2 2010
Mai
Juni
Juli
28. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Sozialraumorientierung

Die Einsicht, dass Menschen in sozialen Räumen leben und die Arbeit mit psychisch Kranken auch diese Räume im Blick haben muss, ist nicht neu. Aber es gibt unentdeckte Dimensionen, wie dieser Gedanke in der sozialen Arbeit umgesetzt werden kann.

Wie lässt sich ein sozialer Raum bestimmen? Wie könnte eine konsequente territoriale Orientierung in der sozialen Arbeit aussehen? Was würde sie für die einzelnen Personen und für die verantwortlichen Institutionen bedeuten?

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke**
Oder: die Wiederentdeckung des Sozialraumes durch die Gemeindepsychiatrie
Reinhard Peukert, Seite 4

■ **Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft**
Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen
Dirk Richter, Seite 8

■ **Rehabilitation im Zeitalter von Inklusion**
Albrecht Rohrmann, Seite 11

■ **Sozialräumliche Erziehungshilfen**
Ein Erfahrungsbericht über den Wandel von Konzept und Finanzierung
Klaus Meier, Regina Weißenstein, Seite 14

■ **Die Finanzierung lebensfeldorientierter und personenzentrierter Hilfen aus einem Regionalbudget**
Ein Bericht über den Fortgang in Rostock
Ingmar Steinhart, Seite 16

■ **Sozialraumbezogene Steuerung in der Psychiatrie aus der Sicht der Krankenkassen**
Christiane Roick, Seite 19

■ **Sozialräumliche Orientierung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen**
Die Sicht eines Erfahrenen
Ingo Ulzhöfer, Seite 22

■ **Sozialraumorientierte Werkstattarbeit**
Das Bamberger Modell gemeindenaher Arbeitsplätze
Gudrun Cyprian, Seite 24

■ **Persönliche Zukunftsplanung**
Personenzentriertes und sozialraumorientiertes Denken, Planen und Handeln
Stefan Doose, Seite 26

29 Spectrum

■ **Zwischen Autowerkstatt und Sternenhimmel**
Zur Sprache in der Psychiatrie
Michaela de Groot, Seite 29

■ **„Ich wurde von jedem überstimmt"**
Eine Evaluation der personenzentrierten Hilfe
Jasna Russo, Seite 30

■ **Die zwei Gesichter der Arbeit**
Karsten Groth, Seite 33

■ **Bevor es zu spät ist**
Ambulante Krisenversorgung in München und Nürnberg
Michael Welschehold-Grefe, Ralph Bohnert, Seite 35

38 Nachrichten

42 Termine

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

das Postulat „Sozialraumorientierung!“ ist Ihnen sicherlich auch schon entgegengekommen und vermutlich haben Sie sich auch schon gefragt, ob das mehr ist als ein neues, modisches Schlagwort. Angetreten sind wir doch immer schon als „soziale“ Psychiatrie, haben uns zwischenzeitlich von der „gemeindenahen“ zur „Gemeindepsychiatrie“ entwickelt – gibt es da für uns noch neue Dimensionen in der Berücksichtigung des Sozialen oder ist das bloß alter Wein in neuen Schläuchen? Das vorliegende Heft soll einen Beitrag leisten zu dieser Klärung.

Was sofort auffällt, wenn man sich in der Fülle der Veröffentlichungen zum Thema zu orientieren versucht: der Begriff der Sozialraumorientierung ist außerordentlich schillernd, verschiedene Autoren meinen damit ganz Unterschiedliches. Das beginnt schon damit, dass „Raum“ dabei teils buchstäblich geografisch identifizierbar verstanden wird, teils aber auch als Metapher für Beziehungsnetzwerke.

In einem weiteren Sinne bezeichnet Sozialraumorientierung einen Paradigmenwechsel hin zu einer territorialen Orientierung in der Sozialen Arbeit: vom Fall zum Feld, von der Spezialisierung zur Regionalisierung sozialer Dienste, von der institutionellen Paketlösung zum Aufbau personenbezogener Unterstützungsnetzwerke. Verschiedene Ebenen sind auseinander zu halten:

- die Perspektive des Individuums, das sich in einem sozialen Raum bewegt und ein Netzwerk von Kontakten um sich herum spinnt,
- die Perspektive von Organisationen, die soziale Räume mit Leistungen versorgen und/oder deren Ressourcen nutzen wollen,
- die Perspektive der Steuerung dieses Geschehens und
- der Blick auf das soziale Geschehen in einem definierten Raum als Selbstorganisationsprozess, der von Inklusions- und Exklusionsprozessen begleitet wird.

Die Beiträge im vorliegenden Heft behandeln in diesem Sinne unterschiedliche Facetten von Sozialraumorientierung. Die ersten drei sind eher theoretischer Natur. Reinhard Peukert erläutert den Erkenntnisgewinn von Sozialraumorientierung vor dem Hintergrund der Geschichte der Sozialpsychiatrie und der Gemeinwesenarbeit in den letzten Jahrzehnten. Dirk Richter macht aufmerksam auf Mechanismen des sozialen Ausschlusses. Albrecht Rohrmann befasst sich mit einem neuen Begriff von Behinderung, der wesentlich auch den sozialen Kontext in die Betrachtung einbezieht.

Es folgen drei Beiträge, die sich mit Sozialraumorientierung als Steuerungskonzept für soziale Leistungen befassen: in der Jugendhilfe, in der kommunalen Psychiatrie, aus der Perspektive der Krankenkassen.

Schließlich einige Schlaglichter, was Sozialraumorientierung praktisch bedeuten kann. Ingo Ulzhöfer berichtet aus der Perspektive des Psychiatrie-Erfahrenen, was ihm die Sozialraum-Orientierung der Helfer bedeutet hat. Gudrun Cyprian berichtet über das Bamberger Modell sozialraumorientierter Werkstattarbeit und Stefan Doose erläutert, wie man Menschen mit dem Instrumentarium individueller Zukunftsplanung dabei helfen kann, sich in den sozialen Raum hinein auszudehnen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Jürgen Armbruster
Georg Schulte-Kemna

Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke

Oder: Die Wiederentdeckung des Sozialraumes durch die Gemeindepsychiatrie

Von Reinhard Peukert

Die Integration in funktionierende soziale Netzwerke hat sich – wissenschaftlich erwiesen – als *der* salutogenetische Wirkfaktor Nr. 1 herausgestellt. Dabei geht es um die Integration in lebenswelt-alltäglich erlebte Bindungsstrukturen und nicht in Hilfenetzwerke wie bei akuten Erkrankungen. Heute erhalten psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen (im Idealfall koordinierte und integrierte) Hilfen der Gemeindepsychiatrie. Allerdings sind die meisten von ihnen bereits aus vielen der oben gelobten alltäglichen primären Sozialräume heraus gefallen oder sie sind jedenfalls von Exklusion ernsthaft bedroht. Selbst die personenzentrierten Hilfen bilden häufig einen eigenen sozialen Raum, der zu recht als „Psychiatriegemeinde" beschrieben wurde.

Demgegenüber soll Sozialraumorientierung das Herausfallen tendenziell rückgängig machen, oder besser von vornherein gegen diese Gefahr schützen - das wäre Primärprävention im sozialpsychiatrischen Sinne.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung[1] benennt die Ebenen und definiert die Inhalte, um die es dabei geht. (Dazu siehe unten eine Übersicht zu ihrer Anwendung auf gemeindepsychiatrische Sozialraumorientierung).

Die historische Basis der Sozialraumorientierung

Revolutionäre Praxis, Randgruppenstrategie, Gemeinwesenarbeit (GWA), Behindertenarbeit: mit diesen Stichwörtern lässt sich die Geschichte der Sozialraumorientierung skizzieren. Der Ursprung von GWA wird gemeinhin im 1884 gegründeten Settlement Toynbee Hall von Pfarrer S. A. Barnett und Studierenden in London gesehen. Sie zogen gemeinsam in ein Elendsquartier, um zusammen mit den Bewohnern auf vielfältige Weise deren Lebensverhältnisse zu verbessern, indem sie mit den Bewohnern eine informierte und aktive Bürgerschaft bildeten, die sich um die Belange des Quartiers kümmerten. So entstanden Selbsthilfekindergärten, Spielplätze, Kinderkliniken, Müttererholung, stadtteilbezogene Erwachsenenbildung, Reformen des Wohnungsbaus.

In Deutschland liegt der Ursprung der GWA nicht in realen Projekten, sondern in der literarischen Verallgemeinerung fremder Erfah-

Ebenen	Inhalte	Angewendet auf gemeindepsychiatrische Sozialraumorientierung
Politik	Gesundheitsförderung in der Gesamtpolitik entwickeln	Gestaltung einer übergeordneten regionalen Politik im Kontext der UN-Konvention, die sich dem Ziel „ein weitestgehend normales Leben in normalem Umfeld" verschreibt.
Lebensräume	Gesunde oder gesündere Lebenswelten schaffen	Neben dem, was ohnehin zu gesunden oder gesünderen Lebenswelten zählt, geht es darum, die je eigene Bedeutung und Krankheitserklärung im Zusammenhang mit Gesundung und gesünderem Leben zu sehen.
Institution	Gesundheitsdienste neu ordnen	Damit ist mehr als gutes Administrieren gemeint, nämlich die Dienste zu Gesamthilfekomplexen zu verschmelzen (z.B. Integrierte Versorgung, mindestens SGB V, XII und XI umfassend).
Gruppen	Gemeinschaftsaktionen unterstützen	Alles das systematisch fördern, was von den betroffenen Bürgern in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung und ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen gestaltet wird: Förderung der Selbsthilfe, des bürgerschaftlichen Engagements, der Nachbarschaftshilfe mit Kostenerstattung.
Individuen	Persönliche Kompetenzen entwickeln	Stärkung der Sozialkompetenz, der Problemlösefähigkeiten und eines aktiv-flexiblen Bewältigungsverhaltens (z.B. im Rahmen der Selbsthilfegruppen); gezielte Unterstützung der Kohärenz- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie der internalen Kontrollüberzeugungen. Dies ist besonders erfolgversprechend, wenn es im Kontext positiver Peer-Beziehungen erfolgt.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und ihre Anwendung auf gemeindepsychiatriesche Sozialraumorientierung

rungen in Form von Lehrbüchern über GWA (u.a. Murray Ross; Jo Boer). So wurde GWA zunächst eine Lehrtradition: eine dritte Methode der Sozialen Arbeit neben Einzelfallhilfe und Sozialer Gruppenarbeit.

Ansätze revolutionärer Praxis

In den literarischen Rezeptionen wurden die revolutionären Vorgänger von GWA in Deutschland außen vor gelassen: die Gemeinwesenaktivitäten der KPD in Form von sozialpolitischen Selbsthilfeorganisationen und Straßenzellen, die in einer gemeinsamen Organisation gegen den Abbau der Sozialversicherungen, das Wohnungselend, den Mietwucher, die Kürzung der Wohlfahrtsleistungen und die Verschärfung der Repression im Fürsorgewesen kämpften. Diese sich als Teil des Klassenkampfes verstehende Tradition, wurde ausgeblendet und dafür die mit bürgerlich-demokratischem Beteiligungsanspruch versehenen angelsächsischen Erfahrungen reich rezipiert.

Später fand die akademische Lehre mit den politischen Orientierungen der späten 60er, frühen 70er Jahre zu einer gemeinsamen Praxis. Studenten, Dozenten und sonstige Bürger suchten mit aktiver Hilfe von Kirchengemeinden, der katholischen Hochschulgemeinde und der evangelischen Studentengemeinde sowie Gliederungen politischer Parteien Quartiere auf, um in ihnen mit den Bewohnern gemeinsam weit reichende soziale Veränderungen einzuleiten. „Es ging um eine aggressiv-fordernde Interessenvertretung, die das Erdulden und Ertragen von Armut, Wohnungselend, Erniedrigung und Beleidigung beenden wollte“ (Michael Brühl 1985 in einem Text zur Festschrift zum 10jährigen Bestehen der LAG Soziale Brennpunkte - der dann aber aufgrund der Aufrechterhaltung des radikalen Gründergeistes nicht in den Sammelband aufgenommen wurde).

Zu den Mitteln gehörten auch Störungen von Politikerveranstaltungen, Go ins in Rathäuser und Schulen (wenn z.B. ein ganzer Jahrgang von Siedlungskindern in die Sonderschule eingewiesen wurde), Wohnraumbesetzungen etc. Die Interessengemeinschaft Obdachlosigkeit (IGO) Köln verfolgte ab 1970 die Politik, den Stopp von Einweisungen in die Siedlungen mit allen Mitteln durchzusetzen, um auf diese Weise Obdachlosigkeit abzuschaffen. Wen erinnert das nicht an das italienische Gesetz zur Beendigung des Anstaltswesens? „Die Politik der IGO brach zusammen, die späteren Strafverfahren trafen die Angeklagten als Vereinzelte“ (Michael Brühl).

Randgruppenstrategie und -arbeit

Die anfänglichen sozialrevolutionären Versuche, an die oben skizzierten Traditionen der Arbeiterbewegung anzuschließen, endeten schließlich in der alles andere als sozialistisch zu bezeichnenden „Randgruppenstrategie“. Randgruppen seien wegen ihrer besonderen Unterdrückungserfahrung und wegen ihrer Ausgrenzung zum zentralen Handlungssubjekt revolutionärer Entwicklungen prädestiniert, so die Berliner Randgruppenkonferenz 1971, der folgerichtig die sozialarbeiterische „Randgruppenarbeit“ folgte. (So wie damals viele „Randgruppen“ die Rede von der „Randgruppenarbeit“ nicht schätzten, stören sich heute viele Angehörigen an der sog. „Angehörigenarbeit“).

Noch 1970 sah Rudolph Bauer in seiner Studie zur Offenbacher Lohwaldsiedlung die Obdachlosenexistenz als Epiphänomen: „Nicht ihre Niederlassungsweise ... stiftet ihre Identität, nicht ihre Einkommensart als Rentner, Sozialhilfeempfänger oder Lohnarbeiter, nicht die Größe ihrer Haushalte oder die Zahl der Personen pro Raum ... Wirkliche Identität erwächst ihnen aus der Erfahrung der Arbeiterexistenz, zuweilen gescheiterter Arbeiterexistenz, aus der Arbeiterkultur, gewiss ebenso auch aus der Arbeitersubkultur.“

Gemeinwesenarbeit

Die meisten der Akteure sahen sehr bald das gesellschaftliche Veränderungspotential nicht länger in einer revolutionären Umgestaltung der spätkapitalistischen Gesellschaft, sondern in praktischer Solidarität mit Minderheiten, um mit ihnen gemeinsam in deren Quartieren deren unmittelbare Lebensverhältnisse deutlich zu verbessern, aber auch die inzwischen um sich greifende generelle Verschlechterung im Reproduktionsbereich durch praktische und politische Aktionen zurück zu drängen. GWA war geboren.

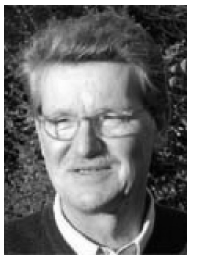
Die aus den Initiativen in Obdachlosensiedlungen entstandene gemeinwesenorientierte Randgruppenarbeit führte, begleitet von vielen kommunalen Auseinandersetzungen, bundesweit zur Sanierung von Obdachlosensiedlungen und der Entschärfung der Problemlagen in anderen „Sozialen Brennpunkten“ (den Neubausiedlungen und den städtischen Sanierungsgebieten) durch die Implementation von demokratischen Strukturen und sozialer Infrastruktur.

Schließlich wurde die GWA von den Sozialverwaltungen als globales Steuerungsinstrument entdeckt, um mit Sozialplanung, Stadtentwicklungsplanung und Betroffenenbeteiligung besonders gravierende soziale Problemlagen im Vorfeld aktueller Konflikte abzufangen. Dies finden wir heute unter dem Paradigma „Sozialraum als Steuerungsraum“ wieder.

Parallel dazu wurden aus einigen der bürgerschaftlich engagierten Gemeinwesenarbeiter in kommunalem Auftrag sozusagen „bezahlte Berufsbürger“, (Berger, 1975), die nicht selten in wechselseitiger Abgrenzung den (ehrenamtlichen) Vertretern der Bürgerinitiativen gegenüber standen. (Wen erinnert das nicht an die Debatten zwischen gemeindepsychiatrischen Profis und den Bürgerhelfern?)

Von hier wäre es nur ein kurzer Schritt bis zur Sozialraumorientierung - wenn es nicht eine Phase der „Abwicklung“ von GWA-Projekten gegeben hätte: sie schienen mehr Konflikte zu produzieren als zu lösen, denn unter anderem führte GWA auch zu erhöhten Forderungen und Ansprüchen der Betroffenen und nicht nur zu deren reibungsloseren Eingliederung (AG GWA der Victor-Gollancz Stiftung 1973, die später selbst abgewickelt wurde).

Den sozialrevolutionären Ansätzen, die sich in den späten 60er Jahren bildeten, folgte die Überzeugung, dass das gesellschaftliche Veränderungspotential nicht in der Umgestaltung der Gesellschaft, sondern in der praktischen Solidarität mit Minderheiten und der Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse besteht.



Reinhard Peukert
Prof. Dr., Hochschule RheinMain, Studiengangsleitung online-Masterstudiengang Gemeindepsychiatrie
Reinhard.Peukert@hs-rm.de

In der Jugendhilfe und anderen Feldern sozialpsychiatrischer Arbeit folgt man Handlungsformen, die in GWA-Projekten entwickelt wurden. Die Sozialraumorientierung ist hier die Fortführung der GWA.

Behindertenarbeit

Der Fokussierung auf Randgruppen folgte der Blick auf besondere Problemgruppen. „Die Blütezeit von GWA in der BRD ... dauerte etwa von 1969-1973. ... (Mit dem Niedergang von GWA-Förderung und -Aktivitäten) wendete sich das fachliche, literarische und öffentliche Interesse den Alten und Behinderten (also einzelnen Problemgruppen) zu, die es sicher bitter brauchten, aber das dahinter stehende Motiv ist, dass Ruhe ins Land einkehre.“ (Brückner, 1984, S. 423).

Lehren aus der Geschichte der GWA

In der Jugendhilfe, in den Gemeinschaftsprojekten „Soziale Stadt“ etc. ist die Sozialraumorientierung die folgerichtige Fortführung der GWA unter einem veränderten Logo - sicherlich auch, um sich von der vermeintlich revolutionären Vergangenheit zu lösen.

In diesen Feldern wird Handlungsformen gefolgt, die in den GWA-Projekten entwickelt wurden, unter anderem
- Bürgernähe
- Betroffenenbeteiligung
- Konflikt- und Konfrontationsstrategien gegenüber der politischen Öffentlichkeit
- Koordination lokaler Initiativen
- Kooperation mit allen Akteuren der Region (regionale Transparenz).

Das lehrte uns die praktische Geschichte der GWA, und in der Gemeindepsychiatrie begegnen uns diese Aspekte wieder. Aber was lehrt uns die Vorgeschichte der GWA in Deutschland, die Analyse der Obdachlosenbewegung?

Eine der Lehren aus der Vorgeschichte der GWA: Gesamtgesellschaftliche Ungleichheiten müssen im Blickfeld bleiben. Das zeigt zum Beispiel die Exklusion von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung aus Arbeitsprozessen, die auch ein Effekt der gesellschaftlichen Organisation von Arbeit ist.

Lehren aus der Vorgeschichte der GWA

- Sie lehrt uns, beim Blick auf Sozialräume nicht den Fehler zu begehen, besondere Notstände zu isolieren und zu sektorisieren und sie so ihrer gesellschaftlich relevanten Energie zu berauben: indem z.B. die Armutsproblematik behinderter Menschen vom Zusammenhang von Armut und Gesundheit getrennt wird; oder indem z.B. theoretische Erklärungen und Praxismodelle ausschließlich für psychisch kranke Menschen entworfen werden.

=> Folgerung für die Sozialraumorientierung: Diese Erfahrungen sprechen für soziale Zielgruppen übergreifende regionale Budgets als Finanzierung sozialräumlicher Entwicklungen, die auch den psychisch erkrankten bzw. seelisch behinderten Menschen zugute kämen. Diese Budgets wären zum Teil auch aus Mitteln zu speisen, die gegenwärtig für die kurative Behandlung und individualisierte Begleitung zur Verfügung gestellt werden. Die (nicht sehr verbreitete) „populationsbezogene Version der Integrierten Versorgung, die sich an alle Versicherten der jeweils kontrahierenden Krankenkasse richtet, hätte den Vorzug, die Versorgungsqualität umfassend ermitteln und optimieren zu können“ (Gutachten 2007, S. 34).

- Sie lehrt uns, in den depravierten und behindernden Lebenszusammenhängen den Nachhall gesamtgesellschaftlicher Ungleichheit nicht aus den Augen zu verlieren - trotz aller Bemühungen um sozialen Ausgleich und individuelle Teilhabe. D.h. die Augen nicht davor zu verschließen, dass die tendenzielle Exklusion von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung aus Arbeitsprozessen auch ein Effekt der gesellschaftlichen Organisation von Arbeit ist.

=> Folgerung für die Sozialraumorientierung: Die Bearbeitung gesellschaftlicher Teilsysteme (s.u. die Investitionen in diese Systeme).

- Sie lehrt uns, dass Teilhabe nicht teilbar ist, und dass Teilung von Teilhabe (z.B. das alleinige Engagement für die Teilhabe in bestimmten Lebensbereichen) der Teilhabe Tod bedeutet! Denn „wirkliche“ Teilhabe von behinderten Menschen setzt eine gesellschaftliche Verfasstheit voraus, die jedem Glied der Gesellschaft Teilhabe unproblematisch eröffnet.

=> Folgerung für die Sozialraumorientierung: Trotz der faktischen Verhältnisse die Utopie einer gewaltfreien Gesellschaft, in der es Teilhabe für jeden geben würde, aufrecht zu erhalten!

- Sie lehrt uns zugleich, auch solchen Lebensräumen und -zusammenhängen, die unseren sozialen Ansprüchen ganz und gar nicht entsprechen, in behutsamer Achtsamkeit zu begegnen. „...in den Ghettos (der Wohnungslosen gab es) nachbarschaftliche Subsysteme, die auf weite Strecken durchsetzt waren von gegenseitigen Dienstleistungen. Nach dem Umzug ... entfiel die Unterstützung durch nachbarschaftliche Subsysteme“ (Preußer 1977, S. 216).

=> Folgerung für die Sozialraumorientierung: Auch in depravierenden sozialen Räumen darf nur mit scharfem Blick für deren Ressourcen und mit den Bewohnern dieser Räume gemeinsam investiert werden. Dies impliziert ein verändertes Krankheits- und Behinderungsverstehen – mit Folgen für die Hilfeerbringung, nämlich die Ergänzung des professionellen Deutungssystems um ein biographisch-soziohistographisches und das Zurückdrängen der professionellen Hilfewelt. Lang anhaltende, umfängliche und exklusive Profi-Beziehungen kreieren Sondermilieus mit sehr eigener Mikro-Soziokultur und Mikro-Deutungskultur.

Die psychiatrische Reformbewegung, deren Geschichte hier nicht nacherzählt werden kann, hat sich als Gemeindepsychiatrie mit ihren Diensten und Einrichtungen zwar ein eigenes, postmodernes Quartier geschaffen - aber damit sind psychisch kranke Menschen zugleich zu einer identifizierbaren Gruppe in den Kommunen geworden, so wie die Obdachlosen in den siebziger Jahren.

Die strukturelle Identität mit anderen kommunalen Problemlagen erzwingt es geradezu naturwüchsig, die in anderen Tätigkeitsfeldern entwickelten Problembearbeitungen zu übertragen: nämlich die postmoderne Variante der GWA, die Sozialraumentwicklung, auf die Gemeindepsychiatrie.

Was bedeutet „Sozialraumorientierung“ für die Gemeindepsychiatrie?

Sie bedeutet, den sozialen Raum mit seinen Milieus und Menschen
- als Ressource *nutzen* (dies stand zum Teil hinter der Einführung der Spalte „aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen“ in den IBRP),
- für die Personen und Settings *stärken*, die mit Belastungen

aus psychischen Erkrankungen umzugehen haben (z.B. Selbsthilfeförderung, Betriebs- und Schulprojekte, Aufklärung und Aktionswochen),

- zum gemeinsamen Leben unter belasteten Bedingungen *befähigen* (supported employment, Betreuung *in* Familien, Schulprojekte, Straßen- und Nachbarschaftsfeste,
- (weiter-)*entwickeln*, um die Inklusion vom sozialen Umfeld her zu befördern (in der ICF: Kontextfaktor Umwelt bzw. „geeignete Maßnahmen“ zur vollen Inklusion im Artikel 4 und 9 der UN-Behindertenrechtskonvention) mit der Konsequenz, auch unabhängig von einzelnen potentiellen Hilfeempfängern und vor der Betrachtung von Einzelfällen auf sehr unterschiedliche Art in den Sozialraum zu investieren.

Drei Paradigmen der Sozialraumorientierung (Hinte) erzwingen geradezu deren gemeindepsychiatrische Berücksichtigung:

- Sozialraum als Handlungsparadigma: die Lebenswelt
- Sozialraum als Territorium: der Steuerungsraum
- Sozialraum als Finanzierungsparadigma: das Sozialraumbudget.

Das Handlungsparadigma „Lebenswelt“

In der gemeindepsychiatrischen Diskussion wurde dieses Paradigma zum Kern- und Angelpunkt, zumeist in der Verkürzung auf soziale Nahräume. In den gesellschaftlichen Teilsystemen Arbeit, Wohnungswirtschaft, Freizeitkultur und Reproduktionskultur mit ihren vorgängigen gesellschaftlichen Logiken und Strukturen wird über die Chancen zur Inklusion entschieden - bevor überhaupt ein Klient in der Region wohnt, im Betrieb arbeitet, etc.

Auf diese Teilsysteme zielt die UN-Behindertenrechtskonvention, wenn von „angemessenen Vorkehrungen“ gesprochen wird und die erforderlichen Veränderung der Gegebenheiten und Strukturen der Systeme gemeint sind, sodass sie der realen Vielfalt menschlicher Lebenslagen - gerade auch von Menschen mit Behinderungen - von *vornherein* gerecht werden („Inklusion“ statt „Integration“ in bestehende Strukturen).

Gemeinhin werden unter Lebenswelt lediglich die sozialen Nahräume verstanden, die von den Teilsystemen nicht abgekoppelt sind, sondern diese für den Alltagsmenschen erst lebbar machen (siehe z.B. Klaus Dörner, 2008). Diese Räume haben eigene Qualitäten und andere Potentiale als die Logiken der Teilsysteme, sie werden in hohem Maße autonom mitgestaltet, sie befriedigen primäre Interaktionsbedürfnisse und stützen die Lebensvollzüge in den Teilsystemen. Folgerichtig geraten sie bei der Frage nach den erschließbaren Ressourcen für sozialräumlich verstandene Hilfen prominent in den Blick.

Die alltäglichen Lebensvollzüge der Mitbürger entscheiden über die Möglichkeiten und Qualitäten des Lebens psychisch erkrankter Menschen im Gemeinwesen mit. Sozialraumorientierung meint, diese alltäglichen Lebensvollzüge der Mitmenschen zum Gegenstand professionellen Handelns zu machen, das heißt Entwicklung der sozialen Handlungsräume in der Weise, dass Klienten ‚gut in ihnen leben können’. Die Organisation von solidarischen Strukturen, der Aufbau und die Bündelung von lebensweltlichen Ressourcen etc. werden Teil der Hilfeerbringung. Dies wird zur Voraussetzung von personenzentrierten Hilfen sowie für die Unterstützung des unmittelbaren sozialen Umfeldes der jeweiligen Person, z.B. ihrer Angehörigen.

Soziale Nahräume können am wirksamsten durch unmittelbare Beteiligung an den stattfindenden Interaktionsbeziehungen so mitgestaltet werden, dass sie “aufnahmefähig“ für von Ausschluss bedrohte Personen werden und dass die diesen Räumen inhärenten Ressourcen, die die Anschlussfähigkeit an soziale Teilsysteme stärken, diesen Personen zu gute kommen.

Ein Beispiel ist das, was durch die Quartiersmanager in den Projekten „Soziale Stadt“ passiert. Oder die Anschlussfähigkeit an das Teilsystem Arbeit kann z.B. dadurch erhöht werden, dass soziale Nahräume auf potentielle Ressourcen für dieses System hin untersucht werden; so könnten Mitglieder eines Lions- oder Rotaryclubs für ein Beschäftigungscoaching, gewerkschaftlich organisierte Mitarbeiter als „Arbeitsscouts“ für Eingliederungsarbeitsplätze und Mitglieder einer Stammtischrunde als „Beschäftigungspaten“ gewonnen werden. Jede Version nachbarschaftlicher Unterstützung und bürgerschaftlichen Engagements bietet weitere Beispiele.

Sozialräumlich verstanden meint Personenzentrierung: Orientierung am Einzelfall im sozialen Feld – und Ausschöpfen der Ressourcen des sozialen Feldes für den Einzelfall, aber notwendig ergänzt um die Perspektive: Beeinflussung der und Investition in die sozialen Räume zur Entwicklung von deren Aufnahmefähigkeit für von Exklusion bedrohte Personen. ●

Die alltäglichen Lebensvollzüge der Mitbürger entscheiden über die Möglichkeiten und Qualitäten des Lebens psychisch erkrankter Menschen im Gemeinwesen mit. Sozialraumorientierung meint, diese alltäglichen Lebensvollzüge der Mitmenschen zum Gegenstand professionellen Handelns zu machen.

Anmerkung

1 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21.November 1986. Der Text in autorisierter deutscher Übersetzung ist nachzulesen unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.

Literatur

Ross, Murray G. (1971): Gemeinwesenarbeit - Theorie, Prinzipien, Praxis; Freiburg 1971.
Boer, Jo (1970): Gemeinwesenarbeit, Stuttgart.
Bauer, Rudolph (1970): Studie für einen sozialen Entwicklungsplan im Bereich der Mariothsiedlung (Lohwaldsiedlung) / erstellt im Auftrag der Stadt Offenbach am Main. Lohwaldinformationen Offenbach / Main 1970.
Berger, Anna (1975): Sozialklempner oder Anwalt der Betroffenen? Bericht aus der Sozialarbeitspraxis: Familienfürsorge und Gemeinwesenarbeit; in: Kursbuch 40.
Brückner, Margret (1984): Gemeinwesenarbeit; in: Eyfert u. a. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied und Darmstadt 1984, S. 423
Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung, S. 34.
Preußer, Norbert (1977): Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, AWO, S. 216.
Klaus Dörner (2008): Mitwirkung an der Entwicklung des Sozialraums - eine Aufgabe für die Sozialpsychiatrie; in: APK-Band 35, S. 37ff.

Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft

Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen

Von Dirk Richter

Abstract

Obwohl die Integration in die Gesellschaft eines der Hauptziele der Sozialpsychiatrie war, wird dieses Ziel immer schwerer zu erreichen. Der Beitrag untersucht, wie sich die Exklusionsmechanismen in der Gegenwartsgesellschaft verändert haben und warum gerade psychisch kranke Menschen erhebliche Probleme mit der Inklusion haben. Es wird die These vertreten, dass die spezifischen Schwierigkeiten, die bei vielen psychischen Störungen auftreten, häufig nicht zu den Anforderungen und Erwartungen in der Gesellschaft passen. Abschließend werden verschiedene Ansätze beschrieben, die in einen ‚neuen' Werkzeugkasten der Sozialpsychiatrie gehören könnten.

Die Ausschließung psychisch kranker und behinderter Menschen von der Mehrheitsgesellschaft ist eine die gesamte Menschheit begleitende Thematik. Menschen mit Behinderungen sind seit jeher stigmatisiert und werden an der Teilhabe an sozialen Leistungen und Funktionen gehindert. Im 20. Jahrhundert hat der Ausschluss in den totalen Institutionen der psychiatrischen Anstalten sowie in der Vernichtung psychisch Kranker durch das nationalsozialistische Regime in Deutschland einen vorläufigen Höhepunkt erreicht.

Dirk Richter
Prof. Dr. phil., Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern.

Spätestens mit den Psychiatriereformen seit den 1960er Jahren, so die einhellige Intention der Reformer, sollte es mit dem sozialen Ausschluss für psychisch kranke Menschen eigentlich vorbei sein. Die Psychiatriereformen in der westlichen Welt zielten ja gerade auf die Integration in die Gemeinde sowie auf die Nutzung ‚natürlicher' sozialer Kontexte für die Rehabilitation der betroffenen Menschen (Forster 1997). Die nicht nur in Italien gehegte Hoffnung war, dass die „Freiheit heilt", wie ein Schlachtruf der norditalienischen Psychiatriereformer lautete.

Umso erstaunlicher ist das erneute Aufkommen der Thematik der Exklusion in den letzten Jahren. Die Renaissance der Exklusionsthematik lässt darauf schließen, dass die Integration psychisch kranker Menschen in die Mehrheitsgesellschaft nicht gelungen ist. Was sich verändert hat in den vergangenen Jahrzehnten sind die Ausschließungsmechanismen in der modernen Gesellschaft. Anstelle der offenen und brutalen Exklusion durch die Einschließung in den früheren psychiatrischen Anstalten herrschen heute mehr verdeckte und subtile Mechanismen, die psychisch behinderte Menschen von Teilhabe ausschließen. Diese subtilen Mechanismen sollen im Folgenden beleuchtet werden, um anschließend zu schauen, welche sozialen und therapeutischen Ansätze zur Prävention von Exklusion denkbar sind.

Sozialer Wandel in der modernen Gesellschaft

Unbestritten hat sich die Gesellschaft in der westlichen Welt seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs dramatisch verändert (Kaelble 2007). Die soziologischen Diagnosen gleichen sich mehr oder weniger in ihren Feststellungen: stabile soziale Milieus wie das Arbeiter- oder das Bauernmilieu sind nahezu komplett verschwunden. Wo vormals zuverlässige Sozialbeziehungen mit allen ihren Vor- und Nachteilen (soziale Kontrolle!) vorhanden waren, findet sich in der Gegenwart der einzelne Mensch auf sich selbst zurückgeworfen und muss sein Leben zunehmend selbstständig in den Griff bekommen. Familiäre und nachbarschaftliche soziale Netze erodieren und müssen durch staatlich organisierte oder zumindest staatlich finanzierte Hilfeangebote gestützt oder ersetzt werden.

Mit diesem Wandel hat sich auch die Arbeitswelt dramatisch verändert. Die Schlagworte sind heute sattsam bekannt: erhebliche kognitive und soziale Anforderungen, Flexibilisierung, Ökonomisierung, hohe Eigenmotivation, lebenslanges Lernen, abnehmende Verweildauer in bestimmten Arbeitsstellen. Wurde man noch bis in die 1970er Jahre mehr oder weniger automatisch nach einem bestimmten Bildungsabschluss in eine „Standardbiografie" entlassen, so sind gegenwärtig die Aussichten je nach aktueller Konjunkturlage und Beruf höchst unterschiedlich und unsicher.

Parallel und teilweise bedingt durch diesen Wandel in der Arbeitswelt haben sich auch die Intimbeziehungen massiv verändert. Die Standardbiografie ließ erwarten, dass Intimbeziehungen zu einem recht frühen Zeitpunkt formalisiert wurden und auf eine gewisse Dauer hin angelegt waren. Scheidungen waren – je nach sozialem Milieu – oft nicht opportun, auch wenn die Emotionalität in der Beziehung geschwunden war. Ebenso wie in der Arbeitswelt hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Verweildauer in intimen Beziehungen deutlich reduziert. Das gegenwärtige Beziehungsmuster wird in der Soziologie nicht ohne Grund als ‚serielle Monogamie' bezeichnet. Dies

indiziert mehrfache aufeinander folgende Liebesbeziehungen, die – weil mit zu hohen Erwartungen versehen – oftmals an der Realität scheitern. Angestammte soziale Rollen bezüglich Versorgung und Erwerbsarbeit für die Familie sind überholt, Frauen erwarten selbstverständlich für sich eine hohe Bildung und die Teilhabe an der Arbeitswelt und dies verlangt vom modernen Mann eine früher nicht bekannte Rücksichtnahme und das Abstimmen von beruflichen Plänen.

Aus diesem nur skizzenhaft möglichen Abriss des sozialen Wandels in der westlichen Welt wird deutlich, dass sich die sozialen Beziehungen im umfassenden Sinne gewandelt haben. Überall, von der Schule über die Arbeitswelt bis hin zur Intimbeziehung wird Flexibilität und Eigenmotivation verlangt, wo früher Verlässlichkeit und standardisierte Biografien zu erwarten waren. Sozialer Ausschluss ist heute, von Ausnahmen abgesehen, nicht mehr die Folge expliziter staatlicher Maßnahmen (wie die Einrichtung einer Vormundschaft mit anschließender Unterbringung in einem Heim oder einer Anstalt). Stattdessen gerät die Passung von individuellen Voraussetzungen und sozialen Anforderungen in den Blick.

Individuum und Gesellschaft: Exklusion durch Nicht-Passung

Die zeitgenössische Gesellschaft stellt das moderne Individuum auf eine neue und zum Teil recht harte Probe. Während in der Standardbiografie auch noch der ersten Nachkriegsjahrzehnte für die einzelne Person durch das soziale Milieu gesorgt und Stabilität vorgehalten wurde, muss nunmehr das Individuum selbst für sich und seinen Lebenslauf sorgen. Ganz gleich, welcher soziale Bereich betrachtet wird, von der Kernfamilie über die Bildung und Ausbildung bis hin zu Beruf und sozialen Beziehungen ist Eigenverantwortung und Motivation gefragt. Die oder der Einzelne, so hat der Soziologe Ulrich Beck die Situation mehr als treffend beschrieben, müsse „...bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung lernen, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in Bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen.“ (Beck 1986). Wer sich nicht selbst motivieren kann, das eigene Leben in den Griff zu bekommen, der hat schlechte Chancen in der modernen Gesellschaft.

Der zeitgenössische soziologische Inklusionsbegriff hat diverse theoretische Hintergründe. Neben der Beschreibung massiver gesellschaftlicher Ausgrenzungsmechanismen, wie sie beispielsweise Menschen mit bestimmten Migrationshintergründen erfahren (Bauman 2004), wird etwa in der soziologischen Systemtheorie das Verhältnis von Individuum und gesellschaftlichen Teilsystemen als In- oder Exklusion konzipiert. Damit ist gemeint, dass der heutige Mensch immer wieder neu den Anschluss an verschiedene soziale Teilsysteme wie Wirtschaft, Bildung, Gesundheit, Intimbeziehung oder Recht suchen muss, wenn er denn halbwegs erfolgreich durchs Leben gehen will.

Am sichtbarsten werden diese In- oder Exklusionsverhältnisse sowie die damit verbundenen hohen Eigenleistungen im Arbeitsmarkt oder bei Intimbeziehungen. In beiden Bereichen muss man eine vernünftige Auswahl potenzieller Arbeitgeber oder Partnerinnen und Partner treffen. Der zweite Schritt besteht üblicherweise in der Erstellung eines aussagefähigen Angebots via schriftlicher oder mündlicher Bewerbung, in jedem Fall ist man gezwungen, sich zu präsentieren. Ob das Angebot vom Arbeitgeber oder vom Partner bzw. von der Partnerin akzeptiert wird, hängt dann von der Passung des Angebots zur Nachfrage ab. „Anschlussfähigkeit“ heißt das Zauberwort in diesem Zusammenhang. Nur wenn mein Angebot den besten Anschluss unter mehreren Bewerberinnen und Bewerbern hat, kommt es zum entsprechenden (Vertrags-)Abschluss. Über die Anschlussfähigkeit entscheidet – zum Leidwesen des sich bewerbenden Individuums – nicht die tatsächliche Bedürftigkeit der Person, sondern die Nachfrage durch das System.

Diese kurze Analyse legt mit einigen weiteren Überlegungen nahe, weshalb psychisch kranke Menschen zunehmend Anschlussprobleme in verschiedenen sozialen Sektoren haben. Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich mit dem sozialen und technologischen Wandel die Anforderungen und Erwartungen an Anschluss suchende Individuen verändert. Bewerberinnen und Bewerber, gleich ob auf dem Arbeits- oder auf dem Beziehungsmarkt, müssen flexibel, leistungsbereit und ‚vorzeigbar‘ sein, wie es gelegentlich in Bekanntschaftsanzeigen formuliert wird. Moderne Individuen müssen den hohen Erwartungen eines technologisch fortgeschrittenen Arbeitsmarkts sowie den Erwartungen an stabile Partnerschaft, Emotionalität und Sexualität, nebst einem adäquaten Aussehen, für die Intimbeziehung genügen (Eikelmann, Reker und Richter 2005).

Flexibel und zu Leistung bereit, dazu noch ‚vorzeigbar‘: Diese Erwartungen gelten heute überall, sei es in der Arbeits- oder in der Beziehungswelt. Wer Anschluss sucht, muss diesen Erwartungen gerecht werden.

Wer diese Erwartungen oder Anforderungen nicht oder nicht ausreichend erfüllt, der muss mit Exklusion rechnen. Und genau hier liegen die Schwierigkeiten vieler psychisch kranker Menschen begründet: Ausbildungsdefizite, kognitive Inflexibilität, biografische Defizite (wie der 40jährige Mann, der noch bei seiner Mutter lebt) machen den Personenkreis psychisch kranker Menschen für die Nachfrage nicht sonderlich attraktiv. Wer zudem noch ein – aus Sicht des Nachfragenden – inadäquates Sozialverhalten oder ein nicht verlässliches Zeitmanagement bietet, dessen Exklusionsrisiken sind ohnehin recht ausgeprägt. Unglücklicherweise sind gerade diese Risiken mit bestimmten Störungsbildern vergesellschaftet (Richter, Eikelmann und Reker 2006).

Diese Exklusionsrisiken sind nicht auf psychisch kranke Menschen begrenzt, hinter der Exklusion dieses Personenkreises steckt zunächst einmal keine gezielte Stigmatisierung oder Diskriminierung psychisch Kranker. Ausschlussmechanismen sind überall in der westlichen Moderne anzutreffende Entwicklungen, die eine Reihe von Personengruppen treffen können: körperlich Behinderte, Migrantinnen und Mig-

Wer diese Anforderungen nicht oder nicht ausreichend erfüllt, geht das Risiko der Exklusion ein, das psychisch kranke Menschen in erhöhtem Maß betrifft.

Die Arbeitswelt der Nachkriegszeit mit ihren Nischenarbeitsplätzen war viel eher in der Lage, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu integrieren.

ranten, HIV-Infizierte, Ältere etc. (Bauman 2004). Man denke nicht zuletzt an die Exklusionsrisiken, die in letzter Zeit für jüngere Männer mit einem niedrigen Bildungs- und Sozialstatus festgestellt wurden, was unter anderem ebenfalls mit der sich verändernden Arbeits- und Beziehungswelt zu tun hat. Die Nicht-Passung bestimmter psychischer und Persönlichkeitsfaktoren mit sozialen Erwartungen in den verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft erzeugt hier vergleichbare Schicksale.

Exklusion und Inklusion: Die Rolle des psychiatrischen Versorgungssystems

Die Aufgabe des psychiatrischen Versorgungssystems liegt eigentlich prinzipiell in der Verhinderung sozialer Exklusion und ihrer Risiken; Sozialpsychiatrie zielte seit ihren frühen Jahren bekanntermaßen auf die Integration ihrer Klientel. Dass dieses Ziel nur selten zu erreichen gewesen ist, liegt sicherlich auch an einem inadäquaten analytischen sozialpsychiatrischen Verständnis von der modernen Gesellschaft und ihrem Wandel. Unter den mehr oder weniger stabilen sozialen Verhältnissen der Nachkriegszeit wäre die Integration psychisch Kranker in mancher Hinsicht deutlich einfacher gewesen, die seinerzeitige Arbeitswelt mit ihren Nischenarbeitsplätzen etwa war viel eher in der Lage, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu integrieren.

Die sozialpsychiatrische Reaktion auf die verschlechterten Inklusionsbedingungen darf nicht in der Schaffung einer Parallelwelt bestehen, sondern muss sich in erster Linie um den Verbleib und die Re-Integration in die sogenannte ‚Normalgesellschaft' oder ‚Mehrheitsgesellschaft' bemühen.

Die sozialpsychiatrische Reaktion auf die relativ schlechten Inklusionsbedingungen bestand und besteht heute nach wie vor in der Schaffung einer Parallelwelt, die Schutz vor Überforderung, Diskriminierung und Stigmatisierung sowie zum Teil auch emotionale Nähe für die betroffenen Menschen bietet: dezentralisierte Behandlungsmöglichkeiten, Wohn(heim)plätze, Werkstätten, Tagesstätten, Selbsthilfeorganisationen, Betroffenenverbände (Eikelmann, Reker und Richter 2005). Der Wandel von der Gemeindepsychiatrie zur Psychiatriegemeinde führt jedoch, wie beispielsweise im Cochrane-Review zum Betreuten Wohnen festgestellt wurde, zu einem zusätzlichen Exklusionsrisiko (Chilvers, Macdonald und Hayses 2006). Die soziale Integration in die Psychiatriegemeinde wird erkauft mit einer Exklusion aus vielen Bereichen der Gesellschaft.

Schutz und Sicherheit in der Psychiatriegemeinde sind sicherlich für einen Teil der betroffenen Menschen notwendig. Allerdings ist die Frage zu stellen, ob alle Menschen, die früh erwerbsminderungsberentet werden, tatsächlich keine Alternative haben, insbesondere, wenn man sich vergegenwärtigt, in welch jungem Alter diese Berentungen zum Teil schon geschehen (Richter 2006). Angesichts dieser Entwicklungen müsste die Sozialpsychiatrie ihre Ziele kritisch überprüfen. Es sollte nicht in erster Linie um die Integration in die Parallelwelt gehen, sondern in erster Linie um den Verbleib und die Re-Integration in das, was man sehr unglücklich ‚Normalgesellschaft' oder ‚Mehrheitsgesellschaft' nennt. Dies entspricht im Übrigen auch den Präferenzen vieler Betroffener.

Ein neuer Werkzeugkasten für die Sozialpsychiatrie

Der Werkzeugkasten für diese notwendige Neuausrichtung der Sozialpsychiatrie ist im angelsächsischen Raum prinzipiell vorhanden: Recovery, Empowerment, Soziale Inklusion, Motivational Interviewing, Coaching. In einer aktuellen Literatursynthese dieser Ansätze ist die nachfolgende Ziel- und Methodenauswahl zusammenfassend formuliert worden (Richter, Schwarze und Hahn 2010): Nutzerinnen und Nutzer müssen in die Lage versetzt werden, sich selbst als Handlungszentrum ihres eigenen Lebens zu sehen (> Empowerment); sie müssen in die Lage versetzt werden, aktiv soziale Beziehungen im weitesten Sinne aufzubauen (> soziale Inklusion); Grundlage hierfür ist Vertrauen und Hoffnung auf die Besserung der Lebenssituation (> Recovery); Barrieren wie Motivationslosigkeit, Ambivalenzen und Widerstände müssen bearbeitet werden (> Motivational Interviewing); Professionelle können die Nutzerinnen und Nutzer auf diesem Weg beraten, begleiten und unterstützen (> Coaching).

Es mag tröstlich sein, dass der Reformbedarf in der psychiatrischen Versorgung nicht nur im deutschsprachigen Raum besteht. Allerdings sind die notwendigen Veränderungen aller Voraussicht nach nicht mit einfachen Mitteln wie Qualitätsmanagement und anderen Projektarbeiten zu erreichen, wie unlängst in einer Übersicht über Implementierungen von Neuerungen in der Versorgung von Menschen mit einer schizophrenen Störung festgestellt wurde (Drake, Bond und Essock 2009). In diesem Reviewartikel ist ein ‚Re-Engineering' der Versorgung gefordert worden. Aber wenn alles einfach wäre, müssten ja nicht die Besten ran... ●

Literatur

Bauman, Zygmunt (2004). Wasted Lives: Modernity and its Outcasts. Cambridge, Engl., Polity.

Beck, Ulrich (1986). Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/Main, Suhrkamp.

Chilvers, Rupatharshini, Geraldine Macdonald und Alex Hayses (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews(4).

Drake, Robert E., Gary R. Bond und Susan M. Essock (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. doi:10.1093/schbul/sbp041

Eikelmann, Bernd, Thomas Reker und Dirk Richter (2005). Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 73: 664-673.

Forster, Rudolf (1997). Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz. Opladen, Westdeutscher Verlag.

Kaelble, Hartmut (2007). Sozialgeschichte Europas: 1945 bis zur Gegenwart. München, Beck.

Richter, Dirk (2006). Psychische Störung und Erwerbsminderungsberentung. Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom Dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung. DRV. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund. 55: 212-223.

Richter, Dirk, Bernd Eikelmann und Thomas Reker (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker. Gesundheitswesen 68: 704-707.

Richter, Dirk, Thomas Schwarze und Sabine Hahn (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung: Vorläufige Ergebnisse einer Literatursynthese. Psych. Pflege heute 16: 17-21.

Rehabilitation im Zeitalter von Inklusion

Von Albrecht Rohrmann

Der Begriff und auch die Zielsetzung von Rehabilitation sind fragwürdig geworden. Bei dem Versuch, Paradigmen der Unterstützung von Menschen mit Behinderung zu unterscheiden, lässt sich ein Paradigmenwechsel deutlich erkennen (vgl. Hohmeier 2004). Seit den 1960er Jahren wird das ‚kustodiale' Paradigma, nach dem die Gesellschaft vor ihren psychisch kranken und behinderten Mitgliedern in erster Linie geschützt werden muss, allmählich durch ein ‚therapeutisch-rehabilitatives' Paradigma abgelöst. Dies drückt sich aus in einem geänderten Verständnis von Behinderung, in neuen Regeln und Akteuren zur Strukturierung des Feldes der Hilfen und in einer neuen Zielsetzung.

Die therapeutische Skepsis weicht einem neuen Optimismus, nach dem eine Behinderung geheilt oder zumindest in ihren Folgen gemildert werden kann. Gegenstand der Bemühungen wird das ‚Werkstück Behinderter' (a.a.O: 133), dem nach dem erfolgreichen Durchlaufen stark spezialisierter Förder- und Trainingsmaßnahmen die Integration in die Gesellschaft in Aussicht gestellt wird. Diese kritische Formulierung verrät bereits, dass dieses Paradigma seine Faszination mittlerweile eingebüßt hat. Die starke Förder- und Trainingsorientierung gerät wegen der mangelnden Sensibilität gegenüber Selbstbestimmungsansprüchen in die Kritik der Betroffenen, der Förderoptimismus wird von Fachleuten nicht mehr uneingeschränkt getragen und die Hoffnung auf gesellschaftliche Integration wurde vielfach enttäuscht. Steht also ein neuer Paradigmenwechsel weg von der Rehabilitation, hin zur Inklusion an?

Ein Paradigmenwechsel?

Anders als der Bruch zwischen dem kustodialen und dem therapeutisch-rehabilitativen Paradigma lässt sich das Neue, das an die Stelle der Rehabilitation tritt, (noch) nicht genau beschreiben. In der Sprache des Paradigmenwechsels kann man dies als ‚Anomalie' bezeichnen. Das alte Paradigma büßt seine Orientierungsfunktion ein, ohne bereits durch ein neues Paradigma abgelöst worden zu sein. Neue Zielbestimmungen wie Selbstbestimmung, Teilhabe oder Inklusion treten zunächst neben das Leitbild der Rehabilitation ohne dessen Bedeutung für die Strukturierung des Feldes grundlegend in Frage zu stellen.

Allen neuen Orientierungen ist gemeinsam, dass sie die Lebenssituation und die Interessen der Betroffenen stärker in den Mittelpunkt rücken, Notwendigkeiten der Veränderungen deutlicher in der sozialen Umwelt verorten und auf eine Veränderung der Gesellschaft insgesamt zielen. Die neuen Begriffe und Konzepte haben Eingang gefunden in die fachliche Diskussion, in Gesetzestexte und Leitbilder von Diensten und Einrichtungen, ohne die überkommene Struktur des Rehabilitationssystems bisher grundlegend zu verändern. Beispielhaft drückt sich dies aus in der Bezeichnung des im Jahr 2000 in das Sozialgesetzbuch aufgenommenen IX. Buches, das den Titel ‚Rehabilitation und Teilhabe' trägt. In der Zielbestimmung (§ 1) und den Definitionen des Gesetzes (§ 2) taucht der Begriff der Rehabilitation nicht auf, in seinen Regelungen ordnet es jedoch die Aufgaben und Leistungen der ‚Rehabilitationsträger' und bezeichnet die Erbringer der Leistungen als „Rehabilitationsdienste und –einrichtungen" (§ 19).

Die neuen Leitorientierungen werden nicht nur als Chance, sondern auch als Risiko thematisiert. Dahme und Wohlfahrt (2009) sehen die Forderung nach Inklusion und Teilhabe als Teil einer Strategie zum Umbau des bestehenden Systems. Mit dem Verweis auf die Verpflichtung des Gemeinwesens zur Inklusion sollen individuelle Rechtsansprüche auf Unterstützungsleistungen in Frage gestellt werden. Die Kritik am exkludierenden und paternalistischen professionellen Hilfesystem wird nach ihrer Meinung dazu genutzt, auf die Ressourcen der Zivilgesellschaft und des sozialen Nahraums zu verweisen. Sie zeichnen das Szenario eines ‚totalitären Aktivierungsstaates' (a.a.O.: 169), in dem Menschen mit Behinderungen unter Verweis auf Autonomie und Selbstbestimmung eine sozialpolitische Unterstützung versagt wird. Zu einer realistischen Einschätzung der Bedeutung von Inklusion und vor allem der Thematisierung der Lebenssituation und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen des Menschenrechtsdiskurses gelangt man durch eine genauere Betrachtung dessen, was in der Kritik steht.

Rehabilitation als Wiederherstellung eines alten Zustandes

Die Kritik am Rehabilitationsansatz leitet sich aus der Wortbedeutung ab, mit der die Wiedereinsetzung in einen alten Stand oder der Wiederherstellung eines früheren Zustandes bezeichnet wird. Es ist jedoch fragwürdig, was denn durch Rehabilitation wieder hergestellt wird. Der Begriff entstand durch die Übertragung eines Rechtsbegriffes (Rehabilitierung) auf das Feld der Sozialpolitik (vgl. Welti 2005: 174). Der Jurist Felix Welti weist darauf hin, dass die Vorstellung einer einfachen Wiederherstellung eines alten Zustandes angesichts der gesellschaftlichen Komplexität und des Wandels sozialer Beziehungen naiv ist. Dies gilt erst recht, wenn mit „Rehabilitation" der gesamt Bereich der sozialpolitischen Förderung von Menschen mit Behinderungen bezeichnet wird, also beispielsweise auch

Albrecht Rohrmann
Dr., Professor für Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt soziale Rehabilitation und Inklusion. Forschungsschwerpunkt: Strukturelle und fachliche Weiterentwicklung von Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung; kommunale Teilhabeplanung

Universität Siegen, Adolf-Reichwein-Straße 2, 57068 Siegen, Tel.: 0271/740-4484, Email: rohrmann@zpe.uni-siegen.de
www.uni-siegen.de/zpe

Das heutige Verständnis von Behinderung ist von der Entwicklung der industriellen Arbeitsweise und des kapitalistischen Wirtschaftssystems geprägt: Behinderung wird definiert als ‚Minderung von Erwerbsfähigkeit'.

die Förderung von Kindern. Dies wird in Deutschland ebenfalls als Rehabilitation verstanden, der Begriff der ‚Habilitation' hat sich hingegen nicht durchgesetzt.

Das Verständnis von Rehabilitation setzt also immer eine normative Orientierung darüber voraus, was durch Sozialleistungen (wieder-)hergestellt werden kann und soll. Diese normative Orientierung beinhaltet ein bestimmtes Verständnis von Behinderung und ist dabei „von den Interessen, Machtverhältnissen und Wertvorstellungen einer Gesellschaft geprägt" (a.a.O.; 175). Angesichts der unterschiedlichen Traditionslinien der Behindertenpolitik und des bis heute äußerst unübersichtlichen und in unterschiedliche Zuständigkeiten zersplitterten Rehabilitationssystems lässt sich eine einheitliche normative Orientierung des Rehabilitationssystems nur schwer rekonstruieren.

Sozialgeschichtliche Untersuchungen zeigen, dass unser heutiges Verständnis von Behinderung stark von der Entwicklung der industriellen Arbeitsweise und des kapitalistischen Wirtschaftssystems geprägt ist. Als soziales Problem wurde Behinderung in der Sozialgesetzgebung im 19. Jahrhundert erstmals definiert und anerkannt als ‚Minderung der Erwerbsfähigkeit' (vgl. ausführlicher Rohrmann 2007: 34ff). Bis heute lässt sich in Struktur und Umfang der Leistungen im Rehabilitationssystem nachweisen, dass die Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsarbeitsfähigkeit leitend ist. Diese Orientierung durchzieht die Behindertenpolitik und das Rehabilitationsrecht allerdings nicht widerspruchslos.

Rehabilitation darf nicht nur die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Blick haben. Sie muss vielmehr Maßnahmen umfassen, die es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, die Teilhabe an allen Aspekten des Lebens und die Ausbildung aller Fähigkeiten zu erreichen.

Der Anspruch auf eine soziale Grundsicherung und Ansprüche auf Unterstützung bestehen auch für Personen, die keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden oder dauerhaft aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Die sozialrechtliche Regelung solcher Ansprüche im Armenrecht (heute inhaltsleer als SGB XII -Leistungen bezeichnet) hat sogar eine längere Tradition als die Programme, die auf Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zielen. Daher kann festgestellt werden, dass im Rehabilitationssystem zwar die Orientierung an der (Wieder)herstellung der Erwerbsfähigkeit dominiert, der Begriff der Rehabilitation jedoch für unterschiedliche Zielsetzungen offen ist. So findet auch der Neuansatz zum Verständnis von Behinderung, der mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization (WHO) 2005) und der Einführung des Ansatzes der Teilhabe in das Rehabilitationsrecht (SGB IX) einhergeht, im Feld der Rehabilitation große Zustimmung. Es wird positiv aufgenommen, dass damit der Gesamtprozess der Rehabilitation eine einheitliche sozialpolitische Zielsetzung erfährt. Auch die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention werden vor diesem Hintergrund begrüßt (vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) 2009).

Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass „noch immer die Aufteilung in schulische, medizinische und berufliche Rehabilitation [dominiert], der die soziale Rehabilitation meist als Restkategorie hinzugefügt wird" (Mühlum, Gödecker-Geenen 2003: 18f). Dies hängt unter anderem mit den Finanzierungsstrukturen zusammen. Es muss in der Regel durch eine medizinische Diagnose ein individueller Rehabilitationsbedarf oder das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung nachgewiesen werden. Leistungsansprüche bestehen nur für die einzelne Person. Auf Leistungen, die sich auf die Unterstützung der Familie oder das erweiterte psychosoziale Umfeld beziehen, besteht zumindest kein Rechtsanspruch. Konzepte, die auf Veränderungen im Gemeinwesen zielen, lassen sich nur durch Projektgelder oder sog. ‚freiwillige Leistungen' finanzieren.

Das Hauptproblem des Rehabilitationssystems ist somit die Isolation des Rehabilitionsgeschehens als spezialisiertem Handlungsbereich auf der Ebene des Einzelfalls, dem weiter gehende Zielsetzungen jeglicher Art äußerlich bleiben. Die Zielsetzung der Eingliederung, die Zielsetzung der Integration oder die Zielsetzung der Teilhabe bleiben zumeist uneingelöste Versprechungen an die Rehabilitanden, die auf die Organisation und Funktionsweise des Rehabilitationsprozesses wenig Einfluss haben.

Rehabilitation als Befähigung zur Teilhabe

Der Begriff der Rehabilitation wurde auch in die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen aufgenommen. Der mit ‚Habilitation und Rehabilitation' überschriebene Artikel 26 der Konvention fordert die Vertragsstaaten auf, geeigneten Maßnahmen zu ergreifen „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen [„to enable persons with disabilities"], ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung [inclusion] in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe [participation] an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren". Maßnahmen der Rehabilitation werden also nach dem Verständnis der Behindertenrechtskonvention nicht überflüssig, sie zielen auch weiterhin auf das Individuum. ‚Rehabilitation' wird hier allerdings nicht als Überbegriff für alle (sozial)politischen Maßnahmen gewählt, sondern als ein Teilbereich, der die Ermöglichung einer unabhängigen Lebensführung, die Sicherstellung von Mobilität, das Recht auf Bildung, die Teilhabe am Arbeitsleben, den Anspruch auf eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung (und vieles mehr) ergänzt.

Im Kontext einer auf Inklusion zielenden Politik geht es bei der Habilitation und Rehabilitation nicht um das zukünftige Versprechen der Wiedereingliederung, sondern um die Sicherung von Unabhängigkeit. Dem liegt die Einsicht zugrunde, dass die Inanspruchnahme von Hilfen immer mit Abhängigkeiten verbunden ist. Daher ist es das Ziel vieler Menschen mit Behinderungen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen oder durch den Einsatz von technischen Hilfsmitteln ein höheres Maß an Unabhängigkeit zu erreichen. Da allerdings aus dem Angebot der Rehabilitation leicht ein Zwang

zur Selbständigkeit werden kann, ist in dem Artikel festgelegt, dass die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen freiwillig sein muss. Sie müssen der Kontrolle der Nutzer/innen unterliegen und sich in ihre individuelle Lebensgestaltung einfügen.

Der Ansatz der Inklusion und der Teilhabe drückt sich nicht nur in der Zielbestimmung der Rehabilitation aus. Es werden darüber hinaus weit reichende Vorgaben für die Organisation von Rehabilitationsleistungen gemacht. Bemerkenswert ist in Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention, dass bei der Aufzählung derjenigen, die Rehabilitationsleistungen erbringen, an erster Stelle die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen (peer support) genannt wird.

