

**PERSONENZENTRIERUNG, AMBULANTISIERUNG UND SOZIALRAUMORIENTIERUNG –
AUSWIRKUNGEN DES PARADIGMENWECHSELS AUF DIE ARBEITSBEDINGUNGEN UND
ARBEITSANFORDERUNGEN**

**GEORG SCHULTE-KEMNA
BRUDERHAUSDIAKONIE REUTLINGEN**

1	PERSÖNLICHE VORBEMERKUNG.....	2
2	WORIN BESTEHT DER PARADIGMENWECHSEL?	3
2.1	PERSONENZENTRIERUNG	3
2.2	AMBULANTISIERUNG.....	4
2.3	SOZIALRAUMORIENTIERUNG	4
2.4	WER WECHSELT EIGENTLICH DAS PARADIGMA?.....	5
3	SICH VERÄNDERNDE ANFORDERUNGEN.....	6
3.1	RAHMENBEDINGUNGEN DER SOZIALPSYCHIATRIE IN BEWEGUNG	6
3.1.1	<i>Rückwirkungen aus dem klinischen Bereich</i>	<i>6</i>
3.1.2	<i>Identifikation mit dem Versorgungsauftrag?.....</i>	<i>7</i>
3.1.3	<i>Daseinsvorsorge über Marktmechanismen?</i>	<i>7</i>
3.2	ÜBERGANG VON „INSTITUTIONSBEZOGENER“ ZU „PERSONENZENTRIERTER“ HANDLUNGSLOGIK	8
3.2.1	<i>Strukturen.....</i>	<i>8</i>
3.2.2	<i>Erwartungen.....</i>	<i>9</i>
3.2.3	<i>Haltung und professionelle Identität.....</i>	<i>9</i>
4	GESTALTUNGSPERSPEKTIVE: EMPOWERMENT FÜR PROFIS.....	10
4.1	SOZIALPSYCHIATRISCHE ARBEIT ALS BEZIEHUNGSARBEIT	11
4.1.1	<i>Beziehungsfähigkeit ist zentrale Qualifikation</i>	<i>11</i>
4.1.2	<i>Gewalt und Zwang als „Spitze des Eisbergs“ verstehen.....</i>	<i>11</i>
4.1.3	<i>Sozialpsychiatrische Teams als Ressource organisieren</i>	<i>12</i>
4.2	SINN STIFTENDE ZIELE KULTIVIEREN.....	12
4.2.1	<i>Arbeit an Zielen als Leitungsaufgabe.....</i>	<i>12</i>
4.2.2	<i>Unterleben thematisieren</i>	<i>13</i>
4.2.3	<i>Ambivalenzen der Ökonomisierung thematisieren</i>	<i>14</i>
4.3	KRISEN VERSTEHEN, HANDLUNGSFÄHIGKEIT FÖRDERN.....	14
4.3.1	<i>...durch Leitung.....</i>	<i>14</i>
4.3.2	<i>...für einzelne Mitarbeitende</i>	<i>14</i>
4.3.3	<i>...im Team</i>	<i>15</i>
4.3.4	<i>...durch Unterstützung im Verbund.....</i>	<i>15</i>

1 Persönliche Vorbemerkung

Klaus Dörner hat uns dazu angehalten bei uns selbst anzufangen mit dem Verstehen. Diesen Vortrag halte ich in den letzten Tagen meiner Berufstätigkeit. Ich habe knapp 39 Jahre in unterschiedlichen Rollen und Institutionen der psychiatrischen Versorgung gearbeitet und habe in dieser Zeit den ganzen Prozess der Psychiatriereform seit Anfang der 70er Jahre miterlebt. Seit Ende der 70er Jahre bin ich selbst an dem im Thema angesprochenen Prozess der Ambulantisierung beteiligt. Dies ist die Perspektive meines Vortrages. Ich will versuchen, Aspekte der Anforderungen und spezifischen Belastungen herauszuarbeiten und dann auch zu Aussagen zu kommen, was unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung zu tun wäre. Das heißt, ich gehe hier nicht ein auf übergreifende Überlegungen zur Gesundheitsförderung¹, ich befasse mich hier auch nicht mit der Situation einzelner Berufsgruppen² und ich gehe auch nicht ein auf Fragen des kirchlichen Arbeitsrechts, wiewohl natürlich auch diese Aspekte unter dem Gesichtspunkt von Burn-out-Prävention von Bedeutung sind. Im Fokus meiner Ausführungen stehen die Tätigkeitsfelder der außerklinischen Psychiatrie.

Anfang des Jahres hatte ich ein Gespräch mit einer Pfarrerin, die bei uns im Unternehmen hospitierte. Nach anderthalb Stunden fragte sie mich zum Schluss, wie ich das denn gemacht hätte: nach fast vierzig Jahren in diesem Feld noch relativ frisch zu wirken. Ich war überrascht über diese persönliche Rückmeldung und habe spontan geantwortet, dass es in den ersten Jahren meiner Berufstätigkeit insbesondere zwei wichtige Impulse gegeben habe mit Langzeitwirkung: ich habe zum einen über viele Jahre Gelegenheit gehabt, im Rahmen von Teamgesprächen und Supervision allmählich besser zu verstehen, was die Menschen erleben, die wir begleiten und ich habe zum anderen damals durch einen Freund einen ersten Zugang zum Meditieren bekommen. Meine spontane Äußerung hat mich dann im Nachhinein noch beschäftigt und dabei wurde mir deutlich, dass eine Differenzierung notwendig ist. Mir scheint, dass es drei zentrale Dimensionen sind, die sich durch mein Berufsleben durchziehen, die mir geholfen haben die Identifikation mit der Arbeit aufrecht zu erhalten und die Anforderungen zu bewältigen:

- Das Stichwort „Meditation“ steht allgemeiner für Selbsterfahrung: die eigenen Anteile, die eigenen Lebensthemen, die eigenen Verstrickungsmöglichkeiten, kurz: sich selbst allmählich besser verstehen. Das hat im Einzelnen ganz unterschiedliche Formen gehabt, aber dafür habe ich mir immer wieder Zeit genommen.
- Das Stichwort „Fallbesprechungen“ steht ganz allgemein für den immer wieder neuen Versuch, das Fremde, das Befremdende, das manchmal auch bedrohlich Wirkende in der Arbeit besser zu verstehen. Dieses Verstehen ist Voraussetzung dafür, die Arbeit als sinnvoll erleben zu können.
- Eine zentrale Bedeutung als tragender Faktor hat immer die berufsbezogene soziale Vernetzung gehabt. Das war in meiner Berufsgeschichte nicht immer ein Team im herkömmlichen Sinne. Ich habe fast immer Rollen gehabt ohne Vorgänger und ohne Kollegen oder Kolleginnen neben mir in gleicher Rolle – aber wenn ich zurückblicke, dann war da immer ein Netzwerk von kollegialen Kontakten, die mir Halt und Orientierung gegeben haben auch dann, wenn ich mich im Rahmen der Arbeit in unsicherem Gelände bewegt habe.

¹ Diakonie und Caritas haben zu dieser Thematik im letzten Jahr Tagungen veranstaltet. Siehe dazu Diakonie: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Diakonie. Dokumentation der Arbeitstagung vom 03.02.2012 in Berlin (http://www.dekv-wissen.de/fileadmin/user_upload/downloads/Newsletter/Doku_Tagung_Betriebliche_Gesundheitsfo%20B6rderung_red.pdf überprüft 30.03.2013) und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.: Mitarbeiter zwischen Lust und Frust –den konstruktiven Umgang mit Belastungen und neuen Herausforderungen stärken. Tagungsdokumentation 25.-27.09. in Erfurt http://www.cbpcaritas.de/aspe_shared/form/download.asp?form_typ=370&ag_id=1123&nr=362758, überprüft 30.03.2013)

² So liegt eine ausführliche Befassung für die pflegerischen Berufsgruppen vor: Christoph Abderhalden u.a. (Hg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen vom 5.Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Bern 2008, <http://www.ibicura.de/Psychiatrische%20Pflege.%20psychische%20Gesundheit%20und%20Recovery.pdf>

Beim Vorbereiten dieses Vortrages hat mich der Rückblick auf meine eigene Berufsgeschichte immer wieder beschäftigt – diese drei Stichworte scheinen mir die vergleichsweise vielleicht schlicht wirkende Quintessenz zum Thema zu sein.

