

Heinz Mölders

Erwerbslosigkeit und Gesundheitswesen

Widerspruchserfahrungen in einem selbstinitiierten Projekt

Einführung

Die Zahl der Forschungsprojekte und Publikationen über Folgen der Erwerbslosigkeit insbesondere für das Befinden der Betroffenen ist in den letzten fünf bis zehn Jahren in Westeuropa stark angewachsen. Man sollte annehmen, daraus resultierendes Wissen sei mittlerweile weithin verbreitet. Die Annahme trügt. Skandalöserweise wird in den Niederlanden — und soweit mir bekannt in Westeuropa überhaupt — in der Behandlung von PatientInnen/KlientInnen im Gesundheitswesen deren alltägliche Arbeit bzw. Erwerbslosigkeit kaum thematisiert und kann somit auch keine Rolle spielen. In den Niederlanden gibt es auch kaum Forschungsergebnisse über die Effektivität der Versorgungsangebote. Wie Verkleijs (1988) Arbeit, eine der wenigen Forschungsarbeiten in diesem Bereich, zeigt, beurteilen die Arbeitslosen Hilfeleistung (im Gesundheitswesen und durch die Sozialarbeit beim Sozialdienst) als immer weniger effektiv: 1984 erklärten 55 % von den um Hilfe suchenden Langzeitarbeitslosen, ihnen werde nicht oder kaum geholfen, 1987 waren das bereits 75 %.

In verschiedenen Forschungsarbeiten (Pinxten 1983; Kleiber 1985 u.a.) wird gefordert, diesem Problem abzuweichen. So können z.B. nach Kleiber »Forschungen und systematische Informationen der Helfer über die Folgen der Arbeitslosigkeit (...) eine Sensibilisierung der Problemwahrnehmung fördern und zur Entwicklung gezielterer, angemessenerer Beratungs- und Therapiekonzepte führen, die den realen Ursachenzusammenhang der Störungen in einem lebensumweltbezogenen Ansatz aufgreifen« (Kleiber 1985, 382).

Dies bildet die inhaltliche Ausgangslage der Arbeit einer Gruppe von Erwerbslosen, die zur Entstehung der Projektgruppe Erwerbslosigkeit und Gesundheit (PEG) im Amsterdamer Stadtteil Südost führte, über die ich in diesem Aufsatz berichten werde. Zentrale Aspekte in diesem Aufsatz sind die Beschreibung der Entstehung und Entwicklung der PEG, die Darstellung und Problematisierung der Erfahrungen, die wir mit unseren Aktivitäten im Gesundheitswesen gemacht haben sowie die Reflexion der Arbeitsbedingungen bei der Entwicklung unseres Projektes bzw. meiner Position als von Erwerbslosigkeit betroffener Berufspraktiker.

Entstehung und Entwicklung der PEG

Die PEG ist 1985 innerhalb der Arbeitsloseninitiative Amsterdam-Südost (AASO) entstanden, die 1978 im Rahmen einer Maßnahme des Sozialministeriums als

Initiative zur Erhöhung der Chancen für Langzeitarbeitslose auf dem Arbeitsmarkt gegründet wurde. In den zwölf Jahren ihrer Existenz — sie wird in diesem Jahr wegen Sparmaßnahmen geschlossen — hat die AASO mit ihren fünf hauptamtlich und ca. 40 ehrenamtlich Beschäftigten für die ca. 700 jährlichen Besucher und Kursteilnehmer ein reichhaltiges Angebot entwickelt. Das Angebot reicht von allgemeinbildenden, Kreativitätsförderung anzielenden Kursen und Arbeitsprojekten (Recycling- und Siebdruckprojekt) bis hin zu Aktivitäten im Bereich der individuellen und kollektiven Interessenvertretung (Beratungsangebot bzw. politische Aktivitäten). Zielgruppe der AASO sind vor allem die in diesem Stadtgebiet mit über 80000 Einwohnern lebenden Erwerbslosen (über 25 %).

Die Gründung der PEG basierte auf einer Forschungsarbeit über die Folgen und das Erleben der Erwerbslosigkeit, die wir, vier Psychologiestudenten der Universität Utrecht, in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Kollektive Interessenvertretung (AKIV) der AASO erstellt hatten (Mölders et al. 1985; Mölders 1985). Diese Forschungsarbeit brachte uns 1985 in Kontakt zu Mitarbeitern im Gesundheitswesen und der psychosozialen Versorgung. Aufgrund der persönlichen Erfahrungen und Interessen der Mitarbeiter der AKIV, der Notwendigkeit einen größeren Kreis von Erwerbslosen zu erreichen, und der vorliegenden Forschungsergebnisse entstand die PEG. Die Teilnehmer der PEG waren MitarbeiterInnen des lokalen Sozialarbeiterzentrums, der Informationsabteilung des Akademisch-Medizinischen Zentrums (des größten Amsterdamer Krankenhauses), der psychosozialen Versorgung, eines Entwicklungsinstitutes für das lokale Gesundheitswesen und drei bis vier MitarbeiterInnen der AKIV/AASO. Die Organisation der PEG und die meiste praktische Arbeit lag in den Händen von zwei bis vier MitarbeiterInnen. Die inhaltliche Unterstützung kam von einer landesweiten Betreuungskommission.

Es war unser Ziel, das Gesundheitswesen für die Folgen der Erwerbslosigkeit durch Öffentlichkeitsarbeit und Erfahrungsaustausch zu sensibilisieren. Zielgruppe waren Arbeitende im Basisgesundheitswesen und der psychosozialen Versorgung. Wir wollten sie über die möglichen Folgen der Massenerwerbslosigkeit für die Gesundheit der Betroffenen informieren und von ihnen erfahren, wie sie damit umgehen. Im Laufe der vierjährigen Projektarbeit haben wir dieses Ziel an die sich entwickelnden Möglichkeiten und Gegebenheiten im Gesundheitswesen angepasst. Zunächst planten wir Entwurf und Realisierung einer Ausstellung zum Thema Erwerbslosigkeit und Gesundheit, dann den Informations- und Erfahrungsaustausch mit GesundheitsarbeiterInnen mittels Gesprächen und Diskussionsveranstaltungen, und — längerfristig — die Entwicklung von Schulungsmaterial für u.a. ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, GemeindepflegerInnen und FamilienhelferInnen. Finanziell wurden wir von der Stadtverwaltung und dem Ministerium für Gemeinwohl, Kultur und Gesundheit unterstützt. Als Leiter dieses Projektes

wurde ich für ein Jahr bezahlt, die restliche Zeit war für mich wie für die anderen Mitarbeiter aus der AASO eine ehrenamtliche Tätigkeit.

Das Konzept der PEG

Das Konzept der PEG, das durch Diskussionen sowohl in der AKIV als auch in der PEG entstand, richtet sich dagegen, daß die Erwerbslosen über ihre Köpfe hinweg behandelt und für sie neue Krankheitskategorien eingeführt werden. Das Ziel war, das Gesundheitswesen dazu zu bewegen und dabei zu unterstützen, auf die Bedürfnisse der KlientInnen und insbesondere der Erwerbslosen einzugehen und die gesellschaftliche Position der Betroffenen bei der Behandlung individueller Probleme zu berücksichtigen, damit die Ursachen persönlicher — körperlicher sowie psychischer Probleme und Krankheiten — nicht immer nur in den Individuen gesucht werden (Helbig 1987; Mölders 1986). dabei wollten wir trotz unserer grundsätzlichen Kritik an den qualitativen Mängeln des Gesundheitswesens die Position, Handlungsräume und — möglichkeiten der »HelferInnen« nicht aus dem Blickfeld verlieren, sondern auch deren Interessen berücksichtigen, weil sie u.E. nicht konträr zu den Interessen der Erwerbslosen stehen, zumal die »HelferInnen« häufig selbst zumindest potentiell von Erwerbslosigkeit betroffen sind.

