

Kerbe



Forum für
soziale Psychiatrie

2011

Mai
Juni
Juli
29. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

Wohnräume –
Lebensräume

Neue Wege zu Lebens-
qualität und Teilhabe

Alternative Wohnprojekte
und Pflegegemeinschaften

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Alternativen zum Heim

Eine Landschaft voller Baustellen
Georg Schulte-Kemna, Seite 4

Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Lebensraum

Voraussetzungen für ein barrierefreies Leben
Rainer Hölzke, Seite 9

Weihnachten kommt schneller, als man denkt

Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe
Michael Conty, Ulrike Häcker, Seite 11

Die Zusammenführung stationärer und ambulanter Angebote

Ein Erfahrungsbericht aus dem Rauhen Haus Hamburg
Margret Afting-Ijeh und Hermann Gerdes, Seite 15

Warum Klinik und ambulante Dienste um die „richtige“ Betreuung streiten

Ein Erklärungsversuch
Michael Konrad, Joachim Jaeger, Seite 19

Backrezept für ein geschlossenes Wohnheim

Oder: Wie bringe ich Hefeteig dazu zu gehen?
Doris Ayena, Seite 22

Individualisierung der Soziotherapie?

Reinhard Lütjen, Seite 25

Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Ambulante Betreuung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Pflegebedarf,
Martin Sielaff, Thomas Gutierrez, Seite 27

Heim-Alternativen

Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen
Inke Grauenhorst und Ingmar Steinhart, Seite 30

Offene Herberge e.V.

Ein Wohnprojekt in Eigenregie von Psychiatrieerfahrenen
Michael Beichert, Seite 33

„Wohnst du noch oder lebst du schon?“

Ein etwas anderer Erfahrungsbericht
Ingrid Nölle, Seite 35

Wie betreut man Wohnen?

Wandel im Selbstverständnis – auf dem Weg zur Sozialraumorientierung.
Mitarbeitende der BruderhausDiakonie Reutlingen, Seite 37

40 Spectrum

Erst platzieren, dann trainieren

Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker: Das Modellprojekt InPUT
Irmgard Plöbl, Elke Stein, Seite 40

44 Nachrichten

45 Termine



Liebe Leserin,
lieber Leser

Eigentlich sollte es ohne Heime gehen können. Denken viele von uns. Aber ist das vielleicht nur Wunschdenken, entwickeln sich da womöglich Rhetorik und soziale Wirklichkeit in gegenläufige Richtung? In der Entwicklung der Psychiatriereform seit den 70er Jahren haben wir zunächst von Rehabilitation und Wiedereingliederung gesprochen, dann von Integration, dann von Personenzentrierter Hilfe. Heute reden wir im Zeichen der UN-Behindertenrechtskonvention über Inklusion. Hohe Ansprüche sind das. Hoffnung darauf, dass eine möglichst passgenaue individuelle Unterstützung jedenfalls langfristige Aufenthalte in psychiatrischen Institutionen erübrigen könnte. Gleichzeitig scheinen Heimunterbringungen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung trotz allem Ausbau ambulanter Hilfe nicht wirklich weniger zu werden. Auch in Regionen mit entwickelter psychiatrischer Infrastruktur scheint es nicht ohne Heimplätze zu gehen.

Dieses Heft befasst sich mit der Unterstützung beim möglichst selbstbestimmten Leben. In drei einleitenden Beiträgen werden die sozialpolitischen und sozialrechtlichen Aspekte entfaltet: Georg Schulte-Kemna macht eine Baustellenbesichtigung und gibt einen Überblick über Themen und Entwicklungslinien, Rainer Hölzke entfaltet die Anforderungen an Unterstützung für ein barrierefreies Leben, Ulrike Häcker und Michael Conty erläutern aus der Perspektive des BeB Chancen und Risiken der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, die gegenwärtig vor allem im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Bundesländer verhandelt wird.

Danach geht die Werkstatttür auf. Margret Afting-Ijeh und Hans Hermann Gerdes berichten vom Umbau stationärer Strukturen zu Regionalzentren in Hamburg. Michael Konrad und Joachim Jaeger gehen den Spannungen nach, die sich an der Schnittstelle zwischen dem Krankenhaus und dem außerklinischen Bereich entwickeln und die bisweilen verhindern, dass daraus eine Nahtstelle wird. Doris Ayena

berichtet „aus der Backstube“, wie sie in einem geschlossenen Wohnheim arbeitet. Reinhard Lütjen erinnert an milieutherapeutische Ansätze und Anliegen in der Sozialpsychiatrie.

Es folgen zwei Praxisberichte darüber, wie man auch sehr intensiven Unterstützungsbedarf ambulant beantworten kann: Martin Sielaff und Thomas Gutierrez berichten über Wohn-Pflegegruppen in Hamburg, Inke Grauenhorst und Ingmar Steinhart über ein Konzept ambulanter Intensivbetreuung, das Bethel im Ruhrgebiet entwickelt hat.

Den Abschluss machen drei Berichte aus unterschiedlichen Perspektiven der „Betreuungsarbeit“: Michael Beichert berichtet über seine Erfahrungen als psychiatrieerfahrener Mitarbeiter im Aufbau eines Wohnprojektes, das von Psychiatrieerfahrenen selbst getragen wird. Ingrid Nölle kennt beide Perspektiven, sie berichtet, wie ihre früheren Erfahrungen als Patientin und Betreute ihre heutige Arbeit als Mitarbeiterin in einem Wohnheim beeinflussen. Und eine Gruppe von Mitarbeitenden aus Reutlingen berichtet über den Wandel im professionellen Selbstverständnis von Mitarbeitenden bei ambulanter Arbeit.

Eine anregende Lektüre wünschen
Georg Schulte-Kemna
Rainer Hölzke

Alternativen zum Heim

Eine Landschaft voller Baustellen

Von Georg Schulte-Kemna

Am 26. März 2009 trat auch in Deutschland die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kraft¹. Diese Konvention verpflichtet die beigetretenen Staaten dazu, Menschen mit Behinderungen Chancengleichheit zu garantieren und Diskriminierungen zu verhindern. Im Art. 19 der Konvention verpflichten sich die Staaten dafür zu sorgen, dass Menschen mit Behinderungen Unabhängigkeit in der Lebensführung erhalten und ihnen die vollständige Einbeziehung in die Gemeinschaft ermöglicht wird (Inklusion und Partizipation). Dazu gehören ausdrücklich auch die freie Wahl des Aufenthaltsortes und die freie Entscheidung, wo und mit wem die Menschen mit Behinderungen leben wollen. Eine Verpflichtung auf besondere Wohnformen ist nicht zulässig. Die Staaten sollen gemeindenahe Unterstützungsdienste vorhalten, die persönliche Assistenz ermöglichen und Isolation und Aussonderung verhindern. Die UN-Konvention zwingt damit zur Beschäftigung mit einem Thema, das im Prozess der Psychiatriereform der letzten drei Jahrzehnte immer wieder in den Hintergrund zu geraten drohte.

Ein Blick zurück

Die Infragestellung von Heimen hat den Prozess der Psychiatriereform nicht von Anfang an begleitet. In der ersten Phase vor und unmittelbar nach der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde in großem Stil aus den damaligen Landeskrankenhäusern in Heimeinrichtungen verlegt, die teilweise dazu erst neu geschaffen wurden. Das war damals vielerorts Voraussetzung dafür, dass eine Modernisierung der Landeskrankenhäuser überhaupt möglich war. Heiner Kunze² war 1981 der erste, der sich mit den dadurch entstandenen Verhältnissen kritisch näher beschäftigt hat. Seine damalige zentrale Forderung,

nämlich dosierte Unterstützung statt pauschaler Vollversorgung zu ermöglichen und dazu ein regionalisiertes und wohnortnahes System von Rehabilitationshilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit sowie medizinische und soziale Hilfen aufzubauen, hat bis heute nichts an Aktualität verloren.

Es ist wichtig sich daran zu erinnern, was die wesentlichen Einwände gegen Heimstrukturen waren und sind.

- Erzeugung von Hospitalismus
Der Prozess der Psychiatriereform wurde wesentlich angestoßen durch die Erkenntnis, dass der längere Aufent-

halt in psychiatrischen Institutionen mit der Nebenwirkung verbunden war, dass sich ein Hospitalismus-Syndrom entwickeln kann, das in seinen Auswirkungen problematischer noch ist als die Krankheit selbst. Gerade Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben oft

wenig Widerstandskraft, sich dem Anpassungsdruck in Institutionen zu entziehen mit der Folge, dass sie sich mit dem arrangieren, was immer ihnen geboten wird und dass sie in der Folge verlernen, sich in der Welt „draußen“ zurechtzufinden. Selbst unter Bedingungen moderner Betreuungsformen ist das noch ein Thema. Dirk Richter stellt in einer Evaluation der Wohnverbünde des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe fest: „Ein weiteres ...Problem ist vermutlich die Motivationslosigkeit vieler Klientinnen und Klienten, die sich mit ihrer Wohnform arrangiert haben und selbst es nicht für sinnvoll erachten, an der gegenwärtigen Situation etwas zu verändern. ...An dieser Stelle wird offensichtlich, dass es in der Praxis an Konzepten und Interventionen mangelt, welche die Motivation der Klienten fördern“³.

- Verlust an Individualität
Durch die „Institutionalisierung“ sind



Georg Schulte-Kemna
Diplom-Sozialwissenschaftler,
Leitung des Geschäftsfeldes Sozialpsychiatrie,
Bruderhaus Diakonie Reutlingen.

Menschen immer in Gefahr, nur noch unter dem Gesichtspunkt ihrer Zugehörigkeit zu einer Kategorie gesehen zu werden⁴. Ihre Individualität ist bedroht, ihre ganz persönlichen Bedürfnisse und Ziele, ihre Beeinträchtigungen und Ressourcen werden nicht ausreichend gesehen und berücksichtigt. Damit droht gerade das verloren zu gehen, was das wesentlichste Potential für Genesung ist, nämlich die Energie, die sich aus eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Zielen speist.

- Institutionsbezogene ökonomische Eigendynamik
Der „Personenzentrierte Ansatz“ ist in den neunziger Jahren wesentlich entstanden aus der kritischen Auseinandersetzung mit der institutionellen Eigenlogik großer psychiatrischer Institutionen, die sich wesentlich auch aus den Bedingungen ihrer Finanzierung ergab. Dies ist in kritischen Bildern immer wieder problematisiert worden: man hat vom Pattex-Effekt psychiatrischer Betten gesprochen oder von ihrer Sogwirkung („Ein Bett darf niemals kalt werden“), um zu problematisieren, dass Betten, einmal aufgestellt, auch belegt werden. Klaus Dörner hat dies am deutlichsten zugespitzt, indem er Heimleitungen als Geiselnnehmer bezeichnet hat⁵. Erstmals gelang es Ende der 1980er Jahre, eine funktionsbezogene Bemessung der Personalausstattung im psychiatrischen Krankenhausbereich durchzusetzen. Diese Betrachtungsweise wurde von der Aktion psychisch Kranke im Anschluss daran auch für den komplementären Bereich ausgearbeitet⁶. In kritischer

Auseinandersetzung mit einer sich als Sachzwang vollziehenden Vergemeinschaftung von Menschen in Gruppen mit ähnlichem Hilfebedarf wurde eine personenzentrierte Systematik von Bedarfsbemessung und Finanzierung entwickelt, die diese Eigendynamik durchbrechen sollte.

Auch nach mehr als drei Jahrzehnten der Psychiatriereform haben Heime kaum an Bedeutung in der psychiatrischen Versorgung verloren.

Diese Einwände wiegen umso schwerer, je mehr es sich um Heime handelt, die frei in der Landschaft stehen und überregional aufnehmen. Sie relativieren sich umso mehr, je mehr Heimplätze Teil eines gemeindebezogenen Wohnverbundes sind, der die jeweils individuell bedarfsangepasste Hilfe sicherstellen und steuern kann.

Widersprüchliche Befunde

Wenn man sich die Entwicklungstendenzen anschaut, stößt man auf eine widersprüchliche, äußerst unübersichtliche und in ihrer Gesamtheit auch von niemandem bisher abgebildete Situation.

- In weiten Teilen der Republik gibt es heute regionale psychiatrische Hilfesysteme, die in mehr oder weniger guter Kooperation die von Kunze geforderten Leistungen erbringen. Ein Ausbau gemeindeintegrierter Hilfen zum Wohnen hat im Bereich der Eingliederungshilfe überall stattgefunden. Der Form nach ist das nicht alles ambulant, vieles spielt sich auch (noch) in formell stationär finanzierten Strukturen ab, die aber vielfach sehr dezentral und kleinteilig daher kommen, sodass der Unterschied zwischen ambulant und stationär in diesem Bereich verschwimmt. Allerdings gibt es sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern; soweit in den Bundesländern die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe auf der örtlichen Ebene angesiedelt ist, sind auch die Entwicklungen innerhalb eines Bundeslandes sehr unterschiedlich.

- Gleichzeitig ist aber auch der Heimsektor weiter gewachsen⁷. Kritische Kommentare haben immer wieder festgestellt, es habe nach der Psychiatrie-Enquete eigentlich keine wirkliche Enthospitalisierung gegeben, sondern lediglich eine Umhospitalisierung⁸. Die

Versorgungsforschung stellt fest, dass sich auf dem Gelände der psychiatrischen Krankenhäuser neue Heime für „neue Langzeitbewohner“ etablieren, die in den Einrichtungen und Diensten der Gemeindepsychiatrie gescheitert oder gar nicht erst aufgenommen worden sind⁹.

- Parallel gibt es Entwicklungstendenzen, die man als Entwicklung von Schattenpsychiatrie bezeichnen könnte: die „Verschiebung“ von Menschen mit psychischen Erkrankungen in angrenzende Hilfesysteme. Das betrifft insbesondere die Wohnungslosenhilfe¹⁰ auf der einen Seite und die Pflegeheime¹¹ auf der anderen Seite. Darüber hinaus wird auch berichtet über die Zunahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Strafvollzug und in der Forensik.

Das Heim und die Logik des Systems

Einfache Antwort auf komplexe Fragen

Auch nach mehr als drei Jahrzehnten der Psychiatriereform müssen wir konstatieren, dass Heime kaum an Bedeutung in der psychiatrischen Versorgung verloren haben. Offensichtlich hat der Ausbau gemeindeintegrierter Hilfen vielerorts noch nicht zu ausreichend leistungsfähigen Strukturen geführt, sodass Heime weiterhin eine wesentliche Option bleiben. Ein Heim bietet eine einfache Antwort auf komplexe Fragen an. Einfache Lösungen können verführerisch sein. Bei genauerem Hinsehen sind es vor allem drei Funktionen, die Heime im Verhältnis zum klinischen Bereich und zum Sozialraum erfüllen und die sie noch immer zu häufig zu einer für das Hilfesystem funktionalen Option machen können:

- Schnelle Lösung durch Übernahme der Übergangsfunktion Die Vermittlung aus der Klinik in ein Heim ist vordergründig ein vergleichsweise einfacher und schneller Weg. Heime definieren das zu ihnen passende Klientel, bieten sich dafür

an und nehmen der überweisenden Stelle die Verantwortung für weitere Klärungsprozesse ab. Je stärker im klinischen Bereich der Druck auf die Verweildauer wird, desto wichtiger wird diese „Übergangsfunktion“ im außerklinischen Bereich: die Schnelligkeit des Zugangs und die Übernahme der weiteren Klärungsverantwortung.

• Leistungsfähigkeit

Heimstrukturen versprechen von vornherein eine Leistungsfähigkeit, die bei ambulanten Strukturen nicht ohne weiteres gegeben ist oder erst mühsam einzelfallbezogen konstruiert werden muss. Es geht dabei um komplexe und intensive Hilfen für Personen mit einem höheren Unterstützungsbedarf – nach der vorherrschenden Un-Logik sind komplexe Hilfen vielfach nur als stationäre verfügbar. Das bezieht sich auf quantitative wie auf qualitative Aspekte:

- Erreichbarkeit: Unter stationären Bedingungen ist mit Selbstverständlichkeit Hilfe verfügbar 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche. Demgegenüber sind vielerorts die ambulanten Hilfe-Systeme bis heute nicht darauf eingestellt, in den Abendstunden oder am Wochenende tätig zu werden oder über 24 Stunden hinweg für Krisenintervention erreichbar zu sein.

- Tragfähigkeit: Es gibt Menschen, die ein hohes Maß an Sicherheit, Schutz und Orientierungshilfe als haltenden Rahmen, die ein gestaltetes Milieu benötigen, um außerhalb einer Klinik zu leben. Dazu gehört auch das Umgehen mit Personen, die schwierig oder riskant zu betreuen sind und dazu gehört auch das Thema „geschlossene Unterbringung“. In vielen Regionen gibt es gegenwärtig Diskussionen um die Schaffung von Einrichtungen, in denen auch geschlossene Unterbringungen im Sinne von § 1906 BGB möglich sind¹².

- Eine Heimaufnahme erübrigt, dass sich der Herkunfts-Sozialraum mit den Problemen auseinandersetzt, die in ihm entstehen. Das mag von manchen als Entlastung erlebt werden, beschleunigt aber auch eine Verarmung sozialer Beziehungen und Erfahrungen.

Komplexe Hilfen als personenzentrierte Hilfen im Sozialraum zu organisieren ist demgegenüber ein vergleichsweise aufwändiger und bisweilen sperriger Prozess. Wer dies versucht, steht zunächst einmal in vielfacher Hinsicht vor Problemen:

- Finanzierung von professioneller Hilfe
Ein zentrales Thema ist seit vielen Jahren das Zuständigkeitsnebeneinander bei den ambulanten Hilfen. Seit den 90er Jahren thematisiert die Aktion psychisch Kranke unermüdlich immer wieder die Notwendigkeit ambulanter Komplexleistungen: das, was im Krankenhaus selbstverständlich ist, nämlich das Zusammenwirken ganz unterschiedlicher Einzelleistungen, die von verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden, muss auch im ambulanten Bereich möglich werden. Bis heute gibt es diese „integrierte Komplexleistung“ aber nicht als Leistungstatbestand, sodass allenfalls im Einzelfall Annäherungen durch Kombination verschiedener Einzelleistungen möglich sind. Das bezieht sich insbesondere auf das Verhältnis der gesetzlich vorrangig in Anspruch zu nehmenden Leistungen für Behandlung und Rehabilitation, für die die Krankenversicherung und teilweise die Rentenversicherung zuständig sind, einerseits und der nachrangig in Betracht kommenden Leistungen der Eingliederungshilfe andererseits. Im Hintergrund geht es hier politisch um die Frage, welche Anteile der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung im Sozialversicherungssystem geregelt werden, das den Menschen individuelle Ansprüche als Beitragszahler einräumt, und welche Anteile im Bereich der staatlichen Daseinsvorsorge verbleiben, die im Rahmen der Sozialhilfe immer nur subsidiär eintritt und den vollen Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen voraussetzt. Es hat über die Jahre immer wieder Versuche des Gesetzgebers gegeben, die Sozialversicherungsträger zu einer Handhabung des Leistungsrechts zu bringen, die den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker entspricht¹³. So gibt es seit 2001 das SGB IX, das das Zusammenwirken der verschiedenen Leistungsträger bei „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ zu regeln versucht.

Die Verfügbarkeit von geeignetem Wohnraum für Einzelpersonen sowie für Gruppen ist ein Schlüssel für veränderte Versorgungsstrukturen und eine eigenständige Infrastrukturaufgabe.

Seit 2008 gibt es den Rechtsanspruch auf das trägerübergreifende Persönliche Budget. Bis heute ist es aber so, dass es ein außerordentlich mühsames und aufwändiges Geschäft ist, entsprechende Leistungspakete im Einzelfall zu schnüren.

- Erschließung von nicht-professioneller Hilfe
Sozialraumorientierung ist seit einiger Zeit in aller Munde. Allerdings ist die Erschließung der im Sozialraum vermuteten oder erhofften Ressourcen nicht zum Null-Tarif zu haben. Das erfordert vor allem eine Umorientierung der professionellen Hilfe vor Ort (d.h. eine veränderte innere Haltung und veränderte Handlungskompetenzen)¹⁴, das erfordert auch dafür bereitzustellende Ressourcen.

- Beschaffung und Vorhaltung von Wohnraum
Die Verfügbarkeit von geeignetem Wohnraum ist ein Schlüssel für veränderte Versorgungsstrukturen. Es besteht zwar weithin in der psychiatrischen Szene Einigkeit darin, dass der Wohnraum unabhängig von der Betreuungsform (und das impliziert: auch über das Ende einer Betreuung hinaus) zur Verfügung stehen sollte. Dass – zumal bei einem solchen Anspruch – das Wohnraum-Management eine eigenständige Infrastrukturaufgabe ist, ist aber vielfach noch nicht systematisch im Blick.

Um nur zwei Themen zu benennen:

1. In erster Linie besteht Bedarf an individuell nutzbarem Wohnraum, d.h. an kleinen Wohnungen bzw. Appartements, die für Einzelpersonen nutzbar und finanzierbar sein müssen, die auf Grundsicherungsniveau leben. Derartiger Wohnraum ist aber in vielen städtischen Regionen auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt nicht ohne weiteres zu finden. So gehen mancherorts Leistungserbringer dazu über, selbst zu bauen, um geeigneten Wohnraum anbieten zu können.
2. Für Gruppenwohnungen wurden seit den 80er Jahren kombinierte Wohn- und Betreuungsverträge benutzt, die

eine gewisse Steuerbarkeit in der Zusammensetzung einer Wohngemeinschaft sicherstellen sollten. Diese Verträge erfüllen aber nicht die höheren Anforderungen an die Vertragsgestaltung, die mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz gelten. Hier sind neue Vertragsformen zu entwickeln, die den erhöhten Anforderungen des Verbraucherschutzes gerecht werden und gleichzeitig Wohngemeinschaftssettings möglich machen. Denn die Präferenz für Wohngemeinschaften, die es in der Psychiatrie-Szene lange gab, ist zwar überwunden, aber es kann keinen Zweifel daran geben, dass weiterhin auch solche Wohnungen gebraucht werden, die von mehreren Menschen gemeinsam genutzt werden können. Der gemeinsam gelebte und gestaltete Wohnalltag ist für viele Menschen der Weg, sozialer Isolation zu entgehen und wechselseitige Beziehungsanforderungen zu erleben.

Politisches Steuerungsversagen

Innerhalb der Sphäre der Sozialhilfe fällt auf, dass das staatliche Steuerungsverhalten merkwürdig halbherzig war und teilweise bis heute ist. Seit Ende der siebziger Jahre sind zunächst ganz allmählich, seit den neunziger

Jahren auch entschiedener und flächendeckend Angebote ambulanter Betreuung entstanden, die dazu gedacht sind, Heimaufenthalte abzukürzen oder zu erübrigen. Bezugspunkt dafür war immer schon der im

Sozialhilferecht verankerte Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

Der Ausbau leistungsfähiger ambulanter Strukturen ging aber nicht von den Sozialhilfeträgern aus. Diejenigen, die sich für die verbesserte Leistungsfähigkeit dieser ambulanten Strukturen engagierten, fanden sich meist in einer Bittsteller-Position wieder und mussten mühsam ringen um jede Verbesserung von Personalschlüsseln. Jahrelang gab es ambulant betreutes Wohnen nur für Personen, die vergleichsweise wenig Hilfe benötigten. In manchen Bundesländern ist erst in den letzten Jahren ein Umdenken in dem Sinne in Gang gekommen, dass ambulante Betreuungsformen auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf nicht

nur möglich, sondern auch hochgradig sinnvoll und vorzugsweise anzustreben sind. In einzelnen Bundesländern (etwa in Hamburg und in Nordrhein-Westfalen¹⁵) wird mittlerweile versucht, die Konversion eines von stationären Hilfeformen und überregionalen Versorgungsmustern dominierten Hilfesystems in ein gemeindebezogenes und vorrangig ambulant organisiertes System politisch zu steuern, aber überwiegend fand und findet dieser Konversionsprozess nicht als organisierter und zwischen den Sozialhilfeträgern und den Leistungserbringerverbänden abgestimmter Umbauprozess statt, sondern weitgehend naturwüchsig. Wesentliche Ursache für dieses eklatante Steuerungsversagen war über Jahrzehnte hinweg die zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger gesplante Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe. Konflikte um kommunale Finanzausgleiche (bzw. zwischen Kommunen und der Landesebene in den Bundesländern, in denen das Land selbst überörtlicher Sozialhilfeträger ist) haben hier die Verhältnisse zementiert und auf der Seite der Leistungsträger die gestaltende Wahrnehmung von Gesamtverantwortung massiv behindert.

Perspektiven

Menschen mit Behinderungen sollen in ihrer Lebensführung unabhängig werden und sie sollen am gesellschaftlichen Leben umfassend teilnehmen können. Ob bzw. inwieweit das tatsächlich möglich ist, hängt ganz davon ab, ob es gelingt, die Frage der Inklusion zu einem Thema der politischen und bürgerschaftlichen Verantwortung in den Sozialräumen zu machen und vor Ort leistungsfähige Unterstützungsstrukturen zu schaffen, die gerade auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf eine angemessene individuelle Begleitung sicherstellen und nötigenfalls auch einen haltenden Rahmen bieten können. Wesentliche Unterstützung benötigt dieser Prozess durch eine entsprechende Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts. Auf drei aktuelle sozialpolitisch-sozialrechtliche Entwicklungen sei hier abschließend verwiesen:

- Der ASMK-Prozess zur Zukunft der Eingliederungshilfe
Die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister der Länder befasst sich seit 2007 mit einer Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und fordert eine gesetzliche Neuregelung in der laufenden Legislaturperiode¹⁶. Grundanliegen ist die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention; die Eingliederungshilfe soll zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung weiterentwickelt werden, die die individuellen Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen beachtet. Dazu gehören u.a. auch ein nach einheitlichen Grundsätzen gestaltetes Bedarfsmessungsverfahren und eine neue Vergütungssystematik¹⁷ sowie die Überwindung bislang bestehender Abgrenzungen zwischen stationären und ambulanten Hilfen. Diese institutionellen Unterscheidungskriterien machen für die Eingliederungshilfe im Kontext der Gestaltung personenzentrierter Hilfen keinen Sinn mehr.

- Die Entwicklung der Integrierten Versorgung im klinischen Bereich
Nachdem über Jahre hinweg die Entwicklung von Modellen der Integrierten Versorgung (gemeint ist die Integrierte Versorgung im Sinne von §§ 140a ff SGB V) an der Psychiatrie weitgehend vorbeizugehen schien, sind in letzter Zeit verschiedene größere Projekte in Gang gekommen¹⁸. Gemeinsamer Nenner ist, dass es in diesen Projekten darum geht, die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor im Bereich der ärztlichen Behandlung aufzulösen. Das wird zu neuen Formen ambulanter Behandlung führen, das wird insbesondere auch ermöglichen, Behandlung nötigenfalls auch ambulant-aufsuchend in der Wohnumgebung durchzuführen. Das kann die Leistungsfähigkeit der Strukturen und deren Tragfähigkeit auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf verbessern. Das wird psychiatrische Behandlung sicherlich auch

für viele Menschen akzeptabler und zugänglicher machen und das ist hoffentlich auch ein Beitrag dazu, die Vorrangigkeit der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Krankenversicherung gegenüber der Sozialhilfe zu stärken. Dadurch werden freilich auch die alten Fragen der sozialrechtlichen Abgrenzung neu wieder auftauchen: wie sich nämlich diese Behandlung unterscheiden lässt von einer parallel stattfindenden Eingliederungshilfe. Denn die gegenwärtigen Rechtsgrundlagen und Modelle Integrierter Versorgung integrieren einstweilen nur das Spektrum der SGB V-Leistungen.

- Die im Raum stehende Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
Seit Jahren schon wird diskutiert über eine Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeversicherung¹⁹. Dabei geht es wesentlich darum, die Leistungen der Pflegeversicherung um Leistungen der Teilhabeförderung zu erweitern. Bei den letzten Veränderungen der Pflegeversicherung kam es allerdings bisher nicht zu diesen Erweiterungen im Leistungsspektrum, weil eine solche Leistungsausweitung auch eine Finanzierung benötigt und weil eine Beitragserhöhung politisch vermieden werden sollte. Die Frage stellt sich dabei, ob durch eine neue Form der sozialrechtlichen Abgrenzung, Differenzierung und Bezogenheit von Hilfen zur sozialen Teilhabe zur Pflege die Voraussetzungen geschaffen werden, um komplexere Hilfen gestalten zu können, ambulant wie stationär.

Diese genannten sozialrechtlichen Reformansätze eröffnen die Chance, dass die Systemlogik des Hilfesystems so korrigiert wird, dass nicht mehr weiterhin das Heim als Antwort für komplexe Probleme systematisch präferiert wird. Klaus Nouvertné hat einmal die Strukturen des Hilfesystems mit den Waben eines Bienenstocks verglichen. Diese müssen ausgefüllt werden durch den Honig einer Beziehungsarbeit, die sich im Geiste der UN-Konvention am Recht auf Selbstbestimmung und soziale Gemeinschaft orientiert. ●

Für die kritische Durchsicht des Textes danke ich Jürgen Armbruster und Rainer Hölzke.

Anmerkungen

- 1 Eine knappe Übersicht mit zahlreichen Verweisen und Materialangaben findet sich bei Wikipedia: http://de.wikipedia.org/wiki/UN-Konvention_%C3%BCber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen
- 2 Heinrich Kunze: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatriereform. Stuttgart 1981
- 3 Dirk Richter: Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbünden des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Psychiatrische Praxis 3/2010, S.127–133
- 4 Erving Goffman hat dazu den Begriff der Totalen Institution entwickelt, der für die Geschichte der Psychiatriereform folgenreich war. Siehe Erving Goffman, Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt 1972.
- 5 siehe etwa: Klaus Dörner: Sind alle Heimleiter Geiselnnehmer? Qualitätskatalog für den zukunftsfähigen „guten Heimleiter“. Soziale Psychiatrie 4/2004, S.21–25, http://www.psychiatrie.de/data/pdf/f8/01/00/sp106_21.pdf
- 6 Der Ansatz einer personenzentrierten Bedarfsbemessung und Finanzierung im außerklinischen Bereich wurde erstmals 1994 von der Aktion psychisch Kranke auf einer Tagung vorgestellt unter dem Titel „Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“. Tagungsband unter diesem Titel im Selbstverlag der APK 1994.
- 7 So auch festgestellt von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007, S.42f.
- 8 So beispielsweise immer wieder von Klaus Dörner in verschiedenen Publikationen, Leserbriefen und Vorträgen; allgemein für die Behindertenhilfe aktuell beispielsweise Jan Glasenapp, Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisierung in der Behindertenhilfe. Berlin/Münster 2010. Siehe dazu auch die Tagungsdokumentation „Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt? Zur Lage der chronisch psychisch Kranken 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete“ vom 23.04.2005 in Wiesbaden, http://www.psychiatrie.de/apk/article/Dokumentation_Tagung_April_2005.html
- 9 Michael Franz, Thorsten Meyer, Minja Dubowy, Bernd Hanewald, Bernd Gallhofer: Das Akkumulieren „Neuer Langzeitbewohner“ in klinikassoziierten psychiatrischen Heimen: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 5/2010, S.240–247.
- 10 Erstmals kritisch diskutiert wurde diese Entwicklung durch den Sammelband: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie-Verlag 1996.
- 11 Eindrucksvoll hierzu eine Untersuchung zur Verlegungspraxis in Berlin: Rubina Vock,

Manfred Zaumseil, Ralf-Bruno Zimmermann, Sebastian Manderla: Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt am Main 2007. Siehe auch: Rubina Vock: Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Kerbe 2/2009, S. 34–36.

12 Hierzu gibt es nur wenig Überblick. In zwei Bundesländern hat man sich systematisch mit der Thematik befasst: in Sachsen-Anhalt (Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt: Geschlossene Unterbringung im Heim – Beiträge zur Diskussion. Herausgegeben von Felix M. Böcker, Naumburg. Halle/Saale 2008, Download: http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Psychiatrieausschuss/Archiv/Sonderreihe/2008_Geschlossene_Unterbringung_im_Heim.pdf) und in Mecklenburg-Vorpommern („Systemsprenger-Projekt“ – Die Ergebnisse wurden in den Sozialpsychiatrischen Informationen 2/2004 unter dem Titel »Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem?“ veröffentlicht. Siehe auch <http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/ISP/systemsprenger.html>)

13 So in § 27 Abs.1 Satz 3 SGB V: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation“. Angesichts der Halbherzigkeit gesetzlicher Korrekturen gab es daneben auch die Versuche, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Teillösungen auf dem Vereinbarungsweg im Rahmen der Selbstverwaltung der Leistungsträger herbeizuführen, insbes. durch sog. Empfehlungsvereinbarungen die medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke und deren Zusammenwirken mit der beruflichen Rehabilitation zu regeln.

14 Dies hat Klaus Dörner in den letzten Jahren in Zeitschriftenbeiträgen und Vorträgen immer wieder sehr nachdrücklich eingefordert. Zusammengefasst siehe die beiden Publikationen von Klaus Dörner: Helfende Berufe im Markt – Doping. Wie sich Bürger und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitsfalle befreien. Neumünster 2008, sowie Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster 2007.

