



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Diplomarbeit

Studiengang Soziale Arbeit

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Individuelle Hilfen als Balanceakt zwischen Überbehütung und Minimalversorgung

Personenzentrierte Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe psychisch
kranker Menschen im Gemeindepsychiatrischen Verbund der
Hansestadt Rostock

vorgelegt von

Anke Schäfer

Erstgutachter: Frau Prof. Dr. Sigrid Haselmann

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Roland Haenselt

Neubrandenburg, April 2012

URN: urn:nbg:de:gbv:519-thesis 2012-0085-6

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	Seite 1
1 Von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie	4
1.1 Wegsperrern, Vernichtung, Fürsorge, Selbstbestimmung – Handlungskonzepte im Umgang mit psychisch kranken Menschen	4
1.1.1 Die deutsche Anstaltspsychiatrie am Ende des 18. bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts	4
1.1.2 Die eugenisch rassenhygienische Politik im 3. Reich	7
1.1.3 Von der Fürsorgepraxis nach 1945 zur Reform der Psychiatrie	8
1.2 Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund	12
1.2.1 Der Aufbau einer modernen Sozialpsychiatrie in der Versorgungsregion der Hansestadt Rostock	12
1.2.2 Der Personenzentrierte Ansatz	14
1.2.3 Das personenbezogene Finanzierungsmodell	17
2 Die Theoretischen Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes in der Sozialpsychiatrie	18
2.1 Das Modell der Lebensweltorientierung	18
2.2 Das Konzept der Inklusion	21
2.3 Die Theorie des Empowerments	24
3 Die richtige „Dosis“ der Hilfen als Aushandlungsprozess	30
3.1 Die bedarfsorientierten und vernetzten Angebote zur Teilhabe psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock	31
3.2 Das ideelle Milieu der Hilfeerbringung als handlungsbestimmende Größe im ganzheitlichen Hilfeprozess	35
3.3 Der IBRP als Arbeits- und Steuerungsinstrument zur Aushandlung und Erbringung personenzentrierter Hilfen	38
3.4 Hilfeerbringung zwischen Überbehütung und Minimalversorgung – individuelle und gesellschaftliche Ursachen und Wirkungen	42
3.4.1 Überbehütung – ein Zuviel an Fürsorge	42
3.4.2 Minimalversorgung – eine unangemessene Basisversorgung	48

4	Personenzentrierte Hilfen am Beispiel des Angebotes „Psychosoziale Wohngruppe“ der AWO	54
4.1	Beispiel Frau X	55
4.2	Beispiel Herr Y	65
4.3	Beispiel Frau Z	72
5	Evaluation der sozialpsychiatrischen Hilfen	79
5.1	Bewertung der Zufriedenheit der Nutzer mit den Angeboten	79
5.2	Einschätzung der Wirksamkeit der Personenzentrierten Hilfen durch die Hansestadt Rostock als Kostenträger	84
6	Schlussbetrachtungen	89
7	Anlage	95
	Anlage 1: IBRP Mantelbogen	95
	Anlage 2: Maßnahmenplanung	100
	Anlage 3: 3a-b Einlegbogen inkl. Arbeit & Beschäftigung	103
	Anlage 4: GAS-Bogen	105
	Anlage 5: Klientbezogene Leistungsdokumentation	107
	Anlage 6: Klientenbefragung: Ausgewählte Aspekte aus Befragungen der Nutzer sozialpsychiatrischer Angebote der AWO-Sozialdienst gGmbH aus den Jahren 2006 – 2009 durch das interne Qualitätsmanagement	108
8	Quellenverzeichnis	112

Abkürzungsverzeichnis

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
AWO	Arbeiterwohlfahrt – Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
BVTS	Berufsvorbereitende Tagesstätte
Ex-In	Experienced Involvement
HEG	Hilfeempfängergruppe
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
GAS	Goal Attainment Scaling
GGP	Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik
GPLV	Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
TS	Tagesstätte
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WG	Wohngruppe

Einleitung

„Die Kunst besteht also in der richtigen Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge“ (Knuf 2011, S. 35).

Soziale Arbeit ist ein Prozess, der durch vielfältige dialektische Spannungen und Veränderungen gekennzeichnet ist. Das neue Verständnis von Hilfe in der Sozialarbeit, die Respektierung und Beförderung der Autonomie und Eigenverantwortung des Klienten¹, eröffnet Chancen für Freiheit und Entwicklung. Es birgt neben der Befreiung von Fremdbestimmung und Bevormundung jedoch auch die Gefahr, den Klienten nicht bedarfsgerecht mit Hilfen zu versorgen.

Die Herausforderung des doppelten Mandats in der Sozialarbeit macht ein weiteres Spannungsfeld auf. Dieses erstreckt sich zwischen individueller Hilfe und gesellschaftlicher Kontrolle. So hat soziale Arbeit heute das Anliegen, die Lebensentwürfe des Klienten in der modernen pluralisierten Lebenswelt zu unterstützen und zu fördern und übt häufig doch gleichzeitig einen Kontrollauftrag und einen gewissen Anpassungsdruck an gesellschaftliche Regeln aus.

Die Ausgestaltung dieser spannenden und spannungsreichen Prozesse gestaltet sich in der sozialpsychiatrischen Arbeit oftmals als ein Balanceakt, der sich zwischen den Extremen einer Überbehütung und einer Minimalversorgung bewegt. Diese Balance muss in der Beziehung mit dem Klienten ständig neu austariert werden, um passgenaue Hilfen erbringen und auf veränderte Bedarfe und Situationen flexibel reagieren zu können. Die Erweiterung der Handlungskompetenzen des Klienten, die durch das Übertragen von Verantwortung provoziert wird, muss in einen Prozess der Begegnung der Akteure eingebettet und durch die Bedingungen unterstützt sein. Gelingende Sozialarbeit erfordert deshalb stets ein kritisches Hinterfragen der eigenen Sichtweise, setzt die konstruktive Zusammenarbeit von multiprofessionellen Teams, sowie vernetzte individuelle Angebote und Lösungen in der Gemeinde voraus.

Ausgehend von diesen Überlegungen beschäftigt sich die vorliegende Diplomarbeit mit der Frage, ob Personenzentrierte Hilfen im ganzheitlichen Hilfeprozess tatsächlich individuell auf den Hilfebedarf des jeweiligen Klienten zugeschnitten

¹ Zur Vereinfachung wird wertneutral durchgehend für die Bezeichnung aller Personen die männliche Form gewählt.

sind und letztendlich auch wirksam werden. Dazu wird herausgearbeitet, auf welchen modernen Konzepten die Personenzentrierten Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) der Hansestadt Rostock basieren, wie diese Hilfen organisiert sind und welche Herausforderungen sich für den professionell Helfenden in der täglichen sozialpsychiatrischen Praxis ergeben.

Im ersten Kapitel werden als Einstieg in die Thematik die historisch unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungskonzepte im Umgang mit psychisch kranken Menschen vorgestellt. Es wird der Bogen geschlagen von der ausgrenzenden Anstaltspsychiatrie im Deutschland des 19. Jahrhunderts über die menschenverachtende Euthanasiepraktik des Dritten Reiches bis zu den frühen sozialpsychiatrischen Reformbestrebungen einer bis dahin nur versorgenden Psychiatrie in beiden deutschen Staaten.

Der Personenzentrierte Ansatz, eine dazu gegensätzliche Sichtweise moderner Sozialarbeit, wird am Ende des Kapitels vorgestellt. Es wird aufgezeigt, wie sich der Aufbau einer modernen Sozialpsychiatrie seit 1990 unter Maßgabe der personenzentrierten Hilfeerbringung gestaltete, um psychisch kranken Menschen in der Hansestadt Rostock die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Auf die Kritik am Personenzentrierten Ansatz wird ebenfalls in diesem Kapitel eingegangen.

Das zweite Kapitel stellt beispielgebend drei moderne wissenschaftliche Theorien sozialer Arbeit vor. Es werden das Modell der Lebensweltorientierung, das Konzept der Inklusion und die Theorie des Empowerments erläutert. Diese Theorien widerspiegeln das humanistische Menschenbild, dass sich im Arbeitsansatz der Personenzentrierten Hilfen wieder findet und an denen sich die sozialpsychiatrischen Angebote in der Hansestadt Rostock orientieren.

Das dritte Kapitel befasst sich mit der spannenden Frage nach der richtigen „Dosis“ der Personenzentrierten Hilfen. Dazu werden in kurzer Form die bedarfsorientierten und vernetzten Angebote des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes (GPLV) der Hansestadt Rostock vorgestellt, die eine Teilhabe psychisch kranker Menschen an der Gesellschaft ermöglichen sollen. Im Weiteren wird herausgearbeitet, dass jedoch allein das Schaffen von guten Bedingungen noch keine optimale psychosoziale Versorgung ausmacht. Es wird ausgeführt, wie die Beziehung der Akteure, die Begegnung des professionell Helfenden mit dem

psychisch kranken Menschen, gestaltet werden muss, um die Basis für gegenseitiges Vertrauen bilden zu können und damit erst Entwicklung und Veränderung möglich werden zu lassen. Von diesen Überlegungen ausgehend wird der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) als Arbeits- und Steuerungsinstrument zur Aushandlung und Erbringung Personenzentrierter Hilfen vorgestellt und kritisch hinterfragt.

Die gegensätzlichen Denk- und Handlungsmuster von Überbehütung und Minimalversorgung werden am Ende des dritten Kapitels näher beleuchtet. Es wird die Balance des Handelns zwischen diesen beiden Extremen bei der Erbringung individueller und passgenauer Hilfen in der sozialpsychiatrischen Praxis nachgezeichnet sowie nach individuellen und gesellschaftlichen Ursachen für Überbehütung und Minimalversorgung gesucht. Deren Wirkungen werden eingehend beschrieben, sowie Grundpositionen für eine professionelle Hilfeerbringung erläutert.

Im vierten Kapitel werden die Herausforderungen bei der Gestaltung des personenzentrierten Hilfeprozesses konkret am Beispiel des Angebotes »Psycho-soziale Wohngruppe« der Arbeiterwohlfahrt - Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH (AWO) in den Fokus gestellt. An drei Darstellungen aus der Praxis wird aufgezeigt, wie Personenzentrierte Hilfen gestaltet werden können, welche Entwicklungen sie hervorzurufen vermögen und wo ihre Grenzen liegen.

Im fünften Kapitel wird abschließend eine Evaluation der sozialpsychiatrischen Leistungserbringung vorgenommen. Die Zufriedenheitsbewertung der Klienten mit den sozialpsychiatrischen Angeboten und die durch die Hansestadt Rostock als Kostenträger eingeschätzte Wirksamkeit der Personenzentrierten Hilfen werden vorgestellt. Zur fundierten Belegung der Aussagen werden ausgewählte Aspekte aus vorhandenen Kundenbefragungen des Qualitätsmanagements des Bereiches Sozialpsychiatrie der AWO, des Jahresberichtes 2010 des GPLV sowie durch die Presse und Informationsstelle der Hansestadt Rostock veröffentlichte Daten genutzt.

Die vorliegende Arbeit soll neugierig machen auf die tägliche Praxis der psychosozialen Leistungserbringung. Sie soll anregen, mit Augenmaß und Mut den Herausforderungen bei der Erbringung Personenzentrierter Hilfen zu begegnen. Sie soll weiterhin zu einer kritischen Sichtweise und kreativen Gestaltung sozialer Arbeit ermuntern.

1 Von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie

Die Geschichte der Psychiatrie widerspiegelt das Menschenbild der jeweiligen Gesellschaft, an dem sich auch der Umgang mit psychisch kranken Menschen orientiert. Im Folgenden wird aufgezeigt, wie sich vor dem Hintergrund der jeweils herrschenden ökonomischen und politischen Verhältnisse in Deutschland, sowie abhängig vom zeitweiligen Stand der Wissenschaft, die Bewertung und Behandlung von vermeintlicher Unvernunft und Irrsinn entwickelte und sich historisch gewandelt hat.

1.1 Wegsperrten, Vernichtung, Fürsorge, Selbstbestimmung - Handlungskonzepte im Umgang mit psychisch kranken Menschen

„Lange Zeit wurde psychiatrischen Klienten wie wohl kaum einer anderen gesellschaftlichen Gruppe das Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen“ (Knuf 2011, S. 32).

1.1.1 Die deutsche Anstaltspsychiatrie am Ende des 18. bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts

Wer sich im Deutschland des 18. Jahrhunderts außerhalb der Grenzen von Vernunft, Arbeit und des Anstandes stellte, wurde aus der Gesellschaft ausgegrenzt und in eliminierende Einrichtungen an Stadträndern und Siedlungen außerhalb der Städte verbracht. Arme, Bettler, Vagabunden, Lustsiechende, Asoziale, Waisen und so genannte Irre wurden unter menschenunwürdigen Bedingungen in Zucht-, Korrekptions-, Verwahrungs-, Versorgungs-, Arbeits-, Waisen-, Narren- und Tollhäusern isoliert. Diese Ausgrenzung diente der Reglementierung der öffentlichen und familiären Ordnung, der Erziehung der Untertanen zur maximalen Arbeitssamkeit und sittlicher Pflicht. Die Irren stellten etwa 10% dieser Ausgeschlossenen dar. Tobende, Rasende, Bedrohliche wurden auch als Monster in Käfigen dem bürgerlichen Publikum als Belustigung und zur moralischen Belehrung zur Schau gestellt (vgl. Dörner 1999, S. 20ff). Die Geschichte der Psychiatrie stellte sich in dieser Zeit als ökonomisch motivierte Aussonderung von Abweichung dar (vgl. Quindel 2004, S. 18).

Unter den Weggesperrten erhielten Irre bald eine Sonderstellung als gemeingefährliche Spezies (vgl. Dörner 1999, S. 20ff). An ihnen wurde vor allem ihr unvernünftiges, irrationales, unerwartetes, unberechenbares und „gemeingefährliches“

Verhalten gesehen, weshalb sie als bedrohlich und auch hinderlich für die industrielle Produktion, den Verkehr, die bürgerliche Öffentlichkeit und Kleinfamilie galten (vgl. Dörner/ Plog 1972, S. 131). Schließlich führten am Ende des 18. Jahrhunderts die Bewertung nach der Arbeitsfähigkeit und das Stigma der sozialen Unbrauchbarkeit und Gefährlichkeit zur Trennung der Irren von den anderen Insassen der Zucht- und Arbeitshäuser. Es entstanden Irrenanstalten zum Schutz der Bürger vor Ausbrüchen der Wahnsinnigen und zur Heilung letzterer. Die Gemeinden und Familien empfanden es als Erleichterung und als humanste Möglichkeit, sich durch das Wegsperrern von der Verantwortung für einen Irren zu entlasten (vgl. Dörner 1999, S. 187).

In den Irrenhäusern fand eine Überwachung der Insassen durch Ärzte und Wärter statt. Eine harte Behandlung sowie Zwang und Strafen als Behandlungsversuche standen an der Tagesordnung (vgl. Dörner 1999, S. 187ff). So genannte Behandlungsmethoden umfassten die Anwendung von Dollkästen, Sturzbädern, dem Drehstuhl sowie das Zwangsstehen oder Zwangssitzen (vgl. Blasius 1980, S. 139ff).

Es gab zu jener Zeit aber auch einige Allgemeine Ärzte, die sich in ihren Sprechstunden mit der Behandlung von Hypochondrie, Hysterie, Schlafwandel usw. beschäftigten und ihre Methoden publizierten (vgl. Dörner 1999, S. 196).

Der Essener Professor für Sozial-, Wirtschafts- und Rechtsgeschichte Dirk Blasius bezeichnete diese Zeit in Deutschland mehr als eine Geschichte des Wahnsinns als denn eine Zeit des gesellschaftlichen und staatlichen Bemühens um Wahnsinnige. Er stellte fest, dass sich erst ab dem 19. Jahrhundert eine moderne Irrenfürsorge entwickelte (vgl. Blasius 1980, S. 20).

Als ein qualitativer Schritt in Richtung moderne Psychiatrie wurden Anfang des 19. Jahrhunderts in Deutschland dreißig Anstalten errichtet, in denen die Anstaltsdirektoren mit den psychisch Kranken lebten. In diesen Irrenanstalten mussten die arbeitsfähigen Insassen von Anfang an zur ökonomischen Erhaltung ihrer selbst beitragen und einfache Arbeiten verrichten.

Der deutsche Internist und Psychiater Prof. Wilhelm Griesinger, der auch als Vater der modernen Psychiatrie in Deutschland bezeichnet wird, entwickelte 1864 Konzepte zur Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung. Er forderte konsequent die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen und Repressalien in der Psychiat-

rie sowie die Einbettung der Kranken in soziale Strukturen wie Familie und Freunde. Er sah einen wesentlichen therapeutischen Faktor in der Integration der Kranken in die Gesellschaft der Gesunden (vgl. Fischer 2001, S. 19).

Griesinger anerkannte die psychologischen Ursachen der Geisteskrankheiten, warnte aber vor deren Überschätzung und der Vernachlässigung der physischen Ursachen (vgl. Ackerknecht 1985, S. 63). „Um die Ursachen des Irrsinns zu finden, müssten wir die ganze körperliche und geistige Vorgeschichte des Individuums untersuchen [...] Geisteskrankheiten seien gewöhnlich durch eine Vielzahl von Ursachen hervorgerufen. Oft werde der Keim des Erkrankens schon in jenen frühen Lebensperioden gelegt, wo sich die Anfänge des Charakters bilden“ (Ackerknecht 1985, S. 67). Griesinger forderte die Einrichtung und Anerkennung der Psychiatrie als selbstständige medizinische Disziplin (vgl. Ackerknecht 1985, S. 63).

Seit 1910 gab es in den Anstalten dann erstmals so etwas wie eine Förderung der gesunden Anteile psychisch kranker Menschen. Das Personal war angehalten, sich den „geeigneten“ Kranken zu widmen und durch Lektüre, Spiele und Unterhaltung eine Geselligkeit untereinander zu fördern sowie die psychisch kranken Menschen bei Ausflügen, Festlichkeiten und Vergnügungen helfend und leitend zu unterstützen (vgl. Blasius 1980, S. 64).

Zum Ende des 19. Jahrhunderts erhielten die Landeskrankenhäuser zunehmend den Charakter von „Durchlaufstationen“ für psychisch Kranke. Im Sinne der Nächstenliebe spezialisierten sich vor allem kirchliche Institutionen auf die Pflege und Verwahrung scheinbar unheilbarer Menschen (vgl. Blasius 1980, S. 71). Erstmals wurde in Deutschland eine Irrenpflegerausbildung etabliert. Die deutsche Anstaltspsychiatrie wurde in dieser Zeit weitgehend von der „Universitätspsychiatrie“ abgelöst und erlangte als solche internationalen Ruf und Bedeutung (vgl. Ackerknecht 1985, S. 62).

Zum Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Familienpflege wieder neu entdeckt, indem man dem familiären Milieu eine stärkere Rolle im Heilungsprozess zubilligte. Es setzte sich die Erkenntnis durch, dass die alt gewohnte und ihm zugehörige Umgebung für den Kranken wichtig sei (vgl. Blasius 1980, S. 143).

1.1.2 Die eugenisch rassenhygienische Politik im 3. Reich

Die 1929 einsetzende Weltwirtschaftskrise hatte Auswirkungen auf die Finanzierung der Fürsorgeaufgaben in Deutschland. Diese erwies sich nun als immer schwieriger und wurde schließlich als eine Belastung für den Staat und das Volk angesehen. In dieser Situation, die mit der Machtübernahme des Naziregimes entstanden war, wurde der Nährboden für die eugenisch rassenhygienische Politik gelegt, die zu einer menschenverachtenden Neuorientierung der Sozialpolitik führte. Andersartigkeit wurde als Bedrohung für die Gesellschaft angesehen. Psychisch kranke Menschen erhielten das Stigma von Volksschädlingen (vgl. Thom/ Caregorodcey 1989, S. 71ff). „Unter der Allgewalt eines erbbiologischen und am Kosten-Nutzen-Modell orientierten Zeitgeistes stellten die Stätten [...] sich plötzlich als Sammelbecken des erbkranken und ökonomisch besonders aufwendigen, des therapeutischen »Abfalls« dar“ (Thom/ Caregorodcev 1989, S. 168). In der Anstaltspsychiatrie griffen zunehmend restriktive Formen des Umgangs mit den Patienten um sich, der Verwahrungscharakter der Unterbringung kam noch extremer zur Geltung und die Persönlichkeitsrechte der Erkrankten und Behinderten fanden immer weniger Beachtung (vgl. Thom/ Caregorodcev 1989, S. 154).

Die Anstalten für behinderte und psychisch kranke Menschen orientierten sich bereitwillig an den nationalsozialistischen Gesetzesvorgaben (vgl. Blasius 1980, S. 157). Mediziner nahmen eine zentrale Funktion bei der Umsetzung der Genozidpolitik durch Gutachten, Selektionen und Tötungen ein (vgl. Kersting 1996, S. 22). Ihre Tätigkeit war nun nicht mehr vorrangig darauf gerichtet, leidenden Menschen zu helfen, sondern psychische Krankheiten zu bekämpfen - hier lagen Heilen, Forschen und Vernichten dicht beieinander. Das 1933 verabschiedete »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« sollte eine erhebliche Reduzierung der Zahl der gesellschaftlich zu versorgenden Kranken mit sich bringen und gleichzeitig eine so genannte Sozialschädlichkeit bekämpfen (vgl. Blasius 1980, S. 163). Es erfolgte deshalb eine Erfassung von Menschen mit angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressiven Erkrankungen, Epilepsie und schwerem Alkoholismus. Die erbbiologische Forschungstätigkeit der Psychiatrie erfuhr einen enormen Aufschwung.

Der Irrsinn des Systems findet seinen Ausdruck am Mord von 200.000 Geisteskranken, die als lebensunwertes Leben galten und an 300.000 vorgenommenen Zwangssterilisationen an erbkranken Menschen. Die in der Verfassung garan-

tierten Bürgerrechte wurden unter dem Deckmantel des Dienstes an einer sogenannten Volksgesundheit mit Füßen getreten (vgl. Häfner 2001, S. 79).

1.1.3 Von der Fürsorgepraxis nach 1945 zur Reform der Psychiatrie

Nach dem Schrecken des 2. Weltkrieges mit Millionen Toten erfolgte im geteilten Deutschland eine Neubesinnung auf die Bürger- und Menschenrechte. So wurde die von der UNO 1948 erlassene Menschenrechtsdeklaration anerkannt und erstmalig eine Resolution für die Rechte psychisch kranker Menschen verabschiedet (vgl. Häfner 2001, S. 82).

Die psychiatrische Versorgung war zu dieser Zeit gekennzeichnet durch überfüllte Bettensäle mit kriegstraumatisierten und entwurzelten Menschen, durch restriktive Umgangsformen und gewalttätige Behandlungsmethoden. In einer Verwahrungspsychiatrie, die kaum Förderung und Aktivitäten beinhaltete, herrschten Resignation und Aggression. Auf Grund mangelnder finanzieller Mittel wurden in der Nachkriegszeit auch Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Anstalten versorgt (vgl. Karschuck/ Stauber 2002, S. 194).

In der BRD wurden psychisch kranke Menschen unwürdig in gemeindefernen Großeinrichtungen wie Fachkrankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime untergebracht, die medizinischen Armenhäusern glichen. Es entstand eine immer tiefere Kluft zwischen dem Unterbringungsstandard der Kranken und den Lebensbedingungen des boomenden Wirtschaftswunders BRD (vgl. Häfner 2001, S. 83ff).

Die Psychiatrie in der DDR war ebenfalls gekennzeichnet durch Großkrankenhäuser mit kasernenartigen Massenschlafsälen und einem strengen System der Unterordnung und Überwachung. Der zentralistisch organisierte Staat sorgte zwar für die psychisch kranken Menschen, es herrschten jedoch auf den psychiatrischen Stationen Baumängel, unhygienische und schlechte materielle und personelle Bedingungen sowie ein ungünstiges soziales Klima. Die vorherrschende medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Krankheitslehre mit dem Verständnis von psychischer Krankheit als einem gestörten neurobiologischen Prozess stützte sich vorwiegend auf die Verabreichung von Psychopharmaka. Die Arbeit war auf eine ganzheitliche Fürsorge ausgerichtet, welche primär die medikamentöse Behandlung durch Ärzte vorsah und eine Unterstützung der Hilfebedürftigen im Alltag durch Fürsorgerinnen gewährte (vgl. Haselmann 2008, S. 53).

Mit der Entwicklung neuer Psychopharmaka und Psychotherapiemethoden in den 50er Jahren konnte ein ambulantes Behandlungsinstrument zur Verfügung gestellt werden. So wurde es möglich, Rückfällen vorzubeugen, psychiatrische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen und leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln. Damit setzte in beiden Teilen Deutschlands ein Wandel der Psychiatrie von einer aufbewahrenden zu einer therapeutischen Disziplin ein, der auch tiefgreifende Veränderungen im Versorgungssystem einleitete (vgl. Häfner 2001, S. 85).

Die Sozialpsychiatrie begann sich als eine interdisziplinäre Wissenschaft zu entwickeln, die medizinische, psychologische, sozialpädagogische und soziologische Erkenntnisse in sich vereinte und durch multiprofessionelle Teams praktisch umsetzte. Die Sozialpsychiatrie betrachtete die Entwicklung des Menschen endlich ganzheitlich in seiner Determinierung durch die familiäre und soziale Umwelt, die wiederum von den sozialen Bedingungen, den Verhaltensmustern und Wertvorstellungen der Gesellschaft bestimmt wird (vgl. Deutscher Verein 2002, S. 906ff).

1963 wurden in der DDR mit den Rodewischer Thesen erstmals sozialpsychiatrische Forderungen gestellt, die lauteten:

- Abschaffung der Verwahrrpsychiatrie,
- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten und Integration in die Gesellschaft,
- Aufbau ambulanter und teilstationärer Dienste (vgl. Richter 2001, S. 307).

Diese Forderungen hatten das Ziel, leistungsgeminderte Menschen mit ihren verbliebenen Fähigkeiten in die Gesellschaft wieder einzugliedern. Sie strebten eine Wandlung der Rolle des Arztes vom Behandler zum Berater und Helfer an. Im Zuge dieser Wandlung öffneten sich die psychiatrischen Stationen. Es wurden rehabilitative Programme entwickelt, in denen die Arbeitstherapie als Vermittler gesellschaftlicher Normen und gesellschaftlicher Anerkennung sowie für die Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft genutzt wurde. „Im staatlich finanzierten Gesundheitswesen [entstanden] z.B. in Gestalt der psychiatrischen Polikliniken und Beratungsstellen relativ gute institutionelle Strukturen für eine gemeindenahe, ambulante Versorgung der Patienten in ihrem Lebensraum, ohne ausgeprägte Elemente einer Zweiklassenpsychiatrie“ (Berger 1992, S. 111).

Auf Grund des Festhaltens an der dominanten Stellung der Krankenhäuser mit ihrem medizinisch-naturwissenschaftlichem Krankheitsverständnis konnte sich das neue Denken jedoch nicht in Richtung eines sozialpsychiatrischen Systems entwickeln. Es entstanden Insellösungen, es erfolgte keine konsequente Umsetzung der Rodewischer Thesen (vgl. Richter 2001, S. 307ff).

Die Psychiatrie wurde in der DDR ferner als Hort für Unangepasste genutzt. Politische Abweichler und Gegner des Systems standen in der Gefahr, psychiatrisiert zu werden.

Die politisch-emotional aufgeladene Diskussions- und Konfliktatmosphäre in der »68er-Bewegung« fokussierte auch die Verhältnisse in der Psychiatrie der BRD (vgl. Kersting 1992, S. 167). In Folge beauftragte der Deutsche Bundestag 1971 eine Expertenkommission mit der Erstellung eines »Berichts über die Lage der psychisch Kranken«. Dieser Bericht stellte schwerwiegende Mängel in der Versorgung fest. Er informierte über schlecht ausgestattete, abgelegene Großeinrichtungen und eine lange Verweildauer von nicht mehr zwingend klinisch behandlungsbedürftigen Patienten, die damit nicht bedürfnisgerecht untergebracht waren (vgl. Kersting 1992, S. 171). Eine sozialpsychiatrische Praxis existierte in den Anstalten oftmals nur in Form von disziplinierender Arbeitstherapie und in Form von Fürsorgerinnen, die den als geheilt entlassenen Patienten halfen oder sich um eine Heimunterbringung kümmerten. Die Psychopharmakologie beherrschte den Heilungsgedanken. Der Bericht der von der Bundesregierung einberufenen Expertenkommission prangerte weiterhin das völlige Fehlen von ambulanten und komplementären Hilfsangeboten an.

Die Kommission schlug mit der Psychiatrie-Enquete 1975 ein Modernisierungsprogramm vor, das eine grundlegende Reform der bis dahin überwiegend verwahrenden und versorgenden Psychiatrie einleitete, hin zu einer gemeindenahen integrativen Behandlung psychisch kranker Menschen. Folgende Forderungen wurden aufgestellt:

- „- bedarfsgerechte, gemeindenahere Versorgung mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste,
- sozialrechtliche Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Patienten,

- vorrangige Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, sowie Suchtkranker,
- Förderung der Aus- und Weiterbildung im sozialpsychiatrischen Bereich“ (Häfner 2001, S. 96).

In den 70er und 80er Jahren erfolgte dann in der BRD die Auflösung der Großkrankenhäuser. Auf Länderebene und in den Kommunen wurden Psychiatriepläne oder -programme entwickelt. Insbesondere die Modellprojektförderung der Bundesregierung verhalf der Psychiatriereform zum Durchbruch und damit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativ ausgerichteten Psychiatrie.

In der DDR keimten in den 80er Jahren erneut Reformbestrebungen auf, die ihren Ausdruck in Form der »Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft« fanden, die sich für eine kommunale Psychiatrie einsetzten. Das Modell der Leipziger Kliniken mit ihren neuro-psychiatrischen Abteilungen machte Schule. In diesen Abteilungen arbeiteten multiprofessionelle Teams aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. Die psychiatrische Tätigkeit wurde somit nicht mehr nur auf das medizinische Handlungsfeld begrenzt, sondern um die psychosozialen Faktoren erweitert.

1980 wurde die gemeindenahere, dezentrale Betreuung im Psychiatrieplan des DDR-Gesundheitsministeriums festgeschrieben. Unterschiedliche Hilfen basierten nun auf einem ganzheitlichen Versorgungskonzept (vgl. Richter 2001, S. 308). Ambulante Einrichtungen kooperierten folgend mit Krankenhäusern, um verschiedene Hilfen von der Therapie bis zur Rehabilitation nach einem einheitlichen Versorgungskonzept leisten zu können. Es entwickelten sich Selbsthilfegruppen und anonyme Telefonberatungen.

Mit dem Untergang der DDR 1989 ging auch ein Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen einher. Die Polikliniken wurden aufgelöst. Viele Menschen, insbesondere die in die Betriebe integrierten behinderten und psychisch kranken Menschen, verloren ihren Arbeitsplatz. Damit gingen persönliche und gesellschaftliche Bindungen in Arbeitskollektiven und Vereinen verloren. Geschützte Strukturen brachen weg und damit auch die Möglichkeit der beruflichen und sozialen Rehabilitation. „Hohe Arbeitsanforderungen und der Zerfall natürlicher Unter-

stützungssysteme erschweren die Lebensgestaltung und -bewältigung erheblich, insbesondere auch im Falle psychischer Erkrankungen“ (Rössler 2001, S. 357). Es bestand die Gefahr, dass durch die fehlende Integration in den Arbeitsmarkt und die Abhängigkeit von Sozialhilfeträgern psychisch kranke Menschen systematisch verarmen würden und damit deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben deutlich eingeschränkt wird.

Es ergab sich jedoch gleichzeitig die Chance zur Neugestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft in den Regionen. Diese sollte in Form lebensnaher individueller Hilfen und deren Vernetzung den Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen entsprechen. Im Folgenden wird der Entwicklungsprozess einer modernen Versorgungslandschaft im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes am Beispiel der Hansestadt Rostock dargestellt.

1.2 Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund

Die gesellschaftliche Sichtweise auf die Versorgung psychisch kranker Menschen hat sich grundlegend gewandelt und Veränderungen in den Haltungen der professionellen Helfer bewirkt.

Hatte in der Vergangenheit die Orientierung an der Pathologie und den Störungen der Klienten dazu geführt, dass defizitorientierte Arbeitsansätze überwogen oder vielfach scheinbar unheilbare Klienten von Behandlungen und Hilfen ausgeschlossen und ausgegrenzt wurden, so ist heute deutlich in den Vordergrund gerückt, dass unsere Gesellschaft nicht das Recht hat, Menschen aufzugeben (vgl. Conen 2009, S. 134).

1.2.1 Der Aufbau einer modernen Sozialpsychiatrie in der Versorgungsregion der Hansestadt Rostock

Die moderne Sozialpsychiatrie orientiert sich an Fähigkeiten und Ressourcen, betont die Rechte und Bedürfnisse des Klienten. Sie sieht den Auftrag der professionellen Helfer in der Unterstützung des Klienten bei seiner gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe und der Verwirklichung einer selbstbestimmten, würdevollen Lebensführung.

Moderne Sozialpsychiatrie orientiert sich an der Lebenswelt des Klienten, d.h., an seiner Lebensgeschichte und seiner individuellen Lebenssituation. Sie betrachtet die Wechselwirkung zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Fak-

toren in ihrem Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Aus diesem Grunde bezieht moderne Sozialpsychiatrie die Familie, sowie die Wohn- und Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung mit ein (vgl. Ciompi 1995, S. 205ff).

Moderne Sozialpsychiatrie wendet sich gegen ein einseitiges, schicksalhafter Krankheits- und Diagnoseverständnis. Sie setzt stattdessen auf die Entwicklung eines chancengleichen kommunalen Versorgungssystems. Sie setzt auf die Ressourcen des Klienten, handelt mit ihm auf Augenhöhe Art und Umfang der Hilfen aus und kommt dem Wunsch- und Wahlrecht des Klienten in Bezug auf die Hilfen nach (vgl. Deutscher Verein 2002, S. 906f).

Mit der Vergabe des Bundesmodellprojektes »Gemeindenaher Psychiatrie« nach Rostock waren im Jahre 1992 die Weichen gestellt, um in der Gemeinde zukünftige Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen so zu gestalten, dass sie ihr Leben selbstbestimmt führen und durch Mitbestimmung an der Gesellschaft teilhaben können. Die Struktur der Angebote sollte den Besonderheiten in ihrer individuellen Lebenswelt Rechnung tragen und es psychisch kranken Menschen ermöglichen, ihre individuellen Fähigkeiten zu entfalten und ihren persönlichen Bedürfnissen nachkommen zu können.

