ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

4 2018
November
Dezember
Januar
36. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Alltag und Eigensinn

Krisenbegleitung nahe an der Lebenswelt

Scham und Selbsthass überwinden

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Wandern mit einer Gitarre von Bruce Springsteen
Eigensinn und Sinn: Sozialpsychiatrie in der Lebenswelt – Anthropologische und empirische Zugänge – Handlungsleitende Konzepte,
Elisabeth Schreieder, Seite 4

Alltags-und Lebensweltorientierung in der ambulanten sozialpsychiatrischen Arbeit
Klaus Obert, Seite 8

Welche Zugangswege führen professionell Tätige zum eigensinnigen Alltag der Menschen?
Der Werkzeugkoffer der Sozialraumorientierung,
Stefan Bestmann, Seite 13

Krisenbegleitung nahe an der Lebenswelt der Menschen
Alltagsnahe Behandlungswege im Rahmen „Besonderer Versorgung" in Berlin,
Thomas Floeth, Julie Omura und Klaus Münzner Autor, Seite 18

In Würde zu sich stehen
Peergeleitetes Angebot zur individuellen Auseinandersetzung mit Stigmatisierung,
Gianfranco Zuaboni, Diomira Sloksnath-Bernetta und Nicolas Rüsch, Seite 21

Silvesterparty für psychisch Kranke
Yael Weinstein, Seite 23

Mobile Geriatrische Rehabilitation in Karlsruhe
Brigitte Metz und
Ingeborg Cuvelier, Seite 26

Arbeitsbezogenes Coaching eigensinniger Menschen
Kai Westendorf, Seite 28

Vesperkirche – Ein Zuhause auf Zeit
Gabriele Ehrmann, Seite 30

Straßenambulanz in Kooperation zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrie
Andrea Nanz und
Christoph Lakner, Seite 33

Alltagsorientierung im ambulant betreuten Wohnen
Torsten Busch, Seite 36

Alltag und Ergotherapie
Klaus Maus, Seite 38

41 Spectrum

Scham, Minderwertigkeit und Selbsthass überwinden
Was hat Zinédine Zidane mit sozialpsychiatrischen Klienten gemeinsam?
Andreas Knuf, Seite 41

Wer Wirkung (kontrollieren) will, kennt Ursachen!?
Ein Zwischenruf zur Wirkungsdebatte in der Eingliederungshilfe,
Lothar Flemming, Seite 44

46 Nachrichten

46 Termine

Liebe Leserin, lieber Leser

Alltag und Eigensinn. Das sind zwei Schlüsselbegriffe der sozialpsychiatrischen Praxis. Aber wie kann eine Auseinandersetzung aussehen? Besteht die Gefahr, dass diese verflacht unter dieser Überschrift geführt wird? Manche sagen, der Begriff der Alltags- und Lebensweltorientierung wird seit geraumer Zeit inflationär verwendet. Dies wird teilweise getan ohne dem eine begriffliche Definitionen voran zustellen und ohne theoretischen Grundlage. Dies war der Anlass in diese Kerbe theoretische Grundlagen und konkrete Erfahrungen der Praxis zusammen zu bringen. Anlass ist, Kolleginnen und Kollegen, die nah an der Alltagswelt Ihrer Klientinnen und Klienten sind, fundierte theoretische Hintergründe des lebensweltorientierten Ansatzes und der Alltagstheorie quasi als Werkzeug mitzugeben und Praxiserfahrungen und -Beschreibungen verschiedener besonderer Umstände zu teilen.

Jeder und jede muss ihren bzw. seinen Alltag mit Höhepunkten, Tiefs, Herausforderungen und Routinen bewältigen. Es geht dabei im Wesentlichen um die menschlichen Grundbedürfnisse und die Interaktionen mit der Umwelt, mit der Umgebung. Das gelingt unterschiedlich gut. Daran kann man scheitern und es kann in schlimmsten falls zu krankheitsbedingten Verhärtungen führen (Thiersch). Deshalb muss es bei der Reflektion der Bedeutung des Alltags für die sozialpsychiatrische Hilfen darum gehen, wie Menschen an ihren Aufgaben und Herausforderungen wachsen wie auch die andere Seite, wie Menschen daran verzweifeln, scheitern können oder sich ihm entziehen.

In diese Ausgabe wird der „Alltag“ der Menschen mit „Eigensinn“ in einen Sinnzusammenhang gestellt. Es geht also auch darum, wie Menschen einen gewissen Eigensinn als selbstbestimmte Bewältigungsstrategie entwickeln und leben. Andererseits ist Eigensinn nicht unbedingt etwas, auf das Menschen als Wesenszuschreibung stolz sind. Selten wird dem „Eigensinn“ so viel positive Bedeutung beigemessen wie Pippi Langstrumpf, die singt: „Ich mache mir die Welt, wie sie mir gefällt“. Ohne eine gehörige Portion Eigensinn könnte die Protagonistin der Kinderbücher von Astrid Lindgren nicht ihre resilienten Denk- und Verhaltensweisen entwickeln.

Wenn die Bewältigung nicht gelingt oder Formen annimmt, die schwer mit der Umgebung verträglich scheinen, können sozialpsychiatrische Hilfeangebote ansetzen. Für diese benötigen Kolleginnen und Kollegen methodisches Wissen, Kenntnis von Bewältigungsmechanismen und konkretes Praxiswissen. Das Berücksichtigen der Selbstbestimmung und oftmals sehr autonome Verhalten – unabhängig dessen, was Helferinnen und Helfer für richtig erachten – gehört mit dazu.

Mitunter steht dem entgegen, dass sich psychosozialen Hilfen zunehmend als spezialisierte professionelle Herangehensweisen verstehen. Das kann weit entfernt vom Alltag der Menschen sein. Eine Schlussfolgerung ist, dass sich das helfende Handeln dem Alltag stellen muss, wenn es wirksam sein will. Es muss darum gehen, eine alltagskompatible Perspektive für die Adressatinnen und Adressaten der Hilfen einzunehmen.

Um auf die Eingangsfrage zurück zu kommen: Die spannenden Beiträge aus Theorie und sehr unterschiedlichen Praxisfeldern der Sozialpsychiatrie und anderen, wie z.B. der Vesperkirche oder der aufsuchenden Wohnungsnotfallhilfe zeigen, die Befassung lohnt sich und regt an, den ein oder anderen Aspekt des alltäglichen Eigensinns neu zu betrachten.

Iris Maier-Strecker
Johannes Peter Petersen
Michael Schulz

Wandern mit einer Gitarre von Bruce Springsteen

Von Elisabeth Schreieder

Eigensinn und Sinn: Sozialpsychiatrie in der Lebenswelt – Anthropologische und empirische Zugänge – Handlungsleitende Konzepte

Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit Sinn und subjektiver Sinnkonstruktion insbesondere von Menschen mit Psychose-Erfahrung. Hierzu werden anthropologische Aspekte und empirische Befunde dargestellt und das Konzept „Lebenswelt" wird anhand der Prämissen „aktives Subjekt", „Kohärenz" und „Gesundung" beleuchtet. Des Weiteren wird das Charakteristikum der Koproduktion als eine sich daraus ergebende handlungsleitende Empfehlung für Fachkräfte im Feld der Sozialpsychiatrie benannt. Die dargestellte Lebensgeschichte fungiert als einführendes Fallbeispiel und abschließende Betrachtung gleichermaßen und wurde im Anschluss an ein narratives Interview von der Autorin als Ich-Erzählung konstruiert – in Anlehnung an den Charakter einer Autobiographie. Aus Gründen der Anonymisierung sind konkrete Orte, Institutionen und Personennamen nicht aufgeführt.

Elisabeth Schreieder
Dr. phil., lehrt an der Fachhochschule Kiel, FB Soziale Arbeit und Gesundheit u.a. zum Themenkomplex professionelles Handeln in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern.

Das Fallbeispiel

Ich wurde vor 48 Jahren in einer mittleren Stadt in Norddeutschland geboren und bin mit drei Geschwistern aufgewachsen. Wir wohnten in einem Siedlungshaus mit Garten in ländlicher Umgebung. Mein Vater war musikalisch und naturverbunden und förderte die Musikalität seiner Kinder, er hat mir schon früh eine Gitarre gekauft. Er war jedoch auch aggressiv und gewalttätig gegenüber meiner Mutter und meinen Schwestern. Diese Sache beschäftigt mich bis heute, wobei er mir nie etwas getan hat. Meine Mutter war vom Typ eher ruhig und hat stark unter den Ausbrüchen meines Vaters gelitten, getrennt hat sie sich jedoch nie, obwohl meine Schwestern ihr das öfters nahegelegt haben. Beide Schwestern haben heute keinen Kontakt mehr zu unserem Vater – ich hingegen schon. Ich bin gerne zur Schule gegangen, auch weil zuhause oft „dicke Luft" war und ich war ein guter Schüler. Auffällig war ich aber auch – ich war extrem ruhig und habe mich selten am Unterricht beteiligt. Niemand wusste so richtig, was in mir vorgegangen ist. Mit 14 Jahren hatte ich mein erstes Krankheitserlebnis. Ausgelöst wurde dieses durch einen Sprung vom 10-Meter-Turm in einem Freibad. Der Sprung erfolgte zeitgleich mit meinem Bruder und derselbige landete auf meinem Kopf. Ich wurde im Becken in die Tiefe gerissen und litt unter Todesangst. Als ich wieder hochkam, war ich benommen und bin nach Hause geradelt. Dort hatte ich einen epileptischen Anfall, der aber nicht weiter behandelt wurde. Aber von da an plagten mich starke Ängste vor Höhen und Tiefen und noch im gleichen Jahr erfolgte mein erster Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Diagnose erfuhr ich aber nicht, darüber wurde nicht geredet. Während meiner Jugendzeit gab es weitere Klinikaufenthalte, die zum Abbruch der Realschule führten. Über den zweiten Bildungsweg erwarb ich später die mittlere Reife und im Anschluss absolvierte ich meinen Zivildienst in einem Pflegeheim. Während und nach dieser Zeit hatte ich ausgeprägte psychotische Phasen – auch in Verbindung mit Zwangseinweisungen. Ich bin oft tagelang gewandert und habe Lieder auf meiner Gitarre gespielt. Ich dachte, ich sei Jesus Christus oder der Erzengel Gabriel, und folgte einem Licht. Einmal habe ich mich im Winter zu Fuß auf den Weg nach Moskau begeben, um mit Boris Jelzin zu sprechen. Der Grund hierfür war die Gewalt in Tschetschenien, über die im Fernsehen berichtet wurde. Diese wollte ich beenden. Ich wurde bei meiner Wanderung gestoppt, als ich bei einem Pastorat nachfragte, ob ich dort übernachten könne.

Der Pastor war zunächst freundlich und bot mir Essen und Trinken an und rief dann die Polizei. Ich wurde in die Psychiatrie eingewiesen, ob-

wohl ich im Vorfeld nicht gewalttätig war. Bei der Festnahme habe ich mich aber vehement gewehrt. Das Ganze war so schrecklich, ich habe mir des Öfteren in die Hose gepinkelt. So eine Einweisung wünsche ich wirklich keinem. Heute habe ich jedoch auch Verständnis dafür, dass ich aufgrund des Klingelns und meiner verwirrten Reden – manchmal auch auf Englisch „I need a candle light"– für andere bedrohlich war. Meine Umgebung war total überfordert. Die Person, die mir in solchen Phasen am besten helfen konnte, war meine Mutter. Wenn ich das Bedürfnis hatte, dem Licht zu folgen, hat sie mir Kerzen ins Zimmer gestellt und gewartet, bis ich eingeschlafen bin. Das war beruhigend. Während meiner Psychiatrie-Aufenthalte habe ich in erster Linie Medikamente (Haldol) erhalten – diese wurden vom Pflegepersonal verabreicht. Die Pflegekräfte haben mich auch sonst versorgt, z.B. mit Fußbädern. Längere Kontakte oder Gespräche mit Ärzten gab es in den verschiedenen Krankenhäusern in Norddeutschland nicht. Die Medikamente hatten sehr starke Nebenwirkungen und wenn es ging, habe ich sie abgesetzt. Während meiner jungen Erwachsenenjahre wohnte ich noch bei meinen Eltern und versuchte beruflich Fuß zu fassen. Ich habe eine Ausbildung zum Küchenhelfer und Gärtner absolviert und in verschiedenen Betrieben gejobbt. Dauerhaft konnte ich mich jedoch nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt etablieren. Die Gärtnerausbildung habe ich im Rahmen einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme abgeschlossen und mit 36 Jahren begann ich in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu arbeiten.

In dieser Einrichtung bin ich bis heute. Ich arbeite im Gemüsebau und in den regelmäßigen Gesprächen werden meine Zufriedenheit und neue Aufgaben besprochen. Die Tätigkeiten und das Arbeitsklima im grünen Bereich erlebe ich „aufblühend" und auch mit der Höhe des Gehalts komme ich in Kombination mit einer Erwerbsminderungsrente zurecht. Zudem bin ich in der Einrichtung aufgrund meines Amtes als Werkstattrat sehr beliebt, auch weil ich darum bemüht bin, Konflikte konstruktiv zu lösen. Viele Kolleginnen und Kollegen kommen zu mir und fragen um Rat. In meiner Freizeit probe ich oft mit meiner Band, wir spielen bei Festen inner- und außerhalb der Werkstatt. Ich lebe seit 10 Jahren mit einer Frau zusammen, die in einem sozialen Beruf auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig ist. Kinder haben wir keine. Mit meiner Partnerin bin ich glücklich, eine bestehende Schwierigkeit stellt jedoch die Tatsache dar, dass sie ihren Freundinnen nicht mitteilen möchte, dass ich wegen einer psychischen Erkrankung – meine Diagnose lautet „paranoide Schizophrenie" – in einer betreuten Einrichtung tätig bin. Aber damit kann ich leben.

Für meine Zukunft wünsche ich mir, dass ich die Arbeit in der Werkstatt behalten kann; auf dem freien Arbeitsmarkt möchte ich nicht mehr tätig werden. Zudem sind noch größere Auftritte geplant. Ich würde mich heute als glücklichen und gesunden Menschen bezeichnen. Die Symptome während der Psychose bewerte ich im Nachhinein positiv und negativ, wobei die Vorteile überwiegen. Positiv war, dass ich während dieser Phasen keine Höhen- und Tiefenängste hatte, ich Musik machen und sehr frei auf andere Menschen zugehen konnte. Zudem habe ich jahrelang ein sehr intensives Leben geführt und das möchte ich nicht missen. Negativ waren Folgen wie blutige Füße, Gewichtsabnahme, Erschöpfung und die Klinikeinweisungen. Ich bin froh, dass es heute gut verträgliche Neuroleptika gibt, die mir ein niedergelassener Arzt verschreibt. Diese Medikamente nehme ich auch regelmäßig, damit ich besser „geerdet" bin.

Klinikaufenthalte hat es in den letzten acht Jahren nicht mehr gegeben und die Gewalterfahrungen habe ich vor einigen Jahren im Rahmen einer Psychotherapie bearbeitet; den Therapeuten habe ich mir selbst gesucht. Wenn ich gefragt werde, was ich mir für die Zukunft wünsche, dann in erster Linie, dass alles so gut weiterläuft, und ich hätte gerne eine Gitarre mit einer Signatur von Bruce Springsteen.

1. Sinn, Sinnerleben und Sinnkonstruktion

Nach dem Psychologen Tausch wird Sinn – subjektiver Sinn – Handlungen, Aktivitäten, Sachverhalten und Normen zugeschrieben und der Vorgang der Sinnattribuierung kennzeichnet einen kognitiv-bewertenden Prozess, der mit emotionalem Erleben, Verhalten und dem Handeln eines Menschen einhergeht. Zudem beinhalten die Vorgänge „Sinnerleben" und „Sinnzuschreibung" eine dreidimensionale zeitliche Bezugnahme. Im Kontext der Vergangenheit steht die Frage nach dem „Woher" oder „Warum" im Vordergrund und damit die Wirkursache.

Eine Person bewertet und erlebt den „Sinn" einer Handlung oder eines Ereignisses aufgrund ihrer Vorstellungen darüber, was zu diesem Ereignis geführt hat (vgl. Tausch, S. 116). In Bezugnahme zur Gegenwart geht es um das „Was" oder „Wie" und es sind intrinsische und extrinsische Variablen als auch Normativität erkennbar. Aktivitäten werden als sinnvoll erlebt, wenn ihre Ausübung einen unmittelbaren positiven Zustand erzeugt, wie z.B. Treffen mit Freunden und ein Konzert besuchen, bei dem „gute" Musik gespielt wird. Extrinsischer Sinn wiederum obliegt Handlungen, die Ziele erfüllen (z.B. Geld verdienen), die Aktivitäten an sich aber unter Umständen als wenig befriedigend erlebt werden. Gegenwartsbezogene Sinnkonstruktionen stehen demnach oft im normativen bzw. extrinsischen und intrinsischen Widerstreit und müssen stetig ausbalanciert werden. Entscheidend für die subjektive positive Bejahung des Kriteriums der „Sinnhaftigkeit" sind dabei nach Tausch eine übergeordnete, dauerhafte Zielbestimmung (Hierarchisierung von Sinndimensionen) und die Wege der Zielerreichung. Im Kontext von Zukunft wird die Frage nach dem „Wohin" bedeutsam (Zweckursache). Der Sinn bzw. Zweck einer Handlung zeigt sich in der Vorstellung des Zustandes, der mit dieser Handlung erreicht werden soll. So können bei der Berufsausübung entfremdende und sinnhafte Attribuierungen nebeneinander bestehen bzw. gegeneinander abgewogen werden, um z.B. eine dauerhafte Selbstverwirklichung („Berufstraum") zu erreichen. Auch werden aufgrund von eintretenden Ereignissen (z.B. Beförderung) frühere Aktivitäten umgewertet bzw. im Nachhinein als sinnvoll klassifiziert. Zeitdimensionen, extrinsische und intrinsische Faktoren, Normativität und eine übergeordnete Zielerreichung stehen bei einer subjektiven Sinnkonstruktion miteinander in Relation (vgl. Tausch, S. 120 f).

Nach Frankl, dem Begründer der Logotherapie (logos = Sinn, Gehalt), ist der Mensch eine Einheit von Geist, Seele und Körper. Er will nicht nur überleben, er sucht in einer Welt voller Bedeutungen nach einem Sinn und Zweck für dieses Leben. Es gibt eine Festlegung durch die genetische Disposition und das Sein wird durch soziale Erfahrungen bestimmt, die Gedanken und Verhaltensweisen sind jedoch nicht determiniert – durch „Freiheit von Geist“ besteht Wahlmöglichkeit (vgl. Frankl, S. 86). Dieses Prinzip gilt für jeden Menschen – auch für Kranke – und ist grundlegend für Identität und Individualität. Frankl verbindet anthropologische und existenzphilosophische Aspekte und benennt für das von ihm entwickelte Therapieverfahren drei Dimensionen: schöpferischer Wert (z.B. Sinn durch Arbeit), Erlebniswert (z.B. Sinn durch Kunst) und Einstellungswert. Dabei ist die Bejahung und Anerkennung des Einstellungswerts und die damit verbundene „Freiheit von Geist“ am bedeutsamsten. Bei dieser Kategorie distanziert sich der Mensch vom Ich und es besteht die Option über sich selbst hinaus auf einen Sinngrund zu verweisen. Nach Frankl hat dies zur Folge, dass die menschliche Existenz, in all ihren Erscheinungsformen, niemals wirklich sinnlos sein kann (vgl. Frankl, S. 87 f).

2. Zugänge zu psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen zeigen eine Eigendynamik auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene und erfordern eine entsprechende Aufmerksamkeit. Zunächst bedeuten sie Leid und Verunsicherung für die Betroffenen und deren Umfeld und es geht darum, Krankheitserleben zu würdigen und, wenn möglich, Abhilfe zu schaffen. Nach dem Psychologen Bock sind viele Symptome im Bereich der Psychosen jedoch nicht allein anhand der Erscheinungsform zu erklären; sie haben darüber hinaus eine Entstehungsgeschichte und eine Funktion. Eine Funktion besteht beispielsweise darin, vor noch tieferen, nicht aushaltbaren Schuldgefühlen und Schmerzen (Traumatisierungen) zu schützen (vgl. Bock, S. 16). Im Bereich der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten – gestärkt durch eine medizinisch-biologische Orientierung – ein Blickwinkel der Pathologisierung durchgesetzt. Jegliches auffälliges Verhalten wurde als „krankhaft“ klassifiziert, umfänglich diagnostisch verschlüsselt und in Folge meist medikamentös behandelt. Neuere wissenschaftliche Befunde – insbesondere aus dem Bereich der Neurowissenschaften – belegen jedoch eine Wechselwirkung von biologischen Faktoren und sozialen Umweltgegebenheiten. So wurde festgestellt, dass bei stimmenhörenden Patienten und Patientinnen eine Blockade in Bereichen des Gehirns vorhanden ist, denen eine Monitoring-Funktion zugeschrieben wird. Halluzinationen können von den Betroffenen nicht so leicht mit konkretem Erleben in Verbindung gebracht werden und „Fehlfunktionen im Gehirn“ sind nicht mehr allein für die „Wahnsymptomatik“ verantwortlich – diese werden zunehmend als Reaktionen auf Erfahrungen betrachtet (vgl. Bock, S. 18). Psychotherapeutische Verfahren und psycho-soziale Unterstützungsleistungen haben demnach eine zentrale Bedeutung und können neben Medikation dabei helfen, Gehirnblockaden zu beheben und Krankheitserleben zu verarbeiten (vgl. Bock, S. 19 f).

3. Forschungsergebnisse zum subjektiven Sinnerleben

Im Kontext eines Hamburger Forschungsprojekts am Universitätsklinikum Eppendorf zu „Subjektiver Sinn von Psychosen“ wurde Sinnerleben und Sinnkonstruktion erst im zweiten Schritt mit den von Tausch beschriebenen Komponenten der Kausalität und Finalität (Ursache und Zweck) in Verbindung gebracht. Bei dieser Personengruppe steht laut Bock u.a. der Prozess der Aneignung und Verarbeitung von Erfahrungen in seiner individuellen Besonderheit im Zentrum. Ein Mensch in der Psychose ringt um seine innere Kongruenz, da psychotisches Erleben meist mit einer intrapsychischen Entgrenzung einhergeht (vgl. Bock, S. 21). Für Betroffene ist es zentral, die innere Ordnung neu zu formieren und im Zuge dieser Formation stellt sich die Frage nach dem „Wozu“. Gesucht wird also eine Antwort auf die gegenwartsbezogene Funktionalität. Im Anschluss ergeben sich dann die Verbindungen zum „Woher“ (Lebensereignisse) und die Fragen hinsichtlich einer längerfristigen Zukunftsplanung (Wohin).

In dem mehrjährigen Forschungsprojekt wurden 500 Personen zu „Psychose-Erleben und Sinnverständnis“ befragt. Im Kontext einer trialog-orientierten Studie entstand ein „subjektiver-Sinn-Fragebogen“ für Betroffene, Angehörige und Therapeuten. Die Daten für die jeweiligen Statusgruppen wurden in mehreren Etappen quantitativ und qualitativ erhoben, ausgewertet und im Anschluss miteinander verglichen. Folgende fünf Skalen waren im Einzelnen und im Vergleich relevant: „Attribution auf Lebensereignisse“, „Positives Symptomerleben“, „Negatives Symptomerleben“, „Konstruktive Auswirkungen“ und „Destruktive Auswirkungen“ (vgl. Bock, Klapheck, Ruppelt, S. 72 ff).

Insgesamt lässt sich anhand dieser Studie belegen, dass es bei allen drei Gruppen einen weitgehenden Konsens über Sinn und Bedeutung von Psychose-Erleben gibt. Betroffene, Angehörige und Behandler bejahen einen Zusammenhang bzw. eine Kohärenz. Zudem wird eine relativ optimistische Einschätzung hinsichtlich der Verarbeitung von Psychose-Erfahrungen bestätigt und die konstruktiven Folgen werden stärker betont als die destruktiven Auswirkungen. Weiterhin wird von allen drei Gruppen eine Verbindung zu den Lebensereignissen hergestellt; also auch diese Korrelation wird befürwortet. Die akute Phase der Psychose stellt eine sehr hohe Belastung (negatives Symptomerleben) dar, jedoch werden auch diesem Zeitabschnitt „bereichernde Aspekte“ zugeschrieben, insbesondere von den Betroffenen selbst. Vergleicht man also die Betroffenenperspektive mit der Angehörigen- und Therapeutenperspektive, zeigen sich Abweichungen: Die Innensicht ist positiver als die Außensicht (vgl. Bock, Klapheck, Ruppelt, S.133 f).

4. Lebenswelt und ihre Bezugskategorien

Mit Lebenswelt wird in der Sozialen Arbeit die alltägliche Wirklichkeitserfahrung in einem verlässlichen und Sicherheit bietenden Bezugsrahmen (Familie, Nachbarschaft, Milieu usw.)

bezeichnet. In einer impliziten Unterstellung der Geltung von Regeln und Abläufen wird die Grundlage für ein soziales Miteinander geschaffen. In einer Zeit zunehmender Individualisierung und Pluralisierung und „Zerfall von traditionellen Lebenswelten" obliegt es der Sozialen Arbeit noch funktionierende Zusammenhänge zu stützen und/ oder alternative Hilfsangebote zu entwickeln. Nach Thiersch orientiert sich die Art der Hilfestellung dabei an den Handlungsprinzipien der Prävention, Integration (Inklusion), Dezentralisierung und Partizipation, um im Gemisch von „Ressourcen und Problemen" einen „gelingenderen Alltag" zu ermöglichen (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, S. 561). Dabei setzt Lebensweltorientierung – in Verbindung mit Empowerment – auf die Erfahrungen der Menschen und die Stärkung der alltagsbezogenen Kompetenzen. Vermieden werden soll Expertokratie im Sinne einer zunehmenden Spezialisierung methodischen Handelns und eine zentralistische Soziale Arbeit, die in erster Linie den Interessen der Institutionen bzw. Kostenträgern folgt. Neben Lebenswelt sind ähnliche Konzepte wie „Alltagswelt" oder „Lebensraum" gängig, wobei die Unterscheidungen nicht immer eindeutig sind; die benannte Zielsetzung des Empowerments ist aber allen gemeinsam. Die Wahrnehmung bzw. Wirklichkeitserfahrung von Lebenswelt ist geprägt von den Kategorien Raum, Zeit und Beziehung (vgl. Röh, S. 27).

Der biographische und lebensweltliche Zusammenhang muss erschlossen werden.

Zur Analyse der Kategorie „Raum" sind Fragen nach Experimentier- und Freiräumen oder der Gewährung von existenzieller Sicherheit hilfreich. Hinsichtlich der Zeitdimension können die Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsaussichten betrachtet werden und in der Bezugnahme zu Beziehungen (Netzwerke) ist die Ausgestaltung der Interaktionen (Kommunikationen) von Relevanz. Dabei gilt es zu beachten, ob diese eine „Pufferwirkung" haben, positiv, negativ oder ambivalent konnotiert sind und z.B. Coping unterstützen. Günstige, verlässliche Beziehungen ermöglichen den Betroffenen eine raschere Bewältigung von Krisen und eine damit verbundene Steigerung von Wohlbefinden. Diesem Verständnis folgt auch das Recovery-Konzept (Wiederentdeckung von Gesundheit). Es wurde in den USA von psychiatrieerfahrenen Betroffenen entwickelt und setzt vor allem auf Genesung und die Kräfte von Ermutigung und Kohärenzerfahrungen. Hierbei zentral ist die Förderung eines biographischen Prozesses des Wiedererstarkens. Die Leitmaximen von Recovery sind das Erlangen von Lebensqualität, Wohlbefinden und Sinnerfüllung – mit oder ohne Krankheitssymptome (vgl. Amering, Schmolke, S. 72).

5. Handlungsleitende Konzepte

Lebensweltorientierung zielt auf einen „gelingenderen Alltag" und in Bezugnahme zu Menschen mit psychischen Erkrankungen auf die Förderung von Ermutigung und Zuversicht. Genesung bzw. Gesundung und das Erschließen eigener Sinnperspektiven sind möglich. Für Professionelle erfolgt daraus ein handlungsleitendes Konzept im Sinne einer „Koproduktion". Es soll eine Arbeitsbeziehung gestaltet werden, in welche alle Seiten investieren und ihre Sichtweisen einbringen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit wiederum beurteilen einen Fall vor dem Hintergrund ihrer persönlichen und den organisationsinternen Deutungsmustern (Akten, Konzepte). Nach von Spiegel sind Konzepte Entwürfe von Handlungsplänen mit einer Kombination von Beschreibungs- und Erklärungswissen (Was ist der Fall und warum ist das so?) und Werte- und Veränderungswissen.

Die Lektüre von Gutachten mit der Auflistung von Diagnosen (ICD 10) beeinflusst die Fachkräfte schon vor dem Erstkontakt und eine medizinisch orientierte Deutungsfolie von Krankheit, welche sich lediglich auf Symptombeschreibungen bezieht, etabliert in erster Linie „Problemtypen". Diese wiederum dominieren bereits die Alltagstheorien, Sprach- und Sichtweise von Betroffenen und deren Angehörigen und in Folge die Handlungsstrategien der Fachkräfte. Daher muss aus sozialarbeiterischer Perspektive der biographische und lebensweltliche Zusammenhang neu oder zumindest ergänzend zur medizinischen Sicht erschlossen werden. Dabei erfordert das Charakteristikum der Koproduktion eine Bereitschaft zur Originalerzählung (vgl. von Spiegel, S. 115 f).

6. Abschließende Anregungen

Im Kontext der Forderung nach Originalerzählung schließt sich der Bogen zur eingangs dargestellten (Auto-) Biographie. Diverse Interpretationen und Analysen sind anhand dieser Schilderung möglich. Ankerpunkte sind „Gewalt", „Traumata", „Beziehungen früher und heute", „Klinikbehandlung und Medikation", „Wandern und religiöse Suche", „Sinnerleben durch Musik", „Betreutes Arbeiten", „Mitbestimmung als Werkstattrat", „Psychotherapie" usw. An dieser Stelle seien der Leser und die Leserin aufgefordert, sich die Sinn- und Deutungszusammenhänge entlang der konstruierenden Fragen (Wozu, Woher und Wohin) im Kontext von Befähigung des Subjekts, Gesundung und Lebensqualität eigenständig zu erschließen. Während der Lektüre zu beachten sind die Färbungen der eigenen Deutungsfolie und die Bewertungen, welche die Person bereits selbst getätigt hat.

Literatur

Amering, M., Schmolke, M. (2007): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag

Bock,T., Klapheck, K, Ruppelt, F. (Hrsg.) (2014) : Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag

Bock, T. (2017): Eigensinn und Psychose. „Noncompliance" als Chance. Neumünster: Paranus Verlag

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Frankl, Viktor E. (1994): Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. München: Piper Verlag

Röh, D. (2013): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer Verlag

Spiegel, H. von (2013): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Tausch, R. (2006): Sinn in unserem Leben – bedeutsam für seelische Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. In Riglstelter, M u.a. (Hrsg.): Positive Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, S. 115-130

Alltags- und Lebensweltorientierung in der ambulanten sozialpsychiatrischen Arbeit

Von Klaus Obert

Der Begriff der Alltags- und Lebensweltorientierung wird seit geraumer Zeit fast schon inflationär verwendet. Jeder arbeitet lebensweltorientiert und hat den Alltag der jeweiligen Adressat/-innen im Blick. Selbst in der Politik ist viel von der Lebenswelt die Rede. Allerdings sind mit Sicherheit Zweifel berechtigt, ob er nicht häufig als gängige und allseits gebrauchte Begrifflichkeit fast schon floskelhaft benutzt wird, ohne diese in Verbindung zu bringen mit den alltags- und lebensweltheoretischen Grundlagen oder diese sogar darauf zu begründen. Der folgende Beitrag versucht, dieser Verlegenheit zu entgehen, indem er ambulantes, sozialpsychiatrisches Handeln auf der Grundlage der Lebensweltorientierung von Thiersch (Thiersch 1986,1995) und deren alltagstheoretisches Fundament (Schütz 1979, Schütz/Luckmann 1993, Kosik 1986) erörtert. Deren Konkretisierung in der sozialpsychiatrischen Praxis zeigt die Nützlichkeit, Sinnhaftigkeit und Plausibilität dieses Ansatzes in der ambulanten Betreuung und Begleitung von (chronisch) psychisch kranken Menschen in ihrem Sozialraum auf (Obert 2001, Obert 2013, Obert/Pogadl-Bakan/Rein 2018).

Klaus Obert
Der Autor ist Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen beim Caritasverband für Stuttgart und Redaktionsmitglied der Kerbe

Das Konzept der Lebensweltorientierung (kurz und knapp)

Jeder Mensch hat einen Alltag, so banal wie gleichzeitig logisch dieser Satz sich anhört, so wesentlich und grundlegend stellt er die Voraussetzung der Alltagstheorie wie auch die Voraussetzung und das Ziel lebensweltorientierter Arbeit dar. „Auch Auschwitz hatte seinen Alltag“ konstatiert provozierend und gleichzeitig erschütternd Karel Kosik (Kosik 1986 S. 71), mit Alfred Schütz einer der Begründer der Alltagstheorie. Jeder Mensch hat einen Alltag, der König wie der Bettler (Kosik a.a.O.: S. 73). Und in diesem Alltag jedes einzelnen Menschen in der Interaktion mit seiner Umgebung stellen sich Aufgaben, die sich tagtäglich bewegen in der Spannung von Selbstverständlichem und Neuem, von Routine, von Bekanntem und Unbekanntem und Unvorhergesehenen, die bewältigt werden müssen. Es geht schließlich um die Befriedigung der Grundbedürfnisse von essen, trinken und schlafen, genauso aber um die Interaktion mit sich und der unmittelbaren Umgebung, um die Gestaltung der Verhältnisse zu seinem Leib/Körper, seiner Psyche und zu seiner unmittelbaren Umgebung.
In dieser ganzheitlichen, sich wechselseitig bedingenden Gemengelage geht es Sinn und Identität stiftend

- um die Strukturierung der Zeit (Arbeit, Beschäftigung, Freizeit),
- um die Strukturierung des Raumes (die Suche nach einer Wohnung, deren individueller Gestaltung als Ort des Rückzugs, der Geborgenheit und Sicherheit, aber auch als Ausgangspunkt für die „Eroberung“ des Lebensraumes, des Quartiers, der Stadt, der Region etc.;
- um die Strukturierung und Gestaltung der Kontakte und der Beziehungen zu den Mitmenschen, von verlässlichen Bekanntschaften und Freundschaften gegen Vereinzelung, Einsamkeit und Isolierung (der Mensch als interaktives Wesen – Mead 1968, Habermas 1995).

