Schriften des Fachbereiches Sozialwesen
der Hochschule Niederrhein

Band 64

Burkhart Brückner
Franz-Werner Kersting (Hrsg.)

Eine vergessene Geschichte:
Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland

Hochschule Niederrhein
University of Applied Sciences
Sozialwesen
Faculty of Applied Social Sciences

Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland

Berichte, Dokumente und Analysen
aus der Bundesrepublik und der DDR
(1960-1990)

Burkhart Brückner
Franz-Werner Kersting
(Hrsg.)

Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland

Berichte, Dokumente und Analysen
aus der Bundesrepublik und der DDR
(1960-1990)

Burkhart Brückner
Franz-Werner Kersting
(Hrsg.)

Hochschule Niederrhein
Fachbereich Sozialwesen
Mönchengladbach

Schriften des Fachbereiches Sozialwesen
an der Hochschule Niederrhein
Mönchengladbach
herausgegeben vom Dekan des Fachbereiches Sozialwesen

Band 64

Umschlagfoto: Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie
Layout: Albert Verleysdonk
© 2021:
Hochschule Niederrhein
Fachbereich Sozialwesen
Richard-Wagner-Str. 101
D-41065 Mönchengladbach
Tel.: 02161/1865611
Fax: 02161/1865613

ISBN: 978-3-933493-48-4

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 7

TEIL I – BERICHTE UND ANALYSEN

1. Zeitzeuginnen im Kontext: Psychiatrische Sozialarbeit und Fürsorge in der Bundesrepublik und der DDR, 1960-1990 13
Burkhart Brückner

2. Protokoll: Das Podiumsgespräch mit drei Zeitzeuginnen 49
Burkhart Brückner, Ilse Eichenbrenner, Franz-Werner Kersting, Waltraud Matern, Susanne Ulrich

3. Bilanzierender Kommentar zum Zeitzeuginnengespräch 85
Franz-Werner Kersting

4. Psychiatrische Sozialarbeit in der DDR. Eine Rekonstruktion 89
Ulrich Kießling

TEIL II – DOKUMENTE

Die Rolle der Sozialarbeiterin im psychiatrischen Krankenhaus 113
Waltraud Matern (1971)

Funktionsplan des Sozialarbeiters in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe 121
Arbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1974)

Die Methodische Sozialarbeit. Ergänzungen zum Funktionsplan von 1974 (1976) 125
Arbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1976)

Über die Schulter geschaut.
Mit dem Kontaktbereichs-Sozialarbeiter unterwegs 129
Ilse Eichenbrenner (1988)

Zwischen Lebensweltorientierung und Psychotherapie.
Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen die Reformgewinner? 137
Ilse Eichenbrenner (2009)

Vorwort

Der vorliegende Band ist aus dem Diskussionsforum *Psychiatrische Sozialarbeit – eine vergessene Geschichte* hervorgegangen, das am 30. November 2018 im CityCube Berlin auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) stattfand. Veranstalter waren der Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein Mönchengladbach (Professur für Sozialpsychologie, incl. Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung) und das LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte Münster.

Ausschlaggebend für die Idee eines Gesprächsforums war die Beobachtung, dass die psychiatrische Sozialarbeit in der Bundesrepublik infolge der Psychiatriereform der 1970er Jahre zwar zum Standard in der klinischen Psychiatrie gehört und auch die heutige Gemeindepsychiatrie zum größten Teil von dieser Profession getragen wird, ihre Geschichte bisher jedoch kaum aufgearbeitet ist. Der spürbare Mangel an historischen Untersuchungen zur Entstehung, Entwicklung und Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie legte es überdies nahe, zunächst mit Zeitzeuginnen aus der frühen und mittleren, noch ganz überwiegend „weiblich" geprägten, Phase der Formierung dieses Berufsfeldes (ca. 1960-1990) ins Gespräch zu kommen. Eingeladen haben wir deshalb Waltraud Matern (Münster, Jg. 1927), Ilse Eichenbrenner (Berlin, Jg. 1950) und Susanne Ulrich (Rostock, Jg. 1951).

Das Diskussionsforum sollte die (Früh-) Geschichte des Faches als „oral history“ lebendig und anschaulich werden lassen. Gleichzeitig trug die Zusammensetzung der Gesprächsrunde drei übergeordneten und vergleichenden Leitperspektiven Rechnung: dem generationellen Aspekt, den unterschiedlichen institutionellen und sozialräumlichen Arbeitskontexten der Akteurinnen sowie auch der deutsch-deutschen Sicht auf Bundesrepublik und DDR.

Die Gliederung des Bandes orientiert sich am Verlauf der Veranstaltung: Die dort präsentierte historische Einführung wurde zu einem systematischen Überblick über die psychiatrische Sozialarbeit und Fürsorge in West- und Ostdeutschland erweitert. Anschließend wird das Diskussionsforum selbst dokumentiert. Die Dokumentation folgt der Transkription und redaktionellen Aufbereitung eines Audiomitschnitts der Gesprächsrunde mit den Zeitzeuginnen und dem Publikum. Überblick und Dokumentation sind so gehalten, dass sie sich jeweils auch unabhängig voneinander lesen lassen.

Zudem haben wir den Hauptteil in mehrfacher Hinsicht ergänzt: Einmal haben wir eine knappe historische Analyse und Bewertung der Stellungnahmen und Erinnerungen der Zeitzeuginnen integriert. Ferner sind die mündlichen Berichte um einige exemplarische, besonders aussagekräftige zeitgenössische Fachbeiträge aus der Feder der Akteurinnen ergänzt worden. Ihr Wiederabdruck als schriftliche Quellen findet sich in einem eigenen Dokumentenanhang. Schließlich tritt mit dem Beitrag von Dr. Ulrich Kießling (Treuenbietzen und Berlin, Jg. 1962) ein autobiographisch gefärbter Originaltext zur psychiatrischen Sozialarbeit in der DDR hinzu. Die Veröffentlichung seines Beitrags versteht sich als komplementäres Lektüreangebot und trägt dem Problem Rechnung, dass historische Quellen zu diesem Berufsfeld in der DDR nur sehr schwer zu erschließen sind.

Wir danken allen, die zur Realisierung des Veranstaltungs- und Publikationsprojekts beigetragen haben. Ein ganz besonderer Dank gilt den drei Zeitzeuginnen Waltraud Matern, Ilse Eichenbrenner und Susanne Ulrich für ihre Gesprächsbereitschaft im Rahmen des DGPPN-Kongresses

und auch für ihre anschließende Unterstützung bei der vorliegenden Publikation. Ebenfalls danken wir der DGPPN und ihrem „Fachreferat Geschichte“ für die Aufnahme in das Kongressprogramm, Robin Pape für die zuverlässige Transkription des Audiomitschnitts sowie Albert Verleysdonk für die Produktion der Druckvorlage. Der Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein hat die Veröffentlichung in seine Buchreihe aufgenommen. Ihm gilt ebenfalls unser besonderer Dank.

Münster und Mönchengladbach, März 2021

Franz-Werner Kersting, Burkhart Brückner

Teil I

Berichte und Analysen

1

Zeitzeuginnen im Kontext: Psychiatrische Sozialarbeit und Fürsorge in der Bundesrepublik und der DDR, 1960-1990

Burkhart Brückner

Im Folgenden wird der zeithistorische Kontext der in diesem Band dokumentierten Podiumsdiskussion skizziert. Obwohl die Soziale Arbeit seit der Psychiatriereform der 1970er Jahre zum Standard in der klinischen Psychiatrie in der BRD gehört und die heutige Gemeindepsychiatrie zum größten Teil von dieser Profession getragen wird, ist ihre Geschichte bisher kaum aufgearbeitet worden (vgl. Brückner 2015; Matern 2016). Das im Unterschied zur internationalen Literatur weitgehende Fehlen historischer Untersuchungen zu diesem Thema war der Anlass, das Gespräch mit den Zeitzeuginnen zu suchen. Um die Besonderheiten der Fürsorge und Sozialen Arbeit in der (Erwachsenen-) Psychiatrie zwischen 1960 und 1990 in den Blick zu bekommen, ist die Darstellung abzugrenzen von der allgemeinen Geschichte der Gesundheitsfürsorge oder der Klinischen Sozialarbeit (Deloie 2011; Reinicke 2008; Geißler-Piltz 2005), der Sozialpsychiatrie (Krumm & Becker 2012) und auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fangerau, Topp & Schepker 2017).

Vielmehr geht es um die von der Berufstätigkeit der drei Gesprächspartnerinnen abgedeckten Zeiträume und die jeweiligen regionalen Besonderheiten ihrer Arbeit. Damit sollen einzelne Schritte der Professionalisierung dieser Fachkräfte wahrnehmbar werden, die sich an Indikatoren wie dem Grad der Konzeptbildung, Spezialisierung und Institutionalisierung, der Position innerhalb klinischer Hierarchien, der Entwicklung eines autarken Berufsfelds oder der Präsenz von Fachliteratur

orientieren. Der Aufsatz ist in drei Teile gegliedert: Nach einer Skizze zur psychiatrischen Fürsorge in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird die Situation in Westfalen mit Waltraud Matern als Protagonistin im Landeskrankenhaus Eickelborn ab 1960 umrissen. Anschließend kommt der Zeitraum zwischen 1970 und 1990, in dem Susanne Ulrich in Rostock und Ilse Eichenbrenner in Berlin tätig waren, sowohl für die DDR als auch für die BRD in den Blick.

1. Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Anfänge in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Um die Situation der psychiatrischen Sozialarbeit im geteilten Deutschland ab 1960 zu verstehen und zu erklären, warum ihre Geschichte „vergessen" worden ist, muss man sich die Ursprünge dieser Profession vergegenwärtigen. Die moderne europäische Anstaltspsychiatrie konstituierte sich ungefähr ab 1750 als bürgerliches Reformprojekt. Die Ärzte in den neu gegründeten Anstalten sollten die in Familien nicht haltbaren „Irren" kurieren, die Behandlungsoptionen erforschen und die gesellschaftliche Ordnung institutionell sichern. „Unheilbare" Insassen wurden in „Pflegeanstalten" ausgegliedert, ab 1830 entstanden kombinierte Heil- und Pflegeanstalten. Im 19. Jahrhundert überstiegen drei Hilfeformen das geschlossene klinische Milieu: Erstens erprobten 16 Anstalten das Modell der Familienpflege (Schmidt-Michel 1993, S. 44; Söhner 2016), zweitens finanzierten knapp vierzig psychiatrische Hilfsvereine eine extramurale Nachsorge (Middelhoff 1995), und drittens wurden einige an Anstalten angegliederte landwirtschaftliche Kolonien gegründet (z.B. in Göppingen ab 1859, Einum ab 1864). Diese Modelle förderten sozialfamiliäre, finanzielle und arbeitsrehabilitative Ressourcen und können als Keimformen klinischer Sozialarbeit gelten.

Das auf die Anstalt fokussierte Versorgungssystem expandierte im Zuge der Industrialisierung und „sozialen Frage" des 19. Jahrhunderts. Die Patientenzahlen stiegen im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts dramatisch an. Parallel bildete sich zwischen 1890 und dem Ersten Weltkrieg

die moderne Soziale Arbeit als eigenständige Profession heraus. Alice Salomon (1872-1948) gründete 1908 in Berlin die erste Soziale Frauenschule. Vor dem Hintergrund früher sozialpsychiatrischer bzw. sozialhygienischer Konzepte entstand bereits 1911 eine „Beiratsstelle der Stadt Berlin für entlassene Geisteskranke" der Heil- und Pflegeanstalt Herzberge. Zur medizinischen Kontrolle sozial auffälliger Kinder und Jugendlicher ergaben sich auch Schnittmengen zwischen Sozialpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1918 wurde in Berlin der Deutsche Verein zur Fürsorge jugendlicher Psychopathen unter der Geschäftsführung der Sozialpädagogin Ruth von der Leyen (1888-1935) gegründet. 1921 folgte die erste Kinderbeobachtungsstation an der Berliner Charité (Fuchs & Rose 2017). Angesichts erheblicher Sparzwänge in der geschlossenen Versorgung mit 1922 insgesamt 398 öffentlichen und privaten Anstalten (Kolb & Eitner 1931, S. 93) mehrten sich Forderungen nach finanziell günstigeren präventiven und nachsorgenden Einrichtungen. Mit der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 entstanden neue gesetzlich zuständige Landes- und Bezirksfürsorgeverbände. Dieser Reformdiskurs orientierte sich an internationalen Vorbildern.

In den USA wurden zwischen 1903 und 1915 in mehreren Kliniken Fachkräfte für die psychiatrische Nachsorge eingestellt (dazu Henning 2018; Long 2011; Tomes 2008; Vourlekis, Greene, Knee & Edinburg 1994). Die um 1910 von dem Ex-Patienten Clifford Whittingham Beers (1876-1943) zusammen mit dem US-Psychiater Adolf Meyer (1866-1950) unterstützte Mental-Hygiene-Bewegung wirkte bis in die 1960er Jahre. 1913 stellte der Reformpsychiater Elmer Ernest Southard (1876-1920) die Lehrerin Mary Cromwell Jarrett (1876-1961) als Leiterin des Sozialen Dienstes am Boston Psychopathic Hospital ein. Jarrett prägte die Bezeichnung des neuen Berufsfelds in den USA („psychiatric social work"), schuf einen achtwöchigen Ausbildungsgang, verfasste zusammen mit Southard 1922 das erste Lehrbuch (*Kingdom of Evils*) und gründete 1926 die American Association of Psychiatric Social Workers (Tomes 2008). Zu dieser Zeit existierte ein jeweils „wohlausgerüsteter psychiatrisch sozialer Fürsorgedienst" bereits an fünfzig US-Anstalten (Frankenstein 1927, S. 329). In Großbritannien entstand 1929 an der

London School of Economics ein erster Ausbildungsgang für „social work in the field of mental health", 1930 wurde die erste Berufsorganisation gegründet (Association of Psychiatric Social Workers; Timms 1964, S. 21 u. 161; Stuart 1997).

In der Weimarer Republik war die allgemeine Krankenhausfürsorge bereits bis Ende der 1920er Jahre gut etabliert (Reinicke 1998). In der Psychiatrie der Weimarer Zeit (Kersting 2019) setzte sich das Modell der „offenen Fürsorge" durch. Darunter befanden sich verschiedene regional entwickelte Konzepte ambulanter, präventiver, nachgehender und sozial beratender Maßnahmen sowohl für AnstaltspatientInnen als auch die allgemeine Bevölkerung. Richtungweisend erschien das von dem Erlanger Anstaltsdirektor Gustav Kolb (1870-1938) um 1902 geforderte und ab 1908 realisierte Modell der psychiatrischen Außenfürsorge für „beurlaubte" und „frühentlassene" PatientInnen im Großraum Nürnberg – im Unterschied zur speziellen ambulanten Fürsorge für „Trinker", „Nervenschwache" oder „Psychopathen" (Roemer, Kolb & Faltlhauser 1927).

Einen anderen Weg wählte der Gelsenkirchener Stadtmedizinalrat Friedrich Wendenburg (1888-1967), der die psychiatrische Fürsorge ab 1920 der Kommunalverwaltung zuschlug und Fürsorgestellen für „Geistesschwache" und „Geisteskranke" an den Fürsorgeämtern schuf. Um 1927 war dieser Ansatz in 33 rheinisch-westfälischen Städten und zehn Landkreisen verbreitet (Wendenburg 1931). Kolb hingegen förderte in Erlangen die Kombination von „stationärer" (beratender) und „nachgehender Fürsorge" (Hausbesuche) mit Sitz in der Anstalt (Ley 2002). Sein Modell verbreitete sich in Bayern, Baden und Preußen und umfasste 1927 insgesamt 42 Anstalten mit gut 2.500 betreuten Personen. Explizit zweifelte Kolb (1931, S. 119) an der fachlichen Kompetenz von Wohlfahrtspflegerinnen und verwendete für die Außenfürsorge fast durchweg Krankenschwestern (Faltlhauser 1927, S. 215 ff.). Trotz Ausnahmen mit Wohlfahrtspflegerinnen in einzelnen Kliniken (z.B. ab 1921 in Stuttgart, ab 1927 in Berlin; Wetzel 1931, S. 132 ff.) oder Sozialdiensten an Großstadtkliniken (z.B. in Berlin, Hamburg und München) wurde die Anstaltsfürsorge von dem Erlanger Modell dominiert. Allein von Für-

sorgeärzten und Pflegekräften geleistet, entwickelten sich dort nur selten Berührungspunkte mit professionellen sozialpädagogischen Konzepten. Anders als in den USA oder in Großbritannien bildeten sich deshalb weder ein Berufsverband noch Ausbildungsgänge an Wohlfahrtsschulen heraus. Diese im internationalen Vergleich verzögerte Entwicklung führte der entschiedene Verfechter der offenen Fürsorge Hans Roemer (1878-1947; 1927, S. 16) bereits seinerzeit auf die „isolierte Lage der Heil- und Pflegeanstalten" zurück, aber auch auf eine mangelhafte – weil erbbiologisch dominierte – sozialhygienische Forschung.

Im Nationalsozialismus wurden die vielfältigen Fürsorgestrukturen der Weimarer Republik mit dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 unter das Diktat der Rassenhygiene gestellt. Die Gesundheitsfürsorge war nun samt „Erb- und Rassenpflege" Pflichtaufgabe des neuen öffentlichen Gesundheitsdienstes und der rasch ausgebauten Gesundheitsämter (Labisch & Tennstedt 1991). In Erlangen wurden zwischen 1935 und 1938 mehrere Personalstellen gestrichen. Der Dienst sollte von den Gesundheitsämtern mit weniger aufwändig geschulten „Volkspflegerinnen" übernommen werden (Ley 2002). Roemer und Kolb sprachen sich bereits 1933 für die rassenhygienische Nutzung von Daten der Außenfürsorge aus (Siemen 1987, S. 135 ff.). In Eickelborn, der westfälischen Großanstalt mit 1.600 Betten, an der die Zeitzeugin Waltraud Matern ab 1960 arbeitete, wurde die Außenfürsorge dafür sogar ausgebaut (Hürten 1935, S. 315). Auch aus dem Sozialdienst des Bürgerhospitals Stuttgart berichtete die zuständige Krankenhausfürsorgerin über ihre Zuarbeit für die Datensammlung und die Betreuung von zwangssterilisierten Patientinnen und Patienten (Reinicke 1998, S. 209 f.). Einerseits erfassten solche Einrichtungen also genealogische und diagnostische Daten, die der nationalsozialistischen Selektions- und Vernichtungspolitik nützlich waren (Castell Rüdenhausen 1991, S. 77 f.; Siemen, 1987, S. 56). Anderseits passten die Modelle der offenen Fürsorge nicht mehr zu den neuen zentralisierten Strukturen, in denen die „Volks"- und „Gesundheitspflege" Aufgaben der Sozialarbeit übernahm.

2. Aufbau der stationären psychiatrischen Sozialarbeit in der Bundesrepublik

Nach dem Zweiten Weltkrieg waren in Europa fast 300.000 ermordete Patientinnen und Patienten und mindestens 360.000 Zwangssterilisierungen zu beklagen. In den deutschen Anstalten fehlte eine ganze Patientengeneration. Eine breitere gesellschaftliche Aufarbeitung der NS-Psychiatrie-Verbrechen fand bis in die 1980er Jahre so gut wie nicht statt. 1953 konnte man in dem populärakademischen *Grundriß der Gesundheitsfürsorge* noch lesen: „Die Gesunderhaltung der Bevölkerung erfordert es nicht nur, Schäden zu beseitigen und zu verhüten, die von außen an den Menschen herantreten, sondern auch gesundes Erbgut eines Volkes zu bewahren und der Entstehung von kranken und minderwertigen Menschen möglichst vorzubeugen." (Hecker, Schmelz & Bachmann 1953, S. 30). Zur „Geisteskranken- und Psychopathenfürsorge" hieß es: „In der Außenfürsorge ist das Wichtigste die restlose Erfassung aller geistig Gestörten oder geistig Abnormen." (ebd., S. 197). Erforderlich seien grundlegende Kenntnisse der Psychopathologie und der Gesetzgebung der Bundesländer. Die Aufgaben umfassten Aufklärung, Angehörigenarbeit und Arbeitsrehabilitation – eine spezialisierte Ausbildung sei nicht notwendig.

Nach Kriegsende füllten sich die Anstalten schnell, bis 1965 vervierfachte sich die Zahl der Aufnahmen in Westdeutschland (Brink 2010). Für die Behandlung standen ab 1952 moderne Psychopharmaka zur Verfügung. Allerdings wurden die traditionellen somatischen Therapiemethoden (z.B. Insulin-, Cardiazol- und Elekroschock) noch längere Zeit angewandt (Kersting & Schmuhl 2004). Konzeptionell entwickelte sich – auch als Reaktion auf die NS-Psychiatrie – eine patientenorientierte anthropologische Psychiatrie mit Keimformen interaktionistisch-sozialpsychiatrischer Ansätze (C. Kulenkampff, K.-P. Kisker, H. Häfner; vgl. dazu Thoma 2019).

Organisatorisch oblag die außerklinische psychiatrische Fürsorge in der Regel den Gesundheitsämtern, teils mit speziellen Abteilungen entsprechend dem Gelsenkirchener Modell. Parallel blieb das Modell der Außenfürsorge bestehen, etwa in Münster, Gütersloh, Düsseldorf

und Reichenau. Der Gütersloher Anstaltsdirektor Wilhelm Schneider (1889-1974) beklagte 1952 Hindernisse und Verzögerungen bei der Wiederbelebung der Außenfürsorge der Weimarer Zeit, „da durch die nationalsozialistischen Methoden (rigorose Sterilisation, Euthanasie) allen Maßnahmen, die mit Psychiatrie zusammenhingen, mit größtem Misstrauen begegnet“ werde (Kersting & Schmuhl 2004, S. 691).

Diskussionen über die Vor- und Nachteile beider Systeme zogen sich bis in die 1970er Jahre hinein (Lechler 1975, S. 472 ff.). In Erlangen wurde die Außenfürsorge ab 1949 wiederaufgebaut, erreichte Mitte der fünfziger Jahre das Vorkriegsniveau (4.459 Fälle) und expandierte danach weiter (1963: 13.512 Fälle; Hann 1975, S. 373 f.). Die Koexistenz beider Systeme der psychiatrischen Fürsorge bedeutete keineswegs, dass diese flächendeckend implementiert waren oder dass jede Klinik mit Planstellen ausgestattet war. Im Gegenteil: Friedrich Panse (1899-1973; 1964, S. 99 ff.), der Düsseldorfer Klinikdirektor und – unbestraft – ehemalige Gutachter der „Aktion T4“ nahm für 1957 bundesweit lediglich 22 und für 1963 ca. vierzig intramural arbeitende psychiatrische „Krankenhaus-Fürsorgerinnen“ an und empfahl nachdrücklich den Ausbau des Berufsbilds.

In den frühen 1960er Jahren zeichnete sich neben dem Erlanger und Gelsenkirchener Modell ein dritter Berufsweg ab – die stationäre psychiatrische Sozialarbeit der Wohlfahrtspflegerinnen in der Tradition der allgemeinen Krankenhausfürsorge. Eine solche Stelle trat Waltraud Matern 1960 von der Jugendhilfe kommend mit 33 Jahren in der Westfälischen Landesheilanstalt Eickelborn an. 1972 folgte ihr Wechsel an das Westfälische Landeskrankenhaus Marsberg. Beide Einrichtungen hatten ihre historischen Wurzeln in jenem Netz der alten westfälischen „Provinzial-Heilanstalten“, das der Landschaftsverband Westfalen (LWL) nach 1945 in der Tradition des vormaligen Provinzialverbandes Westfalen weiterführte.

Im Eickelborner Alltag der „abgeschlossenen, bevölkerungsfernen Einrichtung“ erlebte Waltraud Matern noch Elemente der Außenfürsorge sowie der „aktiveren Krankenbehandlung“ nach Hermann Simon (1867-1947). Die „gesellschaftliche Ausgrenzung der Kranken“ erschien ihr damals „total“ (Matern 2016, S. 19 ff.). Ihre Vorgängerin hatte sich

im Rahmen „pflegerischer Stationsarbeit“ zusammen mit dem Fürsorgearzt der Eickelborner Außenfürsorge an Sprechstunden für Entlassene in den weit entfernten Gesundheitsämtern des östlichen Ruhrgebiets beteiligt. Matern (2018) nutzte diese Kontakte, verknüpfte Daten der Außenfürsorge mit den stationären Aufnahmen und baute nach und nach innerbetriebliche Aufgabenfelder auf.

Rückblickend charakterisiert sie das Milieu folgendermaßen: „Von den in diesen geschlossenen Einrichtungen stationär untergebrachten Menschen wurde Anpassung und Unterordnung verlangt. Sie lebten in großen Gemeinschaftsräumen und Schlafsälen und ihre Kontakte zur Außenwelt waren stark eingeschränkt. Eine ausgeprägte hierarchische und autoritäre Struktur bestimmte den Anstaltsbetrieb und das Stationsleben. Sozialarbeiterische Tätigkeit konnte in dieser Zeit nach ersten Einzelkontakten zu den Patientinnen und Patienten, die ihre Fragen und Klagen äußerten, durch das Angebot problemlösender Hilfen initiiert werden“. Hier wird deutlich, dass die pflegerische Expertise in der Tradition der Außenfürsorge nur sehr begrenzt auf die intramurale Sozialarbeit übertragbar war.

Vielmehr knüpfte Matern (2016, S. 23) an international etablierte Modelle der Sozialarbeit an: „Diese war in den 1950er Jahren, von den USA kommend und als „case work“ bekannt, auf europäische Verhältnisse übertragen worden.“ Jene auf Mary Ellen Richmond (1861-1929) und Alice Salomon zurückgehende, klassische Methode der Sozialen Einzelhilfe (neben „social group work“ und „social community organisation“) erforderte eine intensive Auseinandersetzung mit der Biographie und der Lebenssituation der KlientInnen durch eine „psychosoziale Anamnese“ und die daraus entwickelte soziale Diagnose, um individuelle Bedürfnisse und Bedarfe zu erkennen. In diesem Zusammenhang hat Neuffer (1994, S. 125) im Rückblick auf die Rezeptionsgeschichte US-amerikanischer Modelle der Sozialpädagogik nach 1945 in Westdeutschland betont, welchen „Einschnitt der Nationalsozialismus in den Aufbau methodisch ausgerichteter sozialer Arbeit brachte“ und wie deutlich der Anschluss an die internationale Fachdiskussion als Teil des demokratischen Wiederaufbaus verstanden werden kann.

Die psychiatrische Infrastruktur der Bundesrepublik setzte sich Mitte der 1960er Jahre zum größten Teil aus 64 Landeskrankenhäusern mit ca. 92.000 Betten zusammen, dazu kamen Abteilungen an Universitätskliniken (ca. 1.800 Betten) und gut 20 Allgemeinkrankenhäusern (ca. 2.500 Betten). Der Versorgungsalltag in den Landeskrankenhäusern (wie Eickelborn und Marsberg) war durch eine Mischung aus massiver materieller und therapeutischer Rückständigkeit und ersten Anzeichen einer „Reform vor der Reform" (Kersting 2003, S. 6) geprägt. Zu der im Übergang von den 1950er zu den 1960er Jahren begonnenen partiellen inneren Modernisierung der baulichen und therapeutischen Infrastruktur gehörten etwa erste Verkleinerungen alter Bettensäle und Renovierungen von Sanitäreinrichtungen, die Einführung therapeutischer Gruppengespräche (zunächst nach „Männer- und Frauenseite" getrennt, dann aber auch gemischt) oder die neuartige Partizipation der Insassen an der Gestaltung von Anstaltszeitungen. Auch tauchten die ersten Radios und Fernseher auf den Stationen auf (Kersting & Schmuhl 2004). Hinzu kamen modernere Mittel der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit wie Fernsehsendungen und Filme (vgl. Kersting 2013).

1961 wurde der individuelle Rechtsanspruch auf soziale Hilfen im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) festgeschrieben. Die offizielle Berufsbezeichnung für die hier thematisierten Tätigkeiten wechselte von „Wohlfahrtspflege" zu „Sozialarbeit", zugleich war nun eine dreijährige Ausbildung mit anschließendem Anerkennungspraktikum erforderlich (Reinicke 2008, S. 100). Für die 1960er Jahre beschrieb Andreas Knoll (2000, S. 90) das Tätigkeitsfeld der Fürsorgerin im westfälischen Marsberg folgendermaßen: „Durch die Unterstützung von einzelnen Ärzten gelang es der Sozialarbeiterin schließlich, das eigene berufliche Feld zu erschließen und ein eigenes Handlungskonzept umzusetzen. Dieses Handlungskonzept sah eine „Beziehungsarbeit" mit den Patienten vor, die mit der bereits erwähnten akzeptierenden und wertschätzenden Haltung zu einem Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Sozialarbeiterin führte."

Nach wie vor fehlten bundesweit Planstellen und Ausbildungsgänge. Lediglich in Heidelberg konnten seit 1963 auch Sozialarbeiter an einer zweijährigen „sozialpsychiatrischen" Schulung teilnehmen (Häfner,

v. Baeyer & Kisker 1965, S. 120). Einen Anknüpfungspunkt der Pionierarbeit für die stationäre Sozialarbeit in Landeskrankenhäusern wie Eickelborn oder Marsberg bot die Entlassungsvorbereitung. Ab 1965 ermöglichten dann neue Planstellen in den westfälischen Landeskrankenhäusern die Vernetzung der Fürsorgerinnen und die Entwicklung eines „Funktionsplans". Aus dieser regionalen Keimzelle ergab sich Anfang der 1970er Jahre auch die Einladung an Waltraud Matern zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste" der Psychiatrie-Enquete-Kommission.

Der Beginn der Psychiatriereform in der BRD ist ohne die Studentenbewegung samt Gesellschaftskritik und Aufbruchsstimmung der „68er Jahre" nicht zu verstehen (Kersting 1998; Brink 2010). In der Reformära wurde auch die Situation der Anstaltspatientinnen und Patienten zu einem öffentlichen Thema – und zwar weit über die Anstaltsmauern hinaus. Schon 1965 hatten die Heidelberger Sozialpsychiater Heinz Häfner, Walter von Baeyer (1904-1987) und Karl Peter Kisker (1926-1997) in einer Denkschrift einen „nationalen Notstand" in der psychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik und „dringende Reformen" angemahnt. Jetzt traten neue öffentliche Impulse hinzu. Dazu gehörten bedeutende sozialepidemiologische oder familien- und stigmatheoretische Studien (E. Goffman, T. Scheff, R. D. Laing, T. Szasz), die Revision der Psychiatriegeschichtsschreibung (M. Foucault, K. Dörner), mehrere sozialpsychiatrische Tagungen und Zusammenschlüsse samt einer zunehmend kritischen Öffentlichkeit. Rudloff (2010, S. 171) konstatiert zudem: „Ein wesentlicher Grund dafür, dass wohl kein zweites Feld der Gesundheitspolitik von vergleichbarem Gewicht so lange vernachlässigt worden war wie die psychiatrische Versorgung, lag im vollständigen Fehlen schlagkräftiger Betroffenenorganisationen, sei es der Patienten selbst oder aber ihrer Angehörigen."

1970 gründete sich die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die im Unterschied zur Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) alle Berufsgruppen und damit auch die Soziale Arbeit umfasste (vgl. Dörner 1972). In der Anfangsphase war die Sozialarbeiterin Helmtraud Schmidt-Gante, damals Leiterin des Frank-

furter „Meta-Quark-Hauses“, einer frühen Übergangseinrichtung zwischen Anstalt und Gemeinde, erste Vorsitzende der DGSP. Doch noch 1970 blieben in Westdeutschland gut 59 % der Behandelten über zwei Jahre und 31 % über zehn Jahre lang stationär untergebracht (Häfner 2002, S. 18).

Abb. 1: Die Wohngemeinschaft am Schmenkenberg/Marsberg im Gruppengespräch, ca. 1976 (Waltraud Matern 4. v. l.). Foto: Sammlung W. Matern.

Der zunehmende Reformwillen führte dazu, dass bereits Anfang der 1970er Jahre vielerorts Personalmittel für Soziale Arbeit bereitgestellt wurden. Die Freiburger Sozialarbeiterin Henriette von Parish (1975, S. 482 u. 477) berichtete, es habe „in den letzten Jahren eine geradezu explosionsartige Vermehrung“ entsprechender „Planstellen … in der intra- und extramuralen Psychiatrie gegeben“. Die Sozialarbeit habe „die Psychiatrie mit ihren immensen sozialen Nöten neu entdeckt“ und umgekehrt „die Psychiatrie den Wert dieses Berufsstands.“ Der Professionalisierungsschub führte nach Matern (2018) im Landeskrankenhaus Marsberg unter anderem zur Einführung von „sozialtherapeutischer Gruppenarbeit auf geschlossenen Abteilungen mit vielen Langzeit-

patienten“. Bis 1975 entstanden dort „lokale Laienhelfergruppen“, „ein gestuftes Rehabilitations-Programm mit einem Arbeitstraining“ samt Nachtklinik und Wohnheim. Fünf Jahre später (1980) lautete die Bilanz: „Menschen Hilfe geben bei der Gestaltung sozialer Beziehungen und ihrer Integration und dazu an notwendigen Veränderungen institutioneller und gesellschaftlicher Bedingungen mitwirken! … Die Sozialarbeiterinnen nahmen nun einen festen Platz in der therapeutischen Behandlung psychisch Kranker und behinderter Menschen ein und ihre Professionalisierung war spürbar vorangekommen. …“ (vgl. Matern 1999). Zur Generation der Sozialen Arbeit in den 1970er Jahren gehörte auch – allerdings unter den Bedingungen der DDR – Susanne Ulrich, ab 1975 Gesundheitsfürsorgerin an der Universitäts-Nervenklinik in Rostock.