Dies kann als eine deutliche Kritik an einer Expertenorientierung in der Rehabilitation verstanden werden. In der Bundesrepublik hat die ehrenamtliche Selbsthilfe sich mühselig ihre Anerkennung als Teil der gesundheitlichen Versorgung und der Rehabilitation erkämpft. Die Behindertenrechtskonvention geht deutlich darüber hinaus. Peer support wird nicht als Ergänzung der Rehabilitation, sondern als deren Kernbestandteil verstanden. Damit verschiebt sich der Schwerpunkt der Rehabilitation weg von isolierten Einzelleistungen und einer selbstbezüglichen Spezialisierung hin zu einer Perspektive, die sich auf die unmittelbare Lebenssituation der Leistungsberechtigten bezieht. Dies wird auch durch die Forderung gemeindenaher [„available ... as close as possible to their own communities“] Rehabilitationsdienste auch in ländlichen Gebieten unterstrichen. Das Reha-System in der Bundesrepublik Deutschland ist immer noch gekennzeichnet durch große, in sich geschlossene Rehabilitationseinrichtungen. Die Schwierigkeiten, dies im Bereich sozialpsychiatrischer Unterstützungsangebote zu überwinden, sind bekannt.

Es ist eine der großen Leistungen der Behindertenrechtskonvention, auch auf solche Menschenrechtsverletzung hinzuweisen, die in besonderer Weise in entwickelten Sozialstaaten auftreten. Ein einseitig auf Versorgung und Förderung zielendes Reha- und Hilfesystem hat trotz erheblicher finanzieller Aufwendungen neue Formen der Benachteiligung und Ausgrenzung hervorgebracht.

Die Spezialisierung und die mangelnde Sensibilität gegenüber der Lebenssituation der Adressaten von Rehabilitationsangeboten hat entgegen der proklamierten Zielsetzung zu einer einseitig medizinischen Sichtweise von Behinderung und zur Besonderung von Menschen mit Behinderung beigetragen. Der Ansatz der Inklusion bietet vor diesem Hintergrund eine Reflexionsfolie für die nicht intendierten Folgen professioneller Unterstützungsleistungen. Individuelle Förderung, Therapien und Maßnahmen der Rehabilitation, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, werden dadurch keineswegs überflüssig. Sie müssen sich jedoch in eine auf Inklusion zielende Gesamtstrategie einfügen. Die Bedeutung von Rehabilitationsleistungen wird auf diese Weise relativiert bzw. der umfassenderen Zielsetzung eines individuell gewünschten Maßes an Unabhängigkeit untergeordnet.

Im Ansatz der Inklusion liegt also ein erhebliches Potential zur Umgestaltung. In kritischen Einwänden, wie in dem schon erwähnten Beitrag von Dahme und Wohlfahrt (2009) wird dieses Potential negiert angesichts der befürchteten Instrumentalisierung eines Appells an Inklusion als Begründung von Sparmaßnahmen. Damit wird aber das bestehende Rehabilitations- und Unterstützungsangebot für Menschen mit Behinderung gegen Kritik abgeschottet. Die Behindertenkonvention ist kein naiver Appell an die Inklusionsbereitschaft der Bevölkerung. Der Artikel 26 zeigt in eindrucksvoller Weise, dass mit der Thematisierung von Behinderung im Rahmen der Menschenrechte die Folgen einer nur an funktionalen Kriterien orientierte Spezialisierung der Rehabilitation reflektiert werden können. Inklusion wird dieser Entwicklung nicht als Utopie oder Verheißung gegenüber gestellt. Der Artikel betont vielmehr die rechtliche Absicherung von individuellen Ansprüchen auf Förderung. Er benennt dafür eine Zielsetzung, die nur durch eine Veränderung von Regeln und Routinen sowie die Einbeziehung neuer Akteure erreicht werden kann, wenn sie dem Rehabilitationsgeschehen nicht äußerlich bleiben soll. In diesem Sinne kann auch die Weiterentwicklung der Rehabilitation zur Entwicklung einer Kultur der Einbeziehung Aller beitragen. Inklusion beschreibt in der Behindertenrechtskonvention keinen Zustand, sondern eine reflexive Orientierung für die beteiligten Akteure. ●

Der Ansatz der Inklusion drückt sich nicht nur in der Zielbestimmung der Rehabilitation aus, sondern macht auch Vorgaben, wie Rehabilitationsleistungen erbracht werden können: die ehrenamtliche Selbsthilfe (peer support), wird hier als zentraler Teil der Versorgung genannt.

Literatur

Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (2009): Zwischen Ökonomisierung und Teilhabe. Zum aktuellen Umbau der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In: Teilhabe, Jg. 48, H. 4, S. 164–171.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hg.) (2009): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK). Eine erste Stellungnahme der DVfR. Online verfügbar unter http://www.dvfr.de/uploads/media/UN-BRK_erste_Stellungnahme_DVfR.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.06.2009, zuletzt geprüft am 05.01.2010.

Hohmeier, Jürgen (2004): Die Entwicklung der außerschulischen Behindertenhilfe als Paradigmenwechsel - Von der Verwahrung zur Inklusion. In: Forster, Rudolf (Hg.): Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 127–141.

Mühlum, Albert; Gödecker-Geenen, Norbert (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 1).

Rohrmann, Albrecht (2007): Persönliche Budgets in der Behindertenhilfe als Beitrag zur strukturellen Weiterentwicklung. In: Gemeinsam leben, Jg. 15, H. 1, S. 4–14.

United Nations (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung der Convention on the Rights of Persons with Disabilities von 2006. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/coremedia/generator/2888/property=pdf/uebereinkommen__ueber__die__rechte__behinderter__menschen.pdf, zuletzt geprüft am 03.07.2009.

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr-Siebeck.

World Health Organization (WHO) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsche Übersetzung. Herausgegeben von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Online verfügbar unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf, zuletzt aktualisiert am 24.03.2006, zuletzt geprüft am 10.09.2008

Sozialräumliche Erziehungshilfen

Ein Erfahrungsbericht über den Wandel von Konzept und Finanzierung

Von Klaus Meier und Regina Weißenstein

Abstract

Der konsequente Umbau der traditionellen zur sozialräumlichen Erziehungshilfe – hier gezeigt am Beispiel des Stuttgarter Entwicklungsprozesses – benötigt ein Finanzierungssystem, das die fachlichen Ziele unterstützt und dem freien Träger Planungs- und Finanzierungssicherheit gibt. Das Finanzierungssystem soll den fachlichen Anspruch – die Aufhebung der Säulen ‚ambulant' und ‚stationär' – unterstützen und die Gewinnung sozialräumlicher Ressourcen durch die Finanzierung auch von „fallunspezifischer Arbeit" einbeziehen.

Die traditionelle Erziehungshilfe hat sich in den vergangenen 40 Jahren stark ausdifferenziert. Wurde die Notwendigkeit der Fremdunterbringung eines jungen Menschen festgestellt, nahm man ihn häufig aus den gewachsenen Bezügen heraus und „verpflanzte" ihn für unbestimmte Zeit in eine stationäre Heimeinrichtung, deren Konzeption in Aussicht stellte, die bestehenden Verhaltensauffälligkeiten zu „reparieren". Die Spezialisten überzeugen und versprechen mit ihrer Expertise, die in ihrem Sprachcode den Betroffenen i.d.R. nicht zugänglich ist, dass dies eine erfolgversprechende Maßnahme darstellt, um den jungen Menschen wieder an die gesellschaftlichen Normen heranzuführen. Dies ähnelt der Vorstellung, dass jemand für eine spezielle Erkrankung in ein entsprechendes Fachkrankenhaus eingewiesen wird und nach erfolgter Therapie geheilt wieder nach Hause geht. Stellt sich in diesem fiktiven Beispiel der Erfolg nicht ein, wird angenommen, es liege daran, dass der junge Mensch auf die an sich richtige Maßnahme nicht angesprochen hat. Daraus folgt ein Professionsdiskurs, mit welcher weiteren Spezialisierung dem jungen Menschen geholfen werden kann.

In dieser Professionslogik erfolgte für die verschiedensten Problemlagen zunehmend eine Ausdifferenzierung von stationären Angeboten auf der Basis bestimmter Methoden, um den Störungsbildern der Kinder und Jugendlichen entsprechend zu begegnen. Eher selten entwickelten sich jedoch konsequent auf einen Stadtteil bezogene Angebote vor allem im stationären Bereich. Zugenommen hatten Platzierungen von jungen Menschen in Spezialeinrichtungen fernab ihre bisherigen Lebenswelt. Somit konnten diese hochprofessionellen Hilfen auf die Lebenshintergründe der Familien kaum einen Einfluss nehmen.

Die dazugehörige traditionelle Finanzierungssystematik fördert strukturell problematische Entwicklungen. Für einzelne Angebotsprofile gibt es vollkommen unterschiedliche Finanzierungsformen. Diese reichen von der Fall- oder der Monatspauschale über Fachleistungsstunden und unterschiedliche Entgelte pro Tag bis hin zur Projektfinanzierung. Zentrale Steuerungsgröße ist der Einzelfall. Ein schneller Abschluss von Hilfen bzw. eine konsequente Orientierung an Ressourcen der jungen Menschen und ihres sozialen Umfelds bei der Gestaltung des Hilfesettings, kann für Erziehungshilfeträger mit Einnahmeausfällen verbunden sein. Sie geraten tendenziell in die Gefahr, aus wirtschaftlichen Gründen möglichst viele Fälle lange und intensiv hoch-professionalisiert betreuen zu müssen. In der Konsequenz führt dies zum weiteren Ausbau immer neuer spezialisierter Angebote für neu definierte Zielgruppen und zur bereits skizzierten weiteren Aussonderung junger Menschen aus ihren normalen Bezügen. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zu Erfordernissen, die in der Fachdiskussion eigentlich unstrittig sind.

Sozialräumliche Erziehungshilfe

Sozialräumliche Erziehungshilfe stellt sich diesen Anforderungen Sie erkundet vorrangig zur Nutzung von spezialisierten Angeboten neugierig und offen die Möglichkeiten und Grenzen im sozialen Raum bzw. der Lebenswelt der Menschen. Sie stellt ihren professionellen Deutungsanspruch zurück zugunsten des Verstehens der Lebenswelt und der Lebensentwürfe der Betroffenen sowie den Verknüpfungen mit dem sozialen Gefüge der Familie und dem infrastrukturellen Umfeld.

Zentrale konzeptionelle Essentials lassen sich unter dem Konzept „Sozialraumorientierung" bündeln. Die soziale Lebenswelt der Menschen steht im Mittelpunkt von Hilfen. Sie orientiert sich konsequent am Willen der Menschen: Wesentlich ist, welche Veränderungs- und Lösungsvorstellungen diese selbst vertreten und was sie aktiv selbst zu einer Verbesserung ihrer Lebenssituation beitragen können. Sozialraumorientierung geht auch davon aus, dass die Betroffenen dabei die Akteure der Veränderung sind. Die Profis unterstützen bzw. erkunden gemeinsam mit den Betroffenen den Einsatz der Stärken und Ressourcen auf persönlicher, sozialer, materieller und infrastruktureller Ebene.

Zum Beispiel werden im Stadtteil vorhandene Möglichkeiten (die Infrastruktur, nachbarschaftliche Beziehungen, „natürliche" Treffpunkte ...) so weit wie möglich in die Ausgestaltung der Hilfen integriert. Außerdem bezieht die Soziale Arbeit alle lokalen Akteure ein und schafft damit vielfältige und idealerweise nachhaltige Kooperationsbezüge im sozialen Raum.

Klaus Meier
Dipl. Sozialarbeiter FH, Bereichsleiter und zuständig für Finanzierung und Controlling, Evangelische Gesellschaft e.V., Flattichhaus, Tapachstrasse 64, 70437 Stuttgart, Email: Klaus.Meier@eva-stuttgart.de.

Dies fördert zielgruppenübergreifendes Handeln.

Leitlinien der Landeshauptstadt Stuttgart für den Umbau zu sozialräumlichen Erziehungshilfen

Die fachlichen Qualitätsziele der Erziehungshilfe in der Landeshauptstadt Stuttgart spiegeln dieses Verständnis:

- Alle Hilfen richten sich flexibel an der individuellen Situation der jungen Menschen und ihres Umfeldes aus. Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Ansätzen werden ausgestaltet. Im Hilfeverlauf erfolgen möglichst wenige Beziehungsabbrüche.
- Vorrangig werden ganze Familien und ihr Umfeld gestärkt.
- Soviel Lebensweltorientierung wie möglich
- Wohnortnahe Hilfen, wenn fachlich nichts dagegen spricht
- Integrative Unterstützung beugt Ausgrenzungsprozessen vor.
- Ein neu entwickeltes Finanzierungssystem unterstützt die fachlichen Ziele.

Herausforderung Finanzierung

Die sozialräumlichen ambulanten und stationären Hilfen benötigen eine Finanzierung, die entsprechend dem fachlichen Anspruch die Aufhebung der Säulen ‚ambulant' und ‚stationär' unterstützt und die Gewinnung sozialräumlicher Ressourcen durch die Finanzierung fallunspezifischer Arbeit einbezieht.

Ein Modell sozialraumbezogener Finanzierung wurde in Stuttgart neu entwickelt und im Lauf der Jahre ständig fortgeschrieben, um die vereinbarten fachlichen Ziele umsetzen zu können. Unterschiedliche Hilfeformen und –intensitäten sollen möglichst einheitlich finanziert werden. Wenn sich der Bedarf im Einzelfall verändert, muss eine einfache Modifikation der Hilfe möglich sein. Träger sozialräumlicher Erziehungshilfe haben ein ökonomisches Eigeninteresse daran, ressourcenorientiert zu arbeiten und Finanzen möglichst wirkungsvoll einzusetzen.

Die Basis der ersten Finanzierungsformen ermöglichte zwar einerseits flexible Hilfen, „belohnte" aber analog dem klassischen Entgeltsystem zeitintensive Hilfen. Wie im traditionellen System musste die Finanzierung entsprechend der für den Einzelfall erbrachten ambulanten Stunden und Belegtagen mit den dafür hinterlegten Entgelten abgerechnet werden. Dadurch fanden sich die freien Träger in der ihnen bekannten Auslastungslogik wieder, um einen möglichst ausgeglichenen Jahresabschluss erzielen zu können. Dies führte in der Folge zunächst zu steigenden Kosten und sprengte das kommunale Haushaltsziel, die jährliche Steigerung der Kosten für Erziehungshilfen zu begrenzen.

Für die konsequente sozialräumliche Ausrichtung der Erziehungshilfen benötigt der freie Träger ein gewisses Maß an Finanz- und Planungssicherheit, d.h. auch Luft für natürliche Schwankungen der Auslastung. Schnittstellenbezogen hochflexible Hilfen bedürfen eines ebensolchen hochflexiblen Finanzierungssystems. Auslastungsdruck in den stationären Gruppen darf erfolgreiche Beendigungen von Hilfen möglichst nicht verhindern. Der freie Träger muss in der Lage sein, die sozialräumlichen und flexiblen Hilfen erbringen zu können, die fachlich sinnvoll sind.

Die Entwicklungsarbeit an der Finanzsystematik führte dann ab 2005 zu der Lösung einer prospektiven Finanzierung. Die regional zuständigen freien Träger verpflichten sich, für einen festgelegten Geldbetrag einen vorab angenommenen Leistungsumfang zu erbringen. Dieser setzt sich aus einer Anzahl zu erbringender ambulanter Fälle und einer bestimmten Menge zu leistender stationärer Belegtage zusammen. Dabei ermöglichen Korridore die erforderlichen flexiblen Gestaltungsspielräume.

Diese Finanzierungsform ermöglicht die Durchlässigkeit stationärer und ambulanter Hilfen. So kann z.B. mit jeder stationären Hilfe ein individuelles ambulantes Betreuungssetting verbunden werden, das in der Regel von den Fachkräften der stationären Gruppe selbst geleistet wird bzw. der Fachkraft, mit der der Fall ambulant gestartet ist. Betreuungsabbrüche werden weitgehend vermieden, das erarbeitete sozialräumliche Fallwissen steht in vollem Umfang zur Verfügung. In die Finanzierung der Hilfen geht dann ein stationärer Fall mit Belegtagen und als ambulanter Fall ein. Das ist nicht mit steigenden Kostenaufwänden verbunden, da sich die Hilfedauer oftmals verkürzt und die Hilfen nachhaltiger wirken können.

Durch die Umsetzung der sozialräumlichen Ziele erleben Familien, dass sie die Akteure ihres Lebensalltags bleiben. Sie geben durch eine stationäre Unterbringung ihres Kindes die Verantwortung nicht einfach ab. Sie werden auf der Folie der Ziele und Grundlagen der sozialräumlichen Erziehungshilfe dabei begleitet und gefordert, eigene Stärken (wieder) zu entdecken, Netzwerke zu knüpfen und zu nutzen, diese in der Bewältigung des Lebensalltags einzusetzen – und an die Kraft des Machbaren und der Veränderungschancen zu glauben.

Fazit

Die Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen war von häufigen und grundlegenden Veränderungen geprägt. Diese Schnelllebigkeit war bei allen Beteiligten mit einem hohen Entwicklungs- und Umstellungsaufwand verbunden. Offensichtlich ist die Spannung zwischen der fachlich unbestrittenen sozialräumlichen Orientierung und einem entsprechenden Finanzierungssystem und den finanziellen Rahmenvorgaben des öffentlichen Trägers mit dem Wunsch des freien Trägers nach Finanzierungs- und Planungssicherheit andererseits nicht aufhebbar.
In diesem Bewusstsein ist, auch auf der Basis eines gemeinsamen Steuerungssystems, dennoch eine gute Kultur entstanden, Konflikte zu thematisieren, zu klären und neue Lösungen zu entwickeln und auszuhandeln.

Insgesamt überwiegt deshalb die Erfahrung, dass die regionale Finanzierung und Steuerung faszinierende Möglichkeiten einer sozialräumlichen Hilfegestaltung eröffnet, die fachlich noch lange nicht „ausgereizt" sind. ●

Regina Weißenstein, Dipl. Sozialpädagogin FH, Abteilungsleiterin, Evangelische Gesellschaft e.V., Büchsenstrasse 34/36, 70178 Stuttgart, Regina.Weissenstein @eva-stuttgart.de

Die Finanzierung lebensfeldorientierter und personenzentrierter Hilfen aus einem Regionalbudget

Ein Bericht über den Fortgang in Rostock

Von Ingmar Steinhart

Der Rostocker Weg hat sich bewährt

In der Kerbe 3/2006 haben wir über die Einführungsphase des *Rostocker Weges*, der Finanzierung der Eingliederungshilfe-Leistungen für wesentlich seelisch behinderte Menschen aus einem Regionalbudget, berichtet[1]. Fachlichkeit und Ökonomie wollten wir zusammenbringen – im Einzelfall sollten personenzentrierte und lebensfeldorientierte Hilfen passgenau ermittelt und ebenso passgenau finanziert werden. Hierdurch sollte der Anstieg der durchschnittlichen Fallkosten gesenkt bzw. zumindest gedämpft werden. Die aktuelle Statistik der Gebietskörperschaften in Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahre 2008 zeigt, dass im Bereich teil-/vollstationärer Wohnhilfen die Hansestadt Rostock mit Abstand die niedrigsten Fallkosten (75 % im Vergleich zum Landesdurchschnitt) hat. Gleichzeitig hält die Hansestadt Rostock das landesweit elaborierteste Berichtswesen im Hinblick auf differenzierte Indikatoren der Ergebnisqualität vor. Somit blicken wir heute auf insgesamt 5 erfolgreiche Jahre „Regionalbudget“ mit Daten aus 4 Jahren (2005-2008) zurück und berichten im Folgenden über einige Schlaglichter.

Ingmar Steinhart
Prof. Dr., Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald
institut@sozialpsychiatrie-mv.de

[1] Ingmar Steinhart, Personenbezogene Finanzierung aus einem Regionalbudget. Erste Erfahrungen in der Hansestadt Rostock. Kerbe 3/2006, S.37ff.

Wie funktioniert regionale Steuerung in der Eingliederungshilfe?

Nach wie vor (2007 – 2008) steigen die Fallzahlen im Bereich der vollstationären Hilfen für wesentlich seelisch behinderte Menschen in Mecklenburg-Vorpommern mit 5% stärker als der Landesdurchschnitt (3,7%) in der Eingliederungshilfe. Darüber hinaus haben sie auch von allen Zielgruppen der Eingliederungshilfe die höchsten durchschnittlichen Fallkosten. Eine Steuerung ist also dringend erforderlich.

Zentrales Steuerungsinstrument in der Hansestadt Rostock ist die Hilfeplankonferenz, in deren Weiterentwicklung sowohl von Seiten des Leistungsträgers als auch der Anbieterseite viel Aufwand gesteckt wurde – vor allem durch eine „Geschäftsordnung auf Augenhöhe“ und die Entwicklung gemeinsamer Haltungen und Werte. Nach der abgeschlossenen Teilnahme an einer Modellphase zur Evaluation der Hilfeplankonferenzen erfolgt diese mittlerweile regelmäßig nach abgestimmten Kriterien (mehr dazu siehe unter www.sozialpsychiatrie-mv.de).

Während in die Hilfeplankonferenz investiert wurde, hat der Leistungsträger an anderer Stelle den Aufwand reduziert: die direkte Kontrolle der Leistungserbringung wurde zurückgefahren und die Ausführung den Leistungserbringern überlassen. Stattdessen wird im Sinne der Ergebnisqualität mit differenzierten Indikatoren die Wirksamkeit der in der Hilfeplankonferenz verabredeten Maßnahmen im Einzelfall und im Gesamthilfesystem der Hansestadt evaluiert. Letztlich erfolgt in der Hilfeplankonferenz über den Einzelfall auch die Steuerung von ca. 90 % des Gesamtbudgets.

Rechtliche Grundlagen und Vereinbarungswerk

Die Grundlage für das Leistungs- und Finanzierungsrecht sowie für die vertraglichen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern bilden die §§ 75 ff SGB XII. Zur modellhaften Erprobung innovativer Versorgungsansätze und neuer Finanzierungsformen sieht der Landesrahmenvertrag für das Land Mecklenburg Vorpommern gem. § 79 (1) SGB XII, Anlage B.0. Öffnungsklauseln vor, wonach das bisherige Verfahren der Hilfebemessung über Leistungstypen durch die Einführung fallgruppenbezogener Leistungsentgelte gem. § 76 (2) SGB XII auf Basis einer individuellen Hilfe- und Maßnahmeplanung (§ 58 SGB XII) abgelöst werden kann.

Mit Bezug hierauf wurde im Verlauf des Projekts eine trägerübergreifende Leistungs-, Prüfungs-, und Vergütungsvereinbarung zwischen dem Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbund (GPLV) und den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe entwickelt. Die zu erbringende Leistung ist vereinbarungsgemäß nicht zwingend an die Wohnform des Hilfesuchenden oder an eine Einrichtungsform gebunden und kann in Form von Beratung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Anleitung, Förderung bis hin zur stellvertretenden Ausführung erfolgen. Der Personal- und Ressourceneinsatz kann einrichtungsübergreifend erfolgen. Zur Qualitätssicherung wurden Kennziffern für die einrichtungsübergreifende Personalvorhaltung vereinbart und eine Fachkraftquote definiert.

Eine Steuerungsgruppe begleitet die Erprobung der neuen Finanzierungsform und veranlasst Verhandlungen, wenn sich wesentliche Voraussetzungen verändern. In der Vergütungsvereinbarung werden das Leistungsentgelt in seine Bestandteile neu gliedert, Minuten- bzw. Tagespreise festlegt und die Form der Abrechnung

beschrieben. Die Festschreibung des prozentualen Verhältnisses zwischen überörtlicher und örtlicher Leistungsfinanzierung in der Vergütungsvereinbarung zielt direkt auf eine Sicherstellung der beidseitigen Finanzierungsverantwortung im Verlauf der fortschreitenden Ambulantisierung von Angebotsstrukturen.

Erfahrungen 2004 – 2008 Flexibilisierung und Dynamisierung der Hilfen

Bis heute sind die angestrebten Zielsetzungen sowohl inhaltlich als auch budgetrelevant erreicht worden. Vor allem, weil ungewöhnliche und kreative Lösungen im Einzelfall möglich wurden, konnten alle leistungsberechtigten Personen innerhalb der Versorgungsregion versorgt werden. Nach Aufhebung der Finanzierungsbindung an eine bestimmte Institution ist es heute in Rostock möglich, auch den quantitativen Aspekt der Hilfe auf die Person zu zentrieren. Die nicht mehr an „Betten“ bzw. Immobilien gebundenen Angebote sind in der Lage, mit den gleichen Ressourcen und zur vereinbarten Qualität mehr Menschen als vorher zu unterstützen.

Die beiden beteiligten Leistungserbringer erlebten einen Zugewinn an Gestaltungsfreiheit, der genutzt wird, um die bestehenden Angebote neu zu strukturieren und die Hilfen noch individueller zu gestalten. Die umfassende Umgestaltung über alle Leistungsbereiche hinweg brachte u.a. die Umwandlung einer stationären Heimeinrichtung zu einer Wohnanlage für ambulant betreute Wohngemeinschaften und strukturelle Veränderungen der Tagesstätten mit sich. Das letzte „Psychosoziale Wohnheim“ soll in 2010 „ambulantisiert“ werden, so dass ab 2010 dann nur noch 8 klassische „geschlossene Heimplätze“ vorhanden sind, wovon im Schnitt 3 bis 5 Plätze für Rostocker Bürger und Bürgerinnen benötigt werden. Wesentlichen Anteil am Erfolg des Gesamtprojektes hatte auch die zentrale Steuerung und Datenerfassung. Erst die in diesem Zusammenhang erforderliche verbesserte Leistungstransparenz ermöglichte Aussagen über die tatsächliche Inanspruchnahme der Hilfen.

Ein anschaulicher Beleg für die Bedarfsgerechtigkeit und Flexibilisierung von Einrichtungenent ist die Auslastung. Durchschnittlich haben mehr Teilnehmer die „Tagesstätten“ besucht als ursprünglich vorgesehen: konkret 1,30 Nutzer pro vereinbartem Platz im Jahre 2008, d. h. im Durchschnitt werden also 1/3 mehr Teilnehmer auf bzw. mit einem „Tagesstättenplatz“ alter Prägung versorgt.

Im Wesentlichen lässt sich dieses Ergebnis auf vier Entwicklungen zurückführen:

- die genauere Bedarfsbemessung über breit angelegte Hilfeempfängergruppen, welche entscheidend zur Freisetzung von Ressourcen beigetragen hat;
- individuelle Regelungen von Anwesenheitszeiten öffneten die Angebote auch für geringer belastbare Nutzer und führten im Zuge einer ausgewogenen Frequentierung zu freien Valenzen für zusätzliche Klientel;
- der strukturelle Umbau der traditionellen Tagesstätte zu einem dezentralisierten Arbeits- und Beschäftigungsangebot in der Gemeinde. Nutzer bedürfen bei sinnvoll erlebter produktiver Arbeit viel weniger Aufmerksamkeit und Betreuung als in einem Beschäftigungs- oder Gruppenangebot, wie es traditionell in Tagesstätten vorzufinden ist;
- anstelle neuer „immobiliengebundener“ Einrichtungen sind „virtuelle Tagesstätten“ entstanden, welche nun bedeutend mehr Nutzern ein adäquates Angebot machen können als vorher.

Diese Entwicklung findet sich auch im Gesamtsystem wieder. Bei einem Vergleich der vereinbarten Kapazitäten und der monatlichen durchschnittlichen Belegung zwischen 2005 und 2008 zeigt sich, dass ca. 27 Prozent mehr Maßnahmen pro Monat durchgeführt wurden als es vor der Finanzierungsumstellung Plätze gab, ohne dass auf der anderen Seite neue Einrichtungen entstanden sind. Im Verhältnis zur erhöhten Platzkapazität im Jahre 2008 waren es dann immerhin noch 17 Prozent Mehrversorgung.

Ergebnisqualität der Hilfen

Generell existieren kaum Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben könnten. Als ein »hartes Datum« neben den reinen Kosten bzw. Fallzahlen könnte ein »Eingliederungsindex« gelten, der anzeigt, wie viele Fälle in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe aus dem System »entlassen« wurden.

Die Erfahrungen der vier Jahre zeigen, dass die neue Form der Finanzierung der Eingliederungshilfe einen Zugewinn an Gestaltungsfreiheit bei den Leistungserbringern bedeutet und kreative Einzelfalllösungen fördert.

In den Jahren von 2005 bis 2008 sind in Rostock insgesamt 1920 seelisch behinderte Leistungsberechtigte innerhalb des Systems versorgt worden. Von diesen konnten 10,9 % soweit sozial rehabilitiert werden, dass sie am Ende der Maßnahme keinen Bedarf mehr auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII hatten. Wir sind überzeugt, dass die übernommene Versorgungsverpflichtung und die Bedingungen einer gedeckelten Budgetfinanzierung hier einen wesentlichen Beitrag geleistet haben: bei den Anbietern wurden *mehr* Fälle *schneller* als vor der Umstellung bearbeitet. Denn eine so genannte „Fallproduktion“, wie sie unter den Bedingungen der Platzfinanzierung vorkommt, wäre unter Budgetbedingungen für niemanden hilfreich gewesen.

Kostenentwicklung

Die harten Ergebnisse aus vier Jahren personenbezogener Finanzierung auf Basis regionaler Trägerbudgets in Rostock sind überwiegend auf die Flexibilisierung des Gesamtsystems und die damit verbundene Mehrversorgung zurückzuführen. Eine wichtige Benchmark für jede Budgetfinanzierung sind die Kosten pro Tag/Fall, welche infolge der Mehrversorgung im Rostocker Hilfesystem über den Beobachtungszeitraum von vier Jahren um ca. 4,18 Euro pro Tag und Fall gemindert werden konnten. Bei einer Gesamtbudgetaufstockung im gleichen Zeitraum um ca. 7,5 Prozent (350.000 Euro) in den letzten vier Jahren konnten überproportional mehr Leistungsberechtigte (64 Personen) durchschnittlich pro Monat und Jahr versorgt werden. Wir schätzen den dadurch verhin-

Die Entwicklung der Kosten und die Betrachtung des Eingliederungsindex bestätigen den positiven Erfolg der Flexibilisierungsmaßnahmen.

Das Regionalbudget hat sich als verlässlicher Rahmen für alle Beteiligten bewährt, in dem man sich anders und kreativer verhalten kann/darf, als in der traditionellen Finanzierung.

derten Kostenanstieg kumuliert auf ca. 1.990.000 Euro.