Innerhalb dieser täglichen Anstrengungen bildet sich immer wieder neu eine dynamische Identität in der Anpassung an die Umgebung, an das Umfeld und gleichzeitig deren Mitgestaltung und Veränderung auf der Basis eines, wenn möglich erworbenen Urvertrauens (Erikson 1957) in früher Kindheit heraus.

Selbstbewußtsein und Selbstwert müssen immer wieder aufgrund sich verändernder Anforderungen „verteidigt“, angepasst, situativ verändert werden. Widersprüchlichkeiten und Anachronismen in der Dialektik von individueller Biografie und äußeren Lebensbedingungen müssen, wenn möglich Sinn stiftend, in das Bekannte, das Gewohnte, in das Selbstbild integriert werden. Alltagsbewältigung kann aber

aus unterschiedlichen Gründen (genetische Faktoren, ungünstige psychische Entwicklungsbedingungen und prekäre soziale Lebenslagen in Verbindung mit unzumutbare Lebensbedingungen) auch misslingen, ja scheitern und zu krankheitsbedingten Verhärtungen führen (Thiersch 1996). Daraus erwachsen und entstehen quasi „naturwüchsig" und logisch die Aufgaben wie auch die Begründung einer alltags- und lebenswelt orientierten (sozialen) Arbeit. Selbstredend findet diese Arbeit immer in konkreten gesellschaftlichen Verhältnissen statt. Auf deren Entwicklung und deren aktuelle Diskussion vor allem im Hinblick auf die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben für die Identitätsbildung, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Ein Literaturhinweis muss an dieser Stelle genügen (Keupp 2013, Baumann 1992, Rosa 2016, Thiersch 2015).

Die alltags- und lebensweltorientierte sozialpsychiatrische Arbeit definiert und begründet sich durch und über die Aufgabe und Herausforderung, Menschen dabei zu unterstützen, wie sie ihren Alltag planen, organisieren, strukturieren, mit ihm und in ihm zurechtkommen, wie sie neue Aufgaben bewältigen und sie in die selbstverständlichen Routinen des gewohnten Alltags integrieren müssen, wollen und können. Es geht zudem darum, wie Menschen an ihren Aufgaben und Herausforderungen wachsen, aber auch verzweifeln, scheitern oder sich ihnen entziehen (müssen), weil sie in schwierigen bis unzumutbaren Verhältnissen leben. Sie fühlen sich schlicht überfordert.

Die aus dieser Dynamik entstehenden krankheitsrelevanten »Verhärtungen« sind immer – und dies sollte in der täglichen Arbeit nie vergessen und unterschätzt werden – ein wenn auch wenig gelingender oder sogar misslingender Lösungsversuch, um die Lebensverhältnisse in den Griff zu bekommen. Komplexe Verstrickungen mit der Umgebung, der Verlust des Arbeitsplatzes, Probleme mit dem Erhalt der Wohnung, die Schulden oder auch Konflikte mit Angehörigen und Freunden führen zu Zuspitzungen und wachsender Unübersichtlichkeit der jeweiligen Situation. Interaktionen misslingen. Beziehungen gehen in die Brüche. Freunde und Bekannte wenden sich ab. Die Ausbildung wird abgebrochen. Die existenziell notwendige Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen wird stetig weniger und bleibt schließlich ganz aus oder schlägt sogar um in Ablehnung oder kränkende Abwertung. Das Vertrauen in sich selbst und in die Welt geht verloren. Selbstzweifel oder auch die Gegenwehr, indem die Verantwortung für die eigene Misere an der Welt »da draußen« festgemacht wird, nehmen überhand, bestimmen den Alltag und führen zu Rückzug, Isolierung und schließlich zum Verlust des selbstverständlichen „In-der-Welt-Seins".

Diese Entwicklung fördert wiederum die Haltung, immer weniger auf Hilfe zu vertrauen, aktiv keine Hilfe mehr zu suchen und Hilfeangebote von außen nicht mehr in Anspruch zu nehmen. Das verstärkt häufig abermals den Rückzug in die Selbstzweifel, führt zu Scham- und Schuldgefühlen oder umgekehrt, zu einer Haltung, mit der das ganze Elend und die eigene Not auf die Außenwelt projiziert werden. Oder aber es kommt zu einer Flucht in die berauschende und ablenkende Wirkung von Suchtmitteln beziehungsweise in realitätsverkennende Vorstellungen, Fantasien und Halluzinationen.

Am Ende eines mehr oder weniger langen Prozesses liegt für den jeweiligen Menschen ein enormer Hilfebedarf vor, ohne in der Lage zu sein, sich angemessene Hilfe und Unterstützung zu holen, und zwar auch dann nicht, wenn die Umgebung dies empathisch einfühlend oder mit Druck einfordert. Zurück bleiben psychisch kranke Menschen in prekären Lebenslagen und mit unangemessener Lebensführung. Weitgehend isoliert, sind sie enorm überlastet, vom Hilfesystem alleingelassen, und so entfernen sie sich sukzessive von Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder Bekannten.

Die gesellschaftlich vorgegebene Doppelfunktion psychiatrischen Handelns von Hilfe und Kontrolle war in der Geschichte zu sehr auf den Aspekt der Kontrolle ausgerichtet.

Genau an dieser Stelle setzt die alltags- und lebensweltorientierte, sozialpsychiatrische Arbeit ein. Die gesellschaftlich vorgegebene Doppelfunktion psychiatrischen Handelns von Hilfe *und* Kontrolle war in der Geschichte zu sehr auf den Aspekt der Kontrolle ausgerichtet. Die naturwissenschaftlich oder medizinisch geprägten Definitionen von Krankheit legitimierten die Ausgrenzung und den Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Alltag. Die Entstehung und Ausbreitung der Sozialpsychiatrie als geschichtlich notwendige, ethisch moralische, gesellschaftskritische Gegenbewegung ging konstitutiv damit einher, den Menschen in seiner Lebenswelt und den Aspekt der Hilfe stärker in den Vordergrund zu rücken, ohne jedoch das Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle abschütteln zu können (Obert 2001, S. 90 ff.).

Handlungsmaxime für Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln

In diesem ethisch-politisch begründeten Verständnis orientiert sich sozialpsychiatrisches Handeln vor allem an jenen psychisch erkrankten Menschen, die sich häufig schwertun, ihre Erkrankung in die Bewältigung von Alltagsaufgaben zu integrieren, die von weitgehender gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen sind und einen hohen Hilfebedarf haben. Konsequent findet diese Hilfe als flexible ambulant aufsuchende Tätigkeit in der Lebenswelt der Adressat/-innen statt. Dabei orientiert sich sozialpsychiatrisches Handeln an den Ressourcen des Menschen, so gering diese im Einzelfall auch immer sein mögen, ohne Defizite auszublenden.

Es ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung – und ist sich für nichts zu schade.

Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant Unterstützungsleistungen mit Phantasie und Kreativität (Strukturierte Offenheit).

Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und „stiehlt sich nicht davon" unter der an dieser Stelle unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (zur Verwahrlosung und Verelendung). Sozialpsychiatrisches Handeln hat das Ziel zur Emanzipation,

zur Erweiterung der inneren und äußeren Austauschfähigkeit von Menschen sowie der damit verbundenen Handlungsrahmen beizutragen und versucht sie über die Erweiterung von Teilhabechancen und Sozialraumorientierung verstärkt sozial zu integrieren.
Letztlich ist sozialpsychiatrisches Handeln eine ethisch-moralische, gesellschaftskritische Arbeit für mehr soziale Gerechtigkeit und Demokratisierung in schwierigen individuellen Lebenslagen. Sie ist gleichzeitig eine Herausforderung gegen eine Welt von Ausgrenzung, Objektivierung und so genannte Einfachlösungen. Gemeint sind damit z.B. die Medikalisierung einer komplexen Problemlage, oder die Individualisierung/Psychologisierung unzumutbarer materiellersozialer Bedingungen und das damit verbundene Risiko der einseitigen Anpassung des Menschen an gegebene gesellschaftliche Verhältnisse. Sozialpsychiatrisches Handeln entinstitutionalisiert, damit die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickeln und erweitern können (Antonovsky, 1997).

Es bedarf einer intensiven Arbeit und großer Anstrengungen, wenn ein psychisch kranker Mensch ein festgefügtes Wahngebäude sozusagen wie eine zweite Haut entwickelt hat.

Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln nimmt auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf das Gemeinwesen mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Veränderung des Gemeinwesens. Dies geschieht über Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit und Kooperation, Organisationsentwicklung und Steuerung sowie kommunalpolitische Einmischung.

Die Methodik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie und deren Verständnis folgt der Logik von der Feststellung des Hilfebedarfs wenn möglich mit dem Betroffenen und dem Umfeld (Nachbarn, Angehörige, Gemeinwesen, Kooperationspartner) zur Planung der Hilfen und ihrer Umsetzung mit dem entsprechenden Handeln und dessen (selbst-)kritischer Reflexion. Die Realisierung der Abfolge gestaltet sich in der praktischen Arbeit ungleich schwieriger und komplexer, da sozialpsychiatrisches Handeln unter den komplexen Voraussetzungen und Bedingungen des Alltags und der Lebenswelt sich verwirklicht. Und – sie findet unter der normativen Vorgabe regionaler Versorgungsverpflichtung statt. Dies bedeutet, für alle (chronisch) psychisch kranken Bürger/-innen der Region zuständig zu sein und niemand gegen seinen Willen außerhalb der Region unterbringen kann mangels fehlender eigener Dienste und Einrichtungen.

Die Konkretisierung in der praktischen Arbeit

Aus Platzgründen muss darauf verzichtet werden, die Grundkategorien der Alltagstheorie: die Strukturierung von Raum, Zeit und Beziehungen in Verbindung mit sinnstiftenden Aktivitäten, die alltagspraktischen Hilfen und sozialanwaltliche Tätigkeiten durch konkrete Beispiele aus der praktischen Arbeit zu erläutern und zu erörtern (Obert 2001, S. 306 - 359, Obert 2013, S. 161 – 180). Vielmehr wird ein Arbeitsfeld sozialpsychiatrischen Handelns in und mit der Lebenswelt dargestellt, welches spezifisch für psychiatrisches Handeln im Unterschied zu anderen Arbeitsfeldern sozialer Arbeit ist: Der individuelle Umgang mit der psychischen Erkrankung im Alltag und welche Herausforderungen sich daraus für das professionelle Handeln stellt, also der Umgang der psychisch kranken Menschen, ihres Umfeldes und der professionell Tätigen mit der psychischen Erkrankung im Alltag.
Wie gelingt es den Adressat/-innen mit professioneller Unterstützung in der Auseinandersetzung mit sich und ihrer Umgebung, die psychische Erkrankung in ihr Alltagsleben zu integrieren, um letztlich zu einem gelingenderen Alltag zu gelangen?

Der Umgang mit der psychischen Erkrankung im Alltag, bzw. die mehr oder weniger gelingende Integration in das jeweilige Alltagsleben reicht – unter der oben erwähnten verbindlichen Vorgabe regionaler Versorgungsverpflichtung - von der Akzeptanz, vom konstruktiven und weitgehend gelingenden Umgang mit der eigenen Erkrankung bis hin zur konsequenten Ablehnung, sich als psychisch krank wahrzunehmen und entsprechend zu definieren und zu handeln.

Die Übergänge zwischen diesen Formen sind fließend und dürfen nicht statisch interpretiert werden. So kann es durchaus geschehen, dass eine Person innerhalb eines bestimmten Zeitraums alle Phasen durchlebt. Allerdings muss festgehalten werden, dass es einer intensiven Arbeit und großer Anstrengungen bedarf, wenn ein psychisch kranker Mensch ein festgefügtes Wahngebäude sozusagen wie eine zweite Haut entwickelt hat. Die damit verbundene Frage ist, wie es gelingen kann, in einem Prozess von Wertschätzung, Respekt und Anerkennung des Eigensinns einen Weg zu finden, in der vorsichtigen und geduldigen, phantasievollen Auseinandersetzung zu einem gelingenderen Alltagsleben beizutragen.

Das Beispiel von Frau M.
Frau M. ist 65 Jahre alt, lebt allein von einer kleinen Rente in einer kleinen Mietwohnung in einem sozialen Brennpunkt. Von Beruf ist sie Buchhändlerin, jedoch schon seit über 20 Jahren krankheitsbedingt frühberentet. Bis zum Tod ihrer Mutter vor 9 Jahren lebte sie gemeinsam mit ihr in der elterlichen Wohnung, in der sie auch aufgewachsen ist. Der Erhalt ihrer Wohnung und die Hoffnung dort wenn möglich bis zu ihrem Tod bleiben zu können, ist für sie von wichtiger Bedeutung. Dementsprechend ist ihre Wohnung sehr individuell und speziell eingerichtet mit vielen Reminiszenzen von früher und lässt für Bewegung kaum Platz. Als musisch und künstlerisch interessierter Mensch verbringt sie ihre Zeit vorrangig mit Bücher lesen und dem Hören von klassischer Musik. Hin und wieder spielt sie auch noch selbst auf ihrem Violoncello. Kontakte und Beziehungen pflegt sie zu ihrer Schwester und deren Familie, die allerdings relativ weit weg von ihr wohnt. Regelmäßigen Kontakt hat sie noch zum Pfarrer ihrer Kirchengemeinde. Ansonsten hat sie kaum Kontakte zu anderen Menschen. Aufgrund ihrer körperlichen Erkrankungen (Herzprobleme, chronische Bronchitis) benötigt sie regelmäßig Hilfe beim Einkauf. Ihren Haushalt kann sie selbstständig führen.

Frau M. erkrankte im Alter von 25 Jahren an einer paranoid halluzinatorischen Psychose mit häufigen und oft langen stationären Unterbringungen. Es fiel ihr schwer, bzw. es gelang ihr kaum, ohne professionelle Unterstützung nach den stationären Unterbringungen zuhause zu verbleiben und zu

verstehen, dass sie psychisch krank ist, geschweige denn die Erkrankung in ihr Alltagsleben zu integrieren. Als sie bei einer weiteren Unterbringung der Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Hilfen aufsuchte, befand sie sich in einem desolaten Zustand: Schulden in Höhe von nahezu 20.000€. Sie hatte versucht, in Verkennung der Realität eine Buchhandlung in ihrer Wohnung einzurichten. Frau M. war abgemagert, isoliert in einer völlig unaufgeräumten Wohnung. Diese Lebenslage ermöglichte schließlich die Kontaktaufnahme und *auch den Aufbau einer Vertrauensbeziehung. Während die Auseinandersetzung über die Erkrankung zu Beginn des Kontaktes und die Entwicklung einer Beziehung irrelevant und geradezu kontraproduktiv war, außer dass sie sich auf die Einnahme von Medikamenten einließ und einmal in 2 Monaten den Nervenarzt aufsuchte, ging es vorrangig darum, ihre desolate Lebenslage anzugehen, zu sortieren, zu ordnen und Schritt für Schritt zu bewältigen. Zu Beginn noch sehr zurückhaltend und misstrauisch konnte sie die Hilfe nach und nach annehmen. Kontinuierliches und vorsichtiges, empathisches Dranbleiben, ohne sie zu überfordern oder ihr einen Rhythmus von außen aufzuzwingen, abgesehen von den zeitlichen Fristen, die bei der Entschuldung einzuhalten waren. Wohl dosierte, aber regelmäßige Gespräche über ihre aktuelle Lage und Biografisches, ermöglichten Schritt für Schritt den Aufbau eines kontinuierlichen Kontaktes und einer stabilen Vertrauensbeziehung. Dieses Vertrauen und die Erfahrung konkreter Hilfe (die Stabilisierung und Beruhigung ihrer schwierigen Lebenslage) stellten die Grundlage her für eine vorsichtige, sukzessiv sich ausdehnende Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung. Über einen Prozess von einigen Jahren hinweg gelang es ihr zunehmend, die psychische Erkrankung als Teil ihrer selbst zu akzeptieren, indem sie gleichzeitig Zusammenhänge von Biografischem, Aktuellem und ihrem eigenen Lebensentwurf herstellen konnte und verstehen lernte.*

So wurde es ihr in enger Kooperation mit dem Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Hilfen möglich, sich selbst immer besser zu verstehen. Es gelang ihr, die Symptome ihrer Erkrankung mit Ereignissen (vor allem Kriegserlebnisse) von früher in Verbindung zu bringen. Die Symptome sind für sie nicht mehr sinnlos und unverständlich. Medikamente werden für sie zum hilfreichen Begleiter, auch wenn sie diesen im Kern als „chemische Keule“ äußerst kritisch gegenübersteht.

Die situativ angepasste und flexible Arbeit der Sozialpsychiatrischen Hilfen besteht vorrangig darin, in Alltagsbezogenen Gesprächen, wo immer diese (bedingt durch die jeweilige Lebenslage) auch stattfinden, folgende Aspekte und Ziele zu verfolgen: Es geht um die vorsichtige, geschmeidige Förderung des Annehmens und der Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Dabei bildet die Biografie in Verbindung mit der aktuellen Lebenslage zum besseren Verstehen und Verständnis eine wesentliche Grundlage. Die Gespräche richten sich u.a. aus auf die Förderung intrinsischer Motivationen und Haltungen, also auf das Verstehen von Erkrankung und Symptomen in der Verbindung von inneren Prozessen mit der aktuellen Lebenslage und der weiteren Lebensplanung. Ressourcenorientierung, Zuversicht, Hoffnung, aber auch die Verortung auf dem Boden der Realität in der Auseinandersetzung mit den betroffenen Menschen tragen dazu bei, mit der psychischen Erkrankung nicht nur leben zu lernen, sondern sie aktiv in die weitere Lebensplanung einzubauen und so offen wie es jeweils angemessen scheint, damit umzugehen.

Krisensituationen spitzen sich dann zu, wenn zur Ambivalenz als grundlegende Verunsicherung zusätzliche Belastungen hinzutreten.

Es geht um die vorsichtige, geschmeidige Förderung des Annehmens und der Auseinandersetzung mit der Erkrankung.

Wie sich der Umgang mit der Krankheit in Phasen gliedert und Zeiten von Akzeptanz und Ablehnung der Erkrankung sich abwechseln und wie dies in den Alltag der jeweiligen Umgebung eingebettet ist, soll noch an einem anderen Beispiel verdeutlicht werden.

Das Beispiel von Frau D.

Frau D. ist 47 Jahre alt, geschieden, lebt allein in einer Mietwohnung von Erwerbsunfähigkeitsrente und aufstockender Sozialhilfe. Von Beruf ist sie Erzieherin. Den Prozeß des Ausstiegs aus dem Berufsleben hin zur Frühberentung in den letzten vier Jahren erlebte sie sehr schmerzhaft. Vor ca. 20 Jahren erkrankte Frau D. an einer schizo-affektiven Psychose und musste insgesamt 6 mal stationär behandelt werden, davon dreimal zwangsweise. Immer noch gestaltet sich ihre Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung virulent und lebhaft. Auf der einen Seite wehrt sie sich dagegen, lehnt sie ab und lehnt sich dagegen auf. Sie fragt sich, warum gerade sie an der für sie schmerzhaften und kaum zu akzeptierenden Psychose erkrankt ist. Sie beschreibt Lebensgefühle und Antriebssteigerungen, die sie nur in einer psychotischen Phase wahrnimmt. Andererseits gibt es Phasen, in denen sie die Erkrankung akzeptiert und nach Abklingen einer psychotischen Krise depressive Stimmungen durchlebt. Dies geschieht u.a. auch deshalb, weil sie sich ihrer Handlungen und Aktivitäten während der Psychose teilweise schämt. In ruhigen Phasen äußert sie klar, keine weiteren Psychosen mehr erleiden zu wollen.

Krisensituationen entstehen und spitzen sich dann bei ihr zu, wenn zur Ambivalenz als grundlegende Verunsicherung zusätzliche Belastungen oder neue Situationen hinzutreten, z.B. Schulden, hohe Anforderungen am Arbeitsplatz, Ärger mit dem Vermieter, aber auch, wenn sie sich neu verliebt. Da sie sich gleichzeitig in solchen Phasen gesund fühlt, beginnt sie nach und nach die ohnehin auf eine Minimaldosis reduzierten Neuroleptika wegzulassen. Dadurch kann sich innerhalb eines Monats eine akute psychotische Krise aufbauen. Introspektions- und Reflexionsfähigkeit, die in stabilen Phasen vorhanden und zur Alltagsbewältigung zu nutzen sind, reichen in der Übergangszeit nicht mehr aus. Ihre sich verändernden Gefühle setzen sich mehr und mehr durch, es sei denn, dass es gelingt, sie noch in einem relativ frühen Stadium zu erreichen und "wieder zurückzuholen":
So strengte z.B. der Vermieter aufgrund ausbleibender Mietzahlungen eine Kündigung mit Räumungsklage an, unterstützt durch Mitteilungen der Mitbewohner im Haus. Frau D. wäre nachts sehr laut und reagiere äußerst unfreundlich bis aggressiv, wenn sie

darauf angesprochen werde. Es war bekannt, dass sie sich in früheren Zeiten des Öfteren in ähnliche Situationen gebracht hatte. Es drohte Wohnungslosigkeit, deren Vermeidung zu einer wichtigen Aufgabe und Funktion sozialpsychiatrischer Arbeit gehört.
Das Handeln war bestimmt von der Verantwortung ihr, dem Vermieter und den Mitbewohnern gegenüber. Diese hatten in der Vergangenheit einiges zu ertragen und konnten deswegen nicht allein gelassen werden. Vor diesem Hintergrund wurde ihr schriftlich folgendes mitgeteilt: Wenn sie wollte, dass die Mitarbeiter/-innen der Sozialpsychiatrischen Hilfen ihr bei der Verhinderung der Wohnungslosigkeit behilflich sein sollten und sie weiterhin in ihrer Wohnung leben wollte, musste sie sich wieder in nervenärztliche Behandlung begeben und gegen ihre zunehmenden psychotischen Symptome Neuroleptika einnehmen. Diese Entscheidung, so vorzugehen, wurde nach längerer Diskussion in der Fallbesprechung des Teams getroffen.
Die Kompensation der Mietschulden und die Verhandlungen mit dem Vermieter, Frau D. noch eine letzte Chance einzuräumen, um damit der drohenden Räumung entgegenzusteuern, machten nur dann einen Sinn, wenn sie bereit war, wieder in die sie umgebende Realität zurückzukehren und nicht weiter in ihre eigene psychotische Welt abzugleiten.

Frau D. ließ sich ohne Diskussion auf den Vorschlag ein. Eine intensive Begleitung mit fast täglichen Kontakten war notwendig. Diese ermöglichte in einem Zeitraum von ca. vier Wochen die Bewältigung der gesamten Krisensituation. Die Arbeit bestand im Wesentlichen in Verhandlungen und Gesprächen mit ihr, dem Vermieter, dem Sozialamt und in der engen Kooperation mit dem Nervenarzt. Die Unterstützung umfasste auch die Kontrolle der Medikamente und die Einhaltung der vereinbarten Termine. Bei allen notwendigen Schritten galt es immer wieder abzuklären, was Frau D. wieder selbstständig tun konnte und wo sie noch Unterstützung benötigte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass

- der Umgang und das Leben lernen mit Ambivalenzen
- deren vorsichtige und schrittweise Bearbeitung mit dem Ziel, mehr Stabilität und Ruhe in ihren Alltag zu bringen, und
- gleichzeitig ein hohes Maß an Kontrolle
- sowie klare und eindeutige Bedingungen für die Betreuung zur Vermeidung einer weiteren individuellen und sozialen Marginalisierung

die Haltung und die Handlungsweise der Mitarbeiter/-innen sozialpsychiatrischer Hilfen bestimmen. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Kontaktes und der (Weiter-) Entwicklung einer Vertrauensbeziehung.

Das Konzept der offensiven Einmischung in unsicheren Zeiten – wider die Reduktion der Komplexität

Emanzipatorisch, auf die Ausweitung der Möglichkeiten des psychisch kranken Individuums in seiner Lebenswelt angelegtes lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln entsteht nicht von allein und bleibt auch kein Selbstläufer. Es stellt Anforderungen an das professionelle Selbstverständnis und ans professionelle Handeln und dies auf verschiedenen Ebenen (einzelfallbezogen, Koordination und Organisation von Hilfen, fachpolitische Arbeit mit der Selbsthilfe, Sozialraumorientierung). Hintergrund und Grundlage dafür ist die aktuelle gesellschaftliche Lage: Neoliberalistisch geprägtes und bestimmtes wirtschaftliches Handeln geht einher, bzw. bestimmten Haltungen und Handeln von Individuen und der Gemeinschaft/Gesellschaft. Es geht einher mit Vereinzelung, Isolierung, Entsolidarisierung bis zu materieller und sozialer Randständigkeit. Wir leben in einer gesellschaftlichen Situation, in der das Individuum in erster Linie verantwortlich ist für das Gelingen wie für das Scheitern (Ehrenberg 2008, Baumann 2017), für einen gelingenderen wie für einen misslingenderen Alltag.

Im sozialpsychiatrischen Alltag kommt es darauf an, sich gemeinsam mit der Selbsthilfe offensiv in die sozialpolitischen Prozesse einzumischen.

Begriffe wie, dass der Mensch wieder dem Menschen zum Bedürfnis wird, Solidarität, Vertrauen, tiefer gehende, kontinuierliche Beziehungen, Entschleunigung, Kampf um soziale Gerechtigkeit gerade für die Ärmsten, Schwierigsten und die am meisten von Ausgrenzung betroffenen Menschen, konsequente sozialpolitische Arbeit, scheinen geradezu aus der „Zeit gefallen zu sein“. Und doch gibt es dazu keine Alternative in der weitergehenden gesellschaftlichen Entwicklung, wenn sie sozial gerechter werden und am Menschen orientiert sein soll.

Diese Werte, die eigentlich in einer demokratischen Gesellschaft allgemein gelten (sollten), bilden unverzichtbare Voraussetzungen und Ziele erfolgreichen, sozialpsychiatrischen Handelns. Gleichzeitig könnte dadurch sozialpsychiatrisches Handeln dort, wo diese Werte aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung in nicht wenigen gesellschaftlichen Bereichen auf dem Rückzug begriffen sind, wiederum als Orientierung in der und für die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung herangezogen werden. Doch handelt es sich hier um eine konkrete Utopie, verbunden mit viel Hoffnung und Zuversicht.

Im sozialpsychiatrischen Alltag kommt es darauf an, sich gemeinsam mit der Selbsthilfe offensiv in die sozialpolitischen Prozesse einzumischen. Damit ist das Ziel verbunden, Rahmenbedingungen zu verbessern, zu verändern, im konkreten Einzelfall Ressourcen zu stärken und zu fördern, im Sozialraum tätig zu sein, kontinuierlich mit den politisch Verantwortlichen und den Kostenträger nicht nur in Kontakt zu sein, sondern Beziehungen aktiv zu gestalten und konstruktive Auseinandersetzungen zu führen, wenn es um die aktuellen Herausforderungen geht, z.B. um die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes oder um „Stationsäquivalente Behandlung“ oder (vor allem) um die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung.

Sozialpsychiatrisches Handeln hilft und trägt schließlich mit dazu bei, sozial gerechtere, partizipatorischere und demokratischere Verhältnisse und Bedingungen zu schaffen, so schwierig dies auch immer ist.

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag gibt es im Internet unter www.kerbe.info

Welche Zugangswege führen professionell Tätige zum eigensinnigen Alltag der Menschen?

Der Werkzeugkoffer der Sozialraumorientierung

Von Stefan Bestmann

1. Wieso überhaupt Alltag?

In der Praxis psycho-sozialer Arbeit zeigt sich der Spagat zwischen einer sich in den letzten Jahrzehnten stets stärker spezialisierend differenzierenden, sich gleichsam voneinander isolierenden sogenannt professionellen Arbeit und der gleichzeitigen Notwendigkeit einer nachhaltigen, die Eigenkräfte der Adressat*innen zulassenden und stärkenden Unterstützung (als Hilfe zur Selbsthilfe). Psycho-Soziale Arbeit hast sich folglich der Komplexität des Alltags der Menschen zu stellen, um überhaupt wirksam werden zu können.
Die zwei zentralen Einflussgrößen sind dabei eine ernsthaft umgesetzte, aktive Partizipation im Sinne einer einflussnehmenden und mitgestaltenden Teilhabe und Teilgabe (Dörner 2010: 77) der Adressat*innen sowie damit einhergehend eine koordinierte Kooperation multiprofessioneller sowie lebensweltlicher Akteure in sozialraumbezogenen Diskurs- und Handlungsräumen. Der pragmatische Lebensalltag der Menschen bildet die Grundlage des Sozialen (Handelns) und die Bewältigung dieses Lebensalltags der Menschen (Böhnisch 1997) wird zum zentralen Gegenstand Psycho-Sozialer Arbeit.
Die Zielstellung und professionsethische Leitlinie einer solchen ursprünglich als Alltagsorientierung, später im sich akademisch etablierenden Fachdiskurs immer stärker als Lebensweltorientierung gefassten Konzeptualisierung liegt in der Ermöglichung eines selbstbestimmteren, gelingenderen Alltags der Adressatinnen und Adressaten (Thiersch 1986).

2. Was impliziert der Eigensinn einer Alltagsorientierung in psycho-sozialen Handlungsfeldern?

Die Befassung mit dem Lebensalltag macht die Auseinandersetzung und zugleich die Akzeptanz von Komplexität (Strunk/Schiepek 2014) notwendig. Komplexität bedeutet, dass nicht ganz klar herauszuarbeiten ist, was die Ursache und was die Wirkung ist bzw. dass sich dies stets gegenseitig beeinflusst (relational zirkulär). Zudem lässt sich zumeist mehr als nur eine einzig isolierbare Einflussgröße ausmachen. Die Folge davon ist, dass im Grunde eine hilflose Suche nach möglichst objektivierbaren Ursachen bzw. Wirkungsketten (ganz modern: ‚Präventionsketten') nicht mehr notwendig wird. Damit einher geht folglich die Akzeptanz, dass ein Alltag stets von Intransparenz und Nichtwissen (Wehling 2006) geprägt ist. Vieles lässt sich schwer nachvollziehen, ist nicht ausreichend erklärbar und erscheint wie ein verworrenes Durcheinander.

Eine weitere Herausforderung, die sich daraus ergibt, ist, dass in sozialen Interaktionen Prozesse nicht zielgerichtet im Sinne eines vorweg definierbaren Ergebnisses oder Zustands gesteuert werden können. Wir Menschen ändern unsere Sichtweisen, Einstellungen und Handlungen in der Regel nur dann, wenn uns selbst das ‚Andere' als sinnlogisch hilfreicher und nutzbringender erscheint. Zudem muss diese Veränderung überhaupt im real existierenden Alltag umsetzbar und möglich werden. Dies alles bedeutet, dass es wenig hilfreich ist, wenn Sozialarbeiterinnen und -arbeiter professionell ‚so tun', als hätten sie eine Idee, was für

Stefan Bestmann
Professor für Theorien und Methoden Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Gemeinwesenarbeit in Berlin, Europäisches Institut für Sozialforschung:
stefan.bestmann@khsb-berlin.de

einen Menschen oder ein Familiensystem hilfreich sein könnte und was die Personen aus professioneller Sicht jeweils brauchen und tun sollten. Eine solche vorab durch selbst ernannte Expertinnen und Experten gesetzte, sogenannte zielfokussierte Steuerung wird abgelöst durch einen partizipativ-dialogischen Entwicklungsprozess von Veränderungsoptionen. Die Akzeptanz von Autonomie, Selbststeuerung und Selbstbestimmung, da die sogenannten Klient*innen ja eh machen was sie wollen, ist folglich das Fundament (und nicht das Problem) des Handelns Psycho-Sozialer Arbeit (Förster/Pörksen 2011), es ist quasi ihr professionsbezogener Eigensinn.

Im soziologischen Diskurs wird daher seit geraumer Zeit eine „Umwandlung des Expertensystems zu einer demokratisch organisierten, durch Dialoge bestimmten öffentlichen Sphäre" (Lash 1996, S. 345) als Form einer sogenannten reflexiven Modernisierung gefordert (Beck et al. 1996). Bezogen auf das Funktionssystem der Psycho-Sozialen Arbeit korrespondiert diese Ableitung

mit dem „Abschied vom Experten“ (Olk 1986) und dem „Abbau von Deutungsasymmetrien zwischen sozialarbeiterischen Professionellen und Klienten durch das alltagsweltliche Handlungskonzept“ (Olk 1986, S. 241).

Die Bewältigung des Alltags als Ausgangspunkt

Der Lebensalltag in all seinen Bezügen und mit den verschiedenen Herausforderungen bleibt der zentrale Ansatzpunkt der sozialarbeiterischen Profis (und nicht – wie so häufig in der Handlungspraxis zu beobachten – müssen sich die Adressatinnen und Adressaten an der Logik der professionellen Bezugssysteme orientieren). Damit einhergehend bedeutet eine so verstandene Psycho-Soziale Arbeit, dass die Menschen in einer Unterstützungssituation möglichst schnell wieder in ihrer selbstbestimmteren (Weiter-)Entwicklung und Veränderung hin zu einem gelingenderen Alltag unabhängig werden von professionell angebotener Hilfe (statt sie abhängig zu machen von Betreuung und Versorgung).

Selbstbestimmter kann ein Mensch aber erst dann leben, wenn neben diesen individuellen Möglichkeiten der Reflexion eine gesellschaftliche Ordnung vorhanden ist, die zugleich eine Freiheit des Handelns ermöglicht.

Eine gelingende personenbezogene Interaktion arbeitet neben der einzelfallbezogenen Dimension zeitgleich an den dieses soziale System beeinflussenden Faktoren des Alltags. Die Aufgabe Psycho-Sozialer Arbeit besteht folglich darin, neben der individuellen, rein auf den Einzelfall und das individuelle Verhalten bezogenen Unterstützung stets auch sich häufende sozialstrukturell einflussnehmende Phänomene in den Verhältnissen (Lebenslagen) wahrzunehmen, zu identifizieren, zu benennen, sichtbar zu machen, diskursiv zu erweitern und (gemeinsam mit den Adressatinnen und Adressaten) in Veränderung zu bringen. So produzieren beispielsweise die ökonomischen Rahmungen, die Wohnsituation, die berufsbiografische Perspektive usw. in vielen Ausgangslagen im Grunde existenzielle Bedrohungen. Wenn in diesen zentralen Existenzbedingungen ein Mangel besteht, also beispielsweise die ökonomische Perspektive bedroht oder schlicht unzureichend ist, wenn der Wohnraum deutlich zu eng gestaltet ist, hilft nicht allein eine auch noch so kompetent dargebotene systemische Einzelfallberatung oder gar -therapie, um die Sicht- oder Verhaltensweisen zu verändern, wenngleich es zumeist das ist, was Psycho-Soziale Dienstleister*innen in ihrem standardisiert-professionalisierten Angebotsportfolio präsentieren können bzw. dürfen. Es wird deutlich, dass die Bewältigung eines Alltags durchaus ein Mehr ist als die Reduzierung auf allein sozialpädagogische oder therapeutische Erkenntnisse. Diese anderen einflussnehmenden Faktoren sind gleichsam bedingend für eine Ermöglichung eines selbstbestimmteren, gelingenderen Alltags und damit eben auch grundlegend für eine hilfreichere, im Sinne einer den Alltag wirksam verändernden Psycho-Sozialen Arbeit.

