

# **Ole Dreier, Margret Kleinmanns, Monika Konitzer-Feddersen, Hans-Peter Michels, Anneli Raitola**

## **Die Bedeutung institutioneller Bedingungen psychologischer Praxis am Beispiel der Therapie**

1. Fragestellung
  - 1.1 Ausklammerung der Bedeutung institutioneller Bedingungen für therapeutische Praxis in traditionellen Therapiekonzepten
  - 1.2 Aufarbeitung eines Konzepts therapeutischen Handelns als vermittelt durch seine gesellschaftliche Bedingungen
  - 1.3 Theorie-Praxis-Konferenz: der individuell-subjektwissenschaftliche Beitrag dazu
2. In der Klinik: Versorgungsstruktur und Verantwortung für das Wohl der Klienten
  - 2.1 Subjektiver Druck, Resignation, Stellenwechsel und Widerstand
  - 2.2 Hinterfragen eigener Deutungen der Verhältnisse
  - 2.3 Institutionelle Lage, finanzielle Grundlage und Erfolgsdruck
  - 2.4 Individualisierung der Verantwortung für Klientenschicksale und die besondere Funktionalität von Verhaltenstherapie
  - 2.5 Schlußfolgerungen
3. Im Verein: selbstorganisierte Berufspraxis
  - 3.1 Der privat organisierte Aufbau einer Beratungsstelle als individuelle Chance
  - 3.2 Private Freiheit vs. unabgesicherte Arbeit in der Einrichtung: ein auftauchender Widerspruch
  - 3.3 Personalisierung privater Arbeitsverhältnisse und struktureller Widersprüche
  - 3.4 Interne Konflikte im Widerspruch zwischen Gefährdung des Vereins und dessen Absicherung: Abwehr oder Verarbeitung?
  - 3.5 Sich über die Beziehungsebene hinausarbeiten: neue Fragestellungen und Aufgaben, ein verändertes Verhältnis zu den eigenen Klienten
  - 3.6 Schlußfolgerungen
4. Im Zentrum: Entwicklung psychologischer Berufstätigkeit als individuelle Aufgabe
  - 4.1 Zur Institution Gesundheitszentrum
  - 4.2 Wie kamen Psychologen ins Gesundheitszentrum?
  - 4.3 Unbestimmte Aufgaben und Suche nach Begriffen
  - 4.4 Die eigene Position im Entwicklungsprozeß bestimmen und verändern
  - 4.5 Schlußfolgerungen

## **1. Fragestellung**

### **1.1 Ausklammerung der Bedeutung institutioneller Bedingungen für therapeutische Praxis in traditionellen Therapiekonzepten**

In den vorfindlichen Therapiekonzepten interessieren fast ausschließlich nur die Klienten. Die Therapeuten werden indirekter abgehandelt als die, woran die Vorgaben, Forderungen, Empfehlungen und dergleichen beruflicher Praxis, die angeblich nur aus den Bedürfnissen der Klienten abgeleitet sind, gerichtet werden, und die diese Forderungen realisieren sollen. Die Bedeutung der Bedingungen therapeutischer Tätigkeit bleibt meist unthematisiert. Spielen sie doch eine Rolle, muß diese privat von den einzelnen Therapeuten verarbeitet und berücksichtigt werden.

Dies beruht auf der Annahme, die Bedingungen beruflicher Praxis seien eine Art äußerlicher Rahmenbedingungen, von deren Einfluß bei der unmittelbaren Fallarbeit abstrahiert werden könne, als ob sie keine Bedeutung dafür haben und Therapie überall gleich ausgeübt werden könne und solle. Im Gegenteil hierzu gestehen die meisten ohne weiteres ein, daß die Lebensbedingungen der Klienten und die Handlungszusammenhänge, worin sie leben, für die Entstehung und Überwindung ihrer Probleme von großer Bedeutung sind. Warum sollten denn vernünftige Therapiekonzepte ohne entsprechende Berücksichtigung der beruflichen Handlungsräume der Therapeuten auskommen können? Wir werden im Gegenteil für ein gleichartiges Begreifen beruflicher Praxis plädieren.

### **1.2 Aufarbeitung eines Konzepts therapeutischen Handelns als vermittelt durch seine gesellschaftlichen Bedingungen**

Da therapeutische Praxis real gesellschaftlich vermittelt ist, ist sie ohne Bezug auf ihre Bedingungen unbegreiflich, d.h. nur deutend und personalisierend zu fassen. Die Prämissen beruflicher Handlungsgründe sind aus dem Verhältnis zu diesen Bedingungen zu klären. Die subjektiven Befindlichkeiten, Möglichkeiten und Widersprüche der Therapeutenpersönlichkeiten sind in diesem Rahmen zu verarbeiten. In Gesprächen zwischen Therapeuten über ihre Praxis wird die große Bedeutung institutioneller Bedingungen schnell

ersichtlich meistens jedoch nur als Ursache von Frustration, Sorgen, Belastungen, Druck, Schuld- und Verantwortungsgefühle, usw. thematisiert. Sie sprechen oft mehr über solche Bedingungen als über ihre Klienten. Die Bedingungen scheinen eine noch größere Bedeutung für die Ausübung ihrer Praxis zu haben als die Personen, die Klienten, in deren angeblichem Interesse sie durchgeführt wird.

Das verweist auf reale Machtgefälle therapeutischer Praxis. Aus demselben Grunde ist es schwierig und verbunden mit Konflikten, solche Analysen zu veröffentlichen, darüber zu reden und zu schreiben, wie wir es in der Theorie-Praxis-Konferenz (TPK) vorhaben. Das behindert die gemeinsame Verarbeitung solcher Probleme.

### **1.3 Theorie-Praxis-Konferenz: der individuell-subjektwissenschaftliche Beitrag dazu**

Es ist der besondere Ausgangspunkt und Aufgabe der TPK, eine psychologische, d.h. individuell-subjektwissenschaftliche Analyse beruflicher Praxis zu leisten. Sie muß verbunden werden mit einer ökonomischen, gesellschaftstheoretischen, rechtlichen usw., da die subjektive Bedeutung der Bedingungen in ihrer objektiven verankert ist, jedoch (gemäß der allgemeinen Möglichkeitsbeziehung des Individuums dazu) auch nicht daraus abgeleitet werden kann. Uns interessiert deswegen die individuell-subjektive Verarbeitung beruflicher Handlungszusammenhänge aus der unmittelbaren widersprüchlichen Betroffenheit davon heraus. Wir machen die Handlungsfähigkeit, individuelle Handlungen und ihre Gründe, subjektive Verhaltensweisen und Befindlichkeiten von Berufspraktikern zum Gegenstand der Analyse - als einen Aspekt der Analyse institutionalisierter Berufspraxis, also notwendiger Bestandteil einer Theorie therapeutischer Praxis. Das geschieht aus dem Interesse heraus, Widersprüche und Handlungsmöglichkeiten zu klären in einer Weise, so daß die, die doch Subjekte dieser beruflichen Praxis sind: die Therapeuten, ihre Praxis damit systematischer verarbeiten und entwickeln können. Uns interessieren m.a.W. die Widersprüche und Entwicklungsmöglichkeiten beruflicher Handlungsräume. Unsere Ergebnisse sollen Therapeuten als Mittel der Analyse ihrer Praxis zur Verfügung gestellt werden. Deswegen analysieren wir individuelle Beispiele üblicher Problematiken gegenwärtig typischer therapeutischer Handlungsräume, in denen wir

stecken. Wir werden jetzt drei solcher Beispiele aus unterschiedlichen beruflichen Handlungsräumen vorstellen.

## **2. In der Klinik: Versorgungsstruktur und Verantwortung für das Wohl der Klienten**

Ich arbeite als Gruppentherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in der auf der Grundlage einer verhaltenstherapeutisch orientierten Breitbandtherapie Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden. Die Einrichtung hat ca. 170 Betten; die Patienten werden in geschlossenen Gruppen von je 11 Patienten aufgenommen und durchlaufen als Gruppe ein 17-wöchiges Behandlungsprogramm. Das therapeutische Team besteht aus Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Sozialarbeitern und -pädagoginnen, Suchtkrankentherapeuten, Ärzten, Sport- und Beschäftigungstherapeuten.

### **2.1 Subjektiver Druck, Resignation, Stellenwechsel und Widerstand**

Bezogen auf diese Arbeit ist meine Befindlichkeit von einem subjektiv problematischen Gefühl von Druck geprägt, das auch andere Kollegen in Gesprächen artikulieren:

- Druck bekommt man von der Leitung durch Anrufungen: "Ihr müßt mehr und direkter mit den Patienten arbeiten; wir haben im Interesse des Patienten- und Allgemeinwohls einen Beitrag zur psychosozialen Versorgung zu leisten." Oder es wird versucht, durch handfeste schriftliche und mündliche Arbeitsanweisungen die Intensität unserer Arbeit zu erhöhen.
- Druck wird empfunden, wenn man in seiner therapeutischen Arbeit auf der Stelle tritt, wenn die Veränderungen im Verhalten der Patienten - die schon bald entlassen werden - so minimal oder nicht ausreichend sind, um in ihrer Welt 'draußen' bestehen zu können bzw. abstinent zu bleiben. Dieser Druck manifestiert sich in meinen Gedanken. Ich komme davon nicht einmal in meinen Träumen los.

- Druck empfinde ich ebenfalls, wenn in Fallvorstellungen Kollegen Vorschläge machen, was ich noch alles mit den Patienten machen könnte: "Hast du schon die und die Methode probiert?"
- Druck erlebe ich, wenn Mitarbeiter von Beratungsstellen, aber auch Angehörige signalisieren, daß das erbrachte Ergebnis (= der therapierte Patient) nicht ihren Erwartungen entspricht.

Im Zusammenhang mit unserer Arbeit wird von 'Ausgelaugtsein' geredet. Dieser Zustand wird durch den Druck in seinen unterschiedlichen Formen, aber auch durch die "fordernden Alkoholiker" hervorgerufen. Ängste und Resignation werden thematisiert: "Man kann nichts gegen das machen, was die Leitung uns serviert; sag ich was, stehe ich alleine." - Man hat die Angst, bei Aufmüpfigkeit die Stelle zu verlieren.

Ein Murren ist hörbar. In Treffs, bei denen die Leitung nicht anwesend ist, auch mehr. Es wird gespöttelt. Man gibt sich Fluchtgedanken hin: von Urlaub bis Stellenwechsel - "... mal nicht mehr mit Alkoholikern arbeiten zu müssen".