Unter dieser Prämisse wurde 1993 in Rostock die erste Tagesstätte für chronisch psychisch kranke Menschen eröffnet. 1994 eröffnete ein Psychosoziales Wohnheim, weitere Einrichtungen folgten. Professor Steinhart, wissenschaftlicher Leiter des Modellprojektes, sprach jedoch damals schon kritisch von der Enthospitalisierung als einer Umetikettierung von Langzeitkrankenhausbereichen in Langzeitheimbereiche. Er hinterfragte, ob die Aufhebung der Institution gelingen würde oder Institutionen in professionalisierter Form eine neue Perspektive haben werden. Er stellte fest, dass es bisher noch nicht umfassend gelungen sei, für chronisch kranke Menschen flächendeckend die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete durchzusetzen (vgl. Steinhart 2001, S. 102). „Haben wir denn tatsächlich für den »harten Kern« Alternativen zu den Langzeitbereichen entwickelt, die von Psychiatrieerfahrenen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern »ausgehalten« werden können?“ (Steinhart 2001, S. 102).

In der Hansestadt Rostock wurde begonnen, die individuellen Hilfebedarfe zu erfassen und die gemeindenahen sozialpsychiatrischen Angebote aller am Hilfeprozess Beteiligten systematisch zu koordinieren. Die Stadt Rostock verpflichtete

sich, jedem Klienten die notwendige Hilfe in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu gewähren. Personenzentrierte Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen sollten in einem ganzheitlichen Hilfeprozess in der Gemeinde erbracht werden.

1.2.2 Der Personenzentrierte Ansatz

Der personenzentrierte und lebensfeldorientierte Ansatz war eine neue Herangehensweise, um psychisch kranken Menschen die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Er geht davon aus, dass im ganzheitlichen Hilfeprozess der Mensch mit seiner Lebensgeschichte, seinem situativen Kontext und seiner sozialen Bezogenheit in den Mittelpunkt des psychiatrischen Denkens und Handelns gestellt wird (vgl. Armbruster/ Schulte-Klemna/ Kluza 2006, S. 77).

Personenzentrierte Hilfen werden als individuelle und passgerechte Hilfen im unmittelbaren Lebensumfeld des Klienten angesehen. Sie zu erbringen heißt, die Selbstbestimmung des Klienten zu respektieren und zu fördern, in einem dialogischen oder trialogischen Prozess die Hilfen individuell und angemessen, entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse auszuhandeln sowie an Kompetenzen und Ressourcen anzuknüpfen.

Ausgehend vom individuellen Bedarf des Klienten stellt sich dabei immer die Frage, welche Hilfeleistungen er in welcher Art und mit welchem Umfang benötigt, um wieder an der Gesellschaft teilhaben zu können. Es wird abgeklärt, welcher Leistungserbringer mit seinem Angebot „passend“ sein könnte und sich flexibel auf die Bedarfe des Klienten einstellen kann.

Bei der Erbringung Personenzentrierter Hilfen sind im Gegensatz zu einer ausschließlich auf die Erkrankung und Defizite reduzierten Sichtweise die individuellen Selbsthilfekräfte und Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu fördern. Psychiatriebetroffene würden als Experten in eigener Sache wahrgenommen, als Experten ihrer Lebensweisen und Lösungskonstruktionen (Haselmann 2008, S. 203). Der Personenzentrierte Ansatz steht damit im Gegensatz zu dem früher praktizierten Institutszentrierten Ansatz, bei dem die Klienten an die Gegebenheiten der Hilfeformen „anzupassen“ waren (vgl. Haselmann 2008, S. 66) und ihrem Wunsch- und Wahlrecht nicht in ausreichendem Maße nachgekommen wurde.

Personenzentrierte Hilfen zu erbringen soll somit auch heißen, die organisatorischen und strukturellen Bedingungen zur Ausgestaltung des Hilfeprozesses zu

etablieren sowie transparent und nachvollziehbar zu handeln. Es heißt weiterhin, unter Koordination des Fallmanagers berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend in vernetzten Systemen zusammenzuarbeiten, um die notwendigen Hilfen und Maßnahmen an die Situation und die Erfordernisse des einzelnen Klienten flexibel anpassen zu können (vgl. Haselmann 2010, S. 251).

„Das System von begleitenden, betreuenden, fördernden und pflegerischen Hilfen ist so zu gestalten, dass einem Menschen mit Beeinträchtigungen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedarfe und Fähigkeiten wie seine Lebenswelt ausgerichtete integrierte Hilfe gewährt wird“ (Institut für personenzentrierte Hilfen gGmbH 2011, Internetquelle).

Personenzentrierte Leistungserbringung heißt kurz formuliert:

- Ambulantisierung der Hilfen,
- Dezentralisierung der Angebote,
- Differenzierung der Hilfsangebote,
- Flexibilisierung der Hilfen,
- Kooperation der Leistungserbringer (vgl. Meinschmidt 2004, S. 15f).

Der Personenzentrierte Ansatz mit dem IBRP, als dem Steuerungsinstrument eines standardisierten Hilfeplanverfahrens, ist jedoch nicht unumstritten. Kritiker stellen fest: „Der Personenzentrierte Ansatz ist von Anfang an wesentlich als ein Modell der Selbststeuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt worden, als ein Konzept [...] zur Begrenzung marktwirtschaftlicher Fehlentwicklungen“ (Schulze-Kemna/ Armbruster/ Kluza 2004, S. 4).

Die Gegner dieses Ansatzes diskutieren, dass der Begriff »Personenzentrierung« keineswegs deckungsgleich mit einer ganzheitlichen, auf die Beziehung ausgerichteten »Subjektorientierung« sei (vgl. Haselmann 2008 zit. nach Dörner/ Schernus/ Bremer, S. 238). Sie kritisieren, dass der Personenzentrierte Ansatz eine ganzheitliche Beziehung mit den Psychiatrieerfahrenen nicht wirklich ermögliche. Es könne nicht zu einer Begegnung im Sinne des Begegnungsansatzes von Dörner und Plog kommen, welche erst Empowermentprozesse ermögliche (vgl. Haselmann 2008, S. 265). Im Punkt 3.2. der Arbeit wird auf diese Problematik noch näher eingegangen.

Als positive Aspekte des Personenzentrierten Ansatzes werden in der Fachliteratur die Klientenorientiertheit in Hinsicht auf das Lebensumfeld und die Ziele so-

wie die Ressourcen und die Partizipation der Hilfesuchenden am Hilfeprozess anerkannt. Die Sicherstellung einer Pflichtversorgung für jeden Hilfebedürftigen durch den GPV wird gewürdigt. Weiterhin werden die Transparenz der Hilfeplanung und des Handelns positiv bewertet, sowie die individuell passgenaue Hilfeleistung und deren Koordination unter Nutzung der Zusammenarbeit berufsgruppen- und einrichtungsübergreifender Teams. Die Zukunftsorientiertheit des IBRPs eröffne einen hilfreichen Blick auf mögliche Optionen jenseits der Psychiatrie. Für den Personenzentrierten Ansatz spreche, dass sich durch eine Abflachung der Hierarchien der Handlungsspielraum der Mitarbeiter vergrößere (vgl. Haselmann 2010, S. 250ff). Diesen gilt es im Sinne eines von Wertschätzung und Respekt getragenen Beziehungsaufbaus zu nutzen.

Die Gesundheitsreform im Jahre 2000 hatte es ermöglicht, die Grundsätze der gemeindenahen, dezentralen Versorgung und des Vorrangs der ambulanten vor stationären Angeboten besser realisieren zu können. Nachfolgend wurden an den Allgemeinkrankenhäusern Institutsambulanzen eingerichtet. Soziotherapie wurde zu einer Regelleistung der Krankenkassen in der ambulanten Versorgung. Über das SGB IX erfuhren Integrationsprojekte für chronisch psychisch kranke Menschen eine Förderung (vgl. Fischer 2001, S. 22ff).

Um in der Hansestadt Rostock den Hilfeprozess personenzentriert ausgestalten zu können, wurde im Jahre 2002 die Hilfeplankonferenz (HPK) begründet (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 12). Sie ist ein Gremium, das die Leistungsträger, verschiedene Leistungserbringer und die Leistungsempfänger zur Aushandlung der Hilfen an einen Tisch bringt. Damit wurde es möglich, integrierte trägerübergreifende Komplexleistungen anzubieten.

Mit der Unterzeichnung eines trägerübergreifenden Versorgungsvertrages zwischen der Hansestadt Rostock und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund im Jahre 2005 konnten auf Grundlage eines gedeckelten regionalen Psychriebudgets erstmalig personenzentrierte Leistungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) bedarfsgerecht geplant und individuell angeboten werden (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 5ff).

Mit einer auf 80% festgeschriebenen Fachkraftquote sollten in Rostock die neuen Herausforderungen u.a. gesichert werden (vgl. Das Rostocker Modell 2011, S. 18). „Nur gut ausgebildete [...] Mitarbeiterinnen werden adäquate professionelle

Hilfe zur Verabschiedung der Klienten aus dem Versorgungssystem anbieten können, so dass psychiatrische Dauerbetreuungen oder Daueraufenthalte in Wohnheimen oder in ambulanten psychiatrischen Ghettos aufgehoben werden“ (Haselmann 2010, S. 261).

Im Amt für Jugend und Soziales wurde im Zuge der Entwicklung für jeden psychisch kranken Hilfeempfänger, im Folgenden nun als Klient bezeichnet, ein persönlicher Fallmanager als koordinierende Bezugsperson eingesetzt. Dieser steuert in Zusammenarbeit mit dem Sozialarbeiter vor Ort den Aushandlungsprozess der Hilfeerbringung sowie ihre Anpassung an die sich ggf. verändernde Bedarfe. Er unterstützt den Klienten bei der Suche nach Zukunftsperspektiven unter dem Blickwinkel einer psychiatrischen Hilfeerbringung im unmittelbaren Lebensumfeld. Dabei ist der Blick auf die Optimierung der Ressourcen, sowie die Förderung der organisierten Selbsthilfe und auf die Beförderung von Empowermentprozessen zu richten, auf die unter Punkt 2.3 der Arbeit näher eingegangen wird.

Mit jedem Klienten wurde unter der Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes ein Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan gemäß § 58 SGB XII erstellt (siehe Anlage 1). Dieser Hilfeplan formalisiert den Verlauf der individuellen Hilfen, er regelt die Beteiligungen am Hilfeprozess und macht eine Evaluation über die Wirksamkeit der Hilfen möglich. Die Evaluation der ausgehandelten Ziele am Ende des Planungszeitraumes soll die Bewertung der Effektivität der Hilfen ermöglichen. Sie bildet die Grundlage für zukünftiges Handeln und ggf. die damit verbundene Fortschreibung des IBRPs. Weiterhin wird heute für jeden Klienten als Bestandteil des IBRP eine Maßnahmeplanung (siehe Anlage 2) erstellt, die fest schreibt, in welchem zeitlichen Umfang die Hilfen im jeweiligen Leistungsbereich erfolgen werden und welche Hilfeempfängergruppe (HEG) sich daraus ergibt. Die Maßnahmeplanung dient als „Soll-Wert“, an dem die monatliche Evaluation der Hilfen in Bezug auf den zeitlichen Umfang und den jeweiligen Leistungsbereich erfolgt.

Der IBRP wird unter Punkt 3.3. der Arbeit eingehend diskutiert.

1.2.3 Das personenbezogene Finanzierungsmodell

Von 2004 bis 2008 wurde in Rostock im Rahmen eines Bundesmodellprojektes zur personenbezogenen Finanzierung der Eingliederungshilfe die Einteilung des zeitlichen Umfangs des Hilfebedarfs in die jeweilige HEG entwickelt. Damit sollte

es unter dem Blickwinkel des Personenzentrierten Ansatzes, aber auch im Rahmen der Kostendämpfungsdiskussion, möglich werden, bei ggf. veränderten Hilfebedarfen flexibel und schnell reagieren zu können.

Im Rostocker Modell steigt der zeitliche Umfang und die dem entsprechende Vergütung der angebotenen wöchentlichen Hilfen von der HEG 1 mit durchschnittlich 120 Minuten in der Woche, in Etappen bis zur HEG 13, die ab 1501 wöchentlichen Minuten individuell mit dem Leistungsträger auszuhandeln ist. Bei sich im Umfang verändernden Bedarfen des Klienten wird die jeweilige HEG und damit die entsprechende Finanzierungspauschale verändert. So könnten zeitliche Ressourcen im Verbund besser genutzt werden.

Die Planung und Abrechnung der Hilfen im „Minutentakt“ sind in der Praxis jedoch sehr umstritten; dazu wird noch näher im Punkt 3.2 ausgeführt.

2 Die theoretischen Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes der Sozialpsychiatrie

Im Folgenden werden, hinführend zur zentralen Fragestellung der Arbeit, exemplarisch drei moderne sozialwissenschaftliche Theorien beschrieben, auf welche sich die heutige Praxis der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung in der Hansestadt Rostock stützt und die für die Begegnung mit psychisch kranken Menschen handlungsleitend sind. Alle drei Theorien zielen darauf ab, die gesellschaftlichen Bedingungen so zu gestalten, dass der Klient erreicht wird, eine Stärkung seiner Autonomie und damit seine Teilhabe an der Gesellschaft möglich werden.

2.1 Das Modell der Lebensweltorientierung

Ende der 70er Jahre wurde durch den Erziehungs- und Sozialwissenschaftler Prof. Hans Thiersch mit dem Begriff „Alltagsorientierung“ in der Sozialarbeit eine Abkehr von einer an Normalitätsvorstellungen orientierten Pädagogik angestoßen. Thiersch sprach sich gegen eine „Abstraktion und Generalisierung von Lebensverhältnissen“ aus (Thiersch 2002, S. 166). Das Aufgreifen des Alltags wurde als der zentrale Schlüssel des Verstehens und des Umgangs mit dem Adressaten verstanden. Der Fokus sei darauf zu richten, die Probleme des Klienten in seinem Lebensalltag zu erkennen und nicht jene Probleme in den Mittelpunkt zu rücken,

die die Gesellschaft mit ihm hat. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist ein von Wertschätzung und Akzeptanz vor fremden Lebensentwürfen geprägtes Menschenbild (vgl. Thiersch 2002, S. 167 ff).

Die Weiterentwicklung des Begriffs Alltagsorientierung zum Konzept der Lebensweltorientierung, welches vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe reifte, ist das Resultat der Kritik an deren damaliger Anstaltsorientierung mit ihrem fürsorglichen Eingreifen. Das Modell der Lebensweltorientierung richtete sich gegen eine Institutionalisierung, eine überbordende Standardisierung und eine ausschließliche Spezialisierung von Hilfsangeboten.

Der lebensweltorientierte Ansatz ist ein Denkmodell, das noch funktionierende soziale Zusammenhänge durch Aktivierung vorhandener Ressourcen entwickeln, stützen oder durch geeignete Hilfsangebote ergänzen will. Dieser Ansatz nimmt eine Perspektive ein, die auf die Stärkung alltagsbezogener Handlungskompetenzen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe abzielt, auf die Förderung von Lebenspraxis, die Aktivierung Betroffener und ihrer Selbstorganisation. Das Ziel sei ein gelingender Alltag, nicht die Veränderung (vgl. Deutscher Verein 2002, S. 609). Die Hilfsangebote sind an den jeweiligen individuellen Bedürfnissen des Klienten auszurichten und ihm Ressourcen zur Verfügung zu stellen, ohne das er sein Lebensfeld wechseln muss.

Lebensweltorientierte Handlungsansätze zeichnen sich durch eine räumliche Nähe zu ihrem Entstehungsort aus (vgl. Freigang 2010, S. 4ff). Mit dem Begriff Lebenswelt wird dabei die „alltägliche Wirklichkeitserfahrung eines verlässlichen, soziale Sicherheit und Erwartbarkeit bietenden Umfeldes“ (Freigang 2010, S. 3) bezeichnet, in dem bestimmte soziale Regeln, Strukturen und Abläufe als Grundlage sozialen Handelns gelten. Lebenswelt ist der Rahmen, in dem sich soziale Integration vollzieht. Er basiert auf einem kulturellen Wissensvorrat von Wert- und Deutungsmustern, einem Grundbestand an fraglos anerkannten Normen und auf der aus der Perspektive der im Sozialisationsprozess gewonnenen Identität des Einzelnen (vgl. Freigang 2010, S. 3ff). Lebenswelt ist der Ort, an dem der einzelne Mensch handelt, ist der Ort, an dem er sein alltägliches Leben gestaltet. Es ist der Ort, der ihn in seinen Überzeugungen und Wertvorstellungen prägt.

Thiersch bezeichnet die Lebenswelt als eine „Quelle der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion, zu dem sich der Sozialarbeiter einen Zugang verschaffen muss“ (Thiersch 2002, S. 171), um den Klienten dort „abholen“ zu können, wo er gerade

steht. Erst in diesem Zusammenhang kann Eigensinn ernst genommen und versucht werden, abweichendes Verhalten als sinnhafte, originelle Reaktion auf ein Problem zu verstehen. Dabei wird sich der Sozialarbeiter in das Spannungsfeld zwischen Erfahrungen und Bedürfnissen des Klienten in seiner Lebenswelt sowie den Möglichkeiten und der Verantwortung in der sozialen Arbeit begeben müssen. „Gerade im Zusammenhang mit der Pluralisierung von Lebenswelten gibt es durchaus ein Spannungsverhältnis zwischen Vorstellungen, was in dieser Gesellschaft als normal, als „richtiges“ Verhalten angesehen wird und den jeweiligen individuellen bzw. familiären Lebensentscheidungen, die konträr zu den gesellschaftlichen Deutungsmustern sein können“ (Helming 2010, S. 185).

Mit der Entwicklung und Ausdifferenzierung der modernen Gesellschaft ist die Eindeutigkeit der Strukturen und Normen verloren gegangen. Der 8. Jugendbericht des Deutschen Bundestages beschrieb 1990 diese Pluralisierung von Lebensmustern, die Individualisierung von Lebensführungen sowie eine Entstrukturierung von Lebensläufen. Die veränderten Bedingungen einer pluralisierten Lebenswelt erfordern ein individualisiertes Eingehen auf die jeweilige Lebenssituation und flexible Problemlösungsmöglichkeiten (vgl. Freigang 2010, S. 7ff).

Aus undeutlich wahrnehmbaren Strukturen, Grenzen und Konsequenzen können unter gegebenen Bedingungen selbst- und gesellschaftsschädigende Normverletzungen erwachsen. Aus einem Prozess lang ausgehaltener Toleranz gegenüber diesen Normverletzungen kann sich Gewalttätigkeit entwickeln. In der sozialen Arbeit entwickelte sich daher das Verständnis, dass gerade die Veränderung der Bedingungen im konkreten Lebensfeld neues sinnvolles Verhalten provoziert und einen gelingenden Alltag ermöglicht (vgl. Thiersch 2009, S. 36).

Lebensweltorientierung heißt auch, offen zu sein für neue Muster und Chancen, aber auch für Belastungen und mögliche Überforderungen in der Begegnung mit verschiedenen Lebensentwürfen (vgl. Thiersch 2002, S. 171). Es ist einem Therapeuten nicht möglich, Menschen zu lehren, was für sie richtig oder falsch sei. Vielmehr ist es seine Aufgabe, ihnen zu helfen, die Konsequenzen aus ihren Entscheidungen zu verstehen, diese abzuwägen und Verantwortung dafür zu übernehmen (vgl. Conen 2009, S. 181).

Der Begriff Lebensweltorientierung ist vom Begriff Sozialraumorientierung abzugrenzen. Lebensweltorientierung beleuchtet die für den Adressaten wichtigen Le-

benszusammenhänge und betrachtet ihn als Subjekt seines Strebens. Die durch sein Handeln zu beeinflussende, mitgestaltende und verändernde Aneignung der Welt mit ihren eigenen Deutungs- und Handlungsmustern wird in den Fokus sozialen Handelns gestellt.

Der Begriff Sozialraumorientierung beinhaltet dagegen den planungsmäßigen Blick auf ein definiertes Verwaltungsgebiet und erfasst Zusammenhänge innerhalb geografisch abgegrenzter Bereiche. Die Adressaten sind aus dieser Sicht heraus Betroffene, Objekte der Bedingungen, unter denen sie leben und auf die Einfluss genommen werden soll (vgl. Krafeld 2004, S. 125ff).

Personenzentrierte Hilfen zu erbringen heißt: „Orientierung am Einzelfall im sozialen Feld und Ausschöpfung der Ressourcen des sozialen Feldes für den Einzelfall, aber notwendig ergänzt durch die Perspektive: Beeinflussung der und Investition in die sozialen Räume zur Entwicklung von deren Aufnahmefähigkeit für von Exklusion bedrohte Personen“ (Peukert 2010, S. 7).

2.2 Das Konzept der Inklusion

Der englische Begriff »Inclusion« wird übersetzt mit „Einbeziehung“ oder „Einschluss“. Die Idee der Inklusion hat ihren Ursprung in dem international bedeutendsten Reformkonzept der modernen Behindertenhilfe, dem Normalisierungsprinzip. Das Normalisierungsprinzip bejaht Menschen mit Behinderungen als normalen Teil der menschlichen Gesellschaft und widerspiegelt die Überzeugung, dass die Lebensqualität eines Menschen stark von dessen Einbindung in die Gemeinschaft abhängt (vgl. Krach 2011, S. 11). Dieses Prinzip wurde mit der 2009 von der Bundesregierung ratifizierten „UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ als Menschenrecht verbreitet. Es stellt die Rechte der Menschen mit Beeinträchtigungen auf Partizipation in allen Lebensbereichen und -phasen, die konsequente Umsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft und damit auch die Schaffung eines inklusiven Gemeinwesens in den Mittelpunkt (vgl. UNO-Behindertenrechtskonvention 2009, Internetquelle).

„Behinderung ist kein Zustand; sie ist ein Prozess. In ihm wirken Vorurteile und Klischeevorstellungen von Leid und mangelnder Lebensqualität zum Schaden der Betroffenen zusammen. Nicht die Menschen mit Behinderungen zu eliminieren, sondern die unseligen Gedanken aus den Köpfen der Zeitgenossen, ist die gesellschaftliche Aufgabe unserer Tage“ (Radke 2010, Internetquelle). Der Begriff Inklus-

sion beinhaltet somit auch den Auftrag, die Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft umzugestalten, die die Rechte aller ihrer Bürger respektiert und zu realisieren hilft (vgl. Steinhart 2008, S. 30).

Bis zum Ende des vergangenen Jahrtausends wurde in der Sozialarbeit davon ausgegangen, dass Schädigungen, Beeinträchtigungen und Benachteiligungen durch gezielte Integration in die Gemeinschaft abgewendet, gemildert oder ausgeglichen werden können. Die Minorität der Benachteiligten wurde quasi von der Majorität eingeladen und ihnen die Teilhabe an der Gesellschaft durch die Schaffung spezieller Angebote im Förderbedarf oder durch den Ausgleich von Nachteilen ermöglicht. Damit erfolgte eine Integration in die Gesellschaft durch Separation. In bester Absicht wurde Expertenmacht eingesetzt, bestehend aus Theorien, Konzepten und materiellen Ressourcen, um Menschen mit Schwierigkeiten aus einem Problemkreislauf zu befreien, um sie so zu „retten“ (vgl. Stark 2002, S. 68). Diese Separation stellte jedoch mit der Schaffung besonderer Hilfeeinrichtungen für Minderheiten und Randgruppen einen institutsbezogenen Ansatz dar, der Freiheit beschneidet. Das Nutzen besonderer Hilfeeinrichtungen kann so zu Etikettierung und Stigmatisierung führen.

Eine Veränderung im Denken und Handeln wurde notwendig. „Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen: Von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens“ (Steinhart 2008, S. 30).

Inklusion ist ein neues Konzept des menschlichen Zusammenlebens. Der Inklusionsgedanke fragt nach Wegen, wie soziale Systeme befähigt werden können, allen Menschen gerecht zu werden, damit Ausgrenzung von vornherein vermieden werden kann. Er basiert auf der Auffassung, dass jeder Mensch einmalig ist und etwas zu einer Gesellschaft, die Teilhabe ermöglicht und Vielfalt wertschätzt, beitragen kann.

Der Begriff Inklusion drückt die Vorstellung aus, dass die Gesellschaft aus nur einer extrem gemischten Gruppe unterschiedlicher Individuen bestehe, es daher Majorität und Minorität nicht gäbe. Die Individuen zeichnen sich aus durch „verschiedene Geschlechterrollen, verschiedene ethnische, sprachliche und kulturelle Hintergründe, verschiedene religiöse und weltanschauliche Überzeugungen, verschiedene Familienkonstruktionen, verschiedene soziale Lagen, verschiedene

Fähigkeiten etc. pp.“ (Kampmeier 2010 zit. nach Hinz S. 290). Es werden somit die individuellen Bedarfe einer heterogenen Gruppe in den Fokus gerückt. Dabei wird unter dem Aspekt der Handlungs- und Ressourcenorientierung geschaut, was der Einzelne zu einer gelungenen Teilhabe an der Gesellschaft benötigt.

Gemeinwesen, Erziehung und Bildung sind aufgefordert, ihre Angebote so zu gestalten, dass sie allen Mitgliedern der Gesellschaft gerecht werden können. Die Barrieren für die Teilhabe an Bildung und Erziehung müssen auf ein Minimum reduziert, die Ressourcen innerhalb der Gemeinde mobilisiert und Strukturen, Kulturen und Praktiken ggf. verändert werden. Es geht „um die Ermöglichung eines individuell gestalteten Lebens und um die Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in normale Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht, eigene Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen“ (Steinhart 2008, S. 31).

Im Sinne des Inklusionsgedankens geht es darum, „Hilfe als einen Prozess zu verstehen, der es den NutzerInnen ermöglicht, auf die Leistungen der Gesellschaft zuzugreifen, die ihnen zustehen bzw. die sie benötigen, um ein aus ihrer Sicht adäquates Leben zu führen“ (Müller 2010, S. 220).

Das gelingt nur durch konstruktive Nutzung der Verschiedenheit der Individuen und die Unterstützung von Vielfalt in der Gruppe, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung. Die Individualität jedes Einzelnen wird dabei wertgeschätzt und gefördert, aber auch durch Normen in der Gruppe gelenkt. Inklusion ist ein Gebot der Chancengleichheit; es fördert gleichermaßen bürgerliches Engagement als auch das Nutzen von Chancen.

In der Praxis hat sich bewiesen, dass sich durch Partizipation, durch Aktivität und damit Mobilisation eigener und fremder Ressourcen der Bedarf an individueller Unterstützung durch die Gesellschaft verringert. Inklusion führt somit weg vom Fürsorgegedanken der Integration hin zum Teilhabegedanken. Inklusion versteht in diesem Sinne Menschen, die anders sind, als Quelle kultureller Bereicherung und begreift Behinderung als nicht gelungenen Umgang der Gesellschaft mit Verschiedenheit (vgl. Walther 2003, S. 111).

Dieser Auffassung folgend hat die Montag-Stiftung für Jugend und Gesellschaft in Form eines Fragenkataloges den »Kommunalen Index für Inklusion« herausgegeben. Der Index ist ein hilfreiches Material zur Reflexion der momentanen Situation in der Gemeinde, dient als Phasenmodell zur zeitlichen Strukturierung und

Planung der nächsten Schritte sowie als Indikator des Selbstverständnisses von Inklusion in der Praxis (vgl. Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft, 1. Auflage).

Seit 1990 wird eine zunehmende »Prekarisierung« von Lebensverhältnissen der Bevölkerung beobachtet, gleichzeitig aber eine zunehmende Inklusion größerer Bevölkerungskreise in höhere Bildung. In Folge dessen entstehen ausschließende und einschließende Wirkungen im Sinne einer internen Abgrenzung. Es stellt sich somit die Frage, ob einige Menschen den Zugang zur Gesellschaft überhaupt wünschen oder ihre Nichtzugehörigkeit als Exklusivität begreifen wollen (vgl. Bohn 2006, S. 7ff).

Der Mensch in der heutigen Gesellschaft muss immer wieder neu den Anschluss an verschiedene Teilsysteme suchen, wenn er halbwegs erfolgreich sein Leben gestalten will. Wem es nicht gelingt, sich dazu zu motivieren, hat in der modernen Gesellschaft schlechte Chancen. Insbesondere psychisch kranke Menschen haben auf Grund spezifischer Schwierigkeiten, die bei vielen Störungen auftreten, oft erhebliche Probleme mit der Inklusion, da diese Störungen nicht zu den Anforderungen oder Erwartungen der Gesellschaft passen (vgl. Richter 2010, S. 8).

Der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung Schleswig Holsteins hat es treffend formuliert: „Persönliche Weiterentwicklung und gesellschaftlicher Wandlungsprozess sind das Fundament von Inklusion. Denn der offene Umgang mit sich selbst und das Erkennen eigener Ängste vor Unbekanntem sind Voraussetzungen zur Wertschätzung von Vielfalt“ (Hase, Internetquelle).

2.3 Die Theorie des Empowerments

Der Begriff Empowerment wird mit „Selbstbefähigung“, „Selbstbemächtigung“ bzw. „Stärkung von Autonomie und Eigenmacht“ übersetzt. Er geht auf die US-amerikanische Black-Power-Bewegung der 60er Jahre zurück, im Zuge derer sich diskriminierte schwarze Bürger zusammenschlossen und sich zunehmend selbstbewusster und mit friedlichen Mitteln gegen ihre Unterdrückung und Machtlosigkeit auflehnten. Der Begriff taucht in dieser Zeit auch in Zusammenhang mit der sich emanzipierenden Frauenbewegung auf, die gegen das weibliche Geschlechtsschicksal aufbegehrte. Er wird in den 70er Jahren in Verknüpfung mit der sich nun formierenden angloamerikanischen Selbsthilfebewegung verwandt, einer selbst organisierten bürgerschaftlichen Vernetzung gegen entmündigende Staatsfür-

sorglichkeit und als Gegengewicht zu überwiegend anbietersgesteuerten Gesundheitsleistungen (vgl. Herringer 1997, S. 20ff).

Als Ausdruck einer neuen Philosophie des Helfens wurde der Begriff Empowerment Mitte der 80er Jahre in Deutschland im Zusammenhang mit der Förderung der Selbsthilfe Betroffener und als Gegenmodell zur „fürsorglichen Belagerung“ wieder aufgegriffen (vgl. Haselmann 2008, S. 99). Dieses Aufgreifen widerspiegelt die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse dieser Zeit, die die individuelle Entfaltung der Menschen unter der Maßgabe einer größtmöglichen Selbstregulation und eines geringstmöglichen Eingriffs betrachteten. „Die klassische Psychiatrie hat die Selbsthilfemöglichkeiten psychisch kranker Menschen bis weit in die achtziger Jahre hinein vollkommen vernachlässigt“ (Knuf 2011, S. 89).

Empowerment ist heute ein zentraler Bestandteil moderner Ansätze der sozialen Arbeit, für den die Gedanken der Selbstbestimmung, der Selbstorganisation und der Eigenverantwortlichkeit des Klienten handlungsleitend sind. Es wird von der Überzeugung ausgegangen, dass Menschen ihr Leben selbstverantwortlich gestalten und organisieren können, auch wenn sie dazu noch Hilfe und Unterstützung benötigen (vgl. Lenz 2002, S. 18).

Das Konzept des Empowerments ermutigt Menschen durch eine „enthaltssame Begleitung“ zur Entwicklung von Selbstbewusstsein und eigenen Stärken wie Mut und Durchsetzungskraft. Knuf bezeichnet Empowerment als die „mutige Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung“ (Knuf 2007, S. 29).

Ausgehend von der Theorie der Menschenstärken nach Ann Weik steht der Empowermentgedanke dafür, dass jeder Mensch über natürliche Kräfte verfügt, um schwierige Situationen selbst zu bewältigen und Belastungen in produktiver Weise zu verarbeiten (vgl. Herringer 1997, S. 73). Diese natürlichen Kräfte stellen Ressourcen dar, die hilfreich sein können, um mehr Einfluss auf das eigene Leben zu gewinnen. Intellektuelle Fähigkeiten oder Persönlichkeitseigenschaften wie Humor, positive Erfahrungen, Interessen, Überzeugungen, Wünsche usw. sind innere Ressourcen, die zu einer Lösung eingesetzt werden können. Äußere Ressourcen, die genutzt werden können, sind die sozialen Beziehungen im Netzwerk des Klienten, sind seine materiellen Möglichkeiten, wie die Verfügbarkeit über Güter und Dienstleistungen (vgl. Lenz 2002, S. 26ff).

Empowermentförderliche Sozialarbeit vermittelt Hilfestellung bei der Aneignung oder Wiedererlangung von Selbstbestimmung und Autonomie. Vorhandene, vielfach verschüttete Fähigkeiten zur autonomen Lebensorganisation sollen gekräftigt und ungenutzte Ressourcen freigesetzt werden, um Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten sowie Handlungs- und Möglichkeitsspielräume erweitern zu können.

Eine ressourcenorientierte und ressourcenaktivierende Haltung des Professionellen nimmt hilfreiche Fähigkeiten des Klienten zur Lösung war und setzt diese ein. Sie ist an der Realität ausgerichtet und von einem positiven, optimistischen Blickwinkel begleitet. „Ressourcenaktivierung bedeutet, die vorhandenen persönlichen, sozialen und materielle Ressourcen zugänglich zu machen, die für die Bewältigung der Probleme hilfreich sein können. Vor allem dem sozialen Netzwerk, also den Beziehungen der Betroffenen, kommt dabei eine zentrale Rolle zu“ (Qin-del 2004, S. 191).

Stärkung der Eigenmacht heißt, dass der Klient an solchen Kompetenzen gewinnt, wie über Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen er wählen kann, sowie eigene Entscheidungen zu treffen und Veränderungen zu bewirken. Dazu muss er über den Zugang zu Informationen und Ressourcen verfügen können. Er muss es gelernt haben, kritisch zu denken und seine Durchsetzungsfähigkeit zu entwickeln. Stärkung der Eigenmacht heißt auch, ein positives Selbstbild zu erarbeiten und den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung selbstbestimmt steuern zu können (vgl. Chamberlin 2007, S. 21f). Statt eines Defizitblickwinkels auf Mangel, Unvermögen und Schwächen des Klienten wird eine Sicht auf kompetente Akteure genommen, auf Menschen mit Problemen *und* Ressourcen zu deren Lösung; auf Menschen, die ihr Leben in Eigenregie gestalten und an der Gesellschaft gleichberechtigt partizipieren können.

Ziel des Empowermentkonzepts ist es, den Klienten so zu unterstützen, dass er sein Leben im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten wieder in die eigene Hand nehmen kann und sich aus Krankheit, Lähmung und gesellschaftlicher Behinderung durch "aktives Sich-Einmischen" befreit. Das Gefühl, Entwicklungen durch das Übernehmen von Verantwortung aktiv mitgestalten zu können, lässt das Leben sinnerfüllter, freier und befriedigender erscheinen, wirkt heilend und stabilisierend (vgl. LVPE, Internetquelle).

Knuf macht jedoch darauf aufmerksam, dass Schwierigkeiten und Defizite der Klienten nicht verleugnet werden dürfen, da sie sich sonst nicht ernst genommen fühlen (vgl. Knuf 2011, S. 17).