Eine damit einhergehende Notwendigkeit für das professionelle System liegt darin, eine für die Adressatinnen und Adressaten alltagskompatible Perspektive einzunehmen und sich der Komplexität des Alltags der Menschen zu stellen. Durch ein stark segmentierendes, nicht abgestimmtes Spezialist*innentum mit funktionalen, zumeist voneinander abgegrenzten, geradezu isolierten Differenzierungen entfernen sich die professionellen Sichtweisen zumeist deutlich von den alltagsbezogenen Wirklichkeitskonstruktionen der Adressatinnen und Adressaten. Psycho-Soziale Arbeit steckt nach einer kritischen Analyse von Klaus Dörner (2012) nach wie vor eher in einem industriellen Verständnis von Homogenisierung, Differenzierung, Spezialisierung sowie Isolierung von Arbeitsprozessen, Stationierung und alltagsferner Ausschließung.

Strategien einer gelingenderen Psycho-Sozialen Arbeit – das Fachkonzept SRO

Selbstbestimmung zeigt sich für den Schweizer Philosophen Peter Bieri, im Unterschied von, „einem Leben, in dem jemand sich so um sein Denken, Fühlen und Wollen kümmert, dass er in einem emphatischen Sinne sein Autor und sein Subjekt ist, und einem anderen Leben, das der Person nur zustößt und von dessen Erleben sie wehrlos überwältigt wird“ (Bieri 2011: 11). Selbstbestimmter kann ein Mensch aber erst dann leben, wenn neben diesen individuellen Möglichkeiten der Reflexion eine gesellschaftliche Ordnung vorhanden ist, die zugleich eine Freiheit des Handelns ermöglicht. Folglich ist neben der subjektiven Fähigkeit der Willensbildung auch die Möglichkeit, seinen Willen in die Tat umsetzen zu können, als Merkmal von Willensfreiheit zu markieren (Keil 2009). So geht es um einen gesellschaftspolitischen Aufbau von Teilhabe- und Teilgabechancen. Ganz im Sinne des Capability Approach gilt es einen „Fähigkeitsraum“ zu entwerfen, da „die Beseitigung gewichtiger Unfreiheit eine grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung eines jeden einzelnen Menschen ist“ (Sen 2000: 10).

Mit diesem Grundverständnis korrespondiert das Fachkonzept Sozialraumorientierung[1] (Hinte/Treeß, 2007; Fürst/Hinte, 2014) als ein zuvörderst und maßgeblich personenbezogener Ansatz Psycho-Sozialer Arbeit, welcher durchaus und notwendiger Weise ebenfalls Ableitungen für organisationsstrukturelle, prozessuale und sozialraumbezogene Aspekte formuliert. Das zentrale Leitprinzip fokussiert den (Eigen-)Willen der Adressatinnen und Adressaten. Ihre Interessen und Themen legitimieren als zentraler Ausgangspunkt jegliche Aktivitäten der professionellen Interaktionsaufstellungen. „In der sozialräumlichen Arbeit gehen wir davon aus, dass der Wille der Menschen eine wesentliche Kraftquelle für Aktivitäten zur Gestaltung des eigenen Lebens bzw. des Wohnumfeldes darstellt“ (Hinte/Treeß 2007: 46). Dieser Aspekt stellt im Fachkonzept den zentralen Kristallisationspunkt dar und wird daher entsprechend deutlich expliziert, zumal als eindeutige Abgrenzung zu den in der Praxis oft, aus Sicht von Hinte fälschlicherweise synonym verwendeten Begriffen wie Wunsch, Maßnahme, Bedürfnis, Perspektive, Auftrag (Hinte 2007: 108). Um an den Eigeninteressen der Menschen anschlussfähig zu sein, bedarf es adäquater und legitimierter Zugänge der professionell Tätigen. Persönliche Beziehungen sind der Schlüssel, um die

[1] Im Folgenden auch Fachkonzept SRO abgekürzt.

bereits bestehenden Aktivitäten der Adressatinnen und Adressaten überhaupt zu erkunden. Es geht weniger um eine Aktivierung der Menschen, womöglich noch für Zielstellungen aus Sicht pädagogischer Expertisen. Durch das ernsthaft dialogische Gespräch, die unmittelbare Interaktion mit den Menschen wird erst erfahrbar, was die Menschen wollen! Das Subjekt-Subjekt-Verständnis in der Aufstellung zwischen dem professionell tätigen Akteur und seinem Gegenüber ist eine grundlegende Selbstreflexion der eigenen Rolle. „Wer Du spricht, hat kein Etwas zum Gegenstand. [...] Aber er steht in der Beziehung" (Buber 2006: 8). Der Mensch als ein ‚Gegenüber' wird nicht zum Objekt sozialarbeiterischen (Be-)Handelns sondern verbleibt – ethisch betrachtet eigentlich selbstverständlich – in seinem Status eines selbstaktiven Subjektes, das ernst genommen werden muss in seiner je eigenen Wahrnehmung und Gestaltungsfähigkeit.

Neben dem bereits ausgeführten ersten Prinzip der „Orientierung an den Interessen und am Willen" (Hinte/Treeß 2007: 45) der Individuen stellt die „Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe" (Hinte/Treeß 2007: 51) das zweite Prinzip dar. Dies meint die Unterstützung der Menschen, ihre eigenen Potenziale, ihre bereits bestehenden Aktivitäten und Eigenkräfte in der Bewältigung des Alltags wahrzunehmen und zu bestärken. Es geht also insbesondere darum, herauszuarbeiten, was derjenige selbst tun kann, um seinen eigenen Vorstellungen, seinem Willen im konkreten Alltag ein Stück näherzukommen. Die Betonung auf die Selbsthilfepotenziale impliziert weder die Schwächung der sozialstaatlich verbrieften Leistungen noch die Lösung von Problemen, die weder durch die Adressatinnen und Adressaten beeinflussbar noch verantwortbar sind. Damit eng einher geht das dritte Prinzip der „Konzentration auf die Ressourcen" (Hinte/Treeß 2007: 60). Dabei wird unterschieden zwischen den Ressourcen der Menschen selbst, ihrer sozialen Bezüge und denen des Sozialraums. Das vierte Prinzip beinhaltet die „zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise" (Hinte/Treeß 2007: 72). Die fachliche Konstruktion einer Zielgruppe verführt dazu, bestimmte Etiketten zu verwenden, die in der sozialarbeiterischen Interaktion mit einem Individuum einerseits nicht passen und andererseits die Subjekt-Subjekt-Beziehung außer Kraft setzen und dazu verleiten, eher etwas für Menschen zu tun statt mit ihnen. Zugleich darf sich Psycho-Soziale Arbeit in ihrem Agieren in einem Sozialraum nicht von anderen Handlungsbereichen losgelöst bewegen. Die funktionale Zergliederung der lebensweltlichen Bezugssysteme in Aufgabenbereiche, Ämterstrukturen etc. ist eben ein schlicht lebensweltund alltagsferner Versuch organisationsbezogener Steuerungsprozesse, der durch einen sozialraumorientierten Ansatz aufgrund der subjektorientierten und ganzheitlichen Ausrichtung dekonstruiert und in koordinierter Kooperation als fünftes Prinzip nutzbar gemacht wird.

Damit diese Handlungsprinzipien im konkreten Arbeitsalltag wirksam werden können, bedarf es anspruchsvoller Umsetzungsbedingungen auf den vier zentralen Dimensionen des methodischen Handelns, der organisationalen Aufstellung, der Steuerungslogik sowie eine fachzieldienlichen Finanzierungssystematik all dessen.

Daher darf die Finanzierungslogik nicht auf Defizite orientiert sein bzw. eine Problem zuschreibende Intervention notwendig machen, die dem Leistungsträger einen lukrativeren Ertrag bringt, zumal dies einer Hilfe zur Selbsthilfe komplett entgegensteht.

Dies bedeutet, dass die je subjektive Lebensqualität der Menschen in einem Sozialraum zur handlungsfeldübergreifenden Steuerungsgröße etabliert wird und weniger der ‚Fall', das ‚Problem' oder die ‚Erkrankung', die Zielgruppe, die Immobilie, die Belegung der stationären Plätze oder ähnliche Abgrenzungskategorien das fachliche Handeln motivieren. Gleiches gilt für die Finanzierungslogik. Möglichst eine lebensweltbezogene und wirksame Hilfe, gerade auch unter Nutzung der den Adressatinnen und Adressaten immanenten, lebensweltlichen Ressourcen, soll befördert werden. Daher darf die Finanzierungslogik nicht auf Defizite orientiert sein bzw. eine Problem zuschreibende Intervention notwendig machen, die, je schwerwiegender und langandauernder der ‚Fall' ist, dem Leistungsträger einen entsprechend lukrativeren Ertrag bringt, zumal dies einer Hilfe zur Selbsthilfe zumeist komplett entgegensteht.

3. Welche Zugangswege erschließen den Eigensinn des Alltags der Menschen?

Wie zeigt sich dies nun im Konkreten bei der handlungspragmatischen Anwendung des Fachkonzeptes SRO? Im Folgenden werden ein paar Praxisexempel aus durchaus unterschiedlichen Handlungsfeldbezügen skizziert.

Wer ist hier eigentlich Expertin bzw. Experte für was?

Dem Fachkonzept Sozialraumorientierung liegen ausgesprochen viele verschiedene methodische Handlungsweisen zugrunde, die hier weder im Detail noch in Gänze ausgeführt werden können.[2] Sehr zentral und grundlegend wird zunächst die arbeitsalltägliche Ableitung der Fragestellung zum professionellen Selbstverständnis: Wer ist hier eigentlich Expertin bzw. Experte für was? Diese durchweg selbstkritische und stets selbstreflektierende Dauerfrageschleife durchzieht jedes professionelle Handeln. Kann ich das als Profi wissen auch wenn mich die Klientin danach fragt? Wie kann ich mir sicher sein, dass mein inneres Bild vom ‚Bedarf für den Adressaten' überhaupt das passende ist? Die schlichte Formel ‚nicht für sondern stets mit meinem Gegenüber' wird dabei zu einer sehr unterstützenden Orientierung. Ein Beispiel aus der Praxis soll die damit einhergehende Herausforderung, dass dieses Vorgehen manches Mal leichter klingt als es umsetzbar ist, verdeutlichen: eine sogenannte Komplexeinrichtung der Behindertenhilfe mit mehreren hundert Bewohner*innen hat eine in einem kleinen Ort gelegene

[2] Vgl. beispielsweise Fürst, R./Hinte, W. (2014) (Hrsg.). Sozialraumorientierung – Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien: utb:facultas.wuv oder auch Früchtel, F./Cyprian, G./Budde, W. (2007). Sozialer Raum und Soziale Arbeit – Fieldbook: Methoden und Techniken. 3. überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS-Verlag.

Außenwohneinrichtung für circa zehn Menschen konzipiert. Im Alltag dürfen die Menschen nunmehr im Sinne der Selbstbestimmung die institutionellen Versorgungsroutinen (Reinigung, Ernährung, Ausstattung, Tagesstruktur etc.) verlassen. Ein großes ‚Problem' zeigt sich bei der Verwaltung von Geld und dem selbstbestimmten Einkauf von Lebensmitteln: Müssen die Bewohner*innen hierfür zunächst pädagogische Trainingsprozesse durchlaufen, um ‚fit gemacht' zu werden für diesen Teil der Alltagsbewältigung oder wird ihnen erlaubt, dass sie (jetzt endlich und für die meisten ja erstmals) eigene Lebenserfahrungen sammeln dürfen, die selbstverständlich auch mit Scheitern, Herausforderungen, Schmerz, Versagen, Nicht-Können zu tun haben? Erst auf einer solchen, eher ganzheitlichen (Selbst-)Erfahrungsexpertise bildet sich in der Regel ein Fundament für eine selbstbestimmte Entscheidungsfähigkeit aus. Der sozialpädagogische, vermeintlich professionelle, im Grunde jedoch fürsorgerische Reflex verführt jedoch zumeist dazu, den Menschen genau diese Erfahrungen abzunehmen, was sie in ihrer Expertise der selbstbestimmten Alltagsbewältigung wiederum sehr einschränkt und zugleich in Abhängigkeit des professionellen Systems bringt.

Wie trifft der Arbeitsalltag den Lebensalltag?

Ein anderes Beispiel dazu aus einem ganz anderen Handlungsfeldbezug: Die zukünftigen Mitarbeitenden eines sich noch im Aufbau befindenden Stadtteilbereichs einer Einrichtung machen einen ersten Stadtteilspaziergang. Das traditionell als Arbeiter*innenstadtteil zu bezeichnende Quartier zeigt sich von der Datenlage her als ein sogenanntes Armutsquartier. Bei der Begehung wird dies beispielsweise durch die Bausubstanz und den öffentlichen Raum mit ausgesprochen wenig Grünflächen und keinen Orten zum Verweilen für die Profis durchaus untermauert. Zugleich ist sehr auffällig, dass eine Nahversorgung für Lebensmittel sehr herausfordernd ist, da keine Läden existieren, gleichwohl in einigen Häusern ein Leerstand an Gewerberäumen sichtbar wird. Auch hier wird im Gespräch der sozialarbeiterische Reflex einer professionell gesteuerten Bedarfsdefinition ‚für' die Menschen in diesem Stadtteil sofort spürbar. Einerseits soll ein Begegnungsort in Form eines Cafés ‚für' die Menschen ‚in' dem neuen Stadtteiltreff geschaffen werden. Andererseits sollen durch ein Beschäftigungsprojekt die sogenannte lokale Ökonomie angeregt werden, um die Nahversorgung zu stärken und gleichzeitig Menschen dafür ‚aktiviert' werden. In durchweg bester Absicht entsteht so bereits sehr frühzeitig ein professioneller Expertiseblick, der keinen Zugang zu den dort lebenden Alltagsbewältigungsperspektiven der Menschen und ihren Themen, Interessen, Ressourcen und Expertisen hat.

Sowohl in der sogenannten einzelfallspezifischen Interaktion als auch in eher gemeinwesenbezogenen Handlungsfeldern ist es entscheidend, sehr ernsthaft herauszufinden, was die Menschen, die in diesen Bezügen ihren Alltag leben, aus sich heraus wollen, was sie in der Alltagsbewältigung interessiert, wofür bei ihnen selbst Lebensenergie, und sei es zunächst im Sinne von Ärger oder ‚Eigenwilligkeit', sichtbar wird. Bevor also sogenannte professionelle Expertinnen und Experten herausarbeiten und definieren, was die Menschen brauchen, wird ein Zugang zu den lebensweltlichen Alltagsperspektiven notwendig, also dialogische, neugierige (und Sozialpädagogik freiere) Begegnungen an den Orten, an denen die Menschen bereits (unterwegs) sind. Die Expertise der Profis zeigt sich darin, solche Zugänge zu ermöglichen und zu gestalten.

Sowohl in der einzelfallspezifischen Interaktion als auch in eher gemeinwesenbezogenen Handlungsfeldern ist es entscheidend, sehr ernsthaft herauszufinden, was die Menschen, aus sich heraus wollen

Sozialraumanalyse als partizipative Beteiligungsmethode

An einem anderen Standort soll aus einem traditionell angebotsorientierten Zielgruppentreff ein eher selbstgetragener zielgruppenoffener Bürger*innentreff werden. Zunächst soll durch eine Sozialraumanalyse herausgearbeitet werden, wie sich die aktuelle Situation zeigt, wie diese bewertet wird und was sich daraus für Gestaltungsperspektiven ableiten lassen. Die Mitarbeiterin des Trägers beauftragt hierfür jedoch kein externes Sozialforschungsinstitut oder eine Studierendengruppe der Hochschule oder sucht in einer Sinus-Milieustudie nach Antworten. Vielmehr nutzt sie im fachlichen Verständnis einer partizipativ konzipierten Sozialraumanalyse entsprechende beteiligungsfördernde Verfahrensweisen (Nadelmethode, Weitwinkelscan, gemeinsam dialogische Dateninterpretationen, Bürger*innenversammlung etc.[3]) und ermöglicht somit bereits von Beginn an, dass die sogenannt betroffenen Adressatinnen und Adressaten als beteiligte und eigenaktive Bürger*innen zu verstehen sind.

Manchmal sind es bereits anscheinend kleine und durchaus eher unaufgeregte Vorgehensweisen, die bereits spürbare Veränderungen ermöglichen.

Kaffee trinken und spazieren gehen? Kooperative Stadteilbegehungen

Manchmal sind es bereits anscheinend kleine und durchaus eher unaufgeregte Vorgehensweisen, die bereits spürbare Veränderungen ermöglichen. So können durch die in einem Stadtquartier ansässigen, jedoch in unterschiedlichen Handlungsfeldern tätigen Träger verschiedene Stadtteilspaziergänge organisiert werden. Wenngleich dies zunächst in einem reinen Bezug der dort professionell Tätigen umgesetzt wird, kann es für die beteiligten, teilweise langjährig in diesem Stadtteil tätigen Mitarbeitenden Überraschungen geben, was an Themen oder auch Ressourcen sichtbar wird. Zugleich kann durch so eine Form der Vernetzungsarbeit das Kooperationspotenzial in diesem Stadtteil erst sichtbar werden. Das systematische und regelhafte Erfassen und Nutzbarmachen von Themen und Ressourcen in einem Quartier wird im Fachkonzept Sozialraumorientierung als einzelfallunspezifische

[3] Siehe auch http://www.sozialraum.de/methodenkoffer/

Arbeit beschrieben (Bestmann 2013). Hierfür gibt es sowohl im einzelfallspezifischen Beratungskontext als auch in den sozialräumlichen Ansätzen verschiedene Verfahrensweisen, um diese Themen und Ressourcen sichtbar und nutzbar zu machen, die hier nicht ausgeführt werden können. Wesentlich und voraussetzend dabei ist, dass diese Verfahrensweisen organisationsstrukturell unterstützt werden. Einerseits müssen die Legitimation und damit die Zeitressourcen für ein solches Vorgehen durch die jeweilige Trägerorganisation ermöglicht werden. Andererseits benötigt ein systematisches Wissensmanagement, das eher fließend-partizipativ als statisch-zentral aufgestellt wird, eine entsprechende Struktur und Begleitung. Ebenso bedeutet der Aufbau eines verbindlichen und gelingenden Kooperationsbezugs zunächst eine zeitliche Investition.

Wer hilft hier eigentlich wem? Beteiligung und Engagement

Häufig wird im Kontext sogenannter sozialräumlicher Ressourcen ein Bezug zwischen dem Bereich des ehrenamtlichen Engagements und dem Fachkonzept Sozialraumorientierung hergestellt. Einerseits erscheint dies sehr nachvollziehbar, da sogenannte sozialräumliche Ressourcen häufig (aber eben nicht nur) zivilgesellschaftlich engagierte Personen oder Organisationen sind. Gleichwohl besteht auch hier sehr deutlich das Risiko einer traditionell fürsorglichen Überformung der Eigeninteressen von Adressatinnen und Adressaten. Sehr häufig müssen in diesen Engagementkonstellationen die Adressatinnen und Adressaten in einer eher bedürftigen Funktionsrolle verbleiben, damit die ehrenamtlich Engagierten etwas ‚für' diese Menschen tun können. In manchen Handlungsfeldbezügen erscheint es ausgesprochen herausfordernd, diese Aufstellung zwischen Adressatinnen bzw. Adressaten, Engagierten und professionell tätigen Akteuren in eine eher partizipativere Balance zu bringen.

Partizipation, Ressourcenfokus und Eigenkräfte in diesem Kontext bedeuten, dass zunächst sehr genau und beharrlich-geduldig herausgearbeitet wird, was die Menschen zur Veränderung ihrer Lebenssituation aus sich heraus selbst umsetzen bzw. wie sie als Erfahrungsexpertinnen und -experten anderen dadurch hilfreich werden können (beispielsweise Peer-Counseling, Eigenkraftkonferenzen, Familienrat, Trialog etc.). Auch hier wird wieder deutlich, dass die professionelle Expertise sich maßgeblich auf die systematische Herstellung eines solchen Ermöglichungsraumes für Partizipation und Eigenkräfte fokussiert.

So gibt es Beispiele von selbstorganisierten und nur noch strukturell-peripher begleiteten Urlaubsfahrten (bedingt übrigens durch Kosteneinsparungsdruck) sogenannter psychisch beeinträchtigter Erwachsener aus einem stationären Praxisbeispiel, die dadurch auf einmal Ressourcen und Potenziale zeigen (dürfen), die zuvor nicht sichtbar waren bzw. nicht einmal von den Profis erwartet wurden.

Es wird deutlich, dass der professionelle Blick auf Ressourcen, das Zulassen der Eigenkräfte und der Selbstwirksamkeitspotenziale, das Herausarbeiten des sogenannten Willens und der daraus ableitbaren Veränderungsoptionen die respektvolle, alltagsbezogene Zugangsgestaltung und eine dialogische Kommunikation, aber auch gelingende Kooperationsgestaltungen, das Erkennen und Zugänglichmachen sozialräumlicher Ressourcen und lebensweltlicher Potenziale (und vieles mehr) durchweg anspruchsvolle, professionelle Vorgehensweisen mit entsprechenden Techniken und reflektiertem Professionsselbstverständnis voraussetzen.

4. Lebensqualität statt Versorgungsqualität

Die Adressatinnen und Adressaten haben einen Anspruch auf lebensweltliche, alltagsbezogene Hilfe in einem auf sie als handelnde Subjekte und Bürger*innen bezogenen Verständnis. Die zentrale fachliche Steuerungsgröße bestimmt die Lebensqualität im Alltag der Menschen in einem Sozialraum und nicht die Versorgungsqualität von konstruierten Zielgruppen.

Die Steuerung über ein raumbezogenes (eben nicht mehr allein einzelfallbezogenes), fachzieldienliches und systemisch-flexibles Finanzierungsmanagement entlang der fachlichen Wirksamkeitsindikatoren erweist sich als zentral. Es bedarf dabei nicht noch mehr (!) flexibler Angebote einzelner Träger, sondern eher (wenige) sozialraumbezogener Leistungsanbieter*innen (im kooperierenden Verbund), die das ganzheitliche Portfolio der Psycho-Sozialen Arbeit möglichst umfassend anbieten, um eben die ganzheitliche, fachliche Durchlässigkeit zu befördern. Der sozialraumbezogene Träger(verbund) mit einer breiten und ‚entsäulten' Handlungsfeldkompetenz verfügt in so einer Konstellation über einen planungssichernden, vom refinanzierenden Einzelfall gelösten Rahmen, der durchlässiger wird bezogen auf die durchaus auch proaktiven Handlungsbereiche.

> Der Bezug zum Sozialraum und den Menschen in der Kommune wird durch den selbstständigeren und selbstbestimmteren Alltagsbezug der Bewohner*innen und damit auch der Profis selbstverständlicher, intensiver und wirksamer.

Aus diesem Finanzierungsrahmen werden zugleich die einzelfallbezogenen Rechtsansprüche finanziert, aber eben keine versäulten Angebote mehr, sondern pragmatisch-alltagsbezogene Hilfen zur Veränderung des Lebensalltages. Es werden eher Regeleinrichtungen, Alltagsbezüge und profi(t)freie Lebenswelten gestärkt. Weg von der institutionalisierten Versorgungsqualität hin zu mehr subjektiver Lebensqualität zeigt sich durch aktive und dialogisch aufgestellte Partizipation, Orientierung am Willen der Menschen, unter Einbeziehung des nachbarschaftlichen Umfelds eines Alltags im Gemeinwesens sowie des Zulassens von Verantwortungsübernahme und auch des Aushaltens von Ambivalenzen bis hin zum Ausprobieren und gegebenenfalls Scheitern.

Der Bezug zum Sozialraum und den Menschen in der Kommune bzw. Gemeinde wird durch den selbstständigeren und selbstbestimmteren Alltagsbezug der Bewohner*innen und damit auch der Profis ganz pragmatisch selbstverständlicher, intensiver und wirksamer.

Krisenbegleitung nahe an der Lebenswelt der Menschen

Alltagsnahe Behandlungswege im Rahmen „Besonderer Versorgung“ in Berlin

Von Thomas Floeth, Julie Omura und Klaus Münzner

Für Pinel, seit 50 Jahren mit der Frage einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland befasst, war eine Begleitung in der Lebenswelt schon immer von zentraler Bedeutung. Zunächst als politische Bewegung, die die kritischen Zustände in den Großkliniken anprangerte, die rechtliche Gleichbehandlung von psychisch mit somatisch kranken Menschen einforderte und die Möglichkeiten zum breiten Einsatz psychotherapeutischer Behandlung gerade auch bei schwer kranken Menschen auslotete. Dann in Vorbereitung und Aufbau von alternativen Versorgungsformen in Berlin wie Beratungsstellen, therapeutischen Wohngemeinschaften, Beschäftigungstagesstätten und niedrigschwelligen Arbeitsangeboten. Heute ist der Pinel-Verbund zudem auch in den Bereichen Pflege, medizinische Behandlung und integrierter Versorgung für psychisch kranke Menschen tätig.

Thomas Floeth
Der Autor ist Geschäftsführer des Netzwerkes integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gGmbH in Berlin

Innerhalb des Pinel-Verbunds hat sich die Netzwerk *integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gGmbH* die Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungsverträgen (heute: „Besondere Versorgung“ nach §140a SGB V) zur Aufgabe gemacht. Als eine Art Vorläufer entstand zunächst um das Jahr 2000 im Berliner Bezirk Schöneberg eine Initiative aus Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitern verschiedenster sozialpsychiatrischer Träger, die sich mit Alternativen zur bisherigen Krisenversorgung beschäftigte und schließlich nach langem Ringen in die Errichtung einer „Krisenpension“ mündete. Diese nahm im Sommer 2005 ihre Arbeit auf – zunächst hauptsächlich als kreatives Engagement von ca. 50 Freiwilligen, die 2 Jahre ehrenamtlich einen 24/7-Betrieb einer für jeden offenen, ständig begleiteten kurzfristige Wohnmöglichkeit sicherstellten. In den folgenden Jahren wurde die Begleitung dann zu einer vergüteten Beschäftigung. Die Krisenpension kann heute maximal 10 Personen über Nacht aufnehmen und verzeichnet neben vielerlei Tagesnutzung ca. 2.000 Übernachtungen pro Jahr.

Auf der Basis der Krisenpension konnte 2007 ein erster Vertrag mit einer Krankenkasse zur integrierten Versorgung nach §140a-d SGB V abgeschlossen werden, der rasch um ambulante aufsuchende Behandlung erweitert wurde und in den Folgejahren zu weiteren Verträgen mit anderen Kassen führte. Im weitreichendsten dieser Verträge, dem „Netzwerk psychische Gesundheit“ mit der TK, wurden allein in Berlin ca. 4.000 Menschen versorgt, deutschlandweit waren es mehr als 20.000. Die Entwicklung solch ambitionierter und aufwendiger Verträge war kein Berliner Alleingang sondern erfolgte in einer deutschlandweiten Kooperation mit fortschrittlichen Trägern, die sich im Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. organisiert und dort dazu eigens eine BAG „Ambulante Behandlung“ gegründet haben.

Inhaltlich weist die Arbeit – inspiriert durch skandinavische, besonders finnische Vorarbeiten - einige prägnante Kennzeichen auf. Es geht in diesen Verträgen immer um akute Krisenversorgung und um Krisenprävention. Die Bedarfe des Klienten stehen im Mittelpunkt der Bemühungen (Need Adapted Treatment), wobei sein soziales Netzwerk von vorneherein mit einbezogen wird. Alle Mitarbeitenden sind entsprechend in Netzwerkarbeit im Rahmen eines von dem systemkritischen Psychiater Volkmar Aderhold entwickelten Spezialcurriculums zum Offenen Dialog fortgebildet. Jeder Klient hat zwei BezugsbegleiterInnen, die in Teams organisiert sind. Die Arbeit ist vom inhaltlichen Anspruch und

von der Organisationsform her trialogisch. In jedem Team sind mindestens zwei KollegInnen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung angestellt. Die Angehörigen-Perspektive wird methodisch gelebt (Hören mit dem „Angehörigen-Ohr"), kommt aber auch dadurch zum Tragen, dass viele Profis auch – unterschiedlich explizit gemacht - selbst Angehörigenerfahrung haben.

Wie wird in diesem Rahmen nun Alltagsnähe deutlich?

Alltagsnähe ist eines der auffälligsten Kennzeichen der Krisenpension. Neuankommende Besucher/innen können dort das weitermachen, was in ihrem Alltag schon vorher hilfreich für sie war. Denn sie sind und bleiben in ihrem Handeln selbstverantwortlich und letztlich frei. Gleichzeitig können aber auch engmaschige Absprache getroffen und eine dichte Begleitung vereinbart werden. Dem Prinzip der Bedarfsangemessenheit folgend steht ihr eigener lebensweltlicher Alltag im Fokus, nicht eine vorgegebene künstliche Organisationswelt. Es gibt hier keine feste Struktur in der Art, dass um 8:00 Uhr Essenszeit ist, gefolgt von einem ausgearbeiteten Tagesprogramm. Der Ansatz ist eher, dass mit den einzelnen Besucher/innen über ihre Pläne für den Tag spricht, sieht, wo etwas gemeinsam getan werden kann, wo eher alleine, wo eine Begleitung sinnvoll sein könnte und wo sich eine Gruppenaktivität entwickelt. Was an einem Tag konkret passiert ist in hohem Maße angepasst an die Wünsche und Bedarfe der Menschen, die gerade vor Ort sind. Dazu gehören meist auch ganz normale Alltagsverrichtungen wie Einkaufen-Gehen oder gemeinsames Kochen. Es gibt keine für die Küche zuständigen Mitarbeiter und auch keine zuliefernde Großküche; es erinnert eher an Erfahrungen aus Wohngemeinschaften.

Die Besucher/innen der Krisenpension haben vielerlei Möglichkeiten, manche gehen von dort zur Arbeit, andere zwischendurch zu sich nach Hause. Die Grenzen zwischen drinnen und draußen sind verschwommen. Was die Organisation des gemeinsamen Haushalts angeht, gibt es einmal in der Woche eine gemeinsame Runde, wo dergleichen Fragen besprochen werden. Es sind aber keine festen Dienste für Hauswirtschaftsaufgaben vorgesehen, sondern die Aufgaben werden im Tun angesprochen. Neben einer externen wöchentlichen Grundreinigung müssen die Haushaltsdinge selbst gemacht werden. Wobei jemand, der z.B. in einer tiefen Depression verstrickt akut handlungsunfähig ist, natürlich unterstützt wird, bis er oder sie die Dinge wieder alleine regeln kann.

Alltagsnähe ist ein guter Ansatz, mit Krisen umzugehen, da hier die Eigenverantwortlichkeit gestärkt wird. Die Klient/innen merken in diesem Setting meist selbst, welche Dinge ihnen leicht fallen und wo sie Unterstützung brauchen. Im Gegensatz dazu ist die Krisenversorgung in einer Klinik meist eine Zäsur. Auch wenn sich in den letzten Jahrzehnten viel verändert hat in der stationären Versorgung, gerade auch, was Art und Dauer der Behandlung angeht, wird der Betroffene dennoch aus seinem Alltag herausgerissen und muss sich auf ein völlig neues Lebensumfeld einstellen, das – zumindest emotional - weit weg ist von seiner Lebenswelt. Zudem hat ein solcher Klinikaufenthalt immer auch etwas sehr Künstliches, wenn man gezwungen ist, jenseits der eigenen aktuellen Bedarfe einer klar vorgegebene Tagesstruktur zu folgen und wenn das eigene gewohnte soziale Umfeld erst mal keinen Raum finden kann, außer vielleicht in einer kleinen Nische zu den Besuchszeiten.

Die Mitarbeiter der Krisenpension müssen offen dafür sein, dass Dinge ineinander laufen können zwischen persönlichem und dienstlichem Kontakt.

Die ambulante Begleitung hingegen versucht gerade die Alltagswelt des Klienten systematisch mit einzubeziehen und einen Bruch mit der alltäglichen Lebenswelt zu verhindern, was oft als etwas sehr Ungesundes erlebt wird, das eine gesunde eigene Entwicklung eher beeinträchtigt.

Allerdings mag es auch Fälle geben, wo eine Auszeit sinnvoll und wo gerade ein Klinikaufenthalt in seiner Abgeschiedenheit und Andersartigkeit hilfreich sein kann. So kann es für einen Klienten mit einem Burn-out-Syndrom durchaus angezeigt sein, dass er für sich einen Weg findet, um mal auszusteigen und seine Situation von außen anzuschauen und dadurch eine andere Perspektive zu bekommen. Beim Großteil der Klient/innen ist ein Ausstieg hingegen nicht angezeigt. Nicht nur, dass es ihnen zunächst schwerfällt, das gewohnte Lebensumfeld zu verlassen und sich einem Klinikalltag zu unterwerfen. Auch nach Klinikaufenthalte fallen Klienten häufiger in ein Loch und werden auf ihre Probleme zurückgeworfen, die zuvor im Klinikaufenthalt – wie unter einer Käseglocke – abgeschirmt und ausgeblendet, aber eben nicht wirklich verschwunden waren. Gerade die Phase unmittelbar nach einem Klinikaufenthalt ist kritisch, wo statistisch nachweisbar auch eine extrem hohe Suizidrate zu verzeichnen ist.

Natürlich kann es auch bei Besucher/innen der Krisenpension sinnvoll sein, Abstand zu gewinnen, z.B. bei Stress oder wenn man sich in der eigenen Wohnung bedroht fühlt. Die Krisenpension versucht in so einem Fall zunächst Ruhe einkehren zu lassen und dann nach einiger Zeit die virulenten Fragestellungen gemeinsam anzuschauen, eine schrittweise Annäherung zu versuchen und neue Verhaltensoptionen auszuprobieren für die Situation, die als so schwierig erlebt worden ist. Die Krisenpension kann hier also ebenfalls helfen, eine Art Zäsur herzustellen. Sie kann aber auch bruchlos in den Alltag integriert werden. Das Angebot ist sozusagen ein Kontinuum zwischen klarer Zäsur und kaum merkliche Unterscheidung mit dem gewohnten Alltag.