## **2.2 Hinterfragen eigener Deutungen der Verhältnisse**

In einem ersten Versuch, die Gründe und Prämissen unserer subjektiv problematischen Befindlichkeiten zu analysieren, haben wir die Spezifik der Konflikte, Wahrnehmungen, Denkweisen und emotionalen Befindlichkeiten der Kollegen in bezug auf die Patienten, die Beziehungen untereinander und zur Klinikleitung untersucht. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen daß wir den Großteil des Geschehens als Resultat der Interaktionen von bestimmten Personen mit spezifischen Persönlichkeitseigenschaften wahrnehmen. So fanden wir, daß, indem wir Schuldzuschreibungen gegenüber Kollegen, der Leitung und den Patienten betreiben, wir uns auseinanderdividieren und Hierarchiekonflikte lateralisieren.

Diese Erkenntnisse führten jedoch nicht dazu, daß wir das Personalisieren, Deuten und Schuldzuschreiben aufgaben, sondern lediglich in einigen wenigen Situationen unterließen.

Bei genauerer Betrachtung ergibt sich dagegen, daß die wesentlichen Widersprüche in unserer unmittelbaren Arbeit durch die Bedeutung unserer ökonomisch-gesellschaftlichen, strukturell-institutionellen Rahmenbedingungen vermittelt sind.

### 2.3 Institutionelle Lage, finanzielle Grundlage und Erfolgsdruck

Die Behandlung der Alkoholabhängigen findet unter widersprüchlichen Bedingungen statt. So herrschen Konkurrenz, Interessenskonflikte und ungeklärte Überlagerungen in den Aufgaben der verschiedenen Institutionen vor Ort.

Die **Kostenträger** (hauptsächlich die Rentenversicherungsträger) handeln als 'Monopol-Auftraggeber' mit den Fachkliniken die Pflegesätze aus und setzen Rahmenrichtlinien für das Therapieangebot bzw. für das Versorgungsangebot der Kliniken. Pflegesatz heißt, daß pro Patient pro Tag ein einheitlich festgesetzter Beitrag gezahlt wird. Im Prinzip existiert eine **Einzelfallberechnung**. Das bedeutet zum einen, daß möglichst viele Patienten für die gesamte Dauer der Therapie "motiviert" sein müssen, da nur dann die höchstmögliche Anzahl von Pflgetagen bezahlt wird. Zum anderen besteht bei gleicher Bezahlung für jeden ein Anspruch auf gleiche Leistung. Diese besteht in der gleichen Zuwendung des Therapeuten (unabhängig von spezifischen Bedingungen und Bedürfnissen des Patienten) und in einem gleichen, zumindest vergleichbaren, Behandlungsprogramm. Dem liegt das 'Modell der Kur' als Rehabilitationsleistung zur Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit zugrunde. Die damit verbundenen Verwaltungsrichtlinien bestimmen durch die Hauptzuständigkeit der Rentenversicherungsträger die Struktur der Versorgung der Suchtmittelabhängigen. Dies führt dazu, daß die Kostenübernahme erst nach Durchlaufen eines Antragsverfahrens erfolgt, und daß während der Behandlungsmaßnahme vom Patienten aktive Mitwirkung verlangt wird. Ansonsten verliert er den Leistungsanspruch.

Als Monopolisten haben die Rentenversicherungsträger zwar die Möglichkeit, die Leistungsstandards für ihre Patienten zu bestimmen, was zu einer Verbesserung des Leistungsstandards im Vergleich zur Psychiatrie führte. Jedoch mangelt es gerade den Rentenversicherungsträgern an Geld - insbesondere nach der "Wende". Sie sind an möglichst niedrigen Pflegesätzen, einer Verkürzung der Behandlungsdauer bzw. einer ambulanten Behandlung oder aber an der Begrenzung ihrer Leistungspflicht interessiert.

Daher konkurrieren die **Fachkliniken** bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern sowohl untereinander als auch mit ambulanten Versorgungsangeboten. Die jeweilige Klinikleitung muß bestrebt sein, bei möglichst geringem Pflegesatz ein möglichst die Richtlinien überbietendes Behandlungs-

angebot zu machen, um am Markt bestehen zu können. Außerdem muß nachgewiesen werden, daß die stationäre Behandlung trotz ihres höheren Preises der ambulanten Behandlung überlegen ist. Dieser Legitimationsdruck ergibt sich besonders in den Fachkliniken privater Träger, die ca. die Hälfte der Träger ausmachen. Auch unsere Einrichtung wird von einer GmbH getragen. Diese privaten Träger können aufgrund der Finanzierungsstruktur, die hier nicht näher ausgeführt werden kann, nur im stationären Sektor profitabel arbeiten, haben also ein Interesse an einer möglichst umfangreichen stationären Versorgung. Gleichzeitig müssen sie beweisen, daß trotz der Gewinnorientierung eine gute bzw. den ambulanten Behandlungskonzepten überlegene Therapie gemacht wird.

Als mögliche Mechanismen, eine gute Therapie von Seiten der Klinikleitung anzubieten, werden folgende real genutzt: Qualifizierte Arbeitskräfte billig einzukaufen; die Intensität der Arbeitsverausgabung via Managementmethoden wie Anreize einerseits, Durchsetzung von Stellenbeschreibungen und damit korrespondierende bzw. erst mögliche Kontrollmethoden oder Konkurrenzzerzeugung zu erreichen; arbeitsvertragliche Pflicht zur Weiterbildung auch in der Freizeit; ideologische Anrufungen, die den Mitarbeiter als Helfer ansprechen sollen, u. a. m.

Zu den **Beratungsstellen** besteht ein Geflecht widersprüchlicher Beziehungen: Die Fachkliniken konkurrieren auch hier untereinander, damit die Beratungsstellen möglichst die eigene Klinik mit ihren Patienten beliefern sollen. Das ist kompliziert, etwa weil die verschiedenen Beratungsstellen bzw. die dort Arbeitenden ganz unterschiedliche Vorstellungen über ein "gutes" Therapieangebot haben: weltanschaulich, die Therapierichtung betreffend, aber auch bezüglich der medizinischen Ausstattung, ob es eher für junge Patienten geeignet ist oder nicht, etc. Mittels der Zuweisung haben die Beratungsstellen eine erhebliche Macht über die Klinik. Sie kann so weitreichend sein, daß man eine Klinik boykottiert und ihr somit den Geldhahn zudreht. Daher haben z.B. kirchliche Träger, die sowohl Beratungsstellen als auch Kliniken unterhalten, die Anweisung, in der Regel die eigenen Kliniken zu belegen. Andererseits müssen die Beratungsstellen, um ihrerseits auf Dauer finanziert zu werden, ihre Existenzberechtigung nachweisen, indem sie sich nicht nur auf Beratung und Vermittlung beschränken, sondern auch Behandlung anbieten. Hierdurch treten sie in Konkurrenz sowohl zu den **Fachkliniken** wie zu den **niedergelassenen Ärzten** und **Allge-**

**meinkrankenhäusern**, die den medizinischen Teil der Behandlung leisten, z.T. auch schon Psychotherapie anbieten, und selbst an die Klinik vermitteln, wie auch zu den **psychiatrischen Krankenhäusern**, die sowohl medizinische Akutbehandlung als auch sog. Motivierungsbehandlungen mit Vermittlung in eine stationäre Langzeitbehandlung wie auch Behandlungsprogramme mittlerer Dauer anbieten mit denen sie wiederum mit den Fachkliniken konkurrieren.

Für die **Patienten** bedeutet all dies eine Trennung von medizinischer und sonstiger Behandlung. Das kann zur Folge haben, daß jemand jahrelang in bezug auf körperliche Probleme behandelt werden kann, ohne daß das Alkoholproblem bzw. sonstige Probleme zur Sprache kommen, oder daß jemand wiederholt entgiftet wird (hier besteht unbegrenzte Leistungspflicht), ohne daß eine Entwöhnungsbehandlung erfolgt. Für eine Therapie muß ein Antrag gestellt werden. Der Patient ist zur Mitwirkung verpflichtet; er muß "motiviert" sein (hier besteht nur begrenzte Leistungspflicht). Weiterhin bedeutet dies, daß er als Voraussetzung für eine Behandlung eine mehrmonatige Trennung von seinen Angehörigen sowie Abwesenheit von seinem Arbeitsplatz akzeptieren muß. Seine psychische Problematik, seine Bedürfnisse und Ziele müssen so formuliert werden, daß er in den Genuß einer Behandlung kommen kann. Dazu gehört die Offenbarung persönlicher Probleme gegenüber dem Kostenträger im Antragsverfahren, die Übernahme der Diagnose "abhängig", die Übernahme des Modells der Abhängigkeitserkrankung als individuell-persönliche Unfähigkeit, mit Alkohol kontrolliert umgehen zu können (sonst gilt er als nicht-motiviert) und das Akzeptieren von Behandlungsdauer, Behandlungsprogramm, Hausordnung, zugeteiltem Therapeuten - alles mit der sog. Freiwilligkeitserklärung, die vor Beginn der Behandlung unterschrieben werden muß.

#### **2.4 Individualisierung der Verantwortung für Klientenschicksale und die besondere Funktionalität von Verhaltenstherapie**

Für den jeweiligen Therapeuten in der Klinik manifestieren sich diese ökonomischen und institutionellen Strukturen in unmittelbaren Interaktionen und spezifischen Anrufungen. Verschärfte Konkurrenz am Markt tritt mir mittels der Leitung in Arbeitsanweisungen, in "Absprachen", in Teamsitzungen, in veränderten Therapieplänen entgegen.

Mitarbeiter von Beratungsstellen artikulieren mir gegenüber, was sie für die Therapie bzgl. "ihres" Patienten wichtig finden. Nach Beendigung der Therapie bewerten sie meinen Entlassungsbericht bzw. vermittels des jetzigen Verhaltens des Patienten meine Therapie. Das bringt mich unter Rechtfertigungs- und Darstellungsdruck: Ich muß zeigen, daß ich gerade mit Patient X die optimale Therapie gemacht habe. Und manchmal nicht nur gegenüber Beratungsstellen, sondern auch gegenüber Angehörigen, Arbeitgebern und dem Patienten selbst, der die Möglichkeit hat, in einem Fragebogen gegenüber dem Kostenträger seine Bewertung der Therapie mitzuteilen bzw. sich auch dort ganz konkret über mich zu beschweren.