Empowerment kann nur von den Betroffenen selbst vollbracht werden. „Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht »machen«“ (Knuf 2007, S. 29). Sie können es ebenso wenig „verordnen“ (vgl. Knuf 2011, S. 9) oder planen (vgl. Knuf 2007, S. 55). Das Recht des Klienten zur Selbstbestimmung darf ebenso keine Pflicht für ihn werden (vgl. Knuf 2011, S. 34).

Empowerment setzt bei den Professionellen als Grundüberzeugungen das Vertrauen in die Stärken aber auch die Akzeptanz von Eigensinn und unkonventionellen Lebensentwürfen der Klienten voraus. Empowerment fordert die Zurückhaltung der Helfenden, ihr sensibles Gespür bei der therapeutischen Einflussnahme, eine Transparenz im ganzheitlichen Hilfeprozess und die Abkehr von einer fürsorglichen Bevormundung (vgl. Deutscher Verein 2002, S. 262).

Empowermentförderung ist ein Sich-Ausliefern des Professionellen an die Eigenzeitlichkeit des Klienten, da dieser sich nicht in zeitlich strukturierte Entwicklungspläne einordnen lässt (vgl. Knuf 2007, S. 36). Den professionell Helfenden fällt dabei oftmals das Nichthandeln schwerer als das Handeln. „Dabei ist gerade die professionelle Zurückhaltung die Voraussetzung dafür, dass Betroffene ihre Fähigkeiten entdecken und nutzen lernen“ (Knuf 2007, S. 54). Die Aufgabe der Professionellen beschränkt sich auf die Schaffung fördernder Rahmenbedingungen, das Beseitigen von Hindernissen und auf die Realisierung geeigneter Beziehungsformen nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.

Empowerment ist gekennzeichnet durch Kooperation und Partnerschaftlichkeit der Akteure. Es ist ein Prozess des Aushandelns, der Entscheidungs- und Zielfindung zur Rückgewinnung des Gefühls der Kontrolle über das eigene Leben. „Die Professionellen haben die Aufgabe, die Betroffenen bei der Entdeckung ihrer Fähigkeiten und Stärken zu unterstützen und sie auf Probleme und Konflikte aufmerksam zu machen“ (Quindel 2004, S. 191). Dazu müssen sie sich auf ein gemeinsames Suchen und Entdecken einlassen (vgl. Lenz S. 16) und ggf. auch Stagnation, scheinbare Umwege und Rückschläge aushalten können und dies als Lernfeld betrachten.

Empowerment wendet sich gegen die (Über)Macht der Professionellen und ermutigt den Klienten, eigene Lösungen und Wege in seinem Lebensumfeld zu finden. Es schreibt dem Klienten Autonomie und damit Verantwortung zu und richtet sich gegen eine bevormundende, nur kontrollierende, belagernde Fürsorge in seiner Lebensführung.

„Den Lebensentwurf eines Betroffenen zu akzeptieren, darf jedoch nicht mit einer »Ist-mir-doch-egal-Haltung« verwechselt werden“ (Knuf 2007, S. 53). Das „pädagogische Geschäft“ ist eine schwierige Gratwanderung zwischen dem Respekt gegenüber dem Eigensinn des Klienten und den Zumutungen von Kritik, Distanz und Nichtübereinstimmung (vgl. Herringer 1997, S.89).

Die Praxis hat bewiesen, dass mit zunehmender Selbstständigkeit das Selbstvertrauen und das Selbstbewusstsein der Klienten wachsen und sich ihre Handlungskompetenzen erweitern. Mit dem immer besser gelingenden Zugang zu den Ressourcen im Lebensumfeld verringert sich gleichzeitig die Abhängigkeit von professioneller Unterstützung. „Wer wieder mehr Einfluss auf sein Leben gewinnt, wer selbst entscheidet und sich weniger ausgeliefert fühlt, der wird eher wieder genesen“ (Knuf 2007, S. 36).

Grenzen des Empowerments entstehen dort, wo in akuten Krisen- oder Konfliktsituationen die physische, soziale oder psychische Integrität der eigenen Person oder anderer Menschen gefährdet wird, wo in Zusammenhang mit Gewalt und Aggression von erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung ausgegangen werden muss. Hier muss der professionell Helfende von seiner legitimierten Eingriffsmacht Gebrauch machen.

Klinische Erfahrungen zeigen außerdem, dass sich Patienten in der Anfangsphase ihrer Erkrankung durch Regression entlasten. Empowerment wird in dieser Phase als Überforderung angesehen, die Abwehr und Widerstand erzeugt. Erst wenn dem Bedürfnis nach Vertrauen, Sicherheit und einer Grundversorgung nachgekommen wird, ist ein Fundament geschaffen, auf dem Empowerment entstehen und wachsen kann (vgl. Lenz 2002, S. 16ff).

Auch hospitalisierte Menschen fühlen sich auf Grund langjähriger Lernerfahrungen von Versuchen der Empowermentbeförderung eher überfordert. Hier stellt sich die Frage, ob ihr Bedürfnis nach einer „Komplettversorgung“ und die Verweigerung von Empowermentprozessen nicht auch schon ein Ausdruck ihrer Selbst-

bestimmung sei (vgl. Knuf 2007, S. 34). Es ist zu klären, ob möglicherweise Ängste vor Unbekanntem oder vor Versagen die Gründe für Autonomieverzicht und Verantwortungsablehnung sind. Vielleicht erkennt der Klient keinen Sinn für eine Veränderung seiner Verhältnisse. In behutsamen, sehr kleinen und lösungsorientierten Schritten im unmittelbaren Lebensumfeld des Klienten kann hier Partizipation „provoziert“ werden, um Empowermentprozesse anstoßen zu können. In der Sozialpsychiatrie bestehe auch die Gefahr der einseitigen Auflösung des Widerspruchs von Hilfe und Kontrolle. Der gesellschaftliche Kontrollauftrag der Professionellen, die „Handhabbarmachung“ der psychischen und sozialen Problematiken der Klienten, kann im Gegensatz zum Ziel der sozialpsychiatrischen Arbeit stehen. Ein Kontrollauftrag wirkt jedoch kontraproduktiv auf die Förderung und Unterstützung selbstbestimmter Lebensentwürfe (vgl. Quindel zit. nach Keupp 2002, S. 129).

Gerade in den Zeiten der fortschreitenden Ökonomisierung der sozialen Arbeit, des zunehmenden Leistungsdrucks, der Effizienzforderungen und der Normierung von Hilfsangeboten ist von den professionell Tätigen ein Augenmerk darauf zu legen, dass nicht unter dem Deckmantel des Empowermentkonzeptes notwendige Hilfen reduziert oder zum Nachteil der Klienten eingespart werden. Es ist deshalb notwendig, die Ziele und das Handeln in der sozialen Arbeit transparent zu machen, kritisch zu hinterfragen und Qualitätsstandards einzufordern.

Empowerment muss systemisch-strukturell betrachtet werden. Es vollzieht sich auf drei vielfältig miteinander verknüpften und sich beeinflussenden Ebenen: der individuellen Ebene, der Gruppenebene und der institutionellen Ebene (vgl. Heringer 1997, S. 85). „Empowermentunterstützung kann den Mitarbeitern nur dann gelingen, wenn auch ihr Gefühl von Empowerment gut ausgeprägt ist und sie in einer entsprechend orientierten Atmosphäre arbeiten können“ (Knuf 2011, S120). „Stimmen die Arbeitsbedingungen und sind Wertschätzung und Anerkennung Teil der gelebten Philosophie einer Einrichtung, dann engagieren sich in der Regel viele Mitarbeiter allein alleine aufgrund ihres Interesses an einer inhaltlich qualifizierten Arbeit über das notwendige Maß hinaus (Conen 2011, S. 67). Im Umgang der Mitarbeiter untereinander sowie zwischen Leitungsebene und Mitarbeitern zeigt sich, ob eine empowermentförderliche Atmosphäre und eine gemeinsame Position der Stärke herrscht, aus der heraus das Erstarke der Klienten unter-

stützt, mit Freude betrachtet und gefördert werden kann. Ein möglichst hoher Grad an Mitbestimmung des Personals in der Institution, ausreichende Informationen und die Wahrnehmung, Würdigung und Förderung ihrer Ressourcen fördern die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter und Teams. Für eine moderne Managementkultur, die Empowerment als durchgängige Atmosphäre und Haltung in der gesamten Institution verwirklichen möchte, stehen flache institutionelle Hierarchien, demokratische Mitbestimmungsstrukturen, Vertrauen in die Kompetenzen der Mitarbeiter und eine Förderung der Verantwortungsübernahme (vgl. Knuf 2011, S. 120ff).

Empowerment ist somit eine politische Haltung, die gegen Ausgrenzung und Ghettoisierung gerichtet ist und für die gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen streitet (vgl. Quindel 2004, S. 204).

3 Die richtige „Dosis“ der Hilfe als Aushandlungsprozess

Im Folgenden wird dargestellt, welche differenzierten Leistungsangebote verschiedener Kostenträger heute die Unterstützungslandschaft der Hansestadt Rostock in der Versorgungsstruktur für ihre psychisch kranken Bürger vorhält.

Die Praxis des Personenzentrierten Ansatzes, an der die spezifischen Formen der Hilfen in Rostock ausgerichtet sind, wird im Weiteren kritisch und unter der Sichtweise des ideellen Milieus der Hilfeerbringung hinterfragt. Die durch die Soltauer Impulse initiierte deutschlandweite kontroverse Diskussion zur gegenwärtigen Leistungserbringung in der sozialpsychiatrischen Versorgung wird ergänzend kurz vorgestellt, sowie auf die Kritik der Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit der Sozialen Arbeit verwiesen.

Fachliches und institutionelles Handeln müssen immer im Zusammenhang mit menschlichem Handeln betrachtet werden. Im Weiteren wird deshalb versucht zu klären, auf welchen persönlichen und gesellschaftlichen Ursachen Überbehütung oder Minimalversorgung basieren können und welche Wirkungen sie in der sozialpsychiatrischen Arbeit hervorzurufen vermögen.

3.1 Die bedarfsorientierten und vernetzten Angebote zur Teilhabe psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock

„Kennzeichen der Sozialpsychiatrie ist, dass sie psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht“ (Haselmann zit. nach Ciompi 2008, S. 47). Mit der Bildung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) als beratendes und steuerndes Gremium aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten wurde im Jahre 2005 in Rostock die Weichenstellung vorgenommen, um bedarfsgerechte Entwicklungen voranzutreiben und auszubauen, die einer modernen gemeindenahen ambulanten Hilfe entsprechen. Durch die Zuständigkeit des GPV für die Hilfs- und Versorgungsangebote in der Gemeinde, weg von der ehemals führenden Rolle der Klinik als Zentrum psychiatrischer Versorgung, wurde ein Perspektivwechsel in der komplementären Versorgung vollzogen (vgl. Haselmann 2009, S. 65).

Heute ist die Unterstützungslandschaft in der Hansestadt sehr gut und differenziert ausgebaut und sei das Verhältnis von ambulanten und teilstationären zu stationären Unterstützungsformen beispielhaft (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 14). Die miteinander vernetzten, durch verschiedene Träger und unterschiedliche Finanzierungsformen gestalteten komplementären Versorgungsangebote, sollen im Folgenden vorgestellt werden:

Psychiatrisches Pflegewohnheim: Für chronisch psychisch kranke Menschen mit einem erhöhten Pflegebedarf, der in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr zu realisieren ist, hält die Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik (GGP) in Rostock ein psychiatrisches Pflegewohnheim mit 32 Plätzen vor. Durch eine angemessene Pflege in Verbindung mit einer aktivierenden psychischen Betreuung sollen das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner gesteigert sowie Fertigkeiten und Kompetenzen erhalten und gefördert werden. Zum Schutz und zur gesundheitlichen Stabilisierung wurde ein geschlossener Bereich für acht Menschen mit richterlich angeordneter geschlossener Unterbringung eingerichtet (vgl. GGP Rostock mbH 2011, Internetquelle).

Der Kostenträger für das Angebot ist die Pflegeversicherung lt. SGB XI, ggf. nachrangig das SGB XII.

Tageskliniken: Als mögliche Alternative zum vollstationären Aufenthalt in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gibt es in Rostock in Trägerschaft der GGP zwei Tageskliniken für Erwachsene mit psychischen Krankheiten, eine psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche sowie eine Tagesklinik für Gerontopsychiatrie. Tagesklinische Behandlungsangebote definieren sich ungleich stärker als stationäre durch ihr therapeutisches Programm, welches den Patienten u.a. durch lebenspraktische Tätigkeiten helfen soll, ihre seelische Stabilität wiederzugewinnen und durch Außenaktivitäten den Weg in die Gesellschaft wiederzufinden (vgl. Matakas 1992, S. 36ff). Ein weiterer Vorteil ist, dass der Patient den Kontakt zu nahen Bezugspersonen aufrechterhalten kann, wodurch familiäre oder partnerschaftliche Konflikte aktuell in der Therapie behandelt werden können. Tageskliniken bieten somit Schutz und Struktur, bei gleichzeitiger Förderung der Eigenverantwortlichkeit (vgl. Koch 2007, S. 18).

Die Kosten für den Tagesklinikbesuch trägt auf Grundlage des SGB V die Krankenkasse.

Der Psychiatrische Fachpflegedienst des Leistungsanbieters GGP in Rostock versteht sich als ein ambulantes Angebot der psychiatrischen Fachkrankenpflege nach ärztlicher Verordnung. Diese Hilfeform soll Krankenhausaufenthalte abwenden, verkürzen oder nach einem längeren Krankenhausaufenthalt den Wiedereinstieg in den Lebensalltag durch alltagspraktische Hilfestellung unterstützen. Die aufsuchende Hilfe durch einen Bezugspfleger wird nach ärztlicher Verordnung maximal vier Monate gewährt und orientiert sich am Bedarf des Patienten. Die Unterstützung kann von mehrmals täglich bis zu einem Mal monatlich gegeben werden (vgl. GGP Rostock mbH 2011, Internetquelle).

Die Kosten übernimmt lt. SGB V die Krankenkasse.

Psychosoziale Tagesstätten sind als tagesstrukturierende Einrichtungen in Trägerschaft der AWO und der GGP in den verschiedenen Stadtteilen Rostocks etabliert. Der Besuch der Tagesstätten dient der Tages- und Kontaktgestaltung. Er kann stundenweise gestaffelt an einzelnen oder mehreren Tagen der Woche erfolgen. Der Besuch soll den Klienten unterstützen, mit bzw. trotz seiner Krankheit selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu leben. Durch die Förderung seiner sozialen

Kompetenzen und die Aktivierung von Ressourcen soll die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befördert werden.

Die verschiedenen Tagesstätten in Rostock haben sich jeweils einen unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkt in ihrer Arbeit gesetzt, sind aber für alle psychisch kranken Menschen offen. Der zukünftige Nutzer kann in Rostock zwischen einer Kunst-Kreativ-Tagesstätte und zwei Tagesstätten mit einem arbeitsorientierten Angebot wählen. Er kann ferner eine Tagesstätte zur Berufsorientierung und -vorbereitung bzw. eine Einrichtung, die ihren Focus auf die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation gelegt hat, besuchen. Weiterhin werden eine Tagesstätte für Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit und eine Tagesstätte für Menschen mit einem gerontopsychiatrischen Störungsbild vorgehalten.

Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) hält in Rostock Beschäftigungsangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen vor.

Die AWO betreut ebenfalls Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Vermittlungshemmnissen in zeitlich begrenzten Förderprojekten.

Eine große Anzahl von Tagesstätten wird auf Grundlage des SGB XII als Eingliederungshilfe aus dem Psychatriebudget der Stadt finanziert. Es greifen jedoch ggf. auch das SGB VIII »Kinder und Jugendhilfe« bzw. das SGB IX »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« für den Besuch der WfbM. Das SGB II, »Grundsicherung für Arbeitsuchende« wird zur Projektförderung herangezogen.

Das Ambulant Betreute Wohnen, angeboten von beiden Trägern, bietet sozialpsychiatrische Unterstützung in der eigenen Wohnung oder in der Gemeinschaft verschiedener Wohngruppen. Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung leben heute in Rostock in der eigenen Häuslichkeit und erhalten hier durch einen Bezugsmitarbeiter individuelle Hilfen und Unterstützung. Dezentral, über das gesamte Stadtgebiet angesiedelt, werden aber auch Menschen mit Hilfebedarf in psychosozialen Wohngemeinschaften, therapeutischen Wohngruppen, Trainingswohnungen sowie in einer Notunterkunft ambulant oder teilstationär betreut. Die aufsuchende Hilfe durch einen Bezugsmitarbeiter orientiert sich am individuell festgestellten Bedarf des Klienten, d.h., sie kann wöchentlich, mehrmals wöchentlich oder auch täglich in unterschiedlich zeitlichem Umfang erfolgen. Sie dient der Wiederherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes und

der Lebensqualität. Die Hilfe richtet sich aus an den individuellen Lebensumständen, an den Zielen und Stärken des Klienten. Sie umfasst lebenspraktisches Training und Begleitung in Form der Hilfe zur Strukturierung des Tages sowie bei haushaltspraktischen Tätigkeiten. Sie umfasst die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und Festigung sozialer Beziehungen, Hilfe beim Umgang mit finanziellen Mitteln, bei der Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Dienste, der Gesundheitsvorsorge sowie der Freizeitgestaltung.

Das Ambulant Betreute Wohnen kann als kurzfristige Unterstützung bei konkreten Schwierigkeiten oder auch als langfristige Begleitung erfolgen, um ein Leben außerhalb von Heimen zu ermöglichen (vgl. GGP Rostock mbH 2011, Internetquelle). Die Hansestadt ist durch das SGB XII, bei Jugendlichen über das SGB VIII, als Kostenträger verpflichtet.

Die Sozialpsychiatrische Familienhilfe kombiniert SGB VIII- und SGB XII-Leistungen zur Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Hier werden Hilfen angeboten, um die Familie bei der verantwortungsvollen, selbständigen Alltagsbewältigung zu unterstützen und die Pflege und Erziehung der Kinder sicherzustellen. Die Hilfe kann als aufsuchende Hilfe oder als Beratung in den Räumen der beiden Anbieter gewählt werden (vgl. AWO 2011, Internetquelle).

Als niederschwellige Angebote der Begegnung und des Austausches psychisch kranker Menschen, deren Angehöriger und Freunde lädt täglich die Begegnungsstätte der GGP ein. Mit 11583 Kontakten, das sind durchschnittlich 33 Besucher täglich, wird dieses Angebot gut angenommen (vgl. GPLV 2010, S. 7).

In den Räumen des Gesundheitsamtes organisieren sich verschiedene Selbsthilfegruppen. Vierteljährlich finden in der Volkshochschule kostenlose Psychose-seminare als eine Form des Dialogs statt.

Der Psychosoziale Krisendienst ist ein durch die AWO und die GGP organisierter trägerübergreifender Bereitschaftsdienst, der den Klienten zur fachlichen Hilfe und angemessenen Unterstützung bei Krisen zur Verfügung steht. Durch die Intervention des psychosozialen Krisendienstes, der als telefonische Beratung der Klienten und ihrer Angehörigen und ggf. auch als aufsuchender oder organi-

sierender Dienst agiert, soll frühzeitig die Eskalation einer Krise zum Notfall verhindert werden. Der Krisendienst ist für die ambulant und teilstationär betreuten Klienten beider Träger telefonisch erreichbar, wenn sich zeitliche Versorgungslücken nach dem Dienstschluss der Mitarbeiter oder an Sonn- und Feiertagen ergeben. Er unterstützt ebenfalls auf Anforderung die Nachtbereitschaften und Wochenenddienste in einigen Einrichtungen. Der Krisendienst wird im Rahmen der Wohn- und Tagesstättenangebote über das SGB XII finanziert.

Die Bemühungen des GPLV gehen dahin, zukünftig noch stärker die Möglichkeiten, die das SGB V zur Gesundheitsförderung bietet, auszuschöpfen. Präventionsleistungen der Krankenkassen, Soziotherapie, ambulante Ergotherapie, ambulante Physiotherapie und Reha-Sport im Verein können nach ärztlicher Verordnung für chronisch psychisch kranke Menschen durch den GPLV angeboten werden, ohne das Psychiatrie-Budget der Hansestadt Rostock zu belasten.

3.2 Das ideelle Milieu der Hilferbringung als handlungsbestimmende Größe im ganzheitlichen Hilfeprozess

Allein eine Anhäufung verschiedener sozialpsychiatrischer Hilfsangebote garantiert jedoch noch keine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung. Nicht allein die ausgebaute, differenzierte Versorgungsstruktur, sondern das professionelle Handeln und der von Wertschätzung getragene Umgang mit psychisch kranken Menschen machen erst eine Begegnung möglich.

Der Wandel der Sozialarbeit von der Institutions- in die Personenzentrierung bedeutet nicht nur eine Änderung der äußeren Bedingungen, sondern verlangt auch eine ethische Neudurchdringung des Menschenbildes, denn aus dem primären Dienst an einer Institution wird ein Dienst an der Person des jeweils Anderen, und zwar nur in dem Umfang, den er benötigt (vgl. Dörner 2001, S. 44). Dieses Menschenbild ist durch Autonomie-, Bedürfnis-, Kompetenz- und Gesellschaftsorientierung gekennzeichnet und fördert eine partnerschaftliche Begegnung (vgl. Krisor 2002, S. 120).

Die Gesamtheit an Theorien, Konzepten und Vorstellungen geben dem Professionellen dazu eine Orientierungshilfe, Verständigung und Handlungsanleitung (vgl. Haselmann 2008, S. 31ff). Die ideellen Milieus der psychosozialen Praxis sind weit mehr handlungsbestimmend als die reformierten Strukturen (vgl. Haselmann

2008, S. 75). Eine nutzerorientierte Hilfe zeichnet sich in erster Linie an einem Fachpersonal aus, das sich „compliant“ zu den Bedürfnissen der Klienten verhält (vgl. Knuf 2011 nach Bock, S. 84).

Erkenntnisse aus der Resilienzforschung besagen, dass Menschen, die unter offenkundig schwierigen und hoffnungslosen Bedingungen leben, sich in ihren Verhältnissen behaupten und ein gelingendes Leben führen können, wenn man ihnen Wertschätzung entgegen bringt, welche das Zutrauen in ihre eigene Kraft und ihren Willen stärkt (vgl. Thirsch 2009, S. 33). Der professionelle Blick ist aus diesem Grunde immer auf die gesunden Anteile der Persönlichkeit zu richten, „auf das »Intakte«, das sich hinter der Verrücktheit »verbirgt«“ (Haselmann 2009, S. 139).

Objektiv gute Lebensbedingungen sind wichtige, aber allein nicht ausreichende Bedingungen für das Empfinden von Zufriedenheit und Wohlbefinden. Die entscheidende Bedeutung für das Empfinden von Lebensqualität kommt den sozialen Beziehungen zu. Diese Bedingungen und Beziehungen müssen die sozialen und psychischen Bedürfnisse der Menschen ansprechen und auch von ihnen selbst in ihren Sichtweisen und Bewertungen als befriedigend wahrgenommen werden (Beck 2000, S. 6). Die Art und Weise, wie über Menschen mit psychischen Erkrankungen gesprochen und gedacht wird, sie bewertet werden, hat weitgehende Konsequenzen für die Art und Weise des Umgangs mit ihnen und damit letztendlich auch für die Behandlungs- und Entwicklungschancen dieser Menschen und ihrer Familien (vgl. Ritscher 2007, S. 148).

Genau hier setzt auch die Kritik am Personenzentrierten Ansatz an. Seine Gegner diskutieren, dass der Begriff »Personenzentrierung« keineswegs deckungsgleich mit einer ganzheitlichen, auf die Beziehung ausgerichteten »Subjektorientierung« sei (vgl. Haselmann 2008 zit. nach Dörner, Schernus, Bremer, S. 238). Sie kritisieren, dass der Personenzentrierte Ansatz eine ganzheitliche Beziehung mit psychisch kranken Menschen nicht befördere. Es könne nicht zu einer Begegnung im Sinne des Begegnungsansatzes nach Dörner und Plog kommen, zu einer Begegnung, die erst Empowermentprozesse ermögliche (vgl. Haselmann 2008, S. 265). Der Begegnungsansatz nach Dörner und Plog drückt eine humanistische Grundhaltung der psychiatrisch Tätigen im Umgang mit dem Klienten aus, die von einer Selbstwahrnehmung und Suchhaltung des Helfers bei sich selbst ausgeht, um den anderen besser verstehen zu können. Der Ansatz steht für eine Vervollständigung

der Wahrnehmung und Reflexion, die es ermöglicht, zusammen mit dem Klienten herauszufinden, welche Anteile er selbst in seine Kränkungserfahrungen einbringt und welche neuen Handlungsweisen und Spielräume sich ihm eröffnen könnten. Im Begegnungsansatz geht es um die Herstellung eines authentischen Umgangs, einer normalen, offenen Beziehung, die Andersartigkeit akzeptiert und einen wechselseitigen Austausch der Agierenden befördert (vgl. Haselmann 2008, S. 121).

Die Kritiker sind überzeugt, dass sich erst aus der Perspektive einer Subjektorientierung die therapeutische Beziehung zum Klienten gestalten lässt. Die Rücknahme von Expertenmacht ermögliche erst eine Begegnung auf Augenhöhe, die sich von einem starren Behandlungs- und Diagnoseschemata abgrenzt (vgl. Haselmann 2008, S. 90). „Wir haben nur dann eine Chance Zugang zu ihnen zu erhalten, wenn wir ihre Verhaltensweisen als subjektive Lebensäußerungen in Beziehung wahrnehmen und würdigen, und von dieser akzeptierenden Basis der Begegnung aus neue Sinn-, Bedeutungs- und Beziehungszusammenhänge herstellen“ (Schulze-Klemna/ Armbruster/ Kluza 2004, S. 7). Die Akzeptanz der eigenen Erfahrungen und zugleich die Anerkennung der Erfahrungen des anderen als eine wertvolle Form des Wissens befördern eine gemeinsame Grundlage für den Austausch (vgl. Herringer 1997, S. 74).

Die Gegner des Personenzentrierten Ansatzes kritisieren weiter, dass bei der Umsetzung des IBRP als Arbeits- und Steuerungsinstrument der Hilfeplanung brisant sei, „wie die Instrumente (insbesondere Hilfeplanung, Hilfeplankonferenz) jeweils über die fachliche Verständigung hinaus auch zur qualitativen Leistungsbemessung und Vergütungsermittlung benutzt werden und wer in welchen Anteilen das Verfahren steuert“ (Schulze-Klemna/ Armbruster/ Kluza 2004, S. 5). Der Personenzentrierte Ansatz sei eine nur strukturelle Vorgabe, die bei der Reformierung der Versorgungsstrukturen stehen geblieben sei und die Methodik der Arbeitsweisen, auf die es eigentlich ankomme, nicht berücksichtige (vgl. Haselmann 2010, S. 270). Es finde eine Beziehungsgestaltung statt, „bei der Datenerfassung und Überwachung noch mehr Priorität gewinnt und so quasi im Gegenzug das Vertrauen sowie persönliche Nähe als Grundlage für Einflussnahme verliert oder gar nicht erst aufkommen lässt“ (Haselmann 2010, S. 312). Im Folgenden wird die Kontroverse zum IBRP als einem landesweit anerkannten Steuerungsinstrument zur Aushandlung und Erbringung Personenzentrierter Hilfen näher beleuchtet.

3.3 Der IBRP als Arbeits- und Steuerungsinstrument zur Aushandlung und Erbringung Personenzentrierter Hilfen

Der IBRP dient der Ermittlung des konkreten Hilfebedarfes, um die im GPLV vorgehaltenen Angebote gezielt darauf abstimmen zu können (vgl. Haselmann 2010, S. 65). Es ist ein Vorteil, dass durch die Regelung von Zuständigkeiten verschiedener Leistungsangebote und zeitlicher Umfänge im IBRP die Koordination der Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und die Vernetzung der Ressourcen forciert werden. Durch die Aushandlung der Ziele des Klienten mit dem Bezugsmitarbeiter und innerhalb des Hilfeplangespräch mit dem Fallmanager zu Beginn und zum Ende des Planungszeitraumes wird der Hilfeprozess transparent gestaltet und dem Klienten Verantwortung zugesprochen. Für den Klienten entsteht durch die Unterzeichnung und Aushändigung des IBRP eine Verbindlichkeit. Eine Überbehütung oder Unterversorgung des Klienten sollte durch die Arbeit mit dem IBRP von vornherein ausgeschlossen werden. Für den IBRP spricht weiterhin, dass das tägliche Tun durch die Planung und Dokumentation hinterfragt wird. Die Evaluation zum Ende des Planungszeitraumes dient der internen Qualitätssicherung und als Nachweis gegenüber dem Leistungsträger (vgl. Haselmann 2010, S. 250).

Ein Kritikpunkt des Personenzentrierten Ansatzes ist u.a. die starke Defizitorientierung und Technokratisierung in der Hilfeplanung mittels IBRP (siehe Anlage 3). Dörner kritisiert, dass noch nie eine Person so systematisch als die Summe ihrer Defizite beschrieben worden sei und hinterfragt das damit zusammengehörende Menschenbild (vgl. Dörner 2004, S. 39).

Die im IBRP praktizierte „Zersplitterung von Personen“ in verschiedene Bedürfnispakete, die Kleinteiligkeit der ausgehandelten Ziele und die Aufteilung der Hilfeleistung auf verschiedene Hilfeerbringer, im marktwirtschaftlichen Verständnis „Dienstleister“, können mit einer Zerstörung der ganzheitlichen Beziehungsform einhergehen (vgl. Haselmann 2010, S. 254). Es bestehe die Gefahr, dass damit ganzheitliche Begegnungsformen zerstückelt und das Erarbeiten dialektischer Sinnzusammenhänge erschwert oder gar unmöglich würden. Im Zuge der Ökonomisierungsbestrebungen könne eine eher versorgungstechnische Konsumentenorientierung im marktwirtschaftlichen Sinne entstehen (vgl. Haselmann 2008, S. 66). Kritiker sprechen von einer „sozialtechnischen Reparaturmentalität“ der Professionellen (vgl. Schweizer, Glasenapp 2002, S. 204), von einer Problem-

fragmentierung und einer nur noch symptomorientierten Fallbearbeitung (Herringer 1997, S. 90). Ein Argument dafür mag sein, dass sich die zum IBRP gehörende Maßnahmeplanung als standardisierter Leistungskatalog zur Bedarfsermittlung und zeitbasierten Hilfeplanung in vier abgegrenzte Funktionsbereiche gliedert, die sich in wiederum verschiedene Leistungen ausdifferenzieren:

- Psychosoziale Grundleistungen
- Leistungen zur Selbstversorgung
- Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung
- Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung.

„Das, was soziale Arbeit auszeichnet: mit Ungewissheit umgehen zu können, Widersprüchlichkeiten auszuhalten und kreativ in nützliche Prozesse führen zu können, wird durch die neu verstandene Standardisierung ausgehebelt“ (Haselmann 2010, S. 313).

Fraglich ist in diesem Zusammenhang auch, was unter einer guten Qualität in der psychosozialen Arbeit verstanden werden kann. Es ist aus Sicht der Autorin kritisch zu betrachten, ob die praktizierten Strategien der Zielsetzung und benoteten Erfolgsmessung im IBRP mittels GAS-Bogen (Goal Attainment Scaling) (siehe Anlage 4), einem Instrument zur Wirkungsorientierung im neuesten Forschungsprojekt des Landesverbandes Sozialpsychiatrie, in der Arbeit mit Menschen angebracht sind. Es ist eine Illusion, zu glauben, in der Psychosozialen Versorgung Prozesse messen zu können. Die „Steuerungsgläubigkeit“ bei Kostenträgern ist auf Grund des bestehenden Finanzierungsdrucks nachvollziehbar, jedoch überzogen und Ausdruck einer Hilflosigkeit (vgl. Conen 2011, S. 111) Autonome Prozesse lassen sich nicht minutengenau planen und Entwicklungen nicht von außen instruieren. Ausschlaggebend, um Wege aus der Chronizität aufzuzeigen oder sie zu verhindern, ist die förderliche Gestaltung kommunikativer Milieus.

Kritiker fordern, genau zu prüfen, ob unter dem Blickwinkel der geforderten Kostendämpfung die angestrebte Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten existenten Bestand hat (vgl. Haselmann 2010, S. 255f). Dialog und Trialog und eine wirkliche Selbstbestimmung der Betroffenen können sich unter den Bedingungen marktwirtschaftlicher Effizienzbestrebungen nur begrenzt entwickeln. Die Bedeutung intersubjektiver Austausch- und Verständigungsprozesse auf der Beziehungsebene zwischen Klient und Profi könnte im personenzentrierten Hilfe-

prozess somit unterbelichtet bleiben (vgl. Haselmann 2010 zit. nach Lütjen, S. 246)

Ein weiterer Kritikpunkt an der Arbeit mit dem IBRP wird in der Fachliteratur mit der zunehmenden und überbordenden Dokumentationspflicht der am Hilfeprozess beteiligten Mitarbeiter beschrieben (vgl. Haselmann 2010, S. 266). Trotz des auch in der Pflegedienstleistung seit langem heftig umstrittenen Procederes der Dokumentation wurde die minutengenaue und streng kategorisierte Aufstellung der Hilfen in der Maßnahmeplanung des IBRP und deren tägliche zeitliche Erfassung in dem Nachweisdokument »Klientbezogene Leistungsdokumentation« (siehe Anlage 5) auch in der Hansestadt Rostock im Sinne des Effizienzstrebens übernommen. Die geleisteten sozialpsychiatrischen Hilfen sind im Rostocker Dokumentationsverfahren in 40 (!) verschiedenen Einordnungen aus den vier Leistungsbereichen täglich minutengenau für jeden Klienten nachzuweisen. Monatlich hat die Evaluation zu erfolgen, ob diese Minuten, wie im IBRP geplant, auch in den entsprechenden Leistungsbereichen und im jeweilig geplanten Umfang geleistet wurden. Eine kurze Verlaufsdokumentation in den Klientenakten hat zusätzlich zu erfolgen.

Die Kritikpunkte am Personenzentrierten Ansatz mit dem Instrument IBRP wurden von betroffenen Mitarbeitern aus der sozialpsychiatrischen Praxis schon im Jahre 2004 in den »Soltauer Impulsen« öffentlich formuliert (vgl. Haselmann 2010, S. 258). Die »Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik in sozialen Arbeitsfeldern« ist ein überregionaler, hierarchie- und berufsgruppenübergreifender Zusammenschluss von Mitarbeitern aus sozialen Arbeitsfeldern, die die Veränderungen im Gesundheitswesen und in anderen sozialen Arbeitsfeldern kritisch beobachten und ihrer Besorgnis und ihrem Widerspruch öffentlich Ausdruck verleihen. Die Initiative sucht nach Wegen der sozial- und gesellschaftspolitischen Einflussnahme, um der zunehmenden Ökonomisierung und Bürokratisierung des Sozial- und Gesundheitswesens wirksam entgegenzuwirken.

