ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

1 2014
Februar
März
April
32. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Resilienz – Mitarbeitende in Zeiten des Wandels

Resilienzfördernde und behindernde Organisationen

Sinnstiftende Haltungen und Visionen

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel
Jutta M. Bott, Seite 4

Resilienzfördernde Personalführung und Leitung
Julia Hapkemeyer, Nicole Scheibner, Seite 8

Empowerment für Profis
Der Paradigmenwechsel in der Sozialpsychiatrie und die Bewältigung veränderter Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen.
Georg Schulte-Kemna, Seite 11

Wirksam tätig sein
Mitarbeitende an den Schnittstellen von Sozialpsychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe.
Ulla Schmalz, Seite 15

Flexibel bleiben
Demografie-orientierte Personalentwicklung.
Katrin Haider-Lorentz, Seite 18

Leichte Zeiten – schwere Zeiten
Von Gesundheit, Lebensfreude und Seelenheil.
Matthias Lauterbach, Seite 20

Migration – eine Bereicherung oder eine Noxe?
Eine Herausforderung im klinischen Alltag.
Solmaz Golsabahi-Broclawski, Seite 23

Können Genesungsbegleiter die Resilienz von psychiatrischen Organisationen und den dort tätigen Mitarbeitern erhöhen?
Gwen Schulz, Margret Afting-Ijeh, Seite 25

„Wenn alle mitentscheiden....“
Die Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen in Organisationen sozialer Arbeit.
Evelin Krüger und Susanne Stelbrink, Seite 29

31 Spectrum

Partizipation von Klienten und Angehörigen im Psychosozialen Trägerverein Solingen
Nils Greve, Seite 31

Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Maßregelvollzug
Handlungsbedarfe und Perspektiven.
Erik Weber, Seite 35

Ziele finden mit Klientinnen und Klienten
Bemerkungen aus sozialpsychiatrischer und klinisch-sozialarbeiterischer Sicht.
Elke Ziegler, Seite 38

Leben und Altwerden in einem psychiatrischen Wohnheim
Verwahrung oder Wachstum und Gastlichkeit?
Michael Domes, Ruth H. Stein, Seite 41

44 Nachrichten

45 Termine

Wir freuen uns über Anregungen und Meinungen zur Kerbe.
Schreiben Sie uns:
kerbe@beb-ev.de

Titelfoto: Simone Sander

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Personenzentrierung, die Individualisierung, die Ambulantisierung und Sozialraumorientierung der Hilfen haben unter anderem die fachliche Diskussion in den letzten Jahren bestimmt, verbunden mit den Auswirkungen der Ökonomisierung Sozialer Arbeit.

Das erste Kerbe-Heft des Jahres stellt die Mitarbeitenden der (Sozial-)Psychiatrie in den Mittelpunkt. Wie wirken sich die im berechtigten Interesse von Psychiatrie-Erfahrenen entwickelten neuen, flexiblen Arbeitsstrukturen auf die Beschäftigten aus und welche möglichen Antworten auf deren Problemlagen lassen sich finden?

Die Ausweitung ambulanter und flexibler auf die individuellen Bedarfe zugeschnittenen Hilfen führen auch zu einer Individualisierung und Flexibilisierung der Arbeitsorganisation. Teamarbeit und kollegialer Austausch scheinen immer weniger möglich, Fachlichkeit, Motivation und Gesundheit der Mitarbeitenden leiden unter der Zunahme von Anforderungen und Belastungen. Gleichzeitig wächst aber an manchen Orten die Chance, Lebens- und Arbeitsweisen zu entwickeln, die mit mehr Selbstbestimmung und Sinnerfüllung einhergehen.

Diese Entwicklung beruflicher Rahmenbedingungen trifft auf die demographische Veränderung auch bei Mitarbeitenden. Die Alterung der Beschäftigten, die Zunahme psychischer Erkrankungen aber auch die fortschreitende Psychiatrisierung vieler Lebensbereiche bilden den gesellschaftlichen Hintergrund der Debatte. Die ökonomischen Grenzen sozialpsychiatrischer Arbeit bei gleichzeitiger Zunahme von Anforderungen beeinträchtigen berufliche Perspektiven genauso, wie den berechtigten Wunsch auf eine gesicherte Zukunft.

Mitarbeitende brauchen Unterstützung bei der Bewältigung der Widersprüche und bei der Gestaltung von nicht-krank-machenden Arbeitsbedingungen. Ihre Interessenvertretungen sind hier ebenso gefordert wie die Leitungskräfte. In der Sozialpsychiatrie angewandte Konzepte der Salutogenese eröffnen, so, wie die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen als kompetente Partner, neue Perspektiven.

Mit diesem Kerbe-Heft möchten wir dem Diskurs zwischen Mitarbeitenden und Psychiatrie-Erfahrenen durch Grundlagenartikel und durch Berichte aus der Arbeit in sozialpsychiatrischen Einrichtungen neue Impulse geben. Wir freuen uns, wenn Sie uns Ihre Rückmeldungen mitteilen und sind gespannt auf Ihre Diskussionsbeiträge.

Wolfgang Bayer
Johannes Peter Petersen
Jürgen Armbruster

Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel

Von Jutta M. Bott

Ausgehend von der interessanten Verlagerung des Resilienzkonzeptes aus der Entwicklungs- und klinischen Psychologie in den Bereich der Mitarbeiterpflege und -führung und die Sicherheitskonzepte für städtische Sozialräume, widmet sich der Beitrag der Veränderung von Haltungen, Visionen und von beruflichen Identitäten im Bereich der Psychiatrie. Der politische Anspruch, das Ringen um die Abschaffung der ungerechten und menschenunwürdigen Verhältnisse, die zu Zeiten der Psychiatrie-Enquête bestanden, sind in den Hintergrund getreten. Die Jungen sind in eine „psychiatrische Berufswelt" eingetreten, die äußerst differenziert, im Finanzierungssystem zersplittert und im Alltag von einem hohen Anspruch der individuellen Dienstleistungszentrierung geprägt ist. Die Visionen der Leitungsebenen drehen sich um pragmatischere, sinnvollere Finanzierungsmodelle, um die bejahenswerten Prämissen für die praktische Arbeit weiterhin umsetzen zu können.

Jutta M. Bott
Prof. Dr., Dipl.-Psychologin, Psychotherapeutin und Supervisorin (DVT), Sozialpädagogin grad., Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam, E-Mail: bott@fh-potsdam.de

Den Wandel von beruflichen Identitäten, Haltungen und Visionen zu beschreiben, legt nahe, einen Blick zurück und nach vorn zu werfen und das Jetzt zu skizzieren. Dies unter dem Aspekt der Resilienz für Mitarbeitende zu tun, erfordert zumindest ein kurzes Nachdenken, wieso das Konzept der Resilienz sich derzeit in der Arbeitswelt einer solchen Beliebtheit erfreut.

Eine kurze Geschichte der Resilienz

Im Englisch-Wörterbuch „The Collins" von 1987 wird „resilience" für Personen und Natur mit „unverwüstlich" übersetzt. Im Fachlexikon der sozialen Arbeit des Deutschen Vereins öffentliche und private Fürsorge von 2011 lässt sich ein Bedeutungswandel nachweisen: „Resilienz ist die Fähigkeit von Individuen, erfolgreich mit belastenden Lebensereignissen und Krisen umzugehen. Resilienz wird als ‚seelische Widerstandskraft' verstanden." (DV 2011, 719).

Als die Resilienzforschung vor gut 30 Jahren in der Psychologie an Fahrt aufnahm, ging man entwicklungspsychologisch der Frage nach, was Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen schützt und unterstützt, eine psychisch gesunde Entwicklung zu nehmen. Frühe Langzeitprojekte an der University of Minneapolis, Minnesota (z. B. L. Alan Sroufe & Byron Egeland et al. 2005, Ann S. Masten, Norman Garmezy 1990) untersuchten junge, meist farbige Teenager-Mütter, die ohne Ausbildung, oft ohne Schulabschluss, in Armutsverhältnissen mit den entsprechenden Indikatoren von zerbrochenen Familien, Alkohol, Drogen usw. sehr jung ihr erstes Kind bekamen. Neben dem Faktor Bindung erwies sich – auch zur Überraschung der Forscher – der Humor in der Familie als wesentlich. Humor hatte einen enormen Einfluss darauf, ob sich die Kinder trotz instabiler Ausgangsbedingungen gut entwickelten.

„So ist das Leben und so muss man es nehmen, tapfer, unverzagt und lächelnd – trotz alledem."
Rosa Luxemburg

Nachdem die entwicklungspsychologische Resilienzforschung ihren Zenit überschritten hat, erfährt das Konzept der „Resilienz" in den letzten drei, vier Jahren eine andere bemerkenswerte Verbreitung. Neben der Auseinandersetzung mit der Resilienz von Mitarbeitern wird die Resilienz in Sozialräumen untersucht. So veranstaltete z. B. der „Denksalon Revitalisierender Städtebau" im Juni 2012 in Görlitz die Tagung „Städtische Resilienz – Zwischen Unsicherheit und Verlässlichkeit". Im Frühling

2012 erfolgte eine Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Urbane Sicherheit“ im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit II“ der Bundesregierung, wo es um „Die resiliente Stadt“, die Sicherheit städtischer Räume und im öffentlichen Nahverkehr gehen sollte. Unter anderem sollte durch diese Forschungsprojekte auf Szenarien der Bedrohung und Katastrophen vorbereitet werden, sollten Vulnerabilität und ihre soziale und räumliche Verteilung identifiziert, die Überlagerung von Belastungsfaktoren ermittelt und Typen von Resilienzstrategien definiert werden. Zielpersonen sollten identifiziert werden, die im Zweifelsfalle die Resilienz in den Sozialräumen und in den Bevölkerungsgruppen stärken können. Weitere Projektausschreibungen folgen.

„Unverwüstliche“ Mitarbeitende in ungesunden Strukturen?

Wenn nun die Resilienz von Mitarbeitern im psychiatrischen Arbeitsbereich in den Fokus genommen wird, stellt sich die Frage, ob wir an einem Punkt angelangt sind, an dem die Prozesse und Strukturen als so schwierig und belastend gelten, vom Kapital- und Renditedenken so dominiert scheinen, dass wir die Individuen in häufig nicht gesunden Strukturen „unverwüstlich“ machen wollen/müssen, damit sie möglichst wenig ausfallen.

Resilienz im psychiatrischen Arbeitsbereich

Menschen wollen arbeiten und müssen auch in einer postmodernen Gesellschaft ihre Arbeitskraft gegen Geld tauschen. In einer solchen Gesellschaft sind die Rechtsansprüche von Menschen mit Handicaps etabliert und rechtsstaatlich garantiert. Das heißt, der Staat muss bestimmte Dienstleistungen für psychisch kranke Menschen ermöglichen, indem er durch Verträge Anbieter beauftragt. Ein Dienstleistungsanbieter selbst hat die Hoffnung, dass Mitarbeiter gesund, stabil, motiviert und willens sind, unter den Rahmenbedingungen, die die jetzige Gesellschaft finanziell-strukturell bietet und die er als Anbieter in seiner Art ausgestaltet, ihre Arbeit zu leisten. Werden die Rahmenbedingungen schwierig, so dass Arbeitnehmerinnen und -nehmer darauf mit erhöhten Krankheitsraten reagieren, Motivation und Unternehmenskultur leiden, gibt es zwei Stellschrauben, denn die Klienten kann man nur wenig beeinflussen, außer für bestimmte Klientengruppen kein Angebot vorzuhalten:
1) Die Rahmenbedingungen und Strukturen, unter denen die Arbeit geleistet wird, werden geändert.
2) Die Mitarbeiterschaft wird so gestärkt, dass sie die „Gegebenheiten“ akzeptiert, durchhält und motiviert ist.
Die dritte Größe in dem Dienstleistungsdreieck hat einen anderen Status: Die Rechte und Ansprüche der Klienten sind seit der Psychiatrie-Enquête 1975 systematisch gestärkt worden. Die letzten Meilensteine heißen Wahlfreiheit, Servicestellen zur Klärung der zuständigen Leistungsträger, persönliches Budget – was im Psychiatriebereich nur wenig genutzt wird –, die Umsetzung der UN-Behindertenkonvention, die Forderung nach Inklusion statt Integration und die neuesten Gerichtsurteile zur Nicht-Rechtmäßigkeit von Zwangsmaßnahmen.

Wenn die Klient-/Nutzer-Seite durch unser Dienstleistungs- und Wahlverständnis, durch ethische Ansprüche gestärkt ist – sich nicht mehr alles bieten lässt, auswählen will –, die Leistungsträger meinen, durch mehr formale Anforderungen den Bereich qualitativ und finanziell unter Kontrolle zu halten, dann bleibt den Anbietern nach vielfältigen Qualitätsentwicklungs- und Optimierungsprozessen nichts anderes, als sich verstärkt den Mitarbeitern, ihrer Situation und den Arbeitsbedingungen zuzuwenden. In den Qualitäts- und Zertifizierungsprozessen der Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe und der Krankenhausbehandlung wurden Aspekte wie Führung und Leitung, Mitarbeiterentwicklung, Motivationsprozesse, Wertschätzung u. Ä. sicher hinreichend analysiert und Entwicklungspläne konzipiert. Was davon im Alltag, in der Praxis umgesetzt wird, ist im Einzelfall genau zu betrachten. Neben der schon bekannten Gesundheitsförderung wird Resilienzförderung als neuester Zugang gewählt, Mitarbeiter zu stärken, mit Arbeitsbedingungen konstruktiv, akzeptierend und gestaltend umzugehen.

Gesundheitsförderung und Resilienzförderung sollen Mitarbeiter stärken, mit Arbeitsbedingungen konstruktiv, akzeptierend und gestaltend umzugehen.

Sozialpsychiatrische Berufsidentität im Wandel

Berufliche Identität, gelebte Haltungen und Visionen gehören eng zusammen. Wie würde man Durststrecken durchhalten, wenn es keine Visionen gäbe? Identitäten befinden sich im Wandel, da Berufsgenerationen unterschiedlichste Ausbildungsanforderungen und fachliche und gesamtgesellschaftliche Szenarien als Ausgangspunkt und Fortentwicklung ihrer Berufstätigkeit erleben. Die Differenziertheit des heutigen psychiatrischen Systems ist für die jetzigen Berufsanfänger selbstverständlich. Wenn man heutigen Studierenden mit einer gewissen Leidenschaft erzählt, dass das Ganze gerade einmal vor gut 40 Jahren mit der Enquêtekommission seinen Ausgangspunkt genommen hat, dann schauen sie wohlwollend, freundlich, aber es ist die Leidenschaft einer anderen Generation, die das als Errungenschaft sieht. Vieles – z. B. die Zersplittertheit unseres Sozialrechts und der Finanzierungsstrukturen – muss von der jungen Generation letztlich neu gerichtet werden. Die heutigen Berufsanfänger sind hineingeboren in eine Warenhausvielfalt des sozialen Systems, und sie wachsen hinein in Dokumentationspflichten, Qualitätshandbücher und Prozessleitlinien. Absicherung, Haftung, rechtliche Ansprüche – das alles sind Selbstverständlichkeiten, die ihnen als Generation hoch entwickelt übergeben wurden. Während die „Altgedienten“ oft entnervt klagen, wie es angeblich „nur schlechter wird“, nehmen die Jungen es einigermaßen gelassen hin.

Ob es eine sozialpsychiatrische „Ausgangsidentität“ gab, mag dahingestellt sein.
Es lassen sich jedoch Grundüberzeugungen zusammentragen, die die Menschen einten, die die Reform trugen. Die Ausgangsverhältnisse, dass Menschen hospitalisiert über Jahrzehnte weggesperrt waren, wurden als ungerecht und menschenunwürdig gesehen. Politische Überzeugungen und Werthaltungen, wie z. B. das Recht eines jeden, an einem Ort seiner Wahl zu leben, trotz Handicaps seinem Leben einen individuellen Stempel aufzudrücken und nicht vorrangig verwaltet oder gar gepeinigt zu werden, standen

im Vordergrund. Die Spätschäden der zum Teil aus Unwissenheit hoch dosiert verabreichten Neuroleptika galten ebenso als menschenunwürdig und nicht akzeptabel. Wenn sich vermutlich auch die ehemals ablehnenden Einstellungen gegenüber medikamentöser Behandlung bei schweren Psychosen differenziert haben, besteht doch bei vielen folgender Anspruch: verhandeln und nicht nur behandeln, Empfindungen ernst nehmen, so viele Nebenwirkungen wie nötig, aber so wenige wie möglich.

Sich absichern, keine Risiken eingehen, tun, was im Qualitätshandbuch steht?

Die Grundeinstellung „der psychisch kranke Mensch, das andere, unbekannte Wesen“ versus „es ist nur eine Gratwanderung, dass man selbst eventuell dazugehört“ wurde von den Psychiatrieengagierten eher in die Richtung entwickelt, dass es nur eine graduelle Linie ist, die uns trennt. Der Fokus des Denkens über sich und das Klientel war anders als heute. Man kam eher vom politischen Gerechtigkeitsaspekt her: Willy Brandts „Mehr Demokratie wagen“ sollte für alle gelten, das Recht auf Teilhabe, das Leben in der Gemeinde standen im Vordergrund. Es ging nicht so sehr darum, die eigene Berufsgruppe in Szene setzen zu müssen. Heute stehen das Pochen auf Professionalität und die Abgrenzung der Berufsgruppen mehr zur Diskussion.

Zur Identität der Umbruchzeiten gehörte Learning by Doing. Das geht heute kaum noch, für alles brauchen wir ein Zertifikat, einen Abschluss, eine Weiterbildung. Sich absichern, keine Risiken eingehen, tun, was im Qualitätshandbuch steht, die Grenzen des eigenen Berufsstandes deutlicher beachten u. A. dieser Art spielt heute eine größere Rolle. Grenzen überschreiten, strukturell-planerische, administrative und praktische Phantasie, Ausprobieren, Neuland gewinnen hatten in Zeiten der Psychiatriereform etwas Lustvolles und Inspirierendes an sich. Es ist nicht so, dass es das gar nicht mehr gibt, aber es ist anders geworden, weil man sich immer ausrechnen kann, dass es vorrangig auf Seiten der Leistungsträger darum geht, zu klären, ob überhaupt eine Leistungspflicht vorliegt und wenn diese gegeben ist, die Leistung günstiger und effektiver zu bekommen.

Hilfeplangespräche sind von Zielvereinbarungen geprägt.

Mag es im einen oder anderen Falle berechtigt sein, scheinen wir doch nach vielen Qualitätseinsparprozessen oft am Ende des „Marktkonkurrenzprinzips“ angekommen zu sein.

Das, was sich in der heutigen Berufsidentität manifestiert hat, ist etwas, was in Zeiten der Reform neu war, nämlich ein individueller Behandlungs-, oft auch Verhandlungsansatz, der in den Hilfeplangesprächen eine Form der Manifestierung gefunden hat. Inwieweit Mitarbeiter hier noch große Leidenschaft mitbringen, mag abhängig davon sein, was sie in den Hilfeplangesprächen erleben, wenn die Leistungsträger – also die Kommunen oder überörtlichen Sozialhilfeträger – mit am Tisch sitzen. In den Anfängen ging es bei diesem Aspekt der beruflichen Identität eher darum, genau zuzuhören, verschüttete Lebensläufe wieder ans Tageslicht bringen zu wollen, Möglichkeiten zu schaffen, Fähigkeiten zu üben, Mut zuzusprechen, Zeit zu lassen – eben hospitalisierte Langzeitpatienten auf ein Leben in der Gemeinde vorzubereiten. Heute bleibt keiner mehr in einer Klinik, dafür gibt es wieder neue „Drehtürpatienten“. Hilfeplangespräche sind von Zielvereinbarungen geprägt. Wo will ich hin, was hindert mich, das in Angriff zu nehmen, Begründungen, warum Ziele nicht oder noch nicht erreicht wurden, bringen mehr Stringenz in die Gespräche. Der Profi kann sich daran festhalten, kann den Finger in die Wunde legen, denn er weiß, dass er beim Erläutern gegenüber dem Leistungsträger, warum dieser Klient immer noch vier Stunden die Woche oder vielleicht sogar mehr für das Betreute Wohnen braucht, in die gleiche Situation kommt. Sich zu rechtfertigen, Begründungen zu suchen, damit natürlich Pathologie festzuschreiben oder gar auszuweiten – ist dies nicht sogar etwas Wesentliches der Berufsidentität geworden? Sicher nicht gewollt.

Für die Schwerkranken fühlt sich im Bereich der ambulanten Psychotherapie in der Regel kaum einer zuständig.

Der heutige Systemzustand lädt in der praktischen Arbeit ein, sich auf Erhebungsinstrumente der Analyse, Zielbestimmung und Evaluation zu stürzen, hinter sie zurückzuziehen und in der eigentlichen praktischen Arbeit immer weniger das Wachsenlassen von Veränderungsprozessen anzunehmen und positiv „darauf zuzuwarten“. Anders ausgedrückt begünstigt die Realität des ökonomischen Drucks einen technokratischen Zugang und die Ausprägung technokratischer Kompetenzen, die z. B. in therapeutischen Settings oft im Abarbeiten von Modulen und Hausaufgaben endet. Der Mut und die Neugier, auf der Beziehungsebene offen und klar, nicht-ängstlich vor Übertragung und Gegenübertragung zu arbeiten, scheint vielen abhanden gekommen zu sein. Wie kann die beziehungsorientierte Entwicklung wieder mehr Platz einnehmen, sowohl in der sozialpsychiatrischen Betreuung als auch im Therapiegeschehen?

Ein weiterer Reformgrundsatz war ferner, dass die psychisch Kranken mit den somatisch Kranken gleichgestellt und die Versorgungssysteme vor allem für die Schwerstkranken tragfähig sein sollten. Wären sie es, dann würden auch die Leichterkrankten ordentlich betreut. Dieser Aspekt wird nirgendwo mehr diskutiert. Verschiedenste Gruppen werden eher gegeneinander ausgespielt. Nicht nur gilt, dass in den psychiatrischen Krankenhäusern den Schwerstkranken vorrangig eine medikamentöse und allenfalls ergotherapeutische Behandlung zuteil wird, sondern dass im Bereich der ambulanten Psychotherapie sich für die Schwerkranken in der Regel kaum einer zuständig fühlt. Dies liegt durchaus in der Verantwortung der niedergelassenen Psychotherapeuten.

Eine neue Gruppe von Vergessenen scheint zu entstehen. Im Berliner Tagesspiegel erschien am 9. März 2013 von Christiane Tramitz der Artikel „Unter Ausschluss – Psychisch Kranke, weggesperrt in geschlossenen Abteilungen. Genannt: Geheimheime“. Junge Menschen landen „austherapiert“ in Pflegeheimen, dort ist in der Regel bis auf weiteres Endstation. Noch nicht einmal die Zahl der chronisch Kranken, geschweige denn die Anzahl dieser Heime sind dem Berliner Senat bekannt. Es dürfte nicht nur

ein Berliner Problem sein. Brauchen wir erneut den Aufbruch der jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von Leidenschaft für Gerechtigkeit, Menschlichkeit und Fürsorge getrieben, einen erneuten Mannheimer Kreis, eine Demonstration, statt auf dem Bonner Marktplatz vor über 30 Jahren nun vor dem Bundeskanzleramt? Allein, die Mittel wirken alle stumpf, abgenutzt, vielfach erprobt – was ist zu tun, damit Menschen in diesem reichen Land nicht so verschwinden? Wir reden von Inklusion und trotzdem geschieht so etwas. Wenn es eine Vision gab, die die Psychiatriereformer hatten, so war es die, dass es abgeschobene, aufgegebene Menschen nicht geben sollte, dass individuell, wortortnah, ambulant vor stationär, bedarfsorientiert behandelt und gefördert werden sollte.

Integrierte Behandlungsmodelle sind an zu viele Bedingungen geknüpft.

Visionen im Psychiatriebereich betreffen heute so etwas wie den individuellen Zugang zum Klienten, Arbeit auf Augenhöhe, Stärkung von Eigenverantwortung, frühzeitiges Bedenken von Entlassungsvoraussetzungen, Netzwerkarbeit mit dem Patienten und anderen Anbietern von Leistungen, Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, Beiräte. Der gemeindepsychiatrische Verbund sowie integrierte Behandlungsmodelle und -verträge sind vorhanden, aber insgesamt zu wenige, und diese sind an zu viele Bedingungen geknüpft. Was von den gut und ernst gemeinten Behandlungsgrundsätzen im Arbeitsalltag auf der Strecke bleibt, ist im Einzelfall zu betrachten. Damit ist nicht gemeint, dass plattitüdenhaft alles in Leitbildern aufgelistet ist, was zwar politisch korrekt ist, aber letztlich nicht gelebt wird, sondern dass solche Behandlungsgrundsätze gutes und ausreichendes Personal brauchen. Wenn die Mitarbeiter wegen Überlastung ihre Stellen reduzieren, um ihre persönliche Situation zu verbessern, also auf Geld verzichten, und Geschäftsführer diese Stellenanteile nicht zusammenziehen und neu besetzen, dann braucht man weder von Visionen noch von Resilienzförderung zu sprechen. Es gibt keine einfachen Wahrheiten über die gelebten und sich wandelnden Visionen.

Visionen des heutigen Leitungspersonals im psychiatrischen Bereich betreffen im Wesentlichen die Spielräume, die aus anderen Finanzierungsmodellen resultieren könnten: Regionalbudgets, Sozialraumbudgets und damit ein Vertrauen darin, dass Profis stationäre und ambulante Versorgung angemessen verschränken, die negativen Konsequenzen des versäulten Finanzierungssystems überwinden und Verantwortung für ein gutes Behandlungssetting für die ihnen anvertrauten Klienten übernehmen. Diese Visionen sind interessanterweise oft mit systemischen Behandlungsmodellen und Ansätzen wie „need-adapted-treatment“, „home-treatment“ verknüpft. Ob dies in Deutschland die Behandlungsparadigmata für die große Mehrheit der Klienten sein werden, ist völlig offen – unter den jetzigen Finanzierungsbedingungen wird es nicht möglich sein. Man erwartet insgesamt mehr Ambulantisierung. Nach den jüngsten Ablehnungen von Regionalbudgets durch die Krankenkassen ist ungewiss, wie es funktionieren kann.

Anmerkung

Der Artikel ist eine stark gekürzte Fassung des Vortrags „Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel – Salutogenetische Perspektiven der Selbstwirksamkeit und Selbstpflege“ auf der Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbandes evangelischer Behinderteneinrichtungen und des Diakonisches Werkes der EKD in Erkner (bei Berlin) am 11. April 2013. Die Tagung stand unter dem Titel „Resilienz für Profis – Psychiatrie im Wandel – Mitarbeitende im Mittelpunkt“. Der Gesamtvortrag kann bei der Verfasserin angefordert werden.

Literatur

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.) (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 7. Auflage.

Masten, Ann S.; Best, Karen; Garmezy, Norman (1990): Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. Developmental Psychopathology 2, 425-444.

Masten, Ann S.; Morison, Patricia; Pellegrini, David; Tellegen, Auke (1990): Competence under stress: risk and protective factors. In: Jon, Rolf; Masten, Ann S. et al.: Risk and Protective Factors in the Risk of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press, 236-256.

Sroufe, L. Alan; Egeland, Byron; Carlson, Elizabeth A.; Collins, W. Andrew (2005): The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. New York: Guilford Press.

KERBE

Forum für soziale Psychiatrie

Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2014

1 / 2014
Resilienz

2 / 2014
Klinische Behandlung

3 / 2014
Ethik in der Gemeindepsychiatrie

4 / 2014
Inklusion

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

Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon: 0711 / 60 100 - 40, Email: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Resilienzfördernde Personalführung und Leitung

Von Julia Hapkemeyer und Nicole Scheibner

Resilienz bezeichnet die Fähigkeit, durch die Nutzung individueller Ressourcen Krisen erfolgreich zu bewältigen und schwierige Situationen als Entwicklungsmöglichkeit zu nutzen. Die Resilienz wird dadurch beeinflusst, welche Schutz- und Risikofaktoren bei einer Person miteinander interagieren. Das Konzept der Resilienz findet zunehmend auch im Arbeitskontext Anwendung, wenn es um die Frage der Gesunderhaltung von Beschäftigten geht: Wie kann die Resilienz von Beschäftigten in Organisationen gefördert werden, so dass sie auch schwierige berufliche Situationen bewältigen und gesund bleiben? Im vorliegenden Artikel werden Möglichkeiten zur Resilienzförderung von Beschäftigten im organisationalen Kontext vorgestellt.

Julia Hapkemeyer
Dr., Diplom-Psychologin, Geschäftsführerin, Gesellschaft für Statistik, Evaluation und Organisationsentwicklung, Charitéstraße 5, 10117 Berlin.

Nicole Scheibner
Diplom-Psychologin, Geschäftsführerin, Gesellschaft für Statistik, Evaluation und Organisationsentwicklung, Charitéstraße 5, 10117 Berlin.

Der Begriff Resilienz stammt ursprünglich aus der Entwicklungspsychologie und steht für psychische Widerstandsfähigkeit. Ursprung ist das lateinische Verb resilire, das so viel wie abprallen bedeutet. Resilienz zeigt sich darin, dass die individuelle Entwicklung eines Menschen trotz widriger Umstände, Krisen oder Herausforderungen einen positiven Verlauf nimmt. Resilienzforschung geht der Frage nach, warum manche Menschen mit Krisen und Widrigkeiten deutlich besser umgehen können als andere. Somit handelt es sich bei Resilienz um ein Ressourcenkonzept.

Resilienz ist ein sich entwickelndes und veränderbares Personenmerkmal.

Forscherinnen und Forscher gehen davon aus, dass die Fähigkeit zur Resilienz sowohl durch Persönlichkeitsmerkmale als auch durch Umweltmerkmale beeinflusst wird (z.B. Luthar et al., 2000). Die Interaktion von Personenmerkmalen und Umweltbedingungen führt zu mehr oder weniger effektiven Bewältigungsmechanismen. Die Personen- und Umweltmerkmale können Schutz- oder Risikofaktoren hinsichtlich der individuellen Resilienz darstellen. Schutzfaktoren in der Umwelt und personale Ressourcen wirken sich positiv auf die Resilienz aus, wenn es zu Belastungen oder ungünstigen Lebensumständen kommt. Aber nur dann, wenn ein Schutzfaktor beim Eintreten von Belastungen bereits vorhanden ist, kann er seinen protektiven Effekt entfalten und Risikofaktoren abmildern (Lyssenko et al., 2010). Hingegen können Risikofaktoren die Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz eines Menschen verringern, so dass ihr Chance, schwierige Situationen zu meistern, verringert ist. Schutz- und Risikofaktoren stehen in Interaktion miteinander und dürfen daher nicht isoliert voneinander betrachtet werden.

Günstige Umweltbedingungen tragen zur Stärkung der Resilienz bei und mildern Risikofaktoren.

Personale Schutz- und Risikofaktoren, welche die Resilienz beeinflussen, werden bereits im jungen Alter erworben. Aber wie Studien von Masten (2001) zeigen, können personale Schutzfaktoren (personale Ressourcen) auch im weiteren Lebenslauf weiterentwickelt und gefördert werden. Grundsätzlich wird Resilienz daher als ein sich entwickelndes und veränderbares Personenmerkmal angesehen (Masten, 2001). Eine individuelle Resilienzförderung ist somit möglich. Es wurden kognitiv-behaviorale Interventionen entwickelt, die der Reflexion vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten dienen und eine Modifikation des Attributionsstils fördern. Hierdurch werden Bewältigungsstrategien gestärkt, wie zum Beispiel Fertigkeiten zur Emotionsregulation und Problemlösung, sowie eine realistische Selbsteinschätzung und Achtsamkeit gefördert.

Neben einer individuellen Resilienzförderung, die auf die Stärkung personaler Schutzfaktoren abzielt, ist es aber auch wichtig, Umweltbedingungen so zu gestalten, dass sie zur Stärkung der Resilienz beitragen. Möglichkeiten zur Förderung von externen Schutzfaktoren und Abmilderung von Risikofaktoren in der Arbeitsumwelt werden im Folgenden dargestellt. Hierbei liegt der Fokus auf einer resilienzfördernden Führung und Leitung.