Schon aus alledem ergibt sich, daß ich als Therapeut die Verantwortung dafür bekomme bzw. als der Verantwortliche für den Erfolg der Therapie erscheine. Ich muß es schaffen (jedenfalls bei der größten Zahl der Patienten), sie unabhängig von ihren Bedürfnissen bzw. unter geschickter Ausnutzung ihrer Bedürfnisse für das Behandlungsprogramm und für konkrete Veränderungen zu motivieren. Dazu kommt, daß beim Patienten - als Reaktionsweise auf die oben geschilderten Voraussetzungen zur Erlangung einer Behandlung - in der Regel hoher Leidensdruck da ist: Schuldgefühle, Selbsteinstufung als Versager, Angst um den Arbeitsplatz etc. Dementsprechend werden hohe Erwartungen an die Behandlung gestellt, die ich als "Hauptverantwortlicher" für die Therapie als Anforderungen vor allem an mich erlebe. Zwar ist mir gedanklich klar, daß die Arbeitsbedingungen, die Lebensbedingungen der Patienten, aber auch meine, eine zentrale Rolle für die Therapie spielen, daß ich also unter beschränkten Bedingungen nicht willentlich mich über die Bedingungen erheben kann. Ich kann nicht die "Supertherapie" machen, egal welche Bedingungen oder Verhältnisse in die Therapie eingehen oder diese beherrschen. Trotz dieses Wissens komme ich in Konflikte: Da sind Leute, die sind jetzt hier und haben einen Anspruch auf gute Therapie; kann ich verantworten, jemanden links liegen zu lassen; das sind schon eh die Benachteiligten, sollen die auch noch von mir abgepeist werden ...

Die Konflikte erscheinen mir unmittelbar als unlösbare Widersprüche zwischen Ansprüchen/Anforderungen der Klinikleitung, Anforderungen/Bedürfnissen der Patienten und meinen eigenen Interessen sowohl an einer sinnvollen Arbeit wie einer Beschränkung der Verausgabung meiner Arbeitskraft (Reduzierung von Druck), gleichzeitig aber Sicherung meines Ar-

beitsplatzes.

In diesem Zusammenhang erweist sich die besondere widersprüchliche Funktionalität von Begriffen der Verhaltenstherapie, die in unserer Einrichtung dominieren. Diese Begriffe implizieren das Modell des Therapeuten als eines Experten für effektives Verhalten, Fühlen, Denken bzw. für effektive Problemlösung. Verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionstechniken haben dementsprechend das Ziel, dem Patienten die Fähigkeit zu effizientem Verhalten zur Erreichung seiner eigenen Ziele zu vermitteln. Diese Techniken erwecken den Anschein universeller Anwendbarkeit. Bei richtiger Problemanalyse und richtigen Interventionstechniken seitens des Therapeuten müßte der Patient am Ende der Behandlung in der Lage sein, nicht nur sein Leben unter Kontrolle zu haben (statt unkontrolliert zu trinken), sondern sogar ein zufriedenes Leben ohne Suchtmittel zu führen (offizielles Therapieziel der Klinik). Obwohl eigentlich jedem gesunden Menschenverstand klar sein müßte, daß ein zufriedenes Leben von anderen Bedingungen abhängt als einer 17-wöchigen Behandlung, ertappe ich mich selbst dabei, daß ich dieses Ziel Patienten gegenüber vertrete.

Ich vermute, daß ich deshalb so häufig auf solche - von mir prinzipiell als beschränkt erkannte - Begriffe zurückgreife, weil sie mich in meinem Konflikt entlasten. Sie ermöglichen mir, so zu tun, als würde ich mich auf die Arbeits- und Lebensbedingungen des Patienten einlassen und so sinnvolle Arbeit leisten, ohne meine eigenen Arbeitsbedingungen hinterfragen zu müssen und damit in Gegensatz zu meinem unmittelbaren Interessen an der Sicherung meines Arbeitsplatzes zu geraten. Dies, indem ich mit dem Patienten über seine Lebensverhältnisse und vor allem über seine Strategien im Umgang mit diesen Verhältnissen spreche und ihm allgemeine Strategien wie z. B. selbstsicheres Verhalten, Kommunikationsregeln o. ä. vermittele.

Langfristig gesehen bringt eine solche Vorgehensweise jedoch keine Lösung, vermindert eher die Möglichkeiten einer Lösung - ist widersprüchlich funktional. Denn nach den Prämissen dieses Modells müßte ich selbst als Experte über effektive Techniken zur eigenen Lebensbewältigung verfügen, die am Anfang dieses Beitrags geschilderten Befindlichkeiten dürften eigentlich nicht auftreten, zumindest nicht zu ernsthaften Störungen meiner Arbeitsfähigkeit führen. Ich muß sie also verbergen, will ich nicht Nachteile in der Konkurrenz erleiden oder selbst von anderen zum Patienten gemacht werden. Gerade dies isoliert mich aber von meinen Kollegen, blockiert die Möglichkeiten gemeinsamen Handelns mit ihnen. Es blockiert langfristig eine Ver-

änderung der Situation, die nur durch eine Veränderung der Versorgungsstruktur, d.h. eine Veränderung der Gesundheitspolitik zu erreichen ist.

## 2.5 Schlußfolgerungen

Aus dem obigen Beispiel wollen wir jetzt einige allgemeinere Schlußfolgerungen hervorheben. Die problematische subjektive Befindlichkeit des Therapeuten wurde als ein subjektives Verarbeitungsergebnis eigener Arbeitsverhältnisse in einer bestimmten Position in einer bestimmten Institution verdeutlicht. Mängel und Widersprüche der Versorgungsstruktur bedingen darin diese subjektiven Problematiken und Belastungen, und zwar auch, daß sie zunächst in Gestalt personalisierten Drucks und Verantwortung usw. erscheinen. Das Beispiel konkretisiert also die Bedeutung der Bedingungen therapeutischer Praxis in dem Sinne, daß der Therapeut hier letztlich von diesen Mängeln und Widersprüchen der Versorgungsstruktur betroffen ist und sie bei ihm personalisiert werden. So bedingen diese Mängel, daß der Therapeut als alleinverantwortlicher Experte alles machen muß, um die Klienten zu motivieren und einen Therapieerfolg für sie herbeizuführen. Damit fühlt er sich für Verhältnisse verantwortlich, bzw. wird für Verhältnisse verantwortlich gemacht, worüber er individuell nicht verfügt. Er kann also dieser Verantwortung nicht gerecht werden. Das kommt in seiner subjektiven Befindlichkeit von Druck, Resignation, Stellenwechsel, Widerstand zum Ausdruck, und in seinem Versuch, als berufliche Überlebensstrategie und Einsatzmittel entsprechende Therapieverfahren zu verwenden, d.h. hier Verhaltenstherapie.

Nehmen wir aber den Versorgungsauftrag für die Alkohol- und Medikamentenabhängigen ernst, ergibt sich, daß er bei den vorhandenen Bedingungen nicht erfüllt werden kann. Soll er erfüllt werden, müssen Bedingungen und Möglichkeiten dafür geschaffen werden. Damit verdeutlicht sich ein möglicher Einstieg für Bündnisherstellung, Veränderungsschritte und -perspektiven, der als Alternative zu Resignation, Stellenwechsel, verhaltenstherapeutischer Praxis usw. dienen kann. Bezüglich der Erfüllung des Versorgungsauftrags sind die gegenwärtigen Arbeitspraxen dysfunktional. Sie stehen im Widerspruch zum erklärten Ziel. Eine Umorganisation der Versorgung (Kooperation, Finanzierungsformen usw.) ist angesagt, weil die gegenwärtige die Betreuung beschränkt. Die veranschaulichte Struktur- und Planlosigkeit

des Gesundheitssystems führt zu Ineffektivität, subjektiven Belastungen, Nichterfüllung von Klientenbedürfnissen.

Einige mögen meinen, daß die Strukturen in dieser Klinik so schwer und befestigt sind, daß es nicht möglich ist, sie zu verändern. Trotzdem waren sie nicht immer so. Stattdessen setzen sie ihre Hoffnung auf eine selbstorganisierte Praxis, die sich bei den gegenwärtigen Verhältnissen als eine neue Form, Möglichkeit und Berufsperspektive privatisierter Art anbietet. Da hat man doch offensichtlich viel mehr Freiräume und kann seine eigenen Strukturen aufbauen. Ein zweites Beispiel wird die Bedeutung dieser Art Bedingungsstrukturen konkretisieren.

### **3. Im Verein: Selbstorganisierte Berufspraxis**

#### **3.1 Der privat organisierte Aufbau einer Beratungsstelle als individuelle Chance**

Als ich im Juli 1984 mit der Arbeit begann, arbeiteten wir zu dritt (2 Frauen, 1 Mann) zunächst als Angestellte eines Selbsthilfevereins für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Den Verein hatte der Kollege mit einer ehemaligen Klientengruppe gegründet. Die Gehälter, die uns der Selbsthilfeverein zahlte, erhielt er, ebenso wie die Sachkosten, aus dem sogenannten Selbsthilfetopf des Berliner Sozialsenators.

Bei meiner Einstellung, die von dem Kollegen vorgenommen wurde, sagte dieser mir, es gehe um den Aufbau eines zweisehienigen Modells, nämlich um die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und professioneller Beratungsstelle. Meine Aufgabenbereiche waren:

- Beratung und Therapie mit Abhängigen sowie deren Angehörigen;
- Mitarbeit an einer Bedarfsanalyse für unseren Stadtbezirk zur Frage, ob dort ein Bedarf für eine professionelle ambulante Versorgung im Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bestehe. Befragt werden sollten niedergelassene Ärzte, Kliniken, Pfarreien, Industriebetriebe, Amtsstellen.
- Mitarbeit beim Aufbau einer Versorgungskette durch die Aufnahme von Kontakten mit den verschiedenen Institutionen der stationären und ambulanten Versorgung.

- Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, für das Problem Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zu sensibilisieren und die Beratungsstelle vorzustellen.