2 Worin besteht der Paradigmenwechsel?

2.1 Personenzentrierung

Der Kern des Paradigmenwechsels ist der Übergang von der institutionszentrierten Hilfe zur personenzentrierten Hilfe. Angesichts der Tatsache, dass der Begriff der Personenzentrierung auch in der Psychotherapie von den Nachfahren von Carl Rogers genutzt wird, muss man heute daran erinnern, was mit Personenzentrierung im Kontext der Sozialpsychiatrie gemeint war und ist: es geht nämlich nicht einfach um „individuelle“ oder „persönliche“ Hilfe – dazu hätte es den neuen Begriff nicht gebraucht. „Personenzentrierung“ ist Mitte der Neunziger Jahre als eine Art Kampfbegriff eingeführt worden und nur verständlich aus der Abgrenzung gegenüber dem bisherigen Paradigma der institutionszentrierten Hilfe³. Der Begriff wird heute inflationär gebraucht – dieser Begriff sollte aber einen Unterschied machen.

Einrichtungszentrierte Steuerung von Hilfe bedeutet

- Festlegung von Platzzahlen in Einrichtungen mit definierter Leistung und homogener Finanzierung
- Zuweisung von behinderten Menschen zu derjenigen Einrichtung, die seinem Hilfebedarf am ehesten gerecht zu werden verspricht.
- Teilnahme des behinderten Menschen an der konzeptionell vorgesehenen bzw. angebotenen Eingliederung in der/in die Einrichtung
- Für die Zeit der Inanspruchnahme wird kontinuierlicher Hilfebedarf unterstellt.
- Einrichtungen sind „Maßnahme-homogen“: bei verändertem Bedarf oder veränderter Mitwirkungsbereitschaft ist Einrichtungswechsel erforderlich.
- Rehabilitation bedeutet in diesem System Durchlaufen von Einrichtungen („Reha-Kette“). Das bedeutet wiederholte Umzüge und Bezugspersonenwechsel.

„Personenzentriert“ heißt demgegenüber

- ausgehend von der angestrebten Lebenssituation sowie
- ausgehend von vorhandenen Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten im Umfeld
- unter Berücksichtigung vorliegender Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen
- erforderliche nichtpsychiatrische und psychiatrische Hilfen mit allen Beteiligten vereinbaren (= integrierte Hilfeplanung) und dann
- diese Hilfen in koordinierter Form sicherstellen (= maßgeschneiderte „Komplexleistung“)

Ohne hier ausführlicher auf die Umsetzungsprozesse und Umsetzungserfahrungen zum personenzentrierten Ansatz eingehen zu können, muss hier doch jedenfalls summarisch festgehalten werden, dass vielerorts die Umsetzung auf halbem Weg stehen geblieben ist: eingeführt wurde personenzentrierte Hilfeplanung, aber die Leistungserbringung bewegt sich vielfach weiter in herkömmlichen institutionszentrierten Leistungstypen. Das ist hier insofern von Bedeutung, als das von vorneherein eine Art „doppelter Buchführung“ in der Alltagspraxis bedeutet.

Aus dem Ziel personenzentriert-passgenauer Unterstützung folgt zwangsläufig die möglichst weitgehend ambulante Gestaltung von Unterstützung. Sozialraumorientierung ist ein neues

³ Siehe zum Begriff als kurze Zusammenfassung Petra Gromann: Der personenzentrierte Ansatz. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. <http://www.ibrp-online.de/01.html> (überprüft 30.03.2013). Auf die Geschichte und Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes in der Sozialpsychiatrie kann hier nicht näher eingegangen werden. Dazu siehe Georg Schulte-Kemna, Materialien zum Personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung (2004), <http://beb-ev.de/files/pdf/sonstige/2004-10-25-schulte-kemna.pdf> (überprüft 30.03.2013)

Wort für etwas, das immer schon „irgendwie“ mitgedacht war, aber nicht ausreichend entfaltet wurde.

2.2 Ambulantisierung

Ambulantisierung war auch schon ein Thema, als noch nicht vom Personenzentrierten Ansatz die Rede war. Als Vorrang „ambulant vor stationär“ steht sie sogar im Sozialgesetzbuch. Mit Ambulantisierung ist hier gemeint der Prozess der Überführung von stationären Einrichtungsstrukturen in ambulante Arbeitsformen.

In diesem Zusammenhang muss man festhalten: der Ausgangspunkt von Ambulantisierung war keineswegs ein Sparimpuls, wie das gelegentlich polemisch unterstellt wird. Unsere Generation von psychiatrisch Tätigen ist vielmehr in die psychiatrische Arbeit hineingewachsen in ständiger Auseinandersetzung mit dem Hospitalismus-Thema. Die Anstalten waren in den 70er und noch in den 80er Jahren voll von Menschen, die nicht etwa von sich aus hinausdrängten, sondern eher ängstlich waren, sich wieder in ein „normales“ Leben zu begeben. Die großen Enthospitalisierungsprozesse in dieser Zeit waren wesentlich ein Ringen um angemessene, die nötige Sicherheit vermittelnde Formen der Begleitung beim Zurückfinden in ein selbstständigeres Leben.

Von der Seite der Leistungsträger wurde dieser Prozess lange (und mancherorts bis heute) mit großem Misstrauen begleitet. Ambulant betreutes Wohnen wurde lange nur sehr restriktiv ausgebaut. Die Möglichkeit, ambulante Betreuung nach individuellem Bedarf zu dosieren ist bis heute nicht überall selbstverständlich. In der Folge bestand lange eine kaum überbrückbare Kluft im Betreuungsniveau zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen⁴. In dem Maße, in dem die ambulante Betreuungsintensität auch tatsächlich individuell dosiert werden konnte, ist dann auch eine Ambulantisierung als Prozess möglich geworden, mit großer Ungleichzeitigkeit zwischen den Bundesländern.

2.3 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung ist ein schillernder Begriff. Budde und Früchtel haben zur Verdeutlichung der Komplexität verschiedene Ebenen beschrieben⁵ (das SONI-Schema):

- Sozialstruktur: hier geht es um die (ungleiche) Verteilung von Ressourcen und Entwicklungschancen und um die Unterstützung von Aneignungsstrategien der Betroffenen
- Organisation: Auf der Ebene der Organisation geht es
 - um Flexibilisierung von Strukturen für individuell maßgeschneiderte Hilfeleistungen
 - um sozialraumbezogene, fachdienstübergreifende Organisation von Hilfe
 - um die Nutzung von Regelsystemen vorrangig vor Schaffung von Spezialeinrichtungen
 - um Finanzierungsregelungen, die sozialraumbezogenes Handeln ermöglichen und anreizen.
- Netzwerk: Durch fallunspezifische Arbeit wird soziales Kapital geschaffen und genutzt: „Gelegenheiten des Austausches, der Kooperation, des Vertrauens zwischen Nachbarn, Bewohnern, Gewerbebesitzern, Vereinsfunktionären oder Betroffenen, die als Ressourcen des Sozialraums sowohl solidarisch helfend als auch solidarisch bemächtigend ...wirken können. Fallunspezifische Arbeit entdeckt und pflegt

⁴ Ein Hintergrund dafür ist einer der großen Irrationalismen der Psychiatriegeschichte seit der Psychiatrieenquete: wir wissen bereits seit den 80er Jahren, dass wir auch Personen mit hohem Hilfebedarf sinnvoll ambulant betreuen können. Die unsinnige Zuständigkeitsspaltung in der Eingliederungshilfe (ambulant = örtlicher Träger, stationär = überörtlicher Träger) hat aber jahrzehntelang verhindert, dass Eingliederungshilfe „aus einer Hand“ entwickelt wurde.

