bestätigen auch sozial aufgeschlossene Menschen, dass ein Aussteigen aus dem fahrenden Rationalisierungszug katastrophale Folgen auf die unumgängliche Konkurrenzfähigkeit haben müsste.
- Der gnadenlose «Konkurrenzkampf aller gegen alle», wie er etwa im Spitzensport seit langem zu ständig neuen Rekorden befähigt, wird zunehmend auch im Wirtschaftsgeschehen praktiziert.
- Damit wird wirtschaftliche Tüchtigkeit und Konkurrenzfähigkeit mehr und mehr zur aller Lebensbereiche dominierenden Maxime.

Folgen für den Alltag der Behinderteneingliederung

Der Konkurrenzdruck, in welchem viele Unternehmen heute stehen, und die Möglichkeit, bei Arbeitsplatzvakanz unter mehreren Stellenbewerbern wieder auswählen zu können, führte zu einer beachtlichen *Steigerung der Arbeitsanforderungen an den einzelnen Mitarbeiter.*

Etwas verallgemeinernd kann gesagt werden, dass diese Arbeitsanforderungen in bezug auf folgende Qualifikationseigenschaften massiv gestiegen sind:

- Leistung qualitativ und quantitativ
- Konstanz in Ausdauer und Präsenz am Arbeitsplatz
- Soziale Anpassungs- und Einordnungsfähigkeit und Einordnungsbereitschaft.

Man kann auch den Eindruck bekommen, je mehr die Elektronik und die Computertechnik in den Unternehmen Einzug halten, desto offensichtlicher muss auch der «Kostenfaktor Arbeitskraft» berechenbar und planbar gemacht werden. Und Arbeitskräfte, die den strengen Normen nicht entsprechen, haben kaum mehr Anstellungschancen.

Aber Behinderte zählen eben darum zu den Behinderten, weil sie wegen irgendwelchen gesundheitlichen und eventuell sozialen Einschränkungen nicht im heute geforderten Sinne konkurrenzfähig sind. Um ihnen dennoch die Chance einer menschenwürdigen beruflichen und gesellschaftlichen Eingliederung zu geben, wäre *an Stelle des radikalen Egoismus*, wie er unser heutiges Wirtschaftsgeschehen prägt, *echte Solidarität* notwendig, Solidarität als Gegenpol des Konkurrenzkampfes. Solange aber die massgebenden Wirtschaftspartner wie hypnotisiert den scheinbar unabwendbaren radikalen Konkurrenzkampf kämpfen und keine Alternative sehen, werden wir den erbarmungslosen Teufelskreis von *Konkurrenzkampf*, *Rationalisierung*, *Arbeitslosigkeit* nicht durchbrechen können. Und davon werden die Behinderten in besonderer Weise betroffen.

Zum Glück gibt es im Alltag die wirtschaftlich-soziale Alternative zum extremen Konkurrenzkampf wenigstens im Kleinen immer wieder, dort nämlich, wo einzelne Betriebsangehörige, seien es Vorgesetzte oder Mitarbeiter, sich in der individuellen Eingliederungssituation *als Mitmenschen bewähren*. Und zum Glück gibt es gerade unter den jungen Menschen mehr und mehr solche, die aus der heutigen übertriebenen Konkurrenzwirtschaft «aussteigen» und alternative Wirtschaftsformen erproben, welche als Triebfeder, statt des Egoismus, die Solidarität vorleben. Von diesen hoffnungsvollen Ansätzen zu «assoziativer» Wirtschaftsweise gilt es gerade für die erschwerte Behinderteneingliederung zu lernen und diese mit allen Mitteln zu fördern.

