

Herr Kollert

Hintergrundinformation

Der Interviewpartner (Herr Kollert) ist über 50 Jahre alt und arbeitet seit 19 Jahren im Sozialdienst einer Psychiatrischen Klinik ganztags in einem festen Anstellungsverhältnis.

Die Klinik ist in staatlicher Trägerschaft organisiert. Herr Kollert hat 15 KollegInnen, 10 davon sind weiblich. Sein direkter Vorgesetzter ist der Chefarzt.

Der formulierte Arbeitsauftrag kennzeichnet das Aufgabengebiet von Herrn Kollert in allgemeiner Form als „Sozialpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Patienten,„

Interviewkondensat: Interview mit Herr Kollert

... Können Sie sich an wiederkehrende Situationen in ihrem Arbeitsalltag erinnern erinnern, die kennzeichnend für den Arbeitsalltag sind, als Sozialarbeiter hier in der Psychiatrie?

5 Ha, des gibt 's natürlich schon, zum Beispiel so sozialrechtliche Dinge, das kann man natürlich schon als immer wiederkehrend ansehen. Net. Oder so Versicherungsverhältnisse klären, das gibt es natürlich schon.

Und wie erleben Sie sich in diesen

10 Ha, ich erlebe mich jetzt nicht so, dass ich das in einer Routine mache, weil ja auch der Mensch, der mir gegenüber sitzt ein anderer ist. Die Aufgabe an sich, die reine Aufgabe ist vielleicht mit Routine zu bewältigen, nur der Umgang mit dem Patient der, für den ich das mache, ist ja ein anderer. Und da möchte ich auch Wert darauf legen, dass jeder ein Individuum ist und auch auf eine besondere Behandlung Wert legt, auch als Mensch. Aber der Vorgang dann als solcher, so die Antragstellung und so was das ist ja natürlich immer gleich, das Formular ist ja das Gleiche,
15 und. Aber die zwischenmenschliche Beziehung ist natürlich immer eine Besondere, weil da keiner gleich ist ... Und das Besondere in der Arbeit in der Sozialpsychiatrie das sind eben die - jetzt sagen wir einmal - nicht so normal reagierenden Bürger, die wir hier als Patienten haben. Und das einfach ä Bissle eine Besonderheit ist des Umgangs - Und [wofür] Einer Erfahrung braucht einfach ... Und das Besondere in der Psychiatrie, das Besondere im Krankenhaus - so sollt' man das eigentlich aufziehen - ist natürlich, dass es Patienten sind. Und es dann bevorzugt um Versicherungsverhältnisse und solche Sachen geht: Krankenversicherung, Weiterversicherung und was da so noch in Frage käme, Reha. Bei uns da vielleicht noch Arbeitsförderungsgesetz und so was. Und das Besondere in der Psychiatrie ist eben, dass is eben ein besonderes Klientel ist, wo sich Wahn und Wirklichkeit dann noch ä Bissle vermischen.
20 Und das noch einmal einen besonderen Umgang erfordert.

... Was macht die Arbeit für Sie lohnend und reizvoll?

Ha dadurch, dass es so, doch auch ganz konkrete Dinge sind, die man regeln kann. Wie gesagt, die Versicherungsverhältnisse herstellen, finanzielle Absicherung, Ansprüche an irgendwelche Kostenträger sicherstellen, ist es natürlich auch - wenn man einmal sagen wir einmal davon
30 absieht, dass ein Patient immer ganz gesund sein soll - doch von einem gewissen Erfolg gekrönt, wenn man dann einen entsprechend positiven Bescheid bekommt. Dann wenn man, sagen wir einmal eine Umschulung gemacht hat und der Patient wieder zurechtkommt. Und da haben wir ja viele Möglichkeiten, denk' ich mir, vielleicht mehr wie Psychotherapeuten oder Psychologen, so direkt überprüfbar, ob das Sinn macht, was wir machen oder nicht ... Auch die Zusammenarbeit der Patienten zum Sozialarbeiter ist insgesamt die Beste in der Psychiatrie. Weil beim Pflegepersonal ist man oft zu dicht dran. Die wollen natürlich auch unter Umständen, dass man Medikamente nimmt, die man gar nicht so will. Der Psychologe meint dann, er müsste immer irgend etwas aufdecken in seinen Gesprächen, was man nicht so will. Und der Patient dann sagt: „Was soll denn das? Wo führt denn das hin?“ Aber zum Sozialarbeiter kommt er
40 dann immer ganz gern, weil der etwas zufriedenstellt, was er natürlich auch will. Und insofern müssen wir eigentlich so gut wie nie gegen den Patienten handeln. Wir können natürlich Manches nicht so verwirklichen, wie es der Patient will. Worauf er natürlich auch mit Unzufriedenheit reagiert. Aber im Großen und Ganzen ist das eigentlich eine zufriedenstellende Arbeit. Und sie findet auch immer mehr Anerkennung, das muss man auch sagen. Früher waren wir ja so ä Bissle Handlanger der Medizin, aber aus dem Schatten ist man längst raus. Wir gestalten konstruktiv mit, auch bei Planungen. Es gibt praktisch nichts, was nicht ohne uns geplant würde und ohne uns stattfinden würde.