Resilienz in der Arbeitswelt

Die heutige Arbeitswelt ist gekennzeichnet durch eine zunehmende

Komplexität und Schnelligkeit, insbesondere aufgrund der kontinuierlichen technischen Weiterentwicklung der Kommunikationsmöglichkeiten, kürzerer Innovationszyklen und einer Zunahme der Internationalisierung und Globalisierung. Fehlende Arbeitsplatzsicherheit, eine kontinuierliche Informationsflut, geforderte Mobilität und Flexibilität sowie mangelnde Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben stellen hohe Anforderungen an die arbeitende Bevölkerung. Die Veränderungen in der Arbeitswelt führen zu einer Zunahme von Erkrankungen und Stresserleben bei der Arbeit und einem Anstieg psychischer Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelingt, gesund zu bleiben und im günstigsten Fall an Herausforderungen zu wachsen. Im vorliegenden Artikel liegt der Fokus auf den Schutzfaktoren im Arbeitskontext, die gesund erhalten und die Resilienz fördern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine hohe Resilienz aufweisen, gehen besser mit Stressoren um, sind offener für neue Erfahrungen, reagieren flexibler auf sich verändernde Anforderungen im Arbeitskontext (Tugade & Frederickson, 2004) und reagieren emotional stabiler bei Widrigkeiten (Bonanno et al., 2001). Darüber hinaus zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen individueller Resilienz und der Arbeitsleistung, der Arbeitszufriedenheit und der Bindung an das Unternehmen (Luthans et al. 2006).

Stellschrauben für resilienzfördernde Personalführung und Leitung

Um die Resilienz im Arbeitskontext zu stärken, können Kompetenzen, sowie Denk- und Verhaltensweisen gefördert werden, die auch unter Druck gesund erhalten. In Organisationen werden hierbei drei Adressaten unterschieden: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Führungskräfte und Leitung. Im Folgenden werden Stellschrauben einer resilienzfördernden Personalführung auf zwei Ebenen vorgestellt: 1. Unternehmens- und Führungskultur und 2. Verhalten der Führungskräfte (siehe unten, Abbildung 1 Resilienzfördernde Personalführung und Leitung).

Unternehmens- und Führungskultur

Auf Ebene der Unternehmens- und Führungskultur ist für die Resilienzförderung ein einheitliches Wertegerüst entscheidend. Dieses Wertegerüst umfasst Grundannahmen, Werte und Normen zum Führungsstil, die auf allen Organisationsebenen den Führungskräften vermittelt werden und in deren Führungsverhalten zum Tragen kommen sollten. Verknüpft mit diesem Wertegerüst sind Erwartungen an das Führungsverhalten festzulegen und zu kommunizieren. Welche Bedeutung die Gesundheits- und Resilienzförderung in der Organisation hat, muss den Führungskräften durch die Leitung vermittelt werden. Hilfreich ist hierbei die Entwicklung von Leitlinien und Standards zur Gesundheits- und Resilienzförderung. Es ist dabei entscheidend, die Führungskräfte dazu anzuregen, ihre Einflussmöglichkeiten im Bereich der Resilienzförderung kontinuierlich zu reflektieren.

Die Führungskraft beeinflusst durch ihr Verhalten maßgeblich das soziale Miteinander und das Stressgeschehen im Betrieb.

Einen weiteren Beitrag zur Mitarbeiterorientierung und zur Resilienzförderung kann die Organisationsleitung leisten, indem sie ihre Leistungserwartungen an einzelne Mitarbeiter dem jeweiligen Qualifikationsniveau und Erfahrungshintergrund anpasst und damit systematische Über- und Unterforderung vermeidet. Weitere Stellschrauben sind eine transparente Kommunikation und transparente Mitsprachemöglichkeiten. Zum einen ist der Weg von Informationsflüssen seitens der Leitung festzulegen und sicherzustellen, zum anderen sollte die Partizipation von Beschäftigten gefördert werden, indem Ideen und Vorschlägen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei organisationalen Prozessen so weit wie möglich berücksichtigt werden.

Führungsverhalten

Die Führungskraft gibt nicht nur die Abläufe bei der Arbeit vor, sondern beeinflusst durch ihr Verhalten auch maßgeblich das soziale Miteinander. Das wahrgenommene Führungsverhalten nimmt Einfluss auf das Stressgeschehen und ein ungünstiges Führungsverhalten führt zu Demotivation, höheren Fehlzeiten und schlechteren Betriebsergebnissen (Gregersen et al., 2010).

Aktuell zeigt sich die Entwicklung, Führung als Thema in die betriebliche Gesundheitsförderung zu verankern (Hapkemeyer et al., 2012). Im Folgenden werden Merkmale des Führungsverhaltens dargestellt, die positiv zur Resilienz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen.

Im Bereich Kommunikation stellt eine häufige persönliche Interaktion mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen wichtigen Schutzfaktor der Resilienz dar. Zur persönlichen Interaktion zählen nicht nur regelmäßige Teambesprechungen, sondern auch informelle Zweier-Gespräche. Entscheidend für die Resilienzförderung ist aber hierbei, wie diese Gespräche geführt werden: aktives Zuhören seitens der Führungskraft sowie das Erfragen der Sichtweise und Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirken förderlich auf die Resilienz. Wie auch auf Ebene der Organisationsleitung ist der Informationsfluss zwischen der Führungskraft und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern transparent zu gestalten. Zum

Organisationsleitung	Führungskräfte
• Angemessene Leistungserwartungen • Partizipation • Transparente Kommunikation • Verankerung von Gesundheitsmanagement und Resilienzförderung in der Führungskultur • Stärkung der Führungskräfte • Soziale Unterstützung	• Wertschätzung • Lob und Kritik • Transparenter Informationsfluss • Regelmäßige persönliche Kommunikation • Transparente Entscheidungs- und Mitsprachemöglichkeiten • Fachliche Unterstützung • Emotionale Unterstützung

Abbildung 1: Resilienzfördernde Personalführung und Leitung

einen müssen Informationswege und Informationsmittel festgelegt werden, zum anderen ist die Rechtzeitigkeit der Informationsweitergabe (abhängig von der Art der Information) seitens der Führungskraft sicherzustellen.

Wertschätzung und Anerkennung der erbrachten Leistungen sowie der Person sind weitere Schutzfaktoren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen regelmäßige Rückmeldung zu ihren Leistungen und ihrem Sozialverhalten. Hierbei wird nicht nur Lob erwartet, sondern auch konstruktive Kritik. Darüber hinaus äußert sich Wertschätzung darin, dass sich Führungskräfte Zeit nehmen für die Anliegen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch ein persönliches Interesse an ihnen zeigen.

Soziale Unterstützung umfasst die fachliche und emotionale Unterstützung der Mitarbeiter bei der Erfüllung der Arbeitsaufgaben. Zur sozialen Unterstützung trägt die Förderung des Zusammenhalts im Team durch die Vorgesetzten bei, z.B. die Pflege von Ritualen im Team. Eine weitere Form der sozialen Unterstützung ist die frühzeitige Identifikation von Konflikten bzw. Konfliktpotentialen. Führungskräfte sollten eine klare Linie entwickeln, wann sie bei welcher Art von Konflikten im Team bei der Lösung unterstützen oder vermitteln.

Zu einer resilienzfördernden Führung gehören auch die Pflege von Ritualen und die frühzeitige Identifikation von Konflikten.

Ein weiterer bedeutsamer Einflussfaktor ist die Partizipation. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleben Partizipation, wenn sie wissen, wann sie Aushandlungsprozesse mitgestalten können und wenn sie Möglichkeiten haben, Ideen und Anregungen im Prozess der Entscheidungsfindung und Problemlösung einzubringen. Hierzu tragen transparente Entscheidungsregeln bei, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen ermöglichen, z.B. bei Entscheidungen bezüglich der Einsatz- und Urlaubsplanung. Veränderungen in Arbeitsabläufen sollten Mitarbeitenden frühzeitig kommuniziert werden, wenn möglich, sollten sie entsprechenden Umgestaltungsplänen einbezogen werden. Dies ist nicht nur im Sinne einer resilienzfördernden Führung wichtig, sondern sorgt häufig auch dafür, dass sehr sinnvolle Lösungen gefunden werden, da Beschäftigte in der Regel Experten ihres Arbeitsplatzes und der damit verbundenen Prozesse sind. Sinnvoll im Sinne der Partizipation ist es zudem, eine Kommunikationskultur zu schaffen, in der Beschäftigte sich trauen und aufgefordert sehen, ihre Ideen und Anregungen jederzeit einzubringen und Vorschläge der Mitarbeitenden auch aktiv einzuholen.

Fazit

In der Diskussion rund um das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung rückt zunehmend das Thema der Resilienzförderung in den Fokus. Dabei geht es um die Frage, wie Arbeit so gestaltet werden kann, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch schwierige Situationen gut bewältigen können und gesund bleiben. In diesem Zusammenhang stellen insbesondere das Führungsverhalten sowie die Unternehmenskultur je nach Ausprägung zentrale Schutz- bzw. Risikofaktoren dar. Ein zentraler Ansatz, Schutzfaktoren zu fördern, ist es, Leitung und Führungskräfte für das Thema Resilienz zu sensibilisieren und gemeinsam mit ihnen individuelle Maßnahmen im Sinne der Resilienzförderung zu entwickeln. Dies stellt sicher, dass die Maßnahmen zur jeweiligen Organisation passen. Systematische und kontinuierliche Maßnahmen zur Führungskräfteentwicklung unterstützen Vorgesetzte darin, das eigene Führungsverhalten zu reflektieren und auf dieser Basis einen resilienzfördernden Führungsstil zu entwickeln.

Literatur

Bonanno, G. A., Papa, A.,&O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience, in: Applied and Preventive Psychology, Heft 10.

Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimber, A. & Nienhaus, A. (2010). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung, in: Gesundheitswesen, Heft 73.

Hapkemeyer, J., Scheibner, N. & Groß, U. (2012). Wege zu gesunder Führung. Praxisbeispiel Deutsche Bundesbank, in: Personalwirtschaft extra, Heft 11.

Luthar, S. S., Cicchetti, D.,&Becker, B. (2000).The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, in: Child Development, Heft 71.

Luthans, F., Vogelgesang, G. R. & Lester, P. B. (2006). Developing the Psychological Capital of Resiliency, in: Human Resource Development Review, Heft 5.

Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung, in: Bundesgesundheitsblatt, Heft 53.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development, in: American Psychologist, Heft 56.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences, in: Journal of Personality and Social Psychology, Heft 86.

Empowerment für Profis

Der Paradigmenwechsel in der Sozialpsychiatrie und die Bewältigung veränderter Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen[1]

Von Georg Schulte-Kemna

In der Sozialpsychiatrie ist seit etwa 20 Jahren ein Prozess tiefgreifender Veränderung der Arbeitsstrukturen im Gang, der vielfach wegen seiner grundlegenden Bedeutung als Paradigmenwechsel bezeichnet wird. Der Kern dieses Paradigmenwechsels ist der Übergang von der institutionszentrierten Hilfe zur personenzentrierten Hilfe. „Personenzentrierung" ist Mitte der neunziger Jahre als eine Art Kampfbegriff eingeführt worden und nur verständlich aus der Abgrenzung gegenüber dem bisherigen Paradigma der institutionszentrierten Hilfe. Dabei muss festgehalten werden, dass vielerorts die Umsetzung auf halbem Weg stehen geblieben ist: eingeführt wurde personenzentrierte Hilfeplanung, aber die Leistungserbringung bewegte sich vielfach weiter in herkömmlichen institutionszentrierten Leistungstypen. Das ist hier insofern von Bedeutung, als dadurch in der Alltagspraxis Parallelwelten entstehen können mit widersprüchlichen Anforderungen. Aus dem Ziel personenzentriert-passgenauer Unterstützung folgt zwangsläufig die möglichst weitgehend ambulante Gestaltung von Unterstützung.

Sozialraumorientierung ist ein neues Wort für etwas, was dabei immer schon „irgendwie" mitgedacht war, aber nicht ausreichend entfaltet wurde. Budde und Früchtel haben zur Verdeutlichung der Komplexität die verschiedenen Ebenen beschrieben (das SONI-Schema): Sozialraumorientierung lässt sich entfalten auf der Ebene der Sozialstruktur und der zugehörigen Ressourcenverteilung, auf der Ebene von Organisationsstrukturen, auf der Ebene der Arbeit mit sozialen Netzwerken als fallunspezifische Arbeit und auf der Einzelfallebene als Entwicklung persönlicher Ressourcen.

Bei diesem Paradigmenwechsel geht es um eine grundlegende Auseinandersetzung zur Steuerung von sozialen Unterstützungsprozessen, in der die verschiedenen Akteure um Definitions- und Gestaltungsmacht ringen. Im Zusammenhang mit der Belastungssituation der Professionellen ist das Ausmaß an Heterogenität, Ungeordnetheit und oft auch Widersprüchlichkeit dieses Prozesses von Bedeutung.

Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrie in Bewegung

Von Bedeutung sind dabei zunächst die Rahmenbedingungen, unter denen dieser Prozess stattfindet:

Verändertes Verhältnis zum klinischen Bereich

Im klinisch-psychiatrischen Bereich wurden die Verweildauern über die Jahre bereits massiv verkürzt; die bevorstehende Entwicklung im Bereich der psychiatrischen Krankenhausentgelte wird den Druck auf die Verweildauer weiter verstärken. Immer häufiger werden zu schnelle bzw. unabgestimmte bzw. unzureichend vorbereitete Klinik-Entlassungen beklagt. Gleichzeitig hat der außerklinische Bereich natürlich eine Verpflichtung, zügige Übergänge sicherzustellen. Dieses Übergangsmanagement wird immer wichtiger werden. Je mehr Erprobungen von Home Treatment erfolgreich werden, desto mehr müssen sich die Fachkräfte außerdem auf eine Parallelität von intensiver Behandlung und Weiterführung der Betreuung im Rahmen von Eingliederungshilfe einstellen. Beide Entwicklungstendenzen bedeuten zusammengenommen vor allem, dass es die außerklinische Sozialpsychiatrie mit „kränkeren" Menschen zu tun hat. Daraus ergeben sich erhebliche Anforderungen an Mitarbeitende – die Rückgabe von Verantwortung an die Klinik war früher leichter.

Identifikation mit dem Versorgungsauftrag?

Der Auftrag, im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes regionale Versorgungsverantwortung zu übernehmen und den Bedarf in der Region möglichst vollständig – das heißt, ohne Auswärtsverlegungen – zu decken, führt dazu, dass auch sehr schwierige Klienten zu versorgen sind und dass die Selbstentlastungsmöglichkeit für die einzelne Einrichtung durch einseitige Beendigung der Betreuung nicht ohne Weiteres gegeben ist. In dieser Situation – einerseits zunehmende fachliche und zwischenmenschliche Herausforderungen durch das Klientel, andererseits permanente Auseinandersetzungen um verlässliche und aufwandsgerechte Finanzierung ambulanter Leistungen mit hohem Aufwand an „Rechtfertigungsbürokratie" - ist es für Mitarbeitende nicht ganz leicht, mit dem umfassenden Versorgungsauftrag auch dann identifiziert zu bleiben, wenn da eine Schere immer weiter aufgeht. Die Versorgung der Schwierigen und Aufwändigen ist mit Marktlogik[2] nicht zu bewältigen und braucht eine starke Identifikation mit dem Versorgungsauftrag. Wenn die Versorgung von „Grenzfällen" ökonomisch eher bestraft wird, ist diese Identifikation auf die Dauer nicht aufrecht zu erhalten.

Daseinsvorsorge über Marktmechanismen?

Auch auf die Gemeindepsychiatrie haben Entwicklungen neoliberaler Deregulierung und Marktorientierung Aus-

Georg Schulte-Kemna
Dipl.Sozialwissenschaftler, langjährige Tätigkeit in unterschiedlichen Funktionen in der Sozialpsychiatrie, zuletzt Leiter des Geschäftsfeldes Sozialpsychiatrie bei der Bruderhaus-Diakonie Reutlingen. E-Mail: georg.schulte-kemna@t-online.de

wirkungen wie z. B. das Schüren von Trägerkonkurrenz durch Förderung von Preiskonkurrenz durch die Leistungsträger, die Zunahme der Ausschreibung von Leistungen, die Fallsteuerung einseitig unter Preisgesichtspunkten und Tendenzen der Prekarisierung und Dequalifizierung des Personals. Es liegt auf der Hand, dass diese Art der Marktorientierung geeignet ist, Unsicherheit zu erhöhen.

Von der „institutionsbezogenen" zur „personenzentrierten" Handlungslogik

Der Paradigmenwechsel erfordert tief greifende Veränderungen in der Handlungsorientierung der Professionellen. Entscheidend ist dabei, ob sie die Sinnhaftigkeit dieser Veränderung mitvollziehen können, vielleicht sogar selbst anstoßen, oder ob sie sich dabei als überwältigt erfahren, als Opfer anonymer Kräfte von außen.

Sich verändernde Strukturen

Die Strukturen, in denen gearbeitet wird, sind in einem tief greifenden Wandel. Das betrifft etwa die folgenden Aspekte:

- Einrichtungsstrukturen werden aufgelöst, Teams werden nicht mehr regelhaft „maßnahmehomogen" gebildet, sondern zunehmend im geografischen Sinne sozialraumbezogen. Sozialraumorientierte Teams haben einen Stützpunkt, ein Zentrum und bieten ein breites Spektrum sowohl ambulanter als auch stationärer Hilfe an. Das ist notwendig, um einerseits größtmögliche Betreuungskontinuität zu ermöglichen und um die Ressourcen in der Region bestmöglich zu kennen und zu nutzen. Das macht die Arbeitsorganisation zunehmend komplexer.
- Ambulantisierung löst im Interesse der Nähe zum Sozialraum wie auch ökonomisch im Interesse der Begrenzung von Fahrzeiten einen Sachzwang zur Verkleinerung von Einzugsbereichen und damit zur Dezentralisierung aus. Damit werden auch die Teams kleiner und die Teamstrukturen lockern sich.
- Die Teams werden gleichzeitig heterogener

hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeitenden: nach vielerorts homogen sozialpädagogischen Teams in der Gründungsphase gibt es zwischenzeitlich eine starke Differenzierung: andere pädagogische und pflegerische Berufsgruppen, hauswirtschaftliche Fachkräfte, Assistenzkräfte mit einjährigen Ausbildungen, angelernte Hilfskräfte. Auch freiwillig sozial Engagierte spielen eine Rolle und im Raum steht vielerorts auch die Einbeziehung von psychiatrieerfahrenen Genesungsbegleitern.

hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse: Prekäre Finanzierungsbedingungen ambulanter Arbeit führen dazu, dass vielfältig mit Teilzeit-Arbeitsverhältnissen und mit Befristungen gearbeitet wird. Das erschwert die Bildung von Kernteams langjährig erfahrener Fachkräfte, die dann auch eine gewisse Fluktuation integrieren könnten.

- Ambulante Arbeit ist als aufsuchende Arbeit auf weite Strecken Arbeit allein. Anders als im stationären Kontext werden Klienten oft nur von der einen „zuständigen" Fachkraft gekannt, nicht von allen Teammitgliedern. Das kann die Wahrnehmung und Einschätzung von problematischen Entwicklungen erschweren.

Erwartungen an Haltung und professionelle Identität

Personenzentrierte Hilfe ist sehr anspruchsvoll. Das gilt hinsichtlich der zeitlichen Anforderungen: Wenn auch komplexe Hilfebedarfe und Krisen ambulant beantwortet werden, dann bedeutet das eine hohe Anforderung an die individuelle Passgenauigkeit der Hilfe und damit an zeitliche Flexibilität zunächst des Dienstes und dann natürlich auch der einzelnen Mitarbeitenden: nämlich die Bereitschaft, flexibel auch zu ungünstigen Zeiten zu arbeiten, um die Verfügbarkeit der Hilfe an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen.

Ambulante Arbeit bedeutet für die Fachkraft Selbstständigkeit und Verantwortung – Gestaltungsfreiheit und Belastung zugleich.

Anspruchsvoll sind auch die fachlichen Anforderungen. Ambulante Arbeit ist mit einem hohen Maß an individueller Selbstständigkeit und Verantwortung für die einzelne Fachkraft verbunden. Das ist Gestaltungsmöglichkeit und Belastung in einem. Von der Einschätzungssicherheit und Beziehungsfähigkeit jeder einzelnen Fachkraft hängt zumal in krisenhaften Entwicklungen enorm viel ab. Die Fachkräfte bewegen sich dabei in einer Arbeitssituation, in der sie häufig auf unklare, uneindeutige, manchmal auch widersprüchliche Botschaften und Aufträge stoßen: Die Aufgabe personenzentrierter Hilfe führt Mitarbeitende in die Notwendigkeit, sich auf Individualität einzustellen und sich dabei den Wünschen und Ansprüchen von Klienten und seinem Umfeld zu stellen, mit der Schwierigkeit, dazu die eigene professionelle Positionierung zu finden, denn der Professionelle ist nicht einfach der „Wunscherfüller".

Mitarbeitende sind dabei „doppelt gebunden": sie gehören zum Team „ihrer" Organisation, ihres Fachdienstes, ihres Trägers. Sie gehören aber gleichzeitig auch mehreren „virtuellen" personenbezogenen Teams an, die sich jeweils um einzelne Klienten gruppieren: vielfältige (professionelle und nicht-professionelle) Bezugspersonen, die sich um einzelne Klienten herum untereinander und mit diesen koordinieren und horizontal vernetzen müssen[3].

Konrad und Rosemann haben im „Handbuch Betreutes Wohnen" die Auswirkungen der veränderten Handlungslogik auf das erwünschte professionelle Selbstverständnis wie folgt zusammengefasst:
Das Selbstverständnis „muss sich in folgenden Qualitäten ändern:

- Dauerpräsenz muss durch intensive, aber auch zeitlich begrenzte Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten ersetzt werden.
- An die Stelle von Kontrolle muss Zutrauen gesetzt werden, z. B. in den Nachtzeiten.
- Statt Gespräche über Klientinnen und Klienten sind die Gespräche mit ihnen zu führen.
- Nicht alle Lebensbereiche der Klienten und Klientinnen werden begleitet, sondern nur die mit ihnen abgesprochenen beziehungsweise im Hilfeplan vereinbarten.
- Die Rolle des Hausherrn wird durch die Rolle des Gastes ersetzt.
- Aus einer Versorgungshaltung muss reflektiertes Handeln im Spannungsfeld der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und verantwortlicher Fürsorge werden.
- Die Fixierung auf professionelle Hilfe muss überwunden werden und zur Einbeziehung nicht professioneller Hilfe führen."[4]

Der Prozess der „De-Institutionalisierung“, das scheint mir wichtig, ist für Mitarbeitende ambivalent. Die Notwendigkeit sich mit den aufgeführten, teilweise widersprüchlichen Erwartungen auseinanderzusetzen, ist zunächst einmal mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden, weil ‚alte‘ institutionelle Sicherheiten und Routinen wegfallen. „Damit fallen jedoch auch Begrenzungen und Restriktionen weg und entstehen neue Möglichkeitsräume der Entwicklung von Chancen und (professioneller) Selbstverwirklichung. Sie sind jedoch verbunden mit Anforderungen, die sie ggf. nicht bestehen können“[5].

Leben in Spannungen und Widersprüchen: Empowerment für Profis

Der Auftrag der Sozialpsychiatrie ist die Arbeit mit Menschen, die wegen der „Nicht-Verstehbarkeit“ ihres Verhaltens in der einen oder anderen Weise sozial auffällig und in Reaktion darauf dann ausgegrenzt werden. Es liegt auf der Hand, dass bei einer solchen Arbeitsaufgabe die Kohärenz-Erfahrung[6] am Arbeitsplatz sich nicht von selbst einstellt, sondern dass Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit in dieser Arbeit immer wieder neu erarbeitet, aktualisiert, überprüft und bewusst gemacht werden müssen. Wer anderen Menschen Halt und Orientierung geben soll, muss selbst Halt und Orientierung haben. Belastungen werden umso eher bewältigt, je mehr die Bewältigung mit einem Gefühl von „Stimmigkeit“ verbunden ist. In Anwendung der salutogenetischen Grundprinzipien geht es also zentral auch um Fragen der Haltung und Orientierung: Wie gehen wir mit uneindeutigen, ambivalenten, riskanten oder konflikthaften Verhältnissen um? Wie können unter sich verändernden Bedingungen Identifikation und Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden aufrechterhalten bleiben?

Wer anderen Menschen Halt und Orientierung geben soll, muss selbst Halt und Orientierung haben.

Reumschüssel-Wienert plädiert für einen „offensiven Professionalismus“ und meint damit eine Haltung, die „versucht, Bedingungen so zu gestalten, dass Ökonomie und Organisation mit professionellem Handeln in ein produktives Verhältnis gebracht werden können“. Er schlägt in diesem Zusammenhang vor, dass die Professionellen das Konzept Empowerment, das sie gerne für die Klientinnen und Klienten vorsehen, auch auf sich selbst anzuwenden: „Das Konzept von Empowerment als ‚Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens‘ (Herringer 2002) zielt im Wesentlichen auf zwei Dinge:

- Die (Wieder-)Aneignung von (kollektiver) Macht, Kraft und Gestaltungsvermögen durch uns selbst. Sie zielt auf Prozesse der Selbstorganisation und der aktiven Einmischung in politische Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen.
- Die Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung. In diesem Sinne zielt es in unserem beruflichen Kontext darauf, uns das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches berufliches Handeln zur Verfügung zu stellen und uns Möglichkeitsräume aufzuschließen, unsere Ressourcen zu entwickeln, Erfahrungen der eigenen Stärke uns anzueignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben zu können.“

Seine Konkretisierungen beziehen sich auf die Entwicklung kommunikativer Kompetenz (Gesprächsführung, Beratung, Arbeit im Team, Verhandlungsführung), auf die Entwicklung von Kompetenz in Vernetzungsarbeit (Case Management, Koordination und Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund) und auf die Entwicklung von therapeutischen Techniken und Methoden auf der Grundlage einer lebensweltorientierten Perspektive. Das klingt noch relativ allgemein. Zur Konkretisierung muss man zunächst daran erinnern, was den Kern sozialpsychiatrischer Arbeit ausmacht.

Sozialpsychiatrische Arbeit als Beziehungsarbeit

Das Reden über Dienstleistungsorientierung lässt manchmal in den Hintergrund treten, dass in allen sozialen Berufen die Beziehungsfähigkeit das wichtigsten „Arbeitsinstrument“ ist. Umzugehen ist mit Auffälligkeiten und Befindlichkeiten des jeweiligen Klientels, mit Erwartungen und Aufträgen der jeweiligen „Systeme“, mit Rahmenbedingungen und begrenzten Ressourcen. In diesem Spannungsfeld sind permanent Aushandlungs- und Übersetzungsprozesse nötig. Die jeweils spezifische „Störungsdynamik“ des Klientels prägt diese Prozesse und bringt je spezifische Belastungen mit sich, die individuell und in den Teams bewältigt werden müssen.

Aus der Tatsache, dass in der Sozialpsychiatrie insbesondere Menschen mit solchen psychischen Störungen begleitet werden, die wegen dieser Störungen Schwierigkeiten haben, ein selbstständiges Leben zu führen und sich in der Welt zu orientieren, ergibt sich eine besondere Verantwortung, für Orientierung und Halt zu sorgen. Dies erfordert ein einfühlendes Verstehen der jeweils erkennbaren Störungen und ein sorgfältiges Wahrnehmen und Würdigen der vorhandenen Ressourcen. Beides kann sich erst allmählich im Prozess von Begegnungen entwickeln und ist immer wieder neu zu reflektieren ist.

Diese Grundgegebenheit psychiatrischer Tätigkeit kann für Mitarbeitende in sich eine hohe Beanspruchung darstellen. Es liegt auf der Hand, dass hier die im Prozess der vorberuflichen Sozialisation erworbenen persönlichen Ressourcen und Kompetenzen eine große Rolle spielen und sich dann weiterentwickeln im Prozess der beruflichen Sozialisation und persönlichen Entwicklung. Dabei handelt es sich um eine Herausforderung, die immer wieder neu bewältigt werden muss, die nie endet und die Mitarbeitende bisweilen an die Grenze zur individuellen Überforderung bringen kann.

Sozialpsychiatrische Teams als Ressource organisieren

Sozialpsychiatrische Teams haben in diesem Prozess eine besondere Bedeutung: sie dienen nicht nur pragmatisch der Organisation von Arbeitsteilung, sondern sie müssen vor allem Ort der Reflexion und der Überprüfung und Vervollständigung der Wahrnehmungen sein.

Ein psychiatrisches Team hat die Aufgabe, einen haltenden und förderlichen Rahmen zu schaffen und zu bewahren. Das kann nur „funktionieren“, wenn es sich in einem lebendigen Austausch über die individuellen Entwicklungen befindet und wenn es gelingt, die immer zunächst je bruchstückhaften Wahrnehmungen und Erfahrungen

nach und nach sinnstiftend zusammenzufügen und daraus Verstehen und förderliches Handeln zu entwickeln. In diesem Prozess bilden sich psychodynamische Besonderheiten bestimmter Störungsbilder spontan nicht nur im Umfeld der betroffenen Person, sondern auch im Team der Beteiligten ab und wollen verstanden werden. Man kann Menschen nur soweit begleiten, wie man ihnen „folgen“ kann, d. h. soweit man jeweils erfassen und (allmählich) verstehen kann, was sie bewegt. Das gilt auf der individuellen Ebene, das gilt insbesondere auch für Teams: die „Verstehensfähigkeit“, die „verstehende Integrationsfähigkeit“, die „Synthetisierungsfähigkeit“ des Teams ist entscheidend für seine Haltekraft: für seine Fähigkeit, auch Menschen in Extremsituationen Orientierung, Boden unter den Füßen und Unterstützung zu geben. Und nur auf dieser Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses von der Arbeitsaufgabe kann sich dann ein guter Konsens entwickeln zur Gestaltung von Strukturen, Prozessen und Regeln. Das gilt für ambulante wie für stationäre Arbeitsbedingungen. Ambulante Arbeit ist sehr viel mehr Einzelarbeit als die Tätigkeit im stationären oder teilstationären Rahmen. Für die notwendige „Verstehensarbeit“ ist die Einbindung in ein Team womöglich noch wichtiger als unter Heimbedingungen. Niemand sollte ambulante Arbeit ohne Teameinbindung machen dürfen.

Eine Vision kann motivierende und mobilisierende Kraft haben – wenn man sie glauben kann.

Sinnstiftende Ziele kultivieren

Es erscheint trivial: natürlich ist es eine Leitungsaufgabe, motivierende Ziele zu formulieren. Im Zuge der Implementationsprojekte zum Personenzentrierten Ansatz gab es kaum eine regionale Auftaktveranstaltung ohne das Zitat von Saint-Exupéry: „Willst du ein Schiff bauen, so rufe nicht die Menschen zusammen, um Pläne zu machen, Arbeit zu verteilen, Werkzeuge zu holen und Holz zu schlagen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem großen, endlosen Meer.“ Hinter diesen Sätzen steckt die Erfahrung, welche motivierende und mobilisierende Kraft ein Leitbild, eine Vision haben kann. Wenn man sie glauben kann. Etwas nüchterner, fast technisch klingt die Formulierung, die Luc Ciompi vielfach gebraucht hat: es geht um die kontinuierliche Erzeugung einer realistisch-positiven Zukunftserwartung. Ciompi hat das vor dem Hintergrund seiner langjährigen Verlaufsforschungen auf die betroffene Person und ihr Umfeld bezogen. Das funktioniert aber nicht über Appell oder Setzung, sondern es geht um einen gemeinsamen Arbeitsprozess. Nur eine Vision, ein Ziel, das auch wirklich geglaubt werden kann, entwickelt motivierende und orientierende Kraft: „Entscheidend ist, dass solche Ziele den Patienten nicht einfach autoritär „verschrieben“ werden dürfen. Vielmehr sollen sie immer wieder in einem – manchmal zwar mühsamen, aber gerade deswegen oft sehr therapeutischen – Prozess zwischen Patienten, Betreuern und wichtigen Bezugspersonen regelrecht ausgehandelt werden.“ Das ist es, was ich mit „kultivieren“ meine[7].