⁵ Zum Folgenden siehe Budde/Früchtel: Sozialraumorientierung. http://sozialwesen.fh-potsdam.de/fileadmin/FB1/user/fb1Fruechtel/Dateien/Sozialraumorientierung_Fachlexikon.pdf , Download 30.03.2013

Ressourcen, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können, allerdings zu einem Zeitpunkt, an dem noch nicht absehbar ist, ob und wie diese Gelegenheiten genutzt werden können. Sie liegt folglich quer zum klassischen Muster linearer Planung und Behandlung. ...Ressourcen werden stattdessen (im Rahmen von Sozialraumprojekten, Kompetenzkartierungen, One-to-ones, aktivierender Beratung, Gewinnen von Organisationen und Zusammenschlüssen) „breit“ gesammelt und in Ressourcenkarteien gespeichert, in der Erwartung, dass die darin steckenden nützlichen Gelegenheiten Einfluss auf Zielbestimmung und Lösung zukünftiger Fälle nehmen können.“

- Individuum: „Auf der individuellen Ebene wird das klassische Bedarfsmodell der Hilfe zum Stärkmodell entwickelt, das sich qualifiziert durch Verhandlungen auf Augenhöhe im Sinne einer aktivierenden Orientierung an Willen, Stärken und Ressourcen von einzelnen Adressaten“.

„Den "inneren Kern" des Handlungskonzeptes Sozialraumorientierung bildet der konsequente Bezug auf die Interessen und den Willen der Menschen, "dem Aspekte wie der geografische Bezug, die Ressourcenorientierung, die Suche nach Selbsthilfekräften und der über den Fall hinausreichende Feldblick logisch folgen.“⁶

2.4 Wer wechselt eigentlich das Paradigma?

Wenn vom sozialpsychiatrischen Paradigmenwechsel⁷ die Rede ist, geschieht das meist in der 3. Person: „ES vollzieht sich“, als ob das ein anonymer, quasi-naturgesetzlich über uns kommender Prozess wäre. Es lohnt sich aber die Frage: Wer ist denn Veranstalter dieses Paradigmenwechsels?

Bei genauerem Hinsehen wird da eine sehr heterogene Gemengelage sichtbar:

- Da gibt es seit Jahrzehnten Bestrebungen aus der Praxis, auf der Grundlage alltäglicher Evidenz Menschen individuell passende Begleitungsangebote zu machen, die eine stationäre Betreuung nicht benötigen, denen sie vielleicht sogar schadet, die aber nicht sein können ohne einen haltenden Rahmen. So sind die ersten Ansätze von ABW entstanden: aus den Heimen und Kliniken heraus, initiiert durch Mitarbeitende, die die Unzulänglichkeit der gegebenen institutionellen Lösungen nicht länger ertragen wollten. Daraus entstanden zunächst Wohngemeinschaften, dann auch das Einzelwohnen, die Intensivbetreuung usw.
- Da gab und gibt es Konversionsprozesse großer Träger, die ihre Kapazitäten neu aufstellen wollen.
- Da gibt es gemeindespsychiatrische Verbände, die sich intensiv um die Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung in ihrer Region bemühen. In diesen wiederum gibt es auch Leistungserbringer, die lieber an ihren einrichtungsbezogenen Konzepten festhalten wollen, das aber nicht so deutlich sagen.
- Da gibt es Leistungsträger, die neue Organisations- und Vergütungsformen entwickeln und implementieren wollen. Die angesichts kontinuierlicher Budgetsteigerungen stärker steuern wollen und manchmal denken, dass das am besten geht, wenn man eine Preiskonkurrenz zwischen den Leistungserbringern fördert.

⁶ Wikipedia, Artikel Sozialraumorientierung, Wolfgang Hinte zitierend.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialraumorientierung> Download 30.03.2013

⁷ „Der Ausdruck Paradigmenwechsel wurde 1962 von Thomas S. Kuhn geprägt und bezeichnet in dessen wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Schriften den Wandel grundlegender Rahmenbedingungen für einzelne wissenschaftliche Theorien, z. B. Voraussetzungen ‚in Bezug auf Begriffsbildung, Beobachtung und Apparaturen‘, die Kuhn als Paradigma bezeichnet. ... In der Umgangssprache wird von ‚Paradigmenwechsel‘ öfter in unspezifischerem Sinne gesprochen. Entweder sind dann für besonders wichtig gehaltene wissenschaftliche Entwicklungen gemeint oder beispielsweise ein Wechsel der Lebenseinstellung (etwa grundlegende Werte betreffend) oder auch Umbrüche in anderen lebensweltlichen oder fachlichen Zusammenhängen.“ Wikipedia, Artikel Paradigmenwechsel, <http://de.wikipedia.org/wiki/Paradigmenwechsel> download 06.04.2013. Ich vertiefe hier nicht weiter, ob der Begriff Paradigmenwechsel hier angemessen ist oder nicht und was mit Paradigmenwechsel sonst so alles gemeint wird. Wenn man mit „Paradigmenwechsel in der Eingliederungshilfe“ googelt, bekommt man fast 30 000 Nachweise....

- Da gibt es die Wissenschaftler, die den großen theoretischen Bogen schlagen, und die Forschungsinstitute, die regionale Umsetzungen im Rahmen von Auftragsforschung begleiten, dokumentieren und auswerten.
- Da gibt es die Aktion psychisch Kranke, die sich zum Anwalt einer überparteilichen „Gesamtvernunft“ gemacht und für die Psychiatrie die Debatte um die Personenzentrierung in den Neunziger Jahren maßgeblich angeschoben hat.
- Da gibt es die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern, die das eine oder andere aus den fachlichen und sozialrechtlichen Diskursen aufgreifen und die eine oder andere Veränderung durchsetzen (oder auch nur über Jahre hin ankündigen, siehe ASMK und Neuordnung Pflegebegriff).
- Und dann gibt es natürlich seit einigen Jahren die UN-Konvention, die eine umfassende Richtungsansage macht.

Wenn ich das hier – durchaus noch unvollständig - aufzähle, dann nicht, um irgendwas zu karikieren oder ad absurdum zu führen. Hinter dem Paradigmenwechsel steht eine grundlegende Auseinandersetzung zur Steuerung von Unterstützungsprozessen, in der die verschiedenen Akteure um Definitions- und Gestaltungsmacht ringen. Ich zitiere das hier vor allem deswegen, weil mir in Zusammenhang mit unserem Tagungsthema wichtig ist, dass wir uns das Ausmaß der Heterogenität und Ungeordnetheit dieses Prozesses klar machen. Denn diese Ungeordnetheit, Unsicherheit und Widersprüchlichkeit prägt auch die Arbeitsbedingungen.

3 Sich verändernde Anforderungen

Das Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie befindet sich seit Beginn der Psychiatriereform in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess, der neue Anforderungen auch an alle psychiatrisch Tätigen mit sich gebracht hat. Das hat natürlich Folgen auch für die Belastungssituation.

3.1 Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrie in Bewegung

Günter Wienberg hat sich in seinem Eröffnungsvortrag ausführlich mit der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems befasst. An dieser Stelle will ich nur kurz auf wenige Aspekte hinweisen, die in das hier zur Debatte stehende Feld unmittelbar hineinwirken und dort Anforderungsdruck erzeugen.