Perspektiven in Rostock

1. Budget als eigener Leistungstyp

Ziel bleibt nach wie vor eine dauerhafte Verstetigung der neuen zeitbasierten Finanzierung im Rahmen des Landesrahmenvertrages als eigener Leistungstyp. De jure handelt es sich immer noch um eine Erprobung neuer Finanzierungsformen. Ziel ist es, den „Regionalen gemeindepsychiatrischen Verbund (GPLV) mit Pflichtversorgung und koordinierter Leistungserbringung“ und das Regionalbudget als gesonderten Leistungstyp im Landesrahmenvertrag zu „legalisieren“: das Modell „Regionalbudget“ würde damit zu einer frei wählbaren Regel-Finanzierungsform für eine Region – Einigkeit der Akteure vorausgesetzt.

Der aktuelle Vorschlag sieht hier unter dem Aspekt individueller und sozialraumbezogener Finanzierung zwei „Leistungsarten“ vor:
- Leistungsart I: „Unterstütztes Leben und Beschäftigung mit fallbezogener zeitbasierter Vergütung“ und
- Leistungsart II: „Unterstützung im Sozialraum mit pauschaler fallunspezifischer Vergütung“.

Der Kommunale Sozialverband sowie die kreisfreien Städte und gut die Hälfte der Landkreise unterstützen die Schaffung eines solchen Leistungstyps, weil er unter fachlichen wie ökonomischen Bedingungen seine Überlegenheit gegenüber der klassischen Finanzierung gezeigt hat. Andere Landkreise und einige Wohlfahrtsverbände blockieren aktuell leider noch die Einführung.

2. Einbeziehung weiterer Anbieter und Leistungsträger

In Rostock sind die noch „fehlenden“ Anbieter der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die Tagesstätte für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke und die Abteilungen für seelisch behinderte Menschen der Werkstätten für Menschen mit Behinderung in den Leistungsanbieterverbund und damit in die Budgetfinanzierung einzubinden.

3. Einbeziehung der Service-Stellen nach SGB IX in die Hilfeplanung

Aktuell läuft in der Hilfeplankonferenz ein Modellversuch, die „Örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger“ nach SGB IX § 22 in den Prozess der Hilfeplanung einzubinden, um die Wege zu anderen zuständigen Leistungsträgern direkt zu ebnen. Vorteil dieses Vorgehens ist vor allem, dass die Fristen nach SGB IX sehr schnell aktiviert werden und Menschen mit seelischen Behinderungen nicht mehr „unterwegs verloren“ gehen.

4. Mehrdimensionale Wirkungskontrolle

„Es bedarf einer Wirkungskontrolle sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch auf der Vertragsebene. So ist festzustellen, ob und in welchem Maße die jeweiligen individuellen Leistungen und die vertraglich vereinbarten Leistungen geeignet sind, die vereinbarten Ziele der Eingliederungshilfe zu erreichen. Hierfür sind konkrete Kriterien zu erarbeiten... Die vereinbarten Eingliederungs- und Teilhabeziele sind Grundlage der Wirkungskontrolle“ (Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010). Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen ist aktuell die Implementierung und weitere Erprobung eines mehrdimensionalen Konzeptes zur Wirkungsorientierung vereinbart, über das gesondert zu berichten sein wird.

Ein Regionalbudget – warum?

Von Leistungsträgern und –anbietern werden wir immer wieder gefragt, warum wir das Regionalbudget benötigen. Unsere Antwort ist stets: weil wir so „schwach“ sind! Das Regionalbudget hat sich als verlässlicher Rahmen für alle Beteiligten bewährt, in dem man sich anders und kreativer verhalten kann/darf als in der traditionellen Finanzierung. Ohne einen solchen Rahmen wäre weniger Bewegung möglich, die Verhinderung innovativer Lösungen kann von beiden Seiten nicht mehr auf die Finanzierungsbedingungen geschoben werden. Letztlich ermöglicht ein solcher Rahmen uns, wirklich lebensfeldorientiert und personenzentriert zu denken und zu handeln. Also: akzeptieren wir eine Budgetlösung für uns Profis als „passgenaue Maßnahme“, denn sie hilft - ohne das Budget damit zum Dogma zu machen! ●

Kerbe
Forum für Sozialpsychiatrie

Die Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

3 / 2010
Familien und Netzwerke im Kontext verstehen

4 / 2010
Stigma - Antistigma

1 / 2011
Migration: Fremde Welten verstehen

Herausgeber: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin. www.kerbe.info

Bestellanschrift: Verlag der Evang. Gesellschaft Stuttgart; Tel: 0711 / 60 100 - 40; vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Sozialraumbezogene Steuerung in der Psychiatrie aus der Sicht der Krankenkassen

Von Christiane Roick

Abstract

Die konsequente Umsetzung einer Sozialraumorientierung bei der Versorgung psychisch Kranker wird durch unterschiedliche Kostenträger und separate Vergütungsstrukturen im Bereich einzelner Kostenträger erschwert. Mit der Integrierten Versorgung können in der Krankenversicherung solche Settinggrenzen überwunden werden. Mit Modellen wie dem Regionalen Psychiatriebudget oder der ambulant gesteuerten Integrierten Versorgung in Hemmoor kann die Behandlung psychisch Kranker flexibler und mit höherer Betreuungskontinuität gestaltet werden. Dabei steht jedoch das fallbezogene Handeln nach wie vor im Vordergrund. Damit sich die psychiatrische Versorgung der Sozialraumorientierung weiter annähern kann, müssen in einem nächsten Schritt Konzepte erprobt werden, in denen die Zuständigkeitsbereiche unterschiedlicher Kostenträger im Interesse einer bedarfsgerechten und auf die Lebenswelt bezogenen Versorgung integriert werden.

Sozialraumbezogene Steuerung versus sektorale Leistungsvergütung

Das Konzept der Sozialraumorientierung, das auch im Rahmen der psychiatrischen Versorgung intensiv diskutiert wird, geht über die in der klinischen Medizin übliche Orientierung des Handelns an einzelnen Personen hinaus und richtet sich auf eine ganze Region, einen Lebensraum, in dem neben einzelfallbezogenen Leistungen auch eine fallübergreifende Netzwerkarbeit und eine fallunabhängige Strukturarbeit (z. B. Antistigmaarbeit) umgesetzt werden (Kirschenbauer & Holke 2006). Dabei wird der soziale Raum mit den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit zur zentralen Bezugsgröße für die Steuerung psychiatrischer Versorgung (Peukert 2009).

Die konsequente Umsetzung dieses Konzepts stößt in der Versorgungsrealität jedoch an Grenzen, die zum einen durch die in den Sozialgesetzbüchern definierten, separaten Zuständigkeitsbereiche der Kostenträger, also der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe, bedingt sind. Zum anderen bestehen aber auch innerhalb der Verantwortungsbereiche bestimmter Kostenträger sektorale Grenzen, die eine sozialraumorientierte Versorgung erschweren. So führt die separate Vergütung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung im Bereich der Krankenversicherung dazu, dass psychiatrische Versorgung derzeit eher angebots- als bedarfsgesteuert erbracht wird. Deshalb werden psychisch Kranke, wenn sie im Rahmen einer Krise mehr Hilfe benötigen, häufig auch dann ins Krankenhaus eingewiesen, wenn eine intensivere ambulante Betreuung ausreichend wäre. Und das Krankenhaus kann die Patienten nicht frühzeitig aus der stationären Akutbehandlung entlassen, wenn keine kurzfristige intensivierte ambulante Nachbetreuung gesichert ist. Zudem entstehen an den Settinggrenzen Schnittstellenprobleme, die zu Verzögerungen der Weiterbehandlung, Doppeluntersuchungen, unnötigen Medikationswechseln und unbemerkten Therapieabbrüchen führen.

Integrierte Versorgung als Möglichkeit zur Überwindung von Settinggrenzen

Diese Probleme einer settingzentrierten Versorgung können durch die Integrierte Versorgung nach §140a-d SGBV überwunden werden. Die Integrierte Versorgung (IV) ermöglicht es, unterschiedliche Versorgungsbereiche miteinander zu verbinden und so die bisherige settingorientierte Therapie durch eine patientenzentrierte Behandlung zu ersetzen. Dennoch hat die psychiatrische Versorgung bei IV-Verträgen bislang nur eine untergeordnete Rolle gespielt. So bezogen sich nur 7% aller Ende 2008 noch laufenden IV-Verträge auf psychische Erkrankungen und substanzbedingte Störungen (Grothaus 2009).

Unter den im Bereich der Psychiatrie abgeschlossenen IV-Verträgen dominierten bislang Verträge, bei denen die sektorale Leistungsvergütung beibehalten wurde und nur Zuschläge für Dokumentation, Koordinationsaufwand und Case-Management-Leistungen gezahlt wurden. Entsprechende IV-Konzepte erlauben zwar eine bessere Koordination der psychiatrischen Versorgung, setzen aber kaum Anreize für eine bedarfsgerechtere Leistungserbringung. Auch Verträge mit Komplexpauschalen, die häufig ambulante ärztliche Leistungen mit psychiatrischer Pflege und Soziotherapie bzw. Case-Management verknüpfen, setzen nur begrenzt Anreize für eine settingübergreifende, primär bedarfsorientierte Versorgungsgestaltung.

Anders ist dies, wenn IV-Anbieter die Budgetverantwortung für die settingübergreifende Versorgung der Versicherten einer Region übernehmen. Entsprechende Verträge sind bislang noch selten, stellen aber das eigentliche Potenzial der Integrierten Versorgung dar, da sie den Leistungsanbietern die größte Handlungsfreiheit einräumen und gleichzeitig den stärksten Anreiz für eine bedarfsorientierte Versorgung setzen. Im

Christiane Roick
Dr. med., MPH, stellvertretende Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband. Sie befasst sich dort schwerpunktmäßig mit neuen Versorgungsmodellen, Qualitätssicherung und evidenzbasierter Medizin.
Christiane.Roick@bv.aok.de

Folgenden sollen zwei wegweisende IV-Konzepte vorgestellt werden, in denen eine settingübergreifende psychiatrische Versorgung mit Übernahme von Budgetverantwortung auf unterschiedliche Weise realisiert wird.

Klinikgesteuerte Integrierte Versorgung

Ein Modell, das exemplarisch die Möglichkeiten einer klinikgesteuerten Integrierten Versorgung aufzeigt, ist das 2003 Itzehoe eingeführte Regionale Psychiatriebudget (RPB).[1] Das RPB-Konzept basiert darauf, dass eine psychiatrische Klinik statt der bisherigen Tagespflegesätze und PIA-Pauschalen ein Jahresbudget erhält, das sich an den Erlösen orientiert, die die Klinik im Jahr vor der Budgeteinführung für die voll- und teilstationäre sowie die institutsambulante Versorgung erhalten hat (Roick et al. 2005).

Im Gegenzug verpflichtet sich die Klinik, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patienten der Region sicherzustellen, die durch einen Vertragsarzt stationär eingewiesen oder als Notfall aufgenommen werden oder die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz erfüllen. Um ihr jährliches Budgetziel zu erreichen, muss die Klinik so viele Personen behandeln wie vor der RPB-Einführung (± 6%). Dabei kann sie frei entscheiden, ob die Behandlung vollstationär, teilstationär oder ambulant erfolgen soll. Jeder Patient wird aber – unabhängig davon, ob er einmal oder mehrmals im Jahr behandelt wird – nur einmal als Person gezählt. Besteht bei einem Patienten mehrmals im Jahr Bedarf für eine stationäre oder institutsambulante Therapie, muss dieser Bedarf auch gedeckt werden.

So wird die Klinik motiviert, die Patienten so zu behandeln, dass ohne unnötigen Ressourcenverbrauch eine möglichst langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird. Zudem orientiert sich die Therapie unter den neuen Budgetbedingungen nicht mehr vorwiegend an der organisatorischen Struktur einzelner Behandlungsbereiche, sondern richtet sich primär nach der Versorgungsnotwendigkeit. Das ermöglicht einen schrittweisen Übergang von der bisherigen, am Behandlungssetting orientierten Arbeitsorganisation zu einer auf Diagnosegruppen spezialisierten, settingübergreifenden Organisation. Damit schafft das RPB die Voraussetzungen dafür, dass die Patienten mit stärkerer personeller Kontinuität und optimaler Versorgungsintensität betreut werden können.

Dass sich dieser Ansatz auch in einer höheren Versorgungseffektivität niederschlägt, konnte durch die RPB-Begleitforschung gezeigt werden (König et al. 2010). So entwickelte sich sowohl das allgemeine als auch das soziale und berufliche Funktionsniveau der Patienten unter RPB-Bedingungen signifikant günstiger als unter den Standardversorgungsbedingungen einer Kontrollregion. Die patientenbezogenen Kosten stationärpsychiatrischer Versorgung waren nach 1,5 Jahren Laufzeit in der Modellregion signifikant stärker zurückgegangen als in der Kontrollregion. Danach kam es in der Modellregion jedoch wieder zu einem leichten Kostenanstieg, so dass nach 3,5 Jahren RPB-Laufzeit in der Gesamtstichprobe nur noch tendenzielle Kostenvorteile für das RPB zu beobachten waren.

Da der vertragsärztliche Bereich in das RPB zunächst nicht einbezogen wurde, besteht hier ein Anreiz zur Kostenverschiebung, der sich nach 3,5 Jahren RPB-Laufzeit auch in einem leichten, aber signifikanten Anstieg der Kosten vertragsärztlicher Versorgung in der Modellregion im Vergleich zur Kontrollregion niederschlug. Entsprechende Kostenverschiebungen könnten in Zukunft jedoch vermieden werden, wenn es gelingt, den vertragsärztlichen Bereich in das Psychiatriebudget einzubeziehen. Dadurch könnte die Behandlung zudem mit noch größerer Gemeindenähe gestaltet werden.

Doch auch wenn Vertragsärzte in Regionale Psychiatriebudgets eingebunden werden, liegt der Vorteil einer klinikgesteuerten Integrierten Versorgung primär darin, dass die psychiatrische Akutbehandlung bedarfsgerechter und mit einer höheren Behandlerkontinuität erfolgen kann. Attraktiv ist ein Regionales Psychiatriebudget für eine Klinik jedoch nur, solange die Verlagerung des Leistungsangebots vom stationären in den (instituts-)ambulanten Bereich bei insgesamt weitgehend unveränderter Einnahmehöhe erfolgen kann. Derartigen anreizbedingten Restriktionen unterliegen IV-Projekte, die aus dem ambulanten Bereich gesteuert werden, nicht. Deshalb können diese Projekte über die optimale Gestaltung der Akutbehandlung hinausgehen und die Patienten im Interesse einer langfristigen Stabilisierung auch stärker in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit unterstützen. Auf diese Weise kann das Ziel der psychiatrischen Versorgung – die Integration und Behandlung der Patienten in ihrem normalen Lebensumfeld - noch besser erreicht werden.

Ambulant gesteuerte Integrierte Versorgung

Ein Beispiel für ein ambulant gesteuertes Integriertes Versorgungskonzept, das sich auch auf die Lebensbereiche der Patienten konzentriert, ist ein IV-Projekt, das seit 2004 AOK-Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen in Hemmoor/Niedersachsen angeboten wird. Die Versorgung der eingeschriebenen Patienten wird im Sinne eines Case-Managements von einer nervenärztlich geführten Leitstelle koordiniert, die eng mit der ambulant psychiatrischen Pflege (APP) kooperiert (Walle & Reichwaldt 2010). Leitstelle und APP bieten eine aufsuchende gemeindenahe Betreuung an. Patienten mit entsprechendem Versorgungsbedarf erhalten einen APP-Bezugstherapeuten, der die Behandlungscompliance unterstützt, ein rechtzeitiges Eingreifen bei Zustandsverschlechterungen gewährleistet und die Gemeindeintegration fördert.

Letzteres beinhaltet auch das gezielte Heranführen an geeignete komplementäre Versorgungsangebote (z. B. Kontakt- und Beratungsstellen) und die Unterstützung bei der Integration im Wohn- und Arbeitsumfeld. Zur Compliancestärkung und Früherkennung von Krankheitsrückfällen erhalten die Patienten und deren

1 Da das RPB in Itzehoe früher als die meisten anderen IV-Projekte angelaufen ist, basiert es nicht auf §140a-d SGB V, sondern auf § 26 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung. Diese Rechtsgrundlage war für das RPB geeigneter als §140a-d SGBV, der in seiner alten Fassung (vor 2004) der Realisierung integrierter Versorgungsprojekte viele praktische Hindernisse in den Weg legte.

Zwei wegweisende IV-Konzepte, in denen eine setting-übergreifende psychiatrische Versorgung mit Übernahme von Budgetverantwortung auf unterschiedliche Weise realisiert wird: die klinikgesteuerte und die ambulant gesteuerte Integrierte Versorgung.

Hauptbezugspersonen eine Gruppenpsychoedukation. Bei Krisen kann rund um die Uhr die APP kontaktiert werden. Diese klärt dann telefonisch oder vor Ort die Krise und prüft, ob der im Hintergrund immer erreichbare Leitstellenarzt hinzugezogen werden muss. In Absprache mit dem Arzt wird entschieden, ob die weitere Krisenintervention über eine intensivierte ambulante Behandlung erfolgen kann oder ob eine Klinikeinweisung notwendig ist. In letzterem Fall hält die APP weiter Kontakt zu dem Patienten und gewährleistet in Kooperation mit den Krankenhausärzten, dass die stationäre Behandlung, wenn sich der Zustand des Patienten entsprechend gebessert hat, in eine intensivierte ambulante Therapie überführt werden kann.

Um dem komplexen und variablen Verlauf psychischer Erkrankungen gerecht zu werden, wurden für das IV-Modell leitlinienbasierte, modular aufgebaute Behandlungspfade entwickelt. Diese enden mit dem Modul Heilungsbewährung, das Patienten, die keine psychiatrische Behandlung mehr benötigen, auf das Ausscheiden aus der IV vorbereitet und auf Krankheitsbewältigung, Empowerment und die Schaffung von Kontaktmöglichkeiten jenseits des professionellen Versorgungssystems ausgerichtet ist.

Da die Leitstellenärzte über eine von ihnen gebildete Managementgesellschaft die Budgetverantwortung für die psychiatrische Versorgung der eingeschriebenen Patienten haben, können sie flexibel entscheiden, welches Versorgungsangebot aktuell am besten geeignet ist. So können akut kranke Patienten beispielsweise in einem Home Treatment so intensiv betreut werden, dass Krankenhauseinweisungen vermeidbar sind. Die Arbeit der Managementgesellschaft wird von einem Beirat kontrolliert, in dem neben Leistungsanbietern und politischen Entscheidungsträgern auch Patienten- und Angehörigenvertreter Einfluss auf die IV nehmen können.

Wie die Begleitforschung gezeigt hat, verbessern sich durch die Integrierte Versorgung Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität der Patienten und es kommt, insbesondere bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen, zu einer deutlichen Kostenreduktion (Walle & Reichwaldt 2010).

Qualitätssicherung als zentrales Instrument Integrierter Versorgung

Um eine hohe Qualität der IV zu gewährleisten, müssen Behandlungspfade und Schnittstellen anhand evidenzbasierter, leitlinienorientierter Diagnose- und Therapiealgorithmen definiert werden. Ergänzend dazu sind auf jeder Behandlungsstufe prozess- und ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren festzulegen und kontinuierlich zu überprüfen. Letzteres ist insbesondere dann unerlässlich, wenn IV-Projekte, die mit der Übernahme von Budgetverantwortung verbunden sind, nicht nur Modelle bleiben, sondern Bestandteil der Routineversorgung werden sollen. Dann muss kontinuierlich überprüft werden können, ob die Versorgungsqualität durch die Übernahme der Budgetverantwortung nicht beeinträchtigt wird, sondern sich tatsächlich verbessert. Dazu sind von unabhängigen Experten erarbeitete, evidenzbasierte Qualitätsindikatoren erforderlich.

Für die Schizophrenie als eine der wichtigsten Indikationen integrierter psychiatrischer Versorgung wurden mit Förderung des AOK-Bundesverbands bereits entsprechende Qualitätsindikatoren entwickelt (Weinmann & Becker 2009). Grundlage der evidenzbasierten Indikatorentwicklung war eine umfangreiche Literaturrecherche. Berücksichtigt wurde bei der Ableitung der Indikatoren aber auch, dass psychiatrische Versorgungsqualität aus verschiedenen Perspektiven definiert werden kann (Patienten, Angehörige, Leistungsanbieter).

Um dem Rechnung zu tragen, wurden die aus der Literatur abgeleiteten Indikatoren in einem Expertenworkshop mit Patienten- und Angehörigenvertretern sowie Repräsentanten aller psychiatrischen Versorgungsbereiche diskutiert. Die nach dem Workshop überarbeiteten Qualitätsindikatoren wurden abschließend durch einen externen Experten begutachtet. Auf der Grundlage seiner Hinweise wurde die Endversion des Qualitätsindikatoren-Handbuchs erstellt. In ähnlicher Weise sollten künftig auch Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung anderer psychischer Erkrankungen entwickelt werden.

Ausblick

Durch eine Integrierte Versorgung kann die Behandlung psychisch Kranker flexibler und mit höherer Betreuungskontinuität gestaltet werden. Mit den vorgestellten, innovativen IV-Konzepten konnten so wesentliche Defizite der Routineversorgung überwunden werden. Das RPB wird mittlerweile in mehreren Regionen Deutschlands umgesetzt und könnte auch im Rahmen der Prüfaufträge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG 2009, §17d) als settingübergreifendes Vergütungsmodell für Psychiatrische Kliniken eine Rolle spielen. Auch die ambulant gesteuerte Integrierte Versorgung hat sich bewährt, so dass die AOK Niedersachsen ihren Versicherten eine auf diesem Konzept aufbauende settingübergreifende Behandlung künftig landesweit anbieten will.

Bei allen Integrierten Versorgungsansätzen steht jedoch das fallbezogene Handeln im Vordergrund, so dass die Sozialraumorientierung in keinem dieser Modelle so weit gediehen ist, wie beispielsweise in der Jugendhilfe. Damit sich die psychiatrische Versorgung der Sozialraumorientierung weiter annähern kann, müssten in einem nächsten Schritt die Verantwortungsbereiche unterschiedlicher Kostenträger integriert werden.

Möglichkeiten dazu sollen durch das Forschungsprogramm „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ aufgezeigt werden, das von der Kranken- und Rentenversicherung sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Ein Modul des noch bis Ende 2013 laufenden Förderprogramms widmet sich der sektor-übergreifenden Versorgung an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Rentenversicherung. Ob es

Eine Integrierte Versorgung kann die Behandlung psychisch Kranker flexibler und mit höherer Betreuungskontinuität gestalten. Es steht jedoch das fallbezogene Handeln im Vordergrund, so dass die Sozialraumorientierung in keinem dieser Modelle so weit gediehen ist, wie es erforderlich wäre.

gelingen kann, Versorgung künftig auch über diese (und andere) Kostenträgergrenzen hinweg primär bedarfsorientiert und mit Bezug auf die Lebenswelt der Betroffenen zu steuern, werden die kommenden Jahre zeigen. ●

Literatur

Grothaus, Franz-Josef (2009), Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf.

Kirschenbauer, Hans-Joachim, Holke, Jörg (2006), Wegweiser durch die Vielfalt der Budgetbegriffe. Psychosoziale Umschau 4, 25-28.

König, Hans-Helmut, Heinrich, Sven, Heider, Dirk, Deister, Arno, Zeichner, Dirk, Birker, Thomas, Hierholzer, Cornelia, Angermeyer, Matthias, Roick, Christiane (2010), Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. in: Psychiatrische Praxis 37, 34-42.

Peukert, Reinhard (2009), Prävention und „Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie". (http://lv.angehoerige-darmstadt.de/fileadmin/aufsaetze/praevention_sozialraum.doc).

Roick, Christiane, Deister, Arno, Zeichner, Dirk, Birker, Thomas, König, Hans-Helmut, Angermeyer, Matthias (2005), Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. in: Psychiatrische Praxis 32, 177-184.

Walle, Matthias, Reichwaldt, Winfried (2010), Durch verbesserte Vernetzung zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Integrierte Versorgung im gemeindepsychiatrischen Kontext – das niedersächsische Modell. in: Soziale Psychiatrie 01, 22-25.

Weinmann, Stefan, Becker, Thomas (2010), Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

Sozialräumliche Orientierung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen

Die Sicht eines Erfahrenen

Von Ingo Ulzhöfer

Abstract

Der Autor zeigt anhand der eigenen Erfahrung und einer weiteren Fallgeschichte, was im konkreten Einzelfall Sozialraumorientierung bedeuten kann und an welcher Stelle er klare Vorteile gegenüber etablierten Ansätzen in der therapeutischen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen sieht.

Ingo Ulzhöfer
Psychiatrieerfahrener, Hamburg, gegenwärtig in der Ausbildung zum EX-IN-Trainer

Mit dem Konzept der „Sozialraumorientierung" war ich vor der letzten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), welche vom 5.- 7. November 2009 unter dem Motto „Raus aus dem Ghetto – rein ins Leben! – Gemeinsam leben im Stadtteil – Vielfalt gestalten" in Hamburg stattgefunden hat, noch gar nicht in Kontakt geraten. Dabei ist es eigentlich so einleuchtend und überzeugend, dass man beinahe zu fragen versucht ist, wieso man dass nicht schon immer so gesehen hat und wie soziale Arbeit bis heute eigentlich hat funktionieren können. So ist es jedenfalls mir ergangen.

Als Neuling werde ich mich nicht auf das Eis zwischen den Fragen nach dem genauen Wann und Wie der Entstehungsgeschichte des sozialräumlichen Denkens wagen. Ebenso wenig will ich mich zu Fragen nach der exakten Abgrenzung zu anderen Konzepten äußern. Die meisten Leserinnen und Leser haben diesbezüglich sicherlich sehr viel mehr Wissen und Verständnis angesammelt als ich. Was ich im Folgenden transportieren will, ist die Sichtweise eines Betroffenen auf den sozialräumlichen Ansatz sozialer Arbeit und welche Potentiale und Chancen für psychisch beeinträchtigte Menschen ich darin sehe.

Oft geht mit der psychischen Beeinträchtigung eines Menschen auch der Verlust seiner sozialen Vernetzung einher. Kontakte zu Freunden, Bekannten oder der Familie brechen weg, Anknüpfungspunkte gehen verloren. Der Betroffene vereinsamt – er ist gleichsam aus seinem sozialen Netz „herausgefallen". Diese Entwicklung habe ich über Jahre an mir selbst beobachten müssen, aber auch bei anderen Menschen gesehen. Neben meiner primären psychiatrischen Erkrankung war ich zusätzlich auch noch gezwungen, mich mit dem Mangel an sozialen Kontakten auseinanderzusetzen und mit meiner Unfähigkeit, mir diese aufzubauen und zu erhalten. War die erste Herausforderung für mich allein schon nicht lösbar, so war ich mit der zweiten vollends überfordert.

Zum Glück für mich fand ich irgendwann Menschen, die für mich ein maßgeschneidertes therapeutisches Setting errichteten, welches für mich in der Bewältigung meiner Erkrankung überaus hilfreich war. Seit einiger Zeit nun – da ich einen Gutteil meiner alten Kraft und Freiräume wiedererlangt habe – versuche ich mich an der zweiten Aufgabe: Schritt für Schritt soziale Kontakte aufzubauen.

Der eben geschilderte Zusammenhang zwischen psychischer Beeinträchtigung und sozialer Vereinsamung besteht meiner Ansicht nach auch „anders herum": Der (teilweise) Verlust des sozialen Netzes hat Auswirkungen auf das seelische Befinden eines Menschen – im schlimmsten Fall

bis hin zu einer psychischen Erkrankung. Der Mensch ist und bleibt ein soziales Wesen. Soziale Vernetzung und individuelles seelisches Wohlbefinden sind Teile desselben „Systems“.

Aus dieser Perspektive erscheint der eben geschilderte Ansatz zur schrittweisen Abarbeitung der Herausforderungen nicht optimal: Je mehr die psychische Problematik aufgrund des fortschreitenden Therapieerfolges in den Hintergrund tritt, umso belastender wird das weitgehende Fehlen sozialer Kontakte für den Betroffenen. Dies wirkt sich wiederum negativ auf seine psychische Situation aus: Zwischen beiden Problemfeldern besteht ein wechselseitiger Zusammenhang. Viel hilfreicher wäre es natürlich, wenn es gelänge, beide Herausforderungen in einem Lösungsansatz zu vereinen und sie parallel anzugehen.

Tatsächlich hatte ich noch mehr Glück. Diese Menschen nämlich, die mir ein individuelles therapeutisches Konzept zusammengestellt hatten, haben mir auch bei der Bewältigung meiner zweiten großen Aufgabe geholfen. Mit ihrer Hilfe konnte ich wieder soziale Kontakte knüpfen, diese stabilisieren und mir auf diese Weise ein tragfähiges Netzwerk aus Beziehungen aufzubauen. Ich bin davon überzeugt, wenn sie – deren Kernaufgabe klar psychotherapeutisch definiert und somit angesichts weitgehender Remission der diagnose-relevanten Symptomatik erfolgreich abgearbeitet war – Letzteres nicht getan hätten, wäre ich heute lange nicht so weit, wie ich es bin. Ich hätte längst nicht jenes Maß an Stabilität und Belastbarkeit erreicht, wie ich es tatsächlich zwischenzeitlich wieder habe.

Von meiner Position aus gesehen (zugegebenermaßen ohne fundierten Nachweis) lohnt es also, einen psychisch beeinträchtigten Menschen nicht allein seiner Diagnose nach zu behandeln, sondern ihn als „heraus gefallenes“ Teil seiner Umwelt zu betrachten und ihn dementsprechend dabei zu unterstützen, wieder in dieses System einzusteigen, wieder mit seinem Umfeld vernetzt zu sein.

Sozialräumliches Denken kann aber weit mehr als nur ein „Sahnehäubchen“ sozialer Arbeit sein. Zur Verdeutlichung will ich im Folgenden die Geschichte einer Freundin erzählen.

Jahre ihres Leidens hat sie zunächst in voll-, später in teilstationären Einrichtungen verbracht. So gut es im Rahmen dieser Angebote eben ging, hat man ihr dabei geholfen, ihre Krankheit zu meistern. Seit einigen Monaten lebt sie nun in einer kleinen, ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Ein vollständig selbstbestimmtes, eigenständiges Leben kommt in Sichtweite. Innerhalb der Einrichtung, die ihre WG betreut, ist sie gut vernetzt und nutzt zahlreiche Angebote des Anbieters (morgendliche Frühstücksgruppe, sonntäglicher Spieletreff, offenes Café, Gruppenausflüge, Handarbeits-AG etc.). Anfang des Jahres teilte man ihr nun mit, sie könne diese Angebote nicht mehr nutzen. Als Grund wurden Abgrenzungsprobleme zum stationären Angebot, Fragen der Abrechnung, etc. angeführt. Und nicht zuletzt sei es ja schließlich auch das Ziel, „auf den eigenen Beinen zu stehen“. Meine Freundin ist schockiert. Für sie fühlt es sich an, als sei ihr der Boden unter den Füßen weggezogen. Wie soll sie auf einmal ohne die täglichen Rituale, die Kontakte mit den anderen Nutzern der Einrichtung, die vorgegebene Struktur, wie soll sie so zurechtkommen? Sie ist total verunsichert. Die Folge ist, dass sich ihre psychische Situation deutlich verschlechtert.