Sie stellt fest, dass von den Auswirkungen des zunehmenden Effizienzdenkens in der sozialen Arbeit vorrangig Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Die Soltauer Initiative mahnt an, dass insbesondere die vom Ansatz her sinnvolle Einführung des persönlichen Budgets

in der Hilfeerbringung nicht dazu führen darf, dass ein Zugewinn an Freiheitsrechten mit einem gleichzeitigen Verlust an Sozialrechten einhergeht.

Es wird weiterhin festgestellt, dass inzwischen auch die in den Sozialberufen Tätigen die Folgen der Ökonomisierung und den Verlust an Werten in ihrer Arbeit zu spüren bekommen. Mitarbeiter erlebten sich oftmals unter einem immer höher geschraubten Anspruch an die Arbeit und den Top-down-Vorgaben als fremdbestimmt und ohne wirkliche Einflussmöglichkeiten. Sie verspürten einen ständigen Zeitdruck durch ausufernde administrative und Dokumentationstätigkeit zu Lasten des direkten Umgangs mit den Klienten (vgl. Soltauer Impulse 2011, Internetquelle).

In den Soltauer Impulsen wird formuliert: „Wir erinnern daran, dass parallel zur Stärkung der Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen auch die Emanzipation der sie begleitenden Mitarbeiter wieder als Aufgabe erkannt werden muss. [...] Nur Einrichtungen, die selbst Gestaltungsspielräume behalten, können diese an ihre Mitarbeiter weitergeben. Dies ist eine der wichtigsten Quellen für dauerhafte Arbeitsmotivation“ (DGSP 2011, Internetquelle), denn die intrinsische Motivation ist ein entscheidendes Moment zur Entwicklung sozialer Systeme. „Sie wird aus unterschiedlichen Quellen gespeist, insbesondere aus der unmittelbaren Befriedigung bei der Arbeit selbst, aus guten Ergebnissen, aus der für die Arbeit erhaltenen Anerkennung, aus einem guten Arbeitsklima, aus der Identifikation mit dem Betrieb, dem Gefühl der Sinnhaftigkeit der Arbeit, einer Vision von der Zukunft u.a.m.“ (Kruckenberg 2001, S. 221). Die Gestaltung einer förderlichen Beziehung aller am Hilfeprozess Beteiligten erweist sich als eine gute Grundlage dafür.

Die „Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit der Sozialen Arbeit“ vom 4. Juni 2007 setzt diese kritischen Gedanken fort und reflektiert vor dem Hintergrund ökonomisierter Modernisierungsprogramme die Fachlichkeit in der Sozialarbeit. Es werden sechs „Verlustanzeigen“ formuliert, die die gegenwärtige Situation anprangern und schlussfolgernd sechs Forderungen gestellt, die sich mit dem inhaltlichen Anspruch, dem qualitative Verständnis und der Fachlichkeit von sozialer Arbeit beschäftigen (vgl. Wiener Erklärung, Internetquelle).

3.4 Hilfeerbringung zwischen Überbehütung und Minimalversorgung - individuelle und gesellschaftliche Ursachen und Wirkungen

Die Praxis der Sozialarbeit ist an drei Paradigmen ausgerichtet: an dem autonomieeinschränkenden, auf einer biomedizinischen Denkkultur basierenden Fürsorgemodell, an dem, in der Hansestadt Rostock praktizierten, sozialpsychiatrischen Modell, welchem ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis und die Subjektorientierung zu Grunde liegen und an dem systemischen Ansatz. Dieser setzt Autonomie und Selbstorganisation von Klientensystemen voraus und initiiert ressourcenorientiert Selbstsorge und Verantwortungsübernahme (vgl. Haselmann 2010, S. 236). Diese Versorgungskulturen eröffnen unterschiedliche Handlungsspielräume, stehen für verschiedene Orientierungskriterien und Kommunikationsstrukturen, die im jeweiligen Kontext als eher hinderlich oder förderlich für die Arbeit mit dem Klienten eingeschätzt werden (vgl. Haselmann 2010, S. 134ff).

Um Personenzentrierte Hilfen in der richtigen „Dosis“ anbieten zu können und damit ein Zuviel an Fürsorglichkeit sowie auch eine Unterversorgung zu vermeiden, müssen jeweils die Motive für diese Handlungsweisen hinterfragt werden.

Im Folgenden werden zunächst die möglichen Ursachen und die beobachteten Auswirkungen einer Überbehütung näher beleuchtet und dem professionellen Handeln gegenüber gestellt, bevor eine Minimalversorgung diskutiert wird.

3.4.1 Überbehütung – ein Zuviel an Fürsorge

Überbehütung, in der Fachliteratur auch als »Overprotection« bezeichnet (vgl. Andersch 2009, S. 24), kann sowohl aus Angst, Unkenntnis, Hilflosigkeit und Unsicherheit der Helfenden entstehen, als auch aus bereits gemachten negativen Erfahrungen, vor denen der Helfer den Klienten vorsorglich schützen möchte. Wenn das Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten nicht vorhanden ist, werden Lösungswege vorgegeben, Aufgaben abgenommen und Entscheidungen stellvertretend für und über ihn getroffen, die seinem Wohl dienen sollen, ihn aber nahezu entmündigen (vgl. Knuf 2011, S. 81).

Die Sorge und das gut gemeinte Anliegen der Helfenden, nur das vermeintlich Beste für den Klienten zu wollen, kann eine besitzergreifende, bevormundende und erdrückende Beziehungssituation erzeugen, die letztendlich von Kontrolle und Zwang geprägt ist. Knuf beschreibt, dass häufig bei professionell Tätigen, die vorwiegend in akuten Krisensituationen und mit langzeitkranken Menschen arbeiten,

die Wahrnehmung für positive Verläufe erschwert ist und diese dann auf alle Betroffenen verallgemeinert wird (vgl. Knuf 2011, S. 21). Ein überfürsorgliches und autonomiebeschneidendes Agieren ist die Folge. Es falle den Helfenden auch oftmals schwer, das Recht der Klienten auf Risiko und Irrtum zuzulassen, da sie das Irrationale zu behandeln hätten (vgl. Knuf 2011, S. 36). Ebenso sei es nicht unkompliziert, den richtigen Zeitpunkt und das Maß für die Rücknahme der Unterstützung nach einer akuten Krankheitsphase auszutarieren (vgl. Knuf 2011, S. 81). Überbehütung, eine vom medizinischen Krankheitsmodell ausgehende autonomiebeschränkende Fürsorge, nimmt jedoch den Raum für eigene Erfahrungen und eigenverantwortliche Entscheidungen. Der Schutz des Klienten vor den Konsequenzen seines Handelns oder das Drängen des Helfers zu einer momentan überfordernden Entscheidung ist zugleich die Verhinderung von Eigenständigkeit (vgl. Knuf 2011, S. 37ff). Ein defizitär ausgerichteter Blick des vermeintlich Helfenden auf die Schwächen des Klienten versperrt die Sicht auf dessen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen. Er widerspiegelt ein Menschenbild, das die Kompetenzen des Klienten unterschätzt. Die einseitige Orientierung an Defiziten und Bedürftigkeiten kann zu Überfürsorglichkeit, Stigmatisierung und Entmündigung des Klienten führen. Sie kann dessen scheinbare Hilflosigkeit und Selbststigmatisierung befördern, einen Rückzug aus der Gesellschaft oder sogar Widerstand provozieren.

Überbehütung kann aus einer erlernten Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit des Klienten resultieren, aus Erfahrungen seiner Ohnmacht und Situationen, die er durch eigenes Handeln nicht beeinflussen konnte (vgl. Knuf 2011, S. 76). Nur wer erwartet, dass das eigene Handeln auch erfolgreich sein wird, wird aktiv sein (vgl. Knuf 2011, S.77) und Passivität nicht als eine für ihn gewinnbringende Handlungsstrategie entwickeln. Es gilt deshalb, die Kompetenzen und das Selbstvertrauen des Klienten kontinuierlich zu stärken. Doch „Selbstbestimmung heißt auch, sich darüber klar [zu] werden, dass man etwas nicht selbst beeinflussen kann. Um Entscheidungen treffen zu können, muss ich meine Möglichkeiten überschauen, Konsequenzen abwägen, Alternativen kennen und die Freiheit haben, entscheiden zu dürfen“ (Kleine Schaars 2010, S. 35). Hier muss die Begegnung zwischen Klienten und professionellem Helfer ansetzen. Positive Erfahrungen, Ermutigung und die Wahrnehmung der eigenen Lebendigkeit vermögen Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit zu entwickeln.

Überbehütung vermag das Resultat eines unreflektierten Arbeitens des Helfenden mit einer Blindheit für Entwicklungen sein. An Stelle von Vertrauen des Professionellen in die Fähigkeiten des Klienten tritt unter Umständen ein „fürsorglicher Aktivismus“, es werden Lösungswege vorgegeben, Aufgaben abgenommen und Entscheidungen stellvertretend getroffen (vgl. Knuf 2007, S. 54). Klienten haben möglicherweise die Erfahrung gemacht, dass Veränderungen neue Herausforderungen oder vielleicht Probleme schaffen, Risiken in sich bergen können oder Anstrengung und Energie kosten und scheuen sich deshalb, ihre Chance zu ergreifen (Conen 2009, S. 58). Doch Schwierigkeiten gehören ebenso zum Leben wie Gelingendes. In der Kommunikation zwischen professionellem Helfer und Klienten muss es gelernt werden, Unzulänglichkeiten zu akzeptieren und sich an kleinen Fortschritten zu erfreuen, sowie Optimismus und realistische Hoffnung als wichtigen Verbündeten zu nutzen (vgl. Conen 2009, S. 69f).

Überbehütung kann auch durch den Klienten zum Krankheitsgewinn umgedeutet und zur Sicherung der Bindung an Helfende genutzt werden. Der Klient erwartet dann mehr Zuwendung und Unterstützung als es seinen eigentlichen Bedürfnissen entspricht und setzt den Helfenden subtil unter Druck, dem dieser dann nachgibt. Eine sehr enge Beziehung des Helfenden zum Klienten ohne Wahrung der professionellen Distanz unterstützt diesen Prozess. Der Klient versucht möglicherweise dem Professionellen seine ihm eigene Verantwortung zu übertragen. Er versucht ihm ggf. ein schlechtes Gewissen zu bereiten, ihn mit seiner vermeintlichen Hilflosigkeit sowie durch selbstverletzendes Verhalten oder Suizidandrohungen zu erpressen. Der professionelle Helfer hat die „Pflicht, angesichts des Leidens des Anderen, Verantwortung zu übernehmen, Freiheit, die gefährdet ist, ethisch und fachlich begründet zu begrenzen, auch Streitbar zu sein und [sich] nicht im Zuge der Hilfebedarfsermittlung auf reine Wunscherfüllung zu beschränken“ (Schulze-Klemna/ Armbruster/ Kluza 2004, S. 7). Es gilt, sich als professionell Helfender von stark ausgeprägten Versorgungswünschen abzugrenzen und verstrickende Kreisläufe zu unterbrechen. Dies kann durch die Einbeziehung des Klienten in eine transparente und ressourcenorientierte Hilfeplanung gelingen, durch ein Aushandeln der Art und des Umfangs der individuellen Hilfebedarfe.

Möglicherweise kompensiert der Klient eine mangelnde Beziehungsfähigkeit, wird zum „Angebotsjunkie“, indem er sich alle möglichen Hilfen und verschiedene Helfer heranorganisiert. Der Wunsch nach immer mehr Behütung und Fürsorge steigert

sich und eine Chronifizierung der gegenwärtigen Gesundheits- und Lebenssituation würde somit befördert. Überbehütung führt somit zur Unterversorgung in der Ressourcenaktivierung und in der die Persönlichkeit stärkenden Beziehungsarbeit! „Gerade der Blickwinkel vom Nicht-Können zum Nicht-Wollen dürfte aber das Entscheidende sein, um auch Sinnzusammenhänge reflektieren und/oder in therapeutischer Manier an den Problemen der Klienten ansetzen zu können“ (Haselmann 2010, S. 255). Der Klient muss einen Sinn für sich darin erkennen, seine Fähigkeiten und Ressourcen einzusetzen, mehr Autonomie und Selbstwirksamkeit zu entwickeln.

„Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass sich Menschen der westlichen Welt dann aktiver verhalten, Krisen und Krankheiten besser bewältigen und sich wohler fühlen, wenn sie über zentrale Bereiche ihres Lebens selbst entscheiden können“ (Knuf 2011, S. 32). Es geht in der sozialen Arbeit deshalb nicht nur allein um die Förderung der Selbständigkeit in kleinen Schritten, sondern auch gegebenenfalls darum, Autonomie durch ein kommunikatives Milieu zu provozieren (vgl. Haselmann 2008, S. 82). Das heißt, dem Klienten Verantwortung zuzuschreiben, mit ihm das Gefühl seiner Autonomie und Unabhängigkeit zu entwickeln und die Selbstverantwortlichkeit angemessen einzuschätzen (vgl. Haselmann 2008, S. 91). Durch das bewusste Schaffen unvertrauter Situationen und eine gleichzeitig zurückhaltende Begleitung können wichtige Lernfelder erschlossen werden. Ängste und Überforderungssituationen können durch eine begleitete „Risikoerfahrung“ abgebaut bzw. vermieden und Selbstsicherheit aufgebaut werden.

Überbehütung kann entstehen, wenn die Auftragslage durch Dritte veranlasst wird und eine Kontrolle des Klienten im Interesse der Öffentlichkeit eingesetzt wird.

Die Furcht der Mitarbeiter des Helfersystems und auch der Kostenträger vor einer negativen Außenwirkung bei unpopulären Entscheidungen kann ein weiteres Motiv für ein unangemessenes Ausmaß an Hilfe sein. Knuf beschreibt, dass ein zu hoher Anspruch, eine falsche Erwartungshaltung z.B. in Bezug auf die Ordnung und Sauberkeit in einer Institution dazu führen kann, dass Mitarbeiter Reinigungsaufgaben übernehmen, wenn Klienten diese vernachlässigen. Klienten erlernen so Strategien, wie das Personal zur Übernahme ihrer Aktivitäten bewegt werden könne und geraten in eine regressive Position (vgl. Knuf 2011, S. 82).

Ein weiterer Grund für eine Überbehütung kann das Vermeiden der Auseinandersetzung des Helfenden mit (über)besorgten und fordernden Menschen aus

dem familiären Umfeld des Klienten sein oder der verspürte Druck, der durch das Unverständnis der Gesellschaft für die möglicherweise eigenwillig anmutende Lebensgestaltung des Klienten entsteht.

Überbehütung wird unter Umständen befördert, wenn Mitarbeiter Diskussionen mit unmotivierten Klienten vermeiden oder ihm gefallen möchten (Knuf 2011, S. 83).

Überbehütung kann ebenso auch aus narzisstischen Bestrebungen oder Machtstreben des Helfenden heraus entstehen. Knuf beschreibt, dass die Eigenaktivität der Klienten behindert wird, wenn Mitarbeiter eigene Passivität oder die Langsamkeit und Fehlerhaftigkeit des Klienten schlecht ertragen können und die Situation immer beherrschen möchten (vgl. Knuf 2011, S. 82). Überversorgung entwickelt sich möglicherweise sogar aus der Sorge um die Sicherung des Arbeitsplatzes.

Überbehütung erzeugt eine Hospitalisierung der Klienten im Hilfesystem. Sie wird ebenfalls forciert durch eine mangelnde Vernetzung aller Angebote bzw. durch die ungenügende Kooperation der professionell Helfenden sowie durch die fehlende Implementierung nichtpsychiatrischer Hilfen. Die unzureichende Nutzung nichtpsychiatrischer Hilfen erschwert dem Klienten wiederum die Teilhabe an der „normalen“ Gesellschaft.

Eine zunehmende Rolle für Überbehütung mag heute auch der Zeitfaktor spielen: komplette Versorgung geht oft schneller als geduldige Anleitung zur Hilfe, Bevormunden verkürzt das gemeinsame Suchen nach Alternativen und nach dem für den Klienten richtigen Weg. „Ein Arbeitsprogramm, in dem der Sozialarbeiter das Tempo vorgibt, indem er - anhand eines vorher strukturierten Interventionsplans - zuvor vereinbarte Arbeitsschritte abarbeitet und einen festen Zeitrahmen vorgibt, vermittelt das Gefühl, dass man in kurzer Zeit viel bewegen kann“ (Herringer 1997, S. 197). Die Nachhaltigkeit des Erreichten muss jedoch in Frage gestellt werden.

Überbehütung versperrt oder erschwert den Weg für Empowermentprozesse. Die Chance des Klienten, sich selbst als autonom und kompetent handelnde Persönlichkeit in verschiedenen Situationen zu erleben, wird durch ein übergriffiges Agieren beschnitten bzw. ihm vorenthalten. Die Begrenzung der Handlungsspielräume sowie der selbständigen Entscheidungsfindung wirkt entwicklungshemmend und lässt Gefühle der Ohnmacht, der Abhängigkeit und der Wertlosigkeit entstehen. Der Klient verlernt es schließlich, sein Bedürfnis nach Autonomie geltend zu machen. Folglich beschränkt mangelndes Selbstvertrauen die Bereitschaft und Fä-

higkeit des Klienten Verantwortung zu übernehmen und führt zu einem steigenden Anspruchsniveau gegenüber der Gesellschaft (vgl. Andersch 2009, S. 25). Der Klient wird so zum Dauernutzer des Hilfesystems. Die Kosten für seine sozialpsychiatrische Versorgung müssen von der Gesellschaft dauerhaft und möglicherweise in erhöhtem Umfang getragen werden.

Überbehütung verfestigt Hilfebedürftigkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung, reduziert die autonome Handlungsfähigkeit und verhindert die Eingliederung in die Gesellschaft. Sie trägt damit zu einer Einbuße an Lebensqualität bei.

Überbehütung, von einer fürsorglichen Belagerung und Kontrolle bis hin zu einer subtilen Überwachung empfunden, kann Widerstand, Aggressivität und Gewalt als Gegenreaktion hervorrufen. In der Fachliteratur wird beschrieben, dass bei an Schizophrenie leidenden Menschen eine emotional hoch angespannte Atmosphäre, die in Folge übermäßiger emotionaler Involviertheit und entsprechender Überversorgung durch die vermeintlich Helfenden entstehen kann, einen Rückfall in die Krankheit geradezu provoziert. Diese Atmosphäre führt zu Feindseligkeit, Zurückweisung und Vorwürfen (vgl. Haselmann 2008, S. 113) und wirkt sich somit auf die Beziehung der Agierenden kontraproduktiv aus.

Die Sozialpsychiatrie mit ihren Personenzentrierten Hilfen grenzt sich deutlich von der kontrollierenden Fürsorge der klassischen Psychiatrie ab (vgl. Haselmann 2008, S. 81). Sie versteht sich als eine Autonomie gewährende und befördernde Fürsorge, als eine Begegnung in der Normalität. Sie steht damit einer Überbehütung konträr gegenüber. Professionelle soziale Arbeit zeichnet sich heute primär durch ein beziehungsorientiertes, dialogisches und partizipatives Handlungsmodell aus. Dieses akzeptiert den Eigensinn der Adressaten und setzt auf ein gelungenes Agieren auf den Handlungsebenen Angebot, Eingriff und gemeinsames Handeln (vgl. Ritscher 2007, S. 38). Dabei verlaufen Entwicklungen und Veränderungen nicht immer geradlinig, sondern schließen Umwege, Irrwege, Schleifen oder scheinbare Rückwärtsbewegungen mit ein (vgl. Ritscher 2007, S. 146). Professionell Helfende sind gefordert, sich auf diese Lern- und Entwicklungsprozesse beobachtend einzulassen, sie ggf. auszuhalten und sich mit vorschnellen Lösungen, eigenen Werturteilen und persönlichen Normen zurückzuhalten.

Die sozialpsychiatrischen Handlungsmodelle können an ihre Grenzen stoßen, sobald gravierende Konflikt- und Krisensituationen auftreten, dringende Entschei-

dungen anstehen, bei widersprüchlichen Auftragslagen oder wenn Gewalt droht (vgl. Haselmann 2008, S. 194). Wenn bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung notwendige Entscheidungen durch den professionellen Helfer getroffen werden müssen, sind diese dem Klienten klar zu übermitteln.

3.4.2 Minimalversorgung – eine unangemessene Basisversorgung

Die Autonomie des Klienten nicht zu verletzen und seine Selbständigkeit durch bewusste Hilfereduzierung zu fördern heißt jedoch nicht, ihn seinem Schicksal und seinem Problem überfordert zu überlassen, blind auf das Einsetzen von Empowermentprozessen zu vertrauen und letztendlich nur noch eine zeit- und ressourcensparende Minimalversorgung zu garantieren. Es kann zu einer „wohlwollenden Vernachlässigung“ des Klienten führen, wenn zynisch Selbstverantwortlichkeit gefordert wird, aber die Bedingungen und Ressourcen dafür nicht gegeben sind bzw. nur in geringem Maße zur Verfügung stehen (vgl. Quindel 2002, S. 129).

Der Begriff Minimalversorgung ist hier dem Minimalprinzip der Betriebswirtschaftslehre entlehnt. Dieses Prinzip beschreibt, dass mit geringstmöglichem Aufwand ein definiertes Ergebnis realisiert werden kann. Unter Minimalversorgung in der psychiatrischen Versorgung wird in diesem Sinne verstanden, dass Hilfeerbringung nur noch als zerstückelte Basisversorgung in soweit erfolgt, dass für den Klienten keine Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. lebensbedrohliche Zustände entstehen können. Der Begriff Minimalversorgung schließt in der vorliegenden Arbeit auch eine Unterversorgung, welche die Bedarfe des Klienten in einigen Bereichen nicht in einem für ihn individuell angemessenen und ausreichenden Umfang deckt, mit ein. Minimalversorgung schließt in diesem Sinne eine gezielte Förderung der Kompetenzen des Klienten aus, erschwert oder verhindert Entwicklungen und damit persönliche Freiheit. Für eine Minimalversorgung kann es verschiedene Gründe geben, die im Folgenden in Erwägung gezogen und vom professionellen Handeln abgegrenzt werden.

Der neuzeitliche Trend zur Technisierung und Ökonomisierung in der Sozialpsychiatrie mit dem Anliegen einer möglichst effektiven Leistungserbringung, birgt die Gefahr, dass die Ideen und Ideale der Sozialpsychiatrie nach und nach ausgeblendet werden könnten (vgl. Haselmann 2009, S. 56ff) und der psychisch kranke Mensch zum Objekt der Leistungserbringung wird. Möglicherweise vermag das empfundene Druckgefühl der Leistungserbringer, den Umfang der Hilfen zum En-

de des Bewilligungszeitraumes als Beleg für deren Erfolg oder Wirksamkeit reduzieren zu müssen, ausschlaggebend für eine zukünftige Minimal- oder Unterversorgung sein. Diese Sichtweise wird gegebenenfalls in der Hansestadt Rostock durch die mit Hilfe von in Kategorien zu belegenden und in Zahlen zu bewerteten Erfolgsmessungen der Ziele im GAS-Bogen verstärkt. Die technokratische Bewertung der Zielerfüllung von minus 1 bis plus 2 ist von Mitarbeitern vor Ort umstritten. Es sei daran erinnert, dass die Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren abhängt, d.h. von individuellen Erwartungen des Nutzers, individuellen Biografien, von Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzeptionen des Anbieters und vielen anderen Faktoren (vgl. Bär u.a. 2010, S. 25) und schwer messbar ist.

Ein formales Kundenverständnis, kleinteilig zerstückelte IBRP-Zielformulierungen und engstirnige Effizienzbestrebungen erzeugen Schubladendenken für einzelne Bedarfe und Ziele und provozieren unter Umständen eine Unterversorgung. Die ganzheitliche Sichtweise auf den Klienten, auf seine individuellen Bedarfe und die Beziehungsarbeit geraten dabei möglicherweise aus dem Blick. Eine personenzentrierte Haltung widerspiegelt sich gerade doch in einem ganzheitlichen Hilfeprozess, der Bezug auf die Subjektivität und die Lebensgeschichte des Klienten nimmt und sich in dessen derzeitige Lebenssituation einfühlt (vgl. Haselmann 2009 zit. nach Dörner/ Plog, S. 67).

Blinder Gehorsam der Professionellen bei der Erfüllung der geplanten (!) Eingliederungsquote oder der geforderten Fallzahlsteigerung mag ein weiteres Motiv sein, um Hilfen unangemessen zu reduzieren. Herringer spricht von einem „institutionellen Zwang, Erfolge vorweisen zu müssen“ (Herringer 1997, S. 206). In Folge der unkritischen Erklärung sozialer Arbeit zu einer Dienstleistungsprofession gelte es nun auch, die Outputs zu effektivieren (vgl. Roer 2008, S. 41).

Die Reduzierung der Personaldecke, wie sie z.B. auch in Auswirkung des Modellprojektes »Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe« des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommerns für einige sozialpsychiatrische Angebote vorgenommen wurde, birgt die Gefahr einer geringeren individuellen Versorgung. Die Reduzierung bleibt möglicherweise nicht ohne Folgen für Art und Umfang und damit für die Qualität der sozialpsychiatrischen Hilfen. Ein Beziehungsaufbau wird gegebenenfalls erschwert, denn er braucht Zeit, erfordert eine ganzheitliche Sichtweise auf den Klienten und benötigt eine professionelle Neugier

auf seine Lebenswelt. Ein Beziehungsaufbau beschränkt sich nicht auf das Abarbeiten von einzelnen Leistungen im vorab geplanten Minutentakt.

In den letzten Jahren haben sich die Kontaktzeiten (face-to-face) in der sozialen Arbeit zugunsten eines erhöhten Dokumentationsaufwandes reduziert. Damit einhergehend wurden die zur Verfügung stehende Zeit sowie Aufmerksamkeit und damit die Möglichkeiten der Beziehungsarbeit beschnitten. Das Risiko, dass die Salutogenese und die Persönlichkeitsentwicklung des Klienten nicht umfassend befördert werden können, scheint allgegenwärtig. Die Teilhabe der (noch) Hilfebedürftigen an der Gesellschaft wird so gegebenenfalls erschwert bzw. behindert. Möglicherweise werden Einbußen an der Lebensqualität der Klienten und ggf. häufigere Krankheitsausbrüche provoziert. Unter steigendem Zeitdruck der professionell Helfenden werden vorübergehend erhöhte Hilfebedarfe, Krisensituationen oder Defizite nicht erkannt und damit die Bedingungen für Entwicklung möglicherweise nicht in einem ausreichenden Maße geschaffen.

Das Dilemma der Professionellen in der psychosozialen Versorgung kann darin bestehen, dass die Helfenden in eine bestimmte Richtung unterstützend und helfend wirken sollen, sie zugleich aber um die Nichtinstruierbarkeit mitmenschlicher Prozesse wissen. Helfen ist jedoch zu verstehen als die Reaktion auf die Bitte um Hilfe und Unterstützung und bedarf der Auftragsklärung durch die Agierenden (vgl. Haselmann 2009, S. 83). Die Aufgabe der Professionellen besteht deshalb darin, ein für die Veränderung günstiges Milieu zu schaffen, individuell und angemessen zu handeln, statt mit Macht eine Veränderung in eine bestimmte Richtung durchsetzen zu wollen. Dieses braucht wiederum Zeit.

Eine zu geringe oder zu schnell reduzierte Betreuungsfrequenz birgt die Gefahr einer Unterversorgung. Hinsichtlich der Betreuungsfrequenz wird in der Fachliteratur vorgeschlagen, dass professionell Helfende ihre Beziehungsangebote vom Erscheinungsbild der psychischen Erkrankung abkoppeln, d.h., dass die Betreuungskontakte in symptomfreien Zeiten nicht automatisch reduziert werden, sondern dem Kontaktbedürfnis des Klienten durch besondere Angebote nachgekommen wird (vgl. Haselmann 2009, S. 324). Es wird befürchtet, dass Menschen, die zu wenig Raum und Zeit erhalten, ausgeschlossen werden. Auch moderne Schlagworte wie Qualitätssicherung und Kundenorientierung könnten darüber nicht hinwegtäuschen (vgl. Haselmann 2009, S. 68).

Häufiger Personalwechsel und unstrukturierte Arbeitsweisen können ein weiterer Grund für eine unzureichende Versorgung des Klienten sein. Die Kontinuität in der Beziehung des Helfenden zum Klienten ist eine wichtige haltende und orientierende Funktion, um einer Unterversorgung trotz zeitlicher Limitierung entgegenwirken zu können. Wirkungen werden in der sozialen Arbeit oftmals eher zufällig aus Bemerkungen und Momenten der Nähe erzielt, die dann zum Anlass für eine Veränderung werden (vgl. Haselmann 2009, S. 143). Die Psychiatrieforschung kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Wirksamkeit von Hilfen zu etwa 30% auf die therapeutische Beziehung und bis zu 40% auf die Ressourcen der Klienten zurückführen lassen (vgl. Haselmann 2009, S. 236). Diese gilt es zu erkennen und zu fördern. Dabei ist es wichtig, dass die Authentizität des Helfenden für den Klienten zu jeder Zeit spürbar ist und er sich nicht hinter formalen Rollen, therapeutischen Techniken oder stereotypischen Prozeduren versteckt. Transparenz, Offenheit und eindeutige Rückmeldungen machen erst Begegnung möglich (vgl. Haselmann 2009, S. 144). Statt viel zu reden ist es wichtiger, aufmerksam zuzuhören (vgl. Haselmann 2009, S. 140).

Es besteht heute mehr denn je die Gefahr, dass all zu schnell unter dem Deckmantel von Autonomie, Selbstverantwortung und Empowerment den öffentlichen Sparzwängen nachgegeben wird, wenn Klienten Hilfe ablehnen. Es ist riskant anzunehmen, dass „Wer kein Anliegen hat, hat keinen Willen zur Veränderung, und wer keinen Veränderungswillen hat, braucht keine Hilfe“ (Conen 2011, S. 98). Eine Unterversorgung scheint dann vorprogrammiert. Es ist deshalb abzuwägen, ob sich hinter dem Nicht-Wollen der Hilfeannahme möglicherweise ein Nicht-Wollen-Können des Klienten verbirgt und welche Bedingungen sich ggf. verändern lassen, damit Hilfe angenommen und eine Unterversorgung ausgeschlossen werden kann. Die Wahrnehmung der professionell Helfenden kann sich dabei von der des Klienten unterscheiden. Klienten haben eigene Vorstellungen darüber, ob es ein Problem gibt, wer ein Problem hat und wie es gelöst werden kann (vgl. Conen 2009, S. 47). Klienten „auflaufen“ zu lassen, da sie ja nichts wollen, kann eine aggressive Form des Wartens auf Veränderung darstellen (vgl. Conen 2011, S. 99). Nur in der Begegnung zwischen Klient und professionell Helfendem kann ergründet werden, ob der Klient wirklich keinen Bedarf hat, etwas zu ändern. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob die Motivation zur Veränderung der Situation aus-

reichend war, damit scheinbar mangelnde Bedarfe nicht voreilig preiswertere „Hilfspakete“ für die Leistungsträger erzeugen.

Psychosoziale Hilfen können dem Klienten nicht gegen seinen Willen verordnet werden, wenn keine akute Gefahrensituation besteht. Er kann nicht zu einem besseren, unseren Vorstellungen entsprechendem Leben gezwungen werden (vgl. Haselmann 2008, S. 259). Insbesondere wenn Klienten unklare, widersprüchliche oder keine Aufträge an die Helfenden geben oder kein Anliegen haben, gestaltet sich eine Absprache der Hilfeleistung und der Ziele des Klienten als schwierig (vgl. Haselmann 2008, S. 261). Eine Klärung der gegenseitigen Erwartungen, Möglichkeiten und der Grad der Verbindlichkeit ist hier umso mehr gefragt, um einer Minimalversorgung entgegen zu wirken.

Hospitalisierte Menschen fühlen sich von Empowermentangeboten eher überfordert (vgl. Knuf 2007, S. 34). Der Zugang zum Klienten sei deshalb geduldig über die Beziehungsarbeit zu suchen, d.h., durch Akzeptanz der selbst gewählten Lebensweise und wertfreie Gespräche über Lebenserfahrungen und –situationen, über alltägliche Probleme, über Wünsche, Vorstellungen und Motive. Möglicherweise wird deutlich werden, dass der Klient doch ein Anliegen hat. Gegebenenfalls wird er auf Kompromisse eingehen. Der Professionelle darf es sich nicht gestatten, sich aus Enttäuschung über eine scheinbar mangelnde Kooperationsbereitschaft des Klienten aus der Beziehung zurückzuziehen (vgl. Knuf 2007, S. 52). „Wir müssen kontinuierlich die Fähigkeit kultivieren, wahrzunehmen, wie die scheinbar zu Wünschen Unfähigen dennoch ihre Subjektivität zum Ausdruck bringen, wie immer indirekt das auch sein mag“ (Schulze-Kemna 2004, S. 7).

Von einer Minimalversorgung abzugrenzen sind temporär eingeengte Beziehungs- und Zugangsmöglichkeiten zu akut erkrankten Klienten. Hier ist die Feinfühligkeit des Helfenden gefragt, sein Aushalten der vorübergehenden Situation und ggf. sein beherztes Handeln. Der beobachtenden Wahrnehmung und der professionellen Erfahrung der Fachkraft kommt hierbei eine bedeutende Rolle zu.

Für psychisch kranke Menschen ist oftmals der objektive Handlungsspielraum für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in individuell unterschiedlichem Ausmaß eingeschränkt, da sie sperrige und unattraktive Eigenheiten besitzen können (vgl. Quindel 2002, S. 133), die ihnen die Partizipation an der Gesellschaft erschweren.

Eine mangelnde Akzeptanz des Professionellen, bezogen auf das Auftreten oder das Erscheinungsbild des Klienten, machen eine erfolgreiche Beziehung unmöglich und befördern möglicherweise Rückzugstendenzen, die das Annehmen von Hilfe erschweren.

Das Bedürfnis der Mitarbeiter nach einer hohen Eigenverantwortung und der fachlich fundierte Ausrichtung der Arbeit bringen es mit sich, dass durch eine verstärkte Bürokratisierung und eine so empfundene Gängelei Widerwille und Ablehnung ausgelöst werden (Conen 2011, S. 51). Eine Kultur der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsatmosphäre mit beschränkte Handlungsmöglichkeiten der professionell Helfenden führen eher zu Burnout als zur Nutzung der Potentiale und Ressourcen. Dies liefert den Hintergrund für eine Ausstrahlung, die Klienten nur wenig Mut machen kann, Eigeninitiative zu ergreifen und Gestaltungsmöglichkeiten zu nutzen (vgl. Stark 2001, S. 72). Knuf beschreibt, dass auch ausgebrannte oder sich mühsam vor einem Burnout schützende Mitarbeiter den Kontakt zum Klienten oberflächlicher, emotional unbeteiligter und weniger engagiert gestalten. Die Klienten werden so nicht als individuelle Menschen, sondern als Objekte in einer Leistungserbringung gesehen, werden schneller aufgegeben, nicht bedarfsgerecht versorgt.