Was belastet oder bedrückt Sie in Ihrer Arbeit?

50 Ha, belastend ist natürlich schon, sagen wir einmal, bestimmte Lebensumstände, in denen man manche Leute vorfindet. Es hat zum Beispiel der depressive Patient eine, kann einen manchmal

eine Trostlosigkeit auch angehen, die zum Himmel schreit. Das ist natürlich schon irgendwo belastend. Oder suizidale Leute oder sogar einen Suizid, wenn dann jemand sich umgebracht hat. Oder wenn einfach solche schwierige familiäre Verhältnisse sind, dass es nicht zum Aushalten ist, also da gibt es natürlich genügend. Es brandet einen dann natürlich auch das ganze Elend der Gesellschaft an, in der Psychiatrie: Obdachlosigkeit, Drogenabhängigkeit und das kann einen natürlich schon auch belasten ... Im Laufe der Zeit bekommt man natürlich eine gewisse Berufsroutine, wobei man da auch immer aufpassen muss, dass man da nicht gefühlsmäßig erkaltet, sondern auch immer noch am Patient dran ist. Ä Bissle belasten tut 's ein natürlich schon auch. Sonst wäre es ja auch unnatürlich ... Was natürlich auch belastet, ist, sagen wir einmal unmotivierte Mitarbeiter in irgendwelche andere Bereiche, auf die man dann angewiesen wäre. Das fängt bei uns im Haus an und geht natürlich weiter bei irgendwelche Ämter. Wenn man da etwas schön regeln könnte und der hat einfach keine Lust, macht 's nicht oder lässt es liegen ...

Was für ein Mensch muss man sein, um diese Arbeit zu mögen?

Ha, ich denk', man muss ä Bissle ein Faible haben auch für Skurriles. Das ist sicherlich notwendig für die Psychiatrie. Man muss nicht gerade selber psychisch krank sein, aber man muss zumindest so geartet sein, dass man da vielleicht ein Verständnis dafür hat. Man muss vielleicht nahe dran sein. Wobei dann aber auch die Gefahr besteht, dass man sich dann reinziehen lässt. Das sind die zwei Extreme, man ist zu nah dran (unverständlich), dass man sich sozusagen bei jedem Konflikt mit seiner ganzen Gefühlswelt mit [beteiligt ist] oder man ist zu weit weg und es ist einem gleichgültig. Und da muss man halt irgendwie, denke ich, das richtige Maß finden ... Es ist Beruf, es ist nicht privat, das muss man auch ganz klar unterscheiden. Aber Beruf bedeutet natürlich auch Engagement, und das ist die Kunst, denke ich. Auch so eine Kunst, sagen wir einmal, richtig ein- und auszuatmen. Wenn ich richtig hier bin, dann arbeite ich richtig; und wenn ich dann um fünf rausgehe, dann höre ich auf. Das muss man natürlich auch können, gell. Weil Vieles schleppt man natürlich, gerade bei solche, in solche Berufe und so soziale Berufe, schleppt man dann natürlich so in den Feierabend mit und schläft dann mehr oder weniger damit ein. Morgens wacht man dann wieder damit auf. Ich denke, da tut man der Sache keinen Dienst. Sondern lieber z.B. richtig acht Stunden konzentriert arbeiten und dann aber wieder loslassen und dann wieder richtig konzentriert arbeiten. Das schafft einfach einen gesunden Ein- und Ausatemprozess, der mich sicher zufriedener stellt, wie wenn ich so ein halbes Berufsasthma mit mir rumtrage ...

