



WEGLAUFHAUS
INITIATIVE
RUHRGEBIET



Inhalt

1 Überblick über die Konzeption für ein Weglaufhaus im Ruhrgebiet	2
2 Träger	3
3 BewohnerInnen.....	3
3.1 Aufnahmevoraussetzungen.....	3
3.2 Aufnahmeverfahren.....	3
3.3 Dauer des Aufenthaltes.....	3
4 MitarbeiterInnen.....	4
4.1 Einstellung	4
4.2 Arbeitszeit	5
4.3 Zahl der benötigten MitarbeiterInnen.....	5
4.4 MitarbeiterInnen - Versammlung	5
5 Zum Umgang mit Ver-rücktheit und Psychiatrieerfahrung.....	6
6 Weglaufhaus statt Neuroleptika	9
6.1 Die im Weglaufhaus angestrebte Praxis	9
6.2 Die übliche Praxis	9
7 Im Weglaufhaus	10
7.1 Der Alltag im Weglaufhaus.....	10
7.2 Fragen, die während des Aufenthaltes im Weglaufhaus zu klären sind	11
8 Zur Frage der Gewalt im Weglaufhaus	12
9 Versammlungen im Weglaufhaus	12
10 Das ideale Haus	12
11 „Ambulantes“ Weglaufen.....	12
12 Finanzielles	13
12.1 Laufende Kosten	13
12.2 Finanzierung	14
12.3 Wie kostengünstig ist das Weglaufhaus im Vergleich zur Psychiatrie?	14
13 Die Berliner Erfahrungen	14
14 Was unterscheidet uns von der Psychiatrie?.....	15
15 Kooperation mit bestehenden psychiatrischen Einrichtungen.....	16

Dieses Konzept wird gegen Einzahlung von 5,- DM auf Konto 55 37 35-434 bei der Postbank Essen, BLZ 360 100 43, **Inhaberin Weglaufhaus Initiative Ruhrgebiet**, zugesandt. Bitte die eigene Anschrift in der Rubrik Verwendungszweck angeben.

Copyright: **Weglaufhaus Initiative Ruhrgebiet**
Bild & Logo: Annette Kunst

1 Überblick über die Konzeption für ein Weglaufhaus im Ruhrgebiet

Die Gesellschaft tut sich schwer mit Menschen, die aus dem Raster der „Normalität“ fallen. Viele landen in psychiatrischen Kliniken. Leider hat sich dort in den letzten 20 Jahren trotz umfangreicher Reformbemühungen nichts Grundlegendes verändert. Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka sowie fehlende Aufklärung über die Risiken der psychiatrischen Behandlung und die Rechte der PatientInnen gehören weiterhin zur Tagesordnung.

Die Fragwürdigkeit der psychiatrischen Behandlung zeigt sich unter anderem in Folgendem: Während der Akutbehandlung in der Psychiatrie (bei PatientInnen, die in der Regel keine organischen Befunde aufweisen) ist die Todesrate gegenüber der Normalbevölkerung auf das 5-fache erhöht¹; die Selbsttötungsrate innerhalb eines halben Jahres nach Anstaltsaufenthalt mit Neuroleptikabehandlung sogar bis auf das 100-fache².

Das Weglaufhaus bietet Menschen, die die Behandlungsmethoden der Psychiatrie ablehnen und Schutz vor psychiatrischer Gewalt suchen, in psychischen Krisensituationen eine Alternative. Es ist eine Zuflucht für Menschen, die aus Psychiatrien oder Heimen weglaufen oder die von vornherein eine Alternative zur Psychiatrie suchen. Es wird sich von der Psychiatrie vor allem in folgenden Punkten unterscheiden:

- **Intensive persönliche Begleitung**
Menschliche Zuwendung ist bei der Bewältigung von persönlichen Krisen hilfreicher als die Einnahme von Drogen.
- **Verzicht auf psychiatrische Krankheitsbegriffe**
Diese erweisen sich oft als negative, sich selbst erfüllende Prophezeiungen.
- **Weitgehender Verzicht auf Psychopharmaka**
Abgesehen von ihrer Schädlichkeit verleiten sie Menschen dazu, Probleme nicht zu lösen, sondern zu betäuben.
- **Verzicht auf Zwangsbehandlung**
Wir setzen auf Freiwilligkeit, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.
- **Zusammenarbeit mit geeigneten Personen und Institutionen**

Das Weglaufhaus versteht sich als geschützter Lebensraum für eine bestimmte Zeit, der von den BewohnerInnen genutzt wird, Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben außerhalb des psychiatrischen Systems zu entwickeln.

Dort finden sie zunächst einmal Ruhe und können die aktuelle Lebenssituation überdenken. Die BewohnerInnen können mit den MitarbeiterInnen ihres Vertrauens psychische, soziale, finanzielle, juristische, berufliche und gesundheitliche Schwierigkeiten besprechen und deren schrittweise Lösung planen und umsetzen.

Im Weglaufhaus werden außergewöhnliche Verhaltensweisen und Wahrnehmungen als sinnvolle Reaktion auf belastende Lebensumstände verstanden. Es versteht sich von selbst, daß es keine allgemeine "Gebrauchsanweisung" für den Umgang mit Menschen gibt.

Wie etliche Untersuchungen belegen, verlieren persönliche Krisen in einer Umgebung ohne Psycho-Drogen und Zwangsbehandlung ihre Dramatik. In einer solchen Atmosphäre sind die mittel- und langfristigen Prognosen für Betroffene wesentlich besser als nach einem Aufenthalt in der Psychiatrie.

2 Träger

Träger wird der Verein "Weglaufhaus Initiative Ruhrgebiet e.V." (WIR).
Er orientiert sich in seiner Struktur am Berliner "Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.", der am 1.1.96 das erste Weglaufhaus in Deutschland eröffnete.

3 BewohnerInnen

3.1 Aufnahmevoraussetzungen

Im Weglaufhaus können bis zu 14 Menschen wohnen. Aufnahme können nur Menschen finden, die aus eigenem Entschluß aus der Psychiatrie oder aus Heimen weglaufen oder sich vor psychiatrischen Einrichtungen schützen wollen. Die Hälfte der Plätze soll für Frauen freigehalten werden. Es wird angestrebt, besonders solche Menschen aufzunehmen, die noch keine oder erst einmalige Erfahrung mit der Psychiatrie haben. Nicht aufgenommen wird, wer, abgesehen vom stufenweisen Entzug, psychiatrische Psychopharmaka einnehmen will oder wer akut von Alkohol oder illegalen Drogen abhängig ist.

3.2 Aufnahmeverfahren

Vorläufige Aufnahme

Wer im Weglaufhaus leben möchte, wird von den anwesenden MitarbeiterInnen vorläufig aufgenommen. Folgende Fragen werden in einem Erstgespräch bzw. während der zweiwöchigen Probezeit geklärt:

- Reichen die Angebote und Möglichkeiten des Weglaufhauses aus und werden sie den Problemen und Bedürfnissen der Betroffenen gerecht?
- Besteht der Wunsch, Psychopharmaka abzusetzen? (Aufklärung über Verfahren und mögliche Entzugssymptome)³
- Besteht die Bereitschaft, die Grundregeln des Zusammenlebens im Weglaufhaus zu akzeptieren?
- Wurde der oder die Weggelaufene zwangseingewiesen? Besteht ein "Betreuungs"verhältnis (früher: Vormundschaft oder Pflegschaft)?
- Ist der/die Weggelaufene aus eigener Motivation gekommen?
- Besteht die Bereitschaft, das Leben auf Dauer eigenverantwortlich zu gestalten?

Endgültige Aufnahme

Die endgültige Aufnahme wird von einem zweiwöchigen Probewohnen abhängig gemacht. Innerhalb von 2 bis 3 Wochen entscheidet die Hausversammlung (stimmberechtigt sind alle MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, die nicht mehr in der Probezeit sind) über die endgültige Aufnahme. Hier können von seiten der BewohnerInnen oder MitarbeiterInnen begründete Einwände geltend gemacht werden. Diese werden gemeinsam diskutiert. Falls keine Einigung durch eine 2/3-Mehrheit zustande kommt, wird das Probewohnen um zwei Wochen verlängert. Danach entscheidet die einfache Mehrheit, wobei den BewohnerInnen ein Vetorecht eingeräumt wird.

