

Gudrun Dobslaw, Petra Gromann, Reinhard Peukert (Hg.)
**Subjektorientierung und außerinstitutionelle
Hilfen in der Psychiatrie**
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 1

Psychiatrie
Verlag 



Gudrun Dobslaw ist Diplom-Psychologin und hat an der Hochschule Fulda die Professur für Rehabilitation im Fachbereich Sozialwesen inne.



Petra Gromann ist Diplom-Soziologin und Professorin für Rehabilitation an der Hochschule Fulda. Sie ist Studiengangsleiterin für den B.A. Soziale Arbeit online und den M.A. Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie.



Reinhard Peukert war bis 2010 Professor für Sozialmedizin und Sozialmanagement an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Er war maßgeblich am Aufbau des Masterstudienganges Gemeindepsychiatrie beteiligt.

Gudrun Dobslaw, Petra Gromann,
Reinhard Peukert (Hg.)

Subjektorientierung und außerinstitutionelle Hilfen in der Psychiatrie

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 1

Psychiatrie
Verlag 

Gudrun Dobslaw, Petra Gromann, Reinhard Peukert (Hg.)
Subjektorientierung und außerinstitutionelle Hilfen in der Psychiatrie
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 1
1. Auflage 2011
ISBN-Print: 978-3-88414-537-1
ISBN-PDF: 978-3-88414-781-8

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen
und ihrer Behandlung im Internet unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2011

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos
von Stephan Brenn, Berlin/www.stephan-brenn.de/VG Bild-Kunst
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag, Bonn
Druck und Bindung: DIP, Witten

Vorab 7

Gudrun Dobslaw, Petra Gromann und Reinhard Peukert

**Subjektorientierung und Unterstützung sozialer Netzwerke
als zentrale Handlungsprinzipien in der Sozialpsychiatrie** 8

Gudrun Dobslaw

**Die Bedeutung des Nonverbalen in der
subjektorientierten psychiatrischen Arbeit** 14

Almut Herforth

**Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener wider Willen?
Zusammenfassung einer empirischen Untersuchung zur beruflichen
Peer-Beteiligung nach abgeschlossener Qualifizierung im Kontext
der Gemeindepsychiatrie in Deutschland, Österreich und der Schweiz** 63

Candy Steinke

**Wie und bei wem fängt die Teilhabe beim
Persönlichen Budget eigentlich an?** 88

Gudrun Dobslaw

Erfolgsgeschichten psychoseerfahrener Menschen 130

Robin Boerma und Birgit Richterich

**Von den Abmeldern lernen!
Statt permanenter Fremdhilfe begleitete Übergänge in Selbsthilfe!** 148

Reinhard Peukert

Vorab

Mit diesem ersten Band wird der Grundstein gelegt für die neue Reihe »Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie«. Die Idee dazu entstand im Rahmen des bundesweit einzigen Masterstudiengangs Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie, der im Verbund mit den Hochschulen Fulda und RheinMain (vormals Fachhochschule Wiesbaden) 2006 zum ersten Mal an den Start ging. In diesem Jahr wird bereits der 4. Absolventinnen-Jahrgang verabschiedet, und auch hier sind wieder ausgesprochen interessante und qualitativ hochwertige Abschlussarbeiten absehbar.

Um die innovativen Forschungsaktivitäten der bisherigen Absolventinnen auch der breiteren Fachöffentlichkeit zur Kenntnis geben zu können, haben wir uns im Kollegenkreis entschlossen, diese in dem vorliegenden und nun folgenden Bänden in zusammengefasster Form zur Verfügung zu stellen.

Der vorliegende Band umfasst eine Reihe von qualitativen Forschungsprojekten, die alle unter verschiedenen Perspektiven das Thema Subjektorientierung und außerinstitutionelle Netzwerke in der Psychiatrie weiterentwickeln.

Bevor wir jedoch ins Thema einführen und einen kurzen Überblick über die Beiträge geben, gilt unser besonderer Dank vorab den Autorinnen und Autoren und dem Psychiatrie Verlag für die freundliche Unterstützung unseres Projekts und das geduldige Warten auf eine druckfähige Fassung der Beiträge.

Wir tragen dem Genderthema Rechnung, indem wir in den nachfolgenden Texten abwechselnd weibliche oder männliche Formen wählen. Selbstverständlich soll dies keinerlei Diskriminierung darstellen, sondern dient lediglich der besseren Lesbarkeit der Texte.

Gudrun Dobslaw, Petra Gromann und Reinhard Peukert

Subjektorientierung und Unterstützung sozialer Netzwerke als zentrale Handlungsprinzipien in der Sozialpsychiatrie

Gudrun Dobsław

Die Subjektorientierung als zentrales Handlungsprinzip der Sozialpsychiatrie ist das Produkt einer langjährigen Umsetzung von Reformen, deren Wurzeln u. a. in der Psychiatrie-Enquete von 1975 liegen (WIENBERG 2008), aber auch in prominenten sozialpsychiatrischen Ansätzen, wie sie beispielsweise Luc CIOMPI (1994) entwickelt hat. Ihm zufolge ist »Sozialpsychiatrie (...) derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie (die Sozialpsychiatrie; die Hg.in) studiert Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituationen gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein« (CIOMPI 1995, 205).

Politisch wurde diese Sichtweise in den 70er-Jahren im Wesentlichen von Psychiatrie-Erfahrenen selbst auf den Weg gebracht, ihre Ursprünge gehen unter anderem auf das Sozialistische Patientenkollektiv in den 70er-Jahren (SPK 1995) zurück, das sich gegen gesellschaftliche Unterdrückung und Institutionalisierung psychischer Problemlagen wandte. Subjektorientierung und institutionelle Behandlungs- und Unterstützungskontexte werden in diesem Sinne als Gegensatzpaar gehandelt: Im stationären Bereich, sei es in der Klinik oder im stationären Wohnen werden zwangsläufig persönliche Freiheiten eingebüßt, Bedürfnisse und Gewohnheiten müssen den institutionellen Rahmenbedingungen untergeordnet werden. Das kann ganz grundständige Dinge des alltäglichen Lebens betreffen, wie die Frage der eigenen Toilette, des freien Zugangs zum Kühlschrank oder welche Personen morgens mit am Frühstückstisch sitzen (müssen).

Subjektorientiertes professionelles Handeln ist allerdings auch im klinischen Arbeitsfeld möglich. **Almut Herforth** löst in ihrem Beitrag das dichotome Denken auf und eröffnet einen erweiterten Blick auf die Frage, wie Subjektorientierung auch im Klinikkontext umgesetzt werden kann. Sie ordnet den Subjektbegriff historisch, entwicklungspsychologisch und auch gesellschaftspolitisch ein und leitet daraus einen ressourcenorientierten Zugang ab, der als nonverbales Verfahren in der musiktherapeutischen Arbeit seine Umsetzung erfährt.

Den psychisch kranken Menschen mit seinem Erleben, seinen Bedürfnissen und seiner Lebensgeschichte in den Mittelpunkt zu stellen, hat den fachlichen Zugang zum Krankheits- bzw. Störungsbegriff und damit auch die Aufgaben psychosozialer Intervention in allen psychiatrischen Handlungsfeldern entscheidend verändert. Psychisch kranke Menschen werden vom »Krankheitsfall« zum Bürger mit besonderen Lebensschwierigkeiten. Es gilt mit der betreffenden Person gemeinsam ein individuell zugeschnittenes Hilfesetting zu entwickeln, das alle Aspekte der Lebenswelt umfassen kann bzw. soll, und Grundbedürfnisse nach angemessener Wohnung, sinnvoller Betätigung und menschlichen Kontakten und Teilhabe sichern hilft. Dabei nehmen die persönlichen Ziele und subjektiven Lebensentwürfe der betreffenden Personen eine zentrale Rolle ein, sie sollen möglichst selbstbestimmt und unabhängig vom professionellen Hilfesetting umgesetzt werden können. Damit bezieht sich die subjektorientierte Sozialpsychiatrie konzeptionell auf wesentliche Forderungen der Empowermentbewegung, mit Stärkung der Eigenmacht und sozialer Netzwerke (THEUNISSEN 2006).

Empowerment vollzieht sich in allen Lebensbereichen, das Ausüben einer sinnvollen Tätigkeit mit angemessener Entlohnung ist davon ein wesentlicher. **Candy Steinke** geht der Frage nach, welche persönlichen und beruflichen Erfahrungen psychiatrie-erfahrene Personen machen, die nach einem Peer-Qualifizierungsprogramm EX-IN in gemeindepsychiatrischen Tätigkeitsfeldern als Genesungshelferinnen tätig sind. Die Ergebnisse überzeugen und bestätigen eine subjektorientierte Handlungsweise im sozialpsychiatrischen Unterstützungssetting. Peers verfügen nach einer EX-IN-Ausbildung über eine spezifische Kompetenz der Unterstützung ebenfalls psychisch kranker Menschen, die keinen Ersatz, sondern eine sinnvolle Ergänzung zu professionellen Hilfeleistungen darstellt. Als Experten durch Erfahrung können sie als Übersetzer und Reflexionshilfe sowohl für Be-

troffene als auch für professionelle Helferinnen eine wichtige Funktion einnehmen.

Den gesetzlichen Rahmen für die Unterstützung von Selbstbestimmung und Teilhabe bietet seit 2001 das »TeilhabeGesetz« (Sozialgesetzbuch IX) für Menschen mit Behinderung oder solche, die von Behinderung bedroht sind. Besonders hervorzuheben ist die Einführung des Persönlichen Budgets, sowie die Unterstützung von Selbstbestimmung und die Bedeutung nicht-professioneller Hilfen, die bei der Teilhabeplanung ausdrücklich vorrangig vor professionellen Hilfen in den Blick genommen werden sollen.

In der Praxis hat sich diese Erfolg versprechende Möglichkeit der Leistungsgewährung unter weitestgehender Wahrung der Eigenständigkeit und Selbstverantwortung leider nur sehr begrenzt durchgesetzt. Der überwiegende Trend, Persönliche Budgets vor allem im Bereich Freizeit zur Unterstützung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umzusetzen, wird in der Praxis als wenig zielführend erlebt und oftmals belächelt: Wer will allen Ernstes eine Jahreskarte in der »Muckibude« als echte Alternative zu professionellen Hilfen anerkennen? Dass dieses Verständnis von Eins-zu-eins-Übertragung professioneller Hilfen zu einem selbst organisierten nicht-professionellen Hilfesystem viel zu kurz greift, verdeutlicht **Gudrun Dobslaw** in ihrem Beitrag. Aus der Sicht von Budgetnehmerinnen greift die erhoffte Wirkung des Persönlichen Budgets bereits vor der Inanspruchnahme einer geeigneten Maßnahme und bezieht den gesamten Prozess der Beantragung und Suche nach geeigneten Unterstützungsformen mit ein. Handlungsleitend für die Auswahl der Maßnahmen war für die befragten Personen, welche eigenen Interessen und persönlichen Bewältigungsstrategien im Rahmen des Persönlichen Budgets verfolgt werden können, weil sie für den Teilhabeprozess als besonders wirksam eingeschätzt werden.

Der Zugang zur »Störung« selbst kann in der subjektorientierten Sozialpsychiatrie auf systemische Wurzeln zurückgeführt werden. Sie nähert sich dem »gestörten« Denken, Erleben und Handeln nicht vorrangig über die Klassifikation, also die Zuordnung zu einer Störungskategorie, sondern über die Suche nach der besonderen Bedeutung dieser »Störung« in Verbindung mit der persönlichen Konfliktlage einer betreffenden Person in ihrem spezifischen Lebenskontext. Dieser Zugang liefert einen entscheidenden Beitrag zur Innensicht psychotischen Geschehens und der Möglichkeit und auch der Notwendigkeit, diese

Erlebnisse in das alltägliche Erleben und Handeln zu integrieren (vgl. BOCK 2000; BUCK-ZERCHIN 2010).

Konzeptionell findet hier auch ein Rückbezug auf das salutogenetische Modell von Antonovsky statt (ANTONOVSKY & FRANKE 1997), wonach das Kohärenzgefühl einer Person ausschlaggebend für deren Gesundungsprozesse ist. Kohärenz definiert sich darüber, inwieweit eine Person unter Rückbezug auf ihre individuellen Lebensbedingungen in der Lage ist, ein Gefühl von Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit zu entwickeln.

Diesen Aspekt greifen **Robin Boerma** und **Birgit Richterich** in ihrem Beitrag auf und gehen in einer Interviewstudie mit psychoseerfahrenen Menschen der Frage nach, welche Bewältigungsstrategien aus ihrer Sicht besonders erfolgreich bewertet werden. Die Kernannahmen des Gesundheitsmodells von Antonovsky dienen als Filter, um die Aussagen einzuordnen und zu bündeln. Es zeigt sich, dass eine Psychoseerfahrung nicht in jedem Fall von den betreffenden Personen als etwas rein Negatives empfunden wird: Wenn es gelingt, die Erfahrung in vorhandene Lebensentwürfe zu integrieren bzw. diese der Psychoseerfahrung anzupassen, kann sie durchaus als bereichernd und sinngebend erlebt werden.

Die Anforderung an professionelle Helferinnen besteht darin, den Prozess der Kohärenzbildung aus der Perspektive des Nicht-betroffenen-Seins heraus zu unterstützen und dabei so viel Zeit zu geben, wie nötig. Das Ziel sollte sein, psychisch kranke Menschen in ihrer Eigenverantwortung zu stärken bzw. dafür zu sorgen, dass sie möglichst wenig Eigenverantwortung abgeben müssen.

Eine subjektorientierte Sozialpsychiatrie erfordert auch ein verändertes Verständnis von professioneller Rolle und Beziehungsgestaltung mit den Klientinnen (?), Bedarfsberechtigten (?), Kundinnen (?) einher – die passende Begrifflichkeit zu finden, ist bereits schwierig und kennzeichnet einen Teil des bisher nicht gelösten Problems aufseiten der professionellen Helferinnen und ihrer Organisationen (vgl. SCHLEBROWSKI 2008, 47 ff.). Das zeigt sich auch in den nachfolgenden Beiträgen der unterschiedlichen Autorinnen und Autoren, die je nach beruflicher Herkunft und Dienstgeber das Problem der Bezeichnung unterschiedlich lösen.

Die Betroffenen werden in der Interaktion mit (professionellen) Helferinnen von psychisch gestörten Personen zu Bürgern mit Psychoseerfahrungen, die als Experten in eigener Sache den Prozess der Inte-

gration dieser »Störungen« in neue Lebensentwürfe kontinuierlich vollziehen müssen und vollzogen haben. Für die Praxis psychosozialer Interventionen hat dieser Zugang zu psychotischen Erlebnissen insofern einen entscheidenden Einfluss, als der gegenseitige Respekt, die Beachtung der Menschenwürde und die Orientierung an persönlichen Lebensentwürfen konsequent im Blick bleiben.

Bei der methodischen Umsetzung dieser Konzepte kommt der Sozialen Arbeit eine wesentliche Steuerungsfunktion zu, die nicht nur darin besteht, professionelle Hilfen organisieren zu helfen, sondern auch, auf sie möglichst weitgehend und aktiv zu verzichten, wenn nicht-professionelle Hilfesettings greifen. Dieser ureigenste Anspruch an die Soziale Arbeit, sich so bald wie möglich überflüssig zu machen, entwickelt sich in der Praxis zunehmend mehr zum Dilemma zwischen Fachlichkeit, gesellschaftlichem Auftrag und ökonomischem Überlebenskampf der sozialen Dienstleister. KEUPP (2001, 47) sieht hier die Gefahr der »fürsorglichen Belagerung« und die damit verbundene »Enteignung« von Problemlösekompetenzen. **Reinhard Peukert** zeigt in seiner Studie, dass sich anlässlich des Problems einer anstehenden Kostenbeteiligung für Betreutes Wohnen ein auf den zweiten Blick vielleicht gar nicht so erstaunlicher Effekt einstellt: Ein beachtlicher Prozentsatz derjenigen, die sich aufgrund der anstehenden Kostenbeteiligung von den Dienstleistungen des Betreuten Wohnens abgemeldet hat, geht aus diesem Umorientierungsprozess als Gewinner und nicht als Verlierer heraus. In Anbetracht anstehender finanzieller Beteiligungen an den bislang kostenfrei und selbstverständlich erfolgten Hilfeleistungen, wird deren Inanspruchnahme offensichtlich unter anderen Kriterien aufseiten der anspruchsberechtigten Personen geprüft, mit dem Ergebnis, dass außerinstitutionelle Hilfekontexte scheinbar ebenso gut greifen.

In der Gesamtschau auf alle Beiträge dieses Bandes zeigt sich, dass professionelle Unterstützungsleistungen ohne ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit auf die subjektiven Einschätzungen, Erwartungen und Haltungen der Klientinnen nicht sinnvoll sind und scheinbar auch nicht immer in dem gewünschten Maße greifen. Das ist kein ganz neuer Gedanke, denn Klientenorientierung, Passgenauigkeit und ähnliche Grundsätze sind schon seit vielen Jahren aus den Fachkonzeptionen der Gemeindepsychiatrie nicht mehr wegzudenken. Aber wie genau sich dies im Alltag vollzieht, also »im Kleinen« Realität wird, darauf muss zukünftig das professionelle Augenmerk noch stärker ausgerichtet werden.

Literatur

- ANTONOVSKY, Aaron; FRANKE, Alexa (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- BOCK, Thomas (2000): Es ist normal, verschieden zu sein. Psycho-soziale Arbeitshilfen Nr. 10. Bonn
- BUCK-ZERCHIN, Dorothea S. (2010): Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung. Neumünster
- CIOMPI, Luc (1994): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung zur Schizophrenieforschung. Stuttgart
- CIOMPI, Luc (1995): Sozialpsychiatrie heute – Was ist das? In: FINZEN, Asmus; HOFFMAN-RICHTER, Ulrike: Was ist Sozialpsychiatrie. Bonn
- GRUNDL, Wolfgang (2009): Rezension vom 11.01.2009 zu: Reinhard Lütjen: Psychosen verstehen. Psychiatrie Verlag, Bonn, 2007. 226 Seiten. ISBN 978-3-88414-433-6. In: socialnet Rezensionen, ISSN 2190-9245. <http://www.socialnet.de/rezensionen/5948.php> [24.04.2011]
- KEUPP, Heiner (2001): Bürgerschaftliches Engagement: Chance oder Bedrohung für eine gute professionelle Arbeit im psychosozialen Bereich? Journal für Psychologie 3: 47–61
- SPK (1995): Aus der Krankheit eine Waffe machen. Eine Agitationschrift des Sozialistischen Patientenkollektivs an der Universität Heidelberg. Mit einem Vorwort von Jean-Paul Sartre. Mannheim
- THEUNISSEN, Georg; SCHIRBORT, Kerstin (Hg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart
- WIENBERG, Günther (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen 1: 2–13

Die Bedeutung des Nonverbalen in der subjektorientierten psychiatrischen Arbeit

Almut Herforth

Psychiatrische Arbeit bewegt sich stets im Spannungsfeld verschiedenster Kräfte. Im gesellschaftlichen Rahmen hat sie eine ambivalente Funktion (PILLEN 2004). Verschiedene Interessenlagen (ENGELMANN 2000, 21) sowie individuelle und soziale Aspekte (MEIßEL 1998) gilt es zu berücksichtigen, weshalb psychiatrische Arbeit als Balanceakt bezeichnet werden kann (GROSS 1998). In jedem Einzelfall gilt es daher, die verschiedenen im Feld wirksamen Kräfte zu analysieren, um angemessene Antworten finden zu können.

Hier soll versucht werden, aus der Perspektive nonverbaler Therapieformen, insbesondere der Musiktherapie, die eine eigene Sicht auf soziale Zusammenhänge bieten kann, die (sozial)psychiatrische Arbeit zu beleuchten. Aus Sicht der Musiktherapie können die verschiedenen Kräfte im psychiatrischen Bereich sozusagen als »psychosoziales Kammerorchester« (ENGELMANN 2000, 22) betrachtet werden, wodurch die Aufmerksamkeit auf Harmonien und Disharmonien im sozialen Feld – vom zwischenmenschlichen Nahbereich bis hin zum globalen gesellschaftlichen Maßstab gelenkt wird.

Die Musiktherapie hat kein eigenes Menschenbild oder eine eigene Krankheitslehre; verschiedene musiktherapeutische Strömungen lehnen sich an verschiedene psychotherapeutische Schulen an (ENGELMANN 2000, 152; vgl. SMEIJSTERS 1994). Die Klammer, die all dies aus Sicht der Musiktherapeuten zusammenhält, ist die Musik (vgl. SMEIJSTERS 1994; SMEIJSTERS 2006, 100f.). So liegt es aus dieser Sicht nahe, eine integrative Sicht auf die verschiedenen theoretischen Konzepte zu entwickeln.

Sucht man auf diese Weise integrativ nach »Passungen« und Zusammenhängen verschiedener theoretischer psychiatrischer Konzepte und Therapieschulen, erreicht man unweigerlich die Frage danach, was

den Menschen in seinem Innersten ausmacht, bzw. nach dem »Grund menschlichen Zusammenlebens« (SCHÄFER 2005, 45; nach Habermas). Menschliche Sehnsucht nach Nähe und Intimität könnte dieser Grund sein. In einer individualisierten Gesellschaft (PILLEN 2004) sind es die libidinösen Kräfte der Menschen, die den sozialen Kitt formieren (KEUPP 2008 nach Erich Fromm).

Die Urform menschlicher Nähe und Intimität ist die nonverbale Kommunikation zwischen einem noch nicht sprechenden Kleinkind und seiner Bezugsperson. Die Sprache, die für dieses frühe subjektive Erleben entwickelt worden ist (STERN 2007, XXXVI), wird zu den verschiedenen psychologischen Modellen und Menschenbildern anschlussfähig, was den fachlichen Austausch untereinander (ebd.) und damit die Entwicklung integrativer Modelle (vgl. PETZOLD 1995) ermöglicht.

Im Folgenden soll gezeigt werden, in welcher Weise Wissen über das frühe nonverbale Leben helfen kann, den Subjektbegriff des subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatzes (HASELMANN 2008) zu präzisieren und auszugestalten.

Am Anfang war das Wort: Von der Antike bis ins Mittelalter

Unser Kommunikationssystem, unser gesamtes soziales Leben ist auf Sprache aufgebaut, zumindest steht diese zentral im Fokus unserer Aufmerksamkeit. Sprache ist es, die den Menschen vom Tier unterscheidet (vgl. HOFFMANN 2004), sie ist Medium all unserer Gedanken und Äußerungen. Über die Sprache, die Kommunikation mit anderen, wachsen wir in die uns umgebende Kultur hinein, werden von ihr geprägt und prägen sie selbst mit. Dieser Prozess beginnt beim Kind mit der Aneignung der ersten Begriffe. Begriffe belegen Gegenstände oder Personen, die bestimmte Eigenschaften aufweisen, mit prägnanten Namen (vgl. STERN 1993, 241 ff.). Die intersubjektiv geteilte sprachliche Begriffswelt ist Voraussetzung für abstrakte menschliche Kommunikation.

Diese herausgehobene Rolle der Sprache steht seit der Zeit der griechischen Philosophen im Zentrum menschlicher Selbstreflexion. Der Mensch gehört für Heraklit (500 v. Chr.) dem »Logos« an (BALLAUF

1983, in: BAUMGARTNER et al. 2005, 33). Hierbei geht es nicht nur um Sprache, sondern um das Hören der Wahrheit und eine entsprechende Haltung der Besonnenheit. Der gebildete Mensch ist es, der um die Wahrheit weiß und den Unterschied von Sein und Schein kennt, weshalb er den Namen »Mensch« für sich beanspruchen darf (ebd.).

Bei Platon (a.a.O., 37 ff.) geht es darum, den Bereich des sinnlich Wahrnehmbaren zu verlassen und in der genuin wissenschaftlichen Betrachtung und Durchdringung der Dinge diese auf allgemeine Relationen ihrer Hypothesen und Denkmodelle zu reduzieren (a.a.O., 37) und dadurch Wahrheit und Klarheit zu finden (ebd.). Zur Entwicklung einer Sprachfähigkeit, die Denkmodelle und Abstraktionsfähigkeit möglich macht, ist Bildung notwendig.

Obwohl Bildung dabei von Platon sowohl emanzipatorisch als auch partizipatorisch gedacht wird (BALLAUF 1983, 37), gilt dies nicht für alle Personen im Staatswesen. Das entsprechende Gesellschaftsmodell ist ein autoritatives: »Immer sind es die Wissenden, die erziehen, die Eltern, die Lehrer, die Gesetzgeber, die Priester, die Geistlichen, die Fürsten, die Räte; oder es sind sogar die ›Besserwissenden‹, die obersten Räte, die Heiligen Offizien, die Heiligen Väter, die Zentralräte, die großen Führer, die Diktatoren, die Revolutionäre, die Expertengremien.« (ebd.) Die Partizipation an Bildung, damit an der Wahrheit und damit an der Macht galt keineswegs für alle, sondern nur für den Mann mit Bürgerrechten – Frauen und Sklaven waren ausgeschlossen (vgl. NOLLER 2005, 5).

Das Christentum, das Mitteleuropa in der Folge stark prägte, deutete den altgriechischen Begriff des »logos« um als Wort Gottes (vgl. BALLAUF 1983, 58; 1. Joh. 1.1.: »Am Anfang war das Wort«), was ein Herrschaftsverhältnis Gottes über die Menschen begründet. So entsteht eine Dualität aus dem Geist, dem absolute Vorrangigkeit zukommt, und der Körperlichkeit, die als »Animalität« abgelehnt wird (a.a.O., 61 f.). Auch diese Tradition hat unser heutiges Menschenbild in hohem Maße mitgeprägt, und sei es in Auseinandersetzung mit oder in Abgrenzung von ihr (vgl. a.a.O., 74 ff.).

Das selbstständige Subjekt der Neuzeit

Die humanistische Bildungstheorie seit dem Ende des 14. Jahrhunderts stellte erneut die Rolle der Sprache und des Dialogs heraus (a. a. O., 67). Antike Philosophen wurden wieder vermehrt rezipiert (Renaissance). Der Gebildete galt nun als das »Werk seiner selbst« im Bewusstsein seiner Geschichtlichkeit (ebd.). Es war das Zeitalter der Entdeckungen und Erfindungen – der Mensch machte die erstaunliche Erfahrung, dass sich der Kosmos berechenbar und verfügbar machen ließ (ebd.). »Je mehr der Mensch aus der Mitte des Kosmos ›herausrollt‹ – im heliozentrischen Weltbild –, desto mehr rückt er in seiner Selbstinterpretation in den Mittelpunkt. Er wird nun zum ›Subjekt‹; er verselbständigt sich als Wille im Gegenbild zu Gott; er räumt sich eine Sonderstellung im Kosmos ein« (ebd.).

Das selbstständige Subjekt der Neuzeit dringt nun auch darauf, seine Individualität als persönliche Eigenart und Unterschiedenheit für sich in Anspruch zu nehmen (BAUMGARTNER et al., 25). Die Individualität muss gepflegt und zur Aufgabe gemacht werden; sie zeigt sich im Lebensstil, in der Art des Redens und Schreibens, des Auftretens und des Umgangs (BALLAUF 1983, 67). Gleichwohl ist der Humanismus nicht elitär; an der entsprechenden Bildung, die als zunehmend wichtig eingeschätzt wird, sollen alle teilhaben (ebd.). Die neue Wissenschaftlichkeit definiert sich durch Objektivität (a. a. O., 69). Der Wissenschaftler als Subjekt soll sich über seine Voraussetzungen im Klaren sein und trennt sich selbst von seinem Forschungsgegenstand. Erkenntnisse sollen allgemein zugänglich und somit intersubjektiv überprüfbar werden (ebd.).

Die sich neu formierende bürgerliche Gesellschaft, die die alten Hierarchien stets mehr infrage stellte, benötigte Rechtfertigungen und Hintergrundphilosophien. Nach Rousseau (1712–1778) sind wir Menschen von Natur aus autonom und stark (BALLAUF 1983, 75), weshalb Erziehung zur Freiheit und zur Gleichheit zu erziehen hat, wobei die Sozialisation, die als verkehrend, degenerierend, pervertierend betrachtet wird, überwunden werden soll (ebd.). Interessanterweise gilt diese Freiheit und Gleichheit bei Rousseau nur für das männliche Individuum: Mädchen sollen völlig in den Rahmen der Gesellschaft und die Familie unter ständiger Rücksicht auf die gesell-

schaftlichen Formen und Normen sozialisiert werden (a. a. O., 78). Die freiheitlichen Konzepte in der Zeit der Aufklärung scheinen wie auch schon in der Antike scheinbar unbemerkt auch mit Ausgrenzung Hand in Hand zu gehen. Es ist eine Definitionsfrage, für wen denn die geforderte Gleichheit gilt.

Die selbstverständliche Zustimmung zur Welt der Bedeutungen und Normen der Gemeinschaft, der man angehört, ist in der modernen Welt verloren gegangen (PILLEN 2004, 4), weshalb in der fortgeschrittenen Moderne versucht wird, eine paradoxe Synthese zwischen der freien Wahl des Einzelnen und der Beheimatung in Gruppen herzustellen. Dies wird zu einer stetigen Quelle von Konflikten (ebd.), und auch die Konstitution des Selbst wird dadurch zu einem fundamental ambivalenten Vorgang (a. a. O., 5).

Auf der anderen Seite verbindet sich mit der Entwicklung aufgeklärter bürgerlicher Gesellschaften die Hoffnung, Gewalt als Mittel zur Lösung von Handlungskonflikten historisch durch den Modus vernünftiger Einigung der Bürger abzulösen (SCHÄFER 2005, 35). Nach Habermas ist es das Ziel kommunikativen Handelns, zu einer Verständigung zu kommen (ebd.), wobei die dafür notwendige kommunikative Vernunft bereits in die logische Struktur von Sprache eingebaut sei (BAUMGARTNER et al. 2005, 218). Wenn dann das kommunikative Einverständnis »zu bröckeln beginnt« (SCHÄFER 2005, 38), können die Geltungsansprüche (Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Legitimität) explizit thematisiert werden, womit ein Diskurs eröffnet wird, durch den versucht wird, »ein problematisiertes Einverständnis durch Begründung wiederherzustellen« (ebd.).

Eine solche wissenschaftlich reflektierte (a. a. O., 42) und »metakommunikative« Überprüfung setzt Maßstäbe voraus, an denen kommunikative Handlungen gemessen werden können« (a. a. O., 41). Ziel ist ein diskursiv herbeigeführtes, begründetes Einverständnis, das sich wiederum zu einem traditionell vorgegebenen Einverständnis verfestigen kann (a. a. O., 39). So sollen in einem auf Verständigung orientierten »herrschaftsfreien Diskurs« die gesellschaftlichen Strukturen verhandelt werden, die individuelle Freiheit und Selbstbestimmung ermöglichen (BAUMGARTNER et al., 222), wobei »der zwanglose Zwang des besseren Arguments« gelten soll (SCHÄFER 2005, 43). Ein Diskurs kann dabei aber immer nur »Konsens« erzeugen, niemals »Wahrheit« (vgl. BAUMGARTNER et al. 2005, 130).

Habermas entwickelt eine optimistische Sicht der modernen Gesellschaft (a. a. O., 45). Er ist zuversichtlich, »dass die Kräfte der kommunikativen Lebenswelt sich als so stark erweisen werden, die Attacken der zweckrational organisierten Subsysteme der Gesellschaft nicht nur auszuhalten, sondern in kommunikativen Prozessen der Verständigung den Grund menschlichen Zusammenlebens immer wieder neu zu entdecken« (ebd.).

Deutlich wird an dieser Stelle aber auch, welche persönlichen und kommunikativen Anforderungen dabei an das Subjekt gestellt werden. Hinzu kommt für das Individuum in der modernen Gesellschaft das Erfordernis, die eigene Identität selbst herzustellen (PILLEN 2004, 4), und das in einem »gesellschaftlichen Raum, der in Tat und Wahrheit keineswegs so offen ist, wie die Ideologie der Individualisierung vorgibt« (ebd.), weshalb die Individuen über die Fähigkeit verfügen müssen, sich selbst zu disziplinieren und zu regulieren (a. a. O., 5; vgl. REKER 2004). Dies geschieht dadurch, dass die Zwangsstrukturen nicht mehr als äußere Begrenzungen der Freiheit sichtbar, sondern durch Internalisierung im Inneren der Subjekte wirksam werden und so als Teil des Ichs erscheinen (PILLEN 2004, 5).

Der Aufstieg der subjektorientierten Perspektive in der Psychiatrie

Diese fundamentale Ambivalenz des Selbst in der modernen Gesellschaft findet seine Entsprechung in der Ambivalenz der Psychiatrie (PILLEN 2004, 5). »Von der Seite der Rationalität aus gesehen, ist sie für diejenigen zuständig, die den komplexen und widersprüchlichen Anforderungen der Identitätsbildung bzw. der Aufrechterhaltung des Selbst nicht gewachsen sind. Von der Seite des Anderen der Vernunft aus gesehen, treibt sie das Projekt der Rationalisierung unerbittlich weiter voran.« (ebd.)

Leitfunktion der Anstaltspsychiatrie war von Anfang an die Disziplinierung psychisch Kranker und ihre Ausgrenzung aus dem Leben der Gesellschaft (ELGETI 2001). »Im Unterschied zur Justiz, die bei ihren Verfahren dazu verpflichtet war, ein komplexes Regelwerk von Gesetzen und Vorschriften zu beachten, war es den Instanzen der In-

ternierung möglich, direkt und ohne Verfahren auf all jene Elemente zuzugreifen, die die Ordnungs- und Moralvorstellungen der sich gerade konstituierenden bürgerlichen Gesellschaft zu bedrohen schienen.« (PILLEN 2004, 6) Zusätzlich war ihr Auftrag, »eine Sanktionsmöglichkeit der Gesellschaft zu symbolisieren für den Fall, dass Individuen auf die Idee kommen sollten, gegen die Moral- und Ordnungsvorstellungen der Zeit zu verstoßen« (ebd.; BOSSHARD et al. 2007, 27). Dieser durch und durch ethisch angelegte Raum der Internierung wurde erst später in einen therapeutischen Raum transformiert (PILLEN 2004, 6), vermutlich deshalb, weil die Internierungspraxis unter einen immer stärkeren Legitimierungsdruck geriet.

Im Mittelpunkt der Bestrebungen der Sozialpsychiatrie seit den 60er-Jahren des 20. Jh. im »Zeitalter der Konzepte« (ENGELMANN 2000, 14 f.) stand die Verbesserung von materiellen Grundlagen und sozialen Lebenswelten (a. a. O., 10). Das Innenleben der Patienten, deren Subjektivität und Subjekthaftigkeit blieb von der Sozialpsychiatrie zunächst unbeachtet (ebd.). Als Gegenmodell zur paternalistischen Psychiatrie prägte allerdings das humanistische Menschenbild ganze Generationen von Helfern, bei dem »der selbstbestimmte, seine Interessen wahrende Patient mit einer eigenen subjektiven Haltung, dem mit Wertschätzung zu begegnen sei« (RAHN 2004), im Mittelpunkt stand (ebd.).

In den Blick der Sozialpsychiatrie geriet das Subjekt in den 1990er-Jahren insbesondere durch Elemente der Selbsthilfe (KATSCHNIG 1998). Psychiatrie-Erfahrene brachten sich mit Gründung ihres Verbandes selbst in die Diskussion ein. Gleichzeitig wurde mit den Psychose-Seminaren ein Forum des dialogischen Austausches zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Fachkräften »auf gleicher Augenhöhe« geschaffen (BOCK 2004). Damit tauchte ein neues Moment in der Diskussion auf: Auch psychiatrisch und psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Menschen sind vor allem anderen erst einmal mündige Bürger (TRENCKMANN 2002); die Beziehung zwischen Helfer und Patient/Klient wandelt sich damit zu einer Subjekt-Subjekt-Beziehung (vgl. DÖRNER 2004 a).

Das hier aufscheinende Subjekt des selbstständigen, aufgeklärten Bürgers, des »Experten in eigener Sache«, »aufgeladen mit dem westlichen Verständnis des aus den sozialen Bezügen herausgelösten autonomen Individuums« (RAHN 2004), ist wirklich zu begrüßen. Dennoch geht

es dabei um die Ermöglichung von Subjektivität, ohne sie schon zu verstehen (ENGELMANN 2000, 32). ENGELMANN (2000, 33) fordert daher ein Einbeziehen psychodynamischer Dimensionen. Erst durch die Berücksichtigung innerpsychischer Ebenen sei das bio-psycho-soziale Dreieck der Psychiatrie komplett (a. a. O., 30; vgl. MENTZOS 1998). In jedem Fall wirft dieser Gedanke ein Licht auf die Theoriearmut sowohl der biologischen als auch der sozialpsychiatrischen Tradition. Zum Beispiel rät DÖRNER (2004a) zu Theorieverzicht: »Nur über theoretische Abrüstung (was vollständig nie gelingt) war es möglich, dass wir uns phänomenologisch dem anderen in seiner Andersheit, in seiner Fremdheit aussetzen konnten.« Auch Kraepelin hatte seinerzeit schon Theoriefreiheit gefordert (HOFF 2004). Psychische Krankheit ohne Krankheitstheorie bleibt allerdings nicht verstehbar, und damit fehlt auch das Verständnis für innerpsychische und soziale Realitäten. Aus Sicht der Sozialen Arbeit fordert z. B. CREFELD (2003) ausdrücklich die Entwicklung orientierender theoretischer Ansätze für die psychiatrische Arbeit.

Subjektivität und Objektivität

Die Begriffe »Subjekt« und »Objekt« unterliegen im psychiatrischen Bereich einer geradezu verwirrenden und zudem noch mit vielfältigen Wertungen verbundenen Bedeutungsvielfalt (HOFF 2004). Grundlage sind verschiedene und teilweise widersprüchliche erkenntnistheoretische Modelle, die gleichermaßen beanspruchen, Aussagen über das Fachgebiet zu treffen.

Im (natur)wissenschaftlichen Modell untersucht ein Forschensubjekt ein Forschungsobjekt (vgl. HOFF 2004, 120). Es werden Hypothesen über den Forschungsgegenstand gebildet und zu falsifizieren versucht (BAUMGARTNER et al. 2005, 170 ff.). Der Begründungszusammenhang sollte dabei möglichst objektiv und wertneutral erfolgen (a. a. O., 173) und der leitende wissenschaftliche Wert ist die Wahrheit (POPPER in HEID 2005, 209). Auch Objektivität, Relevanz, Einfachheit sind wissenschaftliche Werte (a. a. O., 210), die von außerwissenschaftlichen Fragen zu trennen sind (ebd.). Möglichst objektive Daten zu bekommen, ist wichtig für die Entwicklung von Behandlungsmethoden,

die dem Patienten wirklich nutzen (vgl. AMERING, SCHMOLKE 2007, 148 ff.); epidemiologische Studien helfen, die Prognose einer psychischen Erkrankung, die oftmals günstiger ist als man annimmt, einzuschätzen (a. a. O., 21 ff.).

Besonderheiten im Wesen psychischer Erkrankungen lassen eine Anpassung an Krankheits- und Behandlungsmodelle der somatischen Medizin allerdings nur bedingt zu (SPANCKEN 2001). So kann der körperlich Kranke als Person eine gewisse objektivierende Distanz zu dem gewinnen, was »seine Krankheit« ist (ebd.). Diese objektivierende Distanz der »Krankheit« gegenüber herzustellen, steht oftmals im Mittelpunkt von Diskussionen um Krankheitseinsicht (vgl. AMERING, SCHMOLKE 2007, 36 ff.). Es scheint, als solle der Patient angeregt werden, in sich selbst eine Spaltung vorzunehmen aus dem beobachtenden, vernünftigen, mit dem Arzt kommunizierenden Subjekt und der als Objekt zu beobachtenden und zu vermindern Symptomatik (vgl. a. a. O., 39), um damit die wissenschaftlich arbeitende Perspektive des Arztes zu übernehmen.

Objektivierende psychiatrische Forschung muss sich daher im Klaren sein, dass sie nur Ausschnitte des Gesamtgeschehens erfassen kann (HOFF 2004, 120). Die Möglichkeiten und Grenzen beider Zugänge, des subjektorientierten wie des objektorientierten, sind kritisch in die Forschungspraxis zu integrieren (ebd.). Auch die vielfältigen Erkenntnisse aktueller Forschung sprechen für eine Integration verschiedener Ansätze (vgl. BOCK, DÖRNER 2004; AMERING, SCHMOLKE 2007).

Die Subjektorientierung in der Psychiatrie begann damit, dass sich Psychiatrie-Erfahrene als Subjekte über Selbsthilfebewegungen selbst ins Spiel brachten. Hier geht es um Bürgerrechte, um das Recht auf eigene Perspektiven; aus Sicht der professionellen Helfer geht es damit zunächst um das ethische Argument, den Patienten, Klienten als Subjekt und Bürger ernst zu nehmen. Aber auch aus therapeutischen Gründen gibt es Argumente, die Subjektivität zu beachten (vgl. ENGELMANN 2000, 31). Die scheinbar so objektiv zu beurteilenden Symptome können nur aus den sprachlichen Äußerungen des Patienten erschlossen werden; auch die erlebte Belastung durch die Beschwerden ist vollkommen subjektiv. Psychische Gesundheit als Ziel therapeutischer Bemühungen korreliert zudem stark mit subjektiven Einstellungen wie z. B. dem Kohärenzgefühl (BENGEL 2001, 44) des Salutogenese-Konzepts (ANTONOVSKY 1997). Ziel der Therapie psychischer Störungen ist es immer, Subjektivität zu beeinflussen.

Der subjektorientierte sozialpsychiatrische Ansatz

Bei der Beschäftigung mit dem subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatz (HASELMANN 2008) ist zu beachten, dass die Sozialpsychiatrie sich »dezidiert als Protest- und Gegenbewegung zur sogenannten Anstaltspsychiatrie und dem medizinzentrierten Paradigma« (a. a. O., 13) entwickelt hat, und sich »auch heute noch oder heute wieder in Abgrenzung zur biologischen Psychiatrie und ihren Behandlungsformen konturiert« (ebd.). Sie geht aus von philosophischen und anthropologischen Prämissen, beruft sich auf »Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit, Normalität und Abweichung (...), die sich von einem vorwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten (medizinischen) Krankheitsmodell unterscheiden« (ebd.) und daher auch grundsätzlich andere Umgangsformen mit den als psychisch krank bezeichneten Menschen nahelegen (ebd.).

Gemäß geisteswissenschaftlicher Tradition (HOFF 2004, 116) stellt der subjektorientierte Ansatz das Sinnverstehen des Erlebens der Psychose in den Mittelpunkt. Thematische Inhalte der Psychose werden dabei gemeinsam mit dem Klienten in Zusammenhang mit der persönlichen Lebensgeschichte gebracht, um so eine entsprechende Sinnbildung zu konstruieren (HASELMANN 2008, 148). Ein entsprechender Zugang wird von Psychiatrie-Erfahrenen (z. B. BUCK 2004; LORENZ 2007) eingefordert. Drei Verstehenszugänge zur Psychose, nämlich die Ähnlichkeit des Psychoseerlebens mit dem Traum, das »Konzept des ungeliebten Lebens« und die Psychose als Flucht (a. a. O., 185) ermöglichen dem Praktiker die Orientierung. Die Psychose wird damit nicht nur als Zusammenbruch psychischer Funktionen, sondern ebenso als subjektiver Lösungs-, Bewältigungs- und Anpassungsversuch angesehen (LÜTJEN 2007, 8; HASELMANN 2008, 91).

Im Zentrum des Menschenbildes der subjektorientierten Arbeit steht »das Subjekt in Austausch und Interaktion« (KRISOR 2005 in HASELMANN 2008, 89). Grundsätzlich wird besonders auf die Interaktionen, also auf den Beziehungsaspekt geachtet (a. a. O., 91). Menschliches Handeln wird in jedem Falle als subjektiv begründet angesehen (LÜTJEN 2008), weshalb sich die Arbeit im Psychiatriebereich an der alltäglichen Lebenswelt der Betroffenen, ihrer Subjektivität, ihren Be-

dürfnissen und Ressourcen zu orientieren hat (HASELMANN 2008, 46). Hier scheint eine fast vollständige Übereinstimmung der sozialpsychiatrischen Ziele mit den alltags- und lebensweltorientierten Zielen der Sozialen Arbeit zu bestehen (OBERT 2003, 5 ff.).

Grundsätzlich stellt die subjektorientierte Sozialpsychiatrie die Begegnung zwischen den Professionellen und den Psychose- und anderen Psychiatrie-Erfahrenen ins Zentrum der psychosozialen Arbeit, setzt auf den Dialog zwischen grundsätzlich gleichwertigen Gesprächspartnern und ein Zusammenhandeln mit den Klienten, statt auf eine Behandlung durch sogenannte Experten (HASELMANN 2008, 13 f.). Begegnung ist dadurch gekennzeichnet, »dass wechselseitig bei den Beteiligten Gefühle ausgelöst werden« (a. a. O., 122). Die Aufgabe des professionellen Helfers ist es, diese Gefühle wahrzunehmen und dem anderen »in einer Art und Weise mitzuteilen, dass er seinerseits versuchen kann, damit etwas anzufangen« (ebd., nach DÖRNER, PLOG 1996). DÖRNER und PLOG (2000) gebrauchen dafür als theoretisches Gerüst die aus der psychodynamischen Theorie stammenden Termini der Übertragung und Gegenübertragung (vgl. ENGELMANN 2000, 79; RUDOLF 1996, 329). Hier gibt allerdings kein unpersönlicher Analytiker dem Analysanden seine Deutungen zur Kenntnis. Es geht um die Herstellung einer »normalen Beziehung«, um »Normalität in der Begegnung« (a. a. O., 125), indem die grundsätzliche Gegenseitigkeit in der Beziehung betont wird (HASELMANN 2008, 122). Auf diese Weise kommt es zum Einbezug der Subjektivität des betreffenden professionellen Helfers, der dabei selbst als Person, Subjekt und Beziehungspartner kenntlich wird (vgl. ENGELMANN 2000, 79; DÖRNER 2004 a, b), um dies für den therapeutischen Prozess zu nutzen (vgl. ENGELMANN 2000, 79; HELTZEL 1998).

Ziel des Begegnungsansatzes ist es, »dass Klienten erfahren, ihre Symptome nicht länger ausgrenzen oder abspalten zu müssen, sondern integrieren zu können« (HASELMANN 2008, 121 nach DÖRNER, PLOG 1996). Die vermeintliche Spaltung des Klientensubjekts in das rationale Ich und »die Krankheit« kann aufgehoben werden in der Perspektive eines ganzen Menschen in Beziehung zu einem anderen. Die ebenfalls ganzheitliche Perspektive des Helfers schafft auf einem höheren, professionellen Abstraktionsniveau die Integration aus objektivierenden und subjektiven Subjektanteilen.

In der Klient-Helfer-Beziehung kann es sich trotz der Verwirklichung des Normalisierungsprinzips (RIEBER 2003, 21; BOSSHARD et

al. 1999, 15) nicht um die Begegnung individueller Privatpersonen handeln, sondern es kommt bei beiden Beteiligten zur Übernahme der damit verbundenen sozialen Rollen. Insbesondere der Helfer ist durch diese Funktion bestimmt; der Einbezug seiner eigenen Subjektivität geschieht einzig im Rahmen seiner professionellen Haltung. Hieraus ergibt sich vonseiten des Helfers eine doppelte Perspektive: Auf der Subjekt-Subjekt-Ebene stellt er sich als Beziehungspartner in einer gleichwertigen Beziehung zur Verfügung. Gleichzeitig erfordert seine Professionalität eine objektivierende und verantwortungsvolle Einschätzung der Lage.

Diese Beziehungsperspektive stellt hohe Anforderungen an die Professionalität der betreffenden Fachkraft, im Sinne von Reflexionsfähigkeit und Empathievermögen, und beinhaltet daher weit mehr als eine »Abgabe von Expertenmacht« (z. B. AMERING, SCHMOLKE 2007, 37). Vielmehr müssen auf dieser Ebene Verantwortungsbereiche stets aufs Neue ausgehandelt werden (RAHN 2004), wobei eine flexible Beziehungsgestaltung entsteht, in der Subjekt-Subjekt-, Subjekt-Objekt- und auch Objekt-Subjekt-Ebenen möglich werden (DÖRNER 2004a). Dies kann auch den professionellen Helfer mit eigener Machtlosigkeit konfrontieren, was ausgehalten und verarbeitet werden muss. Dennoch verbleibt aufgrund der professionellen Rolle die Verantwortung für die Einschätzung und Gestaltung der Beziehung beim Helfer. Somit ist es für den Helfer wichtig, auch die eigenen persönlichen Grenzen, und damit wiederum aus objektivierender professioneller Einschätzung heraus die eigene Subjektivität zu beachten. In der Beziehung zwischen Klienten/Patienten und professionellem Helfer geht es um »das fortgesetzte Spannungsverhältnis zwischen verschiedenen subjektiven Energien, das stabil gehalten werden muss, wenn nicht die Seite der Klienten- oder die der Mitarbeitersubjektivität zu kurz kommen soll« (ENGELMANN 2000, 21). Subjektivität ist dabei ein Zustand, in dem sich alle Menschen ständig befinden (LÜTJEN 2008), was entweder bewusst und reflektiert einbezogen werden kann »oder man ist denselben Einflüssen unbewusst unterworfen« (ENGELMANN 2000, 24).