Matrix 1: Helfer - Kontrolleur

... *Finanzielle Hilfen* ... da würde ich mich in etwa in der Mitte eher hilfreich, einordnen. Wenn [ich] natürlich auch was finanzielle Hilfen angeht, ja auch gegenüber Kostenträgern Rechenschaft ablegen muss. Und ich ja auch mit Recht sag', also wenn jemand einen Anspruch auf was hat, dann hat er natürlich auch eine Leistung dazu zu erbringen. Das ist ja unser ganzes gesellschaftliches Leben so. Net. Ich unterstütze Patienten nicht, die sagen wir einmal, bloß versorgt werden wollen, aber nichts dafür tun. Insofern finde ich mich da sowohl als Kontrolleur wie als Helfer. In erster Linie natürlich als Helfer, aber ich denke, ich bin auch kein guter Helfer, wenn ich die Realität außer Acht lass. Das ist einfach eine Gegebenheit, dass jeder seiner Art gemäß auch etwas dazu zu bringen hat. Und wenn ich eine Rehamasnahme beantrag', dann muss der Patient die Rehamasnahme auch machen wollen ... *Umgang mit Krankheit* ... (eher hilfreich) Was er halt tun kann, wie er damit umgeht. Da muss ich natürlich auch sagen, zunächst bin ich natürlich nur Helfer. Nur, wenn ich merke, das fällt gar nicht auf einen fruchtbaren Boden, insofern kontrolliere ich es natürlich auch in einer gewissen Weise, net? Was ich sage. Also wenn ich jetzt zu jemand sag': „Also Sie sind sicherlich zu eingeschränkt in Ihrem ganzen Betätigungsfeld. Versuchen Sie doch einmal ä Bissle mehr zu machen oder so. Je mehr Sie sich entfalten, desto mehr bekommen Sie natürlich ja auch psychische Bereiche unter Kontrolle bei sich, die es ihnen leichter machen, mit solchen psychischen Erkrankungen fertig

zu werden.“ Und so was. Und ich merke der Patient macht halt nichts, was ich ihm vorschlage. Dann ändere ich entweder die Strategie oder ich werde mein Engagement ä Bissle zurückschrauben. Und insofern kontrolliere ich natürlich da auch ... Früher war es ja so, dass man immer so beklagt hat die alte Fürsorgermentalität, die sozusagen alles für den Patient gemacht hat, net? Von der will man ja auch wegkommen. D.h. es bleibt mir gar nichts anderes übrig als auch die Kontrolleursfunktion zu übernehmen und zu überprüfen was fällt jetzt da auf fruchtbaren Boden und was nicht ... Das ist natürlich auch ein sinnvolles Haushalten mit seinen Kapazitäten. Und da findet man ja auch in unserem Arbeitsfeld zwei Typen, will ich einmal sagen ä Bissle, sagen wir, demonstrativ dargestellt: der Eine, der sozusagen ständig sich um sich kümmert. Ist es ihm ja nicht zu viel? Sozusagen immer auf's Minimum reduziert, was er machen muss. Und der Andere, der sich sozusagen ständig verausgabt, weil er sich ja in jede Nebensächlichkeit reinkniet, ohne zu überprüfen, macht das eigentlich Sinn, was er da macht ... Und das sinnvolle Arbeiten ist natürlich da insofern immer das überprüfende Arbeiten: Macht das Sinn, was ich da mache, oder muss ich meine Strategie ändern? ... *Arbeitshilfen* ... Das fängt an bei einem Arbeitsversuch, den hier in der Klinik jemand machen kann, bis hin zur Ausweitung dieser Arbeitsbereiche, z.B. die X. hat ja da jetzt so einen Verkaufsbereich, Verkaufskantine für Personal. Den wir ja deswegen für uns übernehmen wollten, damit dort Patienten auch arbeiten können. Und das, da bekommt es auch eine politische Dimension. Dass man unter Umständen sogar beim Krankenhausausschuss oder beim Gesundheits- bzw. Wirtschaftsreferat durchsetzen muss, dass wir das behalten können, dass das nicht privatisiert wird ... Bis hin zur Vermittlung an den Arbeitsplatz, einfach auch, oder Vermittlung von Arbeitsplätzen. Das ist ja natürlich nicht so üppig. Aber auch da bin ich natürlich. Ich kann mich natürlich nicht nur in einer Helferrolle sehen, nicht wahr. Auch da hat es natürlich immer eine gewisse Kontrolleursfunktion. Aber ich werde auch ... natürlich, kann ich mir überhaupt keine Tätigkeit vorstellen, wo ich nur als Kontrolleur arbeite. Da wäre ich ja nur der Verwaltungsmann, gell, der sagt: „Läuft das oder läuft das nicht?“ Sondern mir ist natürlich schon der Patient immer wichtig ... Also nur, dass das Helfen vielleicht gering überwiegt, aber das Kontrollieren immer dabei ist ... Es könnte natürlich sein, dass jetzt z.B. jemand, die finanzielle Ausgaben, das Taschengeld z.B. kontrollieren muss von einem Patient, der gar nicht bereit ist auf meine Helferfunktion überhaupt einzugehen, der sagt: „I will am Tag vier fuchzig, aus fertig!“ Insofern wäre es natürlich eine reine Kontrolleursfunktion ... Jetzt machen wir mal [den Punkt] *Sozialhilfe*: auch Kontrolleur ... und dann Ansprüche, da eher Helfer ...