3.3 Dauer des Aufenthaltes

Die Dauer des Aufenthaltes im Weglaufhaus richtet sich nach der persönlichen Situation der einzelnen BewohnerInnen.

Grundsätzlich sollte aber ein Zeitraum von sechs Monaten nicht überschritten werden. Wenn sich die BewohnerInnen einer psychiatrischen Behandlung unterziehen wollen,

müssen sie sich in eine dafür geeignete Einrichtung begeben und ihren Platz im Weglaufhaus freimachen.

4 MitarbeiterInnen

4.1 Einstellung

Einstellungsvoraussetzungen

Nur Menschen mit einer psychiatriekritischen Haltung kommen als MitarbeiterInnen in Betracht. Liegt eine formale Qualifikation, wie z.B. ein Abschluß als MedizinerIn, DiplompsychologIn, DiplompädagogIn usw. vor, wird geprüft, inwieweit die Betroffenen trotz ihrer Ausbildung und eventuell vorhandenen Berufserfahrung zum unvoreingenommenen Umgang mit Menschen bereit sind.

Zur Konkretisierung unserer Vorstellungen folgt ein Zitat von Tina Stöckle, Psychiatrieerfahrene und Mitbegründerin der neuen Antipsychiatriebewegung in Deutschland.

„Viel wichtiger als die Zurverfügungstellung beruflicher Qualifikationen ist menschliche Zuwendung, die den Betroffenen hilft, zu sich selbst zu finden. Gefragt sind also Menschen, die einen ernst nehmen, die zuhören können, die Wärme, Geduld, Toleranz besitzen; aber auch Menschen, die vor dem Verrücktsein, dem Wahnsinn keine Angst haben und normwidriges Verhalten nicht nur negativ sehen.“ (Stöckle 1983, S. 146)⁴

Erfolgreiche Bewältigung eigener Psychiatrie- oder sonstiger Extremerfahrungen ist zwar keine Garantie für einen gleichberechtigten Umgang mit anderen Menschen, kann aber eine zusätzliche Qualifikation darstellen.

Erwähnen möchten wir an dieser Stelle Soteria⁵ in Kalifornien als bekanntestes Beispiel⁶ dafür, daß engagierte "LailInnen", die ihre Aufgabe darin sehen, für die Betroffenen **da zu sein** statt sie zu behandeln, mittel- und langfristig bessere Ergebnisse im Umgang mit verrückten oder psychiatrisierten Menschen erzielen können, als Professionelle.

Auch der amerikanische Psychiater Peter Breggin, vehementer Kritiker seiner "KollegInnen", beschreibt, wie er als achtzehnjähriger an der Enthospitalisierung angeblich unheilbarer "PatientInnen" mitwirkte⁷.

Im schwedischen Säter gelang es der Hausfrau und Mutter Barbro Sandin, einem als unheilbar von der Psychiatrie aufgegebenen jungen Mann zu helfen. Daraufhin übertrug man ihr und einem kleinen Team die Verantwortung für eine psychiatrische Station. In einer Studie zeigte sich, daß die ihr anvertrauten Menschen auf Dauer größere Erfolge erzielten als Personen einer Vergleichsgruppe, die sich in gewöhnlicher Anstaltsbehandlung befanden⁸.

Dies sind nicht die einzigen alternativen Projekte, die sich gegen die Medizinalisierung psychischer Probleme wenden und statt dessen auf Beteiligung von LailInnen sowie Empowerment und Selbstbestimmung setzten. Eine Zusammenstellung weiterer Beispiele ist bei Lehmann⁹ nachzulesen (siehe hierzu auch Punkt 13 Die Berliner Erfahrungen).

Einstellungsverfahren

Wer im Weglaufhaus arbeiten will, stellt sich den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen vor. Neue MitarbeiterInnen werden vom Trägerverein unter Berücksichtigung des Votums der BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen auf Probe eingestellt. Nach erfolgreicher Probezeit erfolgt die endgültige Einstellung, wobei die Hausversammlung ein Vetorecht hat. Die Hälfte der festangestellten MitarbeiterInnen müssen Psychiatrie-Erfahrene sein. Außerdem müssen die Hälfte der festangestellten MitarbeiterInnen Frauen sein.

4.2 Arbeitszeit

Den BewohnerInnen stehen nach Möglichkeit zwei MitarbeiterInnen zur Seite. Um den Tagessatz bezahlbar zu halten planen wir folgende Schichtenregelung:

Frühschicht lang: 8:00 - 16:30
Frühschicht kurz: 8:00 - 14:00
Nachtschicht lang: 16:00 - 8:30
Nachtschicht kurz: 20:00 - 8:30

Jede der Schichten wird pro Tag mit je einer Person besetzt. Die kurze Frühschicht wird nach Möglichkeit wochenweise von derselben Person durchgeführt, um Kontinuität beim Kontakt mit den verschiedenen Ämtern zu gewährleisten.

Eine Bereitschaftsregelung gewährleistet, daß jederzeit ein bis zwei weitere MitarbeiterInnen dazu geholt werden können, wenn die BewohnerInnen viel Unterstützung brauchen. Die Arbeitszeit pro Mitarbeiterin beträgt 30 Stunden pro Woche, um eine Erholung von der überdurchschnittlich anstrengenden Arbeit zu ermöglichen. Pro Woche findet eine vierstündige MitarbeiterInnenversammlung statt.

4.3 Zahl der benötigten MitarbeiterInnen

Wir benötigen 14 MitarbeiterInnen. Davon können 2 Zivildienstleistende sein. Ein/e zusätzliche/r MitarbeiterIn befaßt sich mit der Verwaltung. Dies ergibt sich aus folgender Berechnung:

Summe der Schichten: 43,5 Stunden pro Tag ergeben 304,5 Stunden pro Woche.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt nach Abzug der Besprechung 26 h. Bei etwa 44 zur Verfügung stehenden Arbeitswochen im Jahr (Urlaub, Krankheit) ergibt sich eine wöchentliche Gesamtarbeitszeit von: $26 \times 44/52 \times 14 = 308$ Stunden. Damit sind die 304,5 Stunden, die die Dienste in der Woche erfordern, abgedeckt.

Für folgende Bereiche werden zusätzlich stundenweise MitarbeiterInnen auf Honorarbasis benötigt:

- juristische und medizinische/heilpraktische Beratung
- kreative Angebote (nach Interesse)
- Angebote zur physischen und psychischen Entspannung (Massage, Yoga, Tanz oder ähnliches)
- Selbstverteidigung
- frauenspezifische Angebote

4.4 MitarbeiterInnen - Versammlung

Sie findet wöchentlich statt und dient der Koordination und dem Erfahrungsaustausch. Die BewohnerInnen können passiv teilnehmen.

5 Zum Umgang mit Ver-rücktheit und Psychiatrieerfahrung

DAS VERRÜCKTE, DAS UNVERSTANDENE, WILL
- ALS TEURES GUT - NICHT UM JEDEN PREIS
UND VON JEDERMANN VERSTANDEN SEIN.
ES IST - AUS GUTEM GRUND - AUF DER HUT.
ABER AUCH DIE VERSTÄNDNISLOSIGKEIT HAT
IHREN PREIS.

(Kempker 1991)¹⁰

Die Ausrichtung des Weglaufhauses ist antipsychiatrisch, insofern sie auf Erfahrungen Psychiatrisierter beruht und für die Unterstützung von Menschen entworfen ist, die nicht mit psychiatrischen Psychopharmaka behandelt werden wollen und psychiatrische Krankheitsbilder für sich ablehnen. Damit wird den Betroffenen ein sehr viel höheres Maß an Eigenverantwortlichkeit zugebilligt, als dies in psychiatrischen Institutionen der Fall ist.