3. Stationäre psychiatrische Gesundheitsfürsorge in der DDR

In der Deutschen Demokratischen Republik lehnten sich die Strukturen des Gesundheitswesens an sowjetische Vorbilder an, beruhten jedoch wie in der BRD teils auch auf Vorkriegstraditionen. Nach Kriegsende und den Patientenmorden der NS-Zeit lebten statt 30.000 Patientinnen und Patienten nur noch 6.000 in den ostdeutschen Heil- und Pflegeanstalten (Lindenberg 1949). Doch wie im Westen füllten sich die Anstalten wieder rasch. Die nachgehende psychiatrische Fürsorge in der Tradition der Außenfürsorge blieb in einigen Regionen in verschiedenen Spielarten erhalten, etwa ab 1949 für den Einzugsbereich des Bezirkskrankenhauses Uchtspringe, ab 1952 in Haldensleben und 1958 in Pfaffenrode. Nach Walther (1966, S. 110) waren die „seit 1952 in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern eingestellten psychiatrischen Krankenhausfürsorgerinnen“ prädestiniert für eine Zusammenarbeit mit den allerdings wenigen „allein für die Psychiatrie beauftragten“ Kreisfürsorgerinnen. In der DDR sind somit Planstellen für psychiatrische Krankenhaufürsorgerinnen deutlich früher als in der BRD eingerichtet worden. Ihr Aufgabenfeld wurde im staatlichen „Perspektivplan für Psychiatrie und Neuro-

logie“ der Jahre 1959-1964 fortgeschrieben und mit Empfehlungen zum Ausbau ambulanter Strukturen verknüpft (Zahra 2015, S. 55).

Im präventiv ausgerichteten Gesundheitswesen der DDR waren parallel zum umfangreichen betriebsärztlichen System die staatlichen und einige kirchliche Klinken für die stationäre Versorgung zuständig sowie Polikliniken für die fachärztliche Versorgung der Bezirke. Großstädte wie Berlin verfügten über psychiatrische Abteilungen in Polikliniken, Beratungsstellen für „Nerven– und Gemütskranke“ und psychiatrische „Dispensaires“, jedoch kaum über psychiatrische Praxen in den Stadtteilen. Gesundheitsfürsorgerische Arbeit war in den meisten staatlichen Einrichtungen vorgesehen, häufig auch auf ehrenamtlicher Basis. Claudia Abu Zahra (2015, S. 79) erläutert die Routinen in der Hauptstadt: „Fürsorgerinnen waren keine Büroarbeiter. Sie suchten die hilfsbedürftigen Menschen am Arbeitsplatz oder zu Hause auf, wenn es anders nicht möglich war. Im konkreten Bedarfsfall wandte sich ein Ostberliner Bürger mit psychischen Problemen in erster Linie an die psychiatrische Abteilung in seiner für seinen Wohnbereich zuständigen Poliklinik oder wurde von seinem Hausarzt dorthin überwiesen. Hier wurde dann die Weiche zur ambulanten oder stationären Weiterversorgung gestellt.“

Mit den „Rodewischer Thesen“ von 1963 kamen ebenfalls einige Jahre früher als in der BRD fachöffentlich nachhaltige sozialrehabilitative und ambulante Strukturreformen auf der Grundlage einer Evaluation des Versorgungsystems auf die Agenda. Die Vernetzung der ärztlichen Aufgaben mit der „nachgehenden Fürsorge“ und den „Produktionsbetrieben“ zur „Wiedereingliederung“ insbesondere der Langzeitpatienten erfordere demnach ein „Kollektiv aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen“ und eine „komplexe Therapie“ samt soziotherapeutischen Verfahren (vgl. Kumbier, Haack & Steinberg 2013). Unter anderem wurde auch am Bezirksfachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Rodewisch ein psychiatrisches „Dispensaire“ als Bindeglied zwischen dem stationären und ambulanten Bereich aufgebaut. Die angestrebte flächendeckende Ausweitung dieser bezirklichen Zusammenarbeit von ÄrztInnen, PsychologInnen und Fürsorgerinnen erfolgte jedoch nicht. Nachhaltige Reformen sind eher uneinheitlich oder regional begrenzt wie in Leipzig unter Klaus Weise (1929-2019) umgesetzt worden. Um

1975 spielte sich die stationäre Versorgung in der DDR mit rund 33.000 Betten zu 85 % in 26 großen Fachkrankenhäusern auf dem Gelände früherer Heil- und Pflegeanstalten ab (Weise & Uhle 1992, S. 442 f.). 1975 setzten die neun „Brandenburger Thesen" nach einer Fachtagung im Mai 1974 weitere Impulse mit Vorschlägen zur Einführung von Elementen der britischen Therapeutischen Gemeinschaften: Gruppenpsychotherapie, offene Türen, Patientenfürsprecher und Ambulanzen. Ohne umfassenden Strukturwandel folgten auch aus dieser Initiative bestenfalls punktuelle Konsequenzen (Kumbier & Haack 2017).

Susanne Ulrich begann 1967 ihre Ausbildung als Krankenschwester und arbeitete ab 1970 an der Universitäts-Nervenklinik Rostock (s. Schläfke et al. 2004 zur Geschichte der Klinik bis ca. 1960). Dort wurde sie 1971 Stationsschwester, spezialisierte sich 1974 zur Fachschwester für Psychiatrie und Neurologie und absolvierte mit 25 Jahren von 1975 bis 1976 die Ausbildung zur Gesundheitsfürsorgerin an der Bezirksakademie Rostock. Ihr Weg von der Krankenpflege zur psychiatrischen Sozialarbeit war nicht untypisch für die berufliche Sozialisation der Fachkräfte. Soweit ersichtlich, gab es ähnlich wie in der BRD keine speziellen Ausbildungsgänge für psychiatrische Sozialarbeit, sondern (sozial-) psychiatrische Inhalte wurden seit ca. 1960 im Rahmen der Ausbildung zur Gesundheitsfürsorge an Fachschulen vermittelt. In der Regel besuchten Pflegekräfte oder Erzieherinnen diese Kurse. Obwohl das Fürsorgerecht im November 1979 grundlegend reformiert wurde, blieb die Berufsbezeichnung „Fürsorger/in" für die rund 650 Fachkräfte in allen Krankenhäusern der DDR noch bis 1990 erhalten (Müller 2006, S. 23 ff.). 1985 startete die zentrale Potsdamer Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen „Prof. Dr. Karl Gelbke" einen reformierten dreijährigen Ausbildungsgang.

In dieser Phase sollten nach einem Beschluss des Ministerrats der DDR vom 4. Juni 1981 weitere Ideen für „basisnahe" sozialpsychiatrische Reformen mit multiprofessionell besetzten psychiatrischen Abteilungen an den Polikliniken umgesetzt werden, die jedoch – staatlich dekretiert und ohne Diskussion im Rahmen einer kritischen Öffentlichkeit – weitgehend folgenlos blieben (Zedlick 2015, S. 11 f.). Allerdings konnte 1981

die erschütternde Dokumentation *Flucht in die Wolken* über das Schicksal von Sonja Gerstner (1952-1971) erscheinen, die sich 1971 mit 19 Jahren nach psychotischen Episoden und drei Klinikaufenthalten umgebracht hatte. Ihre Mutter, die prominente Publizistin Sibylle Boden-Gerstner, hatte die Publikationsgenehmigung unter dem Pseudonym Sibylle Muthesius erst nach langen Verhandlungen durchsetzen können. Laut dem Dresdner Klinikdirektor Otto Bach (1990, S. 26) fehlten in der DDR um 1986 bei insgesamt 22.250 psychiatrischen Betten „etwa 4730 Schwestern, 350 Nervenärzte und 200 Psychologen", wobei „50 % der Betten … mehr als 2 Jahre, 25 % mehr als 10 Jahre belegt" waren.

Der Bericht der Expertenkommission *Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR* von 1991 erwähnte die traditionsreiche Universitäts-Nervenklinik in Rostock-Gehlsheim mit drei Lehrstühlen und 320 Betten, „die in einzelnen Pavillons nach Art einer kleinen Anstalt untergebracht" seien (Bundesminister für Gesundheit 1991, S. 55 ff.). Die psychiatrische Klinik unter dem Direktor Klaus Max Ernst, einem Neurologen und Psychiater, umfasste demnach insgesamt 158 Betten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen, davon seien 64 „ordentlich ausgestattet", jedoch stoße man auch auf „Wachsäle mit mehr als 10 Betten". In zwei „Baracken" sei die Poliklinik untergebracht. Neben „ausreichender" ärztlicher Besetzung gebe es „5 Psychologen und 2 Fürsorgerinnen". In diesem Team arbeitete Susanne Ulrich. Ihr Tätigkeitsfeld fasst Ulrich (2018) folgendermaßen zusammen: „Therapie von Suchtkranken im Krankenhaus, geschützte Brigaden in den Betrieben, Arbeitstherapie im Klinikalltag der Wäscherei, Gärtnerei, Tischlerei, Schlosserei und Küche, ebenso wie die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Trägern und Institutionen wie Wohnungsamt, Amt für Arbeit, Gesundheitsamt, Sozialamt, Abteilung für Inneres und mit den Gemeindeschwestern."

Die Expertenkommission kommentierte auch den Strukturwandel beim Übergang in das Gesundheitswesen der BRD: „In der Stadt gab es 4 große ambulante Zentren, die sich wie überall auflösen und außer durch Praxen auch durch sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen wenigstens teilweise ersetzt werden." In diesem Zusammenhang

merkte Bach (1990, S. 30) zur Situation der Fachkräfte an: „Die Berufsgruppe der Fürsorger ist sehr verunsichert, weil der Eindruck entstanden ist, dieser Beruf sei unterqualifiziert und nicht mehr gefragt." 1991 beschloss die Kultusministerkonferenz, dass Mitarbeiter der Gesundheits-, Jugend- und Sozialfürsorge aufgrund „systembedingter Unterschiede" eine Nachqualifikation durchlaufen sollten, um die Gleichwertigkeit mit einem bundesdeutschen Fachhochschulabschluss zu erreichen (Reinicke 2008, S. 113). Susanne Ulrich absolvierte diese Zusatzqualifikation zur staatlich anerkannten Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin zwischen 1990 und 1992. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde 1995 neben den anderen Kliniken (z.B. der Klinik für Neurologie) selbstständiger Bestandteil des Zentrums für Nervenheilkunde der Universitätsmedizin, gleichzeitig veränderte sich das therapeutische Milieu. Ende der 1990er Jahre gab es dort keine Wachsäle mehr, zudem wurden geschlechtlich gemischte Stationen und diagnosespezifische Therapien eingeführt. Die stationäre Fürsorge kooperierte nun intensiv mit neuen komplementären Einrichtungen und dem neu geschaffenen Sozialpsychiatrischen Dienst.

Damit wechselt nun die Blickrichtung im folgenden Abschnitt zur ambulanten psychiatrischen Sozialarbeit, um Erfahrungen der dritten Zeitzeugin Ilse Eichenbrenner einzubeziehen, die ab 1977 in eben einem solchen Sozialpsychiatrischen Dienst in West-Berlin arbeitete.

4. Ambulante Sozialarbeit im West-Berliner Gesundheitsamt

Zwischen 1977 und 1992 waren alle drei Zeitzeuginnen gleichzeitig an ihren unterschiedlichen Dienstorten berufstätig. In Rostock blieb Susanne Ulrich bis 2015 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. In Westfalen wechselte Waltraud Matern 1980 von der Klinik in Marsberg für die nächsten zwölf Jahre zum kurz zuvor (1979) gegründeten „Beschwerdereferat" des LWL-Gesundheits- und Psychiatriedezernats. In West-Berlin arbeitete Ilse Eichenbrenner zwischen 1977 und 2014 in zwei Sozialpsychiatrischen Diensten. Wie die Beschwerdekommission in

Westfalen war auch die Entwicklung dieser Dienste ein sichtbares Ergebnis der beginnenden Psychiatrie-Reform in der BRD.

1971 beschloss der Deutsche Bundestag die Einsetzung der Psychiatrie-Enquete-Kommission mit fast 200 Mitgliedern, zu denen auch Waltraud Matern (als Mitglied der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste“) gehörte. 1973 lag ein Zwischenbericht vor mit der berühmten Formulierung über die „sehr große Anzahl“ von Patientinnen und Patienten, die „in den stationären Einrichtungen“ unter „elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben müßten (Deutscher Bundestag 1973, S. 12; vgl. Altenhof 2002). Der 1975 veröffentlichte Abschlussbericht (die „Psychiatrie-Enquete“) sah eine gemeindenahe Versorgung in 240 Regionen vor. Erste Modellversuche starteten 1976, dazu kamen 14 regionale Modellprogramme ab 1980 in sechs Bundesländern mit einem Volumen von 250 Millionen DM. Zur Lage der Sozialen Arbeit hieß es: „Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.“ (Deutscher Bundestag 1975, S. 12). Im Mai 1973 habe die stationäre Versorgung (inkl. Heime, Nacht- u. Tageskliniken, etc.) insgesamt 457 Fachkräfte beschäftigt. Zu schaffen seien 6.110 neue Stellen, davon 5.170 für den stationären Bereich (Deutscher Bundestag 1975a, S. 913; vgl. zur internationalen Entwicklung Dietrich 1975). An den 48 Hochschulen, an denen nach 1970 Sozialarbeit in dreijährigen Reformstudiengängen gelehrt wurde, sollten im Studium „psychiatrische Schwerpunkte“ sowie eine „zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung für Sozialarbeiter“ eingeführt werden (Deutscher Bundestag 1975, S. 32 u. 336 f.).

Die Soziale Arbeit erhielt also eine Schnittstellenfunktion zum Aufbau der Gemeindepsychiatrie, doch: „Die Bedingungen für Funktionen wie Früherkennung, Beratung und Weiterleitung sind dabei in den Gesundheitsämtern wie in der öffentlichen Sozialarbeit insgesamt schwierig. Auch hier finden sich personeller und materieller Mangel, zu große Arbeitsbereiche und Überlastung durch administrative Aufgaben.“ (Deutscher Bundestag 1975, S. 195). Das Gelsenkirchener Modell der kommunalen psychiatrischen Sozialarbeit an Fürsorgeämtern überdauerte um 1975 regional (z.B. in Düsseldorf). Aber die Rolle der mit der

Reform neu einzuführenden, aus den Niederlanden bekannten Sozialpsychiatrischen Dienste blieb in den Empfehlungen der Enquetekommission blass und unbestimmt. Entsprechend unterschiedlich verlief die Implementierung in den Bundesländern (Deutscher Bundestag 1975, S. 212; vgl. Brill 1993).

West-Berlin besaß – ebenso wie Ost-Berlin – seit den 1920er Jahren bezirkliche Fürsorgestellen für Nerven- und Gemütskranke, die bereits 1967 unter der Bezeichnung „Sozialpsychiatrischer Dienst" an den zwölf Gesundheitsämtern firmierten (Lehmkuhl 2007, S. 28).

Abb. 2: Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke, Berlin-Charlottenburg, 1950. Foto: Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie.

Die multiprofessionellen Teams bestanden aus ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen, 1979 kamen Stellen für PsychologInnen hinzu. 1974 arbeiteten dort 108 Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit und vier Jahre später betreuten die Dienste insgesamt 20.000 KlientInnen (Mattheis 1974, S. 145; Abgeordnetenhaus von Berlin 1978, S. 8). Die SozialpädagogInnen waren verbeamtet und für bestimmte Straßenzüge zuständig, sie führten neben Einzelhilfen auch Gruppenarbeit (z.B. in Patientenclubs) und

Hausbesuche durch. Ilse Eichenbrenner (2009, S. 15) begann im Alter von 27 Jahren ihre Tätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin-Spandau: „Kaum noch vorstellbar ist die Euphorie, mit der sich die Sozialarbeiterinnen der siebziger Jahre in die junge Gemeindepsychiatrie stürzten. … Zwischen der Klinik, den Ärzten und dem Amt gab es nur uns: Sozialarbeiterinnen in der Ambulanz, im Sozialdienst, im Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir verknüpften die Welten; nur wenige kannten drinnen und draußen so wie wir."

In der Schnittstellenfunktion verschmolzen sozialarbeiterische Methoden der sozialen Einzelhilfe und der Gemeinwesenarbeit: „Unser Arbeitsplatz waren die Straßen der Altstadt und der Neubaugebiete. Wir eskortierten vereinzelte Patienten aus der Klinik und betreuten sie, mangels anderer Dienstleister, persönlich." (Eichenbrenner 2010, S. 53).

Anders als Waltraud Materns Aufbauarbeit in Westfalen spielte sich die Tätigkeit in der Metropole vor dem Hintergrund einer langen Tradition der kommunalen Gesundheitsfürsorge ab. Das Berliner Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) vom 8. März 1985 wies öffentlich-rechtliche Zwangseinweisungen allein dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter zu – und damit den begleitenden Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen Verantwortung und Macht. In der Versorgungsregion Spandau war nach der Psychiatrieplanung des Senators für Gesundheit und Soziales (1984) ein Fachkrankenhaus mit 500 Betten (Nervenklinik Spandau; Erwachsenenpsychiatrie) und einer Aufnahmeverpflichtung für drei Berliner Bezirke mit 478.000 BürgerInnen zuständig. Im stationären Bereich sollte eine Fachkraft der Sozialen Arbeit vierzig PatientInnen betreuen. Dazu kamen außer dem Sozialpsychiatrischen Dienst je eine Tages- und Nachtklinik sowie komplementäre Einrichtungen (Wohnheime, Therapeutische Wohngemeinschaften, Kontakt- und Begegnungsstelle, Patientenclub).

Ihr Arbeitsmilieu beschrieb Ilse Eichenbrenner (1988, S. 240 f.) in einer Glosse folgendermaßen: „… nicht jeder ist erfreut über ein erkennendes Nicken des zuständigen Agenten vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Schweigepflicht und Datenschutz manifestieren sich bereits in Mimik und Gestik – andererseits hat sich eine Klientin beschwert, weil sie der Sozialarbeiter neulich im Kaufhaus in der Nähe seiner Privatwoh-

nung in der Innenstadt nicht gegrüßt hat. … Bei Herrn M. wurden anläßlich einer Wohnungsbegehung unvorstellbar verschmutzte und vermüllte Räume vorgefunden. Die Kündigung ist ausgesprochen, Räumungsklage angedroht. … Hausbesuch Nummer zwo, angemeldet für 15 Uhr, führt in die Laubenkolonie. … Alexander A., der chronisch psychisch kranke Sohn, wird heute 59, er trippelt neuroleptisch auf der Stelle. … Frau S. aus der Ambulanz wird noch erwartet, da freuen sich alle. … Das Depot-Neuroleptikum ist rasch injiziert und das Geburtstagskind hat das mitgebrachte Konfekt schon gegessen."

1988 führten allein die SozialarbeiterInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Spandau 2.576 Hausbesuche durch. Obwohl in der Psychiatrieplanung von 1984 behauptet wurde, die Zahl der Zwangseinweisungen ginge allgemein zurück, stand der Dienst 1990 mit 437 Unterbringungen nach PsychKG deutlich an der Spitze der Berliner Einweisungs-Statistik (Nagel 1990, S. 29). Weitere Aufgaben betrafen die Vernetzung in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und die (Mit-) Gründung psychosozialer Trägervereine für Wohnheime, Tagesstätten oder Arbeitsrehabilitation. Schon ab Ende der 1980er Jahre unterstützte Eichenbrenner (1988a) eine neue Gruppe von Akteuren: kritische Psychiatrieerfahrene und ihre Verbündeten, die schließlich 1996 nach langen Verhandlungen mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein öffentlich finanziertes „Weglaufhaus" für wohnungslose Psychiatriebetroffene im Norden von Berlin eröffnen konnten (Kempker 1996; vgl. zur parallelen Entstehung der Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen Bock et al. 1994).

In den 1980er und 1990er Jahren wurde die Versorgungslandschaft in Berlin durchgreifend regionalisiert und rationalisiert. Von den 1992 gut 6.500 stationären und teilstationären Betten in 27 Krankenhäusern bzw. Abteilungen wurden bis 2001 fast 50 % abgebaut. Der im Berliner Psychiatrieentwicklungsplan von 1996 vorgesehene Aufbau weiterer komplementärer Einrichtungen veränderte das Arbeitsklima in den Sozialpsychiatrischen Diensten tiefgreifend: „Weniger die persönliche Begleitung der Klienten, sondern Screening, Behandlungs- und Rehabilitationsplanung verbunden mit einer starken Zunahme der Begutach-

tungsaufträge prägte den Alltag in Richtung eines Betreuungsmanagements.“ (Eichenbrenner, Gagel & Lehmkuhl 2007, S. 66).

Abb. 3: Aktenraum, Sozialpsychiatrischer Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf, 2004. Foto: Sammlung I. Eichenbrenner.

Maßgeblich für die ökonomisierende Strukturreform waren die 1988 veröffentlichten Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Im Mittelpunkt standen die „Enthospitalisierung“ der in den Kliniken verbliebenen LangzeitpatientInnen samt dem Aufbau entsprechender Unterstützungssysteme, die Vernetzung in Gemeindepsychiatrischen Verbünden und das Management individueller Rehabilitations- und Hilfepläne. In städtischen Versorgungsregionen sollten SozialarbeiterInnen zur stärksten Berufsgruppe werden (8 Planstellen pro 150.000 Einw.; Deutscher Bundestag 1990, S. 49). Doch erst mit der 1991 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erhielt die psychiatrische Sozialarbeit den Status einer formalrechtlich regulären Berufsgruppe. Demnach haben die Fachkräfte in der Allgemeinpsychiatrie durchschnittlich eine Stunde Zeit pro Fall und Woche.

Ilse Eichenbrenner wechselte 1990 zum Sozialpsychiatrischen Dienst Charlottenburg und stieg als Koordinatorin in den Aufbau des am 1. März 1993 eröffneten Psychiatrischen Notdienstes für die Bezirke Charlottenburg und Wilmersdorf ein. Sie engagierte sich in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und in der Redaktion der Zeitschrift *Soziale Psychiatrie*. 1996 gab sie zusammen mit Jens Clausen und Klaus-Dieter Dresler den Band *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie* und damit das erste systematische Lehrbuch der psychiatrischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum heraus. Eichenbrenner und Susanne Ulrich blieben beide noch fast zwanzig weitere Jahre berufstätig, während Waltraud Matern nach 32 Jahren 1992 in den Ruhestand ging. Mit diesem Datum ist die Kontextualisierung der Zeitzeuginnenberichte in den Grundzügen abgeschlossen.

5. Historische Diskontinuität und Professionalisierung des Berufsfelds

Im Rückblick auf den Untersuchungszeitraum 1960-1990 zeigt sich, dass die Professionalisierung der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland in dieser Epoche kaum als kontinuierliche und konsistente Entwicklung beschrieben werden kann. Es handelte sich eher um einen regional divergenten und sich aus unterschiedlichen Ursprüngen und fachlichen Traditionen entwickelnden Prozess. In der Vorgeschichte bis ca. 1960 sehen wir zunächst die Verknüpfung der „Irrenfrage" mit der sozialen Frage im 19. Jahrhundert samt der Hegemonie des Anstaltssystems und einer davon großenteils separaten Professionalisierung der allgemeinen Sozialen Arbeit ab ca. 1910. Trotz des Ausbaus der offenen Fürsorge in den 1920er Jahren zeigte sich bereits gegen Ende der Weimarer Republik ein deutlicher Entwicklungsrückstand im Organisationsgrad der psychiatrischen Sozialarbeit gegenüber dem angloamerikanischen Raum. Hinzu kam der Einschnitt durch die nationalsozialistische Selektions- und Vernichtungspolitik, der nicht nur das Leben Hunderttausender Patien-

tInnen auslöschte, sondern beispielsweise auch die Tradition der Familienpflege für gut vierzig Jahre vollständig zum Erliegen brachte (Müller 2010, S. 174).

Allerdings lässt sich aus dem Gelsenkirchener Modell eine Linie ableiten, die zur ambulanten psychiatrischen Sozialarbeit an den Gesundheitsämtern und den Sozialpsychiatrischen Diensten der 1970er und 1980er Jahre führt. Demgegenüber scheinen die Außenfürsorgestellen nach dem Erlanger Modell in der Nachkriegszeit in den 1950er und 1960er Jahren aufgrund ihrer Personal- und Angebotsstruktur weder genügend Anknüpfungspunkte zur Einbindung von SozialpädagogInnen geboten zu haben noch wurden sie generell als zukunftsweisendes Modell aufgefasst. Damit entstand in der BRD eine erhebliche Versorgungslücke im intramuralen Bereich. Die Wende von der Nachsorgestrategie des Erlanger Modells zur Fürsorgestrategie der stationären psychiatrischen Sozialarbeit erfolgte somit – wie etwa in Westfalen – als „dritter Weg" nur vereinzelt und individuell und erhielt erst durch die zunehmende Vernetzung der Akteure und die allgemeine Aufwertung der Sozialen Arbeit um 1970 mehr Gewicht.

Anders in der DDR: Hier gab es bereits Anfang der 1950er Jahre genügend Arbeitsplätze und Planungssicherheit für die intramurale Arbeit in der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge an den Fachkrankenhäusern. Offenbar stockte jedoch die regionale Vernetzung und das fürsorgerische Personal kam über die Fachschulen häufig aus der psychiatrischen Pflege. Während diese Struktur in der DDR bis Anfang der 1990er Jahre praktisch „eingefroren" erhalten blieb, erhöhte sich in der BRD das Angebot an Arbeitsplätzen schon vor der Enquete. Die Forderungen der Enquetekommission von 1975 zum Ausbau der psychiatrischen Sozialarbeit innerhalb und außerhalb der Kliniken und in den neu zu schaffenden ambulanten und komplementären Einrichtungen läuteten dann die Ära der bis heute gewohnten Dominanz der Sozialen Arbeit als Basis der Gemeindepsychiatrie ein.

Angesichts der genannten Diskontinuitäten wird nun auch deutlicher, warum die Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie „geschichtslos" geblieben ist. Da die Außenfürsorge in der Weimarer Republik über-

wiegend mit medizinischem Personal besetzt worden war, konnte sich in den Anstalten keine sozialpädagogische Fachlichkeit und Berufsidentität entwickeln. Deshalb fehlte dafür auch noch in den 1950er Jahren eine gewachsene historische Basis. Zudem blieben die personellen Kapazitäten über Jahrzehnte sehr gering (auch in der DDR), die Fachkräfte spielten in der Klinikhierarchie nur eine untergeordnete Rolle und die oft ländlichen Arbeitsplätze in den ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten boten kaum Gelegenheit zur Vernetzung mit den KollegInnen in den städtischen Gesundheitsämtern. Dies änderte sich flächendeckend erst in den 1980er und 1990er Jahren mit dem Aufbau der ambulanten und komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie.

Somit gewann die psychiatrische Sozialarbeit in der BRD erst nach der Psychiatrie-Enquete ein eigenständiges Profil jenseits des rein medizinischen Therapie- und Krankheitsmodells, während sie in der DDR zwar lange vorher anerkannt wurde, aber ebenfalls ohne überregionale Vernetzung und spezialisierte Ausbildung blieb. Diese Position des Berufs, der zudem häufig als Frauen- und Hilfsberuf verstanden wurde, reichte offensichtlich nicht aus, um eine autarke Fachlichkeit, Standesorganisationen oder auch eigene Publikationsorgane und Ausbildungsgänge zu entwickeln – und zwar genau genommen bis heute nicht. Ohne solche berufsständische Substanz blieb aber gewissermaßen auch die materielle Historizität des Fachs verborgen: Die fachlichen Ergebnisse und Konzepte der psychiatrischen Sozialarbeit rückten in der BRD (nach einigen frühen Beiträgen in Fachzeitschriften Ende der 1970er Jahre) erst mit Uwe Blankes Sammelband von 1995 und dann durch das von Ilse Eichenbrenner mitherausgegebene Lehrbuch von 1996 in ein deutlicheres Licht. Auch in der DDR gab es bis 1989 kein spezifisches Lehrbuch, die Fachkräfte bezogen ihre fachliche Expertise aus verstreuten Quellen und vor allem ihrer Praxis (vgl. Kießling 2021, in diesem Band). Dies erschwert die historische Rekonstruktion, da relevante Quellen möglicherweise bestenfalls in lokalen Klinikarchiven überdauert haben. Dies führt wiederum zu dem Eindruck, dass die Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in der DDR bislang nicht nur übersehen worden ist, sondern sich angesichts fehlender Quellen auch nur schwierig rekonstru-

ieren lässt. Letztlich kann man resümieren: Die psychiatrische Sozialarbeit überdauerte in Deutschland gewissermaßen als „unsichtbares" Fach ohne historisches Selbstbewusstsein.

Dieser Befund lässt sich auch aus anderer Perspektive belegen: Denn ebenso finden sich in den zahlreichen Darstellungen der Geschichte der Sozialpädagogik und Sozialen Arbeit nur selten substanzielle Ausführungen zur psychiatrischen Sozialarbeit. Zudem löste sich die Geschichtsschreibung der Psychiatrie erst in den 1990er Jahren von ihrer Fixierung auf die klassische Institutionen-, Ideen- und Personalgeschichte und begann Anfang des 21. Jahrhunderts mit der Aufarbeitung der west- und ostdeutschen Reformimpulse der 1960er und 1970er Jahre (vgl. dazu Dörre 2021; Kumbier & Steinberg 2018; Söhner, Fangerau & Becker 2017; Armbruster et al. 2015; Rudloff 2012 u. 2010; Brink 2010; Schmiedebach & Priebe 2004; Kersting 2003; Altenhof 2002). Die Zusammenführung der verschiedenen Stränge psychiatrischer Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie zu einem historischen Gesamtbild würde zudem auch den Bezug auf parallele sozialpädagogische Einflüsse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Suchthilfe oder Behindertenarbeit erfordern. 1998 stellten SozialarbeiterInnen immerhin ungefähr 15 % des therapeutischen Personals an den psychiatrischen Kliniken (Crefeld 2007, S. 112). Eine repräsentative Umfrage ermittelte zum 31. Dezember 2004 in 215 klinischen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie insgesamt 1.518 SozialarbeiterInnen (1.040 Frauen, 478 Männer) (Gebhardt, Schmidt & Kunze 2002, S. 38). Schätzungen für das gesamte Gesundheitswesen um 2004 gehen von ca. 40.000 Fachkräften aus, Tendenz steigend (Adolph & Seibert 2016, S. 29).

Lässt sich nun zumindest eine nachhaltige Integration der psychiatrischen Sozialarbeit in das therapeutische Profil der heutigen Psychiatrie feststellen? Sicherlich sind die drei therapeutischen Säulen somatische Therapie, Psychotherapie und Soziotherapie mit dem Schwerpunkt der Sozialen Arbeit auf Letzterer ein Grundprinzip moderner Psychiatrie. In der S-3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (DGPPN 2013) wird Sozialarbeit in diesem Sinne als ein integraler Baustein der multiprofessionellen Arbeit aufgefasst. Schon Andreas Knoll (2000, S. 312) resümierte in seiner Untersuchung zur frühen stationären

psychiatrischen Sozialarbeit in Westfalen, „dass es den ersten Sozialarbeiterinnen ein besonderes ethisches und professionelles Anliegen“ gewesen sei, „die Institution Psychiatrisches Krankenhaus mit sozialarbeiterischem bzw. sozialtherapeutischem Gedankengut zu beeinflussen. Die Tatsache, dass die Gesamtinstitution Psychiatrisches Krankenhaus heute ‚irgendwie‘ sozialtherapeutisch denkt, wird auch als ein Erfolg der frühen Sozialarbeit gewertet.“ Allerdings zog auch die 2002 gesetzlich eingeführte Soziotherapie keinen nachhaltigen Professionalisierungsschub nach sich. So ist die gegenwärtige paradoxe Situation entstanden, dass mittlerweile zwar jede psychiatrische Klinik einen Sozialdienst besitzt und die Soziale Arbeit die weitaus dominierende Berufsgruppe in der Gemeindepsychiatrie darstellt – jedoch immer noch ohne eigenständige Berufsorganisation, ohne (sozio-) therapeutisches Selbstbewusstsein und bislang ohne durchgreifende Historisierung.

Literatur

Abu Zahra, C. (2015): Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin. Auswirkungen der Psychiatriereform der 1960er Jahre. Med. Dissertation, Medizinische Fakultät, Charité Universitätsmedizin Berlin.

Adolph, H., H. Seibert (2016): Annähernd 56.000. Die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen ist schwer zu ermitteln. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 12, (4), S. 29-33.

Altenhof, R. (2002): Die Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestages. Berlin: Springer.

Armbruster, J., A. Dieterich, D. Hahn (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie Enquete – Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Bach, O. (1990): Entwicklung und Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. In: W. Ricard, F. Reimer, Aktion Psychisch Kranke, Arbeitskreis ärztlicher Leiter öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in der Bundesrepublik (Hg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten

der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsberichte, Bd. 19. Köln: Rheinland-Verlag, S. 25-30.

Beers, C. W. (1908): A Mind that Found Itself. New York: Longmans, Green & Co.

Bock, T., Buck, D., Gross, J., Maß, E., Sorel, E., Wolpert, E. (1995): Abschied von Babylon. Verständigung über die Grenzen in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Blanke, U. (1995; Hg.): Der Weg entsteht beim Gehen. Sozialarbeit in der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Brink, C. (2010): Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980. Göttingen: Wallstein.

Brill, K.-E. (1993): Sozialpsychiatrische Dienste: Ein Überblick. In: H. Berger, U. Schirmer (Hg.): Sozialpsychiatrische Dienste: Entwicklung, Konzepte, Praxis. Freiburg, Lambertus, S. 100-122.

Brückner, B. (2015): Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In: M. Dörr (Hg.): Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Hohengehren, Battmannsweiler: Schneider, S. 21-32.