Ebenso kann in bestimmten Situationen Ärger, Wut und Gereiztheit auf Klienten entstehen. Der Mitarbeiter versucht dann den Kontakt zum Klienten zeitlich zu reduzieren und flüchtet sich in Schreibtischarbeit (vgl. Knuf 2011, S. 123). Hier gilt es zum einen, sich persönliche Praktiken zum Schutz vor Überforderung zu schaffen, zum anderen ist das Team der Mitarbeiter und die Institution gefragt, um negative Folgen für den Mitarbeiter und den Klienten zu vermeiden.

Eine mangelnde Nutzung nichtpsychiatrischer Hilfen und die ungenügende Vernetzung von Angeboten bzw. die mangelnde Kooperation der Leistungserbringer können vorhandene Ressourcen brach liegen lassen und so ebenfalls eine Unter- oder Minimalversorgung begünstigen. Die Chancen für eine Begegnung, für die Entwicklung und Förderung von schlummernden Fähigkeiten und Fertigkeiten, für die Entdeckung und Beförderung von Ressourcen des Klienten und damit seiner Eingliederung in das gesellschaftliche Leben würden somit beschnitten.

Wir bewegen uns in einer Welt sich verändernder Wirklichkeitskonstruktionen. Denken und Handeln sind immer durch die eigene Biografie gefärbt. Verhalten

kann deshalb nur verstanden und ggf. verändert werden, wenn der Sinn dieses Verhaltens hinterfragt wird. Infolgedessen muss die tägliche sozialpädagogische Praxis kontinuierlich aus fachlicher Sicht reflektiert werden, um eine Überbehütung oder Minimalversorgung zu vermeiden. Das Ausloten der Balance zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Ressourcen und Defiziten, zwischen Selbsthilfe und Fremdhilfe ist eine ständige Herausforderung an jeden professionell Helfenden (vgl. Knuf 2007, S. 35f). Regelmäßig im Team stattfindende Fallbesprechungen und Supervisionen wirken unterstützend, lassen einen Perspektivwechsel zu und beugen einer nicht bedarfsgerechten Versorgung, einer Unterversorgung oder Überbehütung des Klienten, vor.

4 Personenzentrierte Hilfen am Beispiel des Angebotes »Psychosoziale Wohngruppe« der AWO

Personenzentrierte Hilfen zu erbringen heißt, sich in das Spannungsfeld zwischen Über- und Unterversorgung, zwischen individueller Hilfe und gesellschaftlicher Kontrolle zu begeben. Im Folgenden wird dargestellt, wie individuell zugeschnitten die Personenzentrierten Hilfen in der Psychosozialen Wohngruppe der AWO erbracht werden. Es werden dabei die Herausforderungen und Grenzen aufgezeigt, die die professionell Tätigen zwingen, ihre Handlungsweisen in der psychosozialen Arbeit immer wieder kritisch zu hinterfragen, um eine Überbehütung oder Minimalversorgung zu vermeiden und die richtige Balance dieser Extreme im täglichen Tun entwicklungsfördernd auszutarieren. Es soll aufgezeigt werden, welche Veränderungen und Entwicklungen sich durch verschiedene Methoden und das Schaffen von Bedingungen erschließen und welchen wichtigen Stellenwert die Beziehungsarbeit dabei einnimmt.

An drei verschiedenen Entwicklungsbeispielen wird belegt, inwiefern individuelle Hilfsangebote im Kontext einer Begegnung das immer wieder neue Abwägen der Hilfeebringung in Art und Umfangs notwendig machen.

Die im Folgenden vorgestellten drei Klienten der Psychosozialen Wohngruppe leben auf eigenen Wunsch für eine selbst gewählte Zeitspanne in einem ambulant betreuten Zuhause. Sie sind Untermieter einer 5-Raum-Wohnung der AWO in einem zentral gelegenen und modernen Hochhaus im beliebten Rostocker Stadtteil

Lütten-Klein. Dieser Ort wurde von der AWO im Sinne des Inklusionsgedankens bewusst ausgewählt, um den Klienten so viel Normalität wie möglich beim Wohnen zu bieten. Die Gemeinschaftsräume stattete die AWO unter Einbeziehung der Klienten aus, die Zimmer sind hingegen eigenverantwortlich und nach eigenem Geschmack zu möblieren. Die Klienten sind wirtschaftlich selbständig. Sie haben in einigen Fällen einen gerichtlich bestellten Betreuer.

Die Klienten sind unterschiedlichen Alters und Geschlechts, haben auf Grund ihrer verschiedenen chronischen psychischen Erkrankungen und ihrer bereits wieder gewonnenen Fähigkeiten oft zeitlich und inhaltlich unterschiedliche Hilfebedarfe. Sie verfügen gleichzeitig über ungleich entwickelte Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Mitbewohner, die es zu nutzen gilt. Die ihnen bei Maßnahmebeginn durch die HPK zugeordneten Hilfeempfängergruppen umfassen in der Regel das Spektrum von der HEG 1 bis zur HEG 5. Eine Sozialarbeiterin betreut die Klienten werktags in unterschiedlichem Zeitumfang und terminlich flexibel. Einige Klienten nutzen die Möglichkeit des zusätzlichen Besuches einer Tagesstätte oder der WfbM bzw. nehmen an Maßnahmen des Arbeitstrainings teil. Ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die WG ist ein aktuell bestehender Alkohol- und Drogenmissbrauch.

4.1 Beispiel Frau X

Frau X ist 51 Jahre alt. Sie ist zwei Mal geschieden und hat einen guten Kontakt zu ihren zwei erwachsenen Kindern. Nach dem Abschluss der 10. Klasse erlernte sie den Beruf einer Verkäuferin und arbeitete bis 1990 in verschiedenen Anstellungen. Seit 19 Jahren ist Frau X auf Grund einer stark ausgeprägten agitierten Depression (F 43.1, 33.2)² sowie einer unsicheren Persönlichkeitsstörung (F60.6) berentet. Sie hat einen Grad der Schwerbehinderung von 50% zuerkannt bekommen. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt im Rostocker Zentrum für Nervenheilkunde im Jahre 2007 hatte sie das Gefühl, nicht mehr allein im Alltag zurechtzukommen und nahm auf Empfehlung der Klinik die vorübergehende Unterstützung durch das Angebot »Psychosoziale Wohngruppe« bei der AWO wahr. Ihr Ziel war es, durch die dort angebotenen Hilfen ihre vorhandenen alltagspraktischen Fähigkeiten wiederzuerlangen und mehr Zutrauen zu sich selbst zu

² von der WHO herausgegebene internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10;

gewinnen. Ebenso wollte sie wieder Kontakte zu anderen Menschen bekommen, um einer Vereinsamung vorzubeugen.

Die Hilfeplankonferenz klärte in einem Gespräch mit der Klientin den Hilfebedarf und schätzte diesen vorläufig im Rahmen der HEG 5 ein. Die Kosten für das betreute Wohnen wurden zunächst für ein Jahr bewilligt.

Innerhalb von sechs Wochen nach Einzug in das neue Zuhause erstellte die Mitarbeiterin³ der WG unter Einbeziehung von Frau X den Hilfeplan. Im IBRP wurden mit ihr ihre Ziele, die sie mit der Unterstützung in der Wohngruppe erreichen wollte, ausgehandelt und konkreter formuliert. Dazu wurden viele vertrauensvolle Gespräche geführt, in denen sie über ihre derzeitige Situation, ihre Lebenserfahrungen, ihre Wünsche und Träume sowie ihre Zukunftsplanung sprach. Es wurde das methodische Vorgehen zur Zielerreichung festgeschrieben, ihre zu nutzenden Ressourcen, aber auch ihre Defizite erfasst. Im sich anschließenden Hilfeplangespräch mit dem Fallmanager wurde ihre Partizipation bei der Aushandlung und Erbringung der Personenzentrierten Hilfen deutlich.

Frau X berichtete, dass sie als ältestes von drei Kindern in einem eher dörflich geprägten Stadtteil von Rostock aufwuchs. Sie hatte keine leichte Kindheit. Ihr Vater war alkoholabhängig, die Mutter und die Kinder waren der Gewalt des Vaters oftmals schutzlos ausgeliefert. Frau X übernahm im Haushalt schon recht früh viele Aufgaben und musste die Mutter bei der Versorgung der jüngeren Geschwister über die Maßen hinaus unterstützen. Zum Lernen hatte sie wenig Zeit und deshalb in der Schule oftmals Schwierigkeiten. Die Beziehung zur Mutter beschreibt Frau X als gefühlsarm und kalt. Sie fühlte sich ständig ihrer Kritik und ihren unangemessenen Forderungen ausgesetzt. Jenen Verhältnissen wollte Frau X entinnen. Sie heiratete mit 18 Jahren und bekam früh ihre Kinder. Doch das Leben in ihrer selbst gegründeten Familie gestaltete sich nur kurzfristig glücklicher und war von häufigen Partnerwechseln und unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten gekennzeichnet. Mit 38 Jahren erkrankte Frau X erstmals an einer Depression. In den folgenden Jahren schlossen sich mehrere depressive Erkrankungen mit langen Krankenhausaufenthalten an. Die Erkrankung chronifizierte.

Frau X machte in der WG anfangs einen sehr unsicheren und stark retardierten Eindruck. Sie traute sich nicht zu, allein aus dem Haus zu gehen und bat stets darum, begleitet zu werden. Sie fühlte sich nicht mehr in der Lage einzukaufen,

³ Da es sich um eine Schilderung handelt, wird abweichend zu den anderen Kapiteln der Arbeit in den drei folgenden Beispielen die weibliche Form für die Bezeichnung der Mitarbeiterin verwendet.

Ärzte oder Behörden selbständig aufzusuchen. Alltagspraktische Tätigkeiten gingen ihr nur schwer von der Hand. Oft verspürte sie keinen Appetit, aß kaum etwas und hatte ihre ehemals guten Kochkünste nahezu verlernt. Ihr fiel es sehr schwer Entscheidungen zu treffen und ihr Leben zu organisieren. Dem Anschein nach suchte Frau X ständig nach Zuwendung und wurde durch ihre Liebkosungen gegenüber der Mitarbeiterin der WG teilweise fast übergriffig. Bei Aushandlung der Hilfen zur Erstellung des IBRP zeigte sie eine ausgeprägte Defizitorientiertheit und ein negatives Selbstbild.

In den ersten Wochen der Eingewöhnung in ihr neues Lebensumfeld erhielt Frau X sehr viel Unterstützung durch die Mitarbeiterin und die Bewohner. Nach dem langen Krankenhausaufenthalt und dem Umzug diente dies ihrer Entlastung und der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit in ihrem neuen Zuhause. Als der Versuch unternommen wurde, durch eine behutsame Reduzierung der Hilfen ihre Kompetenzen hervorzulocken und zu nutzen, fühlte sie sich anfangs unverstanden und in ihrer Betreuung durch die Mitarbeiterin vernachlässigt. Herringer bezeichnet dieses Verhalten als „Spiegel der institutionellen Sozialisation in die Abhängigkeit, die viele Adressaten der beruflichen Unterstützung bereits durchlaufen haben“ (Herringer 1997, S. 200ff). Mehrere einfühlsame Gespräche waren notwendig, um Frau X zu verdeutlichen, welche Kompetenzen die Mitarbeiterin bei ihr wahrgenommen hatte und welches Vertrauen sie in ihre Fähigkeiten und Ressourcen setzte. Hatte sie doch beobachtet, wie Frau X um für sie zeitlich günstige Termine beim Arzt verhandelte oder wie gut sie ihre Zubereitungswünsche beim Kochen durchsetzen konnte. Die Mitarbeiterin erklärte ihr, dass ein Zuviel an Hilfe, eine Überbehütung, Menschen unselbstständig und somit dauerhaft abhängig von der Unterstützung anderer Menschen werden lasse. Die praktizierte Hilfe zur Selbsthilfe und die damit zusammenhängende allmähliche Zurücknahme der Unterstützung sei nicht als Minimalversorgung zu werten. Hilfe zur Selbsthilfe ist eine erfolgreiche Methode, um das Zutrauen in eigene Kompetenzen zu erwecken und verschüttete Ressourcen zu befördern. Nur durch die (Wieder)Befähigung zur Selbstständigkeit und durch die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln könne Frau X unabhängiger von fremder Hilfe werden und zukünftig autonom handeln. Eintretende Erfolge würden Frau X stolz auf das Erreichte machen und ihr Selbstvertrauen weiter stärken. Ihr Ziel beim Einzug in die WG war es doch, alltagspraktische Fähigkeiten wiederzuerlangen und mehr Zutrauen zu sich

selbst zu gewinnen. Frau X war nun mit einer schrittweisen Reduzierung der Unterstützung einverstanden und um zunehmend selbständigeres Handeln bemüht. Lebensweltorientierte soziale Arbeit bezieht das Umfeld der Klienten mit ein, versteht sie in ihren sozialen Bezügen und Netzwerken. Deshalb besprach die Mitarbeiterin mit dem Einverständnis von Frau X das weitere Vorgehen auch mit ihren erwachsenen Kindern. Diese sorgten sich sehr um ihre Mutter und gaben ihr viel Beistand, den Frau X sich auch nachdrücklich einzufordern vermochte. Ein einheitliches und transparentes Handeln konnte ermöglicht werden.

Frau X besprach mit der Mitarbeiterin die methodischen Schritte des Vorgehens in der Hilfeerbringung. So wurde die persönliche Begleitung beim Einkauf z.B. dahingehend reduziert, dass die Mitarbeiterin im Supermarkt zwar anwesend war aber andere Einkäufe tätigte. Später wurde die Begleitung in den Supermarkt auf ein Warten der Mitarbeiterin im Kassensbereich beschränkt, bis dann letztlich die Anwesenheit vor der Einkaufsstätte Frau X die nötige Sicherheit bot. Danach sorgten der vorher gemeinsam geschriebene Einkaufszettel und das Wissen darum, dass die Mitarbeiterin in der WG wartete, für einen ausreichend empfundenen Schutz. Die Ängste von Frau X, entsprechende Lösungsstrategien und ihre mutmachende, erfolgreiche Entwicklung wurden in Gesprächen immer wieder reflektiert. Sie machte inzwischen bei selbständigen Einkäufen Preisvergleiche, kontrollierte Verfallsdaten, reklamierte Einkäufe, handelte auf dem Markt und bemühte sich sogar, das Geld relativ passend zu bezahlen oder ließ Kunden mit nur wenigen Einkäufen höflich an der Kasse vor. Frau X hatte angefangen, Vertrauen zu sich selbst zu finden und selbstbewusster zu handeln.

Ähnlich vollzog sich auch die Entwicklung bei der gewünschten Begleitung zu Ärzten, Behörden oder Angeboten im Wohnumfeld. Frau X wurde nicht nur Mut gemacht, es wurden auch Ängste und Schwierigkeiten mit ihr besprochen und mögliche Lösungen gemeinsam entwickelt. Ihr erfolgreiches Handeln wurde wahrgenommen und gewürdigt, wurde Motivation und Quelle für Veränderung.

Die begleitende Unterstützung konnte bald stufenweise reduziert werden. Frau X wurde in der Öffentlichkeit zunehmend selbstständiger und selbstsicherer. Gern erledigte sie nun auch Besorgungen für die WG oder half anderen Bewohnern. Sie bat die Mitarbeiterin nun nur noch um die Begleitung zu Ärzten oder Behörden, wenn sie besondere Probleme hatte bzw. nicht sicher war, alles richtig zu ver-

stehen oder gut durchsetzen zu können. Diese Unterstützung wurde ihr gewährt und im Nachhinein ausgewertet.

In ähnlicher Weise gelang es Frau X, das Telefonieren wieder neu zu erlernen. Anfangs wurde sie angehalten, wenigstens die Nummer des Teilnehmers selbstständig einzugeben. Das Gespräch wurde dann in ihrem Beisein von der Mitarbeiterin der WG geführt. Die Forderung nach einem selbstständig geführten Telefonat hätte sie zu diesem Zeitpunkt noch überfordert. Später wurde im Vorfeld das Anliegen kurzer Telefonate mit ihr durchgesprochen. Diese wurden dann im Beisein der Mitarbeiterin geführt, solange, bis es Frau X mit einem erstarkten Vertrauen wieder gelang, selbstständig Termine telefonisch abzusprechen und Angelegenheiten fernmündlich zu regeln. Mit der Zunahme ihres Bekanntenkreises nahmen später auch die Telefonkontakte zu, die sie nun recht ausführlich für ihren Austausch nutzte.

In entsprechender Weise vollzog sich ebenfalls die Entwicklung beim Ausfüllen von Formularen und dem Aufsetzen von Anträgen. Frau X hat eine sehr schöne Schrift und ist relativ sicher in der Rechtschreibung. So wurde mit ihr anfänglich alles sehr genau besprochen und teilweise auf einem anderen Blatt vorformuliert niedergeschrieben, bevor sie das Formular selbst ausfüllte oder ihr Anliegen dann abschrieb. Frau X gewann so zunehmend an Sicherheit, konnte bald wieder ihren Schriftverkehr selbstständig erledigen und bat die Mitarbeiterin immer seltener um eine abschließende Kontrolle. Später erwies sie sich auf diesem Gebiet als ein guter Ratgeber und Helfer für einen neu eingezogenen Bewohner, dem das Formulieren und Schreiben vorübergehend nicht mehr so gut gelang. Durch ihre gern angenommene Unterstützung gewann sie weiter an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit.

Ähnlich systematisch vollzog sich die Entwicklung beim eigenständigen Stellen der Medikamente in den Wochendosierer. Anfangs war Frau X trotz ihrer gut entwickelten geistigen Fähigkeiten sehr verunsichert, ob sie die große Anzahl der verschiedenen Medikamente unterschiedlicher Anbieter richtig einordnen könne. Nachdem entsprechend der Absprache zuerst die Mitarbeiterin die Medikamente dosierte und Frau X die Richtigkeit nachfolgend kontrollierte, dosierte Frau X bald zusammen mit der Mitarbeiterin bzw. später dann diese nur noch unter ihrer Aufsicht. Nach einiger Zeit konnte sie die Dosierer wieder eigenständig befüllen und bat die Mitarbeiterin nur um einen abschließenden prüfenden Blick auf die richtige

Dosierung, bis sie auch hier wieder genug Selbstsicherheit gefunden hatte, um die Prüfung selbständig vornehmen zu können.

Da Frau X einen Missbrauch der Medikamente für sich noch nicht ausschließen konnte, verwahrte die Mitarbeiterin auf ihren Wunsch hin vorerst einen Teil der befüllten Dosierer und die Vorräte an Medikamenten im Tresor der WG. Im Team der Mitarbeiter des Wohnverbundes wurde kontrovers diskutiert, ob diese Handlungsweise die Ablehnung einer Verantwortungsübernahme für Frau X begünstigen würde oder ob ein gewisser Schutz vor Eigengefährdung zeitweilig noch nötig sei. Das Team fragte sich, ob das Verwahren der Medikamente eine Überbehütung und Verantwortungsabnahme darstellte. Oder bedeutete die selbständige Verwahrung für sie zum jetzigen Zeitpunkt noch eine Überforderung und wäre möglicherweise ein Risiko für Ihr Leben oder ihre Gesundheit?

Diese Fragestellung war nur über eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zu lösen. Gemeinsam mussten Frau X und die Mitarbeiterin herausfinden, wann sie sich so stabil fühlte, dass der richtige Zeitpunkt für ein eigenverantwortliches Handeln gekommen war. Nach einigen Monaten übernahm Frau X eigenverantwortlich die Verwahrung sowie das Stellen der Medikamente. Sie gab nur selten vorsorglich die Medikamente zur Aufbewahrung ab.

Frau X hatte weiteres Zutrauen zu sich selbst gefunden und nutzte ihre Kompetenzen. Nach 6 Monaten konnte sie ihre Angelegenheiten mit nur geringer Unterstützung regeln. Die weiterhin notwendige Hilfe orientierte sich an der individuellen Situation und den Erfordernissen von Frau X und wurde nun flexibel angepasst. Infolgedessen reduzierte sich der zeitliche Umfang des Hilfebedarfes auf die HEG 4, eine neue Maßnahmeplanung wurde, wie stets bei der Änderung einer HEG, erstellt. Frau X's wieder erstarkte Zutrauen in ihre Fähigkeiten galt es zu erhalten und weiterhin zu kräftigen, ihr Selbstwertgefühl ebenso zu stärken.

Frau X fiel es nicht leicht, sich ohne Begleitung am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen, nichtpsychiatrische Hilfen zu nutzen und Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen. Sie hatte Ängste vor ungewohnten Situationen oder davor möglicherweise nicht angenommen zu werden. Hier galt es gemeinsam zu entdecken werden, welche inneren und äußeren Ressourcen sie stark machen würden.

Frau X hatte sehr viel Freude an didaktischen Spielen und zeigte großes Engagement beim Spielen von Gesellschaftsspielen. Diese Kompetenzen konnten genutzt werden, um ihr Selbstwertgefühl weiter zu befördern. Es gefiel ihr, viel Zeit mit der

Mitarbeiterin beim Spielen zu verbringen. Um ausreichend Zeit haben zu können, erledigte sie nun ihre Angelegenheiten mit zunehmend geringerer Unterstützung. Gleichzeitig gewann sie dabei mehr Zutrauen in ihre Fähigkeiten und wurde bezüglich der Erledigung alltagspraktischer Aufgaben selbstständiger. Der Ansatz, Hilfe zur Selbsthilfe durch eine gezielte Verringerung der Hilfen und das Schaffen von entwicklungsfördernden Rahmenbedingungen zu geben, war durch die „Hintertür“ des Spiels gelungen, ohne den zeitlichen Umfang der Kontakte kürzen zu müssen.

Frau X zeichnete sich durch ein sehr gut entwickeltes logisches Denkvermögen aus, welches durch das Spiel gefordert wurde. Ihre Konzentrationsfähigkeit steigerte sich, so dass sie die Mitarbeiterin beim Spielen bald stark herausforderte. Sie konnte auf ihre oftmals errungenen Siege stolz sein. Später machte sie die Mitarbeiterin mit unbekanntem Spielen vertraut, erläuterte dazu geduldig die Regeln, gab Spielanweisungen und so manchen hilfreichen Tipp an ihren Spielpartner. Frau X erlebte, dass hier die Mitarbeiterin die Lernende war, dass sie ihr eine Hilfestellung geben konnte, die dankend angenommen wurde. Eine für Wachstum und Entwicklung förderliche Beziehung war entstanden. Das Selbstwertgefühl von Frau X wuchs. Ihr wieder gewonnenes Selbstvertrauen stärkte sie auch in anderen Lebensbereichen und motivierte sie, bisher Unbekanntes zu wagen. So nahm sie vierzehntägig an einem Skatturnier im Stadtteil teil, zu dem sie ihr Sohn anfänglich begleitete. Sie wurde von der Unterstützung durch die Mitarbeiterin, die WG-Bewohner und ihre Kinder immer unabhängiger. Frau X hatte einen weiteren Schritt in die Richtung einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gewagt.

Nachdem Frau X beim Sozialamt eine Weitergewährung der Hilfen im Bereich Wohnen für ein weiteres Jahr beantragt hatte, wurde sie nach dem Hilfeplangespräch auf Grund der positiven Entwicklung in die HEG 3 eingestuft. Diese Entscheidung war nicht unter dem Blickwinkel einer Kostendämpfung erfolgt, sondern entsprach ihrem aktuellen Hilfebedarf im Bereich Wohnen, der sich weiter verringert hatte. Der Blick auf das bisher Erreichte machte Frau X stolz, auch wenn sie zukünftig weniger Zeit mit der Mitarbeiterin verbringen könnte.

Nach anfänglicher Befangenheit und vielen motivierenden Gesprächen entschloss sich Frau X im Laufe des Jahres, für drei Tage in der Woche eine Psychosoziale Tagesstätte zu besuchen. Es erwies sich als ein Vorteil der Personenzentrierten Hilfen, dass die Erbringung aufeinander abgestimmter Unterstützungsleistungen

durch verschiedene Berufsgruppen und Teams möglich ist. Frau X hatte den Wunsch, in der Tagesstätte Kontakte zu knüpfen und den Tag mit mehr Aktivitäten zu strukturieren. Sie wollte sich, in Hinblick auf das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit, langsam von der WG abnabeln. Der Tagesstättenbesuch zusätzlich zum bestehenden Angebot »Psychosoziale Wohngruppe« stellte keine Überversorgung dar, sondern sollte sie auf die nächsten Schritte in ihrem Leben vorbereiten. Die Mitarbeiterin der WG begleitete Frau X wunschgemäß zum Probebesuch in die Tagesstätte. Allein wagte sie diesen ersten Schritt nicht, da sie sich diesbezüglich noch überfordert fühlte. Nach der Teilnahme an der Hilfeplankonferenz erhielt sie die Kostenbewilligung für den Besuch der Tagesstätte im Rahmen der HEG 2 für ein Jahr. Auf Grund des sich nun weiter verringerten zeitlichen Hilfebedarfes in der Wohngruppe wurde für den Umfang der Hilfen dort ebenfalls die HEG 2 für ein weiteres Jahr festgelegt. Mit Frau X wurde ein gemeinsamer Hilfeplan beider Angebote erstellt.

Im Rahmen des Tagesstättenbesuches nahm Frau X recht bald ein Praktikum als Servicekraft im Cafe des AWO-Pflegeheimes an. Diese Tätigkeit bereitete ihr viel Freude, wurde ihr doch öffentlich Verantwortung übertragen. Die in ihrem früheren Beruf als Verkäuferin erworbenen Kompetenzen konnte sie sehr gut für diese Tätigkeit einsetzen. Sie konnte Entscheidungen treffen, anderen Menschen durch ihr Tun Freude bereiten und ein positives Feedback erfahren. Das erfolgreich absolvierte Praktikum stärkte ihr Selbstbewusstsein sehr und sicherte ihr einen Zuverdienst Arbeitsplatz im Arbeitstraining der AWO. Mit großem Engagement organisierte sie nun auch in der WG selbständig kleine Feiern, lud Freunde ein und kochte zur Freude aller aufwändige Gerichte.

Nach zwei Jahren konnte Frau X ihren Alltag wieder organisieren und ihr Leben selbstständig meistern. Die Theorie des Empowerments hatte sich in der Praxis bewiesen. Durch die feinfühlig Ermutigung, ihre Stärken und Kompetenzen zu entdecken, deren Würdigung und Förderung sowie durch die vermittelte Hilfestellung bei der Zurückgewinnung von Selbstbestimmung und Autonomie war es Frau X gelungen, belastende Lebensumstände zu überwinden und wieder mehr Einfluss auf ihre Lebensgestaltung nehmen zu können. Frau X traute sich nun wieder mehr zu und trug sich mit dem Gedanken, bald in einer eigenen Wohnung zu leben und dann die Hilfen des Ambulant Betreuten Einzelwohnens zu nutzen. Im Sinne des Inklusionsgedankens zielen diese Hilfen darauf ab, mit einer noch

notwendigen Unterstützung das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Im Hilfeplangespräch handelte Frau X aus, noch ein Jahr lang ihre Kompetenzen in der WG zu festigen, bevor sie zum Ende des Bewilligungszeitraumes der Hilfen diese verlassen würde. So erhielt sie die HEG 1 für den Bereich Wohnen für ein weiteres Jahr, das mit dem Einzug in die eigene Häuslichkeit seinen erfolgreichen Abschluss finden sollte. Die Tagesstätte mit dem Arbeitstraining wurde weiterhin von ihr gern besucht und im Rahmen der HEG 2 finanziert.

Allmählich entwickelte sich Frau X's neu gewonnenes Selbstbewusstsein und ihr Bedürfnis nach Aktivität in eine Bevormundung und Reglementierung der anderen Bewohner. Sie hatte gelernt Kritik zu äußern und erfahren, dass sie durch ihr Handeln etwas bewirken kann. Ihr Verständnis für die Eigenarten der anderen schien aber verloren gegangen zu sein. Das führte zunehmend zu Konflikten in der WG. Auf Fallkonferenzen berichteten die Mitarbeiter der Tagesstätte und des Arbeitstrainings ebenfalls über diese Entwicklung. In mehreren Gesprächen versuchten diese Mitarbeiter behutsam das Feingefühl von Frau X anzusprechen, warben um Verständnis und erarbeiteten mit ihr Strategien zur Konfliktreduzierung und angemessenen Lösung. Doch auch die Mitarbeiter gerieten nun zunehmend in das Kritikfeld von Frau X. Kritiken und Beschwerden wurden von ihr unangemessen bis respektlos vorgetragen und auch in das Umfeld getragen. Frau X fühlte sich scheinbar durch allgemeine Regeln des Zusammenlebens bevormundet und ungerecht behandelt. So herrschte oftmals eine angespannte Atmosphäre sowohl in der WG als auch in der Tagesstätte oder beim Arbeitstraining. Die Mitarbeiter berieten sich folglich in mehreren Fallkonferenzen und schlugen Frau X schließlich eine Mediation vor, die sie annahm. Diese brachte eine kurzfristige Änderung ihres Verhaltens.

Es wurde Zeit, nun konkret über die Realisierung des Auszuges aus der WG in die eigene Häuslichkeit nachzudenken. Die Hilfen im Rahmen der Wohngruppen schienen für Frau X nicht mehr die angemessene Hilfeform zu sein. Frau X wurde seitens des Sozialamtes und der Mitarbeiterin der WG Unterstützung angeboten, um geeigneten Wohnraum zu finden und den Umzug gut vorbereiten zu können. Vorsorglich stellte sie einen Antrag auf Betreuung durch das Ambulant Betreute Wohnen in der späteren eigenen Häuslichkeit. Sie wollte zwar weiterhin zum Ar-

beitstraining gehen, die Tagesstätte hingegen wegen ständiger Konflikte aber nicht mehr besuchen.

Da die Kontakte zu ihren Kindern inzwischen auch belastet waren, suchte sie nach neuen Bezugspersonen, die sie nun schnell fand und mit denen sie eine Menge Zeit verbrachte. Infolgedessen reduzierten sich die Beziehungen und Kontakte zu den Mitbewohnern der WG weiter. An einzelnen Angeboten des Psychosozialen Wohnverbundes, wie gemeinsamen Ausflügen, Kinobesuchen oder Festen nahm sie weiterhin gern teil. Ihre Aktivitäten bezüglich des Umzuges hielten sich jedoch in Grenzen und muteten recht unrealistisch an. Da Frau X's Vorstellungen über eine schöne und trotzdem bezahlbare Wohnung recht realitätsfern waren, gestaltete sich die Wohnungssuche trotz aller Unterstützung schwierig. Hier musste sie eigene Erfahrungen sammeln, um ihre Ansprüche korrigieren zu können. Das Sozialamt verlängerte aus diesem Grund noch einmal die Kostenzusage für den Bereich Wohnen um zwei Monate über den vereinbarten Bewilligungszeitraum hinaus. Es übte nun aber auch vermehrten Druck aus, um Frau X's Entscheidungen bezüglich einer für sie annehmbaren Wohnung zu forcieren.

Die Übernahme der Kosten für ein zukünftiges Ambulant Betreutes Wohnen lehnte das Amt inzwischen jedoch ab. Hatte Frau X doch bewiesen, dass sie ihre Angelegenheiten sehr gut regeln und durchsetzen konnte. Außerdem stehe ihr ein Sozialarbeiter im Arbeitstraining zur Seite, der ihr Rat und Hilfe in vielen Lebensbereichen geben könne. Mit dieser Entscheidung sollte einer Überversorgung und möglichen dauerhaften Etablierung im sozialpsychiatrischen System vorgebeugt werden. Frau X wurde angeboten, wieder eine Tagesstätte zur Tages- und Kontaktgestaltung zu besuchen. Hier war das Lernfeld gegeben, um den respektvollen Umgang mit anderen zu üben und Kontakte zu knüpfen. Alle anderen sich selbst gestellten Ziele hatte Frau X erreicht, wie im gemeinsamen Abschlussgespräch festgestellt werden konnte. Darauf konnte sie zu Recht stolz sein.

Heute meistert Frau X ihr Leben selbständig in der eigenen Häuslichkeit, probiert sich über das Arbeitstraining in einem Second-Hand-Laden der AWO aus und ist dabei, sich eine ehrenamtliche Tätigkeit zu suchen. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, als das große Ziel im Rahmen der Erbringung Personenzentrierter Hilfen, scheint gelungen.

4.2 Beispiel Herr Y

Herr Y ist 33 Jahre alt und ledig. Er lebt seit drei Jahren in der WG, nachdem er seit seiner Jugend verschiedene betreute Wohnformen teilweise gegen seinen Willen durchlebte. In seiner Kindheit lag Herr Y nach einem schweren Verkehrsunfall für zwei Monate im Koma. Die ihn behandelnden Ärzte betrachten unter dieser Maßgabe seinen derzeitigen Gesundheitszustand immer noch als großes Wunder. Herr Y leidet unter einem hirnorganischen Psychosyndrom (F07.8) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (F10.1). So hört er trotz optimaler Medikation ständig ihn belästigende Stimmen. Eine weitere Erhöhung der Medikation würde ihn laut Aussage der Ärzte in seiner Handlungsfähigkeit so einschränken, dass er ständiger Begleitung bedürfte. Er erkennt zwar die Stimmen als Halluzinationen an, kann sich ihren Befehlen jedoch nicht immer entziehen. Die Stimmen hatten ihn in der Vergangenheit zu mehreren Suizidversuchen in verschiedener Art gedrängt. Besprochene Skills wandte er in Krisensituationen nicht an.

Bis vor wenigen Jahren betrieb Herr Y Alkoholmissbrauch. Er ist minderbegabt und hat eine anerkannte Schwerbehinderung von 100% mit dem Merkzeichen „B“. Seine Mutter fungiert unbefristet als gerichtlich bestellte Betreuerin für die Aufgabenbereiche Gesundheit, Aufenthalt, Finanzen, sowie Regelung von Ansprüchen bei Ämtern und Behörden. Herr Y erhält Grundsicherung.

Dem von ihm gewünschten Auszug aus einem Rostocker psychosozialen Wohnheim in die Wohngruppe sahen die unweit von Rostock lebenden Eltern vor drei Jahren mit großen Bedenken und Besorgnis entgegen. Sie befürchteten eine Unterversorgung, denn sie hatten Zweifel, ob Herr Y sein Leben ohne einen ständig vor Ort anwesenden Sozialarbeiter erfolgreich meistern könne. In der WG wird an den Werktagen nur stundenweise ein sozialpsychiatrisches Angebot vorgehalten und über den Krisendienst in den betreuungsfreien Zeiten eine Kontaktmöglichkeit abgesichert. Im Gegensatz zu den Mitarbeitern des Wohnverbundes und der Ärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes glaubten die Eltern nicht an die Kompetenzen und Ressourcen ihres Sohnes. Sie erweckten den Eindruck, froh zu sein, Herrn Y im Heim seiner Zeit gut „abgegeben“ zu haben und für ein Leben lang optimal versorgt zu wissen. Aus ihrer Sorge oder möglicherweise ihrem Unvermögen heraus etikettierten und stigmatisierten sie ihren Sohn. Das Verhältnis zu ihm erscheint für Außenstehende kühl und bevormundend. Alle zwei Wochen „durfte“ Herr Y über das Wochenende die Eltern in der 15 km entfernten Klein-

stadt besuchen, weitere Kontakte sind auch heute selten. Den Eltern nahezu bringen, dass sich Herr Y in den vorangegangenen Jahren positiv entwickelt hatte und das Leben in einem Heim für ihn inzwischen eine Überversorgung darstellte, gestaltete sich schwierig. Die Eltern konnten nicht verstehen, dass eine Überversorgung die Selbstständigkeit und Autonomie ihres Sohnes auf Dauer beschneiden und seine Hospitalisierung befördern würde.