3.1.1 Rückwirkungen aus dem klinischen Bereich

Im klinisch-psychiatrischen Bereich haben sich die Verweildauern über die Jahre bereits massiv verkürzt. Gleichzeitig ringen die Kliniken um bessere Möglichkeiten sektorübergreifender Behandlung, wenn sie z.B. im Rahmen von Projekten der Integrierten Versorgung die Möglichkeiten von Home Treatment ausbauen wollen. Man kann sicher grundsätzlich sagen, das haben wir immer schon gewollt: dass die Klinik nämlich lediglich komplementär zur Betreuung in der Lebenswelt ist. Zwei Problemfelder scheinen mir in der Beziehung zwischen dem klinischen und dem außerklinischen Bereich für unsere Thematik besonders bedeutsam:

- Wenn wir die bevorstehende Entwicklung im Bereich der psychiatrischen Krankenhausentgelte richtig deuten, dann wird sich der Druck auf die Verweildauer weiter verstärken. Auseinandersetzungen der Kliniken mit den Krankenkassen um die Angemessenheit von Behandlungsdauer hat es schon immer gegeben. Bisweilen hat man den Eindruck, dass diese auch auf dem Rücken der Patienten und des außerklinischen Hilfesystems ausgetragen, nämlich in Form von zu schneller bzw. unabgestimmter bzw. unzureichend vorbereiteter Entlassung. Andererseits kann aber kein Zweifel bestehen, dass der außerklinische Bereich da eine Verpflichtung hat, zügige Übergänge auch tatsächlich sicherzustellen. Dieses Übergangsmanagement wird immer wichtiger werden. Da sind wir vielleicht auch manchmal noch organisatorisch zu schwerfällig.
- Je mehr die Erprobungen von Home Treatment erfolgreich werden, desto mehr müssen wir uns auf die Parallelität von intensiver Behandlung und Weiterführung der Betreuung im Rahmen von Eingliederungshilfe einstellen.

Beide Entwicklungstendenzen bedeuten zusammengenommen vor allem, dass wir es zunehmend mit „kränkeren“ Menschen (mit Menschen in abklingend akuten und subakuten Krankheitsphasen) zu tun haben. Daraus ergeben sich auch erhebliche Anforderungen an Mitarbeitende – die Rückgabe von Verantwortung an die Klinik war früher leichter⁸. Es liegt auf der Hand, dass diese Abstimmungs- und Kooperationsaufgaben nur in Verbundstrukturen angemessen gelöst werden können.

3.1.2 Identifikation mit dem Versorgungsauftrag?

Der Auftrag, im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes regionale Versorgungsverantwortung zu übernehmen und den Bedarf in der Region möglichst vollständig – das heißt ohne Auswärtsverlegungen – zu decken, führt dazu, dass auch sehr schwierige Klienten zu versorgen sind und dass die Selbstentlastungsmöglichkeit durch Beendigung der Betreuung nicht ohne weiteres gegeben ist.

- Trägerorganisationen psychiatrischer Hilfen stehen unter einem zunehmenden Rechtfertigungsdruck. Das bezieht sich sowohl auf die Finanzierung (insbesondere gegenüber den Leistungsträgern) wie auf die Legitimation der fachlichen Arbeit (insbesondere gegenüber den selbstbewusster gewordenen Vertretungen von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen und gegenüber der Fachöffentlichkeit).
- Die Ressourcen wachsen nicht ohne weiteres mit den Aufgaben (und zu den Ressourcen gehören eigentlich nicht nur Geld, sondern auch gesicherte Kooperation, Wertschätzung, Vertrauen, verlässliche Entlastungsregelungen usw.).
- Die Rechenschaftspflicht für den finanziellen Ressourcenverbrauch wird umgesetzt durch eine zunehmende Bürokratisierung der ambulanten Arbeit. Ambulante Arbeit erscheint den Leistungsträgern weniger leicht kontrollierbar als herkömmliche Arbeit in Heimen. Dem wird teilweise mit unverhohlenem Misstrauen⁹ begegnet: „Personenzentrierung öffnet Tür und Tor für die Selbstbedienung der Leistungserbringer“ – solche Sätze habe ich im Kontext der Implementation des personenzentrierten Ansatzes in Baden-Württemberg immer wieder von Leistungsträger-Vertretern gehört. Als Folge solchen Mißtrauens ist ambulante Arbeit vielfach mit einem hohen Aufwand verbunden
 - für die Erwirkung individueller Kostenübernahme, die teilweise nur für kurze Zeiträume bewilligt wird.
 - Insbesondere im SGB V-Bereich kann dies vielfach auch mit aufwendigen Widerspruchsverfahren etc. verbunden sein,
 - Zunehmend ist auch der Aufwand für die Dokumentation der Arbeit und die Berichterstattung an den Leistungsträger.

Es ist für Mitarbeitende in dieser Situation nicht ganz leicht, mit dem umfassenden Versorgungsauftrag auch dann identifiziert zu bleiben, wenn da eine Schere immer weiter aufgeht. Die Versorgung der Schwierigen und Aufwändigen ist mit Marktmechanismen¹⁰ nicht ohne weiteres vereinbar und braucht daher diese Identifikation. Wenn diese Identifikation mit dem Versorgungsauftrag und die daraus sich ergebende Versorgung von „Grenzfällen“ ökonomisch eher bestraft wird, ist diese Identifikation auf die Dauer nicht aufrecht zu erhalten.

3.1.3 Daseinsvorsorge über Marktmechanismen?

Die alte Anstalt war Teil des staatlichen Gewaltmonopols, die Sozialhilfe ist Teil staatlich organisierter Daseinsvorsorge. Allerdings nutzt der Staat zunehmend auch im Bereich der

⁸ Dabei unterstelle ich, dass Home Treatment auf die Dauer auch bei unserem Personenkreis zum Tragen kommen wird.

⁹ Umgekehrt gibt es natürlich auch die Verdächtigung des Sozialhilfeträgers als „nur am Sparen interessiert“. Gerhard Kronenberger, früher leitender Mitarbeiter beim Landeswohlfahrtsverband Hessen, hat in diesem Kontext die „wechselseitige Schabigkeitsvermutung“ beklagt, die im Verhältnis von Leistungsträger und Leistungserbringern verbreitet sei.

¹⁰ Marktlogik hieße: Kunden, die einen begrenzten, aber kontinuierlichen und kalkulierbaren Bedarf haben, möglichst lange an sich binden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Logik zu problematischen Konsequenzen führt.

Daseinsvorsorge Marktmechanismen. Auch auf die Gemeindepsychiatrie haben Entwicklungen der Deregulierung und Marktorientierung Auswirkungen wie z.B.

- Schüren von Trägerkonkurrenz durch die Leistungsträger
- Zunahme der Ausschreibung von Leistungen
- Kostendämpfungsversuche über Preiskonkurrenz
- Fallsteuerung unter Preisgesichtspunkten
- Prekarisierung und Dequalifizierung des Personals

Ich kann das hier nur ganz summarisch erwähnen – es liegt auf der Hand, dass diese Art der Marktorientierung geeignet ist, Unsicherheit zu erhöhen.

3.2 Übergang von „institutionsbezogener“ zu „personenzentrierter“ Handlungslogik

Der Paradigmenwechsel beinhaltet tiefgreifende Veränderungen in den Handlungsorientierungen. Entscheidend für Mitarbeitende ist dabei natürlich, ob sie die Sinnhaftigkeit dieser Veränderung mitvollziehen, vielleicht sogar selbst anstoßen, oder ob sie sich als überwältigt erfahren, als Opfer anonymer Kräfte.