Unser Konzept zielt darauf ab, daß die Institutionen des Gesundheitssystems in enger Kooperation mit den Erwerbslosen und ihren Interessenvertretungen handeln, d.h. gemeinsam mit diesen Handlungsmöglichkeiten erforschen und entwickeln. Die »HelferInnen« wollten wir über die jeweiligen Kontakten anregen, gesellschaftliche Probleme (in diesem Fall die Erwerbslosigkeit) in der Gesundheitspraxis zu berücksichtigen, systematischer auf die soziale Position der KlientInnen einzugehen und ihre eigenen Möglichkeiten zugunsten praktischer Unterstützung der Erwerbslosen (besser) auszunutzen. Aus unterschiedlichen Gründen, die weiter unten aufgeführt werden, haben wir allerdings zu wenig an diesem Aspekt der Erschließung von Handlungsmöglichkeiten arbeiten können.

Die erste Aktivität im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit unseres Projekts war die Konzipierung und Durchführung der Ausstellung zum Thema »Erwerbslosigkeit und Gesundheit« im Akademisch-Medizinischen Zentrum in Amsterdam im April 1986 und später an anderen Stellen in der Stadt. In dieser Ausstellung haben wir mit einschlägigen Texten, Fotos, Illustrationen und einigen künstlerischen Objekten gearbeitet. Wir wollten über sie die PEG und die AASO vorstellen und Erfahrungsberichte, statistisches und historisches Material einschließlich der Geschichte der Arbeiter- und Erwerbslosenbewegung sowie der Sozialgesetzgebung präsentieren. Aufgrund einer umfangreichen Informationskampagne und ausführlicher Berichterstattung in lokalen und landesweiten Medien wurde die Ausstellung ein Erfolg. Aus den vielfältigen

Reaktionen konnten wir erschließen, daß viele Besucher, auch aus dem Gesundheitswesen, durch diese Art der bildhaften Informationsvermittlung zum Nachdenken und zu Diskussionen angeregt worden sind. Es war ein erster wichtiger Schritt unserer Sensibilisierungsaktivitäten.

Erfahrungen mit den »HelferInnen« im Gesundheitswesen

Parallel zur Arbeit an der Ausstellung schickten wir einen Brief an alle Instanzen des lokalen Gesundheitswesens mit der Bitte, sich mit dem Thema »Erwerbslosigkeit und Gesundheit« in ihrer Praxis, in Teambesprechungen und individuellen Aktivitäten zu befassen. Darauf reagierten drei der sechs angeschriebenen Gesundheitszentren und Hometeams. Zwei weitere Gesundheitszentren teilten auf Nachfrage mit, daß dieses Thema für sie keine Priorität habe bzw. sie in ihrem Arbeitsgebiet kaum mit Erwerbslosen konfrontiert würden (»wir kennen das Problem nicht«!). Von den 14 angeschriebenen niedergelassenen HausärztInnen kam keine einzige Reaktion. Auch hörten wir zunächst nichts von den anderen Gesundheitsinstanzen. Erst mit Hilfe der PEG-MitarbeiterInnen, die im Gesundheitswesen angestellt sind, gelang es uns, in der Zeit bis Ende 1988 u.a. folgende Aktivitäten mit den im Gesundheitswesen Arbeitenden zu organisieren:

- verschiedene Einzelgespräche (mit MitarbeiterInnen in der Familienhilfe und im Sozialpsychiatrischen Dienst);
- einen Diskussionsmittag im Zentrum für psychosoziale Versorgung;
- zwei Diskussionsmittage im Sozialarbeiterzentrum;
- ein fünf mal zweistündiger Kurs in einem Hometeam.

Außerdem konnten wir vier der am meisten interessierten und motivierten »HelferInnen« (eine Physiotherapeutin, einen Psychologen, einen Sozialarbeiter und einen Hausarzt) zu einer Gruppendiskussion bewegen.

Der Ausgangspunkt unserer Gespräche war in der Regel die Darstellung der Praxis der »HelferInnen« und ein Erfahrungsaustausch über selbst erfahrene Erwerbslosigkeit und die Bedeutung der eigenen Arbeit. Dabei zeigte sich, daß, obwohl auch bezahlte Berufstätigkeit durchaus unbefriedigend sein kann und keineswegs den persönlichen Bedürfnissen zu entsprechen braucht, sie dennoch im Vergleich zur Erwerbslosigkeit im allgemeinen als kleineres Übel empfunden wird. Es wurde darüberhinaus in den Gesprächen deutlich, daß auch die (Noch)Erwerbstätigen in ihrem Denken durch die Angst vor einer möglichen Erwerbslosigkeit und deren Folgen (z. B. zu Hause zu sitzen und abhängig vom Partner zu sein) bestimmt sind. So sind zum einen manche unserer GesprächspartnerInnen in der Vergangenheit selbst erwerbslos gewesen und haben zur Genüge die damit verbundenen stigmatisierenden und diskriminierenden Erfahrungen gemacht. Zum anderen schränkt die allgemeine Massenerwerbslosigkeit aber auch die Perspektiven und Handlungsspielräume der Erwerbstätigen ein,

indem etwa die Möglichkeit, den Arbeitsplatz zu wechseln und damit die eigene berufliche Entwicklung zumindest partiell selbst zu bestimmen, weiterhin abnimmt und t. viele darüberhinaus die Gefahr besteht, mit der drohenden Reorganisation ihrer Institution den eigenen Arbeitsplatz zu verlieren. Hinzu kommt der wachsende Arbeitsdruck, der zusehends dazu beiträgt, »Burn-out«-Erscheinungen entstehen zu lassen.

Was die Erwerbslosigkeit der KlientInnen und die damit verbundenen Probleme anbetrifft, so erfahren manche »HelferInnen«, insbesondere ÄrztInnen, eher zufällig und sporadisch, welche KlientInnen erwerbslos sind und welche materiellen Probleme sowie körperlichen und psychischen Symptome damit in Verbindung gebracht werden können. Andere (z.B. SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen) registrieren Angaben zur sozialen Position der KlientInnen wesentlich häufiger und sind somit auch eher in der Lage, diese bei der Analyse individueller Probleme zu berücksichtigen.