Ich bin davon überzeugt, so oder so ähnlich ergeht es auch vielen anderen Menschen auf dem Wege ihrer Genesung. Durch die unbedingte Fokussierung bloß auf die Diagnose und die entsprechende Therapie wird das nahe und weitere Umfeld des Betroffenen nur allzu leicht aus dem Blick verloren. Auf der Suche nach der passenden Therapie wird aus der Frage, was dem Patienten hilft, schnell die Frage, wo dem Patienten diese Hilfe zuteilwerden kann. Man sucht nach passenden Kliniken oder Einrichtungen. Dann wird versucht, den Hilfebedürftigen dort „unterzubringen“. Alles mit den besten Absichten. Ein maßgeschneidertes Angebot für ein individuelles Problem.

Leider wird dabei übersehen: Dieser Mensch in all seiner Bedürftigkeit ist – auch wenn seine soziale Vernetzung mehr oder weniger stark unter seiner Erkrankung gelitten haben mag – immer noch Teil eines Umfeldes mit Nachbarn, Freunden, Bekannten, etc. Durch den mehrmonatigen (manchmal jahrelangen) Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (welche sich in aller Regel gerade nicht in der Nähe des angestammten Lebensraumes befindet) werden die letzten bestehenden „Knoten“ in der sozialen Vernetzung dieses Menschen gekappt: Er steht allein. So passgenau die Hilfe für das psychiatrische Problem auch scheinen mag, vollstationäre Angebote neigen dazu, ihre Nutzer auf Dauer unselbständig zu machen: Die anfangs und über eine gewisse Zeit sicherlich sehr hilfreiche feste Struktur erweist sich spätestens dann, wenn die psychiatrische Problematik langsam in den Hintergrund tritt, als eher hinderlich. Innerhalb des stationären Rahmens ist der Betroffene in der Regel hinreichend gut angebunden, regelmäßige Angebote sichern soziale Kontakte – jedenfalls solche zu Mit-Betroffenen. Solange er sich nicht aktiv verweigert, hat er beinahe „keine andere Wahl“.

Ein psychisch beeinträchtigter Mensch ist wie ein aus seiner Umwelt „heraus gefalles“ Teil.

Wenn jetzt aber ein Wechsel aus dem stationären Angebot ins alte Umfeld oder in ein neues ansteht, wird es schwierig für den Betroffenen. Um den Übergang zu erleichtern, versucht man allgemein, diesen Weg über mehrere Stufen zu erleichtern: Zunächst ein teilstationäres Angebot mit rundum betreutem Wohnen in einer Wohngemeinschaft, später betreute Arbeitsangebote, der Umzug in eine nur mehr ambulant betreute Wohngemeinschaft etc. Allerdings darf dabei nicht übersehen werden: so kleinschrittig man auch versucht, diesen Weg der „Verselbstständigung“ zu gehen, die Übergänge sind immer harte Einschnitte, gleich einem Sprung ins kalte Wasser. Insbesondere der letzte Schritt - heraus aus der Betreuung - ist sehr hart. Ein sanftes „Hinübergleiten“ gibt es nicht.

Auch wenn der Übergang von einem stationären in das gewohnte Umfeld stufenweise vollzogen wird: die Übergänge gleichen dennoch einem Sprung ins kalte Wasser. Ein sanftes Hinübergleiten gibt es nicht.

Ich glaube, für viele Betroffene haben diese Wechsel beinahe traumatischen Charakter. Aus der Anschauung heraus erscheint jedenfalls allgemein nachvollziehbar, dass hier ein kritisches Problem vorliegt, und dass meine Freundin nicht die einzige davon Betroffene ist. Mit Sicherheit wird es vielen anderen ebenso oder ähnlich ergehen bzw. ergangen sein. Von entsprechender Bedeutung ist die Frage, ob sich dieses Leid mit einem gänzlich anderen Ansatz nicht von vorn herein vermeiden ließe.

Aus meiner Sicht schafft die sozialräumliche Orientierung hier völlig neue Möglichkeiten. Soweit es eben geht, verbleibt der Hilfebedürftige in seinem bestehenden Umfeld. Dadurch, dass nicht allein er im Fokus der Arbeit steht, sondern das ganze „System“, dessen Teil er ist, lassen sich existierende Ressourcen viel besser erkennen und nutzbar machen. Es ergeben sich neue Anknüpfungspunkte, alte „Knoten“ werden neu geknüpft. Im Ergebnis ist der Betroffene gut vernetzt. Natürlich ist mit der Vernetzung noch lange nicht alle Arbeit getan. Sicherlich besteht darüber hinaus – oder besser gesagt: begleitend dazu – auch individueller therapeutischer Bedarf. Hier wird nach tat Peukertwie vor auch eine Fokussierung auf das Einzelschicksal notwendig sein. Aber: In vielen Fällen werden sich die beschriebenen harten Einschnitte vermeiden lassen. Und das ist – finde ich – ein riesiger Gewinn.

Sozialräumlich orientierte Arbeit geht natürlich über den Einzelfall hinaus. Insbesondere die Vernetzung setzt sinnvollerweise – gleichsam präventiv – fall-unabhängig an. Sie bietet dann auch weit über Hilfebedürftigkeiten im psychiatrischen Kontext hinaus Potential zur Verbesserung der Lebensbedingungen innerhalb eines definierten räumlichen Umfeldes. Als Beispiele seien hier nur nachbarschaftliche Initiativen auf Basis ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements genannt. ●

Gudrun Cyprian
Professorin für Soziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
Kontakt:
gudrun.cyprian@uni-bamberg.de

Sozialraumorientierte Werkstattarbeit

Das Bamberger Modell gemeindenaher Arbeitsplätze

Von Gudrun Cyprian

Abstract

Im Bamberger Modell gemeindenaher Arbeitsplätze für Menschen mit Handicaps wird konsequent nach sozialraumorientierten Handlungslinien gearbeitet: Systematische methodische Herausarbeitung des Willens und der Interessen der Adressaten für eine externe Beschäftigung, die konsequente Nutzung von sozialen und räumlichen Ressourcen, eine vielgestaltige Netzwerkarbeit und der Versuch eine Stadt zur Inklusion zu bewegen sind Kennzeichen dieses Ansatzes.

Die Alternative: Gemeindenahe Arbeitsplätze

In der Bamberger Lebenshilfe arbeitet neben der klassischen Werkstatt der Fachdienst INTEGRA mit dem Ziel, Menschen mit Behinderung in auf Dauer angelegte gemeindenahe Arbeitsplätze zu vermitteln. Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes erstellen mit dem Fachdienst gemeinsam neuartige Beschäftigungsmöglichkeiten, die individuell auf den jeweiligen Menschen mit einem Handicap zugeschnitten sind, und übernehmen in einem Vertrag die Patenschaft für diese Mitarbeiter. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Arbeitsplätze für Männer und Frauen, die keine oder nur geringe Chancen auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung haben. Zeitlicher Umfang und Bezahlung werden individuell ausgehandelt. Die Arbeitsplätze werden möglichst in Betrieben und Einrichtungen der Gemeinde oder in dem Stadtteil gesucht, in dem der künftige Mitarbeiter zuhause ist, sich bewegt oder wohin er umziehen möchte.

Der Zielrahmen: Inklusion

Den von den Vereinten Nationen nachdrücklich geforderten Anspruch auf Inklusion und vollständige Teilhabe versucht der Bamberger Ansatz konzeptionell über mehrere Linien zu verwirklichen: Mit den gemeindenahen Arbeitsplätzen werden die Lebensbereiche von Arbeit (Wohnen und Freizeit) dort angesiedelt, wo auch Personen arbeiten (wohnen, ihre Freizeit verbringen), die keine besonderen Unterstützungsbedarfe haben - selektiven Maßnahmen wird bewusst entgegen gearbeitet. Ein Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt bringt Menschen mit Handicap in kontinuierlichen normalisierten Kontakt mit vielen anderen Kollegen und Kunden, ihre Anwesenheit wird selbstverständlich, Unterschiede und Gemeinsamkeiten wechseln und relativieren sich.

Inklusion als Ziel heißt auch, Menschen mit Behinderung als autonom agierende Menschen zu akzeptieren, ihr Recht auf Wahlfreiheit und auf Selbstbestimmung ernst zu nehmen. Im Fachdienst Integra sind der Ausgangspunkt für die Suche nach einer passenden Beschäftigung und Arbeitssituation die Ziele und der Willen des Adressaten, die sehr sorgfältig erschlossen werden. Nicht ein von Experten definierter Förderbedarf gibt die Richtung vor, sondern die Vorstellungen des Menschen mit Behinderung von seinem künftigen Leben.

Die Leitlinien: Sozialraumorientierung

Diese Ziele verlangen ein Arbeitsprinzip, das Handlungszusammenhänge verändert und dem Menschen die Chance gibt, sich materiell und/oder symbolisch (neue) soziale Räume anzueignen, d.h. neue Orte, Beziehungen, Mi-

lieus, damit verbundene Themen. Sozialraumorientierung stellt die dazu gehörigen Handlungsprinzipien und Methoden für die Professionellen zur Verfügung:

• Das soziale Feld
Neben dem Einzel-„Fall“ wird auch das soziale „Feld“ als Adressat unterstützenden Handelns in den Mittelpunkt gerückt. Das soziale Feld kann der geografische Raum sein, in dem der Mensch mit einem Handicap lebt oder in dem er leben will. An diesen Orten sollen Bedingungen und Strukturen geschaffen werden, die Teilhabechancen vermehren und Ausgrenzung vermeiden. Deshalb werden dort konsequent Unternehmen und Organisationen angesprochen, die Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung stellen könnten, „Türöffner“ zu den Branchen vor Ort, vom Pferdehof über Handwerksbetriebe, Industriebetriebe, Altenheime, Kindergärten, Bauhöfe usw. gesucht. Mit den Betriebsinhabern werden geeignete Arbeitsmöglichkeiten ausgelotet, regelmäßig anfallende Aufgaben, die bisher nur am Rande erledigt werden konnten oder im Betriebsablauf zu kurz kamen, zu einem neuen Arbeitsplatz innovativ zusammengeführt. Mit dem einführenden Training am Arbeitsplatz wird aus den Kollegen und Kolleginnen auch ein „Pate“ oder eine „Patin“ für den neuen Mitarbeiter gesucht, die möglichst in der unmittelbaren Nähe arbeiten und bei Fragen und Unsicherheiten bereitstehen und Verantwortung übernehmen. Für den Integra-Mitarbeiter, den sog. Integrationsbegleiter, wachsen damit die Anzahl und die Unterschiedlichkeit der Personen, die er als Zielpersonen und Adressaten im Blick haben muss.

• Die Ressourcen des Umfeldes
Die personalen und sozialräumlichen Ressourcen des Umfeldes (der erweiterten Familie, des sozialen Milieus, des Wohnumfeldes und des Gemeinwesens), in dem sich der Adressat bewegt und bewegen will, werden genutzt. Über verschiedene Methoden wie Genogramme, Ressourcenchecks usw. werden die Ressourcen der Familie, der Nachbarschaft, des jeweiligen Gemeinwesens systematisch erhoben und es wird erforscht, wo Interessen des Menschen mit einem Handicap auf Arbeitsmöglichkeiten im lokalen Umfeld treffen könnten. Welche Personen in diesen Suchstrategien eine zentrale Rolle übernehmen, entscheidet der Betroffene selbst.

Die Beschreibung der Arbeitsebenen durch das SONI-Schema

1. Sozialstrukturell-sozialpolitische Ebene

Es gehört zu den erklärten Aufgaben von INTEGRA alle Gelegenheiten und Themen im Gemeinwesen zu nutzen, um den Anspruch von Menschen mit geistiger Behinderung auf Partizipation und Inklusion zu untermauern. Eine aktive Öffentlichkeitsarbeit mit immer neuen Kampagnen bringt das Thema in die breite Öffentlichkeit und mit verschiedenen Maßnahmen wird versucht, möglichst viele Funktionssysteme der Stadt und des Landkreises in eine Austauschbeziehung einzubinden. Sowohl in der kontinuierlichen Arbeit werden ständig Kontakte zu Politik, Kommunalverwaltung, Wirtschaft, Schulen und Hochschulen, Kirchen, Medien, Sportvereinen, (Jugend-)Verbänden u.a. über vielfältige Funktionen und Positionen gehalten. Aber es werden auch gezielt immer wieder neue Situationen gesucht und geschaffen, um über gemeinsame Projekte die wechselseitigen Beziehungen zu stärken.

2. Organisationsebene (Träger, Werkstätten für behinderte Menschen)

Der Paradigmenwechsel von der institutionellen Systemlogik der Sondereinrichtung zur Subjektlogik, den Interessen der Mitarbeiter, fordert neue Antworten auf die Fragen nach Systemgrenzen, Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, direkter Partizipation der Adressaten, Grad und Flexibilität interner Arbeitsteilung und nach den nachgefragten Kompetenzen der professionellen Mitarbeiter. Es werden neue Organisationsmuster gebraucht, um passende Teilhabelösungen herstellen zu können. Dieser Prozess der Organisationsentwicklung stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen und verlangt Leidenschaft für die neuen Leitbilder und Ziele.

3. Netzwerke

Sozialraumorientierung verlangt Netzwerkarbeit, nutzt vorhandene Netzwerke des Adressaten, stärkt und erweitert sie. Enge Kooperationen zwischen den verschiedenen sozialen Einrichtungen und Maßnahmen sollen die Versäulung der Dienste aufbrechen und im Interesse der Adressaten Lebensbereiche verknüpfen. Gemeindeinterne Netzwerke (wie die IHK, die Handwerkskammer, Themen- oder regionsspezifische Zusammenschlüsse) werden als Türöffner und Akteure genutzt. Spezielle Netzwerk-Treffen zwischen den verschiedenen Arbeitgebern, die Integra-Arbeitsplätze zur Verfügung gestellt haben, oder zwischen allen Paten und Patinnen: binden an das Programm und ermöglichen Austausch und praktische Unterstützung. Zudem agiert ein regionaler Unterstützerkreis aus hochrangigen Vertretern von Politik, Wirtschaft, Kirche, Medien, Sport als ständiges Beratergremium für Integra.

4. Individuelle Ebene

Integra orientiert sich konsequent an den Stärken und dem Willen seiner Mitarbeiter. Dabei werden ihre sozialen Bezüge gestärkt und gemeinsam mit ihnen eine individuelle Form der Teilhabe gefördert. Dies kann eine stärkere Einbindung in das biografisch vertraute soziale Umfeld bedeuten, aber auch die Aneignung neuer Räume, Beziehungen und Milieus – einen Aufbruch, wie ihn viele junge Erwachsene anstreben. Und systematisch wird nach (neuen) individuellen Arbeitsbereichen und Arbeitsplätzen gesucht, die den Willen, die Neigungen und Talente der Betroffenen zur Entfaltung bringen können. Und diese Passung muss ständig überprüft und evtl. in neuen Suchprozessen verbessert werden. ●

Inklusion kann mit Hilfe der Handlungsprinzipien der Sozialraumorientierung erreicht werden: die Bemühung um Arbeitsmöglichkeiten bei den Unternehmen vor Ort, die Einrichtung eines Patenamtes im Betrieb, die Nutzung aller Ressourcen, die im Umfeld des Adressaten zur Verfügung stehen.

Literatur

Früchtel, Frank, Cyprian, Gudrun, Budde, Wolfgang (2010, 2. Auflage), Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen. Wiesbaden.

Früchtel, Frank, Budde, Wolfgang, Cyprian, Gudrun (2010, 2. Auflage), Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. Wiesbaden.

Basener, Dieter, Häußler, Silke (2008) Bamberg bewegt. Integration in den Arbeitsmarkt. Eine Region wird aktiv. Hamburg.

Eichner, Kuno (2007), Sozialraumorientierung – Integration durch Patenschaft. Das Bamberger Modell. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hg.), WfbM-Handbuch, I14, Marburg

Persönliche Zukunftsplanung

Personenzentriertes und sozialraumorientiertes Denken, Planen und Handeln

Von Stefan Doose

Inklusion lässt sich auf individueller Ebene als die Verwirklichung von persönlich bedeutsamen Lebenszielen und Teilhabe in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen beschreiben. Inklusion verweist aber auch auf das Gemeinwesen, den sozialen Nahraum, in dem Teilhabe gelebt werden soll. Inklusion muss deshalb im sozialen Nahraum beginnen, Erfahrungen von gelingender Vielfalt und Toleranz von Unterschiedlichkeit ermöglichen und neue Formen der Unterstützung zielgruppenübergreifend dafür anbieten. Persönliche Zukunftsplanung und Sozialraumorientierung sind zwei konzeptionelle und methodische Ansätze, die gut zu diesen Zielsetzungen passen und sich gegenseitig ergänzen.

Persönliche Zukunftsplanung richtet dabei die Aufmerksamkeit zunächst auf das Individuum, versucht seine Stärken und Fähigkeiten, seine Ressourcen, Möglichkeiten und Zukunftswünsche zu erkunden und gemeinsam mit der Person Veränderung zu ermöglichen. Sozialraumorientierung nimmt hingegen gezielt die Möglichkeiten und Ressourcen des Gemeinwesens in den Blick und versucht sie für das Leben der dort Lebenden nutzbar zu machen. Beides ist notwendig, um Veränderung zu bewirken.

Stefan Doose
Dr. phil., Dozent an der Fachschule für Sozialpädagogik in Lensahn, Koordinator des Projektes „Neue Wege zur Inklusion – Zukunftsplanung in Ostholstein", Steinrader Hauptstr. 16, 23556 Lübeck, E-Mail: stefan.doose@t-online.de

Persönliche Zukunftsplanung (engl. person centred planning) umfasst eine Vielzahl methodischer Planungsansätze, um gemeinsam mit Menschen, ihren Familien, Freunden und Professionellen positive Veränderungsprozesse auf der Ebene der Person, aber auch der Organisation sowie des Gemeinwesens zu gestalten (vgl. O'Brien/O'Brien 1999). Es sind methodische Ansätze, um mit Menschen mit und ohne Behinderung über ihre persönliche Zukunft nachzudenken, Visionen für eine positive Zukunft z.B. in den Bereichen Wohnen, Freizeit, Arbeit, Bildung zu entwickeln, Ziele zu setzen und diese mit Hilfe eines Unterstützerkreises Schritt für Schritt umzusetzen (vgl. Doose 2007). Persönliche Zukunftsplanung eignet sich insbesondere zur schnittstellenübergreifenden Unterstützung von Übergangssituationen. Die Methoden persönlicher Zukunftsplanung wurden häufig für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt, sie eignen sich aber grundsätzlich für alle Menschen, so auch für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Die Methoden und Materialien müssen jedoch auf die individuelle Situation hin ausgewählt und zielgruppenspezifisch angepasst werden (vgl. Joyce, Boomer, Jones 2002).

Das Konzept der Sozialraumorientierung richtet den Blick auf wesentliche Aspekte gelingender Inklusion: die konsequente Orientierung an den Interessen und am Willen der unterstützten Person und die Nutzung der Ressourcen der Menschen und des Sozialraums. Die methodischen Prinzipien der Sozialraumorientierung sind (Hinte/Treeß 2007, S. 45 ff):
(1) Orientierung an den Interessen und am Willen
(2) Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe
(3) Nutzung der Ressourcen der Menschen und des Sozialraums
(4) Zielgruppen- und bereichsübergreifender Ansatz
(5) Kooperation und Koordination
Diese Prinzipien der Sozialraumorientierung können auch handlungsleitend für den Ansatz der Persönlichen Zukunftsplanung sein.

Grundhaltung

Persönliche Zukunftsplanung ist ein an Stärken und Ressourcen orientierter Planungs- und Handlungsansatz, bei dem es darum geht, durch konkrete Schritte die Lebensqualität der planenden Person in ihrem Sinne zu verbessern. Es gilt für die individuellen Lebensziele der Person die passende Unterstützung zu organisieren. Dies erfordert flexible Unterstützungssysteme und ein Zusammenspiel von professioneller und informeller Unterstützung. Damit Ziele erreicht werden können, ist es notwendig, die Ressourcen der Person, des Umfelds, der Organisation und der Region zu nutzen.

Persönliche Zukunftsplanung macht nur Sinn, wenn sich im Leben einer Person etwas ändern soll. Im Gegensatz zur individuellen Hilfeplanung ist es ein informelles, freiwilliges Verfahren, was alleine dem Ziel dienen soll die Lebenssituation der Person zu verbessern und nicht vom Kostenträger vorgeschrieben, wohl aber als eine Wahlmöglichkeit und effektive Unterstützungsleistung z.B. im Rahmen des Persönlichen Budgets finanziert werden sollte.

John O'Brien, einer der Begründer der Methode, betont, dass für Persönliche Zukunftsplanung besonders geschulte Augen, Ohren und Münder notwendig seien: Augen für Stärken und Möglichkeiten, Ohren zum aktiven, einfühlsamen Zuhören und ein Mund für eine wertschätzende und für alle verständliche Sprache (vgl. Doose 2007). Diese veränderte Grundhaltung und nicht die Anwendung einzelner Methoden macht den Kern von Persönlicher Zukunftsplanung aus.

Methoden

Persönliche Zukunftsplanung bedient sich einer Vielfalt von unterschiedlichen Methoden: Genutzt werden unterschiedliche Arbeitsblätter/ Poster, Kartensets, Portfolio, Planungsordner und verschiedene Planungsformate wie MAP und PATH in Unterstützerkreisen. Die Poster werden dabei häufig nicht nur mit Wörtern beschrieben, sondern es werden Inhalte zusätzlich mit einfachen Zeichnungen visualisiert.

Die Person kennen lernen

Der erste Schritt in persönlicher Zukunftsplanung ist, sich wechselseitig kennenzulernen. Folgende Arbeitsblätter bzw. Plakate können dabei hilfreich sein:

Eine Seite über mich...
(One Page Profile)
Die planende Person erstellt ein persönliches Profil ggf. mit Foto, das Auskunft zu folgenden drei Fragen gibt (vgl. The Learning Community 2008):
1. Was mir wichtig ist...
2. Was andere an mir mögen und schätzen...
3. Wie man mich gut unterstützen kann...

Persönliches Profilbild
In und um einen gezeichneten Körperumriss werden gemeinsam Stärken, Fähigkeiten und positive Eigenschaften sowie der Person wichtige Werte, Wünsche und Träume eingetragen (vgl. Hamburger Arbeitsassistenz 2008).

Das Modell der drei Lernzonen
Aus der Erlebnispädagogik stammt das Modell der drei Lernzonen, das sich auch gut auf die Persönliche Zukunftsplanung übertragen lässt. Es werden die folgenden drei Lernzonen, denen Aktivitäten aus dem Leben der planenden Person zugeordnet werden können, unterschieden:

Komfortzone: Dies ist die Zone, in der wir Dinge tun, die wir gut bewältigen können und bei denen wir uns sicher fühlen.
Zone der Herausforderung: In dieser Zone erproben wir neue Dinge, die wir noch nicht sicher beherrschen und die vielleicht eine Herausforderung für die Person darstellen. In dieser Zone findet Lernen statt.
Panikzone: In dieser Zone sind wir überfordert und handlungsunfähig.

Was ist der Person wichtig? / Was ist für die Person wichtig?
Dieses Arbeitsblatt erkundet einerseits, was der Person selbst wichtig ist und andererseits, was für sie wichtig ist, damit es ihr gut geht und sie sich sicher fühlen kann (vgl. The Learning Community 2008).

Wie ich merke, dass es mir nicht gut geht und welche Unterstützung ich dann benötige
Hier geht es darum, mit der Person festzulegen, woran man merken kann, dass es ihr nicht gut geht und welche Unterstützung sie sich dann in diesen Situationen wünscht.

Verbindungen zum Gemeinwesen stärken

Im Rahmen der persönlichen Zukunftsplanung gibt es eine Reihe von Methoden, die ausdrücklich das Netzwerk der Person und den Sozialraum in den Blick nehmen (vgl. Helen Sanderson Associates 2008):

Meine Verbindungen
Auf diesem Arbeitsblatt werden bekannte Menschen aufgelistet und jeweils hinzugefügt, welche Arbeitsstellen, Hobbys und Talente sie haben, die für die planende Person interessant sein könnten.

Kiezkarten
Auf der Kiezkarte werden gemeinsam für die Person bedeutsame Orte im Gemeinwesen zusammengetragen. Außerdem kann gemeinsam erkundet werden, welche bisher nicht bekannten Orte interessant sein könnten.

Meine Orte
Die für eine Person wichtigen Orte werden noch einmal aufgezeichnet und in Segmente unterteilt:
1. Orte, an denen ich Kunde bin
2. Orte, an denen ich mich wohl fühle
3. Orte, wo ich Mitglied bin
4. Orte, an denen ich Beziehungen pflegen kann
5. Orte, an denen ich neue Beziehungen knüpfen kann

Unterstützungskreise – Vernetzung im Einzelfall

Ein Unterstützungskreis ist ein von der planenden Person selbst ausgesuchter Kreis von Menschen, die sie bei der Umsetzung ihrer persönlichen Zukunftsplanung unterstützen können. Unterstützungskreise umfassen neben der planenden Person als Hauptperson z.B. auch Freunde, Bekannte, Familienmitglieder sowie Professionelle. Die Personen im Unterstützungskreis werden von der planenden Person persönlich zu einem Zukunftsplanungstreffen eingeladen. Ein Zukunftsplanungstreffen sollte an einem geeigneten, von der Person ausgewählten Ort organisiert werden. Meistens gibt es auch etwas zu trinken und zu essen. Im Sinne der Sozialraumorientierung geht es darum „Heimspiele“ zu organisieren. Unterstützertreffen können von einer Stunde bis zu einem „Zukunftsplanungsfest“ (Boban 2007) von einem Tag dauern. In Phasen der Veränderung mag ein Unterstützertreffen vielleicht alle 6-8 Wochen nötig sein, in anderen Zeiten vielleicht nur jährlich.

Es gibt verschiedene Planungsformate in Unterstützungskreisen. Die bekanntesten sind MAP und PATH (O'Brien & Peartpoint 2007, Boban 2007) und die persönliche Lagebesprechung (person centered review, vgl. Learning Community 2008).

Der Fokus von Unterstützungskreisen und Persönlicher Zukunftsplanung liegt auf Stärken und Möglichkeiten statt auf Krankheit, Schwächen und Unmöglichkeiten, wobei reale Probleme nicht ignoriert werden. Aufgabe der Persönlichen Zukunftsplanung ist es, ein lebendiges Bild von der Person und ihrer Ausgangssituation zu zeichnen und eine positive Vision für zukünftiges Leben zu entwickeln. Zukunftsplanungstreffen enden immer mit einem konkreten Aktionsplan für die nächsten Schritte. Oft kann es sinnvoll sein, dass die planende Person einen sogenannten Agenten oder eine Agentin bestimmt, der bzw. die sie bei der Umsetzung der Zukunftspläne unterstützt. Unterstützungskreise können für alle Beteiligten eine enorme Hilfe darstellen, da sie professionelle und nichtprofessionelle Unterstützungspotenziale zusammen bringen und weil dabei gemeinsam Möglichkeiten erkundet, Probleme gelöst und Unterstützungsleistungen koordiniert werden können. Sinnvoll ist es den Unterstützungskreis möglichst vielfältig zusammenzusetzen. Manche Unterstützungskreise sind sehr klein, andere relativ groß. Oft geht es zunächst darum, mögliche Unterstützungspersonen

Arbeitsblätter und Plakate sind sinnvolle Hilfsmittel, Klarheit über die persönliche Zukunftsplanung zu gewinnen und die Chancen zu ermitteln, die vor Ort und in den persönlichen Netzwerken bereits zur Verfügung stehen oder noch entwickelt werden können.

Ein Unterstützungskreis – ein von der planenden Person selbst ausgesuchter Kreis von Menschen, die sie bei der Umsetzung ihrer persönlichen Zukunftsplanung unterstützen – kann eine enorme Hilfe sein, denn Professionelle und Nichtprofessionelle können hier gemeinsam Möglichkeiten erkunden und Problemlösungen koordinieren.

zu identifizieren, da das Unterstützungsnetzwerk der Betroffen oft recht klein geworden ist. Für viele Menschen stellt es zunächst auch eine Überwindung dar, andere Menschen um Unterstützung zu bitten. Die Erfahrung mit Unterstützungskreisen zeigt, dass es viele Menschen als eine Ehre empfinden zu einem Unterstützungskreis eingeladen zu werden, und dies auch als eine große Entlastung erlebt wird.

Unterstützungskreise sollten von einer erfahrenen Moderatorin oder einem Moderator und einer Person, die die Ergebnisse grafisch auf Plakaten festhält, begleitet werden. Während in Unterstützungskreisen häufig eine positive Dynamik erzeugt werden kann, gibt es auch Fälle, in denen die negative Dynamik sichtbar wird. Dies erfordert von der Moderation ein sensibles Umgehen mit Widerständen (vgl. Doose 2008).

Neue Wege zur Inklusion

Im Rahmen des Modellprojektes „Neue Wege zur Inklusion – new paths to inclusion“ (www.personcentredplanning.eu) wird mit Partnern aus Österreich, der Tschechischen Republik und England eine inklusive Weiterbildung in Persönlicher Zukunftsplanung mit 6 Modulen à zwei Seminartage für Menschen mit und ohne Behinderung entwickelt und erprobt. Die Weiterbildung wurde bewusst sozialräumlich mit verschiedenen veränderungsbereiten Organisationen in einer Region zusammen konzipiert und wird 2010 in Wien, Prag und Ostholstein durchgeführt. Am 30.9.2010 wird in Lensahn in Ostholstein ein großer landesweiter Fachtag „Neue Wege zur Inklusion“ mit Vorträgen und Workshops zum Thema Persönliche Zukunftsplanung stattfinden, auf dem die ersten Ergebnisse des Projektes präsentiert werden sollen.

Persönliche Zukunftsplanung ist kein Allheilmittel, sondern der ernsthafte Versuch aller Beteiligten, mit der Person einen Weg zu finden, den eigenen Zielen und Träumen durch geeignete Schritte näher zu kommen. Das Tempo der Veränderung und die Größe der Schritte muss dabei durch die Person vorgegeben werden. Manchmal sind es nur kleine Schritte, die den Fortschritt ausmachen, manchmal müssen Rückschritte und Umwege in Kauf genommen werden, nicht selten sind es aber auch erstaunliche, größere Veränderungen im Leben einer Person, die mit guter Unterstützung erreicht werden können. Wichtig ist es, den Prozess so zu gestalten, dass er die Person stärkt und ermächtigt und nicht klein und ohnmächtig macht. Es braucht eine Verzahnung von Persönlicher Zukunftsplanung, Sozialraumorientierung, inklusiver Weiterbildung, Organisationsentwicklung und regionaler Teilhabeplanung, damit wirklich neue Wege zur Inklusion für Personen in einer Region eröffnet werden. ●

Mit guter Unterstützung kann es gelingen, die Person in kleinen Schritten ihren eigenen Zielen näher zu bringen. Aber auch größere Veränderungen im Leben können eintreten.