Ich habe die Arbeit (20 Wochenstunden) mit einem riesigen Enthusiasmus und 1000 Illusionen begonnen. Vorher war ich ein 3/4 Jahr arbeitslos, hatte viele Bewerbungen geschrieben, etliche Vorstellungsgespräche hinter mir und die aufreibende Erfahrung mit Einzelfallabrechnung und Honorartätigkeit gemacht. Mit Einstieg in die Arbeit fielen diese Belastungen und damit ein großer Druck weg. Die Erleichterung ließ sehr schnell ein Idealbild in mir entstehen, was mich vom genauen Erforschen der Realität fernhielt. Ich dachte: Jetzt endlich kann ich wieder in Zusammenhängen arbeiten, habe Kontakt und Austausch zu anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, kann meine Fähigkeit entfalten, kann gleichberechtigt mit zwei netten Kollegen zusammenarbeiten, muß mich nicht mit Vorgesetzten oder rigiden Amtsstrukturen auseinandersetzen und habe ein festes Gehalt. Die Unterbezahlung und daß es nur 20 Stunden waren nahm ich in Kauf. Ich rechnete mein Gehalt nicht einmal aus.

### **3.2 Private Freiheit vs. unabgesicherte Arbeit in der Einrichtung: ein auftauchender Widerspruch**

In die Stelle kamen zumeist trockene Alkoholiker, entweder indem sie telefonisch einen Termin für ein Einzelgespräch vereinbarten oder ohne Voranmeldung in die offene Informationsgruppe kamen. Aber auch nasse Alkoholiker, die erst entziehen wollten, vereinzelt auch Angehörige, nahmen die Stelle in Anspruch.

Da der Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit für mich neu war, war ich zunächst sehr stark auf die unmittelbare Tätigkeit der Therapie und Beratung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit konzentriert. Ich wollte alles machen: Beratung, Therapie, Informationsgruppe, um mir möglichst viel Kompetenz anzueignen. Ich konnte nicht einschätzen, wieviel Kenntnis, Selbstkenntnis und Bereitschaft die einzelnen für die Therapie mitbrachten. Wenn Leute zu Terminen nicht erschienen, kreierte ich mir das an. Mein Kollege klärte mich mit einer Statistik der verschiedenen Beratungsstellen auf, wonach ca. 90% der Klienten nach dem Erstgespräch wegbleiben. Die, die schließlich bleiben, machen ca. 5-7% aller Leute aus,

die eine Beratungsstelle aufsuchen. Diese Statistik entlastete mich ein bißchen, aber es blieb auch Unzufriedenheit mit mir.

Ich versuchte mit aller Anstrengung, meinem Idealbild einer Alkoholtherapeutin gerecht zu werden, nämlich alle Klienten zu halten. Bei keinem sollte mir ein Rückfall passieren. Dabei habe ich etwas von mir verlangt, was aufgrund der Bedingungen nicht möglich ist. Das Verhindern eines Rückfalls ist jedoch nicht mein selbsterfundenes Ideal. Es wird im allgemeinen Verständnis als **das** Erfolgskriterium angesehen. Bei allen Kontaktaufnahmen mit den Kooperationsinstitutionen für den Aufbau einer Versorgungskette war die erste Frage: "Wieviele werden denn wieder rückfällig?" Die Uneinlösbarkeit und die widersprüchliche Funktion dieses Erfolgskriteriums rückt erst allmählich in den entsprechenden Fachkreisen ins Bewußtsein. Meine Angst um den Arbeitsplatz war aber damals noch so stark, daß ich an diesen Erfolgskriterien "Vermeidung von Rückfällen" und "hohe Klientenzahlen" festhielt.

Wir drei Mitarbeiter haben hinsichtlich Alter, Berufserfahrung und Ausbildungsgang sehr unterschiedliche Ausgangspositionen. Der Kollege hatte bereits eine langjährige Erfahrung im ambulanten Alkoholbereich und entsprechende Verbindungen zu den maßgeblichen Institutionen.

Zu Beginn war es eine große Erleichterung, daß die Kollegen nett und freundlich waren, denn in den zahlreichen Vorstellungsgesprächen während der Arbeitslosigkeit hatte ich mich an Beargwöhnung gewöhnt.

Die erste heftige, aber doch freundliche Kontroverse mit einem Arbeitskollegen um die Frage der Erblichkeit des Alkoholismus war für mich kein Grund, mich intensiver mit der Realität in meiner Arbeitssituation auseinanderzusetzen. Ich dachte, daß ich gute und ausreichende Argumente hätte, um in dieser Frage bald mit ihm einig werden zu können. Ich hatte zwar gemerkt, daß er sehr hart und heftig geworden war, aber noch fühlte ich mich dem gewachsen. Ich steckte bereits zu sehr in der Situation drin, als daß ich den Gedanken denken konnte, daß es wichtig ist zu begreifen, warum der andere so denkt und die Frage zu stellen: "**Warum sagt er das** und warum reagiere ich so darauf?" In den Gesprächen mit ihm kämpfte ich gegen diskriminierende Theorien im Alkoholbereich an, ohne in Betracht zu ziehen, daß sie der Entlastung dienen, insbesondere im Hinblick auf das Erfolgskriterium "Vermeiden von Rückfällen". Erst in letzter Zeit ist mir in seiner ganzen Tragweise bewußt geworden, daß die konkurrierenden Theo-

rien, also das Fehlen einer umfassenden konzeptionellen Grundlage im Bereich Alkoholismus - was als allgemeine Desorientierungsstrategie bezeichnet werden kann - sich widerspiegelt als Konkurrenz zwischen uns Kollegen. Dieser Auseinandersetzung folgten 2 bis 3 weitere, die weniger etwas mit dem Versuch der Klärung zu tun hatten als mit dem blinden Austragen von Konkurrenz. Allmählich verfiel ich ins Schweigen und zog mich zurück. Ich begann, die Konflikte organisatorisch zu regeln. Jeder arbeitete jetzt für sich. Ich versuchte Situationen zu vermeiden, in denen Unstimmigkeiten, Konflikte, Reibungspunkte entstehen konnten. Wir begannen uns gegeneinander zu isolieren. Sprachlosigkeit breitete sich hinter der Fassade von oberflächlicher Freundlichkeit und Harmonie zwischen uns aus.

Die Konkurrenz trat in den Hintergrund und schien verschwunden, als wir Anfang 1985 einen neuen Verein gründeten und eine Beratungs- und Behandlungsstelle aufbauten, da der Selbsthilfeverein innerhalb seiner Räumlichkeiten nicht mit der Etablierung einer professionellen Beratungsstelle einverstanden war. Die personelle Beziehung zwischen Verein und Beratungsstelle sah so aus, daß die therapeutischen Mitarbeiter der Beratungsstelle gleichzeitig Vorstandsmitglieder des Vereins waren, d.h. Arbeitgeber und Arbeitnehmer in einer Person. Das Geld, das wir nun für den Aufbau der Beratungsstelle bekamen, war vom Senator für Gesundheit und Soziales und an den Arbeitskollegen gebunden, der durch seine langjährige Tätigkeit im Alkoholbereich über die entsprechenden Kontakte zu den Senatsstellen verfügte. Es sind Projektgelder, die jedes Jahr neu beantragt werden müssen, und deren Vergabe an bestimmte Forderungen gebunden ist.

Unstimmigkeiten zwischen uns dreien, die aber nicht ausgetragen wurden, traten erst wieder bei der Einrichtung der Stelle auf. Mehr am Rande nahm ich wahr, daß wir Ziele und Inhalte unserer Arbeit kaum thematisierten. Manchmal bemerkte ich bei mir ein Unbehagen, was sich schließlich zu einer allgemeinen Gedrücktheitsstimmung auf der Arbeit ausdehnte.

Der Zusammenhang zwischen meiner Befindlichkeit, meiner therapeutischen und beratenden Arbeit, dem Umfang zwischen uns Kollegen und den Arbeitsbedingungen konnte ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht herstellen. Es sind mir vor allem zwei Gründe zugänglich, die das relativ blinde Drinstecken in der Situation begünstigten:

- Da mein Berufsanfang im Alkoholbereich und in der Erwachsenentherapie **zusammenfiel** mit dem Aufbau der Beratungsstelle, lag die Vor-

stellung von hohen Entfaltungsmöglichkeiten nahe. Die Strukturen schienen offen im Vergleich zu meiner vorherigen Arbeitsstelle und ließen in mir die Illusion der völlig freien Entfaltungsmöglichkeiten entstehen.

- Die Augen vor den Bedingungen zu verschließen, hing auch mit der Erfahrung der Arbeitslosigkeit zusammen. Hinter der Euphorie, die mich zu Beginn getrieben hatte, steckte die Angst, daß es Dinge in dieser Arbeitsstelle geben könnte, die ich nicht würde akzeptieren können, wenn ich genauer hinguckte.

### **3.3 Personalisierung privater Arbeitsverhältnisse und struktureller Widersprüche**

Erst allmählich entwickelten sich die folgenden Fragen an meine Berufsrealität: Wer war unser Geldgeber und wer der Empfänger? Wie sieht das Arbeitsfeld ambulante Alkoholberatung und -therapie aus? In welchen sozialpolitischen Zusammenhängen steht das Problem Alkoholismus? Ich begriff, in welchen objektiven Abhängigkeiten ich stand. Die Abhängigkeit von dem Arbeitskollegen war die vordergründige, weil an ihn zunächst die Senatsgelder gebunden waren und weil er Erfahrungen beim Aufbau einer Beratungsstelle und im Alkoholbereich hatte. Das war ein Grund, weshalb sich der Konflikt an seiner Person zuspitzte. Die maßgebliche Abhängigkeit ist jedoch die vom Senat, bei dem wir Jahr für Jahr die Gelder neu beantragen müssen, und wo wir nicht wissen, ob und was bewilligt wird. Die Vergabe der Senatsgelder ist an verschiedene Bedingungen geknüpft:

- Mitgliedschaft unseres Vereins im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)
- Mitgliedschaft unseres Vereins in der Landesstelle gegen die Suchtfahren
- Mitarbeit in verschiedenen Gremien
- Nachweis des Bedarfs einer Alkoholberatungsstelle
- Nachweis, daß die Stelle sowohl bei den Kooperationspartnern wie auch von den Klienten gut angenommen wird
- Erfüllen der Kriterien für Beratungsstellen
- Vertreten einer geschlossenen Therapiekonzeption, um als professionelle Einrichtung anerkannt zu werden.