Castell Rüdenhausen, A. Gräfin zu (1991): Kommunale Gesundheitspolitik in der Zwischenkriegszeit. Sozialhygiene und Rassenhygiene am Beispiel Gelsenkirchen. In: N. Frei (Hg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München: Oldenbourg, S. 67-80.

Clausen, J., K. D. Dresler, I. Eichenbrenner (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.

Crefeld, W. (2007): Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in psychiatrischen Institutionen. In: Recht & Psychiatrie 25, (3), 111-115.

Deloie, D. (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013): S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer.

Dörre, S. (2021): Zwischen „Euthanasie“ und Anstaltsreform. Die psychiatrischen Fachgesellschaften im geteilten Deutschland (1945-1975). Berlin, Heidelberg: Springer.

Dörner, K. (1972): Was ist Sozialpsychiatrie? In: A. Finzen, U. Hoffmann-Richter (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 83-90.

Eichenbrenner, I. (2010): „Sushi für die Ärzte". Die Reproduktion der Arbeitskraft im Sozialraum. In: Sozialpsychiatrische Informationen 40, (2), S. 53-57.

Eichenbrenner, I. (2009): Zwischen Lebensweltorientierung und Psychotherapie – Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen die Reformgewinner? In: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 27, (1), S. 15-17.

Eichenbrenner, I.; D. E. Gagel; D. Lehmkuhl (2007): Wie geht es eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten in Berlin? [Nachdruck]. In: Sozialpsychiatrische Informationen 36, (3), S. 56-59.

Eichenbrenner, I. (1988): Über die Schulter geschaut. Mit dem Kontaktbereichs-Sozialarbeiter unterwegs. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 135, (10), S. 240-242.

Eichenbrenner (1988a): Das Berliner Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. In: Dr. med. Mabuse 12, (Nr. 81), S. 23-25.

Faltlhauser, V. (1927): Die Fürsorgeorgane. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Faltlhauser (Hg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: Springer, S. 199-228.

Fangerau, H., S. Topp, K. Schepker (2017; Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Berlin: Springer.

Frankenstein, G. (1927): Psychiatrische Sozialarbeit in den Vereinigten Staaten von Amerika. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 110, (1), S. 325-336.

Fuchs, P., W. Rose (2017): Kollektives Vergessen: Die Diagnose Psychopathie und der Umgang mit dem schwierigen Kind im Verständnis von Franz Kramer und Ruth von der Leyen. In: H. Fangerau, S. Topp, K. Schepker (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Berlin: Springer, S. 188-208.

Gebhardt, R.-P., P.-O. Schmidt, M. H. Kunze (2005): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In: Aktion

Psychisch Kranke (Hg.): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 12-53.

Geißler-Piltz, B. (2005): Geschichte der Clinical Social Work und Klinischen Sozialarbeit. In: B. Geißler-Piltz, A. Mühlum, H. Pauls, H. (Hg.): Einführung in die Klinische Sozialarbeit. München, Basel: Reinhardt, S. 131-147.

Häfner, H. (2002): Wandlungen der deutschen Krankenhauspsychiatrie in fünf Jahrzehnten. In: Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim (Hg.): 175 Jahre Landeskrankenhaus Hildesheim 1827-2002. Hildesheim, S. 17-28.

Häfner, H., W. v. Baeyer, K. P. Kisker (1965): Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Helfen und Heilen 2, (4), S. 1-8.

Hann, J. (1975): Der Stand der Außenfürsorge beim Bezirkskrankenhaus Erlangen. Das öffentliche Gesundheitswesen 37, S. 371-378.

Hecker, R., W. Schmelz, W. Bachmann (1953): Grundriß der Gesundheitsfürsorge. München, Basel: Reinhardt.

Hürten, F. (1935): Tätigkeitsbericht des Außendienstes der Provinzialheilanstalt Eickelborn in West. für das Jahr 1934. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 103, (7/8), S. 314-329.

Kempker, K. (1996): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Antipsychiatrie-Verlag.

Kersting, F.-W. (2019): Der Weimarer Wohlfahrtsstaat „vor Ort“: Das Beispiel Psychiatrie. In: R. Göschl, J. Paulus (Hg.): Weimar im Westen. Republik der Gegensätze. Münster: Aschendorff, S. 52-60.

Kersting, F.-W. (2013): Visual History. Anstaltspsychiatrie der 50er und 60er Jahre im Spiegel von Filmdokumenten aus Westfalen (Teil I). In: Westfälisches Ärzteblatt 3/2013, S. 56-58.

Kersting, F.-W. (2013a): Visual History. Anstaltspsychiatrie der 50er und 60er Jahre im Spiegel von Filmdokumenten aus Westfalen (Teil II). In: Westfälisches Ärzteblatt 3/2013, S. 56-58.

Kersting, F.-W. (2003; Hg.). Psychiatriereform als Gesellschaftsreform: die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn: Schoeningh.

Kersting, F.-W. (1998): Psychiatriereform und ‘68. In: Westfälische Forschungen 48, S. 283-295.

Kersting, F.-W., Schmuhl, H.-W. (2004): Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd. 2: 1914-1955. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Kolb, G. (1931): Die offene psychiatrische Fürsorge. In: O. Bumke, G. Kolb, H. Roemer, E. Kahn (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig: De Gruyter, S. 117-120.

Kolb, G., Eitner, F. (1931): Fürsorge für Geisteskranke. In: O. Bumke, G. Kolb, H. Roemer, E. Kahn (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig: De Gruyter, S. 81-98.

Knoll, A. (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Essen: Leske + Budrich.

Krumm, S., Becker, T. (2012): Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch, S. Schlüter-Müller: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 40-57.

Kumbier, E., H. Steinberg (2018; Hg.): Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte. Berlin: Be.bra.

Kumbier, E., K. Haack (2017): Psychiatrie in der DDR zwischen Aufbruch und Stagnation: Die Brandenburger Thesen zur „Therapeutischen Gemeinschaft“ (1974/76). In: Psychiatrische Praxis 44, (8), S. 434-445.

Kumbier, E., K. Haack, H. Steinberg (2013): 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. In: Psychiatrische Praxis 40, (6), S. 313-320.

Labisch, A., Tennstedt, F. (1991): Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit. Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933. In: N. Frei (Hg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München: Oldenbourg, S. 35-66.

Lechler, H. (1975): Die psychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in der Zukunft. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 37, S. 464-477.

Lehmkuhl, D. (2007): Sozialpsychiatrische Dienste in Berlin. Aufgaben und aktuelle Probleme. In: Berliner Ärzte 43, (10), S. 28-29.

Ley, A. (2002): Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderweitige Inanspruchnahme der Fürsorgeärzte ... . Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die Offene Fürsorge für Geisteskranke. In: S. Stöckel, U. Walter (Hg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Weinheim: Juventa, S. 122-135.

Lindenberg, W. (1949): Entwicklung der psychiatrischen Fürsorge in der sowjetischen Besatzungszone seit 1945. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1, S. 3-7.

Long, V. (2011): 'Often there is a Good Deal to be Done, But Socially Rather Than Medically': The Psychiatric Social Worker as Social Therapist, 1945–70. In: Medical History 55, 223–239.

Matern, W. (2018): Abstract für das Diskussionsforum auf dem DGPPN-Kongress 2018 in Berlin „Psychiatrische Fürsorge und Sozialarbeit – Reformaufbruch in Westfalen (1960–1980)." URL: https://www.dgppnkongress.de (Zugriff 20.11.2018).

Matern, W. (2016): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960-1980). Hg. von Franz-Werner Kersting. Münster: Ardey.

Matern, W. (1999): Zur Geschichte der Arbeitsgemeinschaft. Aufbau der Sozialarbeit in der Psychiatrie in Westfalen Lippe. In: Arbeitsgemeinschaft der SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen (Hrsg.): 30 Jahre Arbeitsgemeinschaft 1996-1999. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Mattheis, R. (1974): Sozialpsychiatrischer Dienst in Berlin. In: Das Öffentliche Gesundheits-Wesen 35, S. 745-751.

Middelhoff, H. D. (1995): Das psychiatrische Hilfsvereinswesen in Baden. In: H. Kayser, (Hg.): Vom Anstaltspflegling zum Psychiatrieerfahrenen. Stationen sozialpsychiatrischer Entwicklung in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte, S. 39-71.

Müller, M. (2006): Von der Fürsorge in die Soziale Arbeit. Fallstudie zum Berufswandel in Ostdeutschland. Opladen: Budrich.

Müller, T. (2010): Re-opening a Closed File of the History of Psychiatry. Open Care and it's Historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880-1980. In: W. Ernst, T. Müller (Hg.): Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800-2000. Newcastle: Cambridge Scholars, S. 172-199.

Muthesius, S. (1981): Flucht in die Wolken. Berlin: Der Morgen.

Neuffer, M. (1994): Die Rezeption der amerikanischen Methoden der Sozialarbeit in Westdeutschland. In: F. Hamburger (Hg.): Innovation durch Grenzüberschreitung [Nachdruck]. Bremen: Europäischer Hochschulverlag 2009, S. 122-145.

Panse, F. (1964): Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft. Stuttgart: Thieme.

Reinicke, P. (1998): Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. Opladen: Leske + Budrich.

Reinicke, P. (2008): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Roemer, H., G. Kolb, V. Faltlhauser (1927; Hg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: Springer.

Roemer, H. (1927): Zur geschichtlichen Entwicklung. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Faltlhauser (Hg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: Springer, S. 3-21.

Rudloff, W. (2012): Psychiatriereform in den sechziger und siebziger Jahren. In: M. Löhnig et al. (Hg.): Reform und Revolte. Tübingen: Mohr-Siebeck, S. 99-119.

Rudloff, W. (2010): Expertenkommissionen, Masterpläne und Modellprogramme. Die bundesdeutsche Psychiatriereform als Paradefall ‚verwissenschaftlichter' Politik? In: Archiv für Sozialgeschichte 50, S. 169-216.

Schläfke, D., H. Weigel, F. Hässler, K. Ernst: Geschichte der Rostocker Psychiatrie. In: H. Hippius (Hg.): Universitätskolloquien zur Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 37-50.

Schmidt-Michel, P.-O. (1993): Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: K. Michel, P.-O. Schmidt-Michel (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 41-76.

Schmiedebach, H.-P., Priebe, S. (2004): Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models. In: Medical History 48, S. 449-472.

Siemen, H.L. (1987): Menschen blieben auf der Strecke. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Gütersloh: Jakob van Hoddis.

Söhner, F., H. Fangerau, T. Becker (2017): Der Weg zur Psychiatrie-Enquete. Rekonstruktion der politischen Vorbereitung der ersten Enquetekommission des Deutschen Bundestags. In: Der Nervenarzt 89, S. 570–578.

Söhner, F. (2016): Familiäre psychiatrische Versorgung an der Schwelle vom langen 19. Jahrhundert zur Moderne. In: H.-P. Schmiedebach (Hg.): Entgrenzungen des Wahnsinns. Berlin: de Gruyter, S. 95-129.

Southard, E.E., Jarrett, M.C. (1922): The Kingdom of Evils. Psychiatric Social Work Presented in One Hundred Case Histories Together with a Classification of Social Divisions of Evil. New York: Macmillan.

Stuart, P. H. (1997): Community care and the origins of psychiatric social work. In: Social Work in Health Care 25, (3), 35-36.

Thoma, S. (2019): „Der Mensch ist dazu gemacht, das Menschliche zu ergründen." Zur konzeptuellen Bedeutung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie im Vorfeld der westdeutschen Psychiatriereform. In: Medizinhistorisches Journal 54, (3), S. 209-240.

Timms, N. (1964): Psychiatric Social Work in Great Britain (1939-1962). London: Routledge & Kegan.

Tomes, N. (2008): The Development of Clinical Psychology, Social Work, and Psychiatric Nursing. 1900-1980s. In: E.R. Wallace IV, J. Gach (Hg.): History of Psychiatry and Medical Psychology. New York: Springer, S. 657-682.

Ulrich, S. (2018): Abstract für das Diskussionsforum auf dem DGPPN-Kongress 2018 in Berlin „Psychiatrische Fürsorge und Sozialarbeit – Reformaufbruch in Westfalen (1960–1980)." URL: https://www.dgppnkongress.de (Zugriff 20.11.2018).

Vourlekis, B. S., R. R. Greene, R. I. Knee, G. M. Edinburg (1994): Collaboration Between Social Work and Psychiatry in Aftercare in the Early 1900s. In: Psychiatric Services 45, (8), S. 749-751.

Walther, R. (1966): Entwicklung und Stand der nachgehenden psychiatrischen Fürsorge in der DDR. In: Social Psychiatry and Psychitric Epidemiology 1, (2), S. 109-110.

Wendenburg, F. (1931): Offene psychiatrische Fürsorge vom kommunalen Fürsorgeamt. In: O. Bumke, G. Kolb, H. Roemer, E. Kahn (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig: De Gruyter, S. 134-137.

Wetzel, A. (1931): Psychiatrische Krankenhausfürsorge. In: O. Bumke, G. Kolb, H. Roemer, E. Kahn (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig: De Gruyter, S. 132-134.

Weise, K., Uhlig, M. (1992): Entwicklungsformen und derzeitige Wirkungsbedingungen der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik. In: A. Thom, E. Wulff: Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 440-446.

Zedlick, D. (2015): Psychiatriereform in der DDR. In: J. Armbruster, A. Dieterich, D. Hahn (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie Enquete – Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 103-121.

Quellen

Abgeordnetenhaus von Berlin (1978): Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin. Abgeordnetenhaus von Berlin, 7. Wahlperiode, Mitteilungen des Präsidenten, Nr. 202 (26.5.78). Drucksache 7/1254. Berlin.

Bundesminister für Gesundheit (1991): Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen - 30.5.1991. Bonn.

Deutscher Bundestag (1990): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Zusammenfassung. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (27.11.90), Drucksache 11/8494, Bonn, S. 29-54.

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie In der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7 / 2004). Bonn: Heger.

Deutscher Bundestag (1975a): Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7 / 4201). Bonn: Heger.

Deutscher Bundestag (1973): Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7 / 1124). Bonn: Heger.

Dietrich, W. (1975): Entwicklung und Stand der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern in anderen Ländern. Deutscher Bundestag (1975): Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7 / 4201). Bonn: Heger, S. 314-343.

Luther, W. (1992): Antwort (Schlußbericht) auf die kleine Anfrage Nr. 2662. In: Abgeordnetenhaus Berlin, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/223, S. 10-11.

Nagel, W. (1990): Antwort auf die kleine Anfrage 1157. In: Abgeordnetenhaus Berlin, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/828, S. 27-28.

Senator für Gesundheit und Soziales (1984): Psychiatrieplanung in Berlin. Berlin: Verwaltungsdruckerei.

2

Protokoll: Das Podiumsgespräch mit drei Zeitzeuginnen

Franz-Werner Kersting
Ich begrüße Sie alle, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ebenfalls sehr herzlich zu unserem Diskussionsforum „Psychiatrische Sozialarbeit – eine vergessene Geschichte"! Gleichzeitig freue ich mich, Ihnen unsere drei Gesprächspartnerinnen einleitend ganz kurz vorstellen zu dürfen – wobei der Akzent wirklich auf „kurz" liegt, denn die gleich folgende Gesprächsrunde wird Sie ja näher mit Einzelheiten und Besonderheiten in/aus der (beruflichen) Biographie der drei ehemaligen Sozialarbeiterinnen bekannt machen. Bei der Vorstellung folge ich der Reihenfolge, in denen sie auch im Programm aufgeführt sind. Und diese Reihenfolge ermöglicht zugleich eine knappe einführende Vorstellung entlang des Lebensalters der drei Akteurinnen, das heute im Rahmen dieses zeithistorischen Diskussionsforums – entgegen der sonstigen höflichen Gepflogenheit Damen gegenüber! – ausdrücklich „verraten" werden soll und darf.

Im Falle von Waltraud Matern geschieht das mit einem ganz besonderen Respekt, denn sie ist Jahrgang 1927 und damit mit Abstand die Älteste in der Runde! Frau Matern ist praktisch eine „westfälische Pionierin" moderner psychiatrischer Sozialarbeit, denn ihre berufliche Laufbahn begann bereits 1960 an der damaligen westfälischen „Landesheilanstalt Eickelborn", einer Einrichtung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), die sich ab 1961 „Landeskrankenhaus Eickelborn" nannte und heute „LWL-Klinik Lippstadt" heißt.

Abb. 4: Ilse Eichenbrenner, Waltraud Matern und Susanne Ulrich (v l. n. r.) auf dem DGPPN-Kongress im CityCube Berlin am 30. November 2018.

In Eickelborn war Waltraud Matern von 1960 bis 1972 sozialarbeiterisch tätig und wechselte dann an das Westfälische Landeskrankenhaus Marsberg, die heutige „LWL-Klinik Marsberg". 1980 schloss sich noch eine 12-jährige Arbeit für die damals gerade neu eingerichtete Psychiatrie-Beschwerdekommission des LWL in Münster an, die 1992 mit der regulären Pensionierung endete.

Parallel zum beruflichen „Kerngeschäft' hatte Frau Matern seit 1975 für viele Jahre (insgesamt bis 1995) einen Lehrauftrag an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (EFH) im Rahmen des praxisorientierten Studiums der Sozialarbeit inne. Überdies war sie lange intensiv in verschiedenen Funktionen im „Deutschen Berufsverband der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen e.V. (DBSH)" aktiv. Schließlich hatte sie vor einigen Jahren begonnen, ihre Erinnerungen aufzuschreiben. Dieser persönlich-berufliche Lebensbericht ist 2016 im Ardey-Verlag Münster (als Veröffentlichung des LWL-Instituts für westfälische Regionalgeschichte) erschienen.[1]

Damit komme ich nun zu Frau Eichenbrenner: Ilse Eichenbrenner ist 1950 geboren und hat beruflich von 1977 bis 2014 vor allem in zwei

verschiedenen Sozialpsychiatrischen Diensten der Stadt Berlin (Schwerpunkt: Berlin-Charlottenburg) gewirkt. Unter anderem ist der Aufbau des „Psychiatrischen Notdienstes Charlottenburg" mit ihrem Namen verbunden. Frau Eichenbrenner repräsentiert also gewissermaßen die „Nach-Matern-Generation" im Feld der psychiatrischen Sozialarbeit. Dieser Generationen-Unterschied und -Vergleich ist von uns bewusst gewählt. Gleiches gilt für den unterschiedlichen institutionellen und sozialräumlichen Kontext: Dort – also im Falle von Frau Matern – der berufliche Start an einer großen, in der ländlichen „Provinz" gelegenen Klinik zu einer Zeit, in der diese noch stark Züge der klassischen alten „totalen Institutionen" zur Unterbringung (oder Wegsperrung) psychisch Kranker trug und in der das Handlungsfeld der Sozialarbeit methodisch und konzeptionell noch (ganz) in den Anfängen steckte. Hier – also im Falle von Frau Eichenbrenner – der Start in einem mehr urbanen großstädtischen Handlungsraum und zu einer Zeit, in der sich die Sozialarbeit schon ein Stück stärker professionalisiert hatte und die Gemeindepsychiatrie als Folge der Psychiatrie-Enquete von 1971/75 enorm an Bedeutung gewann.

Auch bei Ilse Eichenbrenner traten zu dem „Broterwerb" im engeren Sinne noch zahlreiche weitere Aktivitäten hinzu: Ich nenne ihren langjährigen Unterricht an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), ihr Engagement in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), ihre Mitarbeit in der Redaktion der Zeitschrift *Soziale Psychiatrie* und ihre Aktivitäten als Autorin sowohl von Fachbüchern als auch von Romanen zur Psychiatrie und Sozialarbeit. Beispielsweise hat sie zusammen mit dem Erziehungswissenschaftler Jens Clausen das Buch *Soziale Psychiatrie, Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* verfasst.[2] Und von ihren Romanen sei exemplarisch der Titel *Der Praktikant, die Wölfin und das Amt* genannt.[3]

[1] Matern, W. (2016): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960-1980). Hg. von Franz-Werner Kersting. Münster: Ardey.

[2] Clausen, J., I. Eichenbrenner (2016): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 2., überarb. u. erw. Aufl.. Stuttgart: Kohlhammer.

[3] Eichenbrenner, I. (2005): Der Praktikant, die Wölfin und das Amt. 2. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Last – but not least – darf ich Ihnen auch Frau Ulrich vorstellen: Susanne Ulrich ist Jahrgang 1951, gehört also ebenfalls zu der Alterskohorte von Ilse Eichenbrenner. Aber sie ist in der ehemaligen DDR geboren, aufgewachsen und dort (in Rostock) auch beruflich aktiv gewesen – und dies zudem weit über die „Wende" von 1989/90 hinaus! Mit ihrer Präsenz in unserer Gesprächsrunde kommt also – neben dem schon genannten generationellen und institutionell-sozialräumlichen Faktor – noch eine dritte, systematisch gewählte historische Vergleichskategorie und -perspektive ins Spiel – die deutsch-deutsche Sicht: Wie stark wirkten sich die klaren politisch-gesellschaftlichen Unterschiede – hier Demokratie, dort Diktatur – auch auf das Feld der psychiatrischen Sozialarbeit in West- und Ostdeutschland aus? Wie groß war deren Nähe zueinander oder deren Ferne voneinander? Und wie flossen Gemeinsames und Trennendes schließlich mit und nach der „Wende" in die psychiatrische Sozialarbeit der „neuen" und „alten" Bundesländer ein? Auch diese Fragen sollen uns heute beschäftigen. Und dafür ist eine Stimme wie die von Frau Ulrich unverzichtbar!

1967 begann sie an der Universitätsklinik Rostock eine Ausbildung zur allgemeinen Krankenschwester. In dieser Funktion war sie ab 1970 in der Psychiatrischen Klinik der Universität Rostock tätig. Dort folgte die Weiterqualifizierung zunächst zur Stationsschwester und dann zur Fachschwester für Psychiatrie. Daran schloss sich die Zusatzausbildung zur sogenannten „Gesundheitsfürsorgerin" an. Dieser Abschluss entsprach in der Praxis dem, was im Westen unter „Sozialarbeit" verstanden wurde. Und so hat Frau Ulrich dann als Gesundheitsfürsorgerin bzw. Sozialarbeiterin von 1975 bis 2015 für die Rostocker Universitätspsychiatrie sowie für das Medizinische Zentrum Rostock-Mitte gearbeitet. Sie hat folglich lokale, DDR-spezifische sozialpsychiatrische Handlungsfelder und Hilfeangebote ebenso miterlebt und mitgestaltet wie auch deren Veränderungen in Folge von Mauerfall und Wiedervereinigung. Wir dürfen also auch auf ihre Erinnerungen und Diskussionsbeiträge sehr gespannt sein!

Die Gesprächs- und Diskussionsrunde möchten Herr Brückner und ich durch einige Leitfragen strukturieren und stimulieren, wobei Impulse der drei Akteurinnen selbst sowie wechselseitige spontane Bezugnah-

men untereinander ausdrücklich erwünscht sind. Im weiteren Verlauf möchten wir die Diskussion dann ins Plenum öffnen, Ihnen allen also ebenfalls Gelegenheit geben, Fragen an die drei Akteurinnen zu stellen oder auch eigene Eindrücke zu schildern. Unsere Einstiegsfrage an die Zeitzeuginnen lautet: Können Sie kurz eine Erfahrung aus Ihrer beruflichen Laufbahn schildern, die aus Ihrer Sicht besonders typisch ist für die psychiatrische Sozialarbeit? Wenn Sie, Frau Matern, vielleicht starten?

Waltraud Matern

Ja gerne. 1960 habe ich meine Arbeit in der westfälischen Heilanstalt Eickelborn aufgenommen. Das war eine große Einrichtung mit 1.800 Betten. Als ich dort hinkam, fand ich zunächst nur geschlossene Abteilungen vor, bis auf zwei Häuser auf jeder Seite, also auf der Frauenseite eine geöffnete Abteilung und auf der Männerseite auch. Ich erhielt einen großen Schlüssel und der Direktor[4] gab mir freien Zugang zu allen Stationen. Als ich diese dann besuchte, um eben die einzelnen Abteilungen und ihre Patienten etwas näher kennenzulernen und mich bei dem Pflegepersonal vorzustellen, sagte ein Arzt zu mir: „Sie waren heute auf meiner Abteilung und Sie haben mich nicht gefragt, ob Sie das dürfen." Das war so eine typische Erfahrung am Anfang. Hinzu kam später zum Beispiel, jetzt mache ich schon einmal einen zeitlichen Sprung, die besondere Erfahrung im Zusammenhang mit der geplanten Entlassung von Patienten, zunächst in Heime oder in Familien. Dabei erlebte ich im Gespräch mit den Patienten, dass ihre Kontakte zu den Familien und zu den Angehörigen fast gar nicht mehr bestanden. Daraufhin habe ich sehr viele Briefe geschrieben: „Bitte besucht doch eure Angehörigen!"

Eine weitere Erfahrung in der Einzelarbeit mit den Kranken war, dass diese alle in etwa die gleichen Probleme vortrugen. Es ging um die Schwierigkeit ihrer Behinderungen und sonstige Eigenarten, wobei sich aber zugleich zeigte, dass ihre sozialen Beeinträchtigungen auch mit erzeugt worden waren durch die geschlossene psychiatrische Unterbringung. Charakteristisch war ferner der Eindruck beim Blick in die Kran-

[4] Dr. Heinz Neujahr (1908-1966), von 1959-1965 Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn.

kenakten. Zuerst durfte ich die Krankengeschichten nicht lesen. Ich sollte den Betroffenen unvoreingenommen begegnen. Was mir dann bei der Lektüre auffiel, waren die durchgängigen Negativberichte. Also positive Dinge wurden offenbar gar nicht erlebt und notiert. Diese musste ich in meinen Einzelgesprächen mit den Patienten zum Teil erst einmal erfragen. Aber dann wurde auch vom Pflegepersonal Einiges über die betreffenden Kranken berichtet. Das mag jetzt zu Anfang erst einmal genügen, oder?

Franz-Werner Kersting
Ja danke, Frau Matern, sehr lebendiger Einstieg in die Anfänge Ihrer Arbeit!

Ilse Eichenbrenner
Da könnte man jetzt doch stundenlang weiter zuhören, total spannend, oder?

Franz-Werner Kersting
Ja, das ist richtig. Aber jetzt zunächst auch an Sie, liebe Frau Eichenbrenner, die Einstiegsfrage, was Ihnen in der Erinnerung besonders typisch erscheint für das Berufsfeld der psychiatrischen Sozialarbeit.

Ilse Eichenbrenner
Wo ich also sagen würde, darin kulminiert psychiatrische Sozialarbeit?

Franz-Werner Kersting
Ja genau.

Ilse Eichenbrenner
Für mich war die prägendste oder wichtigste Phase die Enthospitalisierung in Berlin, das heißt der Bettenabbau. Sie alle wissen, was damit gemeint ist.[5] Im Vorlauf dazu haben wir versucht, so etwas aufzubauen,

[5] Zwischen 1993 und 1998 wurden in Berlin 1.220 psychiatrische Klinikbetten abgebaut und gleichzeitig ambulante Strukturen ausgebaut; vgl. dazu Hoffmann, K-M. (2003): Enthospitalisierung und Lebensqualität. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

was man heute Hilfeplankonferenz nennt. In Berlin hieß das dann in jedem Bezirk anders, bei uns hieß das „Runder Tisch". 1993 haben wir das dann erstmals ausprobiert. Es war eine Runde, in der einzelne Klienten vorgestellt wurden. Das hatte damals auch schon mit der Enthospitalisierung zu tun. „Wo könnte der denn hin?", war die Frage. Das fand ich ungeheuer spannend, und viele Jahre lang war die Vorbereitung dieser Runde, dieses speziellen Gremiums, bei dem alle Träger des Bezirks auch anwesend waren, für mich das Aufregendste und Interessanteste. Hier glaubte ich, mein Know-how gut anwenden zu können – also mit den Klienten sprechen und schauen, was die für einen Hilfebedarf und für Wünsche haben und was da an Betreuung genau passen könnte. Das haben wir oft damals auch auf den Stationen in den Kliniken gemacht und dann mit allen besprochen. Das ging über viele Jahre hinweg und ist heute nicht mehr so toll, wie es früher mal war. Aber dieses Beispiel möchte ich eben in der Erinnerung besonders hervorheben.

Franz-Werner Kersting
Ja, danke schön, Frau Eichenbrenner! Wenn Sie das Mikro jetzt vielleicht direkt an Frau Ulrich weiterreichen?

Susanne Ulrich
Nun, das ist bei mir sicherlich ähnlich gewesen. Ich habe 1970 mit 19/20 Jahren frisch als Schwester in der Psychiatrie angefangen. Wir hatten damals in der Klinik riesige Wachsäle mit 12-15 Patienten, und meine erste Erfahrung mit der Psychiatrie war eigentlich das Gefühl der Angst. Ich hatte Angst vor den Patienten, ich hatte Angst vor diesen Räumlichkeiten, alle relativ dunkel. Ich weiß nicht, wer von Ihnen alte Psychiatrien kennt? Gitter vor den Fenstern, die Patienten teilweise nicht besonders gut eingestellt, weil wir damals auch nicht die entsprechenden Medikamente hatten. Das erste halbe Jahr war so für mich sehr schwierig. Danach wurde es besser, die Angst war weg, und man hat einfach versucht, auch mit den Patienten besser in Kontakt zu kommen. Was ebenfalls ganz wichtig war: Wir hatten in der psychiatrischen Pflege damals sehr viel Hilfspersonal, das heißt, hier arbeitete kaum Fachpersonal. Der Umgang mit den Patienten hat mich damals oft belastet, weil das Pflegeper-

sonal teilweise doch – ich will nicht sagen aggressiv, aber – sehr ruppig mit den Patienten umgegangen ist.

Für mich war es immer ganz wichtig, dass man einfach einen vernünftigen Kontakt zu den Patienten pflegt, so wie man es als Schülerin aus der Chirurgie oder der Inneren kannte. Aber dieser Umgang war eben in der Psychiatrie nicht ganz leicht umzusetzen. Diese Erfahrung und die Gesamtsituation dort in der Klinik haben mich geprägt. Aus der Angst ist nachher einfach Spaß an der Arbeit geworden. Es war sehr interessant mit den Patienten zu arbeiten. Man wurde neugierig: Was wird aus ihnen? Wie kommen sie hier aus der Klinik heraus? Was passiert nach der Entlassung im Zuhause und in der Arbeitswelt? Teilweise habe ich durch die Erzählungen über die schizophrene Vorstellungswelt von Patienten viel erfahren. Hierbei und bei anderen Dingen habe ich einfach auch viel Freude gehabt. Ich habe meinen Job in der Psychiatrie nie bereut und habe ihn immer sehr gerne gemacht. Mehr will ich eigentlich zunächst nicht sagen.

Burkhart Brückner

Allen drei Zeitzeuginnen zunächst ganz herzlichen Dank für diesen Einstieg! Mir fällt auf, dass wir hier zwei Seiten in allen drei Berichten sehen können. Wir können zum einen eine Defizitperspektive wahrnehmen, wie Frau Matern sie so plastisch beschrieben hat. Wir können uns durch ihren Bericht die Patienten in großen Wachsälen vorstellen. Und das, was offenbar Sie [Frau Matern] geschafft haben: Sie haben es Kontakt genannt. Frau Eichenbrenner, Sie haben es Bedarfswünsche der Klienten genannt, die plötzlich sichtbar wurden. Und Frau Matern, Ihnen war plötzlich klar, da sind Patienten, die entlassen werden wollen und die haben Wünsche. Sie haben also der Defizitperspektive eine Ressourcenperspektive entgegengesetzt – das ist die zweite Seite. Der Kontakt, der Bedarf, die Ressourcen der Klienten scheinen sozusagen ein Standbein der Sozialen Arbeit von Anbeginn gewesen zu sein. Und was mich interessiert in dem Zusammenhang: Wie haben Sie denn die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen erlebt? Wurden Sie in diesem Bemühen um Ressourcen, um Kontakt, um die Wünsche der Klienten auch von Ärzten oder Psychologen anerkannt, oder gab es Konflikte?

Waltraud Matern
Die Kontaktaufnahme zur Ärzteschaft und zum Pflegepersonal gestaltete sich schwierig, weil ja das totale hierarchische System herrschte. Nur der Arzt hatte was zu sagen, und was der anordnete, wurde gemacht. Das war also die große Schwierigkeit. Vielleicht ein Beispiel: Einmal wurde ich von einer Ärztin gebeten, für die Patientin M. eine Arbeitsstelle und Unterkunft zu suchen. Sie selbst, so die Ärztin, werde dann die endgültige Entscheidung treffen. Für mich stellte sich jetzt die große Frage: Wie gehe ich damit um? Ich habe dann mit der Patientin gearbeitet und ihren Wünschen entsprechend eine Stelle als Stationshilfe in einem Krankenhaus gefunden, wo sie sich dann aber zunächst erst einmal vorstellen sollte. Das berichtete ich der Ärztin. Die hatte natürlich erwartet, dass ich gleich zwei oder drei Stellen finden würde, was aber gar nicht möglich war, weil vor Ort immer gleich gefragt wurde: „Wie? Da kommt jemand aus der Psychiatrie? Wie gehe ich denn mit der Frau um?" Die Ärztin meinte: „Ich denke, Sie haben sie vermittelt und jetzt müssen Sie also die Patientin erst in der Arbeitsstelle vorstellen?" Das war also ganz unmöglich aus ihrer Sicht. Ich habe ihr dann gesagt, dass sie selbst die Entscheidung gar nicht treffen könne. Danach hat mir die Ärztin eigentlich gar nichts mehr gesagt, wenn es um weitere Vermittlungen ging. Es war also notwendig, dass man in einer solchen Situation seinen Standpunkt deutlich zum Ausdruck brachte, dass also – wie ich es jetzt einmal umschreiben möchte – das hierarchische System unterbrochen werden musste.

