



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Diplomarbeit

Im Studiengang Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Fachbereich Soziale Arbeit

Von den institutionellen zu den personenzentrierten Hilfen in der Sozialpsychiatrie. Die Ambulantisierung: Chancen und Grenzen für die Klienten

vorgelegt von:

Sabine Fink

Erstgutachter: Frau Prof. Dr. Sigrid Haselmann

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Roland Haenselt

Neubrandenburg , Oktober 2009

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0453-9

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Die historische Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland mit besonderem Blick auf die Gemeindepsychiatrie	3
1.1. Die Geschichte der Psychiatrie im 18. und 19. Jahrhundert.....	4
1.2. Die Entwicklung der Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg in Ost- und Westdeutschland.....	6
1.2.1. Die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie auf dem Hintergrund der Psychiatrie-Enquete.....	8
1.2.2. Sozialpsychiatrie.....	10
2. Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime vor dem Hintergrund politischer Einflüsse und Gesetzesänderungen	13
2.1. Sozialpsychiatrische Heime heute.....	13
2.2. Von einrichtungen – zu personenzentrierten Hilfen.....	16
2.3. Der personenzentrierte Ansatz.....	18
2.3.1. Der Hilfeplan.....	19
2.3.2. Für und Wider des Hilfeplanes und des personenzentrierten Ansatzes.....	21
3. Drei Theorien für die Analyse der ambulanten Betreuung in der Sozialpsychiatrie	23
3.1. Empowerment.....	24
3.1.1. Empowerment – Versuch einer begrifflichen Definition	24
3.1.2. Empowerment-Haltung.....	26
3.1.3. Partizipation – die grundlegende Empowermentstrategie.....	27
3.1.4. Ressourcenaktivierung – ein zentrales Handlungsprinzip von Empowerment...28	
3.1.4.1. Das Konzept der Salutogenese.....	29
3.1.4.2. Das Konzept der Widerstandsfähigkeit.....	30
3.1.5. Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle.....	31
3.1.6. Chancen und Grenzen von Empowerment.....	33
3.1.7. Chancen und Grenzen von Empowerment im stationären Wohnbereich am Beispiel des Psychosozialen Übergangs – und Dauerwohnheimes „Startbahn“	34

3.1.7.1.	Das psychosoziale Übergangs- und Dauerwohnheim „Startbahn“.....	34
3.1.7.2.	Empowerment im Wohnheim „ Startbahn“.....	35
3.1.8.	Chancen und Grenzen von Empowerment am Beispiel des ambulant betreuten Einzelwohnens in Rostock.....	38
3.1.8.1.	Das ambulant betreute Einzelwohnen.....	38
3.1.8.2.	Empowerment im ambulant betreuten Wohnen.....	39
3.2.	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von Bewohnern des Wohnheimes „Startbahn“ und Klienten des ambulant betreuten Wohnens–ein Vergleich.....	42
3.2.1.	Soziales Netzwerk	43
3.2.2.	Die verschiedenen Netzwerktypen.....	44
3.2.2.1.	Primäre Netzwerke.....	44
3.2.2.2.	Sekundäre Netzwerke.....	45
3.2.2.3.	Tertiäre Netzwerke.....	46
3.2.3.	Soziale Unterstützung.....	47
3.2.4.	Vorteil und Nutzen, Gefahren und Grenzen der Netzwerkanalyse.....	48
3.2.5.	Zur Bedeutung sozialer Netzwerke speziell für psychisch Erkrankte.....	49
3.2.6.	Charakteristik des sozialen Netzwerkes schizophrener Erkrankter.....	50
3.2.7.	Empirische Untersuchung des sozialen Netzwerkes von Herrn K.....	53
3.2.8.	Empirische Untersuchung des sozialen Netzwerkes von Herrn L.....	57
3.3.	Abweichendes Verhalten und daraus resultierende Konsequenzen für Bewohner des Wohnheimes „Startbahn“ und Klienten des ambulant betreuten Einzelwohnens.....	60
3.3.1.	Norm.....	61
3.3.2.	Abweichendes Verhalten.....	62
3.3.3.	Soziale Kontrolle.....	63
3.3.4.	Abweichendes Verhalten und soziale Kontrolle.....	64
3.3.5.	Stigma.....	66
3.3.6.	Stigmatisierung psychisch Behinderter durch psychiatrische Institutionen.....	68
3.3.6.1.	Chancen und Grenzen für die Bewohner des Wohnheimes „Startbahn“	72
3.3.6.2.	Chancen und Grenzen für die Klienten des ambulant betreuten Wohnens.....	74

4. Chancen und Grenzen der Ambulantisierung in der Psychiatrie für die Klienten.....	76
4.1. Chancen.....	76
4.2. Grenzen.....	78
5. Zusammenfassung.....	79
6. Anhang.....	80
7. Quellenverzeichnis.....	83

Einleitung

Das menschliche Grundbedürfnis nach eigener Wohnung ist Voraussetzung für soziale Verwurzelung, persönliche Identität und psychische Stabilität (vgl. Kruckenberg 1998, S. 21). Dies gilt sowohl für Gesunde als auch für chronisch Kranke und Behinderte, eingeschlossen psychisch Kranke und geistig Behinderte. Das Sozialgesetzbuch 1 § 10 besagt, dass behinderte Menschen, oder Menschen, denen Behinderung droht, (unabhängig von den Ursachen der Behinderung) ein Recht auf Hilfe haben, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben zu fördern. Die Hilfe ist zu gewähren, damit sie sich selbst entwickeln können und so weit wie möglich von Hilfen unabhängig werden. Dazu heißt es in Absatz 4 und 5 SGB I, dass ihre Entwicklung so zu fördern ist, dass sie am Leben in der Gesellschaft teilhaben können und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht bzw. erleichtert wird.

Eine körperlich oder psychisch behinderte Person soll in einem, soweit wie möglich normalen sozialen Kontext ihre verbliebenen Fähigkeiten bestmöglich gebrauchen können. Die Hilfe für eine Person respektiert deren selbst gewählte Lebensform. Hat jemand jedoch keine eigene Wohnung, ist das erste Ziel aller Rehabilitations – und Eingliederungshilfen, dieser Person die Wiedereingliederung in eine eigene Wohnung zu ermöglichen. *„Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung muss dort stattfinden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden.“* (Kruckenberg 1998, S. 21)

Mit diesem Leitbild wird unterstrichen, wie wichtig es ist, adäquate psychiatrische Hilfen in der Lebensform anzubieten, welche die Klienten für sich gewählt haben. Das Leitbild besagt, dass es den KlientInnen nur außerhalb einer stationären Wohnform gelingen kann, ihr Leben weitestgehend selbst zu gestalten und wieder partizipativ und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Das Ziel jeglicher psychiatrischer Hilfen besteht darin, die Hilfebedürftigen in ihrer Wohnung und ihrem gewohnten Wohnumfeld zu belassen oder ihnen die gewohnte Wohnung bzw. das gewohnte Wohnumfeld wieder zugänglich zu machen.

Neben den Chancen, welche eine Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen mit sich bringt, bleibt zu vermuten, dass es auch Grenzen gibt. Die nachfolgende Untersuchung knüpft daran an. Unter dem Blickwinkel Wohnen und psychiatrische Hilfen soll dabei herausgearbeitet werden, welche Chancen und Grenzen für die Klienten aus der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen resultieren.

Deshalb erschließt das erste –historisch angelegte- Kapitel den wissenschaftlichen Zugang zum Untersuchungsgegenstand, zu dem ausgewählte Sachverhalte in der Geschichte der Psychiatrie streiflichtartig herangezogen werden. Dabei wird sich speziell mit der Psychiatrie in Deutschland ab dem 18. Jahrhundert auseinandergesetzt. Durch den knappen historischen Abriss wird unterstrichen, wie die Situation der psychisch Kranken den gesellschaftlichen Wandel repräsentiert. Psychisch Kranke gehörten über lange Zeiträume hinweg nicht selbstverständlich zur Gesellschaft. Im „dritten Reich“ (1933–1945) galt für diese Menschen das Leben als lebensunwert, sie wurden massenweise getötet.

Nach dem zweiten Weltkrieg verbesserte sich ihre Situation nicht wesentlich. Sie wurden zwar nicht mehr umgebracht, verbrachten ihre Zeit dafür aber in Anstalten mit riesigen Bettensälen, und dies sowohl im Osten als auch im Westen Deutschlands. Mit der professionellen Kritik an den menschenunwürdigen Verhältnissen in den Anstalten, begann in Westdeutschland Mitte der 1970er Jahre die Psychiatriereform. Nach der politischen Wende 1989 profitierten auch die ehemaligen DDR-Bürger von dieser stets weiter verlaufenden Reform.

Für den Erfolg der Psychiatriereform spielt das theoretische und praktische Instrumentarium der Sozialpsychiatrie eine wesentliche Rolle. Moderne Sozialpsychiatrie verlangt ein Umdenken der Handelnden, sowohl der Betroffenen als auch der Professionellen. Die ambulante Versorgung gerät zunehmend in den Fokus psychiatrischer Hilfen. Ein physisches und soziales Grundbedürfnis jedes Menschen ist es, in seiner eigenen Wohnung zu leben. Welche Zukunft haben sozialpsychiatrische Heime vor diesem Hintergrund? Werden sie noch benötigt? Diese Frage wird im 2. Kapitel der Arbeit geklärt.

Der Gegensatz zur institutszentrierten Hilfe ist die personenzentrierte Hilfe (vgl. Kruckenberg 1998, S. 12). Der personenzentrierte Ansatz ist ein wichtiges sozialpsychiatrisches Leitbild. Deshalb ist es nötig, darauf in der folgenden Arbeit genauer einzugehen. Der personenzentrierte Ansatz folgt der Fragestellung, was der jeweilige Mensch wirklich und konkret braucht. Der Bedarf an Hilfen ist bei jedem psychisch erkrankten Menschen anders und das Hilfeportfolio fügt sich aus unterschiedlichen Leistungserbringern mit unterschiedlichen Leistungen zusammen. Für die Erarbeitung eines Leistungsprogrammes für die KlientInnen bedarf es eines strukturierten Vorgehens. Ein wesentliches Instrument dafür ist der Hilfeplan mit seinem Für und Wider, auf den ebenfalls in Kapitel 2 eingegangen wird. Werden bis hierhin theoretische Grundlagen der psychiatrischen Versorgung angesprochen, so sollen im empirisch angelegten dritten Kapitel die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung mit Hilfe der Empowermenttheorie, der Netzwerktheorie und der Stigma-

theorie überprüft werden. Es wird der Frage nachgegangen, wie sie sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich umsetzen lassen. Welche Chancen und welche Grenzen ergeben sich daraus für die Klienten? Dazu werden im 3. Kapitel die beiden Wohnformen gegenübergestellt. Die Theorien werden an Hand empirischer Befunde untersucht. Im Sinne von Fallstudien werden Wahrnehmungen von KlientInnen eines stationären Wohnbereiches und einer ambulanten Wohnform genutzt, um die Anwendung der drei Theorien mit all ihren Sichtweisen zu diskutieren. Im 4. Kapitel werden die Sachverhalte zusammenfassend bewertet.

Chronische psychische Erkrankungen, insbesondere schizophrene Psychosen, gelten als kostenintensivste Krankheitsform. Die Höhe, die Zusammensetzung und Einflussfaktoren psychiatrischer Versorgungskosten sind in Deutschland bisher nur unzulänglich empirisch erforscht, ebenso die Höhe der gesellschaftlichen Gesamtkosten (vgl. Rössler/Salize 1996, S.XXIV). Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik wäre sicherlich sehr interessant und notwendig, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

1. Die historische Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland mit besonderem Blick auf die Gemeindepsychiatrie

„Gemeindepsychiatrie“ und „Sozialpsychiatrie“ sind Begriffe, welche aus dem heutigen Psychiatriealltag nicht mehr wegzudenken sind. Ganz selbstverständlich leben Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Gemeinde und nehmen, ihren Möglichkeiten entsprechend, am gesellschaftlichen Leben teil. Sie werden nicht mehr an Stadtränder oder Siedlungen außerhalb der Städte verbannt. Aber nicht immer war die Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft so selbstverständlich wie heute. Ausgrenzung und räumliche Isolierung waren an der Tagesordnung, üblich und in breiten Schichten der Gesellschaft anerkannt. Diese Gegebenheiten ziehen sich durch die gesamte Geschichte der Psychiatrie. Im folgenden Abschnitt soll die Geschichte der Psychiatrie sowohl im 18. als auch im 19. Jahrhundert ansatzweise dargestellt werden. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die deutsche Gemeindepsychiatrie gelegt.

1.1. Die Geschichte der Psychiatrie im 18. und 19. Jahrhundert

In Deutschland machten im 18. Jahrhundert die Ausgegrenzten und damit waren die Armen, Irren, Bettler, Vagabunden u.a. gemeint, 25% der Bevölkerung aus. Es gab verschiedene Einrichtungen, die dazu dienten, diese Ausgegrenzten zu entfernen, d.h., wegzusperren und auszusondern. So gab es zum Beispiel Zucht-, Korrekptions-, Verwahrungs-, Versorgungs-, u.a. Häuser in denen sie untergebracht waren (vgl. Dörner 1999, S. 185). Klöster, Stifte und andere geistliche Besitztümer zerfielen. Ebenso andere gesellschaftliche Strukturen, wie z.B. die Zünfte und Nachbarschaften, die Not und Unglück auffingen bzw. erträglicher machten. Familienangehörige fühlten sich nur noch für die nächsten Angehörigen zuständig. Die Irren gehörten nicht mehr selbstverständlich zur Gemeinschaft. Der Zeitgeist wandelte sich von Barmherzigkeit und Opferbereitschaft in Egoismus und unvermittelt artikulierte ökonomische Interessen. Diejenigen, die von den gesetzten Normen der Vernunft, der Arbeit oder des Anstandes abwichen, wurden ausgegrenzt, entrechtet oder zu Fremden gemacht. Feste Korrekturhäuser entstanden. Sogenannte Dollkästen kamen auf, transportable Kisten, in denen jede Bewegung beliebig lange verhindert werden konnte. Sie stellten einen gewaltsamen Eingriff in menschliche Raumansprüche dar (vgl. ders., S. 187).

Mit der Ausbreitung des gesellschaftlichen Merkmals der freien Arbeitsvertragsfähigkeit, sowie der Leistungsfähigkeit und in dem Maße, wie die Gesellschaft sich rechtlich und wirtschaftlich gegen Störungen organisierte, wurden die Irren mit dem Stigma der sozialen Unbrauchbarkeit behaftet. Sie passten nicht mehr in die von der Gesellschaft vorgegebenen Normen. Sie wurden in Irrengefängnissen verwahrt, weil ihr abnormes Verhalten in der Öffentlichkeit als Skandal und Störung gegen Ruhe und Ordnung empfunden wurde. Freie Lohnarbeit und wachsende Barrieren für den Zugang auf den Arbeitsmarkt, isolierten Menschen mit Handicap, so auch die Irren. Von der Heilung der Irren war kaum die Rede, dafür aber von Sicherheit und straffer Disziplin (vgl. ebd.).

In diese Zeit, in der die Irren ausgegrenzt wurden und ihnen ein soziales Vakuum drohte, fielen erste zaghafte Reformversuche, welche erstmalig das Heilungsmotiv berücksichtigten. Im Juliusspital in Würzburg wurden die Irren nach heilbar und unheilbar „sortiert“. Die Anwendung von Zwang wurde als erster Behandlungsversuch interpretiert (vgl. ders., S. 192). In Wien wurde erstmals dem Hauptspital ein Irrenturm angegliedert. Damit war zum ersten Mal in der Geschichte eine psychiatrische Abteilung in einem Krankenhaus entstanden. Aber auch hier wurde die Sicherheit in den Vordergrund gestellt, was an den

überdicken Mauern und den gefängnisartigen Zellen deutlich zu erkennen war (vgl. ebd.). Einen qualitativen Schritt in Richtung moderner Psychiatrie machte die deutsche Psychiatrie Anfang des 19. Jahrhunderts. In dieser Zeit wurde sie international führend. Über 30 moderne Anstalten für psychisch kranke Menschen wurden errichtet. Die Anstaltsdirektoren lebten mit den psychisch Kranken zusammen, eine erste „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ wurde herausgegeben. Aktive Behandlungsmethoden wie der Drehstuhl oder die „Ekel- und Schmerztherapie“ wurden angewendet (vgl. Ackerknecht 1985, S. 62). Einer der wichtigsten Reformer der deutschen Medizin des 19. Jahrhunderts war Wilhelm Griesinger (1817–1868). Er sprach bei psychischen Erkrankungen von Störungen des Wollens und des Vorstellens, von „Gehirnkrankheiten“. Er war der Auffassung, dass die Kognition und Vorstellungen ihren Sitz im Gehirn hätten (vgl. ders., S. 63).

Der erste Umbruch, der den Irren eine humanitäre Behandlung versprach, ereignete sich im Zuge der französischen Revolution. Der französische Psychiater Pinel (1745–1826) forderte die Bürgerrechte der Irren ein und rief dazu auf, auch diese Menschen als Kranke zu behandeln und ihnen somit allen Respekt und Mitgefühl entgegenzubringen, wie es Kranken gebührt. Er selbst setzte ärztliche Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen durch (vgl. Häfner 2001, Bd.1, S. 75). Verschiedene Gelehrte entwickelten verschiedene Theorien in Bezug auf psychische Erkrankungen. So lehrte der Philosoph Immanuel Kant (1724-1804), dass die Psychiatrie auf die Entordnung der Vernunft zurückgehe und ihre Heilung die Aufgabe von Philosophen sei und nicht von Ärzten. Der Heidelberger Psychiater C.F.W. Roller lehrte, dass die Entortung der Vernunft auf den unordentlichen Umgang oder die fehlgeleitete Erziehung in Familie und Umwelt zurückgehe. Die Kranken wurden daraus resultierend von der Familie getrennt. Sie wurden sozial und räumlich isoliert und in vernachlässigten Anstalten oft viele Jahre oder sogar lebenslanglich in Unfreiheit gehalten. Die Anstalten selbst wurden aus den Städten ausgegliedert. Eine aktive Tagesgestaltung, wie Arbeitstherapie gab es kaum. Entlassungsprogramme und organisierte Nachsorge, um die schweren Folgen der Anstaltsaufenthalte zu lindern, wurden kaum angeboten (vgl. ders., S. 77).

Um die Wende zum 20. Jahrhundert kam es zu einer enormen Zunahme hospitalisierter psychisch Kranker. Die Kluft zwischen dem Unterbringungsstandart der Kranken und den Lebensbedingungen in der Gesellschaft wurde immer größer. Man ging davon aus, dass die Geisteskrankheiten aus Gründen genetischer Abweichungen stetig zunahmen (vgl. ders., S. 78). Diese Überzeugung wurde von vielen Bürgern und Wissenschaftlern geteilt und diente der politischen und psychologischen Vorbereitung auf den Bruch der Menschenrechte, wie

z.B. der Zwangssterilisation. Hitler ließ ca. 300 000 vermeintlich Erbkrankte sterilisieren. Ab 1939 ließ er ca. 200 000 psychisch Kranke töten und brach damit die durch die Verfassung garantierten Bürgerrechte (vgl. ders., S. 79)

1.2. Die Entwicklung der Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg in West- und Ost-Deutschland

Die Katastrophe des zweiten Weltkrieges, der Tod von 30 Mio. Menschen sowie die erschreckende Einsicht in das ganze Ausmaß des Holocaust, hatten zu einer tiefgreifenden Neubesinnung auf die Menschen- und Bürgerrechte geführt. Sie fand ihren ersten Niederschlag in der Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen von 1948. Ihr folgten eine Reihe von Resolutionen für die Rechte psychisch Kranker. So wurde das Recht auf körperliche Unversehrtheit, welches 1947 in die Verfassung der BRD aufgenommen wurde, und das Recht zum Schutz der Freiheit psychisch Kranker, in Ländergesetze umgesetzt. Die Wende in der Psychiatrie Deutschlands setzte allerdings erst 20 Jahre später ein (vgl. ders., S. 82). Mit dem Wiederaufbau der Psychiatrie nach dem Krieg, vergrößerte sich die Differenz zwischen dem Lebensstandard der Bevölkerung und den erbärmlichen Lebensumständen der Kranken. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden als medizinische Armenhäuser bezeichnet (vgl. ders., S. 83).

Ab 1952 bekamen die Psychiater mit der Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka erstmals ein ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand. Dazu kamen neue Psychotherapiemethoden. Der Psychiater wurde somit zu einem aktiv handelnden Arzt und die Psychiatrie entwickelte sich von einer aufbewahrenden, zu einer therapeutischen Disziplin. Es wurde möglich, psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und viele leichte psychotische Störungen ambulant zu behandeln. Damit wurde zwar eine tiefgreifende Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems eingeläutet, es sollte allerdings noch fast 20 Jahre dauern, bis die Wende auch in den Köpfen der Bevölkerung und den Institutionen Fuß zu fassen begann (vgl. ders., S. 85). Einige Ärzte schlossen sich zusammen, um den psychisch Kranken eine bessere Zukunft zu ermöglichen. Ein erstes Übergangwohnheim und eine erste Tagesklinik wurden gegründet. Ab 1962 gab es für das Krankenpflegepersonal einen zweijährigen Weiterbildungskurs in Sozialpsychiatrie. Man vertrat dabei die Idee, dass eine menschlichere und kompetentere Behandlung psychisch Kranker nur über besser ausgebildetes und motiviertes Personal zu erreichen sei (vgl. ders., S. 87). Genauer wird auf die Entwicklung der Psychiatrie in der ehemaligen BRD in Kapitel 2.2.1. eingegangen.

Wesentlich früher als in der ehemaligen BRD fand 1963 in der DDR ein Symposium statt, indem die Rodewischer Thesen¹ veröffentlicht wurden, die unter anderem forderten, ein umfassendes Fürsorgeprinzip zu ersetzen. Das heißt, die Anstaltstradition sollte zugunsten einer therapeutischen Haltung aufgegeben werden, die Krankenstationen sollten geöffnet werden und ein rehabilitatives System sollte eingeführt werden (vgl. dies., S. 89).

Psychiatriealltag in der ehemaligen DDR bedeutete in der Regel Verwahrung in baufälligen Großkliniken. Es mangelte an Ärzten, Pflegern und Arbeitstherapeuten. Zwischen 35 und 70 Prozent der Insassen waren fehlplatziert, d.h., überhaupt nicht behandlungsbedürftig (vgl. Klee 1993, S. 109). Behinderte und psychisch Kranke wurden gemeinsam „verwahrt“. Schwerstbehinderte, die am meisten Pflege und Zuwendung brauchten, blieben in der DDR meist ohne Zuwendung und Förderung. Die Pflegeheime, in denen die psychisch Kranken zum Teil untergebracht waren, boten ein überwiegend deprimierendes Bild. Mehrbettzimmer, triste Möblierung und vor allem keine Förderung. Die DDR-Psychiatrie war zentralistisch organisiert und biologisch ausgerichtet. Dies bedeutete in der Praxis eine intensive Anwendung körperlicher Therapieverfahren wie z.B. Elektroschocks oder Psychopharmaka. In der Praxis waren die Kliniken den Allgemeinkrankenhäusern keineswegs rechtlich gleichgestellt. Sie standen immer am unteren Ende der materiellen und ideellen Zuwendung des Staates (vgl. ders., S. 112). Großkliniken waren Zentrum der psychiatrischen Versorgung. Sie waren biologisch ausgerichtet, sozialpsychiatrische Handlungskonzepte spielten keine Rolle. Es fehlte an komplementären Einrichtungen wie Wohnheime, Wohngruppen, betreute Wohngemeinschaften oder betreutes Einzelwohnen. Betroffene und Angehörige konnten sich nicht organisieren. Viele Patienten lagen monatelang auf den Stationen, weil es keine andere Art der Unterbringung gab (vgl. ders., S. 113). Dadurch waren sie hospitalisiert und damit zum Teil lebenslang geschädigt. Eine Intimsphäre gab es auf den Stationen nicht. Weder beim Baden noch auf der Toilette war der Patient alleine (vgl. ders., S. 117).

Wie stand es nun um den politischen Missbrauch der Psychiatrie? Das „Einweisungsgesetz“ der DDR besagte, dass psychisch Kranke die besondere Fürsorge des Staates bekommen sollten. Es fand Anwendung für psychisch Kranke, Kranke mit begründetem Verdacht auf eine psychische Erkrankung und Personen mit schwerer Fehlentwicklung der Persönlichkeit von Krankheitswert (siehe § 1) (vgl. ders., S. 120).

¹ Diese Thesen beinhalteten u.a., dass die biologisch- klinische Psychiatrie nicht länger von der sozial-rehabilitativen Psychiatrie zu trennen ist. Biologische und soziale Aspekte sind als eine Einheit zu sehen und zu behandeln. Sie bewirkten im Land allerdings wenig Veränderung. Ebenso die „Brandenburger Thesen“, welche etwa 10 Jahre später auf die Rodewischer Thesen aufbauten. Auch sie veränderten die Situation der psychisch Kranken kaum (vgl. Haselmann, 2008, S. 52).

Das Gesetz erlaubte derzeitige Arrestierung. In § 6 war verankert, dass jeder Arzt eine vorläufige befristete Einweisung schreiben konnte. Der Kreisarzt musste dies zwar bestätigen, aber er war Teil des Staatsapparates und somit durch diesen beeinflusst. Man unterstellte dem Arzt, dass er das Geschäft der Stasi besorgte (vgl. ders., S. 121). Missbrauchsfälle durch die Staatssicherheit ließen sich aber kaum wirklich feststellen. Die Betroffenen wussten nie, ob es Verknennung oder schon Schizophrenie ist. Sie fühlten sich überwacht, kontrolliert und ausgespäht. Die Stasi hatte Zugriff zu allen Krankenakten. Aber der politische Missbrauch betraf nicht nur die Patienten. Auch die Psychiater wurden bespitzelt. Politische Abweichler und Staatsverräter liefen immer Gefahr, psychiatrisiert zu werden (vgl. ders., S. 124). Veränderungen in der Psychiatrie der DDR brachte erst die Wende ab 1989 mit sich. Auch die ehemaligen DDR-Bewohner profitierten von den Forderungen der Psychiatrie-Enquete.

1.2.1. Die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie auf dem Hintergrund der Psychiatrie-Enquete von 1975

Wurde bisher über die unzulänglichen Zustände in der Psychiatrie berichtet, so soll im Folgenden untersucht werden, wie sich die Psychiatrie, unter anderem auf dem Hintergrund der Psychiatrie-Enquete, weiterentwickelt hat.

Die Verbrechen der Nationalsozialisten an psychisch Kranken verzögerte zum einen die Reform der Psychiatrie, gleichzeitig setzte aber die Forderung nach Wiedergutmachung den Reformprozess in Gang. Die Studentenrevolte und die Kulturrevolution der 68er sorgten für die Durchsetzung der Psychiatriereform, für das Ende von Bettensälen und Verwahrungspsychiatrie (vgl. Bühring 2001, Internetquelle).

Als die Geburtsstunde der sozialpsychiatrischen Bewegung in Westdeutschland wird eine 1970 durchgeführte Tagung in Hamburg angesehen. In deren Ergebnis formierten sich der Mannheimer Kreis sowie die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, in der sich Vertreter aller Interessengruppen wiederfanden. 1971 wurde auf der politischen Ebene einer Bundestagsinitiative eine Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage in der Psychiatrie in der BRD berufen. 1973 legte die Kommission einen Zwischenbericht vor, in welchem schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker aufgedeckt wurden. Eine große Anzahl dieser Menschen musste unter elenden, menschenunwürdigen Bedingungen in stationären Einrichtungen leben. Die Kommission legte ein Modernisierungsprogramm vor, in welchem die Grundprinzipien der

psychiatrischen Versorgung festgelegt wurden (vgl. Haselmann 2008, S. 57). Die Sachverständigenkommission sprach sich für eine gemeindenahe Versorgung aus. Sie vertrat die Auffassung, dass die psychiatrische Versorgung ein Teil der allgemeinen Medizin sein soll und demnach in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsfürsorge integriert werden soll. Dem psychisch Kranken muss genauso viel Hilfe zuteil werden, wie dem körperlich Kranken. Weiterhin sprach sich die Kommission für die Koordination aller Versorgungsdienste aus. Weitere Grundprinzipien, die die Kommission festlegte, waren der Einsatz vorbeugender Maßnahmen, wo es möglich ist sowie die Förderung von Selbsthilfe (vgl. ebd.). In Folge des Berichtes der Expertenkommission zur Lage in der Psychiatrie kam es zur Verkleinerung und Umgestaltung der psychiatrischen Krankenhäuser. Es erfolgte eine Bettenreduktion und die Anbindung an Allgemeinkrankenhäusern. In der weiteren Entwicklung erkannte man den Stellenwert der Bedeutung psychosozialer Arbeit mit PsychiatriepatientInnen im stationären Bereich. In der neuen Psychiatrie-Personalverordnung wurden Regelaufgaben von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen formuliert (vgl. dies., S. 58).

Obwohl als Folge der Psychiatrie-Enquete die ärztliche Dominanz und die medizinische Denkweise nicht grundsätzlich gebrochen werden konnten, wurden die gemeindenahe Psychiatrie und die ambulante psychosoziale Versorgung realisiert. Auf der Grundlage der Enquete kam es zu einem rasanten, flächendeckenden Aufbau von ambulanten und sogenannten komplementären Einrichtungen. Dazu zählten z.B. Beratungsstellen, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Institutsambulanzen, Tageskliniken und Nachtkliniken, als komplementäre Dienste Übergangsheime, Wohnheime, Wohngruppen, Tagessstätten und Begegnungsstätten (vgl. dies., S. 59).