Hinzu kommt, daß ambulante Beratung und Therapie mit alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen ein relativ traditionsloses Arbeitsfeld ist. Für alkoholranke Menschen ist es schwer, einen Therapieplatz zu finden. Die Psychoanalyse ordnet den Alkoholismus den psychischen Erkrankungen zu, die nur schwer therapierbar sind. Bei dieser Einschätzung dürfte die Schichtzugehörigkeit der Alkoholkranken, der finanzielle Ausfall bei Rückfällen und die hohe Abbruchquote eine große Rolle spielen. Nachsorge im Bereich Alkohol wird hauptsächlich als Aufgabe der Selbsthilfegruppen betrachtet. Erst 1968 wurde Alkoholismus als behandlungsbedürftige Krankheit in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen. 1969 wurden in Berlin-West zwei kommunale Alkoholberatungsstellen eingerichtet. Sie erhielten 1970 Modellcharakter mit therapeutischen Richtlinien, die eine Laufzeit von 10 Jahren hatten. Die personelle Besetzung der Beratungsstellen bestand aus 6 Sozialarbeitern, 2 Ärzten und 2 Verwaltungskräften. Schon 1976 war klar, daß die Richtlinien nicht verlängert werden sollten. Trotz guter Erfolge mit der ambulanten Therapie, die damals im allgemeinen Verständnis übrigens noch als Kunstfehler galt, sollten sich die Beratungsstellen auf Beratung und die Überleitung in Selbsthilfegruppen beschränken. Bei der Beantragung eines Psychologengehaltes für mich beim Senat verwies die Senatsvertreterin mich dann auch auf die beiden kommunalen Alkoholberatungsstellen, die auch keine Psychologenstellen hätten. Sie schlug mir vor, entweder das Sozialarbeitergeld zu akzeptieren, gegen den Verein (d.h. gegen uns selbst) zu klagen oder zu gehen. Eine Arztstelle wurde uns auch nicht bewilligt.

Anlaß und Ausgangspunkt für meine Beschäftigung und Analyse der Arbeitssituation war schließlich die Zuspitzung des Widerspruchs zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Schon seit Gründung des Vereins hatte der Senat die Forderung gestellt, daß wir Mitarbeiter der Beratungsstelle nicht gleichzeitig Vorstandsmitglieder des Vereins sein sollten. Da wir aber keine sog. ehrenamtlichen Arbeitgeber finden konnten, die die vielen organisatorischen und praktischen Arbeiten erledigen wollten, konnten wir es mit Verweis auf andere ähnlich strukturierte Vereine durchsetzen, daß der Senat unsere Konstruktion erst einmal akzeptierte. Als es dann darum ging, Mitglied im Dachverband DPWV zu werden, versuchte auch der DPWV in Anlehnung an den Senat, uns Mitarbeiter zur Aufgabe unserer Vorstandsfunktionen zu bringen. Mit dieser Forderung waren wir nicht einverstanden. Sie birgt kon-

sequent zu Ende gedacht die Gefahr in sich, daß wir Arbeitgeber bekommen, die unsere von uns mit viel unentgeltlichem Arbeitsaufwand geschaffenen Arbeitsplätze an andere vergeben könnten. Der Arbeitskollege verhandelte mit dem DPWV und vereinbarte dort folgende Lösung: Er bleibt alleine im Vorstand, und wir beiden Frauen treten von unserer Vorstandsfunktion zurück, bleiben aber weiterhin Mitarbeiterinnen. Unser Arbeitskollege als unser Arbeitgeber.

Als mein Arbeitskollege mir zwischen zwei Therapiestunden eine Rücktritts-erklärung zur Unterschrift vorlegte, packte mich die Wut. Genau an diesem Punkt spitzten sich für mich die Widersprüche so zu, daß ich gezwungen war, meine Situationsbewältigung genauer zu untersuchen. Die restriktive Alternative hätte für mich in einem ohnmächtig-wütenden Anrennen gegen den Arbeitskollegen oder in einem resignativen Verlassen des Projektes bestanden. Genau da habe ich auch eine Weile dringesteckt. Wie ich herausgekommen bin, will ich genauer darstellen.

Bei einem gemeinsamen Weihnachtsessen, zu dem unser Arbeitskollege wegen einer Autopanne nicht erschienen war, sprachen die Kollegin und ich über die von unserem Kollegen ohne Absprache mit uns getroffene Vereinbarung mit dem DPWV. Wir waren beide nicht damit einverstanden. Bei diesem Gespräch, das der erste Schritt aus unserer Sprachlosigkeit war, traten interessante Parallelen zu Tage: Jede war seit längerem unzufrieden mit der Arbeitssituation, und jede für sich hatte sich auch schon nach anderen Arbeitsstellen umgeschaut. Wir erlebten einen Widerspruch zwischen unserem Anspruch, mit dem wir alle drei angetreten waren, gleichberechtigt zusammenzuarbeiten und der Praxis, in der sich zeigte, daß unser Kollege sich in der Leiterposition mit Sonderrechten und -pflichten befand. Entgegen seiner ständigen Beteuerung, "wir machen alles zusammen" und "wir drei sind ein Leitungsteam", regelte er Dinge im Alleingang. Auch die Beantragung der Leiterposition und des Leitergehaltes beim Senat war ohne vorherige Diskussion geschehen. Die Auseinandersetzung darum erschöpfte sich darin, daß der Kollege uns mehrfach eine Photokopie über die Richtlinien zum Aufbau einer Beratungsstelle auf den Schreibtisch legte.

Unsere unmittelbare Reaktion auf diese Entdeckung war Wut auf den Arbeitskollegen. Wir machten das Problem an ihm fest, obwohl wir ja zumindest an dessen Entstehung teilgenommen hatten. Das Entstehen eines Problems an einer anderen Person festzumachen, also zu personalisieren, ist

ein wichtiges Kennzeichen von Unmittelbarkeitsverhaftetheit. Die diese überschreitende Frage lautet: Wo ist das Problem entstanden? Wo kann es verändert werden? Was habe ich selber zu dem Problem beigetragen?

### **3.4 Interne Konflikte im Widerspruch zwischen Gefährdung des Vereins und dessen Absicherung: Abwehr oder Verarbeitung?**

Durch das Gespräch beim Weihnachtsessen konnten wir soweit unsere Resignation überwinden, daß wir nicht einfach das Projekt verlassen wollten, sondern überlegten, wie es uns gelingen könnte, das Problem gemeinsam zu lösen. Vor einer Klärung zu dritt hatte ich jedoch Angst, daß die Auseinandersetzung so heftig werden würde, daß jede weitere Zusammenarbeit unmöglich würde und das Projekt und damit unser aller Arbeitsplätze zerstört würden. Eben diese Angst hatte mich bisher zurückgehalten, die untergründigen Konflikte offen anzugehen.

Die Arbeitskollegin und ich beschlossen, die Situation zusammen mit einem Supervisor zu klären. Wir wählten einen Supervisor, von dem wir annahmen, daß auch der Kollege Vertrauen zu ihm haben würde. Das erschien uns als günstige Voraussetzung, um zu einer produktiven Auseinandersetzung zu kommen. Der Arbeitskollege wehrte sich zunächst auf verschiedene Art und Weise gegen unseren Vorschlag: "Laßt uns das doch alleine klären ... Ich werte das als Mißtrauen gegen meine Person ... Ihr braucht wohl einen Über-Vater". Er stimmte dann aber, weil wir wegen der Wichtigkeit so hartnäckig blieben, einer Supervision zu.

Die beiden ersten Supervisionssitzungen waren durch harte Konfrontationen bestimmt. Vorwürfe, Beschuldigungen hagelten hin und her. Es trat endlich zu Tage, wie jeder sich das Verhalten des anderen gedeutet hatte, welche Vorstellungen, Vermutungen jeder über den anderen im Kopf hatte, ohne den anderen jemals genau befragt zu haben. Kleine Signale hatten bei jedem ausgereicht, um ein fertiges Bild im Kopf entstehen zu lassen. Es wurde deutlich, welches Frauen- und Menschenbild und welches Teammodell die einzelnen im Kopf haben. Widersprüche konnten offengelegt werden. So formulierten wir z.B. alle drei unsere Vorstellungen von Zusammenarbeit. Der Kollege konnte und kann sich kein Team ohne Leiter vorstellen. Mir geht es umgekehrt. Es dauerte eine Woche, bis ich überhaupt begriffen hatte, daß wir alle etwas Unterschiedliches meinen, wenn wir das Wort

Team benutzen.

Bei der Analyse des institutionellen Rahmens begann ich zu begreifen, daß das Verhalten des Kollegen mit den Auflagen des Senats im Zusammenhang stehen mußte. Es wurde deutlich, wie sehr er sich im Hinblick auf den Senat unter Druck fühlt und wie sehr er fürchtet, wir könnten etwas tun, was den Senat zum Entzug des Geldes bewegen könnte. Auch seinen Ruf gegenüber seinen ehemaligen Arbeitskollegen fühlte er gefährdet. Mir wird seine Angst deutlich, als er sagt: "Hier soll alles zerschlagen werden." Sie ist meiner Angst ähnlich, die mich bisher zurückgehalten hat, die für mich bestehenden Konflikte anzusprechen. Unsere permanente Unabgesichertheit machte und macht interne Konflikte gefährlich. Zum einen gefährden sie unsere Zusammenarbeit beim Aufbau der Stelle, zum anderen kann die Beratungsstelle gegenüber den Geldgebern und den Kooperationspartnern in Mißkredit geraten, wenn Konflikte nach außen dringen. Hier liegen Gründe für die Tendenz zur Vermeidung und Verleugnung interner Konflikte. Gleichzeitig produziert diese Bedingung immer wieder Konflikte.

In der Supervision entschieden wir uns schließlich, den Kollegen als Leiter anzuerkennen. Seine Aufgaben definierten wir als organisatorischer Art. Diese Vereinbarung ist für mich nicht ohne Widersprüche: Einerseits bedeutet sie für mich die Entlastung von zum Teil organisatorischer Mehrarbeit, so daß ich Freiräume für inhaltliche Arbeiten habe. Andererseits möchte ich noch genauer herausfinden, ob ich mit dieser Entscheidung nicht den Gedanken, selber Leiterposition zu übernehmen, vorschnell ausgeklammert habe.

### **3.5 Sich über die Beziehungsebene hinausarbeiten: neue Fragestellungen und Aufgaben, ein verändertes Verhältnis zu den eigenen Klienten**

Ich hatten den Eindruck, daß mit dieser Analyse meine Anfängersituation zu Ende war. Ich hatte den Konflikt mit dem Kollegen durchgestanden. Damit war ich ein Stück aus meiner Anpassung herausgekommen. Erst heute ist mir klar, wie wichtig es mir anfangs war, von den Kollegen anerkannt und gemocht zu werden, wie sehr ich meinen Arbeitsplatz davon abhängig glaubte, und wie stark ich mich deshalb anpaßte. Durch die Austragung des Konflikts und die bewußte Durcharbeitung der Situation habe ich wieder mehr zu meinen Interessen, zu meinem Standort gefunden und mir

eine Orientierung für weitere Konflikte erarbeitet.