Ilse Eichenbrenner
Ich glaube, man sieht schon bei Frau Matern, es braucht eine gewisse Persönlichkeit, um sich durchzusetzen. Also bei diesem Thema „Hierarchie und verschiedene Berufsgruppen" sind wir jetzt vielleicht nicht so ganz die Typischen, weil – ich bin auch relativ durchsetzungsfähig. Ich habe es über viele Aktivitäten geschafft, eine relativ stabile Position zum Beispiel den Ärzten gegenüber zu haben oder mir zu erkämpfen. Als ich 1990 [in Berlin] von Spandau nach Charlottenburg gewechselt bin, war das mit dem Auftrag der Stadträtin verbunden, einen psychiatrischen

Notdienst aufzubauen. Also ein Vorläufer des Berliner Krisendienstes.[6] Da war ich überhaupt nicht erwünscht, weil man wusste, wenn der psychiatrische Notdienst kommt, muss der Sozialpsychiatrische Dienst bis 18 Uhr Präsenz haben und das wollte man auf keinen Fall. Ich wurde ohne eigenes Zimmer, ohne Schreibtisch, begrüßt, weil man irgendwie hoffte, mich wieder loszuwerden.

Und ich habe dann geschafft, glaube ich, zu einer anerkannten Mitarbeiterin zu werden, trotz einer schwierigen Chefin. Und ich bin dann Gruppenleiterin dieser Dienststelle geworden. Aber das ist nicht typisch. Ich glaube, es gibt ganz viele Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in diesem Bereich, die wirklich fast Erfüllungsgehilfen sind. Und es ist dann auch der Job der Gruppenleiterin, des Teams, der Supervision, daran was zu ändern. Das kann man. Da bin ich ganz überzeugt. Dafür braucht man aber Fortbildung. Ich bin auch ein großer Fan der DGSP, auch dort hat man dieses Selbstbewusstsein bekommen, um den Ärzten auch mal die Kante zu zeigen. Was durchaus notwendig ist.

Susanne Ulrich

Bei uns ist es so gewesen, dass ich ja in der Klinik schon fünf Jahre als Schwester gearbeitet hatte und dann anschließend in die Funktion einer Fürsorgerin wechselte. Ich kannte das Pflegepersonal und die Ärzte also bereits, was ein Vorteil war. Es gab diese Hierarchie bei uns nicht, im Gegenteil: Die Schwestern und auch die Ärzte waren dann eigentlich ganz froh, dass wieder eine Sozialarbeiterin da war, denn meine Vorgängerin war sehr lange krank gewesen und die Stelle ein Jahr lang nicht besetzt. Die eben genannten Schwierigkeiten kann ich also nicht schildern. Es ist immer ein Miteinander gewesen, wenn es zum Beispiel um Angehörige ging, oder wenn es um Zigaretten ging. Wer in der Psychiatrie gearbeitet hat, weiß es sicherlich: Das A und O in der Psychiatrie war gerade bei den männlichen Patienten die Zigarettenfrage. So waren die Schwestern immer heilfroh, wenn es hieß: „Frau Ulrich, können Sie heute Abend, wenn Sie einkaufen gehen, Zigaretten mitbringen?“ Dann hatten die

[6] 1998 wurde der Berliner Krisendienst als Zusammenschluss mehrerer Träger von bestehenden Kriseneinrichtungen mit einem Versorgungsauftrag für die gesamte Stadt gegründet.

Schwestern am nächsten Tag auch Ruhe, weil die Patienten eben etwas zu rauchen hatten. Das ist, denke ich, so ein typisches Beispiel aus meiner damaligen Arbeit in der Psychiatrie. Zur Zusammenarbeit mit den Ärzten kann ich sagen, dass wir schon zu DDR-Zeiten im Team gesessen und Einzelfälle besprochen haben: „Was können wir machen? Wie kann die Versorgung des Patienten aussehen? Geht es ins Pflegeheim?"

Wir hatten leider zu DDR-Zeiten keine Komplementär-Einrichtungen. Wir hatten nur diese sogenannten geschützten Brigaden, die in Firmen angesiedelt waren. In Rostock gab es das Fischkombinat. Das ist eine sehr große Firma gewesen. Und wir hatten den Überseehafen, ebenfalls eine sehr große Firma. Diese Betriebe hatten eben „geschützte Brigaden", wo wir unsere Patienten unterbringen konnten, die dann dort auch gearbeitet haben. Im Team wurde entschieden, wann und wo jemand wieder eingegliedert werden konnte. Anschließend wurde Kontakt zu den „Gemeindeschwestern" aufgenommen, wie die Kolleginnen damals hießen.

Ilse Eichenbrenner
Sozialdienst.

Susanne Ulrich
Sozialdienst? Nein, die Gemeindeschwestern! Heute sind das die Sozialstationen. Die Gemeindeschwestern haben sich dann teilweise auch um die Medikamentenvergabe gekümmert. Das werden Sie alle kennen, das war und ist ja bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung das Wichtigste, da sie häufig die Medikamente einfach weglassen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten, Psychologen, Schwestern, Musik-, Ergo- und Physiotherapeuten hat gut funktioniert. Da gab es nicht diese riesigen Schwierigkeiten.

Ilse Eichenbrenner
Ich nehme mal kurz Bezug drauf. Diese Geschichte mit „jeder psychisch Kranke konnte eine Arbeitsstelle bekommen", zum Beispiel in so einer Brigade, das war so eine Sache. Bei der Wende [1989] hat die DGSP auch Tagungen gemacht, und man hat sich gegenseitig besucht. Ich habe dann

immer gesagt: „Das müssen wir uns doch abgucken! Da kriegen die Klienten eine Arbeit“! Bei uns war das ja fast überhaupt nicht möglich. Ich habe ganz selten in meinem Sozialarbeiterleben erlebt, dass ein Klient aus der Arbeitslosigkeit wieder in eine Arbeit gekommen ist! Und ich dachte, wir könnten jetzt einfach sagen: „Ok, Wende ist Wende, DDR ist vorbei, aber das Recht auf Arbeit für jeden, das übernehmen wir“. Haben mich natürlich alle ausgelacht, aber ich sehe das auch heute noch so. Ich war neidisch, wir hatten damals einen Besuch gemacht in Ueckermünde, wo uns die Sozialarbeiterin das erzählt hat. War überhaupt kein Problem. Und wenn jemand in der Klinik war, dann musste jemand kommen vom „Kollektiv“ und ihn besuchen. Unglaublich.

Franz-Werner Kersting
Vielleicht kommen wir noch einmal zu den Anfängen zurück: Alle drei Zeitzeuginnen haben das Feld der psychiatrischen Sozialarbeit ja zu einer Zeit bestellt, als es noch gar kein methodisch-praktisches oder, wenn man so will, didaktisches Profil dieses Berufsfeldes gab. Dies gilt insbesondere für die Anfänge von Frau Matern. Daher zunächst an Sie, Frau Matern, die Frage, wie sich aus Ihrer Sicht dann die Sozialarbeit als Berufsfeld und auch als ein Ausbildungsfeld entwickelte? Zum Beispiel haben Sie ja zusammen mit anderen frühen Akteurinnen einen sogenannten Funktionsplan erstellt. Worauf kam es Ihnen dabei an und wie hat dieses Feld dann nach und nach an Profil gewonnen?

Waltraud Matern
Wie schon gesagt, habe ich 1960 angefangen. Ich war zunächst fünf Jahre lang die Einzige in Westfalen, die in dieser Funktion in der Psychiatrie tätig war. In der Folgezeit wurde auch in den anderen Landeskrankenhäusern immer jeweils eine Fachkraft für die Sozialarbeit eingestellt, damals alles noch Frauen. Nachdem dann ab 1962 das Bundessozialhilfegesetz Gültigkeit hatte, hießen wir nicht mehr „Fürsorgerinnen“ sondern „Sozialarbeiterinnen“. Und dann war es so, dass die Kolleginnen aus den anderen Krankenhäusern alle anriefen: „Hallo Waltraud, wie machst Du das? Wir haben hier folgende Situation vorgefunden. Wie gehen wir jetzt damit um?“ Daraufhin durfte ich mit Genehmigung der Personalabtei-

lung des LWL einen Arbeitskreis bilden und wir durften uns viermal im Jahr offiziell treffen. Einige der anderen Klinikmitarbeiter scherzten: „Ihr dürft hier jetzt also offiziell gemeinsam Kaffee trinken?!" Nun gut. Wir haben dann eben zusammengesessen, über die Probleme gesprochen und versucht, Lösungsmöglichkeiten zu finden. Dazu gehörte auch die Erarbeitung eines Funktionsplans, den wir anschließend in den Krankenhäusern und bei der Verwaltung vorgelegt haben. Damit sollte die Sozialarbeit überhaupt erst einmal richtig bekannt werden. Wir wollten deutlich machen, wie unsere Arbeit konkret aussah.

Burkhart Brückner
Können Sie den Funktionsplan vielleicht noch etwas genauer beschreiben?

Waltraud Matern
Ja, wie soll ich das sagen? Es ging um den Inhalt unserer Arbeit. So haben wir in dieser Zeit auch Casework-Fortbildung gemacht in Einzelarbeit und Gruppenarbeit. Wir haben dann beschrieben, was wir mit den Patienten besprechen, welche Nöte sie haben und welche Hilfen wir ihnen bieten.

Franz-Werner Kersting
Auf dem Buchcover der Erinnerungen von Frau Matern findet sich eine Grafik aus dem Funktionsplan: „Sozialplanung", „Einzelhilfe", „Gruppenarbeit" und „Gemeinwesenarbeit" – alle Teilbereiche zentriert auf „Sozialarbeit".[7] Es musste damals ja überhaupt erst einmal austariert werden, in welches komplementäre Verhältnis man diese Felder jetzt eigentlich setzt: Wie passen die Felder zusammen? Und was macht dann schließlich Sozialarbeit aus? Diese Formierung des beruflichen Profils war gewissermaßen auch Teil eines Aushandlungsprozesses zwischen den damaligen frühen Akteurinnen und der zuständigen Verwaltung. Darf ich, Frau Matern, vielleicht noch die Frage ergänzen, ob die Sozialarbeit Ihrer Meinung nach überhaupt ein therapeutischer Beruf ist?

[7] Wie Anm. 1; siehe den Wiederabdruck des Funktionsplans in diesem Band (Teil II).

Waltraud Matern
Ich würde das bejahen. Unser therapeutisches Selbstverständnis haben wir damals auch in dem vorhin schon erwähnten Funktionsplan zum Ausdruck gebracht. Wir wollten, dass die Milderung oder Behebung von Störungen, Konflikten, Behinderungen und Ausfällen im zwischenmenschlichen Verhalten als Teil unserer Arbeit verstanden wurde. Ich möchte diesen Anspruch einmal an einem Beispiel darstellen: An meinem zweiten Arbeitsplatz, in der Klinik in Marsberg, bin ich auch in einer geschlossenen Abteilung tätig geworden und erlebte dort Stationen mit 30 Patienten in engen Bettensälen. Die meisten Patienten saßen nur so herum. Ich hatte damals die soziale Gruppenarbeit erlernt und wollte das dann auch in die Praxis umsetzen. Ich habe die Betroffenen gebeten, einen Stuhlkreis zu bilden. Die Patienten sprachen dann aber zunächst gar nicht. Sie wussten nicht, was sie sagen sollten. Dann habe ich selbst einfach mal angefangen, zunächst mit Gesellschaftsspielen wie „Mein rechter Platz ist leer!" Dann konnte zum Beispiel die Inge sagen: „Ich will lieber die Rosi hier neben mir haben und nicht die, die die Schwester bestimmt."

Später waren auch einmal Studenten zu Besuch, sie haben eine Gruppenarbeit miterlebt und ich dachte, vielleicht sagen die Patienten jetzt was. Und ich war dann also, wenn ich das sagen darf, auch etwas stolz, weil nämlich eine Patientin vor allen sagte: „Ich will mich mal über die Schwester beschweren. Immer wenn ich in der warmen Badewanne sitze, kommt die und zieht den Stöpsel raus." Andere berichteten dann, wie schnell sie sich morgens waschen mussten, um pünktlich zum Frühstückstisch zu kommen. Sie hatten es nur geschafft, sich die Hände zu waschen. Und das passte, reichte ihnen nicht. Auf diese Weise wurden die Patienten jetzt dazu erzogen – nicht erzogen, besser: geführt, dass sie selber über ihre Probleme sprechen konnten. Aus solchen und ähnlichen Situationen entwickelte sich dann die Einsicht, dass auch die Strukturen auf den Stationen geändert werden mussten. Das war meines Erachtens schon ein erster echter Fortschritt.

Burkhart Brückner
Das ist natürlich ein enormer Fortschritt! Mir fällt dabei das Wort von Dorothea Buck ein über die „gesprächslose Psychiatrie" und da sehen wir hier diesen Fortschritt. Ich möchte nun gerne den Ball weiter geben an die beiden anderen Zeitzeuginnen mit der Frage von Herrn Kersting. Es ist eine ganz wichtige Frage: Ist Soziale Arbeit ein therapeutischer Beruf?

Ilse Eichenbrenner
Die erste Frage war ja auch noch, wie die psychiatrische Sozialarbeit entwickelt wurde. Also ich nehme das jetzt als Frage: Haben wir das gelernt oder gab es schon das Berufsbild? Ich finde, es war bei mir fast noch unsystematischer als bei Ihnen, Frau Matern. Sie haben von Casework und von Gruppenarbeit gesprochen, ich war vorher Erzieherin und hatte daher ein Grundwissen und habe dann ein verkürztes Studium gemacht, das konnte man als Erzieherin. Und in diesem Studium wurde gestreikt. Es gab Einheitszensuren und es wurde gestreikt. Es war in den wilden 70er Jahren und ich habe im Studium überhaupt nichts gelernt. Das habe ich versucht zu beschreiben in meinem Beitrag zu dem Buch *40 Jahre Psychiatrie-Enquete*.[8] Ich kann deshalb die Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit nicht trennen von den Arbeitsgruppen in der DGSP und in der BGSP (Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) sowie von dem Buch *Irren ist menschlich*.[9] Das ist zwar überhaupt kein Buch für die psychiatrische Sozialarbeit, aber für mich war *Irren ist menschlich* mein Lehrbuch, aus dem ich versucht habe, Dinge heraus zu ziehen für das Team im Sozialpsychiatrischen Dienst. Ich habe alles von den Mitarbeitern dort gelernt, von Kollegen, von den Ärzten. In Spandau waren das hochkompetente Ärzte, die mir auch viel über Psychodynamik berichten konnten. Und vielleicht stammt daher auch der Ehrgeiz, damals mit Jens

[8] Eichenbrenner, I. (2015): Entwicklung einer alltagsorientierten Methodenkompetenz. In: Armbruster, J., A. Dieterich, D. Hahn, K. Ratzke (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 466-477.

[9] Dörner, K., U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, F. Wendt (2019; Hg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Aufl.. Köln: Psychiatrie-Verlag 2019 (Erstausgabe: Dörner, K., U. Plog, C. Teller (1978), Bonn: Psychiatrie-Verlag).

Clausen für den Lambertus Verlag das erste Lehrbuch für Sozialarbeit in der Psychiatrie zu schreiben.[10] Weil, ich wüsste nicht, dass es eins vorher gegeben hat.

Ich denke durchaus, dass es ein therapeutischer Beruf ist. Ich weiß aber, dass das in unserer Berufsgruppe sehr, sehr umstritten ist. Es gibt sehr viele Sozialarbeiterinnen gerade im Sozialpsychiatrischen Dienst, die gerne abwimmeln mit dem Hinweis „Ich bin doch keine Therapeutin, ich lasse mich doch nicht auf den Patienten ein, ich muss dann Beziehungsarbeit machen, das machen aber doch Psychotherapeuten und ich bin dafür gar nicht geschult". Ich sehe das völlig anders, aber ich weiß, da gibt es einen großen Dissens.

Susanne Ulrich

Bei uns war manches ähnlich. Meine Krankenschwesternausbildung und meine Fürsorgerinnenausbildung fielen ja, wie gesagt, in die DDR-Zeit. Entsprechend war da sehr viel Marxismus-Leninismus als Unterrichtsstoff, was ich aber letztendlich nicht für meine Arbeit als Sozialarbeiterin brauchte. Qualifizierte Sozialarbeit, die Ausbildung, hatte ich mir immer anders vorgestellt, nicht so, wie es gelaufen ist. Wie man so schön sagt: „Learning by doing!" Wir haben natürlich untereinander Kollegen befragt: „Kannst Du helfen? Wie hast Du das gemacht? Wie hast Du das geregelt?" Aber ein Konzept gab es leider nicht. Mit Hilfe der ärztlichen Kollegen und der Psychologen haben wir mehr oder weniger alleine versucht, eine kompetente Lösung für die Patienten zu finden.

Schließlich auch von meiner Seite noch zu der Frage nach dem therapeutischen Beruf: Ja, dass wir gleichzeitig immer auch therapeutisch arbeiten, sehe ich ebenfalls so wie meine beiden Kolleginnen. Alle unter Ihnen, die schon mal im Krankenhaus gearbeitet haben, wissen, wie wenig Zeit unsere Ärzte haben, weil der Papierkram, der ganze Bürokratismus, die Besprechungen etc. immer mehr zunehmen. Die Patienten sagten dann oft: „Frau Ulrich, kann ich noch mal zu Ihnen hochkommen, ich habe da noch so ein paar Dinge, die geklärt oder geregelt werden müssen" (Schwerbehinderten-Ausweis, finanzielle Fragen, berufliche

[10] Wie Anm. 2.

Angelegenheiten usw.). In dieser Situation waren wir dann immer Ansprechpartner für die Patienten und ihre Angehörigen. Teils umfasste unsere Arbeit auch Gruppenarbeit mit Angehörigen von Betroffenen. Sie wurden über psychische Erkrankungen, medizinische Therapien, Möglichkeiten der Nachsorgeeinrichtungen und über andere Hilfsangebote in Rostock und Umgebung informiert.

Franz-Werner Kersting
Lassen Sie mich an dieser Stelle zu einer weiteren Frage an unsere drei Akteurinnen kommen, nämlich die, wie es nach ihrer Erinnerung speziell um ihre Rolle als Frau in der fraglichen Laufbahn und im Berufsalltag bestellt war. Ausgangspunkt der Frage ist die Beobachtung, dass Soziale Arbeit auch heute noch überwiegend von Frauen ausgeübt wird und dass dies in der Frühphase des Berufes fast ausschließlich der Fall war. An dieser Stelle kommt also die Kategorie Geschlecht mit ins Spiel: Gab es aus Ihrer Sicht spezifische Erfahrungen, die mit Ihrer Rolle als Frauen zu tun hatten? Gab es besondere Widerstände? Oder war dieser Umstand vielleicht auch eine Ressource, die manches erleichtert hat?

Waltraud Matern
Ich will das kurz unter dem Aspekt der Geschlechter allgemein beantworten: Den späteren Zugang auch von männlichen Kollegen habe ich nicht mehr so intensiv miterlebt. Die Ersten rückten gewissermaßen in die Landeskrankenhäuser ein zu der Zeit, als wir mit dem erwähnten Arbeitskreis und dem Funktionsplan begannen. Und für diese Arbeit war der Zugang doch insgesamt sehr fruchtbar, würde ich sagen. Es war wichtig, dass auch Männer in der psychiatrischen Sozialarbeit tätig wurden.

Ilse Eichenbrenner
Ich kann dazu gar nicht viel sagen, denn es waren überwiegend Frauen und ich habe mir darüber nie Gedanken gemacht. Ich war allerdings Opfer von Gewalt im Rahmen meiner Tätigkeit. Das wäre ich vielleicht als Mann nicht geworden. Insofern eher eine nachteilige Erfahrung, also der eher körperlichen Schwäche, wenn jemand sehr gewalttätig ist.

Susanne Ulrich
Ja, bei uns in der DDR sowie danach ist die psychiatrische Sozialarbeit eigentlich ebenfalls ein reiner Frauenberuf gewesen. Erst in den letzten Jahren sind auch einige Männer dazugekommen, was aber eben nicht typisch war. Gestört hat mich das nie. Gewalt habe ich zum Glück nicht erfahren müssen. Ich erinnere mich jedoch an eine Situation aus meiner Arbeit beim Medizinischen Zentrum Rostock-Mitte: Dort haben wir sehr viel Hausbesuche gemacht, auch weil Patienten zum Beispiel nicht zum Spritzen zu uns gekommen sind. Und da ich im ersten Beruf Schwester gewesen bin, habe ich dabei immer mein Köfferchen mitgehabt. Nachdem ich dann einmal einen Patienten gespritzt hatte, meinte er, da er nun ausgezogen wäre, könnte ich mich praktisch zu ihm legen. Ich daraufhin Köfferchen zu und schnell weg! Aber Gewalt ist es in dem Sinne nicht gewesen. Ich konnte das noch ganz gut abwehren.

Burkhart Brückner
Vielleicht kann ich an dem Thema „berufliches Profil" anknüpfen, also an dem, was Soziale Arbeit im Kern ausmacht. Sie haben es schon in Ihren Beiträgen anklingen lassen, dass Sie auch Neuerungen eingeführt haben. Wo es Neuerungen gibt, gab es möglicherweise auch Missstände oder Lücken in der Versorgung. Können Sie vielleicht schildern, wie Sie, als Sie solche Missstände bemerkt haben, darauf reagiert haben? Oder ob Sie überhaupt Lücken in der Versorgung gesehen haben, die die Sozialarbeit ausfüllen konnte?

Waltraud Matern
Ich kann vielleicht wiederum ein praktisches Beispiel bringen: Es war auf der Station, die ich vorhin schon mal beschrieben habe, wo die Patienten gar nicht sprechen konnten, sodass sie also auch keine eigenen selbstständigen Möglichkeiten hatten. Es gab damals schon ein gesetzliches Taschengeld für alle Patienten. Das stand ihnen selbst aber gar nicht zur Verfügung, sondern die Schwester hatte etwa 30 Portmonees mit Namen bezeichnet in der Schublade ihres Schreibtisches liegen. Da kamen die Patienten überhaupt nicht dran. Mir war es dagegen einfach wichtig, dass die Patienten auch Zugang zu ihrem Geld erhielten. Ich habe dann also

einen Spaziergang zu einem Café vorbereitet und dabei die Schwester doch sehr darum bitten müssen, jedem Patienten das Portmonee mit seinem Geld zu geben. Mit dem Café habe ich vorher besprochen, dass ich mit einer Gruppe von Patienten kommen und Wert darauf legen würde, dass diese ihren Kuchen selbst aussuchen. Die kriegten doch sonst immer alles nur vorgesetzt. Ferner sollten die Patienten den Kuchen auch selbst bezahlen können, wenngleich das sicher lange dauern würde, weil sie das zum ersten Mal machten. Das Café war einverstanden, und so ist es mir dann gelungen, wieder einen Anstoß zu etwas mehr Selbstständigkeit der Patienten zu geben.

Franz-Werner Kersting
Sehr interessant und anschaulich, liebe Frau Matern! Stichwort Neuerungen: Was können Sie, Frau Eichenbrenner, denn dazu sagen?

Ilse Eichenbrenner
Etwas ganz Banales: Es gab keine Zusammenarbeit der Akteure in den Bezirken und dann hatte man die wunderbare Idee, man könnte eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft aufbauen. In der DGSP gab es den Auftrag, wo es noch keine gibt, haben wir die aufzubauen. Insofern war ich dann involviert in den Aufbau der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Spandau. Ein Missstand wurde behoben. Aber am Anfang wurde mir dann angewiesen, dass ich das auf gar keinen Fall in meiner Arbeitszeit machen dürfe. Das wäre ja sozusagen ein privates Hobby. Das hat sich dann relativ schnell geändert. Heutzutage ist das auch nichts Originelles mehr, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gibt es inzwischen überall. Aber sie waren notwendig, eindeutig.

Susanne Ulrich
Ein Riesenproblem bei uns war, dass nach der „Wende" viele Betriebe dichtgemacht haben und viele Patienten entlassen wurden. Es kamen massenhaft Wohnungskündigungen hinzu, weil Vermieter sich gestört fühlten. Sie kennen das: Es gibt Patienten, die nachts laut Musik hören, weil sie auch einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus haben, und dann laut in der Wohnung randalieren. Das war also ein Riesenproblem und

daher waren wir sehr froh, als sich dann zwischen 1995 und 2000 die Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik in Rostock etablierte. Sie entstand aus einem Projekt und fing mit den ersten betreuten Wohnformen an, wo wir dann sagten: „Gott sei Dank, jetzt haben wir eine Möglichkeit, die Patienten unterzubringen!" Die Patienten haben teilweise in Obdachlosenunterkünften gewohnt, was für psychisch Erkrankte völlig ungeeignet war. Aber man wusste eben teilweise nicht wohin mit den Patienten. Es wurden in den Jahren 1990-2000 einige Pflegeheime gebaut, in denen zum Teil schwer chronisch Kranke untergebracht werden konnten. Es war also schon eine schwierige Zeit für die optimale Versorgung der Patienten.

Bei der Suche nach Unterbringungsmöglichkeiten haben wir dann oft auch versucht, Patienten an andere Bundesländer abzugeben, weil bei uns eben einfach nicht genügend Einrichtungen zur Verfügung standen. Die westlichen Bundesländer hatten mehr und größere Einrichtungen, waren aber natürlich auch nicht unbedingt immer begeistert, unsere Patienten abzunehmen. Hinzu kam damals noch das Problem mit den Sozialämtern, von denen wir nicht immer die Kosten bewilligt bekommen haben. Das ist also das nächste Problem gewesen, das schon riesig schwierig war, muss ich sagen.

Franz-Werner Kersting
Ja, danke schön!

Burkhart Brückner
Ich möchte im Anschluss eine These in den Raum werfen: Sozialarbeiterinnen sind oder waren in Westdeutschland Personifikationen der Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre. Würden Sie dieser These zustimmen? In diesem Sinne wären Sozialarbeiterinnen gewissermaßen die Personifikation der Reform, welche die Beziehungsarbeit in die Anstaltspsychiatrie, in die „gesprächslose Psychiatrie", bringen. Sie haben letzten Endes durch die Entwicklung der Profession auch die Entwicklung vom medizinischen Modell der 60er/70er Jahre hin zum bio-psycho-sozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell gefördert. Würden Sie

dem zustimmen, dass Sie genau diese Entwicklung in Ihrer eigenen Arbeit „personifizieren" und die Soziale Arbeit dies auch als Fach repräsentiert?

Waltraud Matern
Das weiß ich gar nicht.

Ilse Eichenbrenner
Also, Frau Matern, Sie waren das zweifellos! Da habe ich überhaupt gar keine Zweifel. Ich bin ganz einig und ich finde auch, wir waren Gewinnerinnen der Reform. Ich habe mal einen Beitrag geschrieben zu diesem Thema.[11] Für uns hat sich auch am meisten verändert. Unser Profil hat sich verbessert, unsere Tätigkeit wurde immer interessanter. Das wird jetzt wieder viel langweiliger, weil wir dauernd nur noch Gutachten machen müssen. Aber es war die hohe Zeit der psychiatrischen Sozialarbeit. Also wir waren die Akteure. Wir sind, glaube ich, das Synonym und wir sind auch die Gewinnerinnen der Psychiatriereform.

Waltraud Matern
Ich denke schon, dass wir viel in Bewegung gesetzt haben. Es gehörte natürlich auch dazu, dass sich nach und nach Stationen öffneten. Viele fragten: „Oh, wenn die jetzt alleine nach draußen gehen, kommen die wohl auch wieder zurück?" Und sie kamen zurück! Das war das große Wunder, auch für das Pflegepersonal, dass die wieder zurückkamen und gleichzeitig lernten, in der Kleinstadt Marsberg in Geschäfte zu gehen und einzukaufen. Viele von ihnen berichteten dann, wie wohl sie sich dabei gefühlt hätten und was das für sie bedeutete. Also ich denke schon, dass wir reformiert haben. Wir haben nicht nur dem Einzelnen geholfen, in seinem Leben weiter zu kommen, sondern auch mitgeholfen, die Strukturen im Krankenhaus zu verändern.

[11] Eichenbrenner, I. (2009): Zwischen Lebensfeldorientierung und Psychotherapie – Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen die Reformgewinner? In: Die Kerbe. Forum für Psychiatrie 27, (1), S. 15-17. Vgl. den Wiederabdruck des Artikels in diesem Band (Teil II).

Franz-Werner Kersting
Auch Frau Ulrich noch dazu?

Susanne Ulrich
Letztendlich ging es uns und mir in Rostock ähnlich. Wir konnten in unserem Beruf eigenständig entscheiden, wie man die Dinge im Interesse der Kranken klärt und regelt. Wir haben nie Vorschriften bekommen. Und ich denke, es spricht für eine gute Arbeitsatmosphäre, wenn man gemeinsam im Team mit dem Patienten nach relevanten Strategien für ihn gesucht hat. Insofern sehe ich das ähnlich wie Frau Eichenbrenner und Frau Matern. Das war schon ein sehr positiver Teil der Arbeit.

Franz-Werner Kersting
Burkhart Brückner hat ja vorhin sehr schön formuliert, dass die weibliche Sozialarbeit ein Stück weit die „Personifizierung" des Reformprozesses seit den 1960er und 70er Jahren gewesen ist, dass die Sozialarbeiterinnen vor Ort gewissermaßen die Speerspitze waren, wenn es um die Implementierung der einzelnen Reformideen ging. Den ersten Kontaktaufnahmen mit den Patienten und den ersten Anstößen zur Öffnung der Kliniken folgten Bemühungen, Versorgungsformen auch jenseits der Anstaltsmauern zu etablieren. Und in diesem Prozess hat die Sozialarbeit offenkundig einen hohen alltagspraktischen Wert gehabt. Frau Matern konnte in Marsberg die erste Wohngruppe außerhalb des damaligen Landeskrankenhauses gründen. Später hat sie auch in der Psychiatrie-Enquete mitgearbeitet, ist in deren Arbeitsgruppen mit vielen bekannten Experten und Reformpsychiatern wie Heinz Häfner oder Caspar Kulenkampff zusammengetroffen. Daher an Frau Matern die Frage, wie sie rückblickend den Wert ihrer damaligen Expertise für die Enquete-Arbeit einschätzt.

Waltraud Matern
Ich denke, dass es ganz wichtig war, dass wir den Experten erzählten und berichteten, wie es genau in der Psychiatrie aussah. Die Ärzte gingen ja zur Visite über die Stationen, grüßten/begrüßten alle freundlich und

gingen wieder weg. Was sich also sonst auf der Station abspielte, wussten die gar nicht richtig. Das konnten wir ihnen dann berichten. Und nach diesen Berichten, auch den Negativberichten, konnten sie natürlich ihre Reformvorschläge entwickeln. So habe ich das gesehen.

Franz-Werner Kersting
Wenn die Sozialarbeit aber, vor allen Dingen auch im Kontext der Umsetzung der Psychiatriereform, so eine große Bedeutung hatte und uns heute auch sehr präsent ist – Gemeindepsychiatrie, gemeindespsychiatrische Konzepte sind ohne diese Funktionsgruppe ja nicht denkbar –, wieso ist dann die Geschichte Ihres Berufsfeldes, in die Runde gefragt, trotzdem so lange in Vergessenheit geraten. Wie würden Sie das erklären?

Waltraud Matern
Ja, wie soll man das erklären?

Ilse Eichenbrenner
Das hört sich bei Ihnen, Herr Kersting, ja so an, als wäre diese Geschichte jetzt nicht mehr vergessen. Sie ist unverändert vergessen!

Franz-Werner Kersting
Wir sind heute ja dabei, das zu ändern, einen ersten Anstoß dafür zu geben. In diesem Kontext steht meine Frage.

Ilse Eichenbrenner
Ich habe gestern und vorgestern zwei Vorträge gehört von Herrn [Stefan] Priebe. Es waren Vorträge, die sollten eigentlich um die Bedeutung der Psychiatrie gehen, um das Image der Psychiatrie. Und in den Vorträgen kamen nur Psychiater vor. Aus meinem Erleben besteht die Psychiatrie, zumindest in Berlin, inzwischen zu 90 % aus ambulanter Psychiatrie. Da gibt es so gut wie keinen Psychiater. Und es gibt noch so eine kleine Sache am Rand, eben in der Klinik. Aber das Zentrum der Psychiatrie ist meiner Ansicht nach inzwischen die Gemeindepsychiatrie mit all den vielen Berufsgruppen. Da gibt es eine bestimmte Berufsgruppe, die meint, sie ist das Zentrum der Welt, und die uns nicht wahrnimmt.

Franz-Werner Kersting
Frau Ulrich, wie ist es aus Ihrer Sicht zu erklären, dass es in der öffentlichen retrospektiven Wahrnehmung und Erinnerung gewissermaßen diese verschüttete Tradition gibt, dass also die Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit eine Art Grauzone oder Dunkelzone geblieben ist, obwohl doch die historische Forschung gerade in den letzten Jahren vieles unternommen hat, um die Psychiatriegeschichte in Ost und West genauer auszuleuchten?

Susanne Ulrich
So ein bisschen hängt das, denke ich, mit der Hierarchie in der Medizin zusammen. Schauen Sie sich mal in den Kliniken um: Ich glaube, ganz oben steht die Innere Abteilung, toll, attraktiv. Dann kommt vielleicht die Chirurgie, dann kommt, ich weiß nicht welches Fachgebiet, und die Psychiatrie rangiert hinter der Neurologie relativ unten in der Hierarchie. Also ich vermute, dass das auch damit zusammenhängt. Ich weiß es nicht, es ist eine Vermutung.