Matrix 2: Hilflös - Hilfreich

(6s) mhm. Also das ist natürlich auch mit so ein, hilfreich und hilflos ist natürlich auch eine Frage, wie ich meine Arbeit definiere ... Wenn ich jetzt sage, ich will, dass der gesund ist. Ha, no würde ich auch eher als hilfloser Helfer einordnen. Wenn ich aber sag', ich will, dass der gewisse Ansprüche wahrnimmt und, dass der, sagen wir einmal, eine gewisse Steigerung seiner Fähigkeiten entwickelt, oder so. Dann fühle ich mich eigentlich nicht hilflos: „Irgendwas krieg' i no scho emmer raus!“. Und wenn gar nichts ist: „hanno muss i me au net' damit beschäftige!“ [„Na dann muss ich mich auch nicht damit beschäftigen!“ (M.H.)]. Wenn jemand mit mir gar nichts zu tun haben will, und auch gar nicht darauf eingehen will. In dem Fall wäre ich ja dann hilflos, weil ich dann immer was versuchen würde, was natürlich gar nicht fruchtet. Aber das muss ich einfach nicht ... Es gibt natürlich immer wieder Situationen, wo der Anspruch höher ist als das, was nachher umgesetzt werden kann. Das ist ja auch normal, man muss ja auch den Anspruch immer ein Bissle höher setzen und nicht niederer. Und da würde das natürlich auch dazwischen drin irgendwie schwanken. Wobei einfach bei viele, bei viele Arbeiten, wenn man jetzt wieder die Bereiche finanzielle Hilfen oder Umgang mit Krankheiten oder so etwas nimmt, uns schon ziemlich bei den hilfreichen Helfern ansiedeln würde. Während jemand anderes, der sagt: „Der muss halt gesund sein“, der würde sagen: „Da seid doch ihr hilflos.“ Aber wenn ich sage: „Also der entwickelt ein gewisses Talent bei uns. Der weiss seine Ansprüche zu nützen,