Hinsichtlich ihrer theoretischen Bezüge sind die subjektorientierten Ansätze nicht ganz klar konturiert (HASELMANN 2008, 19). Es mangelt bisher an einer expliziten Theorie des Subjekts, »welche – nicht-individualistisch – sowohl Sozialität wie Subjektivität des Menschen zu beschreiben vermag« (a. a. O., 20). DÖRNER (2004a) fordert zwar

gerade »theoretische Abrüstung«, um sich dem Subjekt in seiner Fremdheit voraussetzungslos zuwenden zu können; dennoch ist wohl HASELMANN (2008, 186) zuzustimmen, wenn sie meint, dass subjektorientierte Arbeit ohne einen strukturierenden Orientierungsrahmen dazu führen kann, dass Helfende Gefahr laufen, sich »mit ihren eigenen Geschichten in die Geschichten der Klienten mit hinein zu verstricken«, was für die Klienten nicht unbedingt hilfreich wäre und für die Helfenden mit Überforderungsgefühlen verbunden sein könnte. Verschiedene theoretische Ansätze zum subjektorientierten Verstehen von Psychosen gibt es bereits (ebd.; LÜTJEN 2007).

Problematisch am Begegnungsansatz ist außerdem, dass die Gütekriterien zur Bewertung der Arbeit unklar bleiben (HASELMANN 2008, 191), wenn »Begegnung« als einziges Ziel professioneller Arbeit angesehen wird. Damit wird das Gutmensch-Sein in den Mittelpunkt gerückt, wodurch einer »Beliebigkeit des Handelns« Vorschub geleistet wird (ebd. nach Simon). So scheint die Begründung des sozialpsychiatrischen Ansatzes auch eher ethisch als therapeutisch, wenn immer wieder die Abgrenzung zu »klassischer Psychiatrie« (z. B. HASELMANN 2008, 29) betont wird. Diese Haltung ist im Bewusstsein der furchtbaren Ereignisse im Deutschland der Nazizeit verständlich. Die Kontrollfunktion auch der Sozialpsychiatrie und damit des einzelnen Mitarbeiters (vgl. PILLEN 2004; FINZEN 2008) wird dadurch allerdings tabuisiert, was dazu führen kann, dass Kontrollmaßnahmen als Hilfe umgedeutet werden (HASELMANN 2008, 192), was Psychiatrie-Erfahrene als verlogen empfinden könnten. Auf Mitarbeiterseite kann die damit verbundene Unmöglichkeit, wirkliche Übereinstimmung mit den ethischen Zielen zu erreichen, zum Ausbrennen führen (vgl. a. a. O., 193 f.).

Der Therapiebegriff

Der Therapiebegriff soll hier anhand des verwendeten Subjektbegriffs ausgeleuchtet werden. Der Subjektbegriff ist eng verwandt mit dem Begriff der Person, wobei der Subjektbegriff eher die Eigenständigkeit des Subjekts betont, und der Begriff der Person eher das der individuellen Persönlichkeit.

Hier unterscheidet DEBUS (2003) zwei verschiedene persönlichkeits-theoretische Auffassungen, die mit jeweils unterschiedlichen Therapie-begriffen verbunden sind. Auf der einen Seite wird die Person verstan-den als ein »in der persönlichen Biografie Gewordenes« (ebd.), das in der Anamnese rückblickend erschlossen und Debus zufolge als Aus-gangspunkt für psychotherapeutische Behandlungsformen nach dem interventionistischen Modell wird. Der zweite Begriff von Person ist »dynamischer, prozesshaft, ein Entwurf in die Zukunft« (ebd.). Hier konstituiert sich die Person »quasi im Vorgriff« selbst, kann sich wie-der verwerfen, um sich wieder neu zu konstituieren. Damit verbunden ist ein Therapieverständnis, das sich als Bereitstellung eines »Möglich-keitsraumes« zur Selbstinszenierung der Person versteht. Im ersten Fall soll die Person durch die Intervention geheilt werden, im zweiten Fall heilt sie sich mit den Mitteln dieses bereitgestellten Raumes selbst (vgl. ebd.). Es stellt sich lt. Debus die Frage, ob diese beiden Begriffe von Person und damit von Therapie zusammen passen oder sich gegensei-tig ausschließen.

Zu fragen ist auch, ob psychotherapeutische Behandlungsformen in jedem Falle rein interventionistisch ausgerichtet sind. Auf die medi-zinische, also ärztliche Sicht dürfte dies zutreffen. Verschiedene Psy-chotherapieformen (kognitiv, tiefenpsychologisch, gesprächsthera-peutisch, systemisch etc.) dürften dagegen je nach »Schule« durchaus Räume zur Selbstexploration und Selbstentwicklung eröffnen.

Obwohl also die Unterscheidung zwischen beiden Begriffen von The-rapie zur Präzisierung der Zielstellungen therapeutischer Arbeit sehr wichtig und hilfreich erscheint, dürften sich beide Verständnisse der Per-son entsprechend der unterschiedlichen Versorgungskulturen (SCHÜR-MANN 1997 in AMERING, SCHMOLKE 2007), die sowohl in klinischen als auch psychosozialen Kontexten angetroffen werden (HASELMANN 2008, 32 ff.; 90), in der Praxis vielfach mischen und überschneiden, sodass beide Sichtweisen von Person nicht gänzlich unvereinbar er-scheinen. Im Rahmen der Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams bringt zudem jede Berufsgruppe das ihr eigene Personenver-ständnis ein, was dem Patienten und der Klientin in Auseinanderset-zung mit verschiedenen Beziehungspartnern und Weltansichten bereits einen »Möglichkeitenraum« zur Selbstexploration eröffnen kann.

Professionelles Handeln im Bereich der Psychiatrie ist aufgrund der ambivalenten Auftragslage immer in Gefahr, »einer instrumentellen

Logik zu folgen und/oder den Betroffenen Kriterien des richtigen Lebens vorzugeben« (KEUPP 1998, 221). Außerdem ist Therapie ohne Mitarbeit, also Eigenmotivation des zu Therapierenden, und sei es, dass er nur die verordneten Medikamente nehmen muss, schwer möglich (vgl. KATSCHNIG 1998, 83). Es muss also darum gehen, die Ziele des Betreffenden mit den Zielen der Behandler, Betreuer in Einklang zu bringen, und dafür müssen diese zunächst in Erfahrung gebracht werden (vgl. GROMANN 2003). Dadurch dass der Prozess des Verstehens und der Verständigung unmittelbar an der Subjektivität, damit an der Psyche des Betreffenden ansetzt, erhält schon die Diskussion über Therapie und mögliche Hilfen und die scheinbar alltägliche Beziehungsgestaltung unmittelbar therapeutischen Charakter (vgl. GROMANN 2006; ENGELMANN 2000, 38 f.).

Hier entsteht nun der von DEBUS (2003) als Konsequenz des postmodern, dynamisch und prozesshaft als Entwurf in die Zukunft gedachten Personenverständnisses entworfene therapeutische »Möglichkeitsraum«, in dem Bedingungen erzeugt werden, »die den sich selbst entwerfenden Kräften der Person angepasst sind und ihnen die Möglichkeit zur Selbstinszenierung (...) verschafft« (ebd.; vgl. KEUPP 1998, 237). Die Subjektivität der Person tritt als Teil des psychiatrischen Prozesses in ein Verhältnis mit der Kompetenz der Mitarbeiter (ENGELMANN 2000, 31). Letztlich geht es um den Ausdruck und die Entwicklung von Lebendigkeit, um Möglichkeiten und Utopien (GROMANN 2003), und damit um den vielleicht lange verschütteten »Lebensfunken«, das eigene Selbst.

Der Einbezug des Nonverbalen in die subjektorientierte Arbeit

Hintergrund für den Einbezug der nonverbalen Schicht des menschlichen Subjektes ist ein Subjektverständnis, das den »affektiven Kern« (EMDE 1997) des Menschen einschließt. Es ist das Affektleben, das der individuellen Erfahrung bei aller Veränderung Kontinuität gibt (a. a. O., 297). Es war die Säuglingsforschung, die gezeigt hat, dass das Empfinden eines vom anderen getrennten Selbst sowie das Empfinden des Selbst in Gemeinschaft mit einem anderen bereits weit vor dem

Spracherwerb erfolgt (STERN 1993). Die für die somit bereits ebenso früh einsetzende Subjektivität des Menschen notwendigen intersubjektiven Erfahrungen (vgl. ebd.) werden damit rein nonverbal vermittelt. Da die früh erworbenen Selbstempfindungen, wenn sie auch in den Hintergrund treten mögen, im Erwachsenenleben voll erhalten bleiben (STERN 2007, XX; vgl. HUPPERTZ 2004), lohnt ein Blick in die Säuglingszeit, um das nonverbale Erleben und die damit zusammenhängenden sozialen Prozesse sozusagen »in Reinkultur« besichtigen zu können.

Die innere Unterscheidung zwischen dem Selbst und dem anderen im Sinne eines »Kern-Selbst« (STERN 1993, 104 ff.) scheint von Anfang des Lebens an zu bestehen (STERN 2007, III; XX). Ebenso ist der Mensch in seiner Entwicklung ab der Embryonalzeit immer nur im Rahmen seines sozialen Kontextes (PETZOLD 1995, 344), also in Gemeinschaft mit einem anderen (STERN 2007, XV; XX) zu beschreiben. STERN (2003) schließt dabei u. a. an Wygotski (a. a. O., 184; 241 ff.) an, der schon zu Beginn des 20. Jh. annahm, dass sich »das Subjekt im Ergebnis seiner aktiven Einbindung in die soziale, zwischenmenschliche und kommunikative Praxis bildet« (HASELMANN 2008, 186). Haselmann schlägt vor, Wygotskis nichtindividualistische Subjekttheorie als Ausgangspunkt einer zu formierenden Subjekttheorie des subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatzes zu verwenden. Das Modell der Säuglingsforschung, das von derselben theoretischen Grundannahme ausgeht und diese empirisch nachprüft, könnte so im Sinne einer entwicklungs-theoretischen und damit auch anthropologischen Grundlage in idealer Weise mit dem subjektorientierten Ansatz verbunden werden.

Die wichtigsten Beobachtungen der Säuglingsforschung betreffen die im Gegensatz zu psychoanalytischen Theorien stehenden erstaunlichen Fähigkeiten sehr kleiner Kinder (STERN 1993, 62 ff.). Von Geburt an suchen diese nach sensorischer Stimulierung und haben deutliche Vorlieben und Abneigungen im Hinblick auf Sinneseindrücke, die sie aufnehmen wollen (a. a. O., 66 f.). Es scheint von Geburt an ein zentrales Bedürfnis zu sein, Hypothesen über das, was in der Welt geschieht, zu bilden und zu prüfen, indem neue Erfahrungen mit früheren verglichen werden (a. a. O., 67). Dabei lassen sich affektive und kognitive Prozesse nicht ohne Weiteres trennen, da das Lernen selbstmotiviert und affektgeladen ist und andererseits auch intensive affektive Erlebnisse unter o. g. Wiedererkennungsprozesse fallen (ebd.). Unter affektivem

Gesichtspunkt ist zu beachten, dass Neugier, Erkunden und Lernen mit positiven Emotionen verknüpft sind und dass diese wiederum das entsprechende Verhalten verstärken (EMDE 1997; 1995).

Das Empfinden des intersubjektiven Selbst ab dem Alter von neun Monaten (STERN 2007, XX), das es möglich macht, die inneren subjektiven Erfahrungen, den Inhalt der Gefühle und Gedanken mit anderen zu teilen (STERN 1993, 179 ff.), ist die Grundlage für das menschliche Verlangen eines »wechselseitigen Sichanvertrauens«, das sich zu einer »starken Antriebskraft entwickeln« und als »Bedürfniszustand empfunden« werden kann (a. a. O., 181). So kann auch die Verweigerung psychischer Intimität ungemein intensiv erlebt werden (ebd.), und auch die Fragen der Einbindung in die menschliche Gemeinschaft oder auch die psychische Isolation haben hier ihren Ursprung (a. a. O., 182), was als von großer Bedeutung für den subjektorientierten Ansatz erscheint. Für die Anwendbarkeit der Theorien der Säuglingsforschung in der Arbeit mit Erwachsenen ist die Feststellung Sterns entscheidend, dass die einzelnen Selbstempfindungen (auftauchendes Selbst bis 2. Monat, Kern-Selbst 3. bis 9. Monat, (inter)subjektives Selbst 9. bis 15. Monat, verbales Selbst ab 15. Monat) einander nicht wie in der psychoanalytischen Phasenlehre ablösen, wobei Störungen in den betreffenden Bereichen dann als Regression zu deuten wären, sondern wie Schichten aufeinander aufbauen (STERN 1993, 55). Somit bleiben die betreffenden Bereiche der Bezogenheit und mit ihnen die Welt nonverbalen Erlebens lebenslang erhalten, und auch der evtl. als negativ wertend empfundene Begriff der Regression wird damit zumindest in Hinsicht auf inneres Erleben obsolet.

In Weiterentwicklung und Aktualisierung des betreffenden Modells (STERN 2007) werden nun alle drei präverbalen Selbstempfindungen als Unterkategorien eines von Geburt an vorhandenen nonverbalen Selbst charakterisiert (a. a. O., V). Die damit verbundene Vorstellung eines »sich im Lebenslauf entwickelnden reflexiven Subjekts, das von seinen biographischen Erfahrungen geprägt wird« (PETZOLD 1997, 10) im Sinne des »life span development approach« (ebd.) unter Einbezug nonverbaler Erlebenswelt lässt sich gut mit subjektorientierter Arbeit (HASELMANN 2008; BOSSHARD et al. 2007, 454 ff.) verbinden.

Es erscheint auch interessant, an dieser Stelle zurückzublicken zur philosophischen »phylogenetischen« Entwicklungsgeschichte, um die Unterscheidung zwischen dem »Subjekt« und dem »Subjektiven« noch

präziser fassen zu können. Das Subjekt des neuzeitlichen Denkens wird rational und autonom gedacht; betont wird die Individualität des selbstständigen Menschen. Eine ähnliche Konzeption findet sich auch bei Habermas. In dieser Tradition ist die bürgerrechtliche Begründung des subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatzes (HASELMANN 2008) zu verstehen.

Das innere Erleben, das Subjektive, ist historisch zunächst nur als die objektive Perspektive störend beschrieben worden. Insbesondere schon in der antiken Vorstellungswelt, an die das neuzeitliche Subjektverständnis anknüpft, wird Sprache, und zwar im rein analytischen Sinne, mit Vernunft und einer zu schauenden »Wahrheit« verknüpft, wodurch eine gesellschaftliche Hierarchisierung zwischen den sprachmächtigen, gebildeten männlichen Bürgern und den Menschen ohne diese Bürgerrechte entstand.

Vor dem Hintergrund dieser Denktradition erscheint die von der klassischen Psychoanalyse formulierte menschliche Lebensaufgabe der Separation und Individuation (Freud, Mahler) in einem neuen Licht. Entwicklungsaufgabe des männlichen Kindes innerhalb einer patriarchalischen Gesellschaft seit Plato ist es in der Tat, sich von der liebevollen Welt der Mutter zu trennen, um in die Männerwelt einzutreten. Damit werden im Patriarchat (noch nicht lange her) Subjektstatus bzw. die Bürgerrechte erworben, während die Frau in der Welt der Nahbeziehungen und damit auch des nonverbalen Lebens verbleibt, damit aber keine Chance hat, den bürgerrechtlichen Subjektstatus zu erlangen. Damit scheint es, als würden das »Subjekt« und das »Subjektive«, so ähnlich die beiden Worte erscheinen, doch völlig unterschiedlichen Sphären einer polar gedachten Welt angehören.

Die Postulierung der Menschenrechte als universell gleiche Rechte für jedes Individuum schafft nun den Ausgangspunkt für Annäherung der beiden Sphären. Das heutige Subjekt mit all seinen bürgerlichen Rechten hat nun auch das Recht auf seine persönliche Subjektivität. Dies hat enorme Folgen für unser Menschenbild, was sich z. B. im subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatz in aller Deutlichkeit zeigt.

Die Säuglingsforschung hat hierbei ihren Anteil, indem sie den psychoanalytischen Mythos der lebensgeschichtlichen Trennung von der Mutterwelt empirisch widerlegt und im Gegenzug als eigentliche menschliche Lebensaufgabe die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit und Bindung in den Vordergrund stellt (STERN 2007, III). Damit schafft sie die em-

pirisch fundierte entwicklungspsychologische Grundlage für das neue ganzheitliche Menschen- und Gesellschaftsbild.

Psychische Erkrankung unter der Entwicklungsperspektive

Der subjektorientierte sozialpsychiatrische Ansatz vermeidet aus ethischen Gründen einen psychiatrischen Krankheitsbegriff (HASELMANN 2008, 16); dennoch soll hier nicht auf die entsprechende Diskussion verzichtet werden. Obwohl womöglich eine fast völlige Übereinstimmung von alltags- und lebensweltorientierten, also allgemein-sozialarbeiterischen und sozialpsychiatrischen Zielen besteht (OBERT 2003, 5), besteht doch das »Besondere der Sozialarbeit in der Psychiatrie im Hinzukommen der psychischen Erkrankung« (a. a. O., 10). Ohne einen wie auch immer formulierten Krankheitsbegriff ist dieses »Besondere« nicht zu fassen.

In der Ambivalenz der modernen Gesellschaft, des »modernen Selbst« und der Psychiatrie muss allerdings auch die Krankheitstheorie eine gewisse Ambivalenz aufweisen, um allen Aspekten gerecht zu werden. Unter ethisch vermittelter Subjekt-Perspektive, um Stigmatisierung zu vermeiden und der gesellschaftlich vermittelten Disziplinierung und Ausgrenzung entgegenzuwirken, wäre ein Krankheitsbegriff verfehlt und kontraproduktiv. Mit dem Blick auf die Individualität des Betroffenen und damit dem individuellen innerpsychischen und sozialen Leiden schafft ein Krankheitsbegriff eine Problemdefinition und damit eine Maßgabe für helfendes und heilendes professionelles Handeln. Beides im Sinne der Betroffenen zu verbinden erfordert »Ambiguitätstoleranz« (KEUPP 1998), erscheint aber durchaus möglich.

Ein Krankheitsbegriff für die psychosoziale Praxis muss die Subjektivität der Betroffenen einbeziehen, weshalb ein rein biologischer Krankheitsbegriff untauglich ist (vgl. HASELMANN 2008, 13 f.). Aber auch das die Subjektivität würdigende psychoanalytische Konzept der »frühen Störungen« (z. B. ENGELMANN 2000) kann nicht uneingeschränkt in den subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatz übernommen werden, da erstens die Annahme einer strukturellen Störung des Subjektes und der Subjektivität mit der ethischen Haltung des sozialpsy-

chiatischen Ansatzes nicht zu vereinbaren ist, zweitens dieser Ansatz die Störung rein im betroffenen Individuum verortet, ohne dem sozialen und gesellschaftlichen Bezug Rechnung zu tragen, und drittens weil ihm die empirischen Ergebnisse von Säuglings- und Längsschnittforschung (vgl. PETZOLD 1997) entgegenstehen.

So erscheint die grundsätzliche Revidierung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie durch Petzold, der dennoch seine psychoanalytische Identität beibehält (PETZOLD 1997, 13), überzeugend. Die frühe Kindheit stellt demnach »die Weichen nicht so umfassend, wie es (...) das Theorem der »frühen Störung« suggerierte« (PETZOLD 1997, 11), aber sie ist auch nicht völlig unbedeutend, »denn die Bedingungen früherer Erfahrungen hinterlassen Spuren, Karrieren werden erkennbar« (ebd.).

So ist ein unter dem Rahmen eines Kontinuums aus Gesundheit und Krankheit (vgl. ANTONOVSKY 1997), unter einer ressourcenorientierten, gesundheitsfördernden Sicht (PETZOLD et al. 1997, 345) und im Rahmen eines lebenslangen Entwicklungsmodells (PETZOLD 1997, 10) im Kontext sozialer Beziehungen (EMDE 1995, 221 f.) auch ein Krankheitsmodell denkbar, das nicht-stigmatisierend für jeden Menschen die Möglichkeit zu positiver Entwicklung eröffnet und dennoch nicht die Augen vor tatsächlichen Schwierigkeiten, Konflikten und Leiden zu verschließen braucht. Diese Perspektive zusammen mit der Erkenntnis, dass die nonverbal vermittelte, gefühlsmäßige Weltsicht bei jedem Menschen lebenslang erhalten bleibt (STERN 2007), ermöglicht einen phänomenologischen Blick auf die subjektive Innensicht psychiatrischer Patienten und Klientinnen, theoretisch fundiert, aber ohne auftretende Probleme als Regression auf eine frühere Stufe deuten zu müssen.

Psychotisches Erleben ist oft mit dem Gefühl des Verfolgtwerdens verbunden. Es ist erst die Sprache, die mit der Möglichkeit, sich über nicht anwesende andere zu verständigen, die Voraussetzung für sozialen Ausschluss schafft, weshalb es für das menschliche Individuum wichtig ist, ein Gespür für die eigene Bedeutung innerhalb der jeweiligen Gruppe zu bekommen (PREITER 2004). Ängste um die eigene Identität und die eigene Bedeutung können hier ihren Ursprung haben. So trifft für alle Menschen zu, dass sie gleichermaßen »kooperativ, bindungsbedürftig, erwartungsvoll, verletztlich und ausgrenzend« (ebd.) sind – und zwar über die gesamte Lebensspanne hinweg, vom Säugling bis

zum Greis, ob gesund oder krank. Hier zeigt sich die Ambivalenz des hier vertretenen Krankheitsbegriffs: Menschen sind alle gleichermaßen verletzlich, verletzend und können extreme emotionale Zustände kennenlernen. Psychische Erkrankung, insbesondere die Psychose, ist als derart extremer emotionaler Zustand zu begreifen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht das subjektive Erleben des Betroffenen.

Die Welt des kleinen Kindes

Für das Verstehen nonverbaler intersubjektiver Erlebnisinhalte ist es wichtig zu wissen, dass der Säugling seine Welt ganzheitlich, also amodal wahrnimmt (STERN 1993, 74 ff.). Der Säugling differenziert zunächst nicht zwischen Eindrücken auf verschiedenen Sinneskanälen, sondern scheint die Information in abstrakter Form im Gehirn zu repräsentieren, von wo sie auf jedem Sinneskanal entsprechend abgerufen werden kann (vgl. a. a. O., 80). Es geht hierbei insbesondere um abstrakte, amodale Wahrnehmungseigenschaften von Menschen und Gegenständen wie z. B. Form, Intensitätsgrad, Bewegung, Zeit, Anzahl und Rhythmus, die ganzheitlich erlebt und repräsentiert werden (vgl. a. a. O., 83, 217).

Diese Wahrnehmungen sind grundsätzlich affektiv gefärbt (vgl. a. a. O., 83 ff.). Die sog. Vitalitätsaffekte, im Gegensatz zu »regulären« kategorialen Affekten wie froh, traurig, zornig, sind Gefühlsqualitäten, die am besten mit dynamischen, kinetischen Begriffen wie »aufwallend«, »verblassend«, »flüchtig«, »explosionsartig«, »anschwellend«, »abklingend«, »berstend«, »sich hinziehend« usw. charakterisiert werden (a. a. O., 83) und unmittelbar auf die abstrakten Repräsentationen der amodalen, ganzheitlichen Wahrnehmung verweisen (a. a. O., 88). Extrem unterschiedliche Ereignisse können auf diese Weise, solange sie die gleiche, als Vitalitätsaffekt bezeichnete Gefühlsqualität besitzen, miteinander verknüpft werden, was die Generierung und Verstehbarkeit von Metaphern erklärt (a. a. O., 89) sowie z. B. die Verknüpfung aus Musik und Bewegung beim Tanz oder beim Dirigieren.

Der bereits vielfältig fühlende Säugling empfindet in dieser frühen Zeit – STERN (1993) spricht von den ersten beiden Lebensmonaten – sein »auftauchendes Selbst« (a. a. O., 61). »Es ist das Empfinden einer im Entstehen begriffenen Organisation, und es ist ein Selbstempfinden, das während des gesamten weiteren Lebens aktiv bleiben wird.« (ebd.)

Dieses »auftauchende Selbst« wird in Verbindung gebracht mit einem entstehenden Bewusstsein (STERN 2007, VIII). Zu diesem Verständnis tragen neuere Forschungen bei, die im Sinne einer »verkörperten Psyche« die traditionell scharfe Trennung zwischen Körper und Geist, die religiös motiviert war, verwerfen (z. B. DAMASIO in STERN 2007, IX). Das primäre Bewusstsein, das sich in dieser Zeit bildet, aber ein Leben lang erhalten bleibt, ist die Erfahrung des Lebendigseins in der Gegenwart, in der Begegnung mit der Welt oder mit sich selbst (a. a. O., X). »Jedes Mal, wenn sich primäres Bewusstsein einstellt, wird das Selbst als Wahrnehmer empfunden und in der Welt situiert. In diesem Augenblick stellt sich das Empfinden eines auftauchenden Selbst ein. Dies muss in jeder Stunde, in jeder Minute, viele Male geschehen. Wenngleich diese Momente des primären Bewusstseins kurz und periodisch sind, ermöglichen sie es, dass wir die nie verstummende Musik des Lebens immer wieder aufs Neue hören. Das Empfinden eines auftauchenden Selbst ist eine Art ›Pulsschlag‹, wie Damasio (1994) geschrieben hat, der das lebendige Selbst im Prozess des Erlebens kontinuierlich neu spezifiziert. Darüber hinaus gewährleistet die dynamische Qualität der Vitalitätsaffekte, dass die Erfahrung eine zeitliche Kontinuität besitzt.« (STERN 2007, Xf.).

Der Säugling »nimmt Empfindungen, Wahrnehmungen, Aktionen, Kognitionen, innere motivationale und Verhaltenszustände unmittelbar wahr: als Intensität, Form, Zeitmuster, als Vitalitätsaffekte, kategoriale Affekte, Lust oder Unlust. Dies sind die Grundelemente des frühkindlichen subjektiven Erlebens« (ebd.). Allmählich und systematisch ordnet das Kind diese Aspekte des Erlebens, sodass es durch das Erkennen von invarianten Konstellationen des Selbst und des anderen das Auftauchen von Organisation erlebt (a. a. O., 103). »Diese globale, subjektive Welt auftauchender Organisation ist und bleibt der grundlegende Bereich menschlicher Subjektivität« (ebd.), schafft die Grundlage für alle späteren Entwicklungen des Bewusstseins und wird zum »Urquell schöpferischen Erlebens« (ebd.).

Indem es eine »Sprache« für das beschriebene ganzheitliche Erleben schafft, das mit den verschiedenen Konzepten der akademischen Disziplinen (z. B. kognitive Psychologie, Piagets Begriffssystem, psychoanalytische Vorstellungen) nicht in allen Aspekten zu erfassen ist (STERN 1993, 102), hat das Modell von Stern Repräsentanten unterschiedlicher Disziplinen veranlasst, gemeinsam über die in ihm aufgewor-

fenen Fragen zu diskutieren und konnte so dazu beitragen, Abgründe zwischen Disziplinen und Fachrichtungen zu überbrücken (STERN 2007, XXXVI). Es ist diese Ganzheitlichkeit, die Austausch und Verstehen möglich macht, nicht zuletzt deshalb, weil sich jeder Mensch in dem beschriebenen ganzheitlichen Bewusstsein in Verbindung mit anderen Menschen wiedererkennen kann.

Nonverbale Kommunikationsformen ermöglichen dem kleinen Kind, Orientierung in der sozialen Welt und ein Gefühl für das eigene Selbst zu entwickeln. Eltern gehen mit unbewusst ausgeübten und daher sprachlich kaum vermittelbaren Verhaltensformen auf ihre kleinen Kinder ein (PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995, 132). Diese Verhaltensformen erscheinen für das Einüben frühkindlicher Fähigkeiten im Denken und Vokalisieren so sinnvoll, dass sie als »intuitive elterliche Didaktik« bezeichnet werden (ebd.). Die Eltern regen dabei die Aufmerksamkeit des Säuglings an und erhalten sie aufrecht, indem sie ihre Anregungen den kindlichen Signalen nach so dosieren, dass sie der Säugling bearbeiten kann, ohne überfordert zu werden. Auf das Zeichen sinkender Aufmerksamkeit des Kindes reagieren die Eltern empfindsam, indem sie die Intensität der Anregung steigern, diese variieren oder dem Säugling eine Erholungspause gewähren (ebd.). Diese didaktischen Fähigkeiten der Eltern »gehören zu einer besonderen Kategorie von intuitiven, biologisch verankerten Verhaltensbereitschaften, die sich sowohl von angeborenen Reflexen als auch von unbewussten, rational gesteuerten Verhaltensformen kategorial unterscheiden« (a. a. O., 133).

Der Säugling beteiligt sich selbst aktiv an solchen Spielen und reguliert so sein Erregungsniveau selbst mit. Bei Überstimulierung kann er z. B. das Gesicht abwenden und sich so eine Pause gönnen (STERN 1993, 112; STERN 2001, 62 ff.). In dieser Phase, in der die Face-to-Face-Interaktion die wichtigste Form der interpersonalen Bezogenheit darstellt, bilden diese Begegnungen die wesentlichen Höhe- und Tiefpunkte des sozialen Lebens (STERN 1993, 113).

Wenn dann durch den Spracherwerb Schritt für Schritt die gemeinsam geteilten Bedeutungen hinzukommen, erschließt sich eine neue Welt. Es wird nun möglich, die Welt und die Weltsicht sowie die Sicht auf das eigene Leben im Prozess des Aushandelns von Bedeutungen mit anderen abstrakt zu konstruieren (a. a. O., 241 nach Wygotsky; vgl. EMRICH 2004, 46). So wird Sprache auch zu einer neuen Art des Zusammenseins und zur Stärkung von Zusammengehörigkeit und Nähe (ebd.).

Dadurch aber, dass sich die Sprache, das Wort als Symbol, nur »ein Stück aus dem Konglomerat von Gefühl, Empfindung, Wahrnehmung und Denken, welches das globale nonverbale Erleben konstituiert, herausgreift« (STERN 1993, 248), ist dieses ganzheitliche Erleben verbal nicht mehr mitzuteilen und damit mit anderen zu teilen. So treibt die Sprache »einen Keil zwischen zwei simultane Formen interpersonalen Erlebens: Die Form, wie Interpersonalität gelebt, und die Form, wie sie verbal dargestellt wird. (...) Und in dem Maße, in dem das Geschehen im verbalen Bereich als wirkliches Geschehen betrachtet wird, unterliegt das Erleben in den anderen Bereichen einer Entfremdung. Sie können zu niederen Erlebensbereichen herabsinken. Die Sprache bewirkt also eine Spaltung im Selbsterleben. Überdies verlagert sie die Bezogenheit von der persönlichen, unmittelbaren Ebene dieser Bereiche auf die ihr selbst inhärente, unpersönliche, abstrakte Ebene« (a. a. O., 231). Die ursprüngliche nonverbale Bezogenheit führt dann eine »untergründige, nicht-verbalisierte, namenlose (und, allerdings nur in diesem Sinne unbekannte), aber nichtsdestoweniger höchst reale Existenz« (a. a. O., 248).

Hinzu kommt nun die Möglichkeit der Inkongruenz zwischen »Gesagtem« und »Gemeintem«. Sprachlich kann eine Aussage korrekt und angemessen sein, dennoch können die nonverbal vermittelten Nebenbotschaften etwas anderes vermitteln (STERN 1993, 255). In diesen »Double-bind«-Botschaften ist in der Regel die nonverbale Botschaft diejenige, die eigentlich gemeint ist, die verbale hingegen die »protokollarische«, diejenige, für die wir offiziell verantwortlich sind (ebd.). Die Sprache eröffnet hiermit also auch die Möglichkeit, Sachverhalte zu verleugnen, was einerseits für eine reibungslose soziale Kommunikation notwendig erscheint (ebd.), andererseits aber auch die Lüge in die Welt schafft (ENGELMANN 2000, 171). In der vorsprachlichen Kommunikation gab es mehr Authentizität und Echtheit (ebd.). Beginnt man erst einmal mit dem Verleugnen, verleugnet man mehr und mehr auch vor sich selbst. »Der Weg zum Unbewussten ist mit Worten gepflastert.« (STERN 1993, 257)

Diesen inneren Bruch, das Herausfallen aus dem »Paradies« der frühen nonverbalen Welt, als alle Sinne wie einer und Verstehen noch wortlos möglich war, als noch nicht unterschieden wurde zwischen Spiel und Ernst, haben wir alle durchlebt. Die Worte des Alltagslebens brechen das amodale, globale Erleben entweder auf oder verbannen es in

den Untergrund (STERN 1993, 250). Die für einen anderen Menschen charakteristischen Vitalitätsaffekte seiner Bewegung und seines stimmlichen Ausdrucks erleben wir dennoch ebenso global wie ein Kind, können dies aber nur distanziert in Worten beschreiben (a. a. O., 257). »Kein Wunder, dass wir in so hohem Maße auf die Kunst angewiesen sind, um diese Klüfte in unserem Innern zu überbrücken.« (ebd.)

Elemente nonverbalen zwischenmenschlichen Kontakts und ihre Anwendung im psychiatrischen Bereich

An dieser Stelle muss nun der psychisch kranke Erwachsene wieder in den Blick kommen. Psychische Erkrankung kann unter verschiedenen Blickwinkeln und Konzepten betrachtet werden. Es gibt die gesellschaftliche und historische Sicht, die Sicht auf das individuelle psychische Erleben und andere Sichtweisen, die im bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis integriert werden. In jedem Falle äußert sich die psychische Erkrankung im Bereich der Wechselwirkung aus individueller Psyche und sozialem Kontext – also im zwischenmenschlichen Bereich. Dies ist sowohl bei einem jungen Mann mit einer Psychose, der sich vor vermeintlichen Verfolgungen der Außenwelt ganz aus dieser zurückzieht, bei einer Frau, die aus nicht verarbeiteter Trauer über ihre Scheidung unter unerträglichen Kopfschmerzen leidet, oder auch bei einem Mann, der sich aus seiner mittelmäßigen Existenz in manische Größenideen flüchtet, der Fall. Im zwischenmenschlichen Bereich liegt daher der Fokus für die Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten. Es soll gezeigt werden, was der Blickwinkel auf nonverbales zwischenmenschliches Erleben Personen mit solcherart Problemen anbieten kann, um Erfahrungen gelingender zwischenmenschlicher Begegnungen zu ermöglichen, die den Boden bereiten für positive, gesundheitsfördernde Entwicklungen.

Die meisten Menschen achten beim zwischenmenschlichen Kontakt auf den verbalen Austausch und dabei besonders auf den Inhalt des jeweils Gesagten. Die nonverbalen Aspekte der Beziehungsdefinitionen laufen mehr oder weniger unbewusst nebenher. Auch beim Erwachsenen im Kontakt mit einem Baby geschehen die nonverbalen Interaktionen vielfach unbewusst. Es wird Ruhe und Ungestörtheit benötigt, um diese Prozesse und damit Momente der Nähe zuzulassen (vgl. PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995), weshalb in der Therapie von Beziehungsstörungen

zwischen Eltern und Säuglingen zur Anregung dieser biologisch determinierten Verhaltensweisen vor allem empfohlen wird, die Eltern zu entlasten. Die Entwicklung nonverbaler Therapieformen zeigt, dass es dennoch durchaus möglich ist, die normalerweise unbewusst ablaufenden Prozesse nonverbaler Kommunikation zu reflektieren und damit auch bis zu einem gewissen Grad bewusst einzusetzen. Diese Bewusstheit erweitert die Wahrnehmung und den Ausdruck von Subjektivität beträchtlich.

Wo Sprache durch Doppeldeutigkeiten usw. vielfach auch Verwirrung schafft, erscheinen die nonverbalen Körpersignale oftmals als das »Wirkliche«, als der authentische Ausdruck persönlicher Subjektivität. Verleugnung ist allerdings legitim, weshalb mit Deutungen vorsichtig umgegangen werden sollte. Auf nonverbale Signale nonverbal und damit innerhalb des »nicht-protokollarischen« Bereiches und damit »quasi unbewusst« zu antworten bleibt allerdings jedem vorbehalten, was eine behutsame Erweiterung der Möglichkeiten der Begegnung in der subjektorientierten Arbeit schafft.

Wie sicher jeder von sich selbst weiß, bleiben die Bedürfnisse nach Kontakt mit und Unterstützung von anderen Menschen lebenslang bestehen (vgl. PETZOLD et al. 1995). Der Mensch ist grundsätzlich als konflikthafte und tragisches Wesen zu verstehen, und diese Sicht bezieht ausdrücklich auch Therapeuten und andere Helfer mit ein (MEIßEL 2004, 269). Die neuzeitlich postulierte Autonomie des Menschen findet hier ihre Begrenzung.

Allen im Folgenden beschriebenen Elementen nonverbalen zwischenmenschlichen Kontakts ist gemeinsam, dass sie sich im »Gegenwartsmoment« abspielen (STERN 2007, XXXV). So können in der Interaktion mit dem Helfer durch den Einbezug von Elementen des »intuitive parenting« und des »sensitive caregiving« (PETZOLD et al. 1995, 428 ff.) im »hier und jetzt« »korrigierende bzw. alternative sozialkommunikative Erfahrungen« (a. a. O., 420) vermittelt werden.

Halt und Rahmen

Das kleine Kind erwirbt Orientierung in der Welt, indem es invariante Konstellationen wiedererkennt (STERN 1993, 103), wodurch sich Erwartungen herausbilden. Eltern können durch regelmäßige Tagesabläufe und bestimmte Spielformen diese Wiedererkennung fördern,

wodurch der Säugling Kenntnisse über Strukturen und Ordnungen der sozialen Welt erwirbt. Parallel dazu entwickelt sich das Selbstempfinden. Wird das Kind älter und erforscht die Welt auf eigene Faust, werden Momente der Unsicherheit durch die Sicherheit vermittelnde vertraute Bezugsperson zur Basis einer aktiv forschenden Haltung.

In der Halt gebenden Funktion der Bezugsperson zeigt sich die Asymmetrie der Eltern-Kind-Beziehung. Während für den Säugling die Welt ganz neu und unbekannt ist, ist sie für den Erwachsenen aufgeladen mit Bedeutungen, Kontexten und Wertungen der Lebenswelt. Durch Beachtung der emotionalen Reaktionen des Elternteils auf sein Verhalten erwirbt das Kind Orientierung in der Welt und wächst Schritt für Schritt in eben denselben Sinnhorizont hinein.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung befinden sich oftmals in Zuständen psychischer Extremlastung. Hilfesuche in einem solchen Zustand ist verbunden mit einer Suche nach Halt, Orientierung und Entlastung. Wird die Suche nach Hilfe nicht von dem Betroffenen selbst, sondern von Angehörigen oder anderen Personen veranlasst, sind es diese Personen, die stellvertretend für den Betroffenen nach Halt und Entlastung durch Verantwortungsübernahme suchen.

Keineswegs soll hier psychisch kranken Menschen eine Kind-Rolle zuerteilt werden. Dennoch ist anzunehmen, dass es bei Kindern wie Erwachsenen dieselben Mechanismen sind, die jeweils Halt und Sicherheit vermitteln, nämlich wiedererkennbare Strukturen, Halt gebende, Sicherheit und Zuversicht vermittelnde Beziehungen und nicht zuletzt eine gewisse Asymmetrie in der Beziehung, da man von demjenigen, an den man sich Hilfe suchend wendet, Sachverstand, Problemlösefähigkeit und eine gewisse Stärke erwartet. Betreuungsverhalten scheint biologisch vorbereitet zu sein und wird in der Elternrolle wirksam (EMDE 1995, 223). Dieses Verhaltensmuster könnte im Rahmen der therapeutischen und/oder Betreuungsbeziehung aktiviert werden (ebd.).

Suche nach Halt, Struktur und Orientierung kennzeichnet aber ebenfalls die Position der professionellen Helfer, die gefragt sind, das Problem »aufzufangen«. Hier sind es die Arbeitskonzepte, die Hintergrundtheorien verschiedenster Art, die den sinnstiftenden Hintergrundkontext für die richtige Verfahrensweise in der Praxis psychiatrischen Handelns bilden und damit als Halt gebender Rahmen zur Selbstvergewisserung der eingesetzten Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Zuverlässigkeit, Vorhersagbarkeit und Einsichtigkeit bieten hier die beste Basis für einen Halt

gebenden Rahmen, der sich selbst trägt und zu Gelassenheit und psychischer Stabilität bei allen Beteiligten beiträgt.

Wo im »Zeitalter der Konzepte« (ENGELMANN 2000, 14 f.) vielfach vehement um die richtige Organisation und Vorgehensweise gerungen wird, soll hier der Blick eher auf die Art und Weise, wie Beziehungen organisiert sind, gerichtet werden. Von Psychiatrie-Erfahrenen werden diejenigen professionellen Helfer als hilfreich erlebt, die wenig professionelle Distanz zeigen, sondern menschlich nahe und auch mit Humor helfen können (AMERING, SCHMOLKE 2007, 159). Diese Eigenschaften charakterisieren Personen, die mit Freude und Selbstvertrauen in psychischer Gelassenheit an ihre Arbeit gehen, selbst psychisch ausreichend stabil sind und für sich sorgen; es ist das Gegenteil von »expressed emotions« (vgl. BOSSHARD et al. 2007, 218). Für die Qualität psychiatrischer Arbeit sind so evtl. weniger die Qualität der Konzepte als die Qualität der Beziehungen ausschlaggebend. Orientierung können theoretische Bezugsrahmen bilden (HASELMANN 2008, 186).

Der gesamte Versorgungssektor einer Region kann so als spezifisches Beziehungsgeflecht verstanden werden, mit der Aufgabe, den benötigten Halt und die Struktur für eine bestimmte hilfebedürftige Person bereitzustellen (vgl. EICHBERGER 1998). Diese Strukturen, die tragfähig genug sind, um strukturbedürftige Menschen »aufzufangen«, um ihnen Raum zu geben zur Eigenstrukturierung, benötigen sowohl Festigkeit (Absprachen, Routinen, Verlässlichkeit) als auch Elastizität, Toleranz und Lebendigkeit (vgl. HELTZEL 1998). Gelassenheit, Freude an der Arbeit und Ambiguitätstoleranz dürften auch in diesem Rahmen den Betroffenen direkt zugutekommen.

Im Erstkontakt mit einem neuen Patienten/Klienten gibt es noch keine tragende Beziehung, diese muss erst aufgebaut werden. Im persönlichen Kontakt wird Halt zunächst durch eine bestimmte Rollenübernahme vermittelt. Klarheit und Transparenz von Rollenfunktionen schafft Orientierung. Hierhin gehört auch die klare Kommunikation über Kontrollfunktionen der Psychiatrie, die ggf. durch die Mitarbeiter durchgesetzt werden müssen. Verantwortlichkeiten müssen transparent dargestellt und ggf. individuell ausgehandelt werden (vgl. RAHN 2004).

Halt wird auch durch eine bestimmte Haltung vermittelt. Wichtig ist Präsenz, durchaus leiblich betrachtet (vgl. MOLDZIO 2004), unaufdringlich, aber verlässlich, in einer flexiblen Balance zwischen Nähe

und Abstand (HELTZEL 1998, 93). Einführendes Verstehen, emotionale Wärme und Echtheit korrelieren hoch mit persönlichem Wohlbefinden und der Gesundheit von Patienten (PETZOLD 1997, 17).

Spielraum

Der Halt gebende Rahmen bietet quasi das Gerüst, um das herum der Spielraum entsteht (vgl. HELTZEL 1998). Unter der hier vertretenen konsequenten Beziehungsorientierung besteht der Rahmen nicht aus ein für alle Male feststehenden Regeln. Es handelt sich vielmehr um einen flexiblen, verhandelbaren Rahmen aus Beziehungsdefinitionen. Damit sind Spielräume anders als in klassischen psychoanalytischen Settings (z. B. HELTZEL 1998) bereits in die Rahmendefinition selbst eingebaut.

Auch beim Säugling bilden sich Spielräume immer erst in Zusammenhang mit der Halt gebenden Funktion der Beziehungsperson. Das Elternverhalten des »intuitive parenting« (nach PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1987 in PETZOLD et al. 1997, 391) während des ersten Lebensjahres ist transkulturell bei Männern, Frauen und Kindern auffindbar (ebd.) und recht stereotyp (STERN 1993, 112). Es bildet eine Grundlage für Beruhigung, Tröstung und Spielaktionen; es baut Spannungen ab und schafft für beide, den Säugling und die Bezugsperson einen angenehmen Gefühlszustand (PETZOLD et al. 1997, 392), was als salutogene bzw. protektive Qualität für den Säugling anzusehen ist (a. a. O., 429).

Im gemeinsamen Spiel der persönlichen Ansprache wird der Spielraum stark vom Erwachsenen gestaltet und bestimmt. Hier bleibt der Säugling zunächst noch in der Rolle des begeisterten »Publikums«; außer Zustimmung und Ablehnung hat er wenig Einflussmöglichkeiten, dafür hat er hier umso bessere Möglichkeiten, Strukturbildungen des anderen zu erforschen und kennenzulernen. Bei dialogischen Vokalisationen (PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995, 135 f.) ist der Spielraum des Kindes schon größer: eigene Vokalisationen werden vom Erwachsenen aufgegriffen, imitiert und ggf. variiert zurückgespiegelt. Hier wird das Kind zunehmend als »gleichberechtigter« Spielpartner ernst genommen. Die Asymmetrie der Eltern-Kind-Beziehung wird für diese Momente »im Spiel« aufgehoben.

Bei der Erforschung eines unbekanntes und möglicherweise etwas beängstigenden Terrains dient die erwachsene Bezugsperson als Sicherheit gebende andere (EMDE 1995, 231 f.). In Momenten der Un-

sicherheit vergewissert sich das Kind der fortgesetzten bestätigenden Anwesenheit und ihrer Deutung der beängstigenden Situation (ebd.). Thema des Spiels ist hier nicht der direkte Kontakt, sondern die Herausforderung der Außenwelt.

Noch ein Stück entfernter ist die Bezugsperson, wenn sie zwar körperlich anwesend ist, aber signalisiert, dass sie gerade mit anderen Dingen beschäftigt ist. Ihre momentane Nichtverfügbarkeit, aber verlässliche Anwesenheit »aus der Ferne« eröffnet dem Kind den Spielraum, sich frei mit anderen, es selbst gerade interessierenden Gegenständen zu beschäftigen. Unsicherheit wird in Gegenwart eines Halt gebenden anderen zum Spielraum, der zur Erkundung einlädt (ebd.).

Auch im Rahmen von Therapie zeigt sich kreative Empathie in ihrer spielerischen Form (a. a. O., 225). »Inmitten negativer Affekte und Schmerz ermutigt sie nicht nur zum Explorieren, sondern fördert und nutzt auch das Potenzial für Überraschungen und andere positive Affekte.« Dabei bewirken Letztere, dass Irrtümer nicht nur toleriert werden, sondern dass geradezu ein Interesse an ihnen entsteht (ebd.).

Das sogenannte »parathyme« Lächeln bei manchen Personen mit Schizophrenie, das als »situationsunangemessen« gewertet wird, ruft auf der zwischenmenschlichen Ebene dennoch oft nach Begegnung und Erwidern, wobei sich der Ausdruck bei »verschmitzter« Erwidern des Lächelns und lebendiger Reaktionsbereitschaft oftmals lockert und entspannt. Es erscheint möglich, dieses Lächeln als Suche nach Kontakt und Selbstbestätigung im Bereich der direkten Kontakte zu verstehen. Somit wäre die scheinbare Heiterkeit durchaus situationsangemessen nicht als Fröhlichkeit, sondern als Suche nach Selbstvergewisserung durch einen bestätigenden anderen zu deuten. Das starke Bedürfnis psychotischer Menschen nach »Antwort« ist jedenfalls mehrfach beschrieben worden (z. B. ENGELMANN 2000, 79). Ein Mensch, dessen »Eigenes« getroffen wurde, der sich liebevoll oder scherzhaft erkannt fühlt, der sich wohlfühlt im direkten Kontakt – dessen Augen leuchten auf, für das erkennende Gegenüber deutlich sichtbar.