Im Jahr 1988 kam es auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung noch einmal zur Überprüfung der bis dahin realisierten Psychiatriereform. Diese wies die erreichten strukturellen Veränderungen bis dato noch als sehr unzureichend aus. Die Expertenkommission forderte u.a. verstärkte Anstrengungen zur Kooperation der verschiedenen Träger und Einrichtungen im Rahmen einer regionalen Versorgungsverantwortung sowie eine verbesserte wohnortnahe Begleitung und Wiedereingliederung der Betroffenen. Die Psychiatriereform wurde daraufhin mit einem umfassenden Katalog von Rehabilitationsangeboten weitergeschrieben, in dem gemeindepsychiatrische Hilfen, Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung, ärztliche und psychotherapeutische Hilfen sowie Formen von Laien- und Selbsthilfe benannt werden (vgl. dies., S. 60).

1.2.2 Sozialpsychiatrie

Sozialpsychiatrie kann als Weiterentwicklung der Psychiatrie bzw. deren kritischer Begriff gefasst werden. Im folgenden Kapitel wird dies genauer dargestellt. Dazu werden Definitionen von Dörner und Plog, aber auch von Ciompi herangezogen.

Dörner sieht den Begriff Sozialpsychiatrie mit einer Kritik an der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie verbunden. Es handelt sich deshalb um einen kritischen Begriff, weil mit ihm zugleich eine Psychiatrie-Kritik einhergeht. Sozialpsychiatrie verlangt ein Umdenken in den Köpfen sowohl der Betroffenen, als auch der Professionellen. Gesunde und kranke Bürger werden als Mitglieder derselben Gemeinde betrachtet, mit denen man auch in schwierigen Zeiten zusammenlebt. Sowohl das betreute Einzelwohnen, als auch das Psychosoziale Wohnheim, welche im Weiteren noch genauer beschrieben werden, befinden sich in einer Gemeinde. Die psychisch Erkrankten leben hier mit anderen Bürgern zusammen. Darum ist es in Bezug auf das Thema der Diplomarbeit wichtig, diesen Begriff genauer zu betrachten.

Ciompi definiert den Begriff Sozialpsychiatrie als den Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln versucht (vgl. Ciompi 1995, S. 205). Sozialpsychiatrie betrachtet die Wechselwirkung zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren. Sie bezieht Familie, Wohn- und Arbeitssituation gezielt in die Behandlung und die Prävention psychischer Störungen mit ein (vgl. ders., S. 207).

Die Sozialpsychiatrie ist vor allem orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft, d.h., an der tatsächlichen, bedarfsgerechten Hilfe und an den persönlichen bedürfnisentsprechenden Hilfen für alle psychisch Leidenden. Die Sozialpsychiatrie kann nur verantwortlich betrieben werden, wenn sie sowohl ihre praktische als auch ihre theoretische Arbeit im Rahmen ihres Gesellschaftssystems überdenkt und an den dafür für notwendig befundenen Veränderungen mitarbeitet (vgl. Dörner/Plog 1972, S. 9).

Dörner/Plog sind der Meinung, dass sich die Sozialpsychiatrie auf die vorherrschenden Krankheitsbegriffe nicht mehr stützen kann. Selbst konservative Sozialwissenschaftler haben erkannt, dass dieses Krankheitskonzept ein sozialer Steuerungsmechanismus im Dienst der sozialen Eingemeindung ist. Sie haben erkannt, dass man es mit einem viel breiteren und naturwissenschaftlich nicht abgrenzbaren Spektrum psychisch sozialen Leidens bzw. psychisch-sozialer Not zu tun hat (vgl. Dörner/Plog 1972, S.9). Die Sozialpsychiatrie kann sich nicht auf Diagnosen stützen. Gruppen von Leidenden werden mit einem Stigma

versehen. Dadurch werden die Diagnosen in eine bestimmte Norm festgelegt. Die Verhaltenserwartungen derer, die mit den Diagnostizierten therapeutisch arbeiten, werden so deutlich eingeengt (vgl. dies., S. 10).

Sozialpsychiatrie berücksichtigt die gesamte Bedingungskonstellation des seelischen Leidens. Dazu zählen die gesellschaftlich wirksamen Einflüsse krankmachender Reize, der Anteil und die Reaktionen der Bezugspersonen und die ursächliche Bedeutung der sozialen Situation, wozu die Psychiatrie ihr eigenes Tun rechnet (vgl. ebd.).

Sozialpsychiatrie kann ihr Hilfsangebot und ihr therapeutisches Vorgehen nicht mehr auf Zwang aufbauen und auch nicht mehr auf die Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient. Heute wird Zwang nur noch in den seltensten Fällen angewendet und auch nur dann, wenn es wirklich unbedingt notwendig ist. Muss er doch einmal angewendet werden, so ist das für die Patienten oft ein traumatisches Erlebnis, welches dazu führt, dass sie von den Hilfsangeboten nur sehr ungern erneuten Gebrauch machen. Das Vertrauen in das Hilfesystem ist oftmals zerbrochen. Darum ist die Grundlage der sozialpsychiatrischen Hilfe, so Dörner und Plog, vielmehr die Solidarität der psychisch Erkrankten untereinander und die Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team. Sie basiert auf Zusammenarbeit in Gruppen, die sich im soziotherapeutischen, pädagogischen und arbeitstherapeutischen Rahmen bewegen. Entscheidend bei dieser gemeinsamen Arbeit ist es, sowohl das sogenannte kranke als auch das gesunde Verhalten, sowohl das Verhalten innerhalb des Betreuungssystems als auch das Verhalten außerhalb des Betreuungssystems, sowohl die soziale Realität derselben als auch die der allgemeinen gesellschaftlichen Normen in das sozialpsychiatrische Hilfsangebot einzubeziehen (vgl. dies., S. 11).

Sozialpsychiatrie geht in ihrer Praxis von der „therapeutischen Kette“ aus. Die „therapeutische Kette“ bedeutet, dass nach einem kurzen stationären Klinikaufenthalt die weitere Behandlung in einer Tagesklinik erfolgt. Danach soll der Patient weitere Hilfsangebote für sich in Anspruch nehmen. Das könnten z. B. sein: Tagesstätten, Begegnungstätten, die verschiedenen betreuten Wohnformen Übergangwohnheim, Wohngruppe, und betreutes Einzelwohnen.² Durch die Verkürzung der klinischen Behandlung, verringert sich die Gefahr des Hospitalismus bei den Patienten. Ebenso verringert sich der Kostenaufwand, weil der Patient nicht mehr so lange Klinikaufenthalte hinnehmen muss.

Die Beziehung zur Alltagsrealität wird nur noch wenig unterbrochen. Durch den Besuch der Tagesklinik und anderen ambulanten Hilfseinrichtungen, kann der psychisch Erkrankte

² Mittlerweile ist die therapeutische Kette in die Kritik geraten. In Kapitel 3.1 und 3.2. wird darauf genauer eingegangen.

in seinem familiären Umfeld bleiben und soweit es ihm die Erkrankung gestattet, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Es ist erwiesen, dass die sozialen Bedingungen maßgeblich das Schicksal des psychisch Erkrankten mitentscheiden. Darum sollte auf diese bei der Behandlung derselben besonders eingegangen werden (vgl. ebd.).

In einem weiteren Aspekt, welcher ein bedeutendes Kriterium der Sozialpsychiatrie darstellt, beschreiben Dörner/Plog, wer zum therapeutischen Team gehören soll. Das sind Angehörige verschiedener Ausbildungsgänge wie Sozialarbeiter, Krankenschwestern oder -pfleger, Arbeitstherapeuten, Psychiater, Psychologen und Pädagogen. Die Tätigkeitsbereiche dieser Personen sollen zum Teil austauschbar sein und zu einem kleineren Teil an ausbildungsspezifische Qualifikationen gebunden sein (vgl. dies., S. 12). Nun lässt sich allerdings der Arzt nicht so leicht gegen den Arbeitstherapeuten austauschen. Dagegen kann der Pädagoge schon mal die eine oder andere Tätigkeit des Arbeitstherapeuten übernehmen, ebenso die Krankenschwester. In der gemeinsamen Arbeit verstehen sich aber alle als Therapeuten. Der Teamcharakter der Gruppe schließt eine hierarchische Ordnung aus. Sämtliche Entscheidungen werden als Gruppenentscheidungen getroffen (vgl. ebd.).

Die Sozialpsychiatrie ist sowohl an der Rehabilitation des Einzelnen als auch an der Prävention für alle orientiert. Hier bettet sich der Begriff der Gemeindepsychiatrie ein. Die Gemeindepsychiatrie ist eines der Grundprinzipien, welche von der Psychiatrie-Enquete aufgestellt worden sind. Es wird davon ausgegangen, dass psychisches Leiden in der Gemeinde gelindert, und beseitigt bzw. auch getragen werden muss, weil es auch in der Gemeinde entsteht. Es dürfen keine Lösungen herbeigeführt werden, die das Leiden durch Ausgliederung oder Institutionalisierung verlagern oder gar noch verstärken. Seelische Probleme sollen dort gelöst werden, wo sie auftreten (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit 2002, S. 378). Das heißt, dass eine Gemeinde und ihr Stadtteil, ein Landkreis und eine Kleinstadt eigenständig und unabhängig Hilfestellung für den psychisch Erkrankten gewähren können. Der Patient wird also nicht mehr abgeschoben und isoliert, sondern integriert. In einigen Orten haben sich sogenannte Gemeindezentren entwickelt. Ein Gemeindezentrum ist ein Haus, indem sich mehrere Hilfsangebote unter einem Dach befinden (vgl. ebd.).

Sozialpsychiatrie stellt aber auch den Versuch dar, die psychisch Erkrankten in die soziale Realität zu integrieren. Sie sollen nicht mehr ausgegrenzt werden. Arbeit soll heute als Bindeglied zwischen der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit gesehen werden. Damit entgeht die Sozialpsychiatrie der Gefahr, in Integration und Anpassung der psychisch Erkrankten aufzugehen. Vielmehr sollte sie zum Ziel haben, die Erkrankten als sie

selbst aufzunehmen und sie damit von ihren sozialen Zwängen zu befreien. Sozialpsychiatrie sollte es gelingen, die gesellschaftlichen Bedingungen des psychischen Leidens zu benennen und das Sprengen der Grenzen, die ihre therapeutische Praxis verhindern, unabweisbar zu machen (vgl. Dörner/Plog 1972, S. 14).

2. Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime vor dem Hintergrund politischer Einflüsse und Gesetzesänderungen

Ein soziales Grundbedürfnis der Menschen ist es, in einer eigenen Wohnung zu wohnen, und sich in ihre Privatsphäre, zurückzuziehen. Die Wohnung stellt einen elementaren Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde dar. Im nachfolgenden Kapitel wird der Wandel von den einrichtungs- zu den personenzentrierten Hilfen beschrieben. Der Hilfeplan, als ein Instrument des personenzentrierten Ansatzes, wird in diesem Abschnitt genauer beleuchtet. Dabei wird auch sein Für und Wider diskutiert.

2.1. Sozialpsychiatrische Heime heute

Die psychiatrischen Kliniken haben im Zuge der Psychiatrie-Enquete ihre Langzeitbereiche für psychisch kranke Menschen abgebaut. Mit dem Ende der Verwahrung von Menschen in psychiatrischen Kliniken, begann der Aufbau von Heimeinrichtungen, in denen viele psychisch erkrankte Menschen noch heute leben (vgl. Steinmann/Heimler 2003, S. 14). Diese Heime stehen heute in der Kritik, weil sie Widersprüche erzeugen. Für die Träger stellen Heime eine betriebswirtschaftliche Existenzsicherung dar. Denn keine andere sozialpsychiatrische Leistung lässt sich angeblich finanziell so vorausschauend berechnen, wie eine Heimeinrichtung (vgl. dies., S. 14). Bei einem institutionell vorgesehenen gleichbleibenden Hilfebedarf, haben die Menschen noch immer eine lange Verweildauer. Die meisten Heime finanzieren sich über Pflegesätze, welche oft über viele Jahre hinweg gezahlt werden. Dies sichert das Fortbestehen und ist im Interesse des Trägers (vgl. ebd.). Schwankungen im Hilfebedarf bzw. zunehmende Unabhängigkeit der KlientInnen von der Institution Heim, finden weder in der Finanzierung noch im Heimbetrieb Beachtung (vgl. dies., S. 15). Betriebswirtschaftlich stehen Heime heute unter einem enormen Druck. Insbesondere an die personelle Beständigkeit sowie die fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen, wird heute ein großer Anspruch gestellt (vgl. ebd.).

Dahingegen stellt das Heim für die Angehörigen eine Entlastung dar, da sie mit der Betreuung oftmals überfordert sind. Obwohl sie häufig mit den Leistungen der Heime nicht zufrieden sind, sprechen sie sich dafür aus. Insbesondere Menschen, die psychisch erkrankt sind und einen besonderen hohen Hilfebedarf haben, werden in Heimen untergebracht. Der Übergang in ein psychiatrisches Heim erfolgt oftmals aus der Klinik heraus. Die Feststellung des Hilfebedarfes erfolgt demzufolge aus einer akuten Krankheitssituation heraus und wird nicht dort festgestellt, wo der vertraute Lebensmittelpunkt des Klienten ist. Die Schlussfolgerung, dass ein Mensch heimbefürhtig sei, wird viel zu früh getroffen, ohne Prüfung des Lebensvollzugs in einer Krisensituation und fern vom Lebensmittelpunkt (vgl. dies., S. 16).

Die Laborsituation Heim verstärkt die zwischenmenschliche Isolierung der Bewohner, da es sich um ein institutionelles System mit Grenzen nach außen und um eine künstliche Lebenswelt im Innern handelt. Der Heimbetrieb hat kaum etwas mit natürlichen Alltagswelten und Kommunikationswelten gemein (vgl. Kruckenbergr 1998, S. 65). Die Institutionalisierung führt zum Verlust sozialer Rollen, verstärkt die Passivität, fördert Rückzug und Lebensuntüchtigkeit. Voraussetzung dafür, sind universelle Reglementierung, erzwungene Untätigkeit, soziale Isolation, Stigmatisierung und Verarmung (vgl. ebd.).

Wohnung, Hilfe und Unterstützungsleistungen erfolgen unter einem Dach. Hier leben mehrere Menschen zusammen, die psychiatrische Probleme haben, Probleme bei der Verrichtung alltagspraktischer Tätigkeiten oder bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben. Neben positiven Effekten, hat dies aber auch negative Auswirkungen. Das Maß an positiven Zukunftserwartungen, Möglichkeiten des Modelllernens sowie die Chance, sich gegenseitig zu unterstützen, sind geringer als in natürlichen Lebenswelten, da alle Bewohner ein Handicap haben. Das Gruppenerleben ist für die Menschen anstrengend, da sie es selten gezielt wählen. Oft bleibt ihnen keine andere Wahl. Es beinhaltet viele soziale Stressoren. Die Menschen haben sich an Regeln, die Hausordnung und Orientierungen, nach denen das Leben in einer Gemeinschaft erfolgt, zu halten (vgl. Steinmann/Heimler 2003, S. 17). Das Denken in der Sozialpsychiatrie ist in Deutschland noch immer einrichtungszentriert. Die hilfebedürftige Person kommt zur Hilfe, anstatt die Hilfe zur Person. Jede Einrichtung sorgt alleine für ihre KlientInnen. Dadurch entsteht ein hoher Druck auf KlientInnen und MitarbeiterInnen, auch mit schwierigen KlientInnen fertig zu werden (vgl. ebd.).

Institutionen verfolgen ein Bestandsinteresse und Standardisierungen von Abläufen bzw. Verfahrensweisen, die für die Institutionen geeignet sind. Dabei geht es nicht vordergrün-

dig um die Interessen und Hilfebedarfe der Klienten, sondern darum, was die Einrichtung an Angeboten bieten und erbringen kann (vgl. ebd.). In den meisten Heimen leben mittlerweile Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einem Alkohol- und Drogenproblem. Für die Einrichtungen wird dies ein immer größeres Problem, leben die Menschen doch in einer Gesellschaft, die Alkoholkonsum akzeptiert und weichen Drogenkonsum toleriert. Das Alkoholverbot, welches in vielen Heimen zum Teil nur noch formal gilt, führt zu Widersprüchen, die von den Heimbewohnern und Mitarbeitern auszuhalten sind. Die Heimbewohner konsumieren außerhalb der Einrichtung Alkohol. Das kann vital für diese bedrohlich werden, da sie fast alle neuroleptische Medikamente einnehmen. Der Versuch, ein abstinentes und damit problemfreies Heim zu schaffen, ist Wunschdenken. Vielmehr wäre es an der Zeit, sich mit einer Suchtmittel konsumierenden Gesellschaft und der Entwicklung fachlicher Antworten auseinanderzusetzen (vgl. dies., S.18).

Für junge psychisch erkrankte Menschen ist das derzeitige Hilfe- und Heimsystem nicht geeignet. Sie haben ein geringes Rollenrepertoire, es fehlen Schulabschluss, Partnerschaft oder Arbeitserfahrung. Sie haben Missbrauchserfahrung und kennen Alkohol und Drogen. Da ihnen Angebote und Zusatzmöglichkeiten für die für sie notwendigen Hilfen fehlen und sie nie eine Integration in ein stabiles Netzwerk kennengelernt haben, fällt es ihnen schwer, ihren Alltag zu gestalten. Für diese jungen Menschen bringen die MitarbeiterInnen zu wenige Fachkenntnisse aus der Jugendarbeit mit. Die sozialpsychiatrischen Angebote sind für diese jungen KlientInnen nicht attraktiv, nicht klientenzentriert und zu wenig jugendhilfeorientiert (vgl. dies., S. 19).

Das Modell der therapeutischen Kette hat sich als nicht sinnvoll erwiesen. Es ist wenig hilfreich, die Klienten bei einem veränderten Hilfebedarf weiterzureichen. Der Abbruch professioneller Beziehungen ist bei den KlientInnen mit zusätzlichen Stressoren verbunden, die zu erneuten Krisen führen können. Ziel sollte es sein, personale Kontinuität und professionelle Beziehungen über lange Zeiträume anzubieten, unter absoluter Einhaltung des selbstgewählten Lebensortes (vgl. dies., S. 20).

Projekte, welche zu Zeiten ihrer Entstehung bahnbrechend waren, sind heute zum Teil überaltert. Sie haben sich nicht den Veränderungen der psychisch Kranken und deren Lebenswelt, angepasst. Stagnation und systemstabilisierende Beharrungstendenzen sind die Konsequenz. Dienstzeiten orientieren sich an den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und sind größtenteils nicht klientenzentriert. Das führt unter anderem dazu, dass auftretende Krisen der Klienten, außerhalb der Dienstzeiten, durch andere Dienste zu organisieren sind (vgl. ebd.).

Das Heimgesetz ist stark auf den Bereich der Pflegeheime ausgerichtet und legt seinen Schwerpunkt besonders auf Pflege und Fürsorge. Aber Pflege und Fürsorge stellen nicht den zentralen Inhalt sozialpsychiatrischer Heime dar. Sozialpsychiatrische Wohnheime sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Sie geben Hilfe zur Selbsthilfe und stellen die Weichen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Darum sind die Auflagen des Heimgesetzes und die Prüfanträge der Heimaufsichten, welche für einen ausgewählten Personenkreis von großer Bedeutung ist, nicht immer mit den sozialpsychiatrischen Leitlinien vereinbar (vgl. dies., S.21).

All diese Fakten und Tatsachen geben Anlass zur Diskussion, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Auch für den Sozialhilfeträger gewinnt diese Diskussion an Bedeutung. Die Kosten für die Eingliederungshilfe wachsen jährlich um 7% (vgl. Jahnke 2003, S. 80). Eine Befragung von Heimbewohnern durch den Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen hat ergeben, dass 61,7% der Bewohner sich das Leben in Heimen nicht selbst ausgesucht haben. Diese Menschen würden eine ambulante Versorgung der stationären Versorgung vorziehen, vorausgesetzt, die Versorgungsstrukturen in Deutschland ermöglichen dies. Veränderungen, hin zu nutzerorientierten Strukturen, die die ambulante Hilfe bevorzugen, sind demzufolge unbedingt erforderlich (vgl. ebd.).

2.2. Von einrichtungs- zu personenzentrierten Hilfen

Komplementäre Hilfen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft setzen die Klinik als Mittelpunkt voraus. Anstatt dieses Negativbegriffes wird mit dem als „komplementär“ bezeichneten Versorgungsbereich folgender Begriff vorgeschlagen: „Lebensfeldzentrierte Rehabilitation und Eingliederung“ (vgl. Kauder 2001, S. 12). Psychiatrische Kliniken sollen nicht mehr im Mittelpunkt des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems stehen, sondern sie sollen ein Teil von ihm sein (vgl. ebd.). Dem heute noch vorherrschenden einrichtungszentrierten Herangehen liegt das Anstaltsparadigma zugrunde. Therapeutische Konzepte, die Organisation von Einrichtungen, traditionelle Personalbemessungsrichtlinien und das Denken der Kostenträger werden immer noch von diesem Konzept geprägt (vgl. ebd.). Die hilfebedürftige Person kommt zur Hilfe, statt umgekehrt, die Hilfe zur Person. Die Stabilisierung der KlientInnen ist an das künstliche Lebensfeld in der Institution gebunden. (vgl. ders., S. 13). Mit der Dauer des Aufenthaltes in einer Institution steigt die Gefahr der Ausgliederung, denn reglementierte Überversorgung erzeugt Lebensuntüchtigkeit. Die Bezüge zum Lebensfeld schwinden. Die Bezugspersonen im Lebensfeld lernen

nicht, mit einem psychisch kranken Menschen zusammenzuleben und sich die geeignete Hilfe zu holen (vgl. ebd.). Das Leben in der Institution führt zum Verlust sozialer Rollen, verstärkt Passivität, führt zu Rückzug und Lebensuntüchtigkeit (vgl. ebd.). Die Voraussetzungen dafür, sind erzwungene Untätigkeit, soziale Isolation, Stigmatisierung und Verarmung sowie universelle Reglementierung. Zu den Gefahren des Hospitalismus zählt eine hospitalisierende Alltagsstruktur, wie z. B. geringe organisatorische Autonomie und eine hohe Anzahl der zu betreuenden Personen, ein ablaufzentrierter Personaleinsatz sowie die Gestaltung und Platzierung der Einrichtung, die positive Rollenübernahme fördert. Ebenso haben starre Routinen des Personals, die Behandlung der KlientInnen als eine einheitliche Gruppe, die Verhinderung einer Privatsphäre sowie die Distanz zwischen Personal und Klienten entscheidenden Einfluss auf hospitalisierende Bedingungen (vgl. ders., S. 14). Daraus ergeben sich folgende Anforderungen an die lebensfeldzentrierte Rehabilitation und Eingliederung: Individualität einer Person wahren, Vertrauen und Wertschätzung, Schutz des selbstgewählten Lebensortes, normale Beziehungen und Rollen unterstützen, Ermutigung, Verantwortung zu übernehmen und Initiative zu ergreifen, Arbeit und Beschäftigung und materielle Grundausstattung in persönlicher Verfügung (vgl. ebd.).

An dieser Stelle soll die Reha-Kette, welche ihre Verwandtschaft zum Anstaltsmodell erkennen lässt, nochmals als althergebrachtes Modell bezeichnet werden. Die Hilfen werden nicht zu den individuell im Lebensfeld vorhandenen Hilfen konzipiert. Das führt zu einer Mischung von gleichzeitiger Über- und Unterforderung bei den psychisch kranken Menschen. Wechselt der chronisch kranke Mensch zum nächsten Standardpaket, weil sich der Hilfebedarf im langfristigen Verlauf nach Art, Zusammensetzung und Intensität ändert, werden tragende soziale und therapeutische Beziehungen, sowie seine räumliche Orientierung unterbrochen. Wechselt er aber nicht, ist er womöglich fehlplatziert, d. h., der Hilfesuchende wohnt noch in einem Wohnheim, obwohl das betreute Wohnen besser für ihn wäre. Es ist auch möglich, dass die Personen den passenden Hilfebedarf für das Standardpaket entwickeln, um bleiben zu können (vgl. ebd.). Je länger der Aufenthalt in einer komplementären Einrichtung dauert, umso mehr wird die Person aus ihrem eigenen natürlichen Lebensfeld ausgegliedert. Das Leben in der Einrichtung wird zum eigentlichen Lebensmittelpunkt (vgl. ders., S. 15).

Wohnen in einer Reha- bzw. Behinderteneinrichtung bedeutet: Wohnraum und Hilfe sind ein festes Paket mit folgenden Konsequenzen: Wer noch eine Wohnung hat und Hilfe benötigt, bekommt diese nur, wenn er in eine Einrichtung geht. Wer wieder unabhängig von der Hilfe wird, verliert damit auch wieder seinen Wohnraum und damit auch sein Lebens-

feld. Damit führt das traditionelle System komplementärer Hilfe, bei wechselndem Hilfebedarf zu fremdbestimmter Entwurzelung und zum Abbruch von sozialen und therapeutischen Beziehungen. Das stellt für den psychisch kranken Menschen eine deutlich höhere Belastung dar als für einen gesunden Menschen. Einrichtungszentrierte Rehabilitation und Eingliederung wirken rehabilitations- und eingliederungsmindernd. Sie sind nicht bedarfsorientiert und auch nicht wirtschaftlich. Die Hilfen sollen sich dem individuell wechselnden Bedarf der Klienten anpassen und der Hilfeempfänger soll nicht länger zu den für ihn passenden Institutionen weitergereicht werden (vgl. ebd.).

2.3. Der personenzentrierte Ansatz

Der personenzentrierte Ansatz ist ein zentrales sozialpsychiatrisches Leitbild. Damit verbunden ist die Subjektorientierung bzw. das Individualisierungsprinzip. Der personenzentrierte Ansatz folgt der Fragestellung, was dieser konkrete Mensch wirklich braucht. Der Bedarf an Hilfen ist bei jedem psychisch erkrankten Menschen anders und fügt sich aus unterschiedlichen Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer zusammen. Deshalb sollte die Hilfe so flexibel organisiert werden, dass die Art und der Umfang entsprechend dem veränderten Bedarf der zu betreuenden Person angepasst wird. Die therapeutische Beziehung soll dabei beständig bleiben. Ebenso bleibt der psychisch kranke Mensch in seinem Lebensfeld integriert (vgl. Steinmann/Heimler2003, S. 22). Es gilt, für die Realisierung von personenzentrierten Hilfen die personellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen. Der personenzentrierte Ansatz geht vom Hilfebedarf einer Person aus, erst in zweiter und dritter Ebene fragt er nach der entsprechenden Organisation der Hilfen und ihrer Finanzierung. Personenzentrierte Hilfen haben Integration und Normalisierung zum Ziel (vgl. Kunze 2004, S. 18).

Für den Erfolg von Rehabilitation, Behandlung und Wiedereingliederung ist die Beachtung des menschlichen Grundbedürfnisses nach eigener Wohnung von entscheidender Bedeutung. Es ist eine entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, persönliche Identität und psychische Stabilität. Die Behandlung und Wiedereingliederung müssen dort erfolgen, wo ihre Ergebnisse auch dauerhaft genutzt werden sollen, im unmittelbaren Lebensumfeld der zu Betreuenden. Sie sind ein sozial-psychiatrisches Case-Management, welches den Ansätzen des persönlichen Beistandes folgt. Die MitarbeiterInnen haben die Aufgabe, belastende und kränkende Stressauslöser zu vermindern sowie Gesundheitspotenziale und salutogene Faktoren professionell zu unterstützen (vgl. Steinmann/Heimler

2003, S. 23). Bei der personenbezogenen Problemlösung haben die aktivierbaren Ressourcen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen sowie die nicht psychiatrischen Hilfen im Umfeld Vorrang. Erst dann sollten die noch notwendigen psychiatrischen Hilfen einsetzen (vgl. Kruckenberg 1999, S. 21).

Die psychiatrischen Hilfen umfassen verschiedene Leistungsbereiche: die ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung, Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung, Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung und sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (vgl. ders., S. 22).

Diese Bandbreite diagnostischer und therapeutischer Leistungen, welche die Menschen mit schweren chronischen Störungen benötigen, wird von verschiedenen Fachkräften erbracht. Die Koordination der Hilfen ist dabei durch eine begleitende Bezugsperson erforderlich. Es muss eine enge und regelmäßige patientenbezogene Abstimmung mit allen an der Leistungserbringung beteiligten Fachkräften erfolgen. Vor allem dann, wenn der Klient die nötige Mitwirkung krankheitsbedingt nicht aufbringen und die Integration der verschiedenen Hilfen nicht selbst leisten kann, wenn Fähigkeitsstörungen in der Lebensgestaltung und bewältigung bestehen und die gesellschaftliche Wiedereingliederung beeinträchtigt oder gar gefährdet ist, besteht die Notwendigkeit einer fachlichen Abstimmung (vgl. ebd.). Für die Abstimmung und Zusammenarbeit sind integrierte psychiatrische Behandlungs-Rehabilitations- und Eingliederungsprogramme notwendig. Sie müssen folgende Kriterien aufweisen: zielorientierte Behandlungs- Rehabilitations- und Eingliederungsplanung, Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson, regelmäßige Verlaufsabstimmung, vor allem auch in Krisen, Selbsthilfeorientierung, Normalisierung der Lebensverhältnisse, Multiprofessionalität, Festlegen des Leistungsspektrums und Leistungsumfangs, Festlegen des Zeitrahmens (vgl. ebd.).

Für die Erarbeitung des Komplexleistungsprogramms für den Klienten bedarf es eines strukturierten Vorgehens. Dafür wurde von der Kommission ein Leitfaden entwickelt, welcher den Prozess der Abstimmung und Entscheidungsfindung erleichtert und zu strukturieren hilft (vgl. ebd.).