Handlungsfähigkeit in kritischen Situationen fördern …

Die wichtigste Maßnahme zur Bewältigung von spezifischen Belastungen in der Sozialpsychiatrie ist unspezifisch: das ist die Stärkung der Krisenbewältigungsfähigkeit. Das hat Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen:

… durch Wahrnehmung von Leitungsverantwortung

Entscheidend ist, dass und wie Leitung wahrgenommen wird. Matthias Rosemann hat das pointiert formuliert: „Mitarbeiter benötigen Leitungskräfte, die den Mut haben, zu leiten und nicht nur zu moderieren.....Mitarbeiter haben ein Recht auf Leiterinnen und Leiter, die bereit sind, Verantwortung zu übernehmen und dadurch die Fähigkeit gewinnen, Mitarbeiter/innen zu begleiten und anzuleiten“[8].

… für einzelne Mitarbeitende

Für jeden Mitarbeitenden, der selbstständig Klientenkontakte wahrnimmt, muss Anleitung und Reflexion nach dem Stand seiner Erfahrung sichergestellt werden. Bezugspersonenarbeit erfolgt immer mit einer klaren Vertretungsregelung, sodass Tandems entstehen, in denen eine erste Reflexion alltagsnah möglich ist. Insbesondere neue Mitarbeitende erhalten über einen längeren Zeitraum persönliche Begleitung und Beratung, insbesondere auch zeitnah in Hinblick auf erwartete oder erlebte schwierige Situationen.

… im Team

Notwendig ist die Entwicklung geeigneter Formen der Team-Einbindung. Anzustreben ist: jeder Mitarbeitende ist eingebunden in ein Team, in dem über die notwendige Alltagsorganisation hinaus regelmäßig die Erfahrungen mit dem Klientel reflektiert werden. Für diese Reflexion zu sorgen und sie anzuleiten ist Teil von Leitungsverantwortung – Leitung beinhaltet auch An-Leitung. Ergänzend ist auch externe Supervision wichtig. Eine tragende fallbezogene Reflektionskultur setzt voraus, dass Reflektionsgespräche regelmäßig stattfinden und nicht nur in zugespitzten Situationen. Erst aus Verstehen kann sich eine wirkliche Identifikation mit der Aufgabe entwickeln, erst aus dem Verstehen heraus können sich weitergehend Erfahrungen von Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit ergeben. Nur wenn ein Verstehen der Situationsdynamik kontinuierlich im Team kultiviert wird, wird es möglich sein, auch bei der Milieugestaltung Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die für Konfliktvermeidung und Entspannung sorgen.

In diesem Zusammenhang sind teambezogene Qualifizierungsprozesse wichtiger als individuelle Qualifizierungsmaßnahmen. Denn es geht ja in der Tat vor allem darum, dass Mitarbeitende in kritischen und weniger kritischen Situationen auf dem Boden eines gemeinsamen Grundverständnisses handeln. Deeskalationstrainings sind ein verbreitetes Beispiel für solche Qualifizierungsprozesse.

… durch einrichtungsübergreifende Unterstützung im Verbund

Die regionale Versorgungsverantwortung kann nur im Verbund wahrgenommen werden. Die Versorgung auch „der Schwierigsten“ ist der Prüfstein dafür, wieweit diese Verantwortungsübernahme tatsächlich funktioniert. Hier geht es um Grenzfälle, die für Mitarbeitende oft besondere Herausforderungen mit sich bringen, hier geht es in besonderer Weise darum, dass Ver-

antwortung gemeinsam getragen und dadurch auch für den einzelnen Mitarbeitenden ertragbar wird. Das erfordert, eine fallbezogene Kooperations- und Reflektionskultur auch trägerübergreifend zu entwickeln, ausgehend von einem gemeinsamen Verständnis der regionalen Versorgungsverantwortung. Hilfeplankonferenzen können hier wesentliche Impulse geben, wenn es ihnen gelingt, Transparenz und Vertrauen zu entwickeln und wenn sie nicht verkrüppeln zu sozialbürokratischen Prozeduren. Auch einrichtungsübergreifend offene Fortbildungsveranstaltungen sind ein wichtiger Baustein für eine gute regionale Kooperationskultur.

Anmerkungen

1 **Überarbeitete und stark gekürzte Fassung eines Vortrags** im Rahmen der Fachtagung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. „Resilienz für Profis – Psychiatrie im Wandel – Mitarbeitende im Mittelpunkt" am 11.04.2013 in Erkner. Der vollständige Text findet sich unter http://www.beb-ev.de/inhalt/materialien-zur-fachtagung-resilienz-fur-profis-psychiatrie-im-wandel-mitarbeitende-im-mittelpunkt/

2 **Marktlogik** hieße: Kunden, die einen begrenzten, aber kontinuierlichen und kalkulierbaren Bedarf haben, möglichst lange an sich binden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Logik zu problematischen Konsequenzen führt.

3 Siehe dazu **Christian Reumschüssel-Wienert**: Barfuss im Regen – Unsicherheit und Individualisierung gemeindepsychiatrischer Arbeit. Soziale Psychiatrie 2/2004, S.4-8.

4 **Matthias Rosemann/Michael Konrad**: Was von Mitarbeitenden erwartet wird und was sie erwarten dürfen. In: Matthias Rosemann/ Michael Konrad (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2011, S.209

5 **Reumschüssel-Wienert**, a.a.0. S.6

6 **Die individuelle Erfahrung von Kohärenz** ist ein zentraler Begriff im Konzept der Salutogenese, das wesentlich auf Antonovsky zurückgeht. Siehe als erste Orientierung der entsprechende Beitrag in Wikipedia: http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese

7 **Luc Ciompi**: Was haben wir gelernt? Einige praktische und theoretische Schlussfolgerungen. in: Luc Ciompi (Hg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie-Verlag Bonn 1985, S. 119 ff

8 **Matthias Rosemann**, Umbrüche in der Psychiatrielandschaft – Herausforderungen an psychosoziale Träger. Soziale Psychiatrie 2/2004, S.33

Wirksam tätig sein

Mitarbeitende an den Schnittstellen von Sozialpsychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe

Von Ulla Schmalz

Ulla Schmalz
Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Abteilungsleitung Psychiatrie beim DRK Köln e.V. Das Konzept des Hotel Plus wurde von ihr im Auftrag der Stadt Köln entwickelt.

In unserer Arbeit begegnen wir Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ihre Wohnung verloren haben. Dies mit ihnen zum Thema zu machen, wenn wir versuchen, Kontakt herzustellen, würde sofort jeden Zugang verschließen, da ihre Realität eine andere ist. Gleichzeitig ist das Wissen um die Symptome einer paranoiden Schizophrenie aber unsere Realität und mit diesem Widerspruch umzugehen, kann ein täglicher Spagat sein.

Welche Herausforderungen das mit sich bringt, soll hier konkret anhand von drei Arbeitsbereichen des Deutschen Roten Kreuzes in Köln gezeigt werden, in denen wir in ganz unterschiedlicher Art den angesprochenen Widersprüchen ausgesetzt sind: Hotel Plus, Hotel Plus Mobil und Ambulant betreutes Wohnen. Diese Bereiche sollen kurz vorgestellt werden, um anschließend die alltägliche Arbeit und die damit verbundenen Schwierigkeiten zu erläutern.

Die Arbeitsbereiche in Kürze

Hotel Plus

Das Hotel Plus wurde 1997 von der Stadt Köln und dem DRK ins Leben gerufen. Es handelt sich um ein Unterbringungsangebot für wohnungslose Menschen im Rahmen der behördlichen Unterbringungsverpflichtung der Kommune. In drei Hotels mit insgesamt 34 Plätzen (Einzelzimmern) werden von der Fachstelle Wohnen Menschen eingewiesen, die über keinen festen Wohnsitz verfügen und unter unterschiedlichen seelischen Störungen, aber auch massiven sozialen Schwierigkeiten leiden.

Hotel Plus Mobil

Hotel Plus Mobil ist 2002 entstanden aus der Notwendigkeit eines anderen Angebotes für Menschen mit seelischen und /oder sozialen Schwierigkeiten. Denn es gab und gibt weiterhin eine Vielzahl von wohnungslosen Menschen, die mit den Bedingungen der Unterbringung überfordert sind und vom Hilfesystem nicht erfasst werden. Da ein weiteres Hotel Plus nicht zur Diskussion stand, wurde ein Konzept für ein mobiles Team entwickelt, welches den Kontakt zu den Menschen in anderen Hotels aufnehmen und im Rahmen der ambulanten Hilfe vor Ort unterstützend tätig werden sollte.

Die Ziele der beiden Projekte

Die Ziele beider Projekte sind ähnlich, wie wohl bei den meisten dieser Art:

- Kontakt herstellen und eine Beziehung aufbauen
- Erhalt des Projekt- bzw. Hotelplatzes
- Entlastung im Alltag und Unterstützung in Krisen
- Klärung/Sicherung von Ansprüchen bei Ämtern
- Kenntniserlangung über den psychischen und physischen Gesundheitszustand
- Vermittlung/Training sozialer Kompetenzen
- Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Versuch einer fachärztlichen Behandlung
- Vermittlung in Wohnalternativen und Beendigung der Wohnungslosigkeit.

Wir sprechen bei beiden Projekten von der Arbeit mit Menschen, die zum Teil seit vielen Jahren wohnungslos sind und durch ihre Erkrankung massiv beeinträchtigt sind. Sie sind mitunter ausgesprochen dissozial, haben schon lange isoliert gelebt und sind ständigen Grenzerfahrungen ausgesetzt durch ihr wahnhaftes Erleben. Das Gefühl, nicht dazugehören, begleitet sie schon lange.

Ambulant betreutes Wohnen

Der Arbeitsbereich Ambulant betreutes Wohnen unterscheidet sich von Hotel Plus und Hotel Plus Mobil hinsichtlich der vorhandenen Bereitschaft der angesprochenen Personen, Unterstützung anzunehmen. Seit 2004 werden durch das Team „Bewo mobil“ Menschen begleitet und unterstützt, die mit Hilfe der Kolleginnen von Hotel Plus oder Hotel Plus Mobil endlich wieder eine eigene Wohnung haben und sich auf Hilfe einlassen wollen.

Dies ist ein entscheidender Unterschied: diese Menschen sind in fachärztlicher Behandlung und haben den Schritt vollzogen, sich auf Unterstützung einzulassen. An und für sich eine prima Voraussetzung, um erfolgreich arbeiten zu können. Wäre da nicht: die Krankheit als solche und ihre mitunter fatalen Auswirkungen auf das gesamte Leben. Und die veränderten Arbeitsbedingungen, von denen immer wieder die Rede ist.

Anforderungen an die Mitarbeitenden im Hotel Plus / Hotel Plus Mobil

Für diese Arbeit reicht es nicht aus, einen Fachhochschulabschluss Sozialpädagogik gemacht zu haben. Das ist lediglich die Grundvoraussetzung. Um diese Arbeit gut leisten zu können, bedarf es erheblich mehr:

- Bereitschaft, Grenzen überschreiten zu lassen
- ein „offenes Herz“ für stark benachteiligte Menschen
- sich anrühren lassen zu können, dabei aber das Gefühl für das Eigene nicht zu verlieren
- über ein breites Fachwissen verfügen
- Strukturen bieten zu können, aber nicht auf der Einhaltung zu bestehen
- sich immer wieder von Zielen verabschieden, sich aber nicht entmutigen zu lassen.
- sich beschimpfen lassen zu können

Dies sind nur einige Beispiele, die aber hoffentlich verdeutlichen, dass es auch um die Quadratur des Kreises geht.

Beispiele für den schwierigen Umgang mit Klienten

Im Folgenden werden Beispiele aus der alltäglichen Arbeit mit Klienten beschrieben, die verdeutlichen, welche besonderen Herausforderungen und teils auch psychischen Belastungen sich daraus für die Mitarbeitenden ergeben.

Hotel Plus: nach uns nur noch der Tod?

Herr R. wurde von uns viele Jahre im Hotel Plus begleitet. Nach anfänglich erheblichen Schwierigkeiten durch den massiven Drogenmissbrauch gelang es, sein Vertrauen zu erlangen und zu erreichen, dass er sich freiwillig auf Behandlung einlassen konnte. Durch diese gelang es ihm, seine Drogenproblematik zu händeln und sich zu stabilisieren. Nach acht Jahren kam es schleichend zu einer Verschlechterung seines Befindens. Er wurde uns

> Sich ein letztes Stück Heimat bewahren.

gegenüber zunehmend aggressiver, dann auch den Mitbewohnern gegenüber. Der Hotelier erteilte ihm mehrere Abmahnungen, die er allesamt ignorierte. Durch unsere Vermittlung gelang es zwar immer wieder, ihm das Zimmer zu erhalten, aber bei den Kollegen wuchs zunehmend die Angst, vor seinen heftigen Ausbrüchen und Bedrohungen. Als deutlich wurde, dass die anderen Bewohner sich gar nicht mehr in den Gemeinschaftsraum trauten und mittlerweile auch die Kollegin Angst vor ihm entwickelte, da er sie wirklich massiv bedrohte, mehrere Krankenhausaufenthalte keine Verbesserung brachten, wurde die Hotelunterbringung beendet. Dies mit heftigen Bauchschmerzen unsrerseits, weil wir große Sorge hatten, ihm sozusagen dies letzte Stückchen „Heimat“ dadurch zu nehmen. Genauso ist es auch passiert, die ambulante Begleitung endete auch schnell durch tätlichen Angriff auf den Kollegen. Die dann erfolgte Unterbringung in einer Notschlafstelle endete mit einem massiven Suchtmittelrückfall und er verstarb kurze Zeit nach dem Verlust des Zimmers im Hotel Plus. Wir wurden mal wieder bestärkt in der bedrückenden Phantasie: nach uns gibt’s nur noch den Tod...

Hotel Plus Mobil: Nähe vs. Distanz

Eine 78-jährige Klientin, die dank ziemlich heftiger Grenzüberschreitungen beidseits (der Kollege ließ sich darauf ein, von ihr geduzt zu werden und duzt sie zurück, weil sie sich in den Kopf gesetzt hat, von ihm ein Kind haben zu wollen) für viel Diskussionsbedarf im Team sorgte, hat kreative Lösungen herausgefordert. Bei Supervisionssitzungen haben sich uns allen so manches Mal die Nackenhaare gekräuselt.

Es ist ihm aber gelungen, sie aus dem Hotel in eine eigene Wohnung zu vermitteln und eine fachärztliche Stellungnahme zu bekommen, ohne dass sie in Behandlung ist. Diese lehnt sie immer noch vehement ab, und sie ist auch mit jetzt 86 Jahren immer noch überzeugt davon, dass es sich bei dem Kollegen um ihren Liebhaber handelt und nicht um eine professionelle Begleitung. Dennoch gehen wir alle von einer geglückten Eingliederungshilfe aus.

Anforderungen an die Mitarbeitenden im Ambulant betreuten Wohnen

Die herausragende Problematik beim betreuten Wohnen zeigt sich noch ganz anders. Natürlich kämpfen auch hier die Kolleginnen und Kollegen mit ähnlichen Herausforderungen, was die Begleitung von Menschen mit schweren seelischen Störungen betrifft. Hier kommen aber noch zusätzlich der enorme Druck seitens der Leistungsvorgaben und der Kampf mit den „Plastikwörtern“. Uwe Pörksen hat sie „die Sprache einer internationalen Diktatur“ genannt und ein herausragendes Merkmal entdeckt: sie verankern das Bedürfnis nach expertenhafter Hilfe!

Eines der Wörter, das die sozialpsychiatrische Arbeit ganz besonders beeinflusst, ist der harmlos klingende Begriff „Fachleistungsstunde“. Bürokratischer Jargon als Beschreibung für das, was die Mitarbeitenden im Ambulant betreuten Wohnen tun, und

welches die Grundlage für die Abrechnung von Leistungen darstellt.

Das bringt nicht nur grammatikalische Herausforderungen (heißt es: „ich fachleiste“ oder „ich leiste fach“?). Problematischer ist, dass hier nun wahr geworden ist, was wir immer schon wussten: Zeit ist Geld! Die wesentlichen Fragen der Mitarbeitenden sind jetzt:

- Wo kann ich das abrechnen?
- Wie trage ich das ein?
- Lohnt sich das?

Das setzt die Kolleginnen und Kollegen in manchmal ungesunder Weise unter Druck, hier sowohl ihren Klienten als auch den Arbeitgebervorgaben gerecht zu werden. Zu unterstützen und zu vermitteln ist da eine herausragende Leitungsaufgabe. Diese Problematik ausführlicher zu beleuchten und zu analysieren erforderte aber ein eigenes Forum.

Lösungen, Herangehensweisen, Burn-Out etc.

Dies sind nun die drei unterschiedlichen Bereiche mit ihren unterschiedlichen Herausforderungen, die in vielen anderen Feldern sozialpsychiatrischer Arbeit sicherlich ganz ähnlich sind. Doch welche Möglichkeiten gibt es, ihnen zu begegnen und Mitarbeitende dieser Berufsfelder zu stärken?

Risikofaktoren für Burn-Out in helfenden Berufen

Bei meinen Nachforschungen zum Thema bin ich auf die Risikofaktoren für ein Burn-out bei Helfern gestoßen, als da wären:

- Dominierende Vorstellung der Machbarkeit durch gesteigerten Einsatz: das verliert sich ziemlich schnell in der Alltagspraxis in allen drei Bereichen.
- Verringerung der personellen Ressourcen im Versorgungssystem: wir sind gleichbleibend besetzt seit Beginn, da über Fallpauschalen die Stellen finanziert werden, also auch keine Möglichkeit von Ertragssteigerungen besteht.
- Negative Zukunftsaussichten, Ohnmacht, Verlust an Sinngefühl: na gut, die Zukunft wird sicherlich unterschiedlich beurteilt, was die Arbeit angeht, aber durchaus positiv. Die Gefühle von Ohnmacht lassen auch wieder nach und Sinn in unserer Tätigkeit finden wir immer wieder.
- Gestiegene Belastungen: was die Rechtfertigung der Arbeit betrifft, gibt es einen Anstieg an Anforderungen der Beschreibung der Tätigkeiten.
- Profitdenken statt Ethik. Das betrifft die Kollegen in der Hotelarbeit weniger, beim betreuten Wohnen sind die Auswirkungen eines solchen Denkens allerdings deutlich spürbar, wie zuvor bereits angedeutet.

Hier sehe ich für mich die gestiegene Belastung durch ein enorm angewachsenes Controlling, der gestiegenen Ansprüche an den Ertragszuwachs, um andere Bereiche auffangen zu können und die damit einhergehende Veränderung der Sprache und der Gefahr, das sich auch das Denken verändert!

Welche Verhaltensweisen und inneren Haltungen können helfen, um der Burnout-Gefahr zu begegnen? Zum Abschluss 12 Grundsätze einer Burnout-Prophylaxe:

12 Grundsätze zur Burnout-Prophylaxe

- Vorbeugung durch Wissen über ganz unterschiedliche Sichtweisen bezüglich der beruflichen Welt (schon meine Kollegin hat eine anderen Blick auf ihre Arbeitsanforderung)
- Implentierung eines inneren „Siebs“ (oder wie ein Kollege sagt: „den Dieb ins offene Haus laufen lassen“)
- Alle inneren und äußeren Kraftquellen nutzen und gleichzeitig Abstand zu unrealistischen Zielen nehmen
- Kohärenzgefühl durch Teamarbeit und gemeinsame Besprechungen
- Konzentration auf die gegenwärtige Aufgabe
- Klarheit der Gedanken
- Sinn für Humor
- Augenmaß in den Zielen
- Kollegiale Unterstützungsnetzwerke bilden und nutzen
- Bejahung des eigenen Tuns
- Konstruktivität in den Beziehungen
- Eine innere Haltung von Güte, Liebe, Dankbarkeit.

Fazit, Schlusswort, Ausblick

Das mit der Liebe und Güte ist jetzt nicht so mein Stil, aber wer es als Haltung verinnerlichen kann, ist sicherlich gefeiter gegen so manche Unbillen des Lebens, nicht nur der arbeitstechnischen. Sorgen macht mir die Entwicklung zum völlig individualistischen Blick auf die Probleme der Menschen. Dass letztendlich die Sozialpsychiatrie dabei unter die Räder kommt, diese Befürchtung teile ich mit vielen anderen. Dass weiterhin die Kränksten durch das System der individuellen Hilfen und sicher auch durch die anvisierte Art der Krankenhausbehandlung (PEPP) ausgegrenzt werden – dies politisch zu hinterfragen sehe ich als notwendige Aufgabe.

Insgesamt aber erstaunt es mich immer wieder, mit wie viel Engagement wir noch miteinander streiten können über den sinnvollen Umgang mit schwierigen Menschen. Mit wie viel Spaß wir ab und zu Teambesprechungen erleben und wie sehr uns auch nach vielen Jahren diese Menschen am Herzen liegen. Hierbei hilft auch die Begeisterung der jungen Kolleginnen und Kollegen, die uns oft einen frischen Blick erlauben und in Erstaunen versetzen können.

Flexibel bleiben

Demografie-orientierte Personalentwicklung

Von Katrin Haider-Lorentz

Das gestiegene Durchschnittsalter der Beschäftigten im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld erfordert eine verstärkte Ausrichtung der Personalentwicklung auf Maßnahmen zum Erhalt der Motivation und Arbeitsfähigkeit von älteren Mitarbeitenden. Die Maßnahmen des Projektes „Flexibel bleiben" wurden auf der BeB-Jahrestagung in Berlin vorgestellt. Besonders kontrovers wurde ein Hospitationsprogramm zur Erhöhung der Mobilität von Mitarbeitenden diskutiert.

Katrin Haider-Lorentz
Pädagogin (M.A.), zuständig für Personalentwicklung und Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendhilfe der Stiftung Das Rauhe Haus, Projektleitung des Projektes „Flexibel bleiben"

Vor dem Hintergrund des steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit und insbesondere auch in der Sozialpsychiatrie wurde im Mai 2012 in der Evangelischen Stiftung Das Rauhe Haus für die Arbeitsfelder Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe das Projekt „Flexibel bleiben" gemeinsam mit drei anderen Trägern gestartet. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds im Rahmen des Programms Rückenwind gefördert und hat eine Laufzeit von 2 ½ Jahren. Im Mittelpunkt des Projektes steht die Sensibilisierung für den demografischen Wandel in den beteiligten Einrichtungen und – damit eng verbunden – für die Anliegen von älteren Mitarbeitenden.

Die an dem Projekt „Flexibel bleiben" beteiligten Träger verfolgen mit der Etablierung von Personalentwicklungsmaßnahmen für eine insgesamt älter werdende Mitarbeiterschaft die folgenden Ziele: Der Erhalt der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeitender, die Etablierung eines demografieorientierten, generationensensiblen Führungskonzeptes, die Ermöglichung einer genderspezifischen lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung und die Nutzung des Fach- und Erfahrungswissens der älteren Mitarbeitenden. Hierfür werden Führungskräfte für den demografischen Wandel sensibilisiert, Veränderungs- und Lernfähigkeit von Mitarbeitenden durch die Erhöhung der Wechselbereitschaft zwischen Arbeitsfeldern erhöht und die Gestaltung altersgerechter und generationensensibler Arbeitsbedingungen gefördert.

Durch das Projekt soll eine altersgerechte und generationensensible Personalentwicklung mithilfe unterschiedlicher Fortbildungsangebote und Qualifizierungsmöglichkeiten etabliert werden. Konkret werden Mitarbeitende darin unterstützt, ihre Berufsbiografie im Sinn eines Selbstmanagements aktiv und geplant zu steuern. Teams werden angeleitet, mit ihrer Altersstruktur ressourcenorientiert umzugehen und Strategien zum optimalen Einsatz der verschiedenen Kräfte zu entwickeln.

Auch soll die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen beruflichen Generationen angehörenden Mitarbeitenden verbessert werden. Diese Absicht beruht auf der These, dass Werte und Haltungen von Fachkräften in der Sozialen Arbeit durch die jeweiligen Fachdiskurse während der Ausbildungsphase und den ersten Berufsjahren stark geprägt werden. Jüngere und ältere Mitarbeitende haben differierende Werthaltungen entwickelt, was zu Missverständnissen und Konflikten miteinander führen kann. Auch sollte das Fach- und Erfahrungswissen der älteren Mitarbeitenden stärker genutzt und Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch längerfristig gesichert werden. Leitungskräfte werden darin geschult, Stärken und Kompetenzen Älterer zu erkennen und zu fördern und sie werden unterstützt, die verschiedenen Generationen von Mitarbeitenden durch Teamentwicklungsprozesse zu integrieren.

Menschen können bis ins hohe Alter ohne Leistungsminderung lernen. Allerdings sind für ältere Menschen die Lernbedingungen entscheidend.

Jüngere und ältere Mitarbeitende haben differierende Werthaltungen entwickelt.

Der Workshop während der BeB-Jahrestagung 2013

In einem Workshop während der BeB-Jahrestagung mit dem Thema „Resilienz für Profis" wurde das Projekt vorgestellt und stieß auf breites Interesse. Eigene Altersbilder wurden reflektiert und Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft zur Lern- und Leistungsfähigkeit älterer Arbeitskräfte vorgestellt. Diese Forschungen machen deutlich, dass Menschen bis ins hohe Alter lernen können und ihre Leistungsfähigkeit nicht sinkt. Allerdings sind für ältere Menschen die Lernbedingungen entscheidend und müssen berücksichtigt werden. Auch der Wechsel von Aufgaben und Anforderungen und das Vermeiden von eintönigen Routinen fördert die Arbeitsfähigkeit und Motivation. Eine Interviewreihe, die in der Stiftung Das Rauhe Haus im Zusammenhang

mit dem Projekt mit Mitarbeitenden ab Mitte 40, die länger als zehn Jahre im gleichen Arbeitsfeld tätig waren, durchgeführt wurde, verdeutlichte, dass folgende Faktoren maßgeblich die aktuelle individuelle Motivation beeinflussen:

- Die pädagogische Arbeit und Kontakte zu Klient/innen und Team.
- Die Situation am Arbeitsplatz (Ressourcen, Gestaltungsfreiheit, Vernetzung, Ausmaß an Kontrolle durch die Leitung, Vernetzung).
- Qualifizierungsmaßnahmen: Fortbildungen, Supervision, Fallgespräche.
- Klarheit über die konzeptionelle Ausrichtung der Institution, eine gute fachliche Reputation.
- Ein wertschätzendes und transparentes Leitungsverhalten und ein gutes Teamklima.
- Beibehaltung einer weitestgehend selbstbestimmten und flexiblen Arbeitszeitgestaltung.

Alle Interviewten hatten bereits mindestens einmal den Arbeitsplatz innerhalb des Trägers gewechselt. In der Regel geschah dies aufgrund von äußeren Faktoren, wie Umstrukturierungen, Wegfall von Angeboten etc. Trotz dieser überwiegend fremdbestimmten Auslöser bewerteten die Interviewten in der Rückschau den Wechsel fast durchgängig positiv, unabhängig davon welche Motive bzw. Veränderungen diesen verursacht hatten. Neben der Sicht auf den Wechsel als Chance für die persönlichen Entwicklungen wird mehrfach darauf verwiesen, dass die Mobilität aus dem Alltagstrott herausgeholfen und die eigenen Kompetenzen erweitert hat und auch zu der Umsetzung eigener Interessen im Hinblick auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes genutzt werden konnte.

Hospitationstage dienen dem Einblick in andere Arbeitsfelder und erhöhen die Wechselbereitschaft.

Um die Arbeitsplatzmobilität zu verbessern und die gezielte Gestaltung der eigenen beruflichen Laufbahn zu ermöglichen, gehört zu dem Projekt „Flexibel bleiben“ neben einem Kleingruppencoaching zur Bilanzierung der bisherigen beruflichen Laufbahn ein Hospitationsangebot. Es ermöglicht Mitarbeitenden, zwei Tage in einem anderen Team zu hospitieren. Auf diese Weise soll ein Einblick in andere Arbeitsfelder gegeben werden und die Wechselbereitschaft gefördert werden.

Die Vorstellung des Hospitationsangebotes zur Erhöhung der Wechselbereitschaft, führte in dem Workshop zu ausgesprochen kontroversen Diskussionen. So wurden Befürchtungen, durch die Beförderung von Arbeitsplatzwechsel die Kontinuität der professionellen Beziehung nicht mehr gewährleisten zu können, formuliert. Klienten, die langfristig in Einrichtungen betreut werden, sollten nicht zu viele Personalwechsel verkraften müssen. Dem gegenüber wurde die Praxis eines Trägers geschildert, eine Rotation nach fünf Jahren verpflichten festzulegen, um ein Ausbrennen durch immer gleiche Arbeitsroutinen und Anforderungen zu vermeiden. Auch in anderen Einrichtungen, so wurde deutlich, besteht bereits ein Hospitationsprogramm, dass Mitarbeitende verpflichtet, nach einer gewissen Zeit der Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz zu hospitieren.

Beziehungskontinuität als Grundqualität einer Einrichtung?

Zusammengefasst verlief die Kontroverse zwischen denjenigen, die Beziehungskontinuität als Grundqualität einer Einrichtung bewerteten und den Befürwortern von Mobilitätsförderung, unter anderem zur Vermeidung von langjährig eingespielten, „chronifizierten“ Klient- Mitarbeiter-Beziehungen, die für beide Seiten wenig Entwicklungsmöglichkeiten lassen.

In Frage gestellt wurde auch das Kontingent von zwei Tagen im Projekt „Flexibel bleiben“ für Hospitationen, um in diesem kurzen Zeitraum den individuellen Erfahrungshorizont zu erweitern.

Neue Impulse in der Praxis

Ende September 2013 haben 18 Mitarbeitende in der Stiftung Das Rauhe Haus an verschiedenen Arbeitsplätzen innerhalb der Stiftung hospitiert. Im Rahmen des Projekts besteht die Chance, die hier gemachten Erfahrungen, sowohl aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden als auch aus Sicht der Teams, bei denen hospitiert wurde, zu evaluieren. Das Ziel bestand dabei nicht darin, mit jeder Hospitation einen Arbeitsplatzwechsel zu initiieren, sondern Routinen zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern. Auch der Blick in Arbeitsroutinen anderer Teams kann dabei dem eigenen Arbeitsalltag neue Impulse vermitteln. Sobald eine systematische Auswertung der Erfahrungen vorliegt, werden die gewonnenen Erkenntnisse in der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Über kurze informelle Gespräche zeichnet sich bereits schon jetzt ab, dass diese Maßnahme für eine Verbesserung der Mobilität von Mitarbeitenden sorgen kann. Vorbehalte vor fremden Teams oder Arbeitsfeldern werden aktiv abgebaut. Die „betriebliche Unruhe“, die durch den Hospitationstag entstand, hielt sich in Grenzen. Daher wird im nächsten Jahr ein solcher Hospitationstag wiederholt werden mit dem Ziel einen solches Angebot auf Dauer fest in den Jahresverlauf zu integrieren.

Weitere Informationen

zum Projekt „Flexibel bleiben“ erhalten Sie bei der Autorin und Projektleiterin:

Katrin Haider-Lorentz, Beim Rauhen Hause 21, 22111 Hamburg, E-Mail: khaider-lorentz@rauheshaus.de, www.rauheshaus.de

Leichte Zeiten – schwere Zeiten

Von Gesundheit, Lebensfreude und Seelenheil

Von Matthias Lauterbach

Wie gelingt es Menschen, sich auch unter schwierigen Lebensbedingungen und bei beruflichen Herausforderungen gesund zu halten? Auf diese Frage sollen hier Zugänge zu möglichen Antworten aufgezeigt werden. Ziel ist es, Anregungen für eine gesunde Lebenspraxis zu finden.