3.2.1 Strukturen

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

- Einrichtungsstrukturen werden aufgelöst, Teams werden nicht mehr regelhaft Maßnahme-homogen gebildet (stationär/ambulant, Wohnen/Tagesstruktur usw.), sondern zunehmend raumbezogen. Sozialraumorientierte Teams haben einen Stützpunkt, ein Zentrum und bieten ein breites Spektrum sowohl ambulanter als auch stationärer Hilfe an. Das ist notwendig,
 - um größtmögliche Betreuungskontinuität zu ermöglichen (was auch im Interesse einer Erleichterung der Arbeit ist), und
 - um die Ressourcen in der Region bestmöglich zu kennen und zu nutzen, das macht aber die Arbeitsorganisation zunehmend komplexer.
- Ambulantisierung löst im Interesse der Nähe zum Sozialraum wie auch ökonomisch im Interesse der Begrenzung von Fahrzeiten einen Sachzwang zur Verkleinerung von Einzugsbereichen und damit zur Dezentralisierung aus: Die Einheiten werden kleiner, dezentrale Einsätze erschweren Kommunikation, Teamstrukturen lockern sich.
- Die Teams werden heterogener:
 - heterogen hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeitenden: Während in der Phase des Aufbaus ambulanter Hilfeformen in den siebziger und achtziger Jahren fast ausschließlich Fachkräfte der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik in diesem Feld tätig waren, gibt es zwischenzeitlich teils aus sachlichen Notwendigkeiten, teils aus wirtschaftlichem Sachzwang eine stärkere Differenzierung: es kommen – unter Kostengesichtspunkten günstigere - andere pädagogische und pflegerische Berufsgruppen (insbesondere solche mit Fachschulausbildung: Heilerziehungspflege, Krankenpflege, Altenpflege) sowie hauswirtschaftliche Fachkräfte hinzu, aber auch Assistenzkräfte mit einjährigen Ausbildungen, Angelernte und freiwillig sozial Engagierte spielen eine zunehmende Rolle und im Raum steht vielerorts auch die Einbeziehung von psychiatrieerfahrenen Genesungsbegleitern.
 - heterogen auch hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse: Prekäre Finanzierungsbedingungen ambulanter Arbeit führen dazu, dass vielfältig – und mehr, als der Arbeit eigentlich gut tut - mit Teilzeit-Arbeitsverhältnissen und mit befristeten Arbeitsverhältnissen gearbeitet werden muss. Das erschwert die Bildung von Kernteams langjährig erfahrener Fachkräfte, die dann auch eine gewisse Fluktuation integrieren könnten.
- Insbesondere, soweit sie aufsuchend geschieht, ist ambulante Arbeit auf weite Strecken Arbeit allein. Anders als im stationären Kontext werden Klienten oft nur von der „zuständigen“ Fachkraft (und hoffentlich auch von deren Vertretung) gekannt, nicht von

allen Teammitgliedern. Das kann die Wahrnehmung und Einschätzung von problematischen Entwicklungen erschweren.

3.2.2 Erwartungen

Personenzentrierte Hilfe ist anspruchsvoll. Die Ansprüche an die Gestaltung der Hilfe werden höher:

- quantitativ hinsichtlich der zeitlichen Gestaltung. Wenn auch komplexe Hilfebedarfe ambulant beantwortet werden, dann bedeutet das hohe Ansprüche an die individuelle Passgenauigkeit der Hilfe und damit an zeitliche Flexibilität zunächst des Dienstes und dann natürlich auch der einzelnen Mitarbeitenden (nämlich die Bereitschaft, auch zu ungünstigen Zeiten zu arbeiten, um die Verfügbarkeit der Hilfe an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen).
- qualitativ hinsichtlich der individuellen Ausgestaltung. Ambulante Arbeit ist mit einem hohen Maß an individueller Selbstständigkeit und Verantwortung verbunden. Das ist Gestaltungsmöglichkeit und Belastung in einem. Von der Einschätzungssicherheit und Beziehungsfähigkeit der einzelnen Fachkraft hängt jedenfalls zumal in krisenhaften Entwicklungen enorm viel ab.

3.2.3 Haltung und professionelle Identität

Mitarbeitende befinden sich in einer Arbeitssituation, in der sie häufig auf unklare, uneindeutige, manchmal auch widersprüchliche Botschaften und Aufträge stoßen: Die Aufgabe personenzentrierter Hilfe führt Mitarbeitende in die Notwendigkeit

- sich auf Individualität einzustellen
- sich den Wünschen und Ansprüchen von Klienten (und Angehörigen) zu stellen
- mit der Schwierigkeit, dazu eigene professionelle Positionierung zu finden: der Professionelle ist nicht einfach der „Wunscherfüller“.

Mitarbeitende sind dabei „doppelt gebunden“: Sie gehören dem Team „ihrer“ Organisation, ihres Fachdienstes, ihres Trägers an, wie auch immer im Einzelnen organisiert. Sie gehören gleichzeitig auch „virtuellen“ personenbezogenen Teams an, die sich um einzelne Klienten gruppieren: Bezugspersonen, die sich um einzelne Klienten herum und mit diesen koordinieren und horizontal vernetzen müssen¹¹.

Konrad und Rosemann haben im Handbuch Betreutes Wohnen die Auswirkungen der veränderten Handlungslogik auf das (erwünschte) professionelle Selbstverständnis wie folgt zusammengefasst:

„Es muss sich in folgenden Qualitäten ändern:

- Dauerpräsenz muss durch intensive, aber auch zeitlich begrenzte Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten ersetzt werden.
- An die Stelle von Kontrolle muss Zutrauen gesetzt werden, z.B. in den Nachtzeiten.
- Statt Gespräche über Klientinnen und Klienten sind die Gespräche mit ihnen zu führen
- Nicht alle Lebensbereiche der Klienten und Klientinnen werden begleitet, sondern nur die mit ihnen abgespröchenen beziehungsweise im Hilfeplan vereinbarten.
- Die Rolle des Hausherrn wird durch die Rolle des Gastes ersetzt.
- Aus einer Versorgungshaltung muss reflektiertes Handeln im Spannungsfeld der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und verantwortlicher Fürsorge werden.
- Die Fixierung auf professionelle Hilfe muss überwunden werden und zur Einbeziehung nicht professioneller Hilfe führen.“¹²

¹¹ Ich bin nicht sicher, ob dieser Prozess in der sozialen Wirklichkeit schon so weit fortgeschritten ist, wie dies z.B. Christian Reumschüssel-Wienert schon 2003 zu unterstellen scheint. Aber zweifellos geht die Entwicklung in diese Richtung. Siehe dazu Christian Reumschüssel-Wienert: Barfuss im Regen – Unsicherheit und Individualisierung gemeindepsychiatrischer Arbeit. Soziale Psychiatrie 2/2004, S.4-8.