2.3.1. Der Hilfeplan

Die individuelle Hilfeplanung ist zu einem Schlüsselbegriff in der Reformdiskussion für Menschen mit chronischen Krankheiten geworden und soll dazu beitragen, die Hilfen per-

sonenzentriert zu gestalten. Sie ermöglicht, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu verbessern und die Effektivität der Hilfen zu erhöhen (vgl. Rohrman/Schädler 2006, S. 230). Erst wenn die Leistungen dem sich weiterentwickelnden Bedarf gemäß eng verzahnt angeboten werden, lassen sich Rehabilitationsergebnisse optimieren und Ressourcen effektiv nutzen (vgl. Kruckenberg 1998, S. 13). Für das Verfahren der individuellen Hilfeplanung gibt es gesetzliche Vorschriften, die in § 58 SGB XII enthalten sind. Wörtlich heißt es darin:

- „(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf.
 (2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammen.“*

Die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Leistungsträgern sowie den behinderten Menschen wird hier ausdrücklich gefordert.

Der Hilfeplan ist seit 1993 in verschiedenen Regionen und für unterschiedliche Zielgruppen erprobt und weiterentwickelt worden und hat inzwischen eine hohe Akzeptanz erfahren (vgl. Kruckenberg 1998, S. 22).

Der Leitfaden besteht aus verschiedenen Bögen und Manualen, welche als Hilfsmittel dienen und den Mitarbeitern bei der Erarbeitung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes, kurz IBRP, unterstützen sollen (vgl. ebd.). Bei der Erarbeitung des IBRP's werden sowohl zielbezogene Maßnahmen als auch die jeweiligen Zuständigkeiten festgelegt und machen das Komplexleistungsprogramm der sozialpsychiatrischen Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung aus. Allerdings berücksichtigen sie hierbei nicht die Hilfen, die im nichtpsychiatrischen Bereich geleistet werden, wie soziale Hilfen, hausärztliche Behandlung und Pflege. Aber auch diese Hilfen sind mit dem psychiatrischen Komplexleistungsprogramm zu koordinieren (vgl. ders., S. 23).

Das zentrale Instrument des IBRP's ist der Übersichtsbogen. Seine Inhalte sind unter Einbeziehung der KlientInnen sowie aller Bezugspersonen und beteiligten Fachkräfte, Einrichtungen und Dienste zu erarbeiten. Der IBRP ist Grundlage für die Überprüfung der Zielerreichung. Überprüft werden hier die Symptomatik, Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen sowie die erreichte soziale Eingliederung. Damit ist der IBRP ein wesentlicher Bezugspunkt für die Bewertung der Ergebnisqualität (vgl. Kauder 1999, S. 34).

Die Ausarbeitung erfolgt in einer zielgerichteten logischen Abfolge von Teilschritten, die im Verlauf der Abstimmung, Präzisierung, Differenzierung und Überprüfung meist mehr-

fach korrigiert werden müssen. Bei der Erarbeitung ist konsequent von den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten auszugehen (vgl. ebd.).

Weitere Bögen sind das Manual zur Beschreibung sowohl der gegenwärtigen als auch der angestrebten Wohnform, Bögen zur Beschreibung der Tages- und Wochengestaltung, der Anamnesebogen sowie das Manual „Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“.

Der IBRP ist für einen abgegrenzten Zeitraum erst dann vollständig, wenn die für seine Umsetzung erforderlichen Personalressourcen ermittelt und abgesichert werden. Dabei ist eine vorausschauende Einschätzung des erforderlichen Hilfebedarfs im ambulanten und komplementären Bereich schwieriger als im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich handelt es sich in Art und Intensität um sehr unterschiedliche Leistungsbündel. Diese werden darüber hinaus noch aus verschiedenen Funktionsbereichen vom Fachpersonal der Sozialpsychiatrie erbracht. Angesichts der Schwankungen in der Krankheitssymptomatik, der Fähigkeitsstörungen sowie der Unsicherheit der Wirksamkeit der Maßnahmen, ist eine vorausschauende Personalbemessung nur ungefähr möglich (vgl. Kruckenberg 1998, S. 24).

Als erster Schritt erfolgt die Zuordnung der geplanten Maßnahmen zu den einzelnen Leistungsbereichen. Ein zweiter Schritt ist die Einschätzung des jeweiligen Zeitbedarfs des Klienten im Betreuungszeitraum, z.B. Minuten pro Woche. Der Zeitbedarf wird dabei teambezogen eingeschätzt (vgl. ebd.). Die individuellen Zeitwerte werden Zeitstufen zugeordnet, die Ausgangswerte für Fallgruppenbildung sind. Fallgruppenbildung kann bezogen auf die einzelnen Leistungsbereiche sowie nach Addition der Zeitwerte für die verschiedenen Leistungsbereiche für das gesamte Komplexleistungsprogramm erfolgen (vgl. ebd.). Die Festlegung des Zeitbedarfs für ein Komplexleistungsprogramm ist eine gute Grundlage für die Ermittlung angemessener Leistungsentgelte zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern. Die Umstellung auf ein personenzentriertes Entgelt wird zunächst zwar eine verwaltungsmäßige Umstellung erfordern, auf die Dauer aber zu mehr Leistungsorientierung und Transparenz führen.

2.3.2. Für und Wider des Hilfeplanes und des personenzentrierten Ansatzes

Die Hilfeplanung entsprechend des IBRP's soll zielorientiert und nach bestimmten Kriterien erfolgen. Dabei soll der individuelle Bedarf an Hilfe auf das Lebensfeld des Klienten bezogen geklärt werden. Dies ist im Sinne des neuen Denkens, fördern statt zu versorgen,

sehr fortschrittlich. Dabei sind sowohl die Selbsthilfemöglichkeiten des Klienten als auch die vorhandenen Ressourcen und Potentiale in die Planung mit aufzunehmen (vgl. Haselmann 2008, S. 66).

Es wird jedoch stark diskutiert, ob dieses Vorgehen in der psychosozialen Arbeit mit psychiatrieerfahrenen Erwachsenen wirklich dienlich ist. Die Umsetzung des IBRP's erfordert eine exakte Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs, um sowohl die erforderliche Hilfe, als auch die Personalbemessung auf den Hilfebedarf des Klienten abzustimmen. Den KlientInnen fällt hierbei die Rolle des Kunden zu. Das setzt aber voraus, dass sie ganz genau wissen, was sie wollen, um den Helfenden Aufträge zu erteilen. Ob die Klienten aber dazu in der Lage sind, bleibt zu bezweifeln (vgl. ebd.).

Schaut man genauer hin, so erscheinen die Fragebögen des IBRP's eher defizitorientiert, als ressourcenorientiert. Das gesamte Hilfeplanverfahren wirkt eher formal-technisch, da die sozialen Prozesse weniger beschrieben werden. Wenn man den psychisch beeinträchtigten Menschen nicht nur als eine Ansammlung von Stärken und Schwächen, von Fähigkeiten und Unfähigkeiten, von Defiziten und Ressourcen usw. verstehen will, ist dieser Hilfeplan am Ende vielleicht doch nicht personenzentriert, sondern setzt eher an der Charakteristika von Personen an (vgl. ebd.). Dörner sieht den IBRP sogar als eine „*Menschen mit Sachen verwechselnde Verschriftlichung einer Person*“ an bzw. sogar als eine „*ambulante totale Institution*“ (vgl. Reumschüssel-Wienert 2004, S. 45).

Die Erfahrungen mit dem IBRP haben aber auch gezeigt, dass viele KlientInnen sich mit ihren Stärken und Schwächen sowie mit ihren Lebensentwürfen ernst genommen fühlen. Die Arbeit mit dem IBRP stellt eine neue Art der therapeutischen Beziehung zwischen Professionellen und Klienten dar. Eine Beziehung, die von gegenseitigem Respekt, von Verhandlung und von abgestimmten Zielen und Zwecken bestimmt ist (vgl. ders., S. 46).

Der personenzentrierte Ansatz soll personenzentrierte Hilfe statt institutionszentrierte Hilfe anbieten. Die Hilfeformen sollen den Klienten angepasst werden, anstatt die Klienten den Hilfeformen. Bei der Realisierung des Hilfeplanes besteht aber die Gefahr, dass die Ganzheitlichkeit der Klienten und der Begegnungsformen mit ihnen zerstückelt werden. Das erschwert eine einheitliche Erarbeitung der Sinnzusammenhänge oder kann sie sogar unmöglich machen (vgl. Haselmann 2008, S. 66). Eine wichtige Rolle spielt auch, dass die Erstellung des IBRP's von der Kontrolle der Wirksamkeit der psychiatrisch-psychosozialen Arbeit beeinflusst wird. Der Hilfeplan erhält dadurch den Charakter einer Verbraucherorientierung, die eher nur äußerlich auf die Bedürfnisse der Klienten eingeht (vgl. ebd.).

Im Anschluss an die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2003 in Dresden, wurden unter den Mitarbeitern aus der psychosozialen Praxis Kritik am personenzentrierten Ansatz und am Hilfeplan laut, welche in den Soltauer Impulsen aufs Papier gebracht wurden (vgl. Soziale Psychiatrie, Heft 3/2004). Durch die Anwendung der unterschiedlichsten Instrumente wird den Leistungsträgern Spardruck und den Leistungserbringern Rechtfertigungsdruck unterstellt. Der Begriff „personenzentriert“, als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung, wird zum Widerspruch an sich. Die Menschen sollen an Hilfe und Unterstützung eher das erhalten, was auch notwendig ist. Dabei ist auf die gesetzlich verankerten Rechte der Betroffenen zu setzen, sowie auf Gespräche und Aushandlungen. Desweiteren, so in den Soltauer Impulsen benannt, stehen die aufwendigen, hoch komplizierten und manchmal auch diskriminierenden Hilfeplanverfahren im Widerspruch zum gesetzlich Geforderten. Nach § 9 SGB X ist das Verwaltungsverfahren nämlich nicht an eine bestimmte Form gebunden. Es ist lediglich einfach und zweckmäßig durchzuführen (vgl. Soziale Psychiatrie, Heft 3/2004).

Der personenzentrierte Ansatz und die damit verbundene Hilfeplanung können aber auch als eine Herausforderung an die Träger und Mitarbeiter gesehen werden. Langfristiges Ziel soll es sein, Psychiatrieerfahrenen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen, sie bei der Verhandlung um die notwendigen Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe mit einzubeziehen und vorhandene Überlegenheit der Anbieter oder des Kostenträgers zurückzurängen (vgl. Haselmann 2008, S. 68).

3. Drei Theorien für die Analyse der ambulanten Betreuung in der Sozialpsychiatrie

Im nun folgenden Hauptteil dieser Untersuchung, werden anhand der Empowermenttheorie, der Sozialen Netzwerkarbeit sowie der Theorie abweichenden Verhaltens, die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen untersucht. Dazu werden KlientInnen des ambulant betreuten Einzelwohnens des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Rostock den Bewohnern einer vollstationären Einrichtung gegenübergestellt. Diese vollstationäre Einrichtung stellt ebenso ein Teil des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes der AWO in Rostock dar.

3.1. Empowerment

Abraham Lincoln, der erste amerikanische Präsident, formulierte einst folgenden Satz: „*Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst können.*“ Dieser leuchtet allen sofort ein und klingt auch selbstverständlich. Er fordert die Abkehr von einem fürsorglichen Aktivismus, hin zu einem Modell, das Vertrauen in die Ressourcen der Hilfesuchenden, auf ihre Fähigkeiten und Stärken setzt. Er fordert von den Professionellen Zurückhaltung, fordert zu aktiver Passivität auf und setzt auf ein „weniger ist mehr“ (vgl. Lenz 2002 S. 13).

Im folgenden Abschnitt wird der Empowermentansatz genauer beschrieben. Es soll herausgearbeitet werden, inwieweit Empowerment in einer Institution möglich ist und inwiefern dieser Ansatz in der ambulanten Betreuung Anwendung findet. Damit soll am Thema der Diplomarbeit angeknüpft und Chancen und Grenzen der Ambulantisierung für die KlientInnen herausgearbeitet werden.

3.1.1. Empowerment – Versuch einer begrifflichen Definition

In der Literatur findet man viele Begriffsklärungen für „Empowerment“. Wörtlich übersetzt heißt Empowerment „Bemächtigung“. Dieser Begriff bezeichnet Entwicklungsprozesse, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen sollen, um nach ihren eigenen Maßstäben ein besseres Leben zu leben (vgl. Herriger 1997, S. 11). Empowerment formuliert die Idee, die Eigenmacht der KlientInnen zu stärken. Sie sollen Macht und Einfluss gewinnen bzw. zurückgewinnen, um ihr Leben in die eigenen Hände zu nehmen. Dies setzt von Seiten der Professionellen eine ressourcenorientierte Haltung voraus, die die KlientInnen als eigenständig handelndes Subjekt anerkennen, welches über Fähigkeiten und Kompetenzen verfügt (vgl. Haselmann 2008, S. 97). Sie sollen ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen entdecken und ernst nehmen. Empowerment bezieht sich auf einen Prozess, in dem die Kooperation von Personen, welche von gleichen oder ähnlichen Problemen betroffen sind, durch ihre Zusammenarbeit zusammenwirken (vgl. Lenz 2002, S. 14).

Die Geschichte des Empowermentansatzes ist eng mit der Bürgerrechtsbewegung der 60er Jahre in den USA verbunden. Sie entstand im Zusammenhang mit der Befreiungsbewegung der Schwarzen in den USA und der amerikanischen Frauenbewegung, in der es um

Auflehnung, gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit und das Gewinnen von Stärke und Kraft geht (vgl. Haselmann 2008, S. 99).

Das Wort Empowerment taucht erstmalig als Signum einer neuen Philosophie des Helfens in einem Buch von Barbara B. Salomon („Black Empowerment: Social work in oppressed communities“) im Jahre 1976 auf. Es enthält eine Reihe mutmachender Beispiele für raumbezogene soziale Arbeit, die Prozesse der Selbstermächtigung und Eroberung von Stolz und Selbstwert anstößt und unterstützt (vgl. Herriger 1997, S. 18).

Das Empowermentkonzept lässt sich auf weitere Bereiche wie z.B. feministische Bewegungen, Bürgerrechtsbewegungen, Selbsthilfebewegungen und Kampagnen zur Bildung eines politischen Bewusstseins übertragen und hat in den letzten Jahren in vielen weiteren Bereichen der sozialen Arbeit Einzug gehalten, so z.B. auch in der Psychiatrie. In einer Arbeitsdefinition von der Betroffenenenseite wurde „Stärkung der Eigenmacht“ mittels einer Reihe von Eigenschaften und Kompetenzen in folgenden 15 Punkten zusammengefasst:

- die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen
 - über einen Zugang von Informationen und Ressourcen verfügen
 - über verschiedene Handlungsalternativen, unter denen man wählen kann, verfügen
 - Durchsetzungsfähigkeit
 - als Mensch das Gefühl haben, etwas bewegen zu können
 - kritisches Denken lernen und lernen, Konditionierung zu durchschauen
 - eigene Wut erkennen und äußern lernen
 - sich als Teil einer Gruppe oder eines sozialen Netzwerkes fühlen
 - begreifen, dass jeder Mensch Rechte hat
 - im sozialen Umfeld sowie im eigenen Leben Veränderungen bewirken
 - Fähigkeiten erlernen, die man für sich selbst als wichtig erachtet
 - die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz- und fähigkeit korrigieren
 - sich outen
 - ein selbstgesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung, der niemals abgeschlossen ist, in den man sich begibt
 - Stigmatisierung überwinden und sich ein positives Selbstbild erarbeiten
- (vgl. Knuf/Seibert 2007, S. 21f.)

Empowerment ist ein komplexes multidimensionales Konzept, welches einen Prozess beschreibt. Echtes Empowerment kann nur von den Betroffenen selbst vollbracht werden. Die Professionellen haben lediglich die Aufgabe, die Klienten bei ihrem Selbstermächtigungsprozess zu unterstützen, indem sie Rahmenbedingungen schaffen, die Empowerment fördern und geeignete Beziehungsformen realisieren (vgl. Haselmann 2008, S. 98).

Die Empowermentperspektive wendet sich vom einseitigen Blick der Professionellen auf die Defizite und die Hilfsbedürftigkeit der Menschen ab. Der Ansatz kritisiert die fürsorglichen Strukturen der professionellen Hilfsangebote. Er kritisiert die Dominanz der Exper-

ten, ihre Definitions- Ausführungs- und Kontrollmacht und stellt diese in Frage. Der Empowermentansatz richtet sich gegen erlernte Hilflosigkeit und strebt die Rückgewinnung eines persönlichen Gefühls der Kontrolle über das eigene Leben durch den Einsatz partizipativer Strategien an. Partizipation und Ressourcenaktivierung sind eine wesentliche Empowermentstrategie sowie ein Handlungsprinzip. Das bedeutet für die Helfer ein professionelles Verhältnis, welches von Kooperation und Partnerschaft geprägt ist. Sie sollen einen Prozess ermöglichen, der den Menschen ihre Ressourcen erhalten lässt, um ihre Lebensumstände aktiv zu gestalten und der sie befähigen soll, ihre Ziele und Wünsche zu erreichen. Dazu müssen sich die Helfer auf einen Prozess des Aushandelns und Verhandeln, der Entscheidungs- und Zielfindung auf gemeinsames Suchen und Entdecken einlassen (vgl. Lenz 2002, S. 16 ff.).

3.1.2. Empowerment – Haltung

Empowermentförderung erfordert eine veränderte professionelle Haltung. Aus dieser ergeben sich dann auch veränderte Methoden. Grundlage einer veränderten Haltung kann die Theorie der Menschenstärke nach Weik sein. Diese hat in vielen Bereichen der psychosozialen Arbeit Einzug gehalten. Diese Perspektive nimmt an, dass jede Person eine innere Kraft besitzt, die als Lebenskraft, Lebensenergie, heilende oder regenerative Kraft bezeichnet werden kann (vgl. Knuf 2007, S. 51). Die Perspektive der Menschenstärke nimmt an, dass Menschen immer dann auf ihre Stärken zurückgreifen, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden. Darum bedarf das Modell der Menschenstärke eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche (vgl. ebd.). Anknüpfend an Weik hat Herriger das Modell der Menschenstärke an fünf Bausteinen herausgearbeitet (vgl. Herriger 1997, S. 75 ff.).

1. *Das Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen.* Das heißt, das Vertrauen in die Fähigkeiten der KlientInnen setzen, ihr Leben in eigener Regie zu gestalten. Das sind die leitenden Grundüberzeugungen des Modells.
2. *Die Akzeptanz des Eigensinns der KlientInnen bzw. Respekt vor unkonventionellen Lebensentwürfen.* Voraussetzung ist hier die Akzeptanz der Person des Klienten mit seinen konflikthaften Lebensentwürfen. Eigensinn und Selbstbestimmung der KlientInnen steht im Vordergrund.
3. *Eigene Wege und die Eigenzeit der KlientInnen respektieren und auf eng gefasste Zeithorizonte verzichten.* Das heißt, die Helfenden sollen den Zeitumfang, den die

AdressatInnen für die Wiederaneignung von Autonomie und Selbstbestimmung benötigen, respektieren.

4. *Eine nicht beurteilende Grundhaltung.* Das heißt, Vertrauen in die Selbstgestaltungskräfte der Menschen setzen, durch Verzicht auf vorschnelle Expertenurteile. Der Respekt vor dem Recht der KlientInnen, anders zu sein, soll gewahrt werden. Der biographische Dialog tritt in den Vordergrund.
5. *Orientierung an der Lebenszukunft der Betroffenen.* Das heißt, es wird nicht zurück, auf die Misserfolgsgeschichte geschaut, sondern der Blick richtet sich nach vorne, in die Lebenszukunft der KlientInnen.

Durch den Empowermentansatz sollen die KlientInnen das Gefühl der Einflussnahme zurückgewinnen. Es soll verhindert werden, dass sie in den Zustand der Demoralisierung geraten (vgl. Haselmann 2008, S. 101). Von besonderem Interesse sind dabei die folgenden zwei Handlungsstrategien; Partizipation und Ressourcenaktivierung. Auf diese beiden Strategien wird im Nachfolgenden genauer eingegangen. Das Konzept des sozialen Netzwerkes spielt ebenfalls eine Rolle im professionellen Empowerment. Darauf wird in einem gesonderten Kapitel noch einmal ausführlicher eingegangen.

3.1.3. Partizipation – die grundlegende Empowermentstrategie

Partizipation heißt Teilhabe. Wenn Menschen bei der Planung von Vorhaben angehört werden, wenn sie ihre Ziele und Wünsche in den Prozess der Willensbildung und Entscheidungsfindung mit einbringen können, dann spricht man von Partizipation (vgl. Lenz 2002, S. 18).

Es wird zwischen zwei Partizipationsstrategien unterschieden: Teilnahme und Teilhabe. Teilnahme bedeutet, dass die Experten die Probleme und Ziele erkennen, die Vorgehensweisen planen und den Betroffenen verschiedene Hilfsangebote, unter denen sie auswählen können, unterbreiten. Teilhabe hingegen bedeutet, dass die Betroffenen, ausgehend von ihren Ressourcen, Verantwortung für ihr weiteres Vorgehen übernehmen. Die Experten unterstützen sie bei der Entdeckung ihrer Fähigkeiten und Stärken sowie neuer Ressourcen. Die Partizipationsbemühungen im Empowermentansatz orientieren sich am Teilhabemodell (vgl. ders., S. 19).

Partizipative Elemente lassen sich auf dem Weg der informellen Zustimmung und der systemischen Kontraktbildung in der professionellen Arbeit verankern. Informelle Zustimmung bedeutet, einen strukturierten Rahmen für Aufklärung und Informationsvermittlung

zu bieten. Die Klienten sind über die Ziele, Inhalte, Belastungen und Erfolge der Hilfsangebote aufzuklären.

Systemische Kontraktbildung ist ein kommunikativer Prozess. Hier werden mit dem Betroffenen die Bedingungen dafür erarbeitet, wie die Hilfe realisiert werden kann.

Partizipation erfordert Transparenz sowie ein sensibles, ganzheitliches Vorgehen durch die Experten. Dazu ist eine von Respekt und Anerkennung getragene Begegnung notwendig (vgl. ders., S. 20 ff.).

3.1.4. Ressourcenaktivierung – ein zentrales Handlungsprinzip von Empowerment

In der professionellen Förderung von Empowermentprozessen ist das Ziel, den Handlungs- und Möglichkeitsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern. Dazu werden gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet, wie die Gefühle der Beeinflussbarkeit und der Selbstwirksamkeit wiederentdeckt werden können. Der Blick auf die Ressourcen rückt somit in den Mittelpunkt des Interesses. Im Ressourcenmodell wird das Individuum als handelndes Subjekt dargestellt, welches Widersprüche und Belastungen seiner Alltagswelt deutet und sich aktiv mit seinen Lebensbedingungen auseinandersetzt.

Ressourcen beinhalten psychische und soziale Aspekte. Das können z.B. Ziele, Wünsche, Motivationen, Interessen, Überzeugungen, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten aber auch finanzielle Möglichkeiten und zwischenmenschliche Beziehungen sein. Die Gesamtheit all dessen, stellt das Potential für den Betroffenen dar, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht. Vom Umfang und von der Qualität der Ressourcen, die eine Person mobilisieren kann, hängt es ab, in welcher Weise belastende Lebensumstände zu psychischen Auffälligkeiten führen. Sie formen jene Bewältigungsmuster, die zur Bearbeitung der Belastung eingesetzt werden und in entscheidender Weise auch Erfolg und Misserfolg der Bewältigungsversuche beeinflussen. In der Stress- und Bewältigungsforschung sowie im Modell der Salutogenese werden all diejenigen Faktoren als Ressourcen verstanden, deren Verfügbarkeit die Bewältigung von Stress erleichtert. Gemeint ist damit die persönliche, soziale und materielle Ausstattung eines Menschen, wie Fähigkeiten, Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale, Familie, Freunde sowie materielle Güter. Das Bewältigungsverhalten hängt weniger vom tatsächlichen Vorhandensein der Ressourcen ab, sondern hauptsächlich von der subjektiven Einschätzung dieser, wie der persönlichen Wahrnehmung von Kompetenzen, Widerstandskräften, von

Gütern und Zeit. Die Person glaubt, sie in der konkreten Situation sinnvoll und wirkungsvoll einsetzen zu können (vgl. Lenz 2002, S. 25 ff.).

Widerstandsfähigkeit kann von Person zu Person unterschiedlich zusammengesetzt sein und ist ein Zustand, der immer wieder neu ausbalanciert werden muss. Er kann sich mit der Zeit und den Lebensumständen verändern. Dort, wo im Verlauf von Empowermentprozessen psychosoziale Schutzfaktoren gestärkt wurden, kann eine Person biographischen Belastungen begegnen, ohne dass sie dauerhaft Schaden nimmt (vgl. Herriger 1997, S. 173).

3.1.4.1. Das Konzept der Salutogenese

Der israelische Stressforscher Aaron Antonovsky lieferte für den erfolgreichen Umgang mit alltäglichen Stressoren das Modell der Salutogenese. In diesem Modell fragt er nach Faktoren, die Gesundheit bewahren und stabilisieren. Die zentrale Frage lautet: welche Ressourcen des Widerstandes machen es Menschen möglich, angesichts einer Vielzahl von krankheitserregenden, psychisch irritierenden und sozial belastenden Faktoren die ihre Lebensbewältigung bedrohen, gesund zu bleiben (vgl. Herriger 1997, S. 173)?

Um gesund zu bleiben, benötigt eine Person vielfältige Widerstandsressourcen, solche Ressourcen, die ein Mensch mobilisieren kann, um belastende Alltagserfahrungen produktiv zu verarbeiten und zu bewältigen. Das können medizinische Widerstandskräfte des Körpers sein. Es können aber auch finanzielle Möglichkeiten sein, um für das körperliche und seelische Wohlbefinden wichtige Ressourcen zu erwerben. Weiterhin können es kognitive und emotionale Widerstandsressourcen sein sowie Netzwerkunterstützung und der Grad der kulturellen Integration in die Gesellschaft (vgl. Herriger 1997, S. 174).

Antonovsky bezeichnet den zentralen Schutzfaktor, indem sich die genannten Widerstandsressourcen bündeln lassen, als „Kohärenzsinn“ (sense of coherence). Der Kohärenzsinn ist ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit. Er ist das sichere Wissen um die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens, das einhergeht mit der Gewissheit der Person, Biographie, Alltagsverhältnisse und soziale Umwelt steuern und gestalten zu können. Antonovsky nimmt an, dass Menschen mit einer hohen Ausprägung von Kohärenzsinn eine bessere Möglichkeit haben, aversive Stressoren erfolgreich zu bearbeiten und die Widerstandskraft gegen Erkrankungen auch in schwierigen, bedrohenden Lebensbewältigungen zu wahren.

Die Skala zur Messung des Kohärenzsinns umfasst drei Komponenten: 1. Reize und Situationen als überschaubare Informationen zu verstehen und in Sinnzusammenhänge ein-

zuordnen (comprehensibility). 2. Darauf zu vertrauen, die Alltagsanforderungen mit den verfügbaren Ressourcen bewältigen zu können (manageability). 3. Freude und Sinnhaftigkeit am Leben zu empfinden. Anforderungen und Probleme des Lebens als sinnhafte Herausforderung zu begreifen (meaningfulness) (vgl. ebd.).

Das Kohärenzgefühl führt dazu, dass Menschen sich ihrer Umwelt weniger ausgesetzt fühlen und kumulierende Belastungen weniger ängstlich und mit einem höheren Maß an Problembewältigungskompetenz gegenüber treten (vgl. ebd.).

3.1.4.2. Das Konzept der Widerstandsfähigkeit

Auf der Grundlage persönlichkeitspsychologisch-experimenteller Forschung entwickelte Kobasa (1979, 1983) das Konzept der Widerstandsfähigkeit. Gegenstand dieser Untersuchungen ist die Analyse jener personalen Schutzfaktoren, die zwischen belastenden Lebensereignissen und Krankheitsrisiko eine Verbindung herstellen und die es Personen möglich machen, bedeutsame Lebensbelastungen zu überstehen, ohne körperlich zu erkranken. Sie stellt dabei die These auf, dass Personen, die ein hohes Maß an Stress erfahren, ohne krank zu werden, sich von anderen Personen unterscheiden (vgl. Herriger 1997, S. 176). Diese differenzierten Persönlichkeitsstrukturen werden mit dem Begriff „Widerstandsfähigkeit“ bezeichnet, der die Summe von drei übergreifenden personalen Kompetenzen ist: 1. Selbstakzeptanz, Selbstwertüberzeugung; der feste Glaube an die Sinnhaftigkeit eigener Lebensziele und das Festhalten an diesen, auch in Zeiten biographischer Veränderungen. 2. Internale Kontrollüberzeugung; ein fester Glaube an die Gestaltbarkeit von Umwelt und neuen Lebenssituationen, sowie Vertrauen in deren Bewältigung. 3. Flexible Anpassung an Lebensumbrüche; d.h. Fähigkeit zu Veränderungen im Bauplan des eigenen Lebens.

Diese Persönlichkeitsmerkmale tragen zu einer gelingenden Lebensbewältigung bei und haben eine normalisierende und gesundheitsstabilisierende Pufferfunktion. Ein geringes Maß an Selbstakzeptanz, an Akzeptanz von Fremdentscheidungen, an Sinnverlust und Ohnmachtserfahrungen sorgen für eine Verletzlichkeit und gehen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einher (vgl. ders., S. 177).

3.1.5. Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle

Professionelle Arbeit mit Menschen, die unter psychischen und sozialen Problemen leiden, erfordert eine ständige Balance zwischen der Bedürftigkeit und den Rechten der KlientInnen. Sie pendelt zwischen Überfürsorglichkeit, und damit zur Entmündigung oder zur Vernachlässigung, die Selbstverantwortung erfordert, wofür aber oft die Voraussetzungen fehlen. Der Empowermentansatz, als Vermittlungsversuch zwischen distanzierter Anwaltschaft und fürsorglicher Belagerung kann auch nur einseitige Lösungen hervorbringen. Die Gefahr, den Widerspruch von Hilfe und Kontrolle einseitig aufzulösen, besteht in der psychosozialen Arbeit selbst und wird in der Sozialpsychiatrie besonders deutlich. Denn das Ziel, die Klienten bei ihren selbstbestimmten Lebensentwürfen zu unterstützen und zu fördern, steht im Gegensatz zum gesellschaftlichen Kontrollauftrag. Kontrolle soll die Gesellschaft vor diesen Menschen schützen. Hilfe und Kontrolle bestimmen die Tätigkeit der Fachleute (vgl. Quindel 2002, S. 129). Professionelle HelferInnen müssen ständig im Widerspruch zwischen gesellschaftlichen Anpassungsforderungen auf der einen Seite und dem Wunsch nach eigensinnigen Lebensentwürfen der KlientInnen auf der anderen Seite handeln (vgl. ebd.).