Stimmigkeit

Aaron Antonovsky begann in den 70er Jahren die Frage der Entstehung und des Erhalts von Gesundheit zu erkunden, die ihn zu dem Konzept der Salutogenese als Komplemetärkonzept zur Pathogenese führten. Ihm war aufgefallen, dass es Menschen gab, die trotz extremster Erfahrungen (z. B. in Konzentrationslagern) später als körperlich und psychisch gesund beurteilt wurden. Was unterschied diese wenigen Menschen von der Mehrzahl, die unter den erwartbaren Folgeerkrankungen litten? Antonovsky fand in seinen Untersuchungen, dass diejenigen Menschen, die ihr Leben als stimmig und in sich zusammenhängend (kohärent) wahrnehmen, eher ihre Ressourcen zur Gesunderhaltung nutzen können. Das Leben und seine Herausforderungen zu verstehen, Ressourcen zur Bewältigung wahrzunehmen und die Sinnhaftigkeit und Bedeutung zu erkennen dabei die eigenen Handlungs- und Gestaltungsspielräume wahrnehmen zu können und die Herausforderungen als bedeutsam und sinnhaft zu empfinden, konstituieren das Kohärenzempfinden.

Hartmann beschrieb diesen Zusammenhang so, dass derjenige „gesund“ sei, der – mit all seinen Einschränkungen - „Gleichgewichte findet und aufrechterhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung persönlicher Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglichen, so, dass er sagen kann: mein Leben – dazu gehört auch meine Krankheit, mein Sterben.“ Die Dichotomie Krankheit vs. Gesundheit ist damit aufgehoben. Gesundheit ist auch der angemessene Umgang mit Einschränkungen, Erschöpfung, Altern, Krankheit und Sterben. Gesundheit ist somit kein Zustand, sondern ein lebensbegleitender Prozess.

Sinnhaftigkeit

Frankl – selbst Überlebender von Konzentrationslagern – ging von einem „Willen zum Sinn“ aus, den er als wesentlichen (Über-) Lebenswert einer Höhenpsychologie zuordnet, im Unterschied zur Tiefenpsychologie (S. 145). Sinn bedürfe der „Entdeckung einer Sinn-Möglichkeit vor dem Hintergrund der Wirklichkeit“ (ebd., S. 155). „Nein, die Welt ist kein Manuskript, das wir zu entziffern haben (und nicht entziffern können) – die Welt ist vielmehr ein Protokoll, das wir zu diktieren haben“ (ebd., S. 30). „Es war nicht zuletzt die Lektion, die ich aus Auschwitz und Dachau mit nach Hause nehmen konnte: dass diejenigen noch am ehesten fähig waren, sogar solche Grenzsituationen zu überleben, die ausgerichtet waren auf die Zukunft, auf eine Aufgabe, die auf sie wartete, auf einen Sinn, den sie erfüllen wollten.“ (Frankl)

> Gesundheit ist auch der angemessene Umgang mit Einschränkungen, Erschöpfung, Altern, Krankheit und Sterben.

Die Erfahrung zeigt, dass Antworten auf die Frage „Wozu will ich gesund bleiben?“ eine wichtiger Einstieg sein können in den individuellen Weg zu einer ganzheitlich verstandenen Gesundheit. Die Frage ist eine Anregung für die Suche nach fundierten, sinnbasierten (Neu)Ausrichtungen des eigenen Gesundheitsverhaltens. Dafür sind allerdings Antworten auf „tieferen Etagen“ notwendig. Tragfähigen Sinn findet man – wie es Frankl beschrieb – nicht in sich selbst, sondern in einer über sich selbst hinausgehenden (transpersonalen) Perspektive, in der Liebe zu anderen Menschen, in einer Lebensaufgabe etc.

Matthias Lauterbach
Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Freiberuflich als Psychotherapeut, Gesundheitscoach und in der Weiterbildung tätig. www@dr-lauterbach-coaching.de

Resilienz

Menschen haben also in schwierigen Zeiten eine besondere Chance gesund zu bleiben, wenn sie Stimmigkeit und Sinnhaftigkeit für sich entwickeln oder darauf zurückgreifen können. Sie sind dann - so könnte man sagen widerstandsfähig, „resilient“. Resilienz ist als aktiver, selbstverantwortlicher Prozess zu verstehen, als ein „resilient werden“, die eigenen Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückend. Resilienz ist Prozess und Ergebnis des Prozesses gleichermaßen und meint, aus einer herausfordernden Situation gestärkt hervorzugehen. Es geht dabei wesentlich um die Entwicklung der allen Menschen verfügbaren Selbstregulation, der Selbstheilungskräfte, diese Kräfte wieder in das Zentrum der eigenen Gesundheit zu stellen, sich von Schwierigkeiten herausfordern zu lassen und sich für die eigenen Möglichkeiten zu öffnen. Die damit verbundene Übernahme von Selbstverantwortung ist oft lebensrettend, gleichzeitig braucht sie den Mut, den Erhalt der eigenen Gesundheit nicht von Dritten zu erwarten und dort einzuklagen (z. B. Partnern, Chefs, Ärzten etc.)

Lebensbalancen

Eine besondere Bedeutung auf dem salutogenen Weg haben Modelle von Balancen. Sie sind für die Menschen plausibel und können konkrete Veränderungen des Alltags rahmen. Dabei

fließen die Konzepte des Ausgleichs von Geben und Nehmen (z.B. bei Boszormenyi-Nagy u. Spark 1984), von erlebter Gerechtigkeit („Verrechnungsnotstand“ in Beziehungen nach Stierlin) in das berufsbezogene Konzept der Gratifikationskrise ein (Siegrist): starke Verausgabung ohne angemessene (finanzielle und vor allem emotionale, wertschätzende) Entschädigung wirkt pathogen. Als bedeutsam für die Gesunderhaltung hat sich in der präventiven Arbeit die Balance von Anstrengung, Verausgabung auf der einen Seite und Erholung, Muße, Regeneration auf der anderen Seite herausgestellt. Während unsere Verausgabungen in der täglichen (Arbeits-)Routine verankert sind, fehlt es vielen Menschen an einer eingespielten Regenerationsroutine, zumal viele alte ritualisierte Formen der Balance hier verloren sind (wie das alte benediktinische „ora et labora“).

Die Verausgabungen sind in der täglichen Arbeitsroutine verankert. Aber häufig fehlt eine eingespielte Regenerationsroutine.

Über das Modell der Lebensbalancen lassen sich die komplexen Wechselwirkungen der Lebenswelten verdeutlichen, die der Einzelne mit all seinen Loyalitäten und Engagements, mit Liebe und Verbundenheit, mit der notwendigen Existenzsicherung, mit Lebensausrichtungen und Lebensaufgaben, mit Gesundheit und Regeneration usw. ausgeglichen gestalten will. Dazu muss der Ansatz allerdings aus der konzeptuellen Enge der populären Work-Life-Balance-Konzepte genommen und mit dem grundlegenden Erlebnis von Ausgleich und Sinnhaftigkeit verbunden werden.

Achtsamkeit

Alle solche Modelle setzen voraus, dass ein gutes Wahrnehmungs- und Spürvermögen die Navigation durch die Fragen der Gesunderhaltung ermöglicht oder erleichtert. Als Schlüsselkompetenz wird heute dafür die Kunst der Achtsamkeit beschrieben. Sie wird definiert als die von Bewusstheit umspülte Aufmerksamkeit, als ein Gewahrsein, das sich auf mich, mein Inneres, meine Gefühle, Körperempfinden und mein Denken, meine Wahrnehmungen, mein Sein in dem einen Augenblick richtet, den wir Gegenwart nennen. Anker hierfür ist die Atmung, die Atmung in dem einen Augenblick, in dem sie geschieht.

Prägend dabei ist,

- ganz im Hier und Jetzt zu sein (Gegenwärtigkeit)
- sich seiner Gefühle, Gedanken und Handlungen in jedem Augenblick voll bewusst zu sein (Bewusstheit), also die Wahrnehmung der Fülle, die sich in dem Augenblick bündelt,
- die Wahrnehmungen, Empfindungen, Gedanken nicht zu beurteilen (bewertungsfrei), sie einfach als Zeuge in sich ruhend zu spüren.

Graf Dürckheim unterschied den „Körper, den wir haben“ – dessen wir uns gegenständlich bewusst sind, ihn wie ein Instrument bedienen, ölen, reparieren etc. – von dem „Leib, der wir sind“ – sich inne werden des Leibes, in welchem ich als Person in der Welt bin. „So verstanden ist der Leib das Ganze der Gestimmtheiten und Gebärden, in denen der Mensch sich selbst als die ihrer selbst bewusste und zugleich die Welt erlebende und in ihr handelnde Person fühlt, ausdrückt und darstellt, ... sich zum wahren Selbst hin verwirklicht oder verfehlt“ (Dürckheim, S. 118).

Reizüberflutung von außen führt zu einem Verstummen der inneren Stimmen.

Die Reizüberflutung von außen hat zu einem Verstummen der inneren Stimmen geführt, sie schienen nicht mehr gebraucht zu werden. Es gilt, das Spürvermögen zu reaktivieren, die Fähigkeit einer fein aufgespannten Bewusstheit für alle Empfindungen, Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken. Achtsam durch den Alltag zu gehen bedeutet dann, sich immer wieder in kleinen achtsamen Momenten zu finden. Das ist meist nicht aufwändig, es braucht allerdings die Entscheidung, dafür Aufmerksamkeit und etwas Zeit zu investieren und sich den Wahrheiten dieser Wahrnehmungen (wieder) auszusetzen.

Achtsamkeit wird zu einer Art „innerem Coach“, zu einem Navigationssystem. Sie hilft, ein Gefäß zu schaffen, in dem eine gesunde Lebenspraxis erspürt und modelliert werden kann, immer auch verbunden mit dem Lauschen nach dem Wohlklang des Ganzen. Dafür braucht es Nichts, nichts als Stille, Muße, es braucht Raum und Zeit, so dass hinter dem kollektiven Tinnitus als Hintergrundrauschen der lärmenden Informationswelt wieder das Eigentliche zu hören ist. So entsteht das, was Resonanz genannt wird, das Mitschwingen von Körper und Seele mit dem Eigentlichen, wodurch es - wie die Saite einer Geige - überhaupt erst einen Klang bekommt.

Kabat-Zinn kommt der Verdienst zu, als einer der ersten vor über 30 Jahren den buddhistischen Weg der Achtsamkeit in eine neutrale Sprache übersetzt und ein Methodeninventar für die Entwicklung dieser Wahrnehmungskompetenz entwickelt zu haben (mindfulness based stress reduction, MBSR).

Achtsamkeit versus Unachtsamkeit im Umgang mit den eigenen Ressourcen ist der Spannungsbogen, der die alte Krankheits-Gesundheits-Dichotomie ersetzt. Durch Achtsamkeit können alle großen Gesundheitsthemen (Ernährung, Bewegung, Entspannung etc.) balanciert werden. Es gilt, die „Sprache“ von Körper und Seele wieder zu verstehen, die inneren Bilder zu sehen, die Leiblichkeit als Wahrnehmungsinstrument für Lebendigkeit zu spüren. Achtsamkeit ermöglicht es, Krisen und Krankheiten als Möglichkeiten der Heilung wahrzunehmen, wieder mit sich und den eigenen Heilungskräften in Beziehung zu kommen (Platsch), ganz zu werden in kluger Sorge um sich selbst. Achtsamkeit ermöglicht zudem den Zugang zu den transzendenten, spirituellen Dimensionen. Schmid (S. 145 ff) spricht in diesem Zusammenhang von Gesundheit als Lebenskunst.

Seele und Seelenheil

Um die Dimensionen deutlich zu machen, um die es bei diesem Ansatz der Gesunderhaltung geht, wird der Begriff der Seele wieder bedeutsam. „Seele“ steht hier für den Kern der Persönlichkeit, das Herz, die Mitte, die Einmaligkeit, die Innerlichkeit. Sie steht für das, worum es „eigentlich“ geht, um das wahre Selbst im Dürckheim’schen Sinne in Abgrenzung zum Welt-Ich. Die Seele wird als eine wirksame Kraft, ein Lebendiges beschrieben, das ich nie ganz

zu fassen bekomme, sie nicht ausloten kann. „In der Seele geht es für mich um das Intimste, Innerlichste, Kostbarste, das ich habe. Es geht um meine Person in ihrer Beziehung zu Gott. Und das lasse ich mir bei all den rationalen Zweifeln, die ich habe, die ich kenne und ernst nehme, nicht ausreden." (Grün, Müller S. 25)

Lebensfreude braucht den Mut, sich für sie zu öffnen.

Es geht darum, im Alltagshandeln die Seele und damit auch die Verbindung zum großen Ganzen, zum Göttlichen durchklingen zu lassen (personnare) - und damit zur Person, zur Persönlichkeit zu werden. „Die Seele als Leben, das Leben als Seele. Die Seele als Antreiberin zum Leben. Dabei lässt sie nichts unversucht, um uns lebendig zu halten." (dies. S. 32). Seelenheil meint die Vollständigkeit und Ganzheit der Seele, meint den Kontakt, die Verbindung, das Erspüren unserer Seelenbewegungen. In diesem Kontakt sind wir präsent und vollständig, mit unserem Welt-Ich und dem, was unsere Seele bewegt. Gesundheit ist Heilsein und Heilsein meint „ganz, vollständig, unversehrt, heilig" zu sein (engl.: heal, hale, whole, holy). Die Kraft jeder so verstandenen Gesunderhaltung („kerngesund") speist sich aus diesen Quellen.

Glück

Es ist heute unstrittig, dass Glück, Freude, Humor, Zuversicht, Dankbarkeit etc. positiv mit Gesundheit verbunden sind, teilweise mit dramatischen Auswirkungen auf Krankheitsbewältigung und Überlebensraten (vgl. Wallis, S. 39; Lemonick, S. 46; Nuber, S. 25). Die Beforschung des Glücks muss noch den Vorsprung der Forschung über Unglück (Depression, Traumatisierung) aufholen. Die methodischen Konzepte dafür erscheinen teilweise noch wenig elaboriert, und die Kompetenzen von Clowns oder indischen Lachschulen schlummern – zu Recht oder Unrecht – noch im Reservat der Exotik.

Das Erleben von Glück und Zufriedenheit wird durch eine gelassene, von Sinnhaftigkeit getragene, auf die Bewältigung der Herausforderungen ausgerichtete – also salutogene – Lebenshaltung gefördert. Man spricht dann von Lebensfreude. Ein als authentisch erlebter Ausdruck positiv bewerteter Gefühle und die damit verbundene, stimmige Ausstrahlung machen Menschen zudem für ihre soziale Umwelt attraktiv, fördern die sozialen Vernetzungen und Unterstützungen. Sie haben zudem direkte biologische Verknüpfungen mit körperlichen Vorgängen, insbesondere mit dem Immun- und Hormonsystemsystem, sodass Lebensfreude auch evolutionsbiologisch einen Sinn macht. Es ist nur die von jedem einzelnen zu lösende Lebensfrage, wie man das macht, wie es gelingt, den Himmel auf die Erde zu holen. Freude ist keine trainierbare Erlebensqualität – sie braucht tatsächlich oft den Mut, sich für sie zu öffnen und Glück zu empfangen.

Bewegung

Der Weg zu Gesundheit, Lebensfreude und Seelenheil geht über die oben abgeleiteten Stationen. Einige Prozesse eignen sich zudem besonders, um diese Haltung zu fördern, ohne das Leben durch das Aufblasen rosaroter Wolken trivialisieren zu wollen, sondern es in der Tiefe zu spüren (vgl. Lauterbach 2005, 2008, Lauterbach, Hoppe 2011):

- die Entwicklung eines Erlebens von Stimmigkeit im Sinne Antonovskys,
- die individuelle Beschreibung von Sinnhaftigkeit im Sinne Frankls,
- die Schulung der Achtsamkeit und Gewahrsein als Schlüsselkompetenz,
- Bewusstheit für die tiefen Ebenen von Erleben, Wahrnehmen und Entscheiden,
- die Aufmerksamkeit für den Augenblick, das Genießen des unwiederbringlichen Moments des Lebens,
- Dankbarkeit für das geschenkte Leben, die als Grundhaltung erlebt wird,
- Demut, die durch das Annehmen des Gegebenen die Gestaltungsfelder öffnet,
- die Verbundenheit mit dem Ganzen und die tiefe, liebende Verbindung zu den Menschen,
- das Wissen und Erfahren des mich selbst Transzendierenden, das Spüren der Seele, ihrer Bewegungen und ihrer Verbindung mit dem Göttlichen,
- Humor, der den Wechsel in die Metaperspektive ermöglicht, der mit Flexibilität und Kreativität verbunden ist und über das Lachen auch noch direkte psychophysisch stärkende Wirkungen hat (wie bekommt man auf so gute Weise sonst so viel?).

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag

Bauer, J. (2010): Das kooperative Gen. Evolution als kreativer Prozess. München: Heyne

Boszormenyi-Nagy, I. u. G.M. Spark (Org. 1984, dt. 2006, 8. Aufl.): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta

Dürckheim, K. Graf (1966, Nachdruck 2004 der 10. Aufl. 2001): Der Alltag als Übung. Bern: Huber

Frankl, V.E. (2009, 22. Aufl.): Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk. München: Piper

Grün A., Müller, W. (2011, 3. Aufl.): Was ist die Seele? München: Kösel, Goldmann

Hartmann, F. (1993): Chronisch krank oder bedingt gesund? In: Hammer, C. u. V. Schubert (Hrsg): Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung. Starnberg (Schulz), S. 35-68

Kabat-Zinn, J. (2005/ 2006). Zur Besinnung kommen. Freiamt: Arbor

Lauterbach, M. (2008, 2. Aufl.): Gesundheitscoaching. Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf. Heidelberg: Auer

Ders. (2012, 2. Aufl.): Einführung in das systemische Gesundheitscoaching. Heidelberg: Auer

Lauterbach, M. u. H. Hoppe (2011): Die tiefen Dimensionen der Krisen im beruflichen Leben aus der Perspektive von Gesundheitscoaching. In: Schmidt-Lellek, C.J. u. F. Buer (Hrsg): Life-Coaching in der Praxis. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 155-166

Lemonick, M.D. (2005). The Biology of Joy. Time Febr. 7, 46-49

Nuber, U. (2002). Die gesunde Leichtigkeit des Seins. Psychologie heute, 29 (12), 20-27

Petzold, T.D. (2010): Praxisbuch Salutogenese. Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest Verlag

Platsch, K.-D. (2009): Das heilende Feld. Frankfurt /M.: Barth

Schmid, W. (2000): Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Frankfurt/ M.: Suhrkamp

Siegrist, J. (2009): Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderung. Arbeitsmedizin, 11-2009, 574-579.

Stierlin, H. (2007, 2. Aufl.): Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Heidelberg: Auer

Wallis, C. (2005). The New Science of Happiness. Time Febr. 7, 40-44

Migration – eine Bereicherung oder eine Noxe?

Eine Herausforderung im klinischen Alltag

Von Solmaz Golsabahi-Broclawski

Die Leiden der Patienten mit Migrationshintergrund werden häufig spät oder gar nicht richtig diagnostiziert, weil es zahlreiche sprachliche Hürden und zu wenige muttersprachliche Hilfsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich gibt. Diese Patientengruppe ist unterversorgt. Die Mitarbeitenden und das klinische Team spüren diese Unterversorgung und geraten an die eigenen Grenzen. Die Wahrnehmung der Bedürfnisse und auch die richtige Interpretation der Beschwerden und der Umgang mit den eigenen Bedürfnissen im Team sind Herausforderung und Bereicherung für das Team zugleich.

Solmaz Golsabahi-Broclawski
Dr., ärztliche Direktorin der Hellweg-Kliniken und Erste Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum DTPPP e.V. (www.transkulturellepsychiatrie.de).

Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen beschreiben Krankheiten unterschiedlich – und haben häufig auch andere Symptome. Diese können sowohl tiefgreifend als auch oberflächlich sein. Sie haben ihren Ursprung in unterschiedlichen Bereichen wie etwa Gender, Religion, Bildung, Politik und Umwelt. Diese Unterschiede sind in jedem Fall vielfältig und umfassen alle Bereiche des Lebens und den jeweiligen Zugang dazu.

Wenn wir unsere Gefühle in unterschiedlichen Sprachen formulieren, werden unterschiedliche Gehirnareale aktiviert.

Nossrat Peseschkian[1] beschreibt sehr anschaulich aus der Sicht eines Iraners sein Bild von der Familie und sein Verständnis von der Rolle des Kranken:

„Die Familie, in der ich im Iran aufwuchs, umfasste nicht nur meine Eltern und Geschwister, sondern eine Vielzahl von Verwandten und weiteren Familienangehörigen, mit denen wir uns in einer Familie verbunden fühlten...Ein Kranker stellt sein Bett mitten ins Wohnzimmer und wünscht sich, dass seine Verwandten ihn regelmäßig besuchen. Seine Frau ruft bei Verwandten an, diese kommen in Klein- oder Großgruppen und unterhalten den Kranken. Der Patient ist zu keinem Zeitpunkt alleine."

Diese Unterschiede spielen eine umso größere Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung, wenn Patienten keine „Einheimischen" sind. Die am Dialog zwischen dem Patienten und dem Fachpersonal Beteiligten sollten den Bereich des fachlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit überschreiten. Sie sollten sich der historischen Wurzeln und ihrer aktuellen, sich rasch wandelnden, politischen und ökonomischen Dimensionen zum Verständnis von Patienten und ihren Krankheitsbildern bewusst werden.

Im Rahmen der medizinischen Ausbildung stehen die diagnostischen und therapeutischen Manuale im Vordergrund. Diese Manuale können insbesondere im Bereich der Psychiatrie nur im Zusammenhang mit den aktuellen Geschehnissen verstanden werden. Die Häufigkeit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung steht zum Beispiel in engem Zusammenhang mit aktuellen Kriegsgebieten, Umweltkatastrophen und sonstige Ereignissen. Die Burn-Out-Symptomatik bzw. depressive Störung steht im engen Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Umbruchzeiten, mit politischem Wandel und sozialen Veränderungen. Kenntnisse über die aktuellen Ereignisse sind hiermit für eine tragfähige Arzt-Patienten Beziehung insbesondere im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie unerlässlich.

Wir wissen inzwischen aus der neuropsychologischen Sprachforschung, dass unterschiedliche Gehirnareale aktiviert werden, wenn wir unsere Gefühle in unterschiedlichen Sprachen formulieren. Psychiatrische Diagnosen sind weltweit klassifiziert und die Kriterien der Diagnosestellung nach ICD 10 bzw. DSM IV global klar und verbindlich festgelegt.

Im Mittelmeerraum gilt der Körper als das Haus der Seele

Körperliche Begleitsymptome sind zum Beispiel vorwiegend im Mittelmeerraum und im Nahen Osten zu finden. In diesen Regionen gilt der Körper als Haus der Seele und deshalb ist es nur allzu verständlich, dass die Krankheitsbilder der depressiven Störung von somatischen Beschwerden begleitet werden. Die häufigsten Bilder sind

Bauchschmerzen, Herzrasen und Jucken. Häufig begegnen uns hier Aussagen wie „Meine Leber ist gegrillt, mein Herz ist verflüssigt...". Hierbei handelt es sich um wörtliche Übersetzungen unter anderem aus der türkischen bzw. persischen Sprache. Diese Ausdrucksweise steht für tiefe Trauer und Verzweiflung. Symptome wie Angst vor Verarmung und Zuschreibung von Schuld sind insbesondere im christlich-jüdischen Abendland zu finden. Hier sind häufig Gedanken wie „ich habe gesündigt", „ich habe versagt", „ich bin schuld, dass es den anderen schlecht geht", „das ist die Strafe Gottes", „ich habe zu büßen" und „ich trage mein Kreuz, denn nur so werde ich befreit" anzutreffen. Symptome wie der soziale Rückzug und vor allem die Scham vor sozialer Entehrung sind eher im ost-asiatischen Raum anzutreffen. Die soziale Entehrung ist häufig in kollektivistischen Gesellschaften zu finden, in denen einzelne Mitglieder mit ihren Handeln, Sprechen und Gedanken die Ehre der gesamten Gemeinde beschützen bzw. gefährden können.

Symptome wie Angst vor Verarmung und Zuschreibung von Schuld sind insbesondere im christlich-jüdischen Abendland zu finden.

Therapeutische Interventionen vor dem Hintergrund individualistischen und kollektivistischen Denkens

Es ist von großer klinischer Relevanz die Umsetzung der therapeutischen Manuale und Lehrbücher an die jeweilige Kultur und ihre Sprachgegebenheiten anzugleichen.

Im Fokus der Therapie im mitteleuropäischen aber auch fast allen Industrieländern steht das „Nein-Sagen" und „Für sich Sorgen". Zwei Slogans, die im „Westen" für Autonomie und Freiheit stehen. Beide Begriffe verkörpern die individualistische Denk- und Lebensweise. Wenn wir jedoch einer kollektivistisch ausgerichteten Gesellschaft angehören, ist die Umsetzung in dieser Form auf den ersten Blick kaum möglich. Hier ist die Stärkung des „Ich" im sozialen kollektiven Kontext erforderlich. Wenn ein Mensch in einem afghanischen Clan, in einer Beduinenfamilie, in einer Großfamilie aufgewachsen ist, ist die Vorstellung des „Für-sich-sorgen" eine ganz andere! Die Definition „meiner Person" steht in engem Verhältnis zu meinen Verwandten. „Für sich sorgen" bedeutet in einem kollektiven System für mein „Clan" zu sorgen.

„Für sich sorgen" bedeutet in einem kollektiven System nicht die Fürsorge für die eigene Person, sondern für den „Clan".

Das Umdenken ist nicht nur im Bereich der Psychotherapie, sondern auch im Bereich der Psychopharmakotherapie indiziert. Nicht nur unter Genderaspekten sollten Dosierung und Gabe von Medikamenten bei jeder Patientin, bei jedem Patienten überdacht werden, sondern auch in Bezug auf die kulturelle Zugehörigkeit. Bereits aus der transkulturellen Psychopharmakaforschung wissen wir, dass die Leberpassage und die Cytochrom P450 Aktivitäten geographisch unterschiedlich verteilt sind, hier ist zum Beispiel nicht nur die Verträglichkeit von Alkohol zu nennen, sondern auch die Dosierung von Antidepressiva,. Für die in Japan viel niedrige Dosierungen benötigt werden als in Zentraleuropa.

Die Migration ist weder eine Noxe im Sinne der medizinischen Terminologie noch die maßgebliche Ursache für Krankheiten bei Patienten mit Zuwanderungsgeschichte. Die Migration ist ein Anamnesefaktor, der vom medizinischen Personal genauestens berücksichtigt werden muss, wenn eine korrekte und vor allem ganzheitliche Medizin betrieben werden soll. Nicht nur die enzymatischen Variationen im Bereich der Pharmakotherapie im Rahmen der depressiven Störung ist hierbei zu nennen, sondern auch die soziokulturellen Unterschiede, welche zu unterschiedlichen Prägung und Ausbruch der Symptomatik und daraus resultierende therapeutischen Interventionen führen.

Transkulturelle Kompetenz setzt die Kenntnisse der oben genannten Co-Faktoren bei der Entstehung der Erkrankung voraus und ist Garant für eine effiziente und patientengerechte Behandlung.

Anmerkung

1 Nossrat Peseschkian war ein deutscher Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut iranischer Herkunft. Er war Begründer der „Positiven Psychotherapie" und Leiter der Internationalen Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie. Er wurde unter anderem mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer sowie dem Bundesverdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Können Genesungsbegleiter die Resilienz von psychiatrischen Organisationen und den dort tätigen Mitarbeitern erhöhen?

Von Gwen Schulz und Margret Afting-Ijeh

Anders als in vielen anderen Ländern gab es in der deutschen Psychiatrie lange Jahre keine Einbeziehung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in multiprofessionellen psychiatrischen Teams. Durch das mit EU-Mitteln geförderte Pilotprojekt Experienced-Involvement (EX-IN) ändert sich nun das Bild. Inzwischen sind viele nach dem EX-IN-Curriculum ausgebildete Genesungsbegleiter in psychiatrischen Teams tätig. Mit unserem Beitrag wollen wir aufzeigen, dass die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen nicht nur die Resilienz von Betroffenen erhöhen, sondern auch die Resilienz in psychiatrischen Teams vergrößern kann. Die Chancen, aber auch die Herausforderungen für Mitarbeiter sollen dargestellt werden.

Gwen Schulz
Genesungsbegleiterin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Margret Afting-Ijeh
Personalentwicklung und Qualitätsmanagement, Das Rauhe Haus Hamburg.
E-Mail: mafting-ijeh@rauheshaus.de

Aus der Sicht einer Peerbegleiterin fragt man sich: Was hat Resilienz von Mitarbeitenden mit dem Einsatz von Genesungsbegleitern zu tun? Werden Mitarbeiter widerstandsfähiger, kräftiger, weniger belastet durch den Einsatz von Betroffenen in ihrer Arbeit? Sind wir schon so weit, dass Genesungsbegleiter tatsächlich als bereichernd, vollwertig oder sogar entlastend erlebt werden?

In meiner Wahrnehmung sind wir noch Lichtjahre weit davon entfernt, dass Genesungsbegleiter als bereichernd, vollwertig oder sogar entlastend erlebt werden. Aber es lohnt sich, über die Frage nachzudenken. Der Einsatz von EX- INlern könnte zur Folge haben, dass Mitarbeiter sich nochmal anders mit den Fragen auseinandersetzen, was ihre Rolle in der Unterstützung von Klienten ist, ob sie mit ihren Ideen und Methoden hilfreich sind, ob es nicht auch manchmal darum geht, Grenzen der Machbarkeit einerseits oder andererseits den vielleicht sehr eigenen Veränderungswunsch der Klienten zu akzeptieren. Ich glaube, der Einsatz von EX-INlern kann dabei sehr unterstützend sein.

EX-IN Ausbildung als Grundlage

Ich möchte mich in diesem Text nicht damit beschäftigen, ob (und wahrscheinlich dass) Erfahrene auch ohne die EX-IN Ausbildung hilfreich in Teams eingesetzt werden. Ich selbst habe diese Ausbildung im Hinblick auf meine heutige Tätigkeit und auch im Hinblick auf meine persönliche Haltung/Entwicklung als grundlegend hilfreich erfahren. Durch die Ausbildungsmodule habe ich mich ein Jahr lang damit auseinandergesetzt, was mich in die Krise gebracht hat, aber auch und vor allem, was mich von außen und innen darin unterstützt hat, mein Leben mit allen Einschränkungen aber auch ungeahnten Möglichkeiten verantwortlich zu leben? Was hat anderen Menschen geholfen? Wie lerne ich, meinen Erfahrungsschatz zu nutzen, aber gleichzeitig den Anderen in seinem Anderssein zu erkennen, zu respektieren? Wie gelingt es mir, von mir abzusehen? Was ist hilfreich für jemand anderen in seiner Lebenswelt, wo gibt es Gemeinsamkeiten? Wie kann ich Hoffnung und Zuversicht erlebbar machen, ohne Grenzen zu überschreiten oder den Anderen gar nicht in seinem Zustand zu erkennen oder zu erreichen?

Manchmal denke ich, die EX-IN Ausbildung wäre ein großer Luxus auch für Profis. Wann hat ein Mensch so viel Zeit, sich mit sich selbst sinngebend in und für diese Welt zu beschäftigen, sich damit auseinanderzusetzen, wie kann ich meine Erfahrung für andere Menschen nutzbar machen? Profis sind neben ihrer Fachausbildung sicher genauso geleitet von dem, was sie erlebt haben, wie wir.

Solidarität als Grundlage der Peerbegleitung

Was uns Psychiatrie-Erfahrene fast alle verbindet ist das Kennen von

- Scham
- Schuldgefühlen
- Angst und Sorge, nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen zu können
- sich selbst von außen und innen als mit einem Makel behaftet zu erleben, falsch zu sein
- phasenweise Mut- und Hoffnungslosigkeit
- nicht mehr autonom zu sein, durch Psychiatrieaufenthalte oder andere einschneidende Behandlungen
- Medikamente und deren Nebenwirkungen
- Gefühl von Wertlosigkeit, Würdelosigkeit ...