Der Einbezug des zweckfreien, spielerischen Elements der direkten Begegnung in den subjektorientierten sozialpsychiatrischen Ansatz unter dem Einfluss und zum Wecken von positiven Gefühlen erscheint lohnenswert. So ist es schön, wenn beim Wiedersehen die Augen aufleuchten, wenn Toleranz und Humor gegenüber Unzulänglichkeiten und ein spielerischer Umgang mit Konflikten möglich wird. Dies ist

als ressourcenorientierte Arbeit anzusehen, da mit Humor der Ernst und die Schwere psychischer Erkrankung im vollen Bewusstsein ihrer Ernsthaftigkeit wesentlich leichter zu tragen sind.

Affektregulierung

Das Phänomen der Affektregulierung ist von STERN (1993) im Zusammenhang mit dem Kern-Selbst (a. a. O., 104 ff.) beschrieben worden. Die üblichen Spiele dieser frühen Altersstufe rufen im Kontakt einen positiven Erregungszustand hervor und halten diesen aufrecht; beim Trösten geht es dagegen um Beruhigung. In jedem Falle handelt es sich um Induzierung positiver Gefühle (vgl. EMDE 1997), die mit den durch im Sinne von Resonanzphänomenen (STERN 2007, 13) geteilten erregenden oder beruhigenden Vitalitätsaffekten in Verbindung stehen.

Affektregulierung ist Strukturierung: Der Erwachsene sucht Kontakt und Nähe zum Kind, setzt dabei an dessen momentanen emotionalen Zustand an, bildet eine kontaktbildende Struktur, die emotional von beiden geteilt wird und dadurch den affektiven Zustand des Kindes beeinflusst. Idealerweise geht der Erwachsene dabei empfindsam auf Möglichkeiten und Grenzen des Kindes ein, sodass sowohl Über- als auch Unterstimulierung vermieden wird. Im gemeinsamen Aufeinander-Einstimmen zeigen sich die beiden zuvor beschriebenen Elemente der Halt gebenden Struktur sowie des affektiven Spielraums. Das entstehende »Produkt« der affektiven Beeinflussung oder Regulierung ist eine gemeinsame Leistung des Erwachsenen und des Kindes. Beide Teilnehmer bringen sich mit ihrer eigenen Emotionalität und Motivation ein. Auch wenn die Einflussmöglichkeiten des Kindes begrenzt sind, wird sich z. B. ein schreiender Säugling nur beruhigen lassen, wenn seine Bedürfnisse wirklich getroffen wurden, was die Einflussmöglichkeit des Erwachsenen ebenfalls stark begrenzt. Eltern wissen dies.

Der Einfluss emotionaler Ansteckung durch Resonanzphänomene (STERN 2007, 13; ENGELMANN 2000, 37) ist hoch. Deshalb ist emotionale Ausgeglichenheit und freundliche Gelassenheit von Bezugspersonen – von Eltern (PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995, 138), von Pflegepersonen bei Alterspatienten und von Psychotherapeuten (PETZOLD 1995, 444) – von so großer Wichtigkeit. Es sind die positiven Gefühle, die die größten Entwicklungsschritte begleiten (EMDE 1997, 327). Aus diesem Grund ist in der psychiatrischen Arbeit die Psychohygiene von Mitarbeitern

von so großem Belang. Es ist schwer, Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Resignation, Abwertung, Angst und Wut seitens der Hilfebedürftigen dauerhaft mit freundlicher Gelassenheit und positiver Zugewandtheit zu begegnen (vgl. HELTZEL 2004).

Feindseligkeit durch Elemente von »burn out« (ebd.) und »expressed emotion« (BOSSHARD et al. 2007, 218) lassen sich durch Strukturierung in Verbindung der zuvor benannten Elemente »Rahmen« und »Spielraum« vermindern: klare Strukturen, klare Absprachen und klare Regeln geben Halt; Spielräume sowohl für Patienten und Klientinnen als auch für Mitarbeiter zum Ausdruck von Individualität (vgl. HELTZEL 2004) schaffen Freiräume für Zugewandtheit und positive Kontakte.

Zur Affektregulierung sind gar nicht unbedingt spezielle Techniken, wie z. B. musiktherapeutische Spiel- und Beeinflussungsformen notwendig. Bereits das empathische Gespräch als solches ist als »leibtherapeutische Übung« (MOLDZIO 2004, 82) zu verstehen. Gebärden, Blick, Stimme sowie eine bestimmte Gesprächsatmosphäre sind einzubeziehen. Durch »antagonistische leibliche Effekte« des Therapeuten kann der »Spielraum der Leiblichkeit des Patienten« vergrößert werden, womit der Therapeut für den Patienten eine »Hilfs-Leib-Funktion« erfüllt (ebd.). Gerade zu Beginn einer Behandlung/eines helfenden Kontaktes bei Personen, die durch Sprache zunächst nur vordergründig erreichbar sind, ist es wichtig, neben der Sprache andere Interaktionsformen zu finden, um Kommunikation überhaupt erst einmal zu ermöglichen (PETZOLD et al. 1995, 501). »Hier sind Grundformen intimer emotionaler Interaktion/Kommunikation – liebevolle Ansprache, verständnisvolle Blicke, stützende Berührung – oftmals vielleicht der einzige Weg, Zugang zu diesen Patienten zu finden (...), um bei ihnen Prozesse in Gang zu setzen, die ihnen wieder eine Hinwendung zum Leben und zu den Mitmenschen ermöglichen.« (ebd.)

Auch das Phänomen der Suggestion fällt in den Bereich der Affektregulierung. Wenn z. B. einer depressiven Person versichert wird, dass es ihr ganz bestimmt bald wieder besser gehen wird, wirkt hier der das Selbst vergewissernde andere (vgl. EMDE 1995). Wichtig ist auch hier nicht nur der Inhalt der Worte, sondern die überzeugende Wirksamkeit von Mimik, Blickkontakt und Stimmmodulation.

Affektregulierung wirkt im Moment der Gegenwart (vgl. STERN 2007, XXXV). Ein langfristiger Therapieerfolg wird damit wohl nicht angesto-

ßen, obwohl Erinnerungen an solch positive Erlebnisse sicher stützend wirksam sind. Affektregulierung ist ein Einfluss von außen, der allein nicht so herzustellen ist. Umso mehr zeigt das Phänomen die Notwendigkeit von stützenden Beziehungen im psychiatrischen Bereich.

Gemeinsamkeit

Affektive Zustände können auf nonverbalem Wege zwischen Menschen geteilt werden (STERN 1993, 198 ff.), was als Grundlage für das zuvor geschilderte Element der Affektregulierung beschrieben wurde. Mit der Affektabstimmung stimmt sich der Erwachsene in den vermuteten Gefühlszustand des Kindes ein und teilt dieses dem Kind mit einer synchronen transmodalen Struktur mit. Intention des Erwachsenen ist es, »dabei zu sein« und »mitzumachen«, also das Gefühl der Gemeinsamkeit und der Anteilnahme zu erzeugen. Auch bei der schon in den vorigen Abschnitten behandelten sozialen Rückversicherung ist das Gefühl der Gemeinsamkeit ein wichtiges stabilisierendes Element. Halt und Sicherheit sowie Beruhigung in Momenten der Unsicherheit werden nicht zuletzt durch das Teilen-Können des affektiven Zustandes mit einer Bezugsperson vermittelt, wobei für die Unterstützung einer aktiv forschenden Haltung beim Kind (EMDE 1995, 231) das Gefühl der Gemeinsamkeit allein nicht ausreichend ist, sondern mit positiven Gefühlen und Bestätigung verbunden werden muss (EMDE 1997, 306). Eine ängstliche Bezugsperson, die sich in die ängstlichen Gefühlsanteile des Kindes einstimmt, ermutigt dieses nicht.

Auch Blickkontakte können sehr viel Nähe schaffen, ebenso aber auch als bedrängend wahrgenommen werden, insbesondere von Menschen mit Schizophrenie. Hier kann durch vorsichtiges Kontaktsuchen und behutsames Achten auf persönliche Grenzen des Kontakts Schritt für Schritt Vertrauen aufgebaut werden (PETZOLD 1995, 445 f.). Es ist beobachtet worden, dass Personen mit Schizophrenie versuchen, affektive Gemeinsamkeit zu vermeiden, indem sie ihre Affekte und ihr Lächeln interaktiv einschränken (STEIMER-KRAUSE nach SCHWARZ 1998). Dies scheint bei vielen Gesprächspartnern zu bewirken, dass diese das Gespräch verbal zwar fortführen, sich aber innerlich zurückziehen und nicht mehr versuchen, die in Gesprächen mit anderen Personen übliche affektive Einstimmung zu erreichen (ebd.). Es wäre interessant zu untersuchen, ob dieses Verhalten der Vermeidung von

Gemeinsamkeit bei allen Personen mit Schizophrenie und in allen Kontexten auftritt. Flüchtige freundliche Blickkontakte beim kurzzeitigen Begegnen »zwischen Tür und Angel« z.B. erscheinen oftmals »ganz normal« möglich, auch bei Personen, die den näheren Kontakt in intensiven Therapiegruppen sehr ablehnen. Führt man sich vor Augen, dass in psychotischen Zuständen sowohl das Gefühl totaler Isolation als auch das Gefühl totaler psychischer Transparenz vorkommen können (STERN 1993, 195) wird die gleichzeitige Suche nach und Vermeidung von Gemeinsamkeit nachvollziehbar.

Es kann in der Psychiatrie daher hilfreich wirken, zwischen Bezugspersonen, die mehr für alltägliche Absprachen, Gespräche über Abläufe, etc. zuständig sind und anderen Personen, die versuchen, die Ebenen des nonverbalen zwischenmenschlichen Kontakts und der Begegnung anzubahnen, zu trennen. Dies entspricht der Arbeitsweise in einem multiprofessionellen Teamverständnis, wobei gute Zusammenarbeit und gegenseitige Wertschätzung der unterschiedlichen Aufgaben von großer Wichtigkeit ist.

Es könnte auch versucht werden, empfindsames zwischenmenschliches Verhalten, das nonverbal ausgedrückte Wünsche nach Gemeinsamkeit oder Abstand respektiert, in die alltäglichen Interaktionen zu integrieren. Dies scheint ein Ziel des Projektes »Soteria« (CIOMPI et al. 2001) zu sein. Es käme evtl. den Wünschen der Betroffenen selbst mehr entgegen, da professionelle Helfer, die menschliche Nähe zeigen, von ihnen als besonders hilfreich eingeschätzt werden (AMERING, SCHMOLKE, 2007, 151). Es würde für die Helfer bedeuten, anders zu reagieren als die von Steimer-Krause (s.o.) beschriebenen Gesprächspartner, nämlich die nonverbale Kontaktsuche nicht reaktiv zu vermeiden, sondern bewusst, reflektiert und respektvoll einzubeziehen. Das Element des Humors, der ebenfalls als hilfreich beschrieben wurde (ebd.), könnte dabei als Möglichkeit zur entkrampfenden Wieder-Distanzierung dienen, vorausgesetzt, der entstehende Blickkontakt macht deutlich, dass man miteinander lachen kann und nicht gegeneinander.

In der Psychotherapie scheint es wichtig, dass Patient und Therapeut zueinander »passen« (EMDE 1997, 326f.). Anscheinend ist der Beziehungsaufbau zu Beginn der Behandlung maßgeblich, wobei insbesondere die emotionale Verfügbarkeit des anderen entscheidend ist (ebd.). Emotionale Verfügbarkeit, psychotherapeutische Resonanz (ENGELMANN 2000, 36), affektives Einstimmen (vgl. STERN 1993) und

leibliches Mitschwingen (MOLDZIO 2004, 78 f.) – all diese Konzepte scheinen Ähnliches auszudrücken, nämlich ein unmittelbares Gefühl gemeinsamen Erlebens. Von jemandem, der mit einer entsprechenden Sensibilität begabt ist, scheint ein Unwohlsein des Gegenübers sogar am eigenen Leibe erfahrbar (ebd.). Für den therapeutischen oder in anderer Weise professionell helfenden Kontext ist zu beachten, dass das »Mitschwingen« selbstverständlich kein absolutes ist. Darüber hinaus wird unbedingt eine überprüfende und die Situation möglichst klar einschätzende, professionelle, kognitiv vermittelte Ebene benötigt, um der Gefahr, sich unreflektiert in verstrickende Beziehungen zu verwickeln, entgegenzuwirken (vgl. HASELMANN 2008, 186). Gemeinsamkeit, in irgendeiner Form strukturiert, ist für den Menschen als soziales Wesen von großer Wichtigkeit. Der Mensch ist immer in Beziehung zu seiner Welt zu sehen (vgl. PETZOLD 1995, 344).

Soziale Spielregeln

Für die Frage nach sozialen Spielregeln und prosozialem Verhalten ist die Erkenntnis von Belang, dass die Moralentwicklung bereits im frühen vorsprachlichen Dialog begründet ist (EMDE 1997, 301 ff.). Regeln z. B. darüber, wie kommuniziert werden soll, wie soziale Interaktionen eingeleitet, fortgesetzt und beendet werden und die Tatsache, dass Kommunikation mit Wechselseitigkeit verbunden ist, werden im »konfliktfreien Raum« nämlich im Spiel und in der entspannten Kommunikation erlernt (PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995). Ein Dialog ist unabhängig vom verbalen Inhalt als gelungen zu betrachten, wenn die Teilnehmer subjektiv den Eindruck haben, dass wechselseitiges Verstehen, also ein Austausch auf der Beziehungsebene stattgefunden hat.

Das Gefühl für Wechselseitigkeit im Dialog entsteht im konfliktfreien Raum unter Einfluss von positiven Affekten (EMDE 1997, 301 ff.). Wenn Eltern im Kontakt mit ihrem Kind die entsprechenden Dialoge und Spiele nicht zur Anwendung bringen, liegt dies meist daran, dass sie selbst aufgrund verschiedener möglicher Ursachen unter starkem Stress stehen, weshalb zur Förderung vorsprachlicher Kommunikation die Entlastung der Eltern an erster Stelle steht (PAPOUŠEK, PAPOUŠEK 1995, 138). So kann man folgern, dass die ausreichende Ausstattung mit materiellen und psychischen Ressourcen dem entspannten zwi-

schenmenschlichen Umgang dient und damit das intrinsische Gefühl für Wechselseitigkeit und damit die Moralentwicklung des Einzelnen und auch der Gruppe fördert. Umgekehrt dürfte dort, wo Stress, Hektik und Kampf um Ressourcen vorherrschen, jeder sich selbst der Nächste sein. Zwischenmenschliche Kontakte dürften dort nicht mehr von entspannter Gegenseitigkeit, sondern von Kämpfen um schwindende Aufmerksamkeitsressourcen getragen sein. In einer solchen Atmosphäre verringern sich die biologisch angelegten Muster des »intuitive parenting«, was zu Kommunikationsstörungen zwischen Eltern und Kindern führt (EMDE 1997, 306).

Die menschliche Aufgabe der Identitätsbildung und Aufrechterhaltung des Selbst (PILLEN 2004) beginnt an dieser Stelle des frühen Dialogs mit der Bezugsperson. Es wird deutlich, wie zwischenmenschliche und gesellschaftliche Ressourcen zur Entstehung eines positiven Selbst mit positiven Beziehungen und gelungener Herausbildung des Gefühls für Wechselseitigkeit beitragen können (vgl. PETZOLD et al. 1997). Wenn innergesellschaftliche Konflikte ein derart hohes Maß angenommen haben, dass sie anders nicht mehr lösbar erscheinen, erscheint die Disziplinierung psychisch Kranker als klassische Leitfunktion der Psychiatrie (PILLEN 2004) notwendig.

Ressourcenorientierung (z. B. HASELMANN 2008, 89 ff.; ANTONOVSKY 1997) als Grundlage moderner sozialpsychiatrischer Arbeit könnte also weit mehr beinhalten als das Suchen individueller positiver Entwicklungsmöglichkeiten beim psychiatrisch auffälligen Individuum. Die enge Verflochtenheit psychischer, sozialer und moralischer Ressourcen lenkt die Aufmerksamkeit auf die gelebten Beziehungen und Beziehungsressourcen im psychiatrischen Kontext. Diese wiederum stehen in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie materieller und personeller Ausstattung sowie gesellschaftlicher Wertschätzung. Die Ressourcenorientierung wäre daher die entscheidende Antwort auf schwindende gesellschaftliche und globale Ressourcen in Gegenwart und Zukunft.

Für die positive Beziehungsorientierung sind die »gefühlten« Ressourcen die entscheidenden. Konstruktive Arbeitsorganisation in einem Gleichgewicht aus feststehenden Rahmenbedingungen und Routinen und persönlichen Spielräumen dürfte Raum für positive persönliche Begegnungen eröffnen, um wiederum den Blick für neue Möglichkeiten zu schärfen.

Der Möglichkeitsraum

Die hier beschriebenen Elemente nonverbalen zwischenmenschlichen Kontakts finden statt in dem zuvor skizzierten »Möglichkeitsraum« (DEBUS 2003), in dem soziale Bedingungen geschaffen werden sollen, die der Person Möglichkeiten zur Selbstexploration, zum in die Zukunft gerichteten Selbstentwurf und damit zu therapeutisch wirksamen Entwicklungen (ebd.; vgl. GROMANN 2006) eröffnen.

Auf dem nun folgenden Weg aus dem Nahbereich der direkten Kontakte hinaus in die Welt der Struktur- und Konzeptbildungen soll das Individuum, die Person oder das Subjekt in all seiner zwischenmenschlichen, nonverbal vermittelten Lebendigkeit weiterhin im Mittelpunkt stehen (vgl. GROMANN 2003; 2006). Strukturbildungen vom Subjekt aus zu denken, das in zwischenmenschlichen Austausch treten will, erfordert eine neue Sichtweise auf den sozialen Raum, da dieser zunächst als offener, noch nicht strukturierter Raum aus Möglichkeiten gedacht werden muss. Die Strukturbildungen, die den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entgegenkommen sollen, sollen hier recht abstrakt von der Person aus gedacht werden. Nimmt man ein einzelnes Subjekt, eine einzelne Person zum Ausgangspunkt, so wird sich die zu bildende Struktur um diese herum kristallisieren; die Struktur wird die Person mit anderen Menschen verbinden, wobei sämtliche Teilnehmer ihrerseits die Struktur aufrechterhalten, so lange wie sie nötig erscheint. Wie in einer musiktherapeutischen Improvisation werden die strukturbildenden Bindekräfte nachlassen, wenn das Interesse an oder das Bedürfnis nach dieser Struktur nachlässt; es entsteht Raum für neue Strukturbildungen.

Das Konzept des »Möglichkeitsraums« wurde von DEBUS (2003) anhand des Psychose-Seminars (BOCK 2004) untersucht und dargestellt. Das Psychoseseminar ist eine Strukturbildung, die auf die subjektive Perspektive der Beteiligten im Dialog zielt, indem die persönliche Erfahrung der dialogischen Gesprächspartner in den Mittelpunkt gestellt wird (ebd.). Dies konstituiert lt. DEBUS (2003) den Möglichkeitsraum, »der Bedingungen erzeugt, die den sich selbst entwerfenden Kräften der Person angepasst sind und ihnen die Möglichkeit zur Selbstinszenierung (...) verschafft«. Innerhalb der sozialpsychiatrischen Strukturbildung (vgl. »Rahmen«) des Psychoseseminars entsteht der Möglichkeitsraum (vgl. »Spielraum«).

Außerhalb dieser Strukturbildung kann der Möglichkeitsraum von der Person aus (vgl. GROMANN 2003) weiter hinaus in das soziale Feld gedacht werden. Die offene, demokratische, marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaft kann so als ein einziger »Möglichkeitsraum« verstanden werden, der soziale Strukturbildungen vielfältigster Art möglich macht und den ihr angehörenden Menschen diverse Gelegenheiten bietet, sich selbst zu entwerfen und zu inszenieren, und in dem das Individuum sich nach seinen eigenen Vorstellungen bewegen kann (vgl. PILLEN 2004, 4). Dies ist ein relativ neuer Gedanke, der mit dem Zeitalter der Individualisierung verbunden ist (ebd.). Der sozialpsychiatrische Möglichkeitsraum passt somit perfekt in die individualistische Gesellschaft, so wie es folgerichtig ist, dass die Psychiatrie in einer Gesellschaft immer dem jeweils herrschenden Zeitgeist entspricht (vgl. a. a. O., 7).

Ebenfalls viele Ähnlichkeiten weist der Möglichkeitsraum mit dem »potential space« des Nahbereichs zwischen Säugling und Mutter nach Winnicott auf (PETZOLD 1997, 17; RICKERT 2008). Dieser frühkindliche Möglichkeitsraum gibt nach Winnicott dem Säugling ein Gefühl von Allmacht, was wiederum eine Voraussetzung ist für sich entwickelnde Kreativität (RICKERT 2008). Hier spielt die vertraute Bezugsperson eine ganz entscheidende Rolle, da sich die spielerischen Kommunikationsformen menschlichen Kontakts in der persönlichen Nähe vollziehen und die vertraute Bezugsperson dem Kind durch ihre bestätigende Anwesenheit in Momenten der Unsicherheit bei der Erforschung der Außenwelt hilft, was die Eröffnung von Spielräumen und den Entdeckergeist erst möglich macht.

Das erwachsene autonome Individuum der europäischen Neuzeit erforscht die Außenwelt auf eigene Faust. Die Welt der Mutter hat es erfolgreich hinter sich gelassen, und es stellt sich nun frei und selbstständig den Aufgaben im offenen Raum. In diesem Raum trifft es auf bereits bestehende Strukturbildungen, an die es »andocken« möchte, oder es entwirft kreativ eigene Strukturierungsideen, wofür es dann Mitstreiter und Unterstützer braucht. Die Individuen, auf die es trifft, sind ebenso frei und autonom wie es selbst und haben daher eigene Vorstellungen, die sie verwirklichen wollen. Um Vorstellungen zu verwirklichen, sind daher Verhandlungsprozesse unabdingbar, weshalb es zu Kompromissbildungen kommen muss, die für das kreative Individuum vielleicht enttäuschende Ergebnisse erbringen. Ein ständiger

Widerstreit aus Anspruch und Wirklichkeit in Theorie und Praxis ist die Folge.

Das schöne Bild des sich frei aus sich selbst heraus entwickelnden Individuums nach Rousseau (vgl. BALLAUF 1983, 75 ff.) muss darüber hinaus die Kräfte, die dieses Individuum in seinem Leben und in seiner Realität halten, ausblenden, weshalb es diesem Denkansatz gemäß folgerichtig ist, dass für Rousseau diese Autonomie nur dem männlichen Individuum zusteht und nicht dem weiblichen (ebd.).

So bekommt der Anspruch, den das freie, autonome Individuum an seine Umwelt stellt, doch Ähnlichkeit mit dem Anspruch des Winnicott'schen Säuglings, der seine Allmacht nur spüren und seine Kreativität nur entwickeln kann, wenn die mütterliche Versorgung dies gewährleistet. Die in Wirklichkeit bestehende völlige Abhängigkeit von der Leben spendenden Umwelt muss dabei ebenso wie beim Säugling ausgeblendet bleiben, da das entsprechende Bewusstsein das Autonomiegefühl bedrohen würde. Der Anspruch des autonomen Individuums auf Vollversorgung wäre demnach bereits in der »Ideologie der Individualisierung« (PILLEN 2004) begründet und somit als konstituierend für die postulierte Autonomie und nicht als deren Gegensatz zu betrachten sein. In gesellschaftlichen Verteilungskämpfen werden Ansprüche zu Forderungen; der Manager in seinem Hotelbett und der demonstrierende Hartz-IV-Empfänger könnten so als Brüder im Geiste des Individualismus und der Autonomie angesehen werden.

Wenn erkannt ist, dass das autonome neuzeitliche Subjekt so autonom gar nicht ist und auch nicht sein kann, weil es ständig auf andere und auf vorhandene Ressourcen angewiesen ist, dann kann der entsprechende Anspruch losgelassen und der Geist zur Ruhe kommen. Auch Winnicott stellte fest, dass eine Mutter nicht ständig voll für ihr Kind verfügbar sein kann, weshalb es genüge, »hinreichend gut« zu sein (PETZOLD 1997, 17). Es scheint so zu sein, dass Frustrationen zum Leben dazugehören, und zwar auf allen Altersstufen gleichermaßen. Keine Instanz der Welt, nicht Gott, nicht der Staat, nicht der Markt und nicht die Mutter erfüllt uns alle unsere Wünsche. Von Beginn des Lebens an richtet sich der Säugling an der Realität aus (vgl. STERN 2007, III).

Das Winnicott'sche Allmachtsgefühl der Kreativität wäre somit kein durchgehender Zustand, sondern es taucht auf im Moment der Gegenwart (vgl. STERN 2007, IX) und vergeht wieder, wenn andere Strukturen

und Lebensbedürfnisse ihr Recht fordern. Wird der ständige Anspruch der totalen Bedürfnisbefriedigung losgelassen, erscheinen Konflikte im gegenseitigen Respekt vor der Beziehung auf einmal leicht lösbar, ähnlich wie während musiktherapeutischer Spielformen Ruhe und Frieden einkehrt, sobald erkannt wird, dass jeder an die Reihe kommt.

Beziehungen und Strukturen im Raum

Der zu entwickelnde sozialpsychiatrische Möglichkeitsraum, der im Sinne des subjektorientierten Ansatzes den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entgegenkommen soll, wird entsprechend der hier vertretenen Beziehungsorientierung kein absoluter sein, da die Interessen des Einzelnen ihre Grenze an den Interessen der anderen Individuen im sozialen Raum finden. Insbesondere zur Einschätzung psychischer Ressourcen und Grenzen im Rahmen der Beziehungsgestaltung sind Kenntnisse nonverbalen zwischenmenschlichen Erlebens von großer Wichtigkeit. Wer psychisch erkrankten Menschen gesundheitsfördernde Lebensumstände ermöglichen und zu einer positiven Lebensentwicklung verhelfen will, muss die diesem Zweck dienenden Beziehungen positiv und gesund gestalten.

Positiv gestaltete Beziehung bedeutet nicht, dass dem Willen des Betroffenen stets entsprochen werden muss. Weder geht es darum, die Interessen einer wie auch immer definierten Gesellschaft gegenüber dem Erkrankten, noch darum, stets anwaltschaftlich dessen Interessen gegenüber der Gesellschaft durchzusetzen. Stattdessen müssen in jedem Einzelfall die im sozialen Feld wirksamen Kräfte analysiert und in ein Gleichgewicht gebracht werden, um eine möglichst konsensfähige Lösung zu finden. Durch die entstehenden Diskussionen werden die Vorgehensweisen und Prozesse transparent und einsichtig gestaltet. Von den beteiligten Fachkräften wird dadurch ein sehr hohes Maß an Reflexionsvermögen verlangt. In einer doppelten therapeutischen Perspektive gilt es, professionell reflektiert auch die eigene Subjektivität zu berücksichtigen, um als Mensch kenntlich zu werden. Dies bedeutet, dass die Fachkraft selbst über dafür ausreichende materielle und emotionale Ressourcen verfügen muss, sowie kenntlich machen darf und muss, wenn ihre eigenen Grenzen überschritten worden sind. Psychiatrie kann daher niemals besser sein als die sie umgebende Gesellschaft; dies von Mitarbeitenden zu verlangen, führt zu Burn-out,

was den zu Betreuenden keineswegs nützt, sondern eine Verschiebung von Verantwortung bedeutet.

Gerade in Zeiten multipler gesellschaftlicher Umbrüche und Umstrukturierungen (vgl. KEUPP 2008), in denen auch die Identitäten vielfachen Umstrukturierungsanforderungen unterworfen sind, gibt es allerdings sehr viel Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten für diejenigen Personen, die diesen Anforderungen nicht gewachsen sind und daher mit der Psychiatrie in Kontakt kommen. Der Weg in eine neue Identität ist vergleichbar mit dem Weg eines kleinen Kindes in die Außenwelt, nur dass den Erwachsenen niemand mehr »an die Hand nimmt«. So erscheint es als positiver Ansatz, psychisch kranken Erwachsenen mit dem Bedürfnis nach Identitätsarbeit und Lebensstrukturierung eine persönliche, kontinuierliche Bezugsperson im Sinne eines Fallmanagement zur Seite zu stellen, die zur Aufgabe hat, »sehr komplexe Situationen und Prozesse der Person, ihrer Vorgeschichte und des Lebensumfeldes einzuschätzen, Aufträge der Klienten zu erkennen oder auch gemeinsam herauszuarbeiten und (...) verständlich zu dokumentieren« (GROMANN 2003, 2). Die entstehende Beziehung kann, wenn sie als kontinuierlich und verlässlich erlebt wird, als tragfähige soziale Struktur wirken, die gesundheitsfördernde Entwicklungen möglich macht.

Psychisch erkrankte Menschen sind oft in sich gekehrt und beschäftigt mit ihren Sorgen, sodass kein Interesse an sozialem Austausch mehr zu bestehen scheint. Tragfähige soziale Strukturen aufzubauen, an denen sie selbst ihren Anteil haben, indem sie diese gemeinsam mit anderen selbstständig aufrechterhalten, erfordert Mut, Sensibilität, Geduld und sehr viel Wertschätzung. Der »Funke« des Kontakts muss überspringen; es muss das Gefühl entstehen, dass die sich formierende Struktur wirklich Bedeutung hat für das individuelle Selbst. »Es muss eine ›Utopie‹ befördert werden, die Sinn für die Klientin/den Klienten macht« (GROMANN 2003). In Menschen voller Hoffnungslosigkeit diesen Funken zu wecken, ihnen geduldig so viel Unterstützung zu geben, dass sie wieder wagen können zu träumen, ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die nur erfüllen kann, wer selbst angemessene Honorierung und Wertschätzung erfährt. Spielräume entstehen unter Einfluss positiver Emotionen; unter Kostendruck und dem damit vermittelten intersubjektiven Stress entstehen Träume und Utopien sicher nicht.

Der Grund menschlichen Zusammenlebens

Im globalen gesellschaftlichen Rahmen scheinen sich durch die fortschreitende Individualisierung zwei gegenläufige soziale Entwicklungen zu vollziehen. Auf der einen Seite werden durch die Konkurrenzbedürfnisse der Individuen im marktwirtschaftlichen System kreative neue Lösungen, aber auch Konkurrenzdruck, Neid und die Gefahr sozialen Ausschlusses geschaffen, was sich bei schwindenden Ressourcen im globalen Maßstab noch verschärfen könnte. Auf der anderen Seite ist ebenfalls durch individuumzentrierte Tendenzen eine viel stärkere Orientierung auf individuelle Rechte zu verzeichnen. Hierhin gehört die Postulierung universeller Menschenrechte, die Philosophie der Verständigung der Individuen nach Habermas, und auch der subjektorientierte sozialpsychiatrische Ansatz. Selbst Tieren wird heute im Tierschutzgedanken Subjektivität zugeschrieben, was zum Schutz vor Ausbeutung aufruft. Dies ist neu, da Subjektstatus früher nur privilegierten Minderheiten zugestanden wurde.

Diese beiden gegenläufigen Tendenzen erzeugen eine gesellschaftliche Spannungsdynamik. Individuen haben gleiche Rechte, aber sie dürfen konkurrieren. Auf der einen Seite wird nach Anhäufung von Macht gestrebt, auf der anderen Seite entsteht gerade dadurch gesteigerter Legitimationsbedarf, weshalb die Auseinandersetzungen bewegt und lebendig bleiben werden. Das gesellschaftliche Spannungsfeld fordert vom Individuum Zerreißproben, die der anstrengenden Passungsarbeit von Personen mit Schizophrenie ähneln könnten (KEUPP 1998, 223), wobei aber auch »neue Chancen für eigenwillige Identitäts- und Normalitätsentwürfe« (a. a. O., 238; vgl. PETZOLD 1995, 19) entstehen.

In Zeiten schwindender Ressourcen im globalen Maßstab erscheint nun die Ressourcenorientierung in jeglicher Hinsicht als wichtigste Herausforderung, wobei auch das Erkennen und Nutzen sozialer und emotionaler Ressourcen einbezogen werden sollte. Jeder Mensch braucht täglich Lebenssinn und Hoffnung auf eine Zukunft; insbesondere psychisch erkrankten Menschen muss, wenn psychiatrische Arbeit einen Sinn haben soll, diese Hoffnung stets aufs Neue vorgelebt und vermittelt werden. In der optimistischen Gesellschaftssicht von Habermas geht es darum, in »kommunikativen Prozessen der Verständigung den Grund menschlichen Zusammenlebens immer wieder neu zu entdecken« (SCHÄFER 2005).

Der tiefste »Grund menschlichen Zusammenlebens« ist die nonverbale Verständigung. Das Wissen über zwischenmenschliche Prozesse im Nahbereich nonverbalen Erlebens schafft die Grundlage für ein Erkennen emotionaler Ressourcen und Grenzen im sozialen Raum.

Literatur

- AMERING, Michaela; SCHMOLKE, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen
- BAUMGARTNER, Peter; GLAMEYER, Christian; PIECHA, Detlev; DE WITT, Claudia (2005): Einführung in die Bildungswissenschaft. Kurseinheit 1. FernUniversität Hagen, Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften
- BENGEL, Jürgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Erweiterte Neuauflage. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 6)
- BOCK, Thomas (2004): Eigensinn und Psychose. Unkooperative Patienten als Gradmesser der therapeutischen Qualität. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus (2004): Einleitung. In: BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- BOSSHARD, Marianne; EBERT, Ursula; LAZARUS, Horst (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Bonn
- BUCK, Dorothea (2004): Das Psychoseerleben verstehen und integrieren statt bekämpfen – Heilung statt Symptomverdrängung. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- CIOMPI, Luc; HOFFMANN, Holger; BROCCARD, Michel (Hg.) (2001): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern

- CREFELD, Wolf (2003): Ein neues Selbstbewusstsein tut Not! Die Rolle der Sozialarbeit in der Gemeindepsychiatrie. *Soziale Psychiatrie* 2
- DEBUS, Stephan (2003): Semiotik und Sozialpsychiatrie – transdisziplinäre Begegnung als Reformulierungsarbeit. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 3
- DÖRNER, Klaus (2004 a): Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn
- DÖRNER, Klaus (2004 b): Verantwortung vom Letzten her. Der innere Impuls des Sorgens um den Anderen. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (2000): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. 2. unveränderte Neuauflage der Neuauflage von 1996. Bonn
- EICHBERGER, Gerd (1998): Der Psychotherapeut als Organisator sozialpsychiatrischer Versorgung. In: MEIBEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): *Sozialpsychiatrie und Psychotherapie*. Linz
- ELGETI, Hermann (2001): Reformation und Gegenreformation in der Psychiatrie. Besichtigung der Betten-Debatte. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1
- EMDE, Robert N. (1995): Die Aktivierung grundlegender Formen der Entwicklung: Empathische Verfügbarkeit und therapeutisches Handeln. In: PETZOLD, Hilarion G. (Hg.): *Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn
- EMDE, Robert N. (1997) Die endliche und die unendliche Entwicklung – Angeborene und motivationale Faktoren aus der frühen Kindheit. In: PETZOLD, Hilarion G. (Hg.): *Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 1, Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Paderborn
- EMRICH, Hinderk M. (2004): Das Gefühlshafte in der Wirklichkeitserfahrung. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn
- ENGELMANN, Ingo (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Analytische Musiktherapie in der Gemeindepsychiatrie. Göttingen
- FINZEN, Asmus (2008): Der Zeitgeist ist nicht doppelblind. Über die

- wechselhafte Bewertung von Psychopharmakawirkungen in fünf Jahrzehnten. Sozialpsychiatrische Informationen 2
- GROMANN, Petra (2003): Personenzentrierung in der psychiatrischen Versorgung – eine besondere Herausforderung an Soziale Arbeit. Impulsreferat für 1. Fachtag »Soziale Arbeit in der Psychiatrie«, Frankfurt. <http://www.psychiatrie.de/dgsp/tagungen/sozialarbeit2003/> [06.06.2009]
- GROMANN, Petra (2006): Eigenständiger Begriff therapeutischen Handelns. Qualifizierung und Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen in der Sozialpsychiatrie und »therapeutische« Kompetenzen. In: Kerbe 4
- GROSS, Rainer (1998): Sozialpsychiatrische Tätigkeit als Balanceakt. In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- HASELMANN, Sigrid (2008): Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen
- HEID, Helmut (2005): Pädagogik des Kritischen Rationalismus. In: BAUMGARTNER, Peter; GLAMEYER, Christian; PIECHA, Detlev; DE WITT, Claudia: Einführung in die Bildungswissenschaft. Kurseinheit 1. FernUniversität Hagen, FB Kultur- und Sozialwissenschaften
- HELTZEL, Rudolf (1998): Das psychiatrische Krankenhaus als Ort für Psychotherapie. In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- HELTZEL, Rudolf (2004): Wie Leitung dem Ausbrennen von Mitarbeitern vorbeugen kann. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2
- HOFF, Paul (2004): Das Subjekt als Objekt – historische Betrachtungen aus aktuellem Anlass. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- HOFFMANN, Ludger (2004): Was ist der Mensch? Vortrag zur Auftaktveranstaltung der Forschungsgruppe Univ. Dortmund/KWI Essen. <http://home.edo.unidortmund.de/~hoffmann/PDF/Mensch.pdf> [06.09.2009]
- HUPPERTZ, Michael (2004): Schizophrenie und Wirklichkeitserfahrung. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- KATSCHNIG, Heinz (1998): Hundert Jahre wissenschaftliche Psychiatrie. Sigmund Freud, Emil Kraepelin, Émile Durkheim und die mo-

- derne Psychiatrie. In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- KEUPP, Heiner (1998): Psychotherapeutisierung der Psychiatrie – die Reformperspektive der Zukunft? In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- KEUPP, Heiner (2008): Soziale Integration und gesellschaftlicher Umbruch. http://www.apfe.de/index.php?article_id=84 [03.04.2009]
- LORENZ, Charlotte (2007): Durch Texte den Takt finden. Wie ich mich aus der Verrücktheit schrieb. Psychosoziale Umschau 3
- LÜTJEN, Reinhard (2007): Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. Bonn
- LÜTJEN, Reinhard (2008): Von Subjekt zu Subjekt. Respekt und Anerkennung – Voraussetzung einer gelungenen Begegnung in der psychiatrischen Praxis. In: Soziale Psychiatrie 4
- MEIßEL, Theodor (1998): Psychiatrische Praxis im Spannungsfeld individueller und sozialer Aspekte des Menschlichen. In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- MEIßEL, Theodor (2004): Verantwortung, Schuld und Schuldgefühle in der Familie. Die konflikthafte Existenz des Menschen. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- MENTZOS, Stavros (1998): Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie. In: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- MOLDZIO, Andrea (2004): Philosophie der Psychosen – vom Symptom zum Phänomen. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- NOLLER, Annette (2005): Der Mensch im Mittelpunkt – eine Annäherung aus sozialetischer Perspektive. Psychiatrie-Jahrestagung 2005 (BeB) in Berlin/Erkner. http://www.beb-ev.de/files/pdf/2005psychiatrie/2005-09-21noller_1.pdf [13.10.2009]
- OBERT, Klaus (2003): Lebensweltorientierung als handlungsleitendes Prinzip sozialer Arbeit im Feld psychiatrischer Versorgung. Referat auf dem 1. Fachtag »Soziale Arbeit in der Psychiatrie«, Frankfurt. <http://www.psychiatrie.de/dgsp/tagungen/sozialarbeit2003/> [06.06.2009]

- PAPOUŠEK, Hanus; PAPOUŠEK, Mechthild (1995): Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: PETZOLD, Hilarion G.: Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn
- PETZOLD, Hilarion G. (Hg.) (1995): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn
- PETZOLD, Hilarion G. (1995): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei »frühen Schädigungen« und »negativen Ereignisketten« in unglücklichen Lebenskarrieren. In: PETZOLD, Hilarion G. (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn
- PETZOLD, Hilarion G. (Hg.) (1997): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Paderborn
- PETZOLD, Hilarion G.; VAN BEEK, Yolanda; VAN DER HOEK, Annamarike (1995): Grundlagen und Grundmuster »intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion« – »Intuitive Parenting« und »Sensitive Caregiving« von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: PETZOLD, Hilarion G. (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn
- PETZOLD, Hilarion G.; GOFFIN, Joy J. M.; OUDHOF, Jolanda (1997): Protektive Faktoren und Prozesse – die »positive« Perspektive in der longitudinalen »klinischen Entwicklungspsychologie und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: PETZOLD, Hilarion G. (Hg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Paderborn
- PILLEN, Angelika (2004): Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik. Sozialpsychiatrische Informationen 2
- PREITER, Markus (2004): Der Notfallkoffer aus der Steinzeit – über Psychopathologie und Evolution. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn

- RAHN, Ewald (2004): Anthropologische Dimensionen des Borderline-Syndroms. Entwicklungsaufgaben von Borderline-Patienten. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- REKER, Martin (2004): Rausch und Sucht als konstituive Merkmale der postmodernen Gesellschaft. Über Freiheit und Rauschtrinken. In: BOCK, Th.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- RICKERT, Regula (2008): Zur Psychodynamik in der Kunsttherapie. www.kunsttherapie.net/KTPpsychodynamik.html [27.11.2009]
- RIEBER, Janna (2003): Wiederaufnahmen in die vollstationäre psychiatrische Versorgung aus Patientenperspektive. Eine explorative Studie. Diplomarbeit an der Fachhochschule München, Fachbereich 11 Sozialwesen
- RUDOLF, Gerd (1996): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 3. überarbeitete Auflage, Stuttgart
- SCHÄFER, Karl-Hermann (2005): »Entwicklung« und »Kommunikation« als Grundbegriffe der Bildungswissenschaft. Teil II: »Kommunikation«. FernUniversität Hagen, Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften
- SCHWARZ, Frank (1998): Psychotherapeutische Beziehungen in der Psychiatrie in: MEIßEL, Theodor; EICHBERGER, Gerd (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Linz
- SMEIJSTERS, Henk (1994): Musiktherapie als Psychotherapie. Stuttgart
- SMEIJSTERS, Henk (2006): Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen. Van Loghum
- SPANCKEN, Elmar (2001): Abteilung oder Fachkrankenhaus – die falsche Front! Sozialpsychiatrische Informationen 1
- STERN, Daniel (1993): Die Lebenserfahrung des Säuglings. 3. Auflage. Stuttgart
- STERN, Daniel (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. 9. erweiterte Auflage. Stuttgart
- TRENCKMANN, Ulrich (2002): 200 Jahre (Reform-)Psychiatrie. »Irrenheilkunde« zwischen Ausgrenzung und Integration, zwischen Ausmerzungen und Heilbehandlung. Sozialpsychiatrische Informationen 1

Almuth Herforth ist Musiktherapeutin, Sozialarbeiterin (MA). Arbeitsschwerpunkt: Musiktherapeutin in den Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der stationären Pflege.

Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener wider Willen?

Zusammenfassung einer empirischen Untersuchung zur beruflichen Peer-Beteiligung nach abgeschlossener Qualifizierung im Kontext der Gemeindepsychiatrie in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Candy Steinke

»Ich denke an eine Apfelrose (...). Es ist ein zerbrechliches und eindruckliches Lebewesen, diese Meeresblume. (...) In der Morgendämmerung bewegt sie sich langsam nach oben und dreht sich gegen den Morgenstern. Diese Apfelrose ist ein Lichtsucher. Es ist ein Lichtsucher, dessen Wurzeln weit in die Dunkelheit der Erde hinabreichen. In der Tat, es war in der Dunkelheit, in der dieses neue Leben begann. Vor langer Zeit im Januar und Februar, als die eisigen Winde quer über jene Dünen peitschten und die Tage kurz waren und das Licht keine Wärme gab, auch damals schon wartete das neue Leben tief unter dem Boden. Niemand konnte es sehen, niemand war da, der es bezeugen konnte und dennoch wartete dieses Versprechen einer Seeblume. Sie wartete in jener eisigen Dunkelheit darauf, dass der Sand zu tauen begann. Sie wartete, bis der Regen kam und die Erde auflockerte. Und dann, ganz, ganz langsam, begann sie sich zu bewegen. Ein Körnchen Sand nach dem anderen auf die Seite schiebend, begann sie zu wachsen. Zuerst wuchs sie nicht gleich zum Licht hin. Nein. Zuerst strebte sie nach unten, tastete sich blind durch den rieselnden Sand, reckte und streckte sich und versuchte einen sicheren Platz zu erreichen. Einen Platz zum Verwurzeln. Guten Boden um sich daran festzuhalten und davon ernährt zu werden. Eine geeignete Bodenheimat, die sie selbst bei heftigem Regen und tobenden Winden am Leben erhalten würde. Und dann, nachdem sie sich auf diese Weise verwurzelt hatte, begann die Apfel-

rose ihre Reise zum Licht. Diese Meeresblume stieß durch die Dunkelheit und kam zum Vorschein, winzig und schön und beharrlich und mutig. Auf zarten und bebenden Zweiglein erwachte diese kleine Rose zu einem neuen Leben.»
(Deegan 1996, 1 f.)

Einleitung

Pat Deegan, Aktivistin in der Expatrianten(-Bewegung) und eine der bekanntesten Vertreterinnen der Recovery-Bewegung, führte auf der Jahreskonferenz der Dienste für psychiatrische Gesundheit von Australien und Neuseeland im Jahr 1996 dieses Sinnbild an, um zu verdeutlichen, dass Menschen, die die Erfahrung einer psychischen Erkrankung erlebt haben bzw. durchleben, Menschen sind. Dass sie Menschen sind, die zu der Gesellschaft dazugehören und denen es möglich ist, entgegen zum Teil bestehenden gegenteiligen Haltungen, aus sich herauszuwachsen und den negativen Einfluss der Erkrankung hinter sich zu lassen. Gleichzeitig sind sie jedoch Stigmatisierungsprozessen ausgesetzt, sowohl gesellschaftlich als auch durch das Versorgungssystem selbst, durch die die Person auf die gestellte Diagnose und die damit in Verbindung gebrachten Defizite und Assoziationen reduziert wird. Seit den 90er-Jahren entwickelte sich durch die Initiative von Betroffenen eine neue Haltung namens Recovery. Diese wendet sich gegen eine negativistische Sichtweise und rückt die Fähigkeiten, die Selbstbestimmung und die Hoffnung auf ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben, trotz psychischer Erkrankung, in das Zentrum, jenes Potenzial der Entwicklung, das Pat Deegan in ihrem Sinnbild beschreibt. Damit stehen sich zwei Konzepte, zwei Realitäten gegenüber, die unterschiedlicher nicht sein können und sich gegenseitig sogar ausschließen. Denn am Beispiel der Beteiligung am Erwerbsprozess psychiatrie-erfahrener Menschen zeigt sich, dass u. a. Stigmatisierung einen Ausschluss von diesem bedingt. Gleichzeitig stellt jedoch die Ausübung einer Arbeitstätigkeit und somit die Erfüllung gesellschaftlicher Normen, einen wesentlichen Aspekt dar, der Recovery-Prozesse positiv beeinflusst. Motiviert durch die persönlichen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Auftreten einer psychischen Erkrankung, dem Helfersystem etc. wählen Betroffene den Weg in das Peer Support, als sinnstiftende Betätigung, zunehmend auch als berufliche Perspektive.

Durch die Qualifizierungsprogramme EX-IN in Deutschland und dem Recovery-Projekt der Pro Mente Sana in der Schweiz, wird diese berufliche Orientierung gefördert. Im Zentrum der Qualifizierung steht die bezahlte Tätigkeit in der Gemeindepsychiatrie, sowohl in der direkten Begleitung als auch im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Grundlage bilden das Konzept der Gesundung sowie die Anerkennung des Erfahrungswissens als wertvolle und erforderliche Perspektive in der personenzentrierten Begleitung von Betroffenen. Auf diesem Kontext basierte ein Forschungsvorhaben der Autorin, dessen Ziel es gewesen ist, die bisherigen beruflichen Erfahrungen, die Peers nach Abschluss der Qualifizierungsmaßnahmen gesammelt haben, zu ermitteln. Unter Durchführung nichtstandardisierter, Leitfaden gestützter Minigruppen-diskussion und Experteninterviews, sind elf Absolventen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teils persönlich, teils telefonisch, zu ihren bisherigen beruflichen Erfahrungen befragt worden.