Burkhart Brückner
Das heißt, wir haben es hier, wenn von Psychiatrie gesprochen wird, mit einer Identitätsfrage des Fachs zu tun und auch mit einer aktiven Verdrängung? Die Psychiatriehistoriker müssen sich ja fragen lassen, ob die Multiperspektivität, das „Bio-Psycho-Soziale", in der geschichtlichen Aufarbeitung mitberücksichtigt wird. Wir können es nicht nur auf die Akteure vor Ort schieben, sondern müssen uns auch fragen, wie wir Geschichte schreiben wollen. Wen beziehen wir hier mit ein, welche Perspektive? Das betrifft ja auch die Erneuerung der Psychiatriegeschichte durch die Perspektive der Patienten und Patientinnen als Psychiatrieerfahrungsgeschichte. Ebenso müsste die Soziale Arbeit eine Geschichte bekommen, gerade wenn, wie wir es gerade herausgearbeitet haben, diese Geschichte so wichtig war, um Reformentwicklungen zu repräsentieren. Bei Ihrem Beitrag, Frau Matern, ist mir folgendes aufgefallen: Sie sagten, „wir" haben den Kontakt vor Ort zu den Patienten und Patientinnen gemacht und „wir" haben den Ärzten erzählt, wie es eigentlich

im Alltag zugeht, aber die Reform, die Vorschläge, die Konzepte haben dann die Ärzte gemacht. Aber inwiefern war es denn eigentlich in der Enquetekommission möglich, Geschichte zu machen, und wie weit haben Häfner, Kulenkampff oder Hans Hippius Ihnen denn auch zugehört und es Ihnen ermöglicht, Sozialarbeit als Profession einzuführen, als Berufsfeld?

Waltraud Matern
Ich weiß nicht, ob das jetzt ein gutes Beispiel ist, aber als in dem Reformbericht der Enquetekommission dann auch verlangt wurde, dass Kontakte zur Außenwelt und zu den Familienangehörigen hergestellt werden müssten,[12] da hatte ich ein großes Aha-Erlebnis, denn das hatte ich ja in Eickelborn seit 1962/63 schon laufend gemacht. Ich hatte unzählige Briefe an die Angehörigen geschrieben: „Kommt doch mal und besucht Eure Leute und nehmt den Kontakt wieder auf!" Das Krankenhaus Eickelborn liegt bei Soest und viele Patienten kamen von weither, vor allem aus dem Ruhrgebiet. Da hatten die Angehörigen immer 80 Kilometer oder mehr zu fahren und schilderten dann, mit welchen Umständen sie also nach Eickelborn gelangt waren, wie sie dort empfangen wurden, und dass sie auch Angst hatten: „Wir gehen dann zur Abteilung, der Pförtner sagt uns, wo die Patienten sind, und wir klingeln dann und die Schwester oder der Pfleger macht uns auf und lässt uns rein und schließt dann wieder ab." Auch die Angehörigen hatten also ein unangenehmes Gefühl und es war eine ganz schwierige Aufgabe, die Kontakte mit den Familien wiederherzustellen, mit den Leuten zu sprechen und ihnen zu helfen. Ich weiß nicht, ob dieses Beispiel wichtig ist.

Franz-Werner Kersting
Ja, das ist wichtig.

[12] Vgl. Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, S. 21, 196, 219, 227.

Burkhart Brückner
Ich glaube, der Bundesverband der Angehörigen ist 1985 gegründet worden – was letzten Endes auch dazu führte, dass die Angehörigen als Gruppe mit wahrgenommen worden sind.

Ilse Eichenbrenner
Eine Meldung aus dem Publikum!

Burkhart Brückner
Ja, wir können die Diskussion jetzt gerne auch ins Publikum öffnen.

Ekkehart Kumbier
Arbeiten in der Psychiatrie heißt nach meinem Verständnis immer auch sozial arbeiten, weil der Kontakt zum Menschen immer ein sozialer ist und ohne das soziale Umfeld eine erfolgreiche Behandlung und Hilfe gar nicht stattfinden kann. Jetzt stellt sich für mich die Frage, inwieweit ist das spezifisch für die Psychiatrie? Denn es betrifft ja die gesamte Medizin. Also das wäre jetzt eine Frage an alle drei Zeitzeuginnen: Wie sah das denn in den Nachbarfächern aus? Wie war dann die Zusammenarbeit, der Austausch oder die Aufbauhilfe in anderen Fächern? Das wäre die erste Frage. Und speziell an dich Susi [Frau Ulrich]: Fürsorge kann auch immer zwei Seiten haben, je in Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Verhältnissen. Wenn wir jetzt für die DDR von einer Diktatur ausgehen, mit den geschützten Brigaden. Wie war das denn? Da sind die Patientinnen, die psychisch Kranken, in ihr gewohntes Arbeitsfeld zurückgekommen, in ihre Brigaden. Sie sind wiederaufgenommen worden, mit dem Ziel, wieder ihre Arbeit zu beginnen auf der einen Seite. Auf der anderen Seite standen sie damit aber auch unter einer gewissen sozialen Kontrolle. Wie weit ging diese Kontrolle, gerade bei gesellschaftlichen Anlässen, Feiertagen, bei Patienten, die möglicherweise als störend empfunden worden sind? Vielleicht gab es das auch in der Bundesrepublik. Also es ist die Frage, ob das nicht auch unter demokratischen Strukturen noch eine Rolle spielt. Speziell jetzt für die DDR: Dienten diese geschützten Brigaden auch der sozialen Kontrolle und hatten sie damit im Machtgefüge der Diktatur letztlich auch eine Aufgabe?

Susanne Ulrich

Ich fange mal mit dem ersten Punkt an: Ich kann es recht schwer beurteilen, wie es in den anderen Kliniken zu DDR-Zeiten gewesen ist. Aber aus der eigenen Klinik kenne ich das. Ich habe als Sozialarbeiterin mal zehn Tage in der Chirurgie ausgeholfen, und in der Chirurgie bist du eigentlich nur damit beschäftigt, Reha-Anträge zu stellen, Schwerbehindertenausweise zu beantragen usw. Da kümmert sich kein Mensch um irgendwelche Angehörigen, vielleicht noch mal um Garderobe für einen Obdachlosen. Die Kollegen aus anderen Kliniken haben bei uns in der Klinik angerufen und nach Kleidungsstücken gefragt, da wir eine Kleiderkammer für Patienten hatten. Ansonsten hatte man hier mit sozialen Dingen relativ wenig zu tun.

Um noch mal auf die geschützten Brigaden zurückzukommen: Ich weiß, wir hatten im Fischkombinat eine geschützte Brigade für Alkoholiker. Und da ist der Brigadier – heute heißt das, glaube ich, Vorarbeiter – morgens losgezogen und hat den Patienten von zu Hause abgeholt, wenn der nicht zur Arbeit kam, weil er ja befürchtete, dass der Patient eventuell wieder getrunken hatte. Es ist natürlich nicht so weit gegangen, dass diese Brigade-Mitglieder die Patienten dann zu Weihnachten oder an anderen Feiertagen mit nach Hause genommen haben. Da waren die Patienten schon alleine. Aber die Brigadiers sind wirklich losgezogen, haben sich gekümmert. Und wenn die mitgekriegt haben, dass der Patient wieder getrunken hatte, sind sie auch mit dem Patienten zur stationären Entgiftung in unsere Klinik gekommen. Das war der Vorteil bei uns „alten Hasen" in der Psychiatrie. Weil wir sehr lange in der Psychiatrie gearbeitet haben, kannten wir uns untereinander. „Mensch, Frau Ulrich", hieß es dann, „der hat wieder getrunken. Können Sie bitte mit der Aufnahme sprechen, dass der Patient wieder aufgenommen wird? Nicht dass der wieder ins Delirium fällt." Es hat also auch sehr viele Vorteile gehabt, wenn man lange Jahre in der Psychiatrie tätig war. Das hat gut funktioniert mit diesen geschützten Brigaden und hat den psychisch Kranken und Alkoholikern etwas Halt und Sicherheit gegeben.

Die psychisch Kranken haben zu DDR-Zeiten fast alle gearbeitet. Die Effektivität ist sicherlich nicht besonders gut gewesen, aber es war für das Selbstwertgefühl der Patienten sehr wichtig. Die Patienten haben

teilweise hoch dosierte Medikamente bekommen, die einige Nebenwirkungen hatten, zu denen auch Antriebslosigkeit und Müdigkeit gehörten. Umso höher war die Leistung anzusehen, die im Job gebracht wurde. Ich hatte einen ärztlichen Kollegen, der diese Medikamente immer mal selbst ausprobierte. Einmal mussten wir abends die Frau des Arztes anrufen und sie bitten, ihren Mann abzuholen, da dieser durch die Medikamente so beeinträchtigt war, dass er nicht allein nach Hause kam. Wir haben uns immer wieder gewundert, wie Patienten unter Medikamenten arbeiten konnten. Und man hat schon ein bisschen berücksichtigt, dass die nicht diesen Druck hatten, die volle Arbeitsleistung zu bringen, wie das die Gesunden mussten.

Ekkehardt Kumbier
Versuchte der Staat nicht die Einflussnahme auch zu nutzen?

Susanne Ulrich
Ja, sicher, es ist ja zu DDR-Zeiten so gewesen. Es gab ein Gesetz, es musste jeder arbeiten. Wer nicht arbeiten gegangen ist, kam in ein Arbeitslager und wegen Arbeitsbummelei in den Strafvollzug. Man hatte die Pflicht zu arbeiten.

Franz-Werner Kersting
Ich sehe noch eine weitere Wortmeldung aus dem Plenum, bitte schön!

NN1
Ich habe den Eindruck, dass die Identitätsbildung und -findung des Faches Klinische Sozialarbeit noch gar nicht abgeschlossen ist. Ich denke, die Stärke ist es, dass sie sehr klientenzentriert arbeiten, aber es ist gleichzeitig auch eine Schwäche. Wenn man heute in den Krankenhäusern sieht, die sind immer noch hierarchisiert. Es gibt den Stationsarzt, den Oberarzt, den Chefarzt, den ärztlichen Direktor. Auf der Pflegeseite gibt es auch diese Hierarchisierung. Und in der Sozialarbeit, zumindest in den Krankenhäusern, die ich so kenne, gibt es halt den Sozialarbeiter oder den Sozialdienst, aber es gibt keinen Chef des Sozialdienstes. Keine Hierarchisierung. Fehlt die Hierarchisierung für die Identitätsbildung?

Franz-Werner Kersting
Frau Eichenbrenner, vielleicht dazu? Würden Sie auch sagen, dass die Identitätsbildung Ihres Faches im Grunde noch gar nicht an ihr Ende gelangt ist?

Ilse Eichenbrenner
Wenn es um das Krankenhaus geht, kann ich nicht viel dazu sagen. Es gibt den leitenden Sozialdienst, also eine Leiterin des Sozialdienstes. Da gibt es auch eine Hierarchie, eine eigene. Aber ansonsten haben Sie völlig Recht, die Identität ist nicht abgeschlossen – und das ist eine Chance! Und natürlich außerhalb der psychiatrischen Klinik ist es keineswegs klientenzentriert, sondern Gemeinwesenarbeit, Sozialraumarbeit spielt eine unglaublich große Rolle.

Susanne Ulrich
Es gab schon einen leitenden Sozialdienst in unserer Klinik, da wir aber ja als Universitätsklinik mehrere Fachgebiete unter einem Dach hatten, ist das eine Kollegin gewesen, die aus der Inneren kam. Die war aber letztlich nicht mit weiterbildenden Maßnahmen oder anderen grundsätzlichen Sachen beschäftigt. Es ging oft nur um organisatorische Dinge, die mit unserer inhaltlichen Arbeit an sich nicht so sehr viel zu tun hatten. Wir waren in der Sozialarbeit der Nervenklinik zu viert oder fünft, und da kriegt man keine Leitung zustande. Das ist immer ein bisschen schwierig gewesen. Zu DDR-Zeiten waren wir nur eine kleine Gruppe, da ging das nicht. Aber nach der „Wende" ging das dann auch nicht (mehr).

NN2
Was Herr [?] anspricht, ist in Kliniken sehr unterschiedlich geregelt, aber mit Sicherheit nicht ausreichend in der Klinikadministration verankert. Das ist ein wichtiger Punkt. Ich würde ganz gerne noch mal den Zeitsprung in die Gegenwart versuchen. Unsere Gegenwart ist die Geschichte von morgen und ich glaube, wir erleben ganz viele Parallelen. Zumindest im Krankenhaus und im klinischen Alltag. Wir erleben hier auf diesem Kongress gerade, wie Themen der sozialen Teilhabe immer mehr auch in der Medizin an Bedeutung gewinnen, die aber nicht mit unserer

Berufsgruppe verbunden werden, sondern von der Medizin zum Teil okkupiert werden. Wir werden übergangen an diesen Stellen. Wir haben das Bundesteilhabegesetz, was hier breit diskutiert wird von Medizinern. Wir haben Entwicklung Richtung Hometreatment, Ambulantisierung, intersektoraler Versorgung – alles Themen, die Soziale Arbeit tatsächlich schon macht. Und ich erkenne ganz vieles wieder, wenn Frau Matern sagt, in der Zeit der Psychiatrie-Enquete, also da hatten wir das schon 20 Jahre lang gemacht. Genau so ist das heute auch. Die Medizin entdeckt die Themen, die wir vorbereitet haben. Deswegen ein Plädoyer an dieser Stelle, sich heute vernehmbar zu Wort zu melden, auch in der Fachgesellschaft hier, in der DGPPN, die deutlich ärztlich geprägt ist, sich als Profession oder mit Fachexpertise hier einzumischen und deutlich zu machen, dass wir hier die Experten sind mit unserem eher generalistischen und eher patientenorientierten Blick, den alle anderen erst gerade noch suchen.

Burkhart Brückner
Ja, vielen Dank! Vielleicht noch Ihre Nachbarin?

NN3
In Ergänzung zu Herrn [?] möchte ich nur sagen, dass Sozialarbeiter und Sozialpädagogen hervorragende Schnittstellenarbeiter sind. Wie alle drei Damen, die vorne sitzen, gezeigt haben. Auch in der jetzigen Profession der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, in der Männer unterrepräsentiert sind, sind viele gute Schnittstellenarbeiter.

Franz-Werner Kersting
Eine weitere Wortmeldung!

NN4
Etwas zur ambulanten Versorgung, direkt vor Ort in der Gemeinde. Ich arbeite in der einzigen Psychiaterpraxis. Aber es ist in der ambulanten Versorgung nicht vorgesehen, obwohl wir vom bio-psycho-sozialen Modell reden, dass eine Sozialarbeiterin in einer psychiatrischen Praxis mitarbeitet. Und wir haben ganz, ganz viele Themen. Klassisches Beispiel:

Elternkurs für Eltern, die psychisch erkrankt sind. Aber es ist einfach nicht vorgesehen! Wer finanziert das? Ist es die Jugendhilfe, ist es das Gesundheitssystem? Sie können sich erst mal ein halbes Jahr mindestens damit beschäftigen, wer das jetzt übernimmt. Oder für Kinder psychisch kranker Eltern. Also ich mache da ganz viel ehrenamtliche Arbeit und in dem GPV, also dem Gemeindepsychiatrischen Verbund. Ich habe hier im Kongress immer den Eindruck, es gibt so tolle Studien. Aber wo kommen die denn in der Praxis an? Wenn ich den Großteil oder ein Teil meiner Arbeit ehrenamtlich mache, weil diese in dem System nicht vorgesehen ist, dann muss man ja einmal fragen, was will man jetzt eigentlich? Natürlich arbeiten wir mit dem SpDi [Sozialpsychiatrischen Dienst] eng zusammen, klar. Aber sonst ging es ja gar nicht.

Burkhart Brückner
Wollen vielleicht unsere Zeitzeuginnen kurz darauf antworten?

Waltraud Matern
Ich habe das so schlecht verstanden.

Franz-Werner Kersting
Die letzten Stellungnahmen und Fragen, Frau Matern, bezogen sich auf die Situation und den Status der Sozialarbeit heute. Gibt es auch heute noch Handlungsbedarf hinsichtlich Identitätsbildung und Image des Faches? Ist auch Hierarchie nach wie vor ein Problem? Wie würden Sie, auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen reichen Berufserfahrung, die aktuelle Situation der Sozialarbeit einschätzen? Beobachten Sie das Berufsfeld noch? Und was würden Sie sich vielleicht für die künftige Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünschen?

Waltraud Matern
Ich habe noch einzelne Kontakte zu Kolleginnen und Kollegen aus den Häusern und weiß auch insbesondere für Marsberg, wo ich tätig war, dass sich da die Berufsgruppe der Sozialarbeiter gut stabilisiert hat und zum Beispiel im Feld der Wohnbereiche, die noch zur Psychiatrie gehören, an der Leitung beteiligt ist. Die Kolleginnen und Kollegen sind mit ihrer

Arbeit offenbar sehr zufrieden. Die Anerkennung der psychiatrischen Sozialarbeit in den Häusern selbst sowie auch im Berufsverband der Sozialarbeiter scheint mir gelungen. Im Berufsverband habe ich jahrelang die Arbeitsgemeinschaft zur Sozialarbeit in der Psychiatrie geleitet. Das war eine feste Gruppe, die sich regelmäßig getroffen hat. Außerhalb des engeren Berufsfeldes sehe ich aber auch noch einen Mangel an Interesse und Anerkennung. Als ich einen ersten Entwurf meiner Erinnerungen fertig hatte, habe ich zunächst kein großes Interesse daran wahrgenommen. Viele aus dem Fach sagen auch, wir arbeiten heute anders, da sich die Situation in der Psychiatrie verändert hat.

Franz-Werner Kersting
Ja danke, Frau Matern! Jetzt vielleicht weiter mit Frau Eichenbrenner und anschließend Frau Ulrich.

Ilse Eichenbrenner
Ich habe in diesem Bereich auch unterrichtet. Sehr viele Studierende aus dem Bereich ambulanter psychiatrischer Arbeit machen den Master in Klinischer Sozialarbeit. Viele beschäftigen sich mit den Themen, die Sie genannt haben: Kinder psychisch kranker Eltern und wie kann die Finanzierung der Versorgung aussehen. Ich betreue jetzt noch eine ganze Reihe von Arbeiten, die genau das versuchen zu konzipieren. Die Sozialarbeiterinnen machen diesen Studiengang berufsbegleitend. Die sehen, dass da eine unglaubliche Leerstelle ist. Insofern finde ich es toll, dass sie es gesagt haben, und es ist unser Job, da Lösungen zu finden. Das muss man natürlich bündeln und da landen wir wieder bei den Verbänden. Wer soll solche Forderungen aufstellen, wenn nicht die Verbände? Aber ich bin in Richtung der Masterstudiengänge doch auch optimistisch, dass es darüber gelingen könnte.

Franz-Werner Kersting
Jetzt kurz Frau Ulrich, und dann haben wir noch zwei letzte Wortmeldungen aus dem Publikum.

Susanne Ulrich
Ich mache es ganz kurz. Für mich ist immer, gerade in den letzten Jahren meiner beruflichen Tätigkeit, der Zeitfaktor ein Riesenproblem gewesen. Man hatte einfach viel zu wenig Zeit für die Patienten, weil Computer und andere Dinge angeblich wichtiger waren. Das hat mich immer fürchterlich genervt und war für mich dann mit ein Grund zu sagen: „Tschüss!" Es ist wirklich nicht mein Ding gewesen, den halben Tag am Computer zu sitzen und die restliche Zeit mit Patienten zu verbringen. Was zuletzt sehr gut gewesen ist, war gerade die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir hatten in Rostock das große Glück, dass die Kollegen einmal in der Woche zu uns in die Klinik gekommen sind. Wir haben ihnen die Patienten vorgestellt und sie bekannt gemacht, damit eine nahtlose Versorgung in der Häuslichkeit möglich war. Oft haben die Patienten mit fremden Menschen an der Tür schlechte Erfahrungen gemacht und erst gar nicht geöffnet (Zeitungsabo, Versicherung usw.). Insofern war der Einstieg für die Kollegen dann oftmals unproblematisch.

Bezüglich der Gruppenarbeit mit Angehörigen muss ich immer wieder ein großes Dankeschön auch an die Ärzte in der Klinik sagen, die uns da wirklich riesig unterstützt haben. Es gab immer einen Veranstaltungszyklus so über 10 bis 12 Abende. Die Angehörigen sind dann um 17/18 Uhr gekommen und die Ärzte haben die fachlichen Themen übernommen. Wir haben das Sozialtherapeutische und Sozialmedizinische gemacht und uns dabei dann auch immer noch einen Kollegen von außen dazu geholt. Hier war eben wieder von Vorteil, dass man alle kannte. Frage Schwerbehindertenausweis, Frage Vorsorgevollmacht – all diese Dinge konnte man so besser erklären. Und die Kollegen haben das alle kostenlos gemacht. Das war für alle Beteiligten eine gute Sache.

Franz-Werner Kersting
Wir haben noch zwei Wortmeldungen und mit Blick auf die Uhr muss ich Sie jeweils bitten, sich ganz kurz zu fassen.

NN5
Dann stelle ich keine Frage mehr, sondern spreche nur meinen Dank aus dafür, dass hier so unverkrampft mit dem Begriff „Fürsorge" umgegangen worden ist, denn das sind unsere Wurzeln. Ich erlebe mit Erschrecken, dass ich, wenn ich Klienten begleite und mit ihnen was erreichen will, vom Sozialamt höre – ich arbeite beim Sozialpsychiatrischen Dienst – „vom Konzept der Fürsorge haben wir uns doch lange verabschiedet". Oder vom Klinikchef hört man: „Wir haben uns doch lange vom paternalistischen Psychiatriekonzept verabschiedet". Und wir haben dann einfach Schwierigkeiten, unsere Klienten darin zu unterstützen, Hilfen auch zu bekommen.

Ulrike Schröer
Guten Tag, mein Name ist Ulrike Schröer, ich komme aus Wien und ich wollte kurz anmerken, dass bei uns die Psychiatriereform etwas später war, 1981. Bis dahin war der Sozialpsychiatrische Dienst eine sozialarbeiterisch geleitete Institution, die dann ärztlicherseits übernommen wurde. Das ist der heutige psychosoziale Dienst. Ich arbeite beim psychosozialen Dienst. In den Ambulatorien, die ungefähr für zwei bis drei Bezirke zuständig sind, sind maximal zwei Sozialarbeiterinnen tätig (es gibt eine Region, da sind es drei Sozialarbeiterinnen). In Wien steht die neue Psychiatriereform 2030 an, die unter dem Motto läuft: „Das Außen steuert das Innen". Meines Wissens nach ist das eine Reform, die wieder hauptsächlich oder sogar ausschließlich durch die Medizin geleitet wird. In den Arbeitsgruppen sitzen, meines Wissens nach, Medizinerinnen und Mediziner und vielleicht noch die Politik.

Zum anderen wollte ich sagen, ich habe den Master für Klinische Sozialarbeit hier an der Alice-Salomon-Fachhochschule gemacht. Und ich muss sagen, dass ich Sozialarbeit schon als therapeutische Profession empfinde. Das Wichtige ist, zu sagen, dass sie keine psychotherapeutische Profession ist, weil da liegt für mich noch die Unterscheidung. Ich arbeite seit vielen Jahren in der Gerontopsychiatrie und ich empfinde mich sehr häufig als Übersetzerin, Dolmetscherin zwischen Patienten, Medizin und anderen Berufsgruppen, aber vor allem auch zu den Angehörigen. Angehörigenberatung ist mein Schwerpunkt. Ich habe das

Gefühl, ich weiß nicht wie es hier ist, aber in Österreich ist es so, dass die Sozialarbeit in der Altenarbeit und in der Gerontopsychiatrie massiv unterrepräsentiert ist.

Franz-Werner Kersting
Vielen Dank für diesen kurzen Bericht auch aus österreichischer Perspektive! Wir müssen jetzt leider zum Schluss der Veranstaltung kommen. Burkhart Brückner möchte noch ein kurzes Fazit ziehen.

Burkhart Brückner
Erst mal ein Dank an das Publikum, dass Sie den Bogen geschlagen haben zur heutigen Situation und vielleicht auch zur Zukunft der Sozialen Arbeit. Das ist tatsächlich wichtig, dass dieses Thema hier auf diesem Kongress repräsentiert worden ist und dass wir ein Stück weit einer vergessenen Geschichte nähergekommen sind. Ich interpretiere dieses Vergessen als Symptom und ich glaube, dass wir in den Beiträgen mitbekommen haben, dass Soziale Arbeit als Profession und in der Personifikation unserer Zeitzeuginnen ein Stück Reform darstellt und auch in Zukunft noch darstellen sollte. Herzlichen Dank, vor allem an unsere Zeitzeuginnen, und jetzt ein Schlusswort von Herrn Kersting.

Franz-Werner Kersting
Ich schließe mich den Worten von Burkhart Brückner gerne an und bedanke mich ebenfalls noch einmal ganz herzlich bei den drei Akteurinnen sowie bei Ihnen allen für Ihr Interesse und die spannenden wichtigen Fragen und Stellungnahmen. Dieses Diskussionsforum heute hat sich, wie gesagt, als ein erster Impuls zu einer systematischeren Beschäftigung mit der Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie verstanden. Der hier gewählte Zugriff ist natürlich noch zu vertiefen und zu erweitern, nicht zuletzt auch, das hat am Schluss der Hinweis auf Österreich gezeigt, um eine international vergleichende Perspektive. Die ist bislang noch völlig unterentwickelt. In diesem Sinne also nochmals vielen Dank an Sie alle!

3

Bilanzierender Kommentar zum Zeitzeuginnengespräch

Franz-Werner Kersting

Die drei Zeitzeuginnen Waltraud Matern, Ilse Eichenbrenner und Susanne Ulrich gehören verschiedenen Generationen an, haben in divergierenden institutionellen und sozialräumlichen Kontexten gearbeitet (Anstalt und Klinik vs. Gemeinde; Land bzw. „Provinz" vs. Großstadt) und ihre Sozialisation und Berufslaufbahn fielen in ganz unterschiedliche gesellschaftspolitische Systeme. Gleichwohl lassen sich deutliche Gemeinsamkeiten in ihren Erinnerungen und Selbstbildern ausmachen. Die folgenden Übereinstimmungen erscheinen besonders bemerkenswert:

Alle Akteurinnen haben ihre Arbeit auf dem Feld der Psychiatrie – ungeachtet mancher Ängste, Belastungen, Defiziterfahrungen und Widerstände gerade zu Beginn der Tätigkeit – letztlich als persönlich sehr befriedigend und als sehr hilfreich vor allem für die Patientinnen und Patienten selbst erlebt. Gemeinsam war und ist ihnen auch ein Verständnis Sozialer Arbeit, dass die therapeutische Dimension, die Arbeit an und mit der „Beziehung" zu den Patientinnen und Patienten, ausdrücklich miteinschließt. Überdies erfolgten die praktische Aneignung und Umsetzung des spezifischen „Know-hows" psychiatrischer Sozialarbeit in allen Fällen nicht entlang schon vorgefundener oder vorgegebener systematischer Konzepte und Curricula, sondern mehr in „autodidaktischer" Form und nach dem Muster „learning by doing" in der Praxis.

Dieses Handlungsmuster sowie auch die hohe Identifikation und Zufriedenheit der Akteurinnen mit dem eigenen Tätigkeitsfeld resultierten vor allem aus dem Umstand, dass Soziale Arbeit in der Psychiatrie in der Frühphase ihrer Berufslaufbahn noch weitgehend Neuland war. Daraus

ergaben sich interessante Herausforderungen und Chancen für eigenes selbständiges Engagement. In den beiden westdeutschen Fällen (W. Matern und I. Eichenbrenner) kam noch verstärkend hinzu, dass das eigene „neue" Berufsfeld in und mit dem Reformaufbruch der Psychiatrie seit den „68er"-Jahren („Studentenrevolte", „Mehr Demokratie wagen", „Psychiatrie-Enquete") auch besonders gefragt und erwünscht war. Der Aufbruch zielte darauf, die katastrophalen Missstände in der stationären psychiatrischen Versorgung der großen Anstalten zu beheben, die rechtlich-soziale Benachteiligung der seelisch Kranken und geistig Behinderten zu beseitigen und den Wechsel von der verwahrenden, kustodialen Psychiatrie hin zu einer therapeutischen, rehabilitativen und gemeindenahen Psychiatrie zu verwirklichen. Es ging somit um die nachhaltige Humanisierung der klinischen Situation durch eine stärkere wechselseitige Öffnung von Psychiatrie und Gesellschaft samt De-Institutionalisierung und Ambulantisierung der Versorgung.

Die Aktivitäten und Berichte der Zeitzeuginnen spiegeln eindrucksvoll den besonderen Anteil, den die neue – zunächst ganz überwiegend „weiblich" besetzte – Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an der alltagspraktischen Umsetzung dieser zentralen Reformziele hatte. Teilweise nahmen Angehörige dieser Gruppe einzelne Reformimpulse auch vorweg – wie im Fall von Waltraud Matern, die als besonders frühe Pionierin des Faches in den 1960er Jahren Initiativen entwickelte, die gewissermaßen bereits den Geist der späteren Enquete-Agenda atmeten.

Neben den skizzierten Gemeinsamkeiten lässt die Dokumentation des Diskussionsforums aber auch deutliche Unterschiede in den Erfahrungen, Perspektiven und Positionen der drei Zeitzeuginnen erkennen. Die Unterschiede verweisen einerseits auf gegensätzliche Entwicklungen in den beiden deutschen Nachkriegsgesellschaften, auf besondere ostdeutsche Entwicklungen infolge der „Wende" 1989/90 sowie auf spezifische Formen der Verankerung der DDR-Vergangenheit im kollektiven Gedächtnis. Andererseits hängen sie mit divergierenden Einschätzungen des generellen (und auch aktuellen) Selbst- und Fremdbildes der psychiatrischen Sozialarbeit als Fachdisziplin zusammen.

So erinnern Waltraud Matern und Ilse Eichenbrenner den institutionell-sozialen Kontext ihrer frühen Berufsarbeit als besonders „hierarchisch". Somit musste die eigene Position vor allem den Ärzten und Ärztinnen gegenüber vielfach erst „erkämpft" werden. Nach Ansicht von Eichenbrenner besteht das alte Gefälle zwischen Medizin und Sozialarbeit auch heute noch fort – nämlich in der hegemonialen Selbstsicht „einer bestimmten Berufsgruppe", die sich für „das Zentrum der Welt" halte und die Sozialarbeit nicht angemessen wahrnehme.

Dagegen berichtet Susanne Ulrich aus Rostock: „Es gab diese Hierarchie bei uns nicht, im Gegenteil. … Es ist immer ein Miteinander gewesen. … [Wir haben] schon zu DDR-Zeiten [immer] im Team gesessen". Auch aus anderen Quellen und Kontexten ist bekannt, dass der Team-Gedanke, also die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren des ärztlichen und pflegerischen Bereichs sowie auch der anderen „neuen" Berufsgruppen (neben der Sozialarbeit noch Pädagogik, Psychologie, Bewegungstherapie, Ergotherapie), in den psychiatrischen Anstalten und Kliniken der DDR eine größere Rolle spielte als in ihren westdeutschen Pendants. Die starke Hervorhebung dieses Aspekts durch Susanne Ulrich wird man aber zugleich auch als Ausdruck jenes Erinnerungsmusters im Umgang mit der DDR-Vergangenheit verstehen dürfen, das sich (mit dem Zeithistoriker Martin Sabrow, 2009) als „Arrangementgedächtnis" umschreiben und (idealtypisch) vom „Diktaturgedächtnis" und „Fortschrittsgedächtnis" abgrenzen lässt. Denn dieses Erinnerungsmuster betont gewissermaßen das „richtige Leben im falschen" (nach Theodor W. Adorno), also das alltägliche Sich-Arrangieren und Sich-Behaupten unter den widrigen Umständen und Erfahrungen der DDR-Diktatur.

Die Gesprächsrunde rückt darüber hinaus weitere ostdeutsche Spezifika in den Blick. Wiederholt thematisiert werden vor allem die „geschützten Brigaden", die als soziale Eingliederungshilfe DDR-Betrieben angeschlossen waren und auch Psychiatriepatientinnen und -patienten nach deren Entlassung beschäftigten. Bekanntlich überlebten jedoch viele Betriebe in der Folgezeit die „Wende" nicht. Die Mietsituation, insbesondere in den Großstädten, veränderte sich ebenfalls zum Teil dramatisch (Preiserhöhungen, Kündigungen etc.). Schließlich fehlten andere

komplementäre Einrichtungen für psychisch Kranke in Ostdeutschland noch völlig. So gerieten auch viele von ihnen (zunächst) in Obdachlosenunterkünfte – eine Form des „letzten Rückhalts", die es zuvor in der DDR gar nicht gegeben hatte (Lorke 2017). Susanne Ulrich drückt es so aus: „Aber man wusste eben teilweise nicht wohin mit den Patienten." In dieser Situation wurde dann oftmals versucht, Kranke an Einrichtungen in den „alten" Bundesländern „abzugeben". Darüber war man dort aber „auch nicht unbedingt immer begeistert" (S. Ulrich).

Die vorstehend noch einmal kurz aufgegriffenen Erinnerungen und Gesprächsinhalte verweisen auf wichtige zeithistorische Aspekte und Problemlagen, deren systematische wissenschaftliche Aufarbeitung im Rahmen einer übergreifenden vergleichenden deutsch-deutschen Beziehungsgeschichte am Schnittpunkt von Psychiatrie und Sozialer Arbeit erst am Anfang steht.

Literatur

Lorke, C. (2017): Von alten und neuen Ungleichheiten. „Armut" in der Vereinigungsgesellschaft. In: Großbölting, Th. (Hg.): Deutschland seit 1990. Wege in die Vereinigungsgesellschaft. Stuttgart: Steiner, S. 271-295.

Sabrow, M. (2009): Die DDR erinnern. In: M. Sabrow (Hg.): Erinnerungsorte in der DDR. Berlin: Beck, S. 11-29.