Im medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodell werden bestimmte störende Verhaltensweisen isoliert betrachtet und als Symptome einer Krankheit diagnostiziert. Psychosoziale Faktoren werden bei der Erklärung von Entstehung und Verlauf psychischer Krisen mittlerweile zwar nicht mehr vollkommen ausgeklammert, dennoch läuft die Behandlung immer noch auf eine primär biologische hinaus: Symptomunterdrückung mit Hilfe von Psychopharmaka ist - wie Aussagen vieler Psychiatrisierter belegen - die übliche Praxis. Sogar Elektroschocks werden noch angewendet. Von den Betroffenen wird Krankheitseinsicht verlangt. Wer sich gegen die Behandlung wehrt, riskiert Zwangsbehandlung. Die Beziehung zwischen ExpertIn und Hilfesuchendem/er ist nicht gleichberechtigt, sondern wird durch das Machtgefälle bestimmt. Die Menschen werden gezwungen sich von dem, was sie bewegt, zu distanzieren. Ihre Geschichte zählt nicht, ihre Gefühle, Wahrnehmungen, Erlebnisse werden mittels Psychopharmaka gedämpft. Eine solche Praxis ist vom Bemühen um Verstehen weit entfernt und erweckt den Eindruck von bloßer Ruhigstellung bzw. Anpassung an fragwürdige Normen.

Diese Art der Behandlung hat nicht das Ziel, gemeinsam mit den Betroffenen einen Sinn der psychischen Ausnahmezustände, des Ver-rücktseins, der Angstzustände, der Selbstverletzung, inneren Leere, Verzweiflung und Traurigkeit zu finden und ihnen zu helfen, wieder selbstbestimmt zu leben. Praxis ist das Unterdrücken der Symptome, um den Mitmenschen das ungewöhnliche oder nervende Verhalten zu ersparen.

Oft wird der Widerstand der Betroffenen durch (Androhung von) Zwangsmaßnahmen gebrochen. Abhängigkeiten werden erzeugt und nach der Entlassung haben sie den Glauben selbst an ihrer Situation etwas ändern zu können, sowie Energie und jede Perspektive verloren. Sie werden weiterhin als "krank" bezeichnet. Die Drohung weiterer "Rückfälle" führt oft zu langjähriger Einnahme von Psychopharmaka. An den Ursachen, die zur Psychiatrisierung geführt haben, hat sich währenddessen nichts geändert. Hinzu kommt Selbst- und Fremddiskriminierung, gesellschaftliche Isolation, Psychopharmakaabhängigkeit und die Angst, wieder in die Psychiatrie zu müssen. Auch viele Angehörige und FreundInnen beteiligen sich nun an Ausgrenzung und Pathologisierung. Aus einer Krise ist ein profitabler medizinischer Fall geworden.

Den medizinischen Krankheitsbegriff lehnen wir ab, weil er Mittel zu Ausgrenzung, Stigmatisierung und sozialer Kontrolle ist. Klassifikationen können zwar nützliche Hilfsmittel zum Erzeugen von Unterschieden sein. Aber wir sortieren nicht die Wirklichkeit, sondern wir erzeugen sie, indem wir sortieren. Und Diagnosen sagen unserer Ansicht nach mehr über Diagnostizierende aus, als über Diagnostizierte...

Aus dem Lager psychiatriekritischer Betroffener gibt es bewährte Konzepte nichtpsychiatrischer Selbsthilfe, die das Selbstbestimmungsrecht achten und Betroffene als

ExpertInnen in eigener Sache respektieren. Und auch von Seiten kritischer Professioneller wurden Vorstellungen entwickelt, in denen ein verändertes Verständnis professioneller Unterstützung zum Ausdruck kommt - eine Hilfe, die beschrieben werden könnte mit Begriffen wie Neugier und einer Haltung des Nicht-Wissens, Dialog, Begleitung, Hilfe zur Selbsthilfe¹¹. Diese Ansätze bilden unseren theoretischen Hintergrund.

Ver-rücktheit verstehen wir als Wegrücken von den herrschenden Regeln eines Systems, bzw. ver-rückt ist das, was jemand als ver-rückt bezeichnet.

Die Art und Weise wie über eine Krise gesprochen wird, hat großen Einfluß auf deren Auflösung bzw. Verfestigung. Sprache schafft Wirklichkeit... Darum wollen wir uns im Weglaufhaus mit den Betroffenen in einen „dialogischen Möglichkeitsraum“ (Deissler 1997, S. 200)¹¹ begeben.

Wenn wir Ver-rücktheiten verstehen wollen, dann kann es hilfreich sein, zu fragen

- in welchem Zusammenhang diese Kommunikations- und Verhaltensweisen einen Sinn erhalten

- in welchem Kontext diese Kommunikations- und Verhaltensweisen nicht gezeigt werden - und was (personen-, raum- und zeitbezogen) in diesen Situationen anders ist - und daran anzuknüpfen.

Diese Sichtweise kann Handlungsmöglichkeiten eröffnen und problem-auf-lösend wirken.

Die Psychiatrieerfahrung der MitarbeiterInnen kann Anknüpfungspunkt sein, Probleme kreativ anzugehen und Lösungen zu finden. Psychiatrieerfahrene MitarbeiterInnen sind außerdem Beispiel dafür, daß andere es schaffen, Psychopharmaka abzusetzen, ohne "rückfällig" zu werden, daß andere sich nicht als Kranke bezeichnen, obwohl sie in der Psychiatrie waren und daß es möglich ist, eine psychiatrische Karriere zu vermeiden.

Wir gehen davon aus, daß die Betroffenen über sämtliche Fähigkeiten zur Problemlösung verfügen. Darum wollen wir auch nicht behandeln, sondern respektvoll, offen und neugierig hinsichtlich der Wirklichkeit der Betroffenen sein. An die Stelle der Behandlung tritt das Dabeisein, Präsent-Sein. In einer Atmosphäre der Ruhe, Gelassenheit, Einfachheit, Klarheit, Wärme, Toleranz und Geduld können die Betroffenen im Weglaufhaus Perspektiven entwickeln und Vertrauen in die eigenen Handlungsmöglichkeiten finden.

Da es im Allgemeinen auf das Besondere ankommt, hier zwei Beispiele aus unserer Praxis: Eine Frau läuft nackt über die Straße und verkündet, sich nur noch von Wasser und herabgefallenen Früchten zu ernähren, um ein Zeichen gegen die immer weiter fortschreitende Zerstörung der Lebensgrundlagen zu setzen. Unsere Reaktion in solchen Situationen war: Mit der Frau reden, ihre Angst ernstnehmen, dadurch eine Basis dafür schaffen, daß auch sie ernstnimmt, was wir sagen. Mit sehr viel Geduld und ein bißchen Glück erreichten wir in solchen Situationen, daß sie sich auf uns einließ und sich in ihren Äußerungen und Handlungen wieder stärker an den Gepflogenheiten ihrer Umwelt orientierte.

Leider ist die Sozialpsychiatrie diesmal schneller am Ort des Geschehens als wir. Es erfolgt Zwangsbehandlung mit Haldol und Neurocil bis zum Einsetzen von Herzrhythmusstörungen, danach abrupte Reduktion der Neuroleptika und Verlegung auf die innere Station eines Allgemeinkrankenhauses. Sofort nach Herabsetzen der "Medikamente" hat die Frau weitausholende, nicht kontrollierbare Bewegungen der Extremitäten, die sich nicht wieder zurückbilden. Der Schlaf ist völlig gestört. Ein halbes Jahr später ist sie tot (kein Suizid).

Ein männlicher Heimbewohner sucht einen Heilpraktiker auf und erklärt diesem unter anderem, er sei Maoist. Der Heilpraktiker gibt vor, einen Beruhigungstee zusammenzustellen, bittet den Mann im Flur des Bürogebäudes zu warten und ruft hinter dem Rücken des Mannes den Sozial-Psychiatrischen Dienst an. Dieser rückt mit zwei Leuten an, um den Mann zum Verlassen des Gebäudes und zur Rückkehr in sein Heim aufzufordern. Da der Mann nicht einsieht, warum er das Bürogebäude verlassen soll, obwohl er dort etwas zu erledigen hat, eskaliert die Situation durch ungeschicktes Verhalten der Sozialpsychiatrie-MitarbeiterInnen so weit, daß der Mann beschließt, nicht in sein Wohnheim zurückzukehren, da er dort eine Psychiatrie-Einweisung befürchtet.