Empowerment wird als eine professionelle Haltung verstanden, welche von den organisatorischen Verhältnissen befördert oder gebremst werden kann. Vor allem aber stellt sie eine individuelle persönliche Einstellung der HelferInnen dar (vgl. ders., S. 130). Das Machtverhältnis zwischen den HelferInnen und KlientInnen in der Sozialpsychiatrie ist strukturell ungleich verteilt. Die Professionellen arbeiten im Auftrag der Gesellschaft. Sie sollen störendes Verhalten vermeiden und rehabilitieren. Die KlientInnen dagegen suchen materielle und psychische Unterstützung. Das heißt, der Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfesuchenden liegt ein nicht auflösbares Macht- und Abhängigkeitsverhältnis zu Grunde. Dabei besteht die Macht der Professionellen nicht nur in der Fähigkeit, Entscheidungen über den Zugang zu Ressourcen oder materieller Unterstützung zu treffen. Sie besteht auch darin zu bestimmen, in welcher Art und Weise man miteinander kommuniziert (vgl. ders., S. 131).

Ziel von Empowerment ist es, Fähigkeiten zu entwickeln, ein Leben mit nur wenig normativen Handlungsvorgaben zu gestalten. Dadurch gerät Empowerment in die Nähe der populären Forderung nach dem flexiblen, marktgängigen Menschen. Dieser Mensch sollte einen festen Glauben an die Sinnhaftigkeit der eigenen Lebensziele, in die Gestaltbarkeit der Umwelt und das Vertrauen in die eigene Bewältigungskompetenz haben. Er sollte aktiv

mit Problemen umgehen können und sich an Lebensumbrüche flexibel anpassen können (vgl. ders., S. 133). Diese Ratschläge sind für die Betroffenen von psychiatrischen Zwangseinweisungen zynisch, wenn sie neben der individuellen Selbstwirksamkeitsüberzeugung nicht auch den individuellen Handlungsspielraum berücksichtigen. Und dieser ist für Psychiatrieerfahrene besonders klein, da sie sperrige, für den neuen Kapitalismus wenig attraktive Eigenheiten besitzen. Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt gelingt immer weniger. Als Konsumenten fallen sie aus, da sie oft kein Geld, wenig Einkommen und keinen Besitz haben. Ihre gesellschaftliche Teilhabe begrenzt sich meistens auf Angebote innerhalb der psychosozialen Szene (vgl. ebd.).

Empowerment ist auch in der Sozialpsychiatrie ein wichtiger emanzipatorischer Ansatz. Ein Schwachpunkt des Empowermentkonzeptes liegt hier allerdings in der fehlenden Berücksichtigung des grundlegenden Widerspruchs psychosozialer Arbeit zwischen den gesellschaftlichen Anforderungen auf der einen Seite und der Ermächtigung für selbstbestimmte Lebensentwürfe auf der anderen Seite. Der Ansatz löst den Widerspruch einseitig in Richtung der helfenden und unterstützenden Seite auf. Er vernachlässigt aber den Kontrollaspekt. Das heißt, der Tätige versteht sich als Förderer der Selbstbestimmung. Dabei wird die Aufgabe als Agenten der sozialen Kontrolle ausgeblendet, womit den Helfern eine schwierige, nie enden wollende Auseinandersetzung erspart bleibt. Es besteht jedoch die Gefahr, dass eigensinnige Klienten als undankbar und querulant erlebt werden, Enttäuschungen häufen sich. Der hohe Aufwand an Uminterpretierung und die Desillusionierung der Mitarbeiter, kann in einem Burn-out-Syndrom enden. Deshalb ist es wichtig, sich klar zu machen, dass Empowerment nicht neutral sein kann. Die eigene politische und weltanschauliche Position sollte sich verdeutlichen und in der Auseinandersetzung mit dem Arbeitsauftrag klar vertreten werden. Es muss anerkannt werden, dass sich die AdressatInnen auch in Abhängigkeiten befinden, welche Denk- und Entscheidungsmöglichkeiten hervorbringen und kontrollieren. Hier sollte gemeinsam nach Möglichkeiten der Veränderung gesucht werden. Weiterhin ist es wichtig, sich der unterschiedlichen Machtposition und Interessen von Professionellen und KlientInnen bewusst zu sein. Es sollte versucht werden, diesbezüglich gemeinsame Pläne und Veränderungen zu finden. Selbstsorge bedeutet, dem Identitätszwang zu widerstehen und Ermutigung zu eigensinnigen, widerspenstigen Lebensentwürfen. Lebensentwürfe sollten in der psychosozialen Arbeit nicht an ihrem Scheitern gemessen werden. Eine professionelle Haltung im Sinne des Empowermentansatzes kann Menschen helfen, ihre eigenen Entwürfe zu bilden und eigene Geschichten zu erzählen. (vgl. ders., S. 136 ff.)

3.1.6. Chancen und Grenzen von Empowerment

Professionelles Empowerment zielt auf die Förderung und Erweiterung der Selbstgestaltungskräfte der Subjekte ab. Partizipative Bewegungen Gleichgesinnter, verhelfen ihren AkteurInnen zu mehr Handlungskompetenz, zu einem positiven Selbstwertgefühl und zu Lernerfahrungen. Die professionelle Hilfe steht überwiegend im subjektiven Interesse des Hilfesuchenden (vgl. Meade 2002 (Internetquelle)).

Die Praxis des Empowermentansatzes überzeichnet nicht den Blick auf Stärken und Kompetenzen der Hilfesuchenden. Dieser Ansatz übersieht auch nicht die konkrete Problemlage der Menschen und ihr subjektives Leiden. Die Akzeptanz der Gefühle von Demoralisierung und Abhängigkeit, die fördernde Begleitung und ermutigende Unterstützung in Krisen- und Belastungssituationen, eröffnen Räume für das Freisetzen von Prozessen, durch die die Klienten Ressourcen entdecken bzw. wiederentdecken und die sie befähigen, größere Kontrolle über ihr eigenes Leben zu erlangen (vgl. Lenz 2002, S. 14).

Der Empowermentansatz stößt aber auch an seine Grenzen. Er unterliegt einem gesellschaftlichen Kontrollauftrag, der sich widersprüchlich auf das Verhältnis zwischen dem Professionellen und dem Adressaten auswirken kann. Das Empowerment-Menschenbild, welches Selbstbestimmung, Kontrolle und Stärke betont, lässt ungern Abhängigkeiten und Schwächen zu.

Empowerment stößt an seine Grenzen, wenn Menschen auf Grund eines großen Problem – und Leidensdrucks oder auf Grund von akuter Hilfsbedürftigkeit in Krisen- und Konfliktsituationen nicht über ein gewisses Maß an innerer Freiheit und an Handlungs- und Entfaltungsspielraum verfügen. Das wäre aber für den Einstieg in partizipative Verhandlungs- und Aushandlungsprozesse notwendig. Gerade in der Anfangsphase eines klinischen Aufenthaltes entlasten sich viele Menschen durch Regression. Sie begeben sich in kindliche Positionen und suchen vor allem Sicherheit, Geborgenheit und Versorgung. In dieser Situation würde der Empowermentansatz eher Abwehr und Widerstand erzeugen.

Grenzen des Empowermentansatzes liegen auch dort vor, wo die physische, soziale und psychische Integrität der eigenen Person oder anderer Personen gefährdet oder bereits beeinträchtigt ist. Das ist überall dort der Fall, wo Selbstzerstörung, Gewalt und Bedrohung vorliegen und wo von erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung auszugehen ist. Auch hier greifen keine Empowermentstrategien mehr. Hier ist es dann notwendig, in der Praxis Grenzen zu setzen, Übergriffe abzuwehren und Schutzräume zu öffnen (vgl. ders., S. 17).

3.1.7. Chancen und Grenzen von Empowerment im stationären Wohnbereich am Beispiel des Psychosozialen Übergangs- und Dauerwohnheimes „Startbahn“

So sehr sich die MitarbeiterInnen des Psychosozialen Übergangs- und Dauerwohnheimes „Startbahn“ (PSWH) auch um Selbstbestimmung bemühen, so ist es doch in einer stationären Wohneinrichtung wie dieser schwer durchsetzbar. Die Bewohner haben sich an die Heimordnung zu halten, die das gemeinsame Zusammenleben regelt. In Anlehnung an die Punkte der Arbeitsdefinition, welche in Seite 24f. dieser Arbeit aufgeführt wurden, muss sich die Frage gestellt werden, wie viel Entscheidungen die Bewohner des PSWH's wirklich treffen können? Verfügen sie im Heim unter verschiedenen Handlungsalternativen, unter denen sie auswählen können? Oder müssen sie sich einem Alltag fügen, der ihnen aufoktroiert wird? Wie viel Möglichkeiten haben die Heimbewohner, im Rahmen der Institution ihre Bedürfnisse zu thematisieren? Diese Fragen sollen im Folgenden geklärt werden.

3.1.7.1. Das psychosoziale Wohnheim „Startbahn“

Das Psychosoziale Wohnheim „Startbahn“ ist eine vollstationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Hier werden 21 psychisch beeinträchtigte Menschen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr betreut. Das Wohnheim wurde am 1.9.1994 eröffnet. Es hat rehabilitativen Charakter und bietet psychisch kranken Menschen ein therapeutisches Milieu zur Wiedereingliederung und Rehabilitation. Ziel ist es, die sozialen Kompetenzen der Klienten zu stabilisieren, zu verbessern oder wiederherzustellen. Sie sollen befähigt werden, die Anforderungen des Alltags zu erlernen. Die Betreuung gibt Hilfe zur Selbsthilfe, mobilisiert die Ressourcen der KlientInnen und versucht sich stark an der gesellschaftlichen Normalität zu orientieren. Wobei Normalität nicht darin besteht, einen Heimvertrag zu unterzeichnen, welcher Unterkunft, Verpflegung und Betreuung regelt. Normalität ist es, einen Mietvertrag zu unterzeichnen, selbständig über sein Einkommen zu verfügen und dem Hilfebedarf entsprechend Unterstützung zu erhalten.

Das PSWH ist derzeit eine stationäre Einrichtung mit allen Konsequenzen, wie z.B. der Status der Klienten als Heimbewohner und somit Taschengeldempfänger bzw. die Einhaltung der Vorschriften des Heimgesetzes. Perspektivisch ist geplant, das PSWH in ambulante psychosoziale Wohngruppen umzuwandeln. Damit sollen die fachlichen Standards, wie z.B. personenzentrierte Finanzierung und Hilfen in Form von trägerübergreifenden

Komplexleistungen erfüllt werden. Über die Einrichtungsgrenzen hinaus kann somit Betreuungskontinuität gewährt werden. Wohnen und Betreuung werden entkoppelt. So kann dem Normalitätsprinzip und den personenzentrierten Hilfen entsprochen werden.

Die psychosoziale Arbeit in der Einrichtung orientiert sich an einem Leistungskatalog, der sich aus vier Leistungsbereichen zusammensetzt (siehe Anhang, S. 80)

Diese Hilfeform spricht vor allem Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf an. Das angestrebte Ziel dieser Einrichtung ist es, den Menschen den Übergang in eine eigenständige Wohnform zu ermöglichen und ihnen dabei behilflich zu sein. Ausgeschlossen ist die Aufnahme von Menschen mit einer Drogen- oder Alkoholabhängigkeit. Die angestrebten Ziele werden gemeinsam mit den Klienten vereinbart, im Hilfeplan niedergeschrieben und regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Entsprechend formuliert, haben sie im Betreuungsverlauf eine individuelle Gewichtung und Differenzierung (vgl. Einrichtungskonzept PSWH S. 3)

Die Bewohner leben in Einzelzimmern, mit separiertem Bad. Im Haus befinden sich vier komplett ausgestattete Küchen, in welchen sich die Bewohner selbständig versorgen. Dabei erhalten sie je nach Bedarf unterschiedlich viel Unterstützung.

Tagsüber haben sie die Möglichkeit, eine Tagesstätte zu besuchen. Für diejenigen, die im Haus verbleiben, werden tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten (siehe Wochenplan im Anhang). Die Teilnahme an diesen ist für die Bewohner Pflicht.

Die Hilfeleistung im PSWH wird durch ein multiprofessionelles Team erbracht. Es setzt sich aus 8 MitarbeiterInnen zusammen, bestehend aus zwei Ergotherapeuten, einer Diplom-Sozialpädagogin, drei Fachkräften für Sozialpsychiatrie, einer Heilerzieherin und der Heimleiterin, einer Diplom-Psychologin. Eine Fachkraft für Sozialpsychiatrie hat eine Krankenschwesternausbildung. Eine „Rund um die Uhr“ Betreuung wird von 6.30 Uhr morgens bis 22.00 Uhr abends vorgehalten. Laut Heimgesetz muss immer eine Fachkraft vor Ort sein. In der Nacht steht den Bewohnern von 22.00 Uhr bis 6.30 Uhr eine Schlafbereitschaft zur Verfügung, welche von Studenten erbracht wird.

3.1.7.2 Empowerment im Wohnheim „Startbahn“

Mit dem Tag ihres Einzuges in das Psychosoziale Wohnheim unterschreiben die BewohnerInnen einen Heimvertrag, der sowohl die Betreuung als auch das Wohnen regelt. Gleichzeitig unterzeichnen sie damit einen Tagesablauf, der für die Zeit des Wohnens im PSWH bindend ist. Der Tagesablauf orientiert sich am Wochenplan des Hauses, welcher der Ta-

belle im Anhang zu entnehmen ist. Hier ist deutlich eine starre Tagesstruktur zu erkennen, welche kaum Möglichkeiten zulässt, unter verschiedenen Handlungsalternativen zu wählen. Auffällig im Tagesplan ist die häufige Medikamentenausgabe. Durch diese Vorgabe im Tagesplan, hinterfragen die wenigsten BewohnerInnen diesen festen Bestandteil im Tagesablauf. Sie ziehen gar nicht erst in Erwägung, ihre Medikamente nicht einzunehmen. Ist diese normative Vorgabe der Medikamenteneinnahme nicht aber auch schon ein Eingriff in die Selbstbestimmung der KlientInnen?

Die BewohnerInnen sorgen selbständig für ihre Mittagsversorgung. Ein Plan regelt, wer kocht, einkauft und wer abwäscht. An diesen Plan haben sich alle zu halten. Diese strukturelle Vorgabe lässt wiederum kaum Handlungsalternativen zu. Wenn ein Bewohner wenig Lust verspürt und vielleicht an diesem Tag selbst nicht essen mag, so ist er im Sinne der Gruppe gezwungen, für die anderen zu kochen. Ebenso haben sich die anderen Bewohner im Sinne der Gemeinschaft in die Küchenarbeit einzubringen. Durch die zahlreichen Regeln, denen die KlientInnen unterworfen sind, ist es ihnen kaum möglich, ihre Selbstbestimmung durchzusetzen. Sie haben wenig Gelegenheit, in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Bei einigen BewohnerInnen ist es bereits die lange Verweildauer in einer stationären Wohnform, die ihnen die Fähigkeiten genommen hat, Entscheidungen zu treffen. Sie sind mit Empowermentprozessen überfordert und können sie nicht für sich nutzen. Der vorgeschriebene Tagesablauf, die zuweilen sehr lange Verweildauer im Wohnheim und dadurch eine erlernte Hilflosigkeit, führen dazu, dass Empowermentarbeit behindert wird. Der Druck, der durch die Öffentlichkeit, vor allem auch durch die Heimaufsicht auf die MitarbeiterInnen ausgeübt wird, ist groß und trägt ebenfalls dazu bei, Empowermentprozesse zu behindern. In ihrer täglichen Arbeit verfolgen die MitarbeiterInnen stets das Ziel, die Eigenständigkeit der KlientInnen zu fördern. Zu oft aber wird ihre Arbeit im Sinne des Empowermentansatzes durch die Kontrollinstanzen behindert.

Der Alltag im Heim soll sich weitestgehend an der Normalität orientieren. Die KlientInnen sollen soviel Hilfe wie nötig und so wenig Hilfe wie möglich erhalten. Täglich werden die Voraussetzungen für solche Bedingungen geschaffen, die es ermöglichen, die Ressourcen der Klienten in den Mittelpunkt zu stellen, die ihn befähigen, seine Lebensumstände aktiv zu gestalten. Durch einen Heimfürsprecher, einen Briefkasten für Kritiken und Anregungen und auch durch die Gesprächsrunde am Montag Nachmittag, sowie die ständige Motivation zur Teilnahme an den Psychoseseminaren, wird den Klienten die Möglichkeit gegeben, Empowermentarbeit zu leisten.

Wie überall im sozialen Bereich so sind auch im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie die materiellen Mittel sehr knapp bemessen, Dieses spiegelt sich im zeitlichen Rahmen für die KlientInnen als auch im Einsatz des Personals wieder. Im PSWH gestaltet sich der Dienstplan nicht klientenzentriert. Die Folge daraus ist, dass zu wenig auf die Klientenbedürfnisse reagiert werden kann.

Die Betreuung der Bewohner orientiert sich stark an den Routinen des Hauses. Dadurch werden sie zum Objekt der Arbeit und bleiben weniger ein Subjekt mit seinen Bedürfnissen und individuellen Ressourcen. Durch die knapp bemessene Zeit und Vorgaben im Hilfeplan, bleibt den professionell Tätigen zu wenig Zeit, sich auf die Eigenzeit der KlientInnen, die Zeit, die diese für ihre Entwicklung benötigen, einzustellen. Sie haben kaum Zeit, sich auf einen Prozess des Aushandelns und Verhandeln, der Entscheidungs- und Zielfindung und auf ein gemeinsames Suchen und Entdecken, gemeinsam mit den KlientInnen, einzulassen. Es bleibt einfach zu wenig Zeit, die Betroffenen immer wieder zu motivieren, seine Selbstbestimmungskräfte zu aktivieren. Aber gerade Zeit ist eine wichtige Größe, um die Bewohner zur Aktivierung ihrer Selbstbestimmung zu befähigen.

Psychosoziale Arbeit erfolgt immer im Spannungsfeld zwischen sozialer Kontrolle und Hilfe. Das Ziel, die Klienten in ihren selbstbestimmten Lebensentwürfen zu unterstützen und zu fördern, steht im Gegensatz zum gesellschaftlichen Kontrollauftrag, den Schutz der Gesellschaft vor diesen Menschen (vgl. Quindel 2002, S. 129). Dieser Widerspruch wird besonders im Wohnheim deutlich, welches noch starken Kontrollen durch die Heimaufsicht unterliegt. Sie stellt zum Teil Forderungen, die wenig mit der Eigenständigkeit der BewohnerInnen zu tun haben und orientiert sich an Forderungen aus dem Pflegebereich. Diese sind für den Empowermentprozess eher hinderlich als förderlich. Sie geben Fürsorglichkeit vor und fördern die Unselbständigkeit der Klienten. Die starken Kontrollen hemmen das Personal, ihre Arbeit im Sinne des Empowermentansatzes durchzuführen, da von Seiten der kontrollierenden Behörden die eigenwilligen Lebensentwürfe der Klienten nicht akzeptiert werden und ihr Blick auf dem Defizitblickwinkel ruht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Empowermentprozesse in einer stationären Einrichtung schwierig umsetzbar sind, stehen ihnen doch immer die festen Strukturen gegenüber. Ein starkes Machtgefälle zwischen den professionell Tätigen und den Heimbewohnern, welche durch den Einzug in eine stationäre Einrichtung u.a. einen Statusverlust erleiden, ist erkennbar. Das wirkt sich hinderlich auf Empowermentprozesse aus. Durch ein festes Dienstplangefüge werden die Hilfen eher institutionszentriert als personenzent

erbracht. Durch die strukturellen Vorgaben des Hauses bleiben den Bewohnern wenig Handlungsalternativen. Die zuweilen sehr lange Verweildauer hat bei einigen Bewohnern zu erlernter Hilflosigkeit geführt, was Empowermentprozesse behindert. Die starken Kontrollen, z.B. durch die Heimaufsicht und zu wenig Zeit durch das Personal, wirken Empowermentprozessen entgegen. Erste Schritte wurden unternommen, um Empowermentprozesse im Rahmen der Möglichkeiten zu fördern. Ein weiterer Schritt wird die Umwandlung des Hauses in eine Wohnanlage sein. Dieser setzt neue Möglichkeiten frei, Empowermentprozesse weiter zu fördern.

3.1.8. Chancen und Grenzen von Empowerment am Beispiel des ambulant betreuten Einzelwohnens in Rostock

Im folgenden Kapitel werden die Chancen und Grenzen von Empowerment anhand einer ambulanten Wohnform untersucht. Dabei handelt es sich um einen Teilbereich des psychiatrischen Wohnverbundes der AWO Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH, das ambulant betreute Einzelwohnen (ABW). Welche Möglichkeiten bietet eine ambulante Wohnform den KlientInnen ihre selbstbestimmten Lebensentwürfe durchzusetzen? Über welche Ressourcen verfügen die KlientInnen des einzelbetreuten Wohnens? Wie gelingt es ihnen, Fähigkeiten zu erlernen, die sie für sich selbst als wichtig erachten. Wie viel Partizipation ist im ABW möglich? Diese und andere Fragen sollen im nachfolgenden Kapitel geklärt werden.

3.1.8.1. Das ambulant betreute Einzelwohnen

Das ambulant betreute Einzelwohnen versteht sich als Baustein innerhalb des regionalen Versorgungssystems für psychiatrieerfahrene Erwachsene und ist angesiedelt zwischen ambulanter Beratung und Behandlung einerseits und stationärer Versorgung andererseits. Es ist eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Die Hilfe ist so angelegt, dass sie so weit wie möglich den Verbleib der Klienten in ihrem Lebensumfeld ermöglicht. Das Betreute Einzelwohnen bedeutet Hilfe und Unterstützung und ist flexibel am individuellen Leistungsbedarf und den Bedürfnissen derjenigen orientiert, die dieses Angebot in Anspruch nehmen. Es gibt Hilfe zur Selbsthilfe, zielt auf Integration und Ressourcenmobilisierung und orientiert sich stark an der gesellschaftlichen Normalität. Die Betroffenen sollen befähigt werden, in einem möglichst normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Ge-

brauch von ihren verbliebenen und zu fördernden Fähigkeiten zu machen (vgl. Einrichtungskonzept ABW 2003, S.4). Wie auch die Betreuung im PSWH erfolgt die Finanzierung der Betreuungsplätze über das Sozialamt, sofern die Klienten finanziell nicht selbst in der Lage dazu sind. Drogen- und Alkoholabhängigkeiten sind Ausschlusskriterien für diese Hilfe.

Der Umfang der Hilfe wird aus dem individuellen Hilfebedarf bestimmt und entsprechend der Ziele im Hilfeplan festgelegt. Er basiert auf der gesetzlichen Grundlage des § 58 SGB XII. Gemeinsam mit den KlientInnen werden die Ziele vereinbart, niedergeschrieben, regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Die Personalbemessung erfolgt auf der Basis der erarbeiteten Ziele im Hilfeplan (vgl. Kap. 2.3.2. dieser Arbeit).³ Die Hilfe wird ausschließlich nur wochentags angeboten. Außerhalb dieser Zeit steht den KlientInnen der psychosoziale Krisendienst der Hansestadt zur Verfügung.⁴

Die Grundlage der Betreuungsarbeit im einzelbetreuten Wohnen ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung durch kontinuierlichen Kontakt. Die Betreuung wird je nach Bedarf gestaltet, überwiegend in Form von Hausbesuchen. Möglich sind aber auch Treffen außerhalb der Wohnung sowie Telefonkontakte. Mit Unterstützung ausgebildeter Mitarbeiter erhalten die Klienten die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen die notwendigen Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erwerben, um ihre Probleme selbständig und eigenverantwortlich zu lösen. Betreutes Wohnen soll Hilfe zur Selbsthilfe geben. Das setzt voraus, dass die Betroffenen zur Mitarbeit bereit sind und sich aktiv an der Umsetzung der Ziele im Hilfeplan beteiligen.

Die Leistung beinhaltet zwar standardisierte Einzelleistungen (siehe Anhang Leistungsbeschreibung), diese berücksichtigen aber den individuellen Betreuungsverlauf (vgl. Konzept ABW, S. 5). Um die Hilfe zu gewährleisten, muss der Hilfebedarf durch den Amtsarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes festgestellt sein

3.1.8.2. Empowerment im ambulant betreuten Einzelwohnen

Anders als bei der Arbeit in stationären Wohneinrichtungen gibt es für die Klienten des einzelbetreuten Wohnens keine Heimordnungen und Tagespläne, an die sie sich halten

³ In der Hansestadt Rostock erfolgt die Einteilung der Hilfe für den Klienten nach Hilfeempfängergruppen. Diese unterteilen sich von 1(geringe Hilfe) bis 13(sehr starke Hilfe). Bei der Planung der Ziele mit dem Klienten, wird gleichzeitig die Maßnahmenplanung erstellt. Hier wird der Zeitumfang der Hilfe, die der Klient benötigt, in Minuten pro Woche festgelegt.

müssen und die sie in ihren Handlungsalternativen einschränken. Sie leben selbständig in der Häuslichkeit, können ihren Tagesablauf weitestgehend selbständig bestimmen und müssen sich nicht den Regeln des Großgruppenwohnens unterziehen.

Auch wenn teilweise viele Ängste und Unsicherheiten von Seiten der Klienten mitschwingen, so ist zu beobachten, dass die KlientInnen die Empowermentangebote für sich nutzen. Die Betreuung durch die MitarbeiterInnen im ABW ist so angelegt, dass die KlientInnen in der Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, unterstützt werden. Ihnen werden verschiedene Handlungsalternativen, unter denen sie wählen können, zur Verfügung gestellt. In Entscheidungsfindungen werden sie aktiv mit einbezogen, denn letztendlich geht es um ihre Lebensentwürfe.

Wollen die MitarbeiterInnen das Vertrauen zu den Klienten herstellen und erhalten, so ist es wichtig, das Selbstbestimmungsrecht dieser so weitestgehend wie möglich zu akzeptieren. Die Klienten empfangen die BetreuerInnen in ihrem Wohnraum. Das heißt, die professionell Tätigen befinden sich in der Privatsphäre der Klienten, auf ihrem Hoheitsgebiet. Man kann auch sagen, der Klient hat „Heimvorteil“. Das lässt das Machtgefälle zwar sinken, es bleibt aber trotz allem zwischen dem Gesunden und dem Kranken bestehen. Indem die KlientInnen in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden, indem sie Zugang zu Informationen erhalten und über Ressourcen verfügen können, ist es möglich, dass sich das Machtgefälle zwischen Betreuer und Klient verschiebt, indem die KlientInnen ihre Eigenmacht stärken, bzw. zurückgewinnen.

Im ABW erfolgt die Hilfeleistung bedarfsgerecht. Die Arbeitszeiten richten sich, bis auf die Wochenenden, nach den Bedürfnissen der KlientInnen. Personenzentriertes Arbeiten ist somit möglich. Durch den Verbleib der Klienten in ihrer Lebenswelt können ihre Ressourcen besser erkannt, und in das Hilfesystem mit einbezogen werden. Der Blick auf die Ressourcen leistet einen großen Beitrag dazu, die Grundbedürfnisse der Klienten zu befriedigen. Dazu zählen zum Beispiel ihre Wünsche, Motivationen und Interessen aber auch ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre Netzwerke. In Gesprächen werden die KlientInnen immer wieder ermutigt, aktiv am Hilfeprozess teilzunehmen. Nur so kann es ihnen gelingen, das Gefühl der persönlichen Kontrolle und der Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben zu bewahren bzw. zurückzuerlangen. Die KlientInnen im ABW müssen sich keinen Gruppen- und Strukturzwängen unterwerfen. Dies soll mit einem kurzen Fallbeispiel untermauert werden.

⁴ Die Hansestadt Rostock bietet einen trägerübergreifenden Krisendienst an, welcher von den KollegInnen aller sozialpsychiatrischen Einrichtungen geleistet wird. Dieser arbeitet in der Woche von 16.00 Uhr nachmittags bis 8.00 Uhr früh sowie am Wochenende rund um die Uhr.

Herr L. (Name geändert) lebt alleine in seiner Zweiraumwohnung in Rostock. Seit Januar 2009 wird er im Rahmen des ambulant betreuten Einzelwohnens in der Häuslichkeit betreut. Tagsüber besucht er eine Tagesstätte. Herr L. leidet an einer paranoid halluzinatorischen Schizophrenie, begleitet von sehr starken Angstsymptomen. Auf Grund dieser Diagnose fällt ihm das morgendliche Aufstehen sehr schwer. Er hat seinen eigenen Tagesrhythmus entwickelt, welcher auch von den MitarbeiterInnen der Tagesstätte akzeptiert wird. So stellt es für niemanden ein Problem dar, das Herr L. erst morgens um 10.00 Uhr in der Tagesstätte erscheint. Auf Grund seiner starken Ängste ist das Einkaufen in einem Supermarkt für Herrn L. immer wieder eine neue Herausforderung. Da er alleine in der Häuslichkeit lebt, kann er autonom entscheiden, wann er einkaufen geht. Seine Betreuerin bietet ihm dabei immer wieder Hilfe und Unterstützung an. Er entscheidet, ob er von dem Angebot Gebrauch macht oder nicht. Würde er in einer stationären Wohneinrichtung wie dem PSWH leben, hätte er kaum die Möglichkeit, selbstbestimmt zu entscheiden, wann er einkaufen geht und was er einkauft. Er müsste sich den Bedürfnissen der übrigen Mitbewohner beugen und sich an den vorgeschriebenen Wochenplan halten. Da Herr L. aber in der eigenen Häuslichkeit wohnt, bleibt ihm das Gefühl der Selbstbestimmung erhalten. Trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen, kann er autonom für sich Entscheidungen treffen. Die Hilfe kann so gestaltet werden, dass sie seinen individuellen Bedürfnissen entspricht. Das erfordert von Seiten der professionell Tätigen eine Menge an Kreativität, Fantasie und den Verzicht auf standardisierte Therapieprogramme. Im ambulanten Bereich kann dies aber besser gelingen, da sie nicht so starr an feste Strukturen gebunden sind.