4

Psychiatrische Sozialarbeit in der DDR. Eine Rekonstruktion

Ulrich Kießling

Vorbemerkung

Im Juni 2020 nahm Prof. Dr. Burkhart Brückner, Hochschule Niederrhein, Kontakt zu mir auf: Er fragte nach meinen Erfahrungen als psychiatrischer Sozialarbeiter in der DDR und nach der wissenschaftlich-professionellen Begründung der Disziplin. Ich beschloss, ihm ausführlich zu antworten, da ich bemerkte, dass seine Frage eine auch emotionale Bedeutsamkeit für mich hat – im Hinblick auf mein professionelles Selbstverständnis und meine Sicht der Ost-Sozialarbeit. Ich möchte zeigen, dass der DDR-BRD-Transformationsprozess auch unter dem Aspekt der Interkulturalität und der Entwicklung emotionaler Kulturen in den Institutionen verstanden werden kann. Ich hatte und habe immer noch den Eindruck, dass viele westdeutsche KollegInnen diesen Fragen ziemlich indifferent gegenüberstanden, mit Ausnahme vielleicht der wenigen PsychoanalytikerInnen (z. B. E. Brähler, O. Decker, R. Funk, T. Moser, M. Mitscherlich), die sich in der Zeit der „kolonialen Eingemeindung" der ehemaligen DDR ernsthaft mit Fragen nach den psychosozialen Kosten der Transformation beschäftigten.[1]

[1] Ich meine hier vor allem den kompletten Elitenaustausch ostdeutscher Wissenschaftler in den Sozialwissenschaften nach 1990 und ihren Ersatz durch Westdeutsche. Diese Frage führt noch heute zu heftigen emotionalen Reaktionen. 1999, bei einem Vortrag an der Hochschule in Erfurt, verstieg sich ein westdeutscher Soziologe hoch erregt zu der Argumentationsfigur, mein psychoanalytisch-sozialwissenschaftlicher Ansatz sei apodiktisch und verunglimpfe konkurrierende Erklärungsansätze wie etwa den Ansatz der Ethnomethodologie. Ich vermute, seine Erregung entzündete sich an meinem Vorwurf, die Abwicklung der ostdeutschen Sozialwissenschaft habe teilweise Züge eines „neuen Kolonialismus" getragen.

Ich schreibe hier über Alltagskultur in der DDR-Psychiatrie und über psychiatrische Sozialarbeit in der DDR. Meine Erfahrungsbasis bezieht sich nicht nur auf die Zeit in Klaus Weises Ausnahmepsychiatrie (1988/90) und die Transformationsphase danach,[2] als ich bis 1994 das gemeindepsychiatrische Zentrum „Das Boot" leitete, sondern auch auf die Zeit in der psychiatrischen Abteilung der Poliklinik Markkleeberg (1984-88) und an einem medizinisch-prophylaktischem Zentrum dort (überwiegend in der Kinder-Psychiatrie, 1983). Über einen Zeitraum von zehn Jahren besuchte ich das Krankenhaus Leipzig-Dösen immer wieder, in der Ausbildungszeit (1984-88) auch zu mehrwöchigen Praktikumsaufenthalten. Die Situation in den anderen sächsischen Fachkrankenhäusern lernte ich aus eigener Anschauung erst nach 1990 kennen. Meine erste Begegnung mit der Psychiatrie waren der Besuch eines im Militärdienst psychotisch dekompensierten Freundes in der forensischen Psychiatrie in Leipzig-Altscherbitz (1982) und ein freiwilliger Arbeitseinsatz im psychiatrischen Pflegeheim Leipzig-Thekla (1984). In beiden Einrichtungen herrschten damals elende, menschenunwürdige Verhältnisse

Der gesellschaftliche Diskurs

Die Soziale Arbeit ist ein späte „Errungenschaft" der DDR. Jahrelang wurde propagiert, soziale Probleme würden sich durch die Entwicklung der sozialistischen Gesellschaft selbst lösen. Erst in den späten 1970er Jahren wurde erkannt und später auch eingeräumt, dass Sucht, Suizidalität, Kindesvernachlässigung oder die Entwicklung dissozialer Subkulturen nicht direkt von den makroökonomischen Strukturen abhängen.[3] Selbstverständlich blieb die Soziale Arbeit der Medizin untergeordnet, Autonomiebestrebungen gab es erst spät.

[2] Weise hatte seit 1966 zielstrebig auf das Modell der „Therapeutische Gemeinschaft" hingearbeitet, mit entgitterten Fenstern und offenen Türen. Später wurde die Vollversorgung für Leipzig-Süd und die Integration ins Allgemeinkrankenhaus erreicht. Die zunehmende Partizipation der Patienten führte nach 1990 schließlich zu einem Kontroll- und Beistandsgremium aus Psychoseerfahrenen.

[3] Gemeint waren die Tatbestände des § 249 DDR StGB „Beeinträchtigung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit durch asoziales Verhalten", in dem es in Abs. 2 hieß: „Ebenso wird bestraft, wer der Prostitution nachgeht oder in sonstiger Weise die öffentliche Ordnung und Sicherheit durch eine asoziale Lebensweise beeinträchtigt."

Einige psychiatrische SozialarbeiterInnen in Leipzig formierten sich 1988 in einem Gesprächskreis, der das Selbstverständnis der eigenen Profession klären sollte. Neben der fachlichen Selbstartikulation unserer Gruppe kamen auch affektive Prozesse in Gang, so dass unsere Zusammenkünfte zuweilen den Charakter einer Selbsterfahrungsgruppe annahmen, mit den typischen emotionalen Konflikten, die schließlich 1990 zur Auflösung führten. Wir waren keine erklärte Oppositionsgruppe, wurden aber von den dafür zuständigen Behörden durchaus als Gefahr wahrgenommen. Als wir uns zur Besichtigung einer neuen Suchtstation am Krankenhaus Hubertusburg angemeldet hatten, informierte die leitende Ärztin etwa den Bezirksarzt in Leipzig, der uns dann seine Absage übermittelte.

Psychiatrische Sozialarbeit fand in der DDR in einem weiten Spektrum von Möglichkeiten statt. Zum einen gab es die psychiatrische Fürsorge bei den örtlichen Räten des Kreises (heute Kreisverwaltungen), die, soweit ich es überblicke, fast durchgängig kustodial gestaltet war. Es ging darum zu verhindern, dass „Verrückte" die „öffentliche Ordnung" störten. Vor allem Ereignisse wie die Leipziger Messe, Staatsbesuche oder staatliche Feiertage sollten störungsfrei abgehalten werden, was erforderlich machte, dass Personen, von denen Störungen hätten ausgehen können, an diesen Tagen nicht sich selbst überlassen blieben. Im Zweifelsfall waren sie vom zuständigen psychiatrischen Krankenhaus aufzunehmen und zu verwahren, bis das Ereignis vorüber war.[4] Die MitarbeiterInnen dieser Stellen wurden noch in den frühen 1980er Jahren überwiegend den damals flächendeckend aufgebauten psychiatrischen Poliklinik-Fachabteilungen zugeordnet, wo sie auch neue Aufgaben im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Dispensaire-Betreuung übernahmen.[5]

[4] Noch 1989 war vom Bezirksarzt in Leipzig, wie zu jeder Messe, die Weisung ergangen, psychisch auffällige Personen erst nach dem Ende der Veranstaltung aus der Psychiatrie zu entlassen.

[5] „Dispensaires" waren DDR-spezifische Institutionen für die ambulante, regionalisierte Behandlung in Polikliniken, die alle Patienten einer bestimmten Diagnose im Hinblick auf Prävention, Therapie und Rehabilitation integrierten.

In der Regel gab es Dispensaires für Suchtprobleme, Suizidalität, „Psychotiker" und gerontopsychiatrische PatientInnen. Je nach Offenheit der ärztlichen Leitung oblagen den SozialfürsorgerInnen organisatorische und inhaltliche Aufgaben, so die Abhaltung von Gruppenaktivitäten oder die aufsuchende Fürsorge für PatientInnen, die nicht ausreichend kooperierten, oder aber auch die inhaltliche Gestaltung der jeweiligen Programme.[6] Das reichte dann von Rückfallprävention über Krisenintervention bis hin zur Abhaltung von Einzel- und Gruppensprechstunden, die mehr oder weniger therapeutisch gestaltet waren.

In meinem Fall waren die theoretisch-praktische Grundlage eine Grundausbildung in klientenzentrierter Therapie nach C. R. Rogers[7] und die autodidaktische Aneignung psychiatrischer Krankheitslehre und Klinik (K. Jaspers, K. Schneider, K. Leonhard, H. J. Weitbrecht, K. Weise, später K. Dörner und U. Plog)[8] sowie der psychotherapeutischen Ansätze der DDR-Autoren Kurt Höck, Michael Geyer, Jürgen Ott und Johannes Helm. Insgesamt hatte ich sicher nicht viel mehr als zehn Bücher durchgearbeitet, die meisten zum Thema intendiert-dynamische Therapie.[9] Das entsprechende praktische Training war mir aber versagt geblieben.[10] Von Freud hatte ich nur die wenigen Texte gelesen, die in der DDR erschienen waren, zuerst *Trauer und Melancholie* (1982 von Franz Fühmann und Dietrich Simon im Verlag Volk und Welt herausgegeben). Erst 1988 erschien etwa die Hälfte der zehn Bände umfassenden Freud-Studienausgabe in erst drei, dann in vier Bänden in der Reihe *Österreichische Bibliothek* im Verlag Volk und Welt.

---

[6] Die offizielle Berufsbezeichnung lautete „Sozialfürsorger", informell bezeichneten sich die KollegInnen, die gegenüber der kustodialen Praxis kritisch eingestellt waren, als Sozialarbeiter oder Soziotherapeuten.

[7] An der Sektion Psychologie der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig.

[8] Auf eine fachliche Frage nach der Bedeutung der Katharsis hatte mir meine ärztliche Leiterin Hans Jörg Weitbrechts Psychiatrie im Grundriss überlassen. Ich verschlang das Buch in wenigen Tagen und hatte nun natürlich zahlreiche weitere Fragen, was die Leiterin mit der Bemerkung quittierte, es sei ein Fehler gewesen, mir das Buch zu überlassen, da wir hier nach sozialistischen Maßstäben handeln würden, und überreichte mir dazu das Psychiatrielehrbuch von SED-ZK-Mitglied Karl Seidel (Seidel, Schulze & Göllnitz 1978).

[9] In der DDR von Kurt Höck entwickelte Form der psychodynamischen Therapie, die vor allem in Gruppen durchgeführt wurde.

[10] Nicht-Ärzte oder PsychologInnen wurden nur selten zugelassen.

Eine eigentliche psychoanalytische Selbsterfahrung hatte ich nicht, allenfalls eine „wilde Analyse“ bei dem Kunstwissenschaftler Hans Joachim Beygang, der in den 1930er Jahren bei C. G. Jung in Zürich studiert hatte. Mit ihm traf ich mich ein Jahr lang wöchentlich für mehrere Stunden. Später in Leipzig hörte ich davon, dass man eine Art Lehranalyse bei dem Psychiater Peter Schmidt im Patientenstatus absolvieren könnte.[11] Der kam mir aber seltsam vor und ich vermied den Kontakt, obwohl wir uns gelegentlich dienstlich begegneten.

Einen Einblick in die stationäre Psychotherapie gewannen meine Kolleginnen und ich bei einem Besuch der psychotherapeutischen Abteilung des Diakonissenhauses in Halle, die von Hans Joachim Maaz geleitet wurde. Es fand eine Gruppendiskussion mit Angehörigen beider Teams statt. Maaz betonte den Wert der körpertherapeutischen Arbeit am „Charakterpanzer“. Einige bunt gekleidete Frauen wirkten auf mich geradezu bedrohlich in ihrer körperlichen Offenheit. Mir war, als hätte ich eine andere Welt betreten. Psychotherapie wurde von mir und meinen damaligen KollegInnen ganz klar als Teil der sozialarbeiterischen Praxis angesehen. Moderne Sozialarbeit musste sich unserer Ansicht nach psychotherapeutischer Methoden bedienen, da sich soziale Ausgrenzung nicht allein als ein passives Überwältigt-werden ereignen würde, sondern auch als eine Reinszenierung unbewusster Erfahrungen.

In den Anstalten und Kliniken gab es bei den SozialarbeiterInnen wie in der Ambulanz, in der ich tätig war, das Spektrum von kustodial bis emanzipatorisch, wobei die kustodial arbeitenden KollegInnen überwogen. In den stationären Einrichtungen lag die Hauptaufgabe der Fürsorge darin, für PatientInnen Plätze in Heimen, Wohnungen, Arbeitsstellen und überhaupt soziale Perspektiven zu öffnen. Manche betrieben das mit großem Engagement, manche versuchten, nur ihre Akutpsychiatrie von chronifizierten PatientInnen zu befreien.

Als eine Neuerung entstanden in den 1980er Jahren Heime und Wohnstätten für Behinderte, die erstmals auf Nutzerwünsche ausgerichtet waren. Das UN-Jahr der Behinderten 1981 hatte auch in der DDR eine gewisse Wirkung. Bücher von Gerda Jun, Franz Fühmann und an-

[11] Vgl. das Interview mit Ludger Hermanns in Bernhardt & Lockot (2000), S. 255-267.

deren sensibilisierten uns für die Autonomiebedürfnisse der Betroffenen. Erstmals leiteten auch SozialarbeiterInnen diese Einrichtungen, die sich manchmal auch als sozialtherapeutisch verstanden. Literatur über diese neuen Zugänge war äußerst spärlich und wurde zuweilen aus der Bundesrepublik bezogen. Kirchliche Träger waren dem staatlichen Sozialwesen einige Jahre voraus. Die Entwicklung der Sozialen Arbeit im Ost-West-Vergleich zeigt einige bemerkenswerte Ungleichzeitigkeiten: Der emanzipatorische Anspruch der Sozialen Arbeit wurde in der BRD seit den späten 1960er Jahren artikuliert, eine ähnliche Entwicklung kann man in der DDR erst in den 1980er Jahren beobachten. Trotzdem lassen sich die Spuren kustodialer Fürsorge für die DDR bis in die Wendezeit hinein und darüber hinaus beschreiben. Im Westen waren diese autoritären Tendenzen schon in den 1980er Jahren einem mehr partizipativen Model gewichen.

Gab es in der DDR eine Wissenschaft der Sozialen Arbeit? Auf der Suche nach Orten, ProtagonistInnen und Quellen

Die Suche nach publizierten Materialien zur psychiatrischen Fürsorge gestaltet sich auch deshalb schwierig, weil die Sozialfürsorge in der DDR eine relativ marginale Disziplin war, ohne eigene wissenschaftliche Ressourcen.[12] An der Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen „Prof. Karl Gelbke“ in Potsdam, der Leiteinrichtung für die FürsorgerInnenausbildung mit den Spezialisierungen Gesundheitsfürsorge und seit 1978 auch Sozialfürsorge, wurden „Lehrbriefe“ produziert, die aber nicht wirklich den Charakter von wissenschaftlichen Publikationen hatten.[13] Die gesamte Bibliothek ist aufgelöst worden, als die Einrich-

[12] Die Sozialpolitik hingegen, hatte eine ausgesprochen große Bedeutung und wurde von Partei und Staat als Prävention gegen Krankheit und Marginalisierung angesehen. Bis in die 1970er Jahre hinein vertraten maßgebliche Akteure dieses Bereichs die Vorstellung, Alkoholismus und Kriminalität seine Spätfolgen der bürgerlichen und später „faschistischen“ Herrschaft. Im entwickelten Sozialismus würden diese Phänomene von allein verschwinden.

[13] Ein Teil der Lehrbriefe und Abschlussarbeiten sind im Webkatalog WorldCat unter dem Stichwort „Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen Professor Doktor Karl Gelbke“ abrufbar (URL: http://www.worldcat.org/identities/viaf-123828279/). Für das allgemeine Schriftgut

tung geschlossen wurde. Es wäre einmal einen Versuch wert, dem Verbleib der Bestände nachzuspüren. Heute beherbergt das Gebäude ein Oberstufenzentrum für Sozialwesen. Ein Versuch der Beschäftigten der „Gelbkeschule" selbst eine Fachhochschule für Soziale Arbeit aufzubauen, wurde von politischen Akteuren der Zeit nicht unterstützt. Erfolgreich könnte auch die Suche in kirchlichen Einrichtungen sein, wie etwa der Schule für Sozialdiakonie in Potsdam oder in Moritzburg/Sachsen. In einigen alten Großpsychiatrien (z.B. Altscherbitz, Arnsdorf) könnten die Archive nützliche Unterlagen bieten, vor allem was sogenannte graue Literatur angeht, und hier wiederum besonders im Suchtbereich, wo es kaum offizielle Literatur gab.

Das Studium an der „Gelbkeschule", welches wir alle absolviert haben, wurde dezentral und meist im Fernstudium an den Akademien für Gesundheits- und Sozialwesen der Bezirke durchgeführt, die auch eigenes Lehrmaterial produzierten. Brisant war das Verhältnis zwischen den beiden Potsdamer Sozialarbeitsschulen. Die Studierenden der „Gelbkeschule" wurden darüber belehrt, dass Kontakte mit AbsolventInnen der evangelischen „Ausbildungsstätte für Gemeindediakonie und Sozialarbeit" am gleichen Ort unerwünscht seien. Bei Zuwiderhandlung wurde mit Exmatrikulation gedroht. Nach einem entsprechenden Vorwurf fand 1983 bei einem Studenten, der im Internat der Schule lebte, eine Zimmerdurchsuchung statt, anschließend wurde er von der Schule entfernt, durfte sein Studium aber an der Außenstelle in Halle berufsbegleitend fortsetzen. Ob dabei eine Rolle gespielt hat, dass sein Vater Oberst der Staatssicherheit war, lässt sich ohne Kenntnis der „Stasiakte" nicht mehr feststellen. Alle genannten Einrichtungen wurden nach 1990 geschlossen bzw., im Zeitjargon gesprochen, „abgewickelt".

Auch die Bereiche der Sozialarbeit, die in der DDR unter der Oberhoheit der Volksbildung standen (Jugendhilfe z.B.), hatten eigene Ausbildungseinrichtungen, die heute geschlossen sind. Es gab eine eigene Zeitschrift (*Heimerziehung*), die ideologisch wesentlich enger geführt war als entsprechende Publikationen im Gesundheitswesen. Als wissenschaft-

dieser Fachschule liegen im Bundesarchiv in Berlin-Lichterfelde (Signatur DQ 11) bisher nur Kopien ggf. vorhandener Beschriftungen von Ordnern und Bündeln vor.

liche Leiteinrichtung galt das Institut für Jugendhilfe und Heimerziehung in Berlin-Falkensee. Von dort aus wurde auch die Weiterbildung der HeimerzieherInnen organisiert. Insbesondere die Sonderheime und die Jugendwerkhöfe sind interessant, da sie eine große Schnittmenge zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe aufwiesen. Ihre Einstufung ausschließlich als ideologische Dressuranstalten greift zu kurz und diskreditiert die professionellen Bemühungen der dort Beschäftigten. Die Leiter der meisten dieser Einrichtungen waren SozialpädagogInnen mit Uni-Diplom der Humboldt-Universität und inhaltlich sehr an einer Kollektivpädagogik nach A. S. Makarenko ausgerichtet, einer Richtung, die es auch in der BRD gab, z.B. an den Universitäten in Marburg und Bremen.

An der Humboldt Universität in Berlin gab es drei relevante Studiengänge, nämlich Soziale Therapie (Prof. Reiner Werner), Sozialpädagogik (Prof. Eberhard Mannschatz) und Sonderpädagogik (Prof. Klaus Peter Becker); die zuerst genannten Stelleninhaber sind gestorben, der jetzt 94-jährige Becker lebt bis heute aktiv und beteiligt sich auch weiterhin an Diskursen um die Förderpädagogik.

Die Frage nach gesellschaftlichen Ursachen sozialer Probleme war tabu, da die sozialpädagogische Theorie dieses Konfliktpotential im real existierenden Sozialismus vollständig ausblendete. Der im Curriculum gut vertretene marxistische Diskurs wurde in neostalinistischer Engführung nur auf den Westen bezogen,[14] wo der Grundwiderspruch zwischen Kapital und Arbeit ungelöst sei, während es in der DDR keine antagonistischen Widersprüche mehr gäbe. Psychologie war vertreten mit völlig veralteten Texten aus der Zeit des Neo-Pawlowismus (Erlebach, Ihlefeld & Zehner 1978). Deren konformistisches Weltbild kam uns vor, als sei es auf ein kommunistisches Utopia bezogen. A. W. Petrowskis *Allgemeine Psychologie* von 1976 enthielt immerhin ein Kapitel von A. N. Leontjew und markierte die Hinwendung der sowjetischen Psychologie zur Tätigkeitspsychologie der kulturhistorischen Schule. Das entging uns jedoch weitgehend, da die meisten Studierenden das Buch wohl als Propaganda ansahen und nie lasen. Karl Leonhards *Biologische Psychologie* aus dem Jahr

[14] Historischer und dialektischer Materialismus, politische Ökonomie und wissenschaftlicher Sozialismus wurden über zwei Jahre mit 6 Semesterwochenstunden gelehrt.

1960 und seine *Akzentuierten Persönlichkeiten* von 1968 zeichneten ein sehr biologistisches Menschenbild, das uns auch damals schon befremdete. Allein die Entwicklungspsychologie war mit Hans Dieter Schmidt sowie die Methodenlehre mit dem Ehepaar Lothar und Helga Sprung auf der Höhe der Zeit.
Alle soziologischen Texte entstammten dem eingehegten Feld der Sozialhygiene; eine klinische Soziologie im Sinne Kurt Winters war dem Selbststudium überlassen. Wichtige Schlüsseltexte, etwa von E. Goffman, die damals im Westen in aller Munde waren, habe ich erst nach der „friedlichen Revolution" gelesen. Emile Durkheim und Max Weber waren uns völlig unbekannt. Von Michel Foucault hatte ich dagegen in Klaus Weises klinischen Seminaren in den späten 1980er Jahren gehört, von aktuellen westlichen Soziologen gelegentlich auch durch entsprechende Anspielungen in den Buchbesprechungen Karl Peter Kiskers im (westdeutschen) *Nervenarzt*. Diese hatte ich während eines Praktikums in Leipzig-Dösen entdeckt.

Die eigentliche Pflichtlektüre bestand aus Lehrheften der Fachschule, die durchweg auf die Hochschullehrbücher für MedizinstudentInnen aus dem Verlag Volk und Gesundheit verwiesen – eine gewisse Verkürzung für künftige SozialarbeiterInnen, aber durchaus solide Kost. Ich habe nie herausbekommen, warum ich derart viel medizinisches Wissen pauken musste – vielleicht einfach nur, weil es konkurrierende sozialwissenschaftliche Konzepte nicht gab. Diese hätten wohl auch als „subversiv" gegolten, anders als die überwiegend biomedizinischen Erklärungsansätze unserer DozentInnen.

Mitte der 1980er Jahre hatte das Suchtproblem in der DDR eine derartige wirtschaftliche Brisanz, dass man es nicht mehr länger ignorieren konnte. Wir selbsternannten SuchttherapeutInnen fühlten uns als Avantgarde und liehen uns gegenseitig die nicht zugängliche Fachliteratur aus dem Westen: Wilhelm Feuerleins *Alkoholismus* konnte ich im Leipziger Zentralantiquariat schräg gegenüber der Nikolaikirche erwerben, wie auch Peter Wüthrichs 1974 im Karger Verlag in Basel erschienene *Soziogenese des chronischen Alkoholismus*. Die Lektüre dieses wichtigen Buchs verschaffte mir erstmals das Gefühl, dass Soziale Arbeit etwas anderes

ist als eine medizinische Hilfstätigkeit. Als ich 1984 meinen ersten sozialpädagogischen Abschluss erwarb, hatte ich sicher die wesentlichen deutschsprachigen Arbeiten zum Thema Sucht gelesen. Die Bibliothek meiner Fachschule enthielt damals nur drei oder vier Texte westlicher Provenienz, die man nur lesen dufte, wenn man die Genehmigung eines Dozenten vorweisen konnte.

An der Humboldt-Universität in Berlin war das Lehrangebot grundsätzlich offener als an der „Gelbkeschule". Die Vorlesungen und Seminare gruppierten sich um einen begrifflichen Komplex, der Sozialtherapie genannt wurde (Grundlagen der Sozialtherapie, Differentielle Sozialtherapie, sozialwissenschaftliche Diagnostik,[15] Methoden und Anwendungen der Sozialtherapie), aber nichts Sozialwissenschaftliches enthielt außer einem Seminar zu amerikanischer Kriminologie interaktionistischer Provenienz (Howard S. Becker, Walter C. Reckless) und einem Seminar über Systemtheorie (vor allem Paul Watzlawick), dafür aber jede Menge Verhaltensbiologie (K. Lorenz, G. Tembrock) und veraltete biologische Psychologie und Psychiatrie aus der Perspektive der Wernicke-Kleist-Leonhard-Schule. Eine klinische Theorie im engeren Sinn gab es überhaupt nicht. Obwohl der Institutsleiter Reiner Werner mehrere Monografien zu diesem Thema veröffentlicht hatte, war er wohl am ehesten Milieutherapeut. In der Frage der Wirksamkeit seiner therapeutischen Konzepte war er selbst durchaus skeptisch, hatte er doch das Strafvollzugssystem bei der „Erziehung" der sog. „Asozialen" scheitern sehen. Das Sonderkombinat der Jugendhilfe galt als gescheitert, und bei seinem letzten Forschungsthema „Homosexualität" setzte er nicht mehr auf Veränderung.

Theoriebezüge der DDR-Sozialarbeit galten auch der Sozialmedizin und Fürsorgewissenschaft bis in die Weimarer Zeit zurück (z.B. Alfred Grotjahn). Kurt Winter, ein Berliner Sozialmediziner und Medizinsoziologe, hatte eine relativ große Bedeutung. Ansonsten gab es wie in der klassischen Fürsorge(-Wissenschaft) Verbindungen zur Rehabilitation (Sucht, Tuberkulose, Krebs, Berufskrankheiten, Psychosen, neurodegenerative Erkrankungen etc.) über die jeweiligen klinischen Fächer hinaus – immer um soziale und pädagogische Aspekte erweitert bzw. ergänzt.

[15] „Sozialwissenschaftlich" bezieht sich hier auf sozial abweichendes Verhalten, nicht aber auf eine Methodologie.

Klaus Weise spielte in der Psychiatrie der 70er und 80er eine zentrale Rolle. Zuvor, in den frühen Jahren der DDR, fanden bemerkenswerte Kongresse zur Rehabilitation von Anstaltsinsassen statt (Rodewischer Thesen, 1963). Die Protagonisten waren in der Regel aber auch Mediziner, wie z.B. der Hallesche Sozialhygieniker Prof. Karlheinz Renker. An Weises Klinik entstand der Begriff einer interdisziplinären Soziotherapie/Therapeutischen Gemeinschaft als Basistherapie, die das Handeln aller Professionen begründen sollte. Die MitarbeiterInnen sollten die Patientin/den Patienten in erster Linie als Subjekt sehen und nicht als Kranken. Der ExpertenInnendiskurs sollte den Alltag nicht bestimmen, sondern hinter diesem Alltag zurückstehen. Von zentraler Bedeutung war auch, dass die PatientInnen in der Regel im selbst bewohnten Stadtviertel lebten und eine Arbeit hatten. Auch wenn sie berentet waren, sollten sie einen Arbeitsplatz haben, um nicht den Kontakt zum Alltag zu verlieren. Wer nichts mehr fand, der wurde von Weise bei Verbündeten untergebracht, etwa in Verlagen oder am Institut für Medizingeschichte. Besonders „schizophrene“ Ärzte waren schwer vermittelbar.

Abb. 5: Ulrich Kießling (re.) und Klaus Weise, Mai 1990.
Foto: Sammlung U. Kießling.

Klaus Weise war dann über viele Jahre Mitglied der Psychiatriebetroffenen-Organisation „Durchblick e.V.“, ohne sich je als Psychiatrie-Professor im Sinne eines Experten einzubringen. Einer seiner Nachfolger konnte der Versuchung nicht widerstehen, Weise als Demenzkranken den Studierenden vorzustellen. Hier schließt sich der „koloniale“ Kreis, denn Weise war natürlich sozialversichert und sein Nachfolger beamteter Westprofessor. Der hätte wohl nie seinen eigenen akademischen Lehrer (Hans Jürgen Möller) den Studierenden als „verblödeten“ Patienten demonstriert.

Einzelne Beiträge zur psychiatrischen Sozialarbeit dürften sich in Archiven und Bibliotheken, die die DDR-Literatur nicht einfach weggeworfen haben, was die Regel war und ist, noch finden, wie etwa Lehrbriefe, Zeitschriftenartikel etc., verstreut auf medizinische Zeitschriften aus den Bereichen Soziale Hygiene, Psychiatrie, ärztliche Fortbildung, Rehabilitation oder Rehapädagogik. In der Zeit bis zum Mauerbau 1961 haben einige SozialpsychiaterInnen auch im Westen publiziert, etwa in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. Die kritische Sozialarbeit als subversive Bewegung, die es in der DDR nur ganz am Rande gab, hatte keine Publikationsmöglichkeit und wurde von westdeutschen AkteurInnen als nicht als relevant angesehen. Nach dem von vielen als „Anschluss“ erlebten Beitritt zum Geltungsbereich des westdeutschen Grundgesetzes verpflichtete man auch hochqualifizierte Leute an sogenannten Angleichungsqualifizierungen teilzunehmen, um den westdeutschen Titel „Dipl.-Sozialarbeiter“ führen zu dürfen. Das war weniger fachlich gemeint als im Sinn der politischen Umerziehung (Reeducation). Wer konnte, ging in den Westen, um sich weiterzubilden. Ich selbst habe meine akademischen Grade von Leipzig aus pendelnd in Kassel erworben und meine psychotherapeutische Qualifikation in Göttingen. Diese Erfahrungen lassen sich nur mit Oral-History-Methoden erschließen.[16]

[16] Weitere Protagonisten, die mündlich Auskunft geben könnten, wären Hans Probst, Georg Pohl und Sabine Kurtzke aus Leipzig. Probst ist heute Berufsbetreuer, er war Mitglied unseres Gesprächskreises und hat zuletzt das legendäre Übergangsheim in Leipzig-Dösen geleitet. Ebenso war er Gründungsmitglied des Psychiatrieprojekts Stötteritz und der AIDS-Hilfe in Leipzig. Pohl war ein von anthroposophischen Überzeugungen geprägter Netz- und

Die Geschichte der ostdeutschen Sozialarbeit ist ungeschrieben. Bisher publizierte Studien betreffen vor allem den Komplex des politischen Missbrauchs. Zu letzterem liegen umfangreiche Studien vor, etwa zum geschlossenen Jugendwerkhof in Torgau oder zum Sonderkombinat der Jugendhilfe. Das betrifft die psychiatrische Sozialarbeit jedoch nur am Rande, auch wenn es sich dabei um Einrichtungen handelt, in denen ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Psychopharmaka behandelt wurden, die auch nach DDR-Recht in aller Regel von PsychiaterInnen verschrieben wurden. Sonja Süß (1998) fand in ihrer umfassenden Studie *Politisch missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR* keine signifikanten Untaten von SozialarbeiterInnen. Der einzige mir bekannte problematische Tatbestand war die Meldung aller Suizid- und Alkoholismusfälle an die jeweiligen Kreisärzte. Nicht abstinenten AlkoholikerInnen wurde prophylaktisch der Führerschein abgenommen.

Hätte ein ostdeutsches Idiom der Sozialen Arbeit überleben können?

Soziale Arbeit ist heute meiner Auffassung nach vor allem Anleitung zur Selbstbemächtigung und eine Menschenrechtsdisziplin. Eine ostdeutsche Perspektive täte dabei Not und könnte verschiedenen Dilemmata begegnen, so etwa der Wahrnehmung vieler Ostdeutscher, sie seien in den westdeutschen gesellschaftlichen Diskurs nicht ausreichend integriert oder es gebe keine Stimme der ostdeutschen Erfahrung in der Politik. Weite Kreise der ostdeutschen „Zivilgesellschaft" haben den bundesdeutschen Diskursen den Rücken gekehrt und verhandeln ihre Themen wieder intern. Dass in dieser Lage politische Gruppierungen wie die AfD oder Pegida irrlichtern, ist fatal, es ist aber auch eine Folge der von vie-

Gemeinwesenarbeiter, der ebenfalls großen Anteil am Zustandekommen des Projekts Gutshof Stötteritz hat. Heute lebt er als Spiel- und Organisationsentwickler in Hamburg. Kurtzke war als Sozialarbeiterin Mitarbeiterin des Gutshofs Stötteritz, später Geschäftsführerin beim psychosozialen Trägerverein „Das Boot" (Träger der komplementären psychiatrischen Regelversorgung für Leipzig Süd) und bei „Plan L", einem Jugendhilfeträger.

len Ostdeutschen als „kolonial“ erlebten Aneignung der ostdeutschen Lebenswelt durch das politische und wirtschaftliche System der Bundesrepublik.

Gerade ostdeutsche SozialarbeiterInnen könnten mit ihrer transkulturellen Perspektive für Verständigung werben. Warum das nicht passiert und warum bei Bewerbungsgesprächen ostdeutsche (DDR-)Identität allenfalls als Makel herhalten muss („aber bei der Stasi waren sie nicht, oder?“), das scheint die Folge einer kulturellen Vereinnahmung zu sein, bei dem die mit erworbenen Menschen den Habitus der Erwerber anzunehmen haben.