Unsere Reaktion: Wir holen den Mann vor dem Bürogebäude ab und kochen ihm einen Beruhigungstee. Er läßt sich aber nicht zur Rückkehr ins Heim bewegen und will nach Süddeutschland zu einer Verwandten trampen. Es gelingt uns, ihn davon zu überzeugen, daß er das am nächsten Morgen besser schafft als in der einbrechenden Dunkelheit. Daß wir mit ihm besprechen, wie er am günstigsten dorthin trumpt, überzeugt ihn davon, daß wir seinen Willen respektieren. Er beruhigt sich soweit, daß er spät in der Nacht einschläft, ohne mehr als die übliche Psychopharmakadosis zu nehmen.

Unsere Erfahrungen mit akut durchgedrehten, ausgerasteten bzw. psychiatrischerseits als psychotisch bezeichneten Menschen lassen sich so zusammenfassen:

Es ist für Laien möglich, Menschen in derartigen Krisen zu begleiten. Konkret scheitert eine solche Begleitung in der Regel an der dafür benötigten Zeit. Selbst wenn die ausgerastete Person nachts schläft, bedeutet das, daß im Extremfall für 16 bis 18 Stunden am Tag Menschen (d.h. je ein Mensch, der nach einiger Zeit dann abgelöst wird) zur Verfügung stehen müssen. Das dann mehrere Tage lang bis hin zu zwei Wochen. Selbst mit mehreren (drei bis sechs) ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen war das kaum zu bewältigen.

In einigen Fällen konnten auch Psychiatrieaufenthalte vermieden werden. Doch war das Hauptmerkmal all dieser erfolgreichen Begleitungen, daß die ausgerasteten Menschen rechtzeitig und von selbst um Hilfe nachgesucht hatten. Dadurch hielt sich der Begleitungsaufwand in Grenzen. Ein wesentliches Erfolgshindernis in der intensiven Begleitung war, daß die (ehrenamtliche) Einsatzbereitschaft oder die Kräfte der Helfer und Helferinnen nach etwa einer Woche nachließen.

Als wir anfangen dieses Projekt voranzutreiben, war unser erstes Ziel, wenigstens einmal in vivo zu erleben, wie ein Mensch sich mit unserer Hilfe dauerhaft entpsychiatrisiert. Es erscheint logisch, daß, wer die Verantwortung für einen anderen Umgang mit Verrücktheit übernehmen will, mindestens einmal (und sei es nur sich selbst) zeigt, daß so etwas geht.

Das ist uns gelungen. Der Mensch, den wir auf dem Weg in die Freiheit unterstützten, hatte zuvor weit über 10 Jahre in diversen Heimen, Anstalten und „Reha“-Einrichtungen verbracht. Seit vier Jahren wohnt er im Ruhrgebiet. Im zweiten Jahr gab es einige Krisen, die zu kurzen Psychiatrieaufenthalten führten, doch war das nur vorübergehend. Heute lebt er frei von Psychopharmaka in einer eigenen Wohnung. Betrachten wir nun, was die Bilanz dieser Arbeit ist:

- Ein Mensch hat es geschafft, sich von der Abhängigkeit, Bevormundung, Ruhigstellung mit Drogen und vom Leben im Heim zu lösen.
- Auch wenn dies **nicht** unser Beweggrund ist: Der öffentlichen Hand, also den Steuerzahlern und Steuerzahlerinnen wurden bis zum heutigen Tag Kosten für die Heimunterbringung in Höhe von etwa $4 \cdot 365 \cdot 140,- \text{ DM} = 204.400$ erspart. Demgegenüber stehen erhöhte Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung. Selbst wenn wir diese sehr großzügig mit jährlich 5.000,- DM ansetzen, außerdem voraussetzen, daß die Psychiatrieaufenthalte im 2. Jahr (Kosten $65 \cdot 550,- \text{ DM} = 35.750 \text{ DM}$) nur durch die

Belastungen des Lebens in Freiheit zustande kamen, so verbleibt ein Netto“gewinn“ von 148.650,- DM oder 37.000,- DM jährlich.

6 Weglaufhaus statt Neuroleptika

6.1 Die im Weglaufhaus angestrebte Praxis

Ziel des Aufenthaltes im Weglaufhaus ist es, den Weg in ein selbstbestimmtes Leben freizumachen oder ihn zu erleichtern.

Wer von gefährlichen Drogen wie z.B. Alkohol, Heroin oder einem Neuroleptikum abhängig ist, kann diese Selbstbestimmung in einem ganz wesentlichen Punkt nicht wahrnehmen. Dies hat Auswirkungen auf viele andere wichtige Bereiche des Lebens. Daher bestehen wir darauf, daß die Weggelaufenen die Absicht haben, die Neuroleptika mittel- bis langfristig auf Null zu reduzieren. Gleiches gilt auch für andere Psychopharmaka wie Lithium, Antidepressiva, Tranquilizer, "Schlafmittel", wie z.B. Chloralduurat oder Atarax, Stimulantien wie z.B. Ritalin. Zwar reicht die persönlichkeitszerstörende Wirkung dieser Drogen nicht an jene der Neuroleptika heran¹², vorzuziehen ist aber auch hier das drogenfreie Leben. Dem widersprechende Aussagen zahlreicher "wissenschaftlicher" Untersuchungen können nicht beeindrucken, wenn man weiß, daß ein Großteil dieser "Forschung" im Auftrag der Pharma-Industrie stattfindet¹³.

Vorbedingung für die Neuroleptikafreiheit ist oft ein kontrollierter Umgang mit diesen Substanzen. Dazu sind allgemeine Kenntnisse über die Wirkungsweise dieser Drogen, aber auch eine Kenntnis der Wirkungsweise auf den eigenen Körper erforderlich.

Das Ergebnis der von der Pharmaindustrie kontrollierten¹⁴ "natur"wissenschaftlichen medizinischen Praxis ist häufig die fortschreitende Enteignung von Körper und Bewußtsein der sich ihr anvertrauenden Menschen. Der in diesem Jahrhundert erfolgte Rückgang der Kenntnisse über Hausmittel ist ein Beispiel hierfür, ein anderes die vom Europarat angestrebte Forschung an "einwilligungsunfähigen" Menschen ohne Nutzen für diese.

Die MitarbeiterInnen haben daher die Aufgabe

- Kenntnisse über die allgemeine Wirkung der Neuroleptika (und anderer Psychopharmaka) zu vermitteln¹⁵
- die BewohnerInnen aufzufordern, auf die Wirkung der Neuroleptika auf den eigenen Körper und die eigene Psyche zu achten
- auf Wunsch die Adressen von ÄrztInnen, PsychologInnen, HeilpraktikerInnen und Selbsthilfegruppen zu vermitteln, die die Ideen des Weglaufhauses unterstützen
- die BewohnerInnen darauf hinzuweisen, daß ihr Auftreten gegenüber PsychiaterInnen und anderen ÄrztInnen Einfluß auf deren Verschreibungsverhalten hat
- auf "Beruhigungs"- und "Schlafmittel" aufmerksam zu machen, die in ihren Wirkungen wesentlich harmloser sind als die psychiatrischen Psychopharmaka¹⁶
- seelische und soziale Probleme als solche zu bezeichnen und diese nicht zu medizinalisieren

6.2 Die übliche Praxis

Neuroleptika werden ca. 95 % aller AnstaltsinsassInnen verabreicht¹⁷. Grundsätzlich kann die kleinste Dosis eines Neuroleptikums lebensbedrohliche Komplikationen, wie z.B. einen Zungen-Schlund-Krampf, auslösen. In dem Buch "Schöne neue Psychiatrie" sind dazu in ausreichender Zahl Berichte aus psychiatrischer Fachliteratur zitiert. Behandlungsschäden

wie tardive Dyskinesien (Spätbewegungsstörungen aufgrund irreversibler Rezeptorenveränderungen), Agranulozytosen (Absterben der weißen Blutkörperchen), Selbsttötungen¹⁸ und sogenannter Zombie-Effekt treten langsam aber sicher ins Blickfeld einer interessierten Öffentlichkeit. Eine Aufklärung über die Risiken erfolgt fast nie, die zwangsweise Behandlung ist häufig.