Auch im ambulanten Bereich erfolgt soziale Kontrolle, allerdings nicht so starr wie im stationären Bereich. Vor allem die Menschen, welche in der gemeinsamen Lebenswelt der KlientInnen leben, wie Familienangehörige, Nachbarn, Freunde, usw., üben soziale Kontrolle aus. Ebenso aber auch die Behörde, die diese Hilfeleistung finanziert. Die Praxis zeigt immer wieder, dass gerade die Familienangehörigen Schwierigkeiten haben, diese eigenwilligen Lebensentwürfe zu akzeptieren. Oft äußern sie den Wunsch, ihre Familienangehörigen in stationären Wohneinrichtungen unterzubringen. Dabei werden von Seiten der Kontrollierenden weder die Eigenzeit der Klienten, noch ihre eigenen Wünsche, Vorstellungen und Ziele beachtet. Es wird Druck ausgeübt, der sich negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den psychisch erkrankten Menschen und den Professionellen auswirkt.

Bei gleichzeitiger Kürzung von Mitteln und Verknappung der Zeit wird der direkte Umgang mit den KlientInnen immer weniger. Immer mehr Klienten werden von den professionell Tätigen bei gleichbleibender Arbeitszeit betreut. Das erschwert Empowermentpro-

zesse, denn Partizipation erfordert Zeit für die Klienten. Es benötigt Zeit, sich auf die subjektiven Bedürfnisse der Klienten einzustellen, sie aktiv am Geschehen zu beteiligen und das gemeinsame Handeln aufeinander abzustimmen. Knappe Zeit kann Empowerment aber auch fördern bzw. ermöglichen. Denn das Eigenengagement der KlientInnen wird dann notwendig, wenn die fachliche Begleitung nicht mehr gewährleistet ist.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass sich Empowermentprozesse im ABW einfacher vollziehen lassen, als im PSWH, da die KlientInnen hier keinen starren Strukturen unterworfen sind. Durch den Verbleib in ihrem Lebensumfeld, ist es möglich, auf vorhandene Ressourcen zurückzugreifen und davon Gebrauch zu machen. Die KlientInnen haben die Möglichkeit, unter verschiedenen Handlungsalternativen zu wählen und ihre Lebensentwürfe selbst zu bestimmen. Die ambulante Hilfe fördert personenzentrierte Hilfe. Unter dem Deckmantel des Empowerments besteht aber auch die Gefahr, dass die Ambulantisierung für Sparbemühungen missbraucht wird.

3.2. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von Bewohnern des Wohnheimes „Startbahn“ und Klienten des ambulant betreuten Einzelwohnens – ein Vergleich

Im Leben eines Menschen gibt es eine Reihe von Mitmenschen, die ihm wichtig sind, ihm auf seinem Lebensweg beistehen und unterstützen. Mit Hilfe dieser Mitmenschen gelingt es ihm, die Dinge des täglichen Lebens einfacher zu meistern. Diese Hilfe, die den Menschen zuteil wird, kann sowohl praktischer Art sein, indem etwas für den Anderen getan wird, sie kann aber ebenso emotional-gefühlsmäßiger Natur sein. Das heißt, dass zum Beispiel in schwierigen Situationen Mut zugesprochen wird. Ebenso hilfreich kann es für Menschen sein, sie mit Informationen zu versorgen.

Personen, die anderen Menschen Rückhalt gewähren, können aus verschiedenen Bereichen wie Familie, Freundeskreis sowie der Religion kommen. Es können aber auch Freunde oder Bekannte sein, die man nicht mehr treffen kann, weil sie bereits verstorben sind. Aber all diese Menschen machen das Unterstützungssystem eines jeden Einzelnen aus (vgl. Pearson 1998, S. 283)

Im folgenden Kapitel werden die Netzwerke der BewohnerInnen einer stationären Einrichtung mit den Netzwerken von KlientInnen des ABW's verglichen. Mittels dieser Vergleiche, sollen die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung für die Klienten herausgearbeitet werden.

3.2.1. Soziales Netzwerk

Soziale Netzwerke stellen reale, empirisch beschreibbare, soziale Beziehungen zwischen den Individuen dar. Sie vermitteln einen Einblick in den Alltag jedes Menschen, speziell, wer mit wem welche Kontakte hat (vgl. Bullinger/Nowack 1998, S. 41). Menschen leben und agieren in unterschiedlichen Lebens- und Systemwelten: z.B. in der Familie, der Arbeits- und Berufswelt, in der Nachbarschaft, in Vereinen, Freizeitwelten usw. In diesen Teilbereichen sind sie unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen anderer ausgesetzt. Sie haben bestimmte Rollenerwartungen wie z.B. die Elternrolle, die Rolle als Arbeitnehmer, als Freund usw., zu erfüllen. Mit Hilfe des Konzepts „Soziales Netzwerk“ lässt sich diese vielschichtige Wechselseitigkeit beschreiben und analysieren. Ebenso lassen sich die jeweiligen Lebens- und Systemweltzusammenhänge des einzelnen Individuums erfassen (vgl. ebd.).

Keupp definiert den Netzwerkbegriff als die Tatsache, dass Menschen mit anderen Menschen sozial verknüpft sind. Er stellt das Netzwerk bildlich dar, indem er die Menschen als Knoten aufzeigt. Von einem Menschen zum anderen verlaufen Verbindungsbänder. Diese ergeben ein lose geknotetes Fischernetz (vgl. Keupp 1987, S.11).

Etwas anders hingegen definieren Angermeyer und Klusmann den Begriff „Soziales Netzwerk“. Sie bezeichnen damit die „...*Gesamtheit der Angebote und Einrichtungen, die einspringen, wenn soziale Härten und Benachteiligungen nicht mehr durch die Anstrengung des einzelnen Menschen und seiner Angehörigen bewältigt werden kann.*“ (Angermeyer/Klusmann 1989, S. 7). Allerdings wurde das soziale Netz des Wohlfahrtsstaates aus mehreren Gründen kritisiert. Einmal wegen der hohen Kosten, die es verursacht und die nicht mehr gesteigert werden dürfen. Zum Zweiten wegen der geringen Effizienz und unvorhersehbarer Nebenfolgen, resultierend aus der Logik des bürokratischen Verteilungsapparates. Darum fordern die Fachleute wieder eine Rückbesinnung auf Ressourcen tradierter Solidargemeinschaften wie z.B. Vereine, Kirchengemeinschaften, Kollegen- und Freundeskreise und Nachbarschaft, aber in erster Linie auch auf die Familie (vgl. ebd.).

Kapitalbesitz bzw. gesicherte steigende Einkommen, aber auch die staatliche Absicherung von Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter waren ab den 60-er Jahren eine wesentliche materielle Voraussetzung für die Herausbildung individueller Lebensformen und Lebensstile. Die Familie als vorletzte Verbindung generations- und geschlechtsübergrei-

fender Lebenslagen und Lebensverläufe zerbricht. Die Menschen werden innerhalb und außerhalb der Familie zum Akteur ihrer marktvermittelnden Existenzsicherung, ihrer Biographieplanung und-organisation. Sie sind für ihre eigene Lebensführung selbst verantwortlich und müssen ihre Biographien selbständig gestalten (vgl. Bullinger/Nowak 1998, S. 46).

Durch den gesellschaftlichen Umbruch in den letzten 200 Jahren, sowie die in der deutschen als auch der westeuropäischen Gesellschaft hervorgerufenen Institutionalisierungs- und Individualisierungsprozesse haben dazu geführt, dass die einzelnen Menschen in mehr oder weniger vielen, insgesamt aber sehr unterschiedlichen Netzwerken leben, welche sehr unterschiedlich miteinander verflochten sind. In diesen Netzwerken organisieren die Menschen ihr Leben, kommunizieren miteinander und holen sich Hilfe und Unterstützung. Die Lebensstile der Menschen in der deutschen Gesellschaft sind vielfältiger geworden, aus denen sich verschiedene Milieus heraus differenziert haben (vgl. ders., S.56).

Jeder Mensch gehört je nach konkretem Handlungsziel unterschiedlichen Gruppen an. Die jeweilige Schnittmenge von sozialen Beziehungen wird zum unverwechselbaren Markenzeichen einer Person (vgl. Keupp 1987, S. 35).

3.2.2. Die verschiedenen Netzwerktypen

Soziale Netzwerke unterscheiden sich nach verschiedenen Typen und Größen. Besonders in der sozialen Arbeit ist diese Unterscheidung von Bedeutung, da die Klienten in unterschiedlichen Netzwerken leben und somit auch eine unterschiedliche Art und Weise von Unterstützung erfahren. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Theorie von Bullinger/Nowak, weil sie einen überschaubaren Überblick über die verschiedenen Netzwerke geben (vgl. Bullinger/Nowak 1998, S. 70-89). Man unterscheidet zwischen primären, sekundären und tertiären Netzwerken. Diese werden im Nachfolgenden genauer beschrieben.

3.2.2.1 Primäre Netzwerke

Das primäre Netzwerk ist ein örtlich gemeinschaftliches Netzwerk, in das der Mensch entweder hineingeboren wird oder das er durch freie Entscheidung selbst gewählt hat. Primäre Netzwerke haben ihren Ort in den mikrosozialen Lebensbereichen der Menschen.

Dazu zählen die Familie, als das kleinste und dichteste Netzwerk, aber auch die Nachbarschaft, Verwandtschaft und Freunde.

Zum familiären Netzwerk zählen die Eltern, die Kinder sowie die jeweiligen Geschwister. Es ist das kleinste und, zumindest in den ersten Lebensjahren, wichtigste Netzwerk im Leben eines Menschen. Tendenziell bleibt es zwar weiterhin von Bedeutung, wird aber zunehmend durch andere, meist selbstgewählte, Netzwerke ergänzt oder aber sogar ersetzt.

Zum verwandtschaftlichen Netzwerk gehören die Großeltern, Enkel, alle Tanten und Onkel, Cousinen sowie andere Verwandtschaftsmitglieder dritten oder vierten Grades. Dieses Netzwerk wird tendenziell zwar kleiner als früher, spielt aber immer noch eine große Rolle im Leben eines Menschen.

Zum nachbarschaftlichen Netzwerk zählen die Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen im Wohnumfeld. Dieses Netzwerk ist eher zeitlich begrenzt, oberflächlich und flüchtig, da auf Grund der Flexibilität und zunehmender Mobilität am Arbeitsplatz oft umgezogen wird.

Zu den freundschaftlichen Netzwerken zählen die selbstgewählten sozialen Beziehungen, welche durch Schule, Nachbarschaft, Beruf oder Sonstiges im Leben einer Person entstanden sind. Freunde und Bekannte spielen in der heutigen individualisierenden Gesellschaft eine zunehmend wichtige Rolle. Die Unterstützungsleistungen in diesem Netzwerk nehmen zu.

Auch weiterhin sind die primären sozialen Netzwerke für die Menschen von zentraler lebenswichtiger Bedeutung, sowohl für die Erziehung, als auch für das Zusammenleben. Denn die Gesellschaft kann die Gemeinschaft als Form intimen Zusammenlebens nicht ersetzen.

3.2.2.2. Sekundäre Netzwerke

Ebenso wie die primären Netzwerke haben die sekundären Netzwerke für die Menschen eine soziale Funktion. Es handelt sich hierbei um soziale Institutionen wie Kindergarten, Schule, Hochschule, Arbeitsstelle, Dienstleistungsbetriebe, Freizeiteinrichtungen usw., welche im Zuge der Institutionalisierung zweckbestimmt geschaffen wurden. Als sekundäre Netzwerke werden global-gesellschaftliche Netzwerke bezeichnet. In diese Netzwerke werden die Menschen hineinsozialisiert. Sie prägen das Alltagsleben der Menschen. Dabei handelt es sich überwiegend um Organisationen und Bürokratien des Produktions- und Reproduktionssektors. Dazu zählen sowohl alle privat-marktwirtschaftlichen als auch alle

öffentlich-organisierten Netzwerke. Zu den privatmarktwirtschaftlichen Netzwerken gehören Betriebe und Firmen der Industrie und des Dienstleistungssektors, welche auf dem Markt agieren. Ihre Strukturen werden weitestgehend über Angebot und Nachfrage gestaltet. Dazu gehören z.B. Handwerksbetriebe, Kaufhäuser, private Versicherungen und Reiseagenturen.

Zu den öffentlich institutionellen Netzwerken zählen alle politischen, infrastrukturellen und sozialstaatlichen Dienstleistungen, welche im Wesentlichen über Steuern und Abgaben finanziert werden. Dazu gehören z.B. Kindergärten, Schulen, Universitäten ebenso aber auch die Kommunalverwaltung sowie die Justiz.

Die makrosozialen Netzwerke haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dass lässt sich aus der Zunahme sozialer Institutionen im Bereich der Wohlfahrtspflege entnehmen.

Aus der Wirtschafts- und Sozialordnung in der Europäischen Union resultieren, trotz allen Reichtums, soziale Problemlagen wie Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit und psychosoziale Probleme. Diese Risiken werden in den westeuropäischen Ländern durch sozialstaatliche Leistungen kompensiert. Dennoch: immer mehr Menschen werden von den sekundär geschaffenen Netzwerken, wie soziale Unterstützung, abhängig. Für viele Menschen stellt der Besuch der Krankenschwester oder des Sozialarbeiters den einzigen Kontakt zur Außenwelt dar. Sie befinden sich in einer materiell-sozialen Abhängigkeit von den sozialen Einrichtungen, die Familie hat hier ihre Dominanz verloren.

3.2.2.3. Tertiäre Netzwerke

Eine zunehmende Bedeutung kommt den tertiären Netzwerken zu. Sie fungieren als Alternative zwischen den sekundären und primären Netzwerken und dienen als vermittelnde Instanz zwischen diesen beiden. Die Veränderung der primären und sekundären Netzwerke hat die Bedeutung von komplettierenden Netzwerken wachsen lassen. In den intermediären Organisationen findet meist keine direkte Beziehung, sondern die Kommunikation über eine Mittelsperson statt. Zu den tertiären Netzwerken gehören z.B. die Selbsthilfegruppen, intermediäre professionelle Dienstleistungen und Nichtregierungsorganisationen.

Selbsthilfegruppen sind in den letzten 30 Jahren ein fester Bestandteil der sozialen Arbeit geworden. Sie wirken der Ausgrenzung und Isolation kranker und behinderter Menschen entgegen, aktivieren deren Kompetenzen, geben innovative Anstöße für die Weiterentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich, demokratisieren und humanisieren das sozia-

le Dienstleistungssystem und vermitteln zwischen dem primären und sekundären Dienstleistungssystem. Sie befinden sich zwischen der Eigenhilfe in den informellen primären Netzwerken und der öffentlichen, professionellen Hilfe, den sekundären Netzwerken.⁵. Durch eine immer komplexer werdende System- und Lebenswelt kann der Einzelne die soziale Wirklichkeit kaum noch überschauen. Es fällt ihm schwer, von ihr aktiv zu partizipieren und sich aktiv in sie einzubringen. Deshalb benötigen solche Menschen zunehmend externe Hilfe. Immer mehr Dienste haben sich herausgebildet, die zwischen diesen Welten vermitteln. Das Spektrum reicht vom z.B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Makler über SozialarbeiterInnen zu den verschiedensten Beratungseinrichtungen. Die Zahl der sozialen Berufe ist deshalb in den letzten Jahren gestiegen.

Bei den Nichtregierungsorganisationen handelt es sich auf der lokalen Ebene um Bürgerinitiativen oder um bundesweit tätige Verbände. Auf internationaler Ebene sind es Organisationen in allen Politikbereichen. Auch die Nichtregierungsorganisationen spielen eine zunehmend wichtige Rolle im gesellschaftspolitischen Bereich. Sie haben in der politischen Öffentlichkeit die Funktion des Gegenspielers zu den Parteien, Parlamenten und Regierungen.

3.2.3. Soziale Unterstützung

Angermeyer und Klusmann beschreiben in ihren Ausführungen, dass in der Gesundheitsforschung soziale Netzwerke als eine besondere Leistung, so sehr im Vordergrund stehen, dass manchmal beide Begriffe gleichgesetzt werden. Sie definieren soziale Unterstützung als ein Sammelbegriff für eine große Gruppe, aus denen Menschen Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit beziehen und die sie vor Leere, Einsamkeit und Verzweiflung bewahren (vgl. Angermeyer/Klusmann 1998, S. 8).

Soziale Unterstützung kann nur in vorhandener Selbsterfahrung nachvollzogen werden. Sie wird nur dann wirksam, wenn sie situativ in die Lebensumstände eines Menschen integriert werden kann. Das hauptsächliche Ergebnis der sozialen Unterstützung besteht darin, sozial integriert zu sein und mit der Hilfe der Anderen rechnen zu können. Soziale Unterstützung hat positive Auswirkungen auf die Befindlichkeiten der Betroffenen, setzt aber die Auseinandersetzung des Menschen mit seinen Problemen voraus (vgl. Bullinger/Nowak 1998, S. 104).

⁵ 1998 gab es 70 000 Selbsthilfegruppen und Initiativen. Zu vermuten bleibt, dass sich die Zahl dieser bis heute weiter erhöht hat.

Der Puffereffekt der sozialen Unterstützung besteht darin, dass ein Mensch belastende Situationen dadurch besser bewältigt, indem er von den ihn betreffenden Problemen abgelenkt wird, seine Stimmungslage gehoben und Optimismus vermittelt wird (vgl. dies., S. 105). Klusmann unterscheidet hinsichtlich sozialer Unterstützung zwischen psychischer Unterstützung und instrumenteller Unterstützung.

Psychische Unterstützung umfasst den emotionalen und den kognitiven Aspekt. Zum emotionalen Aspekt zählen z.B. Zuneigung, Wertschätzung, Ermutigung und Trost. Der kognitive Aspekt umfasst u.a. Rat, Feedback und Orientierung.

Zur instrumentellen Unterstützung zählen Informationen und materielle Hilfen. Informationen beinhalten z.B. die Vermittlung von Kontakten, bezogen auf die Frage „Wo bekomme ich Hilfe her?“ Materielle Hilfen können sowohl finanzielle Hilfe als auch Hilfe beim Hausbau oder Babysitten umfassen. In der Realität lassen sich diese Komponenten schwer voneinander trennen, denn wer finanzielle Unterstützung gibt, kann auch gleichzeitig Zuneigung ausdrücken (vgl. Klusmann 1998, S. 18).

3.2.4. Vorteil und Nutzen, Gefahren und Grenzen der Netzwerkanalyse

Das soziale Netzwerk kann als Puffer gegen erfahrene Belastungen oder als Schutzschild gegenüber drohenden Krisen und Problemen dienen. Unsichtbare Hilfskonstruktionen werden aufgespürt. Sie ermöglichen es den Menschen, großen Druck und tiefste Widersprüche halbwegs unbeschadet zu überstehen. Es wurde erwiesen, dass chronisch verlaufende Krankheiten besser ertragen werden können, wenn soziale Unterstützung vorhanden ist. Depressionen treten seltener auf, wenn ein vertrauensvolles Netzwerk enger sozialer Beziehungen vorhanden ist (vgl. Keupp/Röhrle 1987, S. 29f.).

Soziale Netzwerke können für die soziale Arbeit von Vorteil und Nutzen sein. Sie können aber auch an ihre Grenzen stoßen und Gefahren in sich bergen (vgl. Bullinger/Nowak 1998, S. 90). Da die Netzwerkanalyse in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke unterteilt wird, ist eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Lebensbereiche der Klienten möglich. Netzwerkanalyse hilft, das soziale Umfeld der Klienten genauer zu strukturieren und die tatsächlichen Beziehungen herauszuarbeiten. Die Dichte, Reichweite, der Inhalt sowie die Dauer und Intensität des jeweiligen Netzwerkes eines Klienten lassen sich ermitteln. Dadurch wird es möglich, Stärken und Schwächen der Klienten genauer zu beschreiben und soziale Unterstützung zu bestimmen. Soziale Arbeit kann somit realer erfolgen (vgl. ebd.).

Durch die Netzwerkanalyse der primären Netzwerke besteht aber auch die Gefahr, dass die Lebenswelt der Klienten in eine Abhängigkeit gerät. Mehr Wissen über die Klienten ermöglicht auch eine erhöhte Kontrolle. Es besteht die Gefahr, dass die Netzwerkfunktionen nur einseitig unter dem Blickwinkel der Unterstützung gesehen werden. Durch die professionelle Einwirkung können Netzwerke so stark instrumentalisiert werden, dass es sogar zu Kontaktabbrüchen kommen kann. Ist hier doch zu bedenken, dass einige Netzwerke nur die Funktion besitzen, den Zeitvertreib und das Vergnügen ihrer Mitglieder zu sichern (vgl. ebd.). Ebenso besteht die Gefahr, dass die Ergebnisse der Netzwerkforschung dazu verwendet werden, traditionelle, ehrwürdige Rollenmuster einzurichten. Soziale Netzwerkarbeit sieht ihren Schwerpunkt in der Stärkung und Wiederbelebung persönlicher Netzwerke. Aber oft empfinden die Klienten es auch als befreiend, wenn sie enge Netzwerke verlassen können. Ein Reparieren dieser würde eher kontraproduktiv sein (vgl. ders., S. 91).

Das soziale Netzwerk und die Ergebnisse der Netzwerkforschung klammern das Problem der Macht aus. Die Frage der Machtdistanz und des Machtgefälles zwischen den Menschen bleibt somit unbeachtet. Das Ausmaß sozialer Ungleichheit ist damit sowohl in theoretischer Hinsicht als auch erfahrungsgemäß nicht erfasst (vgl. ebd.).

3.2.5. Zur Bedeutung sozialer Netzwerke speziell für psychisch Erkrankte

Für die Gesundung psychisch kranker Menschen ist es wichtig, auch außerhalb psychosozialer Versorgungssituationen zu leben, in denen sie nicht als Patient bzw. Klient gesehen werden. Es ist für sie wichtig, sich über einen anderen Status, als den des Patientenstatus, zu definieren. Denn bei einem Agieren außerhalb dieses Systems werden ihre gesunden Persönlichkeitsanteile angesprochen (vgl. Seyfried/Stadler 1987, S. 158).

Psychisch erkrankte Menschen verfügen in der Regel über sehr kleine Netzwerke mit sehr eng geknüpften Beziehungen (vgl. Keupp/Röhrle 1987, S. 174 zit. n. Patison, Lamas &Hurd 1979, S. 174). Die Gefahr dabei besteht darin, dass die Abhängigkeit von einem einzelnen Netzwerk im Konfliktfall zur erneuten Hospitalisierung führen kann. Es gibt nämlich kein weiteres Netzwerk, welches man dann belasten kann und welches es zulässt, zu der mit Konflikten belasteten Beziehung Abstand zu gewinnen. Für den psychisch kranken Menschen wirkt sich dieser Konflikt psychisch destabilisierend aus (vgl. Keupp/Röhrle 1987, S. 174).

Bedeutet die Zugehörigkeit zu sozialen Netzwerken einerseits die Möglichkeit Ressourcen zu nutzen, können die Strukturen und Prozesse innerhalb von Netzwerken auch hemmen-

den bzw. einschränkenden Charakter haben. Denn wird ein Teil der Ressourcen bereits durch die bloße Zugehörigkeit zur Verfügung gestellt, so hängt deren Realisierbarkeit von bestimmten Voraussetzungen ab, z.B. von der Auseinandersetzung mit den subjektiv unterschiedlichen Erwartungen, sowie von solchen Kommunikationsstrukturen, welche es zulassen, bestehende Machtverhältnisse zu thematisieren. Netzwerke sind weder negativ noch positiv. Sie erweisen sich erst dann als persönlichkeitsfördernd, wenn sie neue Ausblicke auf Handlungen eröffnen (vgl. Seyfried/Stadler 1987, S. 162)

Psychisch erkrankte Menschen benötigen Sicherheit, Schutz und Unterstützung. Das Maß, dessen, welche Unterstützung gewährt wird, ist von Fall zu Fall verschieden und im Verlauf der individuellen Entwicklung sehr schwankend. Deshalb ist es notwendig, dass sämtliche Unterstützungsleistungen in einer kontinuierlichen Beziehung zum Entwicklungsstand und zu den momentanen Bedürfnissen des Klienten stehen. Um diesen wechselnden Bedürfnissen Rechnung zu tragen, sollte der institutionelle Rahmen, in dem Unterstützung angeboten wird, flexibel sein (vgl. dies., S. 175).

Das klinische Versorgungssystem bietet zwar materielle Unterstützung an, dieses produziert aber eher Abhängigkeiten. Sie hat insofern einen negativen Effekt, als dass sie wegfällt, sobald der Patient aus der Klinik entlassen wird. Im schlimmsten Fall ist er dann wieder auf sich alleine gestellt. Auf keinen Fall darf es Ziel sein, den Klienten über die entstandenen sozialen und emotionalen Beziehungen auf Dauer an die Klinik zu binden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dem psychisch erkrankten Menschen in seinem sozialen Umfeld Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten. Rehabilitation sollte auf die kooperative Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zielen. Dem Einzelnen sollte es möglich sein, sich aus institutioneller Unterstützung zu befreien, welche auf Dauer Abhängigkeiten produziert (vgl. dies., S. 176)

3.2.6. Charakteristika des sozialen Netzwerkes schizophrener Erkrankter

Die Charakteristika der Netzwerke schizophrener erkrankter Menschen stützen sich im Wesentlichen auf die Zusammenfassung von M.C. Angermeyer, der diese aus einem Vergleich von soziologischen und sozialpsychologischen Studien verschiedener Wissenschaftler zusammengestellt hat (vgl. Angermeyer 1989, S. 188-206). Die Charakteristika sind am ehesten auf die Netzwerke zweier Klienten des Wohnverbundes der AWO in Rostock anwendbar.

Netzwerke schizophrener erkrankter Menschen sind kleiner als die von gesunden Menschen, aber auch die von anderen Psychatriepatienten wie z.B. Alkoholikern oder depressiv Erkrankten. Der Anteil der Familienangehörigen ist vergleichsweise groß. Die Zahl fremder, die Familiengrenzen überschreitenden, Beziehungen ist entsprechend gering. Bei Patienten, die auf eine längere Krankengeschichte zurückblicken können, setzen sich die Personen des Netzwerkes zu einem großen Teil aus Mitpatienten oder aber auch aus Angehörigen anderer gesellschaftlicher Randgruppen, zusammen. Schizophrene Erkrankte verfügen selten über Beziehungen, die gleichzeitig mehrere Funktionen erfüllen, wie z.B. die Bereitstellung von emotionaler und instrumenteller Unterstützung. Die Beziehungen Schizophrener sind häufig nicht gleichförmig, da es ihnen an Wechselseitigkeit im menschlichen Zusammenleben mangelt.

Schizophrene erkrankte Menschen leben oft in einseitiger Abhängigkeit von den Eltern oder anderen zentralen Personen, auf deren Unterstützung sie im erheblichen Umfang angewiesen sind. Zwischenmenschliche Beziehungen sind hier häufig sehr kurzlebig und stör anfällig. Denn so sehr psychisch erkrankte Menschen ernst genommen werden wollen, so tragen sie auf der anderen Seite durch ihre Neigung, die eigenen Probleme in den Vordergrund zu stellen, dazu bei, dass andere sich nicht ernst genommen oder respektiert fühlen (vgl. Keupp/Röhrle, 1987, S. 170). Es mangelt ihnen häufig an so wichtigen Fähigkeiten wie das Gespür für die richtige Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz. Es mangelt ihnen am Wechselspiel zwischen dem Ausdrücken von Interesse für den anderen und dem sich zurücknehmen. Der schizophrene Erkrankte besitzt kein Gefühl dafür, wann es wieder an der Zeit ist, auf den anderen zuzugehen. Sie finden bei ihren Beziehungspartnern weniger soziale Unterstützung als Normalpersonen oder andere psychiatrische Patienten (vgl. Angermeyer 1989, S. 196).

Den Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken und schizophrener Erkrankung kann man, so Angermeyer, aus zwei Perspektiven betrachten. Erstens, Beziehungsdefizite können eine große Rolle bei Entstehung und Verlauf der Erkrankung spielen. Zweitens, die Unzulänglichkeiten im Netzwerk lassen sich als Auswirkungen der Erkrankung verstehen (vgl. ders., S.189).

Verschiedene Wissenschaftler gehen in ihren Thesen davon aus, dass soziale Isolation schizophrene Störungen auslösen können. Ansonsten funktionierende Mechanismen der sozialen Kontrolle würden so außer Kraft gesetzt. Es bleibt zu vermuten, dass Mängel im sozialen Netzwerk zum Teil auf das Beziehungsverhalten später schizophrener erkrankter Menschen zurückzuführen ist. Ein funktionierendes Unterstützungssystem hat eine allum-

fassende Wirkung auf den Verlauf schizophrener Krankheit. Die Prognose für die Patienten ist günstiger, wenn ihnen ein vielschichtiges, funktionierendes, soziales Unterstützungssystem zur Seite steht. Hierzu sind allerdings noch weitere Studien erforderlich, so Angermeyer, um zu klären, welche funktionalen und strukturellen Aspekte des Netzwerkes von Bedeutung sind. Offensichtlich ist aber, dass das ohnehin schon defizitäre Netzwerk im Laufe der Erkrankung weiteren Schrumpfungsprozessen unterworfen ist, wobei der Umgangsstil des Betroffenen mit seiner Erkrankung und die Reaktion der Umwelt, aber auch die aktuelle Lebenssituation des Erkrankten eine Rolle spielen.