die haben wir für ihn durchgesetzt.“ Dann ist das dann kein Bissle hilflos ... *Vermittlung in Reha*
 ... Dann tun wir es einmal hier ansiedeln (eher hilfreich) (4s) Da kommt es schon häufig vor, dass
 wir die Kosten beantragt haben, alles ist klar, die Einrichtung ist gesucht - und der Patient hat
 dann keine Lust mehr. Das gibt es natürlich schon. Aber auch da, gell: Definiere ich das
 155 sozusagen als Erfolg, wenn er dann dort ist? Oder definiere ich das als Erfolg, wenn ich für ihn
 alles gemacht hab'? Das ist natürlich ein wesentlicher Unterschied. Und in den 19 Jahren, in
 denen ich hier bin, habe ich deswegen eigentlich wenig Frustrationen, weil ich es eigentlich
 immer von mir aus definiere. Habe ich es richtig gemacht? Hab' ich alle Informationen ihm
 160 zukommen lassen? Und das Andere ist ja eigentlich ein Entscheidungsprozess, den er (betont)
 zu fällen hat. Und wenn er kurzfristig abhaut, dann hat er es zu verantworten. Wenn er aber
 nicht in die Reha geht, weil ich ihm die Sachen nicht auf den Weg gebracht hab, dann bin ich
 schuld, net? Und dann wäre eine Frustration natürlich berechtigt an mir, net? Und dann muss
 ich sagen, da muss ich besser werden. Ich muss besser wissen, wo ich was, wie beantrag'. Das
 kann ich nicht auf den Patienten schieben. Aber wenn es von mir her in Ordnung ist, fühle ich
 165 mich nicht hilflos. Und das habe ich gemacht und das andere ist eine Entscheidung vom Patient
 ... *Schuldenregulierung* (eher hilfreich) könnten wir vielleicht auch noch mit hineinnehmen. (8s)
 Fühlt sich der Patient zufrieden mit der Schuldenregulierung, z.B., da kann ich ja auch nur das
 machen, was irgendwie von den äußeren Umständen her machbar ist ... Da ist es manchmal
 auch schwierig, muss ich sagen, was Zufriedenstellendes hinzubekommen. Das hängt natürlich
 170 auch a Bissle von der Summe ab. Ich meine irgendwie unter Kontrolle bekommt man es. Ob er
 gut oder schlecht damit lebt, ist natürlich noch einmal ein anderes Problem, gell. Jedenfalls man
 hat einmal eine gewisse Übersicht. Und vielleicht schafft man es ja auch, das dann auf eine
 Bank zu transferieren ... Wenn ich mich auf das beschränke, frage: „Habe ich da mein
 Möglichstes getan und liegt das, was jetzt da dann nicht mehr funktioniert, an der Bank?“, dann
 175 bin ich auch zufrieden. Aber wenn ich es gar nicht bis zu der Bank bring', dann bin ich natürlich
 auch mitverantwortlich und nicht zufrieden damit ... *Vermittlung von Alterspflegeheime*, das
 wäre vielleicht auch noch etwas, wo wir uns ziemlich hilflos fühlen. Das könne wir nehmen.
 Jetzt machen wir einmal da ein Kreuz (eher hilfloser Helfer). Weil da gibt es einfach nicht viele
 Einrichtungen. Und da kann man einfach nicht sagen, da sind wir zufrieden mit, wie wir das
 180 lösen, gell. Da nimmt man halt einfach eins und vielleicht könnte man sich da auch noch ä
 Bissle mehr anstrengen. Vielleicht noch mehr Familienpflege. Irgendwelche pfiffigere
 Lösungen sich da einfallen lässt. Und da sind wir auch ä Bissle im Druck hier.
 ... *Matrix 3: Entscheidungsspielräume*
 ... Dann nehmen wir doch einmal die Planung, die *Zukunftsplanung für die Patienten* nach der
 185 Entlassung ... das würde ich auch wieder in diesem Bereich da ansiedeln (eher hoch). Also die,
 wie gesagt, die Position von uns ist eher sich, da dran sich auszuweiten, dass man doch mehr
 Einfluss bekommt. Früher war 's einfach so, dass der Arzt im Mittelpunkt stand, Psychologen,
 Sozialarbeiter, Pflegedienst, Ergotherapeuten. Das war alles so, Krankengymnasten, das war
 alles so Zuarbeit. Und jetzt verschiebt sich das schon immer mehr zu so einem Teamgeist. Und
 190 die Psychiatriepersonalverordnung gibt das ja auch so vor. Sie gibt zwar immer noch die
 Hauptverantwortung in die Hände des Arztes, aber der Teamgeist wird da doch auch stark
 betont, und so erleben wir es auch. Und insofern sind wir bei solchen Sachen natürlich mit
 beteiligt ... Wir sind ja auch hier immer bei einer Visite dabei, einmal in der Woche bei einer
 Fallübergabe. Und es liegt natürlich ä Bissle am Einzelnen, wie er sich einbringt. Man muss
 195 natürlich auch - das ist ganz klar - auch fachlich überzeugen. Sie können nicht nur sagen: „I will
 mitschwätze, aber eigentlich weiss ich auch nichts“ (lacht). Sondern man muss natürlich dann
 auch etwas zu bieten haben. Und der Sozialarbeiter, der sich gut auskennt und sagt, da gibt es
 das und da gibt es das, der wird natürlich anders zufrieden sein, was seinen
 Entscheidungsspielraum angeht als einer der sagt: „Ihr müsst auf mich hören!“ ... Ich denke, das
 200 löst sich eigentlich, wenn man konstruktive Mitarbeiter hat, immer da drin auf, dass man den