Im allgemeinen war es jedoch schwierig, den konkreten Zusammenhang zwischen der sozialökonomischen Position der erwerbslosen KlientInnen und deren individuellen Problemen zu diskutieren. Es wurde oft behauptet, man werde mit Problemen der Erwerbslosigkeit in der Praxis entweder gar nicht oder nur global konfrontiert. Bei der Reflexion der eigenen Praxis war man dann oft selbst erstaunt, wie viele der auf den ersten Blick scheinbar bloß persönlichen Schwierigkeiten sich aus der sozialökonomischen Situation der Betroffenen ergeben. So stellte z.B. eine Physiotherapeutin auf einmal fest, daß einige Symptome, etwa Nacken- und Rückenschmerzen, besonders häufig bei Erwerbslosen auftreten oder daß viele der Männer mittleren Alters, die sich durch zu intensive Sportaktivitäten überlasten und Unfälle erleiden, erwerbslos sind. Eine Psychologin behauptete, daß die psychotherapeutische Praxis mit Erwerbslosen unverhältnismäßig lange Zeit beansprucht; einer Familienhelferin ging plötzlich auf, daß sich die Probleme der Angehörigen ethnischer Minderheiten verschärfen, wenn sie erwerbslos sind; ein Sozialarbeiter meinte, daß der Teufelskreis von Konsum als Flucht vor dem Druck des Alltags und der weiteren Verschärfung dieses Drucks durch die sich daraus ergebende Verschuldung im besonderen Maße die Situation Erwerbsloser bestimmt etc. Und alle zusammen meinten feststellen zu können, daß sich die körperlichen und psychischen Symptome alsbald verflüchtigen, wenn die KlientInnen wieder eine Arbeit gefunden haben bzw. daß sich die Probleme der Erwerbslosen nur dann lösen lassen, wenn man ihnen eine solche Perspektive bieten kann.

Ging es zu Anfang vor allem um Erfahrungsaustausch und stand das Ziel des Informierens im Zentrum, so haben wir bei den späteren Aktivitäten, besonders bei der Entwicklung des Schulungsmaterials und der Durchführung des Kurses mit dem Hometeam, das Themengebiet systematischer behandelt. Wir haben uns intensiv mit Forschungsergebnissen, Erfahrungsberichten, der Sozialgesetzgebung etc. auseinandergesetzt sowie Möglichkeiten einer anderen, den

Bedürfnissen der Erwerbslosen und der »HelferInnen« gemäßeren Herangehensweise im Gesundheitswesen diskutiert und Referenten zu den einzelnen Themen eingeladen. Bei der Konzipierung und Realisierung dieser Aufgaben wurden wir von zwei Psychologiestudenten unterstützt, die die Kurse später ausgewertet haben (vgl. ten Cate und Hoedelmans 1988). Ein wesentliches Ziel bestand für uns von vornherein darin, über die Phase bloßer Sensibilisierung für die Auswirkungen der Erwerbslosigkeit auf die Situation der Betroffenen hinauszugehen und uns darauf zu konzentrieren, Handlungsmöglichkeiten sowohl für die Erwerbslosen als auch für ihre »HelferInnen« zu erschließen.

Wie sollte das geschehen? Was die direkte Hilfestellung für die Erwerbslosen anbetrifft, so sollten die »HelferInnen« angeregt werden, die AASO und andere für Erwerbslose wichtige Beratungs- und Sozialinstanzen zu veranlassen, Selbsthilfeprojekte und politische Initiativen zu unterstützen, zielgerichteter auf die Probleme, Möglichkeiten und Perspektiven der Erwerbslosen einzugehen und praktische Hilfen — etwa finanzielle Unterstützung, Rechts-, Berufs- oder Weiterbildungsberatung bei der Arbeitsplatzsuche, der Konzeption von Arbeitsprojekten usw. — anzubieten. Hinsichtlich der allgemeinen Arbeitsweise im Gesundheitswesen nahmen wir uns vor zu erforschen, wie systematischer — etwa über die Entwicklung eines diagnostischen Instrumentariums zur adäquaten Erfassung der Probleme, Bedürfnisse, Möglichkeiten und Perspektiven der erwerbslosen KlientInnen sowie über die Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens usw. — den Bedürfnissen der Betroffenen entsprochen werden kann.

Welche Erfahrungen haben wir mit unserer Arbeit gemacht, welche Probleme und Schwierigkeiten traten bei den Gesprächen auf? Die Diskussionen mit den »HelferInnen« bestätigten zwar, daß sich diese bis zu einem gewissen Grade durchaus der Tatsache bewußt sind, daß viele körperlichen und psychischen Probleme der KlientInnen mit der Erwerbslosigkeit oder der Arbeitssituation zusammenhängen. Wenn es jedoch darum geht, die eigene Praxis zu verändern, kommt es zu Schwierigkeiten und einem starken Gefühl der Hilflosigkeit, das sich infolge des Spannungsfeldes zwischen der politischen und therapeutischen Dimension der Arbeit im Gesundheitswesen ergibt. Das daraus entstehende Handlungsdilemma kam am prägnantesten in der Praxis der Sozialarbeit zum Ausdruck, ist jedoch offensichtlich ein allgemeines Problem im (Basis-)Gesundheitswesen: Entweder nur auf die gesellschaftlichen Ursachen der Erwerbslosigkeit hinweisen zu können, womit den KlientInnen nicht geholfen ist, oder die »HelferInnen« in die Lage zu versetzen, die KlientInnen zu »behandeln« bzw. sie zur (traditionellen) psychosozialen Versorgung zu schicken. Hier liegt dann die Gefahr einer Individualisierung und Psychologisierung oder — für die medizinische Praxis — der Medikalisierung realer Probleme (Kleiber 1987, 198).

Wie zeigte sich dies im einzelnen? — Zuerst einmal fällt auf, daß ein Großteil der »HelferInnen« nicht systematisch danach fragen, ob jemand eine bezahlte

Tätigkeit hat oder erwerbslos ist. Als Gründe werden angeführt, daß man sich nicht zu fragen getraut, weil man denkt, es sei für die KlientInnen ein zu heikles Thema oder weil man es nicht in Anbetracht des spezifischen Problems, das der Klient vorträgt, für nötig erachtet. In der Regel fragt man erst dann nach Erwerbslosigkeit, wenn keine organischen Ursachen für die verschiedenen Beschwerden festgestellt werden können und man so auf die Psyche verfällt. Allerdings wird es auch dann den KlientInnen/PatientInnen überlassen, die Verbindung zwischen ihrer Lebenssituation und den vorgetragenen Beschwerden selbst herzustellen. So zitiert z.B. Kleiber einen Hausarzt, der meint: »Wenn Patienten mit Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Rückenschmerzen, Magenschmerzen usw. kommen (...), dann kann ich natürlich, nachdem ich erfahren habe, daß sie arbeitslos sind, denken, daß das etwas mit deren Situation zu tun hat, aber wenn sie die Verbindung nicht selbst herstellen können, kommen wir beide nicht weiter« (1987a, 13). Als Begründung der angeführten Hilflosigkeit, die es beinahe unmöglich mache, auf die Lebens- bzw. Arbeits- oder Erwerbslosigkeitssituation von KlientInnen einzugehen, wird immer wieder die (Beschränktheit der) eigene(n) Arbeitssituation angeführt. »Wie soll es möglich sein, bei den etwa acht Minuten, die den PatientInnen/KlientInnen (beim Hausarzt) zur Verfügung stehen, auf die Hintergründe einzugehen«, lautete die immer wieder an uns gestellte rhetorische Frage.

Eine wesentliche Ursache für das Gefühl allgemeiner Hilflosigkeit und Überforderung liegt auch darin, daß sich »strukturelles« Denken, d.h. ein Denken, das bei der Analyse individueller Probleme auch die gesellschaftlichen Verhältnisse bedenkt, selbst bei fortschrittlich arbeitenden »HelferInnen« noch lange nicht durchgesetzt hat, sodaß es zu einem bloßen Nebeneinander einer Fülle (psycho-)sozialer Probleme kommt und der Ausweg aus dem Dilemma weitgehend verstellt bleibt.