Die Mitarbeiter/innen der Krisenpension, die sich einer alltagsnahen Arbeit verschrieben haben, müssen kontaktfreudige, interessierte Menschen sein, mit einer Offenheit dafür, dass Dinge ineinanderlaufen können zwischen persönlichem und dienstlichem Kontakt, zwischen Alltag und Arbeit, aber auch mit der professionellen Fähigkeit, in diesem Setting die Dinge dann doch auseinanderhalten zu können.

Eine Gefahr der gelebten Niedrigeschwelligkeit ist auch, dass die Krisenpension als Angebot zu attraktiv sein kann. Man muss dann klar im Kontakt und im Prozess sein, um festzustellen, wann die Krise bei einem Besucher abklingt, damit der Aufwand

frühzeitig reduziert werden und dann ggf. woanders Hilfe herkommen kann. Für manche Besucher/innen ist dies eine Herausforderung und man muss aufpassen, dass sich ein Klient nicht ungewollt fühlt oder rausgeworfen. Die Besucher/innen sollten sich an die „alternative Häuslichkeit" der Krisenpension nicht zu sehr gewöhnen, sondern immer im Blick behalten, wie sie in ihrem gewohnten Umfeld besser zurechtkommen können. Die Niedrigschwelligkeit hat hier auch ihren Preis und es ist häufig nicht einfach, klare Grenzen zu ziehen. So gibt die Krisenpension dem Eigensinn seitens der Klienten viel Raum und Verständnis. Dann kann es auch mal vorkommen, dass das Team etwas zu spät merkt, dass man sich früher hätte abgrenzen müssen. Hilfreich sind in diesem Prozess meist die Bezugsbegleiter des Klienten aus den ambulanten Teams, die mit ihren regelmäßigen Besuchen von außen auf das Geschehen in der Krisenpension einwirken.

Auch in der ambulanten Arbeit jenseits der Krisenpension im Rahmen der Integrierten Versorgungsverträge in Berlin ist Alltagsnähe ein durchgängiges Prinzip. Es beginnt damit, dass die KlientInnen jederzeit Personen hinzuziehen können, die ihnen wichtig sind. Wobei eine externe Beteiligung immer von der Zustimmung des/der Klient/in abhängt. Schon bei Aufnahme der Begleitung wird vermittelt und auch später immer wieder betont, wie hilfreich eine solche Beteiligung sein kann. Die Berücksichtigung des eigenen Netzwerks hat sich als Schlüssel für den Erfolg erwiesen, also diejenigen Menschen einzubeziehen, die zum eigenen Alltag dazu gehören und deswegen auch im Krisenverständnis, in der Krisenvorbeugung und der -begleitung eine Rolle spielen sollen.

Der Ansatz der bedarfsangemessenen Versorgung (need-adapted-treatment) in der ambulanten Begleitung bedeutet, dass man im Wesentlichen die Dinge macht, die für die tatsächlichen Gegebenheiten des Klienten relevant und passend sind. Die Versorgung wird Klient/innen nicht übergestülpt, sondern an die konkrete Alltags- und die Lebensproblematik angepasst. Der/die Klient/in hat die Möglichkeit, von dem Angebot genau das zu nutzen, was für ihn/sie und die aktuelle Situation gerade gut ist. Das Individuum wird mit seinen Schwierigkeiten und Stärken in seinen Alltagszusammenhängen und in seinem sozialen Netzwerk wahrgenommen. Es erhält nicht nur genau das, was ihm nützlich ist, sondern auch möglichst wenige fachliche Leistungen, denn es wird frühzeitig nach alltagsweltlichen, gerade nicht psychiatrischen Wegen der Unterstützung gesucht.

Das Individuum wird mit seinen Schwierigkeiten und Stärken in seinen Alltagszusammenhängen und in seinem sozialen Netzwerk wahrgenommen.

Bei der Frage der alltagsnahen Versorgung spielen Erfahrungsexperten eine ganz besondere Rolle, also Mitarbeiter/innen, die eigene psychiatrische Erfahrungen gemacht haben und – geschult im Rahmen der inzwischen weit verbreiteten EX-IN-Fortbildung – diese in die Begleitung einbringen können. Beim Einsatz von Erfahrungsexpert/innen wird per se ein besonderer Fokus deutlich. Es geht hier nicht um Symptome oder Defizite, sondern um Fragen auf der alltagsweltlichen Handlungsebene: Was geht, was geht nicht, was geht stattdessen? So wird bei der Besprechung von Krisen mit Klient/innen eine möglichst alltagsnahe griffige Beschreibung versucht. Psychiatrieerfahrene, die viel erlebt haben, verfügen durch eigene Erfahrung über hilfreiche, sehr anschauliche Beispiele für gelungene Alternativen. Und das alles nicht in einem abgehobenen Fachjargon, sondern in Alltagssprache, auf der gleichen Augenhöhe. Sich auf gleicher Augenhöhe zu befinden, kann auch als ein wesentliches Kennzeichen der Alltagsnähe identifiziert werden. Das ist so ziemlich das Gegenteil von den früher so hochgehaltenen „Göttern in Weiß".

Was die notwendige Haltung der Mitarbeiter/innen angeht, die alltagsnahe Begleitung anbieten, so bedeutet Augenhöhe eine Haltung der Gleichwertigkeit. Und der Ansatz der bedarfsangemessenen Versorgung heißt, dass man sich und seine Einschätzung zurücknimmt und offen schaut, was der Bedarf beim Anderen ist. Man gibt nicht vor zu wissen, was der andere hat und wie man ihm helfen kann. Vieles, was die Mitarbeiter/innen in dieserart Begleitung einbringen, beruht auf Erfahrung. Hier hat es sich als wichtig erwiesen, dass man Gelerntes im Hinterkopf hat, aber auch, dass man manches Gelerntes über Bord wirft und dem Klienten einfach als Mensch begegnet. Das ist nichts, was man in Lehrbüchern vermittelt bekommt, das ist eine menschliche Qualität, die man mit der Zeit auch entwickeln und schärfen kann.

Ein weiteres wichtiges Prinzip ist „die Absichtslosigkeit", wie sie im Offenen Dialog gelehrt und gelebt wird: Dass man nicht mehr will, als der Klient / die Klientin selbst will.

Ein weiteres wichtiges Prinzip ist „die Absichtslosigkeit", wie sie im Offenen Dialog gelehrt und gelebt wird: Dass man nicht mehr will für den/die Klient/in, als er oder sie es selbst will. Das berührt auch das Thema Eigensinn. Als jemand, der in der Versorgung von Menschen mit Eigensinn tätig ist, erfährt man immer mal wieder, dass Klient/innen etwas anders erleben und anders wollen, als es klassischerweise Professionelle sehen und wollen. Wenn z.B. eine Klientin ihre manische Krisenerfahrung so beschreibt, dass deutlich wird, sie möchte auf diese Erfahrung gar nicht verzichten. Dann wird das Thema möglicherweise nicht die Behandlung der Manie sein, sondern vielleicht wird man mit der Klientin verhandeln, wie es eine Zukunft mit Manie geben kann, die aber irgendwie kontrollierter ist als bisher und ohne Zwangseinweisungen in die Klinik auskommt. Das ist dann keine Be-Handlung eines Patienten, sondern ein offener Ver-Handlungsprozess auf Augenhöhe.

Die vielfältigen Erfahrungen, die in den letzten 10 Jahren in der Integrierten psychiatrischen Versorgung, besonders im Bereich ambulanter Krisenbegleitung, gewonnen werden konnten, weisen klar darauf hin, dass kreative partnerschaftliche Ansätze, die auf einer Begegnung mit Klient/innen auf Augenhöhe aufsetzen und seine Lebenswelt umfänglich mit einbeziehen, über die hoffnungsvollsten Entwicklungsmöglichkeiten verfügen.

In Würde zu sich stehen

Peergeleitetes Angebot zur individuellen Auseinandersetzung mit Stigmatisierung

Von Gianfranco Zuaboni, Diomira Sloksnath-Bernetta und Nicolas Rüsch

Gianfranco Zuaboni
Dr. rer. medic, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg; Email: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

D. Sloksnath-Bernetta
Peermitarbeiterin, Leiterin „In Würde zu sich stehen"-Seminar, Sanatorium Kilchberg; Email: d.sloksnath@sanatorium-kilchberg.ch

Nicolas Rüsch
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg; Email: nicolas.ruesch@uni-ulm.de

Ein grosser Teil der Gesellschaft ist direkt oder indirekt mit psychischen Erkrankungen konfrontiert; ob aus persönlicher Betroffenheit, in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis. Trotz der gesellschaftlichen Verbreitung bestehen viele Vorurteile und Stereotypen über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch sind Überzeugungen über psychische Erkrankungen verbreitet, die nicht den Tatsachen entsprechen. Dies hat für betroffene Personen zur Folge, dass zusätzlich zur Krankheitslast vielfach negative gesellschaftliche Reaktionen zu bewältigen sind, welche mit dem Begriff „Stigmatisierung" zusammengefasst werden.

Für psychiatrische Fachpersonen ist die Bekämpfung der Stigmatisierung von zentraler Bedeutung; dies in der Begleitung von direkt Betroffenen, aber auch in der Aufklärung der Gesellschaft, durch Vermittlung von Wissen über psychische Krankheiten und deren Therapiemöglichkeiten. Für Menschen mit psychischen Krankheitserfahrungen ist die Selbstermächtigung („Empowerment") im persönlichen Umgang mit Stigma von zentraler Bedeutung. In diesem Artikel wird das Gruppenprogramm „In Würde zu sich stehen" vorgestellt, welches betroffenen Personen die Möglichkeit bietet, ihren individuellen Umgang mit Stigmatisierung zu erarbeiten.

Folgen der Stigma-Erfahrungen

Stigmatisierung wird in unterschiedlichen Lebensbereichen erfahren. Die Form der psychiatrischen Erkrankung scheint einen Einfluss auf die betroffenen Lebensbereiche zu haben (Corker, 2015). Die internationale Forschergruppe INDIGO um den Psychiater Graham Thornicroft untersuchte in einer multizentrischen Studie in 27 Ländern Diskriminierungserfahrungen von Personen mit Schizophrenie (Thornicroft et al., 2009). Insgesamt wurden 732 Personen befragt, 47% gaben Diskriminierung bezüglich Freundschaften an, 43 % berichteten Diskriminierung durch Familienmitglieder. Negative Erfahrungen waren verbreitet beim Arbeitsplatzerhalt (29%), der Arbeitsplatzsuche (29%) und in intimen oder sexuellen Beziehungen (27%). In einer Folgestudie wurden die Auswirkungen der Stigmatisierung auf Personen mit Depressionen untersucht (Lasalvia et al., 2013). In 35 Ländern nahmen insgesamt 1082 Personen teil. Davon gaben 79% an, in mindestens einem Lebensbereich negative Diskriminierung erfahren zu haben.

Neben den Auswirkungen auf zahlreiche Lebensbereiche wirkt sich Stigma allgemein negativ auf die Genesung aus. So zeigte eine Studie von Link und Kollegen (2001) die negativen Auswirkungen von Stigma-Erfahrungen auf die Selbstwirksamkeit, was sich in der Folge auf die individuelle Genesung auswirkt; in einer Züricher Studie beeinträchtigte das Erleben von Stigma als Stressor die Genesung („Recovery") der Teilnehmer über einen Zeitraum von zwei Jahren (Xu et al., 2018).. Wenn Vorurteile und Stereotypen psychischer Erkrankung von betroffenen Personen auf sich selber angewendet werden, wird dies mit dem Begriff „Selbststigma" umschrieben. Eine Konsequenz von Selbststigma ist der „why try"-Effekt: Wenn ich mich selber als wertlos und unfähig einschätze, macht es auch keinen Sinn, persönliche Ziele in Angriff zu nehmen (Corrigan, 2016).

Was wirkt gegen Stigma?

Es gibt unterschiedliche Interventionen und Strategien, die zur Bekämpfung öffentlicher Stigmatisierung zur Anwendung kommen (z.B. Schulungen, Filme, Öffentlichkeitskampagnen, etc.). Am effektivsten scheinen Projekte zu sein, die den sozialen Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern (Thornicroft et al., 2016).
Zur Reduktion von Selbststigma zeigen sich zwei Strategien als wirksam. Zum einen sind dies kognitiv orientierte Ansätze, die beabsichtigen, selbststigmatisierende Überzeugungen und Einstellungen der betroffenen Person zu hinterfragen und zu verändern. Zum anderen sind es narrative oder akzeptanz-basierte Interventionen, die

die Fähigkeiten zur Bewältigung der Selbststigmatisierung durch Verbesserungen des Selbstwertgefühls und der Selbstermächtigung („Empowerment") fördern. Von Stigma-Experten wird oft der zweite Ansatz favorisiert (Mittal et al., 2012).

Was soll ich tun?

Viele Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie beschäftigt die Frage, wie sie sich verhalten sollen in Bezug auf ihren Umgang mit der Offenlegung ihrer psychischen Krankheitserfahrungen und ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie. Vor allem drängt sich die Auseinandersetzung auf, wenn berufliche Bewerbungen anstehen oder nach einem längeren Klinikaufenthalt die Rückkehr nach Hause. Für Fachpersonen, die mit dieser Problemstellung konfrontiert sind, lohnt es sich, für die gemeinsame Bearbeitung genügend Zeit einzuräumen. Ratschläge sind dabei nicht hilfreich („Ich persönlich bin grundsätzlich für Offenheit. Deshalb würde ich an Ihrer Stelle den Arbeitgeber über ihren Aufenthalt in der Klinik informieren"). Derartige Empfehlungen sind problematisch, da Betroffene mögliche negative Konsequenzen alleine zu tragen haben. Ein klärendes Gespräch kann mittels Fragestellungen gestaltet werden, die bereits gemachte Erfahrungen mit Offenlegung oder allfällige Befürchtungen erkunden. Auch die Verwendung der in der kognitiven Verhaltenstherapie verschiedentlich verwendeten Vierfeldertafel wird als sehr hilfreich erlebt (Offenlegung: was spricht dafür, was spricht dagegen; Geheimhaltung: was spricht dafür, was spricht dagegen – und dies jeweils für verschiedene Settings, z.B. Arbeitsuche oder Freundeskreis). Die grundlegende Haltung sollte dabei sein, Patienten in einem Entscheidungsprozess zu begleiten und nicht ihre Lösung vorwegzunehmen.

Angesichts der Vorurteile in der Gesellschaft kann Geheimhaltung eine plausible Lösung sein.

In Würde zu sich stehen (IWS)

Eine individuelle und differenzierte Auseinandersetzung mit Offenlegung und Geheimhaltung psychischer Krankheitserfahrungen bietet das Gruppenprogramm oder Seminar „In Würde zu sich stehen". Im Verlauf des dreiteiligen Angebotes erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit, eine persönliche Strategie zu erarbeiten und deren Umsetzung auch mittels Rollenspielen zu testen und einzuüben. Das Ziel ist es, Selbstwertgefühl und Empowerment im Umgang mit stigmatisierenden Situationen zu fördern.

Das Konzept des Gruppenangebotes basiert auf einem Arbeitsbuch, welches von Patrick W. Corrigan und Kollegen in Chicago erarbeitet und von einer Arbeitsgruppe um Nicolas Rüsch aus dem Englischen (Originaltitel früher „Coming Out Proud", jetzt „Honest, Open, Proud") ins Deutsche übersetzt wurde. Das Programm wird von Peers geleitet, also Menschen mit eigener Krankheitserfahrung. Dabei ist es hilfreich, wenn die Gruppenleiter für die Teilnehmer möglichst glaubwürdig sind. Beispielsweise sollte eine IWS-Gruppe für psychisch erkrankte Soldaten geleitet werden von Soldaten, die selbst eine psychische Erkrankung erlebt und bewältigt haben.

Das Arbeitsbuch beinhaltet drei Lektionen, die über Lernziele, Diskussionsfragen, Einzel- und Gruppenübungen verfügen. Lektion 1 behandelt Vor- und Nachteile von Offenlegung in verschiedenen Settings; Lektion 2 diskutiert Vor- und Nachteile verschiedener Stufen von Offenlegung, von sozialem Rückzug und Geheimhaltung einerseits bis hin zur aktiven Verbreitung der eigenen Krankheitserfahrung andererseits. Lektion 3 entwickelt Arten, die eigene Geschichte mit psychischer Erkrankung zu erzählen, falls sich Teilnehmer dazu entscheiden. Es ist dabei nicht das Ziel, Teilnehmer zur Offenlegung zu bewegen. Angesichts verbreiteter Vorurteile in der Gesellschaft kann Geheimhaltung eine sehr plausible Lösung sein. IWS kann in diesem Falle zu wohlüberlegter, selbstbewusster Geheimhaltung ohne Scham (‚empowered non-disclosure') beitragen.

Das Gruppenangebot ist ausgelegt für vier bis acht Teilnehmende, die alle über eigene Erfahrung mit psychischer Erkrankung verfügen. Die Gruppenleiter sollten im Vorfeld an einer Schulung teilnehmen und sich eingehend mit dem Arbeitsbuch und der Offenlegungsthematik auseinandergesetzt haben. Zur Durchführung sind ein passender Raum und Kopien des Arbeitsbuches für alle Teilnehmenden notwendig.

Praktische Erfahrungen

Das Gruppenangebot wird in der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Sanatorium Kilchberg als Seminar seit über fünf Jahren angeboten. Geleitet durch eine Peermitarbeiterin werden verteilt auf das Jahr fünf bis sechs Seminare angeboten. Das Angebot richtet sich an Personen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen möchten, und ist sowohl für Personen zugänglich, die noch in stationärer Behandlung sind, als auch für diejenigen, die bereits wieder zu Hause sind.

Erfahrungen der IWS-Seminar-Leiterin Diomira Sloksnath-Bernetta

Ich bin 57 Jahre alt. Ich bin Mutter von zwei erwachsenen Kindern. Ich bin Bibliothekarin, Führungsfachfrau, Gymnastiklehrerin und Peermitarbeiterin auf einer Akutstation im Sanatorium Kilchberg. Ich bin ein lebenslustiger, fröhlicher und empathischer Mensch. Und ich habe eine psychische Krankheit. So stelle ich mich am Anfang des Kurses «In Würde zu sich stehen» vor. Diese bewusste Differenzierung in Haben oder Sein begleitet uns durch alle drei Kursabende. Denn ich bin nicht eine Diagnose, ich bin in erster Linie ein Mensch, eine Persönlichkeit, genauso wie die Kursteilnehmer. Dies als erster wichtiger Punkt.

Im Anschluss daran setzen wir uns mit den Fragen WARUM? – WAS? - WIE? auseinander. WARUM erzähle ich meine Geschichte? WARUM behalte ich sie lieber für mich? Dabei geht es vor allem darum, wie sich das Erzählen oder auch das Nichterzählen anfühlt. Habe ich ein Geheimnis, wenn ich meine Geschichte nicht preisgebe oder ist es mein gutes Recht, sie für mich zu behalten? Erzählen oder nicht erzählen, beides kann richtig sein, oder auch falsch.

Viele wissen allerdings nicht, wie sich das anfühlt. In einem nächsten Schritt geht es darum, WAS ich erzähle. Aus seinem Leben zu erzählen, heisst ja nicht grundsätzlich, alles preis zu geben. Wenn ich nicht alles erzähle, habe ich nicht gelogen, nach dem Grundsatz: alles, was ich sage, muss wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muss ich sagen. Im Anschluss daran geht es um die Frage, WIE ich meine Geschichte erzähle. Beim praktischen Üben in der Gruppe achten wir auf die Wortwahl,

die Mimik, berücksichtigen die Tagesform und machen uns bewusst, wem wir unsere Geschichte erzählen.
In der dritten und letzten Lektion widmen wir uns den möglichen Reaktionen, welche das Erzählen der Geschichte beim Gegenüber auslösen kann. Wir stellen uns bildlich oder im Rollenspiel diverse Haltungen vor, mit welchen wir konfrontiert werden könnten. Gleichzeitig machen wir uns bewusst, wie wir möglicherweise darauf reagieren. Erfahrungsgemäss sprechen die Teilnehmenden sehr gut darauf an und übertreffen sich gegenseitig mit schlagkräftigen Antworten.
Erfahrungen in einem geschützten Rahmen zu machen, ist einer der wichtigsten Teile des Kurses. Die Entscheidung, zu sich selbst und seiner eigenen Geschichte zu stehen, sich nicht mehr selbst zu stigmatisieren, ist ein grosser Schritt auf dem Weg zur Genesung. Leider treffen viele Betroffene aber immer wieder auf Unverständnis, Mitleid und Ablehnung. Im richtigen Moment die richtige Antwort bereit zu haben, fällt vielen nicht leicht. Darum trainieren wir das in diesem Seminar, mit sehr viel Spass und Phantasie.
Es geht um Selbstachtung, Offenheit, Wertschätzung, um Schlagfertigkeit, Austausch und Erzählen. Gemeinsam lachen und gemeinsam traurig sein, sich gegenseitig unterstützen und sich verstanden fühlen. Darum geht es in diesem Seminar. Denn wir lassen uns nicht stigmatisieren, und vor allem stigmatisieren wir uns nicht selbst. Das ist „In Würde zu sich stehen“.

Forschungsstand und Ausblick

Es gibt bisher drei randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) zu IWS, die allesamt positive Wirkungen zeigen. Eine erste Studie mit 100 erwachsenen Teilnehmern in Kilchberg und Zürich zeigte eine Verringerung von Stigma-Stress und einen Abbau der Belastung durch den Entscheidungskonflikt sowie der Geheimhaltungsneigung (Rüsch et al., 2014). Ein zweiter RCT mit Erwachsenen in Kalifornien bestätigte die Reduktion von Stigma-Stress und fand zusätzlich positive Effekte auf depressive Symptome bei Frauen (Corrigan et al., 2015). IWS für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen wurde kürzlich in Süddeutschland evaluiert und zeigte positive und in der Nachbefragung stabile Effekte nicht nur auf Stigma-Variablen (u.a. Stigma-Stress und Selbststigma), sondern u.a. auch auf Lebensqualität, depressive Symptome und Recovery (Mulfinger et al., 2018).

Derzeit laufen international weitere Studien, u.a. mit psychisch erkrankten Soldaten sowie Eltern psychisch erkrankter Kinder, die ebenfalls Offenlegungsentscheidungen für sich und ihre Kinder treffen müssen. Für die Entwicklung all dieser Adaptationen ist der Einbezug der Zielgruppe im Sinne partizipativer Forschung wichtig (Corrigan et al., 2018). Über den Stand zu IWS im deutschsprachigen Raum informiert die Webseite: www.uni-ulm.de/med/iws/

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß IWS ein kompaktes und vielversprechendes Programm ist, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihren Offenlegungsentscheidungen zu unterstützen und damit Stigma-Bewältigung und Recovery zu fördern. Durch die Förderung gelungener Offenlegungsentscheidungen kann IWS, über Offenlegung und Kontakt, auch zum Abbau öffentlicher Stigmatisierung beitragen.

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag gibt es im Internet unter www.kerbe.info

Silvesterparty für psychisch Kranke

Von Yael Weinstein, Doktorand und R&D Direktor der Shekulo Tov Group

Mit Jeans, einem T-Shirt und großen, verstaubten Arbeitsstiefeln sieht Irad Eichler, Vorsitzender und Gründer der Shekulo Tov Group, eher wie ein Aktivist aus, als ein Geschäftsmann.
„Das Ziel der Shekulo Tov Gruppe ist es, Menschen mit psychischen Behinderungen in die Gemeinschaft zu integrieren, wobei ich hiermit meine unternehmerische Seite mit der sozialen Seite verbinden kann”, erklärt er. „Unser Modell arbeitet an der Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft durch proaktive Rehabilitation in verschiedensten Formen, die als berufliche und soziale Ausbildungszentren funktionieren. Bei uns arbeiten etwa 6.000 Menschen mit psychischer Erkrankung, die Rehabilitationsdienste von uns erhalten und in unseren Verkaufsständen in Einkaufszentren, Geschäften, Fabriken und Cafés tätig sind, alles in Vorbereitung für den freien Arbeitsmarkt.”

Das Modell der Organisation ist bereits international anerkannt. Am 22.02.2016 wurde Eichler bei der UNO-Generalversammlung in New York zusammen mit Hagar Aloush (CRO - Chief Rehabilitation Officer), der das Modell entwickelte und Cohen (CEO der Gruppe) auf die Bühne gerufen, um einen prestigeträchtigen Preis von „Zero Project“ verliehen zu bekommen.

Irad Eichler
Vorsitzender und Gründer der Shekulo Tov Group in Tel Aviv, Israel

„Es ist eine große Ehre, diesen Preis zu erhalten“, sagt Eichler. „Es ist auch eine bedeutende Anerkennung unserer Vereinigung und alles, was in Israel geschieht in Bezug auf die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. 30 Prozent der Menschen, die von uns unterstützt werden, gehen

und finden Arbeitsplätze. Dies ist ein sehr gutes Ergebnis, da der globale Durchschnitt nur zwischen drei und sieben Prozent liegt."

Wie alles begann

„Nach meinem Armeedienst arbeitete ich als Sozialpädagoge in einem Wohnheim für Mädchen", sagt Eichler, „und wurde zum leitenden Sozialkoordinatoren aller Wohnheime befördert. An einem gewissen Punkt bemerkte ich, dass alle sozialen Aktivitäten für die Menschen in den Wohnheimen stattfanden, nie irgendwo öffentlich und immer vom Rest der Gemeinde isoliert. Und so beschloss ich, eine Silvesterparty für Menschen mit besonderen Bedürfnissen und für alle anderen Menschen zu veranstalten. Ich bat um eine Liste von Wohnheimen, und diese Liste hat tatsächlich mein Leben verändert."

Das Hauptziel ist es, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu unterstützen, ihr Potenzial zu verwirklichen, ihre Lebensziele zu erreichen und gleichzeitig die Stigmatisierung zu verringern.

Es war nur eine Liste der Wohnheime für psychische Kranke, aber Eichler näherte sich Ihnen mit einem Vorschlag, der revolutionär für die Zeit klang. „Die Fachleute dachten, es war eine seltsame und verrückte Idee, dass Menschen mit psychischer Erkrankung zu einer öffentlichen Party in der Gemeinschaft gehen würden", erinnert er sich. „Sie waren beunruhigt: wer würde Sie schützen, wie würden sie dorthin gelangen und wie würden sie es verkraften? Ich habe mein Bestes getan, um Ihnen ihre Sorgen zu nehmen und versprochen, dass es keinen Alkohol geben wird. Ich lud die Bewohner aus allen Wohnheimen, sowie meine Freunde und andere Studenten ein. Das Ergebnis war eine der großartigsten Partys, auf der ich jemals war.

Nach dem großen Erfolg organisierte ich auch weiterhin Partys, Reisen und andere Aktivitäten, die außerhalb der Wohnheime stattfanden und die auch die breitere Gemeinschaft involvierten. Ich erhielt ausgezeichnetes Feedback.

Zur gleichen Zeit wurde das Gesetz für die Rehabilitation der psychisch Erkrankten auf die Öffentlichkeit übertragen und das Ministerium für Gesundheit begann, Rahmenvereinbarungen zu treffen, die auf der gleichen Weltsicht basieren. Die Zusammenarbeit zwischen mir und der Abteilung für psychische Gesundheit des Ministeriums für Gesundheit kam zustande und ich unterzeichnete einen Vertrag, nach welchem ich den Staat mit Rehabilitationsdienstleistungen versorgen würde.

Wir bauten eine Kette von Verkaufsständen in Einkaufszentren und ich erinnere mich, dass, als wir den ersten Stand eröffneten, der Marketing-Manager des Einkaufscenters Angst hatte, unsere Mitarbeiter alleine und ohne Schutz sitzen zu lassen.

Zwei Wochen später bemerkte der Marketing-Manager, der zunächst Angst vor uns hatte, dass ich den ganzen Tag an den Verkaufsständen Bücher las und verstand, dass sie mich nicht brauchten, um aufzupassen."

Heute nutzen mehr als 6.000 Menschen in Israel die Dienstleistungen in den verschiedenen Projekten von Shekulo Tov. Das Hauptziel dieser Dienstleistungen ist es, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu unterstützen, ihr Potenzial zu verwirklichen und ihre Lebensziele zu erreichen und gleichzeitig die Stigmatisierung zu verringern und die Integration in die Gemeinde zu fördern.

Dies ist eine Vorstellung unserer Projekte:

1. **„Rebooks"** ist eine führende Marke für Second-Hand-Bücher, welche zum Verkauf in neun eigenen Geschäften angeboten werden, in über 450 verschiedene Verkaufsstellen (z.B. in Cafés, Kindergärten, großen Unternehmen und Fitnessstudios) sowie über die Website des Projekts und Social Media Plattformen. Der Arbeitstrainingsprozess der beruflichen Rehabilitation in Rebooks versucht, persönliche und soziale Arbeitsfähigkeiten zu verbessern, z.B. durch Bücher sammeln, sortieren, verkaufen (einschließlich Online-Verkauf) und Kundenservice. Hier sind zwei Links für zwei kurze Videos, die Rebooks beschreiben:
   https://www.youtube.com/watch?v=udrdsqDCzNE
   https://www.youtube.com/watch?v=_flsMsPpv1U

2. **„Erkuti"** ist ein Netzwerk von Verkaufsstellen für hochwertige Geschenke. Dutzende Verkaufsstände sind im ganzen Land verteilt und bieten spezielle Geschenk-Packs und Geschenke. „Erkuti" verkauft die Produkte auch an Unternehmen (z. b. Geschenke für Mitarbeiter), auf Kongressen und anderen Veranstaltungen. Alle Produkte werden in unseren integrativen Fabriken hergestellt. In der beruflichen Rehabilitation zielt „Erkuti" darauf ab, das Wissen und die Fähigkeiten der Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern, sowie ihnen auf höchstem Niveau, in einer natürlichen Umgebung und im Herzen der israelischen Gesellschaft Erfahrung zu ermöglichen. Wie bei all unseren Projekten bieten wir unseren Käufern, Lieferanten, Partnern usw. unterschiedliche Möglichkeiten, Menschen mit psychiatrischen Behinderungen in einem positiven und produktiven Kontext kennen zu lernen und somit wiederum die Stigmatisierung psychischer Krankheiten zu verringern und soziale Eingliederung zu verbessern.

3. **„Good Coffee"** ist eine Kette von sozialen Cafés, die eine professionelle, berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen bietet. Das Hauptziel ist die Verbesserung der beruflichen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten und die praktische Erfahrung im Betrieb einer Küche, im Kundenservice und einer Vielzahl von zusätzlichen Positionen. Das Rehabilitationsteam der Cafés umfasst einen Rehabilitations-Leiter, einen Koordinator und Restaurantfachangestellte.

4. **Integrative Fabriken**, die eine Produktionsumgebung simulieren, die es ermöglicht, berufliche Fähigkeiten zu erwerben und Rehabilitations- und Erholungsprozesse zu beschleunigen. Die Fabriken produzieren Schokolade, Kerzen, Seifen, Papierprodukte und Süßig-

keiten und umfassen eine Vielzahl von Trainingsprogrammen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Anlagen.

5. **„The Hive“** ist spezialisiert auf das Design und die Produktion von Spielen, die persönlich für die Kunden maßgeschneidert werden und deren Fotos beinhalten. Das Projekt bietet den Mitarbeitern Gelegenheit in einer EDV-Umgebung eine Qualifizierung zu erhalten, die die Chancen erhöht im freien Markt eine Anstellung zu finden und zu meistern. Im Rahmen ihrer Qualifizierung sind die Mitarbeiter in allen Schritten der Produktion der Spiele beteiligt: z.B. Anpassungen der Fotos des Kunden, die Zusammenarbeit mit Kunden, Drucküberwachung und Verpackung der Spiele. Die Qualifizierung wird in einer offenen Arbeitsumgebung umgesetzt, die für soziale Unternehmer bestimmt ist und die Integration umsetzt. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter in professionellen, digitalen Grafik-, Design- und Print-Plattformen und Programmen geschult.

6. **„Good Dog“** ist ein soziales Unternehmen, das Hundebesitzern den Service von regelmäßigen, vertrauenswürdigen und professionellen Hundesitter anbietet, die nicht nur dem Hund einen angenehmen Spaziergang ermöglichen, sondern ihm auch liebevolle Aufmerksamkeit schenken. Unsere Hundesitter sind Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die Hunde lieben. Die Mitarbeiter erhalten eine individuelle und professionelle Ausbildung im Bereich Arbeit mit Tieren und einen Tier-Erste-Hilfe-Kurs, auch werden ihre persönlichen und sozialen Fähigkeiten verbessert. Unsere Hundesitter können auch als Freiberufler arbeiten und erhalten alle relevanten Kenntnisse und Werkzeuge, um ihre eigenen Hundesitter-Unternehmen zu öffnen.

7. **„Dandasha“** ist eine Kette von Läden für bequeme Second Hand und Designer Outlet Modeartikel. Die Mitarbeiter bekommen eine praktische Qualifizierung in z.B.: Verkauf, Styling, Kundenservice, Warenwirtschaft, Schaufenster-Design und Teamwork, welche alle darauf abzielen, um auf dem freien Markt zu arbeiten.

Unsere Supported Employment Services werden als fester Bestandteil während der beruflichen Rehabilitation angeboten. Das heißt, unsere Supported Employment Services sind nicht losgelöst von den früheren Phasen der beruflichen Rehabilitation. Vom ersten Tag an arbeiten der Mitarbeiter und die Jobcoaches zusammen und relevante Bereiche der Berufe werden gemeinsam erarbeitet.

Während der gesamten Qualifizierung liegt der Schwerpunkt auf der Verbesserung der Fähigkeiten für den gewünschten Job, die für den freien Arbeitsmarkt erforderlich sind. Der ständige Kontakt zwischen den Jobcoaches und den Arbeitsanleitern der verschiedenen Arbeitseinheiten verbessert das Verständnis der individuellen Wünsche, Bedürfnisse, Stärken und Schwierigkeiten jedes einzelnen Mitarbeiters. Wenn ein Mitarbeiter den Wunsch äußert, auf dem freien Markt zu arbeiten, begleitet der Jobcoach, der ihn bereits kennt, den Prozess der Stellensuche und unterstützt den Mitarbeiter auch zukünftig und während er auf dem freien Markt arbeitet. Für den Fall, dass ein Mitarbeiter seinen Arbeitsplatz verlässt oder entlassen wird, hat er oder sie die Möglichkeit, zur Qualifizierungseinheit zurückzukehren und von demselben Personal intensive Unterstützung zu erhalten, bis er sich bereit fühlt für einen Wiedereinstieg auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Wir glauben, dass wir durch die Zusammenarbeit und durch die Weitergabe unserer innovativen Modelle eine größtmögliche Wirkung erzielen können, sowohl lokal als auch weltweit.