Theoretischer Hintergrund

Der Ausdruck Stigma (Zeichen, Brandmal) stammt ursprünglich aus dem Griechischen bzw. Lateinischen und bringt zum Ausdruck, dass sich eine Person auf besondere Art und Weise von anderen Menschen unterscheidet (vgl. HILLMANN zitiert nach GRAUSGRUBER 2005, 20). Darauf bleibt es jedoch nicht beschränkt, denn »über dieses Merkmal hinaus [werden – A. d. V.] der betreffenden Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben, welche mit dem real vorhandenen Merkmal objektiv wenig zu tun haben« (GRAUSGRUBER 2005, 21). In der Konsequenz kommt es zur sozialen Deklassierung, Isolation oder Verachtung (vgl. HILLMANN zitiert nach GRAUSGRUBER 2005, 20). Ausgangspunkt für die Zuschreibung eines Stigmas ist, dass Menschen Vorstellungen darüber besitzen, wie sie und ihre Mitmenschen sich verhalten, auftreten und leben sollen (vgl. GOFFMAN zitiert nach GRAUSGRUBER 2005, 20). Diese virtuelle soziale Identität trifft in der Interaktion mit anderen auf die aktuelle soziale Identität, jenen Eigenschaften und Merkmalen, über die das Gegenüber tatsächlich verfügt. Zwischen beiden kann eine Diskrepanz entstehen, aus der jedoch nicht automatisch ein Stigma resultieren muss, da einige Unterschiede

durchaus Akzeptanz finden. Nur jene Attribute, die unvereinbar mit der virtuellen sozialen Identität sind, werden zu einem Stigma (vgl. ebd.).

Die Stigmatisierung psychiatrie-erfahrener Menschen blickt auf eine lange Historie zurück. Vorherrschende Bilder über psychische Erkrankung werden bereits seit der vorklassischen Periode von Generation zu Generation weitergegeben und haben sich bis heute kaum verändert. In einer kritischen Studie zum Stigma von Mental Illness haben HAYWARD und BRIGHT (1997) »vier zentrale Merkmale herausgearbeitet, welche sie als zentrale Bestandteile des Stigmas von schweren psychischen Erkrankungen erachten. (...), dass psychisch Kranke als gefährlich gelten. (...) für ihre Erkrankung selbst als verantwortlich gelten. (...) dass psychische Krankheiten schwer zu behandeln sind. (...) dass psychisch Kranke als Normabweichende soziale Interaktionen gefährden« (HAYWARD, BRIGHT zitiert nach GRAUSGRUBER 2005, 27). Entsprechende Einstellungen und Haltungen werden bereits in den frühen Jahren der Kindheit im Rahmen der Sozialisation geprägt, verhärten sich im weiteren Lebenslauf und werden handlungsleitend. Die daraus resultierende Ausgrenzung basiert nicht auf real existierenden Erfahrungen mit Betroffenen, sondern auf vermuteten Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung. Die Menschen werden nicht mehr als solche wahrgenommen, sondern ausschließlich über die Diagnose und den damit zusammenhängenden Attributen.

In einer Untersuchung von ANGERMEYER und SCHULZE im Jahr 2003, in der sie 25 Betroffene und 122 Angehörige im Rahmen von Fokusgruppeninterviews deutschlandweit zu Auswirkungen von negativen Stereotypen und Diskriminierung auf den Alltag befragten, konnten vier zentrale Dimensionen, auf die sich Stigmatisierung bezieht, ermittelt werden: die interpersonelle Interaktion, das Bild psychiatrie-erfahrener Menschen in der Öffentlichkeit, ein erschwerter Zugang zu sozialen Rollen sowie strukturelle Diskriminierung (vgl. SCHULZE 2005, 127). In derselben Studie wurde überdies deutlich, dass sich knapp ein Viertel aller geschilderten Stigmatisierungserfahrungen auf das psychiatrische Versorgungssystem beziehen, vornehmlich auf die Dimensionen der interpersonellen Interaktion. Problematisch in diesem Zusammenhang ist die erlebte Wahrnehmung der Person über ihre Erkrankung, die mittels standardisierter Behandlungsverfahren rehabilitiert werden soll (a. a. O., 129). Aber auch im Zusammenhang mit der

strukturellen Diskriminierung zeigen sich im Bereich der Psychiatrie als stigmatisierend erlebte Aspekte: z.B. die mangelnde Qualität der psychiatrischen Versorgung (vgl. ANGERMEYER zitiert nach SCHULZE 2005, 136) oder die Frage nach der Angemessenheit und Wirksamkeit der angebotenen Hilfen (vgl. SCHULZE 2005, 142). Die beschriebenen Mechanismen, Botschaften und darauf folgenden Erfahrungen bergen, neben den beschriebenen Auswirkungen im Außen, die Gefahr, dass der Mensch mit der Zeit die Außenbotschaften in sein Selbst internalisiert und die »Rolle des psychisch Kranken« annimmt, was die Chronifizierung der Erkrankung begünstigen kann (vgl. GRAUSGRUBER 2005, 29). Zunehmend verringert sich das Selbstwertgefühl, es treten depressive Symptome auf (a. a. O., 33). Im Ergebnis »wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann, wie die erste und die zum Genesungshindernis ersten Ranges werden kann« (FINZEN zitiert nach GRAUSGRUBER 2005, 22).

Dass Gesundung auch bei sogenannten »schweren« psychischen Erkrankungen möglich ist, verdeutlicht eine Bewegung bzw. Haltung namens Recovery. Der Begriff ist in den 90er-Jahren in der Rehabilitation geprägt worden, als sich zunehmend abzeichnete, dass sich professionelle Bemühungen nicht ausschließlich auf die Krankheit und die Verbesserung der Funktionstüchtigkeit beschränken dürfen, sondern vielmehr »die Person als Eigentümerin ihrer einzigartigen Geschichte und Werte, die ein spezifisches Spektrum von Potenzialen besitzt« (AMERING, SCHMOLKE 2007, 7). ins Zentrum rücken müssen. Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die sich mit der Zuschreibung, chronisch krank zu sein, nicht abfinden wollten und zeigten, dass psychiatrie- bzw. psychoseerfahrene Menschen ihre Krankheit soweit bewältigen können, dass sie psychisch stabil leben können (vgl. KNUF 2004, 2). Somit kann Recovery beschrieben werden als: »(...) ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Es ist mehr als die Bewältigung von Symptomen, auch bedeutet es nicht unbedingt vollständige ›Heilung‹, denn in den meisten Fällen besteht die Erkrankung bzw. Verletzlichkeit fort, der Betroffene führt aber trotzdem ein zufriedenes Leben. Es geht damit darum, den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält.« (KNUF 2004, 3) Zentral sind

im Recovery-Konzept die folgenden sieben Botschaften: Gesundheit ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich!, Ohne Hoffnung geht es nicht!, Jeder Gesundheitsweg ist anders!, Gesundheit ist kein linearer Prozess!, Gesundheit geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten!, Krankheit und Gesundheit verändern den Menschen!, Gesundheit ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich (vgl. KNUF 2008, 10). Der Prozess ist nicht linear, individuell verschieden und beinhaltet folgende Phasen: Verzweigung, Erwachen, Erkenntnis: Gesundheit ist möglich, Umsetzung, entschiedenes Engagement für die eigene Gesundheit, Wohlbefinden und Empowerment (vgl. KNUF 2007), die im Zusammenhang mit der innerpsychischen Dynamik eine Aufwärtsbewegung im Sinne von Bewältigung beschreiben.

Hilfreich ist für diesen Prozess ein stützendes Umfeld, das die emotionalen Tiefs mitträgt und den gesamten Weg positiv verstärkend unterstützt. Basierend auf den Ausführungen zu Stigmatisierungen gegenüber psychisch kranken Menschen bedarf es hierzu eine veränderte Wahrnehmung Psychiatrie-Erfahrener. »Das Konzept der Gesundheit wurzelt in der einfachen und tiefen Erkenntnis, dass Menschen, die eine psychiatrische Diagnose bekommen haben, Menschen sind.« (DEEGAN 1995, 2) Es ist anzuerkennen, dass sie eine Eigenverantwortung für das eigene Leben haben und Stellung zu ihrem Leiden beziehen können, was wiederum eine aktive Einwirkung auf den Heilungsprozess bedeutet (vgl. DEEGAN 1996, 12). Recovery impliziert eine veränderte Definition von Gesundheit: »Gesundheit ist nicht ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten, sondern vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können.« (KNUF 2007) Folglich stellt diese Haltung einen Kontrast zu den stigmatisierenden Stereotypen, die bereits dargestellt wurden, dar und hebt diese gleichzeitig auf. Überdies verändert sie aufgrund des Respekts vor der Autonomie das vorherrschende Rollenverständnis: Aus dem unmündigen Patienten wird ein selbstbestimmter Mensch, der aktiv seinen Gesundheitsweg selbst gestaltet und der somit nicht mehr von außen vorgegeben wird. Vielmehr bildet das Umfeld die Basis, die diese Entfaltung ermöglicht, mitträgt und unterstützt. Es beurteilt nicht, wer sich von einer psychischen Erkrankung und deren Folgen erholen wird und wem es nicht gelingt. Sondern es übernimmt die Aufgabe, die Hoffnung aufrechtzuerhalten, dass der Mensch seinen eigenen Gene-

sungsweg findet (vgl. DEEGAN 1996, 8). Infolgedessen werden über die Symptomreduktion, die Rückfallprophylaxe und Medikamentengabe hinaus die Elemente: Herstellung von Hoffnung, Unterstützung bei der Erlangung einer positiven Identität und Loslösung von psychiatrischen Labels, Entwicklung von Strategien, die Symptome beeinflussen, Aufbau eines Unterstützungssystems sowie die Erarbeitung von Sinnhaftigkeit und Bedeutung (be-)handlungsleitend (vgl. DEEGAN nach KNUF 2004, 3).

Recovery-Konzepte und Recovery begünstigende Faktoren sind bereits in der Forschung untersucht worden. Ruth Ralph von der Universität Maine sowie die Recovery Advisory Group unternahm im Jahr 1998 einen ersten Versuch, ein Messinstrumentarium für Recovery zu entwickeln (vgl. AMERING, SCHMOLKE 2007, 200). Auf diesem aufbauend konnten zwischenzeitlich verschiedene Instrumentarien entwickelt werden, die Recovery-Prozesse und Einflussfaktoren messbar machen. Besonderheit in der Recovery-Forschung ist, dass psychiatrie-erfahrene Menschen aktiv an dem Forschungsprozess beteiligt sind und zwar nicht ausschließlich als Probanden, sondern als Forscher selbst (a. a. O., 226). Recovery steht jedoch nicht ausschließlich für einen neuen Ansatz, der sich auf Haltungen, Konzepte und die Forschung beschränkt. Sondern Recovery steht auch für einen sich vollziehenden Paradigmenwechsel, der sich politisch und zum Teil auch bereits im Rahmen gesetzlicher Regelungen niederschlägt, z.B. das »Institutionelle Programm einer Psychiatrie für die Person: Von der klinischen Versorgung zur öffentlichen Gesundheit« des Weltverbandes Psychiatrie (a. a. O., 87), die UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Psychosoziale Umschau 1/2009, 33), die »Leitlinien zur seelischen Gesundheitsförderung und Verhütung seelischer Krankheiten« sowie das sogenannte Grünbuch der EU (vgl. AMERING, SCHMOLKE 2007, 131). Darüber hinaus haben »viele englischsprachige Länder wie Großbritannien, Kanada, Australien und Neuseeland (...) in den letzten Jahren die Gesundheitsplanung auf Recovery-Orientierung ausgerichtet« (a. a. O., 98).

Auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind die Prävention und Gesundheitsförderung als gesetzlich verankerte Gesundheitsleistungen eingeführt worden bzw. stehen kurz davor (vgl. SCHREINER-KÜRTE nach AMERING, SCHMOLKE 2007, 127).

Ein wesentlicher Aspekt, der Recovery begünstigt, ist das Nachgehen einer Erwerbstätigkeit. »Die Teilnahme am Arbeitsleben spielt eine

entscheidende Rolle für die Bewältigung von Alltag und Erkrankungsrisiko. (...) Auch für gesunde Menschen bedeutet der Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes eine schwere psychische Beeinträchtigung. Neben den bedrohlichen Auswirkungen auf die existenzielle Situation leiden Selbstwert und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Auch das soziale Netzwerk – ebenfalls eine Variable, deren Beitrag zur Verhinderung von Pathologie und Vermehrung von Lebensqualität hinlänglich bekannt ist – und die soziale Integration hängen direkt damit zusammen, ob Arbeitstätigkeit möglich ist.« (AMERING, SCHMOLKE 2007, 51) Erwerbstätigkeit bedeutet nicht ausschließlich Existenzsicherung. Darüber hinaus ist sie mit weiteren wichtigen Funktionen verknüpft: Vermittlung des Gefühls von Sicherheit, Eröffnung von Entscheidungsspielräumen, Gewährleistung von Partizipation, Definition des sozialen Status, gesellschaftliche Wertschätzung, Anerkennung als verantwortungsvolle und verlässliche Person, Vermittlung sozialer Einbindung aufgrund des Kontakts zur ›Normalgesellschaft‹, Entstehung von Selbstvertrauen über subjektives Kompetenzerleben in der Arbeit und über die Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte; Strukturierung von Zeitabläufen oder auch Sinnstiftung (vgl. KARDORFF, OHLBRECHT 2006, 27).

Jedoch unterliegen die Teilhabechancen am Arbeitsmarkt der bestehenden Wirtschaftsdynamik, die unter maßgeblichem Einfluss der Globalisierung steht. Kennzeichen der weltweiten Ökonomisierung sind »eine sukzessive Deregulierung und Liberalisierung der Waren-, Dienstleistungs- und vor allem der Finanzmärkte, die im Ergebnis (...) zu einer Internationalisierung und Beschleunigung der Kapitalflüsse, verschärften Konkurrenzverhältnissen und einer neuen Stufe der nunmehr im Weltmaßstab organisierten Arbeitsteilung der Warenproduktion führten« (ANHORN 2008, 18).

In der Konsequenz kann dies für den Arbeitnehmer zu häufigeren Wechseln der Arbeitsstellen führen, aber es machen auch immer mehr Menschen die Erfahrung von Arbeitslosigkeit (vgl. LUDWIG-MAYERHOFER 2008, 220). Hinzu kommen zunehmende komplexe Anforderungen an Arbeitnehmer, die sich als Einstellungshindernis auswirken können.

Das Bestehen am Arbeitsmarkt ist somit eine grundsätzliche Herausforderung für die Menschen geworden. Besonders spürbar vor allem für ältere, unqualifizierte bzw. für Menschen mit gesundheitlichen Schwie-

rigkeiten, die mit der Dynamik nicht Schritt halten können (a. a. O., 221) bzw. denen unterstellt wird, dies nicht zu können. Daraus ergeben sich für die Partizipation am Arbeitsmarkt besondere Schwierigkeiten, da diese Personengruppen von vornherein ausgeschlossen werden, basierend auf der vermeintlichen Zuschreibung, nicht geeignet zu sein. So geht die WHO von einer Arbeitslosenquote von 90 % in der Gruppe der psychisch erkrankten Menschen weltweit aus (vgl. MATSCHING et al. 2008, 271). Auch entsprechende Gesetze wie das SGB IX in Deutschland, das Invalidengesetz (IVG) in der Schweiz oder das Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG) in Österreich, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fördern und fordern, vermögen unter den gegebenen Umständen keine umfassende (Re-)Integration anzuregen.

Darüber hinaus bestehen Konzepte sowie Einrichtungen und Institutionen der Arbeitsrehabilitation, die sich einer tatsächlich vorhandenen Einschränkung der Arbeitskraft und deren Wiederherstellung widmen. Ziel der Angebote ist der Erhalt, die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, orientiert an der vorhandenen Leistungsfähigkeit (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation & Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen zitiert nach BRIEGER et al. 2009, 14).

MATSCHING et al. (2008, 273) haben mittels einer Literaturrecherche über pubmed-Artikel zum Thema »Arbeitsrehabilitation« aus einem Zeitraum von 1997 bis 2007 auf Indikatoren untersucht, die die (Re-)Integration positiv beeinflussen, z. B. das Vorhandensein eines Unterstützerkreises, eine abgeschlossene Berufsausbildung, berufliche Erfahrungen, die beobachteten Arbeitsleistungen oder die Fremdeinschätzung des aktuellen Arbeitsverhaltens sowie des Verhaltens bei Alltagsaufgaben etc. Neben diesen ist die Form der Durchführung entscheidend für die erfolgreiche Wiedereingliederung. Konzepte nach dem »first place then train«-Ansatz zeigen hier die größte Wirkung (vgl. ebd.).

Jedoch kommt nicht für jeden Menschen die Teilnahme an arbeitsrehabilitativen Angeboten oder die Wiederaufnahme bzw. Fortführung des Berufes in Betracht. Krankheit und Genesung verändern den Menschen, sodass Sinnhaftigkeit in anderen Betätigungsfeldern gesehen und angestrebt werden kann. Die persönliche Psychiatrie-Erfahrung ist häufig Motivation, sich für Menschen zu engagieren, die Ähnliches

erleben. Die gegenseitige Unterstützung durch Peers ist eine wesentliche Größe im Zusammenhang mit Recovery und Empowerment. Sie wird auch als Peer Support (Unterstützung durch Gleiche) bezeichnet und hat in der Suchthilfe eine über 25-jährige Tradition (vgl. UTSCHAKOWSKI 2009, 10). »Im Vordergrund der Unterstützung steht, statt der Anwendung professioneller Methoden, der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern. Peer Support wird aus den unterschiedlichen Gründen gesucht und angeboten. In der Regel geht es darum, sich mit anderen Menschen auszutauschen, die ähnliche Herausforderungen, Krankheiten oder Behinderungen erlebt haben bzw. bewältigen müssen.« (a. a. O., 14)

Eine Form des Peer Supports sind Selbsthilfegruppen. »Selbsthilfe – realisiert sich einerseits in den Lebenskreisen des privaten Alltags (primäre Eigenhilfe) als Beobachtung, Bearbeitung und Bewältigung eigener Sorgen aus eigener Kraft bzw. gemeinsamer Probleme mit gemeinsamer Anstrengung. Andererseits bedeutet die Problemlösungs- und Problembearbeitungsfähigkeit organisierter Selbsthilfe eine selbstbewusste Alternative zu offiziell und professionell organisierter ›Fremdhilfe‹.« (Fachlexikon sozialer Arbeit 2007, 810) Es bestehen drei strukturell wesentlich unterschiedliche Organisationsformen: professionell gesteuerte Gruppen bzw. Projekte, selbst gesteuerte Gruppen oder Projekte sowie Selbsthilfe mit professioneller Unterstützung (vgl. HELLERICH 2003, 41).

Allen Ansätzen ist gemeinsam, dass die Fähigkeiten der Teilnehmer in den Vordergrund gestellt werden und nicht die Defizite und sich somit die Grenzziehung zwischen gesund und krank aufhebt (a. a. O., 28). Aufgrund dieser salutogenetischen Sichtweise werden Möglichkeiten freigesetzt, die bei ausschließlich pathologischer Betrachtung verschlossen blieben. Der Ansatz des Empowerment ist hier tragendes Element. Menschen treten im Peer Support in ihrer Kompetenz im Zusammenhang mit der doppelten Expertenschaft auf, als Experten von Gesundheit und Krankheit, sowie im Zusammenhang der zweifachen Expertenschaft, dem professionellen Helfer und der Erfahrung (vgl. PETZOLD zitiert nach HELLERICH 2003, 32).

Eine weitere Form des Peer Supports sind sogenannte Selbsthilfeprojekte. Die Umgestaltung der Psychiatrie in den Sechziger- und Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts eröffnete die Chance, Selbsthilfepotenziale zu thematisieren. In der Psychiatrie-Enquete wurde ein

therapeutisches Programm gefordert, das aktiv vom Patienten mitgetragen werden sollte. Jedoch beschränkt(e) sich in der Folge die Beteiligung auf die Planung von Behandlungsschritten, nicht auf die Ebenen der Planung und der Ergebniskontrolle in den Institutionen, weshalb das hierarchische Denkmuster weitestgehend aufrechterhalten worden ist (vgl. HELLERICH 2003, 23).

Aufgrund dieser Kritik an den herkömmlichen psychiatrischen Angeboten initiierten psychiatrie-erfahrene Menschen Projekte in allen drei Ländern oder werden an diesen beteiligt, die über die klassische Selbsthilfegruppe hinausgehen, in dem sie sich auf Alltagsbegleitung, Krisenintervention oder bestimmte Themenstellungen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung beziehen und Betroffene ebenfalls auf der Planungs- Umsetzungs- und Ergebnisebene mit einbinden. Sie »(...) sollen eine Alternative zu den oft als entmündigend und demoralisierend empfundenen Hilfeleistungen darstellen« (UTSCHAKOWSKI et al. 2009, 16).

Zentral ist bei all den entsprechenden Verbänden, Organisationen, Interessenvertretungen, Einrichtungen und Diensten der dialogische Ansatz. »Trialog« meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw.« (BOCK et al. 2009, 23) Auf dieser Grundlage werden Psychiatrie-Erfahrene nicht ausschließlich als Experten in eigener Sache betrachtet, sondern darüber hinaus insgesamt als hilfreich für die psychiatrische Versorgung, da sie nützliche Impulse und Anregungen einfließen lassen können (a. a. O., 22). Insofern bietet der Dialog über das Gespräch auf gleicher Augenhöhe und der Anerkennung des jeweilig bestehenden Expertenwissens außerdem die Chance, wechselseitig bestehende Vorbehalte abzubauen. Allerdings ist die Notwendigkeit erkannt worden, dass allein diese Form der Zusammenkünfte nicht ausreichend sind, um die Psychiatrie nachhaltig zu verändern und es entstanden die ersten gemeinsamen Antistigmakampagnen, die sich gegen gesellschaftliche Vorurteile wandten (a. a. O., 23).

Mit dem Dialog verbunden ist die Subjekt- und Bedürfnisorientierung. Im Alltag bestehen Bezüge zum Need-adapted-Treatment und Empowerment, denn an die Stelle von Unterwerfungsritualen mit einseitig definierten Voraussetzungen von Behandlung tritt Kooperation,

gemeinsames Handeln, anschlussfähige Verstehenskonzepte, die der subjektiven Sicht Respekt entgegenbringen (vgl. ebd.).

Basierend auf der Trialog-Idee und deren Prinzipien wurden die Qualifizierungsmaßnahmen für psychiatrie-erfahrene Menschen, die sich an ihren Bedürfnissen orientieren, entwickelt (a. a. O., 42). Im deutschsprachigen Raum wurde durch die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. mit dem dazugehörigen Fortbildungsträger F.O.K.U.S. das europäische Leonardo da Vinci Pilotprojekt EX-IN (Experienced Involvement) beantragt und koordiniert. In den Jahren 2005 bis 2007 wurde unter Kooperation der Länder Deutschland, Niederlande, Norwegen, Schweden und Großbritannien ein entsprechendes Programm erprobt und in Zusammenarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen, psychiatrischen Fachkräften, Forschern und Lehrkräften ein Curriculum entwickelt (vgl. UTSCHAKOWSKI, VAN HAASTER o. J., 4).

»Das Projekt basiert auf der Überzeugung, dass Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, diese Erfahrungen nutzen können, um andere in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen.« (a. a. O., 5). Den Kern der Ausbildung bildet die Reflexion der eigenen Erfahrung sowie der Erwerb von Fähigkeiten und Wissen, die eine qualifizierte Arbeit aus der Perspektive der Erfahrung ermöglichen (vgl. ebd.). Ziel ist die bezahlte Betätigung in der Gemeindepsychiatrie sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Ausbildung umfasst 250 Stunden und gliedert sich in folgende Basismodule: Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, Empowerment in Theorie und Praxis, Erfahrung und Teilhabe, Trialog, Perspektiven und Erfahrungen von Genesung, sowie in die Aufbau-module: Unabhängige Fürsprecher in der Psychiatrie, Stimmen-Hören, Genesung unterstützen, Begleiten und Unterstützen, Lernen und Lehren (a. a. O., 10).

Lehrgänge können bislang in Bremen, Hamburg, Berlin und Stuttgart absolviert werden. Es werden ebenfalls Kurse für Ausbilder angeboten. Die Teilnahmebedingung ist eine abgeschlossene EX-IN-Qualifizierung.

In der Schweiz hat die Pro Mente Sana Schweiz, eine schweizweite Interessenvertretungsorganisation, im Jahr 2004 ein Recovery-Projekt gestartet. Über einen Aufruf in der Zeitung sind genesene Betroffene gesucht worden, die sich bereit erklärten, von ihrem persönlichen Gesundungsweg zu berichten. Mit ihnen gemeinsam wurde eine DVD

produziert, auf der sie ihre Erfahrungen schildern. Parallel dazu wurde ein vierzig Stunden umfassendes Trainingsprogramm erarbeitet, in dem Einführung in Recovery und Empowerment, Reflexion des eigenen Gesundungsweges, Präsentation und Moderation sowie Umgang mit Konfliktsituationen in Gruppen inhaltlich behandelt werden.

Das Ziel des Trainings besteht darin, Peers zu befähigen, in Gruppensituationen von den eigenen Gesunderfahrungen zu berichten und Hoffnungsträger für andere zu sein.

So starteten im Jahr 2006 die ersten »Gesundheit ist ansteckend!«-Gruppen. Zielgruppe sind Peers in Wohnheimen, Tagesstätten, Werkstätten, Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen. Es handelt sich um einmalige zweistündige Gruppentreffen. Bislang haben 45 solcher Gruppen stattgefunden, an denen etwa 800 Zuhörer teilgenommen haben.

Das gesamte Projekt wird mittels zwei quantitativer Recovery-Erhebungsinstrumente (vor, nach den Treffen sowie im Follow-up nach sechs Monaten) evaluiert. Außerdem gibt es eine Vergleichsgruppe, die nicht an den Peer-Gruppenprogrammen teilgenommen haben (vgl. KNUF nach UTSCHAKOWSKI et al. 2009, 45).

Das Forschungsvorhaben

Die Einführung von Qualifizierungsangeboten für psychiatrie-erfahrene Menschen, mit dem Ziel, sie beruflich in die Gemeindepsychiatrie als Genesungsbegleiter oder als Referenten zu integrieren, konfrontiert das Versorgungssystem mit neuen Denkansätzen: Gesundung ist möglich, die Betroffenheit wird zum wertvollen Erfahrungswissen, das eine erforderliche Ergänzung der bestehenden Hilfen darstellt, psychiatrie-erfahrene Menschen werden auf Grundlage einer Qualifizierung zu Kollegen. Damit werden Punkte angesprochen, die die wesentlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Stigmatisierung im psychiatrischen Kontext ausmachen: Die Reduktion der Person auf die Erkrankung hebt sich auf, da Betroffene als Genesene auftreten. Die hierarchische Grundhaltung wird beeinflusst. »Experten durch Erfahrung« können aufgrund der Qualifizierung unter Anwendung von methodischer Kompetenz die Hilfen aktiv mitgestalten und treten als

Partner auf gleicher Augenhöhe in Erscheinung. Dies beinhaltet die Forderungen der Psychiatrie-Enquete und geht aufgrund der Bezahlung noch darüber hinaus.

Des Weiteren rückt hier die Recovery-Perspektive wesentlich in den Vordergrund, da die Absolventen von ihrer persönlichen Gesundung berichten können, diese im Alltag der Dienste bzw. Einrichtungen vorleben und vor allem auch an die Peers und Mitarbeiter weitergeben. Somit wird eine veränderte Sichtweise von Gesundheit und Krankheit herausgefordert und bisherige Konzepte infrage gestellt. Basierend auf den Ausführungen rückten in einer qualitativen Studie der Autorin (2009) die ersten beruflichen Erfahrungen der Absolventen ins Erkenntnisinteresse. Zu der Fragestellung: »Welche beruflichen Erfahrungen machen Absolventen des Ausbildungsganges Experienced Involvement im Rahmen ihrer Beschäftigung als »Experte durch Erfahrung« im Arbeitsfeld Psychiatrie?« bzw. »Welche beruflichen Erfahrungen machen Peers im Arbeitsfeld Psychiatrie in den Nachbarländern Schweiz und Österreich, die eine Peer Qualifizierung abgeschlossen haben?«, sind die Daten mit einer nichtstandardisierten leitfadengestützten Minigruppendifkussion und problemzentrierter Experteninterviews erhoben worden.

Bislang sind Untersuchungen in anderen Ländern, in denen die Peer-Beteiligung als Mitarbeiter wesentlich fortgeschrittener ist (z. B. Australien, USA, Großbritannien, Norwegen, Niederlande etc.) durchgeführt worden, die in Richtung des vorliegenden Berichtes verweisen, jedoch nicht spezifisch die bezahlte Tätigkeit im Blickfeld hatten. Eine Zusammenfassung zu dem Stand, zu Forschungsergebnissen, Erfahrungen etc. bietet die Diplomarbeit von Brockmann und Hamann aus dem Jahr 2006 mit dem Titel: »Psychiatrie-Erfahrung als Berufskompetenz. Die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener im psychosozialen System – Beispiele und Erfahrungen aus der Praxis«.

Auch sind die beschriebenen Qualifizierungsprojekte wissenschaftlich begleitet worden (vgl. UTSCHAKOWSKI, VAN HAASTER o. J., 4). Es bestehen verschiedene Untersuchungen zu der Wirksamkeit und Qualität von Peer-Support im Vergleich zu professioneller Hilfe, z. B. von L. DAVIDSON aus dem Jahr 2005. Jedoch beziehen sich auch hier die meisten Arbeiten auf den englischsprachigen Raum.

Im Juni 2009 erschien ein Buch von Jörg UTSCHAKOWSKI, Gyöngyvér SIELAFF und Thomas BOCK, die Projektleiter von EX-IN aus Bremen und Hamburg, in dem die Entstehung und Bedeutsamkeit des

Peer-Supports für die psychiatrische Praxis dargelegt wird und wie in diesem Kontext die Entwicklung von EX-IN einzuordnen ist, in dem ebenfalls Erfahrungsberichte nachzulesen sind.

Die Autorin interviewte elf Absolventen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die eines der genannten Programme absolviert haben und auf Grundlage dessen erste berufliche Erfahrungen sammeln konnten. Die Gespräche wurden im Zeitraum Mai 2008 bis November 2008 geführt.

Ergebnisse

Alle Interviewteilnehmer verfügen über eine abgeschlossene Schulausbildung bzw. Berufsausbildung. Im Anschluss daran folgte die Erwerbstätigkeit im gelernten Beruf. Vornehmlich bei den Gesprächspartnern aus Deutschland wurde diese aufgrund des Auftretens der Erkrankung unterbrochen. Dies wiederum führte zu einer Abhängigkeit von staatlichen Leistungen. Im Gegensatz dazu haben die interviewten Personen aus Österreich und der Schweiz eine langjährige, zum Teil bis heute andauernde Erwerbsbiografie.

Motiviert durch die eigenen Erfahrungen mit der Erkrankung sowie dem psychiatrischen Hilfesystem und der Idee, anderen aufgrund dessen eine Hilfe sein zu können, hat der überwiegende Teil der interviewten Personen begonnen, sich in der Selbsthilfe zu engagieren und ist darüber zu der Qualifizierung zum Peer-Berater gekommen. Alle Interviewteilnehmer haben eine entsprechende Ausbildung absolviert. Sie bewerten in diesem Zusammenhang den Recovery-Gedanken, der dort vermittelt wird, als sehr wertvoll und tragend, weil dieser die Chance der Genesung betont und so aus einer Einbahnstraße eine Durchgangsstraße macht, sowie die Auseinandersetzung mit dem Thema der Selbststigmatisierung.

Nach der Qualifizierungsmaßnahme haben alle Teilnehmer aufgrund dessen eine Beschäftigung erhalten bzw. konnten ihre Beschäftigung aufrechterhalten, da der Lehrgang von dem jeweiligen Arbeitgeber gefordert gewesen ist.

Denn drei Personen sind bereits vor Beginn der Qualifizierung bei ihrem jetzigen Arbeitgeber beschäftigt gewesen. Von den insgesamt elf

interviewten Personen arbeitet etwa die Hälfte in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung. Von dieser Gruppe ist ebenfalls noch einmal die Hälfte in der direkten Begleitung von Peers beschäftigt. Die Formen der Arbeitsverhältnisse sind sehr vielfältig.

Die Aufgabenstellungen umfassen die Alltagsbegleitung, Beratung, Gruppenangebote, Organisation von Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit etc. Die Erfahrungen mit dem Kollegenkreis sind positiv. Die »Experten durch Erfahrung« fühlen sich ihnen gleichgestellt. Dies macht sich an verschiedenen Aspekten deutlich: gebraucht zu werden, um Rat gefragt zu werden, verantwortungsvolle Aufgaben übernehmen zu können, an Teamsitzungen und Supervision teilnehmen zu können, eigenständig zu arbeiten und Entscheidungen treffen zu können oder trotz verwaltungstechnischer Schwierigkeiten, aufgrund der Einordnung des Arbeitsverhältnisses, signalisiert zu bekommen, dass aktiv an einer Lösung gearbeitet wird. Allerdings zeichnen sich auch gegenteilige Erfahrungen ab: dass zwar ein freundlicher Umgang gepflegt wird, jedoch eine Zusammenarbeit nicht besteht, sondern vielmehr ein Nebeneinander. Wesentliches Kriterium hierfür ist die Nicht-Teilnahme an Dienstbesprechungen oder auch das bislang Verschlussensein gegenüber dem Einbringen des Expertenwissens durch Erfahrung in die Teams. Daraus resultiert ein Gefühl des Nicht-Ernstgenommenwerdens und des Ausgestoßenseins. Verstärkt wird dies durch langwierige Entscheidungswege und geringe Transparenz.

Im Rahmen der Tätigkeit ist es auch erforderlich, von den Menschen, die die Hilfen der jeweiligen Einrichtung in Anspruch nehmen, akzeptiert zu werden. Es gibt durchaus Personen, die zunächst Schwierigkeiten haben, Peers als Mitarbeiter zu akzeptieren, die überwiegende Mehrheit empfindet es jedoch als sehr positiv, zum Teil sogar als Aufwertung der eigenen Person, weil es möglich ist, trotz psychiatrischer Diagnose einen solchen Weg einschlagen zu können. Einstimmig wird als wesentliches verbindendes Element die geteilte Erfahrung benannt, die eine besondere Gesprächsebene hervorruft, da z.B. manche Erlebensweisen nicht erklärt werden müssen. Der wesentliche Unterschied in der Art der Begegnung zu sogenannten Professionellen wird so beschrieben, dass Kollegen mit professioneller Distanz und Peers mit professioneller Nähe arbeiten. Eine allen Interviewteilnehmern gemeinsame Erfahrung ist das Sprechen vor einem Publikum. Der Umfang variiert entsprechend der beruflichen Auslastung. In Deutschland besteht das Publikum vornehmlich

aus Mitarbeitern aus dem psychiatrischen ambulanten Versorgungssystem bzw. Ausbildungseinrichtungen, die gezielt wegen Fortbildungen zu bestimmten Themenstellungen anfragen.

Die Erfahrungen werden von allen Gesprächsteilnehmern als auf gleicher Augenhöhe beschrieben. Fazit der Vorträge ist meistens Begeisterung. Die Zuhörer sind in diesem Kontext spürbar, auch ihre eigene Verletzlichkeit und zum Teil Hilflosigkeit. Dies zeigt sich daran, dass sie anhand konkreter Beispiele nachfragen, um Ratschläge bitten und sich nach persönlichen Erfahrungen erkundigen bzw. das je spezifische emotionale Erleben in bestimmten Situationen. Auch reagieren viele verbal mit der Aussage, Anregungen erhalten zu haben und eigenes routiniertes Verhalten noch einmal überdenken zu wollen.

Die Interviewteilnehmer aus Österreich und der Schweiz besitzen die Erfahrung, »Gesundheit ist ansteckend!«-Gruppen anzubieten. Dazu gehen die Anfragen ebenfalls zentral ein. Es handelt sich um einmalige Gruppen in Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Werkstätten oder Selbsthilfegruppen, die von den Mitarbeitern angefragt werden. In der Regel sind die Zuhörer Peers, in der Ausnahme ist Personal im Sinne einer Betreuungsperson anwesend. Selten fanden Veranstaltungen für ausschließlich Mitarbeiter statt. Grundsätzliches Thema ist der Gesundheitsweg der Referenten.

Die Erlebnisse mit den Peers als Zuhörer variieren. Bislang ist es schon vorgekommen, dass nach einer Pause bei der Veranstaltung ein Teil der Zuhörer nicht mehr zurückgekommen ist, was einerseits verwunderte, andererseits die Chance bot, mit den anderen in eine Begegnung zu treten. Mehrfach ist bereits erlebt worden, dass die Peers sich sehr kritisch zu den erzählten Genesungswegen geäußert haben. In diesen Situationen liegt die Schwierigkeit häufig darin, dass die Zuhörer keine Parallele zu ihrer eigenen Situation ziehen können. Auch äußern sie Unverständnis, wenn jemand mit gewissen sozialen Rahmenbedingungen überhaupt krank geworden ist. Beziehungsweise sind ungläubig, dass Genesung möglich ist oder lehnen diesen Weg für sich ab, weil sie gewisse Faktoren, die die erzählende Person anführt, in ihrem Umfeld nicht finden können. Diese Erfahrung wird häufig bei Zuhörern gemacht, die sich bereits seit vielen Jahren im psychiatrischen Kontext bewegen. Daher äußert auch ein Teil der Interviewteilnehmer, gern vor Menschen sprechen zu wollen, die zum ersten Mal erkrankt sind oder in der Prävention, im Rahmen von Schulveranstaltungen.

Die Erfahrungen mit Professionellen, die an den Veranstaltungen für die Peers teilnehmen, sind ebenfalls sehr unterschiedlich. In den Gesprächen wurde geäußert, dass die Besten unter ihnen die sind, die aufmerksam zuhören. Verschiedene Interviewteilnehmer haben bereits erlebt, dass sich einige von den Mitarbeitern einmischten, versuchten die Veranstaltung zu beeinflussen oder den Referenten Worte in den Mund zu legen. Dies wird von allen als sehr negativ empfunden.

Im Gegensatz dazu sind die wenigen Erfahrungen von Veranstaltungen, an denen ausschließlich gelernte Profis teilnehmen, ausnahmslos sehr positiv. Zum einen gibt es positives Feedback, zum anderen eine geäußerte Überraschung über die gute Vorbereitung.

Was für alle Gesprächsteilnehmer sehr zentral ist, ist die Bezahlung der jeweiligen Aufträge als eine Form der Wertschätzung und Anerkennung der Professionalität, mit der sie vorbereitet und vorgetragen werden.

Insgesamt sind die hier dargestellten Erfahrungen mit den ersten beruflichen Schritten im psychiatrischen Kontext für jeden Einzelnen überwiegend positiv. Allerdings bleibt abzuwarten, wie sich die weitere berufliche Integration gestaltet, insbesondere dann, wenn die Absolventen gezielt potenzielle Arbeitgeber oder Zuhörer ansprechen, anstatt auf Anfragen zu reagieren. So zeigen doch Erfahrungen aus englischsprachigen Ländern, die den Recovery-Ansatz bereits politisch verankert haben, Widerstände durch die professionellen Helfer im Zusammenhang mit der von oben verordneten Recovery-Orientierung und der damit verbundenen Nutzer- und Angehörigenkontrolle.

Auch in den Interviews deuten sich möglicherweise zukünftige Schwierigkeiten an, wenn z. B. Mitarbeiter bei Peer-to-Peer-Veranstaltungen versuchen, Einfluss zu nehmen. Wenn Peers in Einrichtungen bzw. Diensten arbeiten, aber nicht an Dienstbesprechungen und Supervisionen teilnehmen dürfen. Oder anhand langwieriger, intransparenter Entscheidungswege.

Wesentlich im Zusammenhang mit den Ursachen für solche Erfahrungen sind möglicherweise Probleme und Schwierigkeiten, den Rollenwechsel der Peers anzuerkennen, aber auch aufkommende Zuständigkeits- und Machtfragen, die mit der Implementation entstehen. Außerdem kommt die Notwendigkeit der Klärung von Verantwortung auf. »Deshalb sind Krisenpläne, Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen wichtige Instrumente, um die Betreuungssituation

zu klären und zu entlasten.« (UTSCHAKOWSKI et al. 2009, 61) Ein weiterer Aspekt, der hier sicherlich zum Tragen kommt, ist eine entstehende, bzw. als solche befürchtete Konkurrenzsituation zwischen »Experten durch Erfahrung« und Mitarbeitern.

Somit steht und fällt die erfolgreiche Integration von Genesungsbegleitern mit der Organisationsform der jeweiligen Einrichtungen und Dienste. Voraussetzung ist eine lernende Organisation, die bereit ist, sich auf allen Ebenen mit diesem Vorhaben zu identifizieren und auseinanderzusetzen. »Eine Übersichtsstudie von Diana Rose weist darauf hin, dass die Einbeziehung von Peers am erfolgreichsten ist, wenn ›weiche‹ Veränderungen auf der Ebene der Organisationskultur mit ›harten‹ Veränderungen auf der Ebene der Organisationsstruktur einhergehen.« (ROSE et al. zitiert nach UTSCHAKOWSKI 2009, 75)

Auch ergeben sich Herausforderungen im Zusammenhang mit dem direkten Peer-Support, wie es sich sehr deutlich in den »Gesundheit ist ansteckend«-Gruppen herauskristallisiert. Im Rahmen der direkten Begleitung scheinen hier weniger Widerstände und Abwehr zu bestehen, im Gegenteil, es wird eher als eine Aufwertung betrachtet und bringt den positiven Aspekt, ein Gegenüber zu haben, das sich aufgrund eigener Erfahrung einfühlend fühlen kann, weshalb eine besondere Form der Nähe entsteht. Im Bereich der Referententätigkeiten wird hier jedoch eine wesentlich größere Distanz spürbar, bis hin zur Ablehnung der Inhalte der Veranstaltungen. Somit setzten sich die Schweizer derzeit mit der Frage auseinander, die Gruppen möglicherweise diagnosespezifisch anzubieten. Ebenfalls stellt sich die Frage, ob auch eine erfahrungsspezifische Ausrichtung erforderlich ist, sodass sich die Zuhörer den Referenten näher fühlen und sich leichter für die Erfahrungsberichte öffnen können. Dies wird jedoch auch Auswirkungen auf die Art der Werbung der zukünftigen Kursteilnehmer haben müssen sowie auf die Werbung von potenziellen Zuhörern. Mitunter spielt hier der Aspekt eine Rolle, dass sich durch den Rahmen eines Vortrags die Ebenen zwischen Zuhörer und Referenten verschieben und allein durch die Form eine größere Distanz hergestellt wird als im Vergleich zu einer täglichen Präsenz in den Lebensbezügen.

Ausblick

Grundsätzlich kann abschließend konstatiert werden, dass die Beteiligung von Peers in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie eine Chance für alle Beteiligten beinhaltet, wenn eine gewisse Bereitschaft vorhanden ist, sich dem zu öffnen und vielleicht auch eine gewisse Experimentierfreudigkeit entwickelt werden kann.

Bezogen auf die Beschäftigung in psychiatrischen Einrichtungen bzw. Institutionen stellt sich jedoch die Frage, ob Expertenwissen als Erfahrungswissen gekoppelt mit 250 Stunden Qualifizierung ausreichend ist, um sozialversicherungspflichtig beschäftigt und mit identischen Befugnissen ausgestattet zu werden wie die Mitarbeiter nach abgeschlossenen Studiengängen bzw. Berufsausbildungen. Ein Problem liegt darin, dass eine Beteiligung mitunter daran scheitern kann, dass bestehende gesetzliche Regelungen, Richtlinien oder Qualitätsstandards bestimmte Berufsgruppen festlegen, die die Hilfen zu leisten haben. Darin sind Genesungsbegleiter nicht vorgesehen. Somit ergeben sich strukturelle Schwierigkeiten: Bezüglich der Form des Beschäftigungsverhältnisses oder der Höhe der Entlohnung. Die Interviewteilnehmer berichteten von entsprechenden Erfahrungen.

Letztendlich stehen die gesamten Fragestellungen im Zusammenhang damit, welche berufliche Kompetenz oder gar Professionalität den Peers zugeschrieben wird.

Bislang besteht das traditionelle Professionalitätsverständnis darin, dass es eine Trennung zwischen Amateuren und Professionellen gab. Nur jemandem, der eine anerkannte Profession ausübte, wurde die entsprechende Berufskompetenz zugeschrieben (vgl. BROCKMANN, HAMMANN 2006, 9).

»Burkhardt Müller hat dargelegt, dass – wissenssoziologisch gesehen – Berufe zu einem ein Mandat, zum anderen eine Lizenz bräuchten. Mandat bedeute, dass jeweils ›ein gesellschaftlich anerkanntes Wissen‹ darüber vorausgesetzt werde, wozu und in welchem Bereich ein Beruf gut und nützlich sei. Die Lizenz hingegen, beziehe sich auf gesellschaftliches Wissen darüber, was die Angehörigen eines Berufes tun dürften und sollten sowie deren rechtliche Voraussetzungen (z.B. Berufsordnungen, Ausbildungsgesetze, staatliche Anerkennungsverfahren).« (MÜLLER zitiert nach MAY o. J., 1)

Nach Parson ergibt sich ein Kriterienkatalog, der drei zentrale Komponenten professioneller Tätigkeit aufweist: Expertenwissen, Gemeinwohlorientierung, Autonomie. Zum Schutz von Professionellen und Klienten vor Missbrauch und Schaden müssen die gesellschaftlichen Lizenzen differenziert ausgestaltet werden: »Müller zählt als solche Mittel auf: lange und anspruchsvolle Ausbildungen (...), besondere Prüfungs- und Zulassungsverfahren (Approbation) und ein besonderes, systematisiertes, wissenschaftlich fundiertes Wissen, eine staatlich anerkannte Kontrolle über den Berufszugang (...), die Kontrolle der inhaltlichen Standards der Profession (...) durch eine institutionalisierte wissenschaftliche Fachkultur und berufsständische Normen und Organisationsformen, die Unabhängigkeit von Weisungen und fachlichen Dingen, das Zeugnisverweigerungsrecht, sowie die materielle Privilegierung, die finanzielle Unabhängigkeit sicherstellen sollen, und (...) professionelle ethische Codes (...), Standesorganisationen (...) sowie durch gesetzliche Beschränkungen.« (ebd.)

Peers weisen mit Abschluss der Qualifizierung die genannten Kriterien nicht auf und können nach diesem Verständnis auch nicht als Professionelle angesehen werden. Auch liegt keine berufliche Kompetenz bzw. die Einordnung als Beruf vor, ferner wenn sie ein Mandat besitzen, so besitzen sie jedoch keine Lizenz entsprechend der dargestellten Mittel. Dennoch verfügen sie über eine Kompetenz, die in der Regel nicht in der professionellen Arbeit vorzufinden ist, die eigene Erfahrung und somit eine exklusive Expertenschaft, ebenfalls ein Merkmal von Profession, die ebenso als ein bedeutsames Kennzeichen in der Begleitung angesehen werden muss.

Dies allein ist jedoch nicht ausreichend, um Beratung etc. anbieten zu können. Zu groß ist das Risiko von Generalisierung der persönlichen Erfahrung, das Risiko, fehlerhaft zu intervenieren. Somit muss Erfahrungswissen mit Sachkenntnis verwoben werden, sodass dies und das daraus abgeleitete Handlungsstrategien überprüfbar sind. Dieser Prozess wird von Autoren auch als »Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen« beschrieben. Also die Validierungen von erfahrungsgelitetem Wissen. In den Ausbildungen wird dies aufgegriffen, in dem in Runden die jeweils individuellen Erfahrungen zu einer bestimmten Thematik gesammelt und daraus generalisierte Aussagen formuliert werden, mit denen sich nicht jeder identifizieren muss, die jedoch eine Abbildung der Gesamtheit darstellen (vgl. UTSCHAKOWSKI 2009, 57). Somit wird über

die Qualifizierung ein erfahrungsbasiertes Fachwissen angeregt. »Erfahrungsbasiertes Fachwissen über Fragen der seelischen Gesundheit ist Sachverstand, der durch die Bewältigung von Erfahrungen erlangt wird. (...) Man kann auch sagen, es ist das Ergebnis der Wiederbetrachtung einer – eigenen oder fremden – Erfahrung.« (VAN HAASTER zitiert nach UTSCHAKOWSKI 2009, 50)

Daher bestehen die zukünftigen Herausforderungen in der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Ausbildungsprogramms, aber auch der Forschung. Des Weiteren scheint es wichtig, den Genesungsbegleitern ein Profil zu geben, zu differenzieren für welchen Zweck, mit welchen Fähigkeiten, mit welchen Aufgabenschwerpunkten sie eingesetzt werden sollen bzw. können, um so eine Einstellung zu erleichtern, den Einrichtungen nicht ausschließlich selbst die Herausforderung zu überlassen, wie sie es am besten gestalten und so eine Richtschnur zu bieten. Mitunter legt sich somit auch die Gefahr einer drohenden aufkeimenden Konkurrenzsituation, wenn eine klare Abgrenzung vollzogen wird. Auch scheint dies im Hinblick auf die Form der Beschäftigungsverhältnisse und die Höhe der Entlohnung erstrebenswert. So bleibt unter den bestehenden Voraussetzungen ausschließlich die Möglichkeit von Individuallösungen, die sich mit zunehmender Weiterentwicklung jedoch zu einheitlichen verändern können. Insgesamt sind diese angestoßenen Entwicklungen ein Gewinn für die Begleitung psychiatrienerfahrener Menschen. Zum einen für die Nutzer selbst, weil sie auf ein Gegenüber treffen können, das Erfahrungen mit ihnen teilt, weil die »Experten durch Erfahrung« Übersetzer in die jeweiligen Richtungen sein können, aber auch, weil es für Mitarbeiter die Chance bietet, sich über die eigenen Haltungen, Ansätze und Konzepte mit jemandem auszutauschen, der diese unter Umständen durchlebt hat.