¹² Matthias Rosemann/Michael Konrad: Was von Mitarbeitenden erwartet wird und was sie erwarten dürfen. In: Matthias Rosemann/Michael Konrad (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2011, S.209

Der Prozess der „De-Institutionalisierung“, das scheint mir wichtig, ist für Mitarbeitende ambivalent. Die Notwendigkeit sich mit den aufgeführten, teilweise widersprüchlichen Erwartungen auseinanderzusetzen, ist für Mitarbeitende zunächst einmal mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden, weil ‚alte‘ institutionelle Sicherheiten und Routinen wegfallen. „Damit fallen jedoch auch Begrenzungen und Restriktionen weg und entstehen neue Möglichkeitsräume der Entwicklung von Chancen und (professioneller) Selbstverwirklichung. Sie sind jedoch verbunden mit Anforderungen, die sie ggf. nicht bestehen können“.¹³

4 Gestaltungsperspektive: Empowerment für Profis

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

Christian Reumschüssel-Wienert benennt in seiner Analyse von Unsicherheit und Individualisierung in der gemeindepsychiatrischen Arbeit unterschiedliche Formen des Umgangs damit:

- Das Leiden unter Burn-out, die innere oder äußere Emigration
- Affirmativer Umgang mit den Entwicklungen, technokratischer „Managerialismus“
- Konservativer Widerstand, Verteidigung der großen Institutionen
- Offensiver Professionalismus

Reumschüssel-Wienert plädiert für diesen Offensiven Professionalismus und meint damit eine Haltung, die „versucht, Bedingungen so zu gestalten, dass Ökonomie und Organisation mit professionellem Handeln in ein produktives Verhältnis gebracht werden können.“¹⁴ Er schlägt in diesem Zusammenhang vor, das Konzept Empowerment, das wir selbst ja gerne für unsere Klientinnen und Klienten vorsehen, auch auf uns selbst anzuwenden: „Das Konzept von Empowerment als ‚Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens‘ (Herringer 2002) zielt im Wesentlichen auf zwei Dinge:

- Die (Wieder-)Aneignung von (kollektiver) Macht, Kraft und Gestaltungsvermögen durch uns selbst. Sie zielt auf Prozesse der Selbstorganisation und der aktiven Einmischung in politische Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen.
- Die Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung. In diesem Sinne zielt es in unserem beruflichen Kontext darauf, uns das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches berufliches Handeln zur Verfügung zu stellen und uns Möglichkeitsräume aufzuschließen, unsere Ressourcen zu entwickeln, Erfahrungen der eigenen Stärke uns anzueignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben zu können.“¹⁵

Reumschüssel-Wienert hat seinen Vortrag auf einer DGSP-Tagung gehalten und meint das ausdrücklich auch politisch. Seine Konkretisierungen scheinen mir auch in unserem Kontext gültig zu sein. Sie beziehen sich auf die folgenden Themenbereiche:

- Entwicklung „kommunikativer Kompetenz“: Gesprächsführung, Beratung, Arbeit im Team, Verhandlungsführung

¹³ Reumschüssel-Wienert, a.a.O. S.6

¹⁴ Reumschüssel-Wienert, a.a.O. S.7

¹⁵ Reumschüssel-Wienert, a.a.O. S.7

- Entwicklung von Kompetenz in Vernetzungsarbeit sowohl im Case Management wie auch in der Koordination und Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund.
- Entwicklung von therapeutischen Techniken und Methoden auf der Grundlage einer lebensweltorientierten Perspektive.

Das klingt noch relativ allgemein. Ich möchte versuchen, das etwas konkreter beispielhaft zu erläutern. Dabei muss man zunächst daran erinnern, was den Kern sozialpsychiatrischer Arbeit ausmacht: es ist Beziehungsarbeit.

4.1 Sozialpsychiatrische Arbeit als Beziehungsarbeit

4.1.1 Beziehungsfähigkeit ist zentrale Qualifikation

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

Aus der Tatsache, dass in der Sozialpsychiatrie insbesondere Menschen mit solchen psychischen Störungen begleitet werden, die wegen dieser Störungen Schwierigkeiten haben, ein selbständiges Leben zu führen und sich in der Welt zu orientieren, ergibt sich eine besondere Verantwortung, für Orientierung und Halt zu sorgen. Die hier relevanten psychischen Störungen beeinträchtigen zeitweise oder dauernd, graduell oder womöglich auch umfassend den Kernbereich des persönlichen Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns. Dies setzt ein einführendes Verstehen der jeweils erkennbaren Störungen und ein sorgfältiges Wahrnehmen und Würdigen der vorhandenen Ressourcen voraus, das sich erst allmählich im Prozess von Begegnungen entwickeln kann und das immer wieder neu zu reflektieren ist.

Diese Grundgegebenheit psychiatrischer Tätigkeit kann für Mitarbeitende in sich eine hohe Beanspruchung darstellen. Es liegt auf der Hand, dass hier die im Prozess der vorherberuflichen Sozialisation erworbenen persönlichen Ressourcen und Kompetenzen eine große Rolle spielen und dann sich weiterentwickeln müssen im Prozess der beruflichen Sozialisation und persönlichen Entwicklung.

Klaus Dörner und Uschi Plog haben mit „Irren ist menschlich“ eine psychiatrische Grundhaltung entfaltet und zugänglich gemacht hat, die zeigt, dass jede Art psychischer Störung „im Ansatz“ in Jedem von uns vorhanden und in diesem Sinne dem Verstehen grundsätzlich zugänglich ist. Dies angesichts der konkreten jeweiligen Klienten immer wieder neu „einzuholen“ ist die nie endende Aufgabe in einer psychiatrischen Tätigkeit. Dabei handelt es sich um eine Herausforderung an der Grenze zur permanenten individuellen Überforderung und daher ist ein entscheidendes Instrument das psychiatrische Team.

4.1.2 Gewalt und Zwang als „Spitze des Eisbergs“ verstehen

Alle helfend intendierte Beziehungen können immer misslingen und entgleiten, Verständigungsschwierigkeiten können sich eskalieren von Gereiztheit über verbale Aggressivität bis hin zu Tätlichkeiten. Sozialpsychiatrische Arbeit hat immer auch einen Aspekt sozialer Kontrolle, d.h. es sind bisweilen – zum Schutz des Betroffenen selbst und/oder seiner Umgebung – auch Grenzen setzende Interventionen gegen den Willen Einzelner notwendig. Dabei kann es sich um „kleine“ Dinge handeln wie die Durchsetzung von Hausregeln oder die Verwaltung des persönlichen Geldes, dabei kann es aber auch um freiheitseinschränkende Maßnahmen gehen. Daraus können sich Konflikte ergeben; in Extremsituationen kann auch im außerklinischen Bereich die Anwendung von unmittelbarem Zwang notwendig werden. Gewaltereignisse und Zwangsmaßnahmen sind in der Sozialpsychiatrie nur zu verstehen, wenn man sie einordnet und entziffert im Gesamtzusammenhang von Beziehungsgestaltung

angesichts einer je spezifischen Störungsdynamik einerseits und einer je spezifischen Situationsdynamik andererseits.

4.1.3 Sozialpsychiatrische Teams als Ressource organisieren

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

In der Therapieforschung wird vielfach von der Container-Funktion¹⁶ gesprochen: ein psychiatrisches Team hat die Aufgabe, einen förderlichen und haltenden Rahmen zu schaffen und zu bewahren. Das kann nur „funktionieren“, wenn es sich in einem lebendigen Austausch über die individuellen Entwicklungen befindet und wenn es gelingt, die immer zunächst je bruchstückhaften Wahrnehmungen und Erfahrungen nach und nach sinnstiftend zusammenzufügen und daraus Verstehen und förderliches Handeln zu entwickeln. In diesem Prozess bilden sich psychodynamische Besonderheiten bestimmter Störungsbilder spontan nicht nur im Umfeld der betroffenen Person, sondern auch im Team der Beteiligten ab und wollen verstanden werden. Man kann Menschen nur soweit begleiten, wie man ihnen „folgen“ kann, d.h. soweit man jeweils erfassen und (allmählich) verstehen kann, was sie bewegt. Das gilt auf der individuellen Ebene, das gilt insbesondere auch für Teams: die „Verstehensfähigkeit“, die „verstehende Integrationsfähigkeit“, die „Synthetisierungsfähigkeit“ des Teams ist entscheidend für seine Haltekraft, für seine Fähigkeit, auch Menschen in Extremsituationen Halt und Orientierung, Boden unter den Füßen und Unterstützung zu geben. Und nur auf dieser Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses von der Arbeitsaufgabe kann sich dann ein guter Konsens entwickeln zur Gestaltung von Strukturen, Prozessen und Regeln.