Selbst Elektro-Schocks werden gegen den Willen der Betroffenen durchgesetzt.

Die Fragwürdigkeit dieser Behandlung zeigt sich in folgenden Zahlen des Statistischen Jahrbuchs von 1998:

Von 504784 in der BRD behandelten PsychiatriepatientInnen kamen 1996 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 36,5 Tagen 3125 zu Tode. Hierin sind 76724 SuchtpatientInnen mit 47 Todesfällen enthalten.

36,5 Tage sind ein zehntel Jahr. 3000 von 500.000 ist 0,6%. 0,6% mal 10 ist 6%. Diese Hochrechnung aufs ganze Jahr ist nötig, weil es einen Unterschied macht, ob ich 0,6 % Todesrate bei einem Tag Verweildauer oder bei einem halben Jahr Verweildauer habe. Da der Mensch im Durchschnitt ca. 80 Jahre alt wird, beträgt die „natürliche“ Sterblichkeit jedes Jahr 1,25%. In der Psychiatrie ist es also 5 mal gefährlicher als „draußen“.

Insbesondere dienstältere Psychiater sprechen sich zunehmend für ein Unterlassen der neuroleptischen Zwangsbehandlung aus, wenn auch bisher hauptsächlich in internen Diskussionen. Darunter befinden sich sogar in Psychiaterkreisen hochangesehene Vertreter ihrer Zunft¹⁹. Öffentlich bezog der Schweizer Gaetano Benedetti Stellung: "Ich meine, daß es fragwürdig ist, therapieunwilligen Patienten die Psychopharmaka aufzuzwingen (wie dies meines Wissens mancher wohlmeinende Arzt tut)..."²⁰

Trotz dieser Erklärungen haben die InsassInnen psychiatrischer Anstalten im Regelfall nicht die Möglichkeit, eine psychopharmakafreie Behandlung zu erhalten. Eine Schweizer Juristin resümiert: "Während die Gefangenen bei ihrem Kampf für eine Verbesserung ihrer Situation und für ein menschenwürdiges Dasein in der Anstalt von außen, von Amnesty International, von der Groupe Action Prison oder von den Unabhängigen Ärzten unterstützt werden, haben die sprachlosen Geisteskranken bis heute keine gewichtige Interessenslobby."²¹

Da eine Interessenvertretung der InsassInnen innerhalb der Anstalten kaum stattfindet, drängt sich der Aufbau von alternativen Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Versorgungskette geradezu auf. Wenn eine normale marktwirtschaftliche Konkurrenz stattfindet, wird eine Veränderung der bestehenden Anstalten erzwungen, da ihnen sonst die PatientInnen wegbleiben. Wie dringend dieser Effekt benötigt wird, zeigt die Verschreibungspraxis der letzten Jahre: Die Anzahl der Verordnungen von Neuroleptika ist im Zeitraum von 1983 bis 1992 um 72% gestiegen, die von Antidepressiva sogar um 181%²².

7 Im Weglaufhaus

7.1 Der Alltag im Weglaufhaus

Der Alltag im Weglaufhaus hat eine andere Struktur als der in der Psychiatrie. Nach Möglichkeit gestalten die BewohnerInnen ihren Tag selbst. An die Stelle von künstlich inszenierten "therapeutischen" Beschäftigungen treten die Notwendigkeiten des gemeinsamen Lebens in einem großen und intensiv genutzten Haus.

7.2 Fragen, die während des Aufenthaltes im Weglaufhaus zu klären sind

Möchte der/die BewohnerIn einen Psychopharmaka-Entzug machen?

Die MitarbeiterInnen klären über die Durchführung, Risiken und Entzugssymptome sowie Erfahrungen anderer mit dem Entzug auf.

Es werden Alternativen, wie z.B. Tees und pflanzliche Heilmittel, vorgestellt. Außerdem werden mit den BewohnerInnen zusammen Strategien erarbeitet und ausprobiert, psychische Krisensituationen frühzeitig zu erkennen und den Umgang mit solchen Situationen so zu gestalten, daß die Einnahme von Psychopharmaka oder zumindest ein Aufenthalt in der Psychiatrie in Zukunft vermieden werden kann.

Wie soll die Wohnsituation nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus aussehen?

Die MitarbeiterInnen unterstützen die BewohnerInnen bei dem Erhalt noch vorhandenen Wohnraumes und bei damit verbundenen Problemen, wie dem Ausgleich von Mietrückständen, drohenden oder bereits ausgesprochenen Kündigungen sowie der Lösung der Frage, wer während des Aufenthaltes die Mietkosten trägt.

Ist kein Wohnraum vorhanden, so wird gemeinsam nach geeigneten Möglichkeiten gesucht. Auf Wunsch helfen die MitarbeiterInnen auch bei Ämtergängen, behördlichen Angelegenheiten, dem Kontakt zu Wohnungsbaugesellschaften und allen finanziellen, rechtlichen und sonstigen Problemen, die bei der konkreten Beschaffung von Wohnmöglichkeiten auftreten.

Wie soll das Leben während des Aufenthaltes im Weglaufhaus und danach aussehen?

Gemeinsam mit den MitarbeiterInnen haben die BewohnerInnen im Weglaufhaus die Möglichkeit, ihr weiteres Leben zu planen und Wünsche zu realisieren.

Besteht ein Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis, so unterstützen die MitarbeiterInnen auf Wunsch dessen Erhalt.

Ansonsten kann gemeinsam nach Möglichkeiten gesucht werden, eine Aus- oder Weiterbildung zu machen, eine Arbeitsstelle zu finden oder sonstige Finanzierungsmöglichkeiten zu finden, die ein eigenständiges Leben ermöglichen, z.B. Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe, etc.

Die BewohnerInnen können im Weglaufhaus lernen, ihren Tagesablauf (wieder) selbständig und sinnvoll zu gestalten. Sie werden unterstützt bei der Suche nach befriedigenden sozialen Kontakten, Freizeitaktivitäten, Hobbys und der Verwirklichung und Förderung von Interessen und Fähigkeiten.

Außerdem unterstützen die MitarbeiterInnen die BewohnerInnen beim Umgang mit Alltagsproblemen wie Streit, Meinungsverschiedenheiten, Haushaltsführung (Einkaufen, Kochen, Putzen etc.).

Welche juristischen Hilfen werden benötigt?

Liegt ein "Betreuungs"verhältnis oder eine Zwangsunterbringung vor, so helfen die MitarbeiterInnen, diese aufzuheben.

Wird einem/r BewohnerIn die gewünschte Akteneinsicht verweigert, hat er/sie Eigentum oder Geld in der Anstalt zurückgelassen, oder möchte er/sie Schadenersatzklagen führen, so klären die MitarbeiterInnen über die juristischen Möglichkeiten und Rechte auf und kümmern sich um geeignete juristische Unterstützung durch RechtsanwältInnen, die auf diesem Gebiet kompetent und erfahren sind.

Außerdem können MitarbeiterInnen auf Wunsch die BewohnerInnen zu Gerichtsterminen und zum Sozialpsychiatrischen Dienst begleiten, oder handeln notfalls im Auftrag der BewohnerInnen als Bevollmächtigte.