In der Bereitschaft zur Genesung, sich sein eigenes Leben wieder anzueignen, machen viele Menschen von uns die Erfahrung, dass nichts passiert, was wir nicht selber machen. Egal, wie verunsichernd es ist, wieviel Angst es macht und mit wieviel Risiko es verbunden ist. Jeden Schritt der Veränderung müssen wir selbst gehen. Genau diese Erkenntnis aber ist auch der Beginn zur Genesung, verbunden mit dem Wollen nach

„Nichts passiert, was wir nicht selber machen."

- Unabhängigkeit
- der Übernahme von Verantwortung
- dem Erleben von kleiner Freiheit und der Gestaltung des eigenen Lebens
- der manchmal traurigen Begrenzung der eigenen Möglichkeit
- dem Verzicht auf manche Wünsche und Sehnsüchte
- aber auch dem Entdecken des ganzen inneren Reichtums
- der Erkenntnis, dass Anpassung nicht stärkt
- dem Wunsch nach eigener Gestaltung ...

Bisherige konkrete Erfahrungen als Genesungsbegleiterin

Seit mehr als zwei Jahren gibt es an allen Hamburger psychiatrischen Kliniken im Rahmen eines Projektes von psychenet (www.psychenet.de) Genesungsbegleiter, die selbst Psychiatrieerfahrene sind.

Ich arbeite in einem großen Hamburger Krankenhaus mit zwei EX-IN-Kollegen, die ich sehr schätze. Seit gut einem Jahr gibt es auch eine Genesungsbegleiterin, die Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen ist. Ich möchte von den Anfängen unserer Arbeit erzählen und betonen, dass die Entwicklung in den zwei Jahren meiner Tätigkeit sehr deutlich positiv ist. Aus der Distanz wird mir immer klarer, dass wir alle, also Peerbegleiter und Profis mit Vorurteilen und gegenseitig festen Bildern über Rollen der einzelnen Gruppen im Kopf gestartet sind. Das verstellt manchmal den Blick und geht von Annahmen aus, die nicht unbedingt etwas mit dem Anderen zu tun haben, sondern eher Ausdruck eigener Befürchtungen und Verunsicherungen sind. Heute ist vieles sehr viel entspannter, und ich erkenne mit Freude, dass wir uns – jeder in seinem Tempo – auf den Weg gemacht haben. Ein sehr schöner Ausdruck und sichtbare Beweis der Veränderung ist, dass unsere Stellen ab dem nächsten Jahr nicht mehr aus Projektgeldern, sondern aus den Mitteln des Krankenhauses finanziert werden.

„Natürlich können wir wieder krank werden. Wie jeder andere Mensch auch."

Jedem Anfang wohnt ein (manchmal schwieriger) Zauber inne...

Berührungsängste gab es auf allen Seiten. Manche Betroffene konnten sich nicht vorstellen, dass Menschen, die Psychiatrieerfahrung und Diagnosen haben, oder sogar noch Medikamente nehmen, stark genug sind, ihnen etwas geben zu können, sie zu unterstützen. Sie fühlen sich bei einem Profi sicherer aufgehoben. Nach gut zwei Jahren ist unsere Begleitung von den Betroffenen sehr gefragt und die Rückmeldung von Patienten und Team sind positiv. Doch hier soll es um das Verhältnis zu den professionell psychiatrisch Tätigen gehen:

Manche Betroffene konnten sich nicht vorstellen, dass Menschen, die Psychiatrieerfahrung haben, stark genug sind, ihnen etwas geben zu können.

Es gibt Respekt und Wertschätzung uns gegenüber. Insgesamt hatten wir aber mit vielen Vorbehalten zu kämpfen. Vor allem die Ärzte unter den „Profis" haben meinem Erleben nach Schwierigkeiten mit unserer Rolle. Das überrascht mich in gewisser Weise, denn ich nahm an, sie werden es gut finden, dass es Patienten immer wieder schaffen, nicht nur ihr eigenes Leben in den Griff zu kriegen, sondern sogar mit dieser Erfahrung andere Menschen unterstützen zu können, sie zu ermutigen. Ich erlebe dies nicht als Konkurrenz, was so oft vermutet wird und was auch naheliegt, da uns manche Menschen schneller von sich erzählen als den Profis. Mir scheint es eher um Unsicherheit und Abwehr uns neuen Teammitgliedern gegenüber zu gehen. Die Grundangst der Psychotherapeuten ist oft, dass wir spalten. Fragen der Psychiater sind: „Wie krank oder gesund sind die Genesungsbegleiter?" „Kann man so überhaupt arbeiten?".

Wir sind gar nicht so anders

Manchmal werden wir von Profis gefragt, wie wir behandelt werden wollen, häufiger noch kommt die Frage, ob wir nicht befürchten, selbst wieder krank zu werden, wenn wir diese Arbeit machen. Wir wollen normal behandelt werden, nicht diese Schon- und Schutzhaltung erfahren. Wir wollen die gleichen Regeln im Umgang mit uns, wie sie andere Menschen haben. Wir wollen, dass mit uns und nicht über uns gesprochen wird. Nur so können alle im Team voneinander lernen und wir uns weiterentwickeln.

Natürlich können wir wieder krank werden, wie jeder andere Mensch auch. In der Rolle als Peerberater sind wir aber gefragt als diejenigen, die zuhören, die nicht bedürftig sind, die etwas halten und versuchen zu verstehen. Wir erkennen uns manchmal durchaus in unserem Gegenüber wieder, aber wir spüren deutlich, dass wir an einem anderen Punkt der Bewältigung, der Integration, der Umgehensweise mit Krankheitssymptomen sind. Genau das wirkt eher stabilisierend und nimmt keine Kraft, sondern gibt eher Kraft.

Inzwischen denke ich, ausgelöst durch meine Erfahrung als Gene-

sungsbegleiterin, manchmal darüber nach, ob der Beruf, egal ob Profi oder Peer, nicht auch davor schützen kann, selbst zu ver-rücken. Ich frage mich, ob der Versuch den Anderen (den „Betroffenen“) zu verstehen und damit die eigene Welt zu vergrößern, dabei auf der scheinbar heileren Seite zu stehen, nicht nur mich klüger werden und wachsen lässt, sondern ob das nicht auch in den Profis wirkt.

Chancen durch Peerbegleiter

Ich glaube, die Einbeziehung von Peerbegleitern ist für alle gut. Sie lässt beide Seiten wachsen und stärker werden. Unser Peer-Blickwinkel ist eine Bereicherung, Ergänzung für die Arbeit mit psychisch verstörten Menschen. Er ersetzt nichts, sondern steht für sich. Die Arbeit der Professionellen steht in ihrer Wichtigkeit daneben. Ich bin mir unserer Möglichkeiten und Grenzen in der Genesungsbegleitung deutlich bewusst. Wir sind in unserer Arbeit nicht schlechter und nicht besser, darum geht es gar nicht.Wir haben eine andere Aufgabe, eine andere Grundlage, auf der wir hilfreich sein können.

Peerbegleiter machen deutlich, dass Menschsein durchaus brüchig ist und sein darf.

Vielleicht könnte die Resilienz der Mitarbeiter in professionellen Teams durch den Einsatz von Peerbegleitern gestärkt werden, weil diese deutlich machen, dass Menschsein durchaus brüchig ist und sein darf. Weder Profis noch Peerbegleiter wissen besser, was für den Betroffenen gut ist. Das muss jeder Betroffene selbst für sich finden. Es kann Situationen geben, in denen ein Mensch vorübergehend die Verantwortung für einen Klienten übernehmen muss, aber immer nur mit dem Wissen und dem Ziel, dass das „ausgeliehen” ist. Auch im Umgang mit Klienten finde ich es gut, die künstliche Trennung von

- stark und schwach
- krank und gesund
- halten und gehalten werden
- geben und nehmen
- wissen und nicht wissen

aufzuweichen. Sie ist für niemanden entwicklungsfördernd.

Jeder Mensch kann und sollte mit seiner Art und seinem Können in dieser zerbrechlichen Welt Verantwortung übernehmen und etwas zum Gelingen beitragen.

Die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern aus Sicht einer Mitarbeiterin mit vielfältigen Erfahrungen in diesem Bereich

Über die positiven Wirkungen, die der Peer Support für Klienten hat, ist schon viel geschrieben worden. Im Folgenden geht es um den positiven Einfluss, den Genesungsbegleiter für die Resilienz von Mitarbeitern und sozialpsychiatrischen Organisationen haben können.

Die Chancen in der Zusammenarbeit für die MitarbeiterInnen

Die Einbindung von Genesungsbegleitern bereichert Teams und vermittelt sozialpsychiatrischen Organisationen Anstoß für Weiterentwicklungen:

- Die gemeinsame Bearbeitung von Themen aus unterschiedlichen Perspektiven führt zu neuen Erkenntnissen, zu denen professionelle Mitarbeiter sonst in der Regel keinen Zugang hätten.
- Die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern ermöglicht es, neu darüber nachzudenken, was es bedeutet psychisch krank zu sein (und sich in Abhängigkeit von psychiatrischen Hilfe- systemen zu befinden). Das erhöht die Achtsamkeit der Mitarbeitenden und der Teams im Umgang mit den Klienten und sich selbst.
- Die Auseinandersetzung mit Genesungsbegleitern kann dazu beitragen, dass Professionelle die eigene Rolle hinterfragen und weiterentwickeln.
- Durch den Austausch mit Genesungsbegleitern können Mitarbeitende zu neue Sichtweisen auf einzelne Praxissituationen kommen und angemessene Lösungsideen entwickeln.
- Das Erfahrungswissen der Genesungsbegleiter ist sehr hilfreich, um sowohl die Organisation als auch die Mitarbeiter vor der Übernahme von zu viel Verantwortung, vor unrealistischen Zielen und vor überhöhten Qualitätsansprüchen zu schützen.
- Genesungsbegleiter können bei der Überlegung unterstützen, wie die immer knapper werdenden finanziellen und vorwiegend personellen Ressourcen im sozialpsychiatrischen Bereich gezielt eingesetzt werden können. Gemeinsam kann herausgearbeitet werden, welche Aspekte in der Begleitung von psychisch kranken Menschen im Vordergrund stehen sollten und wie die Wirksamkeit von Angeboten erhöht werden kann. Um dem Eindruck vieler Mitarbeiter entgegenzuwirken, dass sie der Zielgruppe nicht mehr gerecht werden, bilden Genesungsbegleiter ein wichtiges Korrektiv.
- Grundsatzthemen aus dem Qualitätsmanagement (z.B. was ist gute Qualität in der Betreuung) erhalten durch die Diskussion und Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern ganz neue Impulse und befördern ein mehrdimensionales Qualitätsverständnisses.

Worin liegt die Herausforderung in der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern?

Gerade zu Beginn können erhebliche Irritationen und Unsicherheiten entstehen, denn die Rolle der Genesungsbegleiter ist ungewohnt. Verunsicherung über den Wert der Professionalität und der beruflichen Erfahrung und damit der eigenen Rolle können entstehen. Mögliche kritische Rückmeldungen der Genesungsbegleiter über die Arbeit der Profis können die Angst vor Entwertung der eigenen beruflichen Identität verstärken.

Häufig sind die Aufgabenbereiche von Genesungsbegleitern nicht klar definiert.

Auch für Genesungsbegleiter ist der Einstieg häufig nicht einfach. Oft werden Genesungsbegleiter zu Beginn als Klienten gesehen und entsprechend reagieren die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf sie. In vielen Fällen wird ihre Rolle nicht gut eingeführt, die Bedenken der Mitarbeiter nicht ausreichend gesehen und häufig sind die Aufgabenbereiche nicht klar definiert. Das kann den Einstieg enorm erschweren. Mit Fragen wie: Wer will ich hier sein? Was will ich hier machen? werden sie allein gelassen. Verstärkt durch einen möglichen Anpassungsdruck in den Teams bilden diese Fragestellungen eine umfassende Herausforderung, die bewältigt werden muss, soll die Zusammenarbeit gelingen.

Die Chancen für die Resilienz der Organisation

Trotz der geschilderten Herausforderungen bietet die Einbindung von Genesungsbegleitern für die Widerstandsfähigkeit und Zukunftsfähigkeit von Organisationen Chancen, da ein Denken außerhalb der bestehenden Systeme gefördert wird.

- Gelingt die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern, bieten sie ein Gegenüber, um die Organisation und Inhalte der Unterstützungsleistungen zu reflektieren.
- Unterschiedliche Zugänge zum Klienten bringen neue Lösungen wie verschiedene Schlüssel: Zugang fachliche Profession/Zugang menschliche Nähe/ Zugang ähnlicher Erfahrungshintergrund. Das ist für alle entlastend und gewinnbringend.
- Auf der Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses kann Verschiedenheit in Sichtweisen, Rollen und Aufgaben gelebt werden.
- Durch Genesungsbegleiter kann die Achtsamkeit in der Organisation erhöht werden in Bezug auf die eigenen Grenzen, eigenen Ressourcen und die Begrenzung des eigenen Tuns.

Was muss beachtet werden, damit Genesungsbegleiter die positive Wirkung auf die Resilienz der Mitarbeiter und die Organisation entfalten können?

Damit sich die Genesungsbegleiter trauen, in eine gemeinsame Auseinandersetzung zu treten und nicht der Versuchung unterliegen, sich so anzupassen, dass sie sich von den Professionellen nicht mehr unterscheiden, ist eine stetige Ermutigung der Gesundheitsbegleiter im Sinne von Empowerment erforderlich. Dabei ist es wichtig, nicht die Grenzen des Machbaren aus dem Blick zu verlieren.

Mehrere Genesungsbegleiter sollten gemeinsam vor Ort tätig sein und die Möglichkeit erhalten, sich selbst und die eigene Rolle zu reflektieren und sich gegenseitig zu ermutigen, auch Kritik an der bestehenden Arbeit eines Teams zu äußeren. Wenn sie mit ihrer Aufgabe allein gelassen werden, vereinzelt in einem Team arbeiten und keine oder kaum Möglichkeit erhalten, die eigene Rolle zu schärfen (eigenes Coaching, Beratung, kollegiale Beratung mit anderen Gesundheitsbegleitern) kann es schnell zur Überforderung kommen.

Weitere Voraussetzungen für das Gelingen der Zusammenarbeit ist es meiner Erfahrung nach, den Aufgaben- und Kompetenzbereich von Genesungsbegleitern genau zu beschreiben und gemeinsam weiterzuentwickeln. Teams sollten auf die Zusammenarbeit vorbereitet und nicht überrumpelt werden. Ihre Bedenken sollten unbedingt berücksichtigt werden. Hilfreich ist es, den Prozess nach einem gemeinsamen Erfahrungszeitraum mit allen Beteiligten zu reflektieren.

Die Rolle, die Genesungsbegleiter im Team und der Organisation wahrnehmen können, verliert an Wirkung, wenn der Anpassungsdruck in der Organisation oder auch im Team so groß ist, dass sich Genesungsbegleiter nicht mehr trauen, ihre Ideen zu äußern. Auch wenn sie keinen engen Kontakt zu den Teams haben und eher Fremdkörper bleiben, bleibt ihre Wirkung für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Arbeit gering. Dies geschieht nach meiner Beobachtung auch, wenn sich ihre Aufgaben nicht von den Aufgaben der Professionellen unterscheiden: Wenn Genesungsbegleiter von sich aus ihre besondere Rolle aufgeben und so sein wollen wie die Professionellen und so ihre besondere Stärke und Kompetenz aufgeben, verlieren sie an „Strahlkraft“.

Persönliches Fazit

In der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern ist es für mich immer weniger notwendig, mich permanent im Sinne meiner Professionalität zu definieren. Im Vordergrund stehen gemeinsame Aufgaben und Herausforderungen, die wir durch das Zusammenführen unterschiedlicher Perspektiven bewältigen. Das motiviert mich und gibt mir neue Impulse. Ich hoffe, dass ich noch viele spannende Projekte gemeinsam mit Genesungsbegleitern entwickeln und umsetzen kann. Wir kommen nicht als Profis oder Genesungsbegleiter auf die Welt, sondern erleben Einschnitte und verfügen über Erfahrungen, die uns unterschiedliche Wege gehen lassen. Die stetige Gegenüberstellung ist aus meiner Sicht nicht hilfreich.

Resilienz lässt sich gezielt fördern. Die Beteiligung von psychiatrieerfahrenen Genesungsbegleitern kann mittelfristig in psychiatrischen Systemen ein Baustein in der Resilienzentwicklung von Mitarbeitern und psychiatrischen Organisationen sein. Damit dieser Prozess gelingen kann, ist Respekt, Mut, Neugierde, Lust, Neues zu wagen und vor allem Ausdauer erforderlich. Es wird darauf ankommen, ob es in psychiatrischen Organisationen gelingt, Fach- und Erfahrungswissen im Sinne gegenseitiger Lernerfahrungen zu gestalten.

Ob es tatsächlich noch Lichtjahre dauern wird, bis die Einbindung von Genesungsbegleitern als bereichernd und entlastend erlebt wird, hängt von der Offenheit aller in der Psychiatrie Tätigen ab.

Literatur

Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Psychiatrie Verlag 2009

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Ressourcenförderung in Zeiten des ständigen Wandels. Resilienz für Mitarbeiter, Führungskräfte und Unternehmen. Verlag Bertelsmann Stiftung, 2. Auflage 2013

„Wenn alle mitentscheiden…."

Die Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen in Organisationen sozialer Arbeit

Von Evelin Krüger und Susanne Stelbrink

Organisationen, die erfolgreich mit Ehrenamtlichen zusammen arbeiten wollen, benötigen neben einem systematischen Freiwilligenmanagement eine Kultur der gegenseitigen Wertschätzung und Anerkennung. Diese Voraussetzungen entscheiden letztendlich darüber, ob die Hauptamtlichen das Engagement von Ehrenamtlichen bereichernd und entlastend erleben oder ob das Ehrenamt für sie eine zusätzliche Belastung im Arbeitsalltag darstellt.

Ehrenamt schafft Teilhabe

Als Einrichtung im Stiftungsbereich Bethel.regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und als Stadtteilzentrum in Bielefeld bietet das Freizeit- und Kulturzentrum Neue Schmiede eine vielseitige Palette von Angeboten für Menschen mit und ohne Behinderung. Ziel ist, Begegnungsmöglichkeiten und Teilhabe an Kultur und Freizeitangeboten für Menschen aus verschiedensten Lebenssituationen zu schaffen.

Vor sieben Jahren sind wir eingestiegen in eine aktive Freiwilligenarbeit. Auslöser war damals die zunehmende Nachfrage von Menschen mit Behinderung nach Assistenz bei der Teilnahme an Ausflügen und Reisen. Wir standen vor der Herausforderung, Assistenzleistungen zu bieten und gleichzeitig die Angebotspreise für unsere Zielgruppen niedrig zu halten.

Heute sind in der Neuen Schmiede etwa 90 ehrenamtliche Mitarbeitende in nahezu allen Arbeitsbereichen aktiv. Die meisten engagieren sich als „Freizeitassistenten" bei den Freizeit-, Senioren- und Kulturangeboten oder gehen als Reisebegleitungen mit auf Gruppenreisen. Weitere Einsatzfelder für ein freiwilliges Engagement finden sich im Fahrdienst, in der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Durchführung von Kulturveranstaltungen. Manche der Ehrenamtlichen engagieren sich mehrmals in der Woche, andere dreimal im Jahr zu besonderen Veranstaltungen oder Projekten. Die Mehrzahl ist gerade im „Ruhestand" angekommen; unterschiedlichste Berufsgruppen und Vorerfahrungen treffen aufeinander.

Der Umstand, dass wir nie genau wissen, wie viele Menschen genau sich in unserer Einrichtung gerade engagieren, ist Ausdruck einer ständigen Bewegung unter den Aktiven. Unsere anfängliche Hoffnung, einmalig viel zu investieren in die Akquise und Fortbildung von Ehrenamtlichen, um dann irgendwann „fertig" zu sein", hat sich inzwischen als Illusion erwiesen. Zurzeit verabschiedet sich gerade die erste „Generation" der Ehrenamtlichen aus Altersgründen. Andere bleiben nur für kurze Zeit, um eine Situation der Erwerbslosigkeit zu überbrücken und wieder andere verabschieden sich, wenn sie herausfinden, dass ihr Einsatz nicht mit ihren anfänglichen Erwartungen übereinstimmt oder sie sich mit den Aufgaben überfordert fühlen.
Schon bald nach dem Einstieg in die Ehrenamtsarbeit sahen wir uns an der Grenze der Überforderung. Es kostete Kraft, neben allen anderen Aufgaben, etwa 30 weitere unterschiedlichste Menschen „im Blick zu behalten" und deren Einsätze zu koordinieren. So wurde schnell klar, wir brauchen entsprechende Strukturen und Kommunikationswege als Grundlage für die Sicherung und auch eine Erweiterung der Freiwilligenarbeit in der Neuen Schmiede.

Aktion Mensch förderte unser Projekt: „Ehrenamt schafft Teilhabe". Dieses arbeitete drei Jahre mit einer Personalstelle und dem Ziel, Ehrenamt als feste Säule in unsere Organisation zu integrieren. Die im Rahmen des Projektes geschaffenen Strukturen und Kommunikationswege erleichtern heute die Zusammenarbeit von Hauptamt und Ehrenamt in der Neuen Schmiede. Dadurch, dass in allen Arbeitsbereichen unserer Einrichtung eine hauptamtliche

Evelin Krüger
v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, Referentin für Bürgerschaftliches Engagement. E-Mail: Evelin.Krueger@bethel.de; www.ehren amt-bethel.de

Susanne Stelbrink
v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, stellv. Leiterin, Freizeit- und Kulturzentrum Neue Schmiede. E-Mail: Susanne.Stelbrink@bethel.de; www.neue-schmiede.de

Ansprechperson für die Ehrenamtlichen zuständig ist, verteilen sich die Koordinierungsaufgaben auf mehrere Schultern. Jahresgespräche mit den Ansprechpersonen bieten den Ehrenamtlichen die Möglichkeit, gemeinsam den bisherigen Einsatz zu reflektieren; zudem sichern sie einen Raum für Kritik und Veränderungswünsche.

Eine zentrale Säule unserer Freiwilligenarbeit ist das interne Fortbildungsangebot. Die 3-stündigen Veranstaltungen orientieren sich mit ihren Inhalten an den Erfordernissen der Praxis wie auch an den Interessen und zeitlichen Möglichkeiten der Ehrenamtlichen. Mit dem Besuch bestimmter Module können die Teilnehmenden eine Basis- wie auch Aufbauqualifikation „Freizeitassistenz" erlangen. Diese wiederum ist Voraussetzung für den Einsatz bei bestimmten Aufgaben wie zum Beispiel einer Reise- oder Ausflugsbegleitung. Die Möglichkeit der Qualifikation verbinden die Teilnehmenden mit der Wertschätzung und Anerkennung ihres Engagements. Eine zusätzliche wichtige Funktion übernehmen die Fortbildungsangebote, indem sie Möglichkeiten der Begegnung, des Kennenlernens und der Vernetzung bieten. Die Öffnung

der Angebote auch für Ehrenamtliche anderer Einrichtungen hilft uns bei der Refinanzierung des Programms.
Nicht zuletzt sind es auch die verschiedenen Feste im Laufe des Jahres, die Kontakt und gegenseitige Anerkennung zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen ermöglichen. Dazu gehört ein vorweihnachtliches Dankeschön-Kaffeetrinken genauso wie ein gemeinsam organisierter Grillabend im Sommer.

Zunehmend übernehmen ehrenamtliche Mitarbeitende koordinierende Aufgaben. Sie engagieren sich in Öffentlichkeitsarbeit und Akquise und übernehmen Funktionen in der Beratung und Begleitung der „Neuen". Vier Mal im Jahr trifft sich ein Gremium aus hauptamtlichen Ansprechpersonen und gewählten Vertretungen der Ehrenamtlichen für gemeinsame Planungen und Absprachen.

Zu Beginn der Freiwilligenarbeit gab es unter den hauptamtlichen Mitarbeitenden noch Vorbehalte bezüglich der Qualifikation und Verlässlichkeit der freiwillig Engagierten. Auch die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz tauchte verschiedentlich auf. Die Erfahrungen der Praxis und letztendlich der persönliche Kontakt mit den ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen lassen die Befürchtungen in den Hintergrund treten. Für alle in den Vordergrund tritt eine neue Qualität der Arbeit, die schlichtweg unbezahlbar ist. Die ehrenamtlichen Assistenzleistungen machen Teilhabe an Freizeit und Kultur an vielen Stellen überhaupt erst möglich; Assistenzangebote von „Nichtprofessionellen" schaffen eine neue Normalität.

Eine gelingende Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden bleibt die ständige Herausforderung für alle Beteiligten. Da treffen Generationen und unterschiedlichste Kulturen und Erfahrungen aufeinander. Diese Verschiedenheiten bereichernd zu gestalten, erfordert Offenheit und eine wertschätzende Grundhaltung.

Immer wieder stellt sich in der Praxis die Frage nach möglichen Grenzen eines ehrenamtlichen Einsatzes. Was bedeutet es für die hauptamtliche Sozialpädagogin, wenn eine ehrenamtliche Mitarbeiterin mit gleicher Qualifikation und viel Berufserfahrung Lust hat, Verantwortung zu übernehmen? Hier sind die Hauptamtlichen gefordert, sich stets wieder neu einzulassen und neu zu orientieren. Entscheidend für das Gelingen einer Zusammenarbeit ist, dass Aufgaben und Rollen geklärt werden und für alle transparent sind.

Rollentausch ist auch das Stichwort, wenn wir erleben, dass zunehmend Menschen mit eigenem Unterstützungsbedarf, mit psychischen bzw. Suchterkrankungen sich melden für einen ehrenamtlichen Einsatz. Sie sind auf der Suche nach einer für sie passenden Wochenstruktur und wünschen sich zudem eine sinnvolle Betätigung. Ganz andere Formen der Einarbeitung und Begleitung in ein Ehrenamt sind notwendig, neue Einsatzstellen müssen gesucht und geschaffen werden. Dies bedeutet eine weitere Herausforderung für die Hauptberuflichen.

Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit

Ressourcen

Die Verantwortung für ehrenamtliches Engagement ist auf allen Ebenen der Organisation verankert. Art und Umfang der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements bedarf einer Entscheidung der Leitungsverantwortlichen. Obwohl das ehrenamtliche Engagement umsonst geleistet wird, sind Finanzressourcen notwendig. Qualifizierungsangebote, Verwaltungsaufwand, Erstattung von Sachkosten und kleine Geschenke zur Anerkennung oder Bewirtung bei Treffen und Feiern müssen im Budget eingeplant werden. Zeitressourcen benötigen insbesondere hauptamtlich Basismitarbeitende, da sie die ersten und häufigsten Ansprechpersonen für ehrenamtlich Mitarbeitende sind. Es empfiehlt sich, Hauptamtliche für die Ehrenamtskoordination frei zu stellen.

Kommunikation

Eine wertschätzende Kommunikation, die alle Beteiligten anerkennt, bildet die wichtigste Grundlage in der Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Mitarbeitenden. Regelmäßig wie auch situativ spontan mit Ehrenamtlichen über Erfahrungen im Engagement zu sprechen ist notwendig zur Abstimmung und weiteren Einsatzplanung. Das Angebot, an ausgewählten Gremien teilzunehmen dient der Integration innerhalb der Organisation. Für Reflexion und Feedback ist ein angemessener Gesprächsrahmen wie z.B. in einem Jahresgespräch sinnvoll.

Beteiligung

Freie Gestaltungsräume zur Umsetzung eigener Ideen sind für viele Ehrenamtliche Voraussetzung für die Mitarbeit. Werden diese Möglichkeiten nicht eingeräumt, folgt häufig die Beendigung eines Engagements. Die Herausforderung für Organisationen besteht darin, Freiwilligkeit und Eigensinn der Engagierten positiv aufzunehmen und dafür einen passenden Rahmen zu bieten. Geeignete Formen der Selbstorganisation ermöglichen Vernetzung der Ehrenamtlichen untereinander, die darüber hinaus als Fürsprecher der Organisation im Gemeinwesen wirksam sind.

Anerkennung

Eine gelingende Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden basiert auf gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung. Die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben sind auf beiden Seiten klar zu formulieren. Dies hilft, Fehleinschätzungen und Ängsten vorzubeugen. Ehrenamtlich Mitarbeitende ermöglichen Normalität und Kontaktvielfalt in der sozialen Arbeit. Gerade die Begegnung von Mensch zu Mensch stellt neben der professionellen Beziehungsarbeit den besonderen Wert da. Im optimalen Fall sind derartige grundlegenden Haltungen in einem Leitbild der Organisation verankert.

Resümee: Ein Gewinn für alle

Die gelungene Förderung des ehrenamtlichen Engagements bewirkt einen Qualitätssprung: Ehrenamtliche Mitarbeit erhöht die Qualität der Dienstleistungen einer Organisation und stiftet Fürsprache und Imagesteigerung im Sozialraum. Anerkennung, die Ehrenamtlichen entgegengebracht wird, bewirkt auch eine Zunahme von Anerkennung für Hauptamtliche. Ehrenamtliches Engagement geschieht auf der Suche nach Sinn und Erfüllung. Wenn es Mitarbeitenden gelingt, diese Suchbewegung aufzunehmen, finden auch sie mehr Sinn und Erfüllung in ihrer Aufgabe. Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen unterstützt auf diese Weise die Resilienz von Mitarbeitenden in Organisationen der sozialen Arbeit.

Partizipation von Klienten und Angehörigen im Psychosozialen Trägerverein Solingen

Von Nils Greve

Der Psychosoziale Trägerverein (PTV) Solingen entstand Ende der 1970-er Jahre im Gefolge der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages durch eine Initiative einer Gruppe Solinger Bürger, die sich als ehrenamtlicher Kreis am Rande einer Kirchengemeinde zusammengefunden hatten und beschlossen, zu Menschen ihrer Stadt Kontakt aufzunehmen, die zu stationärer Behandlung in der Fachklinik der Nachbarstadt Langenfeld aufgenommen worden waren. Diese ehrenamtliche „Wurzel" seiner Arbeit hat der Verein bis heute erhalten können, allerdings in wechselnden Formen und mit unterschiedlicher Intensität.

Mit Beginn der Einstellung hauptamtlicher, professionell ausgebildeter Mitarbeiter wurde zur Abgrenzung ein Begriff für die ehrenamtliche Beteiligung an der Vereinstätigkeit erforderlich. Über viele Jahre nannten wir sie „Nutzerbeteiligung" und bezeichneten die Klienten, ihre Angehörigen und die ehrenamtlichen Bürgerhelfer mit diesem unscharfen Begriff. Er hat sich lange gehalten, obwohl eine Vertreterin der Angehörigen ihn schon früh kritisierte: Die „Nutzer" seien doch wohl wir, die Professionellen, weil wir schließlich durch den Verein unser Gehalt verdienten.

Delegiertenrat, Bürgerbeirat und Personalausschüsse

Fast zwanzig Jahre lang arbeitete ein „Delegiertenrat", zusammengesetzt je zur Hälfte aus „Nutzervertretern" und aus Teamsprechern der professionellen Seite. Er hatte recht weit gehende Befugnisse, er war laut Vereinssatzung das Beschlussorgan in allen Konzeptfragen und bei allen Einstellungen neuer Mitarbeiter. Viele erinnern sich an die Sitzungen dieses Gremiums mit schmunzelnder Nostalgie – sie waren lang, wortreich mit durchaus lauten Kontroversen, darunter auch einigen, die uns im Nachhinein als entbehrlich erscheinen würden. In jener Zeit der frühen Psychiatriereform mit ihrer Aufbruchstimmung gab es bei Vereinen dieser Art viele Innovationen mit neu zu erfindenden Regeln, dafür im Gegenzug wenig professionelle Strukturen, kaum Hierarchien und eher gefühltes Miteinander als klar definierte Rollen.