In der Konkretisierung stellt sich dies dann unterschiedlich dar je nachdem, ob unter stationären Bedingungen oder in einem ambulanten Setting gearbeitet wird. Die grundlegende Logik ist dieselbe, der Unterschied besteht darin, dass unter ambulanten Bedingungen Milieu und Rahmenbedingungen nicht selbst gestaltet werden, sondern allenfalls indirekt durch Einbeziehung des Umfeldes des Klienten ein wenig beeinflusst werden können.

Ambulante Arbeit ist außerdem sehr viel mehr Einzelarbeit als die Tätigkeit im stationären oder teilstationären Rahmen. Ein Team spielt hier vielleicht auch eine geringere Rolle für die Abstimmung der Arbeitsorganisation und dergleichen. Für die notwendige „Synthetisierungsarbeit“ aber ist die Einbindung in ein Team womöglich noch wichtiger als unter Heimbedingungen. Niemand sollte ambulante Arbeit ohne Teameinbindung machen dürfen.

Teams sind also eine zentrale Ressource. Sie brauchen eine Ausrichtung.

4.2 Sinn stiftende Ziele kultivieren

4.2.1 Arbeit an Zielen¹⁷ als Leitungsaufgabe

Es erscheint trivial: natürlich ist es eine Leitungsaufgabe, motivierende Ziele zu formulieren.

¹⁶ „Wenn es Patienten schwerfällt, heftige Affekte und Gefühle wahrzunehmen, als Teil ihrer selbst zu akzeptieren und schließlich zu bewältigen, benötigen sie ein Gegenüber, das dies alles für sie ausführt. Diese Funktion eines "Containers" erfüllt der Therapeut bzw. Analytiker, mit seiner wachen und offenen Haltung. Die gedankliche und gefühlsmäßige Arbeit des Analytikers entzieht den Selbstanteilen der Patienten ihre Gefährlichkeit und Unverständlichkeit; sie werden sozusagen "entgiftet" und "verdaut".“ <http://www.psychology48.com/deu/d/container/container.htm> (download 06.04.2013)

¹⁷ Hier habe ich nach dem richtigen Begriff gesucht. „Leitbild“? Das ist zu sehr besetzt aus der Organisationsentwicklung – und ein Leitbild wird nur alle paar Jahre überarbeitet. „Vision“ klingt arg wichtig und prophetisch, aber trifft die emotionale Bedeutung. „Ziel“ klingt eigentlich zu technisch - es geht um solche Zielen, die auch emotional bewegen können.

Rosemann und Konrad stellen im Handbuch Betreutes Wohnen fest: „Die Leitung hat die zentrale Aufgabe, Zuversicht zu verbreiten“ und sie benutzen dabei das Bild von Christoph Kolumbus: „Kolumbus äußert überzeugend, dass es auf dem eingeschlagenen Weg nach Indien geht. Letztlich ist es nicht wichtig, an dem Ziel anzukommen, das man sich gesetzt hat, wenn das Ziel, an dem man wirklich ankommt, den ursprünglichen Vorstellungen entspricht.“¹⁸ Im Zuge der Implementationsprojekte zum Personenzentrierten Ansatz gab es kaum eine regionale Auftaktveranstaltung ohne das Zitat von Saint-Exupéry: „Willst du ein Schiff bauen, so rufe nicht die Menschen zusammen, um Pläne zu machen, Arbeit zu verteilen, Werkzeuge zu holen und Holz zu schlagen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem großen, endlosen Meer.“ Hinter diesen Sätzen steckt die Erfahrung, welche motivierende und mobilisierende Kraft ein Leitbild, eine Vision haben kann. Wenn man sie glauben kann.

Mir hat immer schon am meisten eingeleuchtet und geholfen die Formulierung, die Luc Ciompi vielfach gebraucht hat: es geht um die Erzeugung einer realistisch-positiven Zukunftserwartung (man müsste eigentlich noch genauer sagen: das kontinuierliche Arbeiten daran). Ciompi hat das, vor dem Hintergrund seiner langjährigen Verlaufsforschungen, bezogen auf den Einzelfall formuliert und er hat das ausdrücklich bezogen auf die betroffene Person und ihr Umfeld. Meines Erachtens ist das ohne weiteres verallgemeinerbar als Grundhaltung. Gleichzeitig macht diese Formulierung deutlicher als das Kolumbus-Zitat, dass es dabei um einen gemeinsamen Arbeitsprozess geht, dass es ja auch darum geht, dass die Vision geglaubt werden kann. Kolumbus hat seine Mannschaft ja wohl phasenweise austricksen und zwingen müssen, dass sie die Reise fortzusetzen bereit war. Ciompi sagt demgegenüber: „Entscheidend ist, dass solche Ziele den Patienten nicht einfach autoritär „verschrieben“ werden dürfen. Vielmehr sollen sie immer wieder in einem – manchmal zwar mühsamen, aber gerade deswegen oft sehr therapeutischen – Prozess zwischen Patienten, Betreuern und wichtigen Bezugspersonen regelrecht ausgehandelt werden.“¹⁹ Das ist es, was ich mit „kultivieren“ meine.

4.2.2 Unterleben thematisieren

Zu einem realistischen Umgang gehört auch die Auseinandersetzung mit dem Unterleben (im pädagogischen Kontext gibt es auch den Begriff des Heimlichen Lehrplans). „Unterleben“ – das ist eigentlich ein Begriff aus dem Kontext Totaler Institutionen. Dort entwickelt sich ein „Unterleben“ als eine Form der sekundären Anpassung, nämlich als Versuch, unter kalkulierter Nichteinhaltung von Regeln in der total normierten Anstalt zu überleben und Freiräume und Ressourcen zu gewinnen²⁰; für die Stabilität der Institution kann es funktional sein, diese Nichteinhaltung von Regeln zu dulden. Ein Unterleben entwickelt sich aber nicht nur in Totalen Institutionen, es entwickelt sich überall da, wo es Abhängigkeit und (womöglich ideologisch überhöhte) Normierung gibt.²¹ Auch in und zwischen sozialpsychiatrischen Institutionen, die die Fahne der Personenzentrierung hoch halten, kann sich so ein Unterleben entwickeln, d.h. ein stillschweigendes, gewusstes, aber nicht thematisiertes Abweichen von vereinbarten Regeln und Grundsätzen. Dazu gehört ein ganzes Spektrum von informellen Praktiken, die kaum je thematisiert werden. Beispielsweise wird die Hilfeplanung vom angestrebten Vergütungsergebnis her erstellt. Dazu gehören auch Praktiken im Austausch von bzw. über Klientinnen und Klienten: die Vermeidung von „anspruchsvollerem“ Klientel (z.B. Vermeidung von Aufnahmen, die Wochenenddienste oder Abendarbeit erfordern) auf der einen Seite, die Verkehrsform „Kuckucksei“ (d.h. das Verschweigen von Informationen, um die Übernahme von

¹⁸ Rosemann/Konrad, a.a.O. S.214

¹⁹ Luc Ciompi: Was haben wir gelernt? Einige praktische und theoretische Schlussfolgerungen. in: Luc Ciompi (Hg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie-Verlag Bonn 1985, S. 119 ff

²⁰ Erving Goffmann, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1973

²¹ Darauf weist Ernst von Kardorff hin: „Die Goffmansche Auffassung von der Mikropolitik der Institutionen macht deutlich, wie sehr "Rahmungen" und macchiavellistische Strategien auch in fortschrittlich ideologisierten Handlungszusammenhängen das "Unterleben" von Institutionen und die Dynamik von Gruppen prägen.“ Ernst von Kardorff, Goffmans Anregungen für soziologische Handlungsfelder, S.347. http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/philosophische_fakultaet/is/mikro/lenz/pub/goffman/327-354.pdf (download 30.03.2013)

Klienten durch eine andere Institution zu erreichen) auf der anderen Seite. Und so weiter – ich bin sicher, Ihnen fallen weitere Beispiele ein. Derartige Erosionsprozesse von Kooperationskultur bedürfen der Artikulation, sie müssen reflektiert werden, sonst entsteht Resignation oder eine Doppelbödigkeit, die in purem Zynismus mündet.