8 Zur Frage der Gewalt im Weglaufhaus

Gewalt wird im Weglaufhaus nicht in besonderem Maße erwartet. Durch sogenannte psychisch Kranke ausgeübte Gewalt ist ein wider besseren Wissens verbreiteter psychiatrischer Mythos. Dr. med. Georg Bruns schreibt²³:

„Böker und Häfner (1973) haben in ihrer großen Studie ‘Gewalttaten Geistesgestörter’ für die Bundesrepublik nachgewiesen, daß die reale Gefährlichkeit Geisteskranker mit geringen Schwankungen zwischen den Diagnosegruppen (mäßig überrepräsentiert: Schizophrenie) nicht höher liegt als die Gefährlichkeit der strafmündigen Bevölkerung als Gesamtheit. Ähnliche Ergebnisse werden aus Schweden berichtet (Lindqvist und Allebeck 1990), wo für Schizophrene die generelle Kriminalitätsrate auf dem Niveau der Gesamtbevölkerung lag, für Gewalttätigkeit erhöht war, die Gewalthandlungen jedoch von deutlich unterdurchschnittlicher Ernsthaftigkeit waren; auch in Alaska (Philipps et al. 1988) erwiesen sich Schizophrene nicht als nennenswert häufiger in Gewaltverbrechen verwickelt als die übrige Bevölkerung.“

Wie überall gibt es auch in der Gemeinschaft der BewohnerInnen und der anwesenden MitarbeiterInnen im Weglaufhaus eine Toleranzschwelle für Gewalt gegen andere oder gegen Sachen, bei deren Überschreiten die BewohnerInnen das Haus verlassen müssen. Diese Grenze kann nicht abstrakt und im Vorhinein genau festgelegt werden, sondern muß in der konkreten Auseinandersetzung zwischen den BewohnerInnen, den MitarbeiterInnen und dem Trägerverein - jeweils individuell - gezogen werden. Prinzipiell gilt, daß ein Bewohner oder eine Bewohnerin nur im Notfall zum Verlassen des Hauses aufgefordert wird.

9 Versammlungen im Weglaufhaus

Im Weglaufhaus finden regelmäßig gemeinsame Besprechungen (Hausversammlungen) der BewohnerInnen und der anwesenden MitarbeiterInnen statt; Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen. In größeren Abständen werden Vollversammlungen der BewohnerInnen, aller MitarbeiterInnen und VertreterInnen des Trägervereins durchgeführt.

10 Das ideale Haus

Das Weglaufhaus ist ein großes Haus im Ruhrgebiet mit eigenem Garten. Es hat einen guten Nahverkehrsanschluß. Das Haus bietet Platz für Gemeinschaftsräume, Waschküche, Vorratsraum, Küche, Büro, Werkstatt, Einzel- und Doppelzimmer, Waschräume und Toiletten. Die BewohnerInnen können sich im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten die Zimmer nach ihren Wünschen einteilen und einrichten. In dem Haus gibt es durch die räumliche Trennung von Wohnbereich und Gemeinschaftsbereich auch Möglichkeiten, sich zurückzuziehen. Nach Möglichkeit soll es eine Frauenetage geben. Tagsüber ist der Gemeinschaftsbereich offen für ehemalige BewohnerInnen und andere BesucherInnen, sofern die BewohnerInnen keine Einwände haben.

11 „Ambulantes“ Weglaufen

Bei den vielen Diskussionen, die wir mit in der (Gemeinde)psychiatrie Beschäftigten über unser Konzept in den letzten drei Jahren geführt haben, kamen zahlreiche Einwände. Der uns am meisten überzeugende, lautet folgendermaßen:

Warum schon wieder eine stationäre Einrichtung, wenn es doch um Entpsychiatisierung geht²⁴?

Diese Kritik deckt sich mit unseren bislang ehrenamtlich selbst gemachten Erfahrungen (siehe Kap. 5). Was wir bisher erreicht haben, war ohne ein Weglaufhaus möglich.

Andererseits konnten wir mehreren Menschen nicht helfen, eben weil Unterkunft und ständige Begleitung fehlten.

Außerdem ist ambulante Hilfe ist auch nach einem Weglaufhausaufenthalt sinnvoll. Die Berliner Erfahrungen bestätigen dies.

Wir wollen ambulante Unterstützung entweder statt oder nach einem Weglaufhausaufenthalt anbieten. Wichtig finden wir auch hier die zeitliche Befristung.

Wie wird diese Problematik im **Berliner Weglaufhaus** angegangen?

In Berlin können Einzelpersonen - anders als in NRW - unabhängig von Trägervereinen Einzelfallhilfe anbieten. Der Verein zum Schutz vor Psychiatrischer Gewalt nutzt diese Regelung. Ehemalige PraktikantInnen übernehmen, falls die BewohnerInnen das bei ihrem Auszug wollen, diese Aufgabe.

Im Gegensatz zum Berliner Verein wollen wir diese Möglichkeit auch ohne einen vorherigen Weglaufhaus-Aufenthalt anbieten. Auch hier setzen wir die Bereitschaft der Betroffenen voraus, auf Dauer das Leben eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu gestalten. Grundsätzlich soll bei ambulanter Unterstützung eine Dauer von drei Jahren nicht überschritten werden. Der Umfang der Unterstützung richtet sich an der individuellen Situation aus. Unseren bisherigen Erfahrung nach sind zwischen zwei und zehn Stunden pro Woche erforderlich.

Die Finanzierung dieser ambulanten Begleitung ist über die Kommunen möglich, leider werden in NRW neue Anbieter durch die Sektorsierung nicht zugelassen. Allerdings hat das weniger mit unabänderlichen Fakten als mit politischem Willen zu tun. Statt so zu helfen, daß Begleitung überflüssig wird, steigt die Zahl der als hilfsbedürftig Etikettierten im ambulanten Bereich ständig. Daran ändert die Begrenzung der Anbieter nichts. Wir finden es daher sinnvoller, die KlientInnen zwischen verschiedenen Anbietern frei wählen zu lassen.

12 Finanzielles

12.1 Laufende Kosten

	Löhne: ²⁵	Arbeitgeberbrutto	Summe
8	BAT VII	59.259,73	474.077,84
1	BAT VIb	63.327,31	63.327,31
2	BAT Vc	68.934,31	137.868,62
1	BAT III	94.127,32	94.127,32
1	BAT IIb	96.300,21	96.300,21
	Summe Arbeitgeberbrutto Vollzeit		865.701,3
	Kosten 30 Std. Teilzeit (mal 30 geteilt durch 38,5)		674.572,44
2	Zivildienstleistende	10.500	21.000
	Miete mit Nebenkosten		100.000,00
	Sonstiges (z.B. Versicherungen, Reparaturen, Telefon usw.)		120.000,00
	Gesamtsumme		915.572,44
	Tagessatz ²⁶		210,79

12.2 Finanzierung

Wir streben eine Finanzierung durch die Landschaftsverbände an. Für den Anfang wäre eine Projektförderung durch das Land Nordrhein Westfalen sinnvoll. Langfristig wird eine Anerkennung durch die Krankenkassen bei entsprechender Abrechnung angestrebt. Parallel werden wir uns um Spendengelder und Stiftungsmittel bemühen.

12.3 Wie kostengünstig ist das Weglaufhaus im Vergleich zur Psychiatrie?

- Wir rechnen mit einer durchschnittlichen Auslastung des Weglaufhauses von 85%. Das ergibt²⁷ einen Tagessatz von ca. 211 DM. Ein Tagessatz in einer nordrhein-westfälischen Psychiatrie betrug im Mai 94 zwischen 280,- und 535,- DM. Der durchschnittliche Psychiatrieaufenthalt dauerte 1996 in der BRD 36,5 Tage. Hinzu kommen anschließende Aufenthalte in Tageskliniken, betreuten Wohngemeinschaften, "Übergangs"wohnheimen usw.
- Außer der konkreten Krisenbewältigung werden im Weglaufhaus Strategien erarbeitet, mit künftigen Ver-rücktheitszuständen so umzugehen, daß weitere Psychiatrieaufenthalte möglichst vermieden werden. Des weiteren ermutigen wir die Menschen dazu, sich einen befriedigenden Alltag außerhalb des psychosozialen Versorgungssystems zu schaffen, was weitere Kosten spart.
- Dadurch, daß im Weglaufhaus möglichst viele Menschen aufgenommen werden, die noch keine oder erst einmalige Psychiatrieerfahrung haben, wird hier eine kostenintensive Psychiatriekarriere von Anfang an vermieden.