Und somit schließt sich an dieser Stelle der Kreis. Das eingangs angeführte Zitat von Pat Deegan, zunächst als Sinnbild für ein Potenzial, aus einer Erfahrung hinauswachsen zu können, wird hier zu einem Sinnbild für die Chance, in eine neue Erfahrung, nämlich einer veränderten Zukunft des psychiatrischen Kontextes, hineinzuwachsen.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg.) (2004): Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«. Bonn
- AMERING, Michaela; SCHMOLKE, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn
- ANGERMEYER, Matthias C.; SCHULZE, Beate; DIETRICH, Sandra (2003): Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 593–602
- ANHORN, Roland; BETTINGER, Frank; STEHR, Johannes (Hg.) (2008): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Wiesbaden
- BROCKMANN, Anna; HAMMANN, Annkatrin (2006): Psychiatrie-Erfahrung als Berufskompetenz. Die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener im psychosozialen System-Beispiele und Erfahrungen aus der Praxis. Bremen. http://www.ex-in.info/produkte2.php?WEBYEB_DI=7 [06.05.2008]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK) (Hg.) (2000): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter-RPK-Bestandsaufnahme. Frankfurt am Main
- DEEGAN, Patricia E. (1995): Gesundung als Reise des Herzens. Massachusetts. [http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Recovery/Pat_Deegan_Reise des Herzens pdf](http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Recovery/Pat_Deegan_Reise%20des%20Herzens.pdf) [06.07.2009]
- DEEGAN, Patricia E. (1996): Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung Australien/Neuseeland. http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Recovery/Pat-Deegan-Verschworung.pdf. [06.07.2009]
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2007): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden
- FINZEN, Asmus (2001): Psychose und Stigma. Bonn
- GAEBEL, Wolfgang; MÖLLER, Hans-Jürgen; RÖSSLER, Wulf (Hg.) (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart
- GOFFMAN, Erving (1967): Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt

- GRAUSGRUBER, Alfred (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: GAEBEL, Wolfgang; MÖLLER, Hans-Jürgen; RÖSSLER, Wulf (Hg.), Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart
- HAYWARD, Peter; BRIGHT, Jenifer A. (1997): Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health* 6 + 4: 345–354
- HELLERICH, Gert (2003): Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen. Bonn
- HILLMANN, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart.
- KARDORFF, Ernst von; OHLBRECHT, Heike (2006): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. Soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Heilpädagogik online: http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf, 17–53 [30.04.2009]
- KNUF, Andreas (2009): Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit In: UTSCHAKOWSKI, Jörg; SIELAFF, Gyöngyvér; BOCK, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn
- KNUF, Andreas (2007): Jahrestagung der Pro Mente Sana. Recovery-Wieder gesund werden. Zürich. http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Tagung_07/Referat_AK_27_11.pdf [07.06.2009]
- KNUF, Andreas (2004): Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Zürich. http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Recovery/Recovery/_Annäherung-Knuf.pdf [06.07.2009]
- KNUF, Andreas (2008): Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Genesung auf bei langzeiterkrankten Menschen. In: *Kerbe* 1: 8–11
- LUDWIG-MAYERHOFER, Wolfgang (2008): Arbeitslosigkeit und sozialer Ausschluss. In: ANHORN, Roland; BETTINGER, Frank; STEHR, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Wiesbaden
- MATSCHING, Teresa; FROTTIER, Patrick; SEYRINGER, Michaela-Elena; FRÜHWALD, Stefan (2008): Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – Ein Überblick über Erfolgspredikatoren. In: *Psychiatrische Praxis* 6, 35: 271–278

- MAY, Michael (o.J.): Professionalisierungstheoretische Ansätze. o. O. (n. V.)
- MÜLLER, Burkhardt (2002): Professionalisierung. In: THOLE, Werner (Hg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen
- PETZOLD, Hilarion; SCHOBERT, Ralf (Hg.) (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn
- Psychosoziale Umschau (2009): UN-Konvention stärkt Rechte psychisch Kranker. Auszüge aus dem Übereinkommen. In: Psychosoziale Umschau 1: 25–28
- ROSE, Diana; FLEISCHMANN, Pete; TONKISS, Fran (2003): User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of Literature: Report of the National Coordinating Centre of NHS Service Delivery and Organisation. <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/17-final-report.pdf> [11.07.2011]
- SCHULZE, Beate (2005): Praxiserfahrungen. Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In: GAEBEL, Wolfgang; MÖLLER, Hans-Jürgen; RÖSSLER, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart
- SCHREINER-KÜRTEIN, Karin (2003): Gesundheitsförderung und Prävention. Eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe! Report Psychologie 28 (4): 214–215 In: ANHORN, Roland; BETTINGER, Frank; STEHR, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Wiesbaden
- UTSCHAKOWSKI, Jörg; SIELAFF, Gyöngyvér; BOCK, Thomas (Hg.) (2009): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn
- UTSCHAKOWSKI, Jörg; VAN HAASTER, Harrie (Hg.) (o.J.): Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter. Bremen/Amsterdam. http://www.ex-in.info/produkte2php?WEBYEB_DI=7 [06.05.2008]

Candy Steinke ist Sozialpädagogin (M. A.). Arbeitsschwerpunkt: Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen

Wie und bei wem fängt die Teilhabe beim Persönlichen Budget eigentlich an?

Guðrun Dóbslaw

Die zentrale rehabilitationspolitische Zielperspektive, die sich mit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX verbindet, ist hinlänglich bekannt: Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert werden, sollen in ihrer Eigenverantwortlichkeit unterstützt, ihre Selbstbestimmungsrechte gestärkt und ihre Teilhabechancen erhöht werden.¹ Dabei sollen auch nicht-professionelle Hilfen und soziale Netzwerke der anspruchsberechtigten Personen wieder stärker in das Hilfesetting einbezogen werden, um eine größtmögliche Unabhängigkeit von professionellen Hilfen zu erreichen.

Genauso einfach wie der Kerngedanke des Persönlichen Budgets, erscheint auch dessen Umsetzung zu sein: Statt der pauschalierten Sachleistungen² erfolgt die Zuweisung monetärer Ressourcen an die anspruchsberechtigten Personen. Sie erhalten ein individuell berechnetes Budget in Form von Geldleistungen oder Gutscheinen, mit dessen Hilfe sie zum Auftraggeber für Dienstleister werden. Ausgehend vom ermittelten Hilfebedarf wählen sie dabei selbst die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen aus und organisieren und bezahlen sie auch selbst. Anders als bisher, müssen diese Hilfen nicht zwingend über professionelle Dienstleister erbracht werden, es können auch andere Hilfen genutzt werden, mit denen sich die individuellen Teilhabeziele ebenfalls erreichen lassen. Sofern dies zielführend ist, wäre demnach die Zusammenarbeit mit der Nachbarin denkbar, die in den Gebrauch einer Waschmaschine einführt, oder auch das oft zitierte Jahresabonnement für das Fitnessstudio, weil sich damit aus Sicht der anspruchsberechtigten Person am besten eine Tagesstruktur herstellen lässt.

Das hat eine Abkehr von dem institutionszentrierten Zugang zur Folge, bei dem das (Pauschal-)Angebot einer Einrichtung das Wesen der

Hilfen bestimmt; im Zentrum stehen vielmehr die Wünsche und der Bedarf der anspruchsberechtigten Person, die Grundlage sind für eine individuelle Organisation von Hilfen. Damit werden die anspruchsberechtigten Personen zu Verantwortlichen ihres eigenen Rehabilitations- und Teilhabeprozesses (GROMANN 2002, 17).

Strukturen und Prozesse von Dienstleistungen müssen angeglichen werden

Leider gestaltet sich die praktische Umsetzung dieser Reform schleppend, obwohl das Sozialgesetzbuch IX »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« Menschen mit Behinderungen bereits vor zehn Jahren die Inanspruchnahme ermöglichte und seit 2008 sogar einen uneingeschränkten Rechtsanspruch vorsieht (METZLER et al. 2007, 77 ff.).

Ein dafür naheliegender Grund betrifft das grundlegend veränderte Dienstleistungsverständnis mit entsprechend angepasstem Dienstleistungsangebot, das die Einführung des Persönlichen Budgets nach sich zieht. Denn die Angebote müssen budgetfähig gestaltet sein, um Wahlfreiheit und differenzierte Zugänge zu Hilfen zu ermöglichen. Budgetfähigkeit bedeutet hier, dass aus dem gesamten Dienstleistungsangebot Teile des Angebots zur Wahl stehen und separat »eingekauft« werden können. Nutzer können sich so diejenigen Hilfen zu einem Gesamtpaket zusammenstellen, die für ihren spezifischen Hilfebedarf zielführend sind. Menschen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen arbeiten möchten, könnten sich beispielsweise für einen Werkstattplatz in einer bestimmten Abteilung interessieren und sich aber die Unterstützung durch den Sozialdienst bei einem konkurrierenden Anbieter einkaufen.

Das beinhaltet die Modularisierung und Verpreislichung der Angebote, es bedarf einer Flexibilisierung von Dienstzeiten, der Einführung neuer Arbeits- und Arbeitszeitmodelle, neue Steuerungsmodelle für Personalressourcen müssen entwickelt werden und vor allem auch die Umstellung betriebswirtschaftlicher Abläufe (VAUTH, RASCHE 2011), bei denen eine möglicherweise eingeschränkte Zahlungsmoral der Budgetnehmer berücksichtigt wird (WINDISCH 2006). Die sich

verändernde Anspruchshaltung von Menschen mit Behinderungen an Dienstleistungsart und Modus der Dienstleistungserbringung, die sich aus der »Kundenrolle«³ ergibt, wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Dienstleistungssektors erforderlich machen (NUßBICKER 2007, 12). Das bedeutet, Prozesse und Strukturen eines sozialen Unternehmens stehen auf dem Prüfstand, und zwar unabhängig von dessen Größe und fachlicher Ausrichtung (GÖLTZ 2008, 63 ff.).

Die Sorge und Zurückhaltung von Anbietern sozialer Dienstleistungen ist unter diesem Aspekt nachvollziehbar, eine solche Umstellung erfordert einen umfassenden Reorganisationsprozess, der unter Umständen auch mit Personalabbau verbunden ist, wenn Kunden im größeren Stil Leistungen bei anderen Anbietern einkaufen.⁴

Die zu erwartenden Anforderungen und Schwierigkeiten lässt viele soziale Unternehmen offenbar die Konsequenz ziehen, gesicherte Wege der Entgelt-Gewinnung durch die zuständigen Sozialleistungsträger und bewährte interne Prozesse nur scheinbar aufzugeben, und damit die Umsetzung des Persönlichen Budgets zu vermeiden (SCHÄFERS 2009). Die Gesetzeslage lässt dies zu. Anbieter sozialer Dienstleistungen sind nicht gezwungen, ihre Angebote für das Persönliche Budget zu öffnen, sie können auch weiterhin nach dem Sachleistungsprinzip verfahren. Budgetnehmer sind in diesem Falle auf eine Kundenrolle zurückgeworfen, die rein fiktiv ist, denn was es nicht gibt, das können sie auch nicht kaufen.

Hinzu kommt die teilweise wenig unterstützende Rolle der zuständigen Sozialleistungsträger, sowohl bei der Beantragung Persönlicher Budgets als auch bei deren Bemessung. Der Vorschrift in § 17 Abs. 3 SGB IX, nach der die »Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten« darf, wird offenbar von einigen Sozialleistungsträgern mit extrem niedrigen angebotenen Stundensätzen von 7,50 Euro entsprochen (ZINKE 2010, 38). Unter diesen Bedingungen ist es kaum möglich, sich fachlich qualitativ hochwertige Dienstleistungsangebote langfristig zu sichern.

Teilhabe beginnt bereits mit der Beantragung des Persönlichen Budgets

Die Beratung zum Persönlichen Budget und die Unterstützung bei der Beantragung und Umsetzung sind eine wichtige Voraussetzung, auf die die anspruchsberechtigten Personen nur selten verzichten können. Die Beratung umfasst zunächst die Information, dass das Persönliche Budget als Leistungsform in Anspruch genommen werden kann, sofern die Person anspruchsberechtigt ist – mit allen Pflichten und Chancen, die sich daraus ergeben. In der Regel bedarf es zudem der Unterstützung bei der gesamten Antragstellung und -abwicklung, Hilfestellungen sind oftmals auch bei der Auswahl von geeigneten Anbietern, der Vertragsgestaltung und der Qualitätssicherung der Dienstleistungen notwendig.

In der Regel werden diese Beratungsleistungen sowohl im Vorfeld der Hilfeplanung als auch bei der Umsetzung der Maßnahmen von speziell geschulten Mitarbeitern sozialer Dienstleistungsunternehmen angeboten. Neben den notwendigen sozialrechtlichen Kenntnissen müssen sie diesen Prozess sensibel und auf Augenhöhe gestalten können, ohne sich von eigenen Interessen leiten zu lassen. Das betrifft sowohl eigene Vorlieben oder Vorstellungen, was hilfreich für die betreffende Person sein könnte, als auch die Loyalität gegenüber dem eigenen Dienstgeber und dessen Anliegen auf wirtschaftliche Absicherung (DOBSLAW 2007, 52).

Diese Anforderungen an soziale Dienstleistungen, Prozesse auf Augenhöhe und personenzentriert zu gestalten, sind nicht neu, sie erfahren mit der Umsetzung des Persönlichen Budgets jedoch eine besondere Bedeutung. Denn anders als beim üblicherweise praktizierten Sachleistungsprinzip sind Budgetnehmer nun in der Lage, Unterstützungsangebote selbst auszuwählen, und das betrifft natürlich auch die Personen, die diese Unterstützung erbringen sollen. Damit tritt sehr viel deutlicher als bislang hervor, dass Selbstbestimmung und Teilhabe anspruchsberechtigter Personen bereits mit Eintritt in das Hilfesystem beginnt, und nicht nur vom Ergebnis her als erfolgreiche Umsetzung Persönlicher Budgets betrachtet werden kann. Hier findet sich die Entsprechung zur Leitidee der Selbstbestimmungsbewegung, deren Forderungen in die 70er-Jahren zurückgehen und ihren Ursprung in der amerikanischen

Frauen- und Bürgerrechtsbewegung haben sowie in der Selbsthilfebewegung der Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Zentrale Forderungen der sogenannten Krüppelbewegung beinhalteten ein möglichst eigenverantwortliches Leben ohne die restriktiven Rahmenbedingungen professioneller Hilfesysteme.

Dem Begriff Selbstbestimmung steht der Begriff des Empowerments gegenüber, der eigentlich eine Methodologie bezeichnet, die auf verschiedene Handlungskonzeptionen und Ansätze verweist (SOHNS 2009, 76). Diese eröffnet die Perspektive auf eine neue Fachlichkeit in der psychosozialen Arbeit, bei der Selbstbefähigung und Stärkung von Autonomie unterstützt werden. Theunissen zufolge beinhaltet der Begriff Empowerment vier verschiedene Zugänge, nämlich zuallererst die »individuelle(n) Selbstverfügungskräfte, vorhandene Stärken oder Ressourcen, die es dem Einzelnen ermöglichen, Probleme, Krisen oder Belastungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen sowie ein relativ autonomes Leben zu führen« (THEUNISSEN 2005, 2). Er verweist zweitens auf die »politisch ausgerichtete Durchsetzungskraft« und drittens auf einen »selbstbestimmten Lern- und Handlungsprozess«, bei dem die Betroffenen ihre Angelegenheiten »selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer Kompetenzen bewusst werden, sich in eigener Regie Wissen und Fähigkeiten aneignen und soziale Ressourcen (...) nutzen« (ebd.).

Zuletzt impliziert der Begriff noch die Ermutigung und auch Anregung, als Mensch mit Behinderung oder deren Angehörige eigene »Stärken und auch Kompetenzen zur Selbstgestaltung der Lebenswelt zu entdecken, zu entwickeln und zu nutzen« (ebd.).

Die Leitperspektive der Teilhabe wiederum betrifft das Einbezogensein in verschiedenste Lebensbereiche, wie »Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, interpersonelle Interaktion und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben« (WHO 2005, 18). Sie ist ohne Selbstbestimmung und ohne den Rückgriff auf das Empowerment-Konzept nur schwer vorstellbar.

Eine selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung besteht nach Schwarte, wenn »der Anspruch und (die) Durchsetzung von Bürgerrechten an die Stelle einer generell unterstellten expertokratischen Bevormundung treten« (SCHWARTE 2006, 5). Er warnt aber gleichzei-

tig davor, zu unüberlegt und vorschnell dem Reiz der neuen Begrifflichkeiten zu unterliegen, ohne verbindliche fachliche Standards, die dann »für die im Rahmen des neuen Paradigmas erst noch zu entfaltenden Hilfeformen der Begleitung, Vertretung und Assistenz« (a. a. O., 6) grundlegend sind.

Die »expertokratische Bevormundung«, die Schwarte in dem zitierten Text auf das Hilfesetting von Menschen mit geistiger Behinderung bezogen hat, kennzeichnet ein grundlegendes Problem der Sozialen Arbeit: Die zentralen Handlungs- und Deutungsmuster sind vom Defizit-Gedanken geprägt, denn nur darüber rechtfertigt sich der Unterstützungsbedarf von Klienten und damit der Einsatz professioneller Helfer und ihre Finanzierung durch die zuständigen Sozialleistungsträger. Die Qualität und der Erfolg Sozialer Arbeit bemessen sich darüber, inwieweit die professionellen Hilfen greifen, nicht-professionelle Hilfesettings sind nur selten Bestandteil der Qualitätsberichterstattung gegenüber den zuständigen Sozialleistungsträgern und werden auch nicht refinanziert.

So entsteht oftmals aufseiten der Klienten das Gefühl, zum Objekt von Planung und Intervention zu werden, was sie ja de facto aus Sicht der professionellen Helfer auch oft sind und sich nicht selten in deren Haltung widerspiegelt.

Die Soziale Arbeit befindet sich hier zudem in einem Dilemma, denn sie hat auf der einen Seite in fachlicher Hinsicht die Unterstützung von Selbstbestimmung und Förderung sozialer Netzwerke zu verfolgen, mit dem Ziel der Selbstbefähigung: Betroffenen sollen ihre Geschicke in eigener Regie weiterführen können, professionelle Dienstleister sollen sich möglichst schnell überflüssig machen.⁵ Andererseits müssen soziale Unternehmen mehr denn je auch die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen erfolgreicher Hilfen im Blick haben, die Unterstützung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von professionellen Dienstleistungen steht dem gelegentlich entgegen. RUF (2009) konnte beispielsweise in ihrer Studie über Hilfepläne psychisch kranker Menschen zeigen, dass die sozialrechtlich relevanten Hilfebereiche nicht immer vollständig ausgeschöpft werden: Gegenstand der Beratung von Vertretern ambulanter Dienstleister waren oftmals solche Hilfen, die dort auch »im Angebot« waren. Damit gerät der Bedarf der zu beratenden Person zugunsten des Erhalts von Organisationen in den Hintergrund.

Mitarbeitende sozialer Dienstleistungsunternehmen sind in diesem unauflösbaren Dilemma mehr oder weniger gefangen, sie müssen die Parteilichkeit für die Klienten mit den Anforderungen des Dienstgebers ständig neu austarieren. Letztlich hängt es doch auch von der Haltung, dem fachlichen Können und der Reflexionsfähigkeit jedes einzelnen professionellen Helfers ab, wie gut das im Einzelfall gelingen kann.

Vonseiten der Nutzer könnte das Persönliche Budget an dieser Stelle helfen, das Dilemma zu lösen. Wenn Budgetnehmer ihre Kundenrolle wahrnehmen und Dienstleistungen entsprechend ihrem Hilfebedarf einkaufen, sind die professionellen Dienstleister lediglich den Budgetnehmern als Auftraggeber verpflichtet. Deren Zufriedenheit mit der Dienstleistung ist das Kriterium für den wirtschaftlichen Bestand des Anbieters.

Die Begleitstudie zum trägerübergreifenden Budget liefert neben quantitativen Daten zur Umsetzung des Persönlichen Budgets in den Modellregionen auch Erkenntnisse zum Beitrag, den es für die individuell verfolgten Teilhabeziele leisten kann. Die Befürworter des Persönlichen Budgets berichteten von dem Gefühl, selbstbestimmter handeln zu können und mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Mitsprache bei der Organisation des Hilfesettings zu haben. Dazu gehört vor allem die Wahlfreiheit, wann welche Interventionen mit wem und unter welchen Bedingungen stattfinden. Die Budgetnehmer seien zudem selbstbewusster und zufriedener geworden (METZLER et al. 2007, 209 ff.). Es gab auch Budgetnehmer, die sich kritisch zum Persönlichen Budget äußerten und es als wenig hilfreich erlebten. Dies wurde überwiegend mit der mangelnden Unterstützung bei der Verwaltung des Geldes begründet oder mit dem Organisationsaufwand bei der Auswahl und vertraglichen Bindung der Dienstleister (a. a. O., 112 ff.).

Insgesamt scheint das Persönliche Budget dem Bericht zufolge aber durchaus geeignet zu sein, passendere Hilfen, die den Qualitätsanforderungen der Nutzer gerecht werden, kostengünstig und ohne zeitlichen Verzug zu arrangieren.

Es liegen auch eine Reihe positiver Beispiele aus einigen europäischen Nachbarländern vor, in denen das Persönliche Budget ebenfalls eingesetzt wird (SCHWARTE 2006, 7). Mit Blick auf Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabechancen der Budgetnehmer sind die Ergebnisse von Studien und die dort gewonnenen praktischen Erfahrungen ebenfalls ermutigend.

Damit scheint das Persönliche Budget seinem Auftrag, Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderung fördern zu können, tatsächlich ein Stück näherkommen zu können. Es könnte einen kleinen Ausweg aus der Abhängigkeit von professionellen Dienstleistungen bieten, denn es erlaubt prinzipiell die Ablösung der traditionellen Betreuungsbeziehungen, »die durch Abhängigkeit gekennzeichnet sind (...) durch eine Beziehung zu Leistungserbringern, die nicht mehr durch einseitige Fürsorge, sondern durch ein zweiseitiges Austauschverhältnis ›Geld gegen Unterstützungsleistung‹ bestimmt sind« (WANSING 2008, 179).

Teilhabe beginnt aber nicht erst, wenn der Antrag bewilligt und das Budget für Maßnahmen eingesetzt wurde. Die Zielsetzung oder der Wunsch einer Person, wieder teilzuhaben, beginnt ja schon mit dem Eintritt ins Hilfesystem, also bevor die Gelder fließen. Wenn man die subjektiv empfundene Wirkung von Teilhabe genauer beschreiben will, muss man also den ganzen Prozess bis hin zur Umsetzung des Persönlichen Budgets mit in den Blick nehmen. Das beinhaltet selbstverständlich zuallererst das Vorhandensein von Angeboten auf dem »Markt«, aber auch die Art und Weise der Beratung und Information zum Persönlichen Budget, die Antragsbearbeitung durch den zuständigen Sozialleistungsträger wie auch die konkreten Bedingungen, die die Umsetzung des Persönlichen Budgets ermöglichen. Der gesamte Prozess sollte Selbstbestimmung und Teilhabe für die hilfeberechtigten Personen gleichermaßen widerspiegeln und erkennen lassen.

Es gilt darüber hinaus noch einen weiteren Aspekt in den Blick zu nehmen: Teilhabe ist nicht zwingend erreicht, wenn die Maßnahme umgesetzt ist. Teilhabe muss prinzipiell auch in jedem Moment der Wahrnehmung einer Maßnahme spürbar sein.

In dieser Studie soll der Frage nachgegangen werden, wie aus Sicht der Klienten überhaupt Teilhabe möglich wurde und wie sie erlebt wird. Diese Frage bezieht sich zum einen auf das Ergebnis der Hilfen, nämlich die konkreten Maßnahmen und deren Wirkung, aber nimmt auch den Prozess bis zur Wahrnehmung der Maßnahme mit in den Blick.

Kurzvorstellung der Studie: Selbstbestimmung und das Persönliche Budget

Im Sommer 2010 wurden insgesamt zehn Budgetnehmer zum Prozess der Beantragung des Persönlichen Budgets und dessen subjektiven Nutzen leitfadengestützt interviewt. Gefragt wurde nach ihren Erfahrungen mit der Beratung und dem Zugang zum Persönlichen Budget, der Dauer der Inanspruchnahme, der Art der beanspruchten Leistungen und dem subjektiven Nutzen.

Jede interviewte Person erhielt dafür eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro. Alle Teilnehmer lebten zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Großstadt, die seinerzeit an dem Bundesmodellprojekt »Trägerübergreifendes Budget« beteiligt war, was eine Anpassung des Hilfeplanungsprozesses vor allem im Handlungsfeld Psychiatrie nach sich zog. Die Frage, ob Hilfen auch als Persönliches Budget gewährt werden sollen, ist hier seitdem in das Hilfeplanverfahren integriert. Bei jeder Hilfeplanung wird routinemäßig gefragt, ob die Hilfe als Persönliches Budget finanziert werden soll.

An der Studie nahmen sieben Frauen und drei Männer teil, sie waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 28 und 58 Jahre alt. Für alle befragten Personen begründete sich der Bedarf an Unterstützung durch ihre psychische Störung, sie lebten zum Zeitpunkt des Interviews alle in einer eigenen Wohnung. Alle Personen nutzten das Persönliche Budget schon durchschnittlich 2,4 Jahre und setzten es für Freizeitaktivitäten und Begleitungen zu Arztbesuchen oder Ausflügen ein, also für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bei einer Person wurde zwischenzeitlich auf das Persönliche Budget verzichtet, weil der zweckgemäße Einsatz des Geldes nicht immer gewährleistet war, eine andere Person entschied sich selbst, auf diese Leistungsform zu verzichten.

Der Kontakt zu den Interviewteilnehmern wurde über einen ambulanten psychiatrischen Dienst hergestellt. Interviewt wurden sie von einer Studentin, die die Interviews im Rahmen ihrer studentischen Forschungsarbeit erhob.⁶ Die Daten werden hier mit einer anderen Fragestellung einer Sekundäranalyse unterzogen.

Die Interviews wurden vollständig transkribiert, anonymisiert und mit Fantasienamen belegt. Da das Geschlecht der befragten Personen aus den vorliegenden Daten nicht mehr zu erschließen ist und in der

Analyse auch nicht berücksichtigt werden muss, wurden der Einfachheit halber alle Befragten dem männlichen Geschlecht zugeordnet. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich. Akten oder Dokumentationen wurden nicht eingesehen, alle persönlichen Informationen zu den Beteiligten (Alter, Diagnose) basieren auf deren Aussagen. Alle interviewten Personen stimmten der Verwendung der Daten für Forschungszwecke zu.

Die Auswertung der Interviews folgt einem rekonstruktiven Ansatz, dem die Annahme zugrunde liegt, dass sich über das Verständnis und die Durchdringung des Einzelfalls komplexe Realität angemessen erfahren, darstellen und rekonstruieren lässt. Das methodische Vorgehen beinhaltet in diesem Fall die reflektierende Interpretation der Aussagen, bei der die Aussagen in thematische Sinnabschnitte unterteilt und der Inhalt aus dem Blickwinkel der interviewten Person paraphrasiert wird (BOHNSACK 2008).

Der sprachliche Kontext wird über die jeweils gestellte Interviewfrage hergestellt, zu der alle Antworten inklusive der Nachfragen durch die Interviewerin aufgeführt werden. In Fällen, wo die Antworten Rückschlüsse auf die interviewten Personen zulassen könnten, werden entsprechende Begriffe weggelassen, beispielsweise bei der Benennung von Diagnosen, die für diesen Untersuchungszusammenhang auch irrelevant sind. Längere Aussagen, die ebenfalls eine Wiedererkennung der betreffenden Personen ermöglichen könnten, werden unter Beibehaltung ihrer Bedeutung in den Worten der Autorin zusammengefasst wiedergegeben.

Ergebnisse der Studie

Teilhabe beginnt bereits mit der Beantragung des Persönlichen Budgets

Die Frage, ob ein Persönliches Budget bewilligt wird oder nicht, beantwortet sich in den Versorgungsregionen der Bundesrepublik höchst unterschiedlich. In einigen Städten oder Kreisen stellt die Gewährung dieser Leistungsform überhaupt kein Problem dar, während in anderen Regionen das Persönliche Budget kaum bekannt zu sein scheint und man »zunächst abwarten möchte, wie es sich entwickelt« (Kom-

mentar eines Geschäftsführers einer großen Einrichtung für Menschen mit Behinderungen).

Aus den insgesamt zehn vorliegenden Interviews wird deutlich, dass die Beratung und auch die Beantragung des Persönlichen Budgets in keinem Fall ein Problem darstellte. Im Vergleich zu vielen anderen Gemeinden oder Regionen wird den beratenden Sozialarbeitern und der zuständigen Hilfeplankonferenz sogar durchgängig ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt.

→ **Beispiel Frau B.**

I: Und welche Informationen haben Sie bekommen über das Persönliche Budget? Wie hat man Sie darauf aufmerksam gemacht?

B: Äh, das war meine Bezugsperson, die hat mir das gesagt. Weil ich wollte Training machen und Sport treiben.

I: Ja.

B: Äh, ja, und Aquagym wurde ja schon von der Krankenkasse bezahlt und da wo ich jetzt bin, so ne Art Muckibude, das hätte ich selber bezahlen müssen.

I: Mhm.

B: Und da haben die mir gesagt, dass wir dann das Persönliche Budget beantragen und die (der Sozialleistungsträger; A. d. V.) bezahlen das dann.

I: Ja. So sind Sie dann dazu gekommen letztendlich.

B: Ja.

I: Okay. Und hatten Sie vorher schon irgendeine Vorstellung zum Persönlichen Budget oder haben Sie vorher noch gar nichts davon gehört?

B: Noch gar nichts.

I: Alles klar, ich verstehe. Und, ähm, gab es denn bei Ihnen Beratungsbedarf? Dass sie gesagt haben, ich muss erst mal aufgeklärt werden oder war das für Sie einfach, dass Sie Ihrem Sozialarbeiter vertraut haben und gesagt haben, der wird schon das Richtige für mich raus-suchen?

B: Ja, ich hab ihr (der zuständigen Sozialarbeiterin; A. d. V.) vertraut. Und dann ging es ja sowieso zur HPK, Hilfeplankonferenz, und das war ja ... (zuständiger Sozialleistungsträger) und die haben das dann bewilligt. Und die haben mich dann auch aufgeklärt, was ich da zu tun habe. Dass ich das Geld nicht ausgeben darf, wie ich möchte, sondern

dass ich da genau Buch drüber führen muss. Also, dass ich die Quittungen aufbewahren muss und so, für das, was ich brauche.

I: Ja. Okay. Und die haben Ihnen dann im Prinzip auch gesagt, welche Leistungen das Persönliche Budget beinhaltet, wie man das zu handhaben hat. Das haben Sie ja auch gerade schon gesagt. Also, dass sie die Rechnungen aufheben müssen.

B: Richtig.

I: Genau. Okay. Gut, also Ihr Sozialarbeiter und die Hilfeplankonferenz haben Sie also gut aufgeklärt?

B: Ja, äh. Man hat besprochen, wieso und weshalb. Von daher. Das war gar kein Problem. Da hingegangen und dann hatte ich es.

I: Ja, super. So soll es ja auch sein letztendlich.

B: Ja, das geht ja ganz leicht. Da geht man dahin, kriegt es auf Deutsch gesagt schon. x

Die Tatsache, dass die Beratung zum Persönlichen Budget hier als völlig unproblematisch und auch reibungslos beschrieben wurde, verwundert nicht, denn die zuständige Kommune war an der Umsetzung des Persönlichen Budgets im Rahmen der Bundesmodellprojekte beteiligt. Seitdem ist die Beratung zum Persönlichen Budget an die Erarbeitung des Hilfeplans gekoppelt und muss von den Antragstellern schriftlich auf dem Formular bestätigt werden. Damit werden grundsätzlich alle hilfeberechtigten Personen über diese Leistungsform informiert; entsprechend hoch sind die Zahl der bewilligten Budgets in dieser Region und die Routine der Abwicklung.

Die Bedeutung dieser unproblematischen Abwicklung für den Einzelnen gerät dabei schnell aus dem Blick: »Ja, das geht ja ganz leicht«, widerspricht den Erfahrungen der üblichen Praxis völlig und mutet etwas höhnisch an, wenn man Berichte aus anderen Regionen Deutschlands zu diesem Thema hört. Die Redewendung »auf Deutsch gesagt« scheint in diesem Zusammenhang die Aussage des leichten Zugangs noch unterstützen: Es wird nicht lange um den heißen Brei geredet, sondern die Dinge so benannt, wie sie sind.

Eine andere Interpretation dieser Sequenz könnte in der rückblickenden Bewertung zu einem Behandlungs- und Rehabilitationsprozess aufgrund der Erkrankung bestehen, der vermutlich nicht immer als einfach erlebt wurde. Die Aussage könnte in diesem Sinne auf den Punkt gebracht werden: Endlich ist mal was leicht, was mit meiner Erkrankung zu tun hat.

Die Äußerung »so, wie ich es brauchte«, verdeutlicht zudem sehr schön, dass der Prozess offenbar zur vollen Zufriedenheit der Budgetnehmerin verlaufen ist. Es sind alle Informationen und Anweisungen gegeben worden, die für die Verwaltung des Persönlichen Budgets notwendig sind (Buch führen, Quittungen sammeln usw.) und in die Rolle der eigenverantwortlichen Nutzer einführt. Die Aussage könnte darüber hinaus darauf verweisen, dass sich die Budgetnehmerin in diesem Fall im Zentrum des Geschehens gesehen hat und nicht die Vorstellungen der professionellen Helfer im Zentrum standen.

Die Information über das Persönliche Budget wurde nicht durchgängig von den zuständigen Sozialarbeitern für Hilfeplanung zur Verfügung gestellt, sondern nur in drei Fällen. Durch Freunde und Bekannte wurden wiederum drei Personen auf das Persönliche Budget aufmerksam gemacht, drei Personen durch ihre gesetzlichen Betreuer und eine Person durch die psychiatrische Klinik.

→ **Beispiel Herr A.**

I: Gut, also ..., ich würde gerne wissen, ähm, wie und wann Sie vom Persönlichen Budget erfahren haben.

A: Das hab ich erfahren durch einen Freund. Ich wohne hier mit einem, der hat das auch. Und ich bin seit zwei Jahren auch da drin.

I: Ah ja, okay. Ja, und die Info kam ausschließlich von dem Freund und der hat dann gesagt, okay, ich hab das und das kann ich empfehlen.

A: Ja, ja. Ich hab den gefragt und er sagt, auf jeden Fall kannst du das machen. Weil ich ja auch (eine Krankheit) habe so schlimm. ✕

Auch die Recherche über mögliche Angebote wurde in einigen Fällen selbst übernommen bzw. das soziale Umfeld wurde mit einbezogen:

→ **Beispiel Frau F.**

I: Und sind Sie dann auf Ihren Betreuer zugegangen oder kam er irgendwann auf Sie zu?

F: Nee, es kam von mir. Ich bin da aktiv geworden, kann man sagen.

I: Ja, das ist schön. Und haben Sie dann einen relativ zeitnahen Termin für eine Beratung bekommen? Wie lief das so ab?

F: Ähm, eigentlich hab ich mich so informiert, was mich so interessiert und hab mich erkundigt, wie teuer das alles so ist und so. Ja, und bei der HPK (Hilfeplankonferenz; die Verf.), da musste es ja in den Plan reingeschrieben und beantragt werden und ja, dann hab ich eben ge-

sagt: Gesang und Tai-Chi würden mich interessieren. Ja, und dann ging das. ✕

Das Beispiel kann als stellvertretend für die Aussagen aller befragten Personen gesehen werden und zeigt, dass bereits bei der Beantragung und der Recherche zu passenden Angeboten die interviewten Personen ein hohes Maß an Eigeninitiative zeigen. Das umfasst die Information und Auswahl geeigneter Angebote ebenso wie das Einholen von Preisen.

In der Aussage von Frau F. erfolgt auf die Frage, ob sich die Budgetnehmerin einen zeitnahen Termin für eine Beratung eingeholt hat, ein Verweis auf die eigene Selbstständigkeit: »eigentlich hab ich mich so informiert«. Auch die Beteiligung an der Vorstellung des Antrags in der Hilfeplankonferenz wird differenziert vorgetragen: Bei der Erstellung des Hilfeplans drückt sich weniger aktive Beteiligung aus »da musste es ja in den Plan reingeschrieben werden«, als bei der Erläuterung des Hilfeplans in der Hilfeplankonferenz selbst »... dann hab ich eben gesagt ...«. Dieser Einsatz wird scheinbar von der Budgetnehmerin als persönlicher Erfolg wahrgenommen »Ja, und dann ging das«.

Zusammenfassend kann bis hierher aus den Aussagen herausgelesen werden, dass bestimmte Merkmale im Prozess der Beratung und Beantragung des Persönlichen Budgets von den Budgetnehmern besonders herausgestellt werden. Das betrifft zum einen die Interaktionsebene, beispielsweise bei der Frage, von wem das Interesse an einem Persönlichen Budget geäußert wurde und auf welche Weise dieser Wunsch verfolgt wurde.

Das betrifft aber auch die Prozesseignerschaft bei der Beantragung des Budgets, der Recherche geeigneter Maßnahmen und der Vorstellung in der Hilfeplankonferenz.

Der Prozess der Beantragung beinhaltet Wertschätzung und Vertrauen

Eine Intention des Gesetzgebers bei der Einführung des Persönlichen Budgets bestand darin, den Kundenstatus⁷ von Klientinnen und Klienten deutlicher hervorzuheben, weil darüber wiederum die Dienstleistungsbeziehung der Anbieter zu den Kunden prägnanter wird – oder sich dahin entwickelt. Das ließ sich aus Sicht der Bundesregierung am

ehesten darüber realisieren, dass die Kunden von Dienstleistungen die finanziellen Mittel selbst in die Hand bekommen, um sich die Hilfen »einzukaufen«, die sie benötigen. Damit einher geht ein Effekt, der in der nachfolgenden Äußerung eines ehemaligen Budgetnehmers geschildert wird, der wegen seiner Suchtproblematik allerdings wieder Abstand vom Persönlichen Budget genommen hat:

→ **Beispiel Frau E.**

I: Hat sich denn bei Ihnen trotzdem irgendwas zum Positiven verändert, obwohl Sie es nur so kurze Zeit bezogen haben? Es kam zwar die Sache mit den Drogen dazwischen, aber gab es trotzdem etwas, was Sie als positiv bezeichnen würden?

E: Ja, schon allein, dass dieses Vertrauen vom ... (Sozialleistungsträger), also ich meine, das war ja ne Vertrauenssache, dass die mir das Geld jeden Monat geschickt haben. Und, ähm, dass die mir das Vertrauen gegeben haben, dass ich das dann festhalten konnte, wenn es denn dann geklappt hätte. Das hat mir natürlich schon ne Menge gebracht. Das Vertrauen, gerade wenn man abhängig ist, muss man Vertrauen aufbauen. Und das ging relativ schnell. Die haben jetzt nicht so: Oh, Sie sind drogenabhängig und vielleicht dann lieber doch nicht. Also für die war das von vorneherein egal, ob ich abhängig bin oder nicht. Die haben mir einfach ne Chance gegeben, das hinzukriegen. ✕

Das Geld an sich oder die Frage der geeigneten Maßnahmen oder des Kundenstatus steht hier weniger im Vordergrund als die mit der Geldüberweisung verbundene Wertschätzung: Es wert zu sein, das Geld selbst zu verwalten, trotz Abhängigkeitsproblematik ohne Vorbehalte die Möglichkeit eröffnet zu bekommen, wieder Verantwortung über den eigenen Gesundheitsprozess zu bekommen. Dieses Vertrauen, das entgegengebracht wird, hat »schon ne Menge gebracht« und kann vermutlich im Sinne von »hat mich weitergebracht« interpretiert werden. Die interviewte Person geht hier auch noch einen Schritt weiter und benennt konkret die Bedeutung von Vertrauen speziell für Menschen mit Abhängigkeitsproblematik. »Das Vertrauen, gerade wenn man abhängig ist, muss man Vertrauen aufbauen« Unabhängig davon, wie schnell sich Vertrauen im Unterstützungsprozess entwickelt, ging das in diesem Fall »relativ schnell«, und zwar genau deshalb, weil es keine Vorbehalte gab. In der Aussage wird es noch deutlicher herausgestellt: »Also für die war das von vorneherein egal, ob ich abhängig bin oder

nicht«. Es wurde bei der Verhandlung des Persönlichen Budgets nicht nur nicht thematisiert, es war aus der Wahrnehmung der betreffenden Person völlig irrelevant: Sie hatte einen Anspruch darauf und fertig. Diese Tatsache wird auch als Chance gewertet, es »hinzukriegen«, womit vermutlich gemeint ist: mit dem Geld wieder etwas Vernünftiges anzufangen.

Das Persönliche Budget ermöglicht von eigenen Interessen geleitete Interventionen

Mit den ausgewählten Angeboten wurde von allen Interviewteilnehmern eine klare persönliche Zielsetzung verfolgt.

• Herr L.

I: Ja, gut. Und haben Sie sich dann was vom Persönlichen Budget versprochen – nach der Beratung?

L: Ja, natürlich.

I: Und was genau?

L: Also ich hatte wie gesagt einiges gehört und ich hab dann, äh, mir, äh, Gedanken gemacht, was ich gerne haben möchte und für mich war das sehr passend, dass ich auch in einem, also mein Ziel war, dass ich erst mal körperlich abnehme und mich besser fühle. Das war dann, das kann ich Ihnen ruhig sagen, schwimmen und Sauna wie gesagt und Weight Watchers. Und das hab ich dann gemacht mit dem Persönlichen Budget und das war super! ✕

Das Interesse, etwas »Passendes« zu finden, was der eigenen Zielerreichung dienlich ist, wird in dieser Aussage deutlich. Das drückt sich bereits interaktiv mit der Erwiderung auf die Frage der Interviewerin aus, ob sich Herr L. etwas vom Persönlichen Budget versprochen habe: »Ja, natürlich«. Das nachfolgend passende Angebot wurde nach reiflicher Überlegung ausgewählt, weil es zur persönlichen Lebenssituation der Person passt und offenbar der Stabilisierung seiner Gesundheit dient. Das Ziel wird klar benannt, der Budgetnehmer möchte sich besser fühlen und dafür bedarf es zunächst einer Gewichtsabnahme, die konsequent mit sportlichen Angeboten und dem Besuch bei den Weight Watchers verfolgt wird.

→ Beispiel Frau D.

I: Ja, toll. Also würden Sie auch sagen, dass das Persönliche Budget Sie auch in Ihrer Selbstverantwortung bestärkt hat?

D: Ja! Ja, auf jeden Fall. Weil ich das alles durch meine frühere Arbeit, durch den Druck, den ich auf der Arbeit hatte und die körperliche Erschlaffung immer mehr vernachlässigt habe. Weil ich hab immer nur noch Arbeit, Zuhause und Ausruhen gesehen und gar nichts mehr für mich getan. ✕

Auch von dieser Interviewpartnerin wird indirekt der gesundheitsfördernde Effekt der Intervention herausgestellt, obwohl die Frage der Interviewerin sich auf die Bestärkung der Selbstverantwortung bezieht.

»Etwas für sich tun« wird üblicherweise als Gegenpol zu den Belastungen etwa durch Arbeit, Familienpflichten oder Ähnliches gesehen, die zu einem gewissen Teil fremdbestimmt erfolgen und in der subjektiven Bewertung in jedem Fall nicht der eigenen gesundheitlichen Förderung dienlich sind. Das Bedürfnis, auf sich zu achten, aktiv etwas für sich zu tun, steht der Realität, vieles nicht für sich, sondern für andere zu tun, diametral gegenüber.

In beiden Fällen eröffnet das Persönliche Budget im Vergleich zur Situation vor der psychischen Erkrankung die Möglichkeit, über die Verfolgung an eigenen Interessen orientierten Freizeitaktivitäten selbst zur Stabilisierung beizutragen.

→ Beispiel Herr H.

I: Ja, okay. Und können Sie vielleicht noch mal kurz zusammenfassen, was für Sie die positiven Effekte am Persönlichen Budget sind? Und was sich seit dem Bezug positiv in Ihrem Leben verändert hat?

H: Ja, der große Vorteil ist, dass ich Interessen nachgehen kann, die ich mir sonst nicht leisten könnte. Und, ich glaube auch, dass die mich ein wenig stabilisieren. ✕

Die Interessen, denen jetzt nachgegangen werden kann, werden in dem letzten Beispiel nicht weiter spezifiziert, aber es gab sie scheinbar auch schon vorher, sie wurden aber nicht verfolgt, weil aus Sicht des Budgetnehmers die finanziellen Mittel dafür fehlten.

Es wird also etwas (re)aktiviert, was schon vorhanden war: Ein Interesse an etwas, das zum Hobby oder einer erfüllenden Freizeittätigkeit

werden könnte oder vielleicht wieder aufgenommen wird und der persönlichen Stabilisierung dienlich ist.

Interessanterweise weist Frau G. ausdrücklich einen Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und eigenständiger Verfolgung von Interessen zurück:

→ **Beispiel Frau G.**

I: Okay. Alles klar. Ja, wie sieht das aus mit dem Persönlichen Budget. Haben Sie das Gefühl, dass sich irgendwas verändert hat? Sind Sie selbstbestimmter geworden dadurch?

G: Selbstbestimmter? Nö. Nö. Aber mir ist ne Möglichkeit gegeben jetzt mit dem Sport. An so nem Sport teilzunehmen. Weil ich das aus eigener Kraft, das kostet 29,90 Euro, und die hab ich ja nicht über.

I: Mhm.

G: Ich hab Sozialniveau⁸, ne. Ich arbeite zwar, mache ne ...-Maßnahme bei B. (einem Anbieter von Dienstleistungen zur Teilhabe an Arbeit; A. d. V.), aber ich hab trotzdem nicht mehr. Und es ist einfach schön, wenn man dreimal die Woche zum Sport gehen kann. Und von daher selbstbestimmter nicht, aber die Lebensqualität ist besser. ✕

Unter dem Begriff Selbstbestimmung versteht die interviewte Person offenbar »aus eigener Kraft«, also eher »selbstständig«. Das war zuvor in diesem Maße scheinbar nicht möglich, weil die finanziellen Mittel nicht gegeben waren. Hier wird vonseiten der Budgetnehmerin ein Aspekt der Selbstbestimmung herausgestrichen, der in der fachlichen Diskussion zur Selbstbestimmung nicht an erster Stelle gesehen wird, nämlich die für die Teilhabe notwendigen materiellen Ressourcen.

Anstelle von Selbstbestimmung scheint hier auch die Bezeichnung Lebensqualität als angemessener angesehen zu werden, um das Ergebnis der Umsetzung des Persönlichen Budgets zu bewerten.

→ **Beispiel Herr L.**

I: Okay, gut. Können Sie vielleicht noch mal kurz zusammenfassen, welche positiven Aspekte das Persönliche Budget Ihnen gebracht hat, seit Sie es beziehen?

L: Ja, also wie gesagt, dass es teilweise überhaupt möglich ist. Ich bekomme Arbeitslosengeld und das ist ja nicht gerade so viel, dass man sich irgendwelche teuren Hobbys oder Freizeitbeschäftigungen leisten kann. Dadurch kann ich es mir teilweise leisten, was ich natürlich sehr

schön finde. Dann bin ich natürlich dem Ziel, dass ich abgenommen habe, super näher gekommen und ich fühle mich seitdem, ja, mein Selbstwertgefühl ist in die Höhe gegangen, meine Fitness, mein Wohlbefinden. Das hat alles sehr dazu beigetragen und das hätte ich sonst nicht machen können.