4.2.3 Ambivalenzen der Ökonomisierung thematisieren

Im Jahr 2003 hat in Dresden die Jahrestagung der DGSP stattgefunden zum Thema „Schlimmer geht's immer – Profis in der Psychiatrie zwischen Sparschwängen und Visionen“²². Der allgemein-politische Kontext war damals die Schrödersche „Agenda 2010“ – insbesondere die Hartz-Gesetze haben seinerzeit zu einer aufgeladenen Atmosphäre und vielfältigen Formen des Protests geführt. Im Anschluss an diese Tagung, bei der die Unzufriedenheit der Profis deutlich artikuliert wurde, hat sich die Soltauer Initiative gebildet²³, die im Jahr 2004 die „Soltauer Impulse zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder“ vorgelegt hat. Diese Impulse haben damals für vielfältige Diskussionen gesorgt. Der Kern des Anliegens ist die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Ökonomisierung, mit der Übertragung von Managementkonzepten aus der Wirtschaft und natürlich mit Kürzungen im Sozialleistungsrecht. Just vor wenigen Tagen erschien der „Soltauer Denkkzettel Nr.4“²⁴, der erneut die Ökonomisierungstendenzen im Sozial- und Gesundheitsbereich aufgreift. Es sprengt den Rahmen dieses Vortrags völlig, darauf inhaltlich ausführlicher einzugehen, ich spreche das Thema gleichwohl in diesem Rahmen an, weil ich meine, dass zur Arbeit an Sinn stiftenden Zielen auch diese Dimension gehört: die Frage nach den Folgen der „Verbetriebswirtschaftlichung“ des Denkens und Handelns für unser Arbeiten. Um nur ein Stichwort herauszugreifen: niemand wird bestreiten, dass Ressourcenverbrauch auch gesteuert und kontrolliert werden muss. Wenn wir aber nicht an einer durch Misstrauen gesteuerten Kontrollbürokratie ersticken wollen, dann braucht es alternative Kontrollkonzepte, die ihrerseits wiederum neue Formen von Transparenz voraussetzen.

4.3 Krisen verstehen, Handlungsfähigkeit fördern...

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

4.3.1 ...durch Leitung

Entscheidend ist, dass und wie Leitung wahrgenommen wird. Matthias Rosemann hat das pointiert formuliert: „Mitarbeiter benötigen Leitungskräfte, die den Mut haben, zu leiten und nicht nur zu moderieren....Mitarbeiter haben ein Recht auf Leiterinnen und Leiter, die bereit sind, Verantwortung zu übernehmen und dadurch die Fähigkeit gewinnen, Mitarbeiter/innen zu begleiten und anzuleiten“²⁵

4.3.2 ...für einzelne Mitarbeitende

Für jeden Mitarbeitenden, der selbstständig Klientenkontakte wahrnimmt, muss Anleitung und Reflektion nach dem Stand seiner Erfahrung sichergestellt werden.

- Bezugspersonenarbeit erfolgt immer mit einer klaren Vertretungsregelung, sodass Tandems entstehen, in denen eine erste Reflektion alltagsnah möglich ist.

²² Verschiedene Vorträge dieser Tagung sind abgedruckt in Soziale Psychiatrie Heft 2/2004. Dort u.a. auch „Dresdener ‚Klageleine‘ – Was Profis befürchten...“ Ein zusammenfassender Tagungsbericht findet sich in Soziale Psychiatrie Heft 1/2004: Ilse Eichenbrenner, Carmen, hab' Erbarmen! Brief von der DGSP-Jahrestagung vom 13.bis 15.November 2003 in Dresden (S.33-37)

²³ Zur Soltauer Initiative siehe <http://www.psychiatrie.de/dgsp/soltauer-initiative/> und <http://www.soltauer-impulse.culturebase.org/>, dort auch der Text der Soltauer Impulse.

²⁴ Siehe <http://culturebase.org/home/soltauer-impulse/Denkzettel4.pdf>

²⁵ Matthias Rosemann, Umbrüche in der Psychiatrielandschaft – Herausforderungen an psychosoziale Träger. Soziale Psychiatrie 2/2004, S.33

- Insbesondere neue Mitarbeitende erhalten über einen längeren Zeitraum persönliche Begleitung und Beratung, insbesondere auch zeitnah in Hinblick auf erlebte schwierige Situationen.

4.3.3 ...im Team

Die Vereinzelung in den Arbeitssituationen kann dazu führen, dass überkommene Teamkulturen zerbröseln. Notwendig ist es daher, geeignete Formen der Team-Einbindung neu zu schaffen.

Anzustreben ist: jeder Mitarbeitende ist eingebunden in ein Team, in dem über die notwendige Alltagsorganisation hinaus regelmäßig die Erfahrungen mit den Klienten und in diesem Zusammenhang auch gehabte oder bevorstehende schwierige Situationen reflektiert werden.

Für diese Reflektion zu sorgen und sie anzuleiten ist Teil von Leitungsverantwortung – Leitung beinhaltet auch An-Leitung. Ergänzend ist auch externe Supervision wichtig. Eine tragende fallbezogene Reflektionskultur setzt voraus, dass Reflektionsgespräche regelmäßig stattfinden und nicht nur in zugespitzten Situationen. Erst aus Verstehen kann sich eine wirkliche Identifikation mit der Aufgabe entwickeln, erst aus dem Verstehen heraus können sich weitergehend Erfahrungen von Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit ergeben.

Nur wenn ein Verstehen der Situationsdynamik kontinuierlich im Team kultiviert wird, wird es möglich sein, auch bei der Milieugestaltung Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die für Konfliktvermeidung und Entspannung sorgen.

In diesem Zusammenhang werden teambezogene Qualifizierungsprozesse immer wichtiger werden. Denn es geht ja in der Tat vor allem darum, dass Mitarbeitende auf dem Boden eines gemeinsamen Grundverständnisses in kritischen und weniger kritischen Situationen handeln. Deeskalationstrainings sind ein verbreitetes Beispiel für diese Qualifizierungsprozesse. Ähnliches gilt auch z.B. für Fortbildung zur Sozialraumorientierung.

4.3.4 ...durch Unterstützung im Verbund

Die regionale Versorgungsverantwortung kann nur im Verbund wahrgenommen werden. Die Versorgung der „Schwierigsten“ ist der Prüfstein dafür, wieweit diese Verantwortungsübernahme tatsächlich funktioniert. Hier geht es um Grenzfälle, die für Mitarbeitende oft besondere Herausforderungen mit sich bringen, hier geht es in besonderer Weise darum, dass Verantwortung gemeinsam getragen und dadurch auch für den einzelnen Mitarbeitenden ertragbar wird. Entwicklungsbedarf gibt es vermutlich fast überall, eine fallbezogene Kooperations- und Reflektionskultur auch trägerübergreifend, ausgehend von einem gemeinsamen Verständnis der regionalen Versorgungsverantwortung zu entwickeln. Hilfeplankonferenzen können hier wesentliche Impulse geben, wenn es ihnen gelingt, Transparenz und Vertrauen zu entwickeln und wenn sie nicht verkrüppeln zu sozialbürokratischen Prozeduren. Einrichtungsübergreifend offene Fortbildungsveranstaltungen gibt es in manchen Regionen – ein nächster Schritt wäre die Durchführung von verbundbezogenen Weiterbildungen, wie es der BeB ja zwischenzeitlich erprobt hat. Wir haben in Stuttgart gute Erfahrungen damit gemacht.

Kontakt:

Georg Schulte-Kemna

Pflaumweg 15

70374 Stuttgart

georg.schulte-kemna@t-online.de