Konsequenzen für die Zukunft

Wir müssen uns darauf einstellen, dass es unserer, auf maximale Rationalisierung ausgerichteten Wirtschaft immer weniger gelingen wird, allen Menschen im erwerbsfähigen Alter bezahlte Arbeitsplätze anzubieten. Damit wird sich immer mehr eine *Zweiklassen-Gesellschaft*

entwickeln: Zur 1. Klasse werden Erwachsene gehören, welche einen bezahlten Arbeitsplatz in unserer Konkurrenzwirtschaft innehaben. Zur anderen, ständig grösser werdenden 2. Klasse, zählen jene Menschen, welche ihr notwendiges Einkommen auf andere Weise erreichen müssen. Und von den Arbeitenden der 1. Klasse wird es wiederum zwei Hauptgruppen geben, einerseits jene, welche in möglichst allen Lebens- und Produktionsbereichen die modernen Technologien einführen, bedienen und instandhalten, andererseits die andere Menschengruppe, welche in all den Berufen tätig ist, welche nicht oder nur sehr beschränkt rationalisiert und technisiert werden können. Zu den letztgenannten Gruppen zählen vor allem die pädagogischen, sozialen und die Berufe des Gesundheitswesens. Die Aufgaben der Kindergärtnerin, des Sozialarbeiters oder des Psychiaters wird man auch in Zukunft nur sehr beschränkt automatisieren können, ohne die Gesellschaft zu schädigen.

Weil Behinderte oft nicht oder nicht mehr die geforderte Konkurrenzfähigkeit für die Eingliederung in die 1. Klasse erreichen, werden sie häufiger als bisher zu den Arbeitslosen zählen.

Wenn wir andererseits der Überzeugung sind, Arbeiten können bedeute mehr als nur Geld verdienen, dann müssen wir aus ethischen und therapeutischen Gründen für jene Arbeitslosen, die dazu ein Bedürfnis haben, ausserhalb der Konkurrenzwirtschaft Arbeit beschaffen. Sicher muss für diese Menschen in erster Linie die Existenzsicherung bewirkt werden. Aber zur ganzheitlichen Lebensgestaltung müssen wir für und mit diesen Arbeitslosen zudem eine Art Sub-Wirtschaft verwirklichen, das heisst wir müssen sinnerfüllte, menschenbezogene Arbeiten finden, welche zwar nicht im üblichen Sinne bezahlt werden, aber in irgendeiner Form anderen Menschen zugute kommen.

Wichtig ist, dass auch die *Selbsthilfeidee* soweit als möglich zum Tragen kommt. Zur Menschenwürde gehört ja, dass mindestens der Erwachsene im erwerbsfähigen Alter in unserem sozialen Organismus nicht einseitig nur Nehmender ist. Ein Hauptproblem vieler seelisch-psychisch Behinderter besteht gerade darin, dass sie interessemässig zu einseitig um sich selber kreisen, das heisst, sie vermögen kürzer- oder längerfristig keine tragfähige «Du-Beziehung auf Gegenseitigkeit» zu gestalten. Gemeinschafts- und menschenbezogene Betätigung vermag hier eindeutig einen gesunden Beitrag zu leisten. In diesem Sinne muss unsere Generation, zusammen mit den aus der Konkurrenzwirtschaft ausgeschlossenen Menschen, ein Netz von menschenbezogenen Betätigungsmöglichkeiten aufbauen als Ergänzung zu den bestehenden Beschäftigungsstätten für Behinderte. Die verschiedenen Zivildienstmodelle und -projekte bieten unter anderen ein Ideenreservoir, in welcher Richtung die Lösungen gesucht werden können.

In dieser Schrift werden Ansätze zu einer gemeindenahen Psychiatrie - einer Psychiatrie der Zukunft - aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben und entworfen. Die Beispiele stammen aus Basel, doch deren Bedeutung ist nicht an einen Ort gebunden. Zu Worte kommen Krankenpfleger und -pflegerinnen, Ärzte, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Journalisten, Angehörige von psychisch Leidenden, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. Sie alle sind hier Experten, das heisst Erfahrene: Sie kennen Psychiatrie aus ihrem beruflichen oder persönlichen Alltag. Durch ihre Mitarbeit an dieser Schrift dokumentieren sie ein Stück weit selber, was gemeindenahе Psychiatrie sein will: lebendiges und partnerschaftliches Zusammenwirken von betroffenen Helfern und helfenden Betroffenen.