15 Zur Entwicklung in NRW siehe als aktueller Überblick mit weiteren Literaturhinweisen: Christof Stamm, Cornelia Sennwald und Ulrich Kinstner, Eingliederungshilfe im Wandel. Der „NRW-Weg“ zur Weiterentwicklung der wohnbezogenen Unterstützung für Menschen mit Behinderungen. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Oktober 2010, S. 434–439

16 Ergebnisprotokoll der 87. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 24./25. November 2010 in Wiesbaden, Beschluss zu TOP 5.1, Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

17 Zu Rechtsfragen einer personenzentrierten

Bedarfsbemessung und Vergütungssystematik gibt einen guten Überblick über verschiedene Praxisansätze und über relevante Rechtsprechung: Sabine Wendt, Einführung einer personenzentrierten Leistungserbringung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. ZFSH SGB – Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis, Heft 9/2010, S.523–33

18 Einen aktuellen Überblick bietet Wolfgang Faulbaum-Decke/Christian Zechert (Hg.): Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung. Psychiatrie-Verlag Bonn 2010

Siehe dazu auch die Fachtagungen 2010 und 2011 des Forums für Gesundheitswirtschaft zu Finanzierung und Management der psychiatrischen Versorgung. Die Tagungsbeiträge finden sich unter www.fachtagung-psychiatrie.de

19 Einen aktuellen Überblick über Optionen zur Lösung der Schnittstellenfrage gibt ein Papier des Deutschen Vereins vom 21.09.2010: Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe. Download: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2023-09.pdf

Kontakt

Georg Schulte-Kemna
BruderhausDiakonie Reutlingen
Ringelbachstraße 211
72762 Reutlingen, Tel. 07121/278-0,
Email: georg.schulte-kemna@bruderhausdiakonie.de

Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Lebensraum

Voraussetzungen für ein barrierefreies Leben

Von Rainer Hölzke

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im selbst gewählten Lebensraum organisiert werden kann, sofern diese zur Teilhabe benötigt werden. Es sollen die dafür grundlegenden Voraussetzungen pointiert herausgearbeitet werden. Für diese Fragestellung gibt es keinen passenderen Betrachtungsrahmen als die UN-Behindertenrechtskonvention und das darin formulierte Recht für Menschen mit Behinderungen der uneingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe.



Rainer Hölzke

Geschäftsführer der Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg Nord-Ost GmbH und der gemeinnützige Hamburger Wohnungs- und Vermietungsgesellschaft mbH.

In Artikel 19 der Konvention wird darin unter anderem ausgeführt, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Sollten sie Unterstützung benötigen, ist zu gewährleisten, dass sie einen barrierefreien Zugang zu diesen haben.

Wohnen als Grundlage gesellschaftlicher Teilhabe

Wohnen gehört zu den Grundbedürfnissen des Lebens. Die Verfügung über eine eigene Wohnung vermittelt Sicherheit und Geborgenheit. Eine eigene Wohnung oder selbst gewählter Wohnraum sind ein wesentlicher Bestandteil von Lebensqualität, der sich auch in Sprache ausdrückt. „Wohnen“ bedeutet im Althochdeutschen „zufrieden sein“, „sein“ und „bleiben“. Im Englischen drückt sich die grundlegende Bedeutung von „Wohnen“ sich darin aus, dass zwischen „Wohnen“ und „Leben“ nicht unterschieden wird.

Wohnen bildet den Rahmen für die Gestaltung des inneren, privaten und nicht öffentlichen Lebensraumes. Hier

Wohnen gehört zu den Grundbedürfnissen des Lebens. Die selbstbestimmte Verfügung über Wohnraum ist eine wesentliche Grundlage menschlicher Existenz.

befinden sich der Ausgangspunkt und die Verankerung, um in den sonstigen, äußeren Lebensraum hinausgehen zu können. Die Wohnbedürfnisse von Menschen mit Behinderung unterscheiden sich in der Regel nicht von den entsprechenden Bedürfnissen von Menschen ohne Behinderung.

Unabhängig davon, ob Menschen behindert sind und werden oder nicht, stellt die selbstbestimmte Verfügung über Wohnraum eine wesentliche Grundlage menschlicher Existenz dar.

Trennung von Wohnen und Hilfe

Menschen mit Behinderungen benötigen zur umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe einerseits ein Umfeld, das sie nicht behindert, sondern inkludiert. Hierfür bedarf es etlicher

Voraussetzungen, die noch zu schaffen sind. Unter anderem sind Umfeldbarrieren aus dem Weg zu räumen. Sofern Menschen mit Behinderung auf umfangreichere professionelle Unterstützung angewiesen sind, stoßen sie unter anderem auf eine gravierende Umfeldbarriere. Aufgrund deren Bedeutung soll ausschließlich diese im Folgenden

„Für Menschen mit Behinderung, die auf ein Betreuungsangebot rund um die Uhr angewiesen sind, stehen Heime zur Verfügung“.

einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

Professionelle Unterstützungsleistungen „gruppieren“ sich in der Regel um die sogenannten Lebensbereiche „Selbstversorgung/Wohnen“, „Arbeit und Beschäftigung“ sowie „Freizeit/Wahrnehmung persönlicher Interessen/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“.

Aufgrund ihrer bisherigen Organisationslogik stellen Unterstützungsleistungen eine die Teilhabe einschränkende Barriere dar: es wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem notwendigen Umfang dieser Hilfen einerseits und deren Organisation andererseits. Ein geringeres Hilfeausmaß wird in der Regel ambulant erbracht, so dass Personen

mit Behinderung ihren Wohnraum aus Gründen der Organisation der Unterstützung nicht verlassen oder wechseln müssen.

Anders verhält es sich bei einem umfangreicheren Unterstützungsbedarf. Dieser wird in der Regel stationär erbracht; die auf individuelle Unterstützung angewiesene Person kann entweder deswegen ein Heim nicht verlassen oder muss ihre Wohnung aufgeben und in ein Heim ziehen. So weist zum Beispiel aktuell der Berliner Senat

darauf hin, dass „für Menschen mit Behinderung, die auf ein Betreuungsangebot rund um die Uhr angewiesen sind, Heime zur Verfügung stehen“. Sowohl diese Organisationsunlogik von Unterstützung als auch ein in vielen deutschen Regionen aus unterschiedlichen Gründen nicht funktionierender Zugang zu Wohnraum/zum Wohnungsmarkt sind als Diskriminierung und Barrieren im Sinne der UN Behindertenrechtskonvention anzusehen und zu beseitigen.

Dass die Organisation der Unterstützung und aus diesem Zusammenhang kommende Zweckmäßigkeitserwägungen häufig personenbezogene, auf Wahlfreiheit basierende Unterstützungsleistungen ver- oder behindern, wurde hier im Zusammenhang mit dem Lebensbereich Selbstversorgung und Wohnen beschrieben. Die Problematik trifft in ähnlicher Art für den Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung zu.

Personenzentrierung

Personenzentrierung, das die Person in den Mittelpunkt-Stellen, ist der Goldstandard und der Rote Faden für eine barrierefreie Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, sofern diese auf Unterstützung angewiesen sind. Personenzentrierte Planung, Organisation und Durchführung von Unterstützung gelingen gut, sofern folgende Aspekte beachtet werden:

1. Hilfeplanung - besser gesagt: Unterstützungsplanung - stellt die Unterstützung suchende Person in den Mittelpunkt, macht sie zum Ausgangspunkt. Das bedeutet konkret, dass die Sichtweise von Professionellen auch wichtig, aber nicht der anzuwendende alleinige Maßstab ist.

2. Die vorhandene individuelle Lebenssituation einschließlich der Umfeldbedingungen wird zum Ausgangspunkt der Planungen genommen. Fähigkeiten, unterstützungsrelevante Probleme sowie Ziele einschließlich der Erkennbarkeit deren Erreichung sind so zu formulieren, dass die hilfeschuchende Person sich darin „als Person“ wiedererkennt. Als nützliche personenbezogene Hil-

feplanungsinstrumente haben sich der von der Aktion Psychisch Kranke (APK) entwickelte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) sowie dessen Weiterentwicklungen bewährt, die unter dem Namen Integrierter Teilhabeplan (ITP) in verschiedenen Regionen verwendet werden.

3. Unterstützungsplanung bezieht sämtliche Lebensbereiche ein. Sie erfolgt sozialgesetzbuchsübergreifend.

4. Diese Planung erfolgt im Sinne von „Verhandeln statt Behandeln“. Meinungsunterschiede bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs werden gleichberechtigt abgebildet.

5. Aus Qualitätsgesichtspunkten wird das „Vier-Augen-Prinzip“ berücksichtigt. Dies kann zum Beispiel in Form von regionalen Hilfeplankonferenzen geschehen.

Personenzentrierung, das die Person in den Mittelpunkt-Stellen, ist der Goldstandard und der Rote Faden für eine barrierefreie Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

6. Fragen der Organisation der Unterstützung stehen bei deren Planung am Ende des Prozesses und nicht am Anfang.

7. Bevor jegliche Notwendigkeit von professioneller Unterstützung erörtert wird, sind Möglichkeiten nichtprofessioneller und sozialräumlicher Art in Betracht zu ziehen. Sofern diese nicht vorhanden sind, sind Aktivitäten zu deren Erschließung zu starten. Erst dann werden professionell zu erbringende Unterstützungsleistungen in den Blick genommen.

8. Geschieht Unterstützungsplanung nicht in Abhängigkeit und vor dem Hintergrund einer Institution, sind in der Regel auch solche Leistungen zu erbringen, die nicht von einer einzelnen Institution oder einem einzelnen Dienst erbracht werden können. Hieraus ergeben sich Kooperationsnotwendigkeiten von verschiedenen Leistungserbringern. Personenbezogene Kooperation gelingt umso besser, wenn sie regional ausgerichtet ist und die Leistungserbringer einer Region ihre Zusammenarbeit auf eine gemeinsame

vertragliche Grundlage gestellt haben. Gemeindepsychiatrische Verbünde, die unter anderem über ein gemeinsames Hilfeplanungsinstrument verfügen, stellen hierfür eine gute Möglichkeit dar.

Personenbezogene Kooperation gelingt umso besser, wenn sie regional ausgerichtet ist und die Leistungserbringer einer Region ihre Zusammenarbeit auf eine gemeinsame vertragliche Grundlage gestellt haben.

9. Zur personenbezogenen Planung und Durchführung von Unterstützung ist eine diesem Ziel entsprechende Organisation der Leistung notwendig. Die Trennung von „Wohnen“ und „Hilfe“ ist bei der Leistungserbringung wie erwähnt

unbedingt zu beachten. Art und Umfang der Unterstützung sind nicht mit der Art des Wohnens in Verbindung oder in Abhängigkeit zu bringen. Die Durchführung und Organisation der Unterstützung hat die freie Wahl des Lebensortes als Ausgangspunkt.

10. Das Sozialrecht ist hinsichtlich der Organisation von Hilfen personenzentriert auszugestalten. Das SGB IX und die geplanten Veränderungen der Eingliederungshilfe weisen zwar in personenzentrierte Richtung. Neben weiteren notwendigen gesetzlichen Veränderungen erweist sich seit vielen Jahren die nicht stattfindende konsequente Umsetzung als das sozialgesetzliche Hauptproblem.

Zusammenfassung

Menschen mit Behinderung, die professionelle Unterstützung benötigen, muss zur Wahrnehmung ihrer vollständigen gesellschaftlichen Teilhaberechte eine personenbezogene geplante, organisierte und durchgeführte Unterstützung zur Verfügung stehen, die die freie Wahl des Lebensortes ermöglicht. Die Voraussetzungen hierfür werden zunehmend geschaffen. 🌟

Kontakt

Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg Nordost GmbH
Jüthornstraße 42, 22043 Hamburg
Tel. 040-682826-65
Fax: 040-682 826-79
www.gpd-nordost.de
Email: Rainer.Hoelzke@gpd-nordost.de

Weihnachten kommt schneller, als man denkt

Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Von Michael Conty und Ulrike Häcker

Wenn man den Verlautbarungen aus dem Umkreis der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Bundesländer glaubt, ist im Sommer 2011 ein erster Arbeitsentwurf zur Novellierung der bestehenden Regelungen der Eingliederungshilfe zu erwarten und pünktlich zu Weihnachten 2011 liegt ein Referentenentwurf unter dem Tannenbaum, der im Jahr 2012 zu einer veränderten Gesetzgebung führen soll.

Wie alles begann ...

Seit vielen Jahren mahnen die Freie Wohlfahrtspflege, die Verbände der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und die Selbsthilfeorganisationen erfolglos die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu einem eigenen Leistungsgesetz außerhalb des Sozialhilferechts an. Die auch aus Politik und Verwaltung für notwendig erachtete Reform wurde in den vergangenen Jahren vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und des angestrebten Paradigmenwechsels an vielen Stellen auf Bundes- und Landesebene und in vielen Kommunen diskutiert. Derzeit scheint das Leistungsgesetz eher in weite Ferne gerückt und seit Jahren beschäftigt sich die Szene nun aus pragmatischen Gründen mit der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe.

2007 wurde von einer Bund-Länder-AG (B-L-AG) ein Vorschlagspapier zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ erarbeitet und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) vorgelegt. Danach sollte die Reform der Eingliederungshilfe mit folgenden Zielen erfolgen: Entwicklung einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beach-

tung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung¹, Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen.

Mit der Billigung dieses Vorschlags haben die Ministerinnen und Minister, die Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder als ihr gemeinsames Ziel bekräftigt, Menschen mit Behinderung die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, besonders in den Bereichen Erziehung, Bildung, Ausbildung, Arbeit und Wohnen zu ermöglichen und dazu die gesetzlichen Grundlagen zu verbessern.

Zu Beginn des Jahres 2009 wurden die Vorschläge den Fachverbänden, den Selbsthilfeorganisationen und der Freien Wohlfahrtspflege im Rahmen einer Informations- und Anhörungsveranstaltung vorgestellt. Grundsätzlich teilten die Verbände die Absicht, die Eingliederungshilfe stärker an den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und weniger institutionell auszurichten. Allerdings wurde bei der Anhörung schnell deutlich, dass im Vorschlagspapier eine ganze Reihe neuer, unbestimmter Begrifflichkeiten eingeführt wurden (z.B. Personenzentrierung, Teilhabemanagement, Fachmaßnahmen, Einzelfallsteuerung und Wirksamkeitskontrolle), die unterschiedlichen Interpretationen offenstanden. In zahlreichen Stellungnahmen haben die Verbände auf die Mängel hingewiesen und klargestellt, dass die präzise Definition dieser Begrifflichkeiten die Voraussetzung für einen konstruktiven Dialog bildet.²

Es folgten Arbeitsgruppen und Veranstaltungen, die zur Verständigung



Michael Conty

Dipl.-Psychologe
Geschäftsführer
in den v. Bodelschwinghsche
Stiftungen Bethel,
Vorsitzender des
Bundesverbandes
evangelische Be-
hindertenhilfe e.V.



Ulrike Häcker

Dipl.-Sozialjuristin
Referentin in der
Stabstelle Quali-
tätsentwicklung, v.
Bodelschwinghsche
Stiftungen Bethel,
und im Bundesver-
band ev. Behinder-
tenhilfe e.V.

beitragen sollten. Die zukünftige Ausgestaltung der Finanzierung wurde allerdings hinter verschlossenen Türen ohne jede Verbandsbeteiligung beraten. Im Herbst 2009 nahm die ASMK das bis dahin Erreichte zur Kenntnis. Weitere Anhörungen folgten im Frühsommer 2010. An manchen Stellen konnte eine Annäherung erreicht werden, an anderen Stellen erwiesen sich die unterschiedlichen Standpunkte als unüberwindbar.

Für massive Irritationen des Beratungsprozesses sorgte im Sommer 2010, dass die von der Bundesregierung eingesetzte Gemeindefinanzkommission durch die AG „Standards“ höchst problematische Sparvorschläge zur Entlastung der kreisfreien Städte und Gemeinden formulierte. Lachwitz sprach von einem „wahren Horrorkatalog von Einsparvorschlägen, die geeignet sind, das über Jahrzehnte mühsam aufgebaute, insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. SGB

XII) und im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe) verankerte soziale Netz zur Sicherstellung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben zu durchlöchern³. Mittlerweile sind diese Maßnahmevorschläge zur weiteren Beratung an die ASMK überwiesen und man darf gespannt sein, wie die ursprüngliche Zusage der ASMK, dass es nicht Ziel des Reformvorhabens sei, Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe einzuschränken, mit den Vorschlägen der GfK zu vereinbaren ist.

Wo wir jetzt stehen ...

Die letzte ASMK (24./25.11.2010) brachte Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vor. In den neu zu treffenden gesetzlichen Regelungen sind aus Sicht der ASMK folgende Ziele zu berücksichtigen: Entwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die die individuellen Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderung beachtet, Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems und Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen sowie Kostenneutralität und angemessene finanzielle Beteiligung des Bundes. Den Verbänden wurde für die konstruktive Mitarbeit gedankt und hervorgehoben, dass die Erörterung wesentlicher Fragestellungen zu weitgehend einvernehmlichen Ergebnissen geführt habe.⁴ Dem widersprechen die Verbände einhellig, da gerade bei wesentlichen Fragen bislang kein Einvernehmen erzielt werden konnte bzw. weiterer Klärungs- und Konkretisierungsbedarf besteht.

Was kommen soll ...

- **Hilfebedarfsermittlung**
Der BeB hat schon früh ein bundeseinheitliches Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des Hilfebedarfs gefordert, welches aus Gründen der Vergleichbarkeit, der Überprüfbarkeit und Rechtssicherheit für Leistungsberechtigte geschaffen werden muss. Immerhin scheint es hier einen Schritt in die richtige Richtung zu geben. Mindestens

die Entwicklung bundeseinheitlicher Kriterien und eine ICF-Orientierung sind jetzt Stand der Diskussion. Insgesamt ist zu betonen, dass das Ermittlungs- und Feststellungsverfahren partizipativ angelegt sein muss, um Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung von Anfang an einzubeziehen: sie sind Experten in eigener Sache.

Die ASMK befürwortet die Einführung eines Teilhabemanagementmodells, das gleichzeitig mit einer rehabilitationsträgerübergreifenden Gesamtsteuerungsverantwortung – von der Bedarfsfeststellung bis zur Wirkungskontrolle – des Sozialhilfeträgers verbunden sein soll.⁵ Seitens der Sozialhilfeträger wird damit ein massiver Personalausbau begründet, um fachkundiges Case Management (CM) zu entwickeln. Allerdings kann das beim Sozialhilfeträger angesiedelte administrative CM kein sozialarbeiterisches CM zu konkreten Leistungskonfiguration und Leistungssicherung im Alltag ersetzen. Die Regiekompetenz bei der Leistungsgestaltung muss immer beim Leistungsberechtigten oder seinem rechtlichen Vertreter liegen.

- **Beratung**
Von Seiten der Verbände wird die Trennung der Beratungs- und Bedarfsfeststellungsaufgaben von der Leistungsbewilligung gefordert.⁶ Personenzentrierte Beratung wird zukünftig Voraussetzung, Begleitprozess und Bestandteil der Bedarfsermittlung und des Teilhabemanagements sein. Der Bedarf an Beratung wird steigen, wenn bisherige „Pauschalleistungen“ im neuen personenzentrierten System in komplexe Einzelleistungen differenziert werden sollen und ein neues Verständnis von Behinderung entsprechend der Behindertenrechtskonvention zur Anwendung kommt. Bislang werden sowohl die Beratung wie die Leistungskoordination in der Regel von Diensten und Einrichtungen geleistet. Dies wird mit dem Argument mangelnder Neutralität der Einrichtungsträger seitens der Sozialleistungsträger in Frage gestellt. Dass die Beratung durch den Kostenträger selbst

neutral ist, wird wiederum verständlicherweise sowohl von den Verbänden der Leistungserbringer wie auch von den Selbsthilfeorganisationen der Leistungsberechtigten hinterfragt. Mittlerweile sieht es ja selbst das Bundesverfassungsgericht als erwiesen an, dass die gesetzlich vorgeschriebene Information und Beratung durch Sozialleistungsträger nicht immer vollständig, korrekt und umfassend ist, sondern der Bürger gut daran tut, sich selbst fachkundige Unterstützung zu sichern.⁷

Grundsätzlich muss ein Mensch mit Behinderung selbst entscheiden können, durch wen er sich beraten lassen will.

Grundsätzlich muss es aber in die Entscheidung des Menschen mit Behinderung gestellt sein, durch wen er sich beraten lassen will. Um

Auswahlentscheidungen treffen zu können, müssen gleichwertig ausgestattete Alternativen vorhanden sein. Eine Einigung zwischen den Verbänden und Sozialleistungsträgern scheint dann möglich, wenn die für den Beratungsbereich zur Verfügung zu stellenden Ressourcen nachfrageorientiert zwischen den öffentlichen Leistungsträgern und den Beratungsanbietern der Freien Wohlfahrtspflege aufgeteilt werden: Von dieser Position sind manche ASMK-Akteure noch weit entfernt. Für die Diakonie ergibt sich hier eine Chance, eine ihrer Kernaufgaben, nämlich „anwaltschaftliche und im guten Sinne parteiische Beratung und Unterstützung zur Anspruchssicherung und Rechtswahrung“ und damit auch sich selbst schärfer zu profilieren.

Personenzentrierung, rehabilitative Ausrichtung und Bedarfsdeckung

Personenzentrierte Leistungen sollen sich u. a. dadurch auszeichnen, dass die bisherige Aufteilung in die Formen ambulant und stationär aufgehoben wird und die Leistungen sehr individuell zugemessen werden. Nach Auffassung der B-L-AG und der ASMK sollen sich die Leistungen im Einzelfall zukünftig in behinderungsbedingte Teilhabeleistungen (Fachleistung) und eine existenzsichernde Leistung (Lebensunterhalt und Wohnen) gliedern. Die Kosten, die im stationären Bereich bislang als Investitionskosten vom Sozialhilfeträger übernommen wurden, sollen von den üblichen Regelleistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 29 SGB

XII umfasst sein. Zudem sollen vorrangige Leistungen (hier v. a. die der Pflegeversicherung und der Krankenkasse) aktiviert werden. Mit einer solchen Aufteilung wird der bislang umfassende Auftrag der Eingliederungshilfe deutlich relativiert. Eingliederungshilfe wird auf die „reine“ Fachleistung reduziert und die übrigen erforderlichen Leistungen werden addiert.

Vorteilhafterweise könnten so alle Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf die vollen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Wo dies nicht ausreicht, werden die Leistungen über die Hilfen zu Pflege nach § 61 SGB XII aufgestockt. Dies bedeutet aber auch, dass das Regime der Pflegeversicherung mit einer bestimmten Personalausstattung und anderen Vorgaben greifen wird. Bei vielen Bedarfskonstellationen wird eine Zuordnung möglicherweise nicht einfach sein. Beispielsweise kann die Unterstützung im Haushalt bei der Pflegeleistungen mit umfasst sein, sie kann aber auch der Grundsicherung oder der Eingliederungshilfe zugeschrieben werden. Dies wird Tür und Tor für Leistungsverzögerungen und juristische Auseinandersetzungen öffnen, wenn nicht gesetzlich die Zuordnungssystematik eindeutig und klar geregelt wird.

Fraglich wird aber in ganz neuer Weise, wie die Einheitlichkeit der Hilfen und ihre rehabilitative und teilhabeorientierte Ausrichtung individuell sichergestellt werden wird. Mit welcher Berechtigung will ein Sozialhilfeträger über die Eingliederungshilfe den kompletten Leistungsmix koordinieren und steuern, wenn z. B. im Einzelfall vom finanziellen Volumen her die Sozialversicherungsleistungen überwiegen? Wie setzt sich der rehabilitative Ansatz der Eingliederungshilfe durch, wenn Leistungen der Pflegekasse und ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege leistungstechnisch den größten Kostenblock ausmachen? Auch hierüber gibt es noch keine Verständigung.

Kostenneutralität wird – zumindest, wenn eine volkswirtschaftliche Gesamtrechnung aufgemacht wird – nicht zu erreichen sein. Nicht umsonst zeigen die Beispiele der skandinavischen Länder unmissverständlich auf, dass die Abkehr von der einrichtungsorientierten Versorgung für alle Menschen

mit psychischer Erkrankung und Behinderung die gesellschaftlichen Kosten insgesamt mindestens um den Faktor 2 erhöht hat⁸. Dies ist bei steigenden Fallzahlen umso gravierender.

Wirkungskontrolle

Im Papier der ASMK ist (noch) nicht erläutert, wie die Wirkungskontrolle der gewährten Teilhabeleistungen aussehen soll. Welche Indikatoren / Kriterien sollen herangezogen werden? Welche Auswirkungen wird eine nur geringe oder mangelhafte Wirkung haben? Sollen dann Leistungen ohne Unterstützungsalternative eingestellt werden können? Die „besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.“⁹

Dies bedeutet, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch dann ihre Aufgabe erfüllen, wenn eine Verschlechterung verhindert oder ein Abbauprozess bei einem Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung verlangsamt wird. Damit können die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht einseitig nur auf den Fortschritt der Leistungsberechtigten zielen, sondern müssen auch den Erhalt von Fähigkeiten und die Förderung der Teilhabe sicherstellen. Bei der Einführung einer wie auch immer gearteten Wirkungskontrolle ist dies zwingend zu beachten.

Wunsch- und Wahlrecht

Das gesetzlich normierte Wunsch- und Wahlrecht garantiert den Leistungsberechtigten, das sie als handelnde Subjekte, als Menschen mit einem Rechtsanspruch ernst zu nehmen sind. Bei der Stärkung der Rechtsposition von Leistungsberechtigten kommt daher dem Wunsch- und Wahlrecht eine wesentliche Rolle zu. Nach § 9 Abs. 2 SGB XII soll den Wünschen der Leistungsberechtigten bei der Ausgestaltung der Leistungen entsprochen werden, soweit die Wünsche angemessen sind. Weiterhin ist gesetzlich verankert, dass ambulante Unterstützung vorrangig ist und teilstationäre oder stationäre Leistungen nur in Frage kommen, wenn ein Bedarf nicht anderweitig gedeckt werden kann. Eingeschränkt wird die-

ses Wunsch- und Wahlrecht bisher durch den so genannten Mehrkostenvorbehalt. Wenn sich die Wünsche des Leistungsberechtigten auf eine Leistung richten, die mit unverhältnismäßigen Mehrkosten gegenüber einer vergleichbaren Leistung verbunden ist, soll diesen Wünschen nicht entsprochen werden. Da sich der Mehrkostenvorbehalt insbesondere auf das Verhältnis von ambulanten und stationären Leistungen bezieht, wird er durch den geplanten Wegfall von „ambulant“ und „stationär“ im Grunde überflüssig.

Zu den offenen Fragen gehört, wie und ob dem Wunsch der Sozialhilfeträger nach einer Leistungsbegrenzung im Einzelfall („Obergrenze“) nachgekommen werden soll. Grundsätzlich gilt, dass sich die Leistungen der Eingliederungshilfe nach der Besonderheit des Einzelfalls und insbesondere nach Art und Umfang des Bedarfs richten.¹⁰ Hieran wird festzuhalten sein. Wenn es aber per definitionem keine stationäre Leistung mehr gibt, laufen Bestimmungen ins Leere, die die Höchstkosten der ambulanten Leistungen an die Kosten einer in Betracht kommenden stationären Leistung binden¹¹.

Natürlich müssen die Leistungen auch zukünftig wirtschaftlich erbracht werden und, wenn zwei Leistungspakete im Einzelfall gleichermaßen den Bedarf decken, aber erheblich im Preis differieren, werden dem Wunsch- und Wahlrecht hierdurch Grenzen gesetzt. Wie weit diese Grenzen allerdings sind und wie groß die Spielräume für Wünsche der Leistungsberechtigten sind, werden wohl letztlich erst Gerichte entscheiden. Die Festlegung von pauschalen Ober- und/oder Untergrenzen ist jedenfalls nicht mit dem Anspruch auf individuell bedarfsdeckende Leistungen vereinbar. Die Verbände sprechen sich dafür aus, dass vor einer Leistungsbeurteilung die Wünsche der Leistungsberechtigten zwingend zu ermitteln sind. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände des Einzelnen zu berücksichtigen.

Eng mit dem Wunsch- und Wahlrecht ist die Frage verbunden, ob ein Leistungsberechtigter zukünftig weiterhin auf ein „wohnheimartiges“ Angebot verwiesen werden kann. Art. 19 BRK führt zu dieser Frage aus, dass kein Leistungsberechtigter gegen seinen

Willen gezwungen werden kann, in einer besonderen Wohnform zu leben. Demnach muss es für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung einen Anspruch auf Teilhabeleistungen außerhalb von besonderen Wohnformen geben. Damit wird nicht ausgeschlossen, dass sich einzelne Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung für ein wohnheimartiges Angebot entscheiden.

Leistungsformen

Derzeit können die Leistungsberechtigten ihre Leistungen in Form von Sach- oder Geldleistungen, aber auch als trägerübergreifendes persönliches Budget in Anspruch nehmen. Dies muss auch bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe sichergestellt sein. Welche Leistungsform im Einzelfall passend ist, muss zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Sozialhilfeträger abgestimmt werden. Eine einseitige Festlegung durch den Sozialhilfeträger muss ausgeschlossen sein.

Soziale Räume und individuelle Rechte

Die auf das Individuum bezogene Perspektive bedarf einer Einbettung in eine lebensweltliche und sozialräumliche Perspektive. Das Zauberwort „Sozialraumorientierung“ spielt eine wichtige Rolle. Enttäuschenderweise wird allerdings in den 2010er ASMK-Beschlüssen die inklusive Sozialraumgestaltung überhaupt nicht aufgenommen. Diesbezügliche Diskussionsergebnisse der AG Ambulantisierung (2009) sind nicht in ein Handlungskonzept überführt. Ein wirklicher Paradigmenwechsel kann aber nur gelingen, wenn auch auf diesen Aspekt große Aufmerksamkeit gelegt wird.

Auf der politischen Ebene sind die gesetzlichen Voraussetzungen für unabhängige und selbstbestimmte Teilhabe zu schaffen und eine Beseitigung von Zugangshemmnissen, Barrieren und Diskriminierungen in allen öffentlich zugänglichen Systemen und Bereichen ist zu verwirklichen. Hierunter sind gesellschaftliche Subsysteme wie Ausbildung, Arbeit, Wohnen, Politik, Sport und Freizeit zu verstehen. Natürlich

ist die vielbeschworene Arbeit an den Barrieren in den Köpfen durch die notwendige „Volksbildung“ ebenso notwendig; hierauf soll aber nicht näher eingegangen werden.

Die Barrieren der materiellen Umwelt werden ja schon seit Jahren bearbeitet und es sind beachtliche Erfolge bei der Entwicklung von Barrierefreiheit für mobilitätseingeschränkte Bürgerinnen und Bürger zu verzeichnen. Auch für Menschen mit Schädigungen der Sinne, also z. B. für blinde Menschen, gibt es z. B. sprechende Fahrstuhlsteuerungen,

piepende Ampeln etc. Eine solche Form der Umweltgestaltung, des universal design, ist für alle hilfreich. Aber um ehrlich zu sein, es gibt kaum Erkenntnisse darüber, wie eine materielle

Umwelt beschaffen sein müsste, in der sich auch Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen frei und ohne weitere Unterstützung bewegen könnten. Wie müsste eine Umwelt beschaffen sein, die keinerlei Barrieren für chronisch abhängigkeitskranke Menschen wie für alle Kinder und Jugendliche beinhaltet? Und welche Umweltsysteme können Menschen unterstützen, die dauerhaft von psychosebedingten Ängsten gepeinigt werden? Wie sieht eine barrierefreie Umwelt für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und herausforderndem Verhalten aus – eine Umweltgestaltung, die es zulässt, dass sie sich ohne Einschränkungen frei bewegen können, Gemeinschaft mit anderen Menschen verwirklichen und gesellschaftlich mit allen Bürgerrechten und -pflichten teilhaben können. Wir sind methodisch-fachlich noch weit entfernt von Konturen eines entsprechenden „universal design“¹².

Mit der geläufigen „Sozialraumorientierung“ wird verknüpft, dass sich über Infrastruktur-Verbesserungen und freiwilliges Engagement der verbleibende persönliche Unterstützungsbedarf auch in der Eingliederungshilfe vermindern lässt. Ein viel zitiertes Beispiel ist die Investition in intensive Stadtteilarbeit, die zu einer sinkenden Kriminalitätsrate und damit zu einer Senkung der Kosten der Jugendgerichts-

hilfe führt; dies wiederum refinanziert die Stadtteiljugendarbeit und führt so zu einem Mehrwert, da hier mehr Jugendliche angesprochen werden als nur die delinquenten. Wenn es gelingt, die tatsächlichen Lebensverhältnisse im Sozialraum inklusionsfähiger und gemäß einem angewandten universal design für Umwelt und Infrastruktur zu gestalten, kann das Umschlagen von Beeinträchtigungen in Behinderungen möglicherweise begrenzt, verhindert bzw. aufgehoben werden. Soweit die Theorie und die ersten Eindrücke aus Pilotprojekten.

Gemeinwesenarbeit bzw. sozialraumorientiertes Arbeiten erfordert aber auch einen nicht unerheblichen Mitteleinsatz für die gemeindliche Infrastruktur. Das sind fallübergreifende und fallunabhängige Leistungen, die sich gerade nicht personenbezogen zuordnen lassen. Wir erleben aber, dass die Kommunen sich immer weniger in der Lage zeigen, diese Kosten sozialer Daseinsfürsorge aufzubringen. Diese Finanzierungslücke kann auch nicht von den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe geschlossen werden. Die sorgfältige Einbeziehung der persönlichen Lebenswelt kann auch die Entwicklung des Sozialraums begünstigen. Die Einrichtungen können ggf.