Typisch hierfür erscheint die Aussage eines von Kleiber zitierten Psychologen: »Als Helfer wird man aus verschiedenen Richtungen angesprochen. Zum Beispiel wird gesagt: 'Achte mal auf Alkoholismus und wieviel sie/er trinkt. Hast du schon mal gefragt, ob Inzest vorgekommen ist? Hast du ein Auge für Mißhandlungen, Konflikte bei der zweiten Generation von Ausländern, transkulturelle Probleme?' Und so weiter. Also was das anbetrifft, ist die Erwerbslosigkeit ein Problemfaktor von vielen, die genauso wichtig sind, und den man nicht isoliert aus dieser Reihe herausholen kann« (1987a, 20). Dieser Psychologe meinte weiterhin, daß sich an der aussichtslosen Situation kaum etwas ändern ließe. Man könne mit dem Klienten wohl über den Verlust des Arbeitsplatzes reden, aber raten könne man ihm nichts. Ganz wohl fühlte er sich dabei aber offensichtlich nicht in seiner Haut, denn in dem gleichen Gespräch drückte er zugleich Beschämung über die Praxis seiner Kollegen aus, die angesichts der Schwere dieses Problems ihren KlientInnen nur noch den Rat geben können, »häufiger mal mit dem Fahrrad zu fahren«. Er scheint damit das eigene ihn

beschämende Verhalten dadurch rechtfertigen bzw. vergessen machen zu wollen, daß er es am Beispiel seiner KollegInnen beklagt.

Die »HelferInnen« fühlen sich im allgemeinen ob der eigenen Hilflosigkeit, Anpassungspraxis und der durch diese bedingten albern bis zynischen Ratschläge, die sie für die Erwerbslosen zur Bewältigung ihrer Situation bereithalten, offensichtlich selbst unwohl. Die deklarierte Hilflosigkeit scheint jedoch zugleich auch die Funktion zu haben, dieses Unwohl-Fühlen zu reduzieren, indem es sie von der Verantwortung für die Veränderung der Verhältnisse zu entlasten scheint. In Wirklichkeit hätten die »HelferInnen« bzw. »GesundheitsarbeiterInnen« u.E. durchaus die Möglichkeit, sich — neben der individuellen Hilfeleistung — über die subjektiven Folgen der Massenerwerbslosigkeit in den Teams zu verständigen und die Ergebnisse eines solchen Erfahrungsaustausches — unter Einschaltung der Institutionsleitung bzw. der Standesorganisationen — in die politische Öffentlichkeit zu tragen und auf diese Weise einen Veränderungsdruck zu erzeugen. Die Anpassungspraxis wird aber offensichtlich immer nur den jeweils anderen Personen oder Institutionen unterstellt. Das geht aus folgenden von Kleiber zitierten Äußerungen von SozialarbeiterInnen hervor: »Mein Gefühl der Ohnmacht entsteht, weil ich in einem Institut arbeite, das die Menschen anpaßt. Ich kann wohl den Klienten etwas helfen, indem ich ihnen rate, bestimmte Aktivitäten zu entwickeln und z.B. zur Arbeitsloseninitiative zu gehen, aber dann ist Schluß, mehr kann ich nicht tun« (1987b, 3): Oder: »Seitdem unser Institut reorganisiert ist, fehlen diese Sachen (inhaltliche und den Organisationsablauf der eigenen Arbeit betreffende Diskussionen, H.M.) und damit der Einfluß auf unsere Arbeitsbedingungen. Jede(r) arbeitet jetzt individuell. Vor sechs Jahren hatten wir SozialarbeiterInnen die Arbeitsorganisation in eigenen Händen. In Teambesprechungen (...) beschäftigen wir uns heute brav mit dem, was uns vorgelegt wird. Wir sitzen bis hier in der Arbeit, greifen das eine oder andere Projekt auf oder auch nicht und schieben es soviel wie möglich weiter zum anderen« (7/8). Anscheinend wird die objektive Situation als unveränderbar hingenommen, die Sozialarbeit als vollständig durch die Institution determiniert erlebt; so macht man weiter mit der individualisierenden und personalisierenden Arbeitsweise. Die reale Notlage der KlientInnen und damit die Bemühungen um deren Überwindung treten in den Hintergrund; die »psychische Bearbeitung« bzw. ideelle Tröstung ob der unverändert niederdrückenden Bedingungen bestimmen das Verhalten der »HelferInnen« — allerdings mit persönlichen Folgen wie »Burn-out«, Zynismus usw. (vgl. Bader, 1985, S.56).

In unseren Versuchen, die »HelferInnen« zu mehr politischem Engagement zu motivieren, stießen wir immer wieder auf Grenzen. Oft wurde von diesen geäußert, sie wüßten nicht, was gemacht werden solle und könne. Es hatte den Anschein, daß sie, hätten wir »Kochbuchrezepte« anbieten können, durchaus bereit gewesen wären, damit zu arbeiten. Sie erwarteten — so war zumindest unser Eindruck — von uns die Lösung der Probleme, anstatt die Gelegenheit zu

nutzen, mit uns gemeinsam nach Wegen ihrer Überwindung zu suchen, was immer auch bedeutet hätte, daß sie ihre eigene, widersprüchliche Praxis zur Diskussion hätten stellen und weiterentwickeln müssen. Die Suche nach »Rezepten« schließt aber die Gefahr ein, daß den KlientInnen wieder eine neue Methode übergestülpt wird und dadurch die komplexen Zusammenhänge ihrer Lebensbedingungen weiterhin unberücksichtigt bleiben.

Wir müssen uns aber auch fragen, inwieweit wir die ablehnende Haltung der »HelferInnen« unseren »Motivierungsversuchen« gegenüber nicht selbst mit erzeugt haben. Haben wir vielleicht — ähnlich der Praxis des Gesundheitswesens — eine auf GesundheitsarbeiterInnen gerichtete, individualisierende Herangehensweise gewählt? Sind wir den KollegInnen aus der Position von Besserwissern, die alles Wesentliche über Erwerbslosigkeit schon wissen, gegenübergetreten? So wurde z.B. von manchen TeilnehmerInnen des Kurses unsere »akademische Arbeitsweise« kritisiert. Damit meinten sie, daß wir den Informationscharakter zu stark betont und zuwenig den Erfordernissen und Schwierigkeiten ihrer Praxis Rechnung getragen hätten. Wir realisierten offensichtlich selbst nur ansatzweise eine Herangehensweise, die nach kooperativen Lösungen der Probleme gesucht und für beide Seiten eine Alternative geboten hätte. Es ist uns, neben den Sensibilisierungsaktivitäten, allenfalls nur zum Teil gelungen, die Bedingungen, unter denen die »HelferInnen« arbeiten, d.h. die strukturellen Behinderungen, Probleme und Grenzen ihrer Praxis im Gesundheitswesen, zu berücksichtigen und weiterführende (methodische) Überlegungen auszuarbeiten.