Literatur

Boban, Ines (2007), Moderation Persönlicher Zukunftsplanung in einem Unterstützerkreis -“You have to dance with the group!“, in: Zeitschrift für Inklusion, H. 1, verfügbar unter http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/6/6.

Doose, Stefan (2008), Moderation. Wie können Zukunftsplanungstreffen und Unterstützungskreise moderiert werden? in: Orientierung, H.1, S. 31-35.

Doose, Stefan (2007): „I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. Broschüre mit Materialienteil. Hamburg 1996; 7. Auflage Kassel 2004. aktualisierter Text verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/doose-zukunftsplanung.html.

Hamburger Arbeitsassistenz (2008), talente. Ein Angebot zur Förderung von Frauen mit Lernschwierigkeiten im Prozess beruflicher Orientierung und Qualifizierung. Theoretische Grundlagen, Projektbeschreibung, Methoden, Materialien, Filme, Begleit-DVD, Hamburger Arbeitsassistenz.

Helen Sanderson Associates (2008), community connecting, verfügbar unter http://helensandersonassociates.co.uk/PDFs/ccminibookfinal.pdf.

Hinte, Wolfgang/ Treeß, Helga (2007), Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe, Weinheim und München.

Joyce, Susannah, Boomer, Betty, Jones, John (2002), mutal learning, fine-tuning the process of person-centred planning with people who have mental health issues, in: O'Brien, John, O'Brien, Connie Lyle (Hrsg.), implementing person-centered planning, voices of experience, Toronto, S. 231-236.

O'Brien, John/ O'Brien, Connie Lyle (Hrsg.) (1999), A little book about Person Centered Planning, Toronto.

O'Brien, John/ Pearpoint, Jack (Hrsg.) (2002), Person-centered planning with MAPS and PATH. A workbook for facilitators, Toronto.

The Learning Community for Person Centred Practises (2008), person centred thinking and health, http://helensandersonassociates.co.uk/PDFs/MHminibookweb.pdf .

Weiterführende Links:

Beispiele zur Persönlichen Zukunftsplanung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung:
http://helensandersonassociates.co.uk/Reading_Room/Who/People_With_Mental_Health_Issues.html

Materialien und weitere Links:
www.persoenliche-zukunftsplanung.de.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart;
Jürgen Bombosch, Düsseldorf;
Karsten Groth, Hamburg;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart;
Margret Osterfeld, Dortmund;
Johannes P. Petersen, Rendsburg,
Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Georg Schulte-Kemna, Stuttgart;
Dr. Michael Swiridoff, Altenburg;
Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai,
1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

Zwischen Autowerkstatt und Sternenhimmel

Zur Sprache in der Psychiatrie

Von Michaela de Groot

Abstract

Die Autorin macht anhand sprachlicher Beispiele auf etablierte Arbeits- und Denkweisen in der ambulanten wie stationären Psychiatrie aufmerksam. Die menschliche Psyche ist ihrer Meinung nach mehr als nur ein Funktionszusammenhang. Außerdem wird ein kritischer Blick auf die Marketingstrategien von Pharmakonzernen geworfen.

„Wir werden Sie auf ein neues Produkt einstellen."

Nüchtern und distanziert klingen diese Worte. Meinen Automotor lasse ich mir in der Werkstatt einstellen. Und bei Funktionsdefiziten regulieren. *„Ein- und Aufdosieren werden wir das Präparat in Abhängigkeiten von Ihren Reaktionen."* Ob Automotor, Heizungssystem oder Gehirnstoffwechsel: die Maschine wird bedient, die Kraftstoffzufuhr kontrolliert und dokumentiert, bei unerwünschten Reaktionen wird die Einstellung verändert. So lange, bis der Regelkreislauf in gewünschtem Maße abläuft. Bis eben alles geregelt ist. Ob ein Automotor auch von fernen Welten träumen kann, ob ein Heizungssystem Sinn stiftende Tätigkeiten ausführen kann? Fühlen, denken, träumen - Sinn und Unsinn produzieren, all das kann mein Gehirn mit meinem Körper. Die Sprache der Schulmedizin, insbesondere der Psychiatrie reduziert das Wunder Mensch auf seine technischen Details. Das ist nicht nur unromantisch, sondern auch unvollständig.

„Wir werden den Patienten fixieren."

Um wieviel chicer und gebildeter hört es sich doch an statt *„Der gehört ans Bett gefesselt."* Fremdwörter sind sehr praktisch. Sie sagen über ihre Nutzer aus, dass diese Status und Wissen besitzen, gleichzeitig distanzieren sie von den Geschehnissen. Fixieren ist o.k., fesseln ist Gewalt. Fixieren beschönigt, wirkt als Euphemismus. So, als ob ich eine Atommülldeponie Entsorgungspark nenne. Das bezeichnete Objekt ändert sich in seiner Existenz nicht, die Bezeichnung allerdings sorgt für einen veränderten kognitiven wie emotionalen Umgang mit der Sache.

Die Sprache der Psychiatrie ist technokratisch und oft emotionsleer. Das entlastet das Fachpersonal enorm. Würde die Disziplin nicht Psychiatrie sondern Seelenpflege heißen, wären Träume und Tränen von allen Handlungsbeteiligten erwünscht. Aber wer hält schon eine Welt von dozierenden Patienten und weinenden Psychiatern aus?

Szenenwechsel.

Die Klientin nervt schon wieder. Sozialpädagogin Barbara K. betreut die depressive Simone R. jetzt schon drei Jahre. Ständig ist sie hinterher, dass Ordnung in der Wohnung herrscht, Besorgungen und Arztbesuche erledigt werden, dass das tägliche Chaos in den Griff zu bekommen ist. Jetzt platzt ihr aber der Kragen. Simone streikt mal wieder und will ihre Medikamente nicht einnehmen. Darauf Barbara: *„Sie werden wieder krank werden!"* Oft genug hat sie ja diesen Zirkus schon mitgemacht. Wörtlich betrachtet ist die Sozialpädagogin nicht ganz fair. Sie hat nicht die Weisheit gepachtet und kann in die Zukunft blicken. Ihre Aussage ist schlichtweg suggestiv. Korrekt wäre es, zu formulieren: *„Wenn Sie ihre Medikamente mal wieder nicht einnehmen, könnte es sein, dass Sie eine neue Akutphase provozieren. Das kann ich Ihnen beim besten Willen nicht empfehlen."* Die Wirklichkeit ist eben kompliziert und verlangt ihren sprachlichen Tribut

Doch in der Psychiatrie gibt es auch Träume. Noch besser, sie sind in Tagesdosen je nach Bedürfnislage erhältlich. Clevere Marketingstrategen in Pharmakonzernen präsentieren uns wohlklingende, international verständliche und gut aussprechbare Medikamentennamen. Z. B. das Neuroleptikum *Zyprexa*. Wer denkt da nicht an Pinien und Zypressen, mediterranes Ambiente, Sonne und Meer? Und wirklich sonnig kommt *Solian* rüber, fast so, wie die Costa del Sol. Der „Spinat" unter den Powerpillen ist aber *Abilify*, eine Ableitung des englischen Nomen ability, Fähigkeit, Können, Leistung. Und schließlich bleibt auch noch der Griff nach den Sternen: *Invega* spielt auf das vegetative Nervensystem an, steht für Weg. Vega ist auch der Name eines sehr jungen und extrem hellen Stern an unserem Firmament. Er gilt für viele Astronomen als interessantestes Forschungsobjekt nach der Sonne. Für Psychiatriepatienten gibt es eben nur das Beste. Sozusagen ein Stückchen Himmel auf Rezept.

Und was glauben Sie?

Michaela de Groot
Dr. phil., M.A., psychiatrieerfahrene Kommunikationswissenschaftlerin

„Ich wurde von jedem überstimmt"

Eine Evaluation der personenzentrierten Hilfe

Von Jasna Russo

Abstract

Eine Mitsprache der Nutzer und Nutzerinnen der therapeutischen Hilfeangebote ist mit dem personenzentrierten Ansatz ausdrücklich vorgesehen. Ob das tatsächlich so erfolgt, wie mit dieser Reform geplant, hat das Berliner ‚Evaluations- und Praxisprojekt: Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer/innen' untersucht. Die Besonderheit dieser Untersuchung bestand nicht nur darin, dass der Blinkwinkel der Nutzer und Nutzerinnen im sozialpsychiatrischen Bereich ausführlich zur Sprache kam, sondern auch darin, dass das Projekt mehrheitlich von Forschern und Forscherinnen mit eigener Psychiatrieerfahrung konzipiert und durchgeführt wurde.

Mit dem personenzentrierten Ansatz wird erstmalig in der Entwicklung der Psychiatriereform eine Beteiligung der Nutzer und Nutzerinnen an ihrer Hilfe, ausdrücklich vorgesehen. Das Hauptinstrument hierfür ist der Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP)[1]. Der BRP soll eine gemeinsame Vereinbarung der Hilfe zwischen den sozialpsychiatrischen Einrichtungen und ihren Nutzern und Nutzerinnen ermöglichen. Die Hilfe wird nicht mehr nach der Anzahl von Plätzen sondern nach dem individuellen Hilfebedarf finanziert. Im BRP wird das Leben in vier Bereiche aufgeteilt, in denen Hilfe benötigt wird: Wohnen, Freizeit, Arbeit und Anderes. Ein individueller Hilfebedarf wird in Minuten ausgedrückt, welche die Klienten und Klientinnen wöchentlich brauchen. Den Antrag auf Kostenübernahme können die Einrichtungen ohne die Unterschrift ihrer Nutzer und Nutzerinnen nicht mehr stellen. Man spricht von Prinzipien wie der ‚Mitwirkung und Autonomie der Klienten/Klientinnen' oder von der ‚Verbesserung der Befindlichkeit und der Lebenszufriedenheit' (Aktion psychisch Kranke, 2005) - und alles hört sich fast revolutionär an. Die Mitarbeitenden im Hilfesystem können sich mittels Online-Lehreinheiten zu einer neuen Kommunikationsweise mit ihren Klienten und Klientinnen vorbereiten und sogar Videoaufnahmen zur vorbildlichen Gesprächsführung ansehen (www.ibrp-online.de).

Es bleiben jedoch viele Fragen offen. Vor allem, wie das Ganze in der Realität aussieht. Wie können die professionell Tätigen damit aufhören, einrichtungszentriert zu denken? Wie ersetzen sie die bisherigen Entwicklungsberichte über ihre Klienten und Klientinnen durch einen partnerschaftlich erstellten Hilfeplan? Wie machen psychiatrisierte und Bevormundung gewöhnte Klienten und Klientinnen von ihrem neuen Recht auf Mitsprache und einer individualisierten Hilfe Gebrauch? Wie bringen sie ihre Bedürfnisse frei zum Ausdruck bei der vorwiegend klinischen Sprache des zwölfseitigen BRP?

Da jede Psychiatriereform von der Psychiatriegeschichte und ihren tief verankerten Machtaufteilungen vorbelastet ist, lässt sie sich nur schwer per Gesetzesänderung oder allein durch neue Richtlinien verwirklichen. Für die Evaluationsarbeiten bleiben die unterschiedlichen Blickwinkel aller Akteure sowie die Möglichkeiten ihrer Untersuchung und Erweiterung entscheidend. Und auch wenn personenzentriert, verpasste die letzte Reform erneut, die Personen, um die es eigentlich gehen soll, in alle wichtigen Schritte von der Planung bis zur Evaluation sinnvoll und partnerschaftlich mit einzubeziehen.

An diesem traditionell übersprungenen Punkt setzte das Berliner „Evaluations- und Praxisprojekt: Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer/innen" an. Das Konzept für diese 2 1/2 jährige Studie wurde von einer Forschergruppe entwickelt, die sich mehrheitlich aus Akademikern mit eigener Psychiatrieerfahrung zusammensetzte. Eine Projektförderung durch Aktion Mensch, sowie die finanzielle Beteiligung der Träger der ambulanten Hilfe, welche unter dem Dach des PARITÄTISCHEN Berlin organisiert sind, ermöglichten die erste bundesweite Evaluation im Psychiatriebereich, welche mit dem betroffenenkontrollierten Ansatz durchgeführt wurde (2006 -2008).

Was bedeutet betroffenenkontrolliert im Falle einer Evaluation?

Der betroffenenkontrollierte Ansatz lässt sich nicht nur über die Zusammensetzung eines Teams definieren, auch wenn Psychiatriebetroffene dort über alle Entscheidungsbefugnisse (Finanzen inklusive) verfügen. Auch wenn dies Voraussetzung dafür ist, dass man von Betroffenenkontrolle sprechen kann, lässt sich dieser dynamische Arbeitsansatz nicht nur darüber definieren. Zu Beginn steht das Bewusstsein darüber, dass es im sozialen Bereich keine neutrale Forschung geben kann, da wir alle ein Teil der untersuchten Realität sind und unsere unterschiedlichen Perspektiven bereits in unsere Fragenstellung einfließen. Der betroffenenkontrollierte Forschungsansatz bringt die persönlichen Positionen zu Sprache, macht sie transparent und strebt keine Neutralität an.

„Genau in dieser Nähe zwischen den eigenen Erfahrungen und dem Forschungsthema liegt die Stärke und nicht die Schwäche unseres Wissens." (Peter Beresford, 2003)

Jasna Russo
Dipl. Psychologin, freiberufliche Tätigkeit in den Bereichen Forschung und Fortbildung. Sie ist Vorstandmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen.
Email: jasnarusso @yahoo.com.

Die Einnahme der Psychiatriebetroffenen-Perspektive in unserem Team hat bedeutet, dass der Beweggrund unserer Arbeit keine wissenschaftliche Neugier war, sondern Empörung über den Ausschluss unseres Erfahrungswissens bei der Konzipierung, Umsetzung und bei den bisherigen Evaluationen der personenzentrierten Hilfe. Als Ergebnis unserer Forschungsarbeit wollten wir einige unmittelbare Veränderungen in der Praxis anregen und möglichst eine Stärkung der Position der Nutzer und Nutzerinnen im Hilfesystem bewirken.

Das zweite wichtige Merkmal unseres Arbeitsansatzes war das Verständnis der Rolle der Teilnehmer und Teilnehmerinnen an diesem Projekt und alle methodischen Schritte, die wir angewendet haben, um ihrem Erfahrungswissen eine zentrale und auch führende Rolle im Forschungsprozess einzuräumen. Es gibt viele Ähnlichkeiten aber auch einige Unterschiede zu dem im England entstanden Ansatz der nutzerzentrierten Evaluation:

„User Focused Monitoring (UFM) ist ein dynamischer Ansatz zur Evaluation psychiatrischer Hilfeangebote, dessen Herzstück die subjektive Erfahrung der Nutzer ist. Die Nutzer psychiatrischer Hilfeangebote sind diejenigen, die die Leistungen, die sie erhalten, am besten einschätzen können. Die UFM-Methodik wurde entwickelt, um einen Zugang zu diesen Meinungen und Sichtweisen zu finden“ (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2003).

Eine betroffenenkontrollierte Evaluation unterscheidet sich stark von sonstigen Befragungen zur Klientenzufriedenheit im Psychiatriebereich. Bereits bei der Fragenentwicklung orientierten wir uns stark an den wichtigen Themen der Nutzer und Nutzerinnen. Neben den Interviews und dem Fragebogen, welche die Hauptmethoden unserer Arbeit waren, organisierten wir Gruppengespräche mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen sowie spätere Expertenrunden mit ihnen und mit im Hilfesystem professionell Tätigen. Die Gruppengespräche ermöglichten, unsere Analyse und Interpretation kontinuierlich überprüft zu wissen, sowie weitere Projektschritte zusammen mit den Teilnehmenden zu gestalten. Die Expertenrunden erwiesen sich als eine sehr geeignete Methode für einen gleichberechtigten und partnerschaftlichen Austausch sowie für die Zusammenarbeit zwischen Klienten und Klientinnen und den Professionellen.

„Ich kannte das überhaupt nicht, so offen zu reden und gleichberechtigt behandelt zu werden, das war überhaupt nicht meine Erfahrung. [...] Und dann hat mich auch sehr beeindruckt, dass Themen, die da so schwierig sind, hier leichter waren und immer diskutiert wurden und nicht so eine Schranke da war. Hier wurde man nicht abgewürgt. Man konnte darüber reden, ohne dass abgeblockt wurde, und das war eine gute Erfahrung.“

Warum Evaluations- und Praxisprojekt?

Evaluationsberichte werden normalerweise am Ende eines Projektes erstellt. Der Bericht „Aus eigener Sicht. Erfahrungen von Nutzer/innen mit der Hilfe“ wurde am Ende unseres ersten Projektjahres veröffentlicht und markierte die Mitte unserer Arbeit. Die erste betroffenenkontrollierte Untersuchung der personenzentrierten Hilfe wollten wir nicht mit der bloßen Erstellung eines Evaluationsberichtes beenden. Wir wollten bereits innerhalb der Projektzeit nach einem Weg suchen, einige Ergebnisse der Evaluation in die Praxis der therapeutischen Hilfe zu bringen.

Die folgende Grafik ist ein vereinfachter Versuch, die wichtigsten Projektphasen zusammenzufassen, sowie die Art und Weise wie sie aufeinander aufbauten:

Genauso wichtig wie die Ergebnisse fanden wir den gesamten Forschungsverlauf, da er für alle (unser Team inklusive) einen intensiven Lernprozess zur Strategie der Nutzerbeteiligung im psychosozialen Bereich darstellte. Der Schwerpunkt unserer Praxisarbeit war eine strukturelle Beteiligung der Nutzer und Nutzerinnen, welche über die Gestaltung ihrer individuellen Hilfe weit hinausgeht und Bereiche der Hilfeplanung und Evaluation stark berührte. Um den Gesamtprozess, mit seinen Erfolgen, Schwierigkeiten und allen aufgeworfenen Fragen zu dokumentieren, entstanden insgesamt drei Projektberichte und eine Videodokumentation.

Der Beweggrund des Praxisprojektes war nicht wissenschaftliche Neugier, sondern Empörung und das Ziel, die Nutzerinnen und Nutzer tatsächlich in die Schritte von der Planung bis zur Evaluation der Hilfen einzubeziehen.

Einblick in die Ergebnisse

Unsere Untersuchung begann mit zwei Vorgesprächen und 33 halbstrukturierten Interviews mit Bewohnern und Bewohnerinnen von therapeutischen WGs, des Betreuten Einzelwohnens und Heimen sowie mit Besuchern und Besucherinnen der therapeutischen Tagesstätten. Die Ergebnisse dieser Interviews bildeten die Basis einer berlinweiten Fragebogenaktion, an welcher 533 Personen teilnahmen. Die vielfältigen Ergebnisse verdeutlichten die Unterschiede zwischen der Theorie und der Umsetzung der Hilfe.

Ein Drittel der Befragten kannte ihren eigenen Behandlungs- und Rehabilitationsplan gar nicht oder konnte sich nicht daran erinnern.

„Ausgefüllt, gemeinsam? Die haben mir das vorgelesen und ich hab es unterschrieben. Gemeinsam war da gar nichts.“

„Die Sache ist die: Den Leuten muss klar werden, dass sie überhaupt mitreden können. Ich weiß nicht, ob denen überhaupt klar wird, dass sie mitreden können.“

Nur knapp ein Viertel der befrag-

Evaluationsphase: Sicht der Nutzer/innen	⇨	Sicht der Mitarbeiter/innen	⇨	Entwicklung der Strategien zur Nutzerbeteiligung	⇨	Praxisarbeit mit zwei Einrichtungen und einem Entscheidungsgremium

Phasen des Evaluations- und Praxisprojekts

Die Evaluationsergebnisse verdeutlichten die Unterschiede zwischen dem theoretischen Ansatz und der Umsetzung der Hilfe. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung und dem Grad der Fremdbestimmung bei der Auswahl der Hilfeeinrichtung lässt sich feststellen.

ten Klienten und Klientinnen gab an, auf eigenen Wunsch zu dem aktuellen Hilfeangebot gekommen zu sein; 30% wurde die Hilfe von anderen nahe gelegt, bei 40% war es eine Mischung zwischen eigenem Wunsch und dem Wunsch der Anderen und 5% gaben an, gegen ihren Willen in die Einrichtung gekommen zu sein. Es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung und dem Grad der Fremdbestimmung bei der Auswahl der Hilfeeinrichtung feststellen.

Deutliche Priorität für die Nutzer und Nutzerinnen bei der Hilfe haben Gespräche mit ihren Betreuern und Betreuerinnen (74%).

Woran erkennt man, dass die Hilfe gut ist?

„Also, dass ich mit meiner Person so sein darf, wie ich bin."

„Wenn ich mich wohl fühle und wenn ich wieder gehen kann. Also, diese Abhängigmachung finde ich schlecht."

Auf der Basis der Evaluationsergebnisse und in Zusammenarbeit mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen entwickelten wir die Fragen an die Mitarbeitenden im Hilfesystem. Hierbei ging es um 25 strukturierte Einzelinterviews und 5 Interviews mit den Gesamtteams, die auf keine repräsentativen Ergebnisse hinzielten. Vielmehr sollten uns diese Gespräche einen Vergleich der Sichtweisen ermöglichen und uns auf die Praxisarbeit vorbereiten.

Einige Evaluationsergebnisse, vor allen diejenigen, welche sich auf die Wahlmöglichkeiten der Klienten und Klientinnen bezogen, wurden uns von den Mitarbeitenden bestätigt.

Ausgehend von Fragen, die in Zusammenarbeit mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen entwickelt wurden, wurden Interviews mit den Mitarbeitenden geführt. Dabei zeigte sich, wie unterschiedlich die Sichtweisen beider Gruppen sind.

„Also einfach aus meinen Erfahrungen raus, war es meistens so, dass gesetzliche Betreuer oder der SpD [Sozialpsychiatrische Dienst] in einem Steuerungsgremium zusammensaßen und mehr oder weniger bestimmt haben, was für denjenigen das Beste ist."

Den Druck, den die Nutzer und Nutzerinnen häufig spüren, wenn sie den BRP unterschreiben müssen, auch wenn sie nicht mit allen seinen Inhalten einverstanden sind, nämlich um ihren Platz in der Einrichtung zu sichern (der für die Mehrheit auch den Wohnplatz bedeutet), blieb einem Drittel der befragten Mitarbeitenden unverständlich. Unsere Frage danach, wie sie mit dieser Situation umgehen, deuteten sie als Frage, wie sie damit umgehen, wenn der Klient oder die Klientin den BRP nicht unterschreiben möchte. Diverse Taktiken wurden uns geschildert, wie eine Unterschrift des Nutzers oder der Nutzerin doch noch zu erzielen sei, damit der Kostenantrag abgegeben werden kann. Die Frage, ob sie sich selbst als Nutzer oder Nutzerin in ihrer Einrichtung gut aufgehoben fühlen würden, beantworteten neun von 25 mit ‚ja'. Drei Personen konnten uns hierzu keine Antwort geben:

„Kann ich nicht beantworten. Echt nicht, überhaupt nicht. Weil ich bin nicht psychisch krank oder zumindest nicht in dem Maße, dass ich hier aufgenommen werden würde und so was kann ich mir einfach nicht vorstellen. [...] nee, nehmen wir die Frage als unsinnig."

Ist Augenhöhe im ambulant-psychiatrischen Hilfesystem erreichbar?

In der Praxisphase unseres Projektes arbeiteten wir mit unterschiedlichen Erfolgen mit einer therapeutischen Wohngemeinschaft, einer Tagestätte und einem Entscheidungsgremium zusammen. Die vier Themen der Praxisarbeit sind aus den Evaluationsergebnissen sowie aus einem Vergleich der Sichtweisen der Klienten und Klientinnen und den Professionellen herausgewachsen: Gestaltung einer Probezeit für die Nutzer und Nutzerinnen in der Einrichtung, Hilfevereinbarung, Umgang mit Krisen und einrichtungsinterne Bewertung des Hilfeangebotes sowie der Arbeit der einzelnen Betreuer und Betreuerinnen. Am schwierigsten erwies sich der Versuch, innerhalb einer WG zu dem emotional sehr beladenen Thema - Umgang mit Krisen - zu arbeiten. Das fruchtbarste Gefühl herrschte in einer Reihe der Expertenrunden zum Thema Hilfevereinbarung. Erstmalig kam es in diesem Rahmen zu einem direkten Dialog zwischen den Nutzern und Nutzerinnen der Hilfeangebote und den Zuständigen für die Hilfeplanung in Berlin. Viele Schwierigkeiten bei der Umsetzung der personenzentrierten Hilfe wurden diskutiert. Dies war auch der einzige Teil unserer Praxisarbeit, welcher über das Projektende hinaus fortgesetzt wurde.

Im letzten Jahr erstellte eine Gruppe der Nutzer und Nutzerinnen den ersten Informationsflyer zum BRP, einen Leitfaden für Klienten und Klientinnen zu seiner Erstellung sowie ein Dokument für die Mitarbeitenden im Hilfesystem, über die Themen, die aus der Sicht der Nutzer und Nutzerinnen bei einer gemeinsamen Erstellung des BRPs besonders zu beachten sind. Hierbei handelte es sich erstmalig um eine bezahlte Auftragsarbeit des Berliner Senats an eine Autorengruppe von Nutzern und Nutzerinnen der sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Alle drei Dokumente werden vollständig in die neue Version des BRPs aufgenommen.

Unsere Praxisarbeit hat gezeigt, wie schwierig es ist, strukturell verankerte Probleme und Widersprüche der personenzentrierten Hilfe auf der Ebene ihrer Umsetzung (in den Einrichtungen) zu lösen. Einige erarbeitete Strategien der Nutzerbeteiligung haben aber auch ihr deutliches Potential gezeigt und spürbares Interesse geweckt. Bestätigt hat sich das Prinzip der Unabhängigkeit und wie wichtig es ist, die Funktion dieser relativ neuen Entwicklung im psychosozialen Bereich nicht von diversen Interessen des Hilfesystems und den dort Tätigen bestimmen zu lassen.

Mit einer strukturellen Beteiligung der Nutzer und Nutzerinnen an den psychiatrischen Hilfen ist keine Mitsprache bei ihrer eigenen Hilfe gemeint. Dem Erfahrungswissen der Betroffenen den Platz in einer Psychiatriereform ernsthaft einzuräumen bedeutet, die Bereitschaft neue Rollen einzunehmen, sich allen vielschichtigen Fragen offen zu stellen und diese nicht nur zuzulassen, sondern

auch zu fordern. Für diesen längst überfälligen Prozess sind weitere Aufträge an unabhängige Psychiatriebetroffene sowie die Förderung von Arbeitspartnerschaften mit ihnen unerlässlich. ●

Anmerkungen

[1] Dieser Beitrag nimmt Bezug auf die spezifische Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes in Berlin.

Wenn nicht anderes gekennzeichnet sind alle Zitate (inklusive Titel) den drei Projektberichten entnommen:

Projektdokumentation

Lorenz, Annette; Russo, Jasna; Scheibe, Florian (2007), Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe, Download vom www.paritaet-berlin.de

Russo, Jasna; Scheibe, Florian (2008), Sicht der Mitarbeiter/innen, Download vom www.paritaet-berlin.de

Russo, Jasna; Scheibe, Florian; Hamilton, Sandra (2008), Versuch einer Einmischung. Bericht der Praxisarbeit (erhältlich bei dem PARITÄTISCHEN Berlin, Referat für Psychiatrie)

Auf Augenhöhe. Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern an der Hilfe (Videodokumentation), Synopsis Film - Berlin, 2008

Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) (2005), Der personenzentrierte Ansatz. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem, Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie - Verlag

Beresford, Peter (2003), It's Our Lives. A short theory of knowledge, distance and experience, Citizen Press, Groß Britannien

Coldham, Tina; Russo, Jasna (2009), Telling Our Truths, Bringing about Change: Being a Survivor Researcher. In: Sweeney, A.; Beresford, P.; Faulkner, A.; Nettle, M.; Rose, D. (Hrsg.) This is Survivor Research, PCSS Books, Groß Britannien

Deiters, Rainer; Russo, Jasna (2005), BlickWechsel. Beteiligung von Betroffenen in der psychosozialen Arbeit, Für alle Fälle e.V., Berlin

Rose, Diana (2001), Users' Voices. The perspectives of mental health service users on community and hospital care, The Sainsbury Centre for Mental Health, London, Groß Britannien

Russo, Jasna; Fink, Thomas (2003), Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus der Sicht der Betroffenen, Der PÄRITÄTISCHE Berlin

Russo, Jasna; Statsny, Peter (2009), Beyond Involvement. Looking for a Common Perspective on Roles in Research. In: Amering, M.; Schrank, B.; Wallcraft, J. (Hrsg.) Handbook of User Involvement in Mental Health Research, Wiley, Groß Britannien

The Sainsbury Centre for Mental Health (2003), User Focused Monitoring (UFM), www.scmh.org.uk.

Die zwei Gesichter der Arbeit

Von Karsten Groth

Pierre Bourdieu, 2002 verstorbener französischer Soziologe und Mitbegründer des globalisierungskritischen Netzwerkes Attac, wurde Mitte der 1950er Jahre als Wehrpflichtiger nach Algerien versetzt. Algerien war damals noch französische Kolonie und befand sich mitten im Unabhängigkeitskrieg (1954-1962). Aus diesem erzwungenen Algerienaufenthalt ist eine Arbeit entstanden, die bei uns unter dem Titel „Die zwei Gesichter der Arbeit" vorliegt. Bourdieu beschreibt darin folgende Anekdote: In einem kleinen Dorf wurde ein Maurer, der – und das ist wichtig – sein Handwerk zuvor in Frankreich erlernt hatte, aufgefordert an einem Haus zu bauen. Nach getaner Arbeit ging der Maurer nach Hause, ohne am gemeinsamen Essen der Familie des Auftraggebers teilzunehmen. Stattdessen verlangte er über seinen Arbeitslohn hinaus eine Entschädigung für das Essen von 200 alten französischen Francs. Er erhielt seinen Arbeitslohn und darüber hinaus die von ihm verlangten 200 Francs anstelle des Essens. Allerdings mit der Aufforderung, sich dort nie wieder blicken zu lassen. Die Geschichte wurde bald im Dorf und in der Umgebung herumgetragen. Mit der Folge, dass kaum jemand diesem Maurer noch einen Auftrag geben wollte.

Was war geschehen? In einem Dorf in der Übergangsgesellschaft Algeriens trifft ein im Kapitalismus und in der Lohnarbeit sozialisierter Maurer auf seine noch im vorkapitalistischen Wirtschaften verankerten Auftraggeber. Für diese ist die Arbeit noch einem Gemeinschaftszweck unterworfen. Das rein eigennützig vorgetragene Kalkül, anstelle des gemeinsamen Essens doch praktischerweise lieber das Geld zu nehmen, liegt ihnen fern. Das Essen wurde bei der Festsetzung des Lohnes nie mit einbezogen. Es galt der stillschweigende Konsens, dass man zwar auf das Gehalt, niemals aber auf das Mahl verzichten konnte. Für diese Auftraggeber war die Arbeit nicht Selbstzweck, Lohnarbeit und Arbeitslosigkeit waren ihnen noch fremd, für sie war Arbeit in erster Linie eine gemeinschaftsstiftende Veranstaltung. Die Arbeit war dort weder ein Ziel noch eine Tugend an und für sich. Was an ihr geschätzt wurde, war nicht ihre an einem wirtschaftlichen Ziel orientierte Stoßrichtung, sondern die Tätigkeit an sich und unabhängig von ihren ökonomischen Funktionen. Aber nur insofern und insoweit sie eine gesellschaftliche Funktion erfüllte. Ein Mann, der sich respektiert, ist immer in irgendeiner Weise beschäftigt. Wenn er nichts zu tun findet, „so soll er doch wenigstens seinen Löffel schnitzen" (Bourdieu 2000).