Bürgerschaftliches Engagement kann und wird auch langfristig professionelle Unterstützungsleistungen nicht ersetzen.

auch bürgerschaftliches Engagement für fallunabhängige Arbeit im Sozialraum stimulieren. Sie bleiben aber in der Finanzierung gleichzeitig selbst an die streng einzelfallbezogene, personenorientierte Leistung gebunden.

Es ist zudem ein Irrglaube, dass sich die Unterstützung für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung künftig hauptsächlich durch bürgerschaftliches Engagement oder durch Nachbarschaftshilfe abdecken lassen kann. Natürlich müssen und wollen wir bürgerschaftliches Engagement nutzen, pflegen und weiterentwickeln, ersetzen wird es professionelle Unterstützungsleistungen auch langfristig nicht. Und nicht zu vergessen: die Weckung und Begleitung von freiwilligem sozialen Engagement erfordert selbst auch professionelle Unterstützung, die fällt uns nicht in den Schoß. Die klare gesetzliche und finanzielle Absicherung all dieser notwendigen fallübergreifenden

Aktivitäten und Infrastrukturaufwendungen wird ein weiterer Prüfstein dafür sein, ob das ASMK-Programm wirklich ein Umbauprogramm und kein Sparprogramm ist.

Weihnachtsgeschenke?

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wurde erneut das vor Jahren propagierte Bundesteilhabegeld angeführt, ein einkommensunabhängiges Teilhabegeld für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zur selbstbestimmten Verwendung und darüber die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe. Obwohl der Bund eine solche Beteiligung weiterhin weit von sich weist, werden sich sowohl die Verbände als auch einzelne Länder dafür einsetzen. Gleichzeitig werden Forderungen nach einem eigenständigen Leistungsgesetz und nicht bloß nach einer Reform der in der Sozialhilfe verhafteten Eingliederungshilfe laut. Erste Entwürfe liegen bereits vor.¹³ Es ist also viel in Bewegung. Bleibt nur zu hoffen, dass es eine Vorwärtsbewegung ist und Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung am Ende viel gewonnen haben. ●

Anmerkungen

1 Dieser SGB XII-Behinderten-Begriff schließt Menschen mit psychischer Erkrankung und chronischer Abhängigkeitserkrankung, die eingliederungshilfeberechtigt sind, ein.

2 Vgl. Gemeinsame Positionierung des DW EKD und des BeB zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, 04/2009 (http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2009-04_positionierung_weiterentwicklung_eingliederungshilfe_beb_dwekd.pdf); Forderung der fünf Fachverbände der Behindertenhilfe zur Neuausrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention, 07/2009 (http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2009-07_forderungen_neuausrichtung_eingliederungshilfe_ktg_verbaende.pdf).

3 Lachwitz, Klaus, Sparen zu Lasten behinderter Menschen und ihrer Angehörigen?, in Rechtsdienst der Lebenshilfe, Nr. 3/10, S. 89.

4 Ergebnisprotokoll der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010 am 24./25.11.2010 in Wiesbaden, S. 6 (http://www.asmk2010.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=bdfc168890461b23e78a7664dce3035c), Stand 14.02.2011.

5 TOP 4.3, Anlage „Eckpunkte für die Reformgesetzgebung „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, S. 37 (http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/Stellungnahmen/100914_Entwurf_Anlage_zum_ASMK_Beschlussentwurf_Eingliederungshilfe.pdf, aufgerufen am 14.02.2011).

6 Vgl. DW EKD „87. ASMK Beschluss und verabschiedete Eckpunkte der ASMK Bund-Länder AG zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach SGB XII vom 24./25.11.2010.

7 Beschluss des BVerfG, 1 BvR 1517/08 vom 11.5.2009, Absatz-Nr. 38 ff., http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20090511_1bvr151708.html

8 Eindrucksvoll dargestellt sind die Unterschiede zur internationalen Situation u. a. bei Baur, Fritz, Persönliches Budget in der Eingliederungshilfe und Pflege, Vortrag auf dem 7. Caritas Rechtsforum am 8. und 9. 11. 2006, Havixbeck/Münster: „Darüber hinaus ist festzustellen, dass in Schweden der Aufwand pro behinderter Person und Jahr im Durchschnitt 80.000 € beträgt. Vergleichszahl für Deutschland: 40.000 €.“

9 vgl. § 53 Abs. 3 S. 1 SGB XII.

10 vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 SGB XII.

11 Mehrkostenvorbehalt unter Berücksichtigung der Zumutbarkeitsregelungen

12 Der Begriff des universal design verdeutlicht, dass es hier um eine „allgemeine Gestaltung des Lebensumfeldes für alle Menschen, die möglichst niemanden ausschließt und von allen gleichermaßen genutzt werden kann. [...] Dieser Ansatz berücksichtigt auch die internationale behindertenpolitische Diskussion, die auf 'Einbeziehung' in die allgemeine soziale Umgebung (Inklusion) statt auf spezielle Rehabilitations- und Integrationsbemühungen setzt ...“ (Begründung zum Behindertengleichstellungsgesetz – BGG – BTDr. 14/7420, S. 24).

13 Vgl. ISL / Forsea: „Forderung nach Einführung eines Gesetzes zur Sozialen Teilhabe“ (http://www.forsea.de/projekte/Teilhabeversicherungsgesetz/Forderung_ISL_Forsea_GST.pdf, aufgerufen am 15.02.2011); auch das Forum behinderter Juristinnen und Juristen erarbeitet seit März 2010 einen Entwurf für ein „Gesetz zur Sozialen Teilhabe“ (GST).

Die Zusammenführung stationärer und ambulanter Angebote

Ein Erfahrungsbericht aus dem Rauhen Haus Hamburg

Von Margret Afting-Ijeh und Hermann Gerdes

Der Bericht beschreibt die Prozesse einer regionalen Zusammenführung bisher jeweils solitär vorgehaltener, ambulanter und stationärer Angebote der Stiftung Das Rauhe Haus an 8 Standorten in drei Hamburger Bezirken zu Zentren einer übergreifenden Leistungserbringung. Er beschreibt die Chancen und Risiken, erste positive Erfahrungen und das, was wir mit dem Wissen von heute anders machen würden.

Margret Afting-Ijeh

Das Rauhe Haus

Personal- und Qualitätsentwicklung, Sozialpsychiatrie

Hans Hermann Gerdes

Das Rauhe Haus
Stiftungsbereichsleiter Sozialpsychiatrie & Altenhilfeleistungserbringung.

Die Einrichtung „Brüderhof“ war ab 1976 bis zur Schließung ein sehr gut nachgefragtes Angebot außerhalb der Landesgrenzen von Hamburg, ausgerichtet auf die Versorgung derjenigen psychisch kranken Menschen, die trotz der durch die Psychiatrieenquete von 1975 auf den Weg gebrachter Entwicklungen hin zu einem Auf- und Ausbau gemeindepsychiatrischer Strukturen in klinisch psychiatrischen Abteilungen verblieben. Es waren insbesondere die psychisch erkrankten Menschen, bei denen ein eingegengtes Rehabilitationsverständnis (im Sinne einer zu erwartenden Wiedereingliederung in den Arbeits- und Leistungsprozess als Aufnahmevoraussetzung) eine Alternative zur klinischen Versorgung ausgeschlossen hatte. Innerhalb Hamburgs gab es nur wenige sozialpsychiatrische Angebote, die den besonderen Anforderungen dieser Zielgruppe gerecht wurden. Die Finanzierung langer Verweildauern wurde durch ein Kostenteilungsabkommen zwischen den Krankenkassen und dem Sozialhilfeträger abgesichert.

In den folgenden Jahren entwickelte sich, nicht zuletzt durch die Kündigung des Kostenteilungsabkommens und durch den damit eingeleiteten Bettenabbau in der klinischen Versorgung, der weitere Auf- und Ausbau der außerklinischen regional orientierten Angebotsstrukturen. Diese Prozesse unterstützten maßgeblich eine enge Kooperation der Träger der Leistungserbringung unter Beteiligung des Sozialhilfeträgers. Das Rauhe Haus war an diesem Umbau der Versorgung beteiligt mit dem Aufbau stationärer und ambulanter (Betreutes Wohnen) Angebote an 8 Standorten in 3 Hamburger Stadtbezirken und einer Kapazität von 375 Plätzen im Verhältnis von 2/3 stationär zu 1/3 ambulant.

Trotz eines von den Trägern maßgeblich vorangetriebenen Beschlusses der Hamburger Bürgerschaft, der verhindern sollte, dass Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt die erforderlichen Leistungen gegen ihren Willen außerhalb ihres eigenen Wohnumfeldes bzw. außerhalb Hamburgs erhalten müssen, wurden und werden auch Angebote außerhalb Hamburgs genutzt.

Das Rauhe Haus nutzte selbst einen abgelegenen Standort, setzte sich aber zugleich für wohn- und lebensfeldbezogene Strukturen ein.

Das Rauhe Haus befand sich in dem Widerspruch, einerseits selbst noch einen solch abgelegenen Standort vorzuhalten und zu nutzen, sich aber gleichzeitig (gemeinsam mit anderen Trägern) für wohn- und lebensfeldbezogene Angebotsentwicklungen und Strukturen einzusetzen. Die Überlegungen zur Aufgabe dieses Standortes wurden mit dem Auftrag einer selbstkritischen Überprüfung verbunden:

- Welche Personen- gruppe(n) mit welchen Begründungen laufen Gefahr, in ihrem angestammten Lebensumfeld kein angemessenes Unterstützungsangebot zu erhalten?
- Was müsste sich in der Angebotsstruktur der Einrichtungen des Trägers verändern, um zukünftig fremdbestimmte Unterbringungen - jenseits von Kapazitätsfragen - zu verhindern?

Eine extern begleitete Arbeitsgruppe entwickelte eine umfangreiche Expertise mit der einen zentralen Empfehlung, die bisher eigenständig organisierten ambulanten Dienste des Betreuten Wohnens und die stationären Wohnangebote an den bestehenden Standorten zu Regionalzentren zusammen zu führen. Von dieser Zusammenführung der bisher jeweils in sich geschlossenen ambulanten und stationären Systeme mit je eigenen Aufgabenstellungen, Abläufen und unterschiedlichen Kulturen in die Struktur von Regionalzentren, erwarteten wir erhebliche Vorteile:

- Die Entscheidung, an welchem Ort und in welchem Angebotssegment die individuelle Leistungserbringung erfolgte, hatte sich bisher wesentlich an den Strukturmerkmalen von Diensten und Einrichtungen orientiert und weitaus weniger an der Frage, wo und wie eine auf Unterstützungsleistungen angewiesene Person leben und wohnen möchte.
- Ein Wechsel von stationär zu ambulant und umgekehrt hatte in der Regel auch zu einem erzwungenen System-, Setting- und Bezugspersonenwechsel geführt, obwohl wir von der Bedeutung einer Betreuungskontinuität auch damals schon wussten.
- Mit dem Aufbau einer Zentrums-

struktur sollten die bisherigen Grenzen zwischen den Systemen in der Leistungserbringung aufgelöst und eine Aufbau- und Ablauforganisation etabliert werden, die es erlauben sollte, alle bisher getrennten Leistungselemente an dem jeweils individuellen Bedarf orientiert gemeinsam nutzbar zu machen.

- Damit war ebenfalls die Erwartung verbunden, zukünftig mehr Menschen auch mit einem höheren Unterstützungsbedarf im eigenen Wohnraum bzw. in Wohngemeinschaftsformen ambulant betreuen zu können.
- Schließlich sollte die enge Verknüpfung von ehemals eigenständigen Diensten und Einrichtungen mit Blick auf die Folgen der Änderung in der Refinanzierung von Leistungen die notwendige Flexibilität im Personaleinsatz erhöhen und Spielraum für die Nutzung von Synergieeffekten schaffen.

Mit diesen Vorstellungen wurden im Ergebnis erfolgreiche Verhandlungen mit den Fachbehörden aufgenommen, die einerseits die geplante Überleitung der Kapazitäten aus der zu schließenden Einrichtung zum Aufbau ambulanter Plätze in Hamburg und andererseits

eine Beteiligung des Kostenträgers an den erheblichen Umstrukturierungskosten zum Gegenstand hatten. Die Zustimmung der Mitarbeitervertretung wurde mit der Zusicherung erreicht, die Umstrukturierung ohne betriebs-

bedingte Kündigungen zu leisten. Vor diesem Hintergrund beschloss das Aufsichtsgremium des Rauhen Hauses die Umsetzung der Neuausrichtung seiner sozialpsychiatrischen Angebotsstrukturen.

Umsetzung der Neuausrichtung

Für die weitere Planung und Umsetzung wurden von einer Steuerungsgruppe Planungsvorgaben für das Projekt mit den Beteiligten aus der mittleren Führungsebene entwickelt und abgestimmt: Die wesentlichen Eckpunkte waren zeitliche Projektierung des Prozesses, Projektsteuerung durch eine externe Projektleitung, Bildung einer Projektgruppe, Festlegung für Standortvorgaben und Kapazitätsgrößen, Festschreibung der Ambulantisierungsquote (35% stationär und 65%

ambulant), Definition fachlicher Standards und Leistungsmerkmale, Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für die Regionalzentren, Neuorganisation der Arbeits- und Beschäftigungsangebote für die Klienten.

Konkret hieß das:

1. Aufbau von 4 Regionalzentren in 3 Hamburger Bezirken. Dafür werden die bisherigen Standorte weiter genutzt und bilden mit ihren jeweils dort vorhandenen ambulanten und stationären Elementen das Grundgerüst der neu aufzubauenden Regionalzentren. Ihre Angebote sind regional orientiert. Sie werden dem regionalen Bedarf und der regionalen Versorgungssituation entsprechend ausgestattet und bilden, falls erforderlich, auch überbezirkliche Spezialangebote aus. Die Großeinrichtung außerhalb Hamburgs wird geschlossen. Für deren bisherige Nutzerinnen und Nutzer wird in den zukünftigen Regionalzentren ein bedarfsgerechtes Angebot geschaffen.

2. Jedes Regionalzentrum hat eine Regionalleitung, verfügt über einen definierten Personalpool und arbeitet in multiprofessionellen Teams (7-10 Personen), die jeweils für 30 Klienten zuständig sind. Es ist insgesamt zuständig für etwa 90 -100 Personen und hat Zugriff auf niedrigschwellige Arbeitsangebote in räumlicher Nähe.

Am 1.4.2007 gingen alle Regionalzentren mit neu eingesetzter Regionalleitung an den Start. Um sowohl die Regionalleitungen als auch die Teams bei ihrem Prozess zu unterstützen, wurde für die neuen Regionalleitungen, deren Funktion und Rolle sich erheblich von der alten Funktion einer Einrichtungsleitung unterschied, ein auf die konkreten Bedarfe zugeschnittenes internes Qualifizierungsprogramm entwickelt und umgesetzt. Die neu zusammengesetzten Teams haben gemeinsam mit ihren neuen Leitungen ein zeitlich begrenztes auftragsbezogenes Teamentwicklungsprogramm absolviert.

Sukzessiv wurde der Personalmix um die Funktion der Assistentkraft zur Unterstützung der Fachkräfte in alltagspraktischen Tätigkeiten erweitert. Auch hier war eine begleitete Integration

dieser neuen Mitarbeitergruppe erforderlich, da es an Erfahrungen im Blick auf das Zusammenspiel von Fachkräften und Assistenzkräften zunächst fehlte. Diese neue Funktion wurde nach einer genauen Funktions- und Aufgabenbeschreibung in die Teams der Regionalzentren implementiert. Sie musste vernetzt werden mit Funktionsprofilen und Schwerpunktaufgaben der anderen Berufsgruppen. Für die Assistenzkräfte wurde außerdem ein Qualifizierungsprogramm entwickelt. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den unterschiedlichen Systemen arbeiten nun gemeinsam in den Teams. Die Arbeit erfordert deutlich stärker einen funktionellen Blick und damit die Profilentwicklung für alle Berufsgruppen.

Neben den erheblichen Organisationsentwicklungsprozessen musste von allen beteiligten Mitarbeitenden ein enormes Pensum an „Klientenbewegungen“ bewältigt werden. Für und mit etwa 70 Bewohnern und Bewohnerinnen aus der zu schließenden Einrichtung wurden in einem umfangreichen Assessment die alternativen Wohn- und Betreuungswünsche ermittelt und umgesetzt. Vor dem Start in die regionalen „Fusionsprozesse“ wurden Klienten und Klientinnen aus den stationären Einrichtungen motiviert, in eigene Wohnungen oder trügereigene Wohngruppen zu ziehen. Über

die sozialräumliche Anbindung und das herausragende Engagement von Leitungen und einigen Mitarbeitern entstanden Kontakte zu Wohnungsanbietern, die es ermöglichten, in den 4 Regionen ein differenziertes Wohnangebot aufzubauen. Durch diese erheblichen Aus- und Umzugsbewegungen konnten selbst Personen motiviert werden, bei denen dies noch kurz zuvor für unmöglich gehalten wurde. Mit der Sicherheit und Verlässlichkeit des Betreuungssettings trauten sie sich den Auszug zu.

Mit dem Aufbau der Regionalzentren und dem Zuwachs an Klientinnen und Klienten sowie an Mitarbeitenden er-

Vielen Mitarbeitenden ging die Identifikation mit dem alten System verloren, ohne dass es zunächst gelungen war, Begeisterung für die Chancen und die Vorteile des Neuen zu wecken.

wuchs ein enormer Steuerungs- und Koordinationsbedarf. Die alten Steuerungsmodelle in den kleinen Einheiten, die auf sehr persönlichen Absprachen basierten, funktionierten nicht mehr. Gleiches galt für das Informations- und Besprechungswesen. Diese Phase hat alle Beteiligten an die Grenzen der Belastbarkeit gebracht. Übersicht und Orientierung gingen verloren. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen konnten die Ziele nicht nachvollziehen. Vielen ging die Identifikation mit dem alten System verloren, ohne dass es zunächst gelungen war, Begeisterung für die Chancen und die Vorteile des Neuen zu wecken. Es gab erheblichen Widerstand und massive Kritik. Bereits sichtbare Erfolge und Vorteile des Umstrukturierungsprozesses konnten kaum wahrgenommen werden.

Die Projektgruppe beschäftigte sich immer wieder damit, Lösungen zu finden und Prozesse in Gang zu setzen, die es ermöglichen sollten, aus den ehemaligen Diensten und Einrichtungen mit einem sehr hohen Autonomiestreben 4 regionale Zentren mit gemeinsamen Standards und vergleichbaren Leistungsmerkmalen aufzubauen.

Stand des Neustrukturierungsprozesses Mitte 2008

Die Umsetzung der Regionalzentren wurde termingerecht zum 1.4.2007 begonnen. Mitte 2008 stellte sich die Situation bereits wie folgt dar:

Etwa 2/3 der Klienten aus der Großeinrichtung sind umgezogen, der weitaus größte Teil in die Regionalzentren. Mitte 2009 konnte die Großeinrichtung dann endgültig geschlossen werden. Es wurde in erheblicher Größenordnung ein hoch differenziertes Wohnangebot geschaffen. Bisher schwer zu motivierende Klienten aus dem stationären Bereich haben in ein ambulantes Betreuungssetting gewechselt. Sowohl bei Klienten und Klientinnen als auch bei Mitarbeitenden wurden durch den Prozess Ressourcen freigesetzt, die vorher niemand für möglich gehalten hat. Chronifizierte Verfahren und Abläufe konnten hinterfragt und neu angepasst werden. Die personenzentrierte Arbeits-

weise und die individuelle Hilfeplanung können besser umgesetzt werden. Mit dem Bereich „Arbeit“ entsteht ein kontinuierliches, niedrighschwelliges Arbeitsangebot in räumlicher Nähe zu jedem Regionalzentrum. Für die Klienten sind übergreifende, personenzentrierte Arbeitsangebote aufgebaut und deutlich erweitert worden. Die Trennung von Betreuung und Arbeit wird in jeweils eigenen Milieus umgesetzt. Ende Juni 2009 stand das Gerüst der Regionalzentren. Am 1.7.2009 wurde die Projektgruppe aufgelöst und das Projekt vollständig von der Stiftungsbereichsleitung weitergeführt. Im Laufe des Prozesses wurden die konzeptionellen Inhalte der Regionalzentren weiterentwickelt.

Phase der Etablierung und Weiterentwicklung

Nachdem alle wesentlichen Strukturen der Regionalzentren aufgebaut waren, begann die weitere konzeptionelle Ausgestaltung der Angebote. Die Aufbau- und Ablauforganisation der Regionalzentren wurde in einem extern begleiteten Evaluationsprozess unter Beteiligung der Mitarbeitenden überprüft. Dazu zählten auch die beschriebenen Annahmen im Rahmenkonzept.

Als erste Konsequenz daraus wurde Ende 2009 die Funktion von Teamleitungen eingeführt. Es hatte sich deutlich gezeigt, dass die Führungsspanne der Regionalleitungen zu groß ausgelegt war, dass sie mit der Regelung von Alltagsaktivitäten blockiert waren und damit nur eingeschränkt ihre eigentliche Funktion ausfüllen konnten. Einzelne Funktionen wurden in ihrem Profil geschärft und den neuen Erfordernissen angepasst. Die enorme Ausweitung des Angebotsspektrums unterstreicht die Notwendigkeit einer personenzentrierten Steuerung und Koordination der Leistungsangebote durch die neue Funktion der Prozessverantwortlichen. Die Prozessverantwortlichen sind erste Ansprechperson für die Klienten, verantwortlich für die Umsetzung der Vereinbarungen (IBRP) und damit die fachliche Zusammenführung der an der Umsetzung der Hilfeplanung beteiligten Mitarbeitenden. Es wurde in den Regionalzentren jeweils ein Klientenrat gebildet. Es ent-

wickelten sich darüber hinaus regionsübergreifende Treffen der Klientenräte, um an der Qualitätsverbesserung der Unterstützungsangebote zu arbeiten. Verfahren und Instrumente zur Qualitätsentwicklung wurden aufgebaut, in die Qualitätszirkel der Mitarbeitenden sollen demnächst auch Klientinnen und Klienten einbezogen werden.

Durch den Veränderungsprozess wurden bei Klienten und Mitarbeitenden ungeahnte Ressourcen frei.

An der Trennung der Milieus Wohnen, Betreuung, Freizeit und Arbeit wird fortlaufend gearbeitet. Die Milieutrennung bezieht sich wesentlich auf die Organisation von Zuständigkeiten der Mitarbeitenden („wer für die Begleitung beim Wohnen zuständig ist, ist dieses nicht zugleich für therapeutische Interventionen“) und auf die Gestaltung unterschiedlicher räumlicher Milieus („wo gewohnt wird, soll nicht zugleich gearbeitet werden“). Aufgrund der Veränderung der Zielgruppen und der Arbeitsorganisation wurden zielorientierte und bedarfsgerechte Personalentwicklungsmaßnahmen entwickelt und durchgeführt. Die Betreuungskontinuität stellen wir inzwischen nicht mehr ausschließlich über Personen, sondern in erster Linie über verlässliche Settings her.

Kritische Abschlussbetrachtung des Neustrukturierungsprozesses

Was uns gelungen ist:

- unser sozialpsychiatrisches Angebots- und Leistungsspektrum wurde deutlich erweitert
- Durchlässigkeit von ambulanten und stationären Systemen in den Regionalzentren ist etabliert
- Ambulantisierungsquote wurde problemlos erreicht
- wir können mehr Klienten mit hohem und komplexem Betreuungsbedarf ambulant betreuen
- die Klienten haben die Veränderungen erstaunlich gut gemeistert und nutzen die neuen Möglichkeiten
- das enorme Engagement vieler Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und der Führungskräfte
- Der Personalpool jedes Regionalzentrums ermöglicht eine erheblich größere Flexibilität in der Personalplanung und Steuerung

- es gelingt uns tatsächlich, die Trennung der Milieus Wohnen, Arbeit und Freizeit abzubilden.

Damit hatten wir nicht gerechnet:

- mit der Wucht und der Komplexität dieses Prozesses,
- mit dem hohen Steuerungs- und Führungsbedarf,
- mit der starken Chronifizierung von Systemen,
- mit der Zähigkeit der starken Bedenken bei vielen Mitarbeitenden,
- mit der enormen Schwierigkeit des Perspektivwechsels von „wir sind ein Team und sind für alles gemeinsam zuständig“ hin zur Arbeit in Funktionen und personenzentrierter Leistungserbringung,
- mit der Wirkung und dem Ausmaß von Orientierungslosigkeit,
- mit der Entstehung von Sprachlosigkeit bei Veränderungsprozessen,
- dass es so schwierig ist, Transparenz über Ziele dieses Prozesses in einem dezentralen System herzustellen.

„Wir würden wir es noch einmal machen. Aber gerne mit unserem heutigen Erfahrungswissen.“

Was wir unterwegs gelernt haben:

- keine Verknüpfung von 3 Großprojekten (Großeinrichtung auflösen, Regionale Zentren bilden, Ambulantisierungsquote erhöhen): nicht zu viele Veränderungen auf einmal
- realistische Zeitplanung, nicht zu viel in zu kurzer Zeit
- Auftrags- und Entscheidungsprozedere muss frühzeitig geklärt sein
- Feststellung: es bedarf einer sehr hohen Anfangsmotivation und sehr hohen Zielakzeptanz (Schubkraft) der gesamten Führungsebene, um einen Veränderungsprozess in dieser Dimension durchzustehen
- Klärung, wie in einem top-down-Prozess eine transparente Beteiligung von Mitarbeitenden aussehen kann
- Informationen und Kommunikation als durchgängiges Konzept von Anfang an mit planen, transparente Projektziele fortlaufend kommunizieren,
- Aktive, durchgängige und eindeutige Steuerung des gesamten Prozesses unbedingt erforderlich

Und würden wir es noch einmal machen? Eindeutig ja, aber gerne mit unserem heutigen Erfahrungswissen. ●

Warum Klinik und ambulante Dienste um die „richtige“ Betreuung streiten

Ein Erklärungsversuch¹

Von Michael Konrad und Joachim Jaeger

Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik und des Betreuten Wohnens haben gelegentlich unterschiedliche Sichtweisen auf einen „Fall“. Wenn sich Klinikaufenthalte eines Klienten häufen, entwickeln sich daraus oft Konflikte mit erheblichem emotionalem Potenzial. In Zeiten der stationären Krisenintervention sind beide Institutionen für den Klienten zuständig, die Situation ist außerdem eine besondere: der Klient ist in einem psychisch schlechten Zustand, möglicherweise psychotisch dekompenziert, wegen seiner Borderline-Problematik hochgradig selbstgefährdet oder für Mitbewohner und Mitarbeiter des Betreuten Wohnens bedrohlich geworden.

Wie auch immer: er hat auf jeden Fall deutlich gemacht, dass er der stationären Behandlung bedarf und die Klinik zu seinem Schutz oder zum Schutz anderer benötigt. Für die Mitarbeiter der Klinik auf jeden Fall ein sichtbarer Misserfolg, da man sich ja von der Vermittlung des Klienten in das Wohnangebot eine entsprechende Betreuung und damit Verbesserung des problematischen Verhaltens erhofft hatte.

Für die Mitarbeiter der Wohnversorgung zunächst einmal eine Entlastung, gleichzeitig steht aber auch hier die Frage nach dem Versagen im Raum, da man es ja zum wiederholten Mal nicht geschafft hat, dem Klienten die Unterstützung zu geben, die er für ein Leben außerhalb der Klinik benötigt.

Die Emotionen, die die wiederholte Aufnahme eines Bewohners aus der Wohnversorgung auslöst, deuten darauf hin, dass sich hier Grundprobleme der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen manifestieren: Es gibt eine Reihe von Anhaltspunkten

dafür, dass die beiden Subsysteme psychiatrische Klinik und komplementäre Versorgung („Dinnen“ und „Draußen“) getrennte Welten mit unterschiedlichen Sinnhorizonten sind. Wie bei anderen Fällen von Kommunikationsstörung verbergen sich hinter dem Streit um Betreuungsformen andere Konflikte, die sonst nicht thematisiert werden können.

Ein Beispiel: Herr P.

10.04.2008:

Herr P. wird im Mai in der Hilfeplankonferenz besprochen. Bis Juni 2008 wurde auf Grund des großen Hilfebedarfs nochmal Ambulant betreutes Wohnen (ABW) intensiv verlängert. Ziel des Gesprächs war es, einen Konsens zu finden, welche Wohnform für Hr. P. die geeignete ist. Betreuungsaufwand ist sehr hoch, mit weniger Unterstützung/Betreuung drohen Hr. P. noch häufigere stat. Aufnahmen, Verstärkung seiner Suchtproblematik, seiner Diebereien etc.

„Dinnen“ und „Draußen“: zwei getrennte Welten mit unterschiedlichen Sinnhorizonten.

Herr P. äußerte klar, in der betreuten Wohngemeinschaft bleiben zu wollen.

24.04.2009

Anruf der Klinik. Herr P. sei mit einer Einweisung seines Hausarztes zur Aufnahme gekommen. Er habe heute Nacht gegen 1 Uhr den Krankenwagen gerufen und über Schmerzen im Knie und innere Unruhe geklagt, die Besatzung habe sich aber geweigert, ihn mitzunehmen und auf den Hausarzt verwiesen. War dann wohl heute Morgen bei seinem Hausarzt, der ihm eine Einweisung für die Suchtstation gegeben habe. Wurde aber inzwischen wieder entlassen, da Knieschmerzen kein Aufnahmegrund für eine Behandlung auf der Suchtstation sind. Auch die



Michael Konrad

Dr., Diplom-Psychologe, Leiter des Wohn- und Pflegeheims Ravensburg-Bodensee des Zentrums für Psychiatrie Süd-Württemberg



Joachim Jaeger

Diplom-Psychologe am Wohn- und Pflegeheim Ravensburg-Bodensee des Zentrums für Psychiatrie Süd-Württemberg

allgemeinpsychiatrische Station wollte ihn nicht aufnehmen - es gebe keinen Behandlungsgrund. Herr. P. habe darüber geklagt, dass er heute Urlaub habe, dann weniger Geld bekomme und auch nicht im Casino essen könne. Offensichtlich wollte er seine Geldprobleme mit einem Krankenhausaufenthalt lösen!

14.09.2009

Am Samstag versucht, in der Klinik aufgenommen zu werden. Wurde abgelehnt. Äußerte darauf hin an der Pforte suizidale Gedanken, AvD wurde geholt, Herr P. aufgenommen.

7.12.2009

Telefonkontakt mit der allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. Herr P. berichtet, dass es ihm eigentlich gut gegangen sei, dass er aber bei seinem Neffen mehrere Bier getrunken hätte, dann sei es ihm schlecht gegangen. Herr P. soll 2 bis 3 Tage auf Station bleiben. Werde Geld und Socken vorbeibringen.

In einem Gespräch über die schwierige Zusammenarbeit zwischen Klinik und Wohnversorgung, das über 1 Jahr nach diesem Vorfall stattfindet, äußert die Sozialarbeiterin der Aufnahmestation: „Spontan fällt mir ein Fall ein, den wir beide kennen (Herr P.), wo klinischerseits die Frage gestellt wird: ‚reicht diese Art der Betreuung überhaupt aus, diese Stundenzahl?‘ Je-
mand, den wir hier als
„Und wenn der rein-
kommt, ist dann doch
die Klinik derjenige, der
das ausbadet!“
doch sehr betreuungsintensiv vom Gesprächsbedarf, von Konfliktregulierung, von Geldeinteilung erleben, der dann auch immer wieder kommt, ziemlich manisch, mit vielen Problemen draußen, alles steht irgendwie Kopf und dann halt, macht man doch wieder (ambulant betreutes Wohnen).“

Die koordinierende Bezugsperson von Herrn P. sah das ganz anders: „Die Meinung der Kollegen aus der Klinik: die Abstände der Aufnahmen würden sich verkürzen, die Aufnahmen zur Krisenintervention fänden immer häufiger statt und der Zustand, in dem er komme, sei immer schlimmer – das kann ich faktisch widerlegen. Herr P. war das letzte Mal im Sommer 2008 auf Station – das letzte Jahr verlief krisenfrei. Natürlich ist meiner Meinung nach die Wohnform wieder einmal zu überdenken – nachdem die Krise überstanden ist und mit den richtigen Fakten.“ (Eintrag der kBP in die Dokumentation)

Ein weiteres Statement aus dem Gespräch mit der Sozialarbeiterin der Klinik macht aber deutlich, dass es im Fall von Herrn P. schon um mehr als Fakten und fachliche Bewertungen geht: „Und wenn der reinkommt, ist dann doch die Klinik diejenige, die das ausbadet und doch vielleicht dann auch die schwierige Gratwanderung, was ist da jetzt Behandlung und welches Behandlungsziel müssen wir eigentlich verfolgen.“

Ein seltenes Ereignis

Angeichts der Emotionen könnte man meinen, Kriseninterventionen von Klienten der Wohnversorgung wären häufige Ereignisse und würden viele Klienten betreffen und dadurch die Klinikmitarbeiter über Gebühr belasten. Dass dem nicht so ist, zeigt eine Auswertung

der „Abwesenheitsstatistik“ des ABW im ZfP Weissenau seit 1.4.2004: Das ABW des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg, das seit 1.4.2004 insgesamt 59 und aktuell 39 Klienten mit einem Personalschlüssel von 1:10 versorgt, verzeichnete im genannten Zeitraum 47 stationäre Einweisungen. Davon entfallen 14 auf Herrn P. Und weitere 16 auf nur fünf andere Klienten. Fakt ist damit, dass die meisten selbst der schwierigen Klienten über lange Zeiträume ohne klinische Krisenintervention in der wenig intensiv betreuten ambulanten Wohnform langfristig erfolgreich bestehen können.