Was sind die Gründe für die allgemein vorherrschende vereinseitigte Praxis und Hilflosigkeit? Da wäre zuerst einmal das im Gesundheitswesen dominierende medizinische Krankheitsmodell zu nennen, das den Organismus (und analog dazu »die Psyche«) zum wesentlichen Gegenstand der Analyse macht. Die dem individuellen Leiden zugrunde liegenden gesellschaftlichen Aspekte bleiben in diesem Modell ausgeblendet. Problematisch ist auch die (ökonomische) Struktur des Gesundheitswesens, in welchem der Arzt mit seinem am medizinischen Modell orientierten Denken und Handeln an der Spitze der Hierarchie steht und andere Berufsgruppen eine untergeordnete Rolle spielen. So läuft z.B. auch der größte Teil der Abrechnungen mit den Krankenkassen in den Gesundheitszentren über den Arzt. Trotz des Einflusses kritischer und mehr an gesellschaftlichen Problemen und Notwendigkeiten orientierter ÄrztInnen, die insbesondere in solchen Gesundheitszentren arbeiten, ist auch hier die Arbeitsweise von einem Subjekt-Objekt-Verhältnis bestimmt, in welchem die Klienten nicht als aktiv handelnde und ihre (kränkmachende) Umgebung verändernde Menschen, sondern eben als passiv reagierende Organismen gesehen werden.

Auch die fortschrittlichen MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens (in diesem Fall in Amsterdam-Südost) können sich, wie aus den obigen Zitaten deutlich wird, diesem Mechanismus nicht entziehen. Auch sie individualisieren

Probleme und werden infolge der unmittelbaren Sachzwänge und Widersprüche ihrer Arbeit »gegen ihren Willen« allmählich dahin gebracht, dies zu tun. Es fehlen Handlungskonzepte, die die institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen sowohl die »HelferInnen« als auch die KlientInnen leben und arbeiten, einbeziehen. Gerade auch für die fortschrittlichen »HelferInnen« bedeutet dies, daß sie sich zwar einerseits durchaus für die Verbesserung der Situation der Klientinnen verantwortlich fühlen und helfen wollen, andererseits aber zu wissen meinen, daß die objektiven Behinderungen erst einmal nicht zu ändern sind, sodaß sie sich letztlich von den weniger progressiven KollegInnen häufig nur dadurch unterscheiden, daß sie auf ihre unzureichende, nach eigenen Maßstäben »beschämende« Ersatzhilfe mit schlechtem Gewissen reagieren, das ihre Arbeitssituation weiterhin belastet.

Ein weiterer Grund für die allgemeine Hilflosigkeit gegenüber dem Problem der Erwerbslosigkeit liegt u.E. aber auch in der »wissenschaftlich begründeten« bürgerlichen Ideologie, der zufolge der »Arbeitsgesellschaft die Arbeit ausgeht«, sodaß Erwerbslosigkeit für einen Teil der Arbeitsfähigen unvermeidlich sei (vgl. Kieselbach u.a. 1988). Folge solcher Auffassungen sind u.a.:

- die Bagatellisierung des Ausmaßes und der gesellschaftlichen wie individuellen Bedeutung der Erwerbslosigkeit.
- die Individualisierung, welche die Schuld und Verantwortung für den Eintritt bzw. die Fortdauer der Erwerbslosigkeit den Betroffenen selbst zuschreibt;
- die Naturalisierung, welche Massenerwerbslosigkeit nicht als gesellschaftspolitischen Skandal begreift, sondern als einen »natürlichen« Zustand darzustellen sucht, an dem man sich zu gewöhnen habe.
- die Entlastung der »Helferinnen« von der Notwendigkeit des — immer konfliktträchtigen — politischen Engagements zur Überwindung der Arrangements mit der »Realität« der Erwerbslosigkeit und des damit verbundenen Leidens.

Eine weitere Ursache für das Gefühl der Hilflosigkeit und die vereinseitigte Praxis liegt u.E. aber auch darin, daß, wie Kieselbach (1990) schreibt, nicht die Bekämpfung der Erwerbslosigkeit, sondern vielmehr die »Bekämpfung der Statistik« die öffentliche Politik bestimmt, indem über die Manipulation von Daten und obskure »Erfolgsmeldungen« ein systematisches Verwirrspiel über die reale Situation auf dem Arbeitsmarkt betrieben wird (Kieselbach 1990). Dies geschieht im allgemeinen umso mehr, je höher die Zahl der Erwerbslosen steigt bzw. je größer die Sockel-, Langzeit- und Dauererwerbslosigkeit ist, von der insbesondere AusländerInnen, ethnische Gruppen, Frauen, ältere ArbeitnehmerInnen und Behinderte betroffen sind.

Das Gefühl der Hilflosigkeit, das das Handeln der »GesundheitsarbeiterInnen« bestimmt, ergibt sich aber auch daraus, daß zum einen politische Erfolge in der Regel nur mühsam und in langwierigen Kämpfen zu erringen und zum

anderen oft genug nur gegen bornierte Praxisformen der Arbeitenden und deren Massenorganisationen zu führen sind. In den Niederlanden können z.B. erst seit einigen Jahren Erwerbslose Mitglieder in den Einzelgewerkschaften werden, wo ihre Interessen, wenn überhaupt, nur langsam und zögernd ins Programm übernommen werden und praktische Solidarität mit ihnen sich nur in sehr kleinen Schritten durchsetzt. So ist etwa auch die langjährige Entkoppelung der Entwicklung des Einkommensniveaus bei staatlicher Unterstützung von der allgemeinen Einkommensentwicklung der Erwerbstätigen und die dadurch bedingte Verschlechterung der materiellen Lage der Erwerbslosen lange Zeit von den Gewerkschaften in den Niederlanden akzeptiert worden. Aus Angst vor einer Spaltung der Arbeiterbewegung und infolge der allgemeine Fixierung auf die bezahlte Arbeit im allgemeinen und die Vollarbeitszeit im besonderen werden Organisations- und Streikformen von Erwerbslosen durch die Gewerkschaften bisher eher behindert als gefördert.

Eine Erfahrung, die wir im Laufe unseres Projektes immer wieder gemacht haben, ist, daß »Hilflosigkeit« häufig als Argument benutzt wird, um sich selbst als Opfer der realen Behinderungen darzustellen, was immer zugleich ein Arrangement mit den objektiven Behinderungen bedeutet. Die einschränkenden Auswirkungen dieses Verhaltens sowohl auf die Situation des Klientels als auch auf die der GesundheitsarbeiterInnen wird dabei im allgemeinen nicht reflektiert. Ein wesentlicher Schritt zur Überwindung der Hilflosigkeit ist jedoch, daß man die eigene Hilflosigkeit nicht zur Rechtfertigung der Ineffektivität des eigenen Tuns benutzt oder diese zu verschleiern sucht, sondern sie offensiv wendet, indem man die realen Widersprüche und Behinderungen, die der subjektiven Überforderung zugrunde liegen, veröffentlicht. Wenn man, wie dies in der Regel geschieht, die reale Überforderung der eigenen Arbeit und die daraus resultierende Hilflosigkeit zu leugnen oder zu überspielen sucht, besteht grundsätzlich die Gefahr der Reproduktion der eigenen Hilflosigkeit (vgl. Osterkamp, 1990). Das heißt: Die Hilflosigkeit der Helfer ergibt sich im wesentlichen aus der mangelnden Hilfe, die den Erwerbslosen in unserer Gesellschaft zuteil wird. Die Erwerbslosigkeit ist somit zunächst einmal als ein ökonomischer und politischer Skandal zu begreifen und kann zu allererst auf dieser Ebene wirksam bekämpft werden, d.h. durch eine aktive Politik der Vollbeschäftigung, der Schaffung neuer Arbeitsplätze, Umverteilung von Kapital und Arbeit über Arbeitszeitverkürzung, Schaffung alternativer, umweltfreundlicher und sinnvoller Produktionsstätten, Verbesserung der bestehenden Arbeitsplätze usw. Statt die Bagatellisierung, Individualisierung, Naturalisierung etc. der Erwerbslosigkeit infolge der Abstraktion von den realen Ursachen der Erwerbslosigkeit zu unterstützen, gilt es vielmehr, die subjektiven Folgen der Erwerbslosigkeit in aller Deutlichkeit auf den Begriff zu bringen, d.h. die verheerenden Wirkungen aufgezwungener Erwerbslosigkeit zu verdeutlichen und allen beschönigenden und beschwichtigenden Reden entgegenzuwirken.