In dem Maße, wie mir deutlich wurde, daß die tatsächlichen Abhängigkeiten nicht in dem Verhältnis zu den Kollegen begründet sind, gelang es mir, meine Verhaftetheit auf der sozialen Beziehungsebene zu überwinden. Dadurch erweiterte sich mein Gesichtsfeld, und ich begann mich mehr mit folgenden Fragen zu beschäftigen: Wie sind die Strukturen im psychosozialen Bereich? Wer sind die Finanzträger? Welche Tendenzen zeichnen sich im psychosozialen Bereich ab? Wo kann ich meinen Beitrag leisten, damit sich im psychosozialen Bereich etwas bewegt?

Schon seit 1985 arbeitete ich im Vorstand der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit. Wir hatten damals im Team beschlossen, daß wir uns durch die Mitarbeit in der PSAG im Stadtteil verankern wollten. Nachdem ich aus meinem Gefangensein in den Beziehungskonflikten in der Beratungsstelle herausgekommen war, gewann die Arbeit in diesem Gremium für mich zunehmend an Bedeutung. Zur Zeit arbeiten wir im Vorstand der PSAG an folgenden Problemen: Wie können wir eine wirkungsvolle, effektive Basisarbeit auf die Beine stellen? Wie können wir uns artikulieren, um politisch gehört zu werden? Mit dem immer wieder Herstellen der Zusammenhänge hat sich auch mein Verhältnis zu den Klienten verändert. Ich fühle mich in der Arbeit gelassener und kompetenter. Ich komme nicht bei jedem sogenannten Rückfall ins Zittern, weil ich ihn als mein Versagen deute.

### **3.6 Schlußfolgerungen**

Im Gegensatz zu den schon gegebenen Institutionen unseres ersten Beispiels wird das Verwiesensein auf die eigene Privatinitiative oft unmittelbar als Freiheit erlebt. Daß sich darin eine illusionäre Hoffnung verbirgt, von den gesellschaftlich-institutionellen Widersprüchen loszukommen, wurde in unserem zweiten Beispiel konkretisiert. Diese Privatheit fördert, daß man sich in Konflikten fügt, weil die eigene Praxis unabgesichert ist und zudem meistens unter noch schlechteren Bedingungen stattfindet als die schon etablierte institutionalisierte Praxis. Man gerät deswegen leicht in die Defensive und Abhängigkeit gegenüber Verhältnissen, die objektiv das Gegenteil verlangen. Ein problematischer und nie endgültig einlösbarer "privater Frieden" gegenüber den unabgesicherten und schlechten Bedingungen und daraus entstandenen Konflikten mag angestrebt werden. Eine

methodisierte Beschäftigung ausschließlich mit den Klienten mag sich zum finanziellen wie psychischen Überleben einstellen.

Unser Beispiel hat ferner verdeutlicht, daß die Bedeutungen und Möglichkeiten eigener Arbeit sich erst klären und ergeben, indem man sich in die widersprüchlichen, sich wandelnden institutionellen Arbeitszusammenhänge einarbeitet. Daraus erhalten die individuellen Handlungen ihre objektive Bedeutung als Glieder eines Handlungszusammenhangs. "Einarbeiten" ist also buchstäblich zu verstehen. In diesem Falle ist es zudem verknüpft mit dem Aufbau einer Einrichtung, der Funktionen, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten individueller Berufstätigkeit. Sie stehen entgegen verbreiteter Vorurteile oft nicht fest, sondern müssen von den Praktikern (mit) geschaffen werden. Dazu ist eine Institutionsanalyse und eine Analyse von deren gesellschaftlichen Funktionszusammenhängen erst recht erforderlich.

Unser Beispiel veranschaulicht außerdem, daß die Räume und Formen therapeutischer Berufstätigkeit in einen unabschließbaren und bei unseren Verhältnissen zutiefst widersprüchlichen Veränderungsprozeß mit bestimmten Entwicklungstendenzen einbezogen sind. Wir können nicht einfach erwarten, daß wir in dieser Gesellschaft in unserem Beruf über die daraus stammenden Widersprüchlichkeiten hinauskommen und in dem Sinne "endgültige" Lösungen solcher Probleme realisieren können. Jedoch stellen sich die Widersprüche, Probleme und Möglichkeiten unterschiedlich je nach Art institutioneller Bedingungen, und sie betreffen und belasten uns unterschiedlich. Das soll in einem dritten bezüglich Belastungen, Bewältigungsformen und Veränderungsmöglichkeiten unterschiedlichen Handlungsraum verdeutlicht werden.

#### **4. Im Zentrum: Entwicklung psychologischer Berufstätigkeit als individuelle Aufgabe**

In diesem Beitrag geht es um die Geschichte und Entwicklung der Psychologenarbeit in finnischen Gesundheitszentren (GZ). Der Grund, dieses Stück Institutionsanalyse zu machen, war meine frühere Frustration und Krise im Beruf. Zeitweise wußte ich nicht, was ich im GZ als Psychologin überhaupt tun soll. Ich habe dann aus lauter Verzweiflung ein Jahr ausgesetzt als Bildungsurlaub in West-Berlin und habe "nachgedacht".

#### **4.1 Zur Institution Gesundheitszentrum**

1972 wurde in Finnland ein kommunales, das ganze Land deckendes Gesundheitszentrum errichtet. Vorausgegangen waren 10 Jahre öffentlicher sozial- und gesundheitspolitischer Diskussion. Probleme der 60er Jahre waren u.a., daß das Krankenhaussystem gut entwickelt war, die primäre Gesundheitsversorgung aber miserabel; die Kosten der Gesundheitsversorgung stiegen, die Wirksamkeit sank; die Gesundheitsdienste in verschiedenen Regionen waren sehr ungleich; die relative Anzahl von Ärzten war die niedrigste in Europa, Albanien und Türkei ausgenommen.

GZ finnischer Prägung ist nicht ein 'Ort'. Es ist die ganze Organisation, die alle öffentlichen primären Gesundheitsdienste in einer Kommune umfaßt. Z.B. in meiner Stadt mit 60.000 Einwohnern besteht das GZ aus zwei Allgemeinkrankenhäusern, zwei Ärztestationen mit 20 Ärzten, zwei Arbeitsgesundheitsstationen, 10 Beratungsstellen für Schwangere und Kleinkinder, Hauskrankenpflege etc., insgesamt 600 Beschäftigte. Alle Beschäftigten, auch Ärzte, sind kommunale Beamte. Die oberste Bestimmungsgewalt auf der lokalen Ebene hat der kommunale Gesundheitsausschuß; die landesweiten Richtlinien werden von der Medizinalzentralverwaltung bestimmt.

Eine Besonderheit in Finnland ist wohl, daß die Richtlinien und Pläne der WHO ernst genommen und mehr oder weniger realisiert werden. Im WHO-Programm "Gesundheit für alle bis 2000" ist Finnland ein "pioneer country". Kurz gesagt ist m.E. die primäre Gesundheitsversorgung vergleichsweise günstig organisiert. Die Strukturen sind nicht so privatwirtschaftlich wie in der BRD. Damit ist das Glück aber noch nicht garantiert, z.B. sind im GZ organisatorische Strukturen der berufsübergreifenden Kooperation geschaffen worden, aber die Realisierung dieser Möglichkeiten wird reguliert und behindert durch widersprüchliche berufsständische Partialinteressen.

#### **4.2 Wie kamen Psychologen ins Gesundheitszentrum?**

1973 kamen die ersten Psychologen in die GZ. Das bedeutete u.a., daß die entferntesten dünnbesiedelten Kommunen in Lappland (mit z.B. 5000 Einwohnern) ihren ersten Psychologen bekommen haben; vorher war der nächste Psychologe vielleicht 300 km entfernt in der nächsten Stadt gewesen.

Wie wurde es möglich, Psychologenstellen in GZ's zu schaffen? Im neuen

System der primären Gesundheitsversorgung war das Feld offen, Raum für neue Projekte da. Ideen wurden auch schnell umgesetzt, sogar so, daß es heute unmöglich ist, den Prozeß genau zu rekonstruieren, der zur Errichtung der Psychologenstellen führte. Dokumente fehlen, keiner kann sich so recht erinnern. Die Schaffung der Psychologenstellen wurde beflügelt von den allgemeinen Demokratisierungsbestrebungen der 60-70er Jahre, z.B. von der Idee der 'Demokratisierung des Wissens'. Die Wissenschaft sollte aus ihren Elfenbeintürmen rausgeholt werden - auch die Psychologie, damit die Leute ihr Leben und ihre Probleme bewußt bewältigen könnten. Diese Demokratisierungsforderungen haben mitbewirkt, daß Psychologen sich in den 70er Jahren sehr ausgebreitet haben in der Praxis, in den öffentlichen Institutionen im Sozial-, Gesundheits-, Schulbereich, Arbeitsamt usw. In den Universitäten blieb die Psychologenrepräsentanz dagegen knapp. Das sind Hintergründe der heutigen Konstellation, ihrer Möglichkeiten und Behinderungen. Der Anteil von Psychologen in den öffentlichen Institutionen ist wohl ziemlich einmalig in der Welt; die Universitäten haben aber so gut wie keine Ressourcen zur Erforschung der Psychologenpraxis.

Eine Idee in den Diskussionen in der Zentralverwaltung vor der Einrichtung von Psychologenstellen war, daß die Psychologen in der medizinisch orientierten Institution Brüche in die gewohnten Muster des naturwissenschaftlichen Denkens bringen könnten. Die kühne Idee war quasi, einen Psychologen "mit in die Suppe zu werfen" und zusehen, was dann passiert. Genauere Pläne über diesbezügliche Handlungsweisen wurden damals noch nicht entworfen. Prävention in der primären Gesundheitsversorgung war auch eine Grundlage beim Planen der Psychologentätigkeit. Psychologienarbeit sollte hier nicht Therapie sein; neue Wege der psychologischen Praxis wurden gesucht. Psychologisches Wissen sollte für alle erreichbar werden. Das Vertrauen in die Bedeutung und die Vermittelbarkeit des Wissens war stark.