Im Fall des Herrn P. ist das Empfinden der starken Belastung seitens der Klinikmitarbeiter demnach wesentlich auf die Marotte von Herrn P. zurückzuführen, der, wenn er sich unwohl fühlt, an der Stationstür klingelt, um Aufnahme bittet und, wenn er abgewiesen wird, mit Suizid droht. Er handelt im Hinblick auf seine Kliniknutzung völlig unvernünftig und spontan. Gelegentlich ruft er auch nächstens den Notarzt an, weil er nicht schlafen kann, erkältet ist oder ihm wegen übermäßigen Alkoholkonsums schlecht ist. Die Konsequenz dieses chaotischen Handelns ist, dass der fachliche Austausch zwischen Klinikstationen und den Mitarbeitenden im betreuten Wohnen, der in der Regel als produktiv und konstruktiv erlebt wird, in Fällen wie Herrn P. emotional entgleist.

Ist das chaotische Handeln von Herrn P. Ausdruck von Langeweile oder ist dies der Kern seiner „seelischen Behinderung“? Kann dies in der Klinik „behandelt“ werden und wenn ja, wie? Ist die Betreuung im Wohnbereich in der Lage, Hilfeangebote zu machen, die Herrn P. aus seiner Not befreien? Wie kommt es, dass Mitarbeiter das Gefühl haben, etwas „ausbaden“ zu müssen? „Was ist da jetzt Behandlung und welches Behandlungsziel müssen wir eigentlich verfolgen?“

Könnte es sein, dass beide Teile des Versorgungssystems im Fall von Herrn P. mit den Grenzen ihres professionellen Inventars konfrontiert werden?

Stehen Grundsätze der stationär-psychiatrischen Behandlung und der komplementären Versorgung auf dem Prüfstand? Verbergen sich hier die oben erwähnten „Konflikte, die an anderer Stelle nicht thematisiert werden“?

Verhandeln statt behandeln?!

Sachprobleme in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Wohnbetreuung sind klar zu benennen, und im Rahmen eines GPV existieren in der Regel Vereinbarungen, die die jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben bei Kriseninterventionen arbeitsteilig regeln. Der kritische Punkt solcher Kooperationsvereinbarungen ist die Einigung über den Behandlungsauftrag. Denn im Gegensatz zur üblichen Behandlungssituation im Krankenhaus, in der sich idealerweise Arzt und Patient über die Behandlungsziele und -methoden verständigen, tritt im Fall von Klienten der komplementären Versorgung die koordinierende Bezugsperson der Wohnbetreuung als einzubeziehender

Vereinbarungspartner und „Entscheider“ hinzu. Dies ist zumindest dann geboten, wenn der Klient beim Thema „Bewältigung der psychischen Erkrankung und ihrer Folgen“ einen

Hilfebedarf hat. Dies ist bei Klienten des ABW in aller Regel der Fall. Die Bezugsperson ist jemand, der den Klienten langfristig betreut und in der Folge eher in die Rolle eines Angehörigen gerät als in die des Therapeuten.

Genau an dieser Stelle wird oft einer der Grundkonflikte der psychiatrischen Arbeit thematisiert: die Balance zwischen Selbstbestimmung des Klienten und Fürsorge für den Patienten. Die Mitarbeiter des komplementären Bereichs fühlen sich in ihrer Rolle als langfristige Bezugsperson dem Klienten häufig fürsorglich verpflichtet und nehmen daher die Perspektive ein, dem Klienten unter allen Umständen die Situation im betreuten Wohnen zu erhalten. Diese Problematik bringt der Oberarzt der Klinik auf den Punkt:

„Es ist interessanterweise so, dass die Klinik das Verhalten des Klienten als Versagen wertet, während das ambulante System nur die positive Sichtweise einnimmt und es nicht

selbstkritisch sieht.“ In der Frage der adäquaten Unterstützung im Betreuten Wohnen nehmen Mitarbeiter der Klinik und Mitarbeiter des Betreuten Wohnens damit aufgrund ihrer verschiedenen Rollen unterschiedliche Haltungen ein, die schwer vermittelbar sind. Die Mitarbeiter der Klinik sehen ihren Behandlungsauftrag darin, mit einem kritisch reflektierten Blick die therapeutischen Möglichkeiten für die Integration im Betreuten Wohnen auszuloten. Dabei haben sie in einigen Fällen den Eindruck, dass die Wohnbetreuer die persönlichen Grenzen der Klienten nicht sehen wollen. Der dazu befragte Oberarzt konkretisiert dieses Problem:

„Es gibt wenige Patienten (...) da kann man noch so viel Supervision machen, letztlich ist es dann natürlich auch die Persönlichkeit des Patienten, ganz wenige Fälle, ein, zwei im Jahr, wirklich so ein Patient, wo man dann ja auch manchmal sagt, ok, dann musst du halt wirklich in ein geschlossenes Heim. Das sind ja auch immer die Patienten, die dann Stein des Anstoßes sind zwischen Klinik und komplementärem System, diese Systemsprenger. Da ist es manchmal schon so, dass man sagen muss, es sind nicht Übertragungsphänomene, es ist nicht das Versagen der Klinik, auch nicht das Versagen der Kollegen draußen, sondern der Patient hat eine derart schwierige Pathologie, dass er eben einfach sich nicht wirklich befriedigend versorgen lässt.“

Hier wird plastisch der Gegenpol zur Utopie des selbstbestimmten Lebens aufgezeigt: das geschlossene Heim. Dies ist sicher nicht die ultima ratio der klinischen Behandlung, sondern ein Ausdruck der Hilflosigkeit bei denjenigen chronisch psychisch kranken Patienten, bei denen sich nicht einmal ein Mindestmaß an Selbststeuerung entwickeln lässt. Die geeignete Alternative zum geschlossenen Heim ist sicher mit dem Schlagwort „verhandeln statt behandeln“ zu benennen. Aber während den Mitarbeitern der Wohnbetreuung das Dogma der Selbstbestimmung des Klienten im Weg steht und der Widerspruch dagegen einen Klinikmitarbeiter auch nicht beliebter macht, fehlt den Mitarbeitern der Klinik die Zeit. Hierin sind sich alle Gesprächspartner einig.

Die Suche nach der verlorenen Zeit

„Es ist sicher so, dass dafür im KH zu wenig Zeit ist. Gestern hatte ich ein Gespräch mit Verwandten eines Patienten, die waren völlig begeistert, dass sie eingeladen wurden und so ein langes Gespräch hatten – eine dreiviertel Stunde – das war in dem Fall schon gut und auch indiziert, sonst hätten wir es gar nicht gemacht, ich hab mir nur überlegt, wenn wir's bei Jedem machen würden, da käme man gar nicht über die Runden. Dann sind es die Verwandten, dann eben die ambulanten Betreuer, dann kommt noch der gesetzliche Betreuer und wenn man Pech hat, dann müssen wir den noch unterbringen, dann sitzt der Richter hier noch eine Stunde – das geht gar nicht.“ (Oberarzt)

Die geeignete Alternativen zum geschlossenen Heim ist sicher mit dem Schlagwort „verhandeln statt behandeln“ zu benennen.

Diese Sichtweise konkretisiert und ergänzt der pflegerische Stationsleiter: Es habe in den letzten 10 Jahren eine Entwicklung weg vom sozialpsychiatrischen Ideal zu einer überwiegend symptomatischen Behandlung stattgefunden. Immer kürzere Verweildauern, damit steigende Fallzahlen und mehr Aufnahmen ließen eine Behandlung, die neben der Akutsymptomatik auch der Beschäftigung mit den psychosozialen Aspekten der Erkrankung Raum lässt, nicht mehr zu. Insgesamt sei diese Situation auch nicht förderlich für die Kommunikation mit ambulanten Diensten – es sei einfach zu wenig Zeit für Gespräche, damit könne man sich nicht gut über Behandlungsziele verständigen, es vergehe zu viel Zeit von der Aufnahme bis zum Kontakt zwischen Betreuer und Behandler, evtl. unrealistische Erwartungen von ambulanten Diensten an die Behandlung könnten deshalb oft nicht zur Sprache gebracht werden.

Über solche Probleme können sich professionell geschulte Kräfte in der Regel verständigen. Woher kommt dann das immer wieder spürbare gegenseitige Unverständnis? Vielleicht daher, dass die beiden Bereiche nicht unabhängig voneinander entstanden sind? Die komplementäre Versorgung in der Psychiatrie ist aus der Klinik heraus entstanden. Sie ist gewisser-

maßen ein „Bankert“² der psychiatrischen Anstalt, entstanden aus der unglücklichen Verbindung zwischen einem im Aussterben begriffenen Hilfetypus, der anstaltsförmigen Hilfe, und einem wesentlich in der Sozialhilfe verankerten Sozialleistungssystem. Die komplementären Dienste als eigenes Versorgungssystem „draußen“ mussten eigene Regeln, Prozesse und Strukturen entwickeln, die den Regeln, Prozessen und Strukturen des Erzeugers (Dritten) zum Teil widersprechen. Die Mitarbeiter von „Dritten“ und „Draußen“ müssen unabhängig voneinander handeln, sind aber auf eine arbeitsteilige Kooperation angewiesen.

Diese Umstände zeigen einmal mehr auf, dass kein Weg an strukturierten Kommunikationsprozessen vorbei führt. Grundlage für den Austausch zwischen Klinik und Betreutem Wohnen bei stationären Kriseninterventionen sind Kooperationsvereinbarungen zwischen Klinik und komplementären Diensten. Die Erfahrungen im Landkreis Ravensburg haben gezeigt, dass zur praktischen Durchführung als Hilfsmittel ein Überleitungsbogen sinnvoll ist, in dem einige wichtige Informationen übermittelt werden und vor allem der Behandlungsauftrag definiert wird.

Außerdem bieten sich sowohl auf den Einzelfall bezogene Konferenzen unter Einbeziehung aller Professionellen, die den Klienten kennen, des rechtlichen Betreuers sowie sonstiger bedeutender Bezugspersonen an, wie auch Gespräche im Rahmen von Hilfeplankonferenzen oder in einem anderen Rahmen. Nur ein Verständigungsprozess, der die Erfahrungen des Einzelfalls in einem systematischen Reflexionsprozess zwischen Klinik und komplementärem Bereich aufarbeitet, wird die notwendigen Brücken schaffen. Erste Schritte auf dem Weg dahin können z.B. regelmäßige Einladungen der Kollegen aus dem Betreuten Wohnen in die Fortbildungsstunden der Klinik sein. ●

Anmerkungen

1 Dieser Beitrag wird in abgewandelter Form in dem im September im Psychiatrie-Verlag erscheinenden „Handbuch Betreutes Wohnen“, hg. von Michael Konrad & Matthias Rosemann, veröffentlicht.

2 Mundart für: uneheliches Kind.

Kontakt

michael.konrad@zfp-zentrum.de

Backrezept für ein geschlossenes Wohnheim

Oder: Wie bringe ich Hefeteig dazu zu gehen?

Von Doris Ayena

Im Juni 2011 wird das Wohnheim Freiberg der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart (eva) 10 Jahre alt. Es wurde eingerichtet, um psychisch kranke Stuttgarter und Stuttgarterinnen, die sich selbst gefährden und deshalb nach § 1906 BGB untergebracht werden, aufzunehmen.

Vorher wurde diese Menschengruppe außerhalb von Stuttgart im Schwarzwald oder anderen ländlichen Gebieten in gewerblich orientierten Pflegeheimen versorgt. Heute geschieht dies auch wieder, weil es noch nicht genügend geschlossene Wohnheimplätze der Eingliederungshilfe in Stuttgart gibt. An der Planung dafür wird auf Hochtouren gearbeitet.

Damals wurde die Entscheidung der eva, ein geschlossenes Wohnheim zu eröffnen, mit vielen kritischen und zum Teil abwertenden Kommentaren begleitet. Die einen fanden es „unmoralisch, Menschen einzusperren“ – für die anderen war unsere „geschlossene Tür viel zu offen und würde ihren Zweck nicht erfüllen“.

Nach einigen Jahren war unsere Art der Arbeit dann doch von vielen anerkannt und geschätzt. Überzeugend waren hier sicherlich die Entwicklungen der Bewohner und Bewohnerinnen. Von 45 Ausgezogenen in 9,5 Jahren konnten 29 Menschen im ambulant betreuten Wohnen aufgenommen werden. Die meisten davon schon, nachdem sie nur ein Jahr im Wohnheim gewohnt haben. Drei Personen sind in offene Wohnheime gezogen. Vier wollten zurück zur Familie. Für neun Menschen hatten wir nicht die richtige Lösung zu bieten. Sie sind erst mal in die Klinik aufgenommen worden, wo neu geplant werden musste. Inzwischen haben viele Verantwortliche

erkannt, dass es eine – wenn auch sehr kleine Anzahl psychisch kranker Menschen gibt, die für eine kürzere oder längere Zeit eine geschlossene Unterbringung benötigen. Vor diesem Hintergrund kommen seit ein paar Jahren Besuchergruppen aus allen Ecken Deutschlands ins Wohnheim, die wissen wollen, „wie wir das denn in Freiberg so machen“. Und auch die Anfrage für diesen Artikel ging in dieselbe Richtung, wenn auch professioneller formuliert. Mich erinnert diese Situation oft an das Austauschen von Backrezepten. In diesem Fall geht es um ein bisher seltener ausprobiertes Rezept, an das sich nicht alle heranwagen. In diesem Sinne lautet meine Antwort: Ein geschlossenes Wohnheim zu betreiben ist, wie einen Hefeteig zum Gehen zu bringen!

Es gibt eine kleine Anzahl psychisch kranker Menschen, die für eine kürzere oder längere Zeit eine geschlossene Unterbringung benötigen.

In einem älteren Backbuch, dass mir unsere Hauswirtschafterin herausgekratzt hat, heißt es: „Das Wichtigste zum Gelingen eines Hefeteiges ist die Atmosphäre. Es darf nicht zu warm und nicht zu kalt sein. Der Teig darf keiner Zugluft ausgesetzt werden, decken Sie ihn ab! Die Form, in der der Teig gehen soll, darf nicht zu klein und nicht zu groß sein! Sie müssen sich beim Kneten ordentlich anstrengen und dürfen nicht zu früh nachlassen! Und nehmen Sie dabei die Hände, nur so können Sie genau spüren, ob alle Bedingungen gut aufeinander abgestimmt sind!“

Wer sich schon mal an einen Hefeteig gewagt hat, weiß, dass das Kneten recht anstrengend sein kann, dass das Ganze eine gewisse Zeit und vor allem Ruhe braucht. Wenn der Teig nicht gegangen ist, wird er ungenießbar. Man kann das Misslingen nicht schönreden und deswegen lassen viele gleich die Finger davon. Und manche



Doris Ayena

Dipl. Sozialpädagogin
Heimleiterin Wohnheim Freiberg der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart
Email: Doris.Ayena@eva-stuttgart.de

mögen auch gar keinen Hefeteig. Der Vergleich hinkt an manchen Stellen, aber an vielen passt er erstaunlich gut. Mal gelingt es uns, alle Zutaten gut zu verarbeiten und manchmal auch nicht! Wie also stellen wir jetzt den Hefeteig im Wohnheim Freiberg her?

Die Form

Bei einer geschlossenen Unterbringung handelt es sich um eine stark in die persönliche Freiheit eingreifende, oft demütigend wirkende Maßnahme, die zu viel Unsicherheit und Verzweiflung führen kann. Um mit Transparenz Sicherheit zu geben, bitten wir im Wohnheim Freiberg gleich nach dem Einzug alle beteiligten Menschen an einen Tisch – die untergebrachte Person, die gesetzliche Betreuungsperson, den Bezugsbetreuer bzw. die Bezugsbetreuerin im Wohnheim und die Heimleitung, eventuell Angehörige. Bei diesem Gespräch geht es vor allem um die Zielrichtung der Maßnahme. Welches Verhalten hat zur Unterbringung nach § 1906 BGB geführt? Woran könnte der gesetzliche Betreuer festmachen, dass keine Gefährdung mehr besteht und dann einem Auszug in eine andere Wohnform zustimmen? Wie möchte der Klient bzw. die Klientin am liebsten in naher Zukunft wohnen? Wie müssen die Schritte aussehen, mit denen wir ihn unterstützen, sein Ziel in seinem Tempo zu erreichen? Ausgangsregelung und -erweiterung, besondere Schwerpunkte bei der Ta-

gesstrukturierung, spezielle Gesprächsthemen können hier wichtig sein!

Wir versuchen von Anfang an, zu signalisieren, dass jede Bewohnerin die größtmögliche Freiheit und Selbstständigkeit bekommt und sie selbst verantwortlich ist zu zeigen, ob sie in der Lage ist, diese zu nutzen, ohne sich zu gefährden und damit auf einen möglichen Auszug hinzuwirken. Diese Ziele und Absprachen werden in individuell abgestimmten Abständen überprüft und angepasst. Bei dem einen ist es wichtig, ihn einige Monate in Ruhe ankommen zu lassen, bei der anderen kann es sein, dass zweimal pro Woche neue Absprachen notwendig sind.

Unserer Erfahrung nach ist es unglaublich wichtig, dass das Wohnheim-Team verbindlich ist – mit Terminen und mit Inhalten. Viele Bewohner und Bewohnerinnen erleben hier, dass sie sich das erste Mal im Leben tatsächlich auf etwas verlassen können. Wir haben eine relativ kurze Hausordnung, die das Zusammenleben regelt. Es ist uns wichtig, dass Regeln transparent und damit für jeden nachvollziehbar sind. Außerdem müssen sie logisch sein. Ich kann zum Beispiel nicht jemandem seine Zigaretten vorenthalten, wenn er zu selten duscht. Aber ich kann ihn bitten, nicht mehr zum Essen in den Essraum zu kommen, weil sein Geruch den anderen den Appetit verdirbt.

Die „geschlossene“ Tür wird im Wohnheim Freiberg mit Hilfe von schnurlosen Telefonen und der Gegensprechanlage geöffnet. Es ist eher selten, dass Mitarbeitende die Tür persönlich öffnen oder einen Tascheninhalt kontrollieren. Hier erfahren Bewohner und Bewohnerinnen, dass ihnen vertraut und zugehört wird, Verantwortung für sich zu übernehmen. Verbindlich gehört auch das Einnehmen von verordneten Medikamenten dazu. Sollte jemand die Verordnung ändern wollen, unterstützen wir ihn dabei, einen Termin mit dem behandelnden Hausarzt oder Psychiater zu vereinbaren und mit seinem Anliegen gehört zu werden.

Im Ganzen gesehen liegt für uns die Priorität auf den Betreuungsbeziehungen

und der Förderung der Bewohner und Bewohnerinnen. Die geschlossene Unterbringung und die damit verbundenen Ausgangsregelungen laufen

Jede Bewohnerin bekommt die größtmögliche Freiheit und Selbstständigkeit und ist selbst verantwortlich zu zeigen, ob sie in der Lage ist, diese zu nutzen, ohne sich zu gefährden.

im Verhältnis dazu mit viel weniger Aufmerksamkeit „nebenher“. Sie sind wichtig, weil sie uns den Rahmen geben und möglicherweise die Menschen, die hier wohnen, am Leben halten, aber sie sind nicht mehr als Hilfsmittel. Das wirklich Wichtige sind hier

wie überall die zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Atmosphäre und der Schutz vor Zugluft

Die meisten psychisch kranken Menschen, die sich selbst gefährden und deshalb geschlossen untergebracht werden, haben die Hoffnung verloren. Die Hoffnung in sich selbst, in ihre Zukunft, dass das Leben schön sein kann und dass Beziehungen zu anderen Menschen wichtig und hilfreich sein können.

Aufgrund einer traumatisierenden Vorgeschichte, einer oftmals entmündigenden Behandlung als psychisch kranker Mensch und der Erkrankung selbst haben sie oft jegliche Verantwortung für sich aufgegeben. Sie „saufen sich bewusstlos“, verletzen sich, sorgen für somatische Erkrankungen, wollen sich umbringen, laufen im Schnee leicht bekleidet oder auf der Autobahn und gefährden so ihr Leben.

Es ist ihnen alles egal geworden, sie spüren sich und andere nicht mehr oder alles tut nur noch weh. Sie halten sich nicht an Absprachen und werden deshalb nach § 1906 BGB untergebracht.

Meist hat auch die Umwelt die Hoffnung in die Betroffenen verloren.

Mit Hilfe der geschlossenen Tür können wir den Bewohnern deutlich machen, dass wir an ihnen, ihrer Entwicklung und einer Beziehung zu ihnen interessiert sind. Das versuchen andere in sozialpsychiatrischen Bereichen auch – manchmal haben sie keine Chance. Wenn ein Klient schon morgens um 8 Uhr vollkommen betrunken ist oder

einfach nie in seiner Wohnung angetroffen werden kann, ist es unmöglich, ihm zu beweisen, dass Betreuungsbeziehungen hilfreich sein können.

Mit der Art, wie wir die Tür öffnen, wie wir Ausgangsregelungen und andere für die Bewohnerinnen wichtige Dinge absprechen, signalisieren wir ihnen, dass wir eine respektvolle, echte und ehrliche Beziehung anbieten. Wir zeigen den Menschen im Wohnheim, dass wir mit ihnen über Absprachen verhandeln und auch streiten und diese nicht einfach vorgeben. Wir hören ihre Argumente und beziehen diese individuell in die Kompromisslösung mit ein. Aber ebenso fließt unsere Sorge um die Einzelnen und deren Leben und Gesundheit mit ein. Wichtig ist auch, dass solche Gespräche auf gleicher Augenhöhe stattfinden, nicht von oben herab.

Wir sind sehr verbindlich in Kontakten, mit Absprachen und Terminen. Was gesagt wurde, wird eingehalten oder gemeinsam etwas anderes verabredet. Wichtig ist es auch den Bewohnern Zeit zu geben, die Beziehung in ihrem Tempo wachsen zu lassen

Wir versuchen genau herauszubekommen, welches Mischungsverhältnis von Nähe und Distanz jeweils für den Einzelnen und in jedem Moment notwendig ist. Das bezieht sich sowohl auf Gesprächssituationen und deren Inhalte als auch auf die Wahrung der Privatsphäre der Menschen im Wohnheim. Selbstverständlich betreten wir Bewohnerzimmer nur auf Einladung oder im wirklichen Notfall.

Zimmerpflege ist zwar wöchentlich für jeden angesagt, aber das Maß der Sauberkeit richtet sich neben hygienischen Mindestansprüchen des Zusammenlebens vor allem danach, was der

Einzelne aushalten kann, um sich dann noch in seinem Zimmer wohlfühlen.

Zu einer guten Atmosphäre im Haus gehört es natürlich auch, dass es den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gut geht. Auch hier geht es um respektvolles Miteinander, Gehört-und-gesehen-werden, Streiten-können. Aber wichtig sind auch Dienstpläne, die Wünsche berücksichtigen und eine Leitung, die sich beim Gehalt, den Zu-

schlagen, Arbeitsbedingungen usw. für das Team einsetzt.

Das Kneten

Wir haben festgestellt, dass es sehr wichtig ist, die oben beschriebene Umgangsweise mit den Bewohnern und Bewohnerinnen aufrechtzuerhalten, auch wenn es anstrengend wird. Es geht darum, immer wieder Beziehungsangebote zu machen, dabei Geduld zu haben und nicht nachzulassen, auch wenn man längere Zeit keine Veränderung sieht. Sollte dabei auch mal Ärger entstehen, ist es oft hilfreich, diesen auszudrücken und trotzdem die Beziehung zu halten und Beständigkeit zu bieten.

Unser Heimbeirat hat einmal gesagt, dass er es erstaunlich fände, dass wir nicht nachtragend seien, sondern nach jedem Rückfall wieder neu ausprobieren und für jede Begegnung offen seien. Wichtig ist es immer wieder, auch bereit zu sein, zwei Schritte zurück zu gehen oder nur einen halben nach vorne. Auf jeden Fall sollte sich das „System Wohnheim“ flexibel den Menschen anpassen, nicht umgekehrt.

Das Gespür – die Hände nehmen

Wenn ich nach Regeln und Plänen gefragt werde, lautet die Antwort meistens: „Das entscheiden wir sehr individuell.“ Und genauso ist es auch: Wir stimmen die Tagesstruktur, die Ausgangsregeln und deren Überprüfung und viele andere wichtige Angelegenheiten vollkommen individuell auf den jeweiligen Bewohner ab.

Dazu gehört, dass die Bezugsbetreuer und das ganze Team sich in jedem Moment auf die einzelnen Menschen

einstellen und versuchen gefühlsmäßig herauszubekommen, welches Vorgehen gerade richtig ist. Für die eine kann es fast schon überfordernd sein, täglich eine halbe Stunde allein rauszugehen und der andere bekommt von Anfang an drei Stunden Ausgang am Stück. Wenn die eine Frau in der Krise ist, kann es wichtig sein, dass wir sie bitten, im Haus zu bleiben und auf den Besuch ihres Freundes zu verzichten,

während wir die andere im Ausnahmezustand allein zu ihrem Freund nach Hause schicken.

Wenn es bei diesem Vorgehen immer mal wieder Beschwerden von Mitbewohnerinnen oder Mitbewohnern gibt, erklären wir diese unterschiedlichen individuellen Entscheidungen auch damit, dass es ja um Individuen geht und jeder Mensch einzigartig ist. Oft geht dann der Beschwerdeführer stolz davon.

Ist der Hefeteig gegangen?

Unsere Art des Umgangs im Team und mit den Bewohnern und Bewohnerinnen wirkt sich auf diese aus. Sie verändern und entwickeln sich. Manche rasend schnell. Andere brauchen mehrere Jahre, bis man das deutlich „von außen“ bemerken kann.

Anlässlich dieses Artikels habe ich einen Kollegen gebeten, ein paar aktuelle und ehemalige Bewohner und Bewohnerinnen zu fragen, was ihnen im Wohnheim Freiberg geholfen hat und was vielleicht anders war als früher:

„Hier ist alles offener – die Türen und die Mitarbeiter!“ „Ihr habt mir vertraut, deshalb konnte ich selbständiger werden!“ „Die Mitarbeiter haben sich so um mich bemüht. Daher habe ich mich angestrengt, um sie nicht zu enttäuschen.“

Herr Paul kam quasi als lebender Eisblock ins Wohnheim. Er wurde „angeliefert“ aus einem geschlossenen Pflegeheim, von dem er

später Erschütterndes erzählte. Dort war er, immer wenn er konnte über den Zwei-Meter-Zaun geklettert und viele Kilometer in die nächste Psychiatrie gelaufen. Obwohl wir in den ersten Tagen fast keine Reaktion von ihm wahrnehmen konnten, haben wir uns für ihn interessiert und ihm alles erklärt, was er wissen musste, um im Wohnheim zurecht zu kommen. Nach fünf Tagen konnte man ihn förmlich auftauen sehen. Er fing an mit uns zu reden. Ein Mensch mit Persönlichkeit kam zum Vorschein. Innerhalb kurzer Zeit nahm Herr Paul so interes-

siert am Leben teil und hielt sich wie selbstverständlich an Absprachen. So konnten wir bereits nach vier Monaten im Einverständnis mit seiner gesetzlichen Betreuerin nach einer geeigneten WG für ihn suchen, in der er jetzt seit einem Jahr vom Wohnheim-Team ambulant weiter betreut wird. „Anders war, dass ich trotz Einschränkungen und Schwächen stets mit Respekt behandelt und dass in einem besonderen Masse auf mich eingegangen wurde“, sagt Herr Paul dazu.

Das andere zeitliche Extrem dazu ist Herr Maier. Er wohnt von Anfang an im Wohnheim Freiberg, also seit 9,5 Jahren. Anfänglich ohne Unterbringungsbeschluss hat er seinem gesetzlichen Betreuer und uns schnell klar gemacht, dass er diesen braucht, um hier endlich ein Zuhause für sein Leben zu finden. Seitdem sorgt er auf ungewöhnliche Weise immer rechtzeitig dafür, dass der Beschluss verlängert wird. Von Geburt an in Heimen aufgewachsen und traumatisiert, hat er auch uns lange Zeit getestet und ausprobiert. Meist haben wir die Beziehungsprüfungen bestanden – manchmal auch nicht. Auch Herr Maier hat sich hier gut entwickelt, sehr stabilisiert und sein Zimmer sehr persönlich eingerichtet. Er ist der soziale Geist unter den Bewohnern. Erst seit ungefähr zwei Wochen hat das Team zum ersten Mal eine Idee davon, dass Herr Maier einmal ausziehen könnte. Er hat wohl innerlich einen weiteren Schritt gemacht, denn plötzlich können alle es sich vorstellen, auch wenn es vielleicht noch 1-2 Jahre dauern wird.

Meine persönlichen Zweifel, ob ich so einen Hefeteig mag, haben sich nach ein paar Jahren aufgelöst. Das Team und die Bewohner und Bewohnerinnen entwickeln sich, wenn wir es schaffen, uns an dieses Backrezept zu halten. Nicht immer gelingt es uns, den Teig zum Gehen zu bringen. Es macht Spaß und stolz, wenn alle gemeinsam daran arbeiten und das Ergebnis genießbar ist. ●

Individualisierung der Soziotherapie?

Von Reinhard Lütjen

Gruppenangebote laufen bei uns in den letzten Jahren nicht mehr so gut – früher kamen meistens 4 bis 5 Leute, wenn man einen Aushang machte oder eine Gruppe in unserer Wohneinrichtung ankündigte. Heute sagen die Leute so was wie: „Ach, das interessiert mich nicht so“ oder „Ich hab da schon was anderes vor“, man muss ihnen fast hinterherlaufen, damit sie kommen.“ Dies hörte ich neulich von einem Wohngruppenbetreuer, der schon langjährig in diesem Bereich tätig ist. Egal, wie repräsentativ diese Einschätzung ist, sie scheint mir eine wachsende Tendenz in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu verdeutlichen, die nicht mehr nur „von stationär zu ambulant“ geht, sondern parallel dazu häufig auch „von gruppenorientiert zu individuumszentriert“.

Angebote mit sozialtherapeutischem oder sozialem Trainings-Charakter sind seit Beginn der sozialpsychiatrischen Ära ein Kernbestandteil der Betreuung. Sie sind geleitet von der Idee, dass ein entsprechend gestaltetes Milieu förderlich und unabdingbar für die soziale Rehabilitation und Wiederaneignung kommunikativer Fähigkeiten ist, wenn Menschen durch ihre psychische Krankheit Defizite im Austausch und Umgang mit anderen Menschen entwickelt haben.

Den Begriff „therapeutisches Milieu“ oder „Milieugestaltung“ hört man heutzutage allerdings nicht mehr oft. Vielmehr werden im Zuge umfassender „Ambulantisierung“ der psychiatrischen Versorgung mehr und mehr Dienstleistungen erbracht, die individuell auf das hilfesuchende Individuum zugeschnitten sind und die im optimalen Fall als Komplexleistung mehrere unterstützende Maßnahmen im Wohn-, Arbeits-, Behandlungsbereich und Freizeitbereich umfassen. Die Person wird auf diese Weise in verschiedene unterstützende soziale Kontexte ver-

setzt, mit der Erwartung, dass es ihrer Rehabilitation zugute kommt. Dies ist eine Neuausrichtung in der Förderung der sozialen Teilhabe. Heute versucht man, sie im gewohnten Lebensumfeld zu verwirklichen. Die frühere Soziotherapie war dagegen immer eher als „Begleitprodukt“ im Milieu eines stationären Aufenthalts konzipiert. Gehen wir zum besseren Verständnis dafür noch einmal kurz zurück an die Anfänge.

Soziotherapie 1978

In dem für die reformorientierte Sozialpsychiatrie wegweisenden Werk „Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie“ (Dörner & Plog 1978) ist der Soziotherapie ein eigenes, wenn auch kurzes Kapitel gewidmet. Die Autoren wiesen schon damals daraufhin, dass der Begriff „unterschiedlich, fast beliebig“ (S. 349) verwendet wird, mal im Sinne von Gruppentherapie, mal im Sinne von Milieuthérapie usw.

Dörner und Plog sehen die Soziotherapie nicht als isolierte Technik neben

Psychotherapie oder Pharmakotherapie, sondern vielmehr als Basis allen therapeutischen Handelns in psychiatrischen Einrichtungen: „Soziotherapie fördert die normalen, regelmäßigen, allgemeinen, alltäglichen, gesunden, nicht an Krankheit ge-

bundenen, d.h. freien Anteile eines Individuums“ (S.353). Eine so verstandene Soziotherapie ist eingebunden in die alltägliche Lebensbewältigung eines Menschen in seinem jeweiligen sozialen Lebensraum. Das Geflecht von Normen, Regeln, persönlichen Wünschen und Bedürfnissen und allgemeinen Notwendigkeiten, von unterschiedlichen individuellen Interessen, die ausgehandelt werden müssen – all das sind die normalisierenden Elemente, durch die ein psychisch kranker Mensch wieder an eine möglichst „all-



Reinhard Lütjen

Diplom-Psychologe,
Professor am Fachbereich Soziale Arbeit
und Gesundheit der
Fachhochschule Kiel

tägliche“, d.h. nicht künstlich-klinische Lebensgestaltung herangeführt werden soll. „Ziel all dieser Bemühungen ist, dem Patienten seine Handlungsfähigkeit im sozialen Raum erfahrbar zu machen“ (Dörner & Plog, 1978, S. 354) – ich finde, damit formulieren diese beide Autoren eine Perspektive der „Soziotherapie“, die auch heute noch Gültigkeit hat. Interessanterweise beziehen sich die von den Autoren zur Erläuterung herangezogenen Beispiele nur auf den Kontext der psychiatrischen Station. Vor 33 Jahren war die gemeindepsychiatrische Umgestaltung mit der Verlagerung der Versorgung der Klienten in deren alltäglichen Lebensraum noch ungeahnte Zukunft.