Ebenso wie man die Erwerbslosen nicht für ihre Erwerbslosigkeit verantwortlich machen kann, kann man auch den »GesundheitsarbeiterInnen« die mangelnde Effektivität ihrer Arbeit oder ihr individuelles Arrangement mit ihrer Hilflosigkeit anlasten. Es wäre vielmehr Aufgabe der Sozialwissenschaften, für die realen Behinderungen der sozialen Arbeit und ihre Auswirkungen auf die in diesem Bereich Tätigen eine Sprache und Methoden zu entwickeln, die es den »Helferinnen« ermöglicht, sich gegen diese ihnen aufgezwungene Ineffektivität ihrer Arbeit zu wehren, statt diese schamhaft zu verbergen oder anderen anzulasten.

Es besteht aber auch die Gefahr, daß die Position derer, die das unzureichende Versorgungssystem »reparieren« bzw. verbessern wollen (also auch wir mit unserem Projekt) — nicht mit den notwendigen Mitteln ausgestattet, um erfolgreiche Arbeit leisten zu können — selbst durch Formen der Hilflosigkeit bedroht sind und diese eher verfestigen als überwinden, was im Folgenden anhand unserer eigenen Erfahrungen dargestellt werden soll.

Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Projektarbeit

Die Gründe für den Abbruch unseres Projektes nach vier Jahren sind nicht nur unserer inhaltlichen Konzeption anzulasten, also z.B. auf die Frage zu reduzieren, inwieweit wir möglicherweise unsere in den Sensibilisierungsaktivitäten enthaltenen Informationen zu wenig auf die konkreten Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen der im Gesundheitswesen Arbeitenden bezogen und die allgemeinen Verhältnisse im Gesundheitssystem und den jeweiligen Institutionen etc. nicht hinreichend berücksichtigt haben. Zentrale Ursachen für den Abbruch waren auch die Bedingungen sowie objektiven Begrenzungen unserer eigenen Arbeit. Auf wesentlichen Faktoren — Mühsal der Geldbeschaffung, dadurch bedingter Zeitdruck, der wiederum auf Kosten der inhaltlichen Arbeit ging, reduzierte Unterstützung aus dem Gesundheitswesen und der AASO sowie die unterschiedliche Position der MitarbeiterInnen in der PEG — will ich im Folgenden kurz eingehen.

In den vier Jahren der Projektarbeit mußten wir die meiste Zeit in die Beschaffung der vor allem auch finanziellen Voraussetzungen für unsere Arbeit stecken. So waren wir einerseits im wesentlichen damit beschäftigt, ein Netzwerk von Instanzen und Personen aufzubauen, die uns bei der Beantragung von Geldern, dem Herstellen von Kontakten zu Finanzierungsquellen, dem Schreiben und Umschreiben von Finanzierungsanträgen usw. behilflich waren. Obwohl wir von Anfang an nur bescheidene Mittel beantragt haben, erhielten wir schließlich nur einen Teil davon bewilligt, und dies auch erst nach mühseligen Auseinandersetzungen mit der Starrheit und Arroganz der bürokratischen Institutionen. So dauerte es z.B. bereits lange Zeit, bis sich überhaupt abzeichnete, welche Instanzen zuständig waren oder bis eine — zusagende oder ablehnende

— Antwort kam oder klar wurde, welche Geldsumme zur Verfügung stand etc. Die inhaltliche Reflexion der Arbeit, das Literaturstudium und die Entwicklung eines Konzeptes kamen dabei grundsätzlich zu kurz bzw. wurden zur reinen Freizeitbeschäftigung, für die wegen der Notwendigkeit der beruflichen Absicherung kaum Raum blieb. Dies war umso belastender, als ein solches Konzept andererseits von den potentiellen Geldgeber als Grundlage für ihre Entscheidung verlangt wurde.

Durch die verzögerte, insgesamt reduzierte und später ganz ausbleibende Finanzierung unseres Projekts entwickelte sich die Arbeit immer mühsamer, was wiederum dazu führte, daß einige VertreterInnen aus den Gesundheitsinstanzen sich zurückzogen, andere durch Krankheit oder Kündigung nicht mehr teilnehmen konnten etc. Auf unsere Aufforderung an die verantwortlichen Leiter, die frei gewordenen Plätze in der PEG wieder neu zu besetzen, bekamen wir die widersprüchliche Antwort, daß die Teilnahme an der Arbeit der PEG eine persönliche Initiative der betreffenden MitarbeiterInnen gewesen sei, man die KollegInnen aus Zeitmangel oder zwecks Übernahme anderer Aufgaben zurückgezogen, aber ohnehin Zweifel an der Überlebensfähigkeit dieses Projekts bzw. keine großen Erwartungen bezüglich der zu erwartenden Resultate hätte und im übrigen die Entwicklung von Schulungsmaterial nicht als eigene Aufgabe ansehe. Solche Reaktionen waren für uns einerseits ein Beweis für das Desinteresse der Instanzen, einen Beitrag zum Problem der Erwerbslosigkeit zu leisten. In der Tat hatte die MitarbeiterInnen aus dem Gesundheitswesen häufig über mangelnde Unterstützung besonders durch die verantwortlichen Leiter und Vorgesetzten, aber auch der KollegInnen geklagt. Andererseits war diese Haltung für uns aber insofern auch nachvollziehbar, als wir uns in der Tat zu wenig auf die Ausarbeitung konkreter Handlungskonzepte haben konzentrieren können und somit der mögliche Gewinn unserer Arbeit für die Praxis des Gesundheitswesens nicht deutlich wurde.

Der Umstand, daß die PEG innerhalb der AASO entstanden war, hatte für uns den Vorteil, in einer Organisation zu arbeiten, die sich in enger Kooperation mit den Betroffenen mit dem Problem der Erwerbslosigkeit beschäftigte, wodurch wir mit anderen Erwerbslosen und den aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich in Austausch kamen. Die AASO war jedoch infolge ihrer Abhängigkeit von einer übergeordneten Stiftung selbst ständig durch Schließung bedroht, und die unsichere ökonomische Position verursachte wiederum viele Konflikte unter den KollegInnen und behinderte auch die Entwicklung der PEG. Ein wesentlicher Grund hierfür lag auch darin, daß die Bedeutung unserer Arbeit im Gesundheitswesen selbst verschiedenen MitarbeiterInnen und dem Vorstand der AASO nicht einsichtig war und wir deshalb bis auf einige administrative Mittel auch von dieser Seite keine Unterstützung erhielten. Erst unsere sichtbaren Produkte wie die Ausstellung und die landesweit verbreitete Broschüre brachten uns eine größere Wertschätzung auch innerhalb der AASO.