Man kann dieser kleinen Geschichte sehr schön und anschaulich entnehmen, dass Arbeit für die Menschen an unterschiedlichen Orten dieser Welt und zu unterschiedlichen Zeiten nicht immer das bedeutet hat, was wir heute unter den Bedingungen einer kapitalistisch und marktwirtschaftlich organisierten Erwerbsarbeitsgesellschaft unter Arbeit verstehen. Darüber hinaus erklärt sie auch, warum wir der Arbeit im Bereich der Eingliederungshilfen so viel Bedeutung beimessen. Sie ist offensichtlich eine gemeinschaftsstiftende Veranstaltung, sie ist eine dem Gemeinschaftszweck unterworfene Tätigkeit, die gesellschaftliche Teilhabe gewährleistet und Inklusion konstituiert. Nichts anderes hatte der im kapitalistischen Frankreich gelernte Maurer übersehen, als er das Essen ausschlug, die finanzielle Entschädigung annahm und seinen Auftraggeber damit so beleidigte, dass dieser ihn vom Hof jagte.

Eine beliebte Indikation für die Vermittlung z.B. psychiatrischer Patienten in Arbeit und Arbeits-

Karsten Groth
Psychologischer Psychotherapeut, Systemischer Therapeut, Leiter eines therapeutischen Behandlungsverbundes mit dem Schwerpunkt Frührehabilitation und berufliche Integration am Zentrum f. Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
kgroth@uke.uni-hamburg.de

Die Struktur eines Tages wird nicht durch seine zeitliche Einteilung erfahrbar, sondern Arbeit und Tätigkeit gestalten seine Form.

therapie ist unter dem Begriff „Tagesstruktur“ gut bekannt. Als würden sich Geist und Seele ordnen und sortieren, wenn der Tagesablauf nur gut eingeteilt und in voneinander unterscheidbare Abschnitte aufgeteilt ist. Wir übersehen dabei, dass Struktur erst durch Arbeit erfahrbar wird. Im weiteren Sinne durch Tätigkeit, und im noch weiteren Sinne durch Nutzen, Zweck und Sinnhaftigkeit. Erst mit der Ausbildung der Hand, also mit dem wesentlichen Organ des Tätigseins, so Friedrich Engels in der Dialektik der Natur, entstand zwischen den Menschen die Notwendigkeit, sich etwas zu sagen. Und die Sprache ist immerhin das Medium, mit dem wir Menschen uns Sinn konstruieren. Sprich, wir brauchen Sprache, einen guten Zweck und eine gute Arbeit, um uns unseren Tag zu strukturieren.

So oder ähnlich musste mein damaliger Chef gedacht haben, als er mich vor 20 Jahren damit beauftragte, an unserer psychiatrischen Klinik eine Arbeitstherapie und darüber hinaus einen Arbeitsbereich für kliniknahe Rehabilitation auf die Beine zu stellen. Denn er selbst hatte während des Nationalsozialismus schon einmal Erfahrungen mit Arbeit in therapeutischen (Zwangs-)Kontexten machen müssen. Es musste ihm schwer gefallen sein, dem damaligen Trend der Sozialpsychiatrie zur Arbeit zu folgen. Aber dem sinn- und gemeinschaftsstiftenden Aspekten von Arbeit konnte auch er sich nicht entziehen. „Das wichtigste an der Arbeitstherapie ist der Weg dorthin und nach der Arbeit wieder zurück“, sagte er immer. So hatte er den Konflikt wohl für sich gelöst.

Wenn Arbeit kann sinn- und gemeinschaftstiftend wirken soll, muss sie „gute Arbeit“ sein. Humankriterien formulieren sinnvolle Richtlinien, wie Arbeit zu bewerten ist.

Die kleine Kolonialgeschichte am Anfang und die vernichtenden Erfahrungen meines ehemaligen Chefs mit Arbeit als Teil der Vernichtungs- und Entwertungsmaschinerie der Nationalsozialisten zeigen uns aber auch, dass Arbeit, geschweige denn Lohnarbeit, weder einen Wert an sich darstellt noch unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Arbeit als therapeutisches Medium im Bereich der Eingliederungshilfe einzusetzen ist. Und eben auch nicht als befristete Maßnahme zur Disziplinierung von Alg-II-Empfängern. Wir, die wir im Bereich der beruflichen Integration arbeiten, vergessen das oft: Arbeit ist nicht alles! Und Arbeit hat viele Gesichter!

Aber wie muss Arbeit denn nun beschaffen sein, wenn sie die ihr innewohnenden Qualitäten für jeden einzelnen, aber auch für die Gemeinschaft entfalten soll? Zum Glück wissen wir darüber inzwischen ganz gut bescheid. Sprich, wir werden uns an unsere eigene Nase fassen müssen, wenn wir nicht alles daran setzen, die Kriterien „guter Arbeit“ auch umzusetzen.

Wehner (2008) nennt 7 Humankriterien guter Arbeit, die in Studien von Erwerbstätigen, u.a. auch von 100 aktiven Betriebsräten, in eine Reihenfolge gebracht wurden:

1. Soziale Interaktion: Schwierigkeiten und Belastungen sollen gemeinsam bewältigt werden können.
2. Anforderungsvielfalt. Damit ist der Einsatz vielseitiger Qualifikationen und das Vermeiden einseitiger Beanspruchungen gemeint.
3. Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten heisst, geistige Flexibilität und berufliche Qualifikationen zu erhalten und weiterentwickeln zu können.
4. Mit Sinnhaftigkeit bezeichnet Wehner die Übereinstimmung von gesellschaftlichen und individuellen Interessen.
5. Die Ganzheitlichkeit der Aufgabe beschreibt das Erkennen der Bedeutung der eigenen Arbeit und das Feedback aus der Durchführung der Arbeit.
6. Mit Zeitelastizität sind die Freiräume für Interaktion, Kreativität und die Möglichkeiten zur Gestaltung der Anforderungen benannt.
7. Und Autonomie gewährleistet den Beschäftigten, Verantwortung zu übernehmen und dabei den eigenen Selbstwert und die eigene Kompetenz zu erleben.

Auf ökologischer und technologischer Ebene muss Arbeit so beschaffen sein, dass sie den Handlungsspielraum jedes einzelnen erweitert. Nicht alle Dinge, die getan werden können, müssen auch getan werden. Besonders in (arbeits-)therapeutischen Prozessen muss die Arbeit die Menschen darin unterstützen, ihre subjektiven Fähigkeiten darin ein- und umzusetzen. „Was wir nicht mit den Händen zu tun lernen, kann in uns auch keine Fähigkeiten entwickeln“ (Schmale 1995). Die Ökonomie der Arbeit darf nur ein Mittel sein, um den Zweck der Arbeit zu erfüllen oder ein Arbeitsziel zu erreichen. Die Ökonomie wird pervertiert, wenn sie als Mittel selbst zum Zweck der Arbeit wird. Und natürlich muss die Arbeit so organisiert sein, dass sie dem Menschen in der Interaktion mit anderen Würde und Akzeptanz gibt. Sie muss den Bedürfnissen der Menschen nach Sicherheit, nach Entwicklung der Persönlichkeit und nach Einpassung in gesellschaftliche Organisationsformen und Ordnungen nachkommen.

An diesen Kriterien werden wir uns messen müssen, bevor wir in der Arbeitswelt und inbesondere in der WfbM, im Arbeitsprojekt oder in der Integrationsfirma von guter Arbeit, von nützlicher und befriedigender Arbeit sprechen. ●

Literatur

Bourdieu, P. (2000): Die zwei Gesichter der Arbeit: Interdependenzen von Zeit- und Wirtschaftsstrukturen am Beispiel einer Ethnologie der algerischen Übergangsgesellschaft. Konstanz

Marx,K., F. Engels (1962): Werke. Band 20. Berlin/DDR

Schmale, H. (1995): Psychologie der Arbeit. Stuttgart

Siegrist, J. (2007): Wie macht uns die Gesellschaft krank? Die Bedeutung von Arbeit und persönlichen Beziehungen. DGPPN-Kongress 2007, 23.11.2007, Berlin

Wehner, T. (2008): Jenseits der Erwerbsarbeit liegen Antworten für eine Tätigkeitsgesellschaft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 40-41/2008. S.44-46

Bevor es zu spät ist

Ambulante Krisenversorgung in München und Nürnberg

Von Ralf Bohnert und Michael Welschehold-Grefe

Abstract

Jeder Dritte gerät einmal im Leben in eine existenzielle Krisensituation. Krisen können jeden treffen – unabhängig von Auslöser, Alter, Geschlecht oder sozialem Status. Wenn die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichen, die bisherigen Bewältigungsmechanismen nicht mehr greifen, wenn Gefühle von Angst, Hoffnungs- und Ausweglosigkeit überhand nehmen, brauchen Menschen fachspezifische, professionelle Unterstützung. Sofort. Verbindlich. Zuverlässig. Bevor es zu spät ist.

Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen zeigt die Entwicklung in Nürnberg und München: Krisendienste sind heute ein Muss in der psychosozialen Versorgungslandschaft und sie sind machbar.

Entstehungsgeschichte und Merkmale

Geschichtliche und konzeptionelle Entwicklung der beiden Krisendienste ähneln sich. Mit jahrelangem Vorlauf, gefordert und unterstützt von Angehörigenverbänden und Betroffeneninitiativen sowie getragen von unterschiedlichen Akteuren in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft, wurde im Januar 1998 in Nürnberg der Krisendienst (KD) Mittelfranken und im Mai 2007 der Krisendienst Psychiatrie München KPM gegründet.

Folgende Positionen waren von Anfang an maßgebliche Merkmale bei der Planung der beiden Einrichtungen und beeinflussen bis heute Haltung und Arbeitsweise der Mitarbeitenden:

- Krisenhilfe muss einfach erreichbar sein - eine Telefonnummer, direkte Zugänglichkeit, keine Wartezeiten, flexible Hilfestellungen, niedrigschwellig und mobil;
- Sowohl psychiatrische Notfälle als auch psychosoziale Krisen sollen versorgt werden – im Sinne eines integrierenden, öffnenden, statt eines auf Abgrenzung bedachten Verhältnisses zwischen psychosozialer Krisenversorgung und „der Psychiatrie";
- Krisenhilfe muss verbindlich sein und direkt auf Versorgungsangebote in der Region zurückgreifen können;
- Krisen halten sich an keine Sprechzeiten. Menschen in Ausnahmesituationen benötigen auch außerhalb der üblichen Bürozeiten professionelle und rechtzeitige Hilfe. Krisendienste sind allein deshalb eine spezifische Ergänzung zum sonstigen Regelversorgungsangebot und damit zugleich eine wichtige, qualifizierte „Eingangstür" ins Hilfesystem.
- Was eine Krise ist, definiert der Betroffene – deshalb ist jeder Mensch in seiner subjektiven seelischen Ausnahmesituation beim Krisendienst richtig. Kein Anrufer wird abgewiesen oder vorschnell weitergeleitet.

Diese inhaltlichen Prämissen waren stets unumstritten. Ungleich schwieriger gestaltete sich die Suche nach geeigneten Träger- und Finanzkonstruktionen, um die Dienste in der jeweiligen multiprofessionellen und institutionsübergreifenden Versorgungslandschaft zu etablieren. Hier waren viel Kreativität und Geduld sowie großes organisatorisches Geschick erforderlich.

Die Initiatoren in München entschieden sich für eine GbR, die von einem Vorstand sowie Lenkungsausschuss gesteuert wird. Der KPM wird von fünf Trägern (regionale psychiatrische Versorgungsklinik, Caritas, Diakonie und zwei freien Trägern) betrieben und hält insgesamt zehn Planstellen vor, verteilt auf 30 Mitarbeitende, davon fünf als hauptamtliche Fachkräfte.

Träger des KD Mittelfranken ist der Förderverein ambulante Krisenhilfe e.V. Zudem besteht eine enge Kooperation mit den regionalen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi's), so sind auch die fünf hauptamtlichen Fachkräfte bei den Trägern der SpDi's angestellt und teilen sich vier Stellen. Zusätzlich gibt es noch einen türkisch sprechenden Sozialpädagogen, der mit einer Teilzeitstelle den türkischen KD koordiniert.

In beiden Einrichtungen sind neben den hauptamtlichen noch ca. 60 (Nürnberg) bzw. 25 (München) nebenamtlich Beschäftigte tätig. Diese arbeiten selbstständig oder hauptamtlich in anderen Einrichtungen, wodurch ein wesentlicher Beitrag zur fachlichen und personellen Vernetzung geleistet wird.

Die Mitarbeiterteams setzen sich in beiden Städten aus Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen (vor allem psychiatrische Fachpflegekräfte, Sozialpädagoginnen, Psychologen) zusammen; im KPM wirken außerdem Fachärzte für Psychiatrie mit.

Beide Einrichtungen haben täglich geöffnet, 365 Tage im Jahr, auch an den Wochenenden und Feiertagen. Der KD in Nürnberg konzentrierte sich von vornherein auf die Erreichbarkeit außerhalb der üblichen Bürozeiten: Die Mitarbeitenden werden dann tätig, wenn bspw. die Beratungsstellen, Praxen und Institutsambulanzen schließen.

Der KPM hingegen wurde auf vorbestehende, werktags geöffnete Krisenangebote aufgebaut, die in die Abendstunden und auf Wochenenden und Feiertage ausgedehnt wurden.

Der KPM ist für die ganze Stadt München (1,36 Mio. Einwohner) zuständig, der KD in Nürnberg ist zentrale Anlaufstelle für alle Menschen in Mittelfranken (fünf

M. Welschehold-Grefe Dr., Psych. Krisen- und Behandlungszentrum Atriumhaus, München; Ärztlicher Leiter Krisendienst Psychiatrie München, info@krisendienst-psychiatrie.de.

Ralf Bohnert Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Leiter Krisendienst Mittelfranken, www.krisendienst-mittelfranken.de

Die kurzen Berichte aus den Krisendiensten spiegeln die Bandbreite der Interventionen: telefonische Beratung und Hausbesuche neben aufsuchender Arbeit in Frauenhäusern, bei Wohnsitzlosen oder bei der Polizei.

Städte, sieben Landkreise, 1,7 Mio. Einwohner) und bietet dadurch auch aufsuchende Krisenintervention in ländlichen Gebieten an.

Menschen in Krisen

KD Mittelfranken – Sonntag, 14.30 Uhr:
Anruf in der Zentrale in Nürnberg, nur sehr zögerlich und leise meldet sich eine junge Frau, spricht davon psychische Probleme zu haben. Sie wisse nicht mehr weiter und äußert Gedanken, sich etwas anzutun. Sie möchte anonym bleiben, deshalb kommt für sie nur ein Telefonat in Frage.

Zur gleichen Zeit, 170 km weiter südlich, Krisendienst Psychiatrie München:
Anruf einer 18-Jährigen, die sich nicht mehr zu helfen weiß. Ihre seit Jahren an einer Psychose erkrankte Mutter setze sie massiv unter Druck, nun sei sie nach einem heftigen Streit zwischen beiden weinend zusammengebrochen. Das Einsatzteam fährt zu der Familie, um den psychischen Zustand der 48-jährigen Frau einzuschätzen, die Tochter zu entlasten und mit beiden konkrete Lösungswege für die belastete Lebenssituation zu finden.

Kurz nach 21 Uhr:
Ein älteres Ehepaar erscheint im KD Mittelfranken, sie haben die Adresse des Dienstes von der psychiatrischen Klinik erhalten. Sie sind in Sorge um ihren an Schizophrenie erkrankten Sohn. Er hat die Medikamente abgesetzt, geht nicht mehr aus der Wohnung, fühlt sich bedroht und verhielt sich heute Abend beim Besuch der Eltern sehr aggressiv. Nach einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme konnte mit dem Betroffenen ein Hausbesuch vereinbart werden.

Montag, 10 Uhr, München:
Die Lebensgefährtin eines 35-jährigen Mannes meldet sich telefonisch. Ihr Freund sei seit mehreren Monaten arbeitslos, sei nun zunehmend antriebslos, ziehe sich zurück, kümmere sich nicht um eine neue Arbeit. In der telefonischen Beratung bekommt die Anruferin verschiedene Adressen von professionellen Hilfen und es wird ihr empfohlen, ihren Freund zu motivieren, sich selbst an den Krisendienst zu wenden.

Am gleichen Tag abends in Nürnberg, kurz nach Öffnung der Einrichtung um 18 Uhr:
Die Polizei meldet sich. In der Polizeiinspektion sitze ein 45-jähriger Mann, der seiner Ehefrau vor 2 Tagen einen Abschiedsbrief hinterlassen habe. Er distanziert sich nun von seinen Suizidgedanken, die Polizeibeamtin ist sich unsicher, ob sie ihn wieder nach Hause lassen soll. Außerdem sei er leicht alkoholisiert. Die Mitarbeiter fahren zur Polizei und führen dort das Beratungsgespräch.

München, 20.30 Uhr, KD-Standort München Ost:
Zur persönlichen Beratung kommt eine Studentin Mitte 20, die seit kurzer Zeit an massiven Arbeitsstörungen und Schlaflosigkeit leidet, ihren Alltag nicht mehr bewältigen kann und Angstzustände erlebt. Sie möchte in dieser für sie bedrohlichen Situation sofortige Hilfe und Beratung, um diese für sie bedrohlichen psychischen Veränderungen verstehen zu können und eine passende Behandlungsmöglichkeit zu finden.

So oder so ähnlich verlaufen in beiden Krisendiensten mögliche Interventionen. Die meisten Menschen melden sich telefonisch, einige bleiben anonym, in Nürnberg sind dies 16 %, in München nennen 11 % keinen Namen. Manche stehen aber auch einfach vor der Tür, sie möchten ihre Situation persönlich besprechen. Schließlich gibt es mobile Einsätze, meist Hausbesuche, aber auch aufsuchende Arbeit in Frauenhäusern, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder bei der Polizei.

Kontaktmöglichkeiten der Krisendienste

In München dient die „Leitstelle“ (besetzt mit ein bis zwei Mitarbeitenden) als telefonische Anlaufstelle; von dort werden bei Bedarf Termine für persönliche Beratungen im Krisendienst vergeben oder mobile Teams (immer in Doppelbesetzung) entsandt. Sofern ärztliche (zumeist psychiatrische) Hilfe erforderlich ist, kann diese kurzfristig hinzugezogen werden. Im KD Mittelfranken ist die Zentrale in Nürnberg mit vier Fachkräften besetzt, dort finden auch die persönlichen Gespräche statt, außerdem gibt es noch acht weitere Mitarbeitende in Rufbereitschaft, die außerhalb Nürnberg/ Fürth die Hausbesuche durchführen.

Krisen sind vielfältig und unterschiedlich, dementsprechend sind auch die Interventionen verschiedenartig. In den meisten Beratungen kann eine deutliche Deeskalation erzielt werden. Die Menschen werden entlastet und stabilisiert, die Situation wird versteh- und überschaubar, Selbsthilfemöglichkeiten werden aktiviert und erste Lösungsansätze entwickelt.

Aufgrund seiner engen Vernetzung können vom KPM selbst für Anrufer direkt tagesgleiche Termine bei anderen ambulanten Fachdiensten initiiert werden. Im KD Mittelfranken finden intensive Überbrückungsgespräche statt bis die Einrichtungen tagsüber wieder geöffnet sind. Bei notwendiger stationär-psychiatrischer Behandlung wird in München wie in Nürnberg an Kliniken vermittelt, ggf. die Betroffenen sofort dorthin begleitet. In vielen, nicht immer krisenhaften, Fällen werden KD darüber hinaus im Sinne eines telefonischen Kurzkontaktes auch als fachkompetente Informationsquelle genutzt.

Krisendienste brauchen Kooperationspartner

Kein Krisendienst kann für sich existieren. Krisendienste sind keine isoliert aufgebauten, zusätzlichen Institutionen im teilweise für die Nutzer unübersichtlichen Hilfesystem sondern allein durch die Organisations- und Personalstruktur vernetzt. Zuverlässige, möglichst verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten Akteuren im Versorgungsnetz sind zwingend erforderlich, um qualifizierte Weitervermittlung anbieten und freie Ressourcen für neue Krisenfälle vorhalten zu können. So ist bspw. die Kooperation mit den SpDi's unabdingbar.

Die Krisendienste sind auf Kooperationsvereinbarungen mit den wichtigsten Akteuren im Versorgungsnetz angewiesen, um qualifizierte Weitervermittlung anbieten und freie Ressourcen für neue Krisenfälle vorhalten zu können.

In München wurden zudem konkrete Vereinbarungen zur Zusam-

menarbeit getroffen mit
- der Gruppe der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater (um in ausgesuchten Fällen ihren Bereitschaftsdienst einschalten zu können)
- zehn psychiatrischen Einzelpraxen und
- den Ambulanzen der psychiatrischen Versorgungskliniken.

Der KD Mittelfranken arbeitet in enger Abstimmung mit
- dem Beratungszentrum für Integration und Migration der Arbeiterwohlfahrt. Resultat dieser Kooperation war der Aufbau von muttersprachlichen Angeboten. Seit 2005 sind russisch und seit 2009 türkisch sprechende Fachkräfte im Mitarbeiterteam und beraten hilfesuchende Menschen in deren Muttersprache.
- der Polizei. Seit Beginn gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Polizeidienststellen. Es existieren Vereinbarungen, wann seitens der Polizei eine Vermittlung zum KD indiziert ist. Pro Woche kommt es zu 2-3 Kooperationskontakten, in Form einer telefonischen Abstimmung, Beratung in den Inspektionen oder gemeinsamen Einsätzen vor Ort.
- der Notfallseelsorge, niedergelassenen Traumatherapeuten und weiteren Hilfsorganisationen, um akut traumatisierten Menschen nach erfolgter Krisenintervention therapeutische Hilfe anbieten zu können.
- mit Frauenberatungsstellen. Opfer von häuslicher Gewalt und Stalking erhalten eine schnelle und aktive Form der zugehenden Beratung.

Grundsätzlich gilt für alle Krisendienste: Nur wer diese Dienste kennt, kann sie im Notfall auch nutzen. Um allen potenziellen Nutzern das Hilfsangebot nachhaltig bekannt zu machen, sind regelmäßige Infokampagnen (z.B. im Bereich niedergelassene Ärzte/Therapeuten, psychosoziale Einrichtungen, Ämter, Beratungsstellen, Krankenhäuser, Polizei etc.) notwendig. Neben dieser Multiplikatorenarbeit ist eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit über Medienberichte, Flyerverteilung und Internetpräsenz von großer Bedeutung.

Zusammenfassung und Ausblick

Zeitgemäße psychosoziale und psychiatrische Versorgung kommt ohne explizite, fachlich qualifizierte Krisenhilfeangebote nicht mehr aus. Beide Krisendienste sind in ihrer Region unverzichtbarer Bestandteil im Hilfesystem und zudem wichtige Impulsgeber für weiterführende Entwicklungs- und Vernetzungsprozesse. Das Wichtigste jedoch ist die hohe Akzeptanz der vielfältigen Nutzergruppen, insbesondere die betroffenen Menschen schätzen die kompetente und niedrigschwellige Arbeit der Krisendienste.

Trotz deutlicher Verbesserungen in der Krisenhilfe konnten noch nicht alle Ideen umgesetzt werden.

Bezüglich der Öffnungszeiten stellt sich in Nürnberg die Frage, ob der KD – ähnlich wie in München – bereits tagsüber erreichbar sein sollte. In München ist die zeitliche Erweiterung zumindest bis zunächst 24 Uhr fest geplant.

Zudem strebt der KPM eine Verbesserung der noch sehr spärlichen Zusammenarbeit mit der Polizei an, während in Mittelfranken die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten als ausbaufähig betrachtet wird.

In beiden Krisendiensten wird der Bedarf einer intensiven und schnell realisierbaren Nachsorge gesehen, wenn möglich mit Hilfe des Home-Treatment-Konzeptes.

In schöner Regelmäßigkeit taucht in Nürnberg immer wieder die Idee der ambulanten Krisenbetten auf – eine kurzfristige Übernachtungsmöglichkeit für Menschen in Krisen. Der KPM hingegen wird sich mit einer muttersprachlichen Erweiterung des Leistungsangebotes beschäftigen.

Ob und wann die nächsten Entwicklungsschritte möglich sein werden, hängt in erster Linie von der Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel zur Aufstockung der Personalressourcen ab – in Zeiten wirtschaftlicher Rezession und knapper öffentlicher Kassen kein leicht erreichbares Ziel. ●

Literatur
Schleuning, G.; Welschehold, M.: Münchner Krisenstudie. Psychiatrische Notfallversorgung: Strukturen und ihre Nutzung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003

	Nürnberg - Mittelfranken	München
Finanzierung	Bezirk Mittelfranken; Stadt Nürnberg	Personalkosten: Bezirk Oberbayern Sachkosten: Stadt München
Öffnungszeiten	Montag - Donnerstag: 18 - 24 Uhr Freitag: 16 - 24 Uhr Wochenenden / Feiertage: 10 - 24 Uhr	Täglich 19 - 21 Uhr
Leistungszahlen 2009		
Anzahl der Klienten	3089	3945
Anzahl der Kontakte gesamt	7477	9826
Telefonisch	6885	9074
Mobile Einsätze	182	598
Gespräche im KD	410	154

Krisendienste in München und Nürnberg auf einen Blick

„100 x Zukunft – konsequent leiten und weiterentwickeln"

Qualifizierungsprojekt für Führungskräfte im Rahmen des Programms des Europäischen Sozialfonds ESF „Rückenwind"

Die Aufgaben und Fragestellungen für Leitungskräfte in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie werden immer komplexer. Führungskräfte müssen der permanenten Herausforderung gerecht werden, für die fachlich-inhaltliche Erneuerung und Verbesserung der Dienstleistungs-Angebote zu sorgen, insbesondere durch deren Anpassung an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer. Sie müssen sozialpolitische Entwicklungen erkennen können und rasch und adäquat darauf reagieren, sie müssen die unterschiedlichen Krisen der Menschen und in Organisationen bewältigen und sie sind letztlich auch für die Existenzsicherung des Unternehmens verantwortlich u. v. m. Kontinuierliches Lernen und persönliche Weiterentwicklung sind die Garanten für das Gelingen dieser Herausforderungen.

Die Einrichtungen und Dienste im BeB stellen sich dieser Aufgabe und sind deswegen intensiv mit Fragen der Qualifizierung und Personalentwicklung von Führungskräften in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie befasst. Dabei gilt es insbesondere, für den Führungskräftenachwuchs zu sorgen und die nächste Generation von Leitungspersonen auf die komplexen Anforderungen bei der Führung, Steuerung und Entwicklung diakonischer Einrichtungen vorzubereiten.

Im Frühsommer 2009 hat sich der BeB deshalb – gemeinsam mit den beiden Kooperationspartnern Fachhochschule der Diakonie gGmbH (FHdD, Bielefeld) und Bundesfachakademie/GFO gGmbH (Bufa, Berlin/Münster) – um Aufnahme in das Personalentwicklungs-Programm des Europäischen Sozialfonds (ESF) beworben. Nach zähen Verhandlungen erhielt unser Projekt Ende 2009 den Zuschlag. Die Trägerschaft für die geplante Maßnahme haben wir aus organisatorischen Gründen der Fachhochschule der Diakonie übergeben. Der BeB arbeitet weiterhin als „Ideen- und Impulsgeber" in der Projektsteuerung sehr eng mit der FHdD bei Planung, Durchführung und Abwicklung zusammen.

Unter dem Titel „100 x Zukunft-konsequent leiten und weiterentwickeln" wird in einer zweijährigen Maßnahme für 100 Personen aus BeB Mitgliedseinrichtungen (sowie den gliedkirchlich Diakonischen Werken/Landesverbände) ein umfangreiches und intensives Qualifizierungsprogramm angeboten. Es richtet sich an Führungskräfte der mittleren und oberen Leitungsebene unserer Mitgliedseinrichtungen bzw. an Personen, die im Rahmen einer gezielten Personalentwicklungsmaßnahme auf die Übernahme einer Leitungsverantwortung vorbereitet werden sollen. Das Programm ermöglicht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, fachliche und managementbezogene Kompetenzen für Führungsaufgaben in Behindertenhilfe und/oder Sozialpsychiatrie zu entwickeln bzw. auszubauen.

Der BeB sieht mit Hilfe der Förderung durch den ESF die einmalige Möglichkeit, seinen Mitgliedseinrichtungen ein überzeugendes, absolut hochwertiges und an weitere Studiengänge anschlussfähiges Qualifizierungsprogramm für ihre Führungskräfte trägerübergreifend zu erschließen. Dies verschafft den BeB-Einrichtungen und der diakonischen Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie insgesamt mittel- und langfristig strategische Vorteile.

Der Anteil von Frauen in Führungspositionen der Diakonie ist derzeit nicht befriedigend. Der BeB will dazu beitragen, dass die Chancen für Frauen, Führungspositionen zu übernehmen verbessert werden. Deshalb richtet sich das Programm gezielt an Frauen, die ihre beruflichen Kompetenzen als Führungskräfte weiterentwickeln wollen. Die Projektpartner streben bezogen auf die Gesamtmaßnahme einen Teilnehmerinnen-Anteil von mindestens 50% an. In einer gesonderten Veranstaltung für Frauen wurde dieses Projekt am 4. März 2010 in Kassel erstmals öffentlich vorgestellt.

Die offizielle (verbandsinterne) Ausschreibung der Qualifizierungsmaßnahme erfolgt mit Rücksicht auf die Förderbedingungen im April oder Mai 2010. In diesen Ausschreibungsunterlagen sind die detaillierten Zugangsvoraussetzungen und Auswahlkriterien detailliert beschrieben. Die Bewerbungsfrist wird relativ kurz sein. Das Projekt soll noch im Herbst 2010 an fünf Standorten (Berlin, Eisenach Hamburg, Gütersloh, Würzburg) mit Bildungsgruppen mit 20 Teilnehmenden an den Start gehen.