Soziotherapie 2000

Seit einem Jahrzehnt existiert eine Variante von Soziotherapie in einem wesentlich verengteren Sinne. Gemeint ist die Festlegung in §37a SGB V, in Kraft getreten am 1. Januar 2000:

„Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie bietet koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der

Grundlage von definierten Therapiezielen.“ Die Festlegung von Soziotherapie als ärztlich zu verordnende Kassenleistung war und ist – trotz aller Umsetzungsschwierigkeiten – sicherlich ein Fortschritt. Auffallend ist jedoch die medizinische Einengung des Verständnisses von Soziotherapie. Von der Schaffung eines förderlichen Milieus ist bei dieser Festlegung von Soziotherapie nicht mehr die Rede. Diese Art von Soziotherapie soll die „Inanspruchnahme von Leistungen“ fördern. Dies ist ein wichtiger förderungswerter Aspekt, hier bildet sich aber eindeutig die oben erwähnte „Individualisierung“ von Soziotherapie ab.

Das „Milieu“ einer stationären Einrichtung

Wie sehen es nun Klientinnen und Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen? Wünschen sie noch das klassische sozialpsychiatrische „Milieu“, das Zusammenleben mit anderen, das gemeinsame Alltagsgestalten, das immer in einem wenig selbstbestimmten Rahmen stattfindet? Sind die „Nebenwirkungen von Heimen“ so unangenehm, dass auch die „Hauptwirkung“, die Zur-Verfügung-Stellung eines Wohn- und Lebensmilieus, wie Rainer Hölzke (2003) es treffend formulierte, nicht mehr positiv von den Klientinnen und Klienten aufgenommen wird? Zu einigen vorläufigen Antworten greife ich auf verschiedene Interviews zurück, die ich im Rahmen meiner Studie zur „Lebensführung von Menschen in sozialpsychiatrischer Betreuung“ (Projektskizze siehe Lütjen 2010) geführt habe. Diese Interviews wurden mit Menschen in unterschiedlichen Wohnsettings geführt, u.a. dem mehr oder weniger klassischen Wohnheim und dem „Appartementwohnen“ (mehrere Betroffene leben unter einem Dach, aber jeweils separat in eigenen kleinen Wohnungen mit eigenem Mietvertrag, sie können, müssen aber nicht Leistungen des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch nehmen).

Vorgegebener versus selbstgestalteter Alltag

Zur Frage „Wie sieht Ihr normaler

Alltag aus, was ist für Sie vorgegeben, was gestalten Sie selbst“ wurden von den Menschen mit Wohnheimbetreuung meist Antworten in dem Sinne gegeben, dass man es als „Mischungsverhältnis“ von Einengung und Selbstgestaltung erlebe, was aber von der Mehrheit als nicht belastend dargestellt wurde. Wenn explizit nachgefragt wurde, wo man sich eingeschränkt fühle, kamen auch hier kaum negative Antworten. Im Appartementwohnen wurde dagegen eher betont, dass es zwar anonymer sei als ein Wohnheim, dass man es aber auch genieße, die Freiheit zu haben, in Unordnung zu leben.

Sich einschränken müssen versus sich ausleben können

„Im Heim früher hatten wir ein bisschen mehr Gemeinschaft und das ist in diesem Mietshaus ein Stück weit verlorengegangen – nun hat diese Gemeinschaft aber auch oft bedeutet, dass es Nervenkrieg gab, Lärm, dann macht der nächste Lärm – hier herrscht eine märchenhafte Ruhe.“ Diese Äußerung eines Interviewpartners aus dem „Appartementwohnen“, der früher in einem Heimsetting gelebt hat, macht das Spannungsfeld zwischen „Wo können Sie sich ausleben, wo müssen Sie sich einschränken“ recht gut deutlich. Das klassische Heim bedeutete sowohl Kontakt und Gemeinschaft als auch Lärm und Gestörtwerden. – Demgegenüber äußerten die Interviewpartner, die sich derzeit noch in einer Wohnheim-Situation befinden, relativ wenig Zwang zur Einschränkung. Hier ist jedoch auch anzunehmen, dass man sich arrangiert hat mit der aktuellen Lebenssituation, zu der man auch wenig Alternativen sieht, und sie deswegen eher weniger kritisch betrachtet.

Teilnahme versus Nicht-Teilnahme

Ein andere Frage lautete: „Was sind Ihre wichtigsten Gründe, an den Betreuungsaktivitäten teilzunehmen oder nicht teilzunehmen?“. Aus den Antworten der Bewohnerinnen und Bewohner schälte sich heraus, dass die

Betreuungsangebote (z.B. Ergotherapie, Kaffeegruppe), aber auch sonstige soziale Settings (gemeinsam fernsehen) als „motivierender Hintergrund“ erlebt werden, mit dem man sich beschäftigen muss, bei dem man aber die Beteiligung auch ablehnen kann, weil man keine Lust hat, lieber etwas anderes tun möchte o.ä.

Aber auch die Nicht-Teilnahme an einer angebotenen Aktivität (wenn ich mir also Gedanken mache, warum ich jetzt an etwas nicht teilnehme) ist eine sozialisierende Gelegenheit, eine Auseinandersetzung mit meiner Umwelt, die der Entwicklung meiner sozialen Handlungsfähigkeit dienen kann. Ein Interviewpartner aus dem Appartementwohnen-Setting bezeichnete dies als „konstruktive Verweigerung“.

Dies sind nur einige Schlaglichter aus meiner Untersuchung, die dafür sprechen könnten, dass heutige Bewohner von Einrichtungen, auch wenn sie noch als „stationär“ einzuordnen sind, eine schon recht individualisierte Form von Sozio- oder auch Milieutherapie erleben.

Man hat von heute aus gesehen den Eindruck, als würden die klassischen Sozialtherapie-Konzepte der 70er Jahre versuchen, einem künstlichen Lebenskontext (Leben in Klinik oder Heim, meist über lange Zeit) durch die Sozialtherapie eine soziale Normalität beizumengen, die durch die Gegebenheiten der Institution eigentlich verhindert wird. Heutzutage dagegen haben sich Wohn- und Lebensverhältnisse von diesem künstlichen Lebensrahmen weit entfernt. Soziale Normalität muss nicht mehr in dem Ausmaß wie früher von außen dazugegeben werden. Das bedeutet aber natürlich auch, dass es neuer Konzepte von Sozialtherapie bedarf.

Die klassische Soziotherapie ist nicht mehr so nötig, wie stark hospitalisierte Menschen sie vor 30 Jahren noch nötig hatten – die meisten heutigen sozialpsychiatrischen Klientinnen und Klienten sind dichter am sozialen Geschehen dran. Einzelne neue Zielgruppen, z.B. die „Jungen Wilden“ oder die „Systemsprenger“ haben eine andere Art von Sozialisierung nötig.

Der normale Alltag in einer stationären Einrichtung: eine Mischung aus Einengung und Selbstgestaltung.

Im Heim früher hatten wir ein bisschen mehr Gemeinschaft – hier im Mietshaus herrscht dafür eine märchenhafte Ruhe.

Soziotherapie 2010

In ihrem aktuellen Übersichtswerk zur Sozialen Psychiatrie zählen Clausen und Eichenbrenner zur Soziotherapie alle Ansätze, „bei denen sich die Patienten mit ihrer äußeren Realität befassen. Gemeint ist die Stärkung und Gesundung durch ein positives Milieu, durch soziale Kontakte oder die Beeinflussung der konkreten Lebenslage eines Menschen durch materielle Hilfen“ (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.253). Neu gegenüber der oben dargestellten älteren Definition ist hier der Aspekt der aktiven Beeinflussung der Lebenslage eines Menschen. Heutzutage geht es nicht mehr darum, das Leben in einer stationären Einrichtung „sozial anzureichern“. Vielmehr leben die Betroffenen meistens in eigener Wohnung oder einem lebensnäheren Kontext als früher. Trotzdem besteht durch das isolierte Leben in der eigenen Wohnung die Gefahr von „neuer Chronifizierung“, von Vereinsamung und/oder Verwahrlosung.

Es steht an, die ambulanten Betreu-

ungsstrukturen weiter zu entwickeln im Sinne einer Inklusionsförderung: dass Betroffene ein solches Maß an sozialer Eingebundenheit erleben oder für sich herbeiführen können, dass es ihrem persönlichen Bedürfnis entspricht. Das Erfahren von Selbstbestimmung und der Konsequenzen des eigenen Handelns, die Übernahme von Verantwortung für sich selbst, das Hineinwachsen in neue soziale Rollen, das Erfahren von Grenzen, wodurch auch Orientierung ermöglicht wird – all das sind von Lisa Schulze Steinmann hervor gehobene Aspekte, die für die Arbeit mit jungen psychisch Kranken, die als „junge Wilde“ oder „new chronics“ schon von der dramatischen Bezeichnung her als problematische Klientel ausgezeichnet sind, große Bedeutung haben. Diese „jungen Wilden“ ziehen in einem Wohnheim häufig so viel negative Aufmerksamkeit auf sich, dass sie irgendwann als untragbar gelten. Gerade für sie sind neue Formen von Soziotherapie, eher im Sinne einer sozialen „Nachreifung“ wichtig, die aber wahrscheinlich besser in ambulanten Settings zu verwirklichen sind (Schulze

Steinmann 2003). So hat sich die Soziotherapie, wie unsere Gesellschaft, in den letzten 30-40 Jahren stark in Richtung „Individualisierung“ gewandelt, aber nicht an Bedeutung verloren. ●

Literatur

Clausen, J., Eichenbrenner, I.: Soziale Psychiatrie – Grundlagen, Zielgruppen, Hilfenformen. Stuttgart: Kohlhammer, 2010.

Dörner, K, Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 1. Aufl. Wunstorf: Psychiatrie Verlag, 1978.

Hölzke, R.: Wirkungen und Nebenwirkungen von Heimen. In: Schulze Steinmann u.a. (Hg): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2003, S. 132-142.

Lütjen, R.: Projektskizze: Lebensführung von Menschen in sozialpsychiatrischer Betreuung http://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Luetjen/Sose_2010/psych-bet1001.pdf.

Schulze Steinmann, I.: Junge psychisch Kranke – die „new chronics“ der Sozialpsychiatrie? In: Schulze Steinmann u.a. (Hg): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2003, S. 81-97.

Wohn–Pflege–Gemeinschaften

Ambulante Betreuung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Pflegebedarf

Von Martin Sielaff und Thomas Gutierrez

Ältere Menschen mit Behinderung werden zukünftig zu einer quantitativ bedeutsamen Gruppe anwachsen. Für die Zukunft ist eine konzeptionelle Weiterentwicklung des Angebots notwendig. Der Bedarf an geeigneten Wohnangeboten auch außerhalb von stationären Einrichtungen für behinderte Menschen wird in den kommenden Jahren stetig zunehmen.¹

Die hier prognostizierte Entwicklung hat weit reichende Konsequenzen für die Gemeindepsychiatrie aber auch die Altenhilfe: Aufgrund der demografischen und epidemiologischen Veränderungen bedarf es zunehmend innovativer und bedarfsnaher Wohn- und Betreuungskonzepte für ältere

Menschen mit Behinderung. Innovative Konzepte sind aber auch aus einem weiteren Grund jenseits demografischer Veränderungen nötig: Gemeint ist die Diskussion über die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. „Dieses Ziel (der Teilhabe) kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbst bestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihren Teilhabechancen im Wege stehen, beseitigt werden.“²

Die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll – ein Hamburger Träger außerklinischer psychiatrischer Dienstleistungen – hat diese Trends aufgegriffen und ein ambulantes Wohn- und Betreu-



Martin Sielaff
Vorstand der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, Geschäftsführer der Stiftungsbetriebe, stellvertr. Vorsitzender im Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Thomas Gutierrez
verantwortlich für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll und der Stiftungsbetriebe.

ungsangebot geschaffen, in welchem sowohl Selbstbestimmung und Teilhabe zum Ausdruck kommen als auch die notwendigen Unterstützungsleistungen angeboten werden – und zwar über sozialrechtliche Grenzen hinweg.

Ausgangsidee

Begonnen hatte alles vor ca. 4 Jahren. Die Stiftung war für die Bewohner des trügereigenen Pflegeheims auf der Suche nach einer modernen ambulanten Wohn- und Betreuungsform, die ihre Selbstbestimmung und ihre Teilhabe am sozialen Leben fördert, gegründet worden: In einem Prozess der Enthusiasmatisierung sollten aus Heimbewohnern Mieter werden, die selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden wohnen und trotzdem alle notwendigen Hilfen erhalten. Da es sich bei den Heimbewohnern um Menschen mit psychischer Erkrankung und Pflegebedarf handelte, die in ihrer Alltagskompetenz sehr eingeschränkt waren, sehr hohen Unterstützungsbedarf hatten und als langjährige Heimbewohner an selbst gestaltete Alltagsabläufe und Entscheidungsstrukturen nicht gewöhnt waren, musste ein sehr komplexes Wohn- und Betreuungsangebot aufgebaut werden, um die o.g. Ziele zu verwirklichen. Berücksichtigt werden musste auch, dass das bundesdeutsche Sozialrecht mit seinen vorgegebenen Säulen – hier Sozialversicherungsrecht, dort Sozialhilferecht – Restriktionen auferlegt, die es enorm erschweren, Hilfen zu einer systemübergreifenden Komplexleistung zu integrieren. Solche integrativen Leistungen sind aber notwendig, um die Bedürfnisse von Zielgruppen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf zu befriedigen und gleichzeitig Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen.

Mit den ambulant betreuten Wohn-Pflege-Gemeinschaften ist dies gelungen: am 01. Februar 2009 zogen 24 ehemalige Heimbewohner als Mieter in ihr neues Zuhause. Jeweils 8 Personen leben seither in einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft (WPG) in einer 330 qm großen Wohnung im Hamburger Stadtteil Fuhlsbüttel. Lange vor dem eigentlichen Umzug konnten die damaligen Heimbewohner angeben, mit welchen Personen sie in einer WPG zusam-

menleben möchten. Diesen Wünschen konnten wir weitgehend entsprechen. Vermieter des Wohnraums ist die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll. Mit der Pflege und dem Alltagsmanagement haben die WPG den ambulanten Pflegedienst der stiftungseigenen PuB-Pflegen und Betreuen GmbH beauftragt.

Konzeptionelle Herausforderung

Die konzeptionelle Herausforderung liegt in der Verwirklichung von Selbstbestimmung und Teilhabe auch für Menschen mit höchsten Unterstützungsbedarfen. Bei der Ausarbeitung des Konzeptes sind wir immer wieder mit zwei Fragen konfrontiert worden: worin drücken sich Selbstbestimmung und Teilhabe aus? Und welche Unterstützungsformen müssen zu ihrer Realisierung entwickelt werden?

Selbstbestimmung und Teilhabe stellen sich nicht von alleine ein. Zwar verfügen die Mieter über einen eigenen Mietvertrag, der nicht an einen Pflege- oder Betreuungsvertrag gekoppelt ist. Insofern sind sie formal unabhängig und ihre rechtliche Position ist gestärkt. Das ist nicht wenig. Aber es ist – als Kehrseite der Medaille – auch der Zwang gewachsen, wichtige Entscheidungen selbst zu treffen, etwa zur Auswahl eines geeigneten ambulanten Pflegedienstes, zu Anschaffungen für die WPG, zur Gestaltung der Wohnung und des Gemeinschaftsalltags. Das Wohn- und Betreuungskonzept muss also einerseits Unterstützung der Mieter bei Entscheidungen sicherstellen, andererseits so angelegt sein, dass selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung und Wahlfreiheit bei Entscheidungen möglich sind, unabhängig von den Interessen der jeweiligen pflegenden und betreuenden Institution.

Strukturmerkmale

Mit den folgenden Strukturmerkmalen der WPG werden diese Ziele verfolgt:

- Miet- und Dienstleistungsverträge werden unabhängig voneinander geschlossen. Insofern ist das Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz) nicht anzuwenden.

- Eine WPG fällt aber in den Anwendungsbereich des Hamburgischen Gesetzes zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz – HmbWBG).
- Die Mitglieder der WPG bzw. ihre persönlichen Interessenvertreter regeln die Angelegenheiten der WPG wirksam und selbst bestimmt. Dazu schließen sie eine gemeinsame schriftliche Wohngemeinschaftsvereinbarung ab.
- In der Wohngemeinschaftsvereinbarung werden zentrale Bereiche des Zusammenlebens grundsätzlich geregelt, insbesondere die Auswahl des Pflegedienstes, die Auswahl neuer Mitbewohner, Besuchsregelungen, Haushaltsgeld und Anschaffungen. Diese Vereinbarung ist für alle (auch künftige) Mitglieder der WPG bindend.
- In jeder WPG gibt es das Gremium der Wohngemeinschaftsversammlung, welches in allen Fragen, die die WPG betreffen, Beschlüsse fasst, z.B. in Fragen der Gestaltung des Wohnumfeldes und der Auswahl externer Leistungserbringer (Pflegedienst, Leistungserbringer der Eingliederungshilfe etc.).
- Die Wohngemeinschaftsversammlung wird durch eine externe und unabhängige Moderatorin einberufen und moderiert.³
- Die Moderatorin vertritt als Sprecherin die Interessen der Mietergemeinschaft gegenüber dem Vermieter, dem Pflegedienst und ggf. weiteren Dienstleistern.
- Die WPG beauftragt als Auftraggebergemeinschaft einen Pflegedienst, der die Betreuung rund um die Uhr sicherstellt. Jedes neue WPG-Mitglied verpflichtet sich, pflegerische Leistungen nur durch den von der WPG ausgewählten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.
- Die WPG kann im Rahmen ihrer Wohngemeinschaftsversammlung per Mehrheitsbeschluss einen anderen Pflegedienst beauftragen.
- Der Alltag der WPG wird durch einen Alltagsmanager organisiert und begleitet.⁴

Bürgerschaftlich engagierte Wohnpaten

Mieter, die ihre Interessen innerhalb der WPG nicht selbst vertreten können und die auch keinen Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer haben, der

diese Aufgabe wahrnehmen kann oder möchte, werden – wenn sie dies wünschen – durch bürgerschaftlich engagierte Wohnpaten unterstützt. Denn es ist offenkundig, dass die Mieter bei Entscheidungen der WPG nicht durch die Mitarbeiter des aktuellen Pflegedienstes beraten werden können. Wichtig ist, dass die Wohnpaten eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Patenschützling aufbauen, um seine Interessen kennenzulernen und ihn dann ggf. im Gremium der Wohngemeinschaftsversammlung wirksam unterstützen oder sogar vertreten zu können.

Überwindung von Leistungssystemgrenzen

Nicht geringer als die konzeptionellen waren die finanziellen Herausforderungen: Will man für Zielgruppen mit sehr hohen Hilfebedarfen Komplexleistungen anbieten, die noch dazu Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglichen sollen, so stößt man unweigerlich auf Leistungssystemgrenzen und auf die Hürde der Subsidiarität im Sozialrecht. Eine wesentliche Voraussetzung bestand demnach darin, Finanzierungsmöglichkeiten zu identifizieren, sie neu zu kombinieren und schließlich mit den Kostenträgern zu verhandeln. Das ist gelungen:

- durch ein Zusammenspiel verschiedener, eigentlich strikt getrennter Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern XI (soziale Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe);
- durch ein so genanntes Pooling von individuell bewilligten Leistungsbestandteilen, die für die Gemeinschaft eingesetzt werden können.

Neues Finanzierungsmodell

Die neuen Finanzierungsformen decken sowohl den individuellen pflegerischen Bedarf ab als auch den individuellen sozialhilferechtlichen Anspruch auf Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Pflegeleistungen werden erbracht und individuell abgerechnet. Das sind Sachleistungspauschalen der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI sowie ggf. ärztlich verordnete Behandlungspflege nach § 37 SGB V. Bei Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an


Betreuung und Beaufsichtigung haben die Mieter Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI. Bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen werden die nicht durch die Sachleistungspauschalen abgegoltenen Pflegekosten durch ergänzende Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII übernommen. Die Kosten der Unterkunft

werden von den Mietern selbst getragen. Bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen werden diese Kosten im Rahmen der Grundsicherung nach dem SGB XII durch das Grundsicherungs- und Sozialamt übernommen. Zur Sicherstellung der Teilnahme am Leben in der (Wohn-) Gemeinschaft wurde eine Alltagsbegleitung eingeführt, die mit den Mietern den Wohngemeinschaftsalltag organisiert und begleitet. Finanziert wird diese aus einer mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten Maßnahmepauschale der ambulanten Eingliederungshilfe.

Zusammenspiel der Leistungen

Die Mietergemeinschaften sind aufgrund des hohen Hilfebedarfs der einzelnen Mitglieder grundsätzlich auf eine 24-stündige Betreuung angewiesen. Diese wird durch eine Kombination aus Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen sichergestellt. Außerdem spielt hier das so genannte Pooling eine Rolle. Dabei bündeln die Mitglieder der WPG Teile ihrer individuellen Leistungsansprüche nach dem SGB XI und nutzen die sich daraus ergebenden Effizienzgewinne, um weitere benötigte Leistungen einzukaufen. Die Effizienzgewinne werden in der Regel jeweils innerhalb einer Wohngemeinschaft erzielt und genutzt und erwirtschaftet durch gemeinsames Einkaufen und Kochen. Um auch in der Nacht eine pflegerische Betreuung zu gewährleisten, findet allerdings auch ein „Pooling“ für alle drei Wohngemeinschaften statt. Sonst wäre diese Leistung nicht zu finanzieren. Um konstanten Personaleinsatz auch bei Abwesenheit einzelner Wohngemeinschaftsmitglieder zu gewährleisten, zahlen die Mieter monatlich einen in der jeweiligen Wohngemeinschaftsvereinbarung festgeschriebenen Betrag in einen sog. Pflegeausfallfonds ein.

Fazit

Mit den Wohn-Pflege-Gemeinschaften ist ein komplexes Gebilde entstanden, das im Prinzip ein einfaches Ziel verfolgt: Selbstbestimmung und Teilhabe auch für Menschen zu ermöglichen, die psychisch erkrankt und dazu noch pflegebedürftig sind. Dies funktioniert, wenn es gelingt, die Kostenträger davon zu überzeugen, dass besondere Arrangements auch besondere Finanzierungsarten benötigen und dass Phantasia eine Rolle spielt, wenn man – auch als Behörde – einen Paradigmenwechsel „ambulant vor stationär“ propagiert. Es funktioniert auch, wenn man konzeptionell günstige Bedingungen schafft, in denen sich Selbstbestimmung und Teilhabe entfalten können. Und es funktioniert, wenn ein Dienstleister bereit ist, den hohen Koordinations- und Steuerungsaufwand des ambulanten Leistungsgeschehens zu übernehmen. Auch unsere Mieter sind mit ihrer neuen Wohn- und Betreuungssituation weitgehend zufrieden. Das ist eine weitere – vielleicht sogar die wichtigste – wesentliche Erkenntnis aus dem Projekt. Sie wird durch Ergebnisse einer Begleitforschung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg gestützt. 

Anmerkungen

1 Bundesministerium für Familie, Soziales und Jugend: 1. Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner vom 19.10.2006.

2 5. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vom 16. Dezember 2004 (BT-Drs. 15/4575); S. 2.

3 Um Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Wohngemeinschaft formal und faktisch sicherzustellen, ist die Moderatorin unabhängig von den Leistungserbringern in der WPG (Pflegedienst und SGB XII-Dienstleister). D.h. sie ist keine Betriebsangehörige der Leistungserbringer, sie unterliegt keinerlei Direktionsrecht der Leistungserbringer und steht in keinem Honorarverhältnis zu ihnen. Die Finanzierung erfolgte im ersten Jahr über Zusammenhangsleistungen der Hamburger Sozialbehörde im Rahmen der investiven Förderung. Nach Ablauf dieser Zuwendung haben die WPGs beschlossen, mit der Moderatorin weiterzuarbeiten und dabei die Finanzierung selbst übernommen.

4 Der Alltagsmanager wird aus Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII finanziert.

Kontakt

Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, Fuhsbütteler Damm 83-85, 22335 Hamburg, Email: info@freundeskreis-ochsenzoll.de

Heim-Alternativen

Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Von Inke Grauenhorst und Ingmar Steinhart

Die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder von 2010 sehen als Grundanliegen einer notwendigen Reform, die Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe in Übereinstimmung mit der UN-Konvention weiterzuentwickeln. Insbesondere sollen die individuellen Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht beachtet werden, verbunden mit einem durchlässigen und flexiblen Hilfesystem. Der personenzentrierte und lebensfeldorientierte Ansatz als Paradigma psychiatrischen Handelns gewinnt weiter an Bedeutung. Die konsequente Umsetzung in den Alltag ist mit zahlreichen Hürden verbunden. Die Stiftung Bethel versucht daher in enger Abstimmung mit den Leistungsträgern „lernende Best-Practice“-Beispiele zu schaffen und mit diesen z.B. traditionelle Heimplätze zu ersetzen – aus einem dieser Projekte berichten wir hier.

Eingliederungshilfe bedeutet auch heute noch in den meisten Fällen, dass der/die Leistungsnehmer/in seinen/ihren Bedarf zu großen Teilen an der Handlungslogik der Leistungsträger und Leistungsanbieter ausrichten muss. Er trifft zwar auf ein differenziertes System von Hilfen – dieses bleibt aber einem zentralen Grundprinzip des Modells „Anstalt“ weiter verhaftet, nämlich weitgehend homogene Leistungen anzubieten für Personen mit im Durchschnitt möglichst gleichem Unterstützungsbedarf. Bei einer Veränderung des Hilfebedarfs muss gleichzeitig der Wechsel in ein anderes „Leistungssystem“ bzw. an einen anderen Ort der Hilfe erfolgen. Längst ist bewiesen, dass die Realisierung eigener Entscheidungsspielräume und somit die Entwicklung eines individuellen Lebensstils konträr läuft zu rundum-

versorgenden und pauschalen Hilfesystemen. Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung müssen dort im Lebensfeld stattfinden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden, gemäß dem Motto: „Erst platzieren, dann rehabilitieren“.

Neue Formen der Leistungserbringung müssen gesucht und erprobt werden. Eine entscheidende strukturelle Bedingung ist dabei, die Räume zum Leben und die jeweils notwendigen professionellen Hilfen voneinander zu trennen. Die eigene Wohnung mit ihren sozialen Bezügen ist Lebensmittelpunkt und wird zum Bezugspunkt für professionelle Hilfen. Ebenso gilt es, Hilfen so flexibel wie möglich zu organisieren, um diese dem individuellen Bedarf anpassen zu können ohne dass wichtige soziale und therapeutische Beziehungen unterbrochen werden müssen: Kontinuität statt Fragmentierung von Unterstützung. Wohnen ist somit der spezifische Bezugspunkt für die Teilhabe in der Gemeinde, für soziale Beziehungen, Freizeit und Arbeit. Personen, die ihre Wohnumwelt nach eigenen Vorstellungen beeinflussen können, zeigen eine höhere Zufriedenheit.

Die Realisierung eigener Entscheidungsspielräume und somit die Entwicklung eines individuellen Lebensstils läuft konträr zu rundum-versorgenden und pauschalen Hilfesystemen.

Entsprechend dem Lebensqualitätskonzept müssen sich Leistungen der Eingliederungshilfe daran messen lassen, inwiefern sie einen individuellen Zugang zu relevanten Lebensbereichen ermöglichen, die Entwicklung eigener Lebenspläne unterstützen und es verstehen, die Personen und Umwelt bezogenen Ressourcen eines Menschen sinnvoll und lebensweltorientiert mit einzubeziehen. Hier fallen neben objektiven Faktoren auch subjektive Aspekte ins Gewicht, wie das Gefühl der sozialen Eingebundenheit und das Gefühl des physischen und psychischen Wohlbefindens, also Fak-



Inke Grauenhorst
Diplom-Rehapäd.
B. Sc., TU Dortmund,
Fakultät Rehabilitationswissenschaften

Ingmar Steinhart
Prof. Dr. phil, Geschäftsführer des
Stiftungsreichs
Bethel vorOrt.

toren, die sich in den oben genannten Funktionen eines privaten Wohnraums widerspiegeln und die elementare Wichtigkeit wohnbezogener Dienstleistungen erkennbar machen. Auch die UN-Konvention, Artikel 19, verpflichtet Dienste und Einrichtungen, Wohnraum und Unterstützungsleistungen zu differenzieren und Menschen in ihren individuell gewählten Lebensformen zu unterstützen.

Heimalternativen mit hoher Unterstützungssicherheit schaffen

Die Stiftung Bethel.regional will mit dem Konzept des Intensiv Betreuten Wohnen (IBW) im Ruhrgebiet Heimalternativen schaffen, die o.g. Kriterien genügen. Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, die wegen ihres umfassenden individuellen Hilfebedarfs in psychiatrischen Heimen untergebracht werden sollen, können ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben (§ 9 SGB IX und § 9 Abs.2 Satz 1 SGB XII) und erhalten ein Alternativangebot: umfassende ambulante Assistenz- und Unterstützungsangebote in der eigenen Wohnung.

Da das Angebot Heimplätze ersetzen soll, ist die Zugangsvoraussetzung zum IBW die nach dem Clearing- bzw. Hil-

fleplanverfahren des Leistungsträgers (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) festgestellte Notwendigkeit der Betreuung in einer Heimeinrichtung für psychisch kranke Menschen entsprechend den stationären Leistungstypen 15/16 des Landesrahmenvertrages NRW. Beim IBW erhält der Leistungserbringer aber die Möglichkeit, die Maßnahme „Heim“ als ein Budget in Form von Fachleistungsstunden zu nutzen, so dass Hilfen flexibel und personenbezogen in allen teilhaberelevanten Lebensbereichen erbracht werden können.

Dazu gehört u.a. Unterstützung bei der Haushaltsführung und Selbstversorgung, bei der sozialen Beziehungsgestaltung sowie Unterstützung in Krisenzeiten. Die Bemessung der Fachleistungsstunden pro Klient errechnet sich aus dem Preis der sonst notwendigen Heimunterbringungsmaßnahme abzüglich der sogenannten „Hotelkosten“ (d.h. einer Pauschale für Wohnung und Lebensunterhalt von 750 Euro pro Monat). Die sich aus dem verbleibenden Betrag ergebende Stundenzahl pro Person und Woche schwankt zwischen 9 und 11, sofern keine weiteren tagesgestaltenden Angebote hinzukommen. Sie sinkt auf 5 bis 10 Stunden, sofern eine zusätzliche Tagesstruktur-Leistung (Leistungstyp 24 Landesrahmenvertrag NRW) vergleichbar zur Heimunterbringung ergänzend finanziert oder eine Tagesstätte besucht wird.

Ein weiteres Merkmal ist, dass die Fachleistungsstunden pro Person und persönlichem Kontakt nicht wie in NRW ansonsten üblich präzise über die Quittierung durch die Klienten nachgewiesen werden müssen, sondern dass nur die inhaltlich sinnvolle und mögliche Zahl dokumentiert wird. Alle Fachleistungsstunden können über die im IBW eingeschriebene Zahl von Klienten „gepoolt“ werden. Aus diesem hieraus entstehende Gesamtstundenbudget ist es möglich, neben den individuell erforderlichen Leistungen eine 24-Stunden-Erreichbarkeit verbunden mit Krisendienst oder Nachtbereitschaften sicherzustellen. Es gibt ferner eine Service-Wohnung an jedem Standort in der Nähe der Mietwohnungen, in der eine Gemeinschaftsküche, ein Gemein-

schaftswohnzimmer, ein Büro und eine Schlafbereitschaftsmöglichkeit für die Mitarbeitenden vorgehalten werden. Eine Service-Wohnung dient für ca. 12 Klienten als Treffpunkt, als Kommunikationszentrum, als Ort für gemeinsame Tagesgestaltung, als gemeinsames Wohnzimmer, als Anlaufstelle und in Krisenzeiten als Rückzugsraum mit der Möglichkeit, eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch zu nehmen – all dies nur bei Bedarf. Selbstverständlich sind für die Unterstützung in

der eigenen Wohnung die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auch rund um die Uhr erreichbar. Die Grundsätze „so viel wie nötig und so wenig wie möglich“ und „alles möglichst im Lebensfeld“ greifen hier unmittelbar, da die zu erbringenden Hilfen situationsgebunden zwischen Nutzenden und Mitarbeitenden ausgehandelt werden. Hervorzuheben ist, dass aufgrund der Zugangsvoraussetzungen durchaus Menschen mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern und wiederkehrenden Krisen das Angebot des IBW nutzen. Als besonderer Anreiz für den Leistungsträger ist vereinbart, dass er bei der Wahl des Alternativangebotes IBW einen Einsparungseffekt von 5 bis 10 Prozent im Vergleich zur traditionellen Heimunterbringung erhält. Die kosten- und betreuungsintensive ambulante Variante IBW weist damit eine gewisse Robustheit gegenüber dem § 9 (2) Satz 3 SGB XII („Mehrkostenvorbehalt“) auf.