Die Arbeit in der PEG war aber auch durch die Tatsache belastet, daß nur ein Mitglied bezahlt werden konnte und die übrigen ehrenamtlich arbeiteten. Dadurch, daß ich das Projekt initiiert und bei der Planung und Ausführung der einzelnen Schritte immer wieder als »Motor« fungiert hatte, unterblieb zwar die in solchen Fällen übliche Konkurrenz um diese Stelle. So war mir von vornherein von den PEG-MitarbeiterInnen die Funktion des Koordinators zugewiesen worden, die ich annahm, weil sich meine Arbeit in der PEG gut mit meinem Ziel vereinbaren ließ, praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen und speziell in Kooperation mit der AASO zu sammeln und mir eine Berufsperspektive zu erarbeiten. Ebenso war unumstritten, daß, falls wir finanzielle Unterstützung erhalten würden, ich für meine Koordinationstätigkeit bezahlt werden würde. Die anderen zum »Kern« der PEG gehörenden Mitarbeiter zeigten ohnehin kein Interesse an dieser Tätigkeit. Als die Mittel dann zur Verfügung standen und ich für meine Arbeit bezahlt wurde, brachte mich das subjektiv jedoch durchaus in eine schwierige Position gegenüber jenen, die sich ebenfalls aktiv engagierten, aber nicht dafür bezahlt wurden. Warum wurde ich bezahlt und die anderen nicht?

Auf Grund meiner Koordinierungsfunktion kam es für mich zu einer Überhäufung mit Verantwortung und Arbeit. Niemand konnte und wollte bestimmte Aufgaben übernehmen, z.B. Versammlungen vorbereiten und leiten, Finanzprobleme bearbeiten, Kontakte mit dem Vorstand und MitarbeiterInnen der Erwerbsloseninitiative, den Gesundheitsinstanzen, den Mitgliedern der Betreuungskommission und den Behörden aufbauen, administrative Arbeiten und schließlich die Auswertung und Umsetzung relevanter Informationen übernehmen. Besonders als ich für die Koordination der PEG für 20 Stunden in der Woche bezahlt wurde, hatte ich immer wieder das Gefühl, die Grenzen meiner Belastbarkeit zu überschreiten. Ich arbeitete oft 60 Stunden und mehr in der Woche. Eine Rolle spielte dabei gewiß auch die verwirrende Vielfalt der Aufgaben, die auch dann erledigt werden mußten, als die anfangs starke Teilnahme von erwerbslosen MitarbeiterInnen, GesundheitsarbeiterInnen, Mitgliedern der Betreuungskommission usw. später abbröckelte. Wie einerseits auch die engeren MitarbeiterInnen der Gruppe meinem Eindruck nach die Verantwortung für die Entwicklungsarbeit nur teilweise übernahmen und in der Regel mir aufbürdeten — mit Bemerkungen wie: »du kannst es doch am besten«, »es ist ja eigentlich deine Aufgabe als Koordinator« — so halste ich mir andererseits selber viele Arbeiten auf, weil ich sie nicht liegen lassen konnte, da mir die Angst im Nacken saß, daß, wenn gewisse Aufgaben nicht getan würden, die Chancen einer bezahlten Tätigkeit »flötengingen« oder ich die Kontrolle über das Projekt verlieren würde. Diese Entwicklung, daß bezahlte MitarbeiterInnen doppelte und dreifache Arbeit leisten müssen, um ihre »Bevorzugung« zu rechtfertigen, scheint mir typisch für alle Projekte, in denen bezahlte und unbezahlte KollegInnen arbeiten.

Da ich die meiste Arbeit übernahm und meiner Einschätzung nach auch neue Möglichkeiten erschloß, entstand bei mir eine starke Identifikation mit dem Projekt. Dies erhöhte die Schwierigkeit, Konflikte, Spannungen, Mißerfolge (Rückzug einiger Gesundheitsinstanzen, Verweigerung der weiteren Finanzierung, regelmäßiges Fehlen der MitarbeiterInnen und TeilnehmerInnen auf Versammlungen, die Konflikte innerhalb der AASO usw.) gelassen hinzunehmen. Das Projekt wird praktisch zum eigenen Kind, das man später nicht mehr loslassen kann. Die von außen an unser Projekt herangetragenen Erwartungen übersetzte ich in Erwartungen an mich. Ich hatte die Tendenz — was bei Lage der Dinge unmöglich war — es allen Recht zu machen und hoffte, die Probleme dadurch besser in den Griff zu bekommen und die Chancen auf eine Fortsetzung unserer Arbeit zu erhöhen, daß ich meine vermeintlichen Unfähigkeiten und Unsicherheiten (fehlende Kenntnisse über das Arbeitsgebiet »Gesundheitswesen«, des Schreibens von Finanzierungsanträgen, der vielfältigen Verwaltungsarbeit usw.) durch weitere Erhöhung des Einsatzes zu kompensieren versuchte, wodurch sich letztlich die Spirale der Überforderung und Enttäuschung noch höher schraubte.

Anstatt nüchtern abzuwägen, welche Hemmnisse der Projektentwicklung den strukturellen Behinderungen und Beschränkungen geschuldet sind und welche Schwierigkeiten in meiner Häufung von Funktionen und Aufgaben oder in sonstigen Fehlern wurzeln, war ich vor allem zu Beginn des Projekts geneigt, alle Probleme personalisierend zu verarbeiten. In meinen Gedanken warf ich den ehemaligen TeilnehmerInnen eine unsolidarische Haltung vor, war enttäuscht über sie, aber auch über mich selbst, da es mir nicht gelungen war, sie bei der Stange zu halten bzw. den Instanzen die Bedeutung der PEG zu verdeutlichen. Was die Verarbeitung der Konflikte in der AASO betrifft, so führte die unzulängliche Kommunikation und Verständigung mit einigen KollegInnen in der AASO, die durch unsere auch im räumlichen Sinn (wir arbeiteten in einem Raum ausserhalb des AASO-Gebäudes) inselhaftige Beziehung zur AASO verstärkt wurde, bei mir und ihnen zu Mißtrauen, Vorurteilen und Verdächtigungen. Das hatte bei mir wiederum die entsprechenden psychischen Folgen. Zu gewissen Zeiten lief ich im großen Bogen um sie herum und dachte, »welches Ding hat er/sie jetzt schon wieder gegen mich gedreht«. Ich hatte das Gefühl, daß man mir überall Hindernisse in den Weg legt und konnte aus meinen Gefühlen des Verletztseins nicht herauskommen.