13 Die Berliner Erfahrungen

Am 1. Januar 1996 wurde - nach zwölfjährigem Kampf um die Finanzierung - das erste Weglaufhaus in Deutschland eröffnet. Träger ist der Berliner Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. Hierzu möchten wir auf das ausgezeichnete Buch „Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus“ von Kerstin Kempker verweisen²⁸.

In dem Weglaufhaus-Faltblatt ist zu lesen:

„Sicher ist, es gibt hier keine PsychiaterInnen, keine psychiatrischen Diagnosen und keine Therapien. (...) Verrückte sind nicht krank, sondern auf einem für andere schwer verständlichen Weg auf der Suche nach ihrem Platz in der Welt. Dafür brauchen sie keine Psychopharmaka, die ihr Gehirn lahmlegen, und keine Therapie, die ihnen einredet, sie seien behindert. Statt dessen brauchen sie Ruhe, Zeit, Verständnis und Ermutigung.(...) Das Weglaufhaus bietet 13 wohnungslosen Frauen und Männern für etwa sechs Monate Schutz und Aufnahme. Sie können hier neue Kraft schöpfen, sich austauschen und Unterstützung finden bei der Verarbeitung ihrer Psychiatriegeschichte, bei dem Psychopharmaka-Absetzen, bei der Wiedererlangung der bürgerlichen Rechte und bei der Entwicklung neuer Berufs- und Lebensperspektiven.“

Das Berliner Weglaufhaus, an dessen Konzeption wir uns orientieren, funktioniert gut. Ein Vergleich mit psychiatrischen Einrichtungen ist schwierig, da das Berliner Weglaufhaus ausschließlich obdachlose Psychiatriebetroffene aufnehmen darf (Finanzierung über Kostenvereinbarung nach § 93 BSHG auf der Grundlage von §72 BSHG 'Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten'). Ursprünglich war das Weglaufhaus **nicht** ausschließlich für wohnungslose Psychiatriebetroffene konzipiert, andere Finanzierungskonzepte wurden aber nicht bewilligt. Trotz dieser Einschränkung zogen (laut Statistik und Auswertung der ersten drei Jahre Weglaufhaus) 20% der BewohnerInnen anschließend in eine eigene Wohnung und 17% zu Freunden oder zur Familie; die Aufenthaltsdauer betrug durchschnittlich 62 Tage; das Durchschnittsalter der BewohnerInnen lag bei 33 Jahren.

Obwohl es sich beim Berliner Weglaufhaus um die am besten ausgelastete Kriseneinrichtung innerhalb Berlins handelt, war die Weiterfinanzierung Ende November 1998 nicht gesichert. Erst auf massiven öffentlichen Druck erfolgte Anfang Dezember die Finanzierungszusage für 1999. Der aktuelle Tagessatz beträgt 200,77 DM.

Qualitativ lassen sich die - bei der übergroßen Mehrheit der BewohnerInnen des Weglaufhauses - erzielten Erfolge folgendermaßen zusammenfassen:

Aktuelle bzw. sich anbahnende psychosoziale Krisen konnten aufgefangen werden, die BewohnerInnen entwickelten neue Lebensperspektiven und setzten diese (vor allem in den Bereichen Wohnen, Therapie und Ausbildung) um. Aufgrund der im Weglaufhaus gemachten Erfahrung, daß mit Krisen auch anders, aktiver umgegangen werden kann, entwickelten die BewohnerInnen ein neues Bewußtsein für die Verantwortung für das eigene Leben. Der Dialog und das Miteinanderleben mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, führte zum Durchbrechen der sozialen Isolation (eine ausführliche Statistik und Auswertung der ersten drei Praxisjahre im Weglaufhaus ist beim Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. erhältlich; Postfach 280427, 13444 Berlin).

Kerstin Kempker sagte in ihrem Vortrag '8 Monate Weglaufhaus'²⁹:

„Das Wichtigste am Weglaufhaus ist, denke ich, daß es die Entscheidung möglich macht: Es gibt (zumindest für einige, die die Aufnahmebedingungen erfüllen) eine Alternative zur Psychiatrie, und damit gibt es eine Entscheidung. Und wenn BewohnerInnen sich nach einiger Zeit wieder entscheiden, diesmal anders, für die Verrücktheit, für die Psychiatrie, für Drogen oder Psychopharmaka, so ist das immer noch Bestandteil ihrer Freiheit. Zumindest solange eine Alternative bleibt; und die zu erhalten, das ist unsere Aufgabe.“

14 Was unterscheidet uns von der Psychiatrie?

Oft behaupteten Profis, sie würden nicht großartig anders als wir arbeiten. Und hätten sie nur genug MitarbeiterInnen, dann machten sie's genauso.

Zur Erhellung zunächst eine Anekdote:

Ein Psychiatrie-Erfahrener wurde von seinem neuen Psychiater gefragt, was er sich denn von der Behandlung verspreche. „Naja“, sagte dieser vorsichtig, „ich wäre ganz gern wieder gesund“. „Gesund? Das ham wir hier noch nicht erlebt!“

Dies spiegelt eine häufige Meinung über den Verlauf psychischer Krisen wieder: die Menschen sind nicht nur krank, sie werden es auch ihr ganzes Leben lang bleiben. Im Gegensatz dazu sehen wir psychischen Krisen als vorübergehend an. Dies wird den BewohnerInnen des Weglaufhauses dadurch unmittelbar klar, daß mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen Erfahrungen im erfolgreichen Umgang mit eigenen psychischen Krisen haben. PsychiatriepatientInnen, ob in der Anstalt oder in der Gemeinde, werden leider nie mit Ex-PatientInnen konfrontiert, die nicht mehr der Psychiatrie bedürfen.

Wir übernehmen die Verantwortung für das, was wir tun, aber nicht für das, was die BewohnerInnen tun. Ihre Probleme müssen sie selber lösen, wir bieten einen dazu geeigneten, unterstützenden Rahmen.

Bei Profis beliebte BesucherInnenfrage im Berliner Weglaufhaus: „Wo ist (der Schlüssel für) die MitarbeiterInnentoilette?“ Es gibt keine MitarbeiterInnentoilette.

15 Kooperation mit bestehenden psychiatrischen Einrichtungen

Kooperation kommt für uns in folgenden Bereichen in Frage:

- Nach der Realisierung eines Weglaufhauses werden wir unserer Erfahrung aus der täglichen Praxis auf Kongressen, Tagungen und anderen öffentlichen Veranstaltungen vorstellen. Unser Konzept stellen wir bereits jetzt in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften etc. vor.
- Wir werden Menschen informieren, die sich zur Zeit in Psychiatrien oder Heimen im Ruhrgebiet aufhalten, um ihnen das Weglaufhaus als Alternative zur stationären bzw. Heimunterbringung zu eröffnen.
- Im übrigen bieten wir anderen Institutionen an, dort untergebrachten Menschen unser Haus als Alternative vorzustellen.
- Da im Weglaufhaus kein/e ÄrztIn arbeiten wird, werden wir zwecks Psychopharmaka-Absetzbegleitung mit niedergelassenen ÄrztInnen, in der Regel PsychiaterInnen zusammenarbeiten.

Grenzen der Kooperation:

- Wir können uns vorstellen mit allen Einrichtungen des psychosozialen Systems zusammenzuarbeiten. Voraussetzung einer Zusammenarbeit ist allerdings die Achtung unseres auf Respektierung der Selbstbestimmung basierenden Ansatzes.
- Von uns wird niemand zwangsweise in eine andere Einrichtung wie beispielsweise die Psychiatrie überwiesen.
- BewohnerInnen, die aus eigenem Willen das Weglaufhaus verlassen wollen oder aus dem Weglaufhaus ausgeschlossen werden, bieten wir unsere Hilfe bei der Suche nach einer anderen Einrichtung an. Auch dies kann nur freiwillig geschehen. Wir könnten dann auf Wunsch beispielsweise Frauenhäuser oder Einrichtungen der Sozialpsychiatrie empfehlen und mit den entsprechenden Häusern Kontakt aufnehmen. Selbstverständlich wird im Weglaufhaus niemand gegen seinen/ihren Willen festgehalten, der/die in die Psychiatrie möchte.