Patienten in den Mittelpunkt stellt und sagt: „So, wir bieten an: der Arzt hat die und die
 Fachkompetenz, wir haben die, der Psychologe die, wir bieten ihnen das, jetzt!“ Weil
 entscheiden sollten wir möglichst nicht, entscheiden soll ja der Patient, gell. Und über's
 Anbieten muss man sich ja nicht ins Gehege kommen. Das klingt jetzt zwar einfacher, wie es
 205 dann nachher in der Wirklichkeit ist (lacht). Aber das Prinzip sollte eigentlich so sein. Die
 Schwierigkeiten, diese Entscheidungsspielräume auszunutzen, entstehen ja immer da, wo man
 in einen Entscheidungsbereich reingerät, gell, für andere. Und das sollte man nicht, denke ich.
 Ich kann für mich entscheiden, wie ich mit dem Patient umgehe. Aber ich kann nicht für den
 Patient entscheiden, was er zu machen hat. Weder der Arzt noch wir ... *die Planung im Haus,*
 210 *die konzeptionelle Arbeit* ... da hat natürlich das letzte Wort, von der alten hierarchischen
 Struktur her gesehen, natürlich der Krankenhausdirektor, der über denen ja steht. Und unter dem
 Krankenhausdirektor gibt es drei Bereiche: Verwaltung, Pflege und ärztlicher Dienst. Und wir
 unterstehen praktisch der Verwaltung einerseits und dem ärztlichen Direktor andererseits ... und
 also die (zögernd) Entscheidungskompetenz von uns in solchen Planungen nimmt zu. Das ist gar
 215 keine Frage. Früher waren wir gar nicht dabei und jetzt gibt es fast keine Arbeitsgruppe, wo wir
 nicht dabei wären. Und insofern würde ich das als hoch ansehen. Es ist noch nicht so optimal,
 aber, also wie gesagt, da könne wir genau so intern und extern nehmen. Weil es ja auch eine
 politische Planung gibt. Und da ist es bei beide stark im Zunehmen. Und da muss man natürlich
 auch mit Fachkompetenz auch überzeugen ... Wenn Fachkompetenz da ist und Geduld, dann
 220 werden sie sich mit Sicherheit über kurz oder lang ein Standbein, sei es Planung oder
 Klientenarbeit, ausbauen, das ist einfach. Und wenn Fachkompetenz nicht da ist, dann ist klar,
 dann gibt es halt so a Bissle a beleidigtsein: „Der hat mich zu berücksichtigen!“ Aber das
 funktioniert nie. Man wird berücksichtigt, wenn man weiss, der weiss einfach was oder den
 braucht man da dazu. Und nicht, weil der es sozusagen einfordert.
 225 ... *Was ist für Sie Erfolg? Woran machen Sie fest, dass Sie erfolgreich waren - natürlich immer
 im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten?*
 Ja, das ist jetzt wirklich schwierig zu sagen. Also einmal kann ich das natürlich an der
 Zufriedenheit des Patienten fest machen, an der Zufriedenheit der Mitarbeiter auch. Natürlich
 haben die auch den Eindruck: Habe ich das auch alles gut gemacht? Und dann muss ich
 230 natürlich schon auch immer vor meinem eigenen inneren Tribunal noch einmal bestehen lassen.
 Denn; da dazu muss man eine gewisse Objektivität haben auch. Habe ich jetzt da wirklich auch
 alles gemacht? Und da gehört Selbstreflexion dazu, vielleicht auch ein Austausch mit anderen ...
 wie ich vorher sagte mit der Rehamaßnahme. Es kann jemand, zufällig sozusagen, gerade
 jemand mit wenig Engagement, dort hinbringen, wo der dann auch bleibt. Und er rechnet sich
 235 das als großen Erfolg an. Und ein anderer kniet sich rein, schreibt Sozialberichte, bringt wer
 weiss was zustande. Aber der Patient geht nicht hin. Und dem würde man dann sozusagen
 absolute Erfolglosigkeit bescheinigen, obwohl der mit aller seiner Kompetenz, das nach allen
 Regeln der Kunst geregelt hat und doch nicht zum Erfolg kam. Und das muss man
 unterscheiden, denke ich. Natürlich entwickelt man mit der Zeit auch ein gewisses Gespür dafür
 240 - wie ich vorher sagte: mit wem setze ich mich denn wie ein. Dass ich natürlich nicht alles
 Mögliche in Bewegung setze, wenn ich vom Ansatz her merke, der ist vielleicht gar nicht so
 geneigt. Sondern man sagt, man macht einmal ein Probewohnen oder so was, da gibt es
 natürlich auch Stufen. Das zeichnet natürlich den Profi auch aus, dass er da a Bissle Gespür hat:
 wie könnte sich denn wo, was entwickeln, gell. Und darin habe ich natürlich auch eine gewisse
 245 Rückmeldung. Aber wie gesagt, man kann nicht immer bloß vom Erfolg, weil das ja letztlich -
 wenn man es auf den Patient bezieht - auch vom Patient selber abhängt. Wenn jemand, der sich
 sehr einsetzt und gut arbeitet, dann trotzdem erfolglos, wenn es halt ein Patient nicht will. Aber
 wenn man es nachher überprüft, muss man sagen: „Der hat sein Möglichstes getan - und fertig!“
 ... *Inwiefern fördern oder unterstützen die institutionellen Rahmenbedingungen Ihr Bemühen um
 250 Erfolg und Qualität?*