Mit zunehmender Größe und Komplexität der Arbeit verschoben sich die Gewichte aber immer mehr in Richtung der professionellen Tätigkeiten. Aus den „Sprechern der Teams" wurden Leiter der Vereinsbereiche, und die Balance zwischen ihnen und den Nutzervertretern kippte trotz aller Bemühungen. Daraus zogen wir 1996 die Konsequenz, den Delegiertenrat aufzugeben, in dem die Vertreter der Klienten, Angehörigen und Bürgerhelfer immer mehr das Gefühl hatten, die eigentlich schon feststehenden Entscheidungen der hauptamtlichen Leitungskräfte nur noch nachzuvollziehen.

Die beiden Hälften wurden durch die Satzungsreform zu getrennten Gremien. Die Leitung des Vereins hat seitdem ein hauptamtlicher Vorstand, der aus der/dem Vorsitzenden und den Leitern der fünf Bereiche besteht. Die „Nutzer" sind in einem eigenen Gremium vertreten, dem „Bürgerbeirat". Er tagt in vier- bis sechswöchigen Abständen und berät über Entwicklungen des Vereins nach eigener Themenwahl. Nach wie vor ist es die Pflicht des Vorstands, alle wesentlichen Konzepte und Konzeptänderungen dem Bürgerbeirat zur Beratung vorzulegen und seine Beschlüsse als Empfehlungen zu berücksichtigen. Wenn der Bürgerbeirat mit dieser Umsetzung seiner Empfehlungen nicht zufrieden ist, kann er sich an den Aufsichtsrat wenden, das von den Vereinsmitgliedern gewählte Gremium, das

Nils Greve
Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins Solingen e. V., Eichenstraße 105 – 109, Solingen.

an die Stelle des üblichen, ehrenamtlich tätigen Vereinsvorstands getreten ist. Eine solche Beschwerde hat es nach meiner Erinnerung allerdings nur ein einziges Mal gegeben.

Diese neue Form der Nutzervertretung hatte im Laufe der Jahre Höhen und Tiefen, sie war zeitweise recht aktiv, aber auch über längere Zeitstrecken im Vereinsgeschehen eher randständig. In den letzten Jahren hat es wieder einen Aufschwung gegeben, der auf eine kleine Gruppe aktiver Psychiatrieerfahrener zurückgeht, die zum Teil aus dem örtlichen Selbsthilfeverein „Phönix" kamen, zum anderen Teil dem Verein schon viele Jahre verbunden sind. Mit ihrem Engagement sind einige Neuerungen entstanden, unter anderem werden die Klientenvertreter in diesem Jahr erstmals von den Klienten der einzelnen Vereinsbereiche direkt gewählt. Neben diesen bis zu fünf Mitgliedern gehören dem Bürgerbeirat zwei Vertreter der Angehörigengruppe, zwei Vertreter der ehrenamtlichen Bürgerhelfer sowie die Psychiatriekoordinatorin der Stadt Solingen an.

Zu den Themen der letzten Monate gehören beispielsweise der Umgang mit Neuroleptika und anderen Medikamenten, Vorkommnisse von Zwang und Gewaltausübung und die Durchführung

und Ergebnisse einer Klientenbefragung im vergangenen Jahr.

Über viele Jahre war dem Bürgerbeirat noch ein „Sekretär“ zugeordnet, der mit der Intention engagiert worden war, das faktische Gewicht der Nutzervertretung zu stärken. Es handelte sich um einen Facharzt, der zuvor langjährig für den PTV tätig gewesen war. Mit seinem Ausscheiden ist diese Funktion nicht wiederbesetzt worden. An seine Stelle ist ein Vorstandsmitglied als ständiger Ansprechpartner für alle ehrenamtlich Tätigen getreten; außerdem gehört es zu meinen ständigen Aufgaben als Vereinsvorsitzender, Aktivitäten der ehrenamtlichen Organe und ihrer Mitglieder einerseits anzuregen, andererseits nach Kräften zu unterstützen.

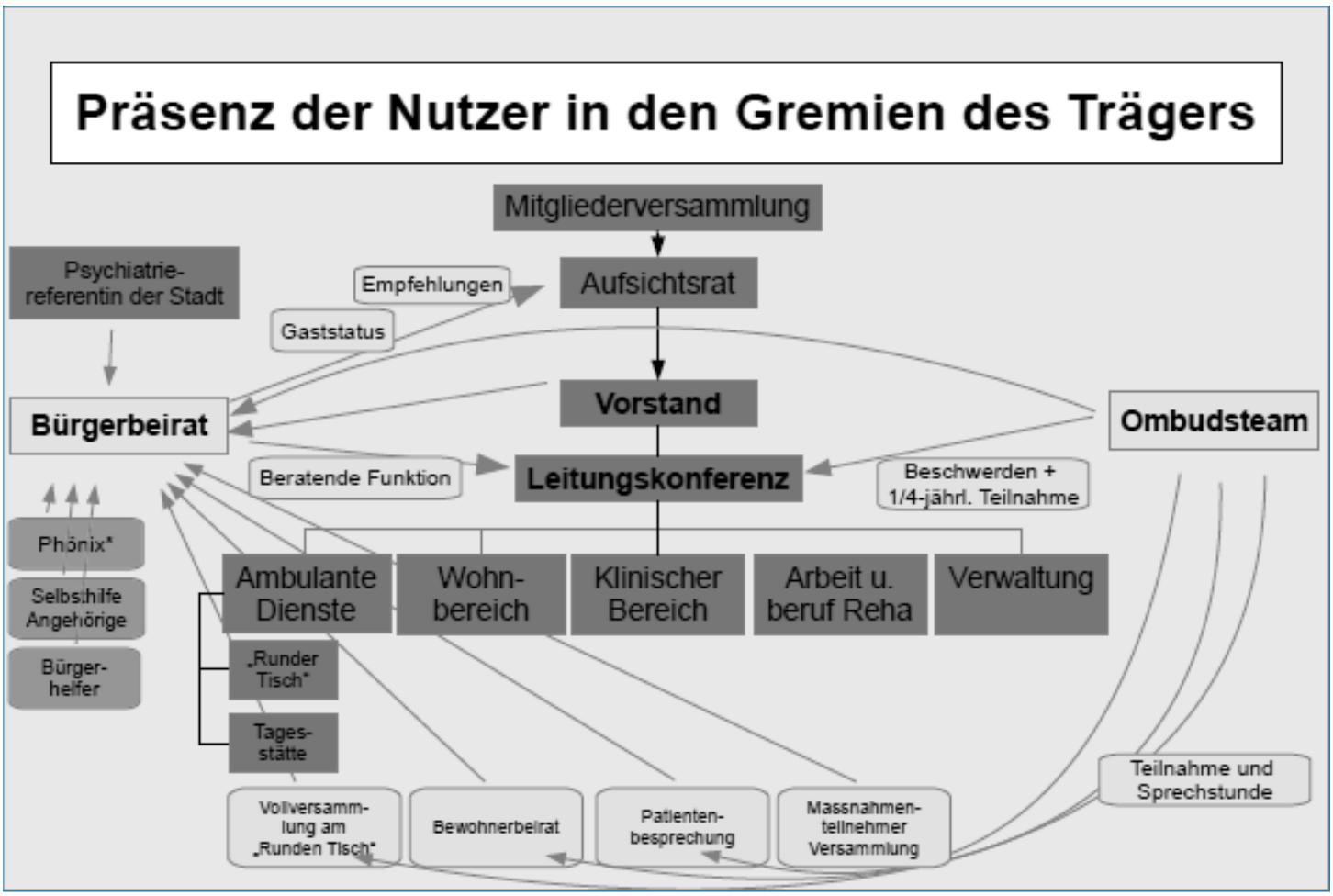
Schon zu Zeiten des Delegiertenrates gab es beim Verein „Personalausschüsse“, denen sich alle Bewerber um ausgeschriebene Stellen vorzustellen hatten. Diese Tradition besteht in etwas veränderter Form bis heute: Wer beim PTV Solingen arbeiten möchte, stellt sich einem Gremium aus je zwei Vertretern der Vereinsleitung, der hauptamtlichen Mitarbeiter und der „Nutzerseite“ vor. Die Ausschussmitglieder geben nach Abschluss der jeweiligen Bewerberrunde ihre Empfehlungen in Form von Prioritätenlisten ab, die bei den Einstellungsentscheidungen des Vorstands – und der Zustimmung des Betriebsrates – ein erhebliches Gewicht haben. Ich kann mich nicht erinnern, dass jemals eine Einstellung erfolgt wäre, wenn die Nutzervertreter sich ausdrücklich gegen eine/n Bewerber/in ausgesprochen hatten. Sie haben somit ein faktisches Vetorecht.

Diese Nutzerbeteiligung bei Neueinstellungen wird übrigens auch bei der Auswahl leitender Mitarbeiter angewandt. Lediglich geringfügig Beschäftigte und Teilnehmer von Maßnahmen der Arbeitsförderung (Ein-Euro-Jobs u. a.) sind davon ausgenommen. Alle neu eingestellten Personen stellen sich dem Bürgerbeirat vor. Die Bewohner unserer Wohnheimgruppen wählen zusätzlich einen gesetzlich vorgeschriebenen Bewohnerbeirat, dem neben zwei Bewohnern auch einer unserer Ombudsleute angehört. Seine Mitglieder nehmen an den Sitzungen des Bürgerbeirats mit beratender Stimme teil.

Die Besucher unseres „Runden Tisches“ (Offener Treff mit Kontaktstellenfunktion) halten regelmäßige Vollversammlungen ab, ebenso die Teilnehmer an Maßnahmen der Arbeitsförderung.

Ombudsleute

Seit Ende der 1980-er Jahre verfügt der Verein über eine interne Beschwerdestelle. Sie wurde nach dem Vorbild des schwedischen „Ombudsman“ konzipiert und trägt darum auch diesen Namen. Grundgedanke war, den Ombudsleuten möglichst wenig Verantwortungen und strukturelle Einbindungen vorzugeben, ihnen also Freiheiten in der Ausübung ihres Ehrenamtes zu belassen. Außerdem sollten sie für Klienten des Ver-



eins möglichst leicht erreichbar sein, auch für solche, die den Mut und das Durchhaltevermögen für das selbständige Einreichen und Verfolgen einer Beschwerde nicht aufbringen würden, und die vorgebrachten Beschwerden sollten ein möglichst großes Gewicht erhalten.

Diese Absichten wurden über die Jahre mal besser, mal schlechter verwirklicht. Einerseits hängt dies wohl mit dem Engagement und der Hartnäckigkeit der Ombudspersonen zusammen, andererseits aber sicher auch damit, dass Professionelle auf Kritik und Beschwerden nicht immer gerne hören und sich ihnen bereitwillig widmen. In mehr als zwanzig Jahren hat sich aber doch eine stabile Institution herausgebildet mit einigermaßen klaren Verfahrensregeln und guter allseitiger Akzeptanz.

Zunächst gab es nur eine Ombudsfrau, später einen Ombudsmann, der inzwischen seit etwa 17 Jahren diese Aufgabe wahrnimmt. Ihm wurden dann wegen des erheblichen Aufwandes weitere Ombudspersonen zugeordnet. Sie bilden ein vierköpfiges Team mit einem Sprecher. Während die erste Ombudsfrau noch hauptamtlich in der Vereinsverwaltung beschäftigt war, kamen alle späteren Ombudspersonen von der „Nutzerseite"; inzwischen handelt es sich ausschließlich um Psychiatrieerfahrene, die allerdings überwiegend nicht (mehr) gleichzeitig Klienten oder Patienten des Vereins sind.

Die Ombudspersonen wurden bisher vom Bürgerbeirat vorgeschlagen und vom Aufsichtsrat für zwei Jahre ernannt. Im vorletzten Jahr wurden sie erstmals direkt von den Klienten gewählt, mit einer aus unserer Sicht recht ordentlichen Beteiligung von über 100 Wählern. In diesem Jahr wird erneut eine Wahl stattfinden, zusammen mit den Klientenvertretern im Bürgerbeirat.

Die Ombudsleute arbeiten aufsuchend: Sie gehen in alle Bereiche des Vereins, in der Regel mit wöchentlichen Sprechstunden, die sie aber nicht in einem Büro, sondern an den jeweiligen Treffpunkten gestalten (Aufenthaltsräumen, Offenem Treff, Pausenräumen). Über die an sie herangetragenen Beschwerden hinaus können sie auch von sich aus tätig werden, wenn sie auf Missstände aufmerksam werden, und diese entweder – mit Zustimmung der betroffenen Klienten – ins Beschwerdeverfahren einbringen oder direkt in den Bürgerbeirat tragen, an dessen Sitzungen sie mit beratender Stimme teilnehmen.

Adressat der Beschwerden war in früheren Jahren die/der Vereinsvorsitzende, inzwischen meist die jeweiligen Bereichsleiter. Es gibt ein formelles Verfahren mit Beschwerdeformular, Erledigungsfrist (im Regelfall drei Wochen) und schriftlicher Rückmeldung. Wenn die Ombudsleute das Ergebnis als unzureichend empfinden, können sie sich im zweiten Schritt an den Vorsitzenden und im dritten Schritt an den Aufsichtsrat wenden. Die Einschaltung des Aufsichtsrates ist kürzlich erstmals in einem allerdings eklatanten Beschwerdefall erfolgt und hat zu einer Korrektur unserer „Leitlinie zum Umgang mit Gewalt" geführt.

Wir verzeichnen – mit starken Schwankungen – etwa zwischen 15 und 50 Beschwerden pro Jahr. Daneben erhalten wir von den Ombudsleuten eine Fülle von Anregungen, die wir neuerdings in das Fehler- und das Verbesserungsmanagement einbeziehen, das wir im Zuge eines förmlichen QM-Verfahrens aufgebaut haben.

Der regelmäßige Gesprächskontakt der Ombudsleute mit Klienten aller Bereiche enthält aus meiner Sicht Elemente einer Peer-to-Peer-Beratung. Wir haben vor rund einem Jahr erstmals versuchsweise zusätzliche eine Stelle für diese Aufgabe geschaffen und wollen sie wenn möglich fest beim Verein etablieren.

Weitere trialogische Aktivitäten

Im Verlauf der Jahre hat es zahlreiche weitere Einbeziehungen von Klienten und Angehörigen in Diskurse des Vereins gegeben. So waren Vertreter der Vereinsleitung, der Mitarbeiter und der „Nutzer" in einer siebenköpfigen Arbeitsgruppe mit dem Entwurf eines Leitbildes betraut und mussten dabei bis in einzelne Formulierungen hinein ihre unterschiedlichen – aber selten kontroversen – Sichtweisen aufeinander abstimmen. Die daraus entstandene, zehn Seiten lange Broschüre hat eher den Charakter einer Gesamtdarstellung als die sonst üblichen, auf wenige Kernsätze gerafften aushangfähigen Texte.

Der Entwurf wurde im Sommer 2006 in einem ganztägigen Workshop, einem „Leitbildtag", diskutiert, zu dem alle Klienten, Angehörigen, ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter und Funktionsträger eingeladen waren. Daraus ist die Tradition eines jährlich stattfindenden „Vereinstags" entstanden, an dem regelmäßig rund 80 Personen aus den genannten Gruppen teilnehmen, in den letzten Jahren mit einem zahlenmäßigen Übergewicht der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter. Im Open-Space-Verfahren bilden sich Arbeitsgruppen zu diversen Themen; ihre Ergebnisse werden im abschließenden Plenum vorgestellt und in der Vereinszeitung „Psychotriller" veröffentlicht. In der Redaktion dieser mehrmals jährlich erscheinenden Zeitung arbeiten übrigens überwiegend Klienten des Vereins.

Ein Vorläufer des Vereinstags war eine „Zukunftswerkstatt", die gemeinsam von Mitgliedern der beiden Selbsthilfegruppen (s. u.) und hauptamtlichen Mitarbeitern organisiert wurde und Forderungen der Nutzer an den Verein und die zuständige Langenfelder Fachklinik formulierte.

Beim Aufbau eines formalisierten Qualitätsmanagements haben wir Vertreter aller Vereinsgremien zu mehreren gemeinsamen Workshops und Arbeitsgruppen zusammengeführt. Das „QM-Handbuch" wurde vor seiner Verabschiedung ebenso wie seinerzeit das Leitbild im Rahmen eines Vereinstags zur Diskussion gestellt, etliche Arbeitsgruppenergebnisse gingen in die endgültige Fassung ein.

Verschiedentlich, allerdings nicht durchgängig, haben wir neue Konzepte der Vereinsarbeit in trialogischen Arbeitsgruppen (Nutzer, Mitarbeiter, Leitung) erstellt, zum Beispiel zur Arbeit mit Borderline-Klienten. Auch vereinsinterne Fortbildungen werden meist sowohl für Mitarbeiter als auch für Nutzer ausgeschrieben.

Nach einer Befragung der Klienten im vergangenen Jahr steht demnächst eine Befragung der Angehörigen an. Beides werden wir voraussichtlich im zwei- bis dreijährigen Turnus wiederholen.

Selbsthilfegruppen

In den Räumen unserer Tagesklinik trifft sich seit fast dreißig Jahren im zweiwöchentlichen Rhythmus eine Angehörigengruppe. Sie hatte über eine Reihe von Jahren die Rechtsform eines eingetragenen Vereins, hat diese jedoch aufgegeben, weil sie darin eher bürokratischen Aufwand als praktischen Nutzen sah.

Der Verein „Phönix“ der Solinger Psychiatrieerfahrenen besteht seit 1994. Er organisiert Selbsthilfetreffen, die im Laufe der Zeit Höhen und Tiefen erlebt haben, und engagiert sich im Landesverband Psychiatrieerfahrener; in den letzten Jahren ist die Aktivität wieder deutlich gewachsen.

Beide Vereine bzw. Gruppen sind in den Gremien des PTV (Bürgerbeirat und Personalausschüssen) und der Stadt (Psychiatrie-Beirat) vertreten.

Zwischen Nutzer-Lobby und Qualitätsentwicklung

Wir verstehen die geschilderte vielfältige Einbeziehung der Klienten und Angehörigen zunächst als Stärkung ihrer Interessenvertretung, ausgehend von der Überlegung, dass viele unserer Klienten ihre Wünsche, Bedürfnisse und Beschwerden individuell nicht wirksam vertreten können – sei es aus erkrankungsbedingten Einschränkungen oder aus Angst vor negativen Konsequenzen in einer abhängigen Beziehung mit Machtgefälle zugunsten der „Profis“.

Daneben erleben wir aber auch, dass es in vielfältiger Weise der Qualität unserer Arbeit zugutekommt, auf die Stimmen ihrer Nutzer zu hören. Damit meine ich sowohl eine lebendig gehaltene Ethik des Respekts und des Miteinander „auf Augenhöhe“ als auch eine Vielzahl von Anregungen für die alltägliche Praxis – von Beschwerden über unerledigte Reparaturen, Fehler in Arztbriefen oder unpünktliche Taschengeldauszahlungen bis zu dem zurzeit geplanten größeren Projekt zur Verbesserung der Medikamentenbehandlung.

Die erwähnte ethische Grundhaltung spiegelt sich in unserem gemeinsam erarbeiteten Leitbild beispielsweise in folgenden Passagen wider:

- „Der offene Meinungsaustausch zwischen Klienten, Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern, professionellen Mitarbeitern und Leitungskräften hat bei uns eine lange Tradition, sowohl in den Gremien des Vereins als auch im Einzelfall. Wir streben eine transparente und partizipative Unternehmenskultur an, in der alle genannten Gruppen zu den wesentlichen Entscheidungen des Vereins gehört werden und sich in der Zusammenarbeit der Vereinsgremien angemessen beteiligen.“
- „Respekt auch vor Menschen mit ungewöhnlichen Lebensweisen ist für uns selbstverständlich, und wir setzen uns für einen Abbau ihrer Diskriminierung und Stigmatisierung ein.“
- „Wir gehen davon aus, dass Menschen sich selbst steuern und dass das weitgehend auch für Menschen in psychischen Krisen gilt. Daher orientieren wir uns am expliziten Auftrag unserer Klienten und legen größten Wert auf die Beachtung und Förderung ihrer Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit.“

Durchlässige Grenzen und Augenhöhe

Begünstigt wird diese Vereinskultur auch dadurch, dass die normalerweise klare, oft unüberwindliche Grenzlinie zwischen Klienten (und Angehörigen) einerseits und professionellen Helfern andererseits für Nutzer traditionell durchlässiger ist, vor allem in den Wirtschafts- und Verwaltungsbetrieben: Klienten oder ehemalige Klienten können es in den differenzierten Beschäftigungsangeboten des Vereins durchaus bis zur Festeinstellung, in Einzelfällen auch bis zur regulären sozialversicherungspflichtigen Voll- oder Teilzeitbeschäftigung bringen; ein Mitglied unserer Angehörigengruppe ist inzwischen in einer unserer Wohngruppen fest eingestellt; ein Klient des Vereins mit Festanstellung in unserem Handwerksbetrieb war mehrere Jahre lang Mitglied unseres Betriebsrats usw. Andererseits haben wir auch mehrmals Mitarbeiter mit eigenen Psychiatrieerfahrungen in den so genannten „therapeutischen“ Bereichen eingestellt.

Nutzerbeteiligung – ein zartes Pflänzchen

Im Rückblick auf mehrere Jahrzehnte gab es neben Zeiten lebendigen Trialogs auch Perioden, in denen die Nutzerbeteiligung zum inhaltsarmen Ritual erstarrt war. Sie bedarf offensichtlich einer ständigen Pflege, um systembedingten Trägheitskräften entgegen zu wirken, die eine „Alleinregierung“ der professionellen Seite begünstigen. Die Nutzervertretungen müssen nicht nur formal und organisatorisch unterstützt, sondern auch immer wieder mit Leben gefüllt werden, und die trialogische Ausgestaltung der Konzeptentwicklung und des Qualitätsmanagements muss als Standard hochgehalten werden – schon darum, weil sie den sonst üblichen Gepflogenheiten widerspricht und für die Profis einschließlich der Leitungskräfte ganz einfach unbequem ist. Sie müssen des Öfteren über ihren Schatten springen und zum Umdenken sowie zur Begrenzung möglicher Machtausübung bereit sein. Nur so entsteht verlässlicher, einigermaßen angstfreier und einladender Raum für die Stimmen der Nutzer.

Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Maßregelvollzug

Handlungsbedarfe und Perspektiven[1]

Von Erik Weber

Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, können Straftaten begehen, die bei verminderter Schuldfähigkeit oder festgestellter Schuldunfähigkeit in den Maßregelvollzug führen. Über die Situation dieses Personenkreises in den Kliniken des Maßregelvollzugs in Deutschland ist nicht viel bekannt. Neben einer genauen Zahl, um wie viele Personen es sich handelt, fehlen auch flächendeckende Angaben über verfügbare und praktizierte Unterstützungsmaßnahmen und therapeutische Ansätze. Vorrangiges Problem scheint eine lange Verweildauer zu sein, die eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug und eine Wiedereingliederung, beispielsweise in das System der Eingliederungshilfe, erheblich erschwert. In den Ausführungen werden Problemfelder und dringende Handlungsbedarfe in diesem Feld erörtert und diskutiert. Dabei finden neben sozialrechtlichen Fragen auch menschenrechtliche Aspekte, in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention, eine Berücksichtigung.

Erik Weber
Prof. Dr., Ev. Hochschule Darmstadt, Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt.

Die Tatsache, dass sich Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden (und für die sich - zumindest im heil- und sonderpädagogischen Bereich - trotz aller Kritik seitens der Selbsthilfe noch keine andere Bezeichnung durchgesetzt hat), wie alle anderen Menschen auch, delinquent und/oder kriminell verhalten können und dies dazu führen kann, dass daraus eine Straftat wird, die entsprechend geahndet wird, ist zwar beim genauen Hinsehen ein Allgemeinplatz, jedoch scheint dieser Aspekt nur am äußersten Rand der Auseinandersetzung mit dem Phänomen ‚geistige Behinderung' zu stehen – auch im Rahmen der Diskussion um Teilhabe und Inklusion.

Dennoch ist das Thema ‚geistige Behinderung' im Kontext von Delinquenz und/oder Kriminalität von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn es stellt die Akteure innerhalb eines solchen Problemfeldes - auch und gerade innerhalb der Behindertenhilfe – vor erhebliche Schwierigkeiten.

- Wie ist damit umzugehen?
- Was geschieht, wenn es wirklich zu strafrechtlich relevanten Taten kommt?
- Wer beurteilt dies?
- Was geschieht dann u. U. danach?

Das deutsche Strafrecht sieht, im Falle einer verminderten oder gänzlich attestierten Schuldunfähigkeit, die Sicherung und Behandlung im so genannten Maßregelvollzug vor. Da Menschen mit geistiger Behinderung nach begangener Straftat oft als vermindert schuldfähig oder schuldunfähig betrachtet werden, führt in Folge auch ihr Weg in den Maßregelvollzug, den sie oftmals über Jahrzehnte hinweg nicht mehr verlassen können. Über die Situation der Menschen mit geistiger Behinderung dort ist immer noch nicht viel bekannt. Schmidt-Quernheim und Hax-Schoppenhorst (2008) gehen davon aus, dass im Jahre 2005 11% der Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs Personen mit der Diagnose „Intelligenzminderung" waren (vgl. ebd., 152 und jüngst der Beitrag von Hammerbacher & Chung 2013).

Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung können also in ihren Lebensläufen kriminelle oder delinquente Verhaltensweisen, die manchmal in Delikten münden, entwickeln. Diese Delikte müssen dann juristisch verfolgt werden und führen entweder zu einer Verurteilung oder gemäß der § 63 bzw. 64 StGB zu einer Unterbringung im sog. Maßregelvollzug.

Delinquentes Verhalten zu entwickeln und straffällig zu werden, geschieht bei diesem Personenkreis nicht öfter als bei der restlichen Bevölkerung. Jedoch zeichnet sich der Personenkreis der Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung insgesamt durch eine höhere Vulnerabilität aus (vgl. hierzu etwa Došen 2010), was dazu führen kann, dass sie Verhaltensweisen entwickeln und Delikte begehen und mit

dem Strafrecht in Konflikt geraten. Die begangenen Delikte sind dabei oftmals nicht unerheblich, werden jedoch von den Tätern oft nicht als solche erkannt, weil bspw. eine Perspektivübernahme mit dem Opfer fehlt oder erschwert ist.

Problemstellungen

In den letzten Jahren ist in Fachkreisen die Problematik erkannt worden, dass die Lebenssituation von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung im Maßregelvollzug aus vielerlei Gründen problematisch ist (vgl. u.a. Vollbach 2004; DHG 2012; Hammerbacher & Chung 2013; Heilpädagogische Ambulanz Berlin 2013):

- Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung sind in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs insgesamt überrepräsentiert und fallen durch hohe Verweildauern auf [Hammerbacher & Chung (2013) sprechen von einer Verweildauer „von häufig mehr als zehn Jahren“ (ebd., 74)];
- die lange Verweildauer kann zu gravierenden Hospitalisierungserscheinungen führen, die nach einer möglichen Entlassung aus dem Maßregelvollzug ein Leben in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe erheblich erschweren können;
- im Maßregelvollzug kann ein Mangel an psychotherapeutischen und/oder heilpädagogischen Konzepten für Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung festgestellt werden (vgl. u.a. Kestel 2010);
- Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung, die eine Straftat begangen haben und zusätzlich eine psychische Erkrankung haben, werden im Maßregelvollzug oft nur alleinig oder einseitig pharmakologisch behandelt.

Über die Ursachen, warum Menschen, die zur o.g. Personengruppe gezählt werden, strafbare Handlungen begehen, gibt es zwar viele Annahmen und Forschungsarbeiten (vgl. bspw. Day 2001, Barron et al. 2004, Lindsay et al. 2004, Taylor et al. 2012), die jedoch fast gänzlich aus dem angelsächsischen Sprachraum stammen und von denen man mit Paul & Wüllenweber (2004, 183) annehmen kann, dass die beforschten Personengruppen weiter gefasst sind, als die Gruppe der Menschen, die in Deutschland als ‚geistig behindert‘ bezeichnet werden. Diese Annahme ist aber nicht gänzlich nachweisbar, zumal in der angelsächsischen Literatur seit einigen Jahren eine ähnliche Begriffsvielfalt für den gemeinten Personenkreis vorzufinden ist, wie in großen Teilen der deutschen Fachliteratur. Das hat zum einen tatsächlich mit der Bezeichnung verschiedener Personengruppen zu tun, zum anderen aber auch mit der Tatsache, dass international beispielsweise der als veraltet geltende Begriff der „mental retardation“ durch den Begriff der „intellectual and/or developmental disability“ abgelöst wird (vgl. auch das neue DSM-V, welches in der Klassifikation der intellectual disability mit den sog. conceptual, social und practical domains eine veränderte Herangehensweise initiiert: URL: http://www.dsm5.org/Documents/Intellectual%20Disability%20Fact%20Sheet.pdf; Abruf am 12.07.2013).

Der juristische Hintergrund, der für Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung zu einer Unterbringung in einer Klink des Maßregelvollzugs führen kann, ist (aus gesetzgeberischer Sicht) klar und nachvollziehbar beschrieben. Weniger klar und in der Öffentlichkeit diskutiert sind die Lebenssituation von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, im Maßregelvollzug und das Aufzeigen von Perspektiven, wie ein Leben außerhalb des Maßregelvollzugs vorstellbar wäre und inwieweit die Behindertenhilfe hier mit einbezogen werden kann und muss.

Mit der Thematik Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug wird - zumindest im heilpädagogischen Feld - gewissermaßen eine terra incognita betreten, die sich in einem inter- und transdisziplinären Kontext befindet. Dieser inter- und transdisziplinäre Kontext ist nicht frei von Spannungen, da hier Disziplinen miteinander kooperieren müssen, die es sich oft nicht leicht miteinander gemacht haben und die wissenschaftshistorisch und -theoretisch unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen haben: die Psychiatrie, die (Heil-)Pädagogik und die Rechtswissenschaft.

Das zeigt sich insbesondere in der Problematik, wie der Personenkreis begrifflich zu fassen ist. Es sei angemerkt, dass im Kontext des hier diskutierten Themas eine Vielzahl von Bezeichnungen für diesen Personenkreise kursiert, die an dieser Stelle nur genannt werden können: Intelligenzminderung, Schwachsinn, Minderbegabung, Mentale Beeinträchtigung, Intellektuelle Behinderung, Geistige Behinderung, Lernschwierigkeiten.

Ungelöste Fragen

Neben den Problemfeldern der langen Verweildauern, konzeptioneller Uneinheitlichkeit im Maßregelvollzug, dem in §136 des StVollzG (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) beschriebenen Primat der „ärztlichen Gesichtspunkte“, welches eine Erweiterung medizinisch-therapeutischer Behandlung, bspw. durch heilpädagogische Ansätze, erschwert, ist vor allem die ungelöste Frage der Nachsorge bzw. der Gestaltung von Übergängen in die Behindertenhilfe zu nennen.

„Die Notwendigkeit für gesonderte Konzepte für Rechtsbrecher mit geistiger Behinderung gilt nicht nur innerhalb des Maßregelvollzuges, sondern auch und vor allem für die Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen (...). Die Zahl solcher Nachsorgeeinrichtungen für diesen Personenkreis ist jedoch noch sehr gering, die Entwicklung der hierfür erforderlichen Versorgungsstrukturen steht erst am Anfang (...)“ (Kestel 2010, 150).

Über die Gestaltung reiner Nachsorgekonzeptionen hinaus, müsste sich die Behindertenhilfe auch folgende(n) Fragen stellen – und dort liegen auch die Herausforderungen:

- Wie kann im Kontext der Gestaltung inklusiver Strukturen, der Umgang mit Gewalt und/oder Straftaten präventiv in eine Konzeption eines Dienstes / einer Einrichtung der Behindertenhilfe Eingang finden, um potenzielle Opfer nachhaltig zu schützen?
- Was kann Behindertenhilfe bzw. Heilpädagogik in bestehende therapeutische Konzepte im Maßregelvollzug einbringen? [Stichworte wären hier sicherlich Unterstützung beim (Wieder-) Erlernen grundlegender alltagspraktischer Kompetenzen wie z.B. hauswirtschaftliche und/oder sozial-kommunikative Fähigkeiten];
- Wie können ggf. auch (teil-)geschlossene Unterstützungsstrukturen unter dem Dach der Eingliederungshilfe gestaltet werden?
- Wie kann das Risiko, ehemalige

Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs im Wohnheim und dessen Umgebung zu stigmatisieren, verringert werden?