Zum jetzigen Zeitpunkt werden bereits 24 Menschen mit wesentlichen psychischen Behinderungen aus den Regionen Lünen (Kreis Unna) und Stadt Hagen intensiv-ambulant in ihren jeweils eigenständig angemieteten Wohnungen betreut. Ein Ausbau um zunächst weitere 50 Plätze ist für 2011 vereinbart. Die Vermietung erfolgt über zwei kooperierende Wohnungsgesellschaften der Städte Hagen und Lünen direkt an die Nutzenden. Die selbständige Mieterrolle der Nutzenden einschließlich ihrer persönlichen Genossenschaftanteile unterstreicht damit den Teilhabe- und Selbstbestimmungsgedanken.

Eine Servicewohnung als Anlaufstelle und dazu die Unterstützung in der eigenen Wohnung ermöglichen Hilfe nach dem Grundsatz: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich und alles möglichst im Lebensfeld“.

Der Leistungsträger erhält bei der Wahl des Alternativangebotes IBW einen Einsparungseffekt von 5 bis 10 Prozent im Vergleich zur traditionellen Heimunterbringung.

Heimalternativen evaluieren

Das Angebot in Hagen gehört zu den fünf vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe mit dem mitMensch-Preis 2010 ausgezeichneten Gewinnern und hat damit fachliche Anerkennung gefunden. Gleichwohl wurde Wert darauf gelegt, dieses neue Angebot bezogen auf die Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern auch von wissenschaftlicher Seite zu überprüfen. Ob das Angebot die hoch gesteckten Ziele von Teilhabe und Lebensqualität einlösen kann, wurde durch die Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund in einer qualitativen Studie evaluiert. Insgesamt konnten 14 Nutzerinnen, 7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie 2 Wohnungsgesellschaften im Zeitraum von Mai bis September 2010 interviewt werden. Zu diesem Zeitpunkt nutzten die Menschen seit ca. 1 bis 2 Jahren das Angebot des IBW. Gefragt wurde insbesondere nach

der Zufriedenheit der Nutzenden mit dem Angebot und den erbrachten Hilfen, nach der Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten in relevanten Teilhabebereichen sowie nach einer möglichen Steigerung des Kohärenzgefühls der Nutzenden. Kohärenzgefühl beschreibt nach Antonovsky das Ausmaß, in dem ein Mensch sein Leben als sinnhaft, handhabbar und verstehbar erlebt. „Handhabbarkeit“ wird insbesondere dann erlebt, wenn der Zugang zu nötigen Ressourcen gewährleistet ist, um Anforderungen des Alltags und des Lebens bewältigen zu können.

Wir berichten hier in Kurzform von den zentralen Interviewergebnissen:

1. Besonders herauszustellen im Sinne des Kohärenzgefühls ist es, dass die Nutzer/innen trotz erhöhter Lebensrisiken die Zunahme an Selbstbestimmung im IBW als positiv bewerten und aktiv Chancen und Risiken ihrer selbstbestimmten Wohnsituation abwägen.
2. Durch den Gewinn an Selbstständigkeit zeigen sich deutliche Verbesserungen im Hinblick auf ein positiveres Lebensgefühl sowie die Erweiterung und Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein. Der Faktor, dass die Nutzer/innen selbst die Mieter/innen ihrer jeweiligen Wohnungen sind, führt

zu mehr Selbstentfaltung und Teilhabechancen. Das stationäre Setting galt vormals als Hemmnis hierfür, während die eigene Wohnung unter anderem die soziale Interaktion begünstigt. Bisherige Erfolge motivieren für die Zukunft und lassen das Leben in der eigenen Wohnung als handhabbar erscheinen. Der Aufwand dafür und die Risiken werden als lohnend empfunden.

3. Besonders für den Aspekt Handhabbarkeit sind die geleisteten Hilfen im IBW von großer Bedeutung. Die Nutzer/innen berichten von einer großen Zufriedenheit mit den geleisteten Hilfen in allen untersuchten Bereichen. Die Hilfen werden von den Nutzer/innen als passgenau, erreichbar, zuverlässig und zeitlich flexibel wahrgenommen. Das Verhältnis zu den Mitarbeitenden ist gut und basiert auf Vertrauen.

4. Die Einstellungen der Mitarbeitenden beruhen auf Respekt gegenüber den Wünschen und Nöten der Nutzer/innen.

5. Als zentraler Vorteil des IBW wird die flexible Verteilung der individuell bemessenen Fachleistungsstunden als Kontingent bzw. Gesamtbudget über alle im IBW „eingeschriebenen“ Personen hinweg gesehen. Hier kann wie in einer stationären Einrichtung flexibel zeitweise oder auch dauerhaft intensiveren individuellen Hilfebedarfen begegnet werden, was unter den strukturellen Rahmenbedingungen des herkömmlichen ambulant Betreuten Wohnens mit einer genauen Abrechnung der face-to-face geleisteten Fachleistungsstunden so nicht gewährleistet werden könnte. Indirekt kundenbezogene Zeitanteile wie Rufbereitschaft, Nachtbereitschaft, Präsenzzeiten in der Servicewohnung etc. lassen sich so bündeln, dass eine leistungsfähige Struktur entsteht.

6. Ängste und Befürchtungen, die die Nutzer/innen vor dem Umzug hatten, konnten im Vorfeld weitgehend durch die Mitarbeiter/innen geklärt werden. Angst vor Einsamkeit und finanziellen Unsicherheiten, vor unzureichender Betreuung und inadäquater Krisenintervention legten sich im Laufe der Zeit. Etwaige Verschlechterungen im Bereich der finanziellen Situation sowie das Auftauchen von Krisen werden im Sinn der unter Punkt 1 beschriebenen persönlichen Bilanzierung in Kauf genommen zugunsten des Zugewinns an

Teilhabe und Lebensqualität.

7. Die Möglichkeit, z.B. die Servicewohnung jederzeit gut zu Fuß erreichen zu können, gibt den Nutzer/innen Sicherheit und das Gefühl, Krisensituationen gut bewältigen zu können. Am Standort Lünen wird die Nähe der eigenen Wohnung auch zu einem im Quartier liegenden Wohnheim

eher als Ressource empfunden.

8. Das IBW wird als Chance gesehen, sich selbst zu erproben und eigenständiger zu werden. Damit wird die Aussicht verbunden, eventuell später die Betreuungsintensität zu reduzieren oder unbetreut zu leben, ohne die eigene Wohnung zu wechseln.

9. Der Kooperation mit den ansässigen Wohnungsgesellschaften kommt eine zentrale Bedeutung zu. In den Interviews wird ihre teilhabe- und nutzerorientierte

Sichtweise deutlich. Den Vertretern der beteiligten Wohnungsgesellschaften ist bewusst, dass eine Behinderung oder seelische Beeinträchtigung „jeden treffen kann“ und sie sehen sich daher als Wegbereiter für den Start in ein eigenständiges Leben.

Sozialpolitische Schlussfolgerungen

Aus der Perspektive der Begleitforschung kann geschlossen werden, dass Intensiv Betreute Wohnformen mit eigenem Mietvertrag und einer der stationären Betreuung vergleichbaren Leistungsintensität nicht nur eine im Einzelfall zu prüfende echte Alternative zur Heimunterbringung sein können, sondern wesentlich zu einem Gewinn an Teilhabe und Lebensqualität beitragen. Wesentliches Merkmal für die Nutzenden ist eine hohe Unterstützungssicherheit, die sich u.a. in einer flexiblen und passgenauen Leistungserbringung und einer 24-Stunden-Erreichbarkeit der Unterstützung ausdrückt. Gleichzeitig beträgt – wie oben beschrieben – der finanzielle Spareffekt des Leistungsträgers 5-10 % des vergleichbaren stationären Leistungsentgeltes. Insgesamt also eine win-win-Situation für alle Beteiligten, denn auch der Leistungserbringer gewinnt eine höhere Flexibilität und eine gewisse

Unabhängigkeit von Spezialimmobilien. Das Modell des IBW legt auch nahe, dass eine „personenscharfe“ Erfassung von ambulanten face-to-face - Leistungen jedenfalls dann in eine Sackgasse führen, wenn auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen unterstützt werden sollen. Pauschalere Kontingent- oder Budgetvarianten könnten in der Ergebnisqualität (Teilhabe, Kosten) deutliche Vorteile haben. Ganz im Sinne der ASMK-Empfehlungen (2010) bringt die Trennung von Wohnung und Maßnahme für viele, denen heute eine Heimeinweisung bevorsteht, einen erheblichen Vorteil, wenn alternativ das „Heimbudget“ z.B. wie im vorliegenden Modell über die Fachleistungsstunden „ambulantisiert“ wird. Auch psychisch kranke Menschen im Quartier mit einer geringeren Betreuungs-dichte profitieren von dem Vorhandensein der Service-Wohnung und der damit verbundenen höheren „Unterstützungssicherheit“.

Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass die individuell möglicherweise erforderlichen Schutzräume im Rahmen dieses Projektansatzes noch nicht für alle Klienten einer Region gewährleistet werden können. Noch handelt es sich bei der hier befragten Gruppe um diejenigen, die sich selbstbestimmt für diese Alternative entschieden haben. Um die heutige Funktion von Heimunterbringungen im Sinne einer Vollversorgung einer Region umfassend „ambulant“ ersetzen zu können, müsste das regionale Angebot durch weitere innovative Arrangements (Krisenwohnungen, aber auch (wenige) Plätze in hochstrukturierten Wohnformen etc.) angereichert werden. ●

Der Beitrag entstand unter Mitarbeit von Barbara Bernhard, Maria Stier, Jamaina Will, Thomas Zigahn, TU Dortmund.

Literatur

Ein Verzeichnis stellen die Autorinnen und Autoren gern zur Verfügung.

Kontakt

Inke.Grauenhorst@tu-dortmund.de
Ingmar.steinhardt@bethel.de

Offene Herberge e.V.

Ein Wohnprojekt in Eigenregie von Psychiatrieerfahrenen

Von Michael Beichert

Als mich im Frühjahr 1999 der Diplompsychologe Martin Urban fragte, ob ich bei einem Projekt mitwirken wolle, bei dem Psychiatrieerfahrene neue Wege der Begleitung psychisch erkrankter Menschen mit gestalten, musste ich nicht lange zögern, um dabei zu sein. Ein Kernpunkt seiner Idee war, das Erfahrungswissen von Betroffenen als wichtige Essenz bei der Arbeit zur Gesundung psychisch angeschlagener Menschen zu nutzen, sozusagen die Experten in eigener Sache mit ins Boot zu nehmen.

Im selben Jahr stellten wir bei der Tagung REGIO1 in Tauberbischofsheim in einer Arbeitsgruppe unsere erste Vision vor. Die Grundidee war, ein Haus aufzubauen mit vier Angeboten:

- „Clubhaus“ für Kontakte und Begegnungen mit Menschen mit seelischen Handicaps
- Ambulant betreute Wohngemeinschaft als Sprungbrett in ein eigenständigeres Leben
- „Villa Zuflucht“ als niederschwelliges Rückzugsangebot zur Neuorientierung
- Kriseninterventionseinheit („Mini-Soteria“) als Krisenbegleitung vor Ort auch an Wochenenden zur Vermeidung von Klinikeinweisungen.

Inzwischen sind über 10 Jahre vergangen, in denen unser Projekt kontinuierlich gewachsen ist. Im Oktober 2000 gründeten 14 Menschen den Verein Offene Herberge e.V. mit Sitz in Stuttgart. Heute hat die Offene Herberge ca. 140 Mitglieder, von denen die meisten psychiatrieerfahren sind. Von den derzeit 7 Vereinsvorständen sind 5 psychiatrieerfahren.

Insbesondere bei den Bausteinen „Clubhaus“ und „Ambulant betreute Wohngemeinschaft“ haben sich viele Vereinsmitglieder mächtig ins Zeug gelegt. In Stuttgart wird seit 2001 jeden dritten Montag im Monat ein Clubabend mit Abendessen und themenbezogenen Gesprächsrunden angeboten. Im

März 2004 begann die Arbeitsgruppe Clubhaus mit der Planung für dieses Angebot. Im Jahr 2005 wurde das Clubhaus in angemieteten Räumen zum ersten Mal geöffnet, anfangs an Wochentagen und ab Februar 2008 auch am Wochenende. Nach und nach erwuchsen daraus zahlreiche weitere Gruppentreffen, z.B. in den Bereichen Musik, Sprachen, Kochen, Kreativität, Gespräche, etc.

Im ambulant betreuten Wohnen sind wir seit 2002 in Oberesslingen und Leonberg aktiv. Dank einer großzügigen Spende konnten wir ein Haus in Oberesslingen kaufen, welches 8 Wohnplätze hat. Im angemieteten Haus in Leonberg gibt es 5 Plätze.

Als weitere Säule ist 2009 „EX-IN“ aus der Taufe gehoben worden. EX-IN ist die Abkürzung für Experienced Involvement und hat das Ziel, psychiatrieerfahrene Menschen mittels einer umfassenden Ausbildung zu GenesungsbegleiterInnen oder DozentInnen im Psychiatriebereich zu qualifizieren. Das erste Ausbildungsmodul startete in Stuttgart bereits im Herbst 2010.

Nachfolgend berichte ich über meine persönlichen Erfahrungen beim Aufbau und der Entwicklung der Offenen Herberge. Zunächst dazu einige Informationen zu meiner Person: Ich bin Jahrgang 1953 und ausgebildeter Industriekaufmann. In der Folge von schweren Depressionen hatte ich 1980 einen halbjährigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, den ich als sehr positiv erlebte. Kurz vor der Gründungsversammlung der Offenen Herberge stand bei mir die Entscheidung an, ob ich mich für den Vorstandsvorsitz zur Verfügung stelle. Der dafür vorgesehene Kandidat fiel kurzfristig wegen Krankheit aus. Mit einigem Bauchgrimmen stellte ich mich dieser Verantwortung und wurde prompt für 2 Jahre zum Vorsitzenden gewählt. Mir war wohl nicht bewusst, was auf mich



Michael Beichert

Industriekaufmann und als Psychiatrieerfahrener Gründungsmitglied der Offenen Herberge e.V. und Mitarbeiter im Arbeitsbereich Betreutes Wohnen.

zukommt und im Grunde bin ich ein eher unsicherer Mensch. Andererseits habe ich auch Anteile von Spielereienschaft in mir, die dann bei meiner Entscheidung wohl mitgestimmt haben.

Ich versuchte dann einfach, alles nach und nach auch mit einer gewissen Lockerheit anzugehen. Sehr hilfreich war ein großer Pioniergeist, der im Team sehr ansteckend wirkte. Dieser war auch wichtig, um die ersten Teilerfolge einfahren zu können: Anerkennung als gemeinnütziger Verein, Aufnahme in einen Dachverband, Übergang der Trägerschaft des Ambulant betreuten Wohnens von der Einrichtung des Diplompsychologen Martin Urban zum Verein, Hauskauf in Oberesslingen, Anmietung des Objektes in Leonberg, Renovierung der Häuser, Genehmigung erhalten von den Landkreisen Esslingen und Böblingen für das Ambulant betreute Wohnen etc.

Nachdem wir mit Herzblut und vereinten Kräften diese Ziele erfolgreich hinter uns lassen konnten, war ich dann erleichtert, die Verantwortung als Vereinsvorsitzender in andere Hände geben zu können. Für die nächsten 2 Jahre übernahm ich das Amt des Kassierers im Vorstand. Dabei kam mir mein beruflicher Sachverstand zu Gute. Nach insgesamt vier Jahren im Vorstand fasste ich dann den Entschluss andere Gewichtungen für mich im Verein zu setzen. Ich beendete meine Vorstandstätigkeit, um mich auch effektiver meiner Arbeit im

Betreuungsteam des Ambulant betreuten Wohnens in Leonberg widmen zu können. Zu diesem Zeitpunkt war ich da schon 2 Jahre mit von der Partie in der Betreuungsarbeit, also seit Beginn des Ambulant betreuten Wohnens der Offenen Herberge in Leonberg. Das Einzige, was ich noch vom Amt des Kassierers weiterführte, war das Amt des Personalbevollmächtigten. Dessen Hauptaufgabe besteht darin, dass die bezahlten Angestellten pünktlich ihr Gehalt bekommen. Dieses Amt habe ich noch heute inne.

Ach ja – da war doch noch was: Hauptberuflich arbeite ich seit 1999 mit einer 50%-Anstellung in einer Spedition. So muss ich ständig darauf achten, dass ich mir nicht zu viel auflade. So wichtig mir mein Einsatz in der Offenen Herberge ist, Sorge ich dafür, dass ich genügend Kräfte frei habe für meinen Hauptberuf. Das ist nicht immer einfach. Manchmal kommt es mir so vor, dass meine Arbeit in der Spedition meine Nebentätigkeit ist.

Im Ambulant betreuten Wohnen Leonberg habe ich die Position des psychiatriee erfahrenen Begleiters. Den Part des Bürgerhelfers übernimmt ein pensionierter Heilpädagoge und die professionelle Seite vertritt eine Heilerziehungspflegerin, die seit vielen Jahren im psychiatrischen Arbeitsfeld tätig ist. Wir arbeiten auf gleicher Augenhöhe zusammen. Alles wird gemeinsam entschieden. Dabei kommen uns unsere verschiedenen Professionen und Lebensgeschichten zugute, die unsere Arbeit bereichern. Ich selbst arbeite dort seit Beginn im Jahr 2002 mit. Anfangs hatte Martin Urban die fachliche Leitung übernommen. Nach dessen Rückzug übernahm dann ab Herbst 2003 diesen Part eine Fachkraft, die wir von der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart im Rahmen einer Personalüberlassung in unser Team aufnahmen. Mit ihr hatte ich schon früher fachlichen Kontakt im Angebot „Betreutes Wohnen in Familien“. Ich hatte nacheinander 2 Klienten bei mir aufgenommen und wir wurden dabei fachlich von ihr begleitet. So habe ich schon vor dem Beginn beim ABW Leonberg intensive Erfahrungen in der Betreuungsarbeit sammeln können und wurde nicht ganz

ins kalte Wasser gestoßen.

Unsere Betreuungsarbeit haben wir nach dem Bezugspersonenprinzip ausgerichtet. In der praktischen Arbeit bedeutet das, dass von den maximal 5 bei uns wohnenden Klienten 3 als Bezugsperson unsere Fachkraft haben und je 1 unseren Bürgerhelfer bzw. mich. Das bedingt weiter, dass ich während der Zeit, in der mein Klient bei uns ist, ihm in allen Belangen unterstützend zur Seite stehe. Im Team reflektieren wir unsere Begleitung wöchentlich und besprechen unsere nächsten Schritte im Konsens. Wir haben telefonische Rufbereitschaft rund um die Uhr. Wir sind in der Wohngemeinschaft nahezu an allen Werktagen präsent. Die wöchentlichen Besuche bei den Bezugspersonen werden nach Bedarf gestaltet. Um das Miteinander zu fördern bieten wir wöchentlich gemeinsames Kochen mit anschließendem Essen an. An Wochen-

enden streuen wir ab und zu Ausflugsangebote ein.

Diese Arbeit ist für mich deswegen nicht ganz einfach, weil ich dazu neige, dass ich mich gefühlsmäßig zu sehr in

die Schicksale unserer Klienten hineinsteigere und manchmal zu ungeduldig bin hinsichtlich deren Entwicklung. Also da ist für mich noch einiges zu tun bei meiner Entwicklung. Während meiner Tätigkeit in der Offenen Herberge bin ich zu einer größeren Wertschätzung der Arbeit von professionellen Kräften gekommen – oftmals kommen diese bei Psychiatrieerfahrenen nicht besonders gut an.

Im Landkreis Böblingen hat sich seit Jahren die sogenannte Hilfeplankonferenz bewährt. Die HPK ist ein Fachgremium, welches sämtliche Maßnahmen bei Klienten im Bereich der Gemeindepсихиатрии vorschlägt, bevor sie vom Kostenträger genehmigt werden. Als maßgebliches Instrument hierfür wird in der Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan gearbeitet. Dabei geht es darum, gemeinsam mit dem Klienten Ziele für seine Weiterentwicklung schriftlich niederzulegen und zu planen, wie

diese Ziele mit welcher unterstützenden Begleitung erreicht werden können. Ich habe daher auch an einer IBRP-Schulung teilgenommen. Das war eine gute Erfahrung für mich. Ich musste dabei auch Hemmungen überwinden, ob ich denn überhaupt als psychiatriee erfahrener Quereinsteiger, berechtigt bin, da mitzumachen. Unser etwas außergewöhnliches Betreuungsteam ist im Kreis Böblingen in der Zwischenzeit gut angekommen. Damit meine ich die Akzeptanz bei den anderen Maß-

nahmeträgern und in der Gremienlandschaft. Trotz tendenzieller Unsicherheiten meinerseits fühle ich mich auch größtenteils gut angenommen als kompetenter Kollege – in unserem

Team wie auch darüber hinaus. Humor und Vergnügen kommen in unserem Team nicht zu kurz und es wäre doch auch gelacht, wenn es nichts mehr zu lachen gäbe.

Oft werden solche Fragen gestellt, was denn das Besondere an unserem Projekt ist – oder, wie erleben die Klienten die Betreuung durch psychiatriee erfahrene Menschen. Meine Erfahrung zu letzterer Frage ist eher so, dass es den bisherigen von mir betreuten Klienten nicht wichtig war, welchen Beruf ich habe, sondern dass die persönliche Beziehung diese Frage in den Hintergrund gestellt hat. Das Besondere, bescheidener ausgedrückt, das Andere an unserem Projekt ist die trialogische Ausrichtung und dass sich Fachkräfte darauf einlassen, ihren Horizont zu erweitern. Abschließend ziehe ich die Bilanz, dass in den gut zehn Jahren Offene Herberge äußerst viel bewegt wurde und wir die Psychiatrielandschaft bunter gestaltet haben. ●

Anmerkungen

1 Unter der Bezeichnung REGIO-Tagung finden seit vielen Jahren gemeinsame Tagungen der Psychiatriee erfahrenen, der Angehörigen, der Bürgerhelfer und der Professionellen statt im Rahmen des Landesverbandes Gemeindepсихиатрии Baden-Württemberg e.V., dem Landesverband des Dachverbandes Gemeindepсихиатрии. Mehr Information siehe www.gemeindepсихиатрии-bw.de

Kontakt

www.offene-herberge.de
www.ex-in-bw.de

„Wohnst du noch oder lebst du schon?“

Ein etwas anderer Erfahrungsbericht Von Ingrid Nölle

Als psychiatrienerfahrene Mitarbeiterin in einem Dortmunder Wohnheim für psychisch kranke Menschen ist mir bereits im Jahr 2003 die frech-forsche Werbung des bekannten schwedischen Einrichtungshauses besonders aufgefallen: „Wohnst du noch oder lebst du schon?“ Wie ich meine, brachten es die Werber auf den Punkt: Wohnen ist mehr als vier Wände und ein Dach über den Kopf. Und auch in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen sollte nicht nur gewohnt, sondern vor allem gelebt werden. Für Bewohner und Mitarbeiter stellt sich das natürlich unterschiedlich dar. Für die Mitarbeiter ist es ihr Arbeitsplatz, den sie nach Dienstschluss wieder verlassen. Für Bewohner mit ihren vielfältigen Schwierigkeiten sollte das eigene Zuhause ein ganz besonderer Ort sein. Ein Ort, an dem sie sich wohl fühlen, zu sich selbst finden und auf neue Gedanken kommen können. Möglicherweise sogar Kraft tanken, um das Wohnheim wieder zu verlassen und eigenständig leben zu können.

Für uns alle spiegelt die eigene Wohnung all das wider, was uns ausmacht. Sie ist Intimsphäre und Kommunikationsort zugleich. Ob am Küchentisch oder im Wohnzimmer, hier kommen wir mit Freunden zusammen oder feiern mit der Familie. Diese Grundbedürfnisse des Menschen in einem Wohnheim zu verwirklichen, ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten. Als ehemalige Bewohnerin und jetzige Mitarbeiterin in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen erlebe ich tagtäglich, wie unterschiedlich die Perspektive ist und was „leben“ vom „wohnen“ unterscheidet. Und es ist oftmals nicht einfach, meine Rolle als Mitarbeiterin auszufüllen und den Blick als Psychiatrieerfahrene abzu legen. Aber muss ich das überhaupt? Oder ist gerade dieser Blick wertvoll,

um aus einem „Wohn-Heim“ einen Ort zum Leben zu machen?

Nun liegen meine (Wohn-)Erfahrungen in psychiatrischen Einrichtungen lange zurück. Trotzdem sind sie noch sehr lebendig. Sie bestimmen nicht selten meinen Blick auf alltägliche Situationen in meiner heutigen beruflichen Tätigkeit. Wo und wie wir wohnen oder gewohnt haben, prägt wohl die gesamte Persönlichkeit für Jahre. Zu stark sind unsere Urbedürfnisse nach Sicherheit und Schutz, Vertrautheit und Kontinuität, Selbstverwirklichung und -darstellung mit den konkreten Wohnbedingungen verknüpft.

Mein erster Aufenthalt 1979 auf der geschlossenen Aufnahmestation in der Psychiatrie Eickelborn war nicht nur unter dieser Perspektive ein Schock: Intimsphäre gleich null. Sicherheit

und Schutz? Nirgendwo habe ich mich schutzloser und unsicherer gefühlt wie in dieser Institution. Niederschmetternd für jedes Selbstwertgefühl auch die Beurteilung der Klinik nach meinem zweiten Aufenthalt in Eickelborn im März 1980: Ich würde auch in Zukunft nicht in der Lage sein selbstbestimmt zu leben, müsse in eine betreute Wohngemeinschaft innerhalb der Psychiatrie und würde im Waschhaus arbeiten. Diese Zukunftsaussichten waren für mich furchtbar und die vermeintliche Ausweglosigkeit ließ mich zum einzigen Mittel greifen, das ein Rest an Selbstbestimmung zuließ. Mein erfolgloser Suizid verbesserte zwar meine psychische Lage nicht, aber immerhin veränderte sich meine Wohnsituation. Wegen „Geistesschwäche“ entmündigt, bekam ich einen Amtsvormund, der die Entlassung aus der Psychiatrie vorantrieb und eine neue Wohnung und Arbeitsstelle für

Gleichgültig, welche Rolle die Bewohner vor der psychiatrischen Erkrankung hatten, plötzlich hat dies alles keine Bedeutung. Was zählt, ist die Diagnose.



Ingrid Nölle

Psychiatrieerfahrene, Referentin in der Weiterbildung. Seit über 20 Jahren im sozial-psychiatrischen Bereich tätig. Mitarbeiterin in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen in Dortmund.

mich besorgte. Auch wenn ich wieder eine eigene Wohnung hatte, zufrieden war ich mit dieser Fremdbestimmung natürlich nicht. Über Jahre hatte ich vorher in einer eigenen Wohnung gelebt und meinen Lebensunterhalt selber erarbeitet. Jetzt schmerzte das Gefühl, dass dies alles vorbei sein sollte. Auch heute fällt mir in meiner Tätigkeit im Wohnheim diese mangelnde Möglichkeit der Bewohner auf, sich selber zu definieren. Beim gemeinsamen Bekleidungskauf besteht z.B. eine Bewohnerin trotzig darauf, sie sei „Textileinzelhandelskauffrau“ und könnte den Chick und die Qualität der Bekleidung besser beurteilen als ich. Ich muss zu-

geben, sie hat Recht und befolge ihre Ratschläge. Gleichgültig wie aktiv viele unserer Bewohner waren, welche Rolle und Funktion sie vor der psychiatrischen Erkrankung hatten, plötzlich hat dies alles keine Bedeutung. Was zählt, ist die Diagnose.

Für mein eigenes Leben habe ich diese Zuschreibungen nie akzeptieren können. Als heutige Mitarbeiterin versuche ich mir diesen kritischen, parteiischen Blick zu erhalten und misstraue erst einmal jedem Entlassungs- oder Betreuungsbereitschaftsbericht. Das Gestalten eines gemeinsamen Lebens in einem Wohnheim setzt voraus, dass ich versuche zuerst den Menschen kennen zu lernen, der z.B. hinter einem Hilfeplan steht.

Damals versuchte ich der schmerzhaften Situation der Fremdbestimmung zu entfliehen. Ohne meinen Vormund zu unterrichten, besuchte ich Freunde in Paris und blieb fast ein Jahr. „Wohnen“ habe ich besonders in Paris anders erlebt als bis dahin. Entscheidend war nicht die Wohnungsgröße oder -ausstattung, sondern die Gemeinschaft. Wie nicht anders zu erwarten, stand Kochen und gutes Essen in Frankreich im Mittelpunkt. Um die gemeinsamen Mahlzeiten drehten sich Gespräche, wurden notwendige Absprachen getroffen und gemeinsam Unternehmungen geplant. Mehr als gemeinsames Wohnen war es das gemeinsame Leben, von dem alle profitierten – trotz vorhandener Konflikte und Reibereien.

Auch ein kurzzeitiger Aufenthalt in der französischen Psychiatrie überraschte mich. Keine weißen Kittel, keine Trennung von Männern und Frauen, alten und jungen Menschen wie es in Deutschland üblich war. Mitarbeiter und Patienten mit z.T. schweren Symptomen bemühten sich im Umgang miteinander um ein Mindestmass an Normalität. Natürlich hatte diese „Normalität“ wie in jeder Institution ihre Grenze, aber ich spürte doch den Wunsch vieler Ärzte und Schwestern, uns Patienten nicht nur unterzubringen, zu versorgen und medizinisch zu behandeln. Dort durfte ich erleben, dass man bemüht war, uns Patienten ernstzunehmen und uns authentisch zu begegnen. Nach meiner Erfahrung verfügen besonders Psychiatrieerfahrene über

Psychiatrieerfahrene verfügen über ein besonderes Gespür für Echtheit und Wahrhaftigkeit im Miteinander.

dieses besondere Gespür für Echtheit und Wahrhaftigkeit im sozialen Miteinander. Nicht selten liegt hier auch der Hintergrund für viele Konflikte und kritische Situationen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern. Diese ganzheitliche, innere „Echtheit“ ist für mich heute noch wertvolle Grundlage für meine Arbeit im Wohnheim. Prüfstein sind z.B. die vielen alltäglichen Situationen, wie ich sie als Psychiatrieerfahrene sicherlich anders wahrnehme und empfinde als Kollegen ohne diese Erfahrungen. Oftmals ist es auch für mich anstrengender und zeitintensiver, nicht ohne weiteres in ein Apartment einzutreten, sondern die oder den Bewohner in einem langen Gespräch zu überzeugen gemeinsam die Räume zu

putzen. Gleichzeitig ist es ein Zeichen von Respekt. In Zeiten der fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens befürchte ich jedoch dass der zunehmende Zeitdruck das persönliche Verhalten gegenüber anderen verändert. Auch ich bin als Mitarbeiterin manchmal ungeduldig oder unwirsch. Doch hier sind politischer Druck und strukturelle Verbesserungen gefragt, damit der einzelne Mitarbeiter aufnahmefähig bleibt und zugewandt und unterstützend reagieren kann. Auch dies sind Voraussetzungen, um in einem Wohnheim nicht nur das Wohnen, sondern Leben zu ermöglichen.

Meine Erfahrungen in Frankreich sollten nicht meine letzte Begegnung mit der Psychiatrie sein. Nach einigen Monaten wurde ich von Paris wieder zurück auf die geschlossene Aufnahmestation in Eickelborn verlegt und in den folgenden Jahren musste ich mich immer wieder in verschiedenen Kliniken behandeln lassen. Eine eigene Wohnung habe ich in dieser Zeit nicht gehabt, nur möblierte Zimmer. Und ich habe z.B. die Möglichkeit, meinen Wohnraum nach persönlichen Vorstellungen und Bedürfnissen zu gestalten schmerzlich vermisst. Im Februar 1982 entschied mein Vormund erneut über

meinen Aufenthaltsort. Diesmal sollte ich in das Dortmunder Friederike Fliedner Haus, damals ein Übergangswohnheim für psychisch Kranke, einziehen. Trotz meiner

anfänglichen Skepsis genoss ich es nach einigen Wochen, wieder ein eigenes Zimmer zu haben, wenn auch zu zweit. Hier konnten meine Zimmergenossin und ich ungestört Besuch empfangen oder uns zurückziehen. Dieser Zuwachs an Autonomie bedeutete jedoch auch eigenständig für Sauberkeit sorgen, die eigene Wäsche waschen und selber kochen zu müssen.

Aufgrund meiner Diagnose und den Zuschreibungen „geistesschwach“ und „therapieunfähig“, die ich bei meinem ersten Aufenthalt in Eickelborn bekommen hatte, beschränkte sich die „Behandlung“ in der Klinik in dieser Zeit ausschließlich auf Medikamente und Arbeitstherapie. Eine Psychotherapie

Die Funktion, Sprungbrett in ein selbstständiges Leben zu sein, sollte wichtiger Teil der Konzeption psychiatrischer Einrichtungen sein.

habe ich damals nicht machen können. Immerhin stabilisierte ich mich und fühlte mich zunehmend wohl im Friederike Fliedner Haus. Schnell lernte ich andere Bewohner kennen und die eigenen vier Wände in unserem Zimmer boten auch emotionale Sicherheit. Mein Mut wieder selbstbestimmt zu leben wuchs. Ich wollte so schnell wie möglich ausziehen und wieder auf

eigenen Füßen stehen.