Einige holzschnittartige Informationen zum Qualifizierungsprojekt

Das anspruchsvolle Kontaktstudium beinhaltet etwa 50 „Bildungstage" in zwei Jahren, in die u. a. akademisches Lernen auf Hochschulniveau, praxisbezogene Projektarbeit, begleitende Praxisberatung, eine Fachtagung zu den „Europäischen Entwicklungen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie" und fachbezogene Hospitationen als Wechselpraktika in BeB-Einrichtungen eingeschlossen sind. Die Studienleistungen werden mit „credit points" bewertet und können damit im Zusammenhang weitergehender Studien an Fachhochschulen und Universitäten anerkannt werden. Teilnahmevoraussetzung ist eine mindestens 3-jährige Fachausbildung. Selbstverständlich richtet sich das Programm auch an Personen mit sozial- und geisteswissenschaftlichem oder betriebswirtschaftlichem oder theologischem Hintergrund. Dank des erheblichen Zuschusses aus ESF-Mitteln beträgt die gesamte

Teilnahmegebühr für diese umfassende und anspruchsvolle Qualifizierungsmaßnahme nur etwa 3.500 Euro einschließlich der Kosten für Übernachtung und Verpflegung (zzgl. Reisekosten). Dieser Betrag könnte bei Zusage weiterer Fördermittel ggf. auf ca. 2.750 Euro gesenkt werden. (Der Kostenzuschuss aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds beträgt je Teilnehmer/in mehr als 8.000 Euro!).

Nähere Informationen und die Termine für die Kurswochen in den Jahren 2010 bis 2012 finden Sie im Internet unter www.fhdd.de, Link zu „100x Zukunft". Dort wird auch ein Anmeldeformular (nur für Mitglieder des BeB) zum Download bereit gestellt. Auskünfte erteilt gerne die Projektleiterin Birgit Benad (birgit.benad@fhdd.de). Anmeldungen werden bis zum 15. Juni 2010 erbeten.

Einheitliche Rahmenbedingungen für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie

Bundesnetzwerk setzt Sprecherteam ein

Das Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen hat bei seiner Zusammenkunft im Oktober 2009 in Hannover Grundsätze für die Zusammenarbeit der Mitglieder erarbeitet. Nach außen wird das Bundesnetzwerk von einem Sprecherteam vertreten. Die Aufgabe dieses Teams, das sich derzeit aus vier Personen aus verschiedenen Bundesländern zusammensetzt, besteht vor allem darin, die Mitglieder zu betreuen, Pressearbeit zu leisten und die halbjährlich stattfindenden Treffen zu organisieren.

Das nächste Treffen findet am 28.6.2010 voraussichtlich in Stuttgart statt.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.beschwerde-psychiatrie.de oder per Email: bundesnetzwerk@beschwerde-psychiatrie.de.

Nachrichten aus dem BeB
Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe

Menschen mit besonderen Bedarfslagen oder hohem Unterstützungsbedarf gehören dazu!

BeB zeigt bei Parlamentarierabend in Berlin Handlungsnotwendigkeiten für die Politik auf

Die Lebenssituation von Menschen mit sehr schwerer oder komplexer Behinderung sowie die notwendigen Unterstützungsleistungen standen im Mittelpunkt des diesjährigen Parlamentarierabends des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) am 18. März 2010 in Berlin. Zum 9. Mal hatte der BeB zum jährlichen persönlichen Austausch mit Vertretern des Bundespolitik, darunter zahlreiche Mitglieder des Deutschen Bundestages, hochrangige Ministeriumsvertreter sowie weitere Gäste, eingeladen. Unter dem Motto „Teilhabe sichern - Menschen mit sehr schwerer Behinderung gehören dazu!" setzte sich der BeB für Menschen ein, die besondere Bedarfslagen und meist einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Diese Menschen stoßen auf vielfältige Probleme im Alltagsleben, bei der Erlangung notwendiger Unterstützungsleistungen oder auch im Gesundheitswesen.

Nach Begrüßung durch Markus Kurth, sozial- und behindertenpolitischer Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und Gastgeber in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft, sowie Grußworten von Kerstin Griese, ehemalige Bundestagsabgeordnete und sozialpolitischer Vorstand des Diakonischen Werks der EKD, und Hans-Joachim Fuchtel, Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, erläuterte der BeB-Vorsitzende Michael Conty die Handlungsnotwendigkeiten für die Politik.

Der BeB begrüßt und unterstützt natürlich die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) sowie den Aktionsplan, den die Bundesregierung zu deren Umsetzung in Deutschland entwickeln will. Dem BeB ist es dabei ein wichtiges Anliegen darauf hinzuweisen, dass die darin formulierten Rechte nicht nur auf Menschen mit Behinderung bezogen werden dürfen, die mit geringer Unterstützung eigenständig leben können, sondern auch für diejenigen Menschen gelten, die in hohem Maße auf professionelle Begleitung angewiesen sind. Der BeB ist froh, wenn sich für sie bessere Bedingungen entwickeln, und wirkt aktiv daran mit.

Der BeB strebt einen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess an, der auf die volle, selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit und ohne Behinderung in einer in jeder Hinsicht barrierefreien, offenen und demokratischen Gesellschaft zielt. Menschliche Vielfalt ist eine Bereicherung und Menschen mit komplexer Behinderung gehören ohne jeden Zweifel dazu. Inklusion soll die gesamte Gesellschaft erfassen und insbesondere auch diejenigen, die heute marginalisiert und an den Rand gedrängt sind, in die Mitte der Gesellschaft holen.

Aus Sicht des BeB geht es hierbei darum, die Zugangschancen von Menschen mit Behinderung zu allen relevanten Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu erhöhen, die Zahl ihrer gesellschaftlichen Rollen zu erweitern und Barrieren abzubauen, ohne dass die jeweilige Eigenheit ihrer Lebensführung zerstört bzw. in ihrer Entwicklung behindert wird. „Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, so stellte Conty klar", „wird sich mit dem Maßstab der UN-Behindertenrechtskonvention messen lassen müssen. Ein wesentlicher Indikator für eine gute Entwicklung ist, wenn auch und gerade Menschen mit komplexer Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf vollständig bedarfsdeckende Unterstützungsleistungen zur selbstbestimmten

Lebensführung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten."

Anschließend machte Sylvia Brinkmann, Angehörige und Mitglied der „Initiative Teilhabe für alle/Berlin" in ihrem Vortrag zum Thema „Teilhabe sichern! Zur Lebenssituation von Menschen mit sehr schwerer Behinderung – aus Angehörigensicht" anschaulich deutlich, dass viele Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf eine beeindruckende und liebenswerte Persönlichkeit haben, dass sich ihr Seelenleben von dem unseren in keiner Weise unterscheidet bzw. sie häufig noch viel sensibler sind, und wie wertvoll sie schließlich für die Gesellschaft sein können – dass aber gerade sie es sind, die von Ausgrenzung betroffen sind und an massive gesellschaftliche Barrieren stoßen. Ihr Beitrag mündete in der unmissverständlichen Feststellung, dass „die volle Einbeziehung schwer beeinträchtigter Menschen in unsere Gesellschaft keine Frage der Verhältnismäßigkeit ist", so Brinkmann, „sondern eine Frage der Menschenwürde und des Rechts auf Gleichbehandlung".

Bei der Aussprache wurde in zahlreichen Gesprächen mit den rund 70 Teilnehmenden noch einmal deutlich, dass Politiker in aller Regel selten oder nie Kontakt mit Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben. Um ihnen zu vermitteln, wer gemeint ist, hatte der BeB für das Motto seines 9-Parlamentarierabends auf die Formulierung „Menschen mit sehr schwerer Behinderung" zurückgegriffen.

Keine Zukunft ohne Vergangenheit

Info-Tag „Herausforderungen im Umgang mit der Geschichte" am 14. Januar 2010 in Kassel

Dass es sich um keinen gewöhnlichen Fachtag handeln würde, war wohl allen Teilnehmern des Info-Tags „Herausforderungen im Umgang mit der Geschichte", der am 14. Januar 2010 in Kassel stattfand, klar. Als BeB-Vorstandsmitglied Matthias Kube die Veranstaltung mit einer Reflexion über die Anrede „Brüder und Schwestern" und nachdenklichen Worten eröffnete, wurde jedem der Ernst des Themas und die Tatsache bewusst, „dass uns viel miteinander verbindet, in erster Linie natürlich unser Glauben, unser Menschenbild, unsere Werte und – unsere gemeinsame Geschichte."

In der jüngsten Vergangenheit sind Fälle bekannt geworden, in denen es auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Nachkriegszeit zu Misshandlungen und Gewalt gekommen ist. Im Fokus des Info-Tags stand dementsprechend das Anliegen, die Mitgliedseinrichtungen des BeB für das Problem zu sensibilisieren und zur Auseinandersetzung mit der eigenen Institutionsgeschichte anzuregen.

In seinem einleitenden Hauptvortrag zu „Gewalt in der Behindertenhilfe in der Nachkriegszeit" übernahm es Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl, den historischen Hintergrund zu skizzieren und das Thema in einem Gesamtaufriss zu beleuchten. Er verband seine detaillierte Darstellung mit dem eindringlichen Plädoyer, die Auseinandersetzung mit der eigenen Institutionsgeschichte auch als Chance für die Zukunft zu begreifen und die „prekäre" Situation von Heimen in der Vergangenheit und in der Zukunft im Lichte der gegenwärtigen Debatte um Inklusion und Exklusion zu betrachten.

Durch eine Programmumstellung schloss sich zunächst der Beitrag des Präsidenten des Diakonischen Werkes der EKD, Pfarrer Klaus-Dieter K. Kottnik, an, der neben einer Darstellung des übergreifenden Kontextes und der politischen Zusammenhänge auch beleuchtete, welche Parallelen – und welche Unterschiede – zur Geschichtsbewältigung der Diakonie in der Jugendhilfe bestehen und welche Ergebnisse der Verhandlungen am Runden Tisch Heimerziehung möglicherweise für die Behindertenhilfe relevant werden könnten. Er verband seine Dankbarkeit dafür, dass eine solche Veranstaltung überhaupt stattfände, mit einem dringenden Appell an die vertretenen Einrichtungen, sich mit dieser Thematik zu befassen.

Der folgende Beitrag, in dem Pfarrer Jürgen Dittrich von der Evangelischen Stiftung Volmarstein die Geschehnisse im Johanna-Helenen-Heim und die spezifische Situation in seiner Einrichtung schilderte, rief wohl die stärksten Emotionen des Tages hervor. Im Mittelpunkt stand dabei, mit welchen Schwierigkeiten die Evangelische Stiftung Volmarstein in der Vergangenheit umzugehen hatte und welche Konsequenzen daraus gezogen wurden. Dittrich sprach sich vor diesem Hintergrund sehr klar dafür aus, die Frage der Entschädigung im Anschluss an das Ergebnis des Runden Tisches Heimerziehung proaktiv anzugehen.

Nach der Mittagspause erläuterte Pfarrer Prof. Dr. Dierk Starnitzke von der Diakonischen Stiftung Wittekindshof, wie seine Einrichtung auf die Thematik gestoßen ist und welche Erwartungen, Ziele und Planungen gegenwärtig bestehen. Starnitzke machte deutlich, dass aus seiner Sicht die Aufarbeitung der Geschichte im Zusammenhang mit der Konzeptionierung der zukünftigen Arbeit zu sehen sei, wobei die Gestaltung der eigenen Arbeit in Wechselwirkung zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stehe.

In den folgenden Beiträgen wurden anhand einzelner „Problemfelder und Lösungsansätze" praktische Tipps vorgestellt. Es wurde erörtert, was beim Umgang mit Akten zu beachten ist und welche rechtlichen Aspekte es im Umgang mit sensiblen Daten zu bedenken gibt, es wurde anhand aktueller Beispiele die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit thematisiert, konkrete Handlungsempfehlungen für die Auseinandersetzung mit Betroffenen und Mitarbeitenden formuliert sowie den Teilnehmern Impulse für eigene Ideen gegeben.

Kein Zweifel blieb daran, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte auch ein Lernen für heute und morgen zur Folge haben muss. Wir agieren nicht im luftleeren Raum, weder damals noch heute, sondern müssen auch die Öffentlichkeit in den Prozess des Aufarbeitens integrieren, so die Überzeugung der Teilnehmer.

Wenn die Thematik als Ganze auch sehr komplex und facettenreich erschienen sein mochte, wurde dieser Impuls auch im Schlusswort des BeB-Vorsitzenden Michael Conty noch einmal spürbar. Nach Auffassung des BeB müsse darauf geachtet werden, „dass es nicht bei einer rückwärtsgerichteten Betrachtung der Verhältnisse bleibt, sondern im Kontext der Zeit Umstände und Ursachen für Gewaltanwendung nüchtern analysiert und Konsequenzen für heutiges und zukünftiges Handeln deutlich gemacht werden."

Der BeB plant eine groß angelegte Fachtagung zur Thematik „Gewalt in der Behindertenhilfe". Dabei soll ohne moralischen Zeigefinger ein historisch-analytischer Rückblick (Nachkriegszeit Ost und West) mit einer Einordnung der Geschehnisse versucht und der Zusammenhang mit struktureller Gewalt in der heutigen Zeit hergestellt werden. Natürlich geht es auch um die zu ziehenden Konsequenzen für eine zeitgemäße diakonische Arbeit mit und für Menschen mit Behinderung. Die Fachtagung wird voraussichtlich vom 30. Januar bis zum 1. Februar 2011 in der Evangelischen Akademie Hofgeismar stattfinden; der BeB wird auch an dieser Stelle darüber informieren.

Die Beiträge des Info-Tags können im bebnet in der Rubrik „BeB-Dokumentationen" abgerufen werden.

Hohe Zufriedenheit bei den Mitgliedern des BeB

Ergebnisse der Mitgliederbefragung

Zur Evaluation der Zufriedenheit der Mitglieder mit der Arbeit des Vorstandes, der Geschäftsstelle und des Verbandes sowie zur Akzeptanz der BeB-Medien (BeB Informationen, BeBaktuell, bebnet/Newsletter) hat der BeB im Herbst 2009 eine Mitgliederbefragung durchgeführt. Mit der Durchführung wurde die Agentur aserto Kommunikationsanalysen und Beratung GmbH & Co. KG (Hannover) beauftragt, im September 2009 wurden die Fragebögen verschickt. Die Ergebnisse seien hier kurz vorgestellt.

1. Die BeB-Mitglieder sind zufrieden mit dem Verband und der Arbeit des Vorstandes
Die positive Einstellung der Befragten spiegelt sich in einer hohen Gesamtzufriedenheit mit dem Verband und der Arbeit des Vorstandes. Der BeB wird als zukunftsorientiert sowie als Verband wahrgenommen, der die richtigen Themen auf die Tagesordnung setzt. Die Umstrukturierung der Arbeitsbereiche ist gelungen, besonders präsent werden die Bereiche Sozialpolitik und Rechtsentwicklung sowie Soziale Teilhabe wahrgenommen. Mitunter wünschen sich die Mitglieder eine stärkere Nähe des Verbandes zu den Trägern. Die Partizipationsmöglichkeiten der Mitglieder können und dürfen noch weiter gefördert werden.
Der Mitgliederservice der Geschäftsstelle wird sehr positiv bewertet, insbesondere das Engagement, die Fachkompetenz sowie die Wertschätzung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden hervorgehoben. Mitglieder, die Kontakt mit dem Service der Geschäftsstelle haben, sind mit dessen Arbeit hochzufrieden. Entsprechend sollten die Ansprechpartner noch stärker kommuniziert werden, um so die Bindung der Mitglieder an den BeB weiter zu erhöhen.

2. Die Zufriedenheit der Befragten mit den Produkten und Maßnahmen ist ebenso sehr hoch
Sowohl die politischen Positionierungen als auch das herausgegebene Material beurteilen die Befragten als nützlich für die eigene berufliche Praxis. Die Mitglieder nutzen die Tagungen des BeB intensiv und schätzen sie als wichtigste Maßnahme des Verbandes ein. Insbesondere loben die Befragten die Vorbereitung und Kommunikation im Vorfeld der Tagungen. Die BeB-Tagungen können ebenso ideal als Instrument zur Mitgliederbindung eingesetzt werden. Die Befragten wünschen sich, die Auswahl der Themen sowie der Referentinnen und Referenten zu verändern.

3. BeB Informationen und BeBaktuell haben eine herausragende Stellung bei den BeB-Medien
Die Printangebote werden sehr intensiv genutzt und im Kollegenkreis weitergegeben. Die positive Bewertung der beiden Medien spiegelt sich in einer hohen Zufriedenheit mit inhaltlich-thematischen Aspekten wider. Der BeB sollte das Themeninteresse der Mitglieder weiter bedienen. Diese interessieren sich insbesondere für fachliche Informationen, weniger für organisatorische und selbstreferenzielle Inhalte. Darüber hinaus sollte die Praxisrelevanz der Beiträge in den Publikationen BeB Informationen und BeBaktuell noch stärker betont werden.
Die Umsetzung von gestalterischen Optimierungen der Medien BeB Information und BeBaktuell könnte sich lohnen, um die Zufriedenheit und Verbundenheit der Mitglieder weiter zu erhöhen. Die Publikationen sollten nach Möglichkeit optimiert werden im Bezug auf die Lesefreundlichkeit sowie die Übersichtlichkeit. Die Mitglieder sehen eine Zukunft beider Publikationen als gedruckte Ausgabe. Sie haben insgesamt eine hohe Printaffinität und lehnen die Substitution durch das Online-Angebot ab. Dennoch sollten die Verbandsinformationen als Komplementärangebot im Inter- bzw. Intranet verfügbar sein.

Die aus diesen Ergebnissen resultierenden Impulse bzw. Handlungsempfehlungen werden nun von der Geschäftsstelle sukzessive umgesetzt. Die Mitgliederbefragung soll in vier Jahren wiederholt werden, damit Entwicklungen weiterverfolgt und Ergebnisse der Umsetzung von Handlungsempfehlungen bewertet werden können. Der BeB bedankt sich sehr herzlich bei den Mitwirkenden für dieses schöne, aber vor allem für die weitere Optimierung unserer Arbeit wichtige Feedback!

Begegnung mit süchtigen Klienten
Eine unvermeidbare Herausforderung zum gemeinsamen Handeln

17. Juni 2010
3. Gemeinsamer Fachtag
18. Juni 2010
1. Gemeinsamer Intensivworkshop in Erkner bei Berlin

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. Vormundschaftsgerichtstag (VGT) e.V., BAG Bundesarbeitsgemeinschaft, Wohnungslosenhilfe e.V. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) e.V., DBH e.V. – Fachverband für Soziale, Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik

Anmeldungen beim Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) Köln. Per Fax: (02 21) 95 44 00-44 per Post an: BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH, Vogelsanger Str. 193, 50825 Köln

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03, Email: dgsp@netcologne.de

„Partnerschaft über Grenzen hinweg: Begegnung – Dialog – Ausdauer!?"

15. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn gemeinsam mit der Jahrestagung zum 20-jährigen Bestehen der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V.

30. September bis 3. Oktober 2010 in Paderborn

Eine Veranstaltung der LWL-Klinik Paderborn gemeinsam mit der deutsch-polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit.

Verantwortlich:
PD Dr. Bernward Vieten
Organisation: Christine Kobusch
Agathastraße 1, 33098 Paderborn
Telefon: 05251 295-102,
Fax: 05251 295-100,
Email:
christine.kobusch@wkp-lwl.org

Fortbildungsangebote 2010

Bundesfachakademie Bufa / GFO Region Nord

Persönliches Budget – wie rechnet sich das? Ein Spannungsfeld zwischen Recht – Pädagogik – Betriebswirtschaft,
27.-28.05.2010, Münster,
Kurs-Nr. 647 601

Motivierende Gesprächsführung in der sozialen Arbeit mit Personen in schwierigen persönlichen und sozialen Situationen,
07.- 08.06.2010, Fulda
Kurs-Nr. 647 501

Trauma – Sensibilität und Handlungskompetenz in der Sozialpsychiatrie, 14.-15.06.2010, Leinfelden-Echterdingen
Kurs-Nr. 647 801

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung
21.-23.06.2010, 13.-15.09.2010
Steinfurt, Kurs-Nr. 647 701 und 230 040

Entwicklung eines Leitbildes: Mit Werten Orientierung geben
24.-25.06.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 651 802

Schwierige Klienten verstehen – leicht gemacht.. Zusammenarbeit mit Menschen mit schwieriger Persönlichkeit
05.-06.07.2010, Leinfelden-Echterdingen
Kurs-Nr. 646 601

Geschichten, die die Nacht erzählt Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die überwiegend im Nachtdienst tätig sind
05.-07.07.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 611 003

Stressbewältigungstraining für psych. kranke Menschen (SBT) Ein Gruppentrainingsprogramm zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation
13.07.2010, Leinfelden-Echterdingen, Kurs-Nr. 642 404

Info-Workshop zur Qualifizierung „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in WfbM" bzw. „Sonderpädagogische Zusatzqualifikation" 2010 - 2012
15.-16.07.2010, Münster
Kurs-Nr. 20 10 00

Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie. Handlungsstrategien f. d. Umgang m. psychotischen, suizidalen Krisen, Änderungskrisen (Life Events), traumatischen Krisen
06.-08.09.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 647 401

„So haben wir uns das nicht vorgestellt" – Systemisches Arbeiten mit den Angehörigen psychisch erkrankter Menschen im Trialog
09.-10.09.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 646 701

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung
13.-15.09.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 230 040

Depressionen und Traumafolgen bei Menschen mit geistiger Behinderung, 16.-17.09.2010 Steinfurt
Kurs-Nr. 647 701

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag
20.-22.09.2010, Leinfelden-Echterdingen, Kurs-Nr. 640 704
In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart

„Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung" bzw. „Sonderpädagogische Zusatzqualifikation" 2010 – 2012 (Teil 1), 20.-24.09.2010, Münster
Kurs-Nr. 20 10 01

Angststörungen und Zwänge bei Menschen mit geistiger Behinderung
27.-28.09.2010, Steinfurt
Kurs-Nr. 646 801

„Stress ade!" Wirksame Wege zur Entspannung. Stress macht krank – ein Seminar zum effektiven Umgang mit der eigenen Energie!
29.-30.09.2010, Steinfurt
Veranstalter: Bufa/GFO Nord,
Kurs-Nr. 230 020

Informationen: bufa / Region Nord, Friesenring 32/34,48147 Münster, Tel. 0251 / 27 09 396, Email: nord@bufa-gfo.de
Anmeldung; Zentrale Veranstaltungsorganisation der Diakonischen Akademien Bufa/BAKD/FAKD, Heinrich-Mann-Str. 29,

13156 Berlin, Telefon: 030 – 488 37 488 Fax: 030 – 488 37 300
Email: info@bundesakademie-kd.de www.bundesakademie-kd.de

Bundesfachakademie Bufa / GFO Region Süd

Geteiltes Leid ist halbes Leid - Trauer und Trauerbegleitung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung
10.-12.5.2010, Hösbach

Arbeitszeit ist Lebenszeit
Berufliche und persönliche Entwicklung, Standortbestimmung und neue Energien
07.-11.06.2010, Rothenburg o.d.T.

Gesund und leistungsfähig im Beruf
07.-09.07.2010, Rothenburg o.d.T.

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag
Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen
20.-22.09.2010, Leinfelden-Echterdingen
In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart

SHIATSU – heilsame Berührung – Aktivierung – Ausgleich – Entspannung
22.-24.09.2010, Rothenburg o.d.T.

Angst vor Ausbrennen? – Mut zum Erneuern! Erkennen von Burnout und richtiger Umgang mit innerer Erschöpfung
27.9.-1.10.2010, Rothenburg o.d.T.

Psychologische Unterstützung bei Krisen – Trauma-Erstausbildung
30.09.-01.10.2010, Leinfelden-Echterdingen

Interventionen in Krise(n)
Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten
08.-10.11.2010, Leinfelden-Echterdingen
In Kooperation mit der Evang. Gesellschaft Stuttgart

Informationen und Anmeldung:
Bufa/GFO Region Süd, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall
Telefon 07 91- 50 02 82
Telefax 07 91-50 03 00
Email: sued@bufa-gfo.de
www.bufa-gfo.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

„Jeder Mensch will nötig sein“
Von der Beschäftigungstherapie zum allgemeinen Arbeitsmarkt
7./8. Mai 2010 in Frankfurt/ Main

Der Sinn des Wahnsinns – Psychose verstehen
10./11. Mai 2010 in Hannover

Psychose und Sucht
17./18. Mai 2010 in Freiburg i. Br.

„Den Schweinen Flügel geben“
Ein Seminar um, gegen, ohne Stress!
28./29. Mai 2010 in Bielefeld

„EX-IN“ – Experienced Involvement
Experten aus Erfahrung – Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen
28./29. Mai 2010 in Weimar

„Wie geht Verhaltenstherapie?“
Ein praktisches Methodenrepertoire für die Klientenarbeit
4./5. Juni 2010 in Magdeburg

Kinder psychisch erkrankter Eltern
7./8. Juni 2010 in Hannover

„Wanderer zwischen den Welten“
Migration und Psychiatrie – ein Überblick
11./12. Juni 2010 in Nürnberg

Ressourcenorientierung: Wie gesund sind psychisch erkrankte Menschen?
18./19. Juni 2010 in Fulda

Vom Verwickeln und/zum Entwickeln
Schwierigkeiten und Chancen im therapeutischen Umgang mit „Borderline-Patienten“
18./19. Juni 2010 in Erfurt

Der verletzte Mensch
Arbeit mit traumatisierten Klientinnen/Klienten in der Psychiatrie
25./26. Juni 2010 in Bielefeld

Borderline-Persönlichkeitsstörung und DBT. Hintergründe und Handlungsmöglichkeiten
27./28. August 2010 in Berlin (Erkner)

Von der Notwendigkeit und Möglichkeit der minimalen Anwendung von Neuroleptika
30./31. August 2010 in Weimar

Informationen über die Veranstaltungen finden Sie im Internet unter: www.psychiatrie.de.
Das ausführliche Programmheft ist erhältlich bei der DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9
50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
Email: dgsp@netcologne.de

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Landesverband Bayern e.V.

Berufliche Integration psychisch behinderter Menschen in die WfbM (B 38/2010)
21.06. - 22.06.2010 in Erlangen

Gesprächsführung (B 153/2010)
28.06. - 29.06.2010 in Erlangen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Menschen mit geistiger Behinderung (B 81/2010)
28.07. - 29.07.2010 in Erlangen

ZERA – ein Gruppentrainingsprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen: Schulung für Trainer (B 77/2010)
13.09. - 15.09.2010 in Erlangen

Freiheit - Selbstbestimmung - Verwahrlosung: Der Umgang mit Freiheit, Drogen und Sexualität (B 121/2010)
12.07. - 13.07.2010 in Erlangen

Heilen durch Malen: Verstehen, wo Sprache unverständlich wird - Eine Einführung in die Bildinterpretation (B 128/2010)
17.09. - 19.09.2010 in Erlangen

Tiergestützte Pädagogik und Therapie mit Hund - Sechsteilige Lehrgangsreihe (Bay K 56/2010)
24.09. - 26.09.2010 in Erlangen, Rückersdorf

Anmeldung und Nachfrage an:
Fortbildungsinstitut der Lebenshilfe, Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen, Tel.: 09131/75461-0,
Fax: 09131/75461-90
Email: fortbildung@lebenshilfe-bayern.de
www.lebenshilfe-bayern.de

Das **Geistliche Rüstzentrum Krelingen** liegt am Südrand der Lüneburger Heide. Wir sind ein freies Werk innerhalb der Ev.-Luth. Landeskirche Hannovers und Mitglied im Diakonischen Werk. Arbeitsschwerpunkte sind: Studienzentrum (theologisches Vorstudium), Tagungs- und Gästezentrum, Rehabilitationszentrum.
Die Stelle des Leiters des sozialtherapeutischen Bereichs für Menschen mit seelischen Erkrankungen/Behinderungen und z.T. mit Suchtproblemen wird durch Pensionierung des derzeitigen Stelleninhabers frei. Zum nächstmöglichen Termin suchen wir eine

Leitung des Bereichs Sozialtherapie/Eingliederungshilfe
(inkl. Heimleitung)

(Dipl.Päd./Dipl.Soz.päd./Dipl.Soz.arb. o.ä.)

Das Krelinger Reha-Zentrum versteht sich als Netzwerk von miteinander kooperierenden Fachbereichen der Sozialtherapie (50 Plätze) und beruflichen Rehabilitation (30 Plätze).

Wir bieten: Eine Vollzeitstelle in einer staatlich anerkannten Einrichtung • ein engagiertes Team • Fortbildung und Supervision • Vergütung in Anlehnung an AVR • Unterstützung bei der Wohnungssuche.

Wir erwarten: Führungskompetenz, ggf. bereichsübergreifend • kommunikative, kooperative und konzeptionelle Fähigkeiten • Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken und suchtkranken Menschen • möglichst therapeutische Zusatzqualifikation • Erfahrung im Umgang mit Behörden und Kooperationspartnern • Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche.

Interessiert? Dann senden Sie Ihre Bewerbung an:
Geistliches Rüstzentrum Krelingen • Verwaltungsleiter Helmut Schmidt
Krelingen 37 • D-29664 Walsrode

Für Rückfragen steht der derzeitige Stelleninhaber, Dipl. Soz.päd. Hartmut Lauter, unter der Telefonnummer 05167/970149 zur Verfügung.

Geistliches Rüstzentrum KRELINGEN

www.grz-krelingen.de

Klaus Dörner

Leben und sterben, wo ich hingehöre
Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem

IISBN 978-3-926200-91-4 · 19,- € · 220 Seiten

„In seiner Argumentation und Beweisführung ist Dörner der alte Bilder- und Begriffsstürmer geblieben, der sich nicht scheut, heilige Kühe zu schlachten." *Psychosoziale Umschau*

„Die Dörnerschen Provokationen kommen bei näherer Betrachtung einer kleinen Revolution unseres Miteinanders und unserer Kultur gleich." *Deutsches Ärzteblatt*

„Der Titel ist ein Plädoyer für eine neue, bürgergetragene Kultur des Helfens. Wichtiger Diskussionsbeitrag." *EKZ-Bibliotheksservice*

Thomas Erlach

Worte verändern die Welt
Die Macht der Sprache in der ökonomisierten sozialen Arbeit
Paranus goes Wissenschaft

ISBN 978-3-940636-04-1 · 19,80 € · 196 Seiten

Seit einigen Jahren findet in den den Sozialbereichen nahezu aller europäischen Länder große Umbrüche statt. Dabei wird die Ökonomisierung als einfache Verwaltungsumstellung präsentiert, wobei die Verwendung wohlklingender neuer Begriffe, wie Kunde, Qualitätsmanagement oder Empowerment – mal subtil, mal mit Druck – eingefordert wird.

Dieses Buch untersucht differenziert, wie Worte die Welt der ökonomisierten sozialen Arbeit verändern, das heißt, wie die Professionellen im Sozialbereich durch diese neuen Sprachregelungen manipuliert werden, und welche Veränderungen sich in ihrem beruflichen Handeln feststellen lassen.

Es beschreibt den fortschreitenden Prozess der Ökonomisierung des Sozialen, wie er von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erlebt wird.

Paranus verlag

Beide Bücher erhalten Sie im Buchhandel oder direkt beim **Paranus Verlag**:
Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Tel. (0 43 21) 20 04-5 00 · **www.paranus.de · verlag@paranus.de**