Also das nimmt einerseits etwas zu. Das Interesse an Qualität und andererseits, sind auch, sagen wir einmal, auch ständig Veränderungen, auch in der politischen Landschaft dann auch eher dazu angetan, immer wieder alles aufzuwühlen. Und einfach auch gar keine richtige Qualität, die einmal so einen gewissen Standard hat, auch entwickeln zu lassen. Wenn immer wieder was
 255 Neues kommt, immer wieder was Anderes, also was ich vorher da sagte, mit der Leitungsfunktion, dass ich immer irgendwie um Stellen kämpfen muss. Dann kann man da nie so ein richtiges Konzept erarbeiten: Wer arbeitet wo wie? Wenn ich jedesmal fürchten muss, jetzt ist wieder eine halbe Stelle weg. (unverständlich) Das sind natürlich, das ist beides in unserer Zeit so. Auf der einen Seite ist immer diese Offenheit da, in der Psychiatrie, Interesse an
 260 der Psychiatrie. Wir haben auch eine Beschwerdestelle - wo ich beteiligt bin - wo man so rückmeldet und so. Was ich sehr fortschrittlich finde. Und gut, das hat es früher auch nicht so gegeben und auch eine Offenheit da ist für diese Beschwerdestelle, in den Arbeitsgremien auch anerkannt ist. Und auch im Haus man durchaus auch mit bestimmte Sachen überzeugen kann. Aber auf der anderen Seite ist diese ewige Einsparung natürlich auch. Und dieses hektische
 265 Reagieren auf alles, natürlich gell. Dann ist irgendwo was, dann muss gleich das ganze Krankenhaus umorganisiert werden. So das ist natürlich auch manchmal bei der Qualität eher hinderlich. Weil man ja auch einfach eine gewisse Planungsrufe braucht, oder.

Ja und nun die andere Frage: Inwiefern behindern oder erschweren die institutionellen Rahmenbedingungen Ihr Bemühen um Erfolg und Qualität?

270 Ha, behindern tun sie ganz klar, wenn nur das Betriebswirtschaftliche in den Vordergrund gestellt wird. Das ist klar, dann behindert es auch. Aber so wie man sagen kann, dass in jedem Böses Gutes sozusagen auch immanent ist und umgekehrt. Ist es natürlich da auch. Wenn ich betriebswirtschaftlich denken muss, muss ich mir auch einfach auch Gedanken darüber machen, über das, was ich mache. Und das kann natürlich auch zu einer Qualitätsverbesserung führen.
 275 Und ich rate auch immer den Sozialarbeitern, sich auch möglichst das betriebswirtschaftliche Denken sich auch zu nutze zu machen. Nicht zu eigen zu machen, sondern sich zu nutze zu machen, auch. Denn wenn ich jetzt rüber gehe, auf die Verwaltung und will eine halbe Stelle aushandeln. Net, gerade angenommen für diese Verkaufskantine, oder so was. Dann kann ich net kommen und sagen: „Des wär doch nett.“ Sondern da muss ich natürlich auch sagen: „Das
 280 kostet 30000 Euro, das Ding. Wir erhöhen die Preise um 10% oder was weiss ich was. Dann bekommen wir 60 rein, dann renovieren wir noch oder irgendwie so was, net. Und das ist, das überzeugt den Betriebswirt natürlich, alles andere net.“ Aber meine Ambition ist ja nicht betriebswirtschaftlich dieses Ding zu führen, sondern es für Klienten oder Patienten nutzbar zu machen. Und dann benütze ich das Betriebswirtschaftliche, um das durchzusetzen. Und da muss
 285 man aufpassen, dass das nicht kippt, dass ich nicht auf einmal bloß noch betriebswirtschaftlich denke. Und dann interessiert mich der Patient gar nicht mehr, Hauptsache, der Laden läuft. Und dann werde ich halt, der Laden muss laufen, damit Patienten da einen Arbeitsversuch machen können, aber nicht umgekehrt. Und dann finde ich kann man immer noch das Optimale rausholen damit.

290 *Ja. Können Sie sich vorstellen etwas daran zu verändern, an der Behinderung*

Ha, das tun wir ja ständig, das tun wir intern wie extern. Intern mit Arbeitsgruppen hier, wo man versucht der Verwaltung verschiedene Sachen klar zu machen, auch. Sagen wir einmal auch gewisse Sachzwänge, denen wir unterliegen. Und extern im Arbeitskreis Psychiatrie, wo auch Stadträte dabei sind ... wo man auch bestimmte Sachen machen kann, wo man Gehör findet. Ich
 295 meine die Anfangseuphorie ist natürlich raus. Es gab ja einmal so eine Zeit, nach der Psychiatrie Enquete ... Da war noch ein Schwung da, gell. Der ist a Bissle weg. Jetzt weicht es natürlich auch der Realität; und da muss man aufpassen. Dass man da nicht resigniert und bloß noch Alltagsgeschäft macht. Sondern, dass man auch trotzdem noch probiert, vielleicht auch kleinere Projekte, aber das man doch noch Projekte einmal macht. Das ist schon momentan die Situation.
 300 Und Sie glauben nicht, gerade die Verkaufskantine, wie mühevoll das ist. Und jeder jetzt seine