Diese Funktion: ein „Sprungbrett“ wieder in ein selbstständiges Leben zu sein, ist für psychiatrische Einrichtungen nicht einfach, sollte aber wichtiger Teil der Konzeption sein.

Für die Mitarbeiter bedeutet dies, trotz der z.T. massiven psychischen Einschränkungen der Bewohner an ein „Leben nach dem Wohnheim“ zu glauben. Auch wenn dies bei vielen Bewohnern in unserem Wohnheim eher unwahrscheinlich ist, weigert sich die Psychiatrieerfahrene in mir beharrlich dies zuzugeben. „Leben“ bedeutet für mich auch in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen an positive Veränderungen und Entwicklungen zu glauben und trotz negativer Prognosen an diesem Glauben festzuhalten. Für mich hat dieser Glaube jedoch nichts mit pädagogisch „positivem Denken“ zu tun sondern mit dem Umgang auf gleicher Augenhöhe. Wie oft habe ich in den vergangenen 20 Jahren erlebt, dass Kollegen plötzlich die Seite wechselten und sich als Patienten in einer psychiatrischen Klinik wiederfanden. Der Grat seelischer Gesundheit ist eben sehr schmal.

Manchmal ist Glück der wichtigste Faktor für Veränderung: Als ein Mitbewohner des Friederike Fliedner Hauses den Vorschlag machte, gemeinsam mit einigen seiner Freunde eine Wohngemeinschaft zu gründen, griff ich zu. Bis auf ihn und mich hatten die zwei Frauen und Männer, die für die nächsten sechs Jahre meine WG-Mitbewohner waren, keine psychiatrischen Erfahrungen. Zusammen „Wohnen“ erwies sich in dieser Zeit als ein Zusammen „Leben“, mit allen Höhen und Tiefen, mit Streit und gemeinsamen Feiern bei privaten oder beruflichen Anlässen.

Die Zeit in der Wohngemeinschaft war natürlich nicht ohne Krisen. Zu sehr waren die 80er Jahre von gesellschaft-

lichen Umbrüchen und Auseinandersetzungen geprägt, an denen wir regen Anteil nahmen. Die damit verbundenen Konflikte und Spannungen konnte ich innerlich nur schwer ertragen und verarbeiten. Mir ging es psychisch zunehmend schlechter. Obwohl alle meine WG-Mitbewohner dagegen waren, entschloss ich mich im Oktober 1982 zur psychiatrischen Behandlung in eine Klinik zu gehen – mein erster freiwilliger Aufenthalt. In dieser Zeit machte ich auch eine erste Psychotherapie.

Wenn heute Bewohner in unserem Wohnheim den Wunsch äußern, sich in einer Klinik behandeln zu lassen, erinnert mich das an meine damalige Situation. Äußere und innere Konflikte und Spannungen lassen sich oftmals nur so bewältigen. Trotzdem bedeutet dies ein Verlust an Selbstbestimmung. Als Mitarbeiterin versuche ich hier besonders sensibel zu sein und diese Krise (nur) als kleinen Teil des Lebens in einem Wohnheim zu begreifen. Wichtiger als diese vorübergehende Episode ist für mich das bewusste, gemeinsame Gestalten der übrigen Zeiten.

Der einzige freiwillige Psychiatrieaufenthalt im Jahr 1982 sollte bis heute mein letzter sein. Noch immer unbegreiflich ist mir meine damalige Entmündigung. Im Folgejahr beantragte ich mit Unterstützung meiner Wohngemeinschaft, eines Anwaltes und mit Zustimmung meines Vormundes meine Wiederbemündigung. Nach Beschluss des Amtsgerichtes hätte ich nie entmündigt werden dürfen und die falsche gutachterliche Feststellung, ich könne nie selbständig leben, erinnert mich täglich daran, mit meiner Arbeit dazu beizutragen, dass Bewohner in unserem Wohnheim nicht nur wohnen, sondern leben können – mit allen Chancen positiver Veränderung und Entwicklung. Den Stellenwert meiner Wohnung für mein seelisches Gleichgewicht kann ich nicht hoch genug bewerten. Und wenn ich auch seit 27 Jahren den gleichen Lebenspartner habe, so scheint er seine eigene Wohnung ebenfalls für sein Gleichgewicht zu brauchen. Wie lässt es sich sonst erklären, dass es uns nur vier Jahre lang gelungen ist, in einer gemeinsamen Wohnung zu leben? ●

Wie betreut man Wohnen?

Wandel im Selbstverständnis – auf dem Weg zur Sozialraumorientierung

Ein Erfahrungsbericht aus Mitarbeiterperspektive

Bei den Sozialpsychiatrischen Wohnangeboten der Bruderhaus-Diakonie in Reutlingen wurden in den vergangenen Jahren bereits begonnene Dezentralisierungsprozesse weiter vorangetrieben. Damit einher ging die Neuorganisation der Hilfen im Sinne regionaler Versorgungsregionen mit je einem Regionalteam und einem Unterstützungszentrum pro Region. Praktisch wird inzwischen ein Großteil von Eingliederungshilfeleistungen – unabhängig vom konkreten Hilfebedarf im Einzelfall – innerhalb der Gemeinde im Rahmen von Einzel- oder Paarwohnen, bei Bedarf und Wunsch auch innerhalb einer Wohngemeinschaft mit maximal 2-3 Mitbewohnern erbracht. Einige Mitarbeitende der Einrichtung haben sich in zwei Gesprächsrunden darüber unterhalten, wie sich ihr Arbeitsfeld dadurch verändert hat. Die Gesprächsergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Selbstverständlichkeiten

„Freilich sind die meisten Themen, mit denen wir es früher zu tun hatten, auch in der neuen Organisationsform erhalten geblieben“, so eine Mitarbeiterin, die Erfahrungen aus einem stationären Heimbereich mitbringt, in der ersten Gesprächsrunde. „Auch im stationären Bereich war ich mir dessen bewusst, dass Wohnen einen ganz privaten und intimen Bereich des Alltags betrifft und dass ich auf diesen treffe, wenn ich den Wohnbereich eines Klienten betreue. Ich bin daher niemals in ein Zimmer gegangen, ohne vorher anzuklopfen und zu warten, bis ich herein gebeten werde; und ich hätte nie ohne Not ein Zimmer in Abwesenheit eines Bewohners betreten“.

Die Kollegen stimmen bei. Ja, wesentliche Themenfelder und auch Vorgehens-



Sermie Ehrenfeld (HEP), Marion Krieg (Dipl.Sozpäd.), Jürgen Leboch (Sozialarbeiter), Andrea Krainhöfer (Dipl.Psych.), Jörg Vollmar (Dipl.Sozpäd.), von links. Es fehlt: Michael Telin-Mann (HEP).

Mitarbeitende der Sozialpsychiatrischen Hilfen der BruderhausDiakonie in Reutlingen.

weisen sind unverändert geblieben. „So stellt sich zum Beispiel das Thema der Balance zwischen Nähe und Distanz in jeder Form der Betreuung“, formuliert einer der Kollegen. „Oder“, stimmt ein anderer ein, „das Gefühl, zwischen allen Stühlen zu sitzen und Erwartungen von vielen Seiten gerecht werden zu sollen oder auch zu wollen.“ Was also wird anders, wenn die durch uns betreuten Menschen innerhalb der Gemeinde leben und Mitarbeitende sie dort aufsuchen, wo deren Lebensmittelpunkt liegt?

Neue Aspekte

Gastrolle des Mitarbeitenden

Viele Klienten fühlen sich in ihrer Bürgerrolle durch die Wahrnehmung ihres individuellen Wahlrechts bei der Entscheidung für eine bestimmte Lebensform deutlich gestärkt und erleben größere Freiräume. Zumeist wird dies mit einem größeren persönlichen Gewinn assoziiert. „Wissen Sie, hier riecht es nicht nach Psychiatrie“, sagte

Kontakt

Email: info@ingrid-noelle-coaching.de

ein Klient nach seinem Umzug in eine eigene Wohnung außerhalb des Heimbereiches zu seinem Bezugsmitarbeiter. Und manchen Klienten ist die dadurch gewonnene Souveränität direkt anzumerken. Dies wirkt sich – so erfahren es die Mitarbeitenden – auch auf den Betreuungsalltag aus.

Ihnen kommt dadurch ebenfalls eine neue Rolle zu. Sie besuchen die Klienten in deren eigenen vier Wänden; sind also nicht mehr Herr im (eigenen) Hause, sondern Gast im Hause eines anderen.

Damit gelten zunächst einmal die Regeln des Gegenübers. „Man bleibt zum Beispiel nach dem Eintreffen erst mal stehen und muss warten, bis man einen Platz angeboten bekommt.“

Erleben von Intimität

Diese Gastrolle wirkt sich selbstverständlich auch auf andere Betreuungsbereiche aus. „Ich überlege viel bewusster, welchen Raum ich betrete, wo ich hinsitzen möchte und wo es mir zu intim wird“, sagt eine Kollegin. „Was sage ich zum Beispiel, wenn ein Betreuer beim Hausbesuch in seiner Wohnung in Unterhosen vor mir herumläuft?“ ergänzt eine andere Kollegin. Das Miteinander gestaltet sich in anderen Räumen, den privaten Räumen eines Gegenübers, doch weniger selbstverständlich. „Manchmal löse ich es so, dass ich – wenn wir mit der gemeinsamen Arbeit im Haushalt fertig sind – noch einen kleinen Spaziergang um das Haus herum vorschlage; denn es kommt mir nicht in jedem Fall stimmig vor, zu viel Zeit mit dem Klienten in dessen privaten Wänden zu verbringen“, berichtet eine Kollegin. „Da schlage ich gleich zwei Fliegen mit einer Klappe“, erzählt eine andere; „ich kann das Herausgehen in den sozialen Raum ja auch nutzen, um auf andere Themen zu kommen und ein Gegengewicht zu meiner anderen Tätigkeit, in der der Klient auf meine Unterstützung angewiesen ist, setzen. Wir landen dann mitunter ganz überraschend in Bereichen, in denen ein Klient sich an Erlebnisse erinnert, in denen er sich stark oder kompetent gefühlt hat oder fühlt.“ Solche Facetten stärker in die Arbeit zu integrieren, sehen die meisten Mitarbeitenden als Vorteil ihrer neuen Arbeitsform.

Die wahrgenommene Einflussnahme der Mitarbeitenden

Umgekehrt gibt es aber auch Faktoren, die subjektiv als erschwerend wahrgenommen werden. „Ich komme als Gast und besuche den Klienten; da bin ich viel stärker abhängig von dessen Mitwirkung. Meine Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, ist zunächst begrenzt; gleichzeitig hab ich eine umfassende Zuständigkeit“, so beschreibt ein Mitarbeiter das erlebte Spannungsfeld. „Zudem sind die Klienten – wenn sie zum Beispiel weiter weg vom Unterstützungszentrum wohnen – nicht so leicht erreichbar. Die Möglichkeit, sich zu entziehen, ist größer. Menschen, die sich schwer damit tun, Termine einzuhalten, erreicht man schwerer. Die Notwendigkeit, mehrere Anläufe nehmen zu müssen, bis ein Kontakt zustande kommt, ist auch nicht finanziert – ich gerate da oft in schlimme Zeitnot“, ergänzt ein anderer.

Die Erweiterung des eigenen Aktionskreises

Die Erweiterung des eigenen Aktionskreises

„Wenn ich als Gast in den persönlichen Bereich eines Klienten komme, rückt dessen Netzwerk aus Nachbarschaft, Familie und Bekannten näher an mich heran“ – so formuliert es eine junge Kollegin. Die Arbeit ist damit öffentlicher geworden. „Unter Umständen begegne ich Hausmitbewohnern und Nachbarn im Treppenhaus, im Aufzug oder vor der

Tür der Klienten. Manchmal werde ich auch angesprochen auf den von mir besuchten Klienten und einige seiner Eigenarten. Hier die richtige Balance zwischen Freundlichkeit und Offenheit bei gleichzeitiger Beachtung des Datenschutzes zu finden, ist nicht immer leicht.“ „Ich betreue nicht nur ein Haus/ eine Wohnung, sondern ich muss aktiv auf die Nachbarschaften zugehen, Transparenz schaffen, Brücken in den Sozialraum bauen“, so sieht es ein anderer Kollege. Mitarbeitende erleben, dass Aufträge jetzt auch vermehrt aus dem Sozialraum selbst kommen. „Nachbarn erwarten natürlich, dass das Verhalten der Betreuten durch

die Mitarbeitenden positiv beeinflusst wird; bei den Schwaben ist in diesem Zusammenhang die Erledigung der Kehrwoche von großer Bedeutung.“ Die Mitarbeitenden erleben hier eine akzentuierte Form von Teilhabe: „Es geht darum, dass Menschen durch die Umwelt Akzeptanz erhalten und dass diese erhalten bleibt.“

„Auch die Einrichtung selbst muss sich dem Sozialraum öffnen“ überlegt sich eine junge Kollegin „und ihre Ansprechbarkeit zum Beispiel auch durch die Präsenz von Leitungsmitarbeitenden erhöhen.“ „Alles wird öffentlicher; wenn es jemandem schlecht geht, wenn es zu Ruhestörungen oder auch auffälligen Ereignissen wie einem Polizeieinsatz kommt. Dadurch geht auch Schutz verloren“, weiß eine andere; sie hat es schon erfahren. „Man ist im Zuge der neuen sozialräumlich orientierten Arbeit nicht mehr auf einen eng definierten Raum (ein Haus, eine Wohngruppe) begrenzt, sondern man hat im Sozialraum mit mehr Personen, Institutionen und Plätzen zu tun.“

Wahrnehmung von Aufgaben und Verantwortung

Das Fallmanagement steht stärker im Vordergrund: „Früher, im stationär betreuten Wohnen, war ich erste Ansprechperson. Ich hatte aber auch

einen Hausmeister, den ich für Reparaturen rufen konnte und eine Hauswirtschaft, die ich für andere Aufgaben heranziehen konnte. Nun bin ich für alles selber zuständig und muss jede weitere Hilfe und deren

Finanzierung mit dem Klienten organisieren; dadurch empfinde ich eine höhere Verantwortung.“ „Ich bin nicht nur für die pädagogischen Aufgaben da, sondern für alles, was im Betreuungsalltag anfällt – die Aufgaben sind umfassender und ich muss die Klienten stärker in ihre Verantwortung nehmen.“ Die Verantwortlichkeit gegenüber den Klienten wird durch die meisten Mitarbeitenden im neuen Betreuungssetting höher wahrgenommen und eingeschätzt. „Die Betreuungsaufgaben sind wesentlich umfangreicher, vielfältiger. Das ist interessanter und spannender; oft hat man aber nicht die Ressourcen und muss sich diese erst erschließen.“

„Wenn ich als Gast in den persönlichen Bereich eines Klienten komme, rückt sein Netzwerk aus Nachbarschaft, Familie und Bekannten näher an mich heran“.

Auch erleben sich die Mitarbeitenden stärker auf sich selbst gestellt: „Ich weiß meist nicht, was mich bei einem Hausbesuch erwartet und weiß oft nicht: Wie treffe ich den Klienten an“, formuliert einer der männlichen Kollegen. Und ein zweiter ergänzt: „Gleichzeitig habe ich die einzelnen Klienten aber nicht mehr so gut im Blick wie früher im Heimbereich. Dadurch muss ich bei einem Termin mehr abchecken und prüfen bzw. mit den Klienten ansprechen. Bei Themen, die unter Umständen auch vermieden werden sollen, hab ich Mühe, schwierige Entwicklungen wieder gemeinsam mit den Klienten in Ordnung zu bringen. In diesem Zusammenhang machen mir Verschuldungstendenzen einzelner Klienten zu schaffen: Da geht manches schief, was früher in der alten Struktur nicht schief ging.“

Nicht nur eine höhere Verantwortlichkeit, sondern auch erhöhte Flexibilitätsanforderungen werden durch etliche Mitarbeitende beschrieben: „Man muss Prioritäten aus der Situation heraus setzen und schnell reagieren und man muss dabei sehr selbständig arbeiten und Entscheidungen treffen können.“ „Ja, die Rolle der koordinierenden Bezugsperson wird um Vieles bedeutsamer. Ich weiß in vielen Situationen: Wenn ich es jetzt nicht mache, macht es niemand“, berichtet eine Kollegin. „Ich bin als Beistand wichtig und fungiere bei manchen Kontakten, die die Klienten in ihrem Umfeld aufnehmen, erst mal als Platzhalter, bis der Klient seinen Weg gefunden hat.“ Einzelne Mitarbeitende berichten, dass die erweiterte Zuständigkeit bei gleichzeitig fehlender Schlüsselgewalt zu erlebter Hilflosigkeit führt. Und die Frage dabei ist, was Mitarbeitende benötigen, um ihre Arbeit mit sicherem Gefühl tun zu können.

Neue Sichtweisen gewinnen

Mehrere Mitarbeitende haben erfahren, dass ihre eigene Sichtweise die laufenden Prozesse bei den Klienten beeinflusst; dies sei sehr entscheidend. Ob sie zum Beispiel daran glauben, dass für die betreuten Klienten durch ein Leben und die Einbindung in eine Region, einen Stadtteil, eine Verbesserung

ihrer Lebenssituation erreicht werden kann. „Eigentlich benötigen die Mitarbeitenden auch eine Ambulantisierungshilfe“, sagt einer der langjährig Erfahrenen. „Denn das Rollenverständnis erfährt einen „Ruckler“. Dies betrifft auch Haltungen.“ Und ein anderer ergänzt: „Ja, man muss es erst verstehen, benötigt Erfahrungen und Zeit – und auch selber Unterstützung.“ Dem pflichtet der erste wieder bei und ergänzt: „Nach den bisherigen Erfahrungen haben alle, die die Chance, etwas Neues aufzubauen, bei uns genutzt haben, einen Gewinn gehabt. Diese Erkenntnis gibt mir Mut, den begonnenen Weg weiter zu gehen.“

Teamverständnis und Organisation

Auch Funktion und Definition des Betreuungsteams haben sich verändert. War es früher ein eher geschlossenes Teamverständnis mit der wesentlichen Zuständigkeit für einen Betreuungsort, das Heim oder einen dezentral organisierten Teil davon, so stellt das heute regional arbeitende Team ein deutlich offeneres System dar. „Wir Mitarbeitende werden im Stadtteil wahrgenommen, angesprochen; und dies ist ja auch erwünscht.“ Zudem gibt es höhere

Abstimmungsbedarfe, um eine aktuelle und standardisierte Form der Information für alle Beteiligten zu sichern. Und schließlich ergeben sich auch neue Herausforderungen an die Arbeitsorganisation

(Aufgabenzuordnung; Abläufe; Routenplanung, Dienstwagen; Sicherung der Erreichbarkeit).

Zusammenfassende Betrachtung

Mitarbeitende erleben in etlichen Bereichen eine Veränderung ihres bisherigen Selbstverständnisses. Besonders betroffen davon sind Themen im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle bzw. einer Förderung der Selbständigkeit und Fürsorge. In diesem Zusammenhang erleben Mitarbeitende häufig auch Sorge um Vereinsamung der Klienten oder auch die Sorge, dass schwierige Entwicklungen erst zu einem späteren Zeitpunkt bemerkt werden. Auch die Klienten haben

teilweise Schwierigkeiten, mit dem Wandel umzugehen. Sie wollen einerseits selbständig und unabhängig sein; dennoch hört man im Betreuungs-

alltag immer wieder den Ruf nach Versorgung (zum Beispiel wenn die Glühbirne kaputt ist). Schließlich erfordert die Arbeit im Sozialraum ein deutlicheres Schauen

nach den Stärken und Ressourcen der Umgebung, aber auch der Klienten selbst. Das fordert beide Seiten heraus, aber tut allen gut.

Als vorrangige Herausforderungen haben die Mitarbeitenden Aufgaben des Managements, die Erfordernis, eigene fachliche Grundhaltungen sowie das eigene Rollenverständnis zu reflektieren sowie die erhöhten Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit des Einzelnen herausgearbeitet.

Um mit oben genannten Themen besser umgehen zu können, benötigen sie aus ihrer Sicht daher bei der Entwicklung ihres neuen Selbstverständnisses Unterstützung. Im Einzelnen wurden genannt:

- Klare Beschreibung von Zielvorstellungen – wohin die Reise gehen soll,
- Raum, um sich ergebende Fragen zu klären,
- Hilfen in der Arbeitsorganisation sowie bei der Rollenklärung im Team,
- Fachliche Unterstützung zum Umgang mit erlebten Verantwortlichkeiten bzw. dem Gefühl von Hilflosigkeit,
- Methodenkenntnis für die Arbeit im Sozialraum,
- Ggf. eine Schulung in Gesprächsführungstechniken. 🌟

Kontakt

Sozialpsychiatrische Hilfen Reutlingen – Zolernalb, Marion Krieg / Andrea Krainhöfer, Gustav Werner Strasse 25, 72762 Reutlingen
Email:
marion.krieg@bruderhausdiakonie.de;
andrea.krainhoefer@bruderhausdiakonie.de

Erst platzieren, dann trainieren

Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker: Das Modellprojekt InPUT

Von Irmgard PlöbI und Elke Stein

Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist für viele psychisch kranke Menschen unter den heutigen Arbeitsbedingungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen ein zu hoch gestecktes Ziel. Derzeit ist für Menschen, die den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht gewachsen sind und die einen längerfristigen Hilfebedarf haben, häufig nur eine Förderung im Rahmen der spezialisierten Einrichtung einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) möglich. Diese wird jedoch teilweise als sozial stigmatisierend empfunden, so dass für einen Teil der Betroffenen eine Wahlmöglichkeit in Form einer Förderung auf Plätzen des allgemeinen Arbeitsmarkts möglich sein muss. Auch dürfen die Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht vollständig aus ihrer sozialen Verantwortung psychisch Erkrankten gegenüber entlassen werden. Es entspricht dem Bedürfnis vieler Betroffener, unter möglichst normalen Bedingungen zu leben und zu arbeiten. Die InPUT-Maßnahme stellt eine Variante des Berufsbildungsbereichs dar, der während der Modellphase von 3 Jahren ausgelagert angeboten wurde. Abbildung 1 zeigt den Ablauf von InPUT und den des klassischen Berufsbildungsbereichs:

InPUT richtet sich ausdrücklich an den Personenkreis der RehabilitandInnen in Werkstätten für psychisch erkrankte Menschen. Die Zielgruppe steht also dem allgemeinen Arbeitsmarkt für die Dauer von mindestens 6 Monaten aufgrund krankheitsbedingter Leistungseinschränkungen nicht zur Verfügung. Die Teilnehmer entscheiden sich vor der Aufnahme, ob sie eine Förderung auf einem ausgelagerten Trainingsplatz anstreben (InPUT) oder lieber den klassischen Weg beschreiten und zunächst längere Zeit innerhalb der WfbM trainieren möchten. Ausschlaggebend für eine Aufnahme in InPUT ist also im Wesentlichen der erklärte Wunsch der TeilnehmerInnen.

Das Ziel von InPUT ist es, auch dieser Personengruppe die Teilhabe an einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und somit größtmögliche Normalität im Alltag zu ermöglichen. Dabei besteht das Teilhabeziel nicht nur in der Vermittlung einer versicherungspflichtigen Tätigkeit, sondern auch in der Eröffnung anderer Möglichkeiten der integrierten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Während der maximal zwei Jahre dauernden Förderung auf einem aus-



Irmgard PlöbI

promovierte Diplom-Psychologin, Leitung der Abteilung Berufliche Teilhabe und Rehabilitation im Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart.



Elke Stein

Sozialpädagogin, Job Coach InPUT, Bereichsleitung Berufliche Integration, Rehabilitationszentrum, Rudolf-Sophien-Stift.

gelagerten Trainingsplatz im externen Berufsbildungsbereich werden die Teilnehmer individuell von IntegrationsassistentInnen begleitet, die wir auch als Job Coaches bezeichnen. Diese organisieren die jeweils notwendigen Berufsbildenden Angebote, erarbeiten individuelle Trainingsmaßnahmen, sprechen mit TeilnehmerInnen und ArbeitgeberInnen und organisieren gegebenenfalls einen Wechsel auf einen anderen Arbeitsplatz. Die TeilnehmerInnen werden in jedem Fall regelmäßig von den IntegrationsassistentInnen am Arbeitsplatz besucht, darüber hinaus kommen sie regelmäßig in der Werkstatt zu Gruppentagen zusammen. Bei positivem Verlauf kümmern sich die IntegrationsassistentInnen auch um die Suche nach einem Arbeitsplatz, an dem ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis entstehen kann.

Im Begleitenden Bereich nehmen die TeilnehmerInnen von InPUT an den regelmäßigen Gruppentagen an themenzentrierten Gruppentrainingsprogrammen teil, beispielsweise ZERA¹, Stressbewältigungstraining, Bewerbungstraining sowie Problemlösetraining zu aktuellen Fragestellungen der TeilnehmerInnen. Auch die Teilnahme an weiteren Arbeitsbegleitenden Ange-

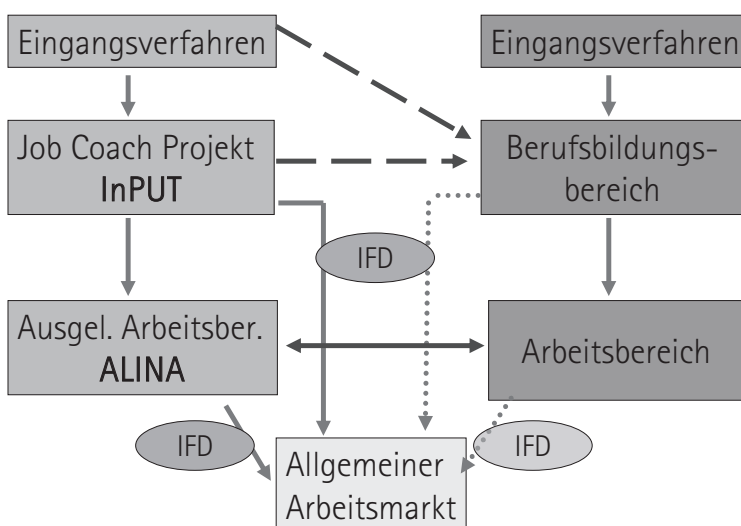


Abb. 1: Abläufe von InPUT und klassischem Berufsbildungsbereich im Vergleich

boten der WfbM ist möglich, wenn die TeilnehmerInnen dies wünschen.

Die TeilnehmerInnen können längere Zeit auf einem ausgelagerten Trainingsplatz gefördert

werden, wenn notwendig und sinnvoll durchaus während der gesamten Berufsbildungszeit von 24 Monaten. Häufiger kommt es jedoch während dieser Zeit zu einem oder mehreren Wechseln

des Trainingsplatzes. Dazwischen können auch immer wieder Phasen der Beschäftigung innerhalb der WfbM entstehen. Während der Berufsbildungsmaßnahme in InPUT erhalten die TeilnehmerInnen keinen Lohn auf ihrem Praktikumsplatz.

Im Anschluss an den Berufsbildungsbereich kann auch im Arbeitsbereich ein ausgelagerter Platz übernommen werden. Diese Möglichkeit nennen wir ALINA, dies bedeutet ALternative INtegrierte Arbeit. In ALINA können TeilnehmerInnen während der gesamten Zeit ihrer Beschäftigung in der Werkstatt auf einem ausgelagerten Platz arbeiten. Sie erhalten einen Lohn, der abhängig vom erwirtschafteten Ertrag auf dem Außenarbeitsplatz ist. Die Begleitung findet auch hier durch Job Coaches statt.

Bisherige Ergebnisse

Die Modellphase des Projekts begann im Februar 2006 und endete im Juni 2009. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 74 Personen über die InPUT-Maßnahme aufgenommen, in der Regel in Gruppen mit 4-9 TeilnehmerInnen. Bei 45 Personen (61%) gelang es, Trainingsplätze außerhalb der geschützten WfbM zu finden und sie zumindest zeitweise während der Berufsbildungsmaßnahme außerhalb der Werkstätten zu fördern und zu trainieren. Weitere 22 TeilnehmerInnen (30%) entschieden sich entgegen ihrer ursprünglichen Planung doch für eine Förderung im geschützten Rahmen der WfbM und setzten die Berufsbildungsmaßnahme auf diese Weise fort. Bei 7 TeilnehmerInnen (9%) konnte keine adäquate Form der beruflichen Teilhabe gefunden werden, sie brachen die Maßnahme ab. Besonders erfreulich ist, dass für über 60% der TeilnehmerInnen berufliche

Teilhabe in gesellschaftlich integrierter Form auf einen ausgelagerten Trainingsplatz realisiert werden konnte. Die Trainingsarbeitsplätze liegen zu einem großen Teil im Bereich Büro, kauf-

männische Tätigkeiten und EDV-Arbeiten. Dies entspricht dem Wunsch und den beruflichen Vorerfahrungen der TeilnehmerInnen. Etwa die Hälfte der Plätze entfällt auf diesen Bereich, in der anderen

Hälfte finden sich Plätze in verschiedenen Produktionsbereichen, im Bereich Hauswirtschaft, im Gesundheits- und Sozialbereich, im Bereich Versand und Konfektionierung sowie im Gärtnerbereich. Für die Suche nach einem ausgelagerten Trainingsplatz benötigen die Job Coaches gemeinsam mit den TeilnehmerInnen durchschnittlich etwa 12 Wochen. Dieser Zeitraum entspricht dem Eingangsverfahren. Unserer Erfahrung nach ist eine sorgfältige Suche nach dem individuell geeigneten Platz sehr wichtig, die dafür notwendige Zeit muss man sich nehmen, um Scheitern und Misserfolgserlebnisse zu vermeiden.

Während der InPUT-Maßnahme sind die TeilnehmerInnen in der Regel nicht dauerhaft auf einem ausgelagerten Platz beschäftigt. Sie verbringen auch immer wieder Zeit in der WfbM, sei es zur Teilnahme an Kursen und begleitenden Angeboten, sei es zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen neuen Trainingsplatz und vor allem zur Stabilisierung während leichter Krisen, in denen zwar eine Beschäftigung im geschützten Umfeld möglich ist, nicht jedoch auf einem Platz im allgemeinen Arbeitsmarkt. Unsere Erfahrung zeigt, dass die TeilnehmerInnen durchschnittlich etwa 60% der Zeit in der Maßnahme auf einem ausgelagerten Platz verbringen, die restlichen 40% der Zeit im geschützten Rahmen der WfbM. Würde dieser Rahmen im Hintergrund nicht zur Verfügung stehen, wäre unserer Einschätzung nach die Zahl der Maßnahmeabbrüche deutlich höher.

Aus der Gesamtgruppe von ursprünglich 74 aufgenommenen TeilnehmerIn-

nen konnten bisher 6 Personen in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis oder in eine Ausbildung vermittelt werden, ein weiterer Teilnehmer wurde in eine freiberufliche Tätigkeit vermittelt. Insgesamt konnten also 9% der TeilnehmerInnen außerhalb der Werkstatt vermittelt werden. Weitere Vermittlungen wären möglich gewesen, scheiterten jedoch letztlich an Rückfällen und Krisen bei den RehabilitandInnen, in einigen Fällen auch an Rückziehen der ArbeitgeberInnen aus wirtschaftlichen Gründen.

Grundsatz der Individualität

InPUT richtet sich an chronisch psychisch kranke Menschen, die im Rahmen der WfbM im Berufsbildungsbereich auf Außenarbeitsplätzen trainieren und gefördert werden möchten. Dieser Grundsatz ist bei unserer Arbeit zentral. Der Arbeitsplatz sollte zu den RehabilitandInnen passen und nicht umgekehrt. Wir arbeiten mit Menschen, die sich nach langer Erkrankung oder langer Arbeitslosigkeit wieder in ihrem individuellen Tempo der Arbeit nähern möchten. Teils sind diese Menschen sehr verunsichert. Sie fragen sich, ob sie überhaupt noch arbeiten können. Welche Aufgaben in welchem Tempo sind noch leistbar? Ist eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich? Werden sie mit ihren Einschränkungen akzeptiert – wie reagieren KollegInnen und Vorgesetzte auf die Erkrankung? Diese Fragen machen

Angst und hemmen psychisch Kranke bei der Arbeitsuche. Unser Ansatz ist es daher, diese Angst so weit es geht zu nehmen, Mut zu machen und auch eine gewisse Leichtigkeit zu vermitteln, ohne leichtsinnig zu werden.

Ängste und Unsicherheiten hemmen psychisch Kranke bei der Arbeitsuche. Der InPUT-Ansatz möchte Mut zu machen und auch eine gewisse Leichtigkeit vermitteln, ohne leichtsinnig zu werden.

Dazu benötigt man aber Arbeitsplätze, die auch wieder Lust auf Arbeit machen. Diese ersten Erprobungsplätze müssen nicht automatisch der Arbeitsrealität auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechen. Es geht eher darum, zielgerichtet einen Probearbeitsplatz zu finden, der den Neigungen, Fähigkeiten, aber auch den Einschränkungen gerecht wird. Entfernung zur Wohnung, Fahrtweg, tägliche Arbeitszeit, Arbeitsbeginn, Aufgaben, Anleitung und

Einbindung in den KollegInnenkreis und möglichst viele andere Arbeitsbedingungen versuchen wir anzupassen, damit die Schwellenangst der arbeitssuchenden RehabilitandInnen möglichst gering ist. Wir sind in diesem Punkt mutig geworden und konfrontieren ArbeitgeberInnen auch mit diesen speziellen Wünschen. Dabei gehen wir sogar so weit, aus den für uns richtigen Gründen nein zu sagen und auch Praktikumsplätze von uns abzulehnen. Wir zielen auf ein Erfolgserlebnis der RehabilitandInnen beim ersten Arbeitsversuch ab.