Gibt es ein optimales Netzwerk für schizophren erkrankte Menschen?

Je mehr das Netzwerk wächst, umso mehr Zeit und Energie wird für die Aufrechterhaltung seiner Sozialkontakte gefordert. Neue Beziehungen erschließen nicht nur den Zugang zu neuen Ressourcen sozialer Unterstützung, sie bringen auch neue Verbindlichkeiten in Bezug auf Beistand und Hilfestellung für andere mit sich. Dazu sind schizophren erkrankte Menschen auf Grund ihrer seelisch-gefühlsmäßigen Beeinträchtigung oft nicht in der Lage. Und dies bedeutet unter Umständen auch Stress für diese Menschen. Denn lebensverändernde Ereignisse und anhaltende Schwierigkeiten, mit denen sich die signifikanten Anderen konfrontiert sehen, können für den schizophren erkrankten Menschen zur Belastung werden. Da ein großer Teil des Netzwerkes auch aus Mitpatienten besteht, ist dieser Fakt für den kranken Menschen von großer Bedeutung. Denn diese Mitpatienten sind mehr als die Normalbevölkerung negativen Lebensereignissen und chronischen Belastungen ausgesetzt. Insofern lässt sich die Frage nach dem optimalen Netzwerk für schizophren erkrankte Menschen nicht eindeutig beantworten, zumal sich die Bedürfnisse psychotisch erkrankter Menschen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung noch wandeln. Je nach den unterschiedlichen Phasen, der Genesungsphase und der Phase des Wiederaufbaus, konnten unterschiedliche Entwicklungen in den sozialen Beziehungen herausgearbeitet werden. In der Genesungsphase wurde Wert auf Gespräche mit anderen, auf das Ausdrücken von Gefühlen, auf das Gefühl, dazu zugehören sowie auf materielle Unterstützung gelegt. Dabei griffen die Kranken nach der Krankenhausentlassung überwiegend auf Kontakte zu Mitpatienten und Therapeuten zurück. Die Patienten bezeichneten sich noch selbst als "psychiatrischer Patient". Die wichtigste Ressource für soziale Kontakte war die Familie (vgl. ders., S. 203 f.).

In der Phase des Wiederaufbaus rückten die Kranken von ihrer Selbstdefinition als Expatienten ab. Sie knüpften neue Kontakte zu Personen außerhalb der Psychiatrieszene und der Familie. Die Motivation, von anderen zur Erfüllung sozialer Rollenerwartungen anges-

pornt zu werden und den Anspruch, ein gleichberechtigter Partner zu sein, der in der Lage ist, etwas zu geben, rücken in dieser Phase in den Vordergrund. Durch die immer enger werdenden Beziehungen gewannen auch Qualitäten wie einfühlsames Verständnis, Orientierung am Beispiel anderer und die Vermittlung von Einsicht an Bedeutung (vgl. ebd.). Eine wichtige Rolle für die Netzwerke schizophrener Erkrankter spielen ebenfalls die Reaktion der Umwelt sowie die aktuelle Lebenssituation psychotisch erkrankter Menschen. Sie gewähren einen sinnvollen Ansatzpunkt für psychosoziale Intervention (vgl. ebd.).

3.2.7. Empirische Untersuchung des sozialen Netzwerkes von Herrn K.

Im nachfolgenden Kapitel werden das Netzwerk und das Unterstützungssystem eines Klienten des PSWH's analysiert. Diese Analyse soll dazu beitragen, sowohl die Chancen, als auch die Risiken der Ambulantisierung in der Sozialpsychiatrie herauszuarbeiten.

Herr K (Name geändert) lebt seit September 2004 im Psychosozialen Wohnheim „Startbahn“. Er leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie und hat starke Ängste. Er ist 36 Jahre alt. Nachdem Herr K. in der DDR auf Grund einer Lese-Rechtschreibschwäche und Auffälligkeiten in der Sprache, er hat eine sehr verwaschene, undeutliche Aussprache, die Sonderschule beendet hat, absolvierte er eine Lehre zum Facharbeiter für Metallverarbeitung. Anschließend holte er in der Abendschule seinen Hauptschulabschluss nach. Darauf folgte eine weitere Lehre zum Koch. Diese konnte er aber nicht beenden, da er erkrankte. Nachdem er bereits von 1996 bis 2001 im PSWH gelebt hatte, fühlte er sich gesundheitlich so stabil und in seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten so wiederhergestellt und gestärkt, dass er im Sommer 2001 in eine eigene Wohnung zog, in welcher er zwei Jahre lebte. Im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens wurde er einmal wöchentlich von seiner Betreuerin besucht. Unterstützung benötigte er bei der Erledigung alltagspraktischer Fähigkeiten und bei Ämter- und Behördenangelegenheiten, aber auch bei der Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung.

Im Sommer 2003 erkrankte Herr K. erneut. Er traute sich nun selbst nicht mehr zu, in einer eigenen Wohnung zu leben und zog nach einem halbjährigen Klinikaufenthalt in eine Wohngruppe für psychisch erkrankte Menschen des psychiatrischen Wohnverbundes der AWO. Aber auch diese Betreuungsform reichte schon bald nicht mehr aus. Im September 2004 entschied Herr K. sich, zurück ins PSWH zu ziehen.

Gemeinsam mit Herrn K. wurde unter Anwendung der Methode von Straus/Höfer eine Netzwerkkarte erstellt (vgl. Straus/Höfer 1998, S. 8). Diese soll im Nachfolgenden ausgewertet werden.

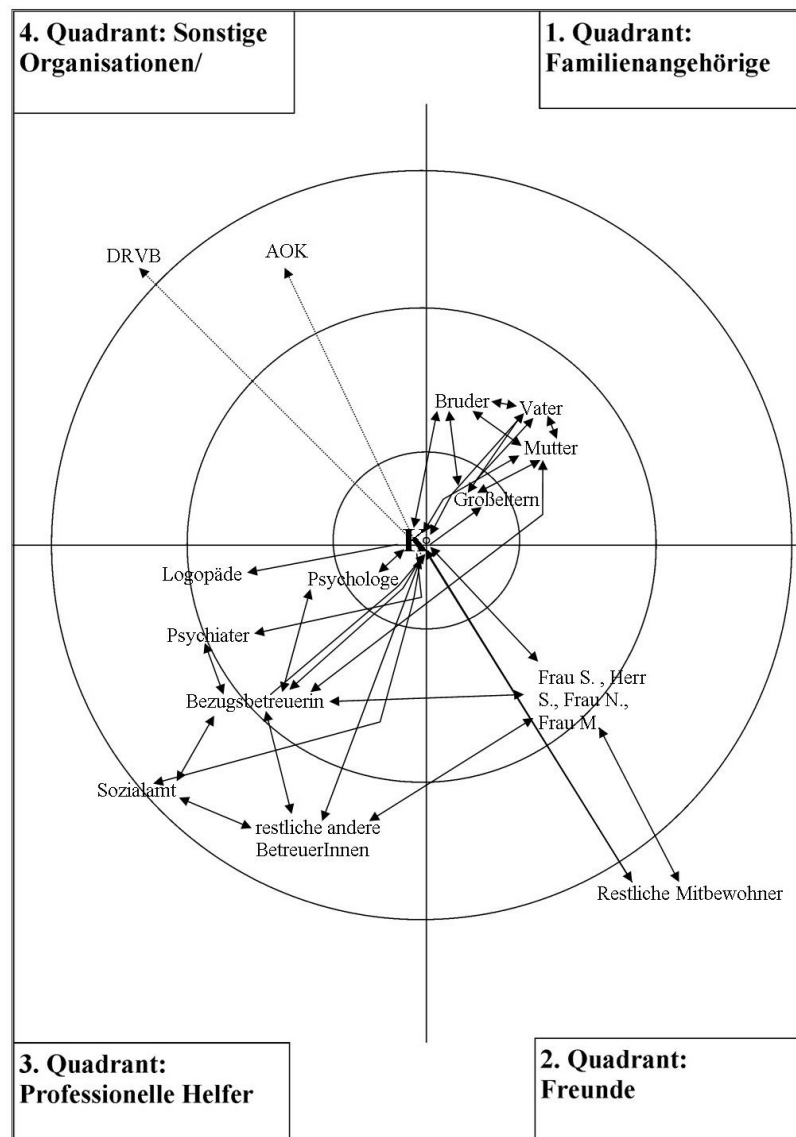


Abbildung 1 Netzwerkkarte Herr K.

Das sekundäre Netzwerk des Herrn K. besteht aus seiner Familie. Dazu gehören seine Eltern und sein Bruder. Herr K. hat ca. alle 14 Tage Kontakt zu ihnen und sie zu ihm, wie aus dem Doppelpfeil hervorgeht (vgl. Abb.1). Herr K. gibt an, mehr Kontakt zu Vater und Mutter zu haben als zu seinem Bruder. Den Kontakt zu seinen Familienmitgliedern bezeichnet er als stabil. Die Mutter lebt in Rostock, sein Bruder und sein Vater leben in Lüneburg und arbeiten in Hamburg. Das familiäre Netzwerk ist für Herrn K. von großer Bedeutung. Sie gewähren ihm psychische Unterstützung, vor allem in emotionaler Hinsicht. Ebenso gewähren sie ihm informelle Unterstützung, indem sie ihm Rat geben. Sie gewähren ihm aber auch in materieller Hinsicht Hilfestellung, indem sie ihm Nahrungsmitteln

u. ä. mitbringen. Zur weiteren Verwandtschaft besteht kein Kontakt. Herr K. selbst gibt an, noch ein starkes emotionales Verhältnis zu seinen Großeltern mütterlicherseits zu haben. Beide sind aber bereits gestorben.

Wie der Netzwerkkarte zu entnehmen ist, hat er seine Großeltern in den engsten Kreis eingezeichnet, sehr dicht in seiner Nähe, mit einem einfachen Pfeil. Sie geben ihm emotionale Unterstützung, da er fast täglich an sie denkt (vgl. ebd.).

Obwohl Herr K. ein sehr freundliches Wesen hat und auch sehr hilfsbereit ist, hat er keine Freunde außerhalb des Wohnheimes. Innerhalb der Einrichtung hat er Kontakte zu Mitbewohnern, die jedoch überwiegend eigene Probleme haben. Vor allem zu vier weiteren Mitbewohnern hat er engeren Kontakt. Zu allen anderen Bewohnern gestaltet sich der Kontakt eher lose, Unterstützung ist weniger zu erwarten. Wenn doch, dann beläuft sich diese auf informelle Unterstützung, dem Tagesgeschehen im Heim entsprechend.

Das sekundäre Netzwerk des Herrn K. besteht aus Einrichtungen, wie Krankenkasse, Rententräger und Sozialamt. Es sind lose Verbindungen, deshalb mit einer gestrichelten Linie und einfachem Pfeil dargestellt. Zur Krankenkasse hat er nur einmal im Jahr Kontakt, wenn er seine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente beantragt. Vom Rententräger wird monatlich die Rente gezahlt. Alle zwei Jahre wird überprüft, ob er noch berechtigt ist, eine Rente für Erwerbsunfähige zu beziehen.

Die meisten Kontakte kann Herr K. im Quadrant 3, dem der professionellen Helfer aufweisen (vgl. ebd.). Eine sehr enge, stabile Beziehung hat er zu seinem Psychologen. Dieser sucht ihn einmal wöchentlich im Wohnheim auf. Herr K. selbst empfindet diese Unterstützung als sehr hilfreich. Der Psychologe gewährt Herrn K. überwiegend psychologische Unterstützung, d. h., er gewährt ihm vor allem kognitive Unterstützung indem er ihm Feedbacks gibt, Orientierung bei der Suche nach Problemlösungen gewährt und auch Rat gibt. Der Psychologe wiederum sucht Kontakt zu den Betreuern. Er bespricht das weitere Vorgehen in seiner Arbeit und die Entwicklung Herrn K's mit ihnen.

Herrn K's. Tagesablauf spielt sich überwiegend im Wohnheim ab. Auf Grund der starken Ängste verlässt er dieses nur, wenn es unbedingt nötig ist. Einmal im Monat sucht er seinen behandelnden Psychiater auf. Auch von ihm erfährt er psychologische Unterstützung, die Herrn K. sehr wichtig ist.

Auf gleicher Höhe hat Herr K. in der Netzwerkkarte seine Bezugsbetreuerin eingezeichnet. Zu ihr verbindet ihn ein starkes Vertrauensverhältnis, gewährt sie ihm doch sowohl psychologische Unterstützung als auch informelle Unterstützung. An sie kann er sich jederzeit mit seinen Problemen wenden. An die anderen Betreuer des Wohnheimes kann er sich

ebenfalls wenden. Wie aus der Netzwerkkarte hervorgeht, ist das Vertrauensverhältnis nicht so stark, wie zu seiner Bezugsbetreuerin. Das Wohnheim stellt für Herrn K. neben seiner Familie das einzige stabile Netz dar, das ihm Unterstützung gewährt, sowohl psychische, als auch instrumentelle. Hier hat er die Möglichkeit, mit anderen in Kontakt zu treten, wann immer er will. Er verbringt Feste und Feiern mit seinen Mitbewohnern, ohne dass er dafür große Anstrengungen bewältigen und das Haus dazu verlassen muss. Herr K. bekommt Hilfe und Unterstützung, wann immer er sie benötigt. Er kann sich aber auch zurückziehen, wenn er es wünscht. Das Wohnheim bietet ihm Sicherheit und Schutz. Neben der psychischen Unterstützung, den kognitiven und emotionalen Hilfen, erfährt er im Wohnheim auch instrumentelle Unterstützung in Form von Informationen und materiellen Hilfen. Die Gefahr, die sich aus diesem dünnen und einseitigen Netzwerk ergibt, besteht darin, dass Herr K. von diesem Netzwerk abhängig ist und es im Falle eines Auszuges wegfällt. Außer dem primären Netzwerk, seiner Familie, hat er dann kein weiteres Netzwerk, an das er sich im Falle eines Problems wenden kann. Die Familie muss dann die meisten Aufgaben der professionellen Helfer übernehmen.

Zu vermuten bleibt, dass, Herr K. zu vereinsamen droht, wenn er trotz einer ambulanten Hilfe und Unterstützung diesen geschützten Rahmen verlässt. Da er von starken Ängsten beherrscht ist und seine Wohnung nur im äußersten Notfall verlassen würde, wäre er vermutlich nicht in der Lage, Netzwerke außerhalb der Häuslichkeit aufzubauen. Herrn K. würde die absolute soziale Ausgrenzung drohen!

Er selbst schilderte bei der Erstellung der Netzwerkkarte, dass er unter der Einsamkeit in der Häuslichkeit stark gelitten hat. Am schlimmsten waren für ihn dabei die Wochenenden, an denen er keinen Kontakt zu anderen Menschen hatte. Als Folge trat eine Verstärkung der psychotischen Symptome auf, woraufhin es zur Klinikeinweisung kam.

Für Herrn K. wird es vorerst noch sehr wichtig sein, soziale Unterstützung dort zu erhalten, wo sie auch wirksam sein kann. Das bedeutet also im PSWH. Durch die Möglichkeit, soziale Unterstützung auch dann zu gewähren, wenn sie angezeigt ist, also zu jeder Tag- und Nachtzeit, und dazu bietet der Rahmen des PSWH die Voraussetzungen, ist es für Herrn K. möglich, physisch und psychisch gesundheitlich stabil zu bleiben. Er fühlt sich in dieser Wohnform geborgen, sicher und sozial integriert.

3.2.8. Empirische Untersuchung des sozialen Netzwerkes von Herrn L.

Im vorangegangenen Kapitel wurde das Netzwerk und Unterstützungssystem des Herrn K., einem Bewohner des PSWH's untersucht. Um die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung für die Klienten herauszuarbeiten, soll im weiteren Verlauf dieser Arbeit das Netzwerk eines Klienten des ABW's, Herrn L. (Name geändert), analysiert werden. Durch die Gegenüberstellung dieser beiden Netzwerke werden die Unterschiede im stationären und ambulanten Bereich dargelegt.

Herr L. ist seit August 2003 Klient im ambulant betreuten Einzelwohnen. Er wurde 1951 geboren und leidet an einer bipolaren Affektstörung. Mit sechs Jahren wurde er in die allgemeinbildende Polytechnische Oberschule eingeschult. Bereits in der 3. Klasse wechselte er auf die damalige Erweiterte Oberschule für erweiterten Russischunterricht. Auf Grund mangelnder Leistungen in der Eliteschule kam er Anfang der 7. Klasse wieder zurück an die Polytechnischen Oberschule und beendete 1967 die 10. Klasse. Darauf folgte eine Berufsausbildung mit Abitur zum Kellner. Anschließend wurde Herr L. zur Armee eingezogen und begann dann im Jahre 1972 ein Lehrerstudium an der damaligen Wilhelm-Pieck-Universität Rostock. Er brach das Studium nach einem Jahr ab und begann eine Tätigkeit als Pionierleiter. Die Ausbildung dazu holte er in den Jahren 1974 bis 1976 nach. Bis 1990 war er in diesem Beruf tätig. Von 1990 bis 1997 arbeitete Herr L. in unterschiedlichen Einrichtungen als Sozialbetreuer. 1997 erkrankte Herr L. erstmalig akut und befand sich mehrere Wochen in der Universitätsnervenklinik Rostock. Diesem Klinikaufenthalt folgten noch vier weitere längere Klinikaufenthalte sowie zwei Aufenthalte in der psychiatrischen Tagesklinik. 1992 begann Herr L. ein Studium zum Diplom-Sozialpädagogen, welches er aber auf Grund seiner Erkrankung nicht beenden konnte. Dies stellte für ihn eine herbe Enttäuschung dar. Kurz danach zerbrach auch noch seine kinderlose Ehe. 1997 zog seine Ehefrau aus der gemeinsamen Wohnung aus. Herr L. kam mit der veränderten Lebenssituation nicht zurecht. Er wurde 2002 auf Grund seiner Erkrankung berentet. Gemeinsam mit Herrn L. wurde ebenfalls eine Netzwerkkarte nach Straus/Höfer's Methode erstellt (vgl. Straus/Höfer 1998, S. 8).

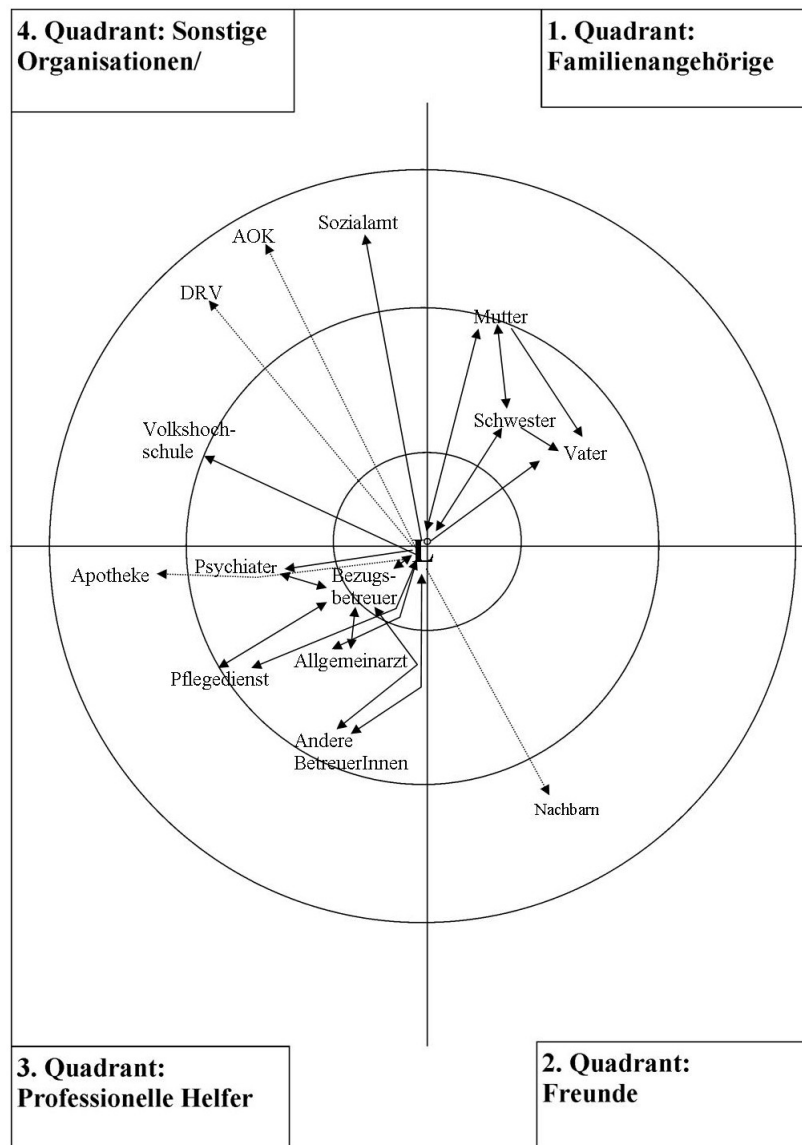


Abbildung 2 Netzwerkkarte Herr L.

Deutlich zu erkennen ist hier, dass Herr L. überwiegend Kontakte zu Organisationen und zu professionellen Helfern, also innerhalb des sekundären und tertiären Netzwerkes, hat. Vor allem der Besuch der Volkshochschule ist ihm sehr wichtig. Sie ist für seine informelle Unterstützung sehr wertvoll, gibt sie ihm doch Lebenshilfe im Allgemeinen und leistet einen Beitrag dazu, seine Kreativität umzusetzen. Hier trifft er auf andere Menschen und findet Bestätigung für sich. Da die Beziehung zur Volkshochschule nur einseitig besteht, führt auch nur ein einfacher Pfeil dorthin (vgl. Abb. 2).

Zum Rentenversicherungsträger, zur AOK sowie zum Sozialamt hat er höchstens einmal im Jahr Kontakt, wenn es um die Weitergewährung der Hilfen oder Beantragung der Befreiung von Zuzahlungsgebühren geht. Ein Pfeil mit einer gestrichelten Linie verdeutlicht dies.

Das primäre Netzwerk setzt sich aus seiner Familie und aus oberflächlichen Kontakten zu den Nachbarn zusammen. (vgl. ebd.).

Das familiäre Netzwerk des Herrn L. umfasst seine Schwester (53) und seine über 83 jährige Mutter. Beide unterstützen Herrn L. sowohl psychisch praktisch indem sie ihm mit Rat, Feedback und auch Orientierung bei der Suche nach Problemlösungen zur Seite stehen, als auch instrumentell, z.B. in materieller Hinsicht, indem sie ihn finanziell unterstützen. Sowohl seine Schwester als auch seine Mutter sind wichtige Bezugspersonen für Herrn L. In der Netzwerkkarte dargestellt durch den doppelten Pfeil (vgl. ebd.). Eine weitere wichtige Bezugsperson für Herrn L. ist sein 1995 verstorbener Vater. Er besucht ihn oft auf dem Friedhof und spürt, dass die Kenntnisse des Vaters aber auch Erinnerungen in ihm weiterleben. Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten hat er von diesem übernommen.

Eine ebenfalls sehr wichtige Größe in seinem Leben stellen die professionellen Helfer für Herrn L. dar. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, hat er sogar ein engeres Verhältnis zu seiner Bezugsbetreuerin als zu seiner Familie. Von der Bezugsbetreuerin fühlt er sich nach eigenen Aussagen sehr angenommen, fürsorglich und individuell betreut. Sie gewährt ihm sowohl psychische als auch instrumentelle Unterstützung. Ganz deutlich ist an dieser Stelle die Gefahr der Abhängigkeit zu erkennen. Hier stellt sich die Frage, was passieren würde, wenn die professionelle Hilfe endet. Ähnlich wie bei Herrn K. ist auch bei Herrn L. zu erkennen, dass es die professionellen Helfer sind, die sehr bedeutende Bezugspersonen für sie darstellen. Bei der Lösung ihrer Probleme können sie hauptsächlich nur auf diese Netzwerke zurückgreifen. Brechen diese weg, so würde Herr L. und auch Herr K. sehr isoliert leben. Ihnen droht dann Vereinsamung; welche dazu führen kann, dass sie erneut erkranken.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl Herr K's. Netzwerk als auch das des Herrn L. sehr stark von professionellen Helfern dominiert werden. Eine Abhängigkeit vom sekundären Netzwerk ist bei beiden deutlich erkennbar. Herr L. hat nur sehr wenige, lose Kontakte zu anderen Menschen, z.B. in der Volkshochschule. Aber diese Kontakte beruhen auf Einseitigkeit, da sie ausschließlich durch Herrn L. gesucht werden. Als Unterstützungsnetzwerk sind sie wenig relevant. Brechen sowohl bei Herrn L. als auch bei Herrn K. die Unterstützung durch professionelle Helfer weg, so bleibt nur noch die kleine Familie als Unterstützungsnetzwerk übrig. Diese ist aber oft mit der Hilfe überfordert.

Sowohl Herr L. als auch Herr K. haben keine Freunde außerhalb des Psychiatriesystems. Herr K. hat ein paar Sozialkontakte im Wohnheim. Sie und auch die BetreuerInnen des Hauses sind immer präsent, wenn er sie benötigt, auch am Wochenende. Dadurch ist die Gefahr der Vereinsamung mit dem Wohnen in einer stationären Einrichtung nicht gegeben. Sosehr es für psychisch erkrankte Menschen wichtig ist, in einer eigenen Wohnung zu leben, so ist die Gefahr der Vereinsamung groß. Herr L. leidet besonders an den Wochenenden unter Einsamkeit, da sowohl die professionellen HelferInnen als auch die Volkshochschule frei haben und Mutter und Schwester nicht ständig präsent sind. Die Möglichkeiten, weitere Kontakte außerhalb des Psychiatriesystems zu knüpfen, nutzt Herr L. nicht. Warum er das nicht tut, kann im Rahmen dieses Fallbeispiels nicht mehr diskutiert werden.

3.3. Abweichendes Verhalten und daraus resultierende Konsequenzen für Bewohner des Wohnheimes „Startbahn“ und Klienten des ambulant betreuten Einzelwohnens

In der Sonderpädagogik trifft man immer wieder auf drohende Aussonderungsprozesse. Sie bewirken, dass die Betroffenen auch ohne ihr Zutun vom gesellschaftlichen Leben ferngehalten werden. Daraus resultierend gelten sie als Abweichler. Trotz aller Bemühungen um wissenschaftliche Neutralität, konnte die Psychiatrie bisher nicht verhindern, dass ihre Diagnosen laienhaft und missverständlich in öffentliche Aussagen übergangen, die für den psychisch erkrankten Menschen eine Reihe von Stigmatisierung und Zurücksetzung einleiteten. Die gemeinsamen Erfahrungen dieser Menschen sind ihre Erkenntnisse als Ausgeschlossene, Ausgegrenzte, Außenseiter und gern benutzte „Sündenböcke“. Sie sind mit Vorurteilen und unterschwelliger offener Aggression konfrontiert (vgl. Keupp 1972, S. VIII). Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll das Leben der psychisch erkrankten Menschen mit dem behafteten Stigma einerseits in der eigenen Wohnung und andererseits in einem geschützten Raum, dem PSWH, herausgearbeitet werden. Es wird untersucht, welche Chancen und Risiken das ambulante Wohnen in Bezug auf Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen in sich birgt.

3.3.1. Norm

Zur Erklärung von abweichendem Verhalten kann man den Begriff der Norm heranziehen. *“Normen sind danach Regeln für bewusstes Handeln, Vorschriften für Verhalten, Verhaltenserwartungen oder gar Verhaltensforderungen.“* (Lamnek 2001, S. 17, zit. nach Lautmann 1969, S. 54). Normen können auch als Verhaltensforderungen für wiederkehrende, regelmäßig geforderte Situationen definiert werden (vgl. Lamnek 2001, S. 17). Es muss Personen oder Institutionen geben, welche diese Vorschriften aufzeigen und aufstellen und welche versuchen, die auf die Normen abgestimmten Verhaltensmuster durchzusetzen. Ebenso muss es aber auch Personengruppen geben, an die sich die Normen richten, denn sonst wären die Normen sinnlos. Und nicht zuletzt müssen Normen sich in ihrer Aussage auf konkrete Sachverhalte beziehen, sonst verlieren sie ihre Bedeutung und dienen eventuell dazu, bestimmte Ideologien zu rechtfertigen (vgl. ders., S. 18).

Normen unterliegen einem ständigen historischen und sozialen Wandel sowie einer sozialen Kontrolle, durch die es möglich ist, die Durchsetzung der Normen zu überprüfen. In diesem Zusammenhang gebraucht Lamnek den Begriff der Sanktionen. Dabei unterscheidet er den soziologischen Begriff der Sanktionen vom Alltagsprachlichen dadurch, dass Sanktionen sowohl positiv als auch negativ eingesetzt werden können. Im Kapitel 3.3.3. wird noch einmal ausführlicher auf die soziale Kontrolle eingegangen.

Normen können aber auch widersprüchlich sein, so dass zum Beispiel ein Konflikt bei der Befolgung der Norm entstehen kann und somit negative Sanktionen in Kauf genommen werden müssen. Der Sanktionsmechanismus garantiert also keine perfekte Normbefolgung (vgl. ebd.).

Im Laufe seines Lebens verhält sich jeder Mensch immer wieder mal abweichend von den Normen. Er lebt in einem Normengefüge, welches einerseits selbst im steten Wandel begriffen ist, andererseits gibt es genug Konfliktsituationen, die ein Abweichen von der Norm erfordern bzw. befördern. Die Rollenvielfalt eines Individuums und damit widersprüchliche Erwartungen an dieses sorgen dafür, dass Anpassbarkeit und Übereinstimmung nicht durchgängig erfüllt werden können. Der rasche soziale Wandel führt darüber hinaus zu Desorientierung und zu Abweichungen zwischen erwartetem und gezeigtem Verhalten (vgl. ebd.).