- Wie kann vermieden werden, dass die Anwesenheit eines ehemaligen Straftäters mit geistiger Behinderung in einem Dienst oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe dazu führt, dass Vorurteile ihm gegenüber auf andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, beispielsweise einer Wohngruppe, übertragen werden?
- (Wie) können im Zuge eines solchen Prozesses Öffentlichkeit und Gemeinwesen sensibilisiert/informiert werden?

Damit sind nur einige, aber vielleicht zentrale Herausforderungen benannt.

Will man dem Personenkreis wirkliche Perspektiven eröffnen, so müssen zunächst die hier skizzierten Problemfelder weitergehend analysiert und diskutiert werden. Neben einer nicht leichtfertig zu vergessenden Perspektive möglicher Opfer von Straftaten, die von Menschen mit einer geistigen Behinderung begangen wurden und werden, soll die Auseinandersetzung mit der hier im Fokus stehenden Thematik zeigen, dass sie immer auch im Kontext verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Grundlagen zu denken und zu führen ist (vgl. bspw. Welke 2013) - eine Erkenntnis, die bisweilen verloren geht, wenn „medienwirksame" Delikte die öffentliche Aufmerksamkeit erlangen und Täterinnen und Täter mit geistiger Behinderung in längst überkommen geglaubten Stereotypen dargestellt werden. Es gilt aber festzuhalten, dass „Diskriminierungen ‚wegen' ihrer Behinderung zudem verfassungs- (Art 3 II 2 GG) und europarechtlich (...) sowie völkerrechtlich untersagt (Art 1 ff der UN-Behindertenrechtskonvention (...)" (vgl. Kammeier 2010, Rn J 54) sind.

Handlungsbedarfe

Wieviel „Diskriminierungspotential" in den skizzierten Sachverhalten auszumachen ist, wäre im Einzelnen noch zu analysieren und ist Aufgabe für menschenrechtsrelevante Beurteilungen der in diesem Feld erkennbaren Ungerechtigkeiten. Zu ergänzen wären folgende Handlungsbedarfe:

- Das Aufnehmen eines inter-, trans- und multidisziplinären Dialoges und Diskurses bezüglich des Themas geistige Behinderung und Maßregelvollzug und eine Ausweitung des Themas im Kontext Forschung;
- das Finden einer einheitlichen Sprache für einen solchen Dialog und Diskurs;
- die konzeptionelle Weiterentwicklungen in den Bereichen Diagnostik (u.a. Berücksichtigung rehistorisierender Elemente in einer Diagnostik), Therapie (erweitertes Verständnis von Therapie, auch unter Berücksichtigung heilpädagogischer Aspekte) und Nachsorge;
- die Berücksichtigung heilpädagogischer Ansätze als Ergänzung zum Primat der ärztlichen Gesichtspunkte und eine auf das Problemfeld Delinquenz/Kriminalität abzielende Individuelle Hilfeplanung;
- das Erstellen präventiver Konzepte im Vorfeld eines möglichen strafrechtlich relevanten Vorgehens;
- die Berücksichtigung des Themas Sexualität im Kontext von Menschen mit geistiger Behinderung bei Konzepten einer Prävention.
- Konzeptionelle Erweiterung von Hilfen im komplementär-psychiatrischen Bereich für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, massiven Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen und forensischer Vorgeschichte (vgl. Vollbach 2004, 211);
- der Auf- und Ausbau spezialisierter Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote (auch Bildungsangebote!) der Einrichtungsträger in der Behindertenhilfe, die durch individuelle Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zu entgelten wären (vgl. ebenfalls Vollbach a.a.O.).

Insbesondere im Hinblick auf eine Inklusionsdiskussion, die sich diesen Problemfeldern nicht verschließen will, wäre zu wünschen, das Thema künftig deutlicher zu platzieren und mit den Entwicklungen in Richtung der Gestaltung inklusiver Sozialräume zu verbinden.

Anmerkung

1 Dieser Beitrag basiert im Wesentlichen auf der Expertise „Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug", die der Autor im Auftrag der Deutschen Heilpädagogische Gesellschaft erstellt hat (vgl. DHG 2012). Zum differenzierten Verständnis des hier Wiedergegebenen empfiehlt es sich, die Expertise heranzuziehen.

Literatur

Barron, P.; Hassiotis, A. & Banes, J. (2004), Offenders with intellectual disability: A prospective comparative study, in: Journal of Intellectual Disability Research 48, (69-76).

Day, K. (2001), Treatment and care of mentally retarded offenders, in: Došen, A. & Day, K. (Ed.), Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation (359-390). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) (2012), Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Expertise von Erik Weber. Darmstadt/Düren: DHG-Schriften.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG e.V.) (Hg.) (2013), Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug - Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 06. und 07.12.2012 in Berlin. Düren: DHG-Schriften.

Došen, A. (2010), Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke und Michael Seidel. Göttingen: Hogrefe.

Hammerbacher, T. & Chung, S. (2013), Umgang mit delinquentem Verhalten. Eine Herausforderung für die Eingliederungshilfe, in: Teilhabe 2(52), 74-79.

Heilpädagogische Ambulanz Berlin (HpA) (2013), Positionspapier zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug (MRV) in Berlin. Autoren: Eckhard Busch & Dr. Tatjana Voß. Unveröff. Positionspapier, Mai 2013.

Kammeier, H. (Hg.) (2010), Maßregelvollzugsrecht. Kommentar. 3., neu bearbeitete Auflage. Berlin: De Gruyter.

Kestel, O. (2010), Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht - Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes. Erfurt: Universitätsverlag.

Lindsay, W.R., Taylor, J.L. & Sturmey, P. (Hg.) (2004), Offenders with developmental disabilities. Chichester: Wiley.

Paul, M. & Wüllenweber, E. (2004), Delinquenz und Kriminalität bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: Wüllenweber, E. (Hg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung (183-200). Stuttgart.

Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008), Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. 2. Aufl. Bern: Huber.

Taylor, J.L., Lindsay, W.R., Hastings, R.P. & Hatton, C. (Hg.) (2012), Psychological therapies for adults with intellectual disabilities. Chichester: Wiley-Blackwell.

Vollbach, A. (2004), Behinderte Rehabilitation. Maßregelvollzug bei Behinderten – eine Fallgeschichte, in: Recht & Psychiatrie 4(22), 207-213.

Welke, A. (2013). Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf den Maßregelvollzug bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: DHG e.V. (Hg.), Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug - Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 06. und 07.12.2012 in Berlin. Düren: DHG-Schriften, 58-61.

Ziele finden mit Klientinnen und Klienten

Bemerkungen aus sozialpsychiatrischer und klinisch-sozialarbeiterischer Sicht[1]

Von Elke Ziegler

Der hohen Bedeutung, die man der Arbeit mit Zielen in der sozialen Arbeit auch im Zuge veränderter ökonomischer Bedingungen zuschreibt, begegnet man in manchen sozialarbeiterischen Konzepten als eine die Klärungsphase abschließende kompakte Ziel-Festschreibung, der systematisch nachgegangen wird (Lutz, 2008, 5-6). Während Institutionen und Gesellschaft sehr viele Ziele für die Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit sehen, haben diese Menschen im Strudel ihres Lebens oft selbst keine oder nur wenig Zielvorstellungen. Bei diesen Personen sind Lebenswünsche und -visionen in der Tat verschüttet. Angesichts dessen ist es schwierig, als Fachperson den Moment eines geringen Funkens Hoffnung seitens der Klientinnen wahrzunehmen und zu realisieren, dass trotz vorherrschend dunkler, sinnentleerter Erfahrungen auch ein Verlangen nach geglücktem, erfüllendem Leben in ihnen schlummert. Wie werden Professionelle angesichts des Dilemmas der schwierigen Wirklichkeit ihrer Klienten und des klaren Auftrags der Gesellschaft sensibel auf solche Lichtmomente? Wie kann man sie nutzen? Wie sind solche Gelegenheiten beim Schopf zu packen, um Klienten zu unterstützen, erfüllende Momente im Dasein zu erleben und sie zu motivieren, der eigenen Vision ihres Lebens auf den Grund zu gehen? Das altgriechische Bild des kairos, das für eine sich plötzlich offenbarende günstige Gelegenheit oder durch und durch erfüllte Zeit steht, mag dazu anregen, einem solchen Moment nachzugehen und Klienten dabei zu unterstützen, Neues zu entdecken oder Anderes zu erfahren. Dies wiederum bietet schwer belasteten Menschen die Möglichkeit, wieder an eine persönliche Entwicklung, an Recovery zu glauben.

Neben der Entwicklung von bedeutsamen Zielen gemeinsam mit Klientinnen und Klienten geht es zentral auch um die Zielbindung, welche wiederum eine gewisse Zeitdauer, einen Prozess in der Behandlung voraussetzt. Es stellt sich hier die Frage nach dem stimmigen Verhältnis von Ziel und Prozess. Wie können Fachpersonen ihre Klientel in den manchmal zähen Prozessen auf eigene Ziele hin sensibilisieren und ihren Willen, ihre Motivation zur Zielbindung stärken?

Um welche Personengruppe geht es?

In klinisch sozialarbeiterischen Behandlungsfeldern stehen Menschen mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen – d.h. meist auch psychischen Schwierigkeiten im Zentrum. Zu Recht nennt man sie „hard to reach clients“. Ein großer Teil der Sozialarbeitenden arbeiten in der Regel lange Zeit mit ihnen.
Parallel dazu spricht man im sozialpsychiatrischen Feld, das in Ideen und Methoden mit der Klinischen Sozialarbeit vielfältig verbunden ist, von der Gruppe der Langzeitklienten und -patientinnen. Sie gelten als die schweren, sog. „chronischen“ Fälle. „Langzeit-„ wird so gleichbedeutend mit „chancenlos auf einen Gesundungs- und Entwicklungsprozess“. Eine solche Stigmatisierung seitens der Fachwelt führt meist zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung: Die Betroffenen leben mehr gezwungen als freiwillig im institutionellen Rahmen. Neben der Chance, dort das Zusammenleben mit anderen neu zu lernen und sich persönlich zu entwickeln, sind sie teils herausfordernden zwischenmenschlichen Konflikten sowie einer nicht immer personell optimal abgestimmten Begleitung ausgeliefert, was das Steckenbleiben eher fördert statt bremst. Nicht selten erleben sie Etikettierung durch die Gesellschaft sowie die eigene Familie. Teilhabe und Inklusion werden so nicht unterstützt.

Elke Ziegler
Klinische Sozialarbeiterin M.A., Systemische Beraterin. Lehrgangsleitung der interdisziplinären sozialpsychiatrischen Weiterbildung ZASP, getragen von der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP, www.zasp.ch.

Bei der Behandlung dieser Menschen erarbeiteten die Sozialpsychiater Ciompi (1990) und Dörner (1990) anhand deren Zeiterlebens Grundideen für einen gelingenden Umgang, die auch in der Behandlung Akutkranker von Bedeutung sind (Dörner, 1990, S. 31). Ihre Aussagen setzen im Spannungsfeld Ziel- und Prozessorientierung eindeutige Akzente. Aufgrund eines hohen Deckungsgrades zwischen sozialpsychiatrischer und klinisch sozialarbeiterischer Klientel und im Sinne sozialpsychiatrischer Interdisziplinarität und Zusammenarbeit werden ihre Gedanken im Folgenden dargestellt, in der Überzeugung, dass sie auch für die Klinische Sozialarbeit und ihre teilweise schwer erreichbare Klientel Wesentliches aussagen. Zuvor jedoch weitere Gedanken zur menschlichen Vorstellung von Zeit.

Zeitbegriff und Zeiterleben des Menschen

Vom griechischen Begriff kairos, der einen singulären Augenblick erfüllten Lebens oder sinnhafter Zeit bezeichnet, eine Gelegenheit, die man nutzen und beim Schopf packen sollte, war bereits die Rede. Dem steht griechisch chronos, die messbare (Welt-)Zeit gegenüber.

Individuell und weitgehend unbewusst teilen Menschen ihren Lebensfluss in Bedeutungseinheiten ein und erschaffen daraus ihre Zeit. Zeit wird durch Verknüpfungen im Gehirn konstruiert und ist relativ (Schweitzer, 1995, 34). Kindliches Zeiterleben beispielsweise ist stets an konkretes Erleben wie Wachen und Schlafen oder wiederkehrende Feste gebunden. Zeit hat auch an der Wiege verschiedenster Kulturen zunächst völlig zirkulären, lokalen und einen von menschlichen Bedürfnissen bedingten Charakter. Sie wird polychron wahrgenommen. In ähnlicher Weise trifft dies oft auf am Rande der Gesellschaft lebende Menschen wie psychisch Erkrankte zu, wenn auch störungsspezifisch unterschiedlich. Erst die Differenzierung menschlichen Lebens und menschlicher Kulturen brachte die Vorstellung einer übergeordneten und irreversibel voranschreitenden Zeit hervor, die lineare, monochrone Zeit (Ciompi, 1990, 21-22).

Was diese weitgehend unbewussten Zeitvorstellungen im sozialpsychiatrischen Kontext bedeuten und wie man ihnen für Klientinnen und Klienten fruchtbringend begegnen kann, wird nun erläutert.

Thesen zum Umgang mit Zeit in der Behandlung langzeiterkrankter Menschen nach Ciompi und Dörner

„Wir können unsere Patienten erst ‚mit der Zeit' verstehen"
Fachkräfte benötigen nach Ciompi (1990, 13-23) Zeit, um einen Menschen und seine Lebensgeschichte zu verstehen. Diese, so präzisiert Dörner (1990, 33-37), ist nicht als Krankengeschichte, sondern als Ressourcenbiografie zu rekonstruieren, mitsamt bedeutsamen Beziehungen und materiellen wie immateriellen Bedingtheiten. Die Beschäftigung mit der Biografie erschließt zudem gegenwärtiges Verhalten und sensibilisiert für die Übertragung.

„Die Psychiatrie ist die Disziplin der Geduld, der Langmut"
„Geduldig-Warten-Können" und „Den-Mut-nicht-Verlieren" sind hier besonders nötig. Denn komplexe psychische Störungen verändern sich langsam und unmerklich, „mit der Zeit" über Jahrzehnte hinweg. Dieses Wissen ermöglicht Zuversicht.

„Der therapeutisch günstige Moment (Kairos) ist die Krise"
Ciompi versteht Krisen als labile Zustände, in denen „kleine, kurzfristige Wirkungen im richtigen Moment wie sonst nie große, langfristige Folgen haben können" (1990, 15). Die Gelegenheit ist im richtigen Moment, im Kairos, zu ergreifen.

„Das Langsame ist wichtiger als das Schnelle"
Solche kleinen Veränderungen wirken tiefgreifender und andauernder, ähnlich den fundamentalen Lebensprozessen wie Erwachsenwerden, Älterwerden etc. Der Blick ist folglich auf die realen Entwicklungen der Klienten zu richten. Stetig voranschreitend wird Zeit so intensiver genutzt (Dörner 1990, 32).

„Wir sind ja schon so ungeheuer lange unterwegs"
Mit diesem Satz verweist Ciompi darauf, dass wir Menschen viel tiefer als es uns bewusst ist und trotz unserer teilweisen zivilisatorischen Entfremdung in der Natur verwurzelt sind. Zeitlicher Ausdruck davon sind Biorhythmen wie Schlaf-/Wachrhythmus, Temperatur, Blutdruck und die saisonale psychische Stimmung, unsere hochkomplexen „inneren Uhren".

„Jeder hat seine eigene Zeit"
Innerhalb dieser Rhythmen und Tempi besitzt jedes Lebewesen seine individuelle, relative – langsamere oder schnellere -„Eigenzeit". Wird diese gestört, kann dies kränken bzw. krank machen. Im Rahmen beruflicher Integration beispielsweise leisten Klientinnen und Klienten nicht selten ausgezeichnete Arbeit, solange man ihr Arbeitstempo respektiert. Geringfügige Änderungen können jedoch aufgrund polychronen Zeiterlebens zu Versagen führen.

„Aus dem Chaos entsteht Ordnung ‚mit der Zeit'„
Ähnlich wie nicht prognostizierbares spontanes Überschnappen eines normalen psychischen Funktionssystems ins Psychotische können sich im Laufe der Zeit typische nicht-lineare positive Entwicklungssprünge ereignen. Die Zeit ist auch im psychosozialen Bereich nichts ein für allemal Gegebenes, sondern wandelt sich „ereignis- und erlebnisabhängig parallel zum sozialen Geschehen und zum Bewusstseinszustand" (Ciompi 1990, 23).

Folgen für die Zielfindung gemeinsam mit biopsychosozial komplex belasteten Menschen

(1) Selbst- und Fremdkonstruktion von problemdeterminierten Erlebnismustern – oder aber: Wiederentdeckung von Ressourcen durch Biografie-Rekonstruktion
Ausgehend von Ciompis These, eine chronische Schizophrenie sei, zumindest teilweise, ein Artefakt (Ciompi 1982) versucht Schweitzer, ein Zeiterleben bei chronischer Psychose auch ohne Diagnose Schizophrenie zu rekonstruieren: Eine selbst geschaffene stabile Problem-Vergangenheit und ein gänzlich negativ konnotiertes gegenwärtiges Verhalten kreiert ein stabiles problemdeterminiertes inneres Erlebnismuster. Menschen in unserem Umfeld bestärken es zusätzlich (zirkulärer Problemkreis), ebenso die Gesellschaft insbesondere Professionelle (Schweizer, 1995, 26-27).

So wie das Bild des „chronischen" Psychiatriepatienten seitens der Fachwelt konstruiert wird, sind auch stabile problemdeterminierte Erlebnismuster komplex belasteter Klienten selbst- bzw. fremderzeugt. Daraus folgt umgekehrt nichts anderes, als dass Klientinnen durch Rekonstruktion ihrer Lebensgeschichte mithilfe von Fachpersonen auch wieder Ressourcen und gesunde Anteile erkennen und so Ausblicke bzw. –wege aus der Negativspirale finden können.

(2) Personenbeziehung und Beziehungsarbeit
Um die günstigen Krisenmomente einer komplex belasteten Klientin wahrzunehmen, benötigt es seitens des Professionellen die Fähigkeit zu verstehen (Ciompi, 1990,13), was wiederum den Einsatz von viel Zeit voraussetzt, ebenso Offenheit, Präsenz und Empathie, die eine stabile, vertrauensvolle professionelle Beziehung schaffen. Neben der Vermittlung des Gefühls von Getragensein geht es um Begegnung auf gleicher Augenhöhe und einer hohen Aufmerksamkeit, die sich seitens der Klientin darbietenden Momente des kairos wahrzunehmen und darauf einzugehen. Gleichzeitig kann so die Sensibilität der Klientin für ihren Prozess geweckt und gefördert werden. Ebenso wirkt dies auf den Lebenswillen und die keimende Hoffnung und Gesun-

dung. Auf diese Weise wird sowohl bei Klienten als auch bei den Fachpersonen Geduld und Aushalten gefördert.

Was ist jedoch mit Personen, die für eine solche Haltung unzugänglich scheinen? Hier mag zunächst das Wissen helfen, dass sich auch in ihrer scheinbaren Indifferenz oder ihrem Widerstand eine bestimmte Absicht oder ein Willen abbildet. Fachpersonen suchen in einem verständnisvollen, möglichst „ziellosen" „Mitsein" (zum Begriff: Mosher und Burti, 1992, 28-29) nach dessen Sinn und fragen im Dialog nach dem guten Grund, sich so und nicht anders zu verhalten (Schmidt, 2010, 268-273). Hier ist die Kenntnis der Biografie und der Übertragung im Jetzt von Vorteil. Vom Verständnis dieses guten Grundes aus sind anschließend die gemeinsame Reflexion von Verhaltensalternativen ein nächstes Zielmoment.

Bei alldem sind die Grundhaltungen der klientenzentrierten Psychotherapie, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, nicht wegzudenken. Auf der Basis einer professionellen Bindungsbeziehung mit Klienten und Klientinnen (Gahleitner, 2007, 4-5) kann eine Zielbindung leichter gelingen.

(3) Ressourcenorientierung und Empowerment

Je mehr ein Klient Fuß fasst und Vertrauen zum Gegenüber wie zu sich selbst gewinnt, stellen sich Offenheit für erfüllende Momente und zu ergreifende Gelegenheiten ein. Statt Zeit wie zuvor nur endlos linear und sinnentleert zu erleben, beginnt eine Klientin kleine Schritte zu gehen und an einen sich allmählich zum positiven wendenden Lebensprozess zu glauben. Dabei ist vieles neu zu lernen, beispielsweise das Wissen um ein eigenes Potential, das einmal mehr, einmal weniger greifbar ist.

Diesen Prozess stärken Professionelle weder durch einen Appell an gezieltes Vorangehen noch durch reine Schonung (Schweizer, 1995, 42; Dörner, 1990, 32). Stattdessen geht es darum, dass Klienten wieder für sich selbst sprechen, wieder entscheiden und wählen lernen. Fachpersonen wissen um die schwierigen Momente in diesen Prozessen, um die alles andere als einfache Kommunikation mit ihren Klientinnen und Klienten. Mit Blick darauf sei auf die Methode der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall G. Rosenberg hingewiesen, in der es um einen Dialog auf der Grundlage von viel Empathie und ohne Druckausübung geht. Ferner wird im systemischen Ansatz ausgehend von der Überzeugung, dass die Klientin die Möglichkeiten zur Lösung ihrer Probleme bereits in sich trägt, ebenfalls durch Fragen, Kommentare und Handlungsvorschläge Bewegung in chronifiziertes, Zeiterleben gebracht. Beispiele sind Fragen nach Ausnahmen vom Problem, die Einführung der Idee, sich von einem chronischen psychiatrischen Problem auch wieder zu verabschieden, oder die Wunderfrage, die eine Zukunft ohne Problem fantasiert. Um Lebendigkeit gepaart mit etwas Unruhe zu kreieren, kann umgekehrt auch gefragt werden, was eine Klientin tun kann, um das Problem zu behalten. So werden gemeinsam mit dem Klienten alternative „Zukünfte" ausgemalt und die Überzeugung gefestigt, die nötigen Ressourcen dazu schon in der Hand zu halten (Schweitzer, 1995, 42-44).

(4) Interdisziplinierärer Dialog, Zusammenarbeit und Inklusion

Gemäß Dörner geht es nicht darum, unsere Klienten zu ändern, sondern ihre Bedingtheiten. Folgerichtig sind soziale Schwierigkeiten wie Wohn- und Arbeitssituation, finanzielle Lage, soziales und familiäres Umfeld gegenüber medizinischer Behandlung vorrangig anzugehen. Hierbei nimmt sich laut Dörner die ganze „tätige Gemeinschaft" der belasteten Person an (Dörner, 1990, 34-35). Angesprochen sind alle im Helfernetz einer Klientin stehenden Angehörigen und Professionellen. Austausch und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen werden von Fachpersonen jeder Berufsgruppe, der Pflege, Medizin, Psychotherapie, Arbeitsagogik, des Jobcoachings, der Klinischen Sozialarbeit etc. geleistet.

Einen interessanten Ausblick bietet der Bereich beruflicher Integration. Für einen Klienten können, so Dörner (1990), ein bis zwei Stunden regelmäßiger lohnabhängiger Arbeit genauso viel an Zuwachs von Selbstvertrauen und Betriebszugehörigkeit bedeuten wie acht Stunden. Die Zeit trägt hier Momente von Muße in sich und wird intensiv erlebt. Dagegen bergen das Ausüben von Zeitdruck und das Setzen rein äußerer, institutioneller Ziele die Gefahr von Widerstand und das Erlöschen des Leistungswillens. Zeit wird schnell anders, hektisch erlebt (Dörner, 1990, 32). Im Kontext beruflicher Integration schlägt das Pendel Ziel- versus Prozessorientierung eindeutig zugunsten des individuellen Prozesses aus.

Fazit

... und nicht nur im Bereich beruflicher Integration ... Wie also vermögen Fachleute der Sozialpsychiatrie und somit auch Sozialarbeitende mit ihrer hard to reach-Klientel Ziele zu finden und zu verfolgen (Zielbindung)? Ohne für ein Entweder-Oder zwischen Ziel- und Prozessorientierung zu plädieren, liegt der Akzent wohl auf dem, was Ciompi „sich Zeit nehmen, lassen, Zeit verschwenden" (1990, 18) bezeichnet, d.h. auf dem individuellen Prozess. Eine aufmerksame Fachperson verhilft Betroffenen innerhalb ihres eher linearen Zeiterlebens, Möglichkeiten und Potentiale wahrzunehmen und so erfüllende Momente, in denen die Zeit still steht, zu erleben. In diesem Wachstumsprozess kristallisieren sich „mit der Zeit" längerfristige Ziele heraus. In einer stabilen und vertrauensvollen professionellen Beziehung können sie dauerhaft angegangen werden (Zielbindung).

Abschließend kann das, was es für Fachkräfte im psychosozialen Bereich bedeutet, sich auf Klientinnen und Klienten einzulassen und sensibel den Moment des kairos wahrzunehmen, mit den sinngemäßen mystischen Worten des Philosophen Emmanuel Lévinas wiedergegeben werden:

Indem ich mich vom Antlitz des Anderen ergreifen lasse, mich ihm gegenüber in dem Wort „Hier bin ich" verantworte, wie es ihm obliegt, offenbart sich die Herrlichkeit des Unendlichen: „l'infini se passe" (Levinas,1986, 64-86).

Anmerkung

1 Ein Beitrag zur Oltener Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Mit Zielen arbeiten trotz widriger Umstände" am 13./14.6.2013

Literatur

Ciompi, L. (1990). Zehn Thesen zum Thema Zeit in der Psychiatrie. In: Ciompi, L. & Dauwalder, H.-P.: Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Bern: Huber. S. 11-25

Ciompi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart.

Dörner, K. (1990). Umgang mit Akut-Kranken – von chronisch Kranken gelernt. In: Bock, T. & Mitzlaff, S. (Hg.). Von Langzeitpatienten für Akutpsychiatrie lernen. Bonn. S. 31-37

Gahleitner, S. B. (2007). Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Klinische Sozialarbeit 4/2007. S. 4-5

Levinas, E. (1986). Ethik und Unendliches. Graz: Edition Passagen

Lutz, R. (2008). Perspektiven der Sozialen Arbeit. APuZ 12-13/2008. S. 3-10

Mosher, L. R. & Burti, L. (1992). Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie Verlag

Schmidt, G. (2010). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. 3. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag. S. 261-290

Schweitzer J. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: Schweitzer, J. & Schumacher, B.. Die unendliche und endliche Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag. S. 28-46

Leben und Altwerden in einem psychiatrischen Wohnheim

Verwahrung oder Wachstum und Gastlichkeit?

Von Michael Domes und Ruth H. Stein

Gerade in Zeiten mit verstärktem Fokus auf Ambulantisierung und personenzentrierte Hilfen im Bereich der Sozialpsychiatrie sehen sich Wohnheime für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft der Frage ausgesetzt, ob sie überhaupt adäquat auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Bewohner eingehen können bzw. nicht gerade durch ihre Angebotsstruktur zu einer Hospitalisierung und Verwahrung beitragen oder um mit Klaus Dörner zu sprechen: „Natürlich sind alle Heimleiter Geiselnehmer." (Dörner 2004, S.23). Der Beitrag wirft einen Blick auf die 30-jährige Geschichte des Luisenhauses, eines Wohnheimes für Menschen mit psychischer Erkrankung, und gibt dabei fragmentarisch einen Einblick in die Lebenssituation einzelner Bewohner – Bewohner, die im Wohnheim alt bzw. älter geworden sind. An ihrem Beispiel wird aufgezeigt, wie subjektiv sinnvolles Leben (und Alt-Werden) mit einer psychischen Erkrankung möglich ist, auch und gerade in einem komplementären Wohnheim.

Das Luisenhaus ist eine der ältesten Einrichtungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Bezirk Mittelfranken/Bayern. Es wurde 1983 als 100% privat finanzierte Einrichtung von Ruth H. Stein gegründet – damals noch sogenannte „Langzeiteinrichtung für chronisch psychisch Kranke", als Antwort auf aktuellen, dringenden Bedarf seitens der Sozialhilfeverwaltung des Bezirks Mittelfranken, da auch nach dem Beginn der Psychiatrie-Reform ab 1970 und den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête der BRD (1975) (jüngere) Menschen mit psychischer Erkrankung damals mangels geeigneter Alternativen immer noch oft in Altenheimen untergebracht wurden.
Das Luisenhaus begann als Kleinsteinrichtung mit 4 Bewohnern; um 1987 lebten ca. 15 Bewohner dort. 1989/90 erfolgte eine Vergrößerung auf 30

Michael Domes
Diplom-Sozialpädagoge; Dozent an mehreren Fach- und Hochschulen (u.a. Didaktik, Theorien/Professionalisierung, Sozialpsychiatrie); E-Mail: info@michaeldomes.de; www.michaeldomes.de

Ruth H. Stein
Diplom-Sozialpädagogin/ Betriebssozialwirtin; Geschäftsführerin und Einrichtungsleitung Luisenhaus GmbH; www.luisenhaus-vorra.de

Bewohner, später wurde die Platzzahl wieder auf 26 Bewohner reduziert. Bis 2004 wohnte die Heimleitung zusammen mit ihrer Familie in der Einrichtung – ein Umstand, der heute unter die Bezeichnung „psychiatrische Familienpflege“ im besten Sinne des Wortes fallen würde.

Milieutherapeutischer Ansatz: Gemeinschaft, Annahme und Sinn

Das Luisenhaus verstand sich damals als Wohnheim, das Menschen mit „schwerer und chronisch seelischer Behinderung“ und damit einhergehender Entwurzelung aus ihren Lebensbereichen die Möglichkeit geben wollte, sich (wieder) ein Lebensumfeld aufzubauen, zu gestalten, um sich dadurch stabilisieren und wieder neu orientieren zu können.

Die Basis der Arbeit bildete das Zusammenleben in der therapeutischen Gemeinschaft, in der entsprechend milieutherapeutischer Ansätze, „welche die Gestaltung eines in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse des Adressaten förderlichen Umfeldes zum Ziel haben“ (Gstättner 2012, S. 188), miteinander gelebt, gearbeitet und gefeiert wurde. Demzufolge war von Anfang an die Ausrichtung der Angebote an den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner orientiert (quasi personenzentriert, ohne dass dieser Begriff schon existierte).

Wer entscheidet, was gutes Leben ist?

Um die Ziele zu erreichen, war und ist auch heute noch vor allem das Finden von Perspektiven, Lebensinhalt und Sinn von entscheidender Bedeutung.

Dazu benötigt der Bewohner eine Umgebung und ein Erfahrungsfeld, in dem er sich selbst und andere wahrnehmen und erkennen kann. Hierzu gehört aber auch die Selbst- und Fremdannahme und der Respekt vor sich und den anderen, „(...) den Kampf gegen die eigene Erkrankung aufzugeben, sich mit Einschränkungen auszusöhnen und nicht länger jemand anders sein zu wollen, als der, der man nun einmal (geworden) ist.“ (Knuf 2010, S. 241) Der Bewohner soll sich nicht nur als Kranker mit seinen Defiziten, sondern als Mensch mit seinem – noch vorhandenen – Anteil an Verantwortung für sich und andere, mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten sehen – dies ist zentral für seinen Genesungs- und Gesundungsprozess.