I: Mhm, ja. Okay. Und sind Sie der Meinung, dass Sie das Persönliche Budget dadurch in Ihrer Selbstverantwortung bestärkt hat?

L: Mhm, ich würde sagen, das ist jetzt, mhm, ich weiß nicht ganz direkt, wie Sie das meinen.

I: Handeln Sie sich selbst gegenüber verantwortlicher als vorher? Denken Sie, dass das durch die Maßnahmen noch mal verstärkt worden ist?

L: Ach so. Ja, doch. Das kann man schon sagen, doch. Auch insgesamt, wenn man das jetzt so sieht, fühle ich mich ja auch insgesamt besser dadurch. Und ich durfte es mir selbst auch aussuchen und ja doch auf jeden Fall. Da wird man schon drin bestärkt. ✕

Auch hier entsteht offenbar eine Irritation bei dem Gebrauch des Fachbegriffs »Selbstverantwortung« durch die Interviewerin, die von der interviewten Person dann nach einer Vergewisserung mit der Bedeutung »sich besser fühlen« und »es sich selbst aussuchen dürfen« unterlegt wird. Zu dem Aspekt der Selbstständigkeit kommt hier also noch der Aspekt der Befindlichkeit hinzu.

Zusammenfassend betrachtet scheinen die zitierten Budgetnehmer eine relativ klare Zielvorstellung mit den ausgewählten Freizeitmaßnahmen zu verfolgen, sie dienen hier der gesundheitlichen Fürsorge und Stabilisierung. Die eigenverantwortliche Verfolgung der Freizeitmaßnahmen fördert zudem das Gefühl von Selbstständigkeit und wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus.

Selbstsorge und Ressourcenorientierung als zentrales Ziel

Die Rückbesinnung auf bewährte Möglichkeiten der gesundheitlichen Stabilisierung wird in dem folgenden Zitat deutlich und unterstützt hier noch einmal deutlich den eigenverantwortlichen Aspekt bei der Auswahl der Maßnahmen:

→ Beispiel Herr K.

I: Ja. Okay. Was haben Sie sich denn für sich selber vom Persönlichen Budget versprochen?

K: Ja, also, das bezieht sich ja, also ich bin ja jetzt in so nen ...Sportverein reingekommen jetzt und habe bisher einmal Training gehabt. Ich kenn das. Ich hab da Erfahrung drin in ...Sport. Zur Schulzeit, bevor meiner Erkrankung, hatte ich, äh, ...-Unterricht regelmäßig und das tat mir auch gut. Und ich wurde da auch immer ruhiger und ausgeglichener und dann kam die Krankheit dazwischen und so Süchte wie Rauchen, Kaffee und damals noch Cannabis und dann war ich davon abgekommen durch die Erkrankung und so und habe mich zuerst immer mal danach zurückgeseht und konnte es mir aber nicht leisten. Und war auch unsicher aufgrund meiner Erkrankung und jetzt durch das Persönliche Budget hab ich da so die Chance bekommen, da wieder reinzuschnuppern.

I: Ja. Das ist ja sehr gut.

K: Bin ich jetzt von der Frage abgewichen?

I: Ist schon okay.

K: Das war für mich so wie ne neue Chance. Da hab ich gemerkt, dass ich, wie soll ich sagen ...

I: Sind Sie denn selbstbestimmter geworden durch das Persönliche Budget?

K: Nein, also ich hab halt gemerkt, dass ich körperlich, dass das alles ganz schön nachgelassen hat, als wo ich da voll im Training war. Das hat mir ganz schön zu denken gegeben. ✕

Einen Sport ausüben zu dürfen, der sich bereits in früheren Zeiten als stabilisierend herausgestellt hat, wird hier als Chance begriffen. Aber was macht die Chance aus? Wesentlich sind bei dieser Aussagen zwei Aspekte: Der Rückbezug auf etwas Bekanntes, von dem die betreffende Person weiß, dass sie es schon einmal beherrscht hat, hier also auf Kompetenzen zurückgreifen kann und keinen Neuanfang wagen muss. Und die zu erzielende Wirkung, die damals darin bestand, ruhiger und ausgeglichener zu werden, was offenbar auch jetzt wieder angestrebt wird. Die »Krankheit« war der Grund dafür, dass die Person mit diesem Hobby aufhören musste, aber es ist nicht in Vergessenheit geraten, im Gegenteil: »und habe mich zuerst immer mal danach zurückgeseht und konnte es mir aber nicht leisten«. Aber es gab auch eine Unsicherheit, ob diese Sportart überhaupt noch ausgeführt werden kann, die Sorge über die möglichen Auswirkungen des Drogen- und Kaffeekonsums treten in der Äußerung deutlich hervor. Das Persönliche Budget

wird hier als Chance gesehen, weil durch die vorhandenen finanziellen Mittel wieder eine Brücke zu alten Kompetenzen und Erfahrungen geschlagen werden kann, die zuvor nicht möglich war.

Die Frage nach mehr Selbstbestimmung durch das Persönliche Budget wird hier verneint. Das mag daran liegen, dass der Fokus hier auf die körperliche Fitness gelegt wurde, die mehr im Zusammenhang mit gesundheitlichen Faktoren steht als mit Selbstbestimmung. Zudem könnte der Budgetnehmer zu Recht darauf verweisen, dass das Persönliche Budget allein noch nicht zu mehr Selbstbestimmung führt, sondern dies eher eine Wirkung der Maßnahme sein kann, die mit dem Persönlichen Budget finanzierbar bzw. durchführbar wurde.

Tagesstrukturierung als ein wichtiger Effekt der Maßnahmen

In dem nachfolgenden Fall wird das Persönliche Budget als Ergänzung zum eigentlichen Einkommen, vermutlich Sozialhilfe, gesehen. Über die Finanzierung von Freizeitaktivitäten entsteht eine Tagesstruktur:

→ Beispiel Frau B.

I: Ja, Sie haben es jetzt. Aber würden Sie es noch mal beantragen, wenn Sie könnten oder müssten?

B: Ja. Auf jeden Fall immer wieder.

I: Ja, okay. Gut. Und ähm, was würden Sie vielleicht noch verändern wollen?

B: Eigentlich nix.

I: Okay.

B: Weil, äh, ich hab mein Geld, was ich ja so kriege. Und sonst brauch ich ja nix weiter. Ich kann einkaufen und essen und trinken und so weiter und das Persönliche Budget geht nebenbei weg fürs Fitnessstudio und das ist auch gut für meine Tagesstruktur, die ich so brauche. ✕

Das Persönliche Budget geht »nebenbei« weg, ihm muss keine große Aufmerksamkeit geschenkt werden, was hier offenbar bedeutet, dass sich die betreffende Person auch keine große Sorgen machen muss: Es muss nicht jede Woche oder jeden Monat neu angespart werden, es ist einfach da, unabhängig von dem, »was ich ja so kriege«, nämlich das, was den Grundbedarf zum Leben deckt. Gleichzeitig fördert es auch eine therapeutische Wirkung, denn durch die Freizeitaktivität

(Fitnessstudio), der mehrmals die Woche nachgegangen wird, entsteht eine Tages- und auch Wochenstruktur.

Aus Sicht der Interviewpartnerin scheint die Funktion des Persönlichen Budgets zu sein, »nebenher« das Fitnessstudio zu bezahlen. Dadurch wird »auch« eine Tagesstruktur hergestellt. Wichtig scheint der befragten Person, dass dies »nebenher« geschieht. Ihr Bild von sich scheint zu sein, dass sie nicht viel braucht, vom Geld leben kann und »nebenbei« auch ins Fitnessstudio kann. Die Darstellung lädt zur Assoziation ein: Eingliederungshilfe durch einen ambulanten Dienst oder ein Heim ist für alle Beteiligten aufwendig – man muss Termine machen, die Beteiligten müssen »Termine« machen und durchführen, Hilfen gewähren und annehmen. Hier dagegen wird nur »nebenbei« Geld bezahlt und ausgegeben, ein Fitnessstudio besucht und Tagesstruktur hergestellt. Man kann annehmen, dass die interviewte Person gerade dem Umstand »nebenbei« hohe Bedeutung beimisst. Aus Sicht des Leistungsträgers ist sicher die Tagesstruktur das Eigentliche. Auch die Interviewpartnerin hält sie offenbar für wichtig, da sie den Zusammenhang mit dem Fitnessstudio herstellt, der Bedeutungsakzent könnte aber verschoben sein.

An dieser Stelle wird ein weiterer Effekt des Persönlichen Budgets deutlich: Die Indikation für den Bedarf an Tagesstruktur wird selbst gestellt. Unabhängig davon, ob es sich um eine vollständig eigene Erkenntnis handelt oder ob sie von professionellen Helfern vorformuliert wurde, die Verknüpfung zwischen dem Bedarf (Tagesstruktur) und der Maßnahme (Fitnessstudio) wird von der betreffenden Person selbst hergestellt: »... meine Tagesstruktur, die ich so brauche«.

Die psychologische Wirkung einer Tagesstruktur besteht darin, dass der neu gewonnene Tagesrhythmus dem Tag etwas Erfreuliches verschafft, was vorher scheinbar nicht (mehr) gegeben war:

→ **Beispiel Frau D.**

I: Können Sie vielleicht noch mal kurz zusammenfassen, welche positiven Effekte das Persönliche Budget für Sie mitgebracht hat, seitdem Sie es beziehen?

D: Ja, es ist halt, wie gesagt, ich muss mich zwingen dazu. Auch montags. Ich war sonst immer an der Arbeit und hab jetzt Urlaub übrig und hab jetzt immer montags Urlaub genommen bis Weihnachten. Weil durch die Arbeit, nach der Arbeit würde ich es gar nicht schaffen.

Da bin ich zu erschöpft und geschafft. Und ich muss jetzt, ich hab jetzt einfach einen Weg gefunden, das zu nutzen und wirklich auch zu machen.

I: Mhm, mhm.

D: Und dadurch entwickelt sich auch ne Struktur in meinem Leben. Weil sonst komme ich nach der Arbeit nach Hause und setze mich hin und hier sitze ich dann. Also dass ich da einen Tagesablauf, dass ich da sag, darauf kann ich mich jetzt wieder freuen. ✕

Die Äußerung »darauf kann ich mich jetzt wieder freuen« beinhaltet die Motivation, der begonnenen Aktivität weiter nachzugehen, sie ist in die Zukunft gerichtet und verweist auf eine Freude, die sich ab jetzt vermutlich regelhaft einstellen wird, weil die Tagesstruktur bestehen bleibt.

Der Weg dahin scheint jedoch auch mit der Entwicklung von Selbstdisziplin verbunden zu sein: »ich muss mich dazu zwingen«, die aber unterstützt wird durch die Tatsache, dass bis Weihnachten der Montag jetzt im Rahmen von Urlaubstagen jetzt immer frei zur Verfügung steht. Das sich Zwingen müssen folgt als Antwort auf die Frage nach den positiven Effekten des Persönlichen Budgets und erhält in diesem Kontext zwei scheinbar widersprüchliche Bedeutungen (Positiv-Zwang), die sich vermutlich über die dadurch als positiv empfundene eigene Entwicklung auflösen lassen.

Auch in dieser Äußerung erfolgt die Zuschreibung des Erfolgs der eigenen Person »ich hab jetzt einfach einen Weg gefunden«.

Das Prinzip der Freiwilligkeit, der eigenständigen Handhabung der Freizeitaktivitäten und damit der selbstständigen Gestaltung des Tagesablaufs wird von der folgenden interviewten Person als besonders positiv erlebt:

→ **Beispiel Frau B.**

I: Und finden Sie das jetzt besser mit dem Persönlichen Budget?

B: Ja, das ist besser aus dem Grunde, ich kann jetzt Sport machen. Ich kann da hingehen, wann ich will. Von morgens sieben bis abends 21 Uhr, egal wann. Egal welchen Tag. Ich kann das machen, wie ich will. ✕

Zu der neu gewonnenen Struktur kommt die Wahlfreiheit hinzu. Der Möglichkeitsraum ist definiert und bewegt sich zwischen 7 Uhr mor-

gens und abends 21 Uhr. Frau B. kann in diesem Zeitraum frei wählen und innerhalb des vorgegebenen Rahmens selbst eine Struktur entwickeln. Die Aussage »ich kann da hingehen, wann ich will«, drückt die Zuversicht aus, diesen Möglichkeitsraum – ohne professionelle Hilfestellung – produktiv nutzen zu können.

Zusammenfassend lassen sich die Aussagen der Interviewpassagen dahin gehend deuten, dass die Befragten eine Tagesstruktur für sich als notwendig erachten und davon ausgehen, dass sie sie selbstständig gestalten und auch umsetzen können. Dabei stellt die Wahlfreiheit und Flexibilität ohne größeren Aufwand (»nebenbei«) ein positives Kriterium dar. Um mit der Anforderung, die Tagesstruktur aufrechtzuerhalten oder zu schaffen zurechtzukommen, werden Problemlösungen entwickelt, die nicht als fremdbestimmt empfunden, sondern als Erfolg der eigenen Person zugeschrieben werden.

Das Persönliche Budget schafft ein Recht auf ein Hobby

Die Bedeutung der Finanzierbarkeit von Maßnahmen, die der gesundheitlichen Stabilisierung dienen und der Stärkung des Selbstwertgefühls, wird von den meisten Interviewpartnern angesprochen. In der oben zitierten Interviewpassage von Herrn L. baut er sprachlich einen Kontrast zwischen geringem Einkommen aus Arbeitslosengeld und teuren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen auf: »Ich bekomme Arbeitslosengeld und das ist ja nicht gerade so viel, dass man sich irgendwelche teuren Hobbys oder Freizeitbeschäftigungen leisten kann«. Wenn man mit geringen Mitteln auskommen muss, stehen die Selbstverwirklichung und der Freizeitausgleich in der Regel hinten an, das ist den besser verdienenden Bevölkerungsschichten vorbehalten. Diese Form sozialer Exklusion (ALISCH 2008) kann durch das Persönliche Budget aufgeweicht oder sogar aufgelöst werden, wenn es um die interessen geleitete Verfolgung von einzelnen Hobbys oder Freizeitaktivitäten geht, die jetzt finanziert werden können. Das Persönliche Budget kann hier eine Stellvertreterposition für die nicht selbst erarbeiteten finanziellen Ressourcen einnehmen, die für Freizeitaktivitäten eingesetzt werden:

→ Beispiel Frau F.

I: Welche persönlichen Aspekte hatte das Persönliche Budget denn für Sie, seit Sie es beziehen?

F: Also meine ...-Erkrankungen sind wesentlich ruhiger geworden und ja, so ne Selbstsicherheit hat sich schon eingestellt. Das finde ich auf jeden Fall ganz gut. Ich leide auch an ...-Störungen, normalerweise noch so'n bisschen und ja, ich hab seitdem keine ... (Symptome; A. d. V.) mehr. Das finde ich ganz toll.

I: Das sind ja schon viele tolle Nebeneffekte dabei.

F: Ja. Und ähm, im Dezember ... (hier berichtet die Budgetnehmerin von einem öffentlichen Ereignis, an dem sie teilnimmt). Meine soziale Angst wird dann auch noch ein bisschen verbessert.

I: Man wird dann auch selbstbewusster wahrscheinlich.

F: Ja! Genau!

I: Ja, das denke ich mir. Hat sich sonst noch was seit der Inanspruchnahme verändert? Außer den Punkten, die Sie gerade beschrieben haben?

F: Nö, eigentlich, eigentlich sind die schon super, ne. Und das sind eigentlich schon so gute Punkte. Es ist einfach so normal. Es ist wie ein Hobby. Ich beziehe ja Hartz IV und das wird mir so gesponsert, so als wenn ich arbeiten könnte und das ist einfach so normal. Da ist man nicht nur krank und es ist nicht so wie in einer Selbsthilfegruppe. Das finde ich gut. ✕

Aus Sicht von Frau F. ergänzt das Persönliche Budget bei Arbeitslosigkeit die knappe Zuteilung der Hartz-IV-Zahlungen, das schafft aus ihrer Sicht einen kleinen finanziellen Spielraum bei der Gestaltung der Freizeit. Der Gesetzgeber hat allerdings in die Berechnung der Fürsorgeleistungen (§ 20 SGB II, § 27 SGB XII) auch einen Anteil für die Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben in vertretbarem Umfang einberechnet. Das scheint aus Sicht der interviewten Person zu wenig zu sein. Die für die Selbstbestimmung und gesundheitliche Fürsorge zielführenden Hobbys konnten scheinbar erst verfolgt werden, nachdem auch noch das Persönliche Budget zur Verfügung stand. Hier kann man nur spekulieren: Reichte das Geld bislang nicht aus, oder bietet das Persönliche Budget auf der motivationalen Ebene noch einmal einen ausdrücklichen Ansporn, zielführende Interessen auch zu verfolgen? Was die subjektive Sicht der Budgetnehmerin angeht, ist die Aussage jedenfalls eindeutig: Durch ein Persönliches Budget verändert sich die Mangellage positiv.

Zwei weitere Aussagen sind in diesem Interviewausschnitt zentral: »so als wenn ich arbeiten könnte« und »das ist einfach so normal«. Auch

wenn bei der großen Zahl von Arbeitslosigkeit heutzutage der Bezug von Hartz-IV-Leistungen schon in den Bereich der Normalität gerückt wird, verdeutlicht diese Aussage, dass es für die interviewte Person zum Verständnis von Normalität dazu gehört, seine Hobbys über den Ertrag der eigenen Arbeit finanzieren zu können. Durch das »Sponsoring« des Hobbys entsteht subjektiv eine Brücke zur Arbeit und auch zur Arbeitsfähigkeit – die scheinbar im vorliegenden Fall nicht oder noch nicht gegeben zu sein scheint.

»Als ob ich arbeiten könnte« verdeutlicht aber auch einen Wunschzustand, der zurzeit nicht einlösbar zu sein scheint, dem aber ein großer Wert beigemessen wird und der die Teilhabe an Arbeit betrifft. Die hinter dieser Aussage liegende Bedeutung bleibt jedoch unklar: Geht es darum, Arbeit zu haben oder geht es darum, dass mit der Arbeit die Berechtigung verbunden wäre, ein Hobby zu haben? Es scheint, dass die interviewte Person hier einen Zusammenhang herstellt zwischen dem »Recht« auf ein Hobby und Normalität durch Arbeit. Das Persönliche Budget unterstützt hier die »Als-ob-Funktion«, mit dem Effekt, dass seinem Hobby berechtigterweise nachgegangen werden darf.

Der Begriff Hobby scheint hier allerdings auch nicht vollständig passend zu sein, denn die ausgewählten Maßnahmen sind nur »wie ein Hobby«, sie sind also von ihrer Bedeutung her noch etwas anderes. Der direkte Zusammenhang zur Aussage von Frau L. »Da ist man nicht nur krank und es ist nicht so wie in einer Selbsthilfegruppe«, verweist auf die bedeutungsmäßige Verknüpfung des »Als-ob-Hobbys« mit der gesundheitsfördernden Wirkung und dem Heraustreten aus dem psychiatrischen System, dem auch die Selbsthilfegruppe offenbar noch zugerechnet wird. Der Gesangsunterricht und das Singen mit anderen, nicht beeinträchtigten Personen sind das, was als normal angesehen wird, also aus der Sicht der Budgetnehmerin die Erreichung eines Teilhabezieles darstellt.

Die Bedeutung der zunächst lediglich als reine Freizeitmaßnahme erscheinenden Intervention scheint für den Rehabilitations- und Teilhabeprozess der betreffenden Person weitaus komplexer zu sein, als zunächst vermutet. Vor allem deutet sich hier an, dass sich mit dieser Maßnahme für die betreffende Person nicht nur die Erreichung der sozialen Teilhabe erreichen lässt, sondern sich damit gleichzeitig auch eine angenehme Gesundheitsmaßnahme verknüpft, die eine Verbesserung der gesundheitlichen Stabilität zur Folge hat.

Gesundheitliche Stabilisierung durch normale Orte

Eine gesundheitliche Stabilisierung erwarten die Budgetnehmer auch durch das Heraustreten aus dem Hilfesetting:

→ Beispiel Frau F.

I: Ja, okay. Und wie würden Sie rückblickend den Vergleich zu den Leistungen betrachten?

F: Selbstbestimmter. Also für mich ist das viel freier. Ich bin auch so ein Freigeist und ich brauch dann auch ein bisschen Abstand. Und da sind dann einfach auch ganz normale Leute und nicht nur Kranke.

I: Ja, mhm.

F: Da kommen einfach ganz normale Leute hin oder welche, von denen man es nicht weiß. Das ist dann einfach mal lockerer. ✕

Frau F. benötigt offenbar den Abstand zu anderen Betroffenen, zumindest wird dieser Abstand sprachlich herausgestellt. Der positive Effekt der Freizeitgestaltung an sich wird hier nicht herausgestellt, sondern die Wirkung, die vom Zusammensein mit normalen Leuten ausgeht, Leute, die also nicht erkrankt sind oder von denen man es nicht weiß (!). Gerade diese sprachliche Ergänzung deutet darauf hin, dass nicht nur die Erkrankung an sich hier als etwas gesehen wird, von dem sich die Budgetnehmerin zumindest zeitweise abgrenzen möchte, sondern offenbar auch bestimmte Umgangsformen oder sichtbare Hinweise, die vielleicht zwangsläufig eine Beschäftigung mit der Erkrankung nach sich ziehen. Es geht hier also darum, welche Wirkung das Zusammensein mit »Kranken« oder »Gesunden« auf die eigene Befindlichkeit hat. Dieses Argument wird auch mit der nachfolgenden Äußerung eines anderen Budgetnehmers unterstützt:

→ Beispiel Herr H.

I: Würden Sie denn sagen, dass das PB Sie in Ihrer Selbstverantwortung bestärkt hat?

H: Ja, das ist schon ein bisschen was anderes. Wenn man draußen was macht, unter Gesunden. Sonst ist man ja immer nur unter psychisch Kranken und das gibt einem dann schon ein bisschen Kraft. ✕

Mit dieser Aussage baut die interviewte Person einen sprachlichen Gegensatz auf, denn ein »Draußen« hat immer auch ein »Dinnen«. Dieses bezeichnet offenbar das Hilfesetting, denn das »Draußen« be-

zeichnet hier die Gesunden. Das Hilfesetting ist »drinnen«, die normalen Leute sind »draußen«. Der Kontakt mit »draußen« und »den Gesunden« hat für die Person etwas Kraftspendendes.

Die Bezeichnungen »drinnen« und »draußen« werden interessanterweise auch in der fachlichen Diskussion zu Inklusion und Teilhabe eingesetzt, wenn gesellschaftlich ausgeschlossene Personen gemeint sind. Da keine der befragten Personen ein stationäres Wohnangebot zum Zeitpunkt des Interviews wahrnahm, sondern alle in der eigenen Wohnung lebten, kann hier eine in sich räumlich abgegrenzte Einheit in Form eines Wohnheimes nicht gemeint gewesen sein. Vermutlich bezieht sich diese eher sinnbildliche Aussage auf eine Art Innengemeinschaft – auch als Psychiatriegemeinde bezeichnet (EIKELMANN et al. 2005, 664) – zu der Normalität nur begrenzt Zugang hat, aber auch umgekehrt der Zugang zur Normalität schwierig ist: denn »sonst ist man ja immer nur unter psychisch Kranken«.

Die Reduktion von professionellen Dienstleistungen ist auch ein Ziel

Entgegen der – in der Praxis – vielfach geäußerten Befürchtung, der Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe könnte zu einer Abhängigkeit und Bequemlichkeit bei den anspruchsberechtigten Personen führen, die den Weg aus »dem System heraus« erschwert, indiziert die nachfolgende Äußerung einen sehr bewussten Umgang mit Unterstützungsleistungen:

→ Beispiel Frau F.

I: Würden Sie es weiterempfehlen, das Persönliche Budget?

F: Ja, auf jeden Fall! Weil ich kann im nächsten Jahr meine Stunden reduzieren und das ist auch ein großer Vorteil. Meine Betreuungsstunden reduzieren sich dann fast auf die Hälfte und das ist für mich ein super Erfolg. ✕

Die Aussage, dass Stunden künftig reduziert werden können, folgt der Frage, ob die Budgetnehmerin das Persönliche Budget weiterempfehlen würde. Das erscheint zunächst keinen Sinn zu ergeben. Möglicherweise wird aber die Perspektive, in naher Zukunft weniger Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, direkt als persönlicher Erfolg verbucht und damit als wichtiger Schritt auf dem Weg der Ge-

sundung oder in die Unabhängigkeit gesehen. Die Stundenreduktion wird als »großer Vorteil« bezeichnet, der offenbar direkt dem Persönlichen Budget zugeschrieben wird, obwohl nicht deutlich wird, worin der Vorteil konkret bestehen könnte. Möglicherweise stehen hier die Äußerungen »großer Vorteil« und »super Erfolg« in einem gemeinsamen Bezug zu der Tatsache, dass aufgrund der interessengeleiteten Inanspruchnahme von Hobbys ein Rückgang professioneller psychiatrischer Hilfen möglich wird. Das wäre dann natürlich in jedem Fall weiterzuempfehlen.

Sich was zutrauen oder Zumutung?

Das Eintauchen und die Auseinandersetzung mit der »normalen« Welt beinhaltet Kompetenzen, die in dem geschützten Rahmen eines engmaschigen Hilfesettings nicht in der Weise zum Tragen kommen, wie die Budgetnehmerin am Beispiel ihres Unterrichts verdeutlicht:

→ Beispiel Frau F.

I: Sie haben jetzt schon ganz viele positive Sachen angesprochen. Gibt es auch was Negatives?

F: Ja, ein bisschen ist es so, dass man ja auch alleine gelassen wird. Es kommen ja auch Gefühle hoch. Also, wenn man das nicht gewohnt ist und in der Kindheit kein Hobby hatte. Ah, ich weiß es nicht, wenn man also auch nicht so ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein hatte und das hatte ich ja auch nicht am Anfang und dann hat man ein Lehrer-Schüler-Verhältnis und kommt damit nicht klar, dann ist das nicht immer so einfach, das auch in der Betreuung anzusprechen. Das war schon komisch. Da wäre es vielleicht auch besser, wenn die Bezugsperson dann auch einfach mal auf einen zukommt mehr. Und das ist so ein bisschen schwierig. Oder auch die Bezugsperson mitzunehmen zum ...Unterricht, das habe ich auch schon überlegt. Aber das ist auch ein bisschen ... ja. ✕

Das Problem der interviewten Person besteht offenbar darin, die Schülerrolle annehmen und die Rückmeldung des Lehrers aushalten zu können. Eine Rollenverteilung, die für uns in der Regel keine Probleme aufwirft und eigentlich auch nicht an die Erfahrungen mit Hobbys geknüpft ist, wird hier als wirkliche Herausforderung empfunden. Die Belastung wird sogar als so umfassend eingeschätzt, dass eine Reflexi-

on dieser Erfahrung im professionellen Unterstützungskontext als hilfreich angesehen wird. Das Gefühl, allein gelassen zu werden tritt deutlich hervor, verbunden mit dem Wunsch, die Bezugsperson möge aktiv auf die Budgetnehmerin zugehen und vielleicht sogar einmal mitgehen zum Unterricht. Dieser Wunsch wird aber offenbar als wenig umsetzbar oder unpassend empfunden »Aber das ist auch ein bisschen ... ja«, was erstaunlich ist, denn gerade die Begleitung des Prozesses könnte eine zentrale Aufgabe der professionellen Begleitung sein.

Das Persönliche Budget stellt an die Budgetnehmer auch Anforderungen, die in der Literatur zum Teil sehr kritisch diskutiert werden (METZLER et al. 2007, 239 ff.). Dazu gehört beispielsweise die Wahrnehmung der Rolle des Auftraggebers mit allen Pflichten, wie die Auswahl der Dienstleistung, die Vertragsgestaltung, die Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen usw.

→ **Beispiel** Frau C.

I: Mhm, okay. Gut, ja. Gab es denn letztendlich gesehen doch irgendwelche positiven Effekte, die das Persönliche Budget für Sie gehabt hat, obwohl Sie es nur zwei Monate in Anspruch genommen haben? Wo Sie gesagt haben, das finde ich eigentlich ganz positiv an der ganzen Sache?

C: Ähm, Positives. Ich weiß nicht, ähm. Klar, man kann sich Sachen kaufen. Also, ähm, was dazu gehört zum Persönlichen Budget. Ich wusste aber nicht, wo ich da unterscheiden musste und musste ständig bei Frau P. nachfragen, was ich mir halt kaufen kann. Aber nur im Zusammenhang mit den Sachen, die ich angefordert habe. Beim ... (Sport) habe ich mir dann einen Schläger gekauft, ich hab mir davon ne Tasche gekauft und ähm, ja die Sachen habe ich ja jetzt überwiegend noch, ne.

I: Ja.

C: Es ist nicht so, dass ich das zurückgeben musste. Ich mein, ich hätte damit auch kein Problem gehabt, ne. Mhm, Vorteile, ich weiß jetzt nicht. Außer, dass ich die Sachen jetzt hab, ähm, sonst gab es da eigentlich nicht so einen großen Vorteil.

I: Okay. Würden Sie es denn trotzdem noch mal beanspruchen?

C: Nein!

I: Nicht mehr.

C: Nein!

I: Okay. Können Sie vielleicht mal so die Vor- und Nachteile gegenüberstellen?

C: Also für mich persönlich, also bei anderen finde ich das richtig toll. Andere sind wahrscheinlich nicht so konsequent, wie ich es jetzt bin. Ich hab mir in dem Moment dann auch wirklich Arbeit gesucht, andere Aktivitäten, bin rausgegangen und habe anderen Sport betrieben, damit ich dann fit werde.

I: Mhm, ja.

C: Und für andere finde ich das wirklich klasse. Die wirklich schwierige Probleme haben. So mit Drogen, Alkohol. Aber für mich würde ich sagen, nein, da gibt es nichts Positives. Ähm, klar, man hat sich erst mal wohlgefühlt und wusste, dass man etwas machen konnte, aber nach zwei Monaten dachte ich: Nee, das ist nichts für mich. Die Quittungen, wie gesagt und du weißt nicht, was du kaufen darfst und, ähm, dann dachte ich, ich spare Geld an, damit man dann monatlich was hat. Beim ... (Sport) das hat, weiß ich nicht, 30,00 Euro oder was gekostet und ich hatte dann über 150,00 Euro und wusste gar nicht, was ich alles damit machen sollte. So, und dann dachte ich eben erst, alles zur Seite legen, gar nichts kaufen. Und dann, nee, das war einfach nicht meins. ✕

Frau C. bezieht sich hier sprachlich auf unterschiedliche Problemlagen, die den Einsatz des Persönlichen Budgets rechtfertigen. Aus ihrer Sicht ist das Persönliche Budget besonders gut geeignet für Menschen, die nicht konsequent sind, die vor großen Problemen stehen (Drogen, Alkohol), während sie sich selbst nicht dieser Kategorie von mit schwerwiegenden Problemen behafteten Menschen zuzuordnen scheint. Aus den weiteren Ausführungen wird dann deutlich, dass ihr Problem darin gelegen hat, das Budget zweckgemäß einzusetzen und das anfängliche Gefühl des sich erst mal Wohlfühlens mit zunehmender Verunsicherung »Die Quittungen, wie gesagt und du weißt nicht, was du kaufen darfst (...) wusste gar nicht, was ich alles damit machen sollte« zur Rückgabe des Persönlichen Budgets geführt hat. Die Abgrenzung zu Menschen mit schwerwiegenden Problemen könnte hier darin bestehen, dass solche Personen in der Regel auch einen höheren Unterstützungsbedarf haben und im Kontakt mit professionellen Helfern auch ihre Probleme mit der Verwaltung des Persönlichen Budgets lösen können. Offenbar sieht sich die hier interviewte Person als

nicht so hilfebedürftig an und kann die Verwaltung des Persönlichen Budgets nicht als eigenständigen Hilfebedarf werten, die eine gezielte Unterstützung notwendig machen würde.

Diese Verunsicherung kennzeichnet ein grundsätzliches Problem bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets, denn die Budgetassistentz, eine potenziell vorhandene Möglichkeit, sich zu Fragen des Persönlichen Budgets beraten zu lassen, gehört zu einigen der ungeklärten Probleme bei der Umsetzung dieser nicht mehr ganz neuen Leistungsform (WELTI 2007, 70 ff.). Hier gilt es sowohl die Finanzierungsgrundlagen als auch die Anbindung dieser Beratungsleistung an institutionelle Kontexte zu klären.

Die Finanzierung der eigentlichen Maßnahmen über das Persönliche Budget, bei der ein Teil der bewilligten Fachleistungsstunden in Geldwert umgerechnet wird, war den meisten anderen Interviewpartnern allerdings recht klar:

→ **Beispiel Herr G.**

I: Und ist das die einzige Maßnahme, die sie mithilfe des Persönlichen Budgets beanspruchen?

G: Nein, das ist das Einzige. Weil ich hab nur Betreuungszeit 4,5 Stunden. Und jetzt hab ich nur noch 4 Stunden und zehn Minuten und ich brauch die 4 Stunden aber und deswegen will ich nicht. Und ich wüsste momentan auch nicht, wozu. ✕

Nichtsdestotrotz stellt die Verwaltung des Persönlichen Budgets eine Anforderung dar, weil der Bedarf an Hilfen schwanken kann, je nach psychischer Stabilität:

→ **Beispiel Herr K.**

I: Gibt es denn schon was Negatives, was Ihnen aufgefallen ist?

K: Na ja gut, die Betreuungszeit wird gekürzt.

I: Okay.

K: Das ist halt, das mit der Betreuungszeit ist halt auch, phasenweise geht es mir sehr gut, da brauche ich wenig Betreuung und dann wurde es jetzt gekürzt und mit dem Persönlichen Budget verrechnet und dann hatte ich, und dann gings mir wieder schlecht. Und damit hatte ich nicht gerechnet und jetzt fehlt die Zeit. ✕

Zusammenfassende Betrachtung: Teilhabe definiert sich nicht nur vom Ergebnis her

Die in dieser Studie zu Wort gekommenen Budgetnehmer repräsentieren selbstverständlich nur einen kleinen Ausschnitt der Zielgruppe, insofern sind die Aussagen nicht repräsentativ. Sie erlauben aber einen Einblick in die jeweiligen Beweggründe und den subjektiv empfundenen Nutzen, der hinter jedem einzelnen beantragten Persönlichen Budget stecken könnte. Anhand ausgewählter Interviewsequenzen wurde versucht, den Sinnzusammenhang, der sich für die betreffenden Personen in Bezug auf Begriffe wie Selbstbestimmung ergeben könnte, herauszuarbeiten, um so Anhaltspunkte für eine am individuellen Nutzen angedockte Umsetzung des Persönlichen Budgets zu gewinnen.

Das Persönliche Budget ermöglicht den meisten der hier befragten Personen offenbar eine deutliche Verbesserung ihrer Teilhabemöglichkeiten, das entspricht den Ergebnissen der wenigen vorliegenden Studien zum individuellen Nutzen von Persönlichen Budgets (METZLER et al. 2007; SCHÄFERS et al. 2009). Auch in der vorliegenden Studie werden soziale und zeitliche Entscheidungsräume als deutlich flexibler empfunden und erlauben eine eigenverantwortlichere und selbstbestimmtere Organisation von Hilfen. Dies beinhaltet beispielsweise, dass Budgetnehmer selbst entscheiden, wann sie mit wem und unter welchen Bedingungen zusammen an ihrer (Wieder-)Teilhabe arbeiten möchten. Damit erfüllt sich eine der wesentlichen Erwartungen an diese Leistungsform des SGB IX, die die Stärkung der Kundenrolle von anspruchsberechtigten Personen betrifft.

Für die in dieser Studie befragten Budgetnehmer zeigt sich jedoch ein weitergehendes Verständnis von Teilhabe, das bereits den Prozess der Antragstellung und Beratung zum Persönlichen Budget mit umfasst. Das drückt sich zunächst in der Qualitätsbewertung aus: Ein unkomplizierter Verfahrensablauf mit umfassender Information über die Rolle, die Rechte und auch die Verpflichtungen, die mit dem Persönlichen Budget verbunden sind, wird als durchaus positiv empfunden und unterstreicht nicht nur die Eigenverantwortlichkeit der betreffenden Personen; ein transparentes Verfahren beinhaltet auch Wertschätzung und Respekt und trägt dazu bei, die antragstellende Person als gleichwertigen Verhandlungspartner anzuerkennen. Besonders beeindruckend

ckend sind die Einschätzungen zur persönlichen Weiterentwicklung durch das entgegengebrachte Vertrauen und die Beteiligung am eigenen Hilfeprozess. Nicht als jemand angesehen zu werden, der zunächst auf Herz und Nieren auf seine Zuverlässigkeit hin überprüft werden muss, sondern lediglich (!) auf der Grundlagen geltenden Rechts – ohne weitere Prüfung – Verantwortung für sich selbst übertragen bekommt. Die Erfahrungen fast aller psychiatrie-erfahrenen Personen entsprechen ja in der Praxis eher dem Gegenteil: Respekt und Wertschätzung der Person sind in vielen Fällen gerade das, was mit dem »Patientenstatus« und auch mit dem »Klientenstatus« aufgegeben werden muss. Der Einstieg ins Hilfesystem ist in der Regel verbunden mit dem persönlichen Gefühl von Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und dem Verlust von Selbstbestimmung (Boerma, Richterich in diesem Band). Hilfeplanungen beispielsweise werden nach wie vor nicht konsequent »auf Augenhöhe« und unter maximaler Einbeziehung der anspruchsberechtigten Person durchgeführt (RUF 2009), die Transparenz von Dokumentationen oder Berichten an die zuständigen Sozialleistungsträger ist in den seltensten Fällen für die Betroffenen gegeben.

Die Frage, ob Teilhabe ermöglicht wird, betrifft also nicht nur die erfolgreiche Beantragung des Persönlichen Budgets und die Maßnahmenplanung, beispielsweise den erfolgreichen Besuch eines Fitnessstudios, sondern beinhaltet auch die Frage des »Wie«: Wie ist es denn dazu gekommen?

Sowohl an der Beantragung als auch bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets sind die befragten Budgetnehmer zum überwiegenden Teil aktiv beteiligt gewesen, in einigen Fällen scheinen die professionellen Helfer keine Rolle bei der Organisation und Abwicklung der Angebote gespielt zu haben; zumindest werden sie gar nicht oder nur am Rande erwähnt. Sofern sie in den Prozess eingebunden waren, lässt sich deren Dienstleistungsorientierung sehr gut aus den Gesprächspassagen herauslesen, die im Sinne einer Assistenzfunktion an den Zielvorstellungen der Budgetnehmer orientiert waren. Ihre eigene aktive Rolle in diesem Prozess bezeichnen die befragten Personen nicht als selbstbestimmt, wohl aber mit Selbstständigkeit oder größerer Zufriedenheit. Diese entsteht offenbar durch die »gewonnene Unabhängigkeit von Angehörigen und Diensten und die (wiedererlangte) Kontrolle« (METZLER et al. 2007, 216), die das Persönliche Budget durch seinen prinzipiell flexiblen Einsatz ermöglicht.

Oder andersherum argumentiert: Es bedarf wohl manchmal einer gewissen Abgrenzung oder auch Unabhängigkeit von Angehörigen und Professionellen, die ihrerseits Vorstellungen über Ziele und mögliche Interventionen für eine anspruchsberechtigte Person haben, um überhaupt die Kontrolle über den eigenen Hilfeprozess bzw. die eigenen Lebensentwürfe wiedererlangen zu können.

Teilhabe bedeutet auch, (Lebens-)Erfahrungen in den Hilfeprozess mit einfließen zu lassen, deren konstruktive Nutzung sich den professionellen Helfern nicht unbedingt erschließt oder die auch nicht in professionelle Unterstützung transformiert werden können. In der vorliegenden Studie eröffnete das Persönliche Budget einigen Personen die Möglichkeit, Interessen nachzugehen, die auf früheren positiven Erfahrungen aufsetzen und in der nun vorfindlichen Situation einer psychischen Erkrankung mit der Hoffnung auf eine gesundheitliche Stabilisierung und Fürsorge wieder verfolgt werden.

Dabei wird nicht nur die »Freizeitaktivität« an sich, sondern auch das Setting außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems als stabilisierend und wohltuend empfunden. Die explizite begriffliche Unterscheidung des »Drinnen« und »Draußen« deutet auf Kulturunterschiede des psychiatrischen Hilfe- und Lebenskontextes hin (EIKELMANN et al. 2005). Die Auseinandersetzung mit außerpsychiatrischen Kontexten beinhaltet offenbar Lern- und Entwicklungschancen, die zwar als anstrengend, aber im positiven Sinne auch als herausfordernd empfunden werden. Sie dienen der Stabilisierung und der Abgrenzung zum »Drinnen«, dem Selbsthilfegruppen zugerechnet werden.

Die bisher aufgeführten positiven Effekte des Persönlichen Budgets im Hinblick auf Selbstbestimmung und Teilhabe sind für sich gesehen nichts Spezifisches für diese besondere Leistungsform des SGB IX. Die Beteiligung der anspruchsberechtigten Personen an der Maßnahmeplanung, die Unterstützung bei der möglichst selbstbestimmten Umsetzung von Maßnahmen und auch der Rückbezug auf positive Erfahrungen der Vergangenheit, die für den Hilfeprozess genutzt werden können, sollten selbstverständlich auch ohne das Persönliche Budget Bestandteil einer professionellen Unterstützung sein, und sind es in der Praxis auch. Das Besondere ergibt sich aus den Unterschieden der Art und Weise, wie diese Schritte im Hilfeprozess vollzogen werden: Denn es ist nicht dasselbe, ob ein professioneller Dienstleister den Rückgriff auf hilfreiche Unterstützungssettings an-

regt, etwa mit der Frage: »Frau M., der Umgang mit Tieren hat Ihnen doch früher auch sehr gut getan, sollen wir das nicht noch einmal angehen?«, oder ob der Rückgriff auf diese Erfahrung selbst vollzogen und produktiv umgesetzt wird. Das Erlebnis von Beteiligung am eigenen Hilfeprozess ist ein anderes.

In den Berichten der Budgetnehmer dieser Studie kommen die professionellen Helfer in den selbst erschlossenen Kontexten der »Freizeitmaßnahmen« nicht vor. Trotzdem wird in allen Interviews die wichtige Funktion der professionellen Unterstützungsangebote deutlich, denen ebenfalls eine stabilisierende Funktion zukommt und auf die zurückgegriffen werden muss, wenn die Grenzen der eigenen Problemlösefähigkeiten im Alltag erreicht sind. Aus den Äußerungen lässt sich schließen, dass sie auch die Funktion eines Sicherheitsnetzes haben. Entsprechend wird die Reduktion von professionellen Dienstleistungen direkt mit der eigenen psychischen Stabilisierung in Zusammenhang gebracht und als persönlicher Erfolg gewertet.

Ein weiterer Aspekt, der noch viele Fragen offenlässt, betrifft das Verständnis der interviewten Personen ihrer Teilhabe in dem konkreten Kontext, beispielsweise beim Besuch des Fitnessstudios. Um das etwas plakativ anmutende Bild von Inklusion und Exklusion hier zu strapazieren: Fühlen sie sich »drinnen oder sind sie im Drinnen noch ein bisschen draußen«? Die Äußerungen zur Bedeutung von Hobbys und Freizeitmaßnahmen der interviewten Personen könnten hier erste Anhaltspunkte liefern.

Gemeinhin würde man die von den Budgetnehmern ausgewählten Maßnahmen, die über das Persönliche Budget finanziert wurden, als Freizeitaktivitäten oder Hobbys bezeichnen. Die Äußerungen der interviewten Personen könnte man in die Richtung deuten, dass sie diese Maßnahmen selbst nicht als »echte Hobbys« anerkennen können oder wollen, weil die damit verbundene Bedeutung von Erholung von der Arbeit oder Alltagsbelastungen in ihrer speziellen Situation nicht eindeutig zutreffend ist. Interessanterweise scheint sich mit diesen Maßnahmen und der Möglichkeit ihrer Finanzierung eine »Als-ob-Verknüpfung« herzustellen: Es ist nicht wie im wirklichen Leben, aber es erscheint so, als wäre es das. Daraus würde sich die Frage ergeben, ob das Persönliche Budget möglicherweise ein Ersatzrecht auf Normalität und Hobby schafft. Wenn dem so wäre, warum wäre das so? Brauchen Menschen in unserer Gesellschaft eine (unausgesprochene?) ge-

sellschaftliche Erlaubnis zu Normalität und Hobby via Arbeit? Spüren seelisch Kranke die Verweigerung dieser Erlaubnis und zugleich die mit dem Persönlichen Budget ausdrücklich gegebene »Erlaubnis« zur eigenen Interessenverfolgung und zu Hobbys, die sich über die zweckgebundene Zuweisung des Geldes legitimiert?⁹

Ein Aspekt wurde in dieser Arbeit bewusst hinten angestellt: Das Persönliche Budget ist längst nicht für jeden eine Alternative zum Sachleistungsprinzip. Die eigenständige Verwaltung des Geldes beinhaltet Anforderungen an Selbstorganisation, die persönliches Wachstum beinhalten kann, aber für viele Interessierte auch ein unüberwindbares Hindernis darstellen (AHA, WINDISCH 2006). An dieser Stelle ist die Umsetzung des Persönlichen Budgets vonseiten der Gesetzgeber noch nicht zu Ende gedacht.

Von der eingangs gestellten Frage, wie sich die Dienstleister aufstellen müssen, damit das Persönliche Budget einlösbar ist, gelangt man an dieser Stelle zu der weitergehenden Frage, welchen Kriterien eine Teilhabeberatung genügen muss, damit ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der anspruchsberechtigten Personen zum Tragen kommt. Hier liegen gute Konzepte vor, wie beispielsweise die systemische Beratung in der Sozialen Arbeit, die die Forderungen des Empowerment-Ansatzes methodisch konsequent umsetzt, indem beispielsweise daran gearbeitet wird, Menschen mit Beratungsbedarf zu den Akteuren ihres eigenen Problemlöseprozesses zu machen (HASELMANN 2009).

Eine gute Beratung und die Einbindung des Beraters in den institutionellen Kontext sind miteinander verknüpft und bestimmen den Rahmen des Erbringungsverhältnisses. Insofern machen bislang vorgeschlagene Strategien zur Förderung der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets keinen Sinn, wenn sie nur von einer Seite her gedacht werden.

Die beiden genannten Aspekte stehen aber auch gelegentlich in einem – für den Teilhabeauftrag –wenig zielführenden Zusammenhang. Denn solange Teilhabeberatungen von den Anbietern sozialer Dienstleistungen selbst durchgeführt werden, lässt sich ein Akquise-Effekt nicht leugnen. Die Vermittlung von potenziellen Kunden an die Konkurrenz wäre aus betriebswirtschaftlicher Sicht unter den Bedingungen der neuen Steuerungsmodelle, die den Wettbewerb in der Sozialwirtschaft ankurbeln sollen, auch schwer zu legitimieren.

Dieses Dilemma, in dem sich jeder Berater befindet, beeinflusst immer auch die Interaktion. Berater müssen sich direkt oder indirekt immer der Anforderung stellen, klientenzentriert beraten zu wollen, gleichzeitig die Kostensicherung des Unternehmens nicht aus dem Auge zu verlieren und dabei auch den staatlichen Auftrag wahrzunehmen.

Die Umsetzung des Persönlichen Budgets ist also nur möglich in Verbindung mit einer grundsätzlich veränderten Dienstleistungsorientierung und -struktur, die nicht nur auf eine flexiblere Organisation der Angebote zielt, sondern ebenso einen reflektierten Zugang zu der Frage beinhaltet, was die anspruchsberechtigte Person unter Teilhabe versteht, ohne Beeinflussung durch die Interessen der Anbieter.

Abschließend zeigt diese kleine Studie, wie sensibel das Thema Teilhabe in der Eingliederungshilfe gehandhabt werden muss und wie viele Fragen für die erfolgreiche Umsetzung noch zu klären sind.

Anmerkungen

1 SGB IX, § 1: »Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft: behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.«

2 Die Leistungserbringung als Sachleistung erfolgt auf der Basis des Beziehungsdreieckes, in welchem die Anbieter sozialer Dienstleistungen mit den zuständigen Sozialleistungsträgern das Leistungsangebot und dessen Vergütung aushandeln. Am Ende werden die Anspruchsberechtigten mit dem Ergebnis – nämlich dem » Leistungspaket« und ggf. einer Kostenbeteiligung – konfrontiert, ohne am Entwicklungsprozess beteiligt gewesen zu sein oder im Nachhinein darüber umfassend informiert zu werden.