Ein Beispiel aus der täglichen psychiatrischen Arbeit soll diese Aussage untermauern. Dass Klienten pünktlich in der Tagesstätte erscheinen, kann als eine gesellschaftliche Norm angesehen werden. Sie wissen, dass Unpünktlichkeit sanktioniert wird. Sind sie aber zu spät

dran, weil ihnen das Aufstehen schwer fiel, so verzichten sie auf die Körperpflege. Sie nehmen eher die tadelnden Worte der Betreuer bezüglich ihrer Körperpflege in Kauf als Kritik wegen Unpünktlichkeit zu erhalten.

3.3.2 Abweichendes Verhalten

Die Begriffsbestimmung für abweichendes Verhalten orientiert sich an den Normen. Objektiv gleiche Verhaltensweisen können situationsspezifisch, positionsspezifisch und kulturspezifisch sowohl zu konformen als auch zu nicht konformen Verhaltensweisen gerechnet werden (vgl. Lamnek 1999, S. 30). Abweichendes Verhalten wird nicht beschreibend ermittelt, sondern es wird in einem unveränderlich zugeschriebenen Prozess begründet (vgl. Keupp 1972, S. 114). Es spielt also eine große Rolle, ob die gepflegte Oma in der Straßenbahn schwarz fährt, in diesem Falle könnte man ihr Vergesslichkeit unterstellen, oder ob der ungepflegte psychisch Kranke in der Straßenbahn schwarz fährt. Hier wird man ihm möglicherweise gleich Betrug unterstellen. Normen wandeln sich, sie gelten für den einen, nicht aber für die Anderen. Dementsprechend variieren die Verhaltensweisen, die als abweichend gelten (vgl. Peters 1995, S. 21). Verhalten mit dem Merkmal „krank“ erhält dieses Merkmal erst in gesellschaftlichen Bewertungsprozessen. Verhaltensweisen können erst dann in ihren Bedingungen erkannt werden, wenn sie im Zusammenhang mit sozialen Regelsystemen gesehen werden (vgl. Keupp 1972, S. 113). Wird abweichendes Verhalten als abweichend definiert, hat es die soziale Kontrolle zur Konsequenz (vgl. ders., S. 122).

In unserer Gesellschaft gehört es dazu, dass Normverstöße toleriert werden. Über eine rote Ampel zu gehen, wird z. B. nicht in jedem Fall sanktioniert. Andererseits existiert neben diesem tolerierten Bereich auch eine Bandbreite von Erscheinungen, die zum Ziel der öffentlichen Kontrolle geworden sind. Dazu zählen unter anderem Sucht, Kriminalität und psychische Erkrankungen. Da diese Verhaltensweisen von den gesellschaftlichen Standards abweichen, deren Befolgung die Grundlage für eine stabile, gesellschaftliche und wirtschaftliche Ordnung ist, sind gerade diese Gruppen Ziel der öffentlichen Kontrolle, aber auch von Interventionen und Repressionen (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit 2002, S. 5). Der Abweichende wird mitunter als soziales Problem und damit als gesellschaftliche Bedrohung gesehen. Er trifft auf Ablehnung und Vorurteile und fordert eine professionelle Reaktion heraus. Diese professionelle Reaktion wird meist von Wohlfahrts-, Bestrafungs- oder Besserungsinstanzen vorgenommen. In der Psychiatrie kann dies zum

Beispiel die Einweisung in eine Klinik sein. Es kann aber auch die Beauftragung durch ein Gericht sein, einen psychisch kranken Menschen in eine stationäre Wohnform unterzubringen. In der täglichen Arbeit ist dies oft zu beobachten.

Die professionelle Reaktion ist mit den Interessen an den Ursachen abweichenden Verhaltens verbunden. Hier stehen sich die Theorien des abweichenden Verhaltens, die in dem ursächlichen Verhalten des Individuums liegen, und die Theorien, die Abweichung in den gesellschaftlichen Zuschreibungsprozessen sehen, gegenüber (vgl. ebd.).

3.3.3. Soziale Kontrolle

Normen werden durch Kontrolle und Sanktionen durchgesetzt. Der soziologische Begriff der Sanktionen unterscheidet sich vom umgangssprachlichen Gebrauch dadurch, dass die Sanktionen sowohl zum Zwecke des Verstärkens als auch des Abbaus bestimmter Verhaltensweisen eingesetzt werden können (vgl. Lamnek 2001, S. 20). Angepasstes Verhalten soll belohnt werden, unangepasstes Verhalten wird bestraft. Wobei die Bestrafung den Sinn haben soll, zukünftiges Verhalten den Normen angepasst zu gestalten. Die Normen sind dabei von unterschiedlichem Gewicht, welches sich in der Härte der Sanktionen ausdrückt, die im Falle einer entdeckten Normverletzung angewendet werden (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit 2002, S. 5).

Soziale Kontrolle umfasst die Gesamtheit aller sozialen Prozesse und Strukturen, die abweichendes Verhalten der Mitglieder einer Gesellschaft verhindern oder einschränken. Mit dieser Definition geraten allerdings nicht jene Prozesse in den Blick, die auf die Entstehung von Angepasstheit oder die Vermeidung abweichenden Verhaltens zielen. Denn es ist nicht sicher, dass diese Prozesse auch ihr Ziel erreichen (vgl. Peters 1989, S. 129).

Soziale Kontrolle bedeutet aber auch, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die als Reaktion auf gegenwärtiges oder erwartbares abweichendes Verhalten verstanden werden können und abweichendes Verhalten zukünftig verhindern sollen. Verhindern heißt hierbei nicht unbedingt die Angepasstheit des Adressaten wiederherzustellen. Als Maßnahmen sozialer Kontrolle können auch Verbannung, Aussonderung oder gar Tötung des Adressaten verstanden werden. Maßnahmen sozialer Kontrolle zielen auf Verhindern abweichenden Verhaltens in dem sozialen System ab, in dem sie auch ergriffen werden (vgl. ders., S.131).

Der Begriff der sozialen Kontrolle impliziert aber noch ein weiteres Merkmal. Diesbezüglich müssen eine oder mehrere Bezugsgruppen, die über die Geltung der jeweiligen Norm wachen, erkennbar sein und gegebenenfalls diese Geltung wieder herstellen. Die Bezugs-

gruppen wachen nicht nur über die Gültigkeit der jeweiligen Norm, sondern sie wachen auch über die Reaktion auf Normverstöße und die Angemessenheit der Sanktionen (vgl. ders., S. 132).

Bisher wurde der Begriff der sozialen Kontrolle nur in Form der negativen Sanktionen entwickelt. Diese haben zwei Wirkmechanismen: einerseits verringern sie die sozialen Teilnahmechancen der Sanktionierten und andererseits werten diese sie ab, indem sie sie in Misskredit bringen oder herabsetzen (vgl. ebd.).

Es gibt aber auch Handlungen, die nicht diese Wirkmechanismen haben, aber trotzdem der Definition der sozialen Kontrolle entsprechen. Das sind zum Beispiel sozialpolitische und sozialpädagogische Maßnahmen, aber auch informelle und private Zuwendungen. Diese sollen den Status des Adressaten anheben, mit dem Ziel, künftig abweichendes Verhalten zu verhindern. Soziale Kontrolle ist somit ein Handeln, welches zum Ziel hat, abweichendes Verhalten zukünftig zu verhindern. Dabei kommt es auf den persönlichen Sinn an, den der Hilfeleistende mit seiner Handlung verbindet. Da es manchmal schwierig ist, diesen Sinn zu ermitteln und zu entscheiden, ob eine Kontrollhandlung vorliegt, empfiehlt es sich, so Peters (vgl. ders., S. 133f.), den Begriff der sozialen Kontrolle operational zu erfassen. Konkret bedeutete das, wenn eine Handlung als Kontrollhandlung erkannt werden soll, ist der subjektive Sinn anhand des Anlasses der Handlung zu ermitteln. Handlungsanlass soll dabei bedeuten, mit seinem normwidrigen Verhalten den Kontrolleur zu einer Kontrollhandlung zu bewegen. Denn nur wenn der tätige Kontrolleur die Abweichungen des Adressaten auch als abweichend bezeichnet, ist die Handlung des Kontrolleurs als Kontrollhandlung zu benennen. Während sich Kontrollhandlungen in der Strafjustiz und der Polizei eindeutig identifizieren lassen, so gestaltet sich für SozialarbeiterInnen die Identifizierung von normwidrigen Handlungen etwas schwieriger. Bei einem großen Teil der Handlungen von SozialarbeiterInnen ist die Orientierung an der Operationalisierungsempfehlung von Peters möglich und lässt sich als Kontrollhandlungen identifizieren.

3.3.4. Abweichendes Verhalten und soziale Kontrolle

„Wer gesellschaftliche Regeln verletzt, zieht Aufmerksamkeit auf sich“ (Peters 1995, S. 5).

Psychisch Kranke stehen in dem Ruf, sich merkwürdig zu verhalten. Dadurch ziehen sie Aufmerksamkeit auf sich. Sie sind es auch, die sich nicht immer an vorgegebene Regeln und Normen halten. Das verursacht bei ihren Mitmenschen Unmut und Ärger. Im folgenden Kapitel soll ergründet werden, worin sich dieser Ärger begründen könnte. Bezug neh-

mend auf das Thema dieser Untersuchung sind die Chancen und Grenzen für die KlientInnen im Rahmen der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen herauszuarbeiten.

Psychisch erkrankte Menschen nicht in jedem Fall kriminell. Im übertragenen Sinn kann von den Thesen, die Peters in seinen Ausführungen (vgl. Peters 1995, S. 9ff.) untersucht, aber auch auf die Psychiatrie geschlossen werden.

Das Interesse an abweichendem Verhalten könnte in der Furcht begründet sein, dass die Abweichler die Angepassten an der Befriedigung ihrer Bedürfnisse hindern könnten. Damit wäre auch das Interesse an sozialer Kontrolle und an den Maßnahmen zur Verhinderung abweichenden Verhaltens zu erklären. Das Interesse an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle ist stark verbreitet. Dies gilt vor allem für das abweichende Verhalten, das gegen Strafrechtsnormen verstößt, aber auch für die Kriminalität und die dafür entsprechenden Kontrollmaßnahmen. Vor allem die Massenkommunikationsmedien widmen sich dieser Thematik sehr ausführlich, allen voran das Fernsehen. Peters erwähnt in seinen Ausführungen verschiedene Thesen, welche das Interesse speziell an Kriminalität und Kriminalitätskontrolle zu erklären versuchen. Eine These geht von der Annahme aus, dass das Interesse an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle dem Bedürfnis folgt, sich als Gesellschaftsmitglied akzeptiert zu fühlen. Das Interesse an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle wird stets von einer deutlichen Ablehnung abweichenden Verhaltens und von Initiativen, den eigenen und den Feind der Gemeinschaft anzugreifen, begleitet. Man kann davon ausgehen, dass das Interesse an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle dem Bedürfnis nach gesellschaftlicher Integration folgt.

Eine weitere These sagt aus, dass die Befriedigung des Interesses an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle soziale Ungleichheit erhalten hilft. Soziale Ungleichheit bleibt unberührt bzw. verfestigt sich sogar, wenn das Integrationsbedürfnis durch den Konsum von Kriminalitätsdarstellungen befriedigt wird. Man könnte sagen, dass Nutznießer sozialer Ungleichheit sich der Verbreitung des Interesses an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle nicht widersetzen dürfen. Damit lässt sich die Annahme begründen, dass die Themen abweichenden Verhaltens und sozialer Kontrolle auch angebotsinduziert sind. Bei dem Interesse an abweichendem Verhalten und sozialer Kontrolle geht es um die Befriedigung von Strafbedürfnissen, die sich aus den Anstrengungen ergeben, die nicht konformes Verhalten mit sich bringt, um die Befriedigung von Integrationsbedürfnissen.

3.3.5. Stigma

Goffmann bezeichnet Stigma als die Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist (vgl. Goffmann 1998, S. 7). Die Gesellschaft schafft Mittel zur Einordnung von Personen sowie einen kompletten Satz von Merkmalen und Eigenschaften, den man für die Mitglieder dieser Gruppe als gewöhnlich und normal empfindet. Soziale Einrichtungen gründen ihre Einrichtung zielgerichtet auf den Personenkreis, den man als seine Klientel, seine Zielgruppe ausgemacht hat. Die Routine in den bestehenden Einrichtungen macht es möglich, dass mit diesen Menschen ohne besondere Aufmerksamkeit und Gedanken umgegangen wird. Trifft man auf einen Fremden, wird schon beim ersten Anblick seine soziale Identität vorweggenommen. Dabei werden persönliche Eigenschaften und strukturelle Merkmale einbezogen. Diese Vorwegnahme wird in normative Erwartungen umgewandelt. Dies erfolgt unbewusst und wird erst bewusst, wenn die Frage auftaucht, ob diese Forderungen erfüllt werden oder nicht (vgl. ders., S. 10).

Goffmann unterscheidet zwischen einer virtuellen sozialen Identität, wozu Schuldzuschreibungen gehören und der aktuellen sozialen Identität, den Eigenschaften und Attributen, die das Individuum wirklich besitzt (vgl. ebd.).

Er gebraucht den Terminus Stigma in Bezug auf Eigenschaften, die jemanden zutiefst in Verruf bringen können. Das ist allerdings sehr relativ zu sehen, denn vermag ein und dieselbe Eigenschaft das eine Individuum zu stigmatisieren, so kann es bei jemand Anderen die Normalität bestätigen (vgl. ders., S. 12).

Goffmann unterscheidet drei Typen von Stigma: verschiedene körperliche Deformationen, individuelle Charakterfehler, hierzu zählt er die psychisch Kranken, und die von Rasse, Nation und Religion Abweichenden. Diese Stigmata können von Geschlecht zu Geschlecht sowie von allen Mitgliedern einer Familie aufgenommen werden. Alle Stigmabeispiele besitzen vergleichbare Merkmalsausprägungen. Das Individuum, welches in die gesellschaftlichen Kreise hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit der Anderen aufdrängt. Dieses kann bewirken, dass sich die Anderen von ihm abwenden. Andere Eigenschaften, die das Individuum besitzt, interessieren dabei nicht mehr.

Auf Stigmatisierte wird eine Vielzahl von Diskriminierungen ausgeübt, welche ihre Lebenschancen gedankenlos reduzieren. Es wird eine Theorie konstruiert, die ihre Minderwertigkeit erklären und ihre Gefährdung nachweisen soll. Spezielle Termini wie „ Krüpp-

pel“, „Bastard“ oder „Schwachsinniger“ werden gebraucht, ohne dabei an die ursprüngliche Bedeutung zu denken. Eine Vielzahl von Unvollkommenheiten wird unterstellt. Gleichzeitig werden wünschenswerte, aber auch unerwünschte Eigenschaften angedichtet. Reagiert der Stigmatisierte auf seine Situation mit Verteidigung, kann dies als direkten Ausdruck seines Defektes aufgefasst werden. Defekt und Reaktion können als gerechte Vergeltung für etwas gesehen werden, was der Stigmatisierte getan hat (vgl. ders., S. 15).

Weicht eine Person wiederholend von normierten Verhaltenserwartungen ab, wird sie stigmatisiert. Sie kann wahrnehmen, dass die Anderen nicht bereit sind, ihr auf gleicher Ebene zu begegnen. Sie erkennt, dass sie nur eingeschränkt akzeptiert wird. Diejenigen, die mit dem Stigmatisierten zu tun haben, lassen es an Respekt und Achtung ihm gegenüber fehlen. Die stigmatisierte Person kann erkennen, was ihre Bezugspersonen als Mangel empfinden. Dadurch wird ihr ihre soziale Distanz deutlich (vgl. ders., S. 16).

Soweit die stigmatisierte Person dazu in der Lage ist, kann sie versuchen, die Situation zu korrigieren, z. B. durch Beinprothesen bei Beinamputierten. Sie kann auch versuchen, ihren Zustand indirekt zu korrigieren, indem sie sich Dinge aneignet, die für Menschen in dieser Kategorie kaum möglich sind. So kann z. B. ein Blinder das Klavierspielen erlernen (vgl. ders., S. 19). Die stigmatisierte Person kann mit der Realität brechen und eigenwillig versuchen, eine unkonventionelle Auffassung von der Eigenart ihrer sozialen Identität durchzusetzen. Sie kann aber ebenso geneigt sein, das „Stigma“ für sekundäre Gewinne zu benutzen, z.B. als Entschuldigung für Misserfolg, der ihm aus anderen Gründen widerfahren ist (vgl. ders., S. 22).

Wenn „Normale“ und Stigmatisierte in Interaktion miteinander treten, passiert es in vielen Fällen, dass Ursache und Wirkung von Stigma direkt von beiden Seiten gegenübergestellt werden. Der stigmatisierte Mensch spürt, dass er sich unsicher fühlt, wie die „Normalen“ ihn identifizieren und aufnehmen werden. Es entsteht aber auch Unsicherheit dadurch, dass der stigmatisierte Mensch weiß, dass die Anderen ihn innerlich nach seinem Stigma definieren. Dadurch entsteht bei ihm das Gefühl, nicht zu wissen, was die Anderen wirklich über ihn denken (vgl. ders., S. 24). Außerdem fühlt der Stigmatisierte, dass er handelt, da er sich über den Eindruck, den er erweckt, bewusst wird. Er fühlt ebenfalls, dass das gewöhnliche Interpretationsschema für alltägliche Ereignisse im Kontakt mit ihm untergraben wird. Er fühlt, dass unbedeutende Fertigkeiten als Zeichen von bemerkenswerten Fähigkeiten eingeschätzt werden können. Gleichzeitig können aber kleine Fehler als direkter Ausdruck seiner stigmatisierten Andersartigkeit interpretiert werden (vgl. ders., S. 25).

Auf der Grundlage dessen, was die stigmatisierte Person beim Eintritt in eine gemischte soziale Situation zu erwarten hat, kann sie dazu neigen, sich vorweg schon anders zu verhalten als sonst. Sie kann sich verkriechen, sie kann aber auch mit Feindseligkeiten gemischte Kontakte herbeiführen, welche eine Reihe unangenehmer Vergeltungen auslösen können.

Aber auch die sogenannten „Normalen“ finden Situationen mit Stigmatisierten prekär. Sie empfinden das stigmatisierte Individuum entweder als zu aggressiv oder zu schüchtern. In beiden Fällen sind sie bereit, angestrebte Bedeutungen in ihre Handlungen hineinzulegen (vgl. ders., S. 28). Konflikte sind vorprogrammiert. Der Stigmatisierte kann als jemand Besseres oder Schlechteres behandelt werden oder als ein Niemand, von dem Notiz genommen werden muss (vgl. ders., S. 29) Wahrscheinlich werden in sozialen Situationen mit einer stigmatisierten Person Eingruppierungen vorgenommen, die nicht passen. Sowohl die Normalen, als auch die Stigmatisierten erfahren wahrscheinlich Unbehagen. Da aber die Stigmatisierte Person häufiger mit diesen Situationen konfrontiert wird, wird sie voraussichtlich mehr Erfahrung mit ihrer Handhabung haben als die normale Person (vgl. ebd.).

3.3.6. Stigmatisierung psychisch Behinderter durch psychiatrische Institutionen

Psychisch Behinderte gehören zu gesellschaftlichen Randgruppen. Von ihnen wird von bestimmten Merkmalen auf typische Verhaltensweisen und Neigungen geschlossen. Sie stehen in dem Ruf, sich merkwürdig und unverständlich zu benehmen. Diesen Ruf verdanken sie vor allem der Tatsache, einmal Patient in einer psychiatrischen Klinik gewesen zu sein.

Der folgende Beitrag stützt sich auf eine Argumentation von Monika Gebauer (vgl. Gebauer 1975, S. 113-127). Ihre theoretischen Ausführungen dienen als weitere Grundlage, die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen darzustellen. Sie schließt sich der These an, dass psychische Erkrankung als individueller Status verstanden werden muss, dessen Existenz auf gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse zurückzuführen ist.

Die Zustände der anstaltsinternen psychiatrischen Versorgung werden als wesentliche Ursache für die Hartnäckigkeit der psychischen Behinderung gesehen. Die Anstaltspsychiatrie muss sich die Frage stellen, ob und inwiefern sie selbst einen stigmatisierenden Einfluss auf den sozialen Status einer Person ausübt, die als psychisch behindert gilt.

Psychiatrische Institutionen sind Instanzen sozialer Kontrolle. Sie sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass psychiatrische Diagnosen durch Mithilfe der Laienbevölkerung, durch ein spezifisch– naturwissenschaftlich-positivistisches Verständnis der Probleme und durch Zeitmangel bestimmt werden. Laien sind Personen ohne psychiatrisches Fachwissen. Dazu zählen z. B. Familienangehörige, Arbeitskollegen und Nachbarn, welche auf das Verhalten ihres Interaktionspartners aufmerksam werden. An Hand kultureller und sozialer Kriterien, wie z. B. Kleidungsgewohnheiten, Umgangsformen und andere Verhaltensweisen, treffen sie eine erste Auswahl. Diese Bewertungskriterien rufen sie aus ihrem jeweiligen kulturellen Erwartungs- und Orientierungshintergrund ab.

Bei der Dominanz einer naturwissenschaftlichen Problemsicht, halten sowohl die einweisenden Ärzte als auch die Anstaltspsychiater an ihren medizinischen-psychiatrischen Pathologiekonzepten fest. Dabei werden die persönlichen Überzeugungen davon, was als gesund und was als psychisch krank gilt, mit in den therapeutischen Entscheidungsprozess eingebracht. Sie entstammen dem kulturellen Orientierungshintergrund des jeweiligen Mediziners und spiegeln seine subjektive Werthaltung wieder.

Sowohl freipraktizierende Ärzte als auch angestellte Ärzte praktizieren unter enormem Zeitdruck. Dieser verhindert, dass die Argumente von besorgten Angehörigen oder entrüsteten Beschwerdeführern zugunsten der Hospitalisierung der Patienten auf ihre Stichhaltigkeit überprüft werden. Deshalb kommt es häufig vor, dass sowohl die einweisenden Ärzte als auch die Anstaltspsychiater, Entscheidungen über stationäre Einweisungen treffen, bei denen sie sich den von den Laien gefällten Diagnosen anschließen. Die Folge daraus ist, dass Menschen mit völlig sachfremden Gründen in der Psychiatrie aufgenommen oder sogar zwangsweise dort untergebracht werden. Überwiegend sind es soziale, weniger psychiatrische Kriterien, die den entscheidenden Anstoß für eine freiwillige bzw. erzwungene stationäre Aufnahme eines Patienten geben.

Sowohl Psychiater als auch psychiatrische Einrichtungen tragen erheblich zur Stigmatisierung psychisch behinderter Menschen bei. Durch ihr professionelles Handeln leisten sie der öffentlichen Überzeugung Vorschub, psychisch kranke Personen als solche zweifelsfrei zu erkennen und rücken sie in die Nähe einer anderen gesellschaftlichen Unterklasse. Damit stellen sie eine fatale Statusdegradierung für die betroffenen Personen in der Gesellschaft her.

Der anstaltsinterne Alltag fördert, dass die Patienten sich die psychopathologische Andersartigkeit zueigen machen. Das Leben in einer stationären Einrichtung ist von organisatori-

scher Nutzenorientierung bestimmt, in der der reibungslose Ablauf des Anstaltsalltags Vorrang hat.

Noch immer weisen stationäre Einrichtungen charakteristische Merkmale einer totalen Institution auf, d.h. Zwang zur Unterordnung unter die administrativen Bedürfnisse der Organisation, Zusammenfassung aller Lebens- und Funktionsbereiche unter einem Dach sowie das Vorenthalten grundlegender Persönlichkeitsrechte wie Individualität und Privatheit.

Der Kontrollcharakter der psychiatrischen Institution hat nachhaltigen Einfluss auf die Stigmatisierung der Insassen. Der Statusverlust der KlientInnen schlägt sich in einer Zerstörung ihrer Identität nieder. Hervorstechendes Merkmal der psychischen Behinderung ist die Tatsache, ein Insasse einer stationären psychiatrischen Einrichtung zu sein oder gewesen zu sein. Verhaltensweisen und persönliche Kennzeichen werden mit ihrem kulturell institutionalisierten Sinn identifiziert.

Für das Selbstbild der Betroffenen bleibt eine Identitätszuschreibung durch die Gesellschaft nicht lange ohne Konsequenzen. Ein großer Teil der Verhaltenssymptome der Patienten, die als Grund ihres Anstaltsaufenthaltes gelten, werden erst recht in den Anstalten hervorgerufen und gefördert. Vor allem Einseitigkeit und Permanenz der in der Anstalt aufgezwungenen Erfahrungen tragen zu ihrer nachhaltigen Wirkung bei und lassen alle, aus früheren Interaktionssituationen gewonnenen Vorstellungen über die eigene Person nach und nach verschwinden.

Durch eine erzwungene Anpassung an das Personal der stationären Einrichtungen werden Konflikte mit dem Anstaltspersonal unterlaufen, das heißt, der Patient empfindet eine gewisse Übereinstimmung in der Wahrnehmung des Anstaltslebens und der eigenen Person. Er erhält damit eine subjektive Identität als psychisch Behinderter, welche zur Grundlage seines weiteren sozialen Handelns wird.

Psychisches Leiden wird heute als unverschuldete Krankheit erkannt. Früher waren die psychisch Erkrankten fest in den Familien - und Nachbarschaftsverband integriert. Dieser kam auch für die materielle Sicherung ihrer Existenz auf. Mit Einsetzen des Frühkapitalismus wurden die psychisch kranken Menschen als eine Gefahr für die öffentliche Ordnung und Sicherheit empfunden. Sie verschwanden aus der Öffentlichkeit. In der Folgezeit waren sie Kontrollen unterworfen, die speziell von Fachleuten ausgeübt wurden (vgl. auch Kap. 2).

Mit der Erkenntnis, dass die Behinderten nicht für ihre Benachteiligung verantwortlich zu machen seien, ging die Betreuung in die Hände von Fachleuten über, was zur Professiona-

lisierung und Bürokratisierung neuer Berufsstände führte. Diese haben den Anspruch, mit Fachwissen zur Lösung des Problems beizutragen. Dabei haben sich im Laufe der Zeit spezielle Theorien herauskristallisiert, die Erklärungen für die Existenz und Behandlung psychischer Behinderungen bieten und mehrere Funktionen zugleich erfüllen. Sie liefern gezieltes Wissen über das Objekt psychiatrischer Bemühungen, geben Handlungsanweisungen und rechtfertigen diese Handlungen. Damit wird den Professionellen der Umgang mit den psychisch behinderten Menschen erleichtert. Allerdings sind diese Theorien empirisch nicht belegt. Ihr Inhalt widerspiegelt weniger objektive Erfahrungen, als die Interessen derjenigen, die sich dieser Theorien bedienen. Durch den Selbstverständlichkeitscharakter ihrer Grundannahmen wird diese begrenzte Tragfähigkeit in der Praxis wieder ausgewogen. Die Konsequenzen, die sich daraus für die Behandlung der psychisch Behinderten ergeben, sind zum Teil fatal. Konkurrierende Vorstellungen über psychische Behinderung werden abgeblockt. Die Anwendung der Theorien kanalisiert die Stigmatisierung der Betroffenen. Die Echtheit der psychischen Behinderung wird von keiner dieser pragmatischen Theorien in Frage gestellt. Je nach sozialer Situation und kulturellem Hintergrund, gibt es sehr unterschiedliche Bewertungen und Bezeichnungen für zum Teil identische Verhaltensweisen. Für die Stigmatisierung psychisch Behinderter ist ausschlaggebend, inwieweit die pragmatischen Theorien auch immer bestimmte Vorstellungen vom Wesen der Behinderten und von der Symptomatik vermitteln. Diese prägen sowohl die Erwartungen der Professionellen als auch die der Handlungsadressaten.

Gebauer stellt in ihrem Beitrag heraus, dass der Laienbevölkerung der Vorwurf gemacht wurde, gegenüber Aufklärungsversuchen resistent zu sein. In Bezug auf das Problem der psychiatrischen Versorgung sei die Bevölkerung äußerst reformfeindlich eingestellt. Sie stellt aber auch klar, dass dieser Kritik in der Öffentlichkeit mit Skepsis zu begegnen ist. Denn alle Untersuchungen zur Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber dem Problem der psychischen Behinderung sind einseitig zu Gunsten der Psychiatrie ausgelegt. Sie bemüht sich, die Psychiatrie, einschließlich der Anstaltspsychiatrie in ein positives Licht zu rücken. Psychiatriefreundlichkeit und blindes Vertrauen in die Praxis der Psychiatrie werden dabei mit Fortschrittlichkeit und Aufgeschlossenheit gleichgesetzt. Kritische Äußerungen gegenüber der Psychiatrie werden als unqualifiziert, voreingenommen und nicht zeitgemäß zurückgewiesen.

Der Begriff „Geisteskrankheiten“ stellt einen gravierenden Unterschied zwischen den Laien und den Fachleuten dar. Wird er bei den Fachleuten als Sammelbegriff verwendet, unter den sowohl harmlose Neurosen als auch schwere Psychosen zusammengefasst werden, so

wird er in der Laienbevölkerung nur im Zusammenhang mit schwersten psychischen Störungen verwendet. Darum ist es nicht verwunderlich, dass sich Tendenzen negativer Vorurteile gegenüber der Psychiatrie und ihrer Klienten in der Bevölkerung bestätigen.

Aber auch die psychiatrischen Experten sind nicht frei von übertriebenen negativen Erwartungen in Bezug auf gestörte Verhaltensweisen ihrer Klienten. Vielfältige repressive Maßnahmen prägen den Anstaltsalltag entsprechend den Alltagsvorschriften für das Pflegepersonal und unterstellen die Gefährlichkeit und die Unberechenbarkeit der Patienten. Dadurch, dass vor allem die Anstaltspsychiatrie den eigenen Beitrag zur Rehabilitation der psychisch Behinderten verweigert, wird der Teufelskreis der Stigmatisierung der gesellschaftlichen Randgruppen weiter in Gang gehalten.