Literatur

Das Literaturverzeichnis umfasst nicht nur Texte, die unmittelbar in dieser Arbeit zitiert werden, sondern auch solche, die – praktisch im Sinne einer Bibliographie der ostdeutschen Sozialarbeit – für den professionellen Diskurs wichtig waren. Publikationen aus dem Westen hatten den besonderen Nimbus des Unerreichbaren. Sie waren nicht nur schwer zu beschaffen, sie unterlagen auch anderen Zitierregeln. Und gewöhnlich musste ihre ideologische Befangenheit erst dekonstruiert werden, bevor man sich auf sie beziehen konnte.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Angermeyer M.C. und H. Steinberg (2005): 200 Jahre Psychiatrie an der Universität. Leipzig, Heidelberg: Springer.

Augé, M.: Orte und Nicht-Orte (1994): Vorüberlegungen zu einer Ethnologie der Einsamkeit. Frankfurt: Fischer.

Bach, O., Feldes, D. , Thom, A., Weise, K. (Hg., 1976): Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Leipzig: Thieme.

Becker, H. S. (1963, dt. 1973): Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt: Fischer.

Bernhardt, H., R. Lockot (Hg., 2000): Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland. Gießen: Psychosozial.

Bettelheim, B., D. Carlin (1993): Liebe als Therapie. München: Pieper.

Binswanger, L. (1957): Der Mensch in der Psychiatrie. In: L. Binswanger: Ausgewählte Werke, Bd. 4. Hg. von Alice Holzey-Kunz. Heidelberg: Asanger, 1994.

Bleuler, M. (1986): Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: K. Dörner: Neue Praxis braucht neue Theorie. Gütersloh: Jakob van Hoddis.

Dörner, K. (1969): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt: EVA.

Dörner, K. (1975): Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt, New York: Campus.

Dörner, K., U. Plog (1989): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Leipzig: VEB Georg Thieme.

Erlebach, E., K. Hoff, U. Ihlefeld, K. Zehner (1983): Schülerbeurteilung. Berlin: Volk & Wissen.

Erlebach, E., U. Ihlefeld, K. Zehner (1978): Psychologie für Lehrer und Erzieher. Berlin: Volk & Wissen.

Feuerlein, W. (1987): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.

Foucault, M. (1968): Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1973) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Hanser.

Freud, S. (1982): Trauer und Melancholie. Essays. Berlin: Volk und Welt.

Freud, S. (1988): Essays. 3 Bde. Hg. von Dietrich Simon. Reihe Österreichische Bibliothek. Berlin: Volk und Welt.

Freud, S. (1989): Die Traumdeutung. Reihe Österreichische Bibliothek. Berlin: Volk und Welt.

Frohburg, I. (1988): Psychotherapie-Ausbildung. Supplement der Zeitschrift für Psychologie. Leipzig: Barth.

Fühmann, F., D. Riemann (1985): Was für eine Insel in was für einem Meer. Leben mit geistig Behinderten. Rostock: Hinstorff.

Geyer, M. (1989): Methodik des psychotherapeutischen Einzelgesprächs. Leipzig: J. A. Barth.

Geyer, M. (Hg., 2011): Psychotherapie in Ostdeutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Gill, M. (1982, dt. 1996): Die Übertragungsanalyse. Theorie und Technik. Frankfurt: Fischer.
Goyk, M. (1978): Arztnovelle. Halle: Mitteldeutscher Verlag.
Goyk, M. (2013): Dr. Agaton. Ein Tagebuch herausgegeben von seinem Freund und Psychiater. Leipzig: Plöttner.
Habermas, J. (1981): Theorie des Kommunikativen Handelns. 2 Bde. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Hennings, L.: Die Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen im Kontext von Psychiatrie, Sozialmedizin und Rehabilitationsmedizin der DDR. In: E. Kumbier, H. Steinberg (2018): Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte. Berlin: bebra.wissenschaftsverlag, S. 237-246.
Helm, J. (1978): Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausblick. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
Hiebsch, H., M. Vorwerk (Hg., 1976): Sozialpsychologie. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
Höck, K., J. Ott, M. Vorwerg (1981): Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie, Psychotherapie und Grenzgebiete. Bd. 1. Leipzig: Barth.
Hottenrock, L. (2012): „Roter Stern – Wir folgen Deiner Spur". Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie (1964-87). Schriftenreihe „Auf Biegen und Brechen". Gedenkstätte Geschlossener Jugendwerkhof Torgau: Torgau.
Internationale Erich Fromm Gesellschaft (Hg., 1995): Die Charaktermauer. Zur Psychoanalyse des Gesellschafts-Charakters in Ost- und Westdeutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Jantzen, W. (2005): „Es kommt darauf an, sich zu verändern...". Zur Methodologie und Praxis rehistorisierender Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial.
Jaspers, K. (1946): Allgemeine Psychopathologie. Heidelberg, Berlin: Springer.

Jasper, K. (1952): Vernunft und Widervernunft in unserer Zeit. München: Piper.

Jun, G. (1980): Kinder die anders sind. Ein Elternreport. Berlin: Volk & Gesundheit.

Kabanow, M. M., K. Weise (Hg., 1981): Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker. Leipzig: Thieme.

Kießling, U. (1988): Die psychosoziale Betreuung depravierter Alkoholabhängiger unter besonderer Beachtung von Problemen der Soziogenese und der Sozialtherapie der Depravation Abhängiger. Abschlussarbeit an der Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen „Prof. Dr. Karl Gelbke". Potsdam (unveröffentlicht).

Kießling, U. (1991): Probleme der Enthospitalisierung daueruntergebrachter Psychiatriepatienten – Eine Bestandsaufnahme sozialtherapeutischer Interventionsstrategien am Beispiel eines gemeindepsychiatrischen Projekts in Leipzig. Abschlussarbeit zum Erwerb des postgradualen Hochschulabschlusses „Sozialtherapie" am Institut für Forensische Psychologie und Sozialtherapie der Humboldt-Universität Berlin.

Kießling, U. (2004): Vorarbeiten zu einer Handlungstheorie beziehungsanalytischer Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In: Psychoanalytische Familientherapie 5, (1), S. 67-92.

Kießling, U. (2020): Klaus Weise. Ein biografisches Interview. (In Vorbereitung). URL: https://www.psychiatriemuseum.de.

Kohler, C. (1968): Kommunikative Psychotherapie. Jena: G. Fischer.

Kulawik, H., J. Ott (1982): Aufkommen und Bearbeitung „primitiver" Abwehrmechanismen in der Gruppenpsychotherapie. In: Neurologie, Psychiatrie und medizinische Psychologie 34, (8), S. 481-487.

Kretschmer, E. (1927): Über Hysterie. Leipzig: Thieme.

Kretschmer, E. (1921): Körperbau und Charakter. Stuttgart: Thieme 1965.

Leonhard, K. (1966): Biologische Psychiatrie. Leipzig: Barth.

Leonhard, K. (1976): Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin: Volk und Gesundheit.

Lorenz, K. (1963): Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. München: Piper.

Lorenz, K. (1965): Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen aus den Jahren 1931-1963. 2 Bde. München, Zürich: Piper.

Makarenko, A. S.: Werke. 5 Bde. Berlin: Volk und Wissen.

Manschatz, E. (1971): Familienerziehung. Einführung in die sozialistische Familienerziehung. Berlin: Volk und Wissen.

Mann, F. (1981): Ein Handlungsmodell für partnerschaftliche Konflikt- und Problemlösung für Einzel- und Gruppenarbeit im Bereich einer sozial orientierten Psychiatrie. In: A. Katzenstein, A. Thom: Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns. Jena: Fischer, S. 142-179.

Mann, F. (1989): Professor Parsifal. Autobiographischer Roman. München: DTV.

Mannschatz, E., S. Graupner, H. Kellotat, B. Krebs, H. Steinig, P. Wendt (1986): Heimerziehung. Berlin: Volk und Wissen.

Mannschatz, E. (2002): Jugendhilfe in der DDR. Autobiographische Skizzen aus meinem Berufsleben. Berlin: Trafo.

Mannschatz, E. (2003): Spätes Tagebuch. Nachgedachtes, Quergedachtes, Befindlichkeiten. Berlin: Nora.

Methner, A. (2015): „Diagnose: verhaltensgestört". Das Kombinat der Sonderheime in der DDR. Schriftenreihe der Beauftragten des Landes Brandenburg zur Aufarbeitung der kommunistischen Diktatur. Bd. 8. Berlin: Metropol.

Müller, R. (1993): Permanenter Verdacht und „Zivilhinrichtung". Zur Genese der Säuberungen in der KPD. In: H. Weber, S. Bahne, R. Lorenz, D. Staritz: Kommunisten verfolgen Kommunisten. Stalinistischer Terror und „Säuberungen" in den kommunistischen Parteien Europas seit den dreißiger Jahren. Berlin: Akademie-Verlag, S. 243-264.

Müller-Hegemann, D. (1952): Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme. Leipzig: Hirzel.

Müller-Hegemann, D. (1959): Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende. Berlin: Volk und Gesundheit.

Müller-Hegemann, D. (1973): Die Berliner Mauer-Krankheit. Herford: Nicolai.

Petrowski, A. W. (Hg., 1976): Allgemeine Psychologie. Berlin. Volk und Wissen.
Reckless, W. C. (1961): The crime problem. New York: Appleton-Century-Crofts.
Richter, H. E. (1969): Eltern – Kind – Neurose. Reinbek: Rowohlt.
Richter, H. E. (1972): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.
Rogers, C. R. (1942, dt. 1974): Die nicht direktive Beratung. München: Kindler.
Rogers C. R. (1951): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer 1983.
Schwarz, B., K. Weise, A. Thom (1971): Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig: Thieme.
Schmidt-Kolmer, E. (1963): Der Einfluss der Lebensbedingungen auf die Entwicklung des Kindes im Vorschulalter, Berlin: Akademie Verlag.
Simon, A. (1995): Versuch mir und anderen die ostdeutsche Moral zu erklären. Gießen: Psychosozial.
Szewczyk, H. (1983): Gerichtliche Psychologie und Kriminologie in der DDR. In: Schneider, H. J. (Hg., 1983): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd.2, Kriminalität und abweichendes Verhalten. Weinheim: Beltz, S. 378-394.
Szewczyk, H. (Hg., 1979): Der Alkoholiker. Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität. Medizinisch-juristische Grenzfragen, Bd. 14. Jena: G. Fischer.
Schmidt H.-D., E. Richter (1980): Entwicklungswunder Mensch. Leipzig: Urania.
Schultz, J. H. (1958): Die seelische Krankenbehandlung. Stuttgart: Fischer.
Schultz, J. H. (1932): Das autogene Training. Stuttgart: Thieme 1956.
Seidel, K., H. A. F. Schulze, G. Göllnitz (1977): Neurologie und Psychiatrie. Berlin: Volk & Gesundheit.
Staub-Bernasconi, S. (2007): Soziale Arbeit. Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? In: A. Lob-Hüdepohl, W. Lesch (Hg.): Ethik Sozialer Arbeit – Ein Handbuch. Paderborn: Schöningh, S. 20-54.

Steinberg, H., M. M. Weber (2011): Vermischung von Politik und Wissenschaft in der DDR. Die Untersuchung der Todesfälle an der Leipziger Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik unter Müller-Hegemann 1963. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie.79 (10), S. 561-569.

Süß, S. (1998): Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR. Berlin: Christoph Links.

Tembrock, G. (1968): Grundriß der Verhaltenswissenschaften. Eine Einführung in die allgemeine Biologie des Verhaltens. Jena: Fischer.

Tembrock, G. (2000): Angst. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Thom, A., K. Weise (1973): Medizin und Weltanschauung. Leipzig, Jena, Berlin: Urania.

Thom, A., E. Wulff (Hg., 1990): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Weise, K. (1964): Zur Frage der pathogenetischen Bedeutung der mütterlichen Berufstätigkeit. In: Das deutsche Gesundheitswesen 19, S. 568-574.

Weise, K. (1966): Zur Stellung der Psychopathologie und zu einigen methodologischen Fragen ihrer Entwicklungen. In: L. Pickenhain, A. Thom (Hg., 1968): Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Jena: Fischer, S. 47-78.

Weise, K. (1979): Das Krankheitsverständnis der modernen Psychiatrie und seine Konsequenzen für die Funktion psychotherapeutischen Handelns in der psychiatrischen Praxis. In: A. Katzenstein, A. Thom (Hg., 1981): Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennen und Handelns. Jena: G. Fischer, S.35-63.

Weise, K. (2006): Ohne Titel ohne Kittel. In: T. Müller, B. Mitscherlich: Psychiatrie in der DDR. Erzählung von Zeitzeugen. Leipzig, S. 143-150.

Weitbrecht, H. J. (1968): Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Weizsäcker, V. v. (1940): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Stuttgart: Thieme.

Weizsäcker, V. v. (1956): Pathosophie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Wendt, H. (1985): Traumbearbeitung in der Psychotherapie. Leipzig: Thieme.
Werner, R. (1988): Schwierige Charaktere. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
Werner, R. (1993): Mein unruhiges Ich. Berlin: Dietz.
Werner, R. (1966): Das verhaltensgestörte Kind. 8. Aufl. Berlin: Volk und Gesundheit 1979.
Werner, R. (1980): Problemfamilien – Familienprobleme. Berlin: Volk und Gesundheit.
Werner, R. (1987): Homosexualität – Herausforderung an Wissen und Toleranz. Berlin: Volk und Gesundheit.
Wiek, C. (1965): Schizophrenie im Kindesalter. Leipzig: Hirzel.
Winter, K. (1976): Soziologie für Mediziner. Berlin: Volk und Gesundheit.
Wüthrich P. (1974): Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus. Schriften zur sozialmedizinischen und pädagogischen Jugendkunde. Basel: Karger.

Quellen

Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde: Sammlung Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen „Professor Doktor Karl Gelbke“; Signatur: DQ 11.
Kielstein, V. (1986): Der Alkoholkranke und seine Gruppe. In: Therapeutische Gruppe – Erfüllte Abstinenz – Lebensplanung – Glück. Vortragssammlung der Dresdener Klubgespräche. Manuskriptdruck: Kabinett für Gesundheitserziehung beim Rat des Bezirks Dresden.
Werner, R. (o. J., wahrscheinlich nach 1980): Lehrhefte forensische Psychologie, 3 Teile. Reihe Lehrhefte der Sektion Kriminalistik der Humboldt-Universität zu Berlin [Als vertrauliche Dienstsache eingestuft].

Teil II

Dokumente

Die Rolle der Sozialarbeiterin im psychiatrischen Krankenhaus

Waltraud Matern (1971)[1]

Weil die Übergänge in meinem Referat fließend sind und es vorkommt, dass ich bestimmte Thematiken wiederhole, weil sie jeweils unter einem anderen Aspekt einfach noch einmal beleuchtet werden mussten, nenne ich vorweg die Disposition, damit deutlich wird, auf welche Schwerpunkte ich eingehen werde:

1. Von der Fürsorge zur Sozialarbeit.
2. Das soziale Problem als Ausgangspunkt für Sozialarbeit.
3. Die Sozialarbeiterin als eigenständige Berufsvertreterin.
4. Kennnisse und Fähigkeiten des Sozialarbeiters als Voraussetzung für die Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus.
5. Methodische Sozialarbeit und ihre Mittel.
6. Die Rolle der Sozialarbeiterin im therapeutischen Team.

Jeder Beruf mit der dazugehörigen Ausbildung hat eine Eigendynamik, unterliegt Veränderungen, die bewirkt werden durch veränderte Anforderungen, neue Erkenntnisse und Methoden, die der einzelnen Berufsgruppe im Laufe von Jahrzehnten eine veränderte Stellung im Feld der

[1] Vortrag auf der XXIV. Gütersloher Fortbildungswoche 1971. Wiederabdruck aus: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.), [XXIV.] Gütersloher Fortbildungswoche, o.O., o.J. [Münster 1971], S. 221-226; ebenfalls wieder abgedruckt in W. Matern (2016): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960-1980) Hg. v. Franz-Werner Kersting. Münster: Ardey, S. 154-158. (Der uneinheitliche Gebrauch der Bezeichnung „Sozialarbeiterin“ / “Sozialarbeiter“ wurde beibehalten und die Rechtschreibung an heutige Regeln angepasst).

sozialen Beziehungen zuweisen. Die „Fürsorge“ wurde in den 20er Jahren als Nothilfe interpretiert, die Fürsorgerin in der Folgezeit als diejenige angesehen, „die für jemanden sorgt“, mithin orientierte sich die Fürsorge auf die Versorgung Notleidender, die auf Gesetzesgrundlage basierte.

Das alte Modell, das im Einzelfall nicht mehr beleuchtet werden soll, entspricht nicht mehr den heutigen Verhältnissen. Die Gesellschaft hat sich in einem solchen Ausmaß geändert, dass die sozialen Probleme immer komplizierter wurden. Sie berühren alle Kreise der Bevölkerung und nicht nur die Unterschichten, die früher Gegenstand der Fürsorge waren. Soziale Probleme sind vielschichtig und haben sowohl unterschiedliche Ursachen als auch vielfältige Folgen.

Auch Krankheit muss in ihrer sozialen Bedingtheit und in ihren sozialen Auswirkungen gesehen werden, wenn ganzheitlich geholfen werden soll. Materielle Hilfe allein kann den Ansprüchen des Kranken und seiner Familie oder der Gruppe, in der er lebt, nicht mehr gerecht werden, da die Bedürfnisse, Hilfen auf zwischenmenschlichem Gebiet zu erhalten, meistens im Vordergrund stehen. Und darum findet Sozialarbeit dort ihre Aufgabe, wo der Mensch in seinen sozialen Beziehungen gestört ist, wo er seinen sozialen Aufgaben nicht gerecht werden kann oder wo solche Störungen drohen.

Für die Bewältigung dieser Aufgaben müssen Fachkräfte eingesetzt werden, deren Ausbildung, Wissen und Können und Interesse auf das Erkennen sozialer Probleme und adäquater Hilfe abgestellt sind. Diese Fachkraft ist der methodisch ausgebildete Sozialarbeiter, der die statisch orientierte Fürsorge überschritten hat und bestimmte Voraussetzungen erfüllt, auf die noch näher eingegangen wird, wenn ihm von der Institution aus die Möglichkeit, Sozialarbeit zu leisten, gegeben wird.

Das Schwergewicht der Tätigkeit des Sozialarbeiters im Allgemeinen und im Besonderen in den psychiatrischen Krankenhäusern liegt bei der Arbeit mit den Patienten. Da der soziale Ausfall, soziale Notzustände und Hilfsbedürftigkeit von Einzelnen und Gruppen vor allem in gestörten mitmenschlichen Beziehungen und Anpassungsschwierigkeiten bestehen, die gefördert werden durch die Unterbringung in entfernten und geschlossenen Krankenhäusern, muss die Hilfe hier vor allem Integra-

tionshilfe sein, d.h., es sind Einzelne und Gruppen zu befähigen, sich in die heutige Gesellschaft so einzuordnen, dass sie in der Erfüllung ihrer sozialen Rolle ihre eigenen Kräfte und Werte zu entfalten vermögen.

Auf diese Weise leistet die Sozialarbeiterin ihren Beitrag zum Heilungsprozess als fachliche Ergänzung der ärztlichen Tätigkeit. Die Effektivität dieser Arbeit bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Psychologen und Sozialarbeiterinnen, in der der Sozialarbeiter fachlich eigenständiger Partner ist.

Um das Letztgesagte zu verdeutlichen, versteht sich die Sozialarbeiterin als Vertreterin eines eigenständigen Berufes – nicht als „Hilfskraft" anderer Berufsvertreter – also nicht als Hilfskraft des Arztes, Psychologen, des Verwaltungsbeamten. Sie wird in ihrer Aufgabenstellung nicht von anderen, sondern von ihrem spezifischen Berufsauftrag bestimmt. Dieses Spezifische ihres Berufes ist es, beizutragen zur Erhellung und Lösung sozialer Probleme.

Das setzt voraus, dass die Sozialarbeiterin und der Sozialarbeiter grundlegende Kenntnisse über Gesundheit und ihre Bedrohung, über Krankheit, ihre sozialen Auswirkungen und ihre soziale Bedingtheit haben müssen. Sie müssen wissen, welche Einstellung zur Krankheit schlechthin und zu speziellen Krankheiten im Besonderen in unserer Gesellschaft bestehen und wie im Einzelfall der Kranke seine Krankheit erlebt, welche Rolle er spielt und wie sich die Rollenerwartungen geändert haben, wie seine Befürchtungen und seine Hoffnungen sind und wie seine weitere Lebensplanung hiervon bestimmt wird. Hierzu gehört, dass sie etwas wissen müssen von dem Krankheitsbild und den tatsächlichen durch die Krankheit gegebenen Belastungen des Kranken und seiner Familie. Der Sozialarbeiter muss den Arzt nach der Prognose befragen, um mit dem Patienten problemorientiert zu arbeiten und mit ihm realistisch und situationsgerecht planen zu können.

Er muss die in unserer Gesellschaft gegebenen Hilfsmöglichkeiten kennen und zu erschließen wissen, dass heißt ganz konkret die im speziellen Fall örtlich gegebenen Hilfsmöglichkeiten. Er muss demnach über die gesetzlichen Grundlagen ebenso orientiert sein wie über die örtlichen

Institutionen der Gesundheitshilfe bzw. über die überörtlichen in Frage kommenden Spezialeinrichtungen wie z.B. Rehabilitationszentren.

Er muss zuerst und zuletzt die Methoden der Sozialarbeit und ihre Arbeitsformen beherrschen und mit Hilfe eines solchen methodischen Vorgehens dem Klienten zur Einsicht und Einstellung verhelfen, die erst die angebotene Hilfe effektiv werden lassen.

Die Methoden sind:

1. die soziale Einzelhilfe
2. die soziale Gruppenarbeit
3. die soziale Gemeinwesenarbeit.

Die Mittel der Hilfe ergeben sich aus dem Phänomen der Störung und können nach Methoden gegliedert sein:

a) Beziehungshilfen (persönliche Hilfe)
b) praktische Hilfen (Geld und Sachleistungen), wobei die praktische Hilfe als Beförderungshilfe zur Beziehungshilfe dargestellt werden kann.

Ich fasse kurz zusammen:

Ausgangspunkt der Sozialarbeit bilden die gestörten Beziehungen; Mittel der Hilfe bilden die Beziehungshilfe und die operationell mit ihr verbundenen praktischen Hilfen; Ziel der Sozialarbeit ist die soziale Integration des Klienten in seine Umwelt oder in Teile derselben.

Hervorgehoben werden soll, dass diese methodische Arbeit als Anteil an der Therapie der Patienten nicht ohne fundierte Ausbildung erfolgen sollte, nicht ohne Anleitung und Beobachtung, Konsultation und Supervision durch methodisch ausgebildete und erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, womit gesagt sein soll, dass wir uns von dilettantischem Arbeiten distanzieren.

Seit einigen Jahren richten sich die Ausbildungsstätten für Sozialarbeit auf die geänderten sozialen Verhältnisse ein, so dass in absehbarer Zeit die Absolventen dieser Ausbildung sich nicht mehr damit abfinden, Fürsorge alten Stils zu betreiben. Die gegenwärtige Situation zwingt also dazu, Aufbauausbildung zusätzlich auf sich zu nehmen und sich auf die

Anforderungen, die die Patienten an die Sozialarbeiterinnen stellen, einzurichten.

Zum Schluss möchte ich noch auf die Rolle der Sozialarbeiterin im therapeutischen Team eingehen. Damit Teamarbeit, bei der die Sozialarbeiterin mitwirkt, überhaupt entsteht, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein.

Einmal muss das Krankenhaus ein gewisses Maß an sozialem Interesse haben, es muss auch der Wille da sein, diesem sozialen Interesse einen kleineren oder größeren Teil an Zeit zu opfern. Wenn dies nicht gegeben ist, dann ist kein Boden da, auf dem Zusammenarbeit wachsen kann. Ein schlecht arbeitendes Team ist schlimmer als gar kein Team, da es bei allen Beteiligten Verwirrung schafft, die sich schließlich auf die Patienten übertragen kann.

Damit ein Team funktioniert, muss jedes Team-Mitglied die Aufgabe, die Stellung und die Kompetenzen der anderen Team-Mitglieder kennen und akzeptieren. Die Zusammenarbeit im Team ist etwas Dynamisches. Sie gleicht ein wenig einem Schachspiel, wobei es ein Ziel, das Heilen, und eine Hauptfigur, den Patienten, gibt. Alle Mitglieder des Teams spielen als Figuren um diese Hauptfigur zentriert und auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet. Die Stellung der Figuren kann sich ständig ändern, je nach Situation, Phase der Krankheit, Art der Persönlichkeit des Patienten. Je nach Gewicht eines bestimmten medizinischen oder sozialen Problems kommt einmal mehr die eine, dann wieder mehr die andere Person aus dem Team zum Zuge und rückt in die Nähe des Patienten. Sie kann abgelöst werden und später wieder zum Zuge kommen, sie kann auch lange Zeit gleichmäßig am Zuge bleiben.

Meist wird die Sozialarbeiterin erst spät ins Spiel eingesetzt, z.B. beim Rehabilitationsprozess, sie rückt aber dann schnell ins Zentrum und kann oft am Schluss die alleinige Figur sein, die dann oft eine andere neue Gruppe hinzuzuziehen hat, wenn z.B. dem Patienten Integrationshilfe für die Aufnahme in der Gesellschaft gegeben werden soll. Damit Zusammenarbeit funktionieren kann und damit weder der Patient als zentrale Figur noch das Ziel aus den Augen verloren wird, muss jemand da sein, der für die Zusammenarbeit verantwortlich ist.

Es ist schon viel darüber diskutiert worden, wer letztlich verantwortlich für die Arbeit sei, wer die Vorgesetztenrolle innehat. Diese Frage ist von Wichtigkeit. Es zeichnen sich Ansätze ab, die darauf ausgerichtet sind, den hierarchischen Aufbau in den Landeskrankenhäusern zu demokratisieren, jedoch wird meistens noch hierarchisch gedacht und fast immer so gehandelt.

Es gibt eine Meinungsausrichtung, die davon ausgeht, der Arzt habe die Vorgesetztenrolle, die Befehlsrolle, inne und der soziale Auftrag sei dem Medizinischen unterzuordnen, weil der Arzt die Verantwortung für den Patienten trage. Dieser Ansicht können sich die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, in deren Namen ich hier überhaupt spreche, nicht anschließen. Der Arzt trägt die Verantwortung wohl für den medizinischen, kann sie aber für den sozialen Teil nicht übernehmen. Für die Ausführung dieses Teils ist die Sozialarbeiterin allein verantwortlich. Beide, Arzt und Sozialarbeiter, sind aufgefordert, ihre berufsspezifischen Akzente verantwortlich darzustellen und sie der Krankenhausleitung gegenüber zu vertreten.

Wir meinen, dass bei der Frage der Verantwortlichkeit getrennt werden muss zwischen der Verantwortung in Bezug auf die berufliche Leistung und derjenigen in Bezug auf die Zusammenarbeit. Wenn im Team jemand die Verantwortung haben muss, so bezieht sich diese gegenüber den Sozialarbeiterinnen lediglich auf die Zusammenarbeit und sie dient der Koordination und Kommunikation.

Hier auf den früheren Gütersloher Wochen und an vielen anderen Stellen ist vielfach laut die Rede davon gewesen, die Gesellschaft müsse umstrukturiert, sie müsse bereit gemacht werden, den psychisch kranken Menschen zu integrieren und mit ihm zu leben. Es ist wenig die Frage beleuchtet worden, mit welchen Mitteln im therapeutischen Sinne in den psychiatrischen Krankenhäusern gearbeitet wird, abgesehen von den unterschiedlichen Gruppenaktivitäten in manchen Häusern, um den Patienten integrationsfähig zu machen.

Wir meinen, dass der Anteil der Sozial-Behandlung im Rahmen der Therapie deutlicher werden muss. Wie ich schon vor einiger Zeit lesen konnte, befürchten die Pharmazeuten, dass der Segen der Psychopharmaka wieder verlorengeht, wenn nicht auch gleichzeitig sozialtherapeutisch gearbeitet wird. Wir meinen, dass man auf dem breiten Gebiet sozialpsychiatrischer Notwendigkeiten auf die Sozialarbeit nicht mehr verzichten kann, will man die soziale Wandlung der Psychiatrie nicht wieder in Frage stellen.

Ausflug der „Rehabilitationsabteilung“ im Westfälischen Landeskrankenhaus Marsberg im November 1978 nach Bremen, Besuch des Vogelparks Walsrode (Waltraud Matern 2. Reihe, 4. v. l.). Foto: Sammlung W. Matern.

Funktionsplan des Sozialarbeiters in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Arbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1974)[1]

In den Westfälischen Landeskranhäusern und Heilstätten erfolgt der Einsatz der Sozialarbeiterinnen/des Sozialarbeiters:
a) im psychisch-klinischen Bereich,
b) im Suchtkrankenbereich,
c) im chronischen und geriatrischen Bereich,
d) in den Übergangseinrichtungen.

Für die angegebenen Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereiche sind die Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter voll verantwortlich, unterschriftsberechtigt und nur an die Weisungen des Leitenden Direktors gebunden. Der Sozialdienst ist ein eigenständiger Fachbereich. Er wird tätig:
- aus eigener Initiative,
- auf Wunsch des Patienten und seiner Angehörigen,
- auf Wunsch der Mitarbeiter des Krankenhausteams (therapeutisches Team),
- auf Wunsch von öffentlichen Dienststellen,

[1] Wiederabdruck aus: Matern, W. (2016): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960-1980). Hg. v. Franz-Werner Kersting. Münster: Ardey, S. 141-143.

- auf Wunsch von Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege,
- als gleichberechtigtes Mitglied im therapeutischen Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pfleger).

Arbeitsbereich Therapie

1. Erhebung der Sozialanamnese als Beitrag zur psychosozialen Diagnose (Krankheitsentwicklung und Auswirkung auf Familie, Beruf, Ehe).
2. Mitarbeit bei der Erstellung eines Therapieplanes sowie Erschließung der Hilfsmöglichkeiten (z.B. Orientierungshilfen im Krankenhaus, Hilfen zum Erkennen und Bewältigen von Problemen, Konfliktsituationen, Hilfen zur Gestaltung oder Wiederherstellung sozialer Beziehungen, u.a. auch Mitsprache bei Einrichtungen von Vormundschaften und Pflegschaften).
3. Einzelhilfe
   a) in der sozialen Einzelhilfe als Therapeut
   b) in der Gesprächspsychotherapie als Ko-Therapeut
   c) Verhaltenstherapie: Einüben in soziales Verhalten
4. Gruppentherapie:
   a) soziale Gruppenarbeit als Therapeut
   b) Gesprächspsychotherapie als Ko-Therapeut
   c) Verhaltenstherapie in der Gruppe als Ko-Therapeut z.B. beim Sozio- und Psychodrama
   d) themenzentrierte Gruppenarbeit (Informationsgruppen, z.B. Aufklärung über die Sucht und ihre Folgen)
5. Arbeit mit Familie
   a) Beratung der Angehörigen
   b) Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Kontakte zwischen Patient und Angehörigen
   c) Förderung des Verständnisses für krankheitsbedingte Fehlverhaltensweisen, seine möglicherweise verminderten Leistungs- und Belastungsfähigkeiten

d) Notwendigkeit der ambulanten Weiterbehandlung in Beratungsstellen, in Abstinenzvereinen und Patientenclubs.

Arbeitsbereich Rehabilitation

a) Berufliche Rehabilitation
Innerhalb der Klinik Vorschläge für den arbeitstherapeutischen Einsatz der Patienten im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation unter Nutzung der intramuralen und extramuralen Arbeitstrainingsmöglichkeiten.
Außerhalb der Klinik Hilfe bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes, evtl. mit Umschulungen unter Einschaltung der Arbeitsbehörden.

b) Soziale Rehabilitation
Integrationshilfen im Rehabilitationsprogramm, Tätigkeit in Übergangseinrichtungen (Nachtklinik, Wohnheim, Wohngemeinschaft).
Sozialpsychiatrische Aufklärung der zukünftigen Umwelt des Patienten, Wohnraumbeschaffung, Vermittlung in Spezialeinrichtungen wie Heilstätten, Werkstätten für Behinderte, Pflegeheime. Zusammenarbeit mit Vormündern, Pflegern und Bezugspersonen, mit zuständigen Behörden, Beratungsstellen, mit caritativen Einrichtungen öffentlicher, freier und privater Träger.

Arbeitsbereich Versicherung, Versorgung, Sozialhilfe, soziales Recht

- Erschließung und Koordinierung der materiell-sozialen Hilfen, z.B. zum Lebensunterhalt, zu Taschengeldern, orthopädischen Hilfsmitteln, Diätbeihilfen, Mithilfe bei der Unterhaltsregelung, bei Rentenangelegenheiten.
- Beratung im familien-, versicherungs- und sozialrechtlichen Bereich, z.B. BSHG, RVO, BGB, AFG, JWG, Schwerbehinderten-Gesetz.

Arbeitsbereich Aus- und Fortbildungsarbeit

Praxisanleitung von Studenten und Berufspraktikanten der Fachhochschulen für Sozialwesen sowie Studenten der verschiedenen Fakultäten
- Praxisberatung der Gruppenleiter
- Supervison
- Mitarbeit bei der Fortbildung des Pflegepersonals
- Unterricht in der Pflegevorschule und Krankenpflegeschule

Zukunftsorientierte Arbeitsbereiche

Intensivierte Ausgestaltung der Aufgaben im sozialen Umfeld.