Genauere Pläne über die Praxis der GZ-Psychologen machten die Psychologengewerkschaft, ein psychologisches Uni-Institut und ein einflußreicher Kinderschutzbund. In diesen Plänen wurde die Tätigkeit im Schwangeren- und Kleinkindsektor des Gesundheitszentrums betont. Der Gedanke war, das zu vermittelnde Wissen soll sich auf möglichst frühe Lebensphasen richten, dann ist die Wirkung um so präventiver.

### 4.3 Unbestimmte Aufgabe und Suche nach Begriffen

Objektive Möglichkeiten waren nun geschaffen. Wo nun Begriffe finden, um die psychologische Arbeit zu gestalten?

Als begriffliche Basis zum 'Anlauf' der GZ-Psychologen diente der Begriff 'mental health work'. Die Psychologen sollten als Spezialisten von 'mental health work' innerhalb des GZ's eingesetzt werden. Zudem wäre das Spezialgebiet der GZ-Psychologen innerhalb der Ganzheit 'mental health work' die Prävention, analog zur präventiven Orientierung der Institution GZ. D.h. die 'Ganzheit', innerhalb derer die GZ-Psychologen sich bewegen sollten, war **nicht** der Gesamtarbeitsprozeß der Institution, in die sie hineingingen. Der lokale Träger des höchsten Expertenwissens des 'mental health work' war das 'mental health office'. War nun ein GZ-Psychologe ein ferngesteuertes Teilchen des 'mental health office' im GZ? Alle redeten von 'preventive mental health work'; keiner wußte recht, was das sein könnte.

In dieser Not ahmten die GZ-Psychologen die Arbeitsformen der präventiven Arbeit in der somatischen Gesundheitsversorgung nach. Z.B. reisten wir nach dem Muster der Gesundheitserziehung übers Land bzw. durch die eigene Kommune, hielten vor wechselndem Publikum Aufklärungsreden über Erziehung, über Lebensphasen und Lebenskrisen. Heute heißt es selbstironisch: "die Ära des Reisepredigertums". Nach dem Muster der Reihenuntersuchungen führten wir psychologische Altersklassenuntersuchungen, z.B. für alle 5-Jährigen, durch.

Die Idee war ja, gutes Wissen unters Volk zu tragen. Im Laufe der Arbeit schien aber auch die Kehrseite durch, machte sich zuerst bemerkbar als Gefühl schlechten Gewissens bei vielen von uns: Waren wir dabei, Ideologien über ein "durchschnittliches gutes Leben und Verhalten" zu verbreiten? Waren wir dabei, Alltagsleben, Kindererziehung usw. zu normieren, d.h. lieferten wir etwa einen Beitrag zur 'Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung' o.ä.? Trotz aller Anstrengungen schien die Wirksamkeit solcher Arbeitsformen so oder so mager. Die "Objekte" sind auch nicht immer begeistert, wittern Kontrolle - Psychologenkrisen breiteten sich aus.

Jedenfalls steht trotzdem fest, daß die GZ-Psychologen mit Hilfe der Idee von 'preventive mental health work' sich bis heute schon einigermaßen als Mitarbeiter der eigenen Institution GZ etabliert haben. Im Sektor Schwangeren- und Kleinkindberatung, der vor allem von Gesundheitsberate-

rinnen getragen wird, sind Psychologen sogar gut integriert. Das Reiten auf der Präventionsidee hat uns die Tür zu diesem Sektor eröffnet. Da befaßt man sich ja mit den Frühphasen menschlicher Entwicklung (= Feld für Prävention) und die Beraterinnen haben sich schon immer mit der Psyche der Klienten befaßt. Andererseits hat uns die Prävention die Tür zur Kooperation mit den Ärzten zugemacht. Sie befassen sich ja hauptsächlich mit Schon-Leidenden und können sich schwer vorstellen, was sie mit einem Präventionspsychologen gemeinsam hätten.

Der Begriff 'preventive mental health work' scheint seine Schuldigkeit getan zu haben. Er hat uns Freiräume geschaffen, andere Formen der Psychologienarbeit zu entwickeln als die traditionell in der Gesundheitsversorgung von Psychologen erwartete direkte Klientenarbeit. Jetzt können wir es uns vielleicht leisten, den eigenen Standort im GZ neu zu definieren. Bei einem Fortbildungsseminar, wo Erfahrungen von 17 Psychologen aus unterschiedlichen GZ besprochen wurden, kamen wir zu Vermutungen darüber, welche allgemeineren Entwicklungsrichtungen es heute gibt:

- Die institutionsinterne Arbeit mit verschiedenen Berufsgruppen des GZ nimmt zu. Der Weg geht üblicherweise "von außen nach innen". Wenn man zuerst in anderen Institutionen als Supervisor, Berater, Fortbilder aufgetreten ist, wird man in der eigenen auch gefragt. Die Hürden in der somatischen Gesundheitsversorgung sind eben höher.

- Es bahnen sich Möglichkeiten an, auch mit Ärzten zusammenzuarbeiten. Bisher standen die Psychologen - zwangsläufig - mehr auf Seiten der "Pflege". Der Medizin-Pflege-Streit der letzten Jahre, bei dem die Pflege selbständigere Positionen errungen und an den starren Hierarchien gerüttelt hat, hat vielleicht auf lange Sicht bessere Kooperationsmöglichkeiten geschaffen. Heute gibt es vielerorts nach den harten administrativen Kämpfen bitteren Nachgeschmack zwischen den Ärzten und den Schwestern bzw. Gesundheitsberaterinnen. Ein Psychologe ist neutral, wird im Prinzip von beiden Seiten akzeptiert (auch wenn ignoriert), könnte auf lange Sicht vielleicht neue Teamarbeitsformen initiieren.

- Der Sektor Arbeitsgesundheitsversorgung ist eine Richtung, in die sich die Psychologen langsam bewegen. "Psychischer Arbeitsschutz" ist ein öffentliches Diskussionsthema, die Mitarbeiter der Arbeitsgesundheitsversorgung "wollen etwas" von Psychologen, auch wenn konkrete Arbeitsformen erst einmal vielleicht schwer zu entwickeln sind.

Das zentrale Thema von uns wäre dann nicht mehr, wie man 'preventive mental health work' entwickelt, sondern: wie man bestehende GZ-Systeme mit-weiterentwickeln kann.

#### **4.4 Die eigene Position im Entwicklungsprozeß bestimmen und verändern**

Ich hatte wie erwähnt, aus lauter Frustration ein Jahr ausgesetzt, anfangs mit dem vagen Gedanken, nicht mehr ins GZ zurückgehen zu müssen. Nach jenem Jahr konnte ich zum ersten Mal sagen, daß ich eine GZ-Psychologin sein will. Ich habe die Stelle gewechselt: meine dritte GZ-Stelle; die erste, die ich 'mit Gefühl' haben wollte. Ich habe den Standort eines GZ-Psychologen anders gesehen als früher, vor allem weil ich einen neuen 'geschichtlichen und internationalen Blick' hatte, z.B. durch Lektüre der Geschichte der Medizin und der Gesundheitsversorgung sowie durch Vergleich unseres Gesundheitsversorgungssystems und der Bedingungen von Psychologendarbeit mit dem bundesdeutschen System. Kurz: Ich habe die Arbeit der GZ-Psychologen als "eine Möglichkeit, die erst teilweise realisiert ist" gesehen, als eine international gesehen wohl ziemlich einzigartige Möglichkeit, die aber erst in den Anfängen ihrer Entwicklung steht.

Ich werde jetzt auf ein Beispiel über mein verändertes/veränderndes Handeln näher eingehen, das zugleich veranschaulicht, wie Schreiben das Handeln leiten kann:

Im letzten Jahr habe ich einen kleinen Artikel für das regionale Psychologengewerkschafts"blättchen" geschrieben zu einigen Hintergründen der Praxisprobleme der GZ-Psychologen. Es war ein schnell geschriebenes Stück über Sachen, die ich bis dahin "schon wußte":

- über die 'strukturelle' Tendenz zur Ausgrenzung der Psychologen in der somatischen primären Gesundheitsversorgung;
- über die Tendenz unter Psychologen, zunehmend Therapie als 'richtige und bessere' Psychologendarbeit zu bewerten;
- über die Schwierigkeit, wissenschaftliche 'Arbeitsmittel' zu finden;
- darüber, daß zur Zeit nur die GZ-Psychologen selber, und meistens jeder für sich, die Arbeit planen; die Aufgaben, Kooperationsbezüge, Kompetenzen sind nicht definiert; jeder muß sie selber definieren, individuell und damit zufällig;
- darüber, daß Wissen und Information unter GZ-Psychologen weder

kumuliert noch weitervermittelt wird, außer mündlich unter den nächsten 5-10 Kollegen; jeder muß für sich das Schießpulver neu erfinden, immer wieder;

- auch darüber, daß die Mystik des individuellen Zurechtkommens ("alles hängt von einem selber ab") die Entwicklung unserer Arbeit hemmt: wir kommen zurecht, oder beschuldigen uns selbst, d.h. nehmen die Lage der Dinge hin.

- Zum Schluß des Artikels habe ich vier Forderungen aufgestellt darüber, was wir brauchen, damit die Arbeit überhaupt weiterentwickelt werden kann: 1) Forschung, 2) kollektivere Planung, 3) Fortbildung mit dem Leitthema "Psychologie in der primären Gesundheitsversorgung" statt mit dem alten Thema "Prävention", 4) ein System zur Informationsvermittlung.

Der Artikel hat erst einmal nicht allzuviel Diskussion gebracht. Für mich war er enorm wichtig. Da habe ich es vor meinen Augen gesehen. So ist die unmögliche Lage. Das nehme ich nicht mehr hin! Da stand nun: ich kann mich in meiner Arbeit nur weiterentwickeln, wenn Entwicklungsvoraussetzungen für die ganze Berufsgruppe geschaffen werden. Ich habe begriffen, daß sozusagen ich das Subjekt dieser Geschichte bin - zusammen mit den 250 anderen GZ-Psychologen des Landes. Diese Einsicht, "Lösungen" finde ich nirgends in der ganzen Welt, war für mich ungeheuer ermutigend.