Allein in den letzten drei Jahren ist es dank unseres einzigartigen Arbeitsmodells gelungen, mehr als 750 Menschen (25%) mit psychiatrischen Erkrankungen zu einer erfolgreichen und langfristigen Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu verhelfen. Sie alle verdienen Mindestlohn oder mehr und arbeiten in den verschiedensten beruflichen Feldern wie z.B. Kundenservice, Verkauf, Bildung, Herstellung, Einzelhandel und vieles mehr.

Was kommt als nächstes?

Ein sehr spannendes Projekt ist die Entstehung eines neuen globalen Online-Netzwerks für Fachleute der beruflichen Rehabilitation; RISE (www.riseonlinenetwork.org).

Ziel des Netzwerks ist der Kontaktaufbau zwischen internationalen Dienstleistungsanbietern und Fachleuten, die in der beruflichen Rehabilitation arbeiten - für Networking, Wissensaustausch und Zusammenarbeit. Wir glauben, dass wir durch unsere Zusammenarbeit und durch die Weitergabe unserer innovativen Modelle und unserer Erfahrungen eine größtmögliche Wirkung erzielen können, sowohl lokal als auch weltweit.

RISE führt derzeit einen **ONLINE Roundtable für Fachgruppen** durch. Jeden Monat treffen sich Gruppenmitglieder aus der ganzen Welt online, um relevante Themen zu diskutieren und gemeinsame Herausforderungen zu meistern.

Wir haben momentan Gruppen für CEOs, Job Coaches, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Werkstattmitarbeiter und weitere Gruppen öffnen sich jedes Quartal.

Um einer Fachgruppe beizutreten, kontaktieren Sie: info@riseonlinenetwork.org.

Darüber hinaus wird die Shekulo Tov Gruppe **in Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe-Chemnitz den ersten internationalen „Rebooks“ Store** in Deutschland eröffnen.

Mobile Geriatrische Rehabilitation in Karlsruhe

Von Brigitte Metz und Ingeborg Cuvelier

Geriatrische Rehabilitation ist eine schon seit Jahren gesetzlich verankerte Leistung, um bei multimorbiden älteren Menschen Teilhabe im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu erhalten und zu verbessern sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Dabei besteht beim geriatrischen Patienten neben dem höheren Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter) definitionsgemäß eine geriatrietypische Multimorbidität mit u.a. erhöhter Vulnerabilität, z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen und der Gefahr der Chronifizierung.
Als aufsuchendes Angebot ist mobile geriatrische Rehabilitation eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Mobile Rehabilitation wird durch ein interdisziplinäres Team unter Leitung eines Geriaters im gewohnten Wohnumfeld des Patienten durchgeführt. Sie richtet sich insbesondere an rehabilitationsbedürftige Patienten, die sich nur schwer in fremder Umgebung zurechtfinden und für die somit kein Erfolg in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen zu erwarten ist. Anders sieht dies aus, wenn der Patient wie bei der mobilen Rehabilitation zu Hause in der vertrauten Wohnumgebung angepasst an seinen normalen Tagesablauf rehabilitiert wird. Hier kann der Patient das Erlernte sofort umsetzen, Hilfsmittel können direkt angepasst und die Familie und das soziale Umfeld in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen werden. Durch die mobile Rehabilitation besteht so die Möglichkeit, Barrieren abzubauen und neue Ressourcen zu erschließen, wodurch der Patient eine höhere Selbstständigkeit und Lebensqualität erreichen kann.

Rahmenbedingungen

1. Die Rehabilitanden sind
a. auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen und dies ist durch die Mitaufnahme bzw. Teilnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, andererseits im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt
und/oder
b. müssen im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben
und/oder
2. Die Rehabilitanden können den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen.

Direktorin Dr. Brigitte Metz (Mitte) und das Team der Mobilen Geriatrischen Rehabiliation in Karlsruhe

Indikationen:

- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung, der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte bieten, dass ihre Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.
- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst (incl. sturzassoziierte Angst), Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus u.a., z.B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome der Demenz, die sich in fremder Umgebung verstärken, dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte dafür bieten, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten nur in der vertrauten Umgebung, z.B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag, möglich ist.
- Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, z.B. durch Aphasie, schwere Dysarthrophonie für die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.
- Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion (z.B. blinde oder taube Patienten), so dass das vertraute und

angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss."

Zusätzlich zu den Indikationskriterien müssen folgende kontextbezogene Voraussetzungen gegeben sein:

- Die Versorgung im Wohnumfeld, ggf. auch eine notwendige Grund- und Behandlungspflege muss gesichert sein.
- Angehörige und Bezugspersonen müssen die Bereitschaft haben, aktiv an der Rehabilitation teilzunehmen und den Rehabilitationsprozess nach Schulung im Rahmen ihrer Möglichkeiten fortzuführen. Sie sollen dabei die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Rehabilitanden fördern.
- Die sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

Weitere Konstellationen, die möglicherweise eine Indikation zu einer mobilen geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme darstellen können:

- Patienten mit Behandlung/Trägerstatus multiresistenter Erreger (MRSA, MRE, VRE, ESBL-produzierende Enterobakterien), wenn sie durch einen längeren stationären Aufenthalt und die notwendige Isolation Zeichen eines Hospitalismus oder einer reaktiven Depression zeigen und davon auszugehen ist, dass sie nur bei Rehabilitation im häuslichen Umfeld (mit entsprechend reduzierten Hygieneanforderungen) zur Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen bereit sind.
- Patienten mit engen (i.d.R. familiären) Bindungen an eine Bezugsperson (Ehemann, Sohn/Tochter), wenn davon auszugehen ist, dass sie nur bei weitgehender Anwesenheit der Bezugsperson zur Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen in der Lage sind und eine gemeinsame Aufnahme in eine stationäre Einrichtung nicht möglich/sinnvoll ist.
- Patienten, deren häusliches Umfeld so auf ihre Behinderung angepasst ist, dass dies als sinnvolles Trainingsfeld genutzt werden muss (z.B. an verschiedenen Stellen implementierte Hilfsmittel für Transfer/Mobilisierung [Haltegriffe, Handläufe, spezielle Konstruktionen], bisher vom Patienten selbst bedienter Treppenlift, an bisher selbstständig rollstuhlmobilen Patienten angepasste Küche [erniedrigte Arbeitsplatte, Spezialschränke] oder angepasstes Bad).

Folgende Ausschlusskriterien gelten:

- Verwahrlosung
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- fehlende oder nicht erreichbarer Motivation/Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen
- fehlende Rehabilitationsfähigkeit

Der Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der Art und dem Schweregrad der geriatrietypischen Multimorbidität insbesondere die Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe des Rehabilitanden.

Aus dem oben gesagten geht noch einmal deutlich hervor, dass für eine mobile geriatrische Rehabilitation geeignete Patienten einen deutlich erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen können/dürfen.

Gemäß den Umsetzungshinweisen/Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2010 ist mobile geriatrische Rehabilitation auch in der Kurzzeitpflegeeinrichtung und auch bei Dauerbewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen möglich.

Rehabilitationsmaßnahme:

Zu Beginn erfolgt die ärztliche Aufnahme mit Erstellen eines geriatrischen Assessments und nachfolgend eines Therapie- und Rehabilitationsplans auf der Basis der vereinbarten Therapieziele. Der Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der Art und dem Schweregrad der geriatrietypischen Multimorbidität insbesondere die Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe des Rehabilitanden, das soziale Umfeld und die weitere Lebensplanung. Er bezieht die berechtigten Wünsche und Rehabilitationsziele des Patienten mit ein.

Der Regelbehandlungszeitraum umfasst 15-20 Behandlungstage, entsprechend 30-40 Therapieeinheiten. Dabei werden durchschnittlich bis zu 6 Therapieeinheiten pro Woche an mindestens 3 Therapietage/Woche durchgeführt. Dazu kommen Aufnahme- und Entlassbesuch des Arztes, ggf. Zwischenvisiten sowie Hausbesuche des Sozialdienstes. Eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme kann, falls sinnvoll, durch die Leitende Geriaterin beantragt werden.

Alle Therapieeinheiten werden im gewohnten Wohnumfeld erbracht oder stehen mit diesem im Zusammenhang. Dazu zählen Leistungen der: Physiotherapie und physikalischen Medizin, Ergotherapie, Logopädie, rehabilitative (aktivierende) Pflege, Ernährungsberatung und Neuropsychologie. Die wöchentlichen Besprechungen des geriatrischen Rehabilitationsteams dienen der Verlaufsbeobachtung. Der Rehabilitationsplan wird dem Verlauf angepasst. Der relevante Inhalt dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, der Aktivitäten und der Teilhabe wird unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden dokumentiert.

Weitere Aufgaben des Reha-Teams sind die Hilfsmittelversorgung und ggf. die Einleitung einer an den Erfordernissen des Rehabilitanden orientierten Wohnraumanpassung. Ferner nehmen die Mitarbeiter der, mit anderen die Versorgung des Rehabilitanden sichernden oder unterstützenden Einrichtungen und Organisationen, Kontakt auf und leiten diese weitere Versorgung ein. Die mobile geriatrische Rehabilitation ist somit ein aktives Bindeglied im Netzwerk der örtlich vorhandenen Strukturen für ältere Menschen.

Anmeldung/ Zugangswege:

Die Antragsstellung für die Patienten zur mobilen geriatrischen Rehabilitation kann grundsätzlich auf zwei Wegen erfolgen:

- Antragsstellung durch das Krankenhaus als Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine akutmedizinische Behandlung,
- Antragsstellung durch einen niedergelassenen Arzt (Haus- oder Facharzt)

Arbeitsbezogenes Coaching eigensinniger Menschen

Von Kai Westendorf

Kai Westendorf
Der Autor ist Berater für Übergänge auf den allg. Arbeitsmarkt (integrationsservice arbeit der alsterarbeit gGmbH im Verbund der Ev. Stiftung Alsterdorf)

Der Arbeitstitel dieses Textes hat mich zuerst vor die Frage gestellt: Eigensinnige Menschen. Ist das ein politisch korrekter Begriff? Eigensinnig werden Menschen meist benannt, wenn man ihnen etwas negativ Behaftetes nachsagen möchte. Allerdings bedeutet das Wort auch, dass das Selbst vom eigenen Sinn bestimmt wird. Dies ist also nicht zwingend ein aktiv negativer Prozess, eher ein neutral zu behandelndes Alleinstellungsmerkmal.

In diesem Zusammenhang habe ich mich an einen Vortrag auf einer Fachtagung zum Thema Sozialraumorientierte Arbeit von UN-Konventionell e.V. erinnert. Besonders ist mir der Part über „Wollen und Möchten“ haften geblieben. Hier wurde festgestellt, dass man in Deutschland nichts „wollen“ darf. Der feinere Ausdruck wäre, wenn man etwas „möchte“. „Kinder mit nem Willen, kriegen was auf die Brillen“, kennt man aus der Kindheit. Das einzige Mal, dass man im deutschsprachigen Raum „ich will“ sagen darf, scheint somit bei der eigenen Hochzeit zu sein. Der Referent gab zwei Dinge zu bedenken. 1. , dass man sich das mit Heirat gut überlegen sollte und 2., dass derjenige, der gerne einen hohen Berg besteigen „möchte“, im Gegensatz zu jemandem der dies „will“, meist später oder gar nicht sein Ziel erreicht. „Wünschen“ und „Wollen“ ist auch bei meiner Arbeit ein relevanter Bestandteil.

Seit den 80er Jahren ist das Prinzip des Supported Employment (Unterstützte Beschäftigung) in den USA eine gängige Methode, Menschen mit Unterstützungsbedarf in die Arbeitswelt zu integrieren. Seit Mitte der Neunziger Jahre wird dies auch in Europa umgesetzt. Als ich 1995 meinen Zivildienst in Hamburg bei meinem heutigen Arbeitgeber begonnen habe, erinnere ich mich noch gut an die sogenannten „Hilfsmädchen“ im betreuten Wohnen. Frauen mit Behinderung halfen in den Wohngruppen im Bereich der Hauswirtschaft. Dies war eine Alternative zu den Angeboten der damaligen Werkstatt für Menschen mit Behinderung und funktionierte gut. Es war immer pädagogisches Personal vor Ort, welches im Bedarfsfall zur Stelle war. Allerdings schien der inklusive Gedanke hinter dieser Arbeit begrenzt. Wohnbereich, Werkstatt für Menschen mit Behinderung sowie die Arbeitsplätze waren in der „Sonderwelt“ der Behindertenhilfe auf dem Stiftungsgelände verankert. Es wurde also immer Sorge getragen, dass pädagogisches Personal im Umfeld vorhanden war.

Die Situation sieht heute anders aus. Zum Glück. Oder, aus heutiger Sicht, ganz natürlich. Denn die Rehabilitationsträger integrieren Menschen mit Unterstützungsbedarf heute in jegliche übliche Branchen.

Personalentwicklung und Erweiterung des Kundenkreises

In meiner Funktion als Berater erweitere ich den Kundenkreis für ambulante Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Inklusion funktioniert aus meiner Sicht nicht, wenn nur an den beruflichen Rehabilitanden gedacht wird. Auch das Unternehmen gehört zu meinem Kundenkreis. Somit betreibe ich Personalentwicklung.

Es ist nicht davon auszugehen, dass Arbeitgeber Menschen mit einer Erkrankung oder Behinderung grundsätzlich ablehnen. Mein Alltag zeigt immer wieder, dass viele Unternehmen einfach keine Berührungspunkte mit Menschen aus der beruflichen Reha haben und nicht wissen, wie sie diesen neuen Arbeitnehmern gerecht werden sollen. Die Seite der Klienten hat ebenfalls Vorbehalte, weil sie nicht wissen, ob ihre Erkrankung oder Behinderung im Unternehmen berücksichtigt wird. Man könnte sagen, dass die Dienstleistung meiner Arbeit darin besteht, Vorbehalte und Ängste zu nehmen.

Wie und wo ist jemand „eigensinnig“?

Da sich nicht jeder Mensch, in diesem Fall Arbeitgeber und potentielle Kollegen, mit Diagnosen und Krankheitsbildern auskennt, arbeite ich auch nicht mit diesen, wenn ich auf den Arbeitgeber zugehe. Ich zeige individuelle Rahmenbedingungen auf, die Voraussetzungen beschreiben, unter denen Klienten erfolgreich arbeiten können.

So kann es sein, dass ein Mensch mit einer Lernbehinderung einen Arbeitsplatz benötigt, an dem er vielleicht nicht lesen und schreiben muss. Er benötigt vielmehr einen Ansprechpartner, der neue Arbeitsschritte mehr als einmal erklärt. Vielleicht braucht er auch etwas länger, um den Arbeitsauftrag zu erfüllen.

Bei Interessenten mit psychischen Erkrankungen gibt es einen anderen Unterstützungsbedarf. Häufig haben diese Menschen einen Schulabschluss, ggf. eine abgeschlossene Berufsausbildung bis hin zu akademischen Graden. Hier liegen dann andere Rahmenbedingungen vor, als bei Menschen mit Lernbehinderung oder -verzögerung. Hinderungsgründe für den allgemeinen Arbeitsmarkt können u.a. Stresserkrankungen, Kontaktschwierigkeiten, Ängste etc. sein. Nach außen scheinende „Eigensinnigkeiten“, da psychische Erkrankungen, evtl. nicht so

„sichtbar“ oder schwer bis nicht nachvollziehbar sind. In diesem Fall könnte hier eine Bedingung sein, dass jemand in einem Einzelbüro arbeiten muss, welches in grün-blau gestrichen sein sollte und nicht höher als im ersten Stockwerk gelegen ist, weil er oder sie sich unter Menschen nicht wohlfühlt, die Farben ihn beruhigen und er Höhenangst hat. Oder das Gegenteil. Es kann vorkommen, dass jemand in einem Großraumbüro arbeiten muss, weil ansonsten ein Gefühl der Einsamkeit entsteht.

So können verschiedene Rahmen ausschlaggebend für eine erfolgreiche Arbeit sein. Diese können aber klar benannt werden und der Arbeitgeber kann entscheiden, ob diese Rahmenbedingungen erfüllt werden können. Es ist auch nicht wichtig, dass behinderungs- oder krankheitsbedingte Voraussetzungen oder Eigensinnigkeiten verstanden werden. Akzeptanz ist hier viel wichtiger. Kann ein Arbeitgeber diesen Rahmen nicht erfüllen, was natürlich möglich sein muss, findet sich unter Umständen ein anderer Arbeitgeber. Aber beide Seiten wissen, was erwartet wird und können somit agieren.

Interessanterweise gibt es diese „Eigensinnigkeiten“ schon in vielen Bereichen und werden dort als völlig „normal“ empfunden. Denken wir an Manager, die ihre Geschäftsabschlüsse auf dem Golfplatz machen möchten und sich auf dem kleinen Putting-Green im Chefbüro von ihrem Stress erleichtern. Film- und Musikstars, die nur erfolgreich sein können, wenn sie sich Luxusgüter aus aller Welt einfliegen lassen. Agenturen oder Softwareunternehmen haben Tischfußball, Billard und Feel-Good-Manager in die Tagesabläufe und Büroräume integriert. Wie merkwürdig wäre das vor 50 Jahren empfunden worden? Heute ist es „normal“. Work-Life-Balance heißt es nun und nicht eigensinniges Beharren auf Umständen oder Arbeitsbedingungen.

Ich habe ein Ziel und will es erreichen

Häufig höre ich von interessierten Reha-Kunden, dass ihnen jemand gesagt hätte, welche Befähigungen sie haben würden. Ich halte es nicht für sinnvoll, hier nur von bisher gezeigten, teilweise fremdempfundenen Kompetenzen auszugehen. Vielleicht hatten die Interessenten noch keine Möglichkeit, ihre Kompetenz zu erproben oder zu finden. Somit sehe ich die Arbeit der Pädagogen nicht darin, etwas für jemanden zu definieren. Der Pädagoge sollte Berater und Unterstützer im selbstständigen Finden eines individuellen Zieles sein. Dadurch wird die Selbstverantwortung sowie das Tragen der Konsequenzen zwar gefordert, aber auch respektvoll unterstützt.

Die Frage nach Neigung und Interesse steht erst einmal im Vordergrund. Somit ist z.B. der Wunsch, in der Raumfahrt zu arbeiten absolut legitim und nicht zu belächeln, auch wenn er vielleicht nicht erfüllbar ist. Einer meiner Klienten sagte mir, dass er gerne Polizist werden möchte, er dies aber nicht könne, weil er ja behindert wäre. Er fände aber, dass er gut im Putzen sei. Ich habe ihm daraufhin erklärt, welche Schulbildung als Voraussetzung für die Ausbildung zum Polizisten nötig wäre. Auf Grund seiner Lernbehinderung haben wir beide die Schwierigkeit in der Umsetzung gesehen. Allerdings haben wir auch herausgefunden, dass man bei der Polizei arbeiten kann, ohne Polizist zu sein. Man kann die Polizisten unterstützen, damit diese gut oder überhaupt arbeiten können. Auch bei der Polizei muss zum Beispiel mal etwas geputzt werden. Genau wie in der Raumfahrt. Ich bin fest davon überzeugt, dass dieser Interessent deutlich besser bei der Polizei putzen würde, als wenn er in einem Bürogebäude einer anderen Branche arbeitete.

> Ein Mensch, der durch Scheitern erkrankt ist, sollte natürlich eine Beratung erfahren, die ihm Erfolge ermöglicht, aber nicht vorgaukelt.

Ich bin mir dessen bewusst, dass diese Herangehensweise sehr romantisch klingt. Dies ist jedoch irrelevant, wenn es auf dem Weg zum Ziel erlaubt ist, dass man - quasi erfolgreich - scheitert. Scheitern ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einem Misserfolg! Es gehört zum Leben, dass man sich ausprobiert. Für viele Menschen kann ein unerprobtes Ziel oder ein Wunsch, z.B. weil andere es einem nicht zutrauen, schwer auf der Seele lasten. Außerdem ist zu beachten, dass dieser Weg nicht allein gegangen werden muss. Ambulant arbeitende Pädagogen unterstützen und begleiten den gesamten Prozess. Die Schritte auf dem Weg zum Ziel müssen in der richtigen Schrittlänge angegangen werden. Ein Mensch, der durch Scheitern erkrankt ist, sollte natürlich eine Beratung erfahren, die ihm Erfolge ermöglicht, aber nicht vorgaukelt.

Finanzielle Möglichkeiten für die Umsetzung

Die Reha-Kunden aber auch die Unternehmen werden nicht nur auf inhaltlich-pädagogischer Ebene unterstützt. Auch die behinderungs- oder krankheitsbedingte etwaige Minderleistung wird im Bundesteilhabegesetz berücksichtigt. Als Minderleistung für das Unternehmen kann auch der finanzielle Mehraufwand, sei es durch das farblich angepasste Einzel-Büro oder den erhöhten Anlernaufwand, gesehen werden.

- Über das Budget für Arbeit gibt es einen Minderleistungsausgleich und ambulante Assistenz.
- Über das Persönliche Budget kann eine unterstützte Beschäftigung durch Integrationsfachdienste gewährleistet werden.
- Über die Werkstätten für Menschen mit Behinderung sind Gelder der Sozialhilfeträger nutzbar, um die Teilhabe am Arbeitsleben umzusetzen.
- Barrierefreie Arbeitsplätze unterstützt das Integrationsamt sowie die Krankenkasse.

Nach meinem Empfinden, stellt die Integration von Menschen mit Unterstützungsbedarf ins Berufsleben keine gravierenden Hindernisse dar, sofern der „Wille“ zur Umsetzung beidseitig gegeben ist. Die Anforderungen auf spezielle Bedürfnisse erfordern Organisations- und Planungsaufwand, als auch Akzeptanz der „Eigensinnigkeit“ des Arbeitnehmers. Dies bedeutet jedoch einen eher geringen Aufwand im Vergleich zur Wertschöpfung der gesamten Leistung. Insgesamt lässt sich bei erfolgreicher Umsetzung der oben genannten Punkte durchaus vermuten: Würden die „Eigensinnigkeiten“ der meisten „normalen“ Arbeitnehmer bei Einstellung nach diesen Kriterien berücksichtigt - die Fluktuation durch Jobwechsel oder der übliche Krankenstand würde deutlich geringer ausfallen.

Vesperkirche – Ein Zuhause auf Zeit

Von Gabriele Ehrmann

1. Vesperkirche Stuttgart – was ist das?

Vesperkirche Stuttgart ist ein Projekt der Evangelischen Kirche in Stuttgart. Für sieben Wochen im Jahr wird die Leonhardskirche ein Zuhause auf Zeit. Von Januar bis März öffnen sich täglich die Türen um 9 Uhr und einige Gäste kommen pünktlich zur Eröffnung. Kaffee, Tee und Hefekranz sowie eine Zeitung machen den Morgen zu einer besonderen Zeit, es ist noch ruhig im Kirchenraum. Um 11:30 Uhr öffnet die Ausgabe für das Mittagessen. Oft schon 20 Minuten vorher formiert sich davor eine Schlange. 500 bis 600 Essen und manchmal auch mehr reichen ehrenamtlich Mitarbeitende über die Theke. Ein Essen, das schmeckt, so auch die Rückmeldungen. Danach sind Vesperbeutel für die Gäste vorbereitet, um sie mit nach Hause zu nehmen. Vesperkirche Stuttgart wird möglich, weil ca. 800 Ehrenamtliche und 20 Hauptamtliche engagiert mitarbeiten. Um 16 Uhr beschließt eine Andacht den Tag. Die Motive in die Vesperkirche zu kommen sind vielfältig.
Mit **vier Dimensionen** möchte ich die Vesperkirche Stuttgart beschreiben. **Satt werden und genug zu essen bekommen, das ist die erste Dimension.** Hungrig soll niemand die Kirche verlassen. Ja mehr noch, das Essen soll gut schmecken.

Die **zweite Dimension ist die Teilhabe an der Gesellschaft.** Armut ist oft verbunden mit dem Ausschluss aus gesellschaftlichen Vollzügen. Vesperkirche möchte Teilhabe ermöglichen. Teilhabe am Gesundheitssystem zum Beispiel. Täglich ab 13 Uhr hat ein Arzt oder eine Ärztin ehrenamtlich in der Magdalenenkapelle Bereitschaftsdienst. Weitere Teilhabe an Gesellschaft erschließen Frisöre, die ehrenamtlich jeweils montags die Haare schneiden und Menschen das Gefühl geben, dass sie dazu gehören, dass sie die Haare schön haben. Teilhabe vermittelt auch ein qualitätsvolles Kulturprogramm jeweils sonntags um 16 Uhr, das unseren Gästen Konzertbesuche ermöglicht, zu denen sie sonst wegen der Eintrittskosten keinen Zugang hätten.
Diakonische Gemeinschaft ist die dritte Dimension von Vesperkirche. Während der sieben Wochen entsteht und wächst Gemeinschaft unter den Gästen wie auch unter den Ehrenamtlichen sowie Hauptamtlichen und manchmal sogar zwischen Ehrenamtlichen, Gästen und Hauptamtlichen. Es treffen unterschiedliche Lebenskulturen aufeinander. „Die Hauptamtlichen und Organisierenden, die Ehrenamtlichen und auch die Besucherinnen und Besucher selbst kommen aus höchst divergenten Lebenszusammenhängen." (Schlag, S. 85)
Der Kirchenraum hält die inhomogene Gemeinschaft zusammen und schenkt ihr durch die christlichen Symbole einen besonderen Rahmen, er hat ein eigenes diakonisch relevantes Potential (vgl. Schlag, S. 87). Das Kreuz auf dem Altar gehört dazu ebenso wie die Kerzen, die, sobald die Vesperkirche beginnt, entzündet und erst am Abend nach der Andacht wieder gelöscht werden. Die Fenster, die Bänke, das Chorgestühl – alles sieht nach Kirche aus und ist Kirche. Vesperkirche ist das Erleben, gemeinsam im Raum der Kirche zu essen. Kirche öffnet sich, öffnet ihre Räume für Menschen und Gott sitzt mit am Tisch.
Das Vesperkirchenteam schöpft Kraft aus der diakonischen Identität. Der Sonntag beginnt mit einem Gottesdienst in der Vesperkirche, werktags endet die Vesperkirche mit einer kurzen Liturgie. Auch zur Einführung für die Ehrenamtlichen am Morgen gehört ein Segenswort. Begründungsgeschichten sind Erzählungen wie die vom barmherzigen Samariter, die Speisung der 5000, sowie das gemeinsame Mahl, das Abendmahl, das Jesus eingesetzt hat. Sie sind Nährboden und Deutungshorizont für Vesperkirche. Das christliche Menschenbild zu leben und die Ebenbildlichkeit Gottes eines jeden Menschen und damit seine Würde zu achten, ist Kern des Projekts Vesperkirche Stuttgart.

Die vierte Dimension ist die politische. Vesperkirche will ein Zeichen setzten in der Gesellschaft. Für sieben Wochen das Thema Armut in die Öffentlichkeit tragen und die prekäre Situation von Menschen mit Grundsicherung, von Langzeitarbeitslosen, von armen Menschen mit und ohne Obdach an Politikerinnen und Politiker weiterreichen. Und letztlich darauf hinwirken, dass in unserer Gesellschaft weiterhin strukturelle Verbesserungen geschehen für Menschen, die arm sind.
Jede Vesperkirche hat ihren eigenen Charakter. Wir in Stuttgart haben sehr viele Gäste, die ganz am Rande der Gesellschaft stehen.

Gabriele Ehrmann
Die Autorin ist Diakoniepfarrerin in Stuttgart. E-Mail: gabriele.ehrmann@elkw.de

2. Unsere Gäste

Darum ist die Vesperkirche Stuttgart für einen Teil unserer Gäste gleichsam ein Zuhause auf Zeit. Sie kommen, wie sie sind, manchmal mit vielfachen Belastungen sieben Wochen lang jeden Tag. Und es ist nicht immer klar, ob die Belastungen Folge oder Ursache der prekären Lebensverhältnisse sind.
Unsere Gäste unterscheiden sich durch ihren kulturellen Hintergrund, ihren Sozialstatus, ihren Bildungsstand, Religion, Sprache oder Herkunft. Die einen sprechen Schwäbisch, andere unterhalten sich auf Russisch oder Polnisch. Wieder andere kommen aus Ungarn oder Rumänien. Viele bringen Gepäck mit in die Vesperkirche, weil sie keinen Ort haben, um das, was sie zum Leben brauchen, unterzustellen.
Jeden Tag haben wir 600 und mehr Essen ausgegeben. Das bedeutet, dass wir im Laufe eines Tages mehr als 500 Personen in der Vesperkirche Stuttgart bewirtet haben. Es ist für mich immer wieder ein Wunder, dass trotz der Diversität letztlich wenige Situationen entstehen, bei denen Gewalt im Spiel ist. Der Kirchenraum mit seiner Symbolik spielt dabei eine nicht unwesentliche Rolle.

Wo sind unsere Gäste in der Gesellschaft verortet?
Die Ausführungen beruhen nicht auf Befragungen, sondern sind lediglich

Wahrnehmungen und Zuordnungen der Autorin aus der Vesperkirchensaison 2018 in Stuttgart.
Die Sinusmilieustudie stellt die soziokulturelle Vielfalt einer Gesellschaft dar. Legt man diese Systematik zugrunde, dann kommen unsere Gäste hauptsächlich aus dem prekären Milieu. Auch wenn viele nicht immer dort verortet waren. Kennzeichen dieser Gruppe sind: Sie wollen dazu gehören, Anschluss halten; erleben aber oft Ausgrenzung und Benachteiligung und daraus folgen oft auch Verbitterung und Ressentiments. (Vgl.: Sinus Milieu Studie).
Wer in der Vesperkirche arbeitet, tut gut daran, sich immer wieder vor Augen zu halten: Ein kleiner Teil der Bevölkerung begegnet uns in der Vesperkirche, nach der Sinus-Milieu Studie weniger als 10 %; diese Gruppe repräsentiert nicht die Gesellschaft, aber sie ist Teil unserer Gesellschaft. Und diese Gruppe möchte partizipieren an den Vollzügen der Gesellschaft.

Wer sind unsere Gäste und was bewegt sie zu kommen?
Auch hier gehe ich beschreibend vor. Auch wenn unsere Gäste bevorzugt aus dem prekären Milieu kommen, so ist dieses Milieu nicht homogen. Jedem Gast wird individuelle Aufmerksamkeit zuteil, so er das möchte. Vesperkirche versteht sich als diversitätssensibel.

- **Gruppe der osteuropäischen Gäste**

Osteuropäische Gäste kommen in die Vesperkirche meist mit einem Übernachtungswunsch. Es fehlt an vielen Dingen, da ist kein Arbeitsplatz oder keiner mit Tarifbezahlung, man hat den Führerschein verloren, das Geld reicht nicht, um Kosmetik und Essen zu bezahlen. Der Wunsch nach einer Wohnung, einem Arbeitsplatz, nach Geld führt sie zu uns. Sie kommen in der Regel als einzelne. Die evangelische Gesellschaft Stuttgart bietet eine Orientierungsberatungsstelle für EU-Bürgerinnen und Bürger an. Dorthin können wir sie vermitteln.
Eine Gruppe hebt sich ab unter den osteuropäischen Gästen. Die Gruppe der Roma ist eine ziemlich geschlossene Gruppe mit wenigen Kenntnissen der deutschen Sprache. Als Gruppe sind die Menschen im Kirchenraum erkennbar - durch ihre Kleidung fallen sie auf. Sie kommen morgens gegen 10 Uhr und holen zunächst einmal den Nachtschlaf auf den Kirchenbänken nach. Die Nacht verbringen die Familien in der Regel im Freien. Sie haben kein Dach über dem Kopf. Sie kommen, um sich aufzuhalten, zu schlafen und zu essen.
Von anderen Gästen kamen Klagen über Drängelverhalten in der Schlange oder über einen ungehörigen Umgang mit Lebensmitteln; das Schlafen wurde als Beschlagnahmung der Bänke erlebt, so dass kein anderer hier mehr liegen konnte.
Wir haben mit der Gruppe und den Clanleadern gesprochen. Wir hatten dabei eine sehr kompetente Dolmetscherin rumänischer Abstammung an unserer Seite. Wir haben den zunächst 15 Personen signalisiert, dass sie willkommen sind, dass wir aber auch Regeln haben, die uns wichtig sind. Wir haben vom Kirchenraum erzählt, den wir pfleglich behandeln, vom Chorgestühl, das für uns so wertvoll ist, dass wir daran keine Hunde festbinden, wir haben erzählt von den Mengen an Essen, die in unserer Gesellschaft weggeworfen werden und an anderer Stelle hungernden Menschen. Wir haben unsere Werte weitererzählt und dabei von ihnen erfahren, dass sie ein Dach über dem Kopf, dass sie Arbeit suchen, dass unter ihnen Jugendliche sind von 17 Jahren, die in ihrem Leben bisher zwei Jahre lang zur Schule gegangen sind. Über mehrere solcher Gespräche haben wir einen guten Kontakt bekommen. Wir haben erreicht, dass ein junger Mann, der einen entzündeten Fuß hatte, sich in ärztliche Behandlung begeben hat. Wir haben die Aufenthaltszeit pro Tag in der Kirche begrenzen können und die Gruppe gegen 13:30 Uhr freundlich aus der Kirche begleitet, damit eine zweite Schicht zum Schlafen Platz hatte. Mit Geduld und Konsequenz waren wir Herr der Lage geblieben. Dies war für uns wichtig, sonst hätten wir die Polizei rufen müssen, um die Kirche zu räumen.
Die Gruppe der Roma ist in Stuttgart umfangreich, über 100 Mitglieder umfasst sie, so wurde uns gesagt. Für sie gibt es keine Unterkünfte. Wir wollen uns auf eine Vorgehensweise für die Vesperkirchensaison 2019 in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Trägern einigen.

- **Menschen mit Suchtproblematiken (Drogen, Alkohol)**

Menschen mit Suchtproblematiken waren täglich Gäste in der Kirche. Ein warmer, trockener Raum in der kalten Jahreszeit mit Kaffee, Tee und Essen wird geschätzt. Es waren immer Gesprächspartner für Krisensituationen vor Ort.
Obwohl wir am Eingang der Kirche unsere Regeln in mehreren Sprachen öffentlich gemacht haben, und es hieß: kein Alkohol, keine Drogen in der Kirche, wurden unsere Regeln nicht immer beachtet. Im Chorgestühl fanden unsere Mitarbeitenden immer wieder leere Wodkaflaschen. Drogendealer kamen in die Kirche, auch um zu verkaufen. Vor der Kirche jedenfalls florierte das Geschäft, auch Alkohol floss dort aus Dosen und Flaschen. Unsere Ärzte hatten mit Menschen zu tun, die entweder voll von Drogen und kaum ansprechbar waren oder aber dringend „Stoff" benötigten. Fast täglich fand vor der Kirche eine Razzia der Polizei statt.
Beelendend ist, wie Drogen und Alkohol Menschen verändern und steuern.
Wir streben an, mit der Suchtberatung zu kooperieren, um für 2019 für unsere Gäste noch besser gerüstet zu sein.