Herr Y hatte jedoch das feste Ziel, in der WG eigenständiger und unabhängiger als im Wohnheim zu leben. Er freute sich auf die Mitbewohner, die ihm bereits bekannt waren. Schließlich konnte er sich bei seinen Eltern durchsetzen. Er wollte seine Kompetenzen bei der Gestaltung des Alltags nutzen und in der WG weiter stärken. Dies brachte er bei der Erstellung des IBRPs und im Hilfeplangespräch deutlich zum Ausdruck. Herr Y bekam nach dem Besuch der Hilfeplankonferenz auf Grund seines voraussichtlichen Hilfebedarfs in der WG die HEG 5 zugesprochen. Darin eingeschlossen war bereits eine Zeit der Betreuung im Arbeitstrainingsangebot der AWO, wie es seinem Wunsch entsprach. Eine Tagesstätte wollte Herr Y nicht besuchen.

Mit großem Enthusiasmus zog Herr Y in sein neues Zuhause ein. Anfangs beteiligte er sich aktiv an den Angeboten und häuslichen Pflichten, brachte eigene Ideen ein. Er gewann schnell einen guten Kontakt zu den beiden anderen Bewohnern und nahm mit Stolz zweimal wöchentlich für drei Stunden am Zuverdienst im Arbeitstraining teil. Anfänglich pflegte er dort mit Begeisterung unter Anleitung Grünanlagen vor einem Altenheim. Da Herr Y seinen Alltag in der WG mit weniger Unterstützung als angenommen gut meistern konnte, wurde nach zwei Monaten der zeitliche Umfang des Hilfebedarfs im Bereich Wohnen nach gemeinsamer Absprache in der Maßnahmeplanung auf die HEG 4 korrigiert. Diese Entscheidung beugte einer Überversorgung vor. Die Mitarbeiterin musste nun nicht mehr die vorher zeitlich recht umfangreiche Betreuungszeit realisieren und minutengetreu nachweisen, um vorgegebene Planungen exakt erfüllen zu können, sondern konnte einen am veränderten Bedarf ausgerichteten, zeitlichen geringeren Aufwand dokumentieren.

Herr Y war von Anfang an sehr zuverlässig und hielt Absprachen und Termine ein. Sehr wichtig waren Herrn Y seine Arzttermine, die er gewissenhaft einhielt. Wenn er manchmal vermehrt Stimmen hörte, zog sich zurück und schloß sich ab.

gen fühlte, nahm er das Angebot der Mitarbeiterin an, ihn zum Arzt zu begleiten. Selbständig und regelmäßig nahm er seine Medikamente ein.

Er ist heute in der Lage mit geringer Hilfe durch die Mitarbeiterin der WG seine Angelegenheiten gut zu regeln und auch mit dem von seiner Mutter zugeteilten Geld sorgsam umzugehen. Trotzdem wollte und möchte er auch heute, dass seine Mutter weiterhin alle Aufgaben im Rahmen der gerichtlich bestellten Betreuung für ihn übernimmt und ihm auch zukünftig das Geld vierzehntägig einteilt. Aus Sicht der Mitarbeiterin wird er damit überbehütet und werden seine Möglichkeiten für ein autonomes Handeln verschenkt. Zahlreiche Motivationsversuche seitens der Mitarbeiterin und der WG-Mitbewohner erwiesen sich als erfolglos, um eine Veränderung des Wollens bei Herrn Y zu bewirken. Weder die Demonstration der Abläufe im Geldinstitut noch das Vorbild der Mitbewohner bzgl. des Umgangs mit der Bankkarte konnten eine Meinungsänderung bei Herrn Y veranlassen. In Gesprächen zwischen Herrn Y, der Familie und der Mitarbeiterin der WG äußerte Herr Y immer wieder, dass er mit seiner Situation sehr einverstanden und zufrieden sei und nicht mehr Eigenverantwortung übernehmen möchte. Eher sorgte er sich darum, ob seine Schwester die Betreuung für ihn übernehmen würde, wenn dies den Eltern aus Altersgründen nicht mehr möglich sei.

Mit der Akzeptanz seines Wollens wurde letztendlich seine Selbstbestimmung geachtet, auch wenn diese Akzeptanz aus sozialpädagogischer Sicht eine Überversorgung auf finanziellem Gebiet begünstigte und seine Ressourcen nicht nutzte. Seine Eltern zeigten sich in verschiedenen Gesprächen ebenfalls mit der derzeitigen Lösung zufrieden. Sie sprachen Herrn Y viele Kompetenzen ab und trauten ihm wenig zu. Die Eltern waren erst nach mehreren Gesprächen halbwegs bereit, finanzielle Verantwortung an ihren Sohn abzugeben, wenn er es dann auch wolle. Behutsam wird die Mitarbeiterin Herrn Y immer wieder anregen, seine Entscheidung zu mehr finanzieller Eigenständigkeit zu überprüfen und hat die Hoffnung, auch die Sicht der Eltern auf die Kompetenzen und Ressourcen ihres Sohnes allmählich schärfen zu können.

Da sich Herr Y nach einem halben Jahr von der Tätigkeit im Arbeitstraining überfordert fühlte, wurde mit seinem Einverständnis die Arbeitszeit auf zwei Stunden zweimal, später einmal wöchentlich reduziert. Die Praxis der Personenzentrierten Hilfen machte diese flexible, auf die Person abgestimmte Maßnahme möglich. Zusätzlich wurden ihm andere Pflegeflächen vorgestellt, die seinen Bedürfnissen

beim Arbeiten vielleicht besser entgegenkamen. Die Anerkennung seiner Tätigkeit durch die Mitarbeiter machte ihn zwar stolz, konnte jedoch seine Motivation nicht dauerhaft erhalten. Nach etlichen Fehlzeiten kündigte Herr Y schließlich das Arbeitstraining. Er gab dafür gesundheitliche Gründe an. Damit reduzierte sich der zeitliche Rahmen der Hilfen auf den Umfang einer HEG III, da er die nun gewonnene Zeit nicht durch vermehrte Aktivitäten in der WG ersetzen wollte.

In den folgenden Monaten nahm Herr Y trotz Motivation seitens der Mitarbeiterin und der Eltern auch immer weniger an den Angeboten der WG teil. Er zog sich immer öfter in sein Zimmer zurück, schien interessenlos und vernachlässigte zunehmend seine Körperpflege sowie die Sauberkeit in der Wohnung. In Gesprächen äußerte er, dass er gern in Ruhe gelassen werden wolle und mit seinem Leben so zufrieden sei, wie es ist.

Da Herr Y sehr gern isst, knüpfte die Mitarbeiterin nun an diesen Lebensbezug an und bemühte sich, ihn auf diese Weise aus seinem scheinbaren Phlegma und seiner selbst gewählten Isolation herauszubekommen. Sie versuchte ebenfalls die Beziehung zu halten, indem sie ihm öfter anbot, mit ihr in die Mensa Mittagessen zu gehen. Dieses Vorgehen bewährte sich für einige Zeit. So kam Herr Y aus der Häuslichkeit heraus, hatte mehrmals wöchentlich einen längeren Weg und damit sowohl Bewegung als auch eine feste Verabredung, die ihm Tagesstruktur gab. Zugleich bekam er nun ein gesünderes Essen als sich ständig nur zu erwärmende Fertiggerichte oder Fastfood aus der Fußgängerzone zu besorgen. Er mochte inzwischen nicht mehr selbst kochen, auch nicht mit Unterstützung der Mitarbeiterin. Die durch den Mensabesuch gemeinsam verbrachte Zeit konnte sehr gut genutzt werden, um miteinander zu reden und die Beziehung zu festigen. Herr Y war nun auch öfter bereit sich zu pflegen, um mit einem angenehmen Erscheinungsbild in die Mensa gehen zu können.

Auf Wunsch von Herrn Y reduzierte sich der zeitliche Betreuungsumfang jedoch weiterhin, so dass er die HEG 2 erhielt und der IBRP mit ihm gemeinsam entsprechend modifiziert werden musste. Das kontinuierliche Bemühen der Mitarbeiterin um Erhalt und Förderung der gesunden Persönlichkeitsanteile schien nur schwer zu greifen.

Nach einiger Zeit unternahm Herr Y erneut einen Suizidversuch mit Medikamenten aus seinem Wochendosierer. Seine Stimmen befahlen ihm, alle Medikamente auf einmal einzunehmen. Nach der Einnahme holte er sich jedoch selbstständig

ärztliche Hilfe und wurde zur Behandlung und seinem Schutz für sechs Wochen in der Psychiatrie geschlossen untergebracht. Die Eltern fühlten sich nun in ihren Bedenken zur Wohnform WG bestärkt und machten den Mitarbeitern, die Herrn Y ehemals beim Auszug aus dem Wohnheim unterstützt hatten, schwere Vorwürfe. Die Mitarbeiter des Wohnverbundes fragten sich in einer Supervision, ob ihr damaliges Vertrauen in die Fähigkeiten und Ressourcen des Herrn Y nicht gerechtfertigt war und ihn die neuen Wohnform überforderte. Brauchte er eine ständige „Überwachung“, um vor sich selbst geschützt zu werden? Die Mitarbeiterin der WG hatte auch andere Überlegungen. Herr Y hatte ihr beschrieben, dass er beim Alleinsein vermehrt Stimmen höre. So fragte sie sich kritisch, ob die Reduzierung des Betreuungsumfanges der richtige Schritt gewesen war. War Herr Y möglicherweise ständig unterfordert, häufig nur mit sich selbst beschäftigt, und hatte daraufhin mehr Gelegenheiten, sich auf seine Stimmen einzulassen? Hätte sie seinem Ruhebedürfnis und seinem Zufriedenheitsgefühl nicht nachgeben sollen? Eine Fragestellung, die auch in der Fallkonferenz mit den behandelnden Ärzten der Klinik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Leiterin der HPK und der Mitarbeiterin der WG nicht geklärt werden konnte. Die Ärzte rieten aus Sorge zu einer erneuten Heimunterbringung, da dort eine ständige Beobachtung gegeben sei. Herr Y wollte jedoch weiterhin selbständig in der WG leben. Er hatte eine Menge guter Vorsätze bezüglich seiner Aktivitäten. Herr Y kehrte schließlich entsprechend seines Wunsches wieder in die WG zurück; zog sich aber nach kurzer Zeit wieder zurück wie zuvor. Er fühlte sich weder unwohl, noch hatte er Probleme mit den anderen Bewohnern oder den Mitarbeitern. Er wollte nur seine Ruhe haben.

Nach dem Suizidversuch wurden Herrn Y die Medikamente anfänglich täglich vom Pflegedienst im Tagesdosierer gebracht; zur Förderung der Eigenverantwortung dann zweimal wöchentlich in Dosen für mehrere Tage. Inzwischen holt er sich im Sinne von mehr Verantwortungsübernahme einmal wöchentlich die Wochenmedikation vom Pflegedienst selbst.

Allmählich entstand bei Herrn Y der Wunsch, in eine eigene Wohnung ziehen zu wollen, wie einige Mitbewohner es bisher auch taten. Paradoxiertweise sprach Herr Y aber auch häufig das Bedürfnis aus, rundum versorgt in einem Pflegeheim leben zu wollen, wie ein ehemaliger älterer Bewohner es nun tut. Seine Veränderungswünsche schienen noch recht unausgereift und wechselten häufig. Immer wieder äußerte er auch Lebensüberdrußgedanken. Diese wirkten recht plakativ auf die

Mitarbeiterin, verunsicherten sie jedoch. Wenn die Mitarbeiterin seine Lebensüberdrussgedanken ernst nahm und Schutz organisieren wollte, nahm Herr Y seine Aussagen wieder zurück. Der Auftrag von Herrn Y an die Professionellen erschien durch seine Ambivalenz unklar und machte die Wahl einer für ihn optimalen Art der Hilfeerbringung schwierig. Der Auftrag war und ist für das Helfersystem unklar, weil auch sein Wunsch scheinbar noch keine richtige Klarheit besitzt, die ihn motiviert handeln lässt. Es stellte sich für die Mitarbeiter des Wohnverbundes auf einer Supervision die Frage, ob er die WG verlassen möchte, um unter Nutzung seiner Fähigkeiten und Kompetenzen eigenständiger und selbstverantwortlicher sein Leben in einer eigenen Wohnung zu führen oder ob die Aussicht, dann noch mehr in Ruhe gelassen zu werden und weniger Verpflichtungen in der Gemeinschaft zu haben, sein Motiv für den Auszug ist. Es gelang der Mitarbeiterin nicht, in verschiedenen Gesprächen seine Beweggründe herauszufinden.

Die Mitarbeiterin der WG und die Ärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes unterstützten Herrn Y in seinem Wunsch nach einer eigenen Häuslichkeit unter der Maßgabe, dass er eine Wohnung im gleichen Haus findet und im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens die Anbindung an die WG hält. Sie sahen in dieser Form der Hilfe eine Chance, die Herrn Y zur Zukunftsplanung und zu Eigenaktivität motivieren könnte, seinem Leben einen neuen Sinn geben und damit Anstrengungsbereitschaft und Verantwortungsübernahme provozieren könnte. Gleichzeitig wäre die noch notwendige Fürsorge gesichert. Es erweist sich dabei als vorteilhaft, dass Personenzentrierte Hilfen nicht an eine Institution oder einen Ort der Erbringung gebunden sind.

Da es Herrn Y schwer fiel und es ihm auch heute noch Schwierigkeiten bereitet, gegenüber seinen Eltern zu argumentieren und diese von seinen Kompetenzen zu überzeugen, boten die Mitarbeiter ihm ihre Unterstützung an. Die Mitarbeiterin der WG besprach mit Herrn Y mögliche Gesprächsstrategien, die er gegenüber seinen Eltern als gesetzliche Betreuer nutzen könne. Sie übte mit Herrn Y Gesprächssituationen, damit er seinem Wunsch besser Ausdruck verleihen könne. Sie diskutierte mit ihm, welche Aktivitäten und Verhaltensweisen die Eltern von seinen Fähigkeiten überzeugen könnten. Ein erstarktes Selbstbewusstsein ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Herr Y seine Lebensverhältnisse besser beeinflussen sowie seine Argumentationskraft ausbauen kann. So könnte es ihm auch

wieder gelingen, seinen Wunsch nach wohnlicher Veränderung gegenüber den Eltern als seine Betreuer durchzusetzen.

Den Eltern bereitete es nach wie vor Angst, dass die Möglichkeit eines erneuten Suizidversuches nicht ausgeschlossen werden konnte. Sie lehnten das Ansinnen ihres Sohnes daher generell ab und vermochten ihre Meinung bis heute nicht ändern. Sie meiden den Kontakt zu den optimistisch denkenden Mitarbeitern des Wohnverbundes. Sie fragten sich, ob ihr Sohn die Kontakte zu den Bewohnern später wirklich nutzen und die Angebote in der WG annehmen würde. Sie hatten und haben nach wie vor Ängste, dass Herr Y sich weiter isoliert, zuwenig „Aufsicht“, auch durch die Mitbewohner, erfährt und einen erneuten Suizidversuch unternehmen könnte.

Trotz seines großen Wunsches nach einer eigenen Wohnung gelang es Herrn Y bis heute nicht, durch ein aktiveres Verhalten und die Übernahme von mehr Selbstverantwortung seinen Eltern zu beweisen, dass er durchaus in der Lage ist, mit ambulanten Hilfen in der eigenen Häuslichkeit seinen Alltag erfolgreich zu meistern. Er zieht sich weiterhin zurück und vermeidet jegliche körperliche oder geistige Anstrengung. Er möchte nicht mehr Eigenverantwortung übernehmen, obwohl er dazu fähig wäre und viele Menschen ihn bestärken.

Oftmals hindert Hoffnungslosigkeit Menschen daran, hilfreiche Veränderungen einzugehen. Ohne die Hoffnung auf Erfolg und eine bessere Zukunft scheint es wenig Sinn zu machen, sich anzustrengen (vgl. Conen 2011, S.19). Es stellt sich somit die Frage, ob Herr Y resigniert vor der Übermacht seiner Eltern aufgegeben hat. Bewirkt das dauerhafte Verbleiben in der WG ohne Aussicht auf eine spätere eigene Wohnung und damit ohne persönliche Weiterentwicklung eine Unterforderung, die Herrn Y resignieren und seine anfänglich gezeigten Aktivitäten nun wieder erlahmen lässt? Knuf spricht in diesem Zusammenhang von demoralisierten oder durch ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen dauerhaft entmutigten Klienten, die das Zutrauen in die Welt und ihre Fähigkeiten verloren haben (vgl. Knuf 2011, S. 75).

Möglicherweise hat Herr Y auch Angst vor seiner eigenen Entscheidung und ihren Konsequenzen. Knuf beschreibt, dass betroffene Menschen auf ihrem Gesundheitsweg antriebsarm wirken mögen, in ihrem Inneren jedoch eine Auseinandersetzung stattfindet, die irgendwann Handeln möglich macht. Das Reifen von Beschlüssen und Überzeugungen brauche Zeit. Der Professionelle müsse für diese

Dynamik sensibel sein, um nicht zum falschen Zeitpunkt Druck auf den Betroffenen auszuüben oder selbst in Resignation zu verfallen (vgl. Knuf 2011, S. 15). Unter diesem Blickwinkel eines „vernünftigen Optimismus“ betrachtet die Mitarbeiterin der WG die Entwicklung, statt in einen demoralisierenden Pessimismus zu verfallen.

Es konnte bisher nicht geklärt werden, ob das Ambulant Betreute Wohnen in der eigenen Wohnung für Herrn Y eine Überforderung und Gefahr darstellen würde oder es eine Chance für Wachstum und Entwicklung birgt. Auf Fallkonferenzen und in Supervisionen wurde kontrovers diskutiert, ob auf Grund seiner Erkrankung die WG vielleicht doch die optimalste Wohnform für Herrn Y ist, in der er sich trotz Auszugswünschen wohl fühlen kann. Der Fallmanager des Sozialamtes kennt beide Positionen. Er weiß um die Risiken und auch die Chancen einer Veränderung. Er wird weiterhin einer psychosozialen Betreuung zustimmen, unabhängig von der Wohnform. Es stellt sich nach wie vor die Frage, wie es gelingen kann, Herrn Y so zu stärken und zu unterstützen, dass er seine Kompetenzen ausschöpft und seinen Wunsch vom eigenständigen Wohnen realisieren kann. Die emotionale Bindung zu den Eltern, aber auch die Haltung der Eltern und der praktizierte Umgang innerhalb der Familie machen es für Herrn Y schwer, eine Veränderung zu bewirken. Es ist mit ihm über die Beziehungsarbeit zu klären, welche individuellen Hilfen er noch benötigt, um ihn zu stärken und einen Wandel seiner Lebensverhältnisse bewirken zu können. Die Mitarbeiter des Wohnverbundes kamen zu dem Schluss, dass es noch Zeit brauchen wird, bis sich auch für Herrn Y eine gute Lösung herauskristallisiert, die an seinen Bedürfnissen ausgerichtet ist und ihn weder unter- noch überfordert.

4.3 Beispiel Frau Z

Frau Z wohnte sechs Monate in der WG. Das Leben in ihrer bisherigen Wohnung vollzog sich für die geschiedene Zweiundvierzigjährige im letzten halben Jahr bis zu ihrem Einzug in die Wohngemeinschaft fast ausschließlich im Bett. Obwohl Frau Z gern die psychosoziale Tagesstätte besuchen wollte, gelang es ihr nicht mehr, wie im Jahr zuvor, stundenweise an drei Tagen in der Woche dieses Angebot zu nutzen. Sie wurde von ihren in der Nähe von Rostock lebenden, sie unterstützenden und inzwischen durch die Situation erschöpften Eltern mehrmals wöchentlich mit Essen versorgt sowie monatlich zum Arzt begleitet. Am Wochenende

holten die engagierten und besorgten Eltern ihre Tochter zu sich nach Hause. Sie regelten mit dem Einverständnis von Frau Z alle Angelegenheiten für sie. Sie teilten ihr das Geld ein, erledigten Einkäufe, achteten auf Termine, begleiteten sie zu Behörden und halfen bei der Säuberung der Wohnung. Einerseits gefiel Frau Z die Art der Versorgung, die sie oftmals auch einforderte, andererseits empfand sie diese wiederum als erdrückend und einengend. Sie erlebte ihre Eltern als sie bevormundend und teilweise aggressiv. Die Eltern schienen mit der Situation überfordert, waren wütend auf ihre Tochter und hatten zugleich Mitleid mit deren Situation. Daraufhin kam es häufig zu Konflikten zwischen Frau Z und den Eltern.

Frau Z besuchte manchmal ihre Ex-Schwiegermutter, von der sie sich, im Gegensatz zu den Eltern, verstanden fühlte. Sie ließ sich dort ihre Wäsche waschen, wenn die Eltern dies nicht für sie taten. Dort aß sie auch gern zu Mittag. Manchmal bummelte sie allein durch die Stadt oder ging zum Frisör.

Frau Z hatte sich an eine Überversorgung durch besorgte und ihr helfen wollende Menschen scheinbar gewöhnt. Sie hatte verlernt und war nicht mehr motiviert, selbständig für ihr Wohlergehen zu sorgen. In der Fachsprache wird dieses Verhalten als erlernte Hilflosigkeit bezeichnet. Es besagt, dass es Menschen nach häufigen Erfahrungen der Hilf- oder Machtlosigkeit verlernen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und sich zurückziehen. Sie geraten in einen inaktiven, antriebslosen Zustand und trauen sich nichts mehr zu, obwohl sie dies, objektiv betrachtet, könnten (vgl. Knuf 2011, S. 76).

Frau Z ist minderbegabt und leidet seit ihrer Schwangerschaft vor zwanzig Jahren unter einer Schizophrenie (F20.6). Ihr Kind, zu dem sie kaum eine Beziehung hatte, zog der Kindesvater allein auf. Frau Z ist seit vielen Jahren berentet und besitzt einen Schwerbeschädigtenausweis mit einem Schweregrad der Behinderung von 50%. Frau Z erschien im Auftreten sehr unsicher und machte einen kindlichen Eindruck. Sie hatte selten Appetit, mochte deshalb nicht gern essen und sah dementsprechend unterernährt, aber gepflegt aus.

Der behandelnde Nervenarzt beobachtete seit mehreren Jahren eine Minus-symptomatik des Krankheitsverlaufes. Er hatte verschiedene Medikationen, auch im stationären Setting, erprobt. Diese führten jedoch zu keiner Verbesserung des Zustandes. Den Erfolg einer Psychotherapie schloss er auf Grund des Krankheitsbildes von vornherein aus.

Frau Z hatte sich auf Anraten der Mitarbeiter der Tagesstätte entschlossen, vorübergehend in der WG zu leben. Sie hatte das Ziel, hier wieder eine Tagesstruktur zu erlernen, sich alltagspraktische Tätigkeiten anzueignen und Alltagskompetenzen zu trainieren. Sie wollte selbstständiger werden, Kontakte zu anderen Menschen pflegen und wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Frau Z hatte den Wunsch, sich aus der Abhängigkeit gegenüber den Eltern zu lösen, da sie zu ihnen eine ambivalente Bindung hatte. In der WG waren jene Rahmenbedingungen vorhanden, die ihre Fähigkeiten und Kompetenzen fördern würden, so dass sie wieder mehr Einfluss auf ihr Leben gewinnen und autonom handeln könnte. Die anderen Bewohner und die Mitarbeiterin sollten sie in ihrem Vorhaben unterstützen, der Auftrag an das Helfersystem war geklärt.

Frau Z bekam nach dem Besuch der HPK eine Unterstützungsleistung für den Bereich »Hilfen zum Wohnen« im Umfang der HEG 2 zugesprochen. Gemeinsam wurde vereinbart, auch die Tagesstätte im zeitlichen Rahmen der HEG 2 wieder zu besuchen. Gern wollte Frau Z die Unterstützung der WG-Bewohner annehmen, um morgens aus dem Bett zu kommen und pünktlich zur Tagesstätte fahren zu können.

In der ersten Woche gelang es Frau Z, ihr Bett zu verlassen. Die Tagesstätte besuchte sie in der Woche nach dem Einzug in die WG in Absprache mit allen Beteiligten jedoch noch nicht, da es noch einiges Wichtiges im Zusammenhang mit dem Umzug zu erledigen gab. Sie versuchte weiterhin, notwendige Aufgaben auf ihre sehr besorgten und sie immer noch unterstützenden Eltern zu übertragen. Nach mehreren Gesprächen der Mitarbeiterin mit den überfürsorglichen Eltern reduzierten diese ihre Hilfe, so dass Frau Z sich nun gezwungen sah, für sie wichtige Angelegenheiten mit Unterstützung der Mitarbeiterin selbst zu regeln und ihren Alltag ansatzweise zu organisieren. Die Wirkung des Prinzips der Hilfe zur Selbsthilfe hatte sich in Anfängen wieder einmal bewiesen.

Frau Z erledigte unumgängliche Behördengänge nach umfänglicher Motivation, war danach aber meistens schnell wieder im Bett oder ging in der Stadt spazieren. Die Tagesstätte besuchte sie auch in den nächsten Wochen nicht, da ihr das Aufstehen trotz der Unterstützung durch die Mitbewohner beim Wecken nicht gelang. Eine Tagesstättenmitarbeiterin versuchte mehrmals erfolglos, sie aus der WG abzuholen. Die Mitarbeiterin der WG bot ebenfalls wirkungslos ihre Begleitung zur Tagesstätte an. Frau Z bekräftigte aber, dass sie die Tagesstätte zukünftig gern

wieder besuchen wolle.

Für alle Beteiligten boten sich wenige Gelegenheiten, eine Beziehung zu Frau Z aufzubauen. Sie lag häufig im Bett und kam dem Angebot oder der Bitte nach Kontakt nicht nach. Manchmal war sie den ganzen Tag nicht in der WG anzutreffen. Verabredungen und Absprachen hielt sie nicht ein. Es gestaltete sich schwierig, mit ihr ihre persönlichen Ziele und die individuellen Vorgehensweisen im IBRP auszuhandeln. In den seltenen Gesprächen mit der Mitarbeiterin der WG machte sie einen zerfahrenen und unglücklichen Eindruck. Sie reflektierte ihre Situation und wollte sie doch eigentlich immer noch ändern, wollte endlich in der WG „ankommen“. Am Tag nach dem Gespräch war Frau Z dann jedoch scheinbar nicht mehr an ihrem Vorhaben interessiert. Sie mied den Kontakt zu den Mitbewohnern sowie zur Mitarbeiterin. Sie beklagte, dass sie sich von ihnen beobachtet fühle. Es gelang ihr nicht, auch für die Eigenarten anderer Verständnis aufzubringen oder diese rücksichtsvoll zu tolerieren.

Frau Z schlug die angebotene Unterstützung aus, wollte oder konnte auch psychosoziale Einzelangebote nicht annehmen. Später schloss sie sich aus der Gemeinschaft demonstrativ aus, blieb tagelang im Bett oder verließ die WG ganztags. Frau Z beschimpfte wiederholt die Mitbewohner und die Mitarbeiterin, wenn diese ihr Unterstützung beim Aufstehen geben wollten oder sie höflich auf ihre Verpflichtungen innerhalb der WG aufmerksam machten.

Knuf beschreibt, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit behindert wird, wenn Menschen zu Entscheidungen gedrängt werden. Sie würden überfordert und beantworten dies mit Rückzug oder Regression (vgl. Knuf 2011, S. 39). Die Mitarbeiterin fragte sich in diesen Zusammenhang, ob sich Frau Z durch die versuchte Einbindung in die Gemeinschaft in ihrer Autonomie beschnitten fühle und deshalb so reagiere. Sie fragte sich weiterhin, ob sie die Lebensweise von Frau Z akzeptieren und das gezeigte Verhalten als Zeichen ihrer Autonomiebestrebungen respektieren sollte. Brauchte Frau Z mehr Zeit für eine Veränderung ihres Lebensstils? War ihr Leidensdruck noch nicht so hoch, dass sie die Kräfte entwickeln konnte, die ihr die Überwindung ihrer Situation möglich machen würden? Wie könnte es gelingen, eine Beziehung zu Frau Z aufzubauen, die eine Entwicklung zulässt? In einer Fallbesprechung der Mitarbeiter des Wohnverbundes wurde herausgearbeitet, dass die Mitarbeiterin mit Geduld und Zuversicht weiterhin an der Beziehung arbeiten und kleinste Leistungen würdigen sollte.

Frau Z versorgte sich nicht allein mit Nahrungsmitteln und aß kaum etwas. Das Angebot der Mitarbeiterin, sie beim Einkauf zu begleiten, nahm sie nicht an. Stattdessen stahl sie Lebensmittel von den anderen Bewohnern, bis ihre Eltern ihr schließlich verzweifelt wieder die Einkäufe in das Haus trugen und ihr die ehrliche Selbstsorge somit abnahmen.

Die Arzttermine nahm Frau Z nur dann wahr, wenn die Eltern oder die Mitarbeiterin sie nach eingehender Motivation mit dem Auto zum Arzt fuhren. Ihre Medikamente hingegen nahm sie selbständig ein.

Eltern, Mitarbeiter, Fallmanager und der behandelnde Nervenarzt waren ratlos. Daraufhin wurde eine weitere Fallkonferenz anberaumt. Es sollte geklärt werden, ob Frau Z durch ihre Erkrankung möglicherweise dermaßen beeinträchtigt war, dass sie die Hilfen nicht annehmen könne. War das Leben in der WG eine Überforderung für sie? Wie müssten die Hilfen aussehen, damit Frau Z sie annehmen könnte? Oder sollten alle Beteiligten besser ein Nichthandeln länger aushalten, um ihre Aktivität doch noch hervorlocken zu können?

Die Ärzte, welche Frau Z schon sehr lange kannten, vertraten eine erschreckende Prognose. Da sich Frau Z nicht mehr allein versorgen könne oder wolle, wäre zukünftig, ohne die Versorgung durch die Eltern, eine Pflegeheimunterbringung unumgänglich. Im ICD 10 wird die Erkrankung mit einem Antriebs- und Interessenverlust beschrieben der einhergeht mit einer deutlichen Verstärkung der negativen Symptome wie verminderter Aktivität sowie einer deutlichen Affektverflachung und dem Verfall sozialer Vollzüge. Eine Abnahme der Leistungsfähigkeit sei zu verzeichnen (vgl. WHO 2008, S. 91). Ein trauriges und hoffnungsloses Bild wurde damit gezeichnet! Alle Beteiligten fragten sich, ob nur eine umfassende Versorgung in einem Heim Frau Z vor einer gesundheitlich bedenklichen Unterversorgung bewahren würde. Sie waren sich in der Vermutung einig, dass auch dort Frau Z nicht glücklich sein könnte. Sie hatten Bedenken, dass sie sich dort reglementiert und, bedingt durch ihre Störanfälligkeit durch andere Bewohner, auch nicht wohl fühlen würde. Es wurde diskutiert, ob wirklich alle Unterstützungsmöglichkeiten geprüft worden waren, um Frau Z die passgenauen Hilfen zu geben, die sie für ein Leben in der Normalität benötigte. Widersprach der Gedanke der Unterbringung in einem psychiatrischen Pflegeheim nicht der Idee der Inklusion? Stellte die Betreuung in der WG eine Versorgung dar, die die Bedarfe für Frau Z nicht abdecken konnte, weil sie ein größeres Maß an Fürsorge benötigte?

Frau Z, ihre Eltern und die Mitarbeiterin der Wohngruppe wurden nun vom Fallmanager zu einem Gespräch eingeladen. Er erkundigte sich bei Frau Z nach ihrem Befinden, nach ihrem Leben in der WG, nach ihren Wünschen und Zielen. Frau Z erschien im Gespräch innerlich zerrissen. Sie wusste selbst nicht, ob sie sich in der WG wohl fühle, wie sie zukünftig leben möchte und welche Unterstützung ihr helfen würde, ihr Leben zu ordnen. Es gelang ihr nicht, ihre Bedürfnisse aufzuzeigen. So wurde vereinbart, den Besuch der Tagesstätte zeitlich auf die ferne Zukunft zu verlegen und eine Aktivierung der Grundfunktionen ausschließlich durch die Annahme der Hilfen in der WG zu erreichen. An die Eltern wurde appelliert, ihre Fürsorglichkeit einzuschränken, auch wenn ihnen dies verständlicherweise sehr schwer fallen würde. Den Eltern und auch Frau Z wurde verdeutlicht, dass eine weitere Überbehütung die Situation nur verfestigen würde und keine Chance für einen Wechsel des Lebensstils zulasse. Die Tochter solle die Konsequenzen ihres Nichthandelns spüren, so lange dies von allen Beteiligten verantwortet werden konnte. Dieses Nichthandeln wurde als mögliche, noch zu nutzende Chance für Veränderung angesehen. Doch war ein professioneller Optimismus gerechtfertigt? Konnte sich Frau Z überhaupt verändern? Der im ICD 10 beschriebene Krankheitsverlauf lies diese Hoffnung kaum zu.

Auch nach weiteren Wochen traten keine Veränderungen ein. Frau Z fühlte sich im Nachhinein von allen Beteiligten unverstanden und vernachlässigt. Sie hielt sich weiterhin tagelang im Bett auf oder verließ die WG. Sie ignorierte wichtige Arzttermine. In Gesprächen war sie kaum zu erreichen. Ihr immer noch unsicheres Auftreten kippte oftmals und war dann mit Vorwürfen und Aggressionen gegenüber allen gekennzeichnet. Für alle Beteiligten war dieser Zustand schwer auszuhalten. Er wurde als Zeichen dafür gedeutet, dass sie sich nicht angenommen und augenscheinlich nicht wohl fühlte.

Da sie den Umfang der psychosozialen Betreuung auch nach drei Monaten nicht ausgeschöpft hatte, erhielt Frau Z schließlich nach einem erneuten Gespräch mit dem Fallmanager, der Mitarbeiterin und den Eltern die HEG 1 als zeitlichen Rahmen für die Hilfeerbringung in der WG. Eine Änderung der Inanspruchnahme der Hilfen schien nicht absehbar, so dass das Wohnen in der psychosozialen Wohngruppe nur noch einer Beobachtung ihres Gesundheitszustandes diene, einer mäßigen Fürsorge und ggf. einer rechtzeitigen Notfallintervention. Die Maßnahmeplanung wurde entsprechend verändert. Gleichzeitig bestand die Hoffnung, dass Frau Z

sich nun durch weniger Angebote und Motivationsversuche nicht mehr gegängelt fühle und damit ihre Anspannung reduzieren könnte. Möglicherweise brauchte sie Zeit und Ruhe, um ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu formulieren. Es wurde vereinbart, den zeitlichen Umfang der Hilfen wieder zu erweitern, wenn Frau Z diese umfassender nutzen wolle.