Bedenken einbringt, gell. Wegen so einem blöden Projekt da! Also, also das hätten wir vor ein paar Jahren noch mit mehr Begeisterung da gemacht ... Ich weiss nicht, ob das nicht vorher bloß so ein Strohfeuer war, von dem man sich hat blenden lassen. Ob es wirklich was war oder ob man bloß gemeint hat: „Ha toll!“. Gell. Ich meine, es war mehr Geld da, vielleicht noch.

305 Immerhin die Sozialpsychiatrischen Dienste sind ja entstanden und Wohngruppenverbund. Da war vielleicht schon was da. Und das wird jetzt schon mühevoller, das merkt man schon. Aber vielleicht bekommt es dadurch mehr Solidität ... Und ich überprüfe mich natürlich schon auf meine Ernsthaftigkeit, ob das auch so eine fixe Idee ist oder ob ich es wirklich ernst meine. Und merkwürdigerweise tun sich dann doch immer wieder Wege auf ... Und dann bin ich überzeugt,

310 dass bestimmte Sachen einfach sein sollen auch, net. Und dann setzten sie sich dann doch durch. Und dann hat man da auch etwas, was auch gut fundiert ist, net. Das hält dann auch einigen Stürmen stand, was sozusagen sich so über diese Anfangsschwierigkeiten sich so wegarbeiten musste, gell. Das hat natürlich so eine andere Spannkraft wie so etwas, was so arg schnell gleich entstehen durft', gell ...

315 ... *Sie haben gesagt, sehr wichtig ist, auf die Frage inwiefern habe ich Entscheidungskompetenz, inwiefern kann ich mitreden und auch mitbestimmen, ist die fachliche Kompetenz von Sozialarbeiter und auch Sozialpädagogen. Wie sehen Sie da den Weg zu einer fachlichen Kompetenz, wie ist diese zu erlangen, bringen das die Mitarbeiter vom Studium her schon mit oder?*

320 Ha, es ist eine sehr persönliche Sache, das muss ich Ihnen grad sagen. Also wenn ich jemand aussuche, auch fürs Praktikum, entscheide ich eigentlich nach der Interessenlage. D.h. ich muss einfach bei jemand spüren, ist der interessiert an dem Bereich. Nicht so sehr was mitbringt, denn das ist bei einem interessierten Mitarbeiter schnell nachgeholt, aber [nicht] bei einem desinteressierten, der viel weiss. Den bringe ich niemals auf den Stand, gell. Weil der immer auf

325 seinem Niveau bleibt. Und deswegen halte ich es eigentlich für das Wesentlichere, ein richtiges Interesse. Und nicht so ein überheblicher Standpunkt. Das man sagt: die Betriebswirte sind doch alle blöd, wir Sozialarbeiter sind 's. Ich muss einfach auch würdigen, dass die auch was machen. Ich muss versuchen, mich in die reinzudenken. Dann bringe ich schon was zuwege und damit überzeuge ich auch. So die etwas kindliche Trotzhaltung, wenn ich sag': „So ihr müsst mich

330 respektieren, weil ich Sozialarbeiter bin oder eine Urkunde hab“, das ist ja lachhaft. Sondern ich muss wissen, wie die Zusammenhänge sind, ich muss bereit sein, mich einzuarbeiten. Ich muss auch bereit sein zunächst zurückzustecken, bis ich die Gegebenheiten kenne. Und dann baut sich das dann schon aus, gell. Wenn da jemand die Bereitschaft mitbringt. Natürlich ist es dann auch gut, wenn er an der Fachhochschule studiert hat, wenn er noch a Bissle

335 Betriebswirtschaft dort mitgelernt hat, dann ist das sicher auch kein Fehler. Besser jedenfalls für unseren Bereich als wie wenn er alle möglichen psychotherapeutischen Methoden durch hätte, weil die sind jetzt bei uns in der Akutpsychiatrie nicht so gefragt, net. Und das nützt auch dem Patient nicht viel, gell, weil er ja doch viel zu kurz da ist. Da sind doch eher so handfeste Sachen gefragt, wie Arbeitsversuche und - möglichkeiten, und wo und wie. Auch Arbeitsrecht

340 und solche Sachen ...