Langzeitarbeitslose sind nicht unter den Gewinnern; ihre Zahl reduziert sich nicht

- **Menschen mit kleiner Rente**

Auch Menschen mit geringer Rente kommen in die Vesperkirche. Wer eine solche Rente hat, muss schauen, wo er bleibt. Während der Vesperkirchenzeit lässt sich etwas von der kleinen Rente ansparen. Wer schon zum Frühstück in die Kirche kommt, dort zu Mittag isst und dann auch noch das Vesper für den Abend mit nach Hause nimmt, hat wenig Verpflegungskosten während dieser Zeit. Dafür kann man unter Umständen etwas kaufen, was sonst nicht im Budget enthalten ist. Vesperkirche verschafft Menschen mit kleiner Rente ein wenig Luft.
Rentnerinnen und Rentner kommen aber auch in die Vesperkirche, um nicht einsam zu sein. Wenn zuhause niemand am Essenstisch wartet, ist eine Vesperkirche ein willkommener Ort für Essen in Gemeinschaft, für einen Austausch und vielleicht sogar für eine Verabredung für den nächsten Tag.

- **Langzeitarbeitslose**

Die Wirtschaft floriert, die Reichen werden reicher, die Armen auch, allerdings viel langsamer. Langzeitarbeitslose sind nicht unter den Gewinnern; ihre Zahl reduziert sich nicht, obwohl die Arbeitslosenzahlen der Statistik nach ständig zurück gehen. Unter den 900.000 Langzeitarbeitslosen sind 100.000 bis 200.000 mit multiplen Arbeitsvermittlungshemmnissen. Die Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt Arbeit zu finden sind nicht ausgeprägt. Wer aber arbeitslos ist,

hat auch an anderen Bereichen der Gesellschaft nur beschränkten Anteil. Langzeitarbeitslose gehen – wie eine Studie gezeigt hat – in der Regel auch nicht zu Wahlen. Wer so lebt, lebt häufig mit dem Gefühl zu kurz zu kommen. Dieses Gefühl ist in der Vesperkirche latent immer vorhanden. Aktionen mit Präsenten, seien das Hygieneartikel oder Kuchen oder Bananen haben einen Makel, zurück bleibt bei einigen: „Ich habe das kleinste Stück bekommen." Langzeitarbeitslose kommen in der Regel in die Vesperkirche, weil sie dort Gemeinschaft erleben, versorgt werden und Beratung bekommen können.

- **Menschen ohne Obdach**

Menschen, die keine feste Bleibe haben, tragen alles, was sie haben, mit sich herum. In der Vesperkirche lässt sich dies ablesen an den vielen Gepäckstücken, verschnürten Taschen und Koffern, die am Rande lagern. Leider haben wir keinen rechten Platz für eine ordentliche Gepäckaufbewahrung. Menschen ohne Obdach halten sich in der Regel den ganzen Tag in der Vesperkirche auf. Für sie ist Vesperkirche ein Zuhause auf Zeit mit verschiedenen Optionen: sich auszuruhen, sich zu wärmen, bei Gruppenangeboten mit zu machen, zu spielen (Karten), für sich zu sein oder auch ein Beratungs- oder Seelsorgegespräch in Anspruch zu nehmen.

- Hin und wieder kommen auch **„Solidaresser"** in die Vesperkirche. Sie kommen aus ganz anderen Milieus. Wir freuen uns auch über sie. Sie erweitern die Gesprächsoptionen und legen in der Regel etwas in unsere Spendenkasse.

3. Was ist uns aufgefallen?

Armut ist mit allen Sinnen wahrzunehmen. Wer in der Vesperkirche arbeitet, gewöhnt sich an den oft strengen Geruch. Wir können keine Dusche anbieten, wir haben keine Kleiderkammer. Hier darf jeder kommen, so wie er ist. Dass mancher eine Zumutung für seine Nachbarn ist, ist vermutlich nicht jedem bewusst.

4. Verhalten unserer Gäste

Unsere Gäste sind wie alle Gäste individuell. Manchmal erscheint uns jemand als schwierig, weil er sich nicht an Regeln hält oder patzig reagiert, wenn man ihn anspricht. Jemand, der durch sein Verhalten auffällt, fordert die Hauptamtlichen heraus. Auch ist eine Verständigung mit Menschen, die in einer eigenen Welt leben, in eigenen kreisenden Gedanken, nur eingeschränkt möglich. Insgesamt ist zu beobachten, dass unsere Gäste sehr rasch aggressiv reagieren und die Toleranzschwelle niedrig liegt. Unsere Mitarbeitenden sind dran, zu deeskalieren, wo es möglich ist, und freundlich aufzutreten.
Die relevanten Themen in der Vesperkirche Stuttgart sind:
Nähe und Distanz, Ablehnung der anderen, der Fremden; Angst zu kurz zu kommen, Aggressivität und Reizbarkeit, Abhängigkeiten und Süchte, schräge und abstruse Gedankengebilde, psychische und physische Krankheiten oder auch Verwahrlosung. Jede und jeder kann eine ganz individuelle Geschichte erzählen. Oft schwingen in der Tiefe Verletzungen und das Gefühl mit, ausgegrenzt zu sein.

5. Reaktionen der Mitarbeitenden

Wir haben eine große Anzahl an diakonisch geschulten Mitarbeitenden. Aufmerksam zuhören, wahrnehmen und sich einlassen gehören genauso zum Repertoire dazu wie sich abgrenzen, Unverständnis äußern oder Kritik üben.
Auch Menschen, die in psychiatrischer Behandlung sind oder waren, kommen zur Vesperkirche. Wer ein Gespräch benötigt oder haben möchte, kann dies jederzeit bekommen. Diakoninnen und Diakone, Fachpersonal der Kreisdiakoniestellen sind dazu bereit. Und das Bemühen um jeden einzelnen ist groß. Ausgangpunkt ist das christliche Menschenbild: Jeder Mensch hat seine Würde von Gott, denn jeder Mensch ist Ebenbild Gottes. Und die Mitarbeitenden tun ihren Dienst in dieser Haltung.

6. Fazit

Die Vesperkirche Stuttgart besuchen vorwiegend Menschen aus dem prekären Milieu. Der gesundheitliche Zustand von Wohnungslosen und Obdachlosen ist häufig schlecht. „Neben vielfältigen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen sind die Menschen Hitze, Kälte und Nässe ausgesetzt. Falsche oder nicht ausreichende Ernährung, chronischer Alkoholmissbrauch und eingeschränkte Körperhygiene bedingen und unterhalten Infektionen und Parasitenbefall." (Deutsches Ärzteblatt, S. 673).
Vesperkirche Stuttgart ist ein offener, einladender Ort für alle, die belastet sind. Belastet auch mit sozialpsychiatrischer Problematik, die aber zumindest in den ersten Wochen der Vesperkirche erstaunlicherweise gut aufgefangen werden können durch die einfache Tagesstruktur und die große Anzahl an qualifizierten Hauptamtlichen. Möglicherweise erhöht die Diversität zunächst einmal die gegenseitige Toleranzschwelle. Vesperkirche vermag „einen gemeinsamen Raum zu schaffen, in dem diese Diversität lebbar und als produktive Bereicherung für das größere Ganze verstanden wird." (Schlag, S. 79).
Je länger Vesperkirche aber dauert, desto mehr treten die Interaktionen der Gäste untereinander in den Vordergrund, desto komplexer wird die Kommunikationsstruktur. Die Auseinandersetzungen und die Bereitschaft zu verbaler und auch körperlicher Gewalt nehmen zu. Mehr Interventionen durch die Hauptamtlichen sind nötig.
In der Vesperkirche steht der Mensch im Mittelpunkt. Wer es braucht und möchte, kann intensive Aufmerksamkeit erfahren, individuelle Beratung und Seelsorge. Das Angebot Vesperkirche ist niedrigschwellig, erwartet wird nur die Einhaltung einfacher Regeln. Darum können auch so viele kommen und das Angebot in die eigene Alltags- und Lebenswelt integrieren.
„Hier spiegelt sich möglicherweise wider, dass Kirche in ihrem tiefsten Sinn gerade und nach wie vor die Institution schlechthin darstellt, um Menschen unterschiedlichster Herkunft um einen gemeinsamen Tisch zu versammeln ... und es andererseits vermag, durch ihren besonderen Raum und eine bestimmte Atmosphäre niedrigschwellige Formen alternativer Gemeinschafsbildung über alle bestehenden sozialen Grenzen hinaus herzustellen." (Schlag, S. 74)
Zur Vesperkirche gehört konstitutiv die zeitliche Begrenzung. Wir sehen Vesperkirche nicht als Konkurrenzangebot zu professionellen sozialpolitisch institutionalisierten Hilfsangeboten, aber als eine zeitlich begrenzte Ergänzung. Eine Ergänzung, von der eine besondere Faszination ausgeht.

Literatur

Deutsches Ärzteblat: Jg 114, Heft 40, 6. Oktober 2017, S 673

Friz, Martin, Jähnigen, Brigitte, Moser, Fritz (1997):, Die Vesperkirche, Ein Stuttgarter Modell

Obert, Klaus: Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson.pdf, in: https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_Tagungsband_41, S. 233 – 246

Schlag, Thomas: Offen für alle – Offenheit für alle? ZPTh, 37. Jahrgang, 2017-2, S. 73 – 90

Sinus-Milieu-Studie: https://www.sinus-institut.de/sinus-loesungen/sinus-milieus-deutschland/

Straßenambulanz in Kooperation zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrie

Von Andrea Nanz und Christoph Lakner

An drei Tagen in der Woche suchen wir als Kooperation Wohnungslosenhilfe- Sozialpsychiatrie die Treffpunkte von Menschen mit und ohne Wohnung in Stuttgart Bad Cannstatt auf. Wir begegnen armen Menschen, einsamen Menschen, solchen, die einfach „nur" auf dem Heimweg von der Arbeit einen Stop einlegen und anderen, die einen großen Anteil ihres Alltags am Bahnhof verbringen. Kurzum: die Vielfalt könnte nicht größer, die Geschichten nicht unterschiedlicher sein.

Andrea Nanz und Christoph Lakner

Andrea Nanz macht Straßensozialarbeit beim Gemeindepsychiatrischen Zentrum der Caritas in Stuttgart-Bad Cannstatt. Christoph Lakner arbeitet bei der Ambulanten Hilfe Stuttgart.

Kooperation Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie

Idee der Kooperation der beiden Fachdiensten war, in der Straßensozialarbeit Kompetenzen aus beiden Bereichen nutzen zu können: sowohl das schlichte Dach über dem Kopf und die Verwirklichung des Rechts darauf als auch die individuelle psychosoziale Lebenssituation, die wahrgenommen werden will.

Zunächst ein kurzer Abriss zur Entstehung der Straßensozialarbeit 2005. Im Rahmen des Umbaus einer U- Bahnstation verschwand ein ehemaliger Treffpunkt mit Bäumen und Bänken inmitten von Stuttgart Bad Cannstatt. Somit entstand Bedarf nach einer anderen Möglichkeit, sich im öffentlichen Raum zu treffen. Wie in vielen anderen Städten auch bot sich der Bahnhofsvorplatz an, dort gab und gibt es immer noch herrliche schattenspendende Bäume und Bänke.
Die Initiative zur Gründung von Straßensozialarbeit ging vom zuständigen Polizeirevier aus, welches sich nicht der Rolle sah, die zunehmenden ordnungsrechtlichen Probleme bzw. subjektiv wahrgenommenen Störungen allein durch Maßnahmen der Vertreibung und Disziplinierung bewältigen zu müssen.

Erwartungen an die Straßensozialarbeit

So entstand die Straßensozialarbeit auf der Grundlage eines „Runden Tisches Bad Cannstatt" Dies war verbunden mit den verschiedensten Erwartungen.
Bis heute ist unsere tägliche Arbeit geprägt von diesen unterschiedlichen Erwartungshaltungen. Die Polizei freut sich über wenig ordnungs- bzw. strafrechtliche Vorkommnisse, der Handel begrüßt den Wegfall an Störfaktoren fürs Geschäft und Passant/innen wollen ohne Stress ihr Ziel erreichen. Der Mensch, der gerade Feierabend macht, freut sich über nette Gesellschaft für das Feierabendbier, Menschen ohne Obdach suchen einen Schlafplatz, noch jemand anderes braucht eine Person, die beim Umziehen hilft und der nächste will einfach seine Ruhe. Recht häufig ist die Hoffnung da, dass wir den so dringend benötigten Wohnraum finden können und fast bei jeder Begegnung ist die Erwartung an uns da, einfach nur da zu sein und zu zuhören, auch wenn es schon wieder die gleiche Geschichte ist.

Veränderung versus „So sein lassen"

Zunächst einmal ist es wichtig, die akuten Notfälle heraus zu "filtern" und zügig Kontakt zum Hilfesystem herzustellen. Dies kann die Vermittlung eines Notübernachtungsplatzes oder der Kontakt zur zuständigen Fachberatungsstelle sein. Wann ist Bedarf an Begleitung da, wann wäre dies wiederum nicht sinnvoll? Immer wieder stellen wir jedoch fest, dass es nicht allein mit diesen formalen Schritten getan ist, ein Leben (wieder) ins Gleichgewicht zu bringen, bzw. dies zu ermöglichen. Immer wieder treffen wir auf Menschen, die derart enttäuscht, verletzt und verbittert sind, dass sie sich innerlich von der Gesellschaft verabschiedet haben und sozialarbeiterische Hilfen gegen eine imaginäre Wand laufen lassen.

Franz zum Beispiel, der trotz seiner Rolle als Schwarzes Schaf in der Familie die an Demenz erkrankte Mutter bis zum Schluss gepflegt hat, ohne die Chance einer Umdeutung seiner Position innerhalb der Familie. Später am Arbeitsplatz gehörte er ebenso wenig zu den Gewinnern, als es durch Rationalisierung zum Stellenabbau kam. Freund Alkohol half kurzfristig und begünstigte die Entscheidung, von jetzt auf nachher alles hinter sich zu lassen, was zum bisherigen Leben gehört: Beziehungen, Wohnung und die gesamte sonstige gesellschaftliche Anbindung mit sozialer Absicherung. So treffen wir ihn am Ende eines eiskalten Winters, den er mit nur zwei

Wolldecken als Einsiedler inmitten der Großstadt überlebt hat. Es soll fünf Jahre dauern, bis er wieder unter einem Dach schläft. Für uns ist schwer zu verstehen, dass er sämtliche strukturelle Hilfen ablehnt und somit seine Rechte nicht wahrnimmt und damit die Gesundheit allerspätestens zum kommenden Winter mit eine weiteren Kältewelle akut gefährdet. Seine Erklärung für dieses Verhalten ist, dass er innerlich einen Deal gemacht hat: Er erhebt keinerlei Ansprüche an die Gemeinschaft aber er wird niemals wieder Forderungen von wem auch immer erfüllen.

So bleibt uns nur, Schritt für Schritt zu verhandeln: Wann sind wir als Gast in seinem „Wohnzimmer“ unter dem Baum willkommen, welche Fragen sind lästig, welche sind willkommen.

Der nächste Schritt war nicht, wie man für einen Mensch ohne Obdach vermuten könnte, ein Antrag auf Leistungen, sondern der Kauf einer Jahreskarte für den Zoo aus Spendengeldern. Er war nun wieder ein wenig mehr unter Menschen, und zwar als Zuschauer mit der Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wann dieser Tagesordnungspunkt jeweils eingeplant wurde. Wir mussten lernen, unsere Zeitschiene anzupassen, bzw. aufzugeben und ihm die Entscheidung zu überlassen, wann er seine Rechte auf Sozialleistungen einfordern wollte. Viele kleine Schritte folgten: Besuch einer Wärmestube, Teilnahme an einer Skatgruppe, an einem Ausflug und vieles mehr. Inzwischen - sechseinhalb Jahre später - lebt er in einer Wohngemeinschaft. Er hat ein Stück weit seinen inneren Deal aufgegeben, niemals wieder einer Verpflichtung nachzugehen, indem er äußerst zuverlässig einer anspruchsvollen Arbeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt nachgeht. Im Rückblick beantwortet er die Frage, was ihm denn geholfen hätte, seine Verbitterung und Isolierung zu überwinden, damit, dass er freundliche Begegnungen mit einer Hundegassigängerin und ihrer dicken Dackeldame schildert, „seinen“ Vögeln, die ihn morgens wecken und einem Polizisten, der ihn während all seinen Nachtschichten in der klirrenden Kälte aufsucht und mit ehrlichem Interesse nach seinem Wohlergehen frägt.

Offenheit für individuelle Erklärungs- bzw. Lösungsmodelle

Die Tatsache, dass Wohnen zumindest in den Ballungsräumen vom Grundrecht zur Ware geworden ist, bewirkt, dass die Aussicht, eines Tages in ferner Zukunft eine eigene Wohnung anzumieten zunächst mit dem Gang durch verschiedene Institutionen der Wohnungslosenhilfe verbunden ist. Auch hier erleben wir oft ein Scheitern und nicht gewachsen Sein gegenüber den Anforderungen und (sicherlich notwendigen) Regeln der verschiedenen Einrichtungen. Nicht selten sind wir von der Straßensozialarbeit diejenigen, die bei den Wechseln von einer Einrichtung zur anderen und den damit verbundenen Turbulenzen weitgehend die einzige feste Konstante verkörpern. Beim Ausloten an Möglichkeiten, die noch nicht ausgeschöpft wurden, sind wir immer wieder auf Denkweisen angewiesen, die bereit sind, sich auf die Lebenswelt und Biografie der einzelnen Personen einzulassen. Als Beispiel sei ein Wohnheim genannt, welches speziell für einen Mann mit langjährig chronifizierter Alkoholerkrankung die zulässige Toleranzgrenze des Promillegehalts individuell erhöht hatte. Alle Modelle des Sich- Einlassens auf Menschen und ihren ganz eigenen Erklärungsmodellen helfen: ein Hotel Plus, die Aussicht auf Home Treatment und die Haltung einer zieloffenen Suchtberatung.

Das Leben auf der Straße ist für einige Menschen ein ganz eigener Lösungsversuch, mit einer psychischen Erkrankung zu leben.

Das Alter der Menschen, denen wir in „unserem“ Stadtteil begegnen, variiert zwischen neunzehn und dreiundachzig Jahren. Oftmals ist die momentane Situation nicht das erste Mal, in dem eine Notlage entstanden ist. Welche Erfahrungen wurden früher gemacht, welche Ideen sind da, was könnte getan werden, auf was kann man zurückgreifen? Nicht selten werden an dieser Stelle Möglichkeiten formuliert, die sich mit unserer sozialarbeiterischen Brille nicht erschlossen hätten. So sind es manchmal nur Kleinigkeiten, die wir dazu beitragen, dass sich wieder eine Perspektive entwickelt, sei es seine Fahrkarte für den Nahverkehr, ein Anruf, der von unserem Handy aus gemacht werden kann, oder einfach nur der Wortwechsel, während dieser die Idee entwickelt wurde.

Toleranz allerdings hat oftmals variierende Grenzen – diese sind auszuloten, zu definieren und transparent für alle Beteiligten zu machen.

Das Leben auf der Straße ist für einige Menschen, die wir kennengelernt haben, ein eigener Lösungsversuch, mit einer psychischen Erkrankung zu leben: An dem Treffpunkt inmitten der verschiedensten Personen fernab des mainstreams kann man so sein, wie man ist: Niemand wundert sich über sonderbare Gedanken, keine/r nörgelt an seltsamer Kleidung herum. Fritz fühlt sich draußen mobil mit seinem Fahrrad sicher vor den Verfolgern, die ihn in einem geschlossenen Raum mit Gas vergiften würden. So kommt er ohne Medikamente zurecht, ohne Psychiater, jedoch mit der Möglichkeit sich in der Wärmestube mit dem Wichtigsten für das Fahrrad zu versorgen.

Bewusstsein im und für den Stadtteil fördern

Menschen, die sich nicht nur zum Zwecke der Nutzung des Nah- oder Fernverkehr am, vor oder hinter dem Bahnhof treffen, geben ein Spiegelbild der Gesellschaft und ihrer Probleme wieder. Immer wieder stellt sich die Frage, ob es nicht einen anderen Platz geben kann als Treffpunkt: Einen Platz, an dem diejenigen, die nicht Schritt halten können mit unserer Leistungsgesellschaft das Bild in der Öffentlichkeit weniger stören, weniger lästig sind, statt uns die Defizite unseres –inzwischen europaweiten- Zusammenlebens ständig Tag für Tag vor Augen zu führen.

Bisher konnte keine Idee einer Verschiebung des Treffpunktes verwirklicht werden - die Realität hat sich durchgesetzt. Man trifft sich an einem leicht erreichbaren Ort, mitten im „wahren Leben“, nicht weit von der Möglichkeit, günstig Getränke und Imbiss einzukaufen. Hier beginnt die Aufgabe für die Straßensozialarbeit, Verständnis für die unterschiedlichen Interessen zu erwirken. „Den/die Schwächste/n mitnehmen“ könnte bedeuten, dass ein Stadtteil auch diese

deutlich weniger schillernde Seite der Gesellschaft toleriert. Eine Geste dieser Akzeptanz war die nach mehreren Jahren errungene Lösung des Toilettenproblems. Vertreter/innen der Bezirkspolitik, der Stadt und weitere Beteiligte aus dem Stadtteil konnten sich dazu durchringen, dass einem Einzelhändler ein kleiner Beitrag für die kostenlose Benutzung seiner Toilette erstattet wird. Die Benutzer/innen des stillen Örtchens sehen dies als Wertschätzung an- eine oftmals seltene Erfahrung in ihrem Leben.

Toleranz allerdings hat oftmals variierende Grenzen - diese sind auszuloten, zu definieren und transparent für alle Beteiligten zu machen. Hierfür haben wir halbjährliche Gesprächsrunden mit Vertreter/innen der Polizei und Bahn Security etabliert, bei denen dieser Austausch auf „neutralem Boden“ stattfindet.

Umgang untereinander

Wie treten wir bei Konflikten auf? Immer wieder gibt es Streit, Unmut, gegenseitige Provokationen, insbesondere bei fortgeschrittenem Tagesverlauf und erhöhtem Alkohol“pegel“. Es ist sicherlich unabdingbar, Grundzüge der Deeskalation zu kennen und zu verstehen; dennoch müssen wir uns auch hier der Frage stellen, in welcher Rolle wir auftreten. Ist es unsere Aufgabe, Konflikte für die Personen untereinander zu lösen?

Wesentlich wirkungsvoller erscheint, daß die Beteiligten untereinander ein Gefühl der gegenseitigen Verantwortung entwickeln bzw. wahrnehmen, dass dies zuweilen wesentlich ausgeprägter ist, als vermutet. Wir haben nicht selten überraschend auftretende Streitschlichter/innen erlebt, in einer völlig unerwarteten Art und Weise. Wenn sich alle als eine Art Schicksalsgemeinschaft verstehen, schlichtet man Konflikte, die eigentlich nicht zu schlichten wären oder man steckt ein, auch wenn man gerade ungerecht behandelt wurde. Dieses vorsichtig formulierte Gemeinschaftsgefühl wahrzunehmen und möglicherweise zu stärken, ist vermutlich wesentlich wirkungsvoller, als in der Situation selbst zu intervenieren.

Doch wie wird dies möglich, was macht Sinn für eine Gruppe, die keine ist, für Menschen, die nicht selten eigentlich nichts miteinander zu tun haben wollen? Auch hier gibt es sicherlich nicht die eine richtige Antwort, vielmehr mehr oder weniger gelingende Versuche. Wir bieten Ausflüge an, wie Spaziergänge und kulturelle Nachmittage. Als Element politischer Teilhabe ermöglichten wir dank dem zugehörigen gemeindepsychiatrischen Zentrum die Teilnahme an einer Podiumsdiskussion, inclusive intensiven Vorbereitungstreffen zur Sammlung von Fragen, die alle beschäftigen. Einmal jährlich gedenken wir der Verstorbenen mit einer kleinen Feier. Weiterhin bieten wir jährlich eine Kurzreise mit zwei Übernachtungen an. Während diesen gemeinsamen Erlebnissen und ebenso während den tagtäglichen Begegnungen auf der Straße gibt es trotz den vielen Sorgen und Problemen immer wieder viel Raum für Alltagskomik; man lacht miteinander, übereinander und womöglich über sich selbst.

Die Lebensmodelle, der Menschen sind trotz der Schwierigkeiten immer wieder von Hoffnung geprägt: auf eine Wohnung, auf eine gelingende Beziehung, eine Arbeit, die Spaß macht und auf ein Leben, das Freude bereitet.

Transparenz, Beziehungsarbeit

Mittlerweile, nach einigen Jahren im Einsatz stellen wir fest, dass auch am Standort Straße, Brücke, Bahnhof Beziehungsarbeit dazugehört, sei es auch noch so anstrengend in diesem variablen Setting mit vielfältigem Lärmpegel. Nicht immer werden wir mit offenen Armen empfangen. Zum Beispiel dann, wenn wir Erwartungen nicht erfüllen konnten, weil die Umstände dies nicht erlaubt haben oder weil wir nicht bereit waren, Schritte zu gehen, die wir den anfragenden Personen nicht abnehmen wollten und konnten. Zeitweise unbeliebt machen wir uns auch insbesondere dann, wenn wir uns Personengruppen zuwenden, die nach Meinung von einigen Menschen deutscher Staatsbürgerschaft hier nicht hergehören. Hier gilt es konsequent klarzustellen, dass wir für alle da sind und dass für alle Beteiligten dieselben Verhaltensregeln gelten.

Beziehungsarbeit bedeutet, immer wieder, nach Möglichkeit mit der/dem Einzelnen einfühlsam in Beziehung zu treten, die eigene Person mit einzubringen und somit transparent zu handeln. Voraussetzung dafür ist das kleine Einmaleins der Achtsamkeit: Was ist mit mir heute los, wie fühle ich mich gerade, fühlt sich der laue Sommerwind gerade erfrischend an, oder ist es einfach nur unerträglich heiß hier draußen in der schwülen Hitze inmitten einer Steinwüste am Bahnhofshinterplatz? Kann ich gerade zuhören und dem Redner meine volle Aufmerksamkeit widmen, oder bahnt sich eine alkoholisierte Handgreiflichkeit im Hintergrund an, für die ich mich womöglich verantwortlich fühlen könnte?

Diese Widersprüchlichkeiten in und um uns tagtäglich, stündlich, situativ bei allen Wetterlagen und „Pegelständen“ wahrzunehmen, zu beschreiben, im Hier und Jetzt zu sein, anzunehmen, statt zu bewerten, und dann zu handeln oder eben auch nicht - das ist wohl die hohe Schule dieser Arbeit. Wir können nur immer wieder neu versuchen, die Variablen Wertschätzung, Empathie und Transparenz draußen auf der Straße, im Park und unter der Brücke umzusetzen, auch wenn uns dies nicht immer vollständig so gelingen mag, wie wir uns dies wünschen.

Ausblick

Die Lebensmodelle, der Menschen, denen wir begegnen sind trotz der vielen Schwierigkeiten immer wieder von neuer Hoffnung geprägt: auf eine Wohnung, auf eine endlich gelingende Beziehung, eine Arbeit, die Spaß macht und womöglich auf ein Leben, das Freude bereitet.

Ein Mann, der mit uns trotz seiner kürzlich amputierten Beine ohne Zögern im Freibad schwimmen ging, erklärte uns voller Überzeugung detailgenau, wie man sich gegen einen Krokodilangriff erfolgreich wehren könne. Solch ungetrübte Zuversicht, gepaart mit immer wieder neuem Sinn für Alltagshumor, versichern uns immer wieder, dass tatsächlich für jeden Menschen ein erfülltes Leben möglich ist.

Alltagsorientierung im ambulant betreuten Wohnen

Von Torsten Busch

Dieser Artikel beschreibt die ambulante Betreuung aus der Sicht von Fachleuten und Nutzerinnen und Nutzern. Die nicht selten tückische Orientierung im Alltag für Betroffene bildet den Rahmen der pädagogischen Bezugsbetreuung. Soziale Beziehungen und Erfahrungen in sozialen Kontexten bilden dabei einen Schwerpunkt. Zusätzlich bietet die ambulante Betreuung Möglichkeiten einer qualitativ hochwertigen individuellen Begleitung. Exemplarisch werden aus Praxissicht die unterschiedlichen Ansätze der Leistungsträger in der Hilfeplanung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung beschrieben. Abschließend wird auf die Anforderungen durch das Bundesteilhabegesetz hinsichtlich relevanter Bereiche geschaut, die zukünftig eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Bezugsbetreuung fordern.

Torsten Busch
Staatlich anerkannter Erzieher, Dipl. Sozialpädagoge, Fachreferent für Teilhabe u. Sozialpsychiatrie / Diakonisches Werk Schleswig-Holst. Leitung ABW-Dienste für Menschen mit geistiger u. seelischer Behinderung (2013–2017)

Das ambulant betreute Wohnen als Leistung der Eingliederungshilfe durch eine pädagogisch ausgerichtete Bezugsbetreuung soll den betroffenen Menschen als Unterstützungsleistung dienen, um das selbstständige Wohnen in einer eigenen Wohnung zu gewährleisten und eine vollständige Teilhabe zu ermöglichen. In der Regel wird diese Leistung durch Anbieter mit pädagogisch qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht, die üblicherweise über Zusatzqualifikationen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen verfügen sollten.
Die Unterstützungsleistung ambulant betreutes Wohnen wird nach individuell festgelegtem Umfang über den Leistungsträger überwiegend als individuelle Fachleistungsstunde bewilligt, die entweder einzeln nachgewiesen werden muss oder seltener in Form einer Fachleistungspauschale gewährt wird.
Die Diakonie Deutschland listet für 2016 bundesweit 252 Anbieter des ambulant betreuten Wohnens auf, die dem Werk angeschlossen sind (Quelle: Einrichtungsstatistik Diakonie Deutschland-2016).

Bei der Caritas wurden für das Jahr 2014 insgesamt 122 angeschlossene Anbieter erhoben (Quelle: Jahresbericht des Caritas Bundesverbandes 2014).
Im Jahre 2016 wurden deutschlandweit 187.874 Menschen mit Behinderung im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens begleitet (im Vergleich dazu lebten 211.943 Menschen mit Behinderung in einer vollstationären Wohnform).
Eine quantitative Unterscheidung in Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung ging aus dieser Erhebung nicht hervor. Damit stieg die „Ambulantisierungsquote“ über die letzten Jahre stetig auf 48,3 Prozent.
(Quelle: www.kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de)

Praxisanforderungen:

Im Idealfall bildet das ambulant betreute Wohnen eine Dienstleistung im regionalen Versorgungsnetzwerk für Menschen mit psychischer Erkrankung dar. Häufig wird das ambulant betreute Wohnen im Anschluss an einen vollstationären/klinischen Aufenthalt bewilligt, der nicht selten wohnortfern durchgeführt wurde. Daher ergibt sich häufig die Situation, dass Personen in einem neuen Sozialraum leben und arbeiten möchten, der ihnen weitestgehend unbekannt ist. Zusätzlich ist die regionale Versorgungsqualität abhängig von der psychosozialen Angebotsinfrastruktur, die entweder von städtischen oder ländlichen Ausprägungen abhängig ist. Das Ausmaß der Unterstützung bei der Alltagsorientierung unterliegt also dementsprechend auch der Ausgangslage, ob ich zurückkomme oder neu dazu komme und wo ich leben möchte. Aus der Sicht Betroffener wird übereinstimmend beschrieben, dass im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eine lebenspraktisch ausgerichtete Unterstützung durch das ambulant betreute Wohnen größeren Raum einnimmt, beispielsweise Behördengänge und administrative Aufgaben erledigen, Sozialraum erkunden, Kontakte zu Fachärzten aufbauen, Informationen über Beschäftigungsmöglichkeiten erhalten ...

Das Ankommen und Vernetzen in dem mitunter neuen Lebensmittelpunkt bedarf also einer individuell angepassten und engen Begleitung. Betroffene, die sich ihre Lebenswelt geschaffen und in ihr eingelebt haben, berichten von einer zunehmend veränderten Bezugsbetreuung, bei der die psychosoziale Begleitung den Schwerpunkt bildet. Regelmäßige Gespräche dienen der Reflexion über Erlebtes. Problemstellungen tauchen dabei überwiegend bei informellen und formellen sozialen

Kontakten und Beziehungen auf.
Die Bezugsbetreuung bietet somit den Betroffenen eine Möglichkeit sich als psychisch erkrankte Menschen in sozialen und interpersonellen Aktivitäten zu reflektieren. Fachleute beschreiben diesen problembehafteten Umgang in sozialen Beziehungen ebenfalls als Schwerpunkt. Die Person im Kontext ihrer psychischen Erkrankung mit den vielfältig ausgeprägten Verhaltensweisen und Mustern bilden einen immer wiederkehrenden Inhalt im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens.

Hierbei ist erfahrungsgemäß nicht immer eine klare Abgrenzung zu gesprächstherapeutischen Angeboten gegeben, beziehungsweise auch nicht grundlegend abzulehnen. In diesen Phasen ist die Qualität der Bezugsbetreuung häufig abhängig von der Ausprägung der psychischen Erkrankung. Regelmäßige Kontakte mit kontinuierlichen fortgeführten Bezugsinhalten sind nicht immer möglich und unterliegen erkennbaren zyklischen erkrankungsbedingten Intervallen, die die Betroffenen häufig als „Erste“ als belastend empfinden.
Das ambulant betreute Wohnen kann erkennbar die stabilste und unmittelbarste Form der Unterstützung für Betroffene darstellen.

Aus der Sicht der pädagogischen Bezugsbetreuung ...

...bedarf es in der individuellen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung jedoch bei den Fachleuten besonderer Tugenden wie Toleranz gegenüber anderen Lebensgestaltungen sowie einer Empathie ohne Mitleid und der notwendigen fachlichen Qualifikation im Sinne einer Anwendungssicherheit bei der Arbeit, die durch eine wertschätzende Form auf Augenhöhe geprägt sein sollte – auch und gerade dann, wenn die Betroffenen in Phasen sind, wo entweder vom Aufwand ein extremer Betreuungsumfang eingefordert wird oder ein Rückzug stattfindet und Betreuung aussetzt.

Die häufig unterschiedlichen Wahrnehmungen bei der Qualität der Alltagsgestaltung, sei es der Umgang mit Ansprüchen an sich und/oder durch Andere, das Verhalten und Empfinden als Mensch mit einer psychischen Erkrankung im sozialen Kontext sowie die individuell unterschiedlich ausgeprägten Erfahrungen mit Therapieangeboten und von unterstützender Medikation prägen die Arbeit in dieser engen Betreuungsform, bei der die Reflexion im Vordergrund steht.