Literatur und Anmerkungen

- 1 siehe S. 100
- 2 Haase, Hans-Joachim (1977). *Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten* (S. 410). Stuttgart: Schattauer.
- 3 Die Berliner Erfahrungen haben gezeigt, daß das drogenfreie Beispiel der psychiatrienerfahrenen MitarbeiterInnen und der länger dort wohnenden BewohnerInnen auch bei Menschen, die bisher davon überzeugt waren, nicht ohne Psychopharmaka leben zu können, einen Sinneswandel erzeugte.
- 4 Stöckle, Tina (1983). *Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern*. Frankfurt am Main: Extrabuchverlag. (vergriffen, Kopien erhältlich im Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag)
- 5 griechisch: Erlösung
- 6 Mittlerweile gibt es zu Soteria Kalifornien eine umfangreiche Literatur auch in deutscher Sprache. Der schwedische Molekularbiologe Lars Martensson beschreibt dieses Projekt in seinem Artikel 'Sollen Neuroleptika verboten werden?' in der Zeitschrift: *Die Irren-Offensive*, Nr. 3, 1987. Der Arzt Josef Zehentbauer erwähnt es in seinem ausgezeichneten Psychopharmakakompodium *Chemie für die Seele* (6. Aufl. Frankfurt am Main: Zweitausendeins, 1986). Einer der Hauptverantwortlichen von Soteria Kalifornien - der Psychiatrieprofessor Loren R. Mosher - ist mittlerweile mit zwei seiner Bücher ins Deutsche übersetzt: *Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis* (Bonn: Psychiatrie-Verl., 1992) sowie: *Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der Soteria*. (Bonn: Psychiatrie-Verl., 1994).
- 7 Breggin, Peter R. (1996). *Giftige Psychiatrie. Band 1* (S. 23 - 32). Heidelberg: Auer.
- 8 Sjoström, R. (1982). *Psykoterapi vid schizofreni - en retrospektiv studie*. (Psychotherapie der Schizophrenie. Eine retrospektive Studie. *Läkartidningen*, Band 79, S. 3183 - 3186.
- 9 Lehmann, Peter (1998). *Soteria und Empowerment. Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener*. Erweiterte Fassung des Vortrags 'Soteria-Ansatz in der Akutpsychiatrie aus der Sicht von Psychiatriebetroffenen'. Sonderdruck, 20 S. (erhältlich im Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag)
- 10 Kempker, Kerstin (1991). *Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- 11 Kempker, Kerstin (Hrsg.) (1998). *Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag; Lehmann, Peter (siehe Fußnote 9); Deissler, Klaus (1997). *Sich selbst erfinden?* Münster u.a.: Waxmann.
- 12 Die nächstgefährliche Substanzklasse nach den Neuroleptika sind die Antidepressiva. Eine Reihe Antidepressiva weisen eine enge chemische Verwandtheit mit den Neuroleptika auf.
- 13 Wer sich informieren will, was alles unter WissenschaftlerInnen möglich ist, der/dem empfehlen wir: Bultmann, Antje & Schmithals, Friedemann (Hrsg.) (1994). *Käufliche Wissenschaft*. München: Knauer.
- 14 Nachzulesen in: Langbein, Kurt u.a. (1981). *Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharmaindustrie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch. (vergriffen)

-
- 15 Literatur zum Thema: Zehentbauer, Josef (1995). *Chemie für die Seele*, 8. Aufl.; Lehmann, Peter (1993). *Der chemische Knebel*, 3. Aufl.; Lehmann, Peter (1996). *Schöne neue Psychiatrie. Band 1 und 2*, 1. Aufl.; Breggin, Peter R. (1996). *Giftige Psychiatrie. Band 1 und 2*; Lehmann, Peter (1998). *Psychopharmaka absetzen*.
- 16 siehe z.B. Ochsenknecht, Anna (1993). Die seelische Balance. Pflanzenheilkundliche Unterstützung bei psychischen Problemen und beim Psychopharmaka-Entzug. In K. Kempker & P. Lehmann (Hrsg.), *Statt Psychiatrie*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- 17 Mittlerweile wird diese Verschreibungspraxis sogar schon von PsychiaterInnen kritisiert, siehe z.B. Krause-Girth, Cornelia (1989). *Schein-Lösungen*. Bonn: Psychiatrie-Verl. (vergriffen)
- 18 siehe Lehmann, Peter (1993). *Der Chemische Knebel* (S. 276 - 282). Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag; Rufer, Marc (1988). *Irrsinn Psychiatrie. Psychisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens - ein Irrweg* (S. 99 - 110). Bern: Zytglogge; Rufer, Marc (1991). *Wer ist irr?* (S. 168 - 215). Gümlingen u.a.: Zytglogge.
- 19 Rainer Tölle schreibt in seinem Aufsatz 'Über den therapeutischen Umgang mit Neuroleptika' (In Hanns Hippus & H.E. Klein (Hrsg.) (1983), *Therapie mit Neuroleptika* (54 - 56). Erlangen): "Wenn zum Beispiel bei initialer Schizophrenie der Patient kein Krankheitsbewußtsein hat, und daher die Medikamente ablehnt, und insbesondere wenn er seiner Konflikte oder seiner pathologischen Erlebnisweisen wegen gesprächsbereit und kontaktbedürftig ist, soll die sofortige neuroleptische Behandlung nicht erzwungen werden."
- 20 Benedetti, Gaetano (1988). Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychosen. *Pro Mente Sana Aktuell*, Nr. 3.
- 21 Mazenauer, Beatrice (1984). Zur Zwangsbehandlung in der Anstaltspsychiatrie. Die gesellschaftliche Kontrolle über Irre und die Rolle der Ärzte. In Ralf Binswanger u.a., *Patient. Patientenrecht. Droit des patients - quel diagnostic?*
- 22 errechnet nach Schwabe/Paffrath (1993). *Arzneimittelindex* (S. 347).
- 23 Bruns, Georg (1993). *Ordnungsmacht Psychiatrie?* (S. 40). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- 24 Dieses Mißtrauen gegenüber Institutionen erstreckt sich beim obigen Personenkreis nur auf antipsychiatrische Projekte.
- 25 35 Jahre alt, verheiratet, ein Kind, Ortszuschlag Bochum
- 26 Die Berliner Erfahrungen haben gezeigt, daß das Haus nicht vom ersten Tag voll ist. Wird das Haus von Anfang an über Tagessätze finanziert, ist es daher wichtig für die ersten 6 Monate eine Anschubfinanzierung zu bekommen.
- 27 $915.572,44 \text{ DM} : 365 : 14 : 0,85 = 210,79 \text{ DM}$
- 28 Kempker, Kerstin (1998). *Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin: Peter-Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- 29 Vortrag bei der Jahresmitgliederversammlung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., September 1996 in Kassel

Kontaktadresse



WEGLAUFHAUS INITIATIVE RUHRGEBIET e.V.

c/o OASE - BUSCHEYPLATZ 3, 44 801 BOCHUM

MITGLIEDER DES BEIRATS: PROF. DR. WOLF CREFELD, BOCHUM; KLAUS NOUVERTNÉ, SOLINGEN

TELEFONKONTAKT:

0234 - 6405084

Regelmäßige Treffen finden jeden 1. Mittwoch im Monat ab 18.00 Uhr
in der OASE am Buscheyplatz (Haltestelle Ruhr-Universität) in Bochum statt.


XX

**Probleme mit Psychopharmaka, Psychiatrie,
Betreuung...?**

WIR bieten psychiatriekritische Beratung!

Jeden Dienstag von 18.00 - 20.00 Uhr

unter

 **0170 / 404 61 72**

XX

Stand: September 2000