3 Für eine ausführliche Diskussion zur Dienstleistungsorientierung in der Behindertenhilfe und der damit verbundenen Kundenrolle siehe SCHLEBROWSKI 2008, 47 ff.

4 Die Umsetzung des Persönlichen Budgets im Rahmen des Modellprojekts PerLe hatte beispielsweise einen spürbaren Personalabbau zur Folge (RASCHE 2007).

5 Der Empowerment-Ansatz in der Sozialen Arbeit beinhaltet beispielsweise eine grundlegend veränderte Sichtweise auf die Klienten: Sie selbst sind diejenigen, die sowohl den Auftrag wie auch die Durchführung von Hilfen bestimmen und dabei die Federführung nicht abgeben (sollen). Dabei spielen die Grundprämissen Subjektorientierung, Umfeldorientierung und Parteilichkeit eine große Rolle und werden explizit im methodischen Handeln verankert (SOHNS 2009, 83 f.).

6 Ich bedanke mich an dieser Stelle bei Frau Rena Bernschein.

7 Der Begriff »Kunde/Kundin« ist aus meiner Sicht keine gute Alternative zu allen anderen, ebenfalls unbefriedigenden begrifflichen Lösungen, weil nicht alle wesentlichen Merkmale des Kundenbegriffs erfüllt sind und zudem dieser Begriff nicht über die Tatsache der Abhängigkeit vom Helfesetting hinwegtäuschen kann.

8 Vermutlich ist hier der Bezug von Hartz-IV-Leistungen gemeint.

9 Dank an Silvia Pöld-Krämer für diese Variante der Interpretation.

Literatur

AHA e. V.; WINDISCH, Matthias (Hg.) (2006): Persönliches Budget.

Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege.

Nutzerorientierung oder Sparzwang? AG Spak, Eigenverlag

ALISCH, Monika (2008): Armut und soziale Teilhabe: Ein Überblick.

In: ALISCH, Monika; MAY, Michael (Hg.), Kompetenzen im Sozialraum. Sozialraumentwicklung und -organisation als transdisziplinäres Projekt. Opladen, 85 – 108

BOHNSACK, Ralf (2008): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Stuttgart

DOBSLAW, Gudrun (2007): Das Persönliche Budget im stationären

Bereich – Was verändert sich für die Mitarbeitenden? In: NUßBICKER, Rainer (Hg.) »Ich bin jetzt Chef!«. Die Idee des Persönlichen Budgets in einer stationären Einrichtung für Menschen mit Behinderung. Bielefeld, 51 – 66

EIKELMANN, Bernd; REKER, Thomas; RICHTER, Dirk (2005): Zur so-

- zialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 73 (11): 664–673
- GÖLTZ, Brigitte (2008): *Persönliches Budget – wie rechnet sich das?* Berlin
- GROMANN, Petra (2002): *Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Psychosoziale Arbeitshilfen 17.* Bonn
- HASELMANN, Sigrid (2009): *Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit.* In: MICHEL-SCHWARTZE, B. (Hg.): *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis.* Wiesbaden, 155–206
- METZLER, Heidrun; MEYER, Thomas; RAUSCHER, Christine.; SCHÄFERS, Markus; WANSING, Gudrun (2007): *Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht.* http://www.budget.bmas.de/cae/servlet/contentblob/727114/publicationFile/42714/begleitung_auswertung_erprobung_traeger%C3%83%C2%BCbergreifenders_persoennesliches_budget.pdf [11.07.2011]
- NUßBICKER, Rainer (2007): *Ein langer Weg.* In: DERS., »Ich bin jetzt Chef!«. *Die Idee des Persönlichen Budgets in einer stationären Einrichtung für Menschen mit Behinderung.* Bielefeld, 14–20
- RASCHE, Carsten (2007): *Betriebswirtschaftliche Bewertung des Modellversuchs.* In: Nußbicker, Rainer: »Ich bin jetzt Chef!«. *Die Idee des Persönlichen Budgets in einer stationären Einrichtung für Menschen mit Behinderung.* Bielefeld, 67–69
- RUF, Petra (2009): *Teilhabeplanung als gemeindepsychiatrischer Kernprozess. Wege zur Partizipation im Spannungsfeld professioneller Handlungsorientierungen.* Master-Thesis Hochschule Fulda
- SCHÄFERS, Markus; WACKER, Elisabeth; WANSING, Gudrun (2009): *Persönliches Budget im Wohnheim.* Wiesbaden
- SCHÄFERS, Markus (2009): *Wie man aus einem Persönlichen Budget eine verdeckte Sachleistung macht. Eine provokative Anleitung.* *Teilhabe 4:* 176–183
- SCHICK, Michael (2009): *Verträge im freien Markt. Die Auswirkungen des Persönlichen Budgets auf die Vereinbarungen zwischen*

- Budgetnehmern und Leistungserbringern. *Blätter der Wohlfahrts-
pflege* 3: 111–113
- SCHLEBROWSKI, Dorothée (2008): *Starke Nutzer im Heim. Wir-
kungen Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen*. Wiesba-
den
- SCHWARTE, Norbert (2006): *Perspektivziel Teilhabe: Fachliche und
verbandliche Herausforderungen für den Bundesverband Evange-
lischer Behindertenhilfe (BEB)*. Vortrag am 10.10.2006 in Potsdam.
[http://www.uni-siegen.de/zpe/mitglieder/ehemalige/schwarte/
perspektivziel_2oteilhabe_20101006.pdf](http://www.uni-siegen.de/zpe/mitglieder/ehemalige/schwarte/perspektivziel_2oteilhabe_20101006.pdf) [11.07.2011]
- SOHNS, Armin (2009): *Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit*. In:
MICHEL-SCHWARTZE, Brigitta (Hg.): *Methodenbuch Soziale Arbeit.
Basiswissen für die Praxis*. Wiesbaden, 75–101
- THEUNISSEN, Georg (2005): *Empowerment als Handlungsorien-
tierung für die Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen*. [http://
www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/
Theunisse-Empowerment.pdf](http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/Theunisse-Empowerment.pdf) [11.07.2011]
- VAUTH, Susanne; RASCHE, Carsten (2011): *Professionalisierung des
Controllings in der Behindertenhilfe: Verfeinerung der Kostenrech-
nung nach Einführung von Persönlichen Budgets*. In: LANGER, An-
dreas; SCHRÖER, Andreas (Hg.): *Professionalisierung im Nonprofit-
Management*, 229–248, Wiesbaden
- WANSING, Gudrun (2008): *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen
mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden
- WELTI, Felix (2007): *Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen
Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach
§ 17 Abs. 6 SGB IX*.
- WHO (2005): *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähig-
keit, Behinderung und Gesundheit*. Stand Oktober 2005. Heraus-
gegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation
und Information, DIMDI
- ZINKE, Claudia (2010): »Trotz zahlreicher Hemmnisse positiv«. *Das
Persönliche Budget – eine kritische Betrachtung*. *Soziale Psychiatrie*,
1: 37–40

Gudrun Dobslaw ist Professorin für Rehabilitation im Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda. Arbeitsschwerpunkte: Umsetzung von Hilfeplanung und Teilhabepaltung, Persönliches Budget, Organisationsentwicklung, Qualitätsentwicklung und Professionalisierung in der Sozialen Arbeit, Menschen mit Doppeldiagnosen.

Erfolgsgeschichten psychoseerfahrener Menschen

Robin Boerma und Birgit Richterich

Was sind Erfolgsgeschichten psychoseerfahrener Menschen – wenn nicht klassische Outcomekriterien, sondern subjektive Einschätzungen und Erfahrungen zählen?

Welche Wege führen aus subjektiver Erfahrung zum Erfolg – und was ist Erfolg in der »Bewältigung« der Psychose für psychoseerfahrene Menschen?

Diese Frage stellten sich die Autoren im Rahmen eines Forschungsprojektes ihres Masterstudiums Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepсихiatrie. Es zeigte sich, dass wesentliches Kriterium eines subjektiv erlebten Erfolges nach einer Psychoseerfahrung die Integration in den eigenen Lebensentwurf ist – unabhängig vom Fortbestehen oder der Remission der psychotischen Symptomatik. Aus den individuell differierenden Wegen dorthin lassen sich Erfolgspfade konstruieren, die in zirkulärer Weise genutzt werden und wirken.

Ausgangslage und theoretischer Kontext

Im letzten Jahrzehnt haben subjektorientierte Ansätze zunehmend Raum im gemeindepсихiatrischen Denken und Handeln gewonnen (vgl. PEUKERT 2001; PRINS 2001; WIENBERG 2001; MACHLEIDT 2003). Das ehemalige Bild des Patienten der traditionellen Psychiatrie ist immer mehr einem Bild des Klienten gewichen, der als gleichberechtigtes Individuum mit individuellen Zielen, Wünschen und Bedürfnissen anerkannt wird. Der im Rahmen neosozialer Gesetzgebung stattfindende Rollenwechsel des Hilfeempfängers zum Kunden und des Helfersystems zum Dienstleistungserbringer ermöglicht einen Zugewinn an individuellem, subjektiv gestaltbarem Handlungsspielraum. Dies ist verbunden mit der Aufgabe, für betroffene Menschen ihre »Karriere«

zu gestalten (Ziele zu entwickeln, unterschiedliche Hilfen abzuwägen), sowie der Herausforderung für professionell Tätige, über Hilfen zu »fair«-handeln (vgl. BOCK 2003).

Als langjährig professionell Tätige sind sie im Alltag gefordert, individuelle Hilfen zu planen und zu steuern. Die Dimension der subjektiven Sichtweise psychiatrie-erfahrener Menschen über »das, was wirkt«, erhält zunehmend einen gerechtfertigten und selbstverständlich werdenden Stellenwert. Die subjektive Sichtweise betroffener Menschen über »das, was hilft«, ist allerdings nicht unbedingt gleichzusetzen mit Outcomekriterien (Arbeit, Beziehungen, weniger Krankenhausaufenthalte), die sich z. B. aus Untersuchungen zur Lebensqualitätsforschung (vgl. FRANZ 2006; KILIAN 2006) oder evidenzbasierten Behandlungsformen (vgl. S3-Richtlinien der DGPPN: WOBROCK et al. 2006) ergeben. Manchmal sind es gerade die (für uns Profis) ungewöhnlichen Wege, die zu unerwarteten Lösungen führen. Ansätze der Recovery-Bewegung (DEEGAN 1996; COLEMAN 2000; BOEVINK 2003; AMERING, SCHMOLKE 2007) stellen den reichhaltigen Erfahrungsschatz betroffener Menschen in den Vordergrund und zeigen, dass der Blick auf professionelle Hilfen allein wesentliche Chancen der Genesung außer Acht lässt. Die meisten Patienten brauchen beides: evidenzbasierte Interventionen und individuelle, unübliche, originelle Lösungen. Daher: »Kämpft gemeinsam! Forscht zu beidem!« (AMERING 2007, 152)

Vor diesem Hintergrund werden in dieser Studie Erfolgsgeschichten psychoseerfahrener Menschen untersucht. Ziel hierbei soll es nicht sein, bestimmte Hilfen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen, sondern alles, was von Betroffenen subjektiv als wichtig in ihrer »Erfolgsgeschichte« betrachtet wird, zu erfassen, unabhängig davon, ob dies professioneller oder nicht professioneller Natur ist.

Der Begriff »Subjektorientierung« ist an dieser Stelle zentral und entspricht der Grundhaltung, den anderen als gleichwertiges Individuum mit seiner Intentionalität und Autonomie anzuerkennen und wahrzunehmen (als Subjekt). Eine entsprechende Haltung der Subjektorientierung impliziert für die Autoren eine Theorie der Psychosen, die einerseits Psychosen aus der Notwendigkeit subjektiver Lebensbewältigung herleitet und andererseits hieraus abgeleitet eine subjektorientierte Gestaltung des Behandlungs-, bzw. Begleitungsprozesses fordert.

Den theoretischen Rahmen bilden hier Konzepte, Modelle und theoretische Ansätze zum Recovery (AMERING, SCHMOLKE 2007; DEEGAN

1996, 2005; BOEVINK 2003; BORK, KRISTIANSEN 2004; COLEMAN 2000; FARKAS 2005), zur Resilienzforschung (GEANELLOS 2005; WOLTER 2005) und zu subjektorientierten Forschungen (BOCK 1999; JEHL 2007).

Das Salutogenese-Modell von ANTONOVSKY (1979) bildet für die vorliegende Studie eine wesentliche Grundlage. Ein zentraler Aspekt dieses Modells ist der Kohärenzsinn (SOC – sense of coherence), Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn sind besonders widerstandsfähig gegenüber Stress und Erkrankung, bzw. haben eine wesentliche bessere Ausgangsbedingung für die Bewältigung ihrer Erkrankung. Der entscheidende gesunderhaltende »salutogenetische« Faktor bezieht sich auf eine bestimmte Einstellung und Haltung sich selbst und der Außenwelt gegenüber. Antonovsky definiert den »sense of coherence« folgendermaßen: »Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß (sic) erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und daß (sic) zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß (sic) die Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.« (ANTONOVSKY 1993) Der »sense of coherence« setzt sich aus drei Komponenten zusammen, der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit bezieht sich auf die kognitive Leistung, Informationen auch widersprüchlicher Art in einen Sinnzusammenhang bringen zu können; Handhabbarkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, auch unter Belastungen innere und äußere Ressourcen mobilisieren zu können; Bedeutsamkeit schließlich beinhaltet zusammengefasst, dass der persönliche Einsatz und die Herausforderung auch als lohnend eingeschätzt wird.

Antonovsky nutzt bei der Beschreibung seines salutogenetischen Konzepts die Metapher eines Flusses: »Wie wird man – wo immer man sich im Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bedingt wird – ein guter Schwimmer?« (vgl. ANTONOVSKY 1997) In Analogie hierzu fragten die Autoren nicht, ob Menschen im reißenden Fluss schwimmen gelernt haben, sondern sind (mit der Konnotation »Erfolgsgeschichten«) davon ausgegangen, dass ihre Interviewpartner dies auf individuellen Wegen und mit jeweils unterschiedlichen Schwimmstilen erlernt haben. Entschlei-

ender war, wie sie dies erlernt haben und welchen Schwimmstil sie dabei entwickelt haben.

Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Das Erkenntnisinteresse der Studie betrifft die Frage: Welche Modelle gelingender Bewältigung der Erkrankung lassen sich aus den subjektiv als Erfolgsgeschichten erlebten Biografien psychoseerfahrener Menschen generieren?

Psychoseerfahrung wurde definiert als eine mindestens dreijährige Erfahrung mit der Psychose. Diese erscheint als Mindestmaß lang genug, um Erfahrungen der »gelingenden Bewältigung« gemacht zu haben, andererseits aber auch kurz genug, um Menschen, die sich schneller wieder stabilisiert haben, nicht auszuschließen. Diagnosekriterien wurden nicht erhoben. Eine pathogenetische Definition war im Hinblick auf die gewählte Fragestellung nicht relevant, vielmehr erschien dies in Bezug zur salutogenetischen Orientierung kontraindiziert.

»Gelingende Bewältigung« wurde nicht als unbedingter Zustand der Symptombefreiheit oder gar Genesung betrachtet, sondern im Sinne des salutogenetischen Ansatzes und des Recovery als zufriedenstellender Umgang mit Symptomen und psychosebedingten Einschränkungen. Oder, um in der erwähnten Metapher Antonovskys zu bleiben, als »Fähigkeit, im reißenden Fluss schwimmen zu können« (vgl. BENGEL et al. 2001, 142).

Kriterien zur Definition »subjektiver Erfolgsgeschichten«, bzw. »Erfolg« wurden bewusst nicht vorgegeben (methodische Offenheit). Jede Vorgabe hätte eine Einschränkung der subjektiven Definition gebracht, die letztendlich erst im Rahmen des Forschungsprojektes erfasst werden sollte. Einziges Kriterium war hier das subjektive »Angesprochen-fühlen« psychoseerfahrener Menschen, eine Erfolgsgeschichte erzählen zu können. Aufgrund der positiven Konnotation und zur Vermeidung der Assoziation mit Krankheit oder Gesundung wurde bewusst der Terminus »Erfolg« gewählt.

Zur Beantwortung des Erkenntnisinteresses formulierten die Autoren die Forschungsfrage: Welche wichtigen Einflüsse tragen aus Sicht psychoseerfahrener Menschen zu »ihrer Erfolgsgeschichte« bei?

Methodisches Vorgehen

Ziel der Forschung war es, in möglichst großer methodischer Offenheit die subjektiven Theorien gelingender Bewältigung zu generieren. Die Autoren wählten die Methode der Grounded Theory (vgl. STRAUSS 1991) als »eine Methode oder besser einen Forschungsstil zur Entdeckung von in Daten gegründeten Theorien« (LEGEWIE 2006, 2). Die Reliabilität der Ergebnisse wurde durch einen »iterativ durchlaufenen Überprüfungsprozess während der gesamten Theorieentwicklung« erreicht (vgl. STRAUSS, CORBIN 1996; LEGEWIE 2006, 9). Die eingangs beschriebenen theoretischen Grundlagen haben sich im Rahmen des begleitenden Theoriestudiums entwickelt. Datenerhebung, Auswertung und Theoriebildung bildeten einen zirkulären Prozess (vgl. BOERMA, RICHTERICH 2008, 62, Abb. 2: Forschungsprozess).

Repräsentativität wurde im Sinne Strübings definiert als »konzeptionelle Repräsentativität« (STRÜBING 2008, 78), die sich nicht in erster Linie auf Populationen und Stichproben bezieht, »sondern auf die der untersuchten Phänomene und ihrer Relationen in möglichst unterschiedlichen Kontexten« (LEGEWIE 2006, 9). Die Auswahl der Daten (Theoretical Sampling) orientierte sich an (vorläufig) entwickelten Theorien, um die zwischenzeitlich entstehenden Hypothesen zu überprüfen, die Auswahl der Fälle an der Selbstdefinition betroffener Menschen, die sich durch unsere Suche nach »Erfolgsgeschichten« angesprochen fühlten.

Aufgrund der »erfolgsorientierten« Auswahl betroffener Menschen kann diese Studie allerdings nicht als repräsentativ gelten, sondern ermöglicht vielmehr den Einblick in subjektive »Erfolgstheorien«. Hierdurch bietet sie sensibilisierende Konzepte zur Stärkung der Lebensentwürfe für Menschen, die noch nicht – wie Frau V. – sagen können »Mein größter Erfolg, dass ich jetzt erst mal so bin, wie ich bin«.

Die Validität wurde durch eine möglichst detaillierte Dokumentation der »im Verlauf der Mikrozyklen getroffenen Entscheidungen« (STRÜBING 2008, 79) gesichert (sampling, Ad-hoc-Hypothesen, induktive/abduktive Schlüsse). Friebertshäuser (vgl. FRIEBERTSHÄUSER 2006, 5 f.) betont in Bezug auf DENZIN (1970, 1978) und FLICK (1992) die Möglichkeit der Perspektiventriangulation sowie der Methodentriangulation im Rahmen der Validierung. Durch unterschiedliche me-

thodische Mittel (Interviews, Gruppendiskussion, kurze quantitative Erhebung) wurden sowohl unterschiedliche Instrumente eingesetzt als auch unterschiedliche Perspektiven (Angehörige, Professionelle im Psychoseseminar) erfasst.

Kernbereich waren zunächst neun »Problem«-zentrierte Interviews mit psychoseerfahrenen Menschen (vgl. WITZEL 2000) von ca. 90 Minuten Dauer. Dieses Instrument war geeignet, da es einen hohen narrativen Anteil und gleichzeitig aber durch die Aufnahme von Kernbereichen eine Fokussierung auf das zu analysierende Thema (in diesem Fall nicht »Problem« sondern »Erfolg«) ermöglichte. Auch erlaubte diese Methode in der Interviewsituation schon eine kommunikative Validierung (vgl. WITZEL 2000, 5 f.), die die »Subjektorientierung« dieser Studie betonte.

Die Interviewteilnehmer wurden eruiert durch Aufrufe in der Psychosozialen Umschau, bei trialogischen Veranstaltungen sowie durch Aushänge in psychiatrischen Institutionen in der Region Duisburg und Hamburg. Lediglich zwei Auswahlkriterien wurden definiert (nicht persönlich bekannt und/oder nicht kontinuierlicher Nutzer der eigenen Institution; eine Psychoseerfahrung von mindestens drei Jahren). Alle Daten wurden anonymisiert, eine Einverständniserklärung und eine (mündliche und schriftliche) Kurzbeschreibung der Studie (informed consent) wurden eingeholt.

Die Autoren stellten ihre vorläufigen Ergebnisse im Rahmen eines Psychoseseminars dar und werteten diesen Diskussionsprozess aus. Sowohl vor dem Vorstellen der Ergebnisse als auch danach wurde ein Fragebogen verteilt. Beim Fragebogen I war es (neben soziografischen Daten) Ziel, die Einschätzung zu den aus der bisherigen qualitativen Untersuchung bestehenden Hypothesen zur subjektiven Erfolgsdefinition zu erfassen. Der am Ende des Psychoseseminars verteilte Fragebogen II fragte dann die vorgestellten Erfolgspfade ab, verbunden mit einer Selbsteinschätzung des Erfolges auf einer Skala von 1 bis 10.

Die Auswertung der Interviews erfolgte zunächst im Rahmen einer sequenziellen Analyse sowie eines komparativen/kontrastierenden Vergleichs. Parallel wurde im gesamten Forschungsprozess (Interviews und Psychoseseminar) die im Rahmen der Grounded Theory übliche Methode des Kodierens (offenes Kodieren, axiales Kodieren, sequenzielles Kodieren) genutzt. Die quantitativen Daten wurden ausgewertet und flossen in die Ergebnisse ein.

Die soziografischen Daten der Interviewpartner entsprachen im Hinblick auf Alter, Wohnsituation, Ersterkrankung, Anzahl bisheriger Hilfen und Lebensunterhalt den durchschnittlichen soziografischen Daten von Menschen mit langjährigen Psychoseerfahrungen (vgl. BOERMA, RICHTERICH 2008, 70). Die 25 Teilnehmer des Psychoseminars bestanden zu ca. 45 % aus Psychoseerfahrenen, 30 % Angehörigen und 25 % professionell Tätigen.

Auswertung

Klassische Typisierungen über die Wege zum Erfolg ließen sich schwer bilden. Die Autoren beschrieben »Erfolgspfade«, die auf dem Weg zum Erfolg in unterschiedlicher Kombination, Reihenfolge und Intensität genutzt werden. Mal sind diese breit, mal schmal – mal nutzt man sie länger, mal kürzer – es gibt Kreuzungen, man hält an, biegt ab. Gemeinsamkeiten sind in der Wegzehrung – Zeit und Hoffnung – zu finden, sowie in (individuell unterschiedlichen) gewonnenen Erfahrungen, die als Kompass dienen. Muss ich auf meinem Weg einen Bach überqueren, so gelingt dies mit zunehmender Erfahrung routinierter. Wenn ich weiß, ich bekomme vom Laufen in nassen Schuhen Blasen, werde ich lieber einen Umweg machen – wenn ich weiß, Umwege strengen mich unnötig an, nehme ich lieber nasse Füße in Kauf.

Eine subjektive Erfolgsdefinition korreliert in hohem Maß mit einem wachsenden Kohärenzgefühl auf dieser Wanderung – bei unterschiedlichen Zielen.

Erfolgspfade

Der Psychose einen Sinn geben

In der subjektiven Re-Interpretation der eigenen Geschichte wird, trotz leidvoller Phasen in der Psychose und Auswirkungen auf die Lebenssituation, ein Sinn gesehen, der höher bewertet wird als die erlebten negativen Seiten. Dieser Sinn kann, muss aber nicht in den Erfahrungen während der Psychose liegen. Der jetzige Lebensentwurf wird durch die Integration der Psychose als kohärent erlebt.

Frau V. versteht ihre über lange Phasen nicht behandelte Psychose als Bewältigungsstrategie, um 20 schlimme Jahre aushalten und überleben zu können: »Dass das lebensrettend, sehr oft lebensrettend ist, diese Krankheit. Und bei mir war das so. Also, wenn ich das nicht gehabt hätte, ich wär tot.« In dieser Zeit erlebte sie belastende Beziehungen, erzog ihre Kinder und ging arbeiten, fühlte sich aber innerlich tot.

Frau W. hat durch ihre Psychose gelernt, ihre inneren Gefühle mehr zeigen zu können und damit umzugehen. Ihre Psychosen waren für sie emotionale Höhepunkte, eine »Befreiung«, durch die sie nach und nach »Verdrängtes integrieren« konnte: »Was ich da trainiert habe, ein inneres Fließen zu regulieren«; »Ich habe meine Psychosen gemocht ... emotional gesehen waren das für mich in meinem Leben die emotionalen Höhepunkte«.

Hier zeigen sich Parallelen zu Ergebnissen von Thomas Bock, der Psychosen als individuellen Bewältigungs- und Lösungsversuch betrachtet. Gerade die biografische Interpretation eines »fremden, irrealen und wahnhaften Erlebens« (vgl. BOCK 1997, 346) gehört zum Selbst-Verstehen. Gleichzeitig zeigt sich, dass die subjektive Sinnhaftigkeit als tragende Säule zur Verstehbarkeit im Sinne Antonovskys beitragen kann. Alle Interviewpartner, die in der subjektiven Reinterpretation eine Sinnhaftigkeit ihrer Psychose finden, gelingt die Akzeptanz der eigenen Verletzlichkeit in einem hohen Maß.

Psychose als bereichernd erleben

Die Psychoseerfahrungen werden in die eigene Geschichte integriert und als gewinnbringend für die persönliche weitere Entwicklung betrachtet. Frau A. konnte so üben, ihre Ängste abzubauen, neue Erfahrungen machen und diese danach anwenden. Sie wagte in der Psychose (in der die Ängste verschwanden) neue Formen der Kontaktaufnahme und »übte« so für später. »Was ich da trainiert hab, ein inneres Fließen zu regulieren. Und das war für mich eine Schlüsselpsychose.« Frau W. hat durch ihre Psychosen gelernt, ihre inneren Gefühle mehr zeigen zu können und damit umzugehen und beschreibt »die Psychosen selbst mit ihrer Symbolik haben mich geheilt«.

Die eigene Verletzlichkeit annehmen

Eine Psychose ist meistens zunächst nicht fassbar. Erst mit dem allmählichen Verstehen dessen, was passiert ist, gelingt es, Belastungen und Dünnhäutigkeit zu spüren. Das Wahrnehmen, Wissen und die Akzeptanz der eigenen Verletzlichkeit münden in die Fähigkeit, sein Leben auf diese Verletzlichkeit einzustellen. Mal ist es die Arbeit, die zeitlich reduziert wird, mal entscheidet man sich seine Kontakte vielleicht nur zu bestimmten Menschen einzuschränken oder man sucht sich eine neue Umgebung, die guttut.

»In dem, wie ich umgeh mit mein' inneren Ressourcen, empfind ich, bin ich Otto Normalverbraucher voraus. Und ja, und in dem Sinne leb ich so bewusst, auch mit so einem Selbstwertgefühl.«

Deutlich wurde in den Erzählungen, dass es um die Verstehbarkeit dessen geht, was passiert ist, um danach, zum Teil über Versuch und Irrtum eine Handhabbarkeit zu entwickeln. Auch in den Interviews und Berichten im Psychoseseminar stellte dieser Erfolgspfad ein wesentliches Wirkungsfeld professioneller Hilfe dar, wenn eine Beziehungsqualität gelingt, die von Vertrauen, Akzeptanz und Verständnis geprägt ist (gerade in akuten Phasen und den »dünnhäutigen« Erstkontakten zu professionellen Helfern). Die Bedeutsamkeit der Akzeptanz der eigenen Verletzlichkeit findet ihre theoretische Entsprechung im Vulnerabilitätsmodell von Zubin sowie in der praktischen Anwendung unterschiedlicher psychoedukativer Programme (vgl. WIENBERG 1997; AMERING 2002).

Autonome Lebensziele entwickeln

Nach einer Phase der Auseinandersetzung mit der Psychose werden Lebensziele angestrebt, die nicht unbedingt mit den in der heutigen Gesellschaft als wichtig angesehenen Werten übereinstimmen (hoher sozioökonomischer Status, Arbeit, Prestige, Partner). Zu den autonomen Lebenszielen gehört das Streben nach Autonomie der inneren Gefühle und Werte. Verschiedene Interviewte schildern neue persönliche und berufliche Lebensziele, denen eine Anerkennung der eigenen »Verletzlichkeit« vorausgegangen ist. Gelingt es, diese anzunehmen und sein Leben hierauf einzustellen, können angemessene, autonome Lebensziele entwickelt werden, die anders sind als diejenigen, die je-

mand vorher vielleicht hatte. Frau B. bezeichnete die früheren Ziele als »Altlasten, die jetzt endlich weg sind«. Somit wird der Weg frei für etwas Neues. Frau B. hat ihre Lebenssituation verändert und sagt: »ein ganz neues Leben eigentlich ... Mich mal selber zu entdecken«. Frau V. fand heraus, dass sie nur in Abhängigkeiten gelebt hat und lernte durch die Bibel, sich selbst zu lieben: »du sollst deinen nächsten lieben wie dich selbst«. Nun liebt sie sich selbst: »Voriges Jahr, habe ich das erste Mal wieder mein Herz gefühlt.« Frau W. fand, ein Mann wäre eine zu »hochgradige Anforderung« und klärt ihre »emotionalen Tagesangelegenheiten« mit Frauen.

Die innere Wahl zur Annahme professioneller Hilfe haben

Dieser Erfolgspfad nimmt sowohl in den Interviews als auch im Psychoseseminar einen hohen Stellenwert ein. Zu den Voraussetzungen einer souveränen Wahl gehört die Fähigkeit, Hilfe annehmen zu können, spüren zu können, welche Hilfe wann guttut sowie das Vermögen, sich von nicht guttuender Hilfe abgrenzen zu können. Die gleiche Hilfe wird nicht immer als gleich hilfreich erlebt – manchmal ist es auch hilfreich, keine Hilfe zu haben, bzw. sich phasenweise von Helfern abgrenzen zu können. Frau L. hat sich durch Hilfe in der »Opferrolle« erlebt: »Es ist ein Fehler von Therapie, jemanden in die Opferrolle zu bringen ... Man muss aus der Rolle herauskommen und herauswachsen ... Ich bin dann irgendwann zu ihr in die Therapie gegangen und habe zu ihr gesagt, sie wäre eine Diplompissnelke und hätte an ihrem Fach vorbeistudiert.« Frau A. hat in einer beginnenden Psychose ihre (sonst als hilfreich erlebte) Therapie unterbrochen, um sie später wieder aufzunehmen. Frau W. nimmt erst Medikamente, nachdem die Psychose »ihren Sinn erfüllt hat« und sie keine mehr bekommen möchte. Frau E. beschreibt ausdrücklich, dass man erst eine grundsätzlich bereit sein muss zur Annahme von Hilfe.

Sich im Kontakt mit Menschen und sein Wirken auf Menschen zu spüren

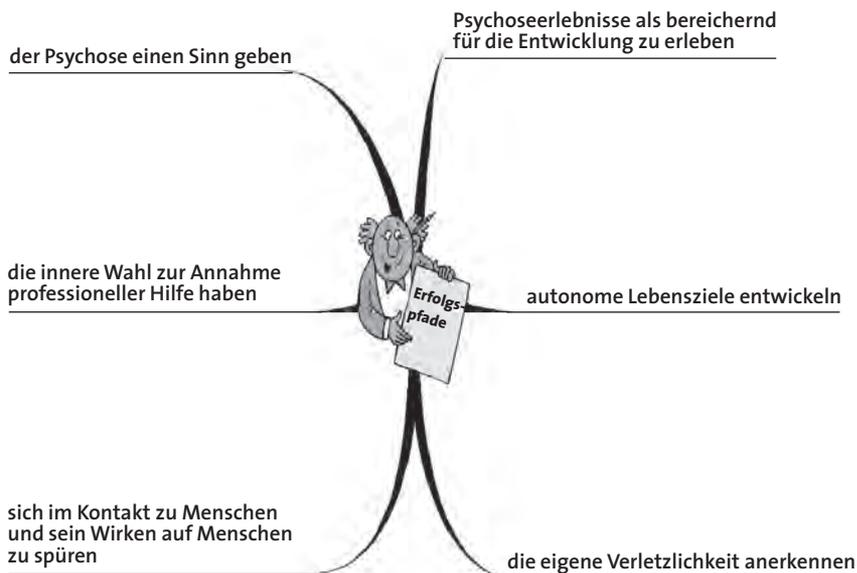
Dies wird von acht der neun Interviewpartner und den Teilnehmern des Psychoseseminars als erfüllend und wichtig beschrieben. In langen, mühsamen Wegen gelingt es, sich heute in Beziehungen zu Menschen

in einem dialogischen Sinn zu spüren, »dass jemand da ist – und dass man geben kann«. Der Verlust sozialer Beziehungen, eine geringere emotionale Belastungsfähigkeit und sinkendes Selbstbewusstsein nach einer Psychose Erfahrung führen zur Frage: »Wer will mich überhaupt noch, irgendwo in der Art und Weise?« Indem Frau S. sich heute ehrenamtlich engagiert, empfindet sie ein erfüllteres Leben: »Irgendwo begegne ich Menschen, und da kann ich mich fragen, was kann ich den Menschen, was kann ich ihnen, ja, kann ich ihnen etwas leichter machen, und das ist wirklich, das ist für mich wahres Leben ... Ein Glücklichein, einfach ein Erfülltein.«

Den Interviewpartnern gelingt dies auf unterschiedlichen Wegen (Wiedereinstieg in den Beruf, ehrenamtliches Engagement, intensive Freundschaften). Deutlich wird, dass es immer (unterschiedliche) Formen einer sinngebenden Tätigkeit sind. Eine bedeutende Rolle nehmen hier Aktivitäten innerhalb der Betroffenenbewegung ein. »Jeder Mensch muss notwendig sein ... das ist richtig so, weil man sich in der Psychose selber so nicht fühlt.« »Hinauskommen mit gesunden Menschen und Betroffenen ist immer wichtig, dass man sich stärken kann und dass man die Angst verliert.« Nach Willi sucht jeder Mensch Gestaltungsmöglichkeiten für eine optimale Verwirklichung seines Potenzials. Ein Mensch möchte sich als wirksam erfahren und für andere sichtbar und fassbar werden (WILLI 2007, 74). Ähnlich formuliert Dörner: »Jeder Mensch will notwendig sein und kann dies nur vom Andern her.« (DÖRNER 2004, 246) Im salutogenetischen Sinne Antonovskys (sense of coherence) gewinnt das Leben eine (neue) Bedeutung.

Gemeinsamkeiten und subjektive Erfolgsdefinition

In der Auswertung zeigt sich, dass die Definition der Psychose als eine Erkrankung von nachrangiger Bedeutung ist. Im Rahmen der Verstehbarkeit ist für einige Teilnehmer die Krankheitserklärung sinnvoll, für andere nicht. Vielmehr geht es um die Integration der Psychose in die eigene Lebensgeschichte. Selbst die Reduktion auf die Psychose wird den (oft auch vor der Psychose schwierigen) Lebensgeschichten nicht gerecht, sie wirkt als pathogenisierender und fokussierender Faktor. Lediglich ein Teilnehmer betrachtet seinen Erfolg als einen Gesundungsprozess aus seiner Psychose. Erfolg aus der subjektiven Sicht der

ABBILDUNG Erfolgspfade


Interviewpartner ist vielmehr ein kohärenter, zufriedenstellender Lebensentwurf, in den die Psychoseerfahrung integriert ist. Ein subjektiv empfundener Erfolg korreliert in hohem Maß mit einem wachsenden Kohärenzgefühl auf dieser Wanderung, bei unterschiedlichen Zielen. Es lassen sich zwei Typologien feststellen, die sich definieren lassen als »an vorherige Lebensziele anknüpfen, beziehungsweise weiterentwickeln« und »sein Leben mit der Psychose neu konstruieren«. Beide Typen sind als Pole zu verstehen, zwischen denen es prozesshafte Entwicklungen des »auf dem Weg Seins« gibt (vgl. BOERMA, RICHTERICH 2008, 184 f.).

Zeit: Ein entscheidender Faktor ist Zeit. Alle Teilnehmenden berichten von langen Zeiträumen der Veränderung (9–30 Jahre). Sie betrachten ihren Weg als lange andauernden Prozess der »inneren Wende«. Durch neue Erfahrungen, neue Erkenntnisse, äußere Veränderungen der Lebenssituation oder das Erleben der Psychose an sich, entwickelt sich eine Veränderung innerer Einstellungen, die quasi die innere Wende vorbereitet. Die Wende als solche wird während des Prozesses nicht wahrgenommen, sondern erst in der Rekonstruktion der eigenen

Geschichte beschrieben. Nachdem ein oder mehrere der Erfolgspfade (insbesondere der Psychose einen Sinn geben, die Psychose als bereichernd empfinden, die eigene Verletzlichkeit annehmen) zur Verstehbarkeit im Sinne Antonovskys beitragen, gilt es dieses Erleben handhabbar zu machen.

Sich selbst als handelndes Subjekt erleben: Eine Gemeinsamkeit der Teilnehmer war, sich als selbst handelndes Subjekt zu erleben. Durch Versuch und Irrtum gelingt es, den jeweils individuellen Weg zu finden, auf dem jeweils eigene Selbsthilfestrategien und »guttuende« Hilfen entwickelt werden.

Professionelle Hilfe souverän nutzen: Nicht die professionelle Hilfe an sich, sondern die erreichte Fähigkeit, diese souverän und selbstbestimmt zu nutzen, ist ein subjektiv entscheidendes Kriterium, was wiederum die Erfahrung, sich als »Akteur seines Lebens« zu fühlen, fördert. Ein psychoseerfahrener Mensch im Psychoseseminar berichtet: »Und wenn man noch nicht so weit ist, kann das einem auch jeder vorerzählen, man wird es nicht sein, man wird es auch nicht sehen, glaube ich, das ist, was Zeit ist.«

Hoffnung: Die neu oder wiedergewonnene Erfahrung der Selbstwirksamkeit, unterstützende professionelle und private Beziehungen führen zu (neuer) Hoffnung, die die neuen oder alten Ziele wieder erreichbar werden lassen.

Die vorgestellten Ergebnisse lassen sich in folgendem Fazit zusammenfassen:

Erfolgspfade führen in unterschiedlicher Intensität, Kombination und in zirkulärer Wirkung unter Berücksichtigung von Zeit zu inneren Veränderungen der »neuen« Hoffnung, einem souveränen Umgang mit Hilfe und einem Selbsterleben als »Akteur seines Lebens«.

Erfolg ist ein kohärenter, zufriedenstellender Lebensentwurf, in den die Psychoseerfahrung integriert ist.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zu den Erfolgsgeschichten von Menschen mit Psychoseerfahrung zeigen, dass der erfolgreiche Umgang mit einer Psychose mehr ist, als die »Bewältigung« einer oft schon vorher

schwierigen Lebenssituation. Eine Psychoseerfahrung kann auch – ohne die existenzielle Not und Krisenhaftigkeit dieses Erlebens vernachlässigen zu wollen – als bereichernd, sinnsuchend und sinngebend erlebt werden. Ein erfolgreicher Umgang hiermit kann das Leben »verstehbarer«, »handhabbarer« und auf eine neue, andere Art »bedeutbarer« machen.

Das Ausmaß der Verstehbarkeit des eigenen Lebens ist insbesondere beim erstmaligen Erkranken massiv beeinträchtigt. In zum Teil mühsamen und langwierigen Wegen gelingt es den Interviewpartnern ihre Psychose zu verstehen und zu einer Haltung zu kommen, in der zukünftige Krisen eingeordnet und erklärt werden können. Erfolgspfade, die hier genutzt werden, sind: »Psychose als bereichernd empfinden«, »der Psychose einen Sinn geben«, »die eigene Verletzlichkeit annehmen«. Professionelle Hilfe kann wesentlich zur Verstehbarkeit beitragen, wenn es professionell Tätigen gelingt:

- traumatisierende Erstkontakte mit psychiatrischen Hilfesystemen zu vermeiden (diese erschweren das Verstehen und die Annahme dessen, was passiert ist);
- individuelle Deutungsmuster der betroffenen Menschen und subjektive Erklärungen zu verstehen;
- eine Grundhaltung wie die von Aderhold als »being with« bezeichnete (vgl. ADERHOLD 2004, 295 ff.), oder von Dörner als »Reisebegleiter« benannte (vgl. DÖRNER 2008, 79) zu entwickeln, in der nicht nur »die Psychose« gesehen wird.

Krankheitseinsicht ist zunächst eine Herausforderung an professionelles Handeln. Im Wissen um die Grenzen sprachlichen Verstehens gilt es, feinfühlig Einsicht in die Entwicklung individueller Erklärungsmuster zu geben. Die Krankheitsdefinition einer Psychose wird vor diesem Hintergrund irrelevant, pathogenisierende Sichtweisen wirken blockierend.

Die gemeinsamen Elemente der Erfolgswege Hoffnung und Zeit führen zu der Folgerung:

- Professionelle Helfer sollten jederzeit eine Haltung im Sinne des von Glover beschriebenen »Holder of Hope« (vgl. GLOVER in AMERING, SCHMOLKE 2007, 175) einnehmen, d. h. keine Hilfe ohne Hoffnung!
- Professionelle Helfer brauchen einen langen Atem und sollten akzeptieren, dass Veränderungen Zeit brauchen.

Die Handhabbarkeit als »das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man eigene Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen gerecht zu werden« (ANTONOVSKY 1997, 34) erreichen die Interviewpartner durch die Erfolgspfade »Verletzlichkeit annehmen«, »Entwicklung autonomer Lebensziele«, »sich selbst als Handelndes Subjekt erleben«, »innere Wahl zur Annahme professioneller Hilfe haben«.

Professionelle Hilfe trug zum Erfolg bei, war aber bei keinem Teilnehmer des Forschungsprojektes entscheidendes Kriterium. Nicht-professionelle Hilfe kann den gleichen oder einen höheren Stellenwert haben wie professionelle. Häufig war es der Weg über Versuch und Irrtum, der zur Erfahrung des »selbst handelnden Subjekts« führte. Auch zeigte sich in der Untersuchung, dass die gleiche Hilfe nicht immer gleich wirksam ist und angenommen werden kann.

Die innere Wahl zur Annahme von Hilfe (auch zum Teil mit erfahrbaren negativen Konsequenzen) ist Erfolgskriterium und trägt wesentlich zur Erfahrung der Selbstwirksamkeit bei. Dies führt zur Forderung, dass eigene Handlungsspielräume betroffener Menschen erfahrbar sein müssen und professionell Tätige loslassen können müssen.

Integration der Psychoseerfahrung in die eigene Lebensgeschichte kann vor allem durch den Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen haben geschehen und professionelle Hilfe ersetzen. Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg (anderer)!

Professionelle Hilfe sollte Peererfahrungen als festen Bestandteil eines Hilfeprozesses betrachten:

- im Rahmen personenzentrierter Hilfeplanung
- in institutionellen gemeindepsychiatrischen Konzeptionen
- im Ausbau und der Akzeptanz des Expertentums durch eigene Betroffenheit.

Eine wirkliche Begegnung auf gleicher Augenhöhe wird von den Interviewpartnern dort erfahren, wo neben professionellen Hilfesystemen selbst organisierte Hilfesysteme psychoseerfahrener Menschen bestehen.

Eine (neue) Bedeutsamkeit ihres Lebens (als das Ausmaß, in dem man das Leben als sinnvoll empfindet, es bedeutsame Inhalte im Leben gibt, für die es sich lohnt zu investieren; vgl. ANTONOVSKY 1997, 35) erreichten die Interviewpartner durch den gewichtigsten Erfolgspfad, »sich im Kontakt mit Menschen und sein Wirken auf Menschen zu spüren«.

Den Teilnehmern gelingt dies auf jeweils individuellen Wegen: Durch Peererfahrungen, Angehörige, professionelle Helfer, die bei der (neuen) »Bedeutung« unterstützten. Hierbei nutzen sie Erfolgspfade im sich entwickelnden Gefühl des selbst handelnden Subjekts und der inneren Wahl zur Hilfe und – nicht zuletzt unter Nutzung eventueller sinngebender und persönlichkeitsbereichernder Erfahrungen durch die Psychose.

Wesentlich hierbei ist die Bedeutung von Arbeit und sinngebender Beschäftigung – wobei der Begriff »Beschäftigung« der elementaren Bedeutung nur annähernd entgegenkommt.

Jeder Teilnehmer hatte ein für sich angemessenes Feld des Wirkens gefunden, wie z.B. Engagement in einer Kirchengemeinde, in der Betroffenenbewegung, in der Politik, im Glauben.

Gemeindepsychiatrische Sonderwelten haben stützende Funktion, aber sind kein dauerhafter Ersatz für tatsächliche Inklusion. »Hinauskommen, mit gesunden Menschen und Betroffenen ist immer wichtig, dass man sich stärken kann und dass man die Angst verliert.«

Inklusion bedeutet auch, individuelle Wege zur subjektiven Bedeutsamkeit zu finden.

Literatur

- ADERHOLD, Volkmar (2004): Heilsames Milieu – von der Soteria zum »Home-Treatment«. In: BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.). Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, 294–308
- AMERING, Manuela; SCHMOLKE, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn
- ANTHONY, William A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the Mental Health System in the 1990's. In: Psychosocial Rehabilitation Journal 16, 4: 11–23
- ANTONOVSKY, Aaron (1979): Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche, erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen

- BENGEL, Jürgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund. Antonovskys Modell der Satutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 6). Köln
- BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.) (2004): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn
- DÖRNER, Klaus (2004): Verantwortung vom Letzten her. Der innere Impuls des Sorgens um den Anderen. In: BOCK, T.; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, 241–251
- BOCK, Thomas (2005): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit un- behandelten Psychosen. Bonn
- BOCK, Thomas (2006): Eigensinn und Psychose. Neumünster
- FLICK, Uwe (2004): Qualitative Sozialforschung. Hamburg
- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara (2008): Gütekriterien qualitativer For- schung, methodische Reflexivität, Anonymisierung und ethische Aspekte. http://www.social-maps.de/maps-test/s2/content/3_3_1_guetekriterien.pdf [2.5.2008]
- LEGEWIE, Heiner (2006): Rezension zu Jörg Strübing. Grounded Theory. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-06/06-2-1-d.htm> [2.5.2008]
- STRAUSS, Anselm (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologi- schen Forschung. München
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1996): Grounded Theory. Grund- lagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim
- STRÜBING, Jörg (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden
- WITZEL, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Online verfügbar: Forum qualitative Sozialforschung, 1. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> [4.5.2008]
- WIENBERG, Günther (2000): Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines psychiatrischen Professionellen. In: APK e. V., Tagungsband 27-1. Bonn
- WILLI, Jürgen (2007): Wendepunkte im Lebenslauf. Persönliche Ent-

wicklung unter veränderten Umständen. Die ökologische Sicht der Psychotherapie. Stuttgart

***Birgit Richterich** Sozialarbeiterin M. A., arbeitet seit 30 Jahren im gemeindepsychiatrischen Kontext und ist stellvertretende Geschäftsführerin der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Duisburg gGmbH.*

***Robin Boerma** ist Sozialarbeiter M. A. und arbeitet in der psychiatrischen Abteilung des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht.*

Von den Abmeldern lernen! Statt permanenter Fremdhilfe begleitete Übergänge in Selbsthilfe!

Reinhard Peukert

Seit Juli 2005 werden in Hessen behinderte Menschen, die Hilfen des Betreuten Wohnens (BeWo) in Anspruch nehmen, mit ihrem Einkommen und Vermögen zu den Kosten herangezogen. Bei der Gruppe der seelisch behinderten Menschen haben sich daraufhin 20,7 % der Nutzer abgemeldet, ca. die Hälfte von diesen bereits nach der bloßen Ankündigung der Heranziehung.

Die Abmelder wurden zu zwei Zeitpunkten befragt: Ein Jahr nach deren Abmeldungsentscheidung (t_1) und ein weiteres Jahr später (t_2). Vergleichbare Untersuchungen sind nicht bekannt. Die besondere Situation des sozialpolitisch motivierten administrativen Eingriffs hat ein quasi »naturalistisches Experiment« gestaltet: Menschen, die von sich selbst glaubten und von denen ihre Betreuer meinten, sie hätten einen entsprechenden Hilfebedarf, haben auf diesen Bedarf »unfreiwillig-freiwillig« verzichtet.

Methoden

Die Gründe und die Folgen der Abmeldung wurden zu t_1 anhand einer Fragebogenerhebung sowie leitfadengestützter Interviews untersucht. Der Zugang zu den Probanden erfolgte über deren bisherige BeWo-Betreuer, die den noch erreichbaren ehemaligen Klienten die Fragebögen und einen frankierten Rückumschlag übergaben.