Zusätzlich bedarf es bei Mitarbeitenden einer Akzeptanz gegenüber flexiblen inhaltlichen und zeitlichen Arbeitsanforderungen und einer persönlichen Stabilität - auch hinsichtlich eigener funktionierender Netzwerke, damit eine individuelle Regeneration über die beruflichen Angeboten hinaus, verlässlich stattfinden kann. Natürlich besitzt die Bezugsbetreuung durch Intensität und Ausrichtung auf die Bedürfnisse auf eine Person eine Qualität, die häufig in anderen Lebensbereichen nicht erreicht werden kann und auch nicht das Ziel darstellt, beispielsweise bei der Teilhabe am Arbeitsleben. Gerade die in diesem Bereich anzutreffenden Anforderungen ziehen häufig Probleme mit sich, sei es durch Fehlzeiten und das Einhalten von Regeln, die individuelle Ausnahmen nur bedingt vorsehen.

In anderen Ansätzen werden für diese Personengruppe Bewilligungszeiträume verkürzt und Stundenumfänge begrenzt, bei gleichzeitiger Steigerung des gefühlten Zieldrucks für die Betroffenen.

Aus der Sicht von Menschen, die ambulante Betreuung erhalten, ...

...ist die ambulante Betreuung eine verlässliche Unterstützungsleistung, die es ermöglicht, in allen auftretenden Lebenssituationen im Gespräch bleiben zu können, ohne sich seiner Verfassung schämen zu müssen. Ich werde als betroffene Person auch dann wichtig sein, wenn es mir nicht gut geht. Gespräche als Unterstützung und Entlastung und zur Motivation und Deeskalation, bei Problemen im Hier und Jetzt oder bei Planungen für die Zukunft. Ich kann Unterstützung erhalten, um aus dem Loch wieder nach oben zu kommen oder um oben angelangt eine Perspektive zu entwickeln, damit es dennoch weiter vorangeht.

Die pädagogische Begleitung durch eine Person, die in der Regel nicht nur vorübergehend ist, bietet eine Kontinuität, die auf individuelle Besonderheiten eingeht und diese in der gemeinsamen Arbeit berücksichtigt, ohne dass dadurch auf Regeln verzichtet wird.

Bedarfsfeststellung und psychische Erkrankung:

Auf Seiten der Leistungsträger ist häufig noch nicht einmal regional eine einheitliche fachliche Qualität, sondern unterschiedliche Herangehensweisen zu beobachten.
Einerseits sehen wir wertschätzende Verfahren auf Augenhöhe, bei denen Betroffene offen ihre Ziele, Wünsche und Ängste äußern können, die dann auch authentisch die Grundlage für Hilfepläne und Zielvereinbarungen bilden. Typisch und erkennbar in diesen Systemen ist dann auch eine individuell angepasste Freiheit bei der gemeinsamen Leistungserbringung. Diese ist beispielsweise gekennzeichnet durch die Bewilligung von Stundenpools oder Pauschalen, damit den zyklisch unterworfenen Betreuungslücken nach Bedarf Rechnung getragen werden kann.

In anderen beobachtbaren Ansätzen der Leistungsträger werden für diese Personengruppe Bewilligungszeiträume verkürzt und Stundenumfänge bei der Fachleistung begrenzt, bei gleichzeitiger Steigerung des gefühlten Zieldrucks für die Betroffenen. Beispielhaft dafür ist der formulierte Anspruch von Leistungsträgerseite, dass immer eine Entwicklung von Kompetenzen stattfinden muss, von der eine Weiterbewilligung zukünftiger Leistungen abhängig gemacht wird. Zusätzlich sei hier der Druck erwähnt, dass Nutzerinnen und Nutzer von Leistungen der ambulanten Betreuung möglichst immer begleitende psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen sollen, auch wenn Betroffene aufgrund negativer Erfahrungen mit der Psychotherapie diese Leistung ablehnen.

Resultierend aus Unverständnis gegenüber psychischen Krankheitsbildern werden im schlimmsten Falle Hilfepläne und Ziele vereinbart, die nicht authentisch sind und keinen S.M.A.R.T. en Kriterien genügen (...wenn man diese Systematik denn anwenden muss/möchte). Die Qualität der vereinbarten Ziele ist weiterhin durchaus abhängig von der Situation, in der sich der Mensch mit psychischer

Erkrankung am Tage des Hilfeplangespräches befindet.

Anforderungen durch das Bundesteilhabegesetz:

Für Verunsicherung sorgte die ursprüngliche Fassung des Bundesteilhabegesetzes, bei dem der Zugang zur Eingliederungshilfe derart beschrieben wurde, dass betroffene und antragstellende Menschen aus den neun Lebensbereichen der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) mindesten in fünf Lebensbereichen Unterstützungsbedarf benötigen. Diese Zugangsregelung – oder Hürde –wurde zwar in der abschließenden Gesetzesvorlage gestrichen, jedoch wird bis 2022 gegebenenfalls erneut über die Zugangsvoraussetzungen für den Erhalt von Leistungen beraten werden.
Gerade in den Strukturen der restriktiven Leistungsträger besteht die Gefahr, dass durch neue Bedarfsfeststellungsinstrumente auf Grundlage der neun Lebensbereiche der ICF keine realistische Abbildung von individuell unterschiedlich ausgeprägten Unterstützungsleistungen erfolgt, zumal diese nicht stringent in Umfang und Inhalt sind, sondern jeweils abhängig von der gesundheitlichen Verfassung der betroffenen Person in seinem individuellen Kontext zu betrachten sind. Gerade hier sollte nicht darauf verzichtet werden, weiterhin im Rahmen von Gesamtplanverfahren auf Wunsch die beteiligten Bezugsbetreuerinnen und Bezugsbetreuer bei den direkten Gesprächen mit einzubeziehen. Sicherlich besteht auch für die Mitarbeitenden im ambulant betreuten Wohnen eine Herausforderung dahingehend, dass die Leistungen in der Rück- und Vorschau, in Abstimmung mit den Klienten, angepasst an die neun Lebensbereiche der ICF ausführlich und authentisch beschrieben werden.
In der Praxis wird zunehmend die Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlich psychischen Erkrankung wahrgenommen. Bei dieser Klientel ist in der Regel die intellektuelle Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen psychischen Erkrankung eingeschränkt. Zusätzlich sind nur unzureichende bis keine therapeutischen Angebote verfügbar. Diese müssten verstärkt aus regionalen Strukturen heraus exemplarisch erarbeitet, angeboten und erprobt werden, damit diese Lücke im Unterstützungsnetzwerk geschlossen werden kann, um die Teilhabemöglichkeiten zu verbessern.

Alltag und Ergotherapie

Von Klaus Maus

Als Ergotherapie bin ich in der ambulanten Versorgung oft mit den Besonderheiten des Alltags der KlientInnen sowie deren Eigensinn konfrontiert. Was bedeutet dies für die Ergotherapie? Wie wirkt sich der Alltag auf die ergotherapeutische Arbeit aus und was benötigen Mitarbeitende dieser Profession?

Seit mehreren Jahren leite ich die Praxis für Ergotherapie des Rudolf-Sophien-Stifts in Stuttgart. Zudem begleitet mich eine langjährige Tätigkeit als Ergotherapeut in offenen und geschossenen Wohnheimen meines Arbeitgebers. Somit erlebte ich bisher ein umfangreiches Aufgabenfeld in unterschiedlichen Behandlungskontexten. Meine therapeutische Arbeit und mein Menschenbild orientieren sich an der Annahme, dass jeder Mensch sein Leben in der bevorzugten Art und Weise leben möchte. Je nach Gesundheitszustand, Umweltbedingungen und Ressourcen ergeben sich in einer klientenzentrierten Therapie sehr individuelle Nah- und Fernziele in den Tätigkeitsfeldern: Arbeit, Freizeit und dem Lebenspraktischen Bereich.

Hier wird schon deutlich, dass die Arbeit eines Ergotherapeuten im häuslichen Umfeld des Klienten eine andere ist, als in der Tagesstruktur eines Wohnheims. Wenngleich die Eigenheiten eines Klienten im Kontext Wohnheim zum Tragen kommen und auch dort eigensinniges Verhalten berücksichtigt werden muss, spielen sie aus meiner Sicht in der ambulanten Versorgung eine entscheidende Rolle, wie sich die Beziehung zwischen Klient und Therapeut entwickelt und sich der Therapieverlauf gestaltet.

Ergotherapeutische Hausbesuche im Diagnosebereich der psychiatrischen Erkrankungen werden i.d.R. vom Arzt als „Psychisch-funktionelle-Behandlung“ mittels Heilmittelverordnung verordnet. Die Indikation Hausbesuch ist dann gegeben, wenn der Klient auf Grund der Schwere der Erkrankung die Praxis nicht aufsuchen kann (z.B. bei schweren Angst- oder Panikstörungen,

Klaus Maus
Der Autor ist Ergotherapeut am Rehabiliationszentrum Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart

schweren Antriebsstörungen, Schizophrenie, Depression, Demenz etc.).

Hier werden Ergotherapeuten oft mit den Besonderheiten des Alltags der KlientInnen sowie deren Eigensinn konfrontiert.

Ein Fallbeispiel

Frau K., 43 Jahre alt, wird im Balkankrieg schwer traumatisiert. Im Krieg bestand für sie akute Lebensgefahr. Die Flucht nach Deutschland gelang. In Folge musste sie alles alleine stemmen, (Kind, Erziehung, Arbeit, Haushalt) und sie erlaubte sich dabei kaum eine Pause. Hinzu kam der hohe Anspruch, alles sehr sauber und ordentlich zu halten. Um unliebsame Gefühle zu verdrängen, lenkte sie sich mit Dauerbeschäftigung ab und war ständig über dem Limit ihrer Kräfte. Irgendwann traten dann Panikattacken auf. Diagnostiziert wurde eine Angststörung. Aus der Angst heraus verließ sie immer weniger das Haus. Sie verlor ihren Job und ihre sozialen Bezüge brachen ein. Sie konnte nicht mehr alleine zum Einkaufen gehen, oder mit der U-Bahn fahren. Sie brauchte Begleitung für alle Gänge nach draußen. Sie wirkte meist gepflegt, gut orientiert, freundlich, be-

stimmend, aber auch völlig erschöpft und niedergeschlagen.

Von der Idee der Sozialarbeiterin des BWO, einen Ergotherapeuten mit ins Boot zu holen war sie zuerst überhaupt nicht begeistert. Da war intensive Überzeugungsarbeit notwendig. Das erste Treffen (zusammen mit der Sozialarbeiterin) fand dann bei der Klientin im Wohnzimmer statt. Der riesige Flachbildschirm-TV blieb (ohne Ton) während dem ganzen Gespräch eingeschaltet; der Zigarettenrauch hing unter der Decke. Frau K. konnte sich gerade so vom Sofa aufrichten und ich erntete missbilligende Blicke. Vorbehalte, Misstrauen prägten die Stimmung. Als Mann verkörperte ich im Moment das falsche Geschlecht.
(Sie wurde von ihrem Ehemann enttäuscht und verlassen.)

Im Gespräch erlebte ich die erste „Eigenheit“ meiner zukünftigen Klientin: Frau K. war in einer verzweifelten Lage, aber sie dominiert das Gespräch völlig. Was, wann und wie etwas abläuft, lag fest unter der Regie der Klientin. Ich war nachhaltig beeindruckt, sowie etwas verunsichert. Ich konnte immerhin von meiner Arbeit berichten und eine Idee in den Raum stellen, wie das „Heilmittel Ergotherapie“ helfen könnte. Mit den Worten: „Sie dürfen wiederkomme“ wurde das Gespräch von ihr beendet.

Zu diesem Zeitpunkt habe ich mir die Frage gestellt: „Wie kann man es sich nur erlauben, in solch einer Notsituation noch so eigensinnig zu sein? Wo bleibt denn da die Demut und die Dankbarkeit? Und vor allem der Respekt vor uns Hilfeerbringern!?“

(Anmerkung zur Leitfrage dieses Artikels: Wie wirkt sich der Alltag auf die therapeutische Arbeit aus? Sie können sich vorstellen, dass ein Erstgespräch dieser Art, im Setting eines Wohnheims, oder in der Einrichtung eines Sozial-psychiatrischen Dienstes völlig anders verlaufen wäre …)

„Aktivierende Maßnahmen“ steht später als Therapieziel auf der Heilmittelverordnung. Unsere Klienten-Therapeuten-Vereinbarung lautet: Zusammen nach draußen gehen, U-Bahn fahren üben, Achtsamkeitsstrategien erlernen, mit der Angst im Gepäck handlungsfähig werden, selbstständige Lebensmitteleinkäufe, regelmäßiger Austausch mit der Sozialarbeiterin. Als Fernziel: Wieder arbeiten gehen können.

Die Akzeptanz mir gegenüber wuchs mit der Zeit und im Verlauf der Therapie konnte vieles verhandelt werden. Es wurde mir klar, dass das, was ich anfangs als „falschen Stolz“, bzw. als Überheblichkeit interpretierte, der für sie zum Weiterleben wichtige Eigensinn war. Diesen setzte sie ein, um die Kontrolle über die Belange ihres Lebens zu behalten und die Prozesse (Hilfeleistungen) zu steuern.

Übrigens: Im Erstkontakt lief der Fernseher während dem Gespräch nur, weil Frau K. das Gefühl nicht aushalten konnte alleine zu sein. Auch unsere Anwesenheit bot ihr nicht genügend Sicherheit. Es war also keine absichtliche Unhöflichkeit. Lediglich ob der Ton an oder aus ist, war verhandelbar.

Die hauptsächliche Auswirkung des Alltags in der folgenden Therapie erlebte ich vor allem darin, dass ich als Therapeut lange den Status „geduldet“ zu spüren bekam. Meine Klientin konnte dieses Gefühl perfekt auf mich übertragen. Vielleicht weil sie dies bei ihrer Einreise nach Deutschland selbst erlebt hat, oder ich ein perfekter Abnehmer für dieses Gefühl war, oder beides.

Ich denke, das ist eine große Gefahr für ambulante Helfer: Gefangen sein, bzw. Handlungsunfähig und abhängig sein, im Alltag der KlientInnen. Eine große Herausforderung hingegen ist die jeweils passende Nähe und Distanz zu finden.

Für mich als Therapeut war bei jeder Sitzung die Frage präsent:
„Wie weit gehe ich mit und wo muss ich dagegen halten, um zu verhindern mich instrumentalisieren zu lassen.“ Also was ist im Rahmen meines Auftrags noch vertretbar und wo fange ich an, ein System zu unterstützen, dass meine eigene Hilflosigkeit herbeiführt.

Die Hilfe durch Supervision und Falldarstellung im Team erfährt hier einen hohen Stellenwert.

Die Besonderheiten des Alltags unserer KlientInnen

Manche KlientInnen möchten nicht, dass „Fremde“ ins Haus kommen. Lassen sie sich nur zögerlich darauf ein, (so wie im Beispiel oben), oder ist es unvermeidbar, erfahren wir unter Umständen kein „Willkommen“.
Das kann dann sowohl ein Ausdruck von Frustration über die unvermeidliche Situation sein, als auch ein Zeichen von Stolz oder Geringschätzung. Wir Helfer verkörpern für manche KlientInnen die Manifestation eines unzulänglichen Gesundheitssystems. Somit sind wir auch Projektionsfläche.

Beim genaueren Hinsehen gibt es immer einen Grund für ein Verhalten, das uns seltsam erscheinen mag. Diese Besonderheiten sind „gewachsene“ Eigenheiten, die die Möglichkeiten zur Lebensbewältigung widerspiegeln.

Andere KlientInnen sind mit der Situation „Hausbesuch“ auch einfach überfordert. Der Rahmen des Gesprächs und die Teilnahme daran, kann dann wie beiläufig wirken.
Eine sinnvolle therapeutische Haltung kann sein, im Erstkontakt erst einmal so offen wie möglich zu sein, damit man die Informationen erhält, die man braucht, um über die Fragen einer therapeutischen Intervention nachdenken zu können.

Die Besonderheiten unserer KlientInnen können sehr unterschiedlicher Natur sein. Damit Alltagsnähe eine entscheidende Rolle spielt, sollten wir Helfer das Verhalten unserer KlientInnen nicht persönlich nehmen.

Beim genaueren Hinsehen gibt es immer einen Grund für ein Verhalten, das uns auf den ersten Blick vielleicht seltsam erscheinen mag. Diese Besonderheiten sind „gewachsene“ Eigenheiten, welche die gegenwärtigen Möglichkeiten zur Lebensbewältigung unserer KlientInnen widerspiegeln. Sie zeigen, wie die Person mit ihren zur Verfügung stehenden Ressourcen im Alltag Strategien zur Alltagsbewältigung entwickeln konnte.

Entscheidend ist, wie ich finde, wie sich die zukünftige Zusammenarbeit im therapeutischen Setting fortsetzt und

ob es im Verlauf Räume gibt, in denen Verhandlungen möglich sind.

Hinweise für die Praxis:

Wie intensiv sie sich auf den Prozess „Einbezug von Eigenheiten“ einlassen können und wollen, müssen sie für sich selbst entscheiden. Wenn sie sich darauf einlassen wollen, versuchen sie Verständnis aufzubauen und nehmen sie eine wertschätzende Haltung ein. Auch das Feeedback von KollegInnen in Fallbesprechungen wird ihnen von großem Nutzen sein.

Eigensinnige KlientInnen stellen uns vor die Herausforderung, uns auf ihre Sicht der Dinge einzulassen.

Ordnen sie z.B. die Besonderheiten, die ihnen in der Alltagsnähe ihrer KlientInnen auffallen in erster Linie als wichtige Beobachtungen ein. Vervollständigen sie ihr Bild von ihren KlientInnen. Stellen sie sich selbst Fragen und versuchen sie Zusammenhänge herzustellen. Bilden sie Hypothesen und schlussendlich trauen sie sich einfach mit einer gesunden Neugier und echtem Interesse, ihre KlientInnen zu fragen, warum sie dies und das so machen und nicht anders.

Lernen sie dazu, aber erwarten sie bitte nicht immer detaillierte Antworten. Manches Verhalten und Tun ist den KlientInnen selbst nicht bewusst. Oft sind es Gewohnheiten, die bisher nie in Frage gestellt wurden. Seien sie deswegen sensibel bei der Fragestellung und verunsichern sie die KlientInnen nicht. Wenn sie können, teilen sie ihre Gedanken den KlientInnen offen mit. Mit Sätzen wie: „ Jetzt verstehe ich sie besser.“ oder „Danke, dass sie mir das erklärt haben.“ öffnen sie die Türen für eine gute Zusammenarbeit.

Die Entdeckungen die sie machen, bereichern ihre Arbeit und führen zu einem besseren Verständnis ihrer KlientInnen. Das macht einfach Spaß und senkt außerdem die Behandlungskosten, weil sie in der Regel schneller zum Ziel kommen.

Jetzt verstehen Sie, warum sie ihre selbst mit gebrachen Ideen zur Problemlösung auch immer wieder mit ihren KlientInnen abstimmen sollten. Auch wenn sie noch so sehr von ihrer Methode überzeugt sind, werden sie, eingebunden in den Alltag ihrer KlientInnen auch immer wieder mit deren Eigenheiten und ihrem Eigensinn konfrontiert.

Aber was ist Eigensinn eigentlich?

Von Pipi Langstrumpf (die zentrale Figur einer dreibändigen schwedischen Kinderbuch-Reihe von Astrid Lindgren) wissen wir auch, dass sie eigensinnig ist:

Kreativität und **Selbstwirksamkeit** sind bei ihr hervorragend ausgeprägt, auch die **Neugier** ist groß und sie kann damit andere Kinder bestens anstecken. Als **authentische Person** handelt sie so, wie sie spricht und spricht so, wie sie denkt.

Und vielleicht sind es die Superkräfte die sie als Ressource hat, so sorglos leben zu können, wie es ihr in den eigenen Sinn kommt („...ich mach mir die Welt wie sie mir gefällt...“), aber ohne den Eigensinn jedoch, konnte sich ihre resiliente Denk- und Verhaltensweisen kaum entwickeln.

Definition von Eigensinn

Eigensinn (Eigensinnigkeit) ist eine Charaktereigenschaft, die durch das konsequente Beharren auf und Vertreten der eigenen, von Überzeugungen getragene Meinung gekennzeichnet ist. Eigensinnige Menschen besitzen zwar klare und feste eigene Meinungen und Überzeugungen und lassen sich nicht „verbiegen“, können aber durchaus anderen Meinungen gegenüber aufgeschlossen, wie auch kritikfähig sein und ihre Meinungen und Überzeugungen überdenken und ggf. ändern, wenn sie durch gute Argumente überzeugt werden. Das unterscheidet Eigensinn von Starrsinn, Sturheit, oder Unbelehrbarkeit. Bloßem äußerem Druck setzen eigensinnige Menschen jedoch Widerstand entgegen und beharren auf ihrem Standpunkt. Dadurch haben eigensinnige Menschen oft Probleme mit Autoritäten und blindem Gehorsam. (Quelle: Wikipedia)

„Wir alle lieben jene Menschen, die frisch heraus sagen, was sie denken, sofern sie dasselbe denken wie wir“. (Mark Twain)

Eigensinnige KlientInnen stellen uns immer wieder vor die Herausforderung, uns auf ihre Sicht der Dinge einzulassen. Das ist manchmal anstrengend und Zeit raubend. Aber nicht nur für uns Helfende. Auch für KlientInnen ist es nicht immer leicht, als „schwierig“ zu gelten, da wo andere Menschen mit Leichtigkeit darüber hinweg sehen können.

Der Eigensinn hat im allgemeinen keinen guten Ruf und nicht alle KlientInnen sind stolz darauf, als eigensinnig zu gelten. Wir dürfen nicht vergessen, dass Menschen, die sich durch ihr eigensinniges Verhalten selbst immer wieder ins soziale Abseits schießen, sehr oft auch einsame Menschen sind. Hier sollten wir gut im Kontakt mit unseren KlientInnen bleiben und eine Anbindung an die Gemeinschaft forcieren. Brücken bauen!

KlientInnen sollten entdecken dürfen, dass ihr Eigensinn etwas Großartiges ist: Eine Ressource, die durch Lernen erweiterbar ist und sozial verträglich werden kann. Mehr noch, denn hinter der eigensinnigen Meinung, die auch oft fälschlich als „egoistische Denkweise“ interpretiert wird, steht eine durchdachte Meinung zu einem bestimmten Sachverhalt. Das schenkt uns die Möglichkeit einen Perspektivwechsel einzunehmen und darüber in den Austausch zu kommen. Mit der KlientIn, oder sogar in einem Gruppensetting. Da bieten sich doch hervorragende Möglichkeiten...

Auf die Frage hin, „Was brauchen Helfer, die mit dem Eigensinn ihrer KlientInnen konfrontiert sind?“ kann ich nur antworten, sie brauchen erst einmal ein Verständnis dafür, was Eigensinn ist und dann ein frisches Interesse daran, aktiv damit zu arbeiten.

Befreien wir uns von der Vorstellung, dass KlientInnen nur deswegen eigensinnig sind, um uns unsere eigenen Unzulänglichkeiten vorzuhalten, oder nur um ihren Lebensfrust auf uns zu übertragen.

Nehmen wir stattdessen die Haltung an, dass wir an der Quelle einer wertvollen Ressource ansetzen, können wir achtsam auf eigensinnige KlientInnen zugehen und auf Augenhöhe mit ihnen kommunizieren.

Scham, Minderwertigkeit und Selbsthass überwinden

Was hat Zinédine Zidane mit sozialpsychiatrischen Klienten gemeinsam?

Von Andreas Knuf

Erst seit kurzer Zeit gewinnen Gefühle in der sozialpsychiatrischen (und auch in der psychotherapeutischen) Arbeit eine immer größere Bedeutung. Nach meiner Erfahrung sind es vor allem Angst und Scham, die für die Arbeit im Psychiatriebereich zentral sind. Während Angst viel thematisiert wird und ihre Überwindung zentrales Element sozial-psychiatrischer Arbeit ist, bleibt Scham oft unerkannt und unbearbeitet. Das ist tragisch, denn das destruktive Potenzial der Scham ist beachtlich. Es verstärkt die Symptomatik, führt zu erneuten Krisen, hat ungünstige soziale Folgen und behindert Genesungsprozesse.

Andreas Knuf
Andreas Knuf ist Psychologe u. Psychologischer Psychotherapeut, früheres Redaktionsmitglied der Kerbe und hat 20 Jahre in psychiatrischen Institutionen gearbeitet. Heute ist er niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz, Supervisor, Referent und Buchautor.

Seminarangebot
Zum Thema des Artikels bietet Andreas Knuf das Seminar „Scham, Schuld, Minderwertigkeit und Selbsthass überwinden" an. Weitere Informationen unter: www.andreas-knuf.de

Der destruktive Charakter der Scham

Scham ist ein ziemlich unbeliebtes Gefühl, niemand von uns will damit etwas zu tun haben. Dabei hat es wie alle anderen Gefühle eigentlich eine positive Funktion. Es wird zu den sozialen Gefühlen gezählt, die uns das Zusammenleben in der Gemeinschaft erleichtern und uns helfen, Teil der Gemeinschaft zu bleiben. Denn die Scham zeigt an, dass unser Verhalten in den Augen der anderen negativ bewertet werden könnte und uns womöglich der Ausschluss aus der Gemeinschaft droht. Da Scham hochgradig aversiv ist, versuchen wir sie zu vermeiden und verhalten uns in der Folge sozial angepasster (s. Lammers 2016 und Lammers & Ohls, 2017).

Scham löst verschiedenste destruktive Verhaltensweisen aus. Einige erinnern sich vielleicht noch an den Kopfstoß des französischen Star-Fußballers Zinédine Zidane beim Endspiel der Fußballweltmeisterschaft 2006. Wohl als Reaktion auf Beleidigungen gegen seine Mutter und seine Schwester streckt Zidane in der 110. Minute beim Spielstand von 1:1 den italienischen Spieler Marco Materazzi mit einem Kopfstoß nieder. Es waren wohl verletzte Ehrgefühle, die dann Scham auslösten. Die Abwehr der Scham wiederum löste die Wut aus und trieb Zidane dann zu diesem unüberlegten Verhalten. Viele wissen noch wie die Geschichte weiter ging: Zidane wird des Platzes verwiesen, sein letztes Nationalspiel endet unrühmlich. Frankreich gerät danach aus dem Tritt und verliert schließlich im Elfmeterschießen, Italien wird Weltmeister.

Die destruktivste Folge von Scham im Sozialpsychiatriebereich ist sicher der Suizid. Viele Suizide dienen der innerpsychischen Bewältigung der Scham. Die im Sozialpsychiatriebereich verbreitetste Verhaltensweise, hinter der sich Scham verbirgt, ist der soziale Rückzug. Soziale Begegnungen würden den Betroffenen mit Schamgefühlen und befürchteten Stigmatisierungen konfrontieren und werden daher vermieden. Wenn wir uns klar machen, wie oft der soziale Rückzug Genesungsprozesse behindert (Knuf, 2016a) und teilweise sogar neue Krisen provoziert, wird deutlich, wie stark das destruktive Potential der Scham in diesem Bereich ist. Allgemein kann gesagt werden, dass Antrieb, Motivation, Erleben von Lebendigkeit, Lebensfreude, Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und andere wünschenswerte Eigenschaften durch den lähmenden Charakter der Scham reduziert werden. Scham steht also zentralen Behandlungszielen der Sozialpsychiatrie komplett entgegen.

Die tabuisierte Emotion

Scham ist eine hochgradig tabuisierte Emotion. Wir haben in der deutschen Sprache kaum Begriffe für Schamempfinden, ganz im Gegenteil etwa zu anderen Emotionen wie Angst, Freude oder Traurigkeit (Knuf 2013). Daran lässt sich bereits erkennen, dass über die Scham nicht viel gesprochen wird. Dieses gesamtgesellschaftliche Phänomen zeigt sich auch in der sozialpsychiatrischen Arbeit, denn auch da ist Scham nach meiner Erfahrung fast schon ein Tabu. Erst mit zunehmender Beschäftigung mit dem Thema

Scham wird die wirkliche Bedeutung dieser Emotion sichtbar und es zeigt sich, dass Scham mit sehr vielen Verhaltensweisen unserer Klienten verbunden ist. Es ist so ähnlich, wie wenn man überlegt ein neues Auto zu kaufen: Plötzlich sieht man gerade dieses Modell an jeder Straßenecke stehen. Was bisher kaum gesehen wurde, wird durch eine Beschäftigung mit dem Thema erst sichtbar. Hier ein paar typische Beispiele für den Zusammenhang von Scham und genesungsbehindernden Verhaltensweisen von Klienten:

- Fehlendes Krankheitsbewusstsein (die immer noch sogenannte „Krankheitsuneinsichtigkeit“) kann als schamvermeidende Strategie verstanden werden. So lange ich die Krankheit verleugne, muss ich mich nicht mit der beschämenden Tatsache der Erkrankung beschäftigen.
- Hinter vielen Absetzversuchen von Medikamenten und der Ablehnung von Behandlungsangeboten verbirgt sich Scham. Medikamente und Behandlung stehen quasi für die Tatsache krank zu sein. Werden diese abgelehnt, kann man sich vorübergehend Gesundheit suggerieren und schützt sich so vor den Schamgefühlen.
- Passivität und Interesselosigkeit sind oft durch Scham mitbedingt. Wird jemand aktiv oder greift alte Interessen wieder auf, so muss er sich mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit konfrontieren, wodurch Schamgefühle ausgelöst werden. Durch Passivität wird die Scham vermieden.

Scham zeigt sich bei verschiedenen psychischen Erkrankungen auf unterschiedliche Art. Das möchte ich gerne an zwei Beispielen aufzeigen, nämlich an psychotischen Krisen und Traumafolgestörungen.

Wenn wir erkennen, wie genesungsbehindernd sich Scham auswirkt, stellt sich natürlich die Frage, wie Schamempfinden bei Klienten reduziert werden kann.

Psychosen gehören mit zu den stigmatisiertesten Erkrankungen in unserer Kultur. Tatsächliche Stigmaerfahrungen, befürchtete Stigma-erfahrungen und Selbststigmatisierung führen zu Schamempfinden. Dies betrifft die Tatsache an einer Psychose erkrankt zu sein, bezieht sich aber auch auf die Inhalte und Verhaltensweisen in einer Krise. Wer in der akuten Krise die Vorstellung hatte, dass er die eigenen Eltern umbringen möchte oder in der Krise die Nachbarn bedroht oder übelst beschimpft hat, der wird fast zwangsläufig nach der Krise mit Schamgefühlen konfrontiert sein. Die Folge davon (denn das legt die Scham nun mal nahe) ist der soziale Rückzug, eine der größten Schwierigkeiten, mit denen wir im Sozialpsychiatriebereich zu kämpfen haben. Da die Scham mit der Erkrankung und der Behandlung verbunden ist, wird oft die Beschäftigung mit vorherigen Krisen vermieden, was zur Folge hat, dass Frühwarnzeichen ignoriert und vorhandene Selbsthilfemöglichkeiten nicht genutzt werden. Durch Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug oder der Vermeidung des Aufarbeitens von Psychoseerfahrungen können erneute Krisen begünstigt werden. Möglicherweise kann die Scham sogar direkt erneute psychotische Krisen begünstigen, da auf der emotionalen Ebene Scham und Angst sehr eng miteinander verbunden sind und Scham daher Angsterleben begünstigen kann, wodurch wiederum paranoide Vorstellungen usw. gefördert werden.

Wer die Überzeugung hat „Ich darf keine Fehler machen“, der wird sich zwangsläufig schämen und minderwertig fühlen, wenn etwas nicht gelingt.

Auch bei Traumafolgestörungen spielt Scham eine sehr große Rolle. So haben (fast) alle Borderline-Betroffenen mit starken Scham- und Minderwertigkeitsempfindungen zu kämpfen. Traumatisierte Menschen haben oft viel Scham über das Trauma selbst. Sie beschuldigen sich teilweise, für das Trauma selber verantwortlich zu sein. So kommt es bei frühen Traumatisierungen in der Regel zu dem Empfinden des Kindes, dass die Taten geschehen, weil das Kind schlecht ist und nichts Besseres verdient hat. Das Kind fühlt sich also für die Traumatisierung selber verantwortlich. Die Scham schlägt oft in Selbsthass um („Ich bin ein Stück Dreck!“), Selbstverletzungen, Suizidversuche und andere selbstschädigende Verhaltensweisen sind Folge dieses negativen Selbstbezugs.

Wie lässt sich Scham reduzieren?

Wenn wir erkennen, wie genesungsbehindernd sich Scham auswirkt, stellt sich natürlich die Frage, wie Schamempfinden bei Klienten reduziert werden kann. Wir betrachten hier beispielhaft einige Handlungsmöglichkeiten für professionell Tätige, die nicht in erster Linie psychotherapeutisch tätig sind, sondern dem Klienten in verschiedenen beraterischen und sozialpsychiatrischen Kontexten begegnen.

Eine „Entschämung“ tritt alleine schon dadurch ein, dass man sich traut, das schambesetzte Verhalten oder die schambesetzte Eigenschaft anzusprechen und die Erfahrung macht, dass die anderen darauf nicht mit Verachtung und sozialer Ausgrenzung reagieren. Doch diesen Mut muss man erst einmal aufbringen. Ohne ihn geht es nicht, denn eine Entschämung gelingt nicht durch das reine Fühlen der Scham, sondern die Habituation setzt voraus, dass man sich dem anderen zeigt. Wann immer möglich, sollten schambesetzte Themen also nicht vermieden werden, doch genau das passiert oft. Da Scham ansteckend ist (die sogenannte Fremdscham) entwickelt das Gegenüber ein sehr starkes Sensorium für schambesetzte Themen, die dann oftmals übergangen werden. Das betrifft klassische Themen wie Körpergeruch, aber auch psychologischere Themen wie Schamgefühle in Bezug auf Familie, Freundeskreis, Arbeitgeber usw.. Man lässt sich als Fachperson also leicht von der Scham des Gegenübers anstecken, was kurzfristig erleichternd wirkt, längerfristig dem Betroffenen aber schadet, da die entschämende Wirkung des Gesprächs und der Selbstoffenbarung nicht stattfinden kann.