Nachdem Frau Z das von den Eltern wöchentlich für Nahrungsmittel eingeteilte Geld anderweitig ausgegeben hatte und sich wieder am Eigentum der Mitbewohner bediente, verstärkten sich die Konflikte innerhalb der WG. Die Spannungen und Auseinandersetzungen nahmen zu. Schließlich entschied sich Frau Z, wieder in eine eigene Wohnung zu ziehen, um mehr Ruhe zu haben. Die Mitarbeiterin sah diese Entscheidung als Chance; so hatten doch die resignierten Eltern versprochen, Frau Z erst ab dem Umzug zu unterstützen. Die Wohnungssuche würde sich erfahrungsgemäß über einen längeren Zeitraum erstrecken. Damit bestand die Gelegenheit, dass Frau Z die Unterstützung der Mitarbeiterin nun doch annehmen und Vertrauen gewinnen würde und sich möglicherweise eine Beziehung anbahnen könnte. Frau Z müsste aktiv werden, sich auf ihre Fähigkeiten besinnen und selbst handeln, um ihr Ziel zu erreichen.

Frau Z setzte auf einen schnellen Erfolg ihres Handelns. Sie schlug die Unterstützung der Mitarbeiterin aus und besuchte selbständig nur einen Wohnungsanbieter, bei dem sie die erstbeste freiwerdende Wohnung nahm. Alle Angebote, den Umzug gemeinsam vorzubereiten, nahm sie nicht an, so dass die Eltern am Vortag des Umzuges wieder ihre Unterstützung gaben.

Der Fallmanager bot Frau Z an, zukünftig eine Unterstützung durch das Ambulant Betreute Wohnen in der eigenen Häuslichkeit zu nutzen bzw. diese Hilfeform wenigstens auszuprobieren. So könne sie ihre Eltern entlasten und Konflikten mit ihnen aus dem Weg gehen. Dies lehnte Frau Z trotz mehrerer Gespräche, auch mit der Mitarbeiterin der WG und den Eltern, strikt ab.

Die bestehenden Hilfen für Frau Z haben nicht gegriffen. Herringer bezeichnet Empowermentprozesse als „Prozesse mit ungewissem Ausgang; sie verlaufen nicht immer in den Bahnen linearen Fortschritts und verweigern sich vielfach dem Zwang zur Unmittelbarkeit des Erfolgs“ (Herringer 1997, S. 206).

Auch heute liegt Frau Z in ihrer neuen Wohnung wieder tagelang im Bett. Die besorgten Eltern versorgen sie erneut bis zur Selbstaufgabe. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Hansestadt Rostock wird das Geschehen beobachten und wei-

terhin nach einer geeigneten Hilfeform suchen, die Frau Z für sich annehmen kann oder die sie auf Grund der fortschreitenden Minussymptomatik ihrer Erkrankung früher oder später annehmen muss, um (über)leben zu können.

5 Evaluation der sozialpsychiatrischen Hilfen

Die AWO entschied sich 2005 für die Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems, um ihr Leistungsangebot weiter zu strukturieren und verbessern zu können. Die Mitarbeiter wurden entsprechend ausgebildet und zertifiziert. In der Abteilung Sozialpsychiatrie gründete sich ein Qualitätszirkel, in dem Mitarbeiter der verschiedenen sozialpsychiatrischen Angebote arbeiteten. Seit 2006 findet eine Qualitätskontrolle mit Hilfe interner und externer Befragungen statt. Sie dient der ständigen Verbesserung der Angebote und zur Darstellung des Unternehmens im Qualitätsbericht. Die Evaluation der Zielerreichung unterstützt die Bewertung der eigenen Arbeit. Die Erstellung und das Beachten von Qualitätsstandards sollen zu einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung beitragen.

5.1 Bewertung der Zufriedenheit der Nutzer mit den Angeboten

Die WHO betonte auf der Europäischen Ministerkonferenz 2005, dass die Einbeziehung der Nutzer ein bedeutender Bestandteil der Psychiatriereform sei, liefern sie doch wichtige Beiträge zur Bestimmung erfolgversprechender Ansätze und Verbesserungsvorschläge. Es sei nachgewiesen, dass eine aktive Beteiligung der Nutzer und ihrer Familien die Qualität der Dienste und der Versorgung steigere und ein besseres Verständnis der Mitarbeiter für die Bedürfnisse der psychisch kranken Menschen befördere (vgl. WHO 2005, S.105).

Qualität in der sozialpsychiatrischen Arbeit entsteht in der Interaktion zwischen professionellem Helfer und Klient. Sie hängt demnach davon ab, wie der individuelle Bedarf subjektiv verstanden und erfüllt wird. Helfer haben nicht das Recht, die Autonomie der Hilfebedürftigen zu beschneiden, indem sie für sie vordefinieren, was gut, richtig und qualitativ voll sei. Die Wünsche und Vorstellungen der Nutzer können sich von den Sichtweisen der Professionellen unterscheiden. Sie können zum Teil über das bislang Ausgehandelte weit hinausgehen und üben ggf. auch berechtigte Kritik. Werden diese Wünsche, Vorstellungen und Kritiken von den professionell Tätigen mit Offenheit, Neugier und unter dem Blickwinkel einer

kostenlosen Beratung, gewissermaßen als Herausforderung und Ideensammlung, betrachtet, ist es möglich, die Qualität der Sozialarbeit kontinuierlich weiter zu verbessern und die Zufriedenheit der Nutzer zu erhöhen.

Professor Albert Lenz bezeichnet Klienten als Co-Produzenten der Dienstleistungen. Sollen professionelle Maßnahmen zum Erfolg führen, dann seien alle Beteiligten aufeinander angewiesen. Nur durch das aktive Mitwirken des Klienten am Geschehen und die dementsprechende Abstimmung des Handelns der Professionellen können gute Ergebnisse erreicht werden (vgl. Lenz 2002, S. 18). Erst die Analyse der Prozesse und Entwicklungen führen zum Verständnis, was dazu beigetragen hat, dass Klienten sich verändern konnten (vgl. Conen 2011, S. 87). Knuf warnt, dass Erhebungen nicht so gestaltet werden dürften, dass sie letztendlich nur positive Ergebnisse zulassen würden. Die wahre Zufriedenheit dürfe angesichts sehr hoher Werte in einigen Befragungen angezweifelt werden (Knuf 2011, S. 112).

Seit dem Jahre 2006 führt die AWO im Bereich Sozialpsychiatrie im Rahmen des Qualitätsmanagements interne Nutzerbefragungen in allen ihren psychosozialen Einrichtungen durch. Diese Befragungen zur Zufriedenheit mit den verschiedenen psychosozialen Angeboten der AWO ergänzen die in persönlichen Gesprächen erfragten Aussagen und werden schriftlich und anonym erhoben. Die Nutzerbefragungen sollen die Klientenorientiertheit in den Angeboten überprüfen und damit der Leistungsverbesserung dienen. Sie sollen die subjektiv empfundene Sicht auf die Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Klienten zu Tage fördern und Aussagen über ihre gesellschaftliche Integration zulassen. Gleichzeitiges Anliegen ist es, durch das Feedback der Klienten die Motivation der Mitarbeiter zu erhalten bzw. zu steigern und zur fachlichen Diskussion anzuregen. Weiterhin dienen die Befragungen dazu, Transparenz in Hinblick auf die Qualität der Arbeit für die Kostenträger und die interessierte Öffentlichkeit herzustellen.

Heute gibt es Überlegungen, wie zukünftig Nutzerbefragungen und bisher eher sporadisch erfolgte Mitarbeiterbefragungen gekoppelt werden können, um Auskünfte über die Zufriedenheit und Sichtweisen beider Akteure in Bezug auf die Erbringung Personenzentrierter Leistungen zu erhalten und vergleichen zu können. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden die Klienten des Psychosozialen Wohnheimes, welches im Jahre 2011 in eine Psychosoziale Wohnanlage mit vier Wohn-

gruppen umgewandelt wurde, die Klienten der Außenwohngruppe, der drei Tagesstätten und des Ambulant Betreutes Wohnen befragt. Die hohen Rücklaufquoten der Fragebögen ließen den Schluss zu, dass die Klienten sich in der Befragung ernst genommen fühlten und sich für eine Verbesserung der Angebote durch ihre Bewertung engagieren wollten. Oftmals waren Anregungen oder ein persönlicher Dank im Teil der offenen Fragen vermerkt.

Da im Laufe der Zeit die im Qualitätszirkel entworfenen Fragebögen weiterentwickelt und den aktuellen Fragestellungen angepasst wurden, war ein direkter Vergleich der Erhebungen der Jahre 2006, 2007 und 2009 sowie der verschiedenen Angebote untereinander nicht generell möglich. In der vorliegenden Arbeit wurde deshalb der Versuch unternommen, ausgewählte inhaltlich ähnliche Fragestellungen der Fragebögen verschiedener Jahrgänge und Einrichtungen zu bündeln und die Ergebnisse auszugsweise auszuwerten. Diese Ergebnisse sind im Anhang der Arbeit in einer Tabelle erfasst (siehe Anlage 6) und mit Zahlen belegt. Die Auswertung zeigt durchaus positive Bewertungen. Hierbei ist die Tendenz zu erkennen, dass sich die sehr guten bis guten Benotungen von 2007 bis zum Jahr 2009 weiter verbesserten.

Es konnte festgestellt werden, dass die Klienten mit der Betreuung durch die Mitarbeiter insgesamt sehr zufrieden waren. Auf einer Skala von 1 - 4 bewerteten sie die Zufriedenheit von 1,2 bis 1,8, wobei die Ziffer 1 die beste und die Ziffer 4 die schlechteste Bewertung darstellten. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde auf eine ungerade Anzahl von Bewertungsmöglichkeiten verzichtet, um die Klienten gezielt auf eine Entscheidung zu fokussieren.

Die Nutzer der verschiedenen sozialpsychiatrischen Angebote bescheinigten den Mitarbeitern mit der Benotung von 1,1 bis 1,9, dass sie freundlich und respektvoll mit ihnen umgehen würden. Weiterhin schätzten sie mit der Note 1,2 bis 1,7 ein, dass sie sich auf die Absprachen mit den Mitarbeitern verlassen könnten. Das Ergebnis von 1,2 bis 1,9 drückte aus, dass sich die Klienten von den Mitarbeitern in ihrer Selbständigkeit sehr gut unterstützt fühlten. Mit Benotungen von 1,2 bis 1,9 wurde honoriert, dass sich die Mitarbeiter aus Sicht der Klienten die notwendige Zeit für jeden persönlich nehmen würden.

Die Klienten sahen insgesamt betrachtet gute Möglichkeiten zur aktiven Mitgestaltung des Geschehens im jeweiligen Angebot und bewerteten diese mit den Noten von 1,4 bis 2,2. Gerade dieses Ergebnis löste in den jeweiligen Teams förderliche

kontroverse Diskussionen aus und trug im Ergebnis zu einer verbesserten Einbeziehung der Klienten in die Angebotsgestaltung bei.

Die Nutzer der Angebote bestätigten in der Befragung, dass ihre Wünsche und Vorstellungen bei der Leistungserbringung berücksichtigt wurden und beurteilten mit den Noten 1,3 bis 1,9 den Richtigkeitsgrad dieser Aussage. Mit der Bewertung von 1,3 bis 1,8 drückten die Klienten der AWO ihre Zustimmung aus, dass das jeweilige psychosoziale Angebot insgesamt zu ihrer psychischen Stabilisierung beitragen würde. Die Personenzentrierten Hilfen schienen wirksam, tatsächlich individuell zugeschnitten und erfolgreich zu sein.

Im Jahr 2010 wurden dann für alle Klienten des GPLV im Rahmen eines Workshops die Bögen zur Nutzerbefragung durch einige Klienten selbst entwickelt. Sie sollten von Anfang an mitbestimmen, welche Fragen für sie wichtig sind, um die Qualität der Leistungen einzuschätzen, da sie auch die in Anspruch genommene Hilfe am Ende bewerten würden. Um die Anonymität und Objektivität der Befragung zu wahren, hatten sich außerdem einige Klienten bereit erklärt, anderen Klienten beim Ausfüllen der Bögen behilflich zu sein (vgl. GPLV 2010, S. 25). Insgesamt wurden 169 Klienten aus den jeweiligen Angeboten des GPLV mit diesem neuen Instrument befragt und eine Rücklaufquote der Fragebögen von 69,44% erreicht. Eine direkte Gegenüberstellung der Ergebnisse der verschiedenen Angebote zur vergleichenden Auswertung war auf Grund der Spezifik der Fragen nicht möglich.

In der Auswertung ließ sich im Bereich Partizipation über alle Fragebögen ablesen, dass eine große Nutzergruppe der verschiedenen Angebotsformen an der Aushandlung der individuellen Ziele beteiligt war (ambulante Hilfen 85%, betreute Wohnformen 64% und Tagesstätten 73%) und diese Ziele ihnen persönlich wichtig waren (89%, 82%, 87%) (vgl. GPLV 2010, S. 26). Die Mehrheit der Klienten in den verschiedenen Angeboten äußerte hinsichtlich der Betreuung den Wunsch, mehr Einzelgespräche mit dem Bezugsbetreuer führen zu können (ambulante Hilfen 43%, Tagesstätten 39%, Wohnheime 46%) (vgl. GPLV 2010, S. 27). Dieser Wunsch verdeutlichte das vorhandene Vertrauen, drückt aber auch das Verlangen nach mehr persönlicher Beziehung des Klienten zum jeweiligen Bezugsmitarbeiter aus. Eine große Zahl von Klienten war jedoch nur „teils-teils“ mit dem vorhandenen Ausmaß an persönlichen Gesprächen zufrieden (27%, 34%, 36%). Es gab

einige Klienten, die sich nicht mehr Einzelgespräche mit ihrem Bezugsbetreuer wünschten (30%, 27%, 18%) (vgl. GPLV 2010, S. 27). Dieses Ergebnis bestärkt die Überlegung, dass Betreuungszeiten nicht zu schnell reduziert werden sollten, wenn positive Entwicklungen stattfinden.

60% der Klienten des Bereiches Wohnen waren bezüglich ihrer persönlichen Perspektive zuversichtlich. Sie schätzten im gleichen Umfang ein, dass der Bezugsbetreuer von der Erreichung ihrer ausgehandelten Ziele überzeugt sei. Dem gegenüber bekräftigten 40% der Nutzer von Tagesstätten ihre Überzeugung, die Ziele zu erreichen. Fast 80% dieser Befragten waren davon überzeugt, dass auch der Bezugsbetreuer optimistisch hinsichtlich der Zielerreichung sei (vgl. GPLV 2010, S. 27f).

Mit Hilfe einer Skalierung von 1-9 sollte die „Zufriedenheit mit der Hilfe im Großen und Ganzen“ eingeschätzt werden, wobei die Ziffer 9 eine sehr große Zufriedenheit und die Ziffer 1 Unzufriedenheit ausdrückte. Es war deutlich zu erkennen, dass sich die Mehrheit der Nennungen im zufriedenen Bereich befand. Die Durchschnittswerte betragen für die ambulante Hilfe 7, für die betreuten Wohnformen 6,5 und die Tagesstätten 7,1 (GPLV 2010, S. 31).

Die Nutzerbefragung in den Wohnheimen brachte in allen Fragen eine deutlichere Unzufriedenheit zu Tage. Dies liegt darin begründet, dass die Klienten des geschlossenen Bereiches mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten der Selbstbestimmung nicht separat erfasst wurden und das Ergebnis somit verfälscht wurde. Hier muss zukünftig genauer abgegrenzt und gefragt werden, da Autonomieeinschränkungen im geschlossenen Bereich verständlicherweise Unzufriedenheit befördern. Andererseits wird zu diskutieren sein, wie zukünftig trotz notwendiger Autonomieeinschränkung ein vertretbares Maß an Selbstbestimmung zu realisieren und zu befördern sei.

Abschließend soll die Beantwortung der Frage an die Nutzer der betreuten Wohnformen „Würden Sie die Betreuung weiterempfehlen?“ für sich sprechen: 69% der Klienten sprachen sich für eine Weiterempfehlung aus und 13% der Hilfeempfänger würden das Angebot wenigstens teilweise weiterempfehlen (8% der Nutzer haben diese Spalte nicht ausgefüllt).

Die im Vorfeld beschriebenen Aussagen lassen den Schluss zu, dass die im GPLV geleisteten Personenzentrierten Hilfen den Bedürfnissen der Klienten entsprechen. Die Balance zwischen einer Überbehütung und einer Unterversorgung

scheint individuell gut ausgelotet zu sein. Den professionell Tätigen scheint das „richtige“ Maß an Hilfe, abhängig vom jeweiligen Bedarf, gelungen zu sein.

Für 10% der Klienten, die das Angebot »Betreute Wohnformen« nicht weiterempfehlen würden, gilt es jedoch, mit ihnen nach individuellen Lösungen zu suchen, um auch ihren Bedürfnissen besser nachkommen zu können (vgl. GPLV 2010, S. 50).

5.2 Einschätzung der Wirksamkeit der Personenzentrierten Hilfen durch die Hansestadt Rostock als Kostenträger

Im Jahre 2010 wurden in Rostock 499 Menschen durch verschiedenste sozialpsychiatrische Angebote des GPLV unterstützt (vgl. GPLV 2010, S. 6). Die Presse- und Informationsstelle der Hansestadt Rostock gab bekannt, dass damit mehr psychisch kranke Menschen mit den gleichen zur Verfügung stehenden Ressourcen in der vereinbarten Qualität versorgt worden wären als vor der personenbezogenen Finanzierungsumstellung im Jahre 2004 (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 22). Der Hansestadt Rostock sei es gelungen, mit der Umstellung Strukturen zu schaffen, die im Sinne des Inklusionsgedankens leicht zugängliche und passgenaue Hilfen anbieten. Diese orientieren sich in Art und Umfang an den individuellen Lebensverhältnissen und Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen.

Mit der Finanzierungsumstellung werden statt institutsbezogenen Leistungen nun individuelle, personenzentrierte Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes finanziert. Der GPV verweist darauf, dass durch die Einführung des Modells der Hilfeempfangerguppen, bei einem gedeckelten regionalen Psychiatrie-Budget, die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung eines Klienten im Jahre 2004 in Höhe von 40,08€ pro Tag bei einer verbesserten Versorgungsqualität auf 38,38€ pro Tag im Jahr 2011 sanken (persönliche Befragung der Autorin, Januar 2012).

Vorteilhaft sei, dass die zu erbringende Leistung nicht mehr an die Wohnform des Hilfesuchenden gebunden ist, sondern individuell und flexibel erfolgen kann und auch die Erbringung von Komplexleistungen möglich geworden ist. Folglich erhalten psychisch kranke Menschen nun die Möglichkeit, einer Arbeit nachzugehen und ein Leben zu führen, das ihren Bedürfnissen und ihrer Würde entspricht (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 3ff). Im Jahre 2010 entschieden sich 21% der Nutzer

für Komplexleistungen (vgl. Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle), d. h. sie nutzten psychosoziale Angebote verschiedener Träger zugleich.

Der Kostenträger führt weiterhin aus, dass im Vergleich des Jahres 2009 zum Jahr 2010 eine Halbierung der stationären Krankenhausaufenthalte der Nutzer der gemeindepsychiatrischen Angebote auf 12,4% verzeichnet wurde (vgl. GPLV 2010, S. 12). Dieses Ergebnis versteht die Autorin auch für das Greifen Personenzentrierter Hilfen.

90% der Nutzer psychosozialer Angebote lebten 2010 in Rostock außerhalb von stationären Einrichtungen (vgl. Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle). Einen hohen Grad der Versorgung psychisch kranker Bürger Rostocks erfolgte über das Ambulant Betreute Wohnen in der eigenen Häuslichkeit. 70% der Klienten lebten in „normalen“ Mietwohnungen, in ganz gewöhnlichen Hausgemeinschaften in den verschiedenen Stadtteilen Rostocks (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 57). An sieben Standorten in fünf Rostocker Stadtteilen werden heute durch den GPLV Angebote für Bildung, Arbeit und Beschäftigung vorgehalten. Durch die Flexibilisierung von Anwesenheitsregelungen konnten im Jahre 2009 in den psychosozialen Tagesstätten die vorhandenen 385 Plätze der verschiedenen Leistungserbringer mit 460 Klienten belegt werden (vgl. Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle) und gleichzeitig dem Bedürfnis der Klienten nach individuellen Besuchsregelungen entsprochen werden. „Das kreative Potential der Träger wurde angesprochen und effizient genutzt [,....] ein nicht unerheblicher Kostenanstieg [konnte] verhindert werden“ (Hansestadt Rostock 2011, S. 22).

Eine zukünftige Aufgabe wird es jedoch sein, die häusliche psychiatrische Hauskrankenpflege und eine ambulante Ergotherapie im Sinne des Inklusionsgedankens in der Hansestadt auszubauen, um die Chancen für die Teilhabe psychisch kranker Menschen weiter zu verbessern (persönliche Befragung der Autorin, Januar 2012).

Im Jahr 2010 konnten 8,1% der Menschen, die psychosoziale Hilfsangebote für sich genutzt hatten, wieder in das gesellschaftliche Leben eingegliedert werden (vgl. Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle), d.h., sie konnten vollständig unabhängig von Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII leben. Die Presse- und Informationsstelle der Hansestadt Rostock berichtete weiterhin, dass die in Rostock erzielten Eingliederungsergebnisse von Dauer sind; kamen doch nicht mehr als 13% der entlassenen Nutzer sozialpsychiatrischer Angebote in die Hilfen zurück. Die Hälfte

dieser Rückkehrer lebte 1,5 Jahre ohne die Hilfen des sozialpsychiatrischen Verbundes (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 26).

Die Presse- und Informationsstelle verweist darauf, dass im Ergebnisprotokoll zum Besuch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände in Rostock im Oktober 2008 festgestellt wurde, dass in der Hansestadt eine Grundhaltung stark ausgeprägt ist, die, im Sinne der Lebensweltorientierung, nach individuellen und bedarfsgerechten Lösungen für Betroffene suche. Die Kommune werde ihrer Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen gerecht, dominiere aber nicht das Versorgungssystem, sondern lasse Spielräume für kreative und vielfältige Initiativen. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass die Einbeziehung nichtpsychiatrischer Hilfen verbesserungsbedürftig sei und auch bei niedrigschwelligen Angeboten noch ein Entwicklungsbedarf bestehe (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 59).

Die Presse- und Informationsstelle informierte weiterhin über den Abschlussbericht des Modellprojektes „Messung der Ergebnisqualität“ im Jahre 2008. Dieser bescheinigte der Hilfeplankonferenz der Hansestadt Rostock, dass in Zusammenarbeit aller Beteiligten die Erwartungen zukünftiger Nutzer sozialpsychiatrischer Angebote mit genügend Zeit und in einer von Wertschätzung und Freundlichkeit getragenen Atmosphäre erfragt, sowie individuelle Wünsche berücksichtigt wurden. Ein gemeinsames Überlegen für geeignete Lösungen und das Abwägen von Alternativen seien angeregt worden (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 53f). Es wurde jedoch auch festgestellt, dass die Lebensziele des zukünftigen Klienten noch losgelöst von der beantragten Leistung erfragt werden sollten und der Klient seine Vorstellungen noch deutlicher am Ende des Gespräches mit eigenen Worten zusammenfassen solle (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 53f). Ebenfalls sei eine bessere Vernetzung der Angebote für chronisch mehrfach geschädigte Menschen in der Suchtkrankenhilfe sei mit der Wohnungslosenhilfe erforderlich (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 59).

Es wurde anerkannt, dass bei den Mitarbeitern der verschiedenen sozialpsychiatrischen Angebote eine hohe Motivation und Engagement zu spüren sei. Die Grundhaltung, individuelle und bedarfsgerechte Lösungen mit den Betroffenen zu finden, sei stark ausgeprägt (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 57). Es wurde weiterhin festgestellt, dass im Jahre 2010 die Fachkraftquote im Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund 87% betrug (vgl. Melzer/ Wrociszewski

2011, Internetquelle). Die Einbeziehung nichtpsychiatrischer Hilfen sei jedoch verbesserungsbedürftig.

In der Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes der Hansestadt Rostock ist im Sinne des Empowermentgedankens festgeschrieben, dass die psychosozialen Hilfen am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringsten Eingriffs in die Lebensverhältnisse ausgerichtet und partnerschaftlich abgestimmt werden müssen (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 45). Der GPLV hat im Jahr 2011 unter dieser Sichtweise mit der Ausbildung psychiatrieerfahrener Menschen im Projekt »Experienced Involvement« (Ex-In), einem internationalen Projekt zur Einbeziehung psychisch kranker Menschen bei der Hilfeerbringung, begonnen. Das Projekt beinhaltet das Ziel, einerseits die Emanzipation psychisch kranker Menschen durch die Beteiligung an der Versorgung in der Kommune zu stärken. Gleichzeitig soll durch den Einfluss von durch Erfahrung erlangtem Expertenwissen das psychiatrische Versorgungssystem gestärkt werden. „Die Einbeziehung von Psychiatriee erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufriedenstellenderen, weniger diskriminierenden und entwürdigenderen psychiatrischen Dienstleistungen beitragen“ (Ex-In 2011, Internetquelle).

Der Oberbürgermeister der Hansestadt Rostock schätzte das Arbeitsbündnis zwischen dem Amt für Jugend und Soziales, dem Gesundheitsamt und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund als ein gelungenes und ein auf Vertrauen und gemeinsamen Intentionen begründetes Ergebnis einer jahrelangen guten Zusammenarbeit ein (vgl. Das Rostocker Modell 2011, S. 3).

In der Hansestadt Rostock sei „über viele Jahre die Einsicht gewachsen, dass die Übernahme von Verantwortung und Steuerung auf kommunaler Ebene ein vielversprechender Weg [sei], um Fachlichkeit und Kostendämpfung gemeinsam voranzubringen“ (Methling 2011, S. 4).

Die zuständige Rostocker Senatorin berichtete, dass das Rostocker Psychiatriemodell auch von Rostocker Leistungserbringern aus der Behindertenhilfe als so erfolgreich eingeschätzt werde, dass gegenwärtig die Umsetzung dieses Modells auch für den Personenkreis der geistig und körperlich behinderten Menschen geprüft wird (vgl. Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle).

Auf Grundlage des »Landesrahmenvertrages Mecklenburg – Vorpommern gemäß § 79 Abs.1 SGB XII« erfolgen in den Einrichtungen des GPLV Prüfungen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch die Hansestadt Rostock als Leistungsträger. Anhand differenzierter Prüfpunkte des als »Anlage h« angegliederten Prüfkataloges wird die interne Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität evaluiert. Nachdem ein Prüfbericht erstellt wurde, findet zwischen dem Träger der Einrichtung und dem Sozialhilfeträger ein Abschlussgespräch statt, in dem das Prüfungsergebnis bewertet und mögliche Auflagen und Empfehlungen gegeben werden. Bisher sind keine gravierenden Qualitätsmängel bei Prüfungen in den Einrichtungen des GPLV zu verzeichnen gewesen (persönliche Befragung der Autorin, Januar 2012). Die Struktur- und Ergebnisqualität scheint in Rostock gut zu sein, doch wie sieht es mit der inhaltlichen Qualität der psychosozialen Arbeit aus? Aus Sicht der Autorin muss es dem GPV neben einer bisher augenscheinlich stark ökonomisch ausgerichteten Evaluation der Leistungserbringung zukünftig gelingen, auch inhaltlich die Qualität der sozialpsychiatrischen Arbeit zu hinterfragen. Diese Aufgabe wird sich als eine Herausforderung gestalten, da menschliches Handeln oftmals nur subjektiv bewertet werden kann und die Art der Beziehungsgestaltung nicht objektiv messbar ist.

Die Senatorin stellte weiterhin fest, dass die qualitative Bewertung der Maßnahmen im Hilfeplangespräch erfolgt (Melzer/ Wrociszewski 2011, Internetquelle). Es sei aber noch wenig Wissen über die individuellen Ergebnisse der Leistungsanspruchnahme und die Qualität der einzelnen Leistungen vorhanden (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 27).

Um eine bessere Transparenz zu erhalten, welche Ergebnisse und welche Qualität mit dem eingesetzten Aufwand verbunden sind, wurde im Jahre 2007 das »Modellprojekt Wirkungsorientierung – mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe« gestartet, zu dem heute der GPV mit Kooperationspartnern aus der Hansestadt Lübeck zusammen forscht.

Professor Steinhart kam im Rahmen des Modellprojektes zu der Erkenntnis, dass die durchschnittlichen Fallkosten für die psychosoziale Betreuung eines chronisch psychisch kranken Menschen sinken, wenn die Entwicklung ambulanter Angebote nicht von einer Spardiskussion, sondern von einer primär fachlichen Diskussion bestimmt wird (vgl. Steinhart 2006, S. 37).

Die Presse- und Informationsstelle gab bekannt, dass in der Hansestadt Rostock Ressourcen vorhanden sind, die in der Versorgungsregion besser genutzt werden sollten. So regte die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände bereits im Jahr 2008 an, in Rostock trialogisch besetzte unabhängige Beschwerdestellen als notwendigen Bestandteil zur Qualitätsverbesserung einzurichten. Sie erachtet es als unerlässlich, dass psychisch kranke Menschen wieder stärker ihre Vertretung in Gremien übernehmen. Auch in der Zusammenarbeit der Professionellen mit dem »Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker« bestehe Optimierungsbedarf (vgl. Hansestadt Rostock 2011, S. 58).

Eine zukünftige Herausforderung der Gemeindepsychiatrie wird in Rostock, wie in vielen Kommunen Deutschlands, die Verbesserung der beruflichen Integration und eine angemessen entlohnte Arbeit für psychisch kranke Menschen sein. In Anbetracht der demographischen Entwicklung zu einer Gesellschaft mit steigender Anzahl älterer Menschen gewinnen auch die Gerontopsychiatrie und innovative Versorgungsmodelle für ältere betreuungsbedürftige psychisch kranke Menschen zunehmend an Bedeutung. Dem Wunsch nach Autonomieerhalt und dem Verbleib in der vertrauten Lebensumwelt stehen bei älteren Menschen oftmals körperliche und geistige Beeinträchtigungen und somit ein höherer Grad der Angewiesenheit auf Hilfe sowie eine eingeschränkte Mobilität entgegen. Diesem muss zukünftig Rechnung getragen werden.

6 Schlussbetrachtungen

Die vorliegende Arbeit zeigt an Hand eines kurzen historischen Abrisses, dass sich das Menschenbild in der sozialpsychiatrischen Versorgung heute grundlegend verändert hat. Die Achtung der Autonomie und Eigenverantwortung des Klienten, das Anknüpfen an seine Lebenswelt und die Orientierung an seinen individuellen Ressourcen eröffnen heute auch Möglichkeiten der Freiheit und Entwicklung für Menschen, die chronisch psychisch krank sind. Es wurde herausgearbeitet, welche Chancen der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft in einer modernen Sozialpsychiatrie für psychisch kranke Menschen bestehen und wie Psychiatrieerfahrene bei deren Wahrnehmung durch unsere Gesellschaft unterstützt werden.

Am Beispiel der Hansestadt Rostock wurde dargelegt, wie sich der Prozess der individuellen Hilfeerbringung seit 1989 entwickelte und was es heißt, heute Personenzentrierte Hilfen gemeindenah und in einem ganzheitlichen Hilfeprozess zu erbringen. Die Argumente der Kritiker des Personenzentrierten Ansatzes wurden im Weiteren vorgestellt und den Vorzügen dieses Ansatzes gegenübergestellt. Kurz wurde auf das Rostocker personenbezogene Finanzierungsmodell eingegangen.

Mit dem Modell der Lebensweltorientierung, dem Konzept der Inklusion und der Theorie des Empowerments wurden beispielgebend drei Theorien der modernen Sozialarbeit vorgestellt, auf denen der in der Hansestadt Rostock praktizierte Personenzentrierte Ansatz beruht. Dabei wurde auch nachdrücklich auf die Bedeutung eines vom Empowerment getragenen Arbeitsklimas und entwicklungsfördernder Bedingungen für die Mitarbeiter in der Institution des Leistungsanbieters hingewiesen.

In der vorliegenden Diplomarbeit wurden die miteinander vernetzten, modernen psychosozialen Angebote des Gemeindepsychiatrischen Verbundes der Hansestadt Rostock vorgestellt und die Art und Weise der Personenzentrierten Hilfeerbringung ausführlich erläutert. Die Arbeit zeigte auf, dass es durch die Implementierung und geschickte Koordination verschiedener Hilfen unterschiedlicher Rostocker Leistungserbringer gelingen kann, psychisch kranken Menschen individuelle und passgenaue Hilfen zu gewähren. Sie belegt, dass im Sinne des Inklusionsgedankens die Rostocker Leistungsträger und -erbringer darum bemüht sind, Menschen gleichberechtigt in das gesellschaftliche Leben zu integrieren.

Es wurde festgestellt, dass jedoch allein eine gut entwickelte Struktur und ein reiches Angebot an psychosozialen Einrichtungen noch nicht das Wirken der Hilfe garantieren. Als die wesentliche Grundlage für das Wirken der Hilfen wurde das ideelle Milieu der Hilfeerbringung diskutiert. Es wurde herausgearbeitet, dass es einer stabilen, von gegenseitigem Vertrauen und Wertschätzung getragenen Beziehung, einer Begegnung auf Augenhöhe zwischen Klient und Helfer bedarf. In der Arbeit wurde in Zweifel gezogen, ob der Personenzentrierte Ansatz dies umfassend leisten kann.

Die Autorin arbeitete im Weiteren heraus, dass die in der Hansestadt Rostock praktizierten Personenzentrierten Hilfen bei allen Vorzügen und Erfolgen in der Betreuung psychisch kranker Menschen auch hier das Spannungsfeld sozialer

Arbeit aufbauen, das durch ihre zunehmende Ökonomisierung hervorgerufen wird. Zwar scheint es den professionell Tätigen in der Hansestadt Rostock weitestgehend gelungen zu sein, der Forderung der Soltauer Impulse nach verständlicher fachlicher Information und rechtlicher Aufklärung der Klienten gerecht zu werden. Die Autorin belegt ebenfalls, dass auch der selbst bestimmte Umgang des Klienten mit seiner psychischen Erkrankung, ihrer Behandlung, der Begleitung und Betreuung in der Hansestadt Rostock zu einem Selbstverständnis im Hilfeprozess geworden ist. Trotzdem scheint es aber gerade durch die Arbeit mit dem IBRP als Steuerungsinstrument im Hilfeplanverfahren Hemmnisse zu geben, die den Prozess der Begegnung zwischen Klient und professionellem Helfer erschweren. Diese Hemmnisse wurden ausführlich nachgezeichnet. Es drängte sich die Frage auf, ob es den Mitarbeitern unter Zeit- und Leistungsdruck, unter den normierten Vorgaben des IBRPs, der in der Hansestadt Rostock geforderten minutenbasierten „Abrechnung“ der erbrachten Hilfen, sowie auf Grund der von ihnen als überbordend empfundenen Dokumentationspflicht immer gelingt, die Beziehung zum Klienten ganzheitlich, mit der notwendigen Wertschätzung, Geduld und ausreichender Zeit zu gestalten.