Ich habe den Artikel auf meinem Schreibtisch behalten, um in der alltäglichen Arbeit, bei der sich die Perspektive immer wieder auf eine Woche beschränkt, die Langfristigkeit nicht zu vergessen. Dann habe ich, um bei den Forderungen 2) und 4) weiterzukommen, eine alte Idee der GZ-Psychologen wieder aufgenommen: die Idee von einem Infoblatt, die bisher immer wieder eingeschlafen war, weil irgendwie keiner dafür "zuständig" war. Es hat ein Jahr gedauert, jetzt haben wir unser Infoblatt. Es wird an alle GZ-Psychologen des Landes von der Medizinalzentralverwaltung verteilt. Die Redaktion wird von regionalen GZ-Psychologengruppen gemacht. Den Inhalt liefern wir selber. Zweck des Blattes ist 'Entwicklung der Arbeit'. Voraussetzung zur Weiterentwicklung der Arbeit ist "Reden und Schreiben über Praxis". Jetzt haben wir eine Voraussetzung zum Schreiben über Praxis geschaffen. Das könnte stückchenweise Überwindung der Sprachlosigkeit sein. Es war viel Hartnäckigkeit nötig und immer-wieder-Leute-anrufen, um die absolute Notwendigkeit eines solchen Blattes zu begründen. Als unsere Idee

in den langwierigen bürokratischen Entscheidungsprozessen der Zentralverwaltung zu ertrinken drohte, waren wir - die regionale GZ-Psychologengruppe - der Verzweiflung nahe, haben aber stattdessen einen Plan gemacht, wie wir schlimmstenfalls das Blatt auch als "Untergrundblatt" betreiben und übers Land verteilen könnten.

Ein zweites Stück Hartnäckigkeit, durch den Artikel angespornt, war die Einmischung in die eigenen Fortbildungsangelegenheiten, um bei Forderungen 3) und 2) weiterzukommen. Die ungefähr einzige 'Gemeinsamkeitsstruktur', die zu der Zeit für GZ-Psychologen existierte, war eine einjährige Fortbildung, organisiert von der Medizinalzentralverwaltung und von einer Universität. Sie war auch der einzige 'Ort' außerhalb der regionalen Gruppen, wo einigermaßen übergreifendere und kollektive Planung der Arbeit stattfand. Ich hatte vor, diese Fortbildung zu machen, konnte mich aber nicht mehr darauf verlassen, daß die Planungsgruppe der Fortbildung es schon richtig macht bzw. weiß, was wir brauchen. Ein Kollege aus unserer regionalen Gruppe war auch mit der Fortbildungssituation offen verzweifelt, und so fingen wir an, die Leute aus der Planungsgruppe immer wieder anzurufen und von uns gemeinsam erarbeitete Vorschläge einzubringen. Das war auch eine Sache von Ausdauer und Widerstände aushalten; alleine könnte ich so was nicht aufrechterhalten.

Nach langem hin und her haben wir es durchsetzen können, daß die Fortbildung nun nicht mehr explizit unter dem Leitthema "preventive mental health work" steht, sondern unter dem Thema "Psychologearbeit in der primären Gesundheitsversorgung". Die sinkende Teilnehmerzahl der Fortbildung hing unserer Einschätzung nach damit zusammen, daß viele von uns des Prävention-Begriffes müde geworden sind und etwas anderes suchen, v. a. entweder Therapieausbildungen oder Themen wie Institutionsanalyse und Entwicklung der Teamarbeit. Jedenfalls sehe ich jetzt diese Fortbildung nicht als ein Angebot unter vielen, als eine Fortbildung, die man einmal durchmacht und für sich bewertet, sondern als einen Ort zur fortlaufenden Entwicklung der Arbeit der ganzen Berufsgruppe, mit Öffentlichkeitscharakter der Diskussionsergebnisse der jeweiligen "Fortzubildenden" in dem Info-Blatt.

In meiner Arbeit innerhalb des GZ bewege ich mich inmitten der Geschichte und Zukunft der GZ-Psychologen:

A) Schwangeren- und Kleinkindbereich nicht mehr als Zentrum der Psychologentätigkeit: Bei meiner neuen Stelle habe ich als erstes mit der

Selbstverständlichkeit gebrochen, daß ein Psychologe hauptsächlich im Schwangeren- und Kleinkindbereich arbeitet. In vergleichbaren GZ's gibt es mindestens zwei Psychologen, in unserem nur einen. Ich mußte für mich entscheiden und für andere begründen, ob ich die gut eingefahrene Arbeit meiner Vorgängerin fortsetze in dem Bereich, in dem ich auch selbst 'erfahren' war, oder einen Sprung ins Leere mache und versuche, in den für Psychologen ziemlich neuen Bereichen der Arbeitsgesundheitsversorgung mehr Fuß zu fassen. Dieser Prozeß ist nicht ohne Schmerzen verlaufen. Die Mitarbeiterinnen im Schwangeren- und Kleinkindbereich waren sauer auf mich persönlich, und ich hatte Schwierigkeiten, für mich Arbeitsinhalte zu finden. Ich war ein halbes Jahr lang ziemlich sprachlos, konnte nichts schreiben, war öfter verzweifelt - hatte ich mir doch selber den Boden unter den Füßen weggezogen.

B) Auf dem Weg in die Arbeitsgesundheitsversorgung: Das ist nochmals ein langer Prozeß. Die Mitarbeiter wollten mich zwar von Anfang an haben, wußten aber nicht, wozu, und ich konnte auch nichts Fertigverpacktes anbieten. Inzwischen gehe ich öfter mit zu Arbeitsstellenbesichtigungen, bei denen die gesundheitlichen Bedingungen überprüft werden, oder zu Besprechungen an Arbeitsstellen, wo Leute dauernd krank werden aus Streß und sich zudem gegenseitig zerfleischen, und wo die Mitarbeiter der Arbeitsgesundheitsversorgung zwischen den Interessen der Beschäftigten und der Leitung balancieren müssen; oder ich rede bei Fortbildungsveranstaltungen der städtischen Beschäftigten über "psychischen Arbeitsschutz". Der Bedarf, Artikulationen für psychische Arbeitsprobleme zu finden, scheint groß zu sein sowohl bei den Mitarbeitern der Arbeitsgesundheitsversorgung als auch bei verschiedenen Berufsgruppen, z.B. Hauspflegerinnen des Sozialamts und städtischen Putzfrauen. Mein Lieblingsthema ist heutzutage "von der Arbeit erschöpfte Frauen" oder "Geschichte und Bewältigungsformen der Frauenarbeit".

C) Unterstützerin beim Artikulieren der Handlungsprobleme von Arbeitsteams: In internen Supervisionsgruppen, z.Zt. mit Gesundheitsberaterinnen der Arbeitsgesundheitsversorgung und mit Krankengymnastinnen, kommen regelmäßig und spontan schon bei der ersten Sitzung Probleme der Koordination, der Arbeitsteilung, der Informationsvermittlung auf den Tisch, d.h. Probleme der Partialisierung und Hierarchisierung der Arbeitsprozesse des Gesundheitszentrums. Supervision kann als eine Insel zur Reflexion der Arbeit im GZ dienen, andererseits als eine Behinderung von anderen Re-

flexionsformen funktionieren. Mir wäre es lieber gewesen, mich z.B. mit Arzt-Gesundheitsberaterinnen-Teams der Arbeitsgesundheitsversorgung zu Besprechungen zu treffen. "Supervisionsmöglichkeiten für alle im Gesundheits- und Sozialbereich bis 1990" ist bei uns der letzte Schrei. Das ist günstig für Psychologen, um mit anderen Berufsgruppen der Institution ins kontinuierliche Gespräch zu kommen, ungünstig aber, weil wegen traditioneller Hierarchien die Ärzte einen Psychologen als "Supervisor" selten akzeptieren. Die Psychologen bleiben damit auf der Seite der Pflege.

D) "Von außen nach innen": Typischerweise funktioniert eine, wie ich schätze, zukunftssträchtige Arbeitsweise leichter außerhalb der eigenen Institution, z.B. in einem "Arbeitsentwicklungskreis" eines Altersheims. Da steckte die Leitungsgruppe in einer Krise vor neuen Arbeitsanforderungen und mit internen unterschwelligem Konflikten und war auf die Idee gekommen, eine Psychologin zur Unterstützung zu holen. Rege Diskussionen waren die Folge, und es geht hoffentlich weiter mit Diskussionen mit dem Personal. Ich bin zwar voller Schrecken, ob ich hier vielleicht unbemerkt als weiches Gleitmittel für Sparmaßnahmen fungiere. Der Überblick fehlt mir noch. Ich hoffe aber, langsam solche berufsübergreifenden Sachen statt "Supervision" auch in der eigenen Institution machen zu können.

#### **4.5 Schlußfolgerungen**

Erneut wurde, entgegen verbreiteter Vorstellungen verdeutlicht, daß die konkreten Aufgaben von Psychologen nicht nur nicht festliegen, sondern oft eher unbestimmt sind. Nur ganz grobe Rahmenbedingungen und -vorstellungen waren in diesem Fall gegeben. Wenn solche Praxisprobleme dann nicht zum Gegenstand systematisierter Verarbeitung im Sinne von Forschung gemacht werden, wird die konkrete berufliche Unbestimmtheit zunächst eine subjektive Belastung. Die individuellen Praktiker müssen eine funktionale, ihrer drohenden Individualisierung überschreitende Bewältigungsstrategie dagegen finden.

In solchen Problemen spiegelt sich die Planlosigkeit des Gesundheitsbereichs in unserer Gesellschaft wider. Diese überläßt in überraschendem Maße den Berufspraktikern selber die Planung ihrer Arbeit. Es bleibt in außergewöhnlichem Umfang die Aufgabe der Berufspraktiker des Bereichs, die eigene Arbeit zu bestimmen und zu entwickeln. Tun sie das nicht, tut es, grob

gesagt, keiner.

Beim Versuch, solche Möglichkeiten und Anforderungen zu realisieren, stehen die Berufspraktiker vor dem Widerspruch zwischen einerseits relativ unbeweglichen institutionellen Strukturen, worauf sie am Ausgangspunkt nur einen sehr beschränkten Einfluß haben, und andererseits der Planlosigkeit der Praxis, der Unbestimmtheit ihrer beruflichen Funktionen und Positionen darin und den faktischen Entwicklungsaufgaben ihrer Berufspraxis.

In Verlängerung von solchen Fragen stellt sich die Aufgabe, die widersprüchlichen Entwicklungstendenzen institutioneller Bedingungsstrukturen therapeutischer Praxis genauer zu bestimmen. Es stellt sich auch die Aufgabe, die Verbindungen zwischen den sich verändernden institutionellen Bedingungsstrukturen und den Handlungs- und Denkformen therapeutischer Praxis näher zu untersuchen.