Neben der sehr wichtigen Entschämung durch die Reaktion der Anderen, spielt der Selbstbezug eine sehr zentrale Rolle. Scham ist oft die Folge von Selbstkritik, hohen Ansprüchen an sich selber und Perfektionismus. Wer die Überzeugung hat „Ich darf keine Fehler machen“, der wird sich zwangsläufig schämen und minderwertig fühlen, wenn etwas nicht gelingt. Das gesamtgesellschaftliche Phänomen der hohen Selbstkritik macht auch bei Menschen

mit psychischen Schwierigkeiten nicht halt. Ganz im Gegenteil ist es dort oft sogar noch stärker ausgeprägt. Da Betroffene bei den typischen Leistungs- und Vergleichsthemen (beruflicher Erfolg, Familie, körperliche Attraktivität ...) oftmals schlecht abschneiden, sind Scham und Minderwertigkeitserleben die Folge. Wer an sich den Anspruch hat, beruflich mit dem gesunden Bruder mithalten zu können und dann frühberentet wird und in einer WfBM arbeitet, der wird zwangsläufig mit Scham konfrontiert.

Über viele Jahrzehnte wurde in der psychosozialen Arbeit versucht das Selbstwertgefühl der Klienten zu fördern, etwa indem erarbeitet wurde, was an Lebenserfolgen gelungen ist oder worauf jemand stolz sein kann. Doch Selbstwert basiert immer auf einem Vergleich mit anderen Menschen und im Vergleich schneiden unsere Klienten oftmals einfach schlecht ab. Daher ist die Frage berechtigt, ob das Selbstwertkonzept für unsere Arbeit wirklich geeignet ist. Ich persönlich glaube: Nein! Wie sollte ein auf Vergleich basierendes Konzept bei einer Klientengruppe funktionieren, die im Lebenslauf viele Misserfolge und Scheitern verarbeiten muss? Was wäre mit unserem Selbstwert, wenn wir mit 42 Jahren berentet worden wären, in einer WfBM arbeiten, nahe des Existenzminimums leben müssten, keine Partnerschaft leben würden und kaum eine Perspektive sähen, dass sich diese Situation jemals ändert? Mein Selbstwert wäre höchstwahrscheinlich im Keller und eine Depression wäre nicht unwahrscheinlich.

Seit einigen Jahren beginnt sich ein anderes Konzept zu verbreiten, welches nicht auf Vergleich basiert, das sogenannte Selbstmitgefühl (Knuf 2016b). Selbstmitgefühl meint, ganz allgemein formuliert, eine freundliche, wohlwollende, annehmende Grundhaltung sich selber gegenüber zu kultivieren, die auch leidvolle Empfindungen und Misserfolge annehmen kann und diese sogar als zum Leben eines jeden Menschen zugehörig versteht. Selbstmitgefühl ist genau das Gegenteil von jenem unfreundlichen, harten, oft unfairen und nicht selten gnadenlosen Umgangsstil sich selbst gegenüber, den wir bei vielen psychi-atrieerfahrenen Menschen erleben. Da Selbstmitgefühl nicht auf einem Vergleich basiert und unabhängig von Leistung ist, ist dieses Konzept nach meiner Erfahrung für den sozialpsychiatrischen Kontext sehr gut geeignet. Studien zeigen: Klienten, die eine annehmende und freundliche Haltung sich selbst gegenüber entwickeln, haben ein höheres Wohlbefinden und können mit Krisensituationen und Einschränkungen deutlich besser umgehen. Das Selbstmitgefühlskonzept wird bereits in einigen psychiatrischen Einrichtungen genutzt, außerdem wurde ein spezielles Konzept für die Arbeit mit Psychoseklienten entwickelt (Brähler, C. et al., 2013).

Gerade bei schambesetzten Themen können Peers eine Funktion übernehmen, die klassisch professionell Tätigen verwehrt ist.

Selbstmitgefühl führt beispielsweise dazu, dass sich das ganze Thema der Stigmatisierung deutlich verändert. Wurde am Anfang der Stigmadiskussion die Stigmatisierung vor allem im Außen verortet (soziales Umfeld, Medien, Arbeitgeber usw.), so zeigten sich mehr und mehr die negativen Folgen der Selbststigmatisierung (Knuf 2016a). Fremdstigmatisierung kann nur dann greifen, wenn sich der Betroffene selber stigmatisiert. Reduziert sich die Selbststigmatisierung, so verliert die Fremdstigmatisierung zwangsläufig ihre Kraft und die Scham wird deutlich weniger.

Schamreduktion durch Peers und „professionelle Nähe“

Gerade den Peers und sicher auch Betroffenen in der Selbsthilfebewegung kommt eine ganz zentrale Aufgabe beim Abbau von Scham zu. Durch ihre Vorbildfunktion und durch die Selbstöffnung schambesetzter Themen können sie es anderen Betroffenen deutlich erleichtern, eigene Schamthemen anzusprechen. Gerade bei schambesetzten Themen wie etwa schambesetzte Krisenerfahrungen oder die Tatsache der psychiatrischen Behandlung, können Peers eine Funktion übernehmen, die klassisch professionell Tätigen verwehrt ist.

Doch auch Fachpersonen können durch ihre Haltung und Beziehungsgestaltung viel zum Abbau von Scham beitragen, und umgekehrt können sie leider Scham sogar noch fördern. Je mehr professionell Tätige aus einer missverstandenen Haltung der professionellen Distanz nichts von sich preisgeben, umso eher werden sich Klienten als „anders“ (und damit auch als „minderwertiger“) erleben. Klienten idealisieren dann oft den Helfer und werten sich in der Folge selber ab. Wenn professionell Tätige sich trauen, ihre eigene Scham zu überwinden und sich, soweit es passend ist, mit ihren eigenen Erfahrungen und dem Schildern allgemein menschlicher Erfahrungen einbringen, umso eher wird menschliche Nähe erlebt und damit Scham reduziert. Doch davon sind wir vielerorts noch weit entfernt. Ich kenne weiterhin Teams, in denen sich die Teammitglieder nicht trauen, von eigenen psychischen Krisenerfahrungen oder psychischen Erkrankungen in ihrem familiären Umfeld zu sprechen.

Doch wenn eigene Grenzerfahrungen weiterhin schambehaftet sind, muss Scham abgewehrt werden mit der Folge, dass Fachleute die Scham bei ihren Klienten schwer wahrnehmen. Es geht also zunächst um die Scham von uns Fachleuten, die Scham vor dem eigenen Versagen, vor eigenen psychischen Ausnahmesituationen, vor Scheitern und Fehlern. Im Idealfall können uns die Peers wiederum helfen, in unseren Teams eine Haltung zu etablieren, in denen eine möglichst große Offenheit für alle Empfindungen herrscht.

Literatur

Braehler, C., Harper, J. & Gilbert, P. (2013): Compassion Focused Group Therapy for Recovery after Psychosis. In C. Steel (Ed.), Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia: Evidence Based Interventions and Future Directions (pp. 236–266). Chichester: Wiley.

Knuf. A. (2013): Ruhe ihr Quälgeister. Wie wir den Kampf gegen unsere Gefühle beenden können. München: Arkana.

Knuf, A. (2016a): Empowerment und Reocvery. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Knuf, A. (2016b): Sei nicht so hart zu dir Selbst. Selbstmitgefühl in guten und in miesen Zeiten. München: Kösel.

Lammers, C.H. (2016): Emotionsfokussierte Methoden. Weinheim: Beltz.

Lammers, M. & Ohls, I. (2017): Mit Schuld, Scham und Methode. Köln: Balance-Verlag.

Wer Wirkung (kontrollieren) will, kennt Ursachen!?

Ein Zwischenruf zur Wirkungsdebatte in der Eingliederungshilfe

Von Lothar Flemming

Selbstverständlichkeiten!?

Was ist eigentlich das Problem bei der Wirkungskontrolle? Beim Lesen des Bundesteilhabegesetzes muss der Eindruck entstehen, dass es sich um eine Selbstverständlichkeit handelt, die keiner weiteren Erläuterung bedarf.
Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Eingliederungshilfe werden in einem partizipativen Verfahren mit dem Leistungsberechtigten ermittelt und festgestellt, sodann in einem Gesamtplan niedergelegt. Dieser dient „der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses“ (§ 121 (2) BTHG). Der Gesamtplan enthält folgerichtig Aussagen über „die im Rahmen der Gesamtplanung eingesetzten Verfahren und Instrumente sowie die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle“ (§ 121 (4) 1. BTHG). Zur strukturellen Absicherung dieser auf den Einzelfall bezogenen Festlegungen werden sie zu einer Anforderung im Vertragsgeschehen zwischen dem Leistungsträger und einem Leistungserbringer gemacht: die zwischen beiden abzuschließende schriftliche Vereinbarung regelt als Leistungsvereinbarung „Inhalt, Umfang und Qualität einschließlich der Wirksamkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe“ (§ 125 (1) 1. BTHG).
Im Grunde ist es auch eine Selbstverständlichkeit, dass der **Leistungsträger** im hohen Maße daran interessiert ist, dass es sich um Leistungen handelt, die wirkungsvoll für eine verbesserte Lebenssituation der Leistungsberechtigten sind - Wirkungsorientierung. Dies gilt es in geeigneter Weise zu überprüfen – Wirkungsmessung bzw. Wirkungskontrolle. Wirkung ist ganz allgemein die Veränderung, die durch eine Intervention erzeugt wird.
Das will auch derjenige, der die Intervention durchführt. Für die Verbände der **Leistungserbringer** ist es Teil des Selbstverständnisses, dass ihre Mitglieder mit ihrem Handeln Wirkungen erzielen wollen. Es ist schlicht unvorstellbar, dass professionelle Arbeit geleistet wird, ohne dass es um die Erzielung von Wirkungen geht.
Vor allem aber haben die **Leistungsberechtigten** einen Anspruch darauf (und in der Regel auch ein höchstpersönliches Interesse daran), dass die für sie, oder besser: mit ihnen erbrachten Leistungen „etwas bringen“, zu etwas nütze sind.

- Wirkungskontrolle kann seitens der Leistungsträger als Instrument im Rahmen der Überprüfung der Bedarfsfeststellung bzw. Leistungsbewilligung gesehen werden
- Wirkungskontrolle kann für Leistungsträger und Leistungserbringer Bestandteil der Überprüfung der Qualität der Arbeit des Leistungserbringers sein (in den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis)
- Wirkungskontrolle kann ein wesentlicher Aspekt bei der fachlichen Reflektion der geleisteten Unterstützungsarbeit sein – im besten Falle in einem dialogischen Prozess zwischen den Beteiligten und mit Schwerpunkt auf das Erleben bzw. die Bewertung des Leistungsberechtigten.

Spezifik (auch) der Eingliederungshilfedienstleistung

Jeder Mensch will notwendig sein, also durch sein Wirken einen Beitrag leisten: für sich selbst als aktives Mitglied der Erwerbsgesellschaft mit allen Auswirkungen auf seine Identität, sein Selbstbewusstsein, seine Möglichkeiten der selbständigen Lebensführung. Für andere, die einen Nutzen haben durch das, was er tut. Es geht also um eine existentielle und soziale Sinnstiftung.
Zu beachten sind allerdings die Spezifika der Dienstleistungen im sozialen Bereich. Deren „personale Dienstleistungen“ folgen nicht den gleichen Rationalitäten wie andere Dienstleistungen, die Experten für Kunden erbringen. Sie werden nicht am oder für den Kunden erbracht, sie werden im gemeinsamen Handeln erzeugt und zugleich verbraucht. Das lässt sich anhand des derzeit zu Recht oft zierten Praxishandbuchs „Kursbuch Wirkung“ (Kurz/Kubek 2015) zeigen.
Die Autorinnen nutzen zur Verdeutlichung ihres Ansatzes ein eingängiges Beispiel: die Planung, Durchführung und Auswertung einer Seereise. Handelnde sind hierbei die Professionellen beim Veranstalter und auf dem Schiff, die alles zum Wohle der jeweiligen Passagiere der Seereise tun. Das Beispiel stammt also aus dem Bereich der Touristik, es gibt die Anbieter der Urlaubsreise auf See und deren Konsumenten, die diese spezielle Reise gebucht und bezahlt haben. Die Rahmenbedingungen sind von vorneherein klar, die Beschreibung des Schiffes und der Leistungen an Bord, der Route, der Aktivitäten bei Zwischenstopps usw. werden im Katalog beschrieben und vom Kunden als Paket gebucht. Er hat einen Anspruch auf die versprochene Gegenleistung für seine Geldleistung. Aber er ist nicht der Besitzer des Schiffes, der nach eigenem Entschluss und per Anweisung an die von ihm beschäftigte Mannschaft Seereisen durchführt.
Natürlich geht es auch hier um Wirkungen, der Veranstalter und die von ihm Beschäftigten müssen ein Interesse daran haben, dass die Erwartungen der Passagiere erfüllt werden, damit diese nach Abschluss der Tage auf See zumindest gut über die Reise sprechen, bestenfalls immer wieder eine Reise bei diesem Veranstalter buchen. Aber die Reise ist nicht notwendig für die

Lothar Flemming
Dipl.-Soziologe, Supervisor DGSv. Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie, 2003 bis 2018 Dezernat Soziales des Landschaftsverb. Rheinland in Leitungsfunktionen der Eingliederungshilfe: lothar.flemming54@gmail.com

Passagiere zur Abwendung einer Notlage oder zur Verbesserung der individuellen Lebenssituation über den aktuellen Erholungs- und Erlebniseffekt hinaus.
Das ist eine andere Grundlage als die im Handlungsfeld der Eingliederungshilfe, vgl. § 90 BTHG:

- (1.). Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.

Hier wird zunächst sehr allgemein von „der Leistung“ gesprochen, noch nicht davon, was es für eine spezielle Leistung ist und wie diese erbracht wird; zwar kann es sich auch um Geldleistungen oder Hilfsmittel handeln, aber im Kern geht es um durch speziell qualifizierte oder angeleitete Fachkräfte zu erbringende personenbezogene Dienstleistungen. Die Professionellen übernehmen hier quasi stellvertretend die vom Gesetzgeber an den Träger der Eingliederungshilfe vergebene Aufgabe der Ermöglicher, der Förderer, der Befähiger. Die Botschaft ist: „Du gehörst zu denen, die auf Grund ihres persönlichen Handicaps in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehindert sind (oder sein können). Damit Du besser teilhaben kannst, bekommst Du zur Unterstützung jemanden an die Seite. Die kennen Möglichkeiten, wie Du in Zukunft besser mit Deinem Alltag zurechtkommst.“
Die Eingliederungshilfe ist also auch in Zeiten des BTHG auf Ziele orientiert, die sehr allgemein sind, aber bei der Bedarfsermittlung wird mit jedem einzelnen Leistungsberechtigten hieraus eine auf seine individuelle Lebens- und Problemsituation zugeschnittene Präzisierung - die individuelle Zielplanung - erarbeitet, aus der sich dann passende Maßnahmen ableiten lassen.
Um welche Art von Aktivitäten oder Dienstleistungen handelt es sich in der Eingliederungshilfe vom Typus (nicht vom Inhalt) her? In der Regel geht es nicht um funktionale Dienstleistungen, die nach fachlichen Standards „am Menschen“ durchgeführt werden, durchaus auch mit dem Ziel der Selbstaktivierung.
Bei den Maßnahmen der Eingliederungshilfe, die von hierfür ausgebildeten Fachkräften oder von ihnen angeleiteten Kräften erbracht werden, entsteht eine darüber hinausgehende Dynamik: der Erfolg ist in hohem Maße davon abhängig, ob es gelingt, eine „aktivierende Beziehung“ aufzubauen: aus der Begegnung zweier Menschen entsteht gemeinsames Handeln, das die Lebenslage des Menschen vor Teilhabebarrieren verbessern hilft. Es ist also nicht egal, welcher Mitarbeiter erscheint, es braucht grundlegende Qualitäten einer (fachlich begründeten) Beziehung, die über theoretisches Wissen und Handwerkszeug hinausreicht: Sympathie und das Bemühen um wechselseitiges Verständnis (in anderen Kontexten als Fallverstehen in der Begegnung benannt). Auf dieser Basis kann zielorientiertes Handeln entwickelt werden und zum Erfolg führen.
Manchmal wird eingewendet, dass es sich um eine grundsätzlich asymmetrische Beziehung handelt, in der ein Professioneller seine bezahlte Arbeit anbietet, das Gegenüber aber eher ein freundschaftliches Beisammensein wahrnehme. Solche Elemente mögen enthalten sein gerade bei langjährigen Dienstleistungsbeziehung. Wesentlich ist aber das Bewusstsein insbesondere bei den Professionellen, dass sich durch die Zusammenarbeit beide Seiten verändern!
Es ist undenkbar, dass sich immer nur die Leistungsberechtigen ändern sollen, während die Professionellen durch die Zusammenarbeit völlig unverändert bleiben. Die Begegnung gelingt dann, wenn sie der gemeinsamen Bewegung dient. Das muss das Ziel sein und dieses Ziel lässt sich genauso gut in Maßnahmen übersetzen wie scheinbar rein funktionale Aktivitäten.

Aktivität in einer gelingenden Beziehung ist also der Erfolgsfaktor schlechthin. Alles andere wäre Maschinenlogik.

Aktivität in einer gelingenden Beziehung ist also der Erfolgsfaktor schlechthin. Alles andere wäre Maschinenlogik und die ist in menschlichen Beziehungen, auch Dienstleistungsbeziehungen in der Eingliederungshilfe nicht anwendbar.
Es ist zu hoffen, dass diese Erkenntnis der „Beziehungsbasiertheit“ des professionellen Handelns in der Eingliederungshilfe die durchgängige Kritik am Ansatz der Wirkungsorientierung oder gar Wirkungskontrolle begründet. Zu hoffen deshalb, weil in der Regel andere Argumente genannt werden: Das Geschehen sei viel zu komplex, um mit einem Ursache-Wirkungs-Schema erfasst zu werden, es gebe bisher keine konsentierten Indikatoren und Kriterien für eine Wirkungsmessung, das gemeinsam geplante, zielorientierte Handeln könne durch intervenierende Variablen überlagert werden, so dass die Zielerreichung nicht auf die Leistungen der Eingliederungshilfe zurückgeführt werden kann etc.
Nicht zuletzt wird in dem Anspruch der Wirkungskontrolle ein weiterer Baustein der Ökonomisierung des Sozialen gesehen – jetzt soll also soziales Handeln nicht nur präzise geplant, durchgeführt und abgerechnet werden, nun soll auch noch plausibel gemacht werden, dass genau diese Leistungen wirkungsvoll waren. Frage: Ja was denn sonst?
Es geht um die Ausgestaltung einer zentralen Anforderung fachlichen Handeln: wie gelingt es, in der Begegnung zwischen Professionellen und Leistungsberechtigten eine tragfähige Beziehung aufzubauen, die das gemeinsame Erreichen von definierten Zielen möglich macht? Natürlich ist bei der Bedarfsermittlung präzise herauszuarbeiten, welches die Ziele des Menschen mit Behinderung für eine definierte Zeitspanne sind und durch welche Aktivitäten auf deren Erreichung hin gearbeitet werden soll. Dadurch gewinnt man Anhaltspunkte für die Bilanzierung am Ende der Leistungsetappe, man kann überprüfen, ob es gelungen ist, die Ziele ganz oder teilweise zu erreichen. Es ist anzunehmen, dass vor allem bei völligem Verfehlen eines Ziels gefragt wird, woran es denn gelegen hat. Lag es am Ziel selber, das zu anspruchsvoll oder im Alltag doch nicht so wichtig war? War das Ziel passend, aber die Maßnahmen nicht geeignet? Oder konnte die aktivierende Beziehung nicht stabil genug entwickelt werden?
Wer plant, kann sich verplanen, wer handelt, kann falsch handeln, darüber kann man reden und sich korrigieren, wenn die Beziehung das trägt. Das gilt für alle Beteiligten im Sozialhilfedreieck, es muss also eine vertrauensvolle Kommunikationskultur entwickelt werden. Nur dann kann sozusagen als Königsdisziplin auch darüber gesprochen werden, dass es einfach nicht gelungen ist, im Arbeitsalltag eine konstruktive Basis für das gemeinsame Handeln herzustellen.

Dem im Wege steht die Befürchtung, dass dann die fachliche Qualität des Professionellen in Frage gestellt wird („dafür sind Sie doch eigentlich ausgebildet“) oder die Motivation des Leistungsberechtigten („das ist fehlende Mitwirkung“), evtl. auch die Motive des Leistungsträgers („bei Misserfolg wird die Leistung gekürzt“) oder des Leistungserbringers („es wird so geplant, dass möglich viel Geld dabei heraus-

springt“). Findet die Reflektion auf dieser Ebene nicht statt, werden mit Sicherheit viele „intervenierende Variablen“ gefunden, die nichts mit den zentralen Akteuren zu tun haben („es lag an den Umständen, nicht an uns“).

Was tun?

Zunächst ist zu konstatieren, dass durch einen Wechsel der Perspektive weg von konkreten, funktionalen Zielen und Maßnahmen hin zu den tragenden Beziehungsaspekten in der sozialen Dienstleistungsbeziehung nicht viel gewonnen ist für die Frage der Wirkungskontrolle. Aber damit wird das Geschehen vom Kopf auf die Füße gestellt. Wenn nicht ein Einverständnis darüber besteht, dass fachliches Handeln ein Handeln in Beziehungen ist und aus einer tragenden Beziehung sich die Qualität und Erfolgsmöglichkeit von gemeinsamen Aktivitäten ableitet, verbleibt Wirkungskontrolle auf der Symptomebene.
Insofern ist die Herausforderung, die zunehmend entwickelten Instrumente der Bedarfsermittlung daraufhin zu überprüfen, ob mit ihnen der Beziehungskern sozialer Arbeit dargestellt werden kann – gerne in der Übersetzung in smarte Ziele und am Lebensalltag orientierte Maßnahmen bzw. in Bezug dazu. Es wird nicht reichen, als Ziel zu formulieren „Beziehungsaufbau“ und als Maßnahme „vertrauensbildendes Gespräch“. Ausgangspunkt für eine Konkretisierung ist das Gespräch mit dem Menschen, der Unterstützung benötigt unter der Fragestellung „was brauchst Du von mir, damit das klappt, was wir uns vornehmen?“ und natürlich die Ergänzung aus der eigenen Perspektive „von dem, was Du brauchst, kann ich Dir nicht alles anbieten, aber diesen Teil“. Gleiches gilt für die Bilanz am verabredeten Ende der Planungsetappe. Da ist der Fokus ein sog. Wirkungsdialog, also die Fragestellung, wer welchen Anteil daran hatte, dass die vereinbarten Aktivitäten, ganz, teilweise oder gar nicht zum Erfolg führten.
Wirkungskontrolle ist eben kein technokratisches Geschehen im Evaluationsraum, sondern Teil des sozialen Handelns, also Teil des Beziehungsgeschehens. Das gilt es einzuüben, zu praktizieren und in schriftlicher und mündlicher Form zwischen den Akteuren zu vermitteln. Soziale Arbeit ist sprechende Arbeit in allen denkbaren Formen und mit allen Hilfsmitteln.

NACHRICHTEN

In eigener Sache: Herzlich willkommen in der Redaktion!

Zum Sommer 2018 konnten wir Frau Dr. phil. Elke Prestin als neues Redaktionsmitglied der Kerbe gewinnen. Frau Dr. Prestin hat Linguistik, Anglistik und Soziologie studiert. Nach der Ausbildung zur Redakteurin promovierte sie

an der Universität Bielefeld und war an verschiedenen Hochschulen in Forschung und Lehre mit den Schwerpunkten kognitive Linguistik und Kommunikationspsychologie tätig. Ihre wissenschaftliche Erfahrung und die Zusatzqualifikation reflektierter Nutzer-Erfahrung in der Psychiatrie bringt sie derzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „WiEWohnen“ (Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen) am Ev. Klinikum Bethel ein. Zudem ist sie vielfältig psychiatriepolitisch engagiert. Wir freuen uns auf die gemeinsame Arbeit in der Redaktion. *Jürgen Armbruster*

Unerhört! Ein Buch vom Finden und Verlieren des Zusammenhangs

Millionen Menschen fühlen sich abgehängt, unverstanden und ungehört. **Ulrich Lilie ist als Präsident der Diakonie Deutschland**, einem der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, in ganz Deutschland unterwegs. Dabei trifft er Menschen aus allen Bereichen. In seinem neuen Buch **„Unerhört! – Vom Verlieren und Finden des Zusammenhalts“** berichtet er von diesen Gesprächen und analysiert scharfsinnig die Probleme und Nöte unserer Gesellschaft. Das Buch ist in erster Linie eine Gesellschaftsanalyse, die allerdings auch die Politik und die Rolle der Kirchen beleuchtet und kritisch hinterfragt.

Ulrich Lilie: Unerhört! Vom Verlieren und Finden des Zusammenhalts 176 Seiten, Herder 2018 18 Euro, ISBN 978-3-451-38175-1

TERMINE

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/ Sozialpsychiatrie 2019–2021, Termine: Informationsveranstaltung: 19.-20.09.2019, 16.-19.10.2019,12.-15.02.2020, 17.-20.06.2020, 04.-07.11.2020, 03.-06.03.202, 23.-26.06.2021, 70794 Filderstadt u. 50677 Köln (nur dritte Kurseinheit!), Leitung: Julia Wiedenbruch

Qualifizierung zur „Fachkraft für Betreuungsplanung und Teamorganisation“ Fachliche Grundlagen und Analyse des Bedarfs, Modul A: 23.- 27.09.2019; Bedarfserhebung und Hilfeplanung, Modul B: 21.-25.10.2019; Konzeption und Arbeitsorganisation, Modul B1: 25. - 29.03.2019, jeweils 18225 Kühlungsborn, Leitung: Christiane Schumm.

Aufbauqualifizierung „Fachkraft zur Begleitung und Unterstützung der Teamarbeit“: Selbstbewusstsein und Selbstbewertung, Modul A 1: 15.-17.05.2019, 13156 Berlin-Pankow; Organisation sozialer Einrichtungen, Modul B 2: 09.-11.09.2019, 18225 Kühlungsborn; Persönlicher Stil, Modul B 3: 04. - 08.11.2019, 13156 Berlin-Pankow; Begleitung und Beratung im praktischen Alltag, Modul C: 14.-16.10.2019, 13156 Berlin-Pankow, Leitung: Christiane Schumm

Pädagogik trifft Pflege - Pflegewissen für Heilerziehungspfleger: Termine: 17.-21.06.2019, 14.-18.10.2019, 27.-31.01.2020, 13156 Berlin-Pankow, Kursleitung: Dr. Gabriele Beckert und Heinrich Franz

Einteilige Fortbildungen:

Gestaltung des Bundesteilhabegesetzes
- 12.-14.02. 2019, Ort: 48565 Steinfurt, Leitung: Hartmut Schumm

Eingliederungshilfe in Zeiten des BTHG: Gespräche und Verhandlungen erfolgreich führen mit dem Konzept der praktischen Entwicklungspartnerschaft (pEp)
- 18./19.02.2019, 36043 Fulda, Leitung: Lothar Flemming

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen
- 1./02.04.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Ulrike Held

Biographiearbeit mit Menschen, die von geistiger Behinderung betroffen sind
- 02./03.04.2019, 48565 Steinfurt, Leitung: Lisa Oermann

„Und jedem Ende wohnt ein Anfang inne“
- 09.-11.04.2019, 63768 Hösbach, Leitung: Rainer Brandenstein u. Eckart Reinl-Mehl

Laufend unterwegs – ein Anti-Stress-Angebot für Führungskräfte
- 23.-26.04.2019, 63768 Hösbach, Leitung: Prof. Dr. Margit Ostertag u. Michael Klein

Einführung in die Schematherapie
- 08./09.05.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Dr. Matias Valente u. Yvonne Reusch

Psychose und Sucht - double trouble
- 09./10.05.2019, 13156 Berlin-Pankow, Leitung: Harald Sadowski u. Frieder Niestrat

Update Lebenswelt - Sozialraumorientierung in Hilfeangeboten für Menschen mit psychischer Erkrankung
- 09./10.05.2019, 60528 Frankfurt, Leitung: Wolfgang Schönberger

Umgang mit Drohung und Gewalt
- 16./17.05.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Dr. Manuel Rupp

Recht auf Risiko?!
- 27./28.05.2019 oder 23./24.09.2019, 13156 Berlin-Pankow, Leitung: Rainer Scheuer

Trauer und Trauerbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung
- 12.-14.06.2019, 91541 Rothenburg o.d.T., Leitung: Hans Heppenheimer

Werkstatt im Wandel – und ich bleibe dabei!
- 17.19.06.2019, 48565 Steinfurt, Leitung: Jürgen Hilleke

Update: Führen und Leiten – Basics: Gelassenheit, Mut und Weisheit
- 24.-27.06.2019, 63768 Hösbach, Leitung: Michael Klein

Betreuung und Unterstützung bei Menschen mit Demenz und Behinderungen
- 24.-26.06.2019, 13156 Berlin-Pankow, Leitung: Christiane Schumm

Psychopharmaka und psychotherapeutische Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen
- 24./25.06.2019, 70794 Filderstadt, Leitung Dr. Martin Roser

Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen
- 27./28.06.2019, 36043 Fulda, Leitung: Dr. Matthias Hammer

Stimmenhören verstehen (Teil 1)
- 27./28.06.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Caroline von Taysen

Die Arbeit mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – wie ein Tanz auf dem Vulkan, nie weiß man, wann er explodiert
- 01./02.07.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Ulrike Held

Alles eine Frage der Motivation?! Motivierende Gesprächsführung bei Menschen in Veränderungsprozessen
- 09./10.07.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Sabine Becker

Selbstbewusst und wirksam führen – authentisch leiten mit TZI
- 15.-19.07.2019, 63768 Hösbach, Leitung: Prof. Dr. Margit Ostertag u. Wolfgang Schneider-Pannewick

Bewegen und bewegt werden – miteinander unterwegs auf dem Jakobsweg
- 22.-26.07.2019, von Nürnberg nach Rothenburg o.d.T., Leitung: Michael Klein, (Prof. Dr. Margit Ostertag) u. Dr. Klaus Ziller

Gewalt...? Prävention!
- 02./03.09.2019, 1 3156 Berlin-Pankow, Leitung: Rainer Scheuer

Teilhabe am Leben und Förderung der persönlichen Entwicklung
- 09.-11.10.2019, 13156 Berlin-Pankow, Leitung:Christiane Schumm

Den Stimmen einen Sinn geben (Teil 2)
- 10./11.10.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Antje Wilfer u. Caroline von Taysen

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen
- 21.-23.10.2019, 70794 Filderstadt, Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster u. Karl-Heinz Menzler-Fröhlich

Keine Krise mit der Krise - Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen
- 28./29.11.2019, 48565 Steinfurt, Leitung: Markus Dautenheimer

Informationen und Anmeldung:
Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin, Tel.: 030-48837488; E-Mail: info@ba-kd.de, www.ba-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; Karsten Groth, Hamburg; ; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Johannes Peter Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Elke Prestin, Bethel; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (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

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

ANZEIGE

IMEHPS
improving mental health pathways

IMEHPS.research
Forschungsinstitut
für Sozialpsychiatrie, Wien

XXI. Tagung
Die subjektive Seite der Schizophrenie
Nicht ohne Netz – Psychose in neuen Kontexten
Wien, 21. – 23. Februar 2019

Psychische Krisen sind mit ihrer sozialen Umgebung verbunden. Wir wollen die Perspektive des sozialen Netzes, der Veränderungen in der Kommunikation und deren Einfluss auf den Weg aus der Krise beleuchten.

Soziale Netzwerke und ihre Bedeutung für das Leben mit und die Behandlung von Psychosen / Krisennetzwerke

Stefan Priebe (London): Soziale Netzwerke und Psychosen – die Stärke von schwachen Beziehungen
Georg Schomerus (Greifswald): Wem sag ich was? Schlau sein im Umgang mit Stigma und Diskriminierung
Larry Davidson (New Haven): Recovery und Solidarität – citizenship-oriented systems of care
Armida Mucci (Neapel): Die zentrale Bedeutung sozialer Aktivitäten für den Erfolg der Schizophreniebehandlung – a network analysis of outcome-limiting factors
Susanne und Matthias Suske (Wien): Was Angehörige von ‚Open Dialogue' lernen können
Christa Straßmayr (Wien): „Weil ich es ihnen nicht mehr abnehme, dass sie es besser wissen, was gut für mich ist in der Krise" – Entscheidungsspielräume bei der psychiatrischen Hospitalisierung
Lieselotte Mahler (Berlin): Was wir in Akutsituationen voneinander lernen können
Thomas Becker (Günzburg): Die Akutstation geht in die Gemeinde (STÄB et al)

Dazugehören oder Draußenstehen? / Das „ultimative Netz" Familie

Jann Schlimme (Berlin): Das Dilemma von Dazugehören-Wollen und Eigenständigsein-Wollen
Thomas Bock (Hamburg): Schizophrenie und Schule – MitschülerInnen als Schutz oder Gefahr
Georg Psota (Wien): Bedingungsloses Grundeinkommen oder Recht auf Arbeit
Stefanie Schreiter (Berlin): Wohin ohne Bleibe – die Berliner „Wohin Studie"
Christiane Rösinger (Berlin): Zukunft machen wir später – Buchpräsentation und Gesang
Wilma Boevink (Utrecht): Die neuen Forschungsnetze: Zusammenarbeit zwischen WissenschaftlerInnen mit und ohne gelebte persönliche Erfahrung
Petra Derler (Wien) und Mario Leitgeber (Bregenz): ‚Ex' und ‚In' in der Praxis der Genesungsbegleitung
Beate Schrank (Wien): Allein mit Kindern – ohne Netz und doppelten Boden
Meryam Schouler-Ocak (Berlin): Familie ganz anders – Menschen aus anderen Kulturen in der Krise

Netzwerke der Helfenden / Web-basierte Netze / Neueste Entwicklungen

EX-IN Österreich: Wie können/müssen sich Peers vernetzen? Verein, Standesvertretung oder ganz was Neues?
Heinz Katschnig (Wien): Krankenkassen? Kranke Kassen? Keine Kassen? – Das fragmentierte Finanzierungsnetz der psychiatrischen Versorgung
Paul Plener (Wien): Digital Natives in der Krise – Chancen und Risken für Jugendliche
Michael Krausz (Vancouver): Das Web, meine Psychose und ich – das Internet als Ressource oder Verirrung?
Elizabeth McGlynn (Wien): Film ‚RAGE – Versuch einer Annäherung in 10 Modulen'
Steffen Moritz (Hamburg): Metakognitive Therapieansätze bei Psychose – Stand der Forschung und Leitlinien
Ulrich Reininghaus (Maastricht): Wie Smartphones zu Verständnis und Bewältigung von Psychosen beitragen
Jürgen Gallinat (Hamburg): Das letzte Wort

Campus der Universität Wien im Alten AKH, Hof 2, Hörsaalzentrum, 1090 Wien
Weitere Informationen und Anmeldung:
https://interconvention.eventsair.com/suse19/ oder https://tinyurl.com/yb5f995l
Frühbucherbonus bis 30.11.2018