„Wir versuchen, viele Arbeitsbedingungen anzupassen, damit die Schwellenangst der arbeitssuchenden RehabilitandInnen möglichst gering ist.“

Für den Coachingprozess bedeutet dieser individuelle Ansatz, dass eine enge Begleitung und detailliertes Kennenlernen gerade am Anfang von InPUT wichtig ist. Die RehabilitandInnen arbeiten in der WfbM in einem Arbeitsbereich bzw. in einer Arbeitsgruppe mit, die sie interessiert. Hier können die RehabilitandInnen mit den GruppenleiterInnen und den Job Coaches durch konkretes Mitarbeiten feststellen, welche Fähigkeiten, Kenntnisse und Neigungen in Bezug auf Arbeit noch bestehen. Aufgrund dieser Ergebnisse legen wir zusammen mit den RehabilitandInnen die ersten mittelfristigen Ziele fest. Wir planen nicht zu weit in die Zukunft, unser Weg ist eher der Weg der kleinen erreichbaren Schritte. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die ersten Berufswünsche und -ziele noch vage sind und in Außenarbeitsplätzen überprüft werden sollten. Oft ändern sich Wege und am Ende eines Coachingprozesses wundert man sich, welche Wendungen dieser genommen hat.

Auch im Tempo zeigt sich unser individueller Ansatz. Rehabilitation braucht Zeit – die geben wir den RehabilitandInnen. Einige von ihnen kommen schon mit einem Praktikumsplatz in die WfbM und möchten schnell das Training auf einem ausgelagerten Platz starten. Andere wiederum benötigen über ein Jahr, bis sie sich den Schritt raus aus der Werkstatt zutrauen. Wir sind in der glücklichen Lage, unseren RehabilitandInnen auch einen Rückweg zurück in die WfbM bei Krisen oder Überforderung anbieten zu können. Dadurch ergeben sich Maßnahmeverläufe, die nicht linear sind, auf Phasen

des Trainings auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz folgen Phasen der Beschäftigung in der WfbM, nach erfolgter Stabilisierung dann wieder eine Förderung auf einem ausgelagerten Platz. Durch die Möglichkeit, in Krisenzeiten auf den geschützten Rahmen der WfbM auszuweichen, können Maßnahmeabbrüche und Misserfolgs-erlebnisse der TeilnehmerInnen vermieden werden.

Was bedeutet Job Coaching bei psychisch Kranken?

Nach unserer Erfahrung handelt es sich bei InPUT-TeilnehmerInnen oft um Menschen, die intellektuell gebildet und intelligent sind. Sie können Situationen und Strukturen gut erkennen und sind sehr sensibel gegenüber Emotionen. Ein prägnantes Merkmal dieser Menschen ist, dass sie stetig sich und ihre Umgebung „scannen“ und analysieren. Sie nehmen sehr viel an Schwingungen auf, können diese aber nicht filtern, es fällt ihnen schwer, zu unterscheiden, was wichtig ist und was sie ignorieren könnten. Daher ist die Grundbelastung dieser Menschen stets hoch, sie reflektieren und analysieren aufgrund ihrer psychischen Erkrankung viele Vorfälle und Kontakte. Ihnen fällt es schwer, zu relativieren oder abzuwägen.

Ein weiteres Merkmal ist die fachliche Kompetenz. Den TeilnehmerInnen fällt es meist leicht, Inhalte fachlich aufzunehmen und zu verstehen. Fähigkeiten wie Schreiben, Lesen, Rechnen sind gut vorhanden. Viele der RehabilitandInnen in der Maßnahme InPUT verfügen über eine qualifizierte Ausbildung oder ein begonnenes bzw.

abgeschlossenes Studium. Sie zeigen sich oft als gebildete und interessierte Personen. Die Problematiken zeigen sich eher in der Sozialkompetenz oder der Belastbarkeit. Kennzeichnend für fast alle ist die innere Anspannung und Aufgeregtheit oder eine Schwere bzw. Melancholie. Psychisch Kranke sind oft keine fröhlichen oder unbeschwerten Menschen. Sie beschreiben sich häufig

als extrem belastet und können demzufolge nur noch wenig zusätzliche Belastung verkraften. Die Belastung durch fachliche Anforderungen bewältigen sie oft spielend, dagegen stehen Ängste vor dem eigenen Scheitern, Probleme beim Austausch mit KollegInnen, Bewältigung von Problemen oder Anpassung an Regeln im Zentrum der Zusammenarbeit mit psychisch Kranken. Hinzu kommt, dass die RehabilitandInnen in InPUT zumeist einen sehr langen und leidensreichen Lebens- und Arbeitsweg hinter sich haben. Sie erlebten oft einen kontinuierlichen Abstieg durch die Erkrankung, einhergehend mit dem Verlust der Arbeit, dem Abbruch der Ausbildung, der sozialen Isolation etc. Daher ist Inhalt des Job Coachings und der Begleitung während der Berufsbildungsmaßnahme im Rahmen von InPUT die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, das Einüben von Selbsthilfemöglichkeiten, die Unterstützung bei Krisen und Selbstzweifeln, die schrittweise Herstellung von Realitätsbezug und die Aufrechterhaltung von Hoffnung und Zuversicht.

Empowerment – Hilfe zur Selbsthilfe

Wir nehmen grundsätzlich eine Haltung des Zutrauens gegenüber unseren TeilnehmerInnen ein. Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch Stärken und Fähigkeiten besitzt, auch wenn er schwer erkrankt ist. Es gilt diese Kompetenzen auszubauen und zu fördern. Dabei lassen wir die Verantwortung für Entscheidungen bei den RehabilitandInnen, gehen mit ihnen auch durchaus mal Risiken ein, spiegeln aber auch wider, wenn wir Bedenken haben. Letztendlich entscheiden aber die RehabilitandInnen über ihren Berufswunsch und die Schritte im Praktikum. Auch hier haben wir gelernt, dass

man manchmal auch Schritte mitgehen muss, die einem zunächst als realitätsbezogener Job Coach eher unsinnig erscheinen. Nicht selten wird man überrascht feststellen, dass die RehabilitandInnen durchaus selbst am besten wussten, welcher Schritt als nächstes richtig ist.

Chronisch psychisch kranke Menschen,

die schon länger aus der Arbeitswelt ausgeschieden sind, haben oft noch ein Bild von sich, ihrer Arbeitsleistung und den Anforderungen eines Berufes, das eher in der Vergangenheit verhaftet ist. Es ist daher wichtig, mit ihnen in der Realität zu überprüfen, ob diese Bilder noch gültig sind. Dabei gilt es, die RehabilitandInnen mit ins Boot zu holen, ihnen Verantwortung zu übertragen und sie konkret nach ihren individuellen Möglichkeiten in die Schritte des Bewerbungsverfahrens mit einzubinden. Auch RehabilitandInnen mit geringerer Leistungsfähigkeit können dabei mitwirken. Wer, was, wann und wie im Team (RehabilitandInnen und Job Coaches) macht, wird je nach Aufgabe und Belastbarkeit der RehabilitandInnen ausgehandelt. Wir haben auch festgestellt, dass Praktikumsplätze einen höheren Wert bei den RehabilitandInnen einnehmen und sich aus ihrer Sicht besser anfühlen, wenn diese selbst viel Eigeninitiative in den Prozess der Suche eingebracht haben.

Bewährt hat sich auch die Stellensuche per Internet. Nach der Erstellung der allgemeinen Bewerbungsunterlagen erarbeiten die Job Coaches mit den RehabilitandInnen ein Profil des gewünschten Arbeitsplatzes und der individuellen Arbeitsbedingungen. Mit dem Bewerbungsanschreiben, dem Lebenslauf und den individuellen Arbeitsbedingungen wenden sich die RehabilitandInnen per Mail an möglichst viele ArbeitgeberInnen. Die RehabilitandInnen verwalten auch die Mails mit Anleitung und antworten und besprechen die Rückantworten mit den Job Coaches. Mit diesem Verfahren ist es möglich, selbständig in kurzer Zeit viele ArbeitgeberInnen anzusprechen, wir machen mit diesem Vorgehen gute Erfahrungen. Zeigen ArbeitgeberInnen Interesse, nehmen die Job Coaches Kontakt auf, stellen sich und die Maßnahme kurz vor und begleiten die RehabilitandInnen zum ersten Vorstellungsgespräch.

Bei Schwierigkeiten während des Praktikums ist es unsere Haltung, mit den RehabilitandInnen auftretende Probleme zunächst im Einzelgespräch ohne ArbeitgeberInnen zu besprechen, da

doch viele der empfunden Schwierigkeiten auf die psychische Erkrankung zurückzuführen sind. Wir versuchen dabei, die RehabilitandInnen zu befähigen, die Problematiken selbst zu lösen. Dazu führen wir regelmäßig Einzelgespräche durch, in denen mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen alternative Lösungsstrategien entwickelt werden. Erst

wenn die RehabilitandInnen sich dem nicht mehr gewachsen fühlen, richten wir uns an die ArbeitgeberInnen und führen Klärungsgespräche. Hintergrund bei dieser Vorgehensweise ist wieder unser Ansatz der Hilfe zur Selbsthilfe. Wir möchten, dass Menschen ihre Selbstständigkeit erweitern und so nach und nach auch Verantwortung für Lebensbereiche wieder zurückgewinnen.

Fazit

Integrierte Arbeitsangebote haben für psychisch erkrankte Menschen einen hohen Stellenwert. Die Förderung auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz kann ein Gefühl von Hoffnung und Zuversicht vermitteln und einen Eindruck davon, dass Gesundung jederzeit und auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Soviel Normalität wie möglich zu erhalten ist für viele RehabilitandInnen ein wichtiges Anliegen. Andere wünschen sich aber eher ein geschütztes Umfeld, in dem speziell auf sie eingegangen wird und sowohl Arbeitsangebote, als auch Umgangsformen ihren Bedürfnissen angepasst wurden. Beide Formen der Förderung sollten nicht gegeneinander ausgespielt, sondern wertfrei und völlig selbstverständlich nebeneinander angeboten werden. Ausgelagerte Trainingsplätze können nicht vollständig die geschützten Werkstätten ersetzen. Umgekehrt müssen aber gesellschaftlich integrierte Formen der Förderung und des Trainings auf Plätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts zwingend zum Angebot von Werkstätten gehören. Diese Plätze dürfen auch nicht erst im Arbeitsbereich, sondern müssen im Berufsbildungsbereich und je nach individuellem Wunsch und individueller Fähigkeit bereits sehr früh zugänglich sein. Den TeilnehmerInnen müssen sich hinreichende und echte Entscheidungsspielräume eröffnen, sie

müssen frei wählen können zwischen unterschiedlichen Angebotsformen. Jeder individuelle Weg ist anders, es ist nicht sinnvoll, für Erprobungen außerhalb der Werkstatt unnötige Hürden aufzubauen. Mehrfach haben wir festgestellt, dass TeilnehmerInnen in einem für sie motivierenden Umfeld auf dem Arbeitsmarkt zu Leistungen in der Lage sind, die sie zuvor innerhalb des geschützten Werkstattrahmens nicht gezeigt hatten. Ausschlaggebend muss der Wunsch der TeilnehmerInnen sein, unsere Aufgabe ist die Unterstützung bei der Realisierung dieser Wünsche und gegebenenfalls die Begleitung bei der Veränderung der Wünsche. So können die Erfahrungen aus einem Praktikum auch durchaus Grundlage für die bewusste Entscheidung von RehabilitandInnen sein, den Rahmen der geschützten Werkstatt für sich zu wählen, weil dies derzeit die richtige Form der Förderung ist. Da Gesundung bei psychischen Erkrankungen kein linearer Prozess ist, müssen Rückschritte und Sprünge möglich sein. Die Vermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse ist ein wichtiges und anzustrebendes Erfolgskriterium. Es darf jedoch nicht das einzige Maß für Erfolg sein. Im Vordergrund sollten vielmehr subjektive Erfolgskriterien wie Lebensqualität und ein Gefühl von Gesundung, Selbständigkeit und Stärke stehen. ●

Anmerkung

1 ZERA ist ein Gruppentrainingsprogramm speziell für psychisch erkrankte Menschen, das zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation dient. Hier geht es um die Entwicklung von Krankheitsverständnis und realistischer Selbsteinschätzung, die Vermittlung von Informationen über das Hilfesystem und den Aufbau einer tragfähigen beruflichen Perspektive. Das Programm ist im Psychiatrie-Verlag erschienen.

Kontakt

Dr. Irmgard Plöchl
Leitung Abteilung Berufliche Teilhabe und Rehabilitation, Schockenriedstraße 40A, 70565 Stuttgart, Tel: 0711/1693150, Fax: 0711/1693195
Email: ploessl@rrss.de
Elke Stein, Job Coach InPUT, Schockenriedstraße 40A, 70565 Stuttgart, Tel: 0711/28075816, Email: stein@rrss.de



100 x Zukunft – Konsequenz leiten und weiterentwickeln

Die Fachhochschule der Diakonie (Bielefeld) führt gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern, dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Berlin) und der Bundesfachakademie (Münster/Berlin) derzeit eine zweijährige Weiterbildung für Führungskräfte der mittleren und oberen Leitungsebene in diakonischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie durch. An fünf Standorten in der Bundesrepublik (Berlin, Hamburg, Eisenach, Gütersloh und Würzburg) finden seit Herbst 2010 – zeitlich versetzt, aber inhaltlich parallel – die jeweils sechs Präsenzwochen statt. Die mit der Ausschreibung verfolgte Absicht, möglichst viele Frauen zu gewinnen, wurde erreicht: Zwei Drittel der Teilnehmenden sind Frauen, so dass das Ziel, den Anteil von Frauen in Führungspositionen diakonischer Dienste und Einrichtungen zu erhöhen, ein Stück näher rückt. Wegen der großen Nachfrage wurde die Zahl der Teilnehmenden von 100 auf 105 erhöht; leider konnten trotzdem nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden. Zu dem großen Interesse an der rund zweijährigen Weiterbildung hat sicher auch die Förderung durch den Europäischen Sozialfond und sein Personalentwicklungsprogramm „Rückenwind“ beigetragen. Dieser Förderung ist es zu verdanken, dass die Teilnahmegebühr auf 3.500 Euro inklusive Übernachtung und Verpflegung beschränkt werden konnte.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus der ganzen Bundesrepublik. Sie sind zwischen 26 und 56 Jahren alt, haben eine dreijährige Ausbildung oder ein Studium absolviert und verfügen über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in ihrem Arbeitsfeld. Sie arbeiten bei kleinen und großen diakonischen Trägern, sind in ambulanten Diensten tätig genauso wie im Wohnbereich, in der Verwaltung, in Werkstätten oder tagesstrukturierenden Angeboten. Sie leiten ein Team mit vier Kolleginnen und Kollegen oder auch mehrere Einrichtungen an unterschiedlichen Standorten. Sie haben bereits seit einiger Zeit eine Leitungsfunktion

inne oder bereiten sich auf eine solche vor. Diese Unterschiede zu berücksichtigen und zu nutzen, ist die anspruchsvolle Aufgabe der 12 Dozentinnen und Dozenten, die überwiegend von der Fachhochschule der Diakonie kommen.

Jeweils von Montag bis Freitag begleiten sie die Teilnehmenden durch 20 Module u. a. zu sozialpolitischen Veränderungen, Managementtheorien, Gender und Disability Mainstreaming und Diversitymanagement, den Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Themen der Personalarbeit und Personalentwicklung, Qualitätsentwicklung, betriebliches Gesundheitswesen und nicht zuletzt Projektmanagement. Da jede Teilnehmerin, jeder Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung in der eigenen Einrichtung ein Projekt durchführen muss, ist das Thema Projektmanagement Teil jeder Präsenzwoche und wird darüber hinaus durch zwei zusätzliche Coachingtage ergänzt.

Bei aller Vielfalt unter den Teilnehmenden sind sie sich einig in ihren Erwartungen an die Weiterbildung. Viele erhoffen sich eine Steigerung der eigenen Leitungskompetenz und mehr Sicherheit in der – zum Teil jedenfalls – neuen Rolle als Führungsperson. Dabei spielt der intensive Austausch, die Möglichkeit kollegialer Beratung mit den anderen Mitgliedern der Lerngruppe eine große Rolle. Die im Laufe des Jahres 2011 zu absolvierende einwöchige Hospitation bietet eine weitere Gelegenheit, einen Blick über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinaus zu werfen und Anregungen für die eigene Arbeit und das durchzuführende Projekt zu sammeln.

Im September 2011, zwischen der 3. und 4. Präsenzwoche, treffen sich alle 105 Führungskräfte zur so genannten „Europatagung“ in Berlin. An zwei Tagen wird es hier u.a. um europäische Beispiele gelungener Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bildung und Freizeit gehen. Referenten aus mehreren europäischen Ländern werden ihre Beispiele und Erfahrungen vorstellen und zur Diskussion stellen.

Die Weiterbildung wird im Sommer 2012 enden mit der Präsentation der Projekte und dem Überreichen der Abschlusszertifikate. Die mit den Zertifikaten erworbenen „Credit Points“

können für ein anschließendes Studium zum Beispiel an der Fachhochschule der Diakonie, aber auch an anderen Hochschulen und Universitäten anerkannt werden. Weitere Informationen finden Sie auf der Projekthomepage www.100xzukunft.de

Birgit Benad

Projektleiterin, Fachhochschule der Diakonie

„Mit Leib und Seele ankommen – psychische und psychosomatische Krankheiten in unserer Zuwanderungsgesellschaft“

Kongressbericht 9. – 11. Dezember 2010, Düsseldorf

„Dort wo wir es schaffen, uns leicht im Meer der Vielfalt zu bewegen, gelingt es uns, mit dem anderen in (therapeutische) Beziehung zu treten. Aufgabe des transkulturellen Therapeuten ist es, Gegenwart und Geschichte, Differentes und Vertrautes, Belastendes und Stärkendes bei sich und dem Anderen zu entdecken und zu nutzen.“ Dieses Bild malte Ibrahim Özkan, Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikums Göttingen zum „state of the art“ der transkulturellen Psychotherapie. 250 Teilnehmer kamen vom 9.-11. Dezember 2010 nach Düsseldorf und trugen auf dem vierten Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum zur Etablierung des sich ausbreitenden Fachdiskurses bei. Der großzügige Rahmen der Ärztekammer Nordrhein ermöglichte intensiven fachlichen Austausch und Vernetzung von Personen und Fachgesellschaften, die sich im Dachverband der transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DTPPP e.V.) zusammengefunden haben. Bei aller Vielfalt der wissenschaftlichen Vorträge und der Praxisberichte fiel auf, dass eine Präzisierung der Begriffe, besonders eine Abgrenzung gegen ein Verständnis des Kulturellen in ontologischen, ethnifizierenden und defizitären Kategorien zu wenig erfolgte. Daran wird sich möglicherweise entscheiden, ob transkulturelle Psychiatrie auf absehbare Zeit ein Spezialisten vorbehaltenes Feld bleiben oder in der Gesamtheit aller psychiatrischen Hilfen zu guten professionellen Standards führen wird. Wünschenswert, dass sich

die Vielfalt der Hilfen und der Professionen auch in den Beiträgen der nächsten Kongresse erkennbar wiederfinden.

Die Vorbereitungen für den fünften Kongress zur transkulturellen Psychiatrie vom 23.-25.9.2011 in Klagenfurt (Österreich) laufen bereits. Ideen und Anregungen, Fachvorträge, Referate können eingereicht werden:
Näheres unter: www.dtppp.com.

Martin Vedder

Leiter des Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrums Migration, Bergisches Land

Mahn- und Gedenkveranstaltung und Begleitprogramm für die Opfer von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation

**2. und 3. September 2011
in der Topographie des Terrors in Berlin**

Das Kontaktgespräch Psychiatrie lädt jährlich am ersten Samstag im September zur Gedenkveranstaltung für die Opfer von Euthanasie und Zwangssterilisation ein. Zu den Referenten in diesem Jahr gehört Dr. Hans Jochen Vogel. Es werden Führungen durch die Ausstellung angeboten.

Informationen und Programm:
www.psychiatrie.de

„Resilienz: Innere Stärke – geheimnisvoll und grenzenlos?“

**16. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn.
8. bis 9. November 2011 in Paderborn**

Die Tagung wird von der LWL-Klinik Paderborn gemeinsam mit dem Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Paderborn veranstaltet, unter der Verantwortung von Dr. Bernward Vieten.

Weitere Informationen erhalten Sie über:

Christine Kobusch,
Agathastraße 1, 33098 Paderborn,
Telefon: 05251/295-339/-102,
Fax: 05251/295-100,
Email:
christine.kobusch@wkp-lwl.org.

„Alt werden in der Psychiatrie“

**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – DGSP
17. bis 19. November 2011 im Zentrum für Psychiatrie (zfp) Südwürttemberg
in Ravensburg-Weissenau**

Informationen und Programm ab Juli
unter: www.psychiatrie.de/dgsp

Brückenschläge im Paranus Verlag



Nach wie vor ist ein Vorteil des „Brückenschlags“, dass er sich sehr gut als „Zwischendurch-Lektüre“ eignet. Man kann ihn in Etappen – die einzelnen Episoden in 5 bis 15 Minuten – lesen. Die Wirkung ist weit nachhaltiger.
Heinz-Günter Maaßen in: Soziale Psychiatrie

Ich glaube, es gibt kaum eine bessere Art des Abbaus von Vorurteilen, als durch den Weg, den der Brückenschlag in seiner Konzeption gegangen ist.
Andre Kramer auf amazon.de

Für mich, der ich zum ersten Mal eine Ausgabe des „Brückenschlags“ in Händen halte, ein rundum gelungenes Werk. Angenehmes Buchformat, klares Druckbild und farbige Kunstdrucke in hervorragender Wiedergabe machen es schon äußerlich attraktiv.
Andreas Manteufel in: systema

Der „Brückenschlag“ ist die einzige Literaturzeitschrift im psychiatrischen Feld und gleichzeitig ein Forum geworden, in dem Grundsatzfragen des Menschseins literarisch ambitioniert diskutiert werden.
Hartwig Hansen in: Psychosoziale Umschau



Wünschen wir uns, dass der Brückenschlag mehr und mehr zu einem täglich verabreichten Lesestoff in Tagesstätten, Heimen und Kliniken wird.
Christian Zechert in: Soziale Psychiatrie

Der „Brückenschlag“ unterliegt nicht dem Schicksal so vieler Zeitschriften, deren Haltbarkeitsdatum durch die Notwendigkeit der Aktualität begrenzt ist. Es lohnt sich, in älteren „Brückenschlägen“ zu stöbern, da fast sämtliche Beiträge gleichsam zeitlos sind.
Martin Stahlmann in: Unsere Jugend



Die Einzelausgabe des Brückenschlag kostet 18,- Euro, im Abo: 14,50 Euro. Ältere Ausgaben sind billiger.
Zu beziehen bei: **Paranus Verlag** · Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (043 21) 2004-500 · Fax 2004-411
www.paranus.de · verlag@paranus.de

„Psychiatrie braucht Vertrauen“

22. Jahrestagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V.

**29. September bis 2. Oktober 2011
in Oswiecim/Auschwitz**

Die Tagung wird von der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit Köln / Krakau unter der Verantwortung von Dr. Bernward Vieten, Westfälisches Zentrum Paderborn, veranstaltet.

Weitere Informationen erhalten Sie über:
Email: karin.rath@zfp-zentrum.de.

FORTBILDUNGEN 2011

Bundesfachakademie Bufa / GFO Region Nord

Trauma. Sensibilität und Handlungskompetenz in der Sozialpsychiatrie

- 19.-20.05.2011,
Leinfelden-Echterdingen

Basisschulung „Pflege“

Ein Angebot für Betreuungskräfte in den Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie

- 23.-24.05.2011, Münster

Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit Angehörigen

07.06.2011 – 08.06.2011, Berlin

„Alles auf einmal!“ – Kommunikationszentrale: Sekretariat

Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verwaltung.

- 6.-9.06.2011, Steinfurt

Motivierende Gesprächsführung in der sozialen Arbeit mit Personen in schwierigen persönlichen und sozialen Situationen

- 6.-7.06.2011, Fulda

Stressbewältigungstraining für psych. kranke Menschen (SBT)

Ein Gruppentrainingsprogramm zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation

- 28.06.2011 Leinfelden-Echterdingen

Junge psychisch erkrankte Erwachsene zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie •

- 1.07.2011–2.07.2011 Leinfelden-Echterdingen

Geschichten, die die Nacht erzählt

Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die überwiegend im Nachtdienst tätig sind

- 18.07.2011–20.07.2011, Steinfurt

Möglichkeiten psychosozialer Versorgung kranker Menschen

- 6.09.2011, Berlin

Inklusion konkret: „Veränderung fängt in den Köpfen an!“

Theoretische Grundlagen und praktische Anregungen für eine gelingende Inklusion

- 7.09.2011 – 9.09.2011, Hannover

Dialog-Gruppen initiieren, moderieren, lebendig halten, wiederbeleben

- 8.09.2011–10.09.2011, Münster

Verstehende Zugänge im Umgang mit Demenz

- 19.09.2011–20.09.2011, Leinfelden-Echterdingen

Psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

- 19.09.2011 und 21.09.2011, Steinfurt

Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie

- 13.10.2011–15.10.2011, Münster

Information und Anmeldung für Angebote der Bufa Region Nord:

Veranstaltungsorganisation der Akademien

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

Sie können sich auch online anmelden.

Anmeldeformular unter:

www.bundesakademie-kd.de

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Süd

Arbeitszeit ist Lebenszeit

Balance zwischen Engagement und Abgrenzung, Selbstregulierung und Psychohygiene

- 6.-10.6.2011, Rothenburg o.d.T.

Gesund und leistungsfähig im Beruf

- 6.-8.7.2011, Rothenburg o.d.T.

Selbstmarketing für Mitarbeitende im sozialen Berufsfeld mit einem ressourcen-orientierten systemischen Coaching- Workshop

- 14.-15.9.2011, Leinfelden-Echterdingen

SHIATSU –

Heilsame Berührung – Aktivierung – Ausgleich – Entspannung

- 27.-30.09.2011, Gerolfingen

Keine Angst vor Kritik

Seminar für Frauen

- 28.-30.9.2011, Rothenburg o.d.T.

Farbe tut gut

Bewusste und unbewusste Wirkung von Farbe erspüren und erleben

- 11.-14.10.2011, Hösbach

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag

Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen

- 19.-21.10.2011, Leinfelden-Echterdingen

Burnout – erkennen, vermeiden, überwinden

Erkennen und Vorbeugung gegen Burnout und richtiger Umgang mit innerer Erschöpfung

- 24.-28.10.2011, Rothenburg o.d.T.

Heimlich zähle ich die Tage ...

Seminar für Menschen, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand wechseln

- 17.-18.10.2011, Pforzheim

Führung „Marke Eigenbau“

Zwischen Mitarbeiterorientierung und Aufgabenorientierung, – zweiteilig

- 17.-19.10.2011 und 09.-10.02.2012
Rothenburg o.d.T.

Informationen und Anmeldung zu Veranstaltungen der Region Süd:

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH

Bundesfachakademie Bufa/GFO Region

Süd Sudetenweg 92

74523 Schwäbisch Hall

Telefon 07 91/50 02 82

Fax 07 91/50 03 00

Email: moser@bufa-gfo.de

Internet: www.bufa-gfo.de

www.bundesakademie-kd.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGSP

Forensik – ein Buch mit sieben Siegeln Was tun mit psychisch kranken Straftätern?

- 27.–28. Mai 2011 in Erfurt

»Wie geht Verhaltenstherapie?«

Ein praktisches Methodenrepertoire für die Klientenarbeit

- 6.–7. Juni 2011 in Freiburg i. Br.

»Kwartiermaken«

Gegen Ausgrenzung – Gastfreundschaft in der Gemeinde organisieren

- 17.–18. Juni 2011 in Hannover

Neu in der Psychiatrie?!

- 25./26./27. August 2011 in Hamburg

Beziehungsentlastende prismatische Gespräche

- 26. August 2011 in Köln

Gewalt vermeiden – Gewalterfahrungen bewältigen

Deeskalation in der Praxis

- 2.–3. September 2011 in Hannover

Psychose als Lösung

... ein systemischer Ansatz

- 2.–3. September 2011 in Würzburg

Krisenintervention bei schizophrenen und affektiven Psychosen

Teil I: 2.–3. September 2011 in Fulda

Teil II: 4.–5. November 2011 in Fulda

Kinder psychisch erkrankter Eltern

- 9.–10. September 2011 in Berlin

Transaktionsanalyse in der Beratung Eine Einführung

- 12.–13. September 2011 in Hannover

Die (Borderline-) Persönlichkeitsstörung

Professionelle Arbeit zwischen Lust und Frust

16.–17. September 2011 in Erfurt

»EX-IN« – Experienced Involvement

Experten aus Erfahrung – Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen

- 23.–24. September 2011 in Köln

Eigensinn und Psychose

Was wir von unbehandelten und unkooperativen Patienten und Patientinnen lernen können

- 30. September–1. Okt. 2011 in Hamburg

Recovery

Der individuelle Weg zur Genesung

- 30. September–1. Okt. 2011 in Hannover

Zu wenig Supervision?

Die Methode der kollegialen Beratung hilft, wenn nicht genügend Geld für Supervision da ist

- 7.–8. Oktober 2011 in Erfurt

Informationen über die Veranstaltungen finden Sie im Internet unter:
www.psychiatrie.de.

Das ausführliche Programmheft ist erhältlich bei der DGSP-Geschäftsstelle, Zeltlinger 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

„Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist.“ (Paracelsus)

Der richtige Umgang mit Medikamenten

- 24.–25. Mai 2011 in Erlangen

Psychiatrie – Hospitation

Einblick gewinnen in die Arbeit einer psychiatrischen Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen

- 7.–9. Juni 2011 in Kaufbeuren

Ein Blick über den Tellerrand

Community Care und Inklusion – Studienfahrt nach England

- 4.–8. Oktober 2011 in London und Umgebung

Traditionelles Bogenschießen

im therapeutisch/pädagogischen Einsatz – mehr als eine Frage der Haltung! Vierteilige Lehrgangsreihe.

- Beginn 2.–4. Dez. 2011 in Erlangen

Informationen über die Veranstaltungen: Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Landesverband Bayern e.V. Fortbildungsinstitut

Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen

Tel.: 09131/75461-0; Fax: 09131/75461-90

Email: fortbildung@lebenshilfe-bayern.de

Internet: www.lebenshilfe-bayern.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 Plöchl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelia Class-Hähnel (Redaktionsassistentin), 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@evangelischeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 26 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. Es gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007.

Layout:

Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:

Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie 

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe **BeB** 

Soziale Arbeit in Studium und Praxis.

Auf der Basis praktischer Erfahrungen

und wissenschaftlicher Erkenntnisse sind hier die rechtlichen Anforderungen an Personen und Institutionen im Pflegebereich dargestellt. Dabei sind auch konkrete Ansätze für die Umsetzung durch Leitungskräfte enthalten. Beispiele, Musterfälle und Schaubilder garantieren ein schnelles Verständnis.

Krankenpflegerecht für den praktischen Gebrauch

Das Handbuch erläutert mit sofort umsetzbaren Antworten die praxisrelevanten rechtlichen Regelungen im Pflegebereich, u. a. aus den Bereichen Arbeits-, Arzneimittel-, Betreuungs- und Unterbringungs-, Haftungsrecht, Krankenpflegegesetz, Patientenverfügungen, Qualitätssicherung.

Das zuverlässige Lexikon

bietet in 450 Stichwörtern schnellen Zugang zu allen wesentlichen Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Berücksichtigt sind auch Finanzierungs-, Verfahrens- und datenschutzrechtliche Aspekte sowie die Schnittstellen zum Jugendstraf-, Familien-, Vormundschafts-, Adoptions-, Verwaltungs- und Arbeitsrecht.

Das Studienbuch

vermittelt fundierte Kenntnisse im Jugend- und Familienrecht, die für die Ausbildung und die spätere Praxis unverzichtbar sind. Dabei deckt das Werk wichtige Teile des Ausbildungsstoffes ab. Fallbeispiele, übersichtliche Darstellungen und prägnante Zusammenfassungen führen sicher durch die Materie.

Weiß, Recht in der Pflege
2010. XX, 249 Seiten. Kartonierte € 29,-
ISBN 978-3-406-59796-1

Großkopf, Praxiswissen Krankenpflegerecht
2010. XVII, 342 Seiten. Kartonierte € 38,-
ISBN 978-3-406-58050-5

Kinder- und Jugendhilferecht von A-Z
2008. XXVI, 404 Seiten. Kartonierte € 26,-
ISBN 978-3-406-57587-7

Schleicher, Jugend- und Familienrecht
13. Auflage. 2010. XXVIII, 388 Seiten.
Kartonierte € 22,80
ISBN 978-3-406-61062-2



Bestellen Sie bei Ihrem Buchhändler oder bei:
beck-shop.de oder Verlag C.H. Beck · 80791 München
Fax: 089/38189-402 · www.beck.de