Die Methodische Sozialarbeit. Ergänzungen zum Funktionsplan von 1974 (1976)

Arbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Heilstätten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1974)[1]

Vorwort zur methodischen Sozialarbeit

Seit Jahren fällt den Sozialarbeitern in den LKHs und Heilstätten – als dritter Berufsgruppe – die Wahrnehmung selbständiger Aufgaben zu (gemäß der Ordnung für die Westfälischen Landeskrankenhäuser und Heilstätten Punkt 10.2), die der Rehabilitation und Resozialisierung der Patienten dienen. Ihre Durchführungen basieren auf spezieller fachlicher Ausbildung unter Anwendung besonderer Arbeitsmethoden, die nachfolgend beschrieben werden.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter in den Landeskrankenhäusern und Heilstätten hat 1974 einen Funktionsplan erstellt, der auf die Aufgabenbereiche und den therapeutischen Aspekt in der Sozialarbeit hinweist. Die vorgelegten Aussagen der in der obengenannten Arbeitsgemeinschaft mitarbeitenden Sozialarbeiter über ihre speziellen me-

[1] Wiederabdruck aus: Matern, W. (2016): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960-1980). Hg. v. Franz-Werner Kersting. Münster: Ardey, S. 144-146.

thodischen Vorgehensweisen im psychiatrischen Tätigkeitsbereich sollen diesen ergänzen.
Mit diesen Aussagen wollen wir:
- dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe unsere Arbeit von unserem Berufsauftrag her verdeutlichen
- den Berufsanfängern und Studierenden der Sozialarbeit Anleitung und Orientierungshilfen geben
- eine fachliche Abgrenzung der Tätigkeitsfelder gegenüber anderen Berufsgruppen vornehmen, zugleich ein inhaltliches und methodisches Vorgehen in der Zusammenarbeit ermöglichen.

Einzelhilfe

Die soziale Einzelhilfe ist eine der vorhandenen psychosozialen (Arbeits-) Behandlungsmethoden. Sie stützt sich einerseits auf die Anwendung psychologischer und soziologischer Erkenntnisse und andererseits auf die Einsicht, dass rein unterstützende und materielle Hilfen unökonomisch sind und nicht die innere und äußere Situation des Klienten verändern. Das Hilfeleistungssystem in der sozialen Einzelhilfe richtet sich an den einzelnen und basiert auf der helfenden Beziehung Sozialarbeiter - Klient. Sie zieht sowohl die sozial bedingten intrapersonalen Störungen sowie die äußeren Ursachen von gestörten Verhaltensweisen in Betracht. Sie müht sich, diese Störungen beim Patienten abzubauen, ein neues Selbstverständnis aufzubauen und ihm die soziale Integration zu ermöglichen.

Dieses geschieht im präventierenden, rehabilitierenden und sozial integrierenden Bereich. Im Mittelpunkt steht das helfende Gespräch. Der Patient lernt (wieder) die praktische Bewältigung seiner Alltagsprobleme im Sinn der Hilfe zur Selbsthilfe durch:
- Gesprächsbereitschaft,
- Abbau von Ängsten,
- Aufbau neuer Beziehungen,

- Vertretung eigener Interessen

und bewirkt somit seine Eingliederung.

Soziale Gruppenarbeit

Soziale Gruppenarbeit als Methode sozialarbeiterischen Handelns kann in allen Bereichen der Psychiatrie angewandt werden. Sie kann nach Zielsetzung sowohl themen- als auch problemorientiert sein. Aufgrund der Kenntnisse und Informationen aus dem sozialen Umfeld bietet der Sozialarbeiter soziale Gruppenarbeit an.

In der sozialen Gruppenarbeit wird die Beziehung Klient - Sozialarbeiter zugunsten des erweiterten Lernfeldes „Gruppe“ verlassen. In jeder Gruppe werden Prozesse wirksam, die sowohl dem einzelnen als auch der Gruppe soziales Lernen und Erleben ermöglichen.

Aufgabe der sozialen Gruppenarbeit ist es, dem einzelnen durch seine Erlebnisse in der Gruppe (Spiegelfunktion) zur Erkenntnis und Bewältigung seiner emotionalen Bedürfnisse zu verhelfen, ihn zu besserem Sozialverhalten und durch Trainingsprogramme zu einer praktischen Lebensbewältigung zu befähigen. Emotionale Grundbedürfnisse sind demnach angstfreie Kommunikation, Anerkennung und Sicherheit. In den problemorientierten und themenzentrierten Gruppengesprächen, beim Rollenspiel, bei strukturierten Freizeitprogrammen und desgleichen mehr wird das auf Normen und Werte in der Gesellschaft ausgerichtete Sozialverhalten eingeübt.

In den Trainingsprogrammen werden schrittweise Hilfen zur praktischen Lebensbewältigung angeboten, die u.a. mit dem Erlernen von Geldwerten oder der Handhabung eines Telefons beginnen und bis zur selbständigen Wohnungssuche, Arbeitsplatzbeschaffung oder dem Umgang mit Behörden führen kann.

Das zur Realisierung der praktischen Lebensbewältigung notwendige Sozialverhalten wird in der Gruppe erlernt durch:

- Kooperation und gemeinsames Handeln,
- partnerschaftliches Zusammenleben,
- Verantwortung gegenüber anderen,

- adäquate Konfliktlösungsmöglichkeiten,
- Selbständigkeit,
- Anpassung und Durchsetzung.

Soziale Gruppenarbeit wird durch den Sozialarbeiter als verbindliches oder freiwilliges Angebot in den Behandlungsplan oder Stationsablauf integriert. Die Adressaten sind jeweils Patienten mit vergleichbaren psychosozialen Problemen.

Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit ist Bestandteil psychiatrischer Versorgung und Voraussetzung gemeindenaher Psychiatrie. Der psychisch Kranke darf von seinen sozialen Bezügen nicht getrennt gesehen oder davon isoliert werden, denn häufig sind es ungünstige Umwelteinflüsse, die zur Krankheit (Erkrankung) führen, diese auslösen oder einem erfolgversprechenden Behandlungsprozess entgegenwirken bzw. diesen in Frage stellen.

Aufgrund dieser Kenntnisse sind die im psychiatrischen Krankenhaus arbeitenden Sozialarbeiter beauftragt, mögliche Konfliktsituationen im sozialen Umfeld der Patienten aufzudecken, um dort milieutherapeutisch vorzugehen.

Ein weites Feld sind hierbei Aktionen und ständige, geregelte Mitarbeit im Bereich der Herstellung und Verbesserung von Kooperation und Koordination zwischen sozialen Diensten untereinander und zwischen Verwaltung und den beteiligten gesellschaftlichen Kräften und Verbänden in einem bestimmten Raum (Einzugsgebiet).

Sie entsprechen der Forderung der Psychiatrie-Enquete nach einer gemeindenah orientierten sozialen Psychiatrie und werden von den in den WLKs tätigen Sozialarbeitern im Rahmen der Gemeinwesenarbeit punktuell bereits erfüllt. Dazu gehören auch der Aufbau und die Mitarbeit in Patientenclubs und Laienhelfergruppen, psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, bei Ferienmaßnahmen für Patienten, bei Übergangs- und Nachsorge-Einrichtungen u.v.m.

Über die Schulter geschaut. Mit dem Kontaktbereichs-Sozialarbeiter unterwegs

Ilse Eichenbrenner (1988)[1]

Verdrossen stapft der Sozialarbeiter durch die psychosoziale Landschaft. Kein Biotop, eher versteppte Geröllhalde. Keine Naturdenkmäler, aber dafür jede Menge Parkplätze. Da kommt er fast zu früh, hat noch ein bisschen Luft, kann sehen, ob bei Frau C. die Hauspflege funktioniert.

Jetzt genau darauf achten, wer gegrüßt werden muß. Aber nicht jeder ist erfreut über ein erkennendes Nicken des zuständigen Agenten vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Schweigepflicht und Datenschutz manifestieren sich bereits in Mimik und Gestik - andererseits hat sich eine Klientin beschwert, weil sie der Sozialarbeiter neulich im Kaufhaus in der Nähe seiner Privatwohnung in der Innenstadt nicht gegrüßt hat. Also Vorsicht jetzt!

Die Genossenschafts-Blocks aus den 30er Jahren werden zur Zeit modernisiert. Manch routinierte senil-demente Dame wurde aufgestöbert, verschreckt, durch die Umsetzung während der Renovierungsarbeiten geraten die letzten Ordnungsmuster aus den Fugen. Ist auch das überstanden, beschwichtigt vom Amtsarzt („Ausnahmesituation"), wollen neue Schließanlagen, Gasetagenheizungen und Duschbecken verstanden und benutzt sein. Frau C. hat sich allmählich wieder eingewöhnt. Aber was es jetzt alles braucht, um sie zu schützen, zu leiten, zu versorgen: Ein Gebrechlichkeitspfleger regelt die Finanzen, eine Hauspflegerin geleitet zu den Einkäufen, der Hauswart hütet die Ersatzschlüssel.

[1] Wiederabdruck aus: Blätter der Wohlfahrtspflege 135, (10), S. 240-242.

Sie grüßt den Sozialarbeiter freundlich; die Zeitung liegt auf dem Tisch. Daneben ein Zettel mit großen Druckbuchstaben: „Im Kühlschrank ist Kuchen, Tropfen nicht vergessen." In großen Ziffern die wichtigsten Telefonnummern unter dem Telefon. Wann denn der Urlaub zu Ende sei, sie wolle gern wieder nach IIause, meint Frau C. Da warte doch die Mama. Ihre Haut ist ausnehmend trocken, elefantig, und es ist angenehm, Gesicht und Hand kurz zu drücken. Ohne Langzeiteffekt.

Jetzt rasch zu den beiden schriftlich angekündigten Hausbesuchen. Die Bauaufsicht hat geschrieben: „zur weiteren Veranlassung". Bei Herrn M. wurden anläßlich einer Wohnungsbegehung unvorstellbar verschmutzte und vermüllte Räume vorgefunden. Die Kündigung ist ausgesprochen, Räumungsklage angedroht. Vermutlich ist Herr M. Alkoholiker. Der Mitarbeiter von der Wohnungsbaugenossenschaft steht schon vor der Tür. Kurze kumpelhafte Begrüßung: „Na, denn woll'n wer mal!" Auf aufdringlich langes Klingeln zunächst keine Reaktion, dann ein klägliches „Geh'n se weg, lassens mich in Ruhe". Erleichtert kann auch diese Akte wieder weggepackt werden. Der Sozialarbeiter, auch für wohnungslose, obdachlose Patienten zuständig, ahnt, dass sich dieser Aufschub rächen wird: Nach der Zwangsräumung wird kaum ein angemessener Lebensraum zu finden sein für diesen verbitterten einsamen Mann. Aber vielleicht kann man ihn ja dann zu einer Therapie...

Jetzt hat er überraschend etwas Zeit und kann kurz in den Supermarkt - die Milch ist alle. Auch dies ist ein gewagter Vorstoß und gesenkten Blicks schiebt er den Wagen durch die Regale. Heute ist er das Opfer, denn Frau O. hat ihn erspäht. Sie beschwert sich heftig, wie stets, über die zwei jungen „Verrückten", die er ihr ins Haus gesetzt habe. Am Telefon noch erträglich, windet er sich hier und bittet sie, sich zu mäßigen. Aber sie zetert weiter und weidet sich an der guten Akustik neben der Tiefkühltruhe.

Unser Mann flüchtet und verzichtet auf Frischobst und Wurstwaren. Ein Hausbesuch ist schnell versprochen - „ich schau mal vorbei" - und an der Kasse kann er sich schon wieder zwei Hausbesuche sparen: Herr Z. trinkt wieder und die geistig behinderte Alma F. winkt ihm begeistert zu. Die Schwester sei wieder gesund.

Abb. 7: Ilse Eichenbrenner (li.) mit Kollegin bei der Öffentlichkeitsarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes Spandau auf einem Weihnachtsmarkt, 1981. Foto: Sammlung I. Eichenbrenner.

Abb. 8: Öffentlichkeitsarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Spandau in der Fußgängerzone, 1987. Foto: Sammlung I. Eichenbrenner.

Hausbesuch Nummer zwo, angemeldet für 15 Uhr, führt in die Laubenkolonie. Die Akte liegt wegen Geburtstags des Klienten auf Wiedervorlagetermin.

Mutter und Sohn erwarten ihn schon. Die Besuche in diesem „Behelfsheim" ängstigen ihn: Exotische Probleme mit Pumpen, Sickergruben und Teerpappe kommen zur Sprache, auf die ihn weder die Fachhochschule noch das Leben vorbereitet haben. Alexander A., der chronisch psychisch kranke Sohn, wird heute 59, er trippelt neuroleptisch auf der Stelle. Die Mutter hat Kuchen gekauft, Kaffee gebrüht, und verstohlen wischt der Sozialarbeiter seine Tasse aus. Mit Schrecken denkt er an die Vorweihnachtszeit mit all ihren gedeckten Tischen und Plätzchentellern. Alexander klappert mit Tasse und Löffel. Frau S. aus der Ambulanz wird noch erwartet, da freuen sich alle. Ulla wird das Gespräch auflockern, und vielleicht kann man ja dann bald gehen. Das Depot-Neuroleptikum ist rasch injiziert und das Geburtstagskind hat das mitgebrachte Konfekt schon gegessen. Wie jedes Jahr. Beim Verabschieden kommt noch eine Kollegin aus der Behindertenfürsorge den Gartenweg herauf, Frau A. wird von ihr betreut. Ohne die Profis aus Amt und Klinik bliebe hier der Geburtstagskaffee unberührt. Wie immer erhält er eine Tüte mit Fallobst in die Hand gedrückt.

Auch Ulla hat gehört, daß es den beiden in der Wagnerstraße nicht gut geht, wahrscheinlich kiffen sie wieder. Sie kommt mit, dann lohnt sich der weite Weg wenigstens. Und überhaupt.

In diesem Haus kennt er jeden Bewohner, so oder so. Dummerweise hat er eine Wohnung, nachdem die Mieterin hospitalisiert werden mußte, einem der obdachlosen jungen Patienten vermittelt. Der freute sich nach dem Klinikaufenthalt auf die frischrenovierte Wohnung und die Nachbarschaft zu einem Mitpatienten. Beide haben viel Spaß, aber auch viel Zoff; Shit und Wodka kreisen häufig, und die Wohnung wurde zu einem einschlägigen Treffpunkt im Viertel.

Heute ist wieder „Highlife und Konfetti", und ein Pärchen, beide aus der Klinik, sitzt kichernd auf der Couch. Ihn, Peter, hat er erst letzte

Woche zur Klinik zurückgebracht, heute ist er schon wieder abgehauen. Vielleicht ruft er nachher wenigstens auf Station an und gibt Bescheid.

Alle freuen sich über den Besuch, aber die Fronten sind schnell klar: Medikamente „bringen nichts“, Atze hört Stimmen und muß in die Klinik, aber sonst ist alles in Ordnung. Und weil das Geld alle ist, kündigen zwei für morgen den Besuch im Amt an, eine Befürwortung für‘s Sozialamt wird doch drin sein. Die Wohnung ist entsetzlich schmutzig, eine Scheibe kaputt, drei Katzen rennen durch die Gegend. Der Fernseher läuft ununterbrochen, und selbst Ulla ist für Rückzug. So oberlehrerhaft kommen sie sich hier vor, Vorhaltungen gegen die Röhre anschreiend.

Zwei Wochen später wird er mit dem Amtsarzt wiederkommen und dann über den Pfleger Atze einweisen lassen.

Ulla muß zur Spätsprechstunde, und er geht noch kurz in das Heim für haftentlassene Männer; im Büro bekommt er, wie er weiß, einen Kaffee, und endlich kann er sich die Hände waschen. Ab und zu gelingt es ihm, hier ein Appartement für einen psychisch kranken Klienten zu ergattern, wunderbar geräumige Zimmer mit Dusche, Kochecke und Balkon. „Zur Vermeidung einer Ghettobildung“, ist die Argumentation, aber auch die Haftentlassenen sind alle alkoholkrank, kontakt- oder verhaltensgestört. Knackis eben.

Die problematischen Bewohner werden durchgesprochen, auch der Bewährungshelfer, der hier seine Außensprechstunde abhält, kommt auf eine Tasse dazu. Einige Kostenübernahmen laufen ab, müssen neu befürwortet werden. Drei Bewohner fliegen vermutlich in den nächsten Tagen raus - der elende Suff - und werden dann mit Tasche und Transistorradio im Amt auftauchen. Aber vielleicht sind sie ja dann zu einer Therapie...

Noch zwei kurze Stippvisiten bei den beiden Klinikpatienten, die er hierher vermitteln konnte. Er fühlt sich verantwortlich, hat für sie ein gutes Wort eingelegt und hört jetzt mit Bedenken, wie Herr Sch. über seinen Nachbarn redet: er lasse sich von dem nicht fertigmachen, nachts, der piesacke ihn, und die Weiber erst... Nur schnell weg. Sie erschreckt ihn immer wieder neu, diese Heftigkeit, wenn die vertrauten Klienten psychotisch werden. Und er ärgert sich schon jetzt prophylaktisch, weil

bald alles wieder losgeht: die Anrufe der Betreuer aus dem Heim, die Beschwerden, der Kampf bis zur Klinikeinweisung. Obwohl er erst kürzlich erlebt hat, daß ein junger einfühlsamer Facharzt es geschafft hat, und dieser Krug an ihm vorüberging.

Am Auto steckt ein Zettel. Frau K. hat drauf geschrieben: „Uns geht es gut. Wir kommen vielleicht mal vorbei." Das war eine erfreuliche Geschichte mit den beiden, fast so etwas wie eine Paartherapie. Das hat er gelernt, und in diesem Fall hat es sogar funktioniert. Das wünscht er sich häufiger - daß sich was bewegt, aber vorwärts, und ihm Sinn gibt. Ob er ein Helfersyndrom hat? Wahrscheinlich nicht. Eher fühlt er sich wie ein Voyeur: diese Szenen wie in alten italienischen Spielfilmen, und andere wieder wie in Romanen von Genazino.

Er kennt seinen Bezirk jetzt gut, zu gut vielleicht nach acht Jahren. So gut, daß er häufig wegschaut, aber nicht gut genug, um aufzuhören. Er will wissen, wie es weitergeht, auch wenn es kein Happy-End gibt. Eine neue Art von Heimat ist hier für ihn, aber diese ständige Spannung fällt erst von ihm ab, wenn er sich dem Zentrum, in dem er wohnt, nähert. Es gefällt ihm, daß er für die Bürger, die Geschäftsleute und die poppigen Jugendlichen nicht zuständig ist, sondern für die Auffälligen, Unsauberen und Traurigen, die das Viertel von sich abstoßen will wie Schwären, oder die darin versickern und verebben.

Er wandert in den Fugen herum, an den Rändern, und oft reißt es ihm die Beine auseinander über der Kluft: die sich beschwerenden Nachbarn so redlich und arglos, und seine Klienten so verwahrlost und dumpf.

Er kennt die wichtigsten Kneipen, Parkbänke, Beerdigungsinstitute. Ihn kennen die Bankangestellten, die KOBs und Schlüsseldienste. Einige wenige Namen hütet er in seinem Notizbuch: die Hauspflegerinnen und Putzfrauen, die auch in den „Wäscheklammer-Wohnungen" saubermachen – die raren Genies, die mit den schwierigen Käuzen und Eremiten in ihren vollgesammelten Wohnküchen klarkommen.

Auf der Fahrt in die Stadt sieht er noch Herrn M., braungebrannt. Er lebt jetzt im „Asyl"; einem Edelobdach, vorher hat er „Platte gemacht"; lebte im Sommer im Freien, im Winter in der Toilette der neuen Fußgängerzone. Er grinst verschmitzt vor sich hin, denn die Krimis in seinem

Kopf machen ihn immer zum Kommissar. Früher war er mal lang in der Forensik, jetzt ist er dabei, sich vom Stadtstreicher in ein Unikum zu verwandeln. Im Asyl hat er anfangs nur auf der Toilette geschlafen, rundherum gekringelt wie gewohnt. Jetzt schläft er meist im Bett, aber seine Wäsche wäscht er immer noch im Handwaschbecken. Er verpaßt keine Mahlzeit und ist doch stets auf Achse. Er ist untergekrochen und unruhig unterwegs. Der Kontaktbereichs-Sozialarbeiter verläßt das Revier. Er fährt nach Hause.

Zwischen Lebensweltorientierung und Psychotherapie. Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen die Reformgewinner?

Ilse Eichenbrenner (2009)[1]

Abstract: Ausgehend von der Hypothese einer marginalisierten Lebenslage vor allem weiblicher Quereinsteiger analysiert die Autorin anhand narrativ-biografischer Exkurse die emanzipatorische Wirkung des sozialen Konstruktes „Psychiatriereform“ für soziale Berufe, wobei es ihr nicht gelingt, den eigenen, subjektiven Fokus zu Gunsten einer generalisiert-abstrakten Meta-Ebene aufzugeben.

Motivationale Ausgangslage

Wir waren Erzieherinnen im Hort, in der KiTa oder im antiautoritären Kinderladen. Wir hatten die mittlere Reife und maximal 35 Kinder um uns herum und wussten nur eines – so durfte unser Leben nicht enden. Auch ohne Fachabitur ließ man uns an vielen Fachhochschulen einsteigen. Studieren wäre noch einmal eine kleine Flucht, und die erträumte Statusverbesserung die Zugabe. Unter Sozialarbeit stellten wir uns „irgend etwas mit Menschen“ vor; es würden wenige sein, und sie wären älter, den Rest kannten wir ja schon.

[1] Wiederabdruck aus: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 27 (2009), (1), S. 15-17.

Das mit höchster Aufregung angetretene Studium, manchmal berufsbegleitend, erwies sich als eine endlose Aneinanderreihung von Vollversammlungen, Streiks, weiteren Vollversammlungen und der bitteren Erkenntnis, zu den Revisionisten zu gehören. Sollte man doch dem KSV beitreten? Die Lehrstoff-Rudimente waren lässig zu bewältigen, und die Einheitszensuren (eine Eins für diejenigen, die an die Hochschule wechseln wollten, eine Zwei für alle anderen) machten alle Anstrengungen wertlos. Praktika lugten zwischen den verrauchten Kneipen und der Mensa hervor und wiesen den Weg in die nächste Berufstätigkeit. Wir kehrten, kaum schlauer als vorher, in die Kinderheime und Jugendclubs zurück. Dort waren wir willkommen, und manche von uns durften auf der Stelle bleiben. Viele von uns saßen wieder fest, zwei BAT-Gruppen weiter; manche behielten einen im Praktikum gesponnenen Draht zur sozialen Psychiatrie, und nutzten ihn. Glücklicherweise.

Felderkundung im Außendienst

Kaum noch vorstellbar ist die Euphorie, mit der sich die Sozialarbeiterinnen der siebziger Jahre in die junge Gemeindepsychiatrie stürzten. Vielleicht war es jenen Fürsorgerinnen ähnlich ergangen, die am Anfang des letzten Jahrhunderts über die Dörfer radelten, wie es Hedwig Stieve in dem 1925 erschienenen „Tagebuch einer Fürsorgerin“ so pathetisch beschrieben hat. Die aufgeregten Blicke in Wohnungen, die unvorstellbar karg, schmutzig, skurril oder voll mit Nippes waren. Das psychische Elend in Villen, in den Neubauvierteln, die erste Fahrt in die Nervenklinik am Stadtrand. Vollzogene Lebensläufe, nicht nur Lebensentwürfe, wie sie nicht einmal im Kino zu finden waren. Gerüche, Bilder, Szenarien – kaum zu fassen. Nach der ersten Scheu gelang es, ein Gespräch zu führen, zu verhandeln, einzugreifen, zu helfen, handgreiflich oder über Umwege am Schreibtisch. Geld beschaffen, den Müll runterbringen, einen Hausarzt auftreiben, alles war möglich, vieles gelang. Es ging um Autonomie und Schutz, um Verzweiflung und Schande, kaum um Diagnosen. Als Voyeurinnen konnten wir in unbekannte Räume schauen, als mobiles Einsatzkommando mit dem Psychiater im Schlepptau die Welt

und ein Leben retten. „Irren ist menschlich" gab keine Antworten, sondern warf uns auf uns selbst zurück. Suche in dir selbst, dann verstehst du den anderen. Wir irrten glücklich herum.

Auch die Exkursionen in die Klinik gestatteten einen Blick in unbekanntes Terrain. Da wurde ein fremder, eigenartig unbeteiligter Slang gesprochen: „Nein, Herr Müller. Sie bleiben bitte hier. Sie haben erst morgen Ausgang." Wollten wir die Sprache der Krankenpfleger lernen?

Zwischen der Klinik, den Ärzten und dem Amt gab es nur uns: Sozialarbeiterinnen in der Ambulanz, im Sozialdienst, im Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir verknüpften die Welten; nur wenige kannten drinnen und draußen so wie wir.

Einige wenige Psychiater teilten für wenige Momente diesen Spagat; die jungen wechselten nach wenigen Jahren zurück in die Klinik oder in die eigene Praxis; die leitenden Ärzte oder Ärztinnen herrschten hoch oben, in dünner Luft. Mediziner und Psychologen schienen geringschätzig auf uns Sozialarbeiterinnen herabzublicken. Sie befanden sich in der Metamorphose zum Psychoanalytiker und sprachen in rätselhaften Codes. „Grundformen der Angst" von Fritz Riemann war Pflichtlektüre; Selbsterfahrungsgruppen entstanden, zu denen exklusiv eingeladen wurde. Kolleginnen und Kollegen machten geheimnisvolle Seminare am Wochenende und verschwanden.

Die Bewegung

Schon an der Fachhochschule war unser Seminar zum Mannheimer Kreis gepilgert. Das war die Initiation. Mit Erich Wulff in Osnabrück (AG 12) unter einem Baum sitzen („cool"). Das gemeinsame Engagement war Geländer, Rückendeckung und Fahrstuhl. Das sozialpsychiatrische Netzwerk verschaffte den Durchblick und regte an. Es wühlte auf. Es stellte Forderungen. Wo es noch keine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft gab, war sie zu gründen. Also gründete man, klammheimlich oder offensiv. Es galt nun, nicht mehr selbst das Klo zu wischen, sondern im Rahmen des Modellprogramms Strukturen aufzubauen. Es galt nun kleine Vereine und Träger aufzubauen, in deren Vorstandssitzungen man

Abende verbrachte. Plötzlich war man Arbeitgeber. Fahrten nach Genua und Triest erweiterten den Horizont. Wir wurden aufmüpfig, wussten es besser als andere, wurden zurückgepfiffen. Auf der nächsten Tagung wurde aufgetankt. Nichts trifft jene Stimmung besser als das alte Motto der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie: Gleichgesinnte treffen, auf neue Ideen kommen.

Waren wir bisher nur Entdeckerinnen fremder Lebenswelten, so wurden wir nun zu Lehrlingen der Psychiatrie. Die alltägliche Begleitung der Klienten, kombiniert mit dem sozialpsychiatrischen Engagement am Feierabend, gab uns ein nie gekanntes Selbstbewusstsein: Experten zu sein in unserem ur-eigenen Metier.

Wir bauten dilettantisch neue Projekte auf: Wohngemeinschaften ohne Ende, Kontaktstellen, Krisendienste, Zuverdienste, ganze Imperien entstanden durch und zwischen uns. Psycho- und Soziologen führten die Geschäfte; die Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen wurden Bereichsleiter, Qualitätsbeauftragte, Koordinatorinnen. Keinen akademischen Titel zu haben und keine psychotherapeutische Zusatzausbildung war plötzlich kein Makel mehr; wir alle waren Macher und Macherinnen und planten und griffen zu und kümmerten uns fürsorglich um die psychisch Kranken. Dies alles kulminierte in der Phase der Enthospitalisierung, in Berlin um 1998 herum – in aufgeregte, fast rauschhafte Jahre.

Klinische Sozialarbeit

Wer lange in der Psychiatrie arbeitet, in der innovativen Sozialpsychiatrie erst recht, entwickelt eine Identität als psychiatrisch Tätiger. Das ist der Preis für die Multiprofessionalität, den Schulterschluss mit Krankenpflegern, Psychologen, Ärzten und den vielen Seiteneinsteigern aus den neuen Bundesländern. Man wechselt eher zu einem anderen sozialpsychiatrischen Träger als – wie die Sozialarbeiter im Gesundheitsamt – von der Tbc zu den sexuell übertragbaren Krankheiten. Psychiatrie kann eine verdammt warme Heimat sein.

Abb. 9: Sozialarbeiterin im „Tagesdienst", Sozialpsychiatrischer Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf, ca. 2000. Foto: Sammlung I. Eichenbrenner.

Umso verblüffter war ich, als ich nach vielen Jahren den Kopf als Autorin und Dozentin wieder in die originäre Soziale Arbeit steckte. Hier wurde inzwischen um Professionalisierung und Akademisierung gerungen; Masterstudiengänge, z.B. Klinische Sozialarbeit, wurden propagiert, es wurde geforscht und evaluiert. Eine weitere, mir noch fremdere Fachsprache war entstanden – ich wollte sie nicht lernen.

Doch sie hat uns alle eingeholt. Spätestens seit der Jahrtausendwende sind viele der Pappwörter aus Social Work und Diversity Management in die sozialpsychiatrische Bewegung hineingeschwappt und haben uns Sozialarbeiter nicht verschont. Aber trotz oder vielleicht gerade wegen dieser akademischen Diskurse ist eine neue Generation höchst kompetenter Sozial-Therapeutinnen und Sozial-Pädgoginnen in den Projekten herangewachsen. Souverän bewegen sie sich zwischen Hilfeplänen und Bindungstheorie, systemischer Gesprächsführung, ICD 10 und Selbstversorgung. Sie begleiten ihre Klienten durch den banalen Alltag und fast

jede Krise, moderieren die Psychoedukation und greifen bedürfnisangepasst zu Erlebnispädagogik, Pharmakotherapie oder Biografiearbeit. Sie fordern und fördern und manchmal heilen sie sogar. Ohne zu murren akzeptieren sie Zeitverträge und rotieren, wenn der Markt der Hilfebedarfsgruppen es will, vom Betreuten Wohnen in den Zuverdienst. Ich bewundere sie und sorge mich um ihre Zukunft.

The winner takes it all

Geschäftsführer und Sozialmanager greifen nach der Macht und sie gewinnen. Sie bauen Imperien auf, die nicht mehr im Rahmen sozialer Fürsorge für ihre Klienten betteln, sondern über die sozialen Versicherungen ihre Finanzierung einfordern. Die Grenzen verschwimmen, nicht nur zwischen den Methoden und Konzepten, sondern auch zwischen den Professionen, ja sogar zwischen den Profis und den Experten aus Erfahrung. Wir pflegen und rehabilitieren, therapieren und organisieren, führen Assessments durch und Home care und planen passgenau den Hilfemix aus Profi- und Bürgertum. Der Heiligen Klinik geht es an den Kragen und wir bauen aus den kleinsten Bausteinen ein neues, virtuelles System in die Gemeinde hinein. Jeder kleine Krämerladen wird zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke; jeder Tratsch mit der Nachbarin, jeder Schöpflöffel in der Suppenküche und jeder Volkshochschulkurs ist eine Maßnahme zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Her mit dem persönlichen Budget!

Sie stricken und knüpfen, sie hämmern und bohren, sie popeln nach Nischen, nach Fluglöchern und Abschussrampen für unsere Klientel. Ich stehe auf der anderen Seite. Wie armselig und wie hektisch ist mein Alltag im Amt geworden. Ich sehe (fast) keine Klienten mehr, nur noch Hilfepläne und Modulbögen, Anträge und Anfragen und Ablehnungsbescheide. Weit über die Hälfte meiner Zeit verbringe ich mit Administration und Gremienarbeit; mit Akten, Akten, Helferkonferenzen und Stellungnahmen. Wer gehört in welche Schublade, gibt es für jedes Töpfchen ein Deckelchen und kommen die Bösen ins Kröpfchen? Angerührt lese

ich meine alten Vermerke und wünsche mich in den Außendienst zurück. Ich blättere durch die Taschenbücher, mit denen einmal alles anfing: Frank Fischers „Irrenhäuser", Heitkamps „Reise durch den Wahnsinn". Wenn wir Gewinner sind - was haben wir gewonnen? Die Psychiatriereform war zweifellos ein Hauptgewinn, für die Klienten hoffentlich, für uns selbst sowieso. Sie bleibt ein zentraler Bestandteil unserer Lebensgeschichten, komme noch was mag. Aber sind wir Gewinner? Aus den eifrigen Fürsorgerinnen der Gesundheitsämter, die ohne zu mucken an den Zwangssterilisationen mitgewirkt haben, sind Fall-Managerinnen geworden, die Fälle verwalten, Daumen nach oben, Daumen nach unten. Aus den Bittstellerinnen und Diakonen sind selbstbewusste Geschäftsführer geworden, die mal eben eine Power-Point-Präsentation für ein Millionenprojekt entwickeln, und es gegebenenfalls mit einem Mausklick wieder vernichten. Jongleure in einem immer verrückter, ja verrückter werdenden System, in jeder Hand ein Ass, zwei in der Luft und im Ärmel weitere drei. Ist da was heruntergefallen? Leider habe ich grade keine Hand frei, weil ich das Viktory-Zeichen machen muss, yeah. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Dieser Band enthält Studien und Dokumente zur Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland. Im Sinne einer „oral history“ berichten ehemalige SozialarbeiterInnen über ihre Arbeit in der Psychiatrie zwischen 1960 und 1990. Die bislang weitgehend unbekannte und „vergessene“ Geschichte dieser Profession in der Bundesrepublik und der DDR wird damit anschaulich und lebendig.

Burkhart Brückner, Prof., Dr., Professor für Sozialpsychologie, inkl. psychosoziale Prävention und Gesundheitsföderung am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein.

Franz-Werner Kersting, Prof. Dr., 1986-2020 wissenschaftlicher Referent am LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte in Münster, apl. Professor für Neuere und Neueste Geschichte am Historischen Seminar der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Schriftenreihe des Fachbereiches Sozialwesen
an der Hochschule Niederrhein
Mönchengladbach
Band 64

BIA PSY BIOGRAPHISCHES ARCHIV DER PSYCHIATRIE

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

ISBN 978-3-933493-48-4