Personen, die in einer psychiatrischen Anstalt in die Rolle eines psychisch Behinderten hinein sozialisiert worden sind, können die ihnen auferlegte soziale und subjektive Identität nicht mit dem Tag ihrer Entlassung ablegen. Sie verhalten sich auch darüber hinaus im Sinne des ihnen angehefteten Stigmas und der damit gekoppelten Erwartungen. Dies hat zur Folge, dass sie ihrer engeren sozialen Umwelt und auch einem Teil der Öffentlichkeit, die scheinbare Richtigkeit der gängigen stigmatisierenden Vorstellungen von psychischen Erkrankungen liefern.

3.3.6.1. Chancen und Grenzen für die Bewohner des Wohnheimes „Startbahn“

Das Leben im Wohnheim kann Stigmatisierungsprozesse freisetzen. Es kann aber auch Schutz vor Stigmatisierung von außen bieten. Diese beiden Thesen sollen im folgenden Kapitel mit Hilfe der Theorie abweichenden Verhaltens belegt werden.

Das PSWH gründet sich auf einen Personenkreis von psychisch erkrankten Menschen, Menschen mit einer Psychose, mit Persönlichkeitsstörungen und Depressionen, ausgeschlossen sind Menschen mit einer Alkohol- oder Drogenproblematik. Damit wird diesem Personenkreis seine soziale Identität vorweggenommen. Normative Erwartungen werden gesetzt und rechtmäßige Anforderungen gestellt. Die Personen, die hier einziehen, benötigen umfassende Hilfe. Davon geht das Personal immer aus. Den KlientInnen wird eine Vielzahl von Unvollkommenheiten unterstellt. Als bloße Stigmatisierung kann man hier schon das Zuteilen der Medikamente bewerten. Ziehen neue Bewohner in das Haus ein, müssen sie vorläufig ihre Medikamente abgeben, um Kontrolle bezüglich der regelmäßigen Medikamenteneinnahme haben zu können. Damit ist der Kontrollcharakter durch die Institution gegeben. Dem Klienten wird auf Grund seiner psychiatrischen Diagnose unters-

tellt, dass er nicht in der Lage ist, seine Medikamente eigenständig einzunehmen. Erst nachdem der Klient unter Beweis gestellt hat, dass er dies kann, wird ihm diese Fähigkeit wieder zugesprochen. Oft hat der Klient dann soweit sein Selbstvertrauen verloren, dass er darum bittet, die Medikamente weiterhin unter Aufsicht einnehmen zu dürfen.

Alle Menschen, die im PSWH leben, besitzen eine gemeinsame Eigenschaft, die sie von anderen Personen unterscheidet. Sie leiden an einer psychischen Erkrankung. Psychisch erkrankte Personen gehören zu gesellschaftlichen Randgruppen. Bei ihnen wird von bestimmten Merkmalen auf typische Verhaltensweisen und Neigungen geschlossen. Ein kleines Fallbeispiel soll dies untermauern.

Frau T. (Name geändert) wohnt seit 10 Jahren im PSWH. Sie leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Den Bewohnern und Betreuern gegenüber verhält Frau T. sich distanzgemindert. Von den Bewohnern des Hauses wird sie abgelehnt, weil sie sehr bestimmend ist. Vor allem bei der gemeinsamen Küchenarbeit möchte sie den Ton angeben. Vor ein paar Wochen kam es in der Küche zu einem Streit mit einer Bewohnerin. Sie stritten sich um die Küchenreinigung. Während dieser Auseinandersetzung wurde Frau T. handgreiflich. Obwohl sie noch nie fremdgefährdet war, stand sie nach dieser Auseinandersetzung unter besonderer Beobachtung von Seiten der MitarbeiterInnen. Sie vermuteten dahinter ein Merkmal ihrer Erkrankung. Andere Eigenschaften, die Frau T. sonst noch besitzt, interessierten in diesem Moment nicht mehr. Die Reaktion von Frau T. wurde in diesem Fall als direkter Ausdruck ihres Defektes aufgefasst. Jemand, der keine psychiatrische Diagnose hat, wäre dieser Zuschreibung von Unvollkommenheiten und Diskriminierung nicht ausgesetzt.

Das Leben im Psychosozialen Übergangs- und Dauerwohnheim hat einen entscheidenden Einfluss auf den Status der dort lebenden Bewohner. Mit dem Tag ihres Einzuges werden sie zu Taschengeldempfängern, sind zu Sozialhilfeempfängern degradiert. Es spielt keine Rolle mehr, was und wie lange sie gearbeitet haben.

Das Wohnheim befindet sich gemeindenah, mitten in einem Quartier in der Rostocker Südstadt. Für die meisten Bewohner des Wohngebietes steht fest, dass hier lauter „Verrückte“ leben. Tage der offenen Tür und Nachbarschaftstreffs sollten zwar zur Aufklärung dienen, konnten die Vorurteile gegenüber den Bewohnern des Hauses aber nicht abbauen. Sosehr die Institution Wohnheim auch für die Stigmatisierung der psychiatrisch erkrankten Menschen sorgt, so gewährt es ihnen in gewisser Weise auch Schutz. Innerhalb des Hauses werden zum Teil persönliche Eigenarten bis zu einem höheren Grad geduldet, als bei ei-

nem selbständigen Leben z.B. in einem Mietshaus. Auch hier soll wieder ein Fallbeispiel die Theorie untermauern.

Frau A. (Name geändert) zog vor ca. einem Jahr in das Wohnheim ein. Sie hatte soziale Probleme mit ihrer Nachbarschaft. In ihrer Wohnung lebte sie sehr zurückgezogen, tagsüber besuchte sie die Werkstatt für behinderte Menschen. Auf Grund ihrer psychotischen Symptomatik schrie Frau A. unentwegt in ihrer Wohnung, auch in der Nacht. Dadurch fühlten sich die Nachbarn stark belästigt. Sie beschwerten sich bei der Wohnungsgenossenschaft und Frau A. wurde die Wohnung gekündigt. Auf ihr abweichendes Verhalten wurde mit sozialer Kontrolle und daraus resultierend mit der Entfernung aus ihrem Wohnumfeld reagiert. Im Wohnheim schreit Frau A. nach wie vor. Eine Kündigung von Seiten der Einrichtung droht ihr aber nicht. Bedingungen wurden geschaffen, die ein gemeinsames Wohnen mit anderen Bewohnern im Heim ermöglicht. Frau A. wurde ein Zimmer am Ende des Flures zugewiesen. Die Tür und die Wände wurden so isoliert, dass die Bewohnerin niemanden mehr durch Schreie belästigt.

Im Falle von Frau A. kann festgestellt werden, dass sie aus rein sozialen Gründen in einer stationären Wohnform lebt. Würde es eine geeignete ambulante Wohnform für Frau A. geben, wäre für sie ein Leben auch in dieser möglich. Auf die Hilfe der Betreuer greift sie nur sehr selten zurück. Das Haus bietet ihr aber Schutz gegen Obdachlosigkeit.

3.3.6.2. Chancen und Grenzen für die Klienten des ambulant betreuten Wohnens

Heime, oder anders genannt die Anstaltspsychiatrie, trägt nachhaltig zur Stigmatisierung psychisch beeinträchtigter Menschen bei. In den folgenden Ausführungen soll geklärt werden, ob auch Menschen, die in ihrem Lebensumfeld verbleiben und dort psychiatrische Hilfe bekommen, stigmatisiert werden.

Die blanke Tatsache, dass Menschen ambulante Hilfen erhalten, ist kein Garant dafür, dass sie minder weniger stigmatisiert werden. Allerdings müssen diese Klienten sich keinem Ablauf eines Anstaltsalltags unterordnen. Sie können in ihrer eigenen Wohnung ihre Individualität und ihre Privatheit wahren. Durch die ambulante Hilfe droht kaum großer Statusverlust. Bei Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Hilfe werden sie nicht, wie die Bewohner im Wohnheim, zu Taschengeldempfängern. Sie sind nicht, wie die KlientInnen des PSWH's gezwungen, sich einer stationären Wohnform und damit ihrem Personal anzupassen. Und trotzdem werden auch die KlientInnen des ABW's immer wieder mit Stigmatisierungsprozessen konfrontiert. Der Fakt, psychiatrische Betreuung zu

erhalten reicht aus, um stigmatisiert zu werden. Ein Beispiel dafür ist der Besuch bei Ämtern und Behörden. Stellt sich hier heraus, dass die KlientInnen in Begleitung ihrer Betreuer erscheinen, kann es passieren, dass nicht mit den KlientInnen selbst, sondern mit den Betreuern gesprochen wird. Den KlientInnen wird nicht mehr zugetraut, das Gesagte auch inhaltlich richtig zu verstehen. Die MitarbeiterInnen in den Ämtern, aber auch andere Mitglieder der Gesellschaft, tendieren dazu, den KlientInnen eine Vielzahl von Unvollkommenheit, wie z.B. geistige Eingeschränktheit, zu unterstellen. Gedankenlos wird auf sie eine Fülle von Diskriminierung ausgeübt.

Immer wieder werden in der täglichen Arbeit mit den KlientInnen Stimmen laut, welche dazu tendieren, den psychisch erkrankten Menschen in einer stationären Wohnform unterzubringen. Den psychisch Erkrankten wird eine Vielzahl von Unvollkommenheiten unterstellt. Es wird eine „Theorie“ konstruiert, die ihre Minderwertigkeit erklären und ihre Gefährdung nachweisen soll. Davor sind auch KlientInnen des ABW's nicht geschützt. Ihre Fähigkeiten oder andere besondere Merkmale bleiben dabei unberücksichtigt.

Auch im ambulanten Bereich unterliegen psychisch erkrankte Menschen sozialer Kontrolle. Ihr Verhalten weicht von der Norm ab und muss sanktioniert werden. Ein weiteres Fallbeispiel soll der praktischen Untermauerung dienen.

Frau E. (Name geändert) wurde von Mai 2008 bis April 2009 im Rahmen des ABW's betreut. Sie wohnte in einer Zweizimmerwohnung in Rostock-Warnemünde. Frau E. hat den Beruf der Medizindokumentaristin gelernt und bildete sich zum Zeitpunkt der Betreuung zur Heilpraktikerin weiter. Der Kontakt zu Frau E. erfolgte einmal wöchentlich, ebenso ihr Besuch beim Psychologen. Sie war in ständiger nervenärztlichen Behandlung. Frau E. leidet an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie einer Medikamentenabhängigkeit. Eines Tages kündigte Frau E. ihrem Psychologen telefonisch einen Suizid an und verließ daraufhin die Wohnung. Der Psychologe veranlasste sofort einen Rettungswageneinsatz. Da diese nicht in die Wohnung der Klientin kamen, alarmierte das Rettungsteam die Polizei. Diese ließ die Wohnung öffnen. Davon bekamen die Mieter des Hauses etwas mit. Aus Angst und Unwissenheit vor psychischen Erkrankungen, wandten diese sich später an die Wohnungsgenossenschaft. Frau E. musste sich daraufhin mit der Wohnungsgenossenschaft in Verbindung setzen und Erklärungen abgeben, dass für die Bewohner keine Gefahr bestehe. Sie ist seit dem der sozialen Kontrolle durch die Wohnungsgesellschaft aber auch der Mieterschaft ausgesetzt. Sicherlich ist es spekulativ und bleibt zu vermuten, dass die Bewohner dieses Hauses gerne andere Mieter in dieser Wohnung sehen würden, weil sie sich dann sicherer fühlen würden. Normalität wäre wieder hergestellt.

Auch das ambulant betreute Einzelwohnen ist eine Institution sozialer Kontrolle. Das wird vor allem dadurch deutlich, dass die professionell Tätigen hier die Aufgabe haben, abweichendes Verhalten zu verhindern und zu sanktionieren. Oft werden die HelferInnen von der Umwelt der KlientInnen angesprochen, sie mögen auf das abweichende Verhalten des Klienten Einfluss nehmen und Normkonformität herstellen. Das kann sowohl die regelmäßige Kontrolle der Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung sein, als auch Hilfestellung beim Lösen sozialer Probleme im Wohnumfeld. Manchmal besteht der Wunsch, die KlientInnen in stationäre Wohneinrichtungen unterzubringen, vor allem von Seiten der Angehörigen. Hierbei sind auch die Mitarbeiter nicht frei von einer subjektiven Werthaltung sowie persönlichen Überzeugungen, was gesund und was krank ist. Diese subjektive Werthaltung fließt in die tägliche Arbeit mit den KlientInnen ein und beeinflusst die Handlungen der HelferInnen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die KlientInnen auch im ambulanten Bereich vor Stigmatisierung nicht geschützt sind. Sie laufen sogar Gefahr, durch soziale Kontrolle und Reaktionen auf abweichendes Verhalten ihren Wohnraum zu verlieren. Auch die Institution des ABW's ist eine Einrichtung sozialer Kontrolle. Allerdings erleiden die Klienten durch den Verbleib in ihrem Wohnraum kaum Statusverlust. Sie müssen sich keinem anstaltsinternen Alltag beugen und können somit ihre Individualität und ihre persönliche Identität bewahren. Verhaltenssymptome, die auf Grund des Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung auftreten können, bleiben aus. Damit wird es für die engere soziale Umwelt und auch einem Teil der Öffentlichkeit schwieriger, eine scheinbare Richtigkeit von stigmatisierenden Vorstellungen von psychischen Erkrankungen zu liefern.

4. Chancen und Grenzen der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen für die Klienten

In den vorangegangenen Kapiteln wurden anhand der Empowermenttheorie, der Netzwerktheorie und der Stigmatheorie die Chancen und Grenzen der Ambulantisierung für die KlientInnen erarbeitet. Diese sollen an dieser Stelle noch einmal im Überblick dargestellt werden.

4.1. Chancen

Die Betreuung im ABW erfolgt im gewohnten Lebensumfeld der KlientInnen. Hier entscheiden die sozialen Beziehungen das Schicksal der psychisch Erkrankten maßgeblich

mit. Probleme werden dort gelöst, wo sie auch auftreten. Der psychisch kranke Mensch wird nicht mehr abgeschoben und isoliert, sondern er wird integriert.

Durch eine Verkürzung der klinischen Behandlung und die Erbringung der Hilfe im gewohnten Lebensumfeld des Klienten verringert sich die Gefahr des Hospitalismus.

Langwierige klinische Behandlungen und Aufenthalte in Wohnheimen sind teuer. Durch eine ambulante Versorgung reduziert sich der Kostenaufwand. Für das gleiche zur Verfügung stehende Finanzbudget können mehr Menschen betreut werden.

Psychisch erkrankte Menschen haben durch den Verbleib in ihrem gewohnten Umfeld die Möglichkeit des Modelllernens. Dadurch besitzen sie die Chance, sich gegenseitig zu unterstützen. Diese Gelegenheit steht Bewohnern stationärer Einrichtung nicht zur Verfügung, da dort alle ein Handicap haben.

Die ambulante Hilfe erfolgt klientenzentriert. Sie kommt zum Klienten und bietet das an, was der Klient wirklich braucht. Im Gegensatz zur Institution, welche eine Standardisierung von Abläufen und Verfahrensweisen verfolgt, die für diese geeignet ist, erfolgt die ambulante Hilfe bedarfsorientiert.

Empowerment kann bzw. wird dazu beitragen, die KlientInnen in ihren selbstbestimmten Lebensentwürfen zu unterstützen, sie zu fordern und weniger zu befürsorgen. Empowermentprozesse sind im ambulanten Bereich leichter umsetzbar als im stationären Bereich. Hinderliche starre Strukturen wie z.B. Heimordnung und Tagespläne gibt es hier nicht. Die KlientInnen haben die Möglichkeiten zwischen verschiedenen Handlungsalternativen, die ihnen zur Verfügung stehen, zu wählen und davon Gebrauch zu machen. Durch eigenständiges Wohnen bleiben ihre Selbstbestimmung und Eigenständigkeit größtenteils erhalten. Es ist einfacher, ihre gesunden Persönlichkeitsmerkmale anzusprechen. Damit kann eher an ihren Ressourcen als an ihren Defiziten angeknüpft werden. Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, wird unterstützt.

Die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit erleichtert einen partnerschaftlichen Umgang mit den HelferInnen, da sie auf dem Hoheitsgebiet der KlientInnen erfolgt.

Weil den psychisch erkrankten Menschen in ihrem sozialen Umfeld Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden, ist es ihnen möglich, kooperativ am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Im Rahmen des ABW ist es leichter möglich, die Netzwerke außerhalb des Psychiatric systems zu erweitern. Psychisch erkrankte Menschen können adäquates Verhalten besser in ihrem Lebensumfeld erlernen als in der Laborsituation Heim, denn die Umwelt reagiert eher auf psychisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensumfeld als auf Menschen, die ab-

geschottet in einer stationären Einrichtung leben. Die soziale Umwelt gibt hier eher Rückmeldung bzw. interveniert.

Obwohl eine psychiatrische Unterstützung an sich schon für Stigmatisierung sorgt, sind Bewohner von Heimen stärker von Stigmatisierung betroffen. Die Tatsache, Klient einer stationären Einrichtung zu sein, reicht hierfür bereits aus. Durch den Verbleib der KlientInnen in der eigenen Wohnung müssen sie kaum Statusverlust hinnehmen. Schon deshalb werden sie weniger stigmatisiert.

Neben den Chancen der Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen für die Klienten birgt diese aber auch Risiken in sich. Darauf wird im nachfolgenden Beitrag eingegangen.

5.2. Grenzen

In den Ausführungen der Chancen der Ambulantisierung für die Klienten wurde dargestellt, dass geringere Kosten es zulassen, für das gleiche Budget mehr Klienten zu versorgen. Diese Tatsache birgt aber auch eine große Gefahr in sich. Die heikle finanzielle Situation erschwert Empowermentprozesse. Mangelnde Personalbesetzung und damit permanenter Zeitdruck, können zur Zunahme von Zwangsmaßnahmen führen. Durch psychiatrische Behandlungen können Traumatisierungen zunehmen. Gerade bei Langzeitkranken ist viel Geduld und Zeit erforderlich, welche aber bei einer mangelnden Personalbesetzung nicht gegeben ist. Es besteht die Gefahr, dass die Versorgung der langzeitkranken Menschen nur noch punktuell erfolgen kann. Zusammenhängende Arbeit und zwischenmenschliche Beziehungen können dabei auf der Strecke bleiben. Durch die deutliche Zunahme der Bürokratie, bei immer geringer werdenden Zeitressourcen, liegt die Befürchtung nahe, dass psychisch kranke Menschen, die in Armut leben, von Verwahrlosung bedroht sind und ihre Existenz gefährdet ist (vgl. Soziale Psychiatrie 2/2004).

Die professionellen HelferInnen unterliegen einem gesellschaftlichen Kontrollauftrag. Dieser kann dazu führen, dass Empowermentprozesse behindert werden, denn die zum Teil eigenwilligen Lebensentwürfe kollidieren mit den Interessen der Gesellschaft.

Psychisch kranke Menschen bewegen sich größtenteils in sehr kleinen Netzwerken. Dadurch ist die Gefahr der Vereinsamung gerade bei Menschen im ABW überaus groß. Die kleinen Netzwerke können zu Abhängigkeiten führen, da keine weiteren Netzwerke zur Verfügung stehen, die man im Konfliktfall belasten kann. Schlimmstenfalls kann dies zur erneuten Hospitalisierung führen.

Tatsache ist, dass Menschen, die ambulante Hilfe erhalten, keine Garantie dafür bekommen, weniger stigmatisiert zu werden. Immer wieder werden sie mit Stigmatisierung konfrontiert. Ein Risiko dabei stellt soziale Kontrolle dar. Viele Menschen, vor allem die Laienbevölkerung, würden die psychisch Erkrankten lieber in Heimen untergebracht sehen, da fehlendes Wissen falsche Rückschlüsse auf die Erkrankung zulässt.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ambulantisierung in der psychiatrischen Versorgung für die KlientInnen mehr Chancen als Risiken beinhaltet. Anhand der Empowermenttheorie, der Netzwerktheorie und der Stigmatheorie, wurde in dieser Arbeit dargestellt, wo hier die Chancen und die Grenzen sind. Stationäre Einrichtungen wirken sich auf Empowerment, auf Stigma und auf Netzwerke nachteilig aus. Das konnte durch die Gegenüberstellung von Klienten einer stationären Wohnform mit Klienten einer ambulanten Wohnform klar belegt werden.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich daraus ableiten: das Reformziel der Expertenkommission muss weiter verfolgt und durchgesetzt werden. Es ist wichtig, psychisch kranken Menschen die therapeutische Hilfe zukommen zu lassen, welche die Voraussetzungen und Lebensbedingungen zu schaffen vermag, die sie benötigen, um auf Dauer in ihrer Heimat leben zu können. Durch die Koordination verschiedener ambulanter Hilfen wie Rehabilitation, Behandlung Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen als Komplexleistung, wird es gelingen, den Menschen die Hilfe zukommen zu lassen, die sie benötigen und die es ihnen ermöglicht, in ihrem Lebensumfeld wohnen zu bleiben. Die eigene Wohnung muss Mittelpunkt des Hilfekonzeptes sein. Nur so kann das gemeindepsychiatrische Ziel, psychisch erkrankte Menschen zu befähigen, in ihrer eigenen Wohnumgebung klar zu kommen, erreicht werden.

6. Anhang:

Leistungskatalog der psychiatrischen Hilfen:

1. Psychosoziale Grundleistungen:

- Sozialanamnese
- Regelmäßige, am Bedarf orientierte Beratung, Begleitung und Unterstützung
- Erstellen des Hilfeplanes und seiner Fortführung
- Unterstützung bei der Compliance
- Hilfen im Zusammenhang mit der Psychopharmakotherapie
- Case-Management
- Krisenintervention
- Hilfen im Hinblick auf Selbst- und Fremdgefährdendes Verhalten
- Förderung der Kommunikations- und Problemlösungskompetenz
- Erweiterung bisher eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten
- Förderung einer positiven Identität
- Entwicklung eines individuellen Lebenskonzepts

2. Leistungen zur Selbstversorgung:

- Hilfen zur Sicherung von materiellen und rechtlichen Ansprüchen
- Hilfen beim Umgang mit Geld
- Hilfen bei der Ernährung
- Hilfe bei der Körperpflege und Kleidung
- Hilfe bei der Gestaltung der zukünftigen Wohnsituation
- Hilfen bei der Mobilität
- Hilfen bei der Inanspruchnahme psychiatrischer und nichtpsychiatrischer Hilfen

3. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung:

- Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung
- Hilfen zur Gestaltung der Freizeit
- Hilfen bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Hilfen mit üben Inhalt zur Aktivierung der Grundfunktion
- Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen
- Hilfen zur Aktivierung nichtpsychiatrischer Hilfen

4. Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung:

- Hilfe bei der Suche und Aufnahme einer Beschäftigung, Arbeit oder Ausbildung
- Gemeinsames Erarbeiten beruflicher Perspektiven
- Aufzeigen und Vermitteln geschützter Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten
(vgl. Einrichtungskonzept PSWH, S. 13)

Tabelle 1 Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag Sonntag
8.30	Medikamentenausgabe					
8.45 – 9.30	Einkau- fen	1.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	Hausputz/ Einkaufen	1.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	1.Gruppe Kognitives Training	
9.45 – 10.30	Einkau- fen	2.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	Hausputz/ Einkaufen	2.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	2.Gruppe Kognitives Training	
10.45 - 11.30		3.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	Hausputz/ Einkaufen	3.Gruppe Kreativbeschäf- tigung	3.Gruppe Kognitives Training	
11.30 - 12.00	Mittagessen					
12.00	Medikamentenausgabe					
14.00 - 16.00		Einkaufen		Einkaufen	Einkaufen	Individuel- les Angebot
16.00 - 17.00	Montags- runde	Individuelles Angebot	Sport/ Erhalt der körperli- chen Leistungsfä- higkeit	Individuelles Angebot	Individuelles Angebot	
18.00	Medikamentenausgabe					
18.30 – 20.30	Individuelle Abendgestaltung durch den Spätdienst					
20.30	Medikamentenausgabe					

(eigener Entwurf)

7. Quellenverzeichnis:

Ackerknecht, Erwin A.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1985

Ambulant betreutes Wohnen für Psychiatrieerfahrene Erwachsene gemäß § 53 SGB XII. Einrichtungskonzept. 2003

Angermeyer M.C./Klusmann D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin u.a. 1989

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker–Daten, Fakten, Analysen. Schlussbericht des Forschungsprojekts“ Strukturanalyse der Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs chronischer psychischer Störungen“. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77). Baden-Baden 1996

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bd. 1: Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit “Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116). Baden-Baden. S. 64-86

Bühning, Petra: Psychiatrie-Geschichte: Wendepunkt 1968. In: Deutsches Ärzteblatt H 98 2001, S. 51–52. Quelle: URL:<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=29920> [Stand 24.12.2001]

Gebauer, Monika: Stigmatisierung psychisch Behinderter durch psychiatrische Institutionen. In: Brusten, Manfred/Hohmeier, Jürgen (Hrsg.) Stigmatisierung 2. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Darmstadt 1975, S. 113-127

Bullinger, Hermann/Nowak, Jürgen: Soziale Netzwerkarbeit: Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 1998

Ciampi, Luc: Sozialpsychiatrie heute–Was ist das? In: Finzen, Asmus/Hoffmann-Richter, Ulrike (Hrsg.) Was ist Sozialpsychiatrie. Bonn 1995, S.205–218

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Auflage. Frankfurt am Main 2002

Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. 2.Auflage. Frankfurt am Main 1999

Dörner, Klaus/Plog Ursula (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation. Neuwied u.a. 1972

Gebauer, Monika: Stigmatisierung psychisch Behinderter durch psychiatrische Institutionen. In: Brusten, Manfred/Hohmeier, Jürgen (Hrsg.)Stigmatisierung 2. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Darmstadt 1975, S. 113-127

Goffmann, Ervin: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 13.Auflage. Frankfurt am Main 1999

Häfner, Heinz: Die Psychiatrie–Enquete–historische Aspekte und Perspektiven. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Aktion psychisch Kranke (Hrsg.). Bd. 1. Bonn 2001 S. 73-102

Haselmann, Sigrid: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie–systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen 2008

Herriger, Norbert: Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart u.a. 1997

Jahnke, Petra: Veränderung durch Beteiligung: das Vorschlags- und Beschwerdemanagement. In: In: Schulze Steinmann, Lisa/Heimler, Joachim/Claaßen, Josef/Cordshagen, Hans (Hrsg.): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn 2003 S. 67-80

Kauder, Volker/ Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung (Psychosoziale Arbeitshilfen 11). 4. Aufl. Bonn 2001

Keupp, Heiner: Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In:Keupp, Heiner/Röhrle, Bernd (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/Main u.a. 1987 S. 11-53

Keupp, Heinrich: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. München-Berlin u.a. 1972

Klee, Ernst: Irrsinn Ost–Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland Frankfurt am Main 1993

Klusmann, D.: Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In: Angermeyer M.C./Klusmann D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin u.a. 1989 S. 17-63

Knuf, A./Osterfeld, M./Seibert, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. überarbeitete Auflage. Bonn-Psychiatrieverlag 2007

Krisor Matthias: Menschenbild und Empowerment. In: Lenz, Albert/Stark, Wolfgang (Hrsg.): Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 103–128

Kunze, Heinrich: Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In: Aktion Psychisch Kranke/Schmidt-Zadel, Regina/Kunze, Heinrich (Hrsg.). Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. 1. Auflage. Bonn 2004 S. 17-29

Lamnek, Siegfried: Theorien abweichenden Verhaltens. 7. Auflage. München 2001

Lenz, Albert: Empowerment und Ressourcenaktivierung–Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, Albert/Stark, Wolfgang (Hrsg.): Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 13-53

Lenz, Albert/Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Tübingen 2002

Meade Philip: Chancen und Grenzen von Empowerment.

URL: <http://www.sw.fh-köln.de/Inter-view/Kindheiten/Texte/Empowerment>

Pearson, Richard E.: Beratung und Soziale Netzwerke. Eine Lern- und Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung. Weinheim und Basel 1997 S. 276-283

Peters, Helge: Devianz und soziale Kontrolle. Eine Einführung in die Soziologie abweichenden Verhaltens. 2. Auflage. Weinheim und München 1995

Psychosoziales Wohnheim „Startbahn“: Einrichtungskonzept (gem. Leistungstyp B2 laut LRV M-V gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für stationäre und teilstationäre Leistungen) Rostock 2006

Reumschüssel-Wienert, Christian: Anmerkungen zu Klaus Dörner-Eine Polemik-. In: Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ Heft 4/2004 Jg. 28 S. 45-47

Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes: Individuelle Hilfeplanung und Unterstützungsmanagement. In: Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hrsg.) Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen–Soziale Netze–Unterstützungsangebote. Stuttgart 2006. S. 230

Schulze Steinmann, Lisa/Heimler, Joachim: Stand der sozialpsychiatrischen Heime. Das Versorgungssystem und Probleme in der Praxis. In: Schulze Steinmann, Lisa/Heimler, Joachim/Claaßen, Josef/Cordshagen, Hans (Hrsg.): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn 2003 S. 15-25

Seyfried, Erwin/Stadler, Peter: Lebenswelten: ein Netzwerk-Ansatz zur Integration ehemals psychisch Kranker. In: Keupp, Heiner/Röhrle, Bernd (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/Main u.a. 1987 S. 156-177

Soziale Psychiatrie Jg. 28. Heft 2/2004. (Themenheft zur DGSP–Jahrestagung 2003: „Schlimmer geht’s immer–Profis in der Psychiatrie zwischen Sparzwängen und Visionen) S. 34-35

Stascheit, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Baden-Baden 2007

Straus, Florian/Höfer, Renate: Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Handbuch sozialpädagogischer Familienhilfe. Stuttgart u.a. 1998

Theunissen, Georg: Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. 2. Auflage. Bonn 2000

Quindel, Ralf: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. In: Lenz, Albert/Stark, Wolfgang (Hrsg.): Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 129–138

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst habe, und dass alle wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommenen Stellen dieser Arbeit unter Quellenangabe einzeln kenntlich gemacht sind.

Rostock, den 18.10.2009

Sabine Fink