Von den 734 Personen, die sich abgemeldet hatten, konnten 144 per Fragebogen erreicht werden; dies entspricht einer Durchdringung von 19,6 %. 40 dieser Personen stellten sich zu t_1 darüber hinaus für die Interviews zur Verfügung.

Nach einem weiteren Jahr konnten von diesen 40 Personen 31 wieder erreicht werden.

Sowohl zu t₁ als auch zu t₂ wurden als standardisierte Instrumente CANSAS, MECCA und MASS genutzt:

CANSAS (Camberwell Assessment of Need; Short Appraisal Schedule) erfragt auf sehr einfache Weise (»kein Problem«, »gedeckter Bedarf«, »ungedekter Bedarf«, »unbekannt«) die Verfügbarkeit über Hilfen für die Bereiche Wohnen, Ernährung, Haushalt, Körperpflege, Tagesaktivitäten, körperliche Gesundheit, psychotische Symptome, Informiertheit über Behandlungs- und Betreuungsbedingungen, psychischen Stress.

MECCA (More Effective Community Care Assessment) misst den Grad der Zufriedenheit in mehreren Bereichen, von seelischer über körperliche Gesundheit, über die klassischen Lebensbereiche bis hin zur Zufriedenheit mit Helfern und dem Helfersystem.

MASS (Mannheimer Assessment of Social Support) misst das Ausmaß erlebter praktischer Hilfen und emotionaler Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen, potenziellen Helfern bis hin zu anderen Patienten.

Darüber hinaus wurde zu t₂ eine Kontrollgruppe gebildet, und es konnten, trotz der anspruchsvollen Paarungskriterien echte Paarungen erreicht werden. Die Paarungskriterien waren:

- Alter
- Geschlecht
- Diagnose
- Wohnsituation
- Dauer der Hilfe BeWo
- Kontakthäufigkeit im BeWo
- Dauer der Erkrankung
- Klinikaufenthalte während BeWo
- Psychotherapie (Hinweis auf Eigenaktivität)
- Keine Voraussetzungen für Heranziehung (das wäre eine Selbstzahler-Untersuchung)

Um die Position der Träger zu erheben, erfolgten 29 schriftliche Vollerhebungen bei Trägern, zwei Gruppendiskussionen mit Geschäftsführungen und zwei Gruppendiskussionen mit Mitarbeiterinnen; im Anschluss daran wurden noch 26 Mitarbeiter bei elf Trägern telefonisch

befragt. Die Ergebnisse dieser Trägerbefragung werden hier nicht vorgestellt.

Ergebnisse der ersten Befragung

Hier wird nur ein Ausschnitt aus der Fülle der Ergebnisse vorgestellt. Neben der identifizierten Gruppen der »Gewinner« und »Verlierer« sowohl deren jeweiliges Verhältnis zu professioneller und alltagslebensweltbezogener Unterstützung als auch deren sonstige Beteiligungen an professionellen und alltagssozialräumlichen Beziehungen.

Diese Perspektive wirft ein kritisches Licht auf das Angebot des Betreuten Wohnens, daher soll zunächst der generelle Wert und Nutzen, den die Abmelder in dieser Hilfeform erlebt haben, nicht unerwähnt bleiben. (Eine ausführliche Beschreibung der Untersuchungsgruppen und deren Bewertung des Betreuten Wohnens sowie ihrer Abmeldungsentscheidung findet sich in: PEUKERT 2010.)

Zufriedenheit mit dem Betreuten Wohnen

81,3 % aller Befragten bejaht die Aussage, wonach ihnen das Betreute Wohnen geholfen habe.

88,9 % aller Befragten fühlten sich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Betreuten Wohnens in ihren Bemühungen und Zielen ernst genommen und unterstützt.

86,8 % bezeichnen ihren Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als eher gut.

Selbst wenn man die bei Nutzerbefragungen übliche Präferenz für positive Bewertungen in Rechnung stellt, geben die ehemaligen Betreuten dem BeWo hiermit geradezu Bestnoten.

Betreutes Wohnen soll zum selbstständigen Leben unterstützen, daher kann die Wohnsituation als Indikator für Selbstständigkeit gelten; auch hier zeigt sich der Erfolg des Betreuten Wohnens: für ca. 25 % der Abmelder hat es erst ein Leben allein ermöglicht.

Mindestens fünf Personen haben offensichtlich eine Partnerin bzw. einen Partner gefunden.

Zwölf Personen wurde ermöglicht, unabhängig von ihren Eltern zu leben. Für diese zwölf Familien, so darf angenommen werden, führte das Betreute Wohnen zu einer deutlichen Entlastung.

Die Zeit war reif für eine Beendigung des Betreuten Wohnens

Trotz dieser positiven Bewertungen haben sich ca. 20 % der Nutzer aufgrund der Heranziehung abgemeldet. Es ist naheliegend, dass für die meisten von ihnen finanzielle Gründe ausschlaggebend waren. Mehrfachantworten waren möglich.

TABELLE 1 Finanzielle Abmeldungsgründe n=144

Finanzielle Gründe	Personenzahl	Prozent
wäre Selbstzahler geworden	102	70,8%
Angst vor Zahlung: Angehörige	44	30,6%
Angst vor Hausverlust	3	2,1%
Unklarheit über Höhe	29	20,1%
Geld hätte zum Leben gefehlt	41	28,5%

Eine zweite Gruppe von Abmeldungsgründen richtet den Blick auf eine überraschende Tatsache: die Beendigung des Betreuten Wohnens war offensichtlich überfällig. Mehrfachantworten waren möglich.

TABELLE 2 Weitere Abmeldungsgründe n=144

Weitere Gründe	Zahl	Prozent
Kosten-Nutzen negativ	19	13,2%
Anlass, auf eigenen Füßen	20	13,9%
nicht mehr nötig	17	11,8%
erhalte andere Unterstützung	23	16,0%
Ich sollte mehr kaufen als ich brauche	5	3,5%

23,6 % aller Befragten sind der Ansicht, jetzt ganz ohne Hilfen des BeWo auskommen zu können¹ und 11,8 % bzw. 17 Personen erklären, dass es ihnen heute besser gehe; für 37,5 % der Befragten ist die Antwort noch offen.

Gewinner und Verlierer der Abmeldungsentscheidung

Bei näherer Betrachtung sind unter den Abmeldern zwei zentrale Gruppen auszumachen: die Gruppe der Gewinner und die Gruppe der Verlierer.

TABELLE 3 Verlierer und Gewinner

Fazit	Abmeldungsentscheidung war für mein Wohlbefinden falsch Ohne BeWo geht es mir schlechter	Abmeldungsentscheidung war für mein Wohlbefinden richtig Ohne BeWo geht es mir besser
Personenzahl	57	33
Alter	Relativ jünger	Relativ älter
Beeinträchtigung	Relativ schwerere Störungen, mehr Psychosen und Depressionen	Relativ leichtere Störungen, psychisch weniger belastet
Hilfewünsche	Eher an Gesprächen interessiert	Eher an praktischer Unterstützung Interesse
Zeitliche Perspektive	Hilfen – aber nur nach Bedarf	Hilfe nach Bedarf – aber nur befristet
Bewertung der BeWo-Mitarbeiter	Bestnoten für BeWo und Mitarbeiter	In BeWo-Bewertung kritischer

Flexiblere Hilfen würden Ressourcen schonen

Alle Abmelder wurden zu T1 gefragt, unter welchen Umständen sie das BeWo wieder aufnehmen würden – mit einem überraschenden Ergebnis: nur vier Klienten geben an, die gleichen Hilfen wie bisher in Anspruch nehmen zu wollen; alle anderen würden lieber flexiblere sowie ggf. weniger Hilfen vorziehen: »weniger Stunden«, »nur befristet« und »nur bei Bedarf« sprechen eine eindeutige Sprache in Richtung auf eine voraussichtlich geringere Inanspruchnahme, wenn diese systematisch zugelassen würde.

In diesem Sinne äußern sich insgesamt 95 Personen bzw. 66 % aller Personen, die sich abgemeldet haben!

Diese Antworten im Fragebogen reflektieren Erfahrungen, die die ehemaligen Klienten in den Interviews zu Protokoll geben.

Frau Rebholz: »also, ... mir wurde damals erklärt, ich muss die 100 Stunden (gemeint ist die festgelegte Jahresuntergrenze von 99 Fachleistungsstunden) nehmen, ja und das ist für meine Zwecke einfach zu viel. Ist wirklich zu viel. Wenn man das also bisschen flexibler handhaben könnte oder wenn ich einfach sagen könnte, alle vier Wochen

soll mal jemand mit mir zusammen Haushalt putzen, ne. Das wär' also das, was ich an Bedarf hab.«

Herr Hubschmidt: »Wenn eine Krise kommt, dann klammere ich mich an meinen Betreuer vom BeWo, meine Psychiaterin und meine Dipl. Psychologin. Wenn keine Krise kommt, dann brauche ich nur selten Gespräche.«

Frau Moll: »Das Betreute Wohnen hat dazu beigetragen, dass ich einen Teil meines Lebens außerhalb der Klinik meistern kann. Ich hatte mich in der Zwischenzeit so stabilisiert, dass einmal in der Woche ein Termin mit dem Betreuten Wohnen nicht mehr notwendig war ... Aber es müssen ja die Stunden abgedeckt werden. Das ist das Problem.«

Offensichtlich haben bei den Gewinnern die Hilfen des BeWo dazu beigetragen, unabhängiger zu werden, aber es bedurfte des »Schubs«, und dieser finanziell motivierte »Schubs« führte zum erfolgreichen Wagnis, es allein zu versuchen.

Bei den Verlierern wären viele von ihnen mit einer Reduzierung des Stundenkontingents gern Selbstzahler geworden, wenn denn der Träger dies möglich gemacht hatte, was aber im Befragungsjahr 2006 in der Regel nicht der Fall war. Mit der aus ihrer Sicht erzwungenen Abmeldungsentscheidung sehen sie sich in eine Selbstständigkeit geschubst, die für sie aktuell noch zu weit zu gehen scheint. Flexiblere Angebote mit niedrigerer Betreuungsintensität scheinen ihnen folgerichtig die angemessene Perspektive zu sein – und sie wären sogar bereit, dafür einen gewissen Geldbeitrag zu leisten (wobei sie angeben, der Betrag für die Fachleistungsstunde sei ihnen zu hoch).

Diese Ergebnisse verweisen bei den Gewinnern auf die voraussichtlich ineffektive Fortführung von Betreuungen über den Zeitpunkt hinaus, bis zu dem die Hilfen für die Entwicklung der Selbstständigkeit der Klienten sinnvoll und notwendig waren. Bei den Verlierern deuten sie auf eine Betreuungsdichte hin, die aus Sicht der Befragten in diesem Umfang nicht (mehr?) zwingend erforderlich gewesen wäre.

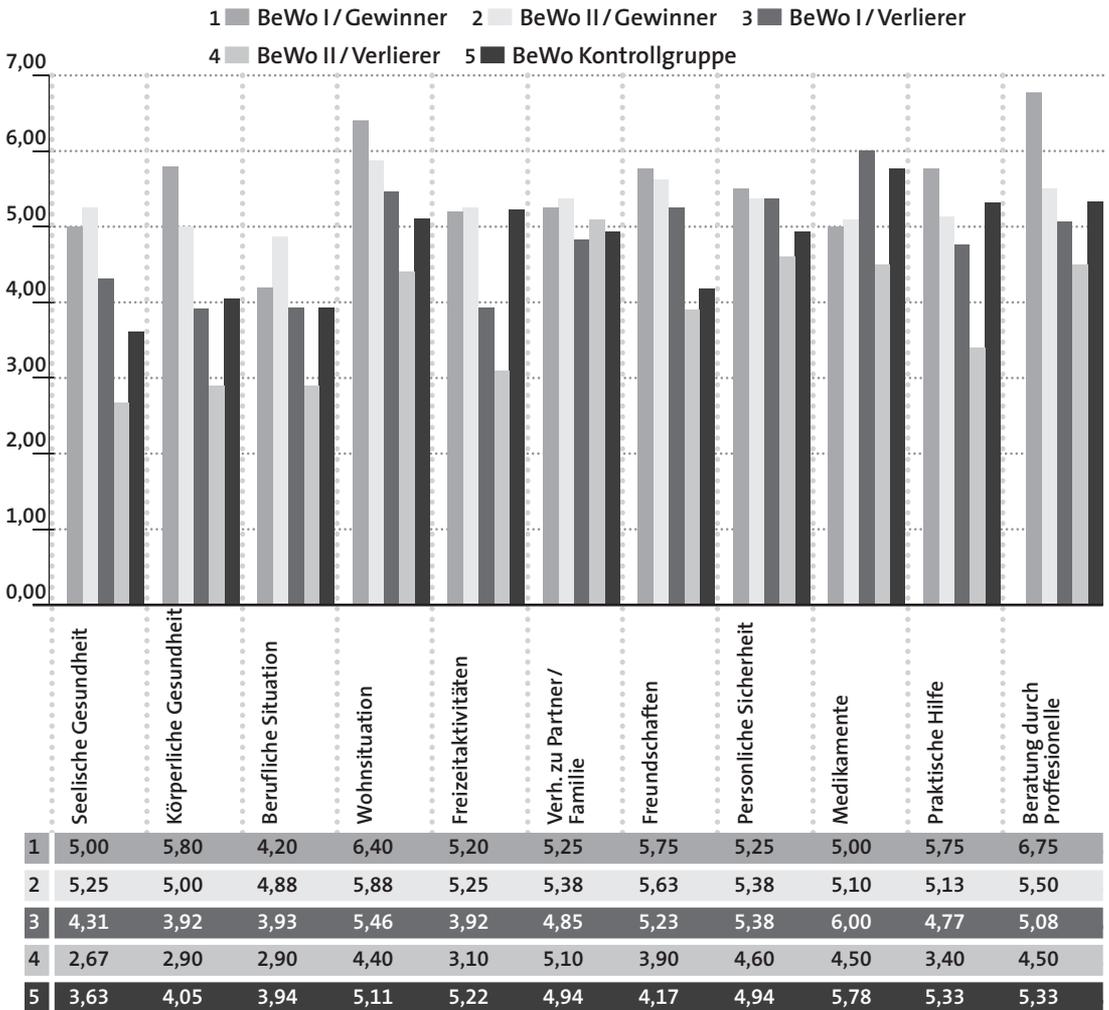
Diesen Schluss legen die Befragungsergebnisse ein Jahr nach der Abmeldung nahe.

Wie sehen die Gewinner und Verlierer ihre Lebenssituation ein weiteres Jahr später (t₂)? Und wodurch unterschieden sich diese Abmelder von Personen, die ihnen in vielen Aspekten gleichen, die aber nach wie vor die Hilfen des Betreuten Wohnens nutzen (Kontrollgruppe)?

Zwei Jahre nach der Abmeldungsentscheidung

Um dazu einen ersten Überblick zu erhalten, wurde allen mündlich Befragten zu t_1 und t_2 der Fragebogen MECCA zur Lebenszufriedenheit vorgelegt (Abbildung 1). Die Ergebnisse sind eindeutig. Bewerteten die Verlierer ihre Lebenssituation bereits nach einem Jahr negativer als die Gewinner, so hat diese negative Differenz im darauffolgenden Jahr noch – und zum Teil deutlich – zugenommen.

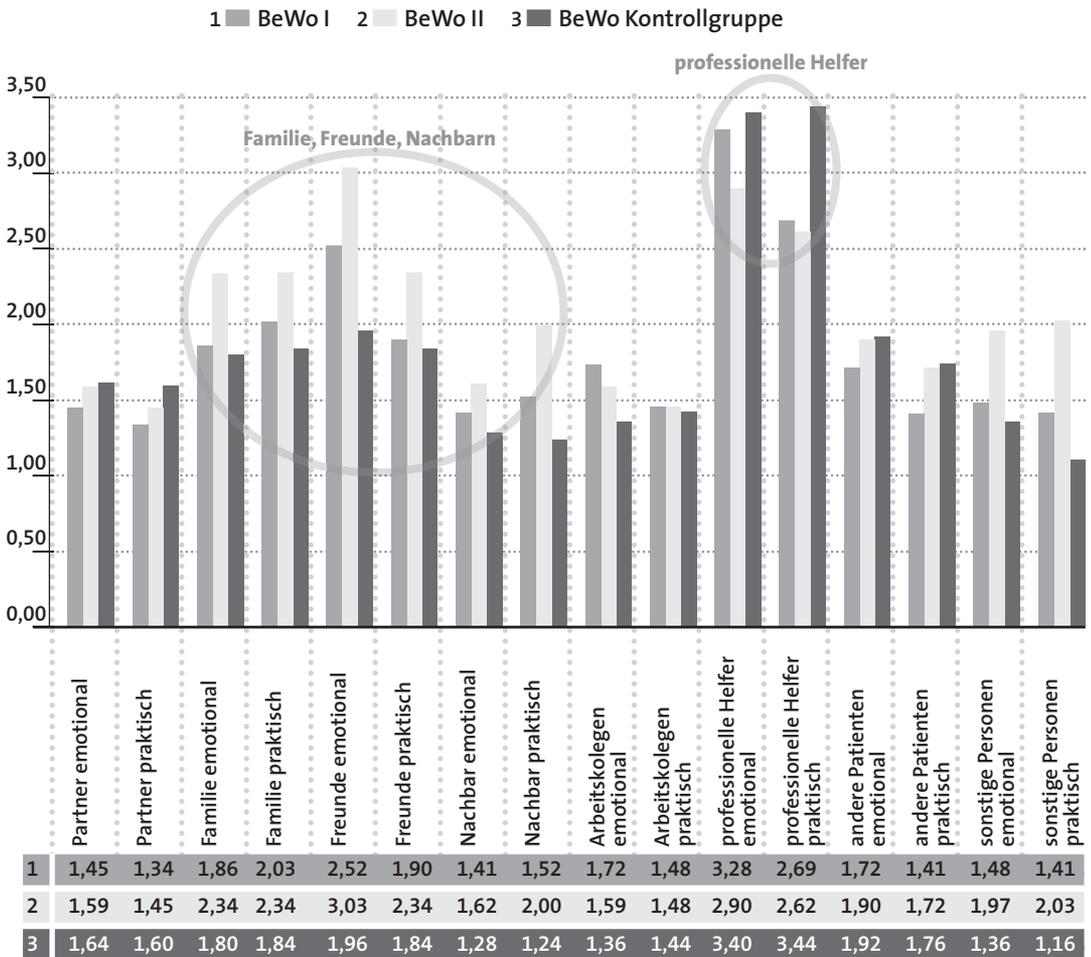
ABBILDUNG 1 MECCA Lebenszufriedenheit



Bemerkenswert ist zudem die Zunahme der Zufriedenheit mit seelischer Gesundheit und der beruflichen Situation bei den Gewinnern. Ein wenig scheint die Bedeutung der Familien zugenommen zu haben, sowohl bei den Gewinnern als auch den Verlierern.

Abbildung 2 zeigt: Für beide Gruppen hat das Ausmaß erlebter Unterstützung aus dem sozialen Umfeld vom ersten zum zweiten Jahr deutlich zugenommen und das der professionellen Helfer ist gesunken.

ABBILDUNG 2 MASS Ausmaß erlebter Unterstützung



Die Werte der Kontrollgruppe entsprechen sehr häufig denen der Abmelder zum Zeitpunkt t1. Dies spricht für die Annahme, dass sowohl die Verlierer als auch die Noch-Nutzer der Kontrollgruppe die »eigentliche«, und d.h. nach wie vor hilfebedürftige Klientel des Betreuten Wohnens ist, wobei die Gewinner eine Population darstellen, die der Hilfen – ggf. schön länger – nicht mehr bedurften.

In der schriftlichen Befragung zu t1 gaben 30 % der Gewinner an, ihre Kontakte ins nicht-professionelle soziale Umfeld hätten sich deutlich vermehrt, und viele von ihnen erklärten sie für ausreichend.

Abbildung 2 zeigte die Zunahme die Hilfen aus dem sozialen Umfeld, aber ganz offensichtlich konnten weder die Kontakte noch die nicht-professionellen Hilfen die Erschwernisse eines Lebens ohne die Hilfen des Betreuten Wohnens kompensieren; dafür sprechen die Angaben zu den ungedeckten Bedarfen (Abbildung 3).

Das Alltagsleben scheint für beide Gruppen zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr schwieriger geworden zu sein. Das Fehlen der ersten Säulen an vielen Stellen bedeutet: Zu t1 haben die Gewinner in diesen Bereichen noch gar keinen ungedeckten Bedarf reklamiert, der sich für sie überhaupt erst im Laufe des zweiten Jahres nach der Abmeldung eingestellt hat. Besonders zugenommen hat der psychische Stress, und den Mangel einer darauf bezogenen Hilfe markieren die hohen Balken ungedeckten Bedarfes.

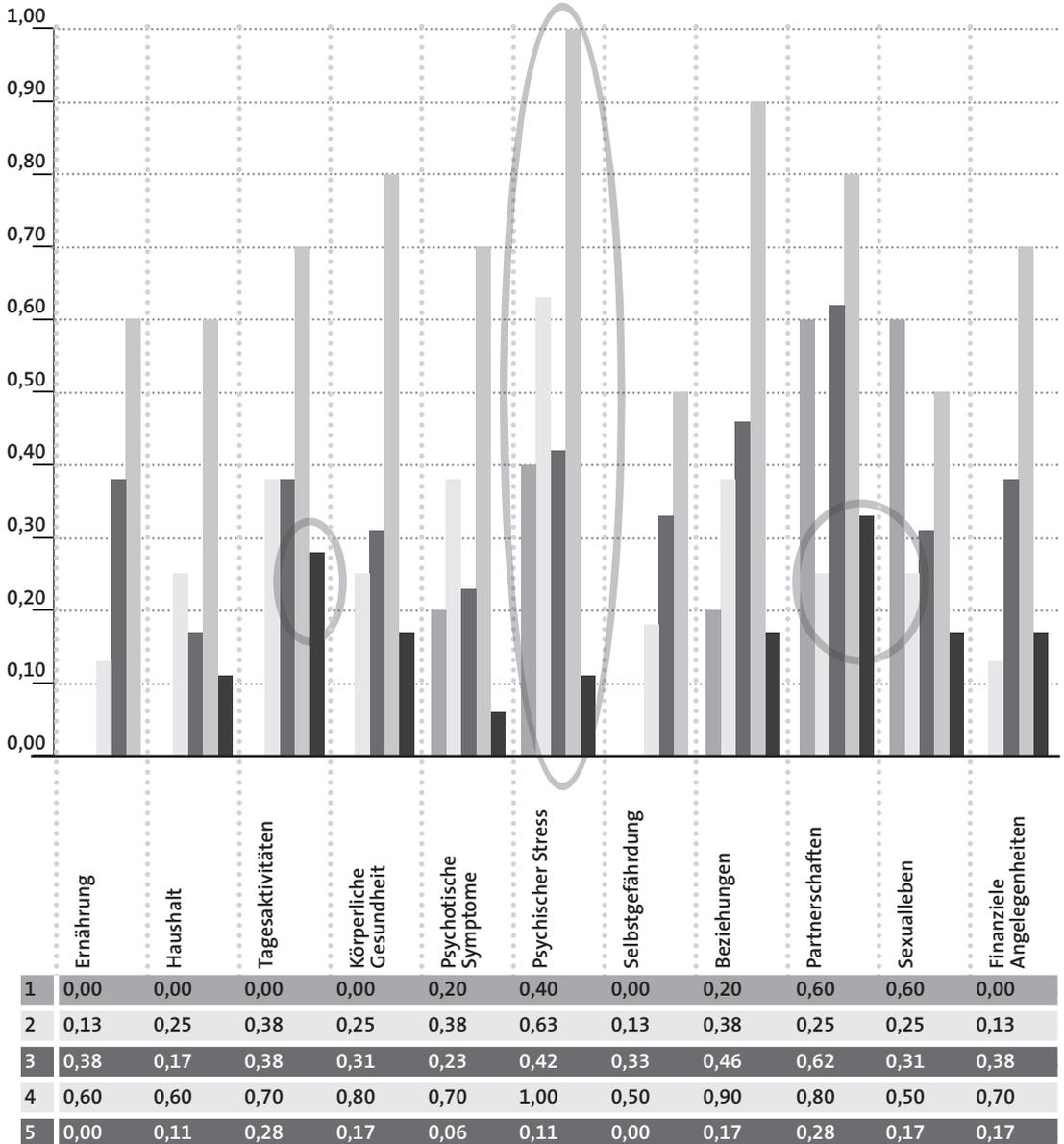
Unterscheiden sich die Gewinner und Verlierer in allen Merkmalen ausschließlich in der Ausprägung der Zunahme von t1 zu t2 voneinander, so sind die Differenzen bei Partnerschaften und Sexualleben invers. Bei den Gewinnern nimmt hier der Bedarf ab, während er bei den Verlierern (wie in allen anderen Bereichen auch) deutlich zunimmt. Offensichtlich konnten die Gewinner gerade in diesen bedeutsamen Bereichen die gewonnene Selbstständigkeit für sich nutzen. Die Gewinner äußern bei den Behandlungsbedingungen weder zu t1 noch zu t2 einen ungedeckten Bedarf; dies unterstreicht ihr geringes Interesse am professionellen Hilfesystem.

Die Kontrollgruppe der Noch-Nutzer erlebt – im Vergleich zu den Abmeldern – deutlich geringeren ungedeckten Bedarf, und zwar in nahezu allen Bereichen: sie erhalten, was den ehemaligen Klienten des Betreuten Wohnens zum Teil schmerzhaft fehlt.

Wer noch im Betreuten Wohnen ist, dem scheinen vor allem Tagesaktivitäten und Partnerschaften zu fehlen.

ABBILDUNG 3 CANSAS Ungedeckter Bedarf

1 ■ BeWo I /Gewinner 2 ■ BeWo II /Gewinner 3 ■ BeWo I /Verlierer
 4 ■ BeWo II /Verlierer 5 ■ BeWo Kontrollgruppe



Die deutliche Zunahme an ungedeckten Bedarfen legt die Annahme nahe, sowohl die Verlierer, aber auch die Gewinner würden nach zwei Jahren mit ihrer Abmeldungsentscheidung hadern – aber genau das Gegenteil ist der Fall!

Die Entscheidung war richtig! Einige der Verlierer sehen sich nun als Gewinner

Nach zwei Jahren halten alle Befragten ihre Entscheidung für richtig.

- Die Umstände schmerzen noch heute und machen zornig.
- Offenlegung der Finanzen wird nach wie vor als Zumutung erlebt.
- Die Heranziehung der Familien wird immer noch als problematisch empfunden.
- Finanzielle Erwägungen werden vom Stolz auf Selbstständigkeit überlagert.
- Den Preis der Fachleistungsstunden sehen sie für sich als zu hoch an.

Während sich alle Gewinner zu t_1 auch ein weiteres Jahr später noch als Gewinner ihrer Abmeldungsentscheidung sehen, so verändern sechs der 17 Verlierer ihre Haltung: Sie sehen sich nun als Gewinner ihrer Entscheidung und äußern heute Stolz über die gewonnene Selbstständigkeit. Nach zwei Jahren profitieren diese »Verlierer zu Gewinnern« von der zunächst nur widerwillig angenommenen Herausforderung! Merkmale der »Verlierer« gegenüber den »Gewinnern«:

- Alle erklären die BeWo-Hilfen als Voraussetzung ihrer heutigen, positiven Lebenssituation.
- Drei leben mit einem Lebenspartner bzw. einer -partnerin zusammen.
- Vier stehen in Beschäftigungsverhältnissen (von einer verantwortlichen Funktion in einem Betrieb bis hin zu einer WfbM-Beschäftigung).
- Drei von ihnen nutzen eine Psychotherapie.

Was besonders hervorsteht: Zwei Jahre später werden die finanziellen Erwägungen vom Stolz auf Selbstständigkeit überlagert.

Frau Oswald: »Ja, ich bin auch irgendwie stolz drauf, so ohne Hilfe von denen vom Betreuten Wohnen auszukommen. Das ist doch wirklich ein Erfolg, und das red ich mir auch nicht nur so ein ...«

Frau Rebholz: »Ich hab so den Eindruck, dass das Betreute Wohnen abhängig macht, mal ehrlich. Die sagen die können wir jetzt mal halten. Im Gegensatz zur Freiheit.«

Frau Däumling: »Ich denk, das war der richtige Zeitpunkt. Eigentlich hätte man ja eher, aber ich denk, das war dann so o.k. Das ich doch genug aufgebaut hab.«

Herr Moser: »Mir fehlt das Betreute Wohnen nicht mehr. Als das dann weg war habe ich schon gedacht, klappt das auch – aber ich bin jetzt viel selbstständiger.«

Die Genugtuung, es allein zu schaffen, ist bei denjenigen besonders ausgeprägt, die sich vom Verlierer zu Gewinner gewandelt haben. Sie haben nach dem Wegfall des BeWos, was auch im Nachhinein noch bedauert wird, ihr Leben neu organisiert und strukturiert, sodass sie nun ohne das BeWo ihren Alltag bewältigen können.

Frau Schell: »Es ist stabiler geworden, dadurch dass ich die Arbeit habe ... Ich habe einen geregelten Tagesablauf ... Ich musste alles anders strukturieren ... Ich hab zumindest durch die Therapie gelernt: wie geht man damit um. Ich denk, da hab ich einiges mitgenommen.«

Frau Hummel: »Nein, [BeWo möchte ich, A. d. V.] zurzeit auf keinen Fall. Ich bin doch stolz auf mich, so wie ich das gerade ohne so ne Hilfe hinkriege. Das ist doch etwas wert, oder? ... Ja ich finde das ist ne Menge wert«.

Herr Ringel: »Ich hab das auch dadurch kompensiert, weil ich Gespräche mit dem Psychiater hab ... und dann gibt es auch noch das Angebot bei der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle ... und jetzt ist es so: jetzt kann ich auch alleine sein und mich wohl fühlen.«

Dies sind Aussagen von Gewinnern zu t₂. Sie sind zufrieden mit ihrer aktuellen Situation und mit der Entwicklung in den letzten zwei Jahren, auch wenn sie sich teilweise unterversorgt fühlen. Sie können den Alltag gut bewältigen, auch wenn das nicht immer einfach ist. Ihr psychisches Befinden ist stabil oder verbessert, auch wenn es zwischenzeitlich mal eine psychische Krise gegeben hat. Sie haben in der Zeit seit der Abmeldung ihr Hilfesystem neu oder umorganisiert, zumeist verringert. Sie äußern ein Gefühl von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.

Frau Kunze: »Ich bin selbstständiger geworden, aber das Leben ist auch härter geworden.«

Herr Walter: »Das bequeme Leben ist vorbei! ... Das war schon sehr bequem damals, und am Anfang (nach der Abmeldung) habe ich mich schon verloren gefühlt.«

Frau Oswald: »Es war schon ein angenehmes Zusammentreffen und

gute Unterhaltung, aber auch sich über Schwierigkeiten mal auszusprechen und auch Rat zu bekommen.«

Frau Moll: »Es geht mir eigentlich ganz gut, es hat sich nichts verschlimmert. Läuft eigentlich so, wie ich es mir vorstell. Hätt ich ja nicht gedacht, aber da sieht man mal, zu was man fähig ist, gell?«

Wie leicht gewonnene Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit übersehen werden können zeigen die Antworten der Träger. In der schriftlichen Befragung geben 74 % der Anbieter an, zu wissen, wie es ihren ehemaligen Klienten heute (zwei Jahre nach der Abmeldung) gehe. Ihre Informationen stammen aus Begegnungen in der PSKB, der Tagesstätte, der WfBM oder aus Telefonkontakten und zufälligen Begegnungen.

- 22,22 % meinen, den Klienten gehe es schlechter.
- 29,63 % nehmen an, den Klienten gehe es schlechter oder gleichbleibend.
- 25,93 % sind der Auffassung, den Klienten gehe es gleichbleibend.
- 0,00 %, d. h. keiner der Befragten kann sich vorstellen, dass es Klienten ohne das Betreute Wohnen besser gehen könne.

Möglicherweise begegnen Betreuern auch eher Verlierer als Gewinner, da sich viele der Gewinner (ca. 30 %) völlig vom professionellen Hilfesystem zurückgezogen haben.

Im Gegensatz zu den Gewinnern sind die Verlierer zu t₂ eher unzufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation und mit der Entwicklung in den letzten zwei Jahren. Sie fühlen sich in vielen Lebensbereichen unterversorgt, ungerecht behandelt und benachteiligt. Die Alltagsbewältigung gelingt ihnen nur mühsam und für ihr Empfinden unzureichend. Ihr psychisches Befinden ist nicht sehr stabil oder hat sich verschlechtert. Sie trauern der Zeit im BeWo sehr nach. Obwohl teilweise das Hilfesystem neu oder umorganisiert wurde, ist es ihnen nicht gelungen, daraus den Alltag zufriedenstellend bewältigen zu können.

Frau Burlau schlittert derzeit »von einer Depression in die andere«.

Frau Strahlen: »Da haben die einen dann früher gut rausgerissen. Allein wenn man wusste heute ist Mittwoch und ich hab dann nen Punkt, wo ich drauf bauen kann, die kommen heute, da kommt überhaupt jemand und kümmert sich.«

Für Frau Weigel ist »jetzt alles schwieriger. Ich hab oft morgens Ängste, grad wenn ich morgens aufwache. Und dann ruf ich bei der Telefonseelsorge an ... Mir geht's im Moment nicht so gut. Ich habe viele

Ängste und meiner Mutter geht's ja auch nicht gut grad ... Bin eigentlich ganz gut eingestellt mit den Medikamenten, aber gesund bin ich noch überhaupt nicht.«

Herr Kröll hat nach einem geplanten Suizidversuch Anfang März 2007 »Puscher und Downer gemischt ... Es geht so nicht wirklich, ich merk halt, es geht halt nicht rasch abwärts, aber es sackt halt immer weiter ab, das merk ich schon, auf jeden Fall.«

Auch nach zwei Jahren bleiben sie dabei: BeWo-Hilfen wieder in Anspruch zu nehmen, wäre für sie wünschenswert – aber nur in flexibler und situationsangemessener Weise, und diese Leistungen würden sie auch bezahlen, wenn sie nicht zu teuer wären.

Diskussion

Unnötig verlängerte oder zu umfangreiche Hilfen – warum?

Welche Schlüsse sind aus den Ergebnissen der Befragung zu ziehen?

Wie konnte es geschehen, dass nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die inzwischen erreichte Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit ihrer Klienten übersehen haben, sondern die Klienten dies offensichtlich auch getan haben und ohne die Heranziehungsankündigung weiterhin die Hilfen in Anspruch genommen hätten?

Wie konnten die potenziellen Interessen der Verlierer an verminderter, flexiblerer und situationsgerechterer Hilfe unbemerkt bleiben?

Die sehr besondere Beziehung im BeWo mag dabei eine wesentliche Rolle spielen. Die mit der Heranziehungsankündigung sich sehr plötzlich vollziehende Veränderung der Geschäftsgrundlage erlaubt einen Blick auf die Erwartungen, Vertrautheiten und subkutanen Verpflichtungen, die bei solchen langfristigen beziehungsbasierten Angeboten wie dem Betreute Wohnen zu entstehen scheinen, und die sich für einige der Klientinnen, aber auch einige der Betreuerinnen, der in Euro ausgedrückten professionellen Helferbeziehung entgegenstemmen.

Frau Seidenmann: »Die haben viel Gutes für mich getan. Ich habe heute noch ein schlechtes Gewissen, weil ich nicht dabei geblieben bin. Aber ich konnte es ja nicht bezahlen. Ich komm mir vor, als wenn ich nicht genug Anerkennung da gezeigt hab ... Beim Abschied haben wir alle beide geweint.«

Für Frau Seidenmann wären die Kinder herangezogen worden, die sich allerdings weigerten: »Das hat mich schon traurig gestimmt ...«

Auch Herr Kröll bekam dieses Angebot – nutzen wollte er es jedoch nicht: »Es wäre ja halt so gewesen, dass sie (Betreuerin) sozusagen unbezahlt ... das habe ich dann nicht eingesehen. Ich dachte mir dann, dann muss halt ...«, »Der Landeswohlfahrtsverband?« »Genau, der zahlt dann den nächsten stationären Aufenthalt, dacht ich mir dann. Dann bestraf ich den so.«

Die BeWo-Unterstützung ist eine sehr persönliche Hilfe, sie gründet auf Vertrauen, sie ist zudem kontinuierlich und umfasst potenziell alle Lebensbereiche.

Die Effekte scheinen zu sein:

- Man kann sich als dauerhaft unterstützungsbedürftig verstehen;
- Kontakt ausschließlich zu Professionellen pflegen;
- die Familienbeziehungen gegen die professionellen kontrastieren;
- sich aus alltäglichen Beziehungen zurückziehen;
- anstatt Vertrauen in die eigenen Entwicklungschancen zu entfalten;
- und statt sich faktisch an alltäglichen Milieus zu orientieren.

Interviewaussagen der Befragten bestätigen diese Annahme. Die Betreuenden werden als diejenigen wahrgenommen, die alles und jeden verstehen – im Gegensatz zu den eigenen Familienangehörigen und den sonstigen Menschen des sozialen Umfelds. Weiter oben wurde zudem von der Zunahme sozialer Kontakte nach der Abmeldung berichtet. Den Betreuungspersonen werden projektiv geradezu übermenschliche Fähigkeiten zugeschrieben (siehe BÜCH, RÖLKE 2008).

Aus den Interviews konnten darüber hinaus zwei sog. »Betreuungsmodelle« herausgelesen werden, von denen das eine das Selbstständigkeits- und Selbsthilfefähigkeitserleben eher verhindert bzw. verdeckt, während das andere dies gerade befördert.

Modell A: Persönliches Wachstum – Selbstständigkeitstherapie: Bei diesem Modell wird die Hilfe als »psychotherapieähnlich« empfunden, als eine Hilfe, die persönliche Fortschritte und eine stabile Weiterentwicklung bewirkt. Es werden nachhaltige, motivierende Effekte erlebt sowie eine positive, motivierende Modellfunktion des Betreuers.

Dies betrifft auch eine Entwicklung in Richtung auf eine gleiche Augenhöhe.

Dies ist das Modell, das die meisten Gewinner zum Ausdruck bringen.

Modell B: Krank und behindert – Behindertenhilfe: Bei diesem Modell wird das Betreute Wohnen als Behindertenhilfe erlebt, und die Klienten erwarten vom Betreuten Wohnen Behindertenhilfe im Sinne von Stütze und Unterstützung, wobei sich die Person selbst ausdrücklich als »behindert« definiert.

Diese Hilfeerwartung und die korrespondierende Selbstdefinition kennen weder Hilfeziele noch eine Beendigung von Betreuung. Ganz im Gegenteil: ein potenzielles Ende scheint angstbesetzt zu sein bis hin zur Suizidalität. Die Betreuten erleben sich ohne Betreuer als hilf- und haltlos. Hilfen springen aus Sicht der Betreuten überall da ein, wo etwas scheinbar behinderungsbedingt nicht läuft oder schwerfällt (»das Leben etwas leichter machen«).

Dieses Modell scheinen die Verlierer und die Kontrollgruppe zu erfahren.

Es muss ungeklärt bleiben, ob dies zwei realiter unterschiedlich gelebte Modelle sind, oder ob die Gewinner ihre Betreuungserfahrungen rückwirkend uminterpretieren, sie zu Beginn der BeWo-Hilfen also ebenfalls »Vertreter« des Modells Behindertenhilfe gewesen sind.²

Konsequenzen: Persönliches Budget und Ausschleichen aus der BeWo-Hilfe

Zwei Ergebnisse sind für die künftige Steuerung und Gestaltung von Hilfen von besonderer Bedeutung:

- Der nach wie vor bestehende hohe Hilfebedarf bei vielen der sog. »Verlierern« sowie deren Ressourcen schonende Hilfenachfrage bei eigener Kostenbeteiligung;
- der offensichtlich gewordene Umstand der Erbringung nicht mehr erforderlicher Leistungen.

Für die Verlierer haben sich ihre finanziell motivierten Abmeldungsentscheidungen aus eigener Sicht nicht ausgezahlt. Allerdings hätten sich viele von ihnen in der Lage gesehen und wären bereit gewesen, zu der ihnen gewährten Hilfe finanziell beizutragen.

Diese Bereitschaft ist für sie allerdings an Voraussetzungen gebunden:

- Der Stundenumfang wird reduziert und bzw. oder
- ihnen wird ein niedrigerer Stundensatz abverlangt;
- außerdem sind sie nur bereit, für Hilfen mit unmittelbar erkennbarem Nutzen zu zahlen (und nicht für quasi freundschaftliche Anwesenheit).

Beim »kostenfreien« BeWo standen als »besonders wichtig« und im Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern »besonders bedeutsam« die Gespräche im Vordergrund, sowie die Betreuungsbeziehung und die Verfügbarkeit der Betreuerinnen und Betreuer als »Medikament« gegen Einsamkeit und die Tristess des Alltags. Wenn jedoch die Verausgabung von Geld mitgedacht wird, gewinnen andere Hilfen an Gewicht: nämlich jene, die ganz konkreten Nutzen versprechen; das sind die Hilfen zur Alltagsbewältigung sowie Beratung in administrativen Dingen.

Die Klienten sind also zu einer moderaten Kostenbeteiligung bereit, und diese Kostenbeteiligung ist mit einer deutlichen Ressourcenorientierung bei den Klienten verschwistert.

Dies spricht – unabhängig von den Besonderheiten der Situation der hier befragten Personen – für die Beteiligung der Klienten an der Ressourcenverantwortung, d.h. für das Persönliche Budget, und insbesondere für jene Modelle, die einen Teil der nicht verausgabten Budgetmittel den Klienten belassen.

Der »Haken« dabei ist der einseitige Vorteil der Einsparung aufseiten des Kunden gegenüber dem Leistungsträger. Dagegen könnte eine »Rabattvariante« des Persönlichen Budgets nutzen.

Bei dieser Variante erhält der Klient nur einen Teil, sagen wir mal: die Hälfte des zugesprochenen Budget-Betrags in die Hand. Kauft er nun bei einem Mitglied des Gemeindepsychiatrischen Verbundes seine Leistungen ein, werden ihm diese vom Leistungserbringer um die besagten 50 % rabattiert, womit die Halbierung bei der Auszahlung ausgeglichen ist. Dem Leistungserbringer wird der eingeräumte Rabatt vom Kostenträger ausgeglichen. Gibt der Budgetnehmer nun einen Teil der ihm gewährten Mittel nicht aus, verbleiben sowohl bei ihm als auch beim Kostenträger jeweils 50 %, da der Kostenträger für diesen Teil dem Leistungserbringer den Rabatt nicht ausgleichen muss.

Das Modell lässt außerdem gespaltene Preise für Anbieter, die Mitglieder des GPV sind, und anderer Anbieter zu, indem diesen nicht

der volle Rabattausgleich zugestanden wird, da sie sich z.B. nicht an der Versorgungsverpflichtung und den sonstigen Qualitätskriterien des GPV halten (müssen). In dem Schaubild unten wurde der Einfachheit halber von einer 50%igen Kürzung ausgegangen.

ABBILDUNG 4 Rabattvariante des Budgets



Persönliche Budgets haben zudem den schönen Effekt einer begleitenden Zunahme an Selbstständigkeit, siehe auch den Beitrag von Dobslaw in diesem Band. Dies wurde in der vorliegenden Studie bei der kleinen Gruppe der Klienten deutlich, die von ihrem Träger ein flexibles Angebot erhielten, woraufhin sie zu Selbstzahlern wurden. Ihnen wurde ermöglicht, ihre Einkommens- und Vermögenssituation mit ihrem erlebten Hilfebedarf in Einklang zu bringen.

Daher mussten sie auch nicht übergangslos ihre Beziehungsperson und die gewohnte Hilfe aufgeben und waren so in der Lage, ihren Hilfebedarf zu erkennen, zu benennen und reduzierte Hilfe – häufig unterhalb der sog. »Hessischen BeWo-Schwelle« von 99 Stunden im Jahr – als für sie völlig ausreichende Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eine Befragung in Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten hat ergeben: viele Klienten gehen nötigen Hilfen wegen der Heranziehung bzw. aufgrund der Preise aus dem Weg. Dies spricht dafür

- auch die Personen mit Bedarf unterhalb der BeWo-Schwelle sind in der Hilfeplankonferenz vorzustellen.

- Die Hilfeplankonferenz muss nicht nur die Aufnahme aller Hilfen in der Region festhalten, sondern auch die Abmeldungen – und die Fälle, wo im Vorgriff auf Heranziehung erforderlicher Hilfen verzichtet wird.
- Die Hilfeplankonferenz muss darauf hinwirken, dass in jeder Region flexible Angebote für Selbstzahler entstehen (Versorgungsverpflichtung!)

Die Erbringung nicht mehr erforderlicher Hilfeleistungen, da die Nutzer als »laviert Selbstständige« bereits über die erforderliche Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit verfügten, drängt massiv auf Veränderungen in der Hilfeerbringung.

Möglich wäre eine top-down-Steuerungsmaßnahme, die den Charme hätte, schnell umsetzbar zu sein. So könnte eine generelle Reduzierung der Betreuungsstunden nach einem Zeitraum X vorgegeben werden sowie die Einführung einer jährlich zu erreichenden Abmelde-Quote von Y %.

Die Ergebnisse der Studie sprechen eher für weiche Übergänge im Einzelfall, ein »Ausschleichen« aus den Hilfen – und zwar in Form einer leicht zugänglichen und zugleich hoch flexiblen Hilfe bei variablem Bedarf. Dies könnte so aussehen.

Den Nutzerinnen und Nutzern wird gezielt eine »vorzeitige« Beendigung des BeWo möglichst »machtvoll« nahegelegt und frühzeitig signalisiert, und dies gilt auch für die Betreuungspersonen.

Zugleich erfolgt eine »Abfederung« durch die Einführung eines anhaltenden virtuellen Schutzraumes, z. B. in Form eines verbindlichen Kontaktstellenangebotes, in dem sich die Hilfen ausdünnen – mit dem klar geregelten Angebot einer jederzeit zugänglichen Beratung und Unterstützung, die selbstverständlich eine flexible Krisenberatung bzw. -hilfe einschließt. Dies setzt sicher und ausreichend finanzierte Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und integrierte Psychosoziale Zentren voraus!

Es wird somit ein sicher finanzierter, »freier Bereich« in integrierten Psychosozialen Zentren geschaffen, um einen gegebenenfalls noch bestehenden Hilfebedarf experimentell zu ergründen und um im Bedarfsfall einen schnellen Zugang zu Hilfen sicherzustellen.

Unter Umständen ist parallel dazu ein »leichter Druck« auf die Leistungsanbieter erforderlich, um »lavierte Selbstständigkeit« zu entpuppen.

Eine solche strukturelle Vorgabe für die Träger könne eine Hilfereduzierungsquote mit Zeitraumbezug sein, aus der die Leistungserbringer ablesen können, wann die Hilfen in welchem Umfang zu reduzieren sind. (Vertragstext: »Von den zum Zeitpunkt t_1 ins BeWo eingetretenen Personen erhalten zum Zeitpunkt t_2 x% Hilfen ausschließlich durch das offen ambulante, pauschal finanzierte Angebot«.)

Bei diesem Vorgehen erfolgt ein konsequenter Abschied von regelmäßigen Treffen und die Hinwendung zu einem Modus, bei dem die Hilfen jeweils situativ vom Klienten abzurufen sind – denn zwischen regelmäßiger proaktiver BeWo-Hilfe und dem nahezu völligen Verzicht auf eine »BeWo-ähnliche« Hilfe nach der Abmeldung liegt ein Bereich zwar notwendiger, aber zugleich vom Klienten selbst erfragbarer Hilfe. Darauf muss vorbereitet werden und diese muss legitim und leicht zugänglich sein.

Die Legitimität und Zugänglichkeit wird einerseits durch das offene, ambulante Angebot im Psychosozialen Zentrum hergestellt. Dies kann allerdings über eine weitere Maßnahme stark unterstützt werden.

Den Betreuten wird bei der deutlich inszenierten Beendigung des Betreuten Wohnens ein »Hilfescheckbuch« überreicht. Die begrenzt verfügbaren Schecks können gegen Dienstleistungen der Betreuer eingelöst werden.

Auf diese Weise wird von allen Beteiligten das Betreute Wohnen als zeitlich begrenzte Hilfe verstanden. Sowohl die zeitliche Begrenzung als auch die anschließend mögliche veränderte Hilfestellung werden bereits bei Aufnahme ins Betreute Wohnen mitgeteilt.

Neben der Veränderung von proaktiver zur nachfrageorientierter Hilfe erfolgt eine Hinwendung auf bisher untypische Hilfeformen.

Das könnten z.B. als Antwort auf die Erkrankungsbefürchtungen nicht die üblichen