Der Zusammenhang dieser Probleme mit meiner Position als grundsätzlich Erwerbsloser, aber zeitweise bezahlter Berufspraktiker, für den die zukünftige Erwerbslosigkeit bereits antizipierbar war, wurde mir schon in der Anfangsperiode der PEG, als ich noch nicht bezahlt wurde, deutlich. So wurde mir regelmäßig — insbesondere von »höheren« Mitarbeitern des Gesundheitswesen — mein untergeordneter Status als ehrenamtlich Tätiger bedeutet, indem sie bei Verhandlungen explizit nach den bezahlten bzw. hauptamtlichen Mitarbeitern

fragten. Dabei spielten meine eigenen Schwierigkeiten mit meiner unabgesicherten Position als Erwerbsloser sicherlich eine wichtige Rolle. Obwohl ich die körperlichen und psychischen Folgen der Arbeitsüberlastung (chronische Müdigkeit, heftige Kopfschmerzen, depressive Momente, Ängste, »auf die Nase zu fallen« bzw. zu versagen, Zweifel an mir selbst und meiner Tätigkeit, Beziehungskonflikte usw.) auch in der Periode meiner bezahlten Tätigkeit erfahren habe, wurden sie nach Ablauf dieser Zeit durch Gefühle der Perspektivlosigkeit, Zweifel und (ökonomischen) Unsicherheit über meine berufliche Zukunft noch wesentlich verstärkt. Die Periode der bezahlten Arbeit vermittelte mir — trotz ihrer zeitlichen Begrenztheit — ein Gefühl der Bestätigung und (gesellschaftlichen) Wertschätzung. Sie ermöglichte es mir, über den »Genuß« von selbstverdientem Geld nach langer Studienzeit hinaus, bohrenden und peinlichen Fragen nach der beruflichen Tätigkeit mit einer »positiven« Antwort entgegen zu können. Ich konnte mich dem Gefühl hingeben, »dazuzugehören« (wozu?), und sah mich von dem allgemeinen Druck entlastet zu rechtfertigen, daß ich erwerbslos bin bzw. zwar arbeite, aber dennoch nicht dafür bezahlt werde etc.

Ein weiteres anscheinend typisches und sehr belastendes Problem für solche Art Projektarbeit ist der Widerspruch, daß man einerseits eine Arbeit hat und auch persönlich dahintersteht, die auf Hilfe für andere Menschen zielt, sich aber gleichzeitig um der unmittelbaren Existenzsicherung willen immer wieder genötigt sieht, Abstriche an ihrer Qualität bzw. den eigenen Ansprüchen zu machen. So war es eine für mich wichtige, aber auch erschreckende Erfahrung, daß sich mir infolge der Unabgesichertheit meiner Position im Laufe der Zeit persönliche Absicherungstendenzen immer stärker aufdrängten, die automatisch auf Kosten der inhaltlichen Entwicklung dieses Projektes gingen. Der verbreitete Vorwurf, daß die Fürsorge der anderen im wesentlichen die Funktion der eigenen Reproduktion hat bzw. »HelferInnen« im wesentlichen auf Kosten ihres Klientels leben, schien sich an meiner eigenen Person zu bestätigen. Das führte dazu, daß mir meine Arbeit letztlich selbst immer fragwürdiger wurde und mein ursprüngliches Engagement und damit der Sinn meiner Arbeit zunehmend verloren gingen. Mir wurde in diesem Zusammenhang auch klar, wie die Befristetheit der Verträge das praktische Engagement auch dadurch direkt und indirekt behindert, daß man immer darauf aus sein muß, sich neue Perspektiven zu eröffnen bzw. den Verdacht hat, daß man sich den Blick auf andere Möglichkeiten versperrt, wenn man sich zu stark auf eine Sache einläßt und dann nichts mehr in den Händen hat, wenn diese ausgelaufen ist.

Anmerkungen

- 1 In diesem Aufsatz sind Teile eines Vortrages verwendet, den ich auf dem 2. Bremer Symposium zum Thema »Arbeitslosigkeit-Psychologische Theorie und Praxis« an der Universität Bremen, 7-10. Oktober 1987, gehalten habe.
- 2 Durch die Verwendung des Begriffes »erwerbslos« wollen wir angeben, daß wir uns auf eine wesentlich größere Gruppe Menschen ohne bezahlte Arbeit beziehen (u.a. auf nicht registrierte Arbeitslose, Arbeitsunfähige usw.), als offiziell mit dem Begriff »arbeitslos« gemeint wird. Menschen ohne bezahlte Arbeit sind darüber hinaus oft eben nicht Arbeitslos, also ohne Arbeit, sondern sie führen eine Tätigkeit aus, die, wie etwa ehrenamtliche oder Hausarbeit, gesellschaftlich nicht anerkannt wird bzw. keinen Marktwert besitzt.
- 3 Der Unterschied eines Hometeams zu einem Gesundheitszentrum ist, daß die verschiedenen Basisdisziplinen wie HausärztInnen, SozialarbeiterInnen, KrankengymnastInnen, GemeindepflegerInnen, usw. nicht unter einem Dach innerhalb einer selbständigen Rechtsperson und in deren Dienst arbeiten, sondern sich lediglich zu regelmäßigen Konsultationen zwecks erhöhter Effektivität und Wirtschaftlichkeit treffen.

Literaturverzeichnis

- Bader, K. (1985): Viel Frust und wenig Hilfe. Die Entmystifizierung Sozialer Arbeit. Weinheim
 Cate, P. ten und Hoedelmans, F. (o.J.): Baanloosheid onder de aandacht van hulpverleners. Reichsuniversität Utrecht
- Dreier, O. (1985): Therapietheorie, Alltagstheorie der Therapie und Therapiepraxis, Projekt »Theorie-Praxis-Konferenz«. In: Forum Kritische Psychologie 16, 109-114
- Helbig, N. (1987): Psychiatriereform und politisch-ökonomische Strukturkrise in der Bundesrepublik Deutschland. Marburg
- Kieselbach, Th., Klink, F. & Kupka, P. (1988): Gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit. Universität Bremen
- Kieselbach, Th. (1990): Möglichkeiten und Probleme einer wirksamen Gesundheitsarbeit. Vortrag gehalten auf einem Symposium der Fachhochschule Freiburg am 14.2.1990
- Kleiber, D. (1987): Transformationen und Probleme der psychosozialen Praxis durch Massenarbeitslosigkeit. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/87, 187-210
- Mölders, H., Mouton, P., Stöfel, M. & Voskamp, A. (1985): Laait maar zien dat je er bent. Onderzoek naar de beleving en gevolgen van baanloosheid. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Reichsuniversität Utrecht
- Mölders, H. (1988): Het projekt Kritische Psychologie en het Onderzoek naar de beleving en de gevolgen van baanloosheid. Reichsuniversität Utrecht
- Mölders, H. (1986): Psychiatrie en Maatschappij. Mensbeeld, drijvende krachten en gevaren. Revoluon, 1, 11-42
- Mölders, H. (1987a): Als baanlozen zich zouden melden met pijn in hun vinger dan zou het een stuk makkelijker zijn ... Een interview met vier hulpverleners over baanloosheid en gezondheid(szorg). Unveröffentlichtes Manuskript. Amsterdam
- Mölders, H. (1987b): Themaochtend voor maatschappelijk werk(st)ers over baanloosheid en gezondheid. Unveröffentlichtes Manuskript. Amsterdam
- Mölders, H. (1988a): Baanloosheid en Gezondheid. Een cursus voor hulpverleners in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Amsterdam
- Mölders, H. (1988b): Baanloosheid, een punt van aandacht voor hulpverleners? Projectgroep Baanloosheid en Gezondheid. Amsterdam
- Osterkamp, U. (1990): Intersubjektivität und Parteinahme. Probleme subjektwissenschaftlicher Forschung. In G. Gekeler und K. Wetzel (Hg.): »Subjektivität und Politik. Bericht über die 5. Internationale Ferienuniversität Kritische Psychologie. Marburg
- Pinxten, L. (1983): Hulpverlening aan werklozen. In: Tijdschrift voor Agologie, Nr. 12, 24-35
- Verkleij, H. (1988): Langdurige werkloosheid, werkherhaving en gezondheid. Lisse