Die Autorin warnt, dass das gemeinsame Suchen nach Ressourcen und Lösungen, das Erkunden von Alternativen, auch das Beschreiten lehrreicher Um- und Irrwege, das Ausprobieren und das lehrreiche Sammeln von Selbsterfahrung unter dem zunehmenden Effizienzdruck sozialer Arbeit in Gefahr geraten könnten. Die Autorin mahnt an, dass das dauernde Bemühen der professionell Tätigen um Verständnis, um echte Wertschätzung und Freundlichkeit in auch originellen Situationen durch technokratische Denkweisen verloren gehen könnte. Sie betont nachdrücklich, dass Gespräche auf Augenhöhe und aktives Zuhören sowie eine individuelle Hilfeebringung statt normierten Vorgehens jedoch Grundhaltungen sind, die eine Begegnung zwischen Klient und Helfer erst möglich machen und somit Perspektiven eröffnen.

Die Herausforderungen des spannenden und gleichzeitig spannungsgeladenen Prozesses der Hilfeebringung wurden in der Diplomarbeit im Weiteren näher beleuchtet. Es wurde hinterfragt, wie die Angemessenheit der Hilfen in Art und Umfang, ihre richtige „Dosis“ unter Nutzung aller Ressourcen ausbalanciert werden kann. So wurde aufgezeigt, wo in der Praxis mögliche Ursachen für eine Überbehütung oder eine Minimalversorgung liegen können und welche Herausfor-

derungen und Wirkungen eine nicht an den individuellen Bedürfnissen und jeweiligen Erfordernissen des Klienten ausgerichtete Hilfe hervorzurufen vermag. Dazu wurden die Qualität des persönlichen Handelns der Professionellen sowie das zunehmende Ökonomisierungsbestreben in der psychosozialen Leistungserbringung kritisch in den Fokus der Betrachtungen genommen und Ressourcen im Hilfeprozess aufgezeigt. Es wurde weiterhin beschrieben, welche positiven Entwicklungen und erfolgreichen Veränderungen professionelles Handeln zu erzielen vermag.

In der Arbeit wurde herausgearbeitet, dass das Erkennen der Ursachen und der Wirkungen einer möglichen Überbehütung oder Minimalversorgung die Chance für eine zukünftige Veränderung der Herangehens- und Handlungsweise eröffnet. Es wurde festgestellt, dass das kritische Hinterfragen des täglichen Tuns und der fachliche Austausch im trägerübergreifenden Team der Professionellen unabdingbar sind, um psychosoziale Hilfen bedarfsgerecht anbieten zu können.

Aus Sicht der Autorin sind Personenzentrierte Hilfen geeignet, um die Balance zwischen den Extremen Überbehütung und Minimalversorgung entwicklungsfördernd austarieren und Hilfen bedarfsgerecht anbieten zu können. Sie kommt zu der Erkenntnis, dass das eigentliche „Körnchen in der Wagschale“ jedoch der professionell Helfende selbst ist. Seine Persönlichkeit ist das Mittel, welches er einsetzt, um eine Beziehung zum Klienten aufzubauen und aufrecht zu halten. Diese Beziehung stellt die Grundlage für eine partnerschaftliche Begegnung dar. Die Autorin arbeitete heraus, dass erst eine von Wertschätzung und Vertrauen getragene Beziehungsgestaltung förderliche Bedingungen für Wachstum und Entwicklung zu schaffen vermag.

An drei Fallbeispielen aus der WG der AWO wurde illustriert, wie sich Personenzentrierte Hilfeerbringung in der Praxis gestalten kann. Es wurde beschrieben, wie individuell Hilfen auf die Bedürfnisse des Klienten zugeschnitten sind und wie flexibel sie unter der Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes erbracht werden können. Dabei wurde festgestellt, wie schwierig es mitunter sein kann, den Klienten zu erreichen und wie wichtig es ist, kontinuierlich und mit pädagogischem Optimismus daran zu arbeiten, eine tragfähige Beziehung aufzubauen und langfristig aufrecht zu erhalten.

Die Beschreibungen sollten den Blick des Lesers für die Beachtung auch minimaler Entwicklungen schärfen und Verständnis für scheinbare Rückschläge wecken. Die Fallbeispiele zeichnen den von professionellem Optimismus getra-

genen Weg der Begleitung nach. Sie werben um Geduld für die Ausgestaltung einer Begegnung auf Augenhöhe der Akteure im Hilfeprozess. Gleichzeitig haben sie das Anliegen, vor einem möglichen Automatismus zu warnen, der annimmt, dass durch das Ableisten bestimmter Einzelleistungen, am so verstandenen Kunden, Defizite erfolgreich minimiert oder beseitigt werden könnten und nachhaltig eine Veränderung und Entwicklung stattfinden würden.

Bezugnehmend auf die Auswertung der schriftlichen Befragungen durch das Qualitätsmanagement der AWO und des GPV konnte festgestellt werden, dass die Nutzer der Rostocker sozialpsychiatrischen Angebote mit der Art und Weise der Hilfeerbringung überwiegend zufrieden sind. Es wurde ausführlich und mit Hilfe von Zahlenmaterial begründet, warum die Hansestadt Rostock als Kostenträger die Personenzentrierte Leistungserbringung im GLV positiv und als wirksam bewertet. Die Autorin bewertet diese Ergebnisse ebenfalls als Zeichen der Wirksamkeit Personenzentrierter Hilfen. Sie fügt jedoch kritisch an, dass neben der quantitativen Auswertung die schwierige qualitative Bewertung des Hilfeprozesses erfolgen muss.

Zusammenfassend betrachtet belegt die Arbeit, dass sich die Hansestadt Rostock und der GPLV im Prozess der Hilfeerbringung auf einem guten Weg befinden und, dass das neue Denken einer modernen Sozialpsychiatrie in Rostock Konzept geworden zu sein scheint. Es wurde nachgewiesen, wie hier der Kostenträger und alle Leistungserbringer förderlich zusammenwirken. Die Arbeit mahnt aber auch an, aufmerksam zu verfolgen, dass unter dem Deckmantel einer so genannten Verbesserung der Angebote, einer personenzentrierten Ausgestaltung des Hilfeprozesses mittels Flexibilisierung und Ressourcenorientierung, der Effizienzgedanke einer zunehmenden Ökonomisierung der sozialen Arbeit nicht Oberhand gewinnen darf. Damit würden die Ideen moderner Sozialarbeit ad acta gelegt bzw. eine „Drehtürpsychiatrie“ begünstigt werden. Dies würde sich kontraproduktiv auf das Wohlbefinden und die Teilhabe der chronisch psychisch kranken Menschen Rostocks an der Gesellschaft auswirken und auch die Gefahr des „Ausbrennens“ der professionell Helfenden befördern. Die Autorin stellte fest, dass, unter einer ökonomischen Sichtweise betrachtet, damit letztendlich auch höhere Kosten verursacht würden.

Die Ausführungen lassen erkennen, dass es neben aller Anerkennung der Leistungen des Rostocker Gemeindepsychiatrischen Verbundes jedoch noch Herausforderungen bei der Ausgestaltung des klientenzentrierten Hilfeprozesses gibt, um allen psychisch kranken Menschen die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Teilweise noch vorhandenes starres Schubladendenken von Leistungserbringung und -dokumentation sollte kritisch überdacht und nach kreativen Lösungen gesucht werden.

Die Diplomarbeit belegt, dass dieser Prozess umso erfolgreicher sein wird, wenn alle Beteiligten aktiv und gleichberechtigt einbezogen werden, d.h. die Klienten, deren Angehörige und Freunde, die Mitarbeiter vor Ort und die Visionäre in den Leitungsebenen und der Wissenschaft.

7 Anlagen

Anlage 1: IBRP Mantelbogen

AKTION PSYCHISCH KRANKE: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen A1) Stand März 2005

A1

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP

erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom bis

Fortschreibung des Planes vom erstellt am

1. Sozialdaten

Klient/in nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Name	Vorname
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Straße	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort	Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?	
Telefon		nein	ja, und zwar:
<input type="text"/>	<input type="text"/>		Gesetzl. Betreuer
geboren am	Geburtsort		Bevollmächtigung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	wenn ja: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Staatsangehörigkeit	Name	Vorname
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse		Straße	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	Geschäftsstelle	Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rentenversicherungsträger	SV-Nummer	Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aufenthalt	
Arbeitsagentur	Stammnummer	Gesundheitsangelegenheiten	
		Vermögensangelegenheiten	
		Sonstiges: <input type="text"/>	

2. bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

schriftlich mündlich
in Fall-/Personenkonferenzen

Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?

ja nein

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung betrug durchschnittlich:

wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/Betreuungsleistung benannt?

folgende Berufsgruppen waren beteiligt

Arzt/Ärztin

Psychologe/in

ja nein

Ergotherapeut/in

Sozialarbeiter/in

Krankenschwester/Pfleger

sonstige (bitte angeben):

wenn ja, folgende Stelle/Person:

3. Übersichtsbogen

	Wohnsituation						Arbeitssituation				
	allein	zu zweit	mit Familie	Kleingruppe	Großgruppe	wohnungslos	Vollzeit-Beschäftigung	Teilzeit-Beschäftigung	Ausbildung/ Weiterbildung	Orientierung/ Erprobung	Hausfrau/ Hausmann
zu Beginn des Planungszeitraumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderungen im / für Planungszeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langfristige Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>aktuelle Situation / Problemlage im Hinblick auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ vorrangige Störungen ◦ Krankheitsbewältigung ◦ lebensfeldbezogene Fähigkeiten/Fähigkeitsstörungen ◦ situative Faktoren ◦ belastende Lebenssituation 	<p>Ziele vorrangige therapeutische Ziele bezogen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen ◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten ◦ Symptomatik, Befindlichkeit

4. Übersichtsbogen

Vorgehen Beschreibung der aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen und der therapeutischen / rehabilitativen Maßnahmen in Stichworten (evtl. mit Angaben zu Häufigkeit und Zeitbedarf)	Erbringung durch Benennung der an der Erbringung von Hilfen beteiligten Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen unter Beachtung klarer Aufgabenabgrenzung

5. abweichende Sichtweise der Klientin / des Klienten

In Stichworten beschreiben, wenn in Bezug auf aktuelle Situation/Problemlage, Ziele, Hilfebedarf und Hilfen abweichende Sichtweisen bestehen; Kompromissbildung skizzieren:

6. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehabilitationsplans beteiligt:

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Pfleger | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Name Vorname

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplanes und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

Anmerkungen/Erläuterungen

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin

ja nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen

ja nein entfällt

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer

ja nein entfällt

7. weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen/Instrumente

Bögen/Instrumente bitte angeben:

8. Vereinbarung zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

koordinierende Bezugsperson:

fachliche Abstimmung zur Durchführung des Planes

Name Telefon

verbindlich vereinbart: ja nein

Anschrift

vorgesehen durchschnittlich:

Vertretung:

bei Krisen: ja nein

Name Telefon

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen

Anschrift

9. Unterschriften

Datum <input type="text"/>	Klient/in <input type="text"/>	ggf. Bevollmächtigter, gesetzliche(r) Betreuer/in <input type="text"/>	federführende Person der Hilfeplanung <input type="text"/>
----------------------------	--------------------------------	--	--

10. Datenschutzregelung/Schweigepflicht

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und erbinde wiederum die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IDRP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des IDRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 4 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind.

Datum <input type="text"/>	Klient/in <input type="text"/>	ggf. Bevollmächtigter, gesetzliche(r) Betreuer/in <input type="text"/>
----------------------------	--------------------------------	--

Klient/in

01 Allgemeine soziale Dienste	23 Nachsorgeeinrichtung für Drogenabhängige mit Doppeldiagnosen
02 Allg. Hilfsdienste (z.B. Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, Fahrdienst)	24 Nachtschlaf
03 Altenheim/ Altenpflegeheim	25 Nachtklinik
04 Alten-Tagespflege	26 Niedergelassener Psychiater
05 Ambulante Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	27 Niedergelassener Psychotherapeut
06 Ambulant Betreutes Wohnen	28 PSD/BBD (berufsbegl. Dienst)
07 Ambulante Soziotherapie	29 Psychiatrischer Pflegedienst (Häusliche Krankenpflege)
08 Begegnungsstätte/ Teestube/ Konsumraum	30 Psychiatrisches Pflegewohnheim/ Pflegeeinrichtung für Alkoholranke
09 Berufsbetreuer/Bevollmächtigter	31 Tagesstätte (Psych.)
10 Beschützter Arbeitsplatz/ Werkstatt für Behinderte	32 Tagesstätte (Sucht)
11 Einrichtung der beruflichen Rehabilitation	33 Psychosoziales Wohnheim (Psych.)
12 Familienpflege	34 Resozialisierungseinrichtung für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten
13 Geschlossene psychiatrische Wohngruppe	35 Sonstige Fachärzte
14 Hausarzt	36 Sozialpsychiatrischer Dienst
15 Heim für nasse Alkoholranke	37 Soziotherapeutisches Wohnheim (Sucht)
16 Heim für abstinent lebende Alkoholranke	38 Trainingswohnen (Sucht)
17 Heim für Wohnungslose	39 Streetwork
18 IFD (Integrationsfachdienst)	40 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
19 Institutsambulanz/Poliklinik	41 Tagesklinik
20 Jugendhilfe	42 Teilstationäre Psychosoziale Wohngruppen
21 Klinik für Psychiatrie	43 Sonstige (bitte angeben) z.B. Wohnungslosenhilfe
22 Nachsorgeeinrichtung für drogenabhängige Erwachsene	

Anlage 2: Maßnahmenplanung

Anlage zum IBRP – Maßnahmenplanung für Leistungen der Eingliederungshilfe

Seite 1

Erste Maßnahmenplanung:

Fortschreibung der Planung vom:

Für den Zeitraum vom bis:

Erstellt am:

KlientIn

Federführende/ Koordinierende Bezugsperson (lt. IBRP)

Einrichtung (A)

Beteiligte Einrichtung (B)

Beteiligte Einrichtung (C)

Sonstige beteiligte Einrichtung /Dienst

Zusammenfassung

(entsprechend Seite 2 und 3 – inklusive Wegezeiten)

	Gesamtzeit Min. / Wo.		Einr. A Min. / Wo.	Einr. B Min. / Wo.	Einr. C Min. / Wo.
LB 1		davon			
LB 2		davon			
LB 3		davon			
LB 4		davon			
Summe		davon			
HEG		davon	%	%	%

Auszufüllen durch begutachtende Stelle:

Art der Behinderung:

Wesentlich geistige Behinderung

(i.S. § 2 VO n. § 60 SGB XII)

§ 53 Abs. 1 Satz 1

Wesentlich seelische Behinderung

(i.S. § 3 VO n. § 60 SGB XII)

§ 53 Abs. 1 Satz 1

§ 53 Abs. 1 Satz 2

§ 53 Abs. 2

Beantragte Maßnahme

§ 54 Abs. 1 Nr. 1

§ 54 Abs. 1 Nr. 8

Beginn der Maßnahme _____

Datum/Unterschrift _____

Datum/Unterschrift _____

Der Klient erhält weitere Leistungen lt. IBRP?

(Nur Ausfüllen; wenn Klient Leistungen erhält)

Pflegeleistungen nach SGB XI Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Ergotherapeutische Leistungen (SGB V)

Soziotherapeutische Leistungen (SGB V)

Arbeitet in einer WFB

Sonstiges: _____

Leistungsbereich (Leistungsbeschreibung)	Leistungen/ Vorgehen (In Übereinstimmung mit dem IBRP)	A Min/ Wo	B Min/ Wo	Erbringende Einrichtung/ Dienst
LB 1 (Psychosoziale Grundleistung)	1.1 A Diagnostik/Sozialanamnese			
	1.1 B Therapeutisch begleitende Hilfe im Hinblick auf Krankheitsbewältigung			
	1.1 C Hilfen Psychopharmaka/Compliance			
	1.1 D Herstellung von Behördenkontakten			
	1.1 E Entwicklungsbericht und Antragsstellung der Hilfen			
	1.1 F Schriftverkehr			
	1.1 G Dokumentation			
	1.1 H Rufbereitschaft			
	1.2 A Erstellung IBRP			
	1.2 B Erstellung Maßnahmeplanung			
	1.2 C Überprüfung, Fortschreibung oder Änderung des IBRP			
	1.2 D Koordination IBRP			
	1.2 E Case Management			
	1.3 A Fallgespräche			
	1.3 B Supervision			
	Summe			
	LB 2 (Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung)	2 A Sicherung mater. Existenz		
2 B Hilfen Ernährung				
2 C Hilfen Körperpflege/ Kleidung				
2 D Hilfen Umgang Geld				
2 E Hilfen Reinigung/Gestaltung Wohnraum				
2 F Hilfen Mobilität				
2 G Hilfen körperl. Aktivität				
2 H Hilfen sprachl. Ausdrucksfähigkeit				
2 I Hilfen Tages- und Nachtrhythmus				
2 J Hilfen Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen				
2 K Hilfen Inanspruchnahme sozialer Diensten u med. Hilfen				
Summe				

NAME, VORNAME, ANGEHÖRIGKEIT, BEZIEHUNG: ...

3 b Spezieller Hilfebedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung

aktuelle Situation / Problemlage		Ziele		Vorhaben		
Arbeits- oder Beschäftigungssituation <input type="checkbox"/> aktuelles Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis (Art und Umfang): <input type="checkbox"/> Juristisches Verhältnis: <input type="checkbox"/> ohne regelmäßige Beschäftigung seit: <input type="checkbox"/> Ende der letzten Beschäftigung wegen:		allgemeine Ziele <input type="checkbox"/> Erhalt des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Vermeidung notwendig <input type="checkbox"/> Erhalt der aktuellen Situation <input type="checkbox"/> Änderung der Beschäftigung ohne Wechsel des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> neue Arbeits- oder Beschäftigungssituation <input type="checkbox"/> Klärung der Arbeitsperspektive <input type="checkbox"/> Erläuterungen / Sonstiges:		I. eigene Aktivitäten des Hilfesuchenden II. Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld		zeitlicher Umfang und Ort Erbringung durch
Umfang der Arbeit oder Beschäftigung <input type="checkbox"/> angestrebter / möglicher Umfang: Std. / Woche <input type="checkbox"/> regelmäßig an Tagen / Woche <input type="checkbox"/> flexible Arbeitszeit unter Berücksichtigung der Betriebsbedingungen <input type="checkbox"/> Schichtarbeit, Nachtarbeit, Wochenendarbeit möglich <input type="checkbox"/> Sonstiges:		III. besondere Hilfen zur Vermittlung und Arbeitsaufnahme				
Fähigkeiten / Ausbildung / Interessen		Art der Arbeit / Beschäftigung / berufliche Förderung <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt <input type="checkbox"/> mit Förderung <input type="checkbox"/> besonderer Arbeitsmarkt (z.B. WfbM, Zuverdienst o.ä.) <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Fördermaßnahme: <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> Förderung der Arbeitsaufnahme <input type="checkbox"/> Sonstiges:		IV. Förderung beruflicher Kompetenz / Qualifikation		
Beeinträchtigungen (Vermittlungshindernisse, Einschränkungen)		vorrangige persönliche Ziele <input type="checkbox"/> Verdienst / Entgelt in Höhe von: <input type="checkbox"/> Kompetenzentwicklung in Bezug auf: <input type="checkbox"/> berufliche Qualifikation <input type="checkbox"/> soziale Kompetenz <input type="checkbox"/> Grundfähigkeiten <input type="checkbox"/> Teilhabe / Kontakt weitere Zielbeschreibung:		V. arbeitsbezogene psychosoziale Hilfen VI. Beschäftigung als Hilfe zur Tagesgestaltung		

Anlage 4: GAS-Bogen

IBRP 2011_„GAS-Bogen S.3“		AfJuS-AZ:		Datum:	
bis:					
Planungszeitraum vom: Koordinierende Bezugsperson:					
MZ 1 (1. Hilfeplangespräch - HPG):		MZ 2 (HPG zum Ende des Planungszeitraums):		Ziel- erreichungs- grad	
Leistungs- bereich	Verschlech- terung	Aktuelle Situation	Zielwert 1	Zielwert 2	
LB 1					- 1
LB 1					- 1
LB 2					- 1
LB 2					- 1
LB 3					- 1
					AfJuS-AZ: Datum:

Leistungsbereich	Verschlechterung	Aktuelle Situation	Zielwert 1	Zielwert 2	Zielerreichungsgrad
LB 3					- 1
LB 4					- 1
LB 4					- 1
Diagnose		organische, einschl. sypptomat. psych. Störungen			
Version: 31.03.2011					

Anlage 6: Klientenbefragung

Ausgewählte Aspekte aus Befragungen der Nutzer sozialpsychiatrischer Angebote der AWO durch das interne Qualitätsmanagement

Die Mitarbeiter gehen freundlich und respektvoll mit mir um.						
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>				
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 26 Punkte				
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim	ABW	Wohngruppe	TS Insel	TS SF
		1,7	1,2	1,8	1,9	1,6
2009	dito	Wohnheim	ABW + WG		TS Insel	TS SF
		1,5	1,2		1,5	1,3
						BVTS
						1,1
						BVTS
						1,3

Die Mitarbeiter nehmen sich die notwendige Zeit für mich.						
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>				
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 23 Punkte				
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim	ABW	Wohngruppe	TS Insel	TS SF
		1,9	1,3	1,5	1,9	1,5
2009	dito	Wohnheim	ABW + WG		TS Insel	TS SF
		1,3	1,2		1,6	1,3
						BVTS
						1,9
						BVTS
						1,6

Die Mitarbeiter unterstützen mich in meiner Selbständigkeit.									
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>							
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 23 Punkte							
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim	ABW	Wohngruppe	TS Insel	TS SF	BVTs		
		1,6	1,3	1,5	1,9	1,5	1,9		
2009	dito	Wohnheim	ABW + WG		TS Insel	TS SF	BVTs		
		1,3	1,2		1,6	1,3	1,6		

Ich kann mich auf Absprachen mit den Mitarbeitern verlassen.									
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>							
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim	ABW	Wohngruppe					
		1,3	1,2	1,7					
2009	dito	Wohnheim	ABW + WG						
		1,3	1,4						

Meine Wünsche und Vorstellungen werden berücksichtigt.									
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>							
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 22 Punkte							
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim 1,6	ABW 1,5	Wohngruppe 1,5	TS Insel 1,9	TS SF 1,7	BVTS 1,6		
2009	dito	Wohnheim 1,3	ABW + WG 1,4		TS Insel 1,6	TS SF 1,2	BVTS 1,4		

Ich habe die Möglichkeit das Geschehen aktiv mitzugestalten.									
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>							
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 20 Punkte							
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim 1,6	ABW 1,7	Wohngruppe 1,7	TS Insel 2,1	TS SF 1,9	BVTS 2,2		
2009	dito	Wohnheim 1,4	ABW + WG 1,7		TS Insel 1,8	TS SF 1,7	BVTS 1,4		

Ich bin mit der Betreuung durch die Mitarbeiter insgesamt zufrieden.							
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>					
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 24 Punkte					
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim 1,5	ABW 1,4	Wohngruppe 1,2	TS Insel 1,8	TS SF 1,5	BVTS 1,5
2009	dito	Wohnheim 1,5	ABW + WG 1,3		TS Insel 1,6	TS SF 1,3	BVTS 1,6

Das Leistungsangebot trägt zu meiner psychischen Stabilisierung bei.							
<i>Jahr</i>	<i>Art der Bewertung</i>	<i>Einrichtung</i>					
2006	max. 30 zu erreichende Punkte	Alle 3 Tagesstätten zusammen bewertet: 24 Punkte					
2007	Ermittlung des Durchschnitts in den AWO-Einrichtungen, Skalierung von 1 – 4, beste Note = 1	Wohnheim 1,8	ABW 1,4	Wohngruppe 1,4	TS Insel 1,7	TS SF 1,4	BVTS 1,6
2009	dito	Wohnheim 1,6	ABW + WG 1,4		TS Insel 1,4	TS SF 1,4	BVTS 1,3

8 Quellenverzeichnis:

Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3., verbesserte Auflage. Stuttgart 1985.

Andersch, Nicole: Psychische Gewalt in der Erziehung und die Prävention durch Elternbildung. Hamburg 2009.

Armbruster, Jürgen/ Schulze-Kemna, Georg/ Kluza, Rainer: Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. H.4, Berlin 2004, S. 4-7.

Armbruster, Jürgen/ Schulte-Kemna, Georg/ Kluza, Rainer: Personenzentrierte Organisation psychiatrischer Hilfen als Herausforderung für die Träger. In: Armbruster, Jürgen/ Schulte-Kemna, Georg/ Widmaier-Berthold, Christa: Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn 2006, S. 77-86.

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH. Homepage.

URL: <http://www.awo-rostock.de/index.php?option=comcontent&view=article&id=57&Itemid=100>

[Stand 20.5.2011]

Bär, Thomas/ Nerlich, Christina/ Follak, Theresa/ Steinhart, Ingmar: Wirkungsorientierung auf der Suche nach geeigneten Methoden. Oder: Wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Zeitschrift für kritische Psychiatrie seit 1970. H.3, Bonn 2010, S. 25-31.

Beck, Iris: Das Konzept der Lebensqualität – Leitperspektiven für den Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. Hamburg 2000.

URL: <http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/beck.pdf>.

[Stand: 29.11.2011]

Berger, Heike: Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Durch poliklinische Einrichtungen und Psychiatrische Beratungsstellen in der ehemaligen DDR. In: Picard, Walter/ Reimer, Fritz: Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR.

Tagungsberichte. Band 19, Köln 1992, S.108-115.

Blasius, Dirk: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt am Main 1980.

Bohn, Cornelia. Inklusion, Exklusion und die Person. Konstanz 2006.

Chamberlin, Judi: Empowerment - eine Arbeitsdefinition von Betroffeneneseite. In: Knuf, Andreas/ Osterfeld, Margret/ Seibert, Ulrich: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2007.

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

Conen, Marie-Luise/ Cecchin, Gianfranco: Wie kann ich ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Heidelberg 2009.

Conen, Marie-Luise: Ungehorsam – eine Überlebensstrategie. Professionelle Helfer zwischen Realität und Qualität. Heidelberg 2011.

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

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP). Homepage.

URL: http://www.psychiatrie.de/dgsp/soltauer_initiative/ [Stand: 10/2011]

Dörner, Klaus/ Plog, Ursula (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Neuwied und Berlin 1972.

Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie

der Psychiatrie. 2. Aufl. 1999. Frankfurt am Main 1969.

Dörner, Klaus: Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein? In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band II. Bonn 2001, S. 44-51.

Dörner, Klaus: Das Handeln psychosozialer Profis. Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. In: Soziale Psychiatrie. Köln 2004, H.3, S. 37-42.

Ex-IN. Homepage. URL: <http://www.ex-in.info> [Stand: 14.11.2011]

Fischer, Andrea: Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie - Reform. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1, Bonn 2001.

Freigang, Werner: Sozialraum oder Lebenswelt. Sozialraumorientierung am Beispiel der Hilfen zur Erziehung in Deutschland. Reader zur Vorlesung vom 10./11.12.2010. Neubrandenburg 2010.

Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund (GPLV) Rostock.
Jahresbericht 2010. Rostock 2010.

GGP Rostock mbH. Homepage. URL: <http://www.ggp-rostock.de/site/ggp/>
[Stand: 16.5.2011]

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.

Hansestadt Rostock, Presse und Informationsstelle: Das Rostocker Modell. Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock. Rostock 2011.

Hase, Ulrich. Homepage. URL: <http://www.alle-inklusive.de/?m=20101005&cat=6>
[Stand: 16.05.2011]

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

Haselmann, Sigrid: Die neue Hilfeplanung in der Psychiatrie – Soziale Arbeit zwischen alten Spannungsfeldern und aktuellen Kontroversen. In: Michel-Schwarze, Brigitta: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010.

Helming, Elisabeth: Kontrollstrategien der Kinder- und Jugendhilfe. In: Michel-Schwarze, Brigitta: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010.

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

Institut für personenzentrierte Hilfen gGmbH 2009-2011. Homepage.

URL: <http://www.personenzentrierteHilfen.de> [Stand: 25.11.2011]

Kampmeier, Anke S.: Realisierung des Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen – Systemisches Case Management als Weg für den Paradigmenwechsel. In: Michel-Schwartz, Brigitta: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010, S. 279-304.

Karschuck, Ruth/ Stauber, Herbert: „Wer bestimmt hier was?“. Empowerment in der Behindertenarbeit. In: Lenz, Albert/ Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S.193-201.

Kersting, Franz-Werner: Psychiatrie im Dritten Reich. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) 1996.

Kersting, Franz-Werner: Psychiatrie - Reform und `68. In: 25 Jahre Psychiatrie -

Enquete. Bd. 1, Bonn 2001, S. 167-182.

Kleine Schaars, Willem: Begegnen mit Respekt. Wege zwischen Überbehütung und Überforderung in der sozialen Arbeit, in Kliniken, Schulen oder Familien. Tübingen 2010.

Knuf, Andreas: Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. In: Knuf, Andreas/ Osterfeld, Margret/ Seibert, Ulrich: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2007.

Knuf, Andreas: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn 2011.

Koch, Uwe: Stationäre psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: Ahrbeck, Bernd/ von Kardorff, Ernst (Hrsg.): Die fragile Dynamik der Psyche als Risiko und Chance der Rehabilitation. Festschrift für Helfried Teichmann. Aachen 2007, S. 13-21.

Krach, Stefanie: Partizipative Evaluation als Beitrag zur Praxisentwicklung. In: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe. Marburg 2011. H.1, S. 11-16.

Krafeld, Franz Josef: Grundlagen und Methoden aufsuchender Jugendarbeit. Wiesbaden 2004.

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

Kruckenberger, Peter: Angebotsorientierte Marktwirtschaft oder bedarfsorientierte Steuerung bei der Erbringung personenzentrierter Komplexleistungsprogramme für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band II. Bonn 2001, S. 221-234.

Landesverband Psychiatrie Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. : Positionspapier. Mainz.

URL: <http://www.lvpe-rlp.de/positionspapier-des-lvpes> [Stand: 8.12.2011]

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

Matakas, Frank: Neue Psychiatrie. Göttingen 1992.

Meinlschmidt, Alexander: Wie Personenzentrierung eine Einrichtung verändert. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. H.4. Berlin 2004, S. 12-16.

Melzer, Liane/ Wrociszewski, Antje: Rostocker Modell: Erfahrungen mit der personenzentrierten Leistungserbringung in der Hansestadt Rostock aus Sicht des Leistungsträgers. Fachtagung Güstrow 2011.

URL:http://www.paritaet-mv.de/fileadmin/dokumente/fachinformationen/behinderung/Vortrag_Frau_Melzer.pdf [Stand: 10.12.2011]

Methling, Roland: Vorwort. In: Das Rostocker Modell. Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock. Rostock 2011.

Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (Hrsg.): Kommunalen Index für Inklusion. Arbeitsbuch. Bonn 1. Auflage 2010.

URL:<http://www.montag-stiftungen.de/jugend-und-gesellschaft/jugend-gesellschaft-projekte/index-fuer-inklusion/index-fuer-inklusion0.html>

[Stand: 16.05.2011]

Müller, Matthias: Drei Dimensionen Sozialpädagogischer Familienhilfe. In: Michel-Schwarze, Brigitta: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010.

Peukert, Reinhard: Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke. Oder: Die Wiederentdeckung des Sozialraumes durch die Gemeindepsychiatrie. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. H.2. Berlin 2010, S. 5-7.

- Quindel, Ralf: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. In: Lenz, Albert/ Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 129-138.
- Quindel, Ralf: Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn 2004.
- Radke, Peter. Homepage.
URL: <http://www.imew.de/index.php?id=383#c1302> [Stand: 16.05.2011]
- Richter, Dirk: Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie. H.2. Berlin 2010, S. 8-10 .
- Richter, Eva A.: Stecken geblieben: Ansätze vor 38 Jahren. In: Deutsches Ärzteblatt. 98 (2001) H.6, S. 307-310.
- Ritscher, Wolf: Soziale Arbeit: systemisch. Ein Konzept und seine Anwendung. Göttingen 2007.
- Röhr, Dorothee: Soziale Arbeit und Sozialpolitik. In: Michel-Schwartz, Brigitta: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Wiebaden 2010.
- Rössler, Wulf: Schlussbemerkungen: Wertebestimmte Gesundheitsversorgung – eine Plattform für eine gesamteuropäische Gesundheitspolitik. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bd. 2, Bonn 2001, S. 355-361.
- Schulze-Kemna, Georg/ Armbruster, Jürgen/ Kluza, Rainer: Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. H.4, Berlin 2004. S. 4-7

Schweizer, Angelika/ Glasenapp, Jan: Lebens- (Qualitäts-) Management. Ein Projekt aus der Behindertenhilfe. In: Lenz, Albert/ Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 203-212.

Stark, Wolfgang: Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenzorientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, Albert/ Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen 2002, S. 55-76.

Steinhart, Ingmar: Praxis trifft Inklusion. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. H.1, Tübingen 2008, S. 29-34.

Steinhart, Ingmar: Grenzen der Enthospitalisierung. In: 25 Jahre Psychiatrie - Enquete. Bd. 2, Bonn 2001, S. 99-102.

Steinhart, Ingmar: Personenbezogene Finanzierung aus dem Regionalbudget. Erste Erfahrungen in der Hansestadt Rostock. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. H.3, Berlin 2006, S. 37-40.

Soltauer Impulse. Homepage.

URL: <http://www.soltauer-impulse.culturebase.org/> [Stand: 10/2011]

Thirsch, Hans: Schwierige Balance. Über Grenzen, Gefühle und biografische Erfahrungen. Weinheim und München 2009.

Thiersch, Hans/ Grunwald, Klaus/ Köngeter, Stefan: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden 2002.

Thom, Achim/ Caregorodcev, Genadij: Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin 1989.

UNO-Behindertenrechtskonvention, Internetquelle.

URL:<http://www.institut-fuer-Menschenrechte.de> [Stand: Januar 2012]

Walther, Renate: Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik. München 2003.

WHO. Dilling, Horst u.a. (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern 2008.

WHO Regionalbüro für Europa: Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Regionen der WHO. Kopenhagen 2005.

URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96453/E8731G.pdf

[Stand: 29.11.2011]

Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit der Sozialen Arbeit. Wien 2007. URL: <http://www.sozialarbeit.at>

[Stand: 9.2.2012]

Erklärung

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

Neu Roggentin, den 12.04.2012

Anke Schäfer