Von daher war es gerade in den ersten Jahren des gemeinsamen Zusammenlebens entscheidend, dass jeder Bewohner – entsprechend seiner Fähigkeiten - seinen eigenständigen Aufgabenbereich hatte, den er selbständig und eigenverantwortlich wahrnahm. Dies ging von „nur“ den Rollo hochziehen bis zum Management der Küche; vom Singen im Kirchenchor bis zur Teilnahme an einem Schachturnier des Schachvereins vor Ort. Vom Basteln im örtlichen „Landfrauenbund“ und vom Besuch des dörflichen Gymnastikangebotes bis zu hausinternen Gruppenbesprechungen – zusammen wurde gearbeitet, gelebt und gefeiert. Ausflüge und Urlaube verbrachte man gemeinsam und dadurch wurden Erinnerungen und Lebensinhalte geschaffen; vielleicht also schon damals eine Haltung/eine Arbeitsweise, die sich dem Empowerment verpflichtet fühlte.

Im Verlauf der Zeit musste sich das Wohnheim den sozialpolitischen Veränderungen anpassen und nötige Umstrukturierungen (Personal, Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit) wurden durchgeführt. Das Angebot des Wohnheims wurde zudem durch die Möglichkeit des ambulant betreuten Wohnens erweitert. Inhaltlich konzeptionell musste sich an die Zunahme von insbesondere jüngeren Bewohnern mit Doppeldiagnosen, aber auch von älteren/ alt gewordenen Bewohnern strukturell-methodisch angepasst werden. Gleichzeitig lebten und leben immer noch Bewohner aus den Anfängen des Wohnheims mitten innerhalb des veränderten Settings und der veränderten Rahmenbedingungen.

Die Lebenssituation der älteren und alt gewordenen Bewohner

Viele der langjährigen Bewohner bezeichnen das Luisenhaus als ihre Heimat. Für sie ist es ein Ort, am dem sie gut mit Anderen leben können und auch nicht mehr weg wollen – ein Umstand, der durchaus als Hospitalisierung benannt werden kann – umgekehrt kann man sich allerdings auch fragen: Wenn sich jemand wohlfühlt, größtenteils ohne weitere Krankenhausaufenthalte (mitunter seit mehr als 25 Jahren, also auch den so genannten Drehtüreffekt nach der Aufnahme durchbrochen hat) lebt, und einen Lebenssinn gefunden hat, ist dies zu beklagen? Wer entscheidet, wer wie zu leben hat? Wer entscheidet, was (subjektiv) gutes Leben ist? Wer bestimmt, wann eine Hilfe wirklich personenzentriert ist, „(...) denn genauso wenig, wie ich in Hilfeplankonferenzen die immer offene Zukunft eines Menschen planen darf, genauso wenig darf ich eine Person zentrieren (...) Zunächst aber ist die Person ein Beziehungswesen. Der Kontext ist daher immer wichtiger als der Text.“ (Dörner 2004, S. 23)

Trotzdem kommen gerade hinsichtlich der älteren und alten Bewohner immer wieder Fragen und diesbezügliche Überlegungen auf, ob für sie angepasste Unterkunfts- und Betreuungskonzepte gefunden werden sollten bzw. müssen. Man würde einerseits ihren aktuellen Bedürfnissen mitunter gerechter werden, andererseits würden sie aus ihrer gewohnten Umgebung, aus „ihrem Zuhause“ genommen werden. Vorschnelle und einfache Antworten bringen hier nicht die geeignete Lösung. Ein isoliertes Wohnen in der Gemeinde (Psychiatrie in der Gemeinde) ohne soziale Kontakte und Einbindung ist auch keine geeignete Alternative. Hinter (Leer-)Formeln, wie Ambulantisierung und Personenzentrierung, stehen häufig kostenreduktionistische Sichtweisen im Vordergrund und nicht der Mensch mit psychischer Erkrankung.

Jeder der älteren und alten Bewohner nimmt aber immer noch (kleine) Aufgaben inmitten der jüngeren Gemeinschaft wahr, ist fester Bestandteil der Gemeinschaft – gelebte Mehrgenerationalität mit allen positiven Aspekten, aber auch Konflikten, die dies mit sich bringt.

Eine 72-Jährige, die mittlerweile unter erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen leidet, räumt und wischt die Tische nach den Mahlzeiten ab. Diese Aufgabe lässt sie sich auch nicht einfach nehmen. Eine 75-Jährige schlägt zum Beispiel in der Koch- und Backgruppe, die fast nur von jüngeren Bewohnern besucht wird, die Eier auf und dies wesentlich geschickter als die an-

deren. Hier kann sie sich noch anhand ihrer Fähigkeiten erleben, bekommt Lob und Respekt von den anderen – sie hat ihren Platz und ihre Aufgabe. Diese 75-jährige (mit ausgeprägter Minussymptomatik und Residualsyndrom) war 2009 noch in der Improvisationstheatergruppe und nahm – trotz ihrer motorischen Unruhe und Gedankenflucht – an einem einwöchigen Intensivkurs in München teil und konnte dort gut mit den Jüngeren mithalten. Beide Bewohnerinnen werden gleichzeitig von den Jüngeren häufig im Alltagsgeschehen ge- und unterstützt.

Weitere ältere und alt gewordene Bewohner bringen sich noch aktiv ein, ob in der Hauswirtschaft, bei Veranstaltungen oder im Gremium des Heimbeirates. Trotz starker extrapyramidaler Störungen arbeitet eine Bewohnerin noch zweimal wöchentlich vormittags in der Küche und ist dadurch von den Jüngeren akzeptiert und integriert. Zudem ist sie aktiv im Heimbeirat tätig und versucht, die Gemeinschaftsinteressen und -ideen umzusetzen. Für sie ist dies wesentlicher Teil ihres Selbstwertes, hier erlebt sie ganz praktisch Selbstwirksamkeit.

Und obwohl seine Stimmungsschwankungen, seine Affektausbrüche oft auch belastend sind und mitunter von Jüngeren „reguliert“ und angesprochen werden, wird ein 65-jähriger anerkannt und wertgeschätzt, für seinen Humor, aber auch, dass er mit über 60 Jahren noch mit dem Gitarrespielen begonnen hat. Ein anderer Bewohner kümmert sich bei Ausflügen liebevoll und zuvorkommend um eine ältere Bewohnerin, die mittlerweile stark körperlich eingeschränkt ist. Er stützt sie, lässt sie unterhaken und kann sich so als jemand erleben, der selber für andere eine Hilfe ist.

Erfahrungen und Hoffnung

Die älteren und alten Bewohner sind integraler Bestandteil der therapeutischen Gemeinschaft. Sie nehmen Teil, haben (sehr oft) gelernt mit ihrer Krankheit zu leben, Anzeichen einer beginnenden Akutphase zu erkennen und dies – auch der Gemeinschaft – mitzuteilen, vor allem haben sie aber eine Aufgabe. Sie sind bedeutend/wichtig für Andere. Gerade dadurch können sie sich auch positiv wahrnehmen, als Mensch mit verschiedensten Eigenschaften, aber auf keinen Fall nur als „psychisch Kranker“. Sie können ihre Erfahrungen an die Jüngeren weitergeben, Hoffnung vermitteln, „Hoffnung, die Schwester der Heilung“ (Osterfeld 2011, S.12) – was trotz der Erkrankung alles möglich ist. Umgekehrt werden sie von den Jüngeren getragen, wenn sich „das Alter bemerkbar macht“.

Das Gefühl, gewollt zu sein, einen Platz zu haben, für sich einen Lebenssinn zu haben und auch für Andere wichtig zu sein – das wird auch und gerade in einem Wohnheim erfahrbar. Das Wohnheim hat hierbei die Aufgabe eine möglichst wachstumsermöglichende und heilsame Atmosphäre bereitzustellen und herzustellen (Vgl. hierzu Debus/Posner 2008). So kann Recovery praktisch aussehen – Hoffnung macht Sinn – im Alltag des Miteinander-Lebens im Wohnheim. Das Wohnheim ermöglicht damit auch eine entsprechende Kultur des Willkommenseins, der Begegnung und Beziehung und wird dadurch zu einem Ort der Gastlichkeit. „Gastlichkeit, abgeleitet von Gast – also dem Fremden, der Feind und Freund zugleich sein kann –, Gastlichkeit birgt die gesamte Ambivalenz zum anderen, sie ist aber immer die Chance des Empfangs, die Chance des anderen. Gastlichkeit ist in ihrem Ursprung nicht jenes periphere Bewirten in Freundlichkeit, sondern die Öffnung der Tür, das Ausstrecken der Hand, das Ermöglichen von Teilhabe.“ (Langhanky 2004, S. 314)

Das Gefühl, gewollt zu sein, einen Platz zu haben und auch für Andere wichtig zu sein – das wird in einem Wohnheim erfahrbar.

Offene Fragen

Trotzdem bleiben noch offene Fragen: Wie lange kann diesen Bewohnern ihr Lebensumfeld erhalten werden bei eintretender Pflegebedürftigkeit/Demenz in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe nach SGB XII? Wie müssten die verschiedenen Leistungssysteme besser im Sinn der Betroffenen kooperieren – eben wirklich die Person mit ihren Wünschen im Mittelpunkt? (Vgl. Domes 2010, S.11f.) Wie kann den veränderten Bedürfnissen der älteren und alten Bewohner immer wieder neu Rechnung getragen werden? Wie sieht es im Zuge von Leistungs-modularisierung und kostenreduktionistischen Aspekten aus mit dem Recht auf das So-Sein der Bewohner, mit dem Recht auf Heimat?

Das letzte Wort gehört einem Bewohner, der innerhalb kurzer Zeit den Tod seiner langjährigen Lebensgefährtin, sowie seiner Katze verkraften musste und für den das Ende der Arbeitstherapie (aufgrund seines Alters) den Beginn seines Rentnerdaseins bedeutete. Gerade auch durch die Gemeinschaft, den Halt konnte er diese Wegpunkte in seinem Leben bewältigen.

„Als ich Anfang Mai 1984 in das damals noch junge Luisenhaus aufgenommen wurde, dachte ich wegen meiner schlechten psychischen Verfassung, dass ich spätestens nach 14 Tagen wieder in der Klinik sein würde. Zum Glück hatte ich mich geirrt. Nach anfänglichen Schwierigkeiten habe ich mich sehr gut eingelebt. Nun lebe ich seit mehr als 22 Jahren hier. Das Luisenhaus ist meine Heimat geworden und ich möchte auch gerne in Zukunft hier leben“.

Literatur

Debus, S./Posner, R. (Hrsg.) (2008): Atmosphären im Alltag. Über ihre Erzeugung und Wirkung, Bonn.

Domes, M. (2010): Von der PSAG zum regionalen Steuerungsverbund. In: Psychosoziale Umschau 25 (2010), Nr.4, 11f.

Dörner, K. (2004): Sind alle Heimleiter Geiselnehmer? Qualitätskatalog für den zukünftigen »guten Heimleiter«. In: Soziale Psychiatrie (2004), Nr. 4, S. 21–25.

Gstättner, R. (2012): Behandlungsplanung in der Milieutherapie. In: Psychologie in Österreich 2/2012, S. 188–198.

Knuf, A. (2010): Das „Prinzip Annahme“. In: Psych. Pflege heute (16) 2010, Nr. 5, S. 241–247.

Langhanky, M. (2004): Hospitalismus und Gastlichkeit. Zur zwischenmenschlichen Begegnung in helfenden Institutionen. In: Bock, T./Dörner, K./Naber, D. (Hrsg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie, Bonn, 2004, S. 308–317.

Osterfeld, M. (2011): Hoffnung, die Schwester der Heilung. In: pflegen: psychosozial 1/2011, S. 12–15.

mitMenschPreis zum dritten Mal ausgeschrieben

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe prämiert erneut Projekte und Initiativen in der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) schreibt erneut den mitMenschPreis aus. Bereits zum dritten Mal werden Projekte und Initiativen in der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie gesucht, die Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf mehr selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen. Preisgeld-Stifter ist wieder die Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Wenn eine Institution sich wandelt, eine Einrichtung sich auf den Weg macht oder Menschen gemeinsam darauf hinwirken, dass eine inklusive Gesellschaft entsteht, dann kommt das Projekt für den mitMenschPreis in Frage. Dies kann im Bereich Wohnen, im Bereich Arbeit oder auch in jedem anderen Lebensbereich sein, wo Menschen mit und ohne Behinderung selbstverständlich zusammenleben – als mitMenschen eben.
Eine unabhängige Jury entscheidet über die Preisträger. Der erste Sieger erhält das Preisgeld in Höhe von 10.000 Euro, über die fünf besten Projekte werden Videoclips produziert. Diese werden im Rahmen der Preisverleihung im Oktober 2014 in Berlin gezeigt und danach im Internet publiziert. Außerdem bekommen die preisgekrönten Projekte die Filme für eigene Zwecke zur Verfügung gestellt.

Die eingereichten Bewerbungen, die alle Kriterien erfüllen, erhalten zur Anerkennung eine Urkunde und werden darüber hinaus auf der Webseite www.mitMenschPreis.de veröffentlicht. Sie stehen so anderen als Inspirationsquelle zur Verfügung und tragen dazu bei, das gemeinsame Ziel voranzubringen: Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf mehr selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen und eine inklusive Gesellschaft zu verwirklichen. Nachmachen ist ausdrücklich erwünscht!

Bewerbungsschluss ist der 31. März 2014 (Ausschlussfrist). Weitere Informationen sowie das Bewerbungsformular sind auf der Webseite des mitMenschPreis (www.mitMenschPreis.de) zu finden.

Rechte von Menschen mit Behinderung müssen durch ein Bundesleistungsgesetz gestärkt werden

Verhandlungen der Koalitionsarbeitsgruppe Arbeit und Soziales über die Reform der Eingliederungshilfe am 16. November

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) setzt sich entschieden dafür ein, dass die Rechte von Menschen mit Behinderung gestärkt und bedarfsdeckende Leistungen sichergestellt werden. Hinsichtlich der Inhalte des möglichen Bundesleistungsgesetzes muss es aus Sicht des BeB vor allem darum gehen, die Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung aus der Sozialhilfe herauszulösen und in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention am Grundsatz des Nachteilausgleichs im Sozialgesetzbuch IX neu auszurichten.
Nach Auffassung des BeB kommt es darauf an, das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderung, z. B. bei der Wahl ihres Wohnorts oder bei der Teilhabe am Arbeitsleben, zu stärken und die Bereitstellung bedarfsdeckender Unterstützungsleistungen im Sozialraum zu sichern. Ziel ist die Schaffung einer inklusiven Gesellschaft; Grundlage hierfür ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die seit ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland am 26. März 2009 hierzulande geltendes Recht ist.

Wichtige Eckpunkte eines zu schaffenden Bundesleistungsgesetzes sind die Sicherstellung einer pluralen Beratungsstruktur, bundeseinheitliche Kriterien für die Bedarfsermittlung sowie die einkommens- und vermögensunabhängige Leistungsgewährung. Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben hierzu ein gemeinsames Positionspapier erarbeitet. Dies ist zu finden unter www.beb-ev.de (Rubrik „Stellungnahmen“).

Dass die fällige Reform der Eingliederungshilfe durch die Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes verwirklicht werden soll, geht auf Verhandlungen zwischen Bund und Ländern zurück. Dabei hatte der Bund bereits im Jahr 2012 angekündigt, sich zukünftig an den Kosten der Eingliederungshilfe zu beteiligen und die kommunalen Haushalte dadurch zu entlasten. Nach Überzeugung des BeB darf dieser notwendige Schritt jedoch nicht allein in einer Kostenverschiebung bestehen, sondern muss mit einer Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung einhergehen.

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) ist ein Fachverband im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung. Seine rund 600 Mitgliedseinrichtungen halten Angebote für mehr als 100.000 Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung aller Altersstufen bereit. Damit deckt der BeB wesentliche Teile der Angebote der Behindertenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie in Deutschland ab. Als Zusammenschluss von evangelischen Einrichtungen, Diensten und Initiativen fördert, unterstützt und begleitet der BeB Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und deren Angehörige und wird selbst durch zwei Beiräte aus diesen Interessengruppen kritisch begleitet.

„Angst essen Seele auf" – Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie"

Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe in Kooperation mit der Diakonie Deutschland
23. bis 24. Mai 2014 in Bonn

Die Älteren kennen ihn noch, den Film von Rainer Werner Fassbinder, der die schwierige und angefeindete Beziehung zwischen Emmi und Ali beschreibt und dem der Titel für diese Veranstaltung entliehen ist. Das 1974 entstandene Werk beschreibt die Liebe zwischen zwei Menschen, die gleich mehrfach gegen die Konventionen und Erwartungen ihrer Umgebung verstößt und daran fast zerbricht.

Der Zusammenhang zu Rainer Maria Fassbinders Film und dem Thema der Tagung liegt auf der Hand: Vertrauen und Kontrolle sind Dimensionen, die das Zusammenwirkenbzwischen individuellem Verhalten und sozialer Erwartung, Widerständigkeit, Anpassung und Sanktion beschreiben können. Und die Angst der Menschen, die eingespannt sind zwischen ihren eigenen Handlungen und Bewertungen einerseits und den sozialen Rollen und den erwarteten Anpassungsleistungen andererseits, ist im Spiel von Brigitte Mira und El Hedi ben Salem eindringlich zu spüren. Der titelgebende Satz, ausgesprochen vom „Türken Ali", macht in vier knappen Worten die Verheerungen spürbar, die die nicht bewältigte Angst im Menschen anrichtet.

Die Tagung soll das Feld zwischen Vertrauen und Kontrolle ausloten. Beide Begriffe können als gegensätzlich verstanden werden: Dort wo kein Vertrauen ist, steigt das Bedürfnis nach Kontrolle. Dennoch ist es eigentlich eine Binsenweisheit, dass vollständige Kontrolle weder möglich noch wünschenswert ist und darüber hinaus das vernichtet, was zwischenmenschliche Beziehungen gelingend und wertvoll macht, die Freiheit der Menschen, begleitet von der gegenseitigen Zuversichtlichkeit in verlässliches Handeln. Und umgekehrt gilt, dass der Wunsch nach Kontrolle und die Notwendigkeit sich abzusichern abnimmt, wenn Menschen erleben, dass das in andere gesetzte Vertrauen gerechtfertigt ist, weil sie so handeln wie versprochen oder wie erwartet.

Nichts desto trotz – gerade das zeigt ja Fassbinders Film – werden Erwartungen oft genug enttäuscht: die Erwartungen der Familienangehörigen an das unangepasste Paar, aber auch die wechselseitigen Erwartungen der beiden so verschiedenen Partner. Deshalb muss auch Raum sein auf einer Tagung, die sich mit Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie beschäftigt, nicht nur die komplizierte Wechselbeziehung zwischen Vertrauen und Kontrolle zu beleuchten, sondern auch einen Blick auf die Bewältigungsmöglichkeiten von Unsicherheit und Enttäuschungen zu werfen. Hier bietet die Tagung Raum, das Spannungsfeld zwischen Vertrauen und Kontrolle aus den verschiedenen Perspektiven zu fassen, die Beteiligten in den Blick zu nehmen oder sich mit der Dynamik zwischen Vertrauen und Kontrolle zu befassen, indem etwa nach Möglichkeiten der Vertrauensstärkung ebenso gefragt wird wie nach anderen Strategien jenseits der Kontrolle, um möglichen nttäuschungen vorzubeugen. Dabei wird auch den Fragen nachgegangen, wie Vertrauenswürdigkeit und eine Kultur des Vertrauens in Teams, sozialen Unternehmen, zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und in der Gesellschaft insgesamt gefördert und unterstützt werden können. Angesichts einer zunehmenden, oft auch verunsichernden Komplexität des Alltags, erhöhten Anforderungen an die Flexibilität und Veränderungsbereitschaft, angesichts aktueller Überwachungsskandale sowie der Ökonomisierung der Lebenswelten stellen sich diese Fragen heute besonders drängend. Die zu findenden Antworten sind elementar für ein solidarisches und freies Miteinander.

Zum Ende des ersten Veranstaltungstages wird es bei dieser Tagung erstmals sogenannte „Themen-Sessions" geben. Diese Arbeitsform orientiert sich an Gruppen-Methoden wie „open space", „Barcamp" oder 5 „World-Café" und setzt auf die Bereitschaft der Beteiligten diese Arbeitsphase aktiv mitzugestalten. Die „Themen-Sessions" ermöglichen eine „Einwirkung" der TeilnehmerInnen – den Expertinnen und Experten in vielfacher Hinsicht – an der thematischen bzw. inhaltlichen Ausgestaltung der Tagung. Sie, als Teilnehmerin bzw. Teilnehmer, können Themen, Ideen für Erfahrungsaustausch o.ä. vor der Veranstaltung (mit dem Anmeldeformular) oder während der Tagung (beim Moderator) einbringen und andere Interessierte am Nachmittag des ersten Veranstaltungstages dazu einladen, diese eigenverantwortlich und selbstgesteuert (in Gruppen) zu bearbeiten. Es können z. B. Diskussionsrunden zu speziellen Frage-/Problemstellungen vorgeschlagen, Erfahrungen zu Aspekten des Tagungsthemas ausgetauscht, Filme oder Bilder gezeigt und viele andere Aktivitäten initiiert werden. Ergebnisse, weiterführende Impulse oder Anregungen werden am Ende der Tagung im Plenum vorgestellt und erzeugen so weitere „Wirkungen".
Informationen bei Ulrich Nicklaus (nicklaus@bundesakademie-kd.de, Telefon 0172-4207533).

Bei der Psychotherapeutenkammer NRW wird ein Antrag auf Akkreditierung als Fortbildung gestellt.

Tagungsstätte
Gustav-Stresemann-Institut, Langer Grabenweg 68, 53175 Bonn, Tel. 0228/8107-0

Der **Tagungsbeitrag** beläuft sich auf EUR 325,00 pro Person und setzt sich zusammen aus Unterkunft und Verpflegung.

Anmeldung bis spätestens 27. Februar 2014 an die Geschäftsstelle des Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Invalidenstr. 29, 10115 Berlin oder per Fax: 030/83 001-275.

Weitere Informationen:
Katrin Leniger, Geschäftsstelle des BeB, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Invalidenstr. 29, 10115 Berlin, Telefon: 030/83001271, Fax: 030/83001275, Email: leniger@beb-ev.de.

„Wissenschaft trifft Praxis: Inklusion – Schule – Gesellschaft“

2. DWI-Kongress
14. bis 15. Februar 2014 in Potsdam

Am 14. und 15. Februar findet in Potsdam der 2. DWI-Kongress zum Thema „Wissenschaft trifft Praxis: Inklusion – Schule – Gesellschaft“ unter Federführung des Diakoniewissenschaftlichen Instituts der Universität Heidelberg statt. Beteiligt an dieser Kooperationsveranstaltung ist neben anderen auch der BeB. Gastgeber in 2014 ist das Oberlinhaus in Potsdam, das in diesem Rahmen den Oberlin-Innovationspreis verleihen wird.

„Inklusion“ ist zurzeit in aller Munde und weckt ganz unterschiedliche Assoziationen: Für die einen ist es ein hoffnungsvolles Versprechen auf mehr Teilhabe in Schule und Gesellschaft, für die anderen ist es ein Reizwort, das für zusätzliche Belastungen und mangelnde Rahmenbedingungen oder als Kostenspar-Modell steht.
Mit diesem Kongress in Potsdam sollen aktuelle Entwicklungen aufgenommen werden, um sich in ökumenischer Perspektive damit auseinandersetzen, welchen Beitrag Kirche und Diakonie mit ihren Schulen auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft leisten können. Der Kongress soll – abseits von ideologischen Streitereien – dazu verhelfen, das Thema „Inklusion“ auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern schulischer und kirchlich-diakonischer Praxis in den Blick zu nehmen, es persönlich und gemeinschaftlich zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Diakonie, Caritas und Kirchen bietet sich die große Chance, Inklusion sozialräumlich in den Blick zu nehmen und Initiativen für weiter reichende schulische und gesellschaftliche Veränderungsprozesse zu starten. Die Mitwirkenden des Kongresses, Wissenschaftler und Praktiker – mit und ohne Behinderungen hoffen auf einen intensiven Austausch mit den Teilnehmenden. So richtet sich der Kongress an Theologische Fakultäten, Hochschulen, Mitarbeitende in Diakonie und Caritas, haupt- und ehrenamtlich Engagierte aus Kirchengemeinden, Dekanaten, kreiskirchlichen Werken, kirchlichen Schulen, Betroffene und Angehörige, Pädagogen, Therapeuten usw.

Die Tagungsunterlagen stehen zum Download zur Verfügung unter http://www.beb-ev.de (Rubrik „BeB-Veranstaltungen“). Die Online-Anmeldung ist möglich unter http://www.dwi.uni-heidelberg.de/kongress2014/.

„Autismus verstehen – Menschen begleiten“

Fachtag zum Thema „Autismus bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung“
6. März 2014 in Mainz

Unter dem Motto „Autismus verstehen – Menschen begleiten“ findet der 2. Fachtag des BeB zum Thema „Autismus bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung“ am 6. März 2014 im Tagungszentrum Erbacher Hof in Mainz statt. Nachdem die erste Veranstaltung im Februar 2013 in Berlin auf große Resonanz gestoßen und ausgebucht war, haben sich die bisherigen Kooperationspartner (BeB, AUTEA, Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge) darauf verständigt, ein weiteres Angebot für dieses zunehmend wichtiger werdende Thema zu entwickeln. Um auch die „süd-westlichen Regionen“ besser einbinden zu können, wurde der 2. Fachtag nach Mainz verlegt. Vor Ort konnte als zusätzlicher Kooperationspartner die Arbeitsgemeinschaft der diakonischen Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rheinland-Pfalz gewonnen werden.

Die Fachtagung hat daher (erneut) zum Ziel, einen praxisrelevanten Überblick über den bedeutenden Themenbereich „Autismus bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung“ durch verschiedene Fachleute des Krankenhauses Königin-Elisabeth-Herzberge (Berlin), des Fortbildungsinstituts AUTEA (Gelsenkirchen/Bielefeld) sowie des Kompetenzzentrums für Autismus der kreuznacher diakonie (Bad Kreuznach) zu geben. Neben Plenumsvorträgen wird das Thema auch wieder in Workshops vertieft behandelt.

Die Fachtagung richtet sich an Dienste und Einrichtungen im BeB und der Arbeitsgemeinschaft der diakonischen Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rheinland-Pfalz (ambulant bis stationär) mit Bezug zum Thema Autismus (Basismitarbeitende, Fachdienste, Leitungsebenen).

Das Programm steht zum Download bereit unter www.beb-ev.de (Rubrik „BeB-Veranstaltungen“).

Teilhabe am Arbeitsleben – Ausgrenzung vermeiden

Tagung des BeB für Angehörige und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer
22. März 2014 in Fulda

Die „Selbstverständlichkeit“, mit der Menschen mit Behinderung Zugang zu den Werkstätten fanden und finden wird zunehmend aus unterschiedlichen Gründen in Frage gestellt. Einerseits steht die Teilhabe am „normalen“ Arbeitsleben ganz oben auf der Wunschliste vieler Menschen mit Behinderung, andererseits benötigen Menschen mit hohem Unterstützungsund Assistenzbedarf häufig einen überschaubaren Rahmen und eine enge Anbindung an vertraute sowie qualifizierte Menschen und Räumlichkeiten.

Anmeldung bis spätestens 10.03.2014 an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V., Invalidenstr. 29, 10115 Berlin..
Information unter www.beb-ev.de

Burnout und Resilienz Bewusstseinskompetenz für Wirtschaft und Gesellschaft

Kongress der Akademie Heiligenfeld
22. bis 25. Mai 2014 in Bad Kissingen

Eine Antwort auf die Burnout-Thematik ist die Resilienzentwicklung. Wie können wir Unternehmenskulturen und Unternehmensstrukturen aufbauen, um nicht nur Mitarbeiter und Führungskräfte, sondern ganze Unternehmen resilient und kompetent zu machen? Welche Rollen spielen Wachstum, Gesundheit, soziale Vernetzung oder gar Glück für eine resiliente Gesellschaft? Der Kongress wird diesen Fragen in Vorträgen, Workshops und gegenseitigem Austausch nachgehen.

Anmeldung und Information unter www.kongress-heiligenfeld.de

FORTBILDUNGEN 2014

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH – Bundesfachakademie Bufa / GFO

Gesund und Leistungsfähig im Beruf
• 25.–28.03.2014, Rothenburg
Referent/in: Ronald Frank, Heilpädagoge/ Psychologischer Berater, Neufra; Beate Keller, Dipl.-Sozialarbeiterin, Albstadt

Kirche und Diakonie im Kreuzfeuer. Medientraining und Kommunikationsstrategie (nicht nur) für den Krisenfall
• 01./02.04.2014, Düsseldorf
Referent: Tilman Billing, Journalist und Berater Berlin; Tilman Billing lehrt an der Hochschule Konstanz (HTWG) und der Akademie für Führungskräfte der Wirtschaft

Umgang mit Menschen mit Depressionen in der Sozialpsychiatrie
• 05.–07.05.2014; Ort: 36043 Fulda
Referentin: Manuela Ziskoven, Dipl.-Soziologin, Transaktionsanalytikerin und EMDR Traumatherapeutin (EMDRIA), Stuttgart

Wer heute den Kopf in den Sand steckt, knirscht morgen mit den Zähnen. Konfliktmanagement als Führungsaufgabe
• 08.–09.05.2014, Löwenstein-Reisach
Referentin: Brigitte Heidebrecht, Supervisorin, Mediatorin, Coach, Kommunikationstrainerin, Ludwigsburg

Doppeldiagnose – geistig behindert und psychisch krank
• 13.–15.05.2014, Fulda (Frauenberg)
Referentin: Dr. Christina Heinrich, Psychologin, Minden

Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen
• 14./15.05.2014, Stuttgart
Referent: Dr. Matthias Hammer, Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Borderline. Informations- und Kontaktstelle Stuttgart (BIKS).

Umgang mit Aggression und Gewalt in der Psychiatrie. Dialog-Orientierte-Körperliche-Interaktion.
• 19.–21.05.2014 Ort: 22297 Hamburg
Referent: Carlos Escalera, Dipl.-Päd. (Universität Madrid), Stellvertretender Leiter des Beratungszentrums und Sprecher des Fachdienstes Intensivpädagogik, Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein praxisorientiertes Angebot zum Thema „Doppeldiagnose".
• 19.–21.05.2014, Steinfurt
Referent: Rainer Scheuer, Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Saarbrücken

Überzeugen muss kein Kraftakt sein. Einsatz von Körper, Stimme und Sprache beim Verhandeln und Präsentieren.
• 26.–28.05.2014, Steinfurt
Preis: 270,00 Euro zzgl. Ü/V
Referentin: Heike Hofmann, Theaterregisseurin, Schauspieldozentin, NLP-Trainerin, ZRM-Trainerin, Präsentations- u. Körpersprachetrainerin, Köln

Professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Menschen in der Sozialpsychiatrie
• 02./03.06.2014, Leinfelden-Echterdingen bei Stuttgart
Referentin: Claudia Ehlert, Soziologin M. A., Supervisorin (DGSv), Fortbildnerin mit Schwerpunkt Psycho-Traumatologie/ Trauma-Pädagogik

Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischer Störung betroffen sind.
14. berufsbegleitende Qualifizierung – 2014 – 2016
• Termine in 2014: 10./11.06. (Infoworkshop), 15.–18.09., 20.–24.10., 24.–28.11.2014, Coesfeld.
Referenten: Jürgen Hilleke, Fort- und Weiterbildner, Organisationsberater in WfbM, Supervisor (DGSv), Borken. Fachreferenten und -referentinnen zu den Themenschwerpunkten.

Information und Anmeldung:
Veranstaltungsorganisation der Akademien
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin
Telefon: 030 – 488 37 488
Fax: 030 – 488 37 300
Email: info@bundesakademie-kd.de
Onlineanmeldung unter www.bundesakademie-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Dr. Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

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

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
26 Euro (einschließlich Versandkosten),
Einzelheft 7 Euro. ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Layout:
Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

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

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe

„Angst essen Seele auf“ – Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie

Psychiatrie-Jahrestagung 2014

22. bis 23. Mai 2014
Bonn

in Kooperation mit der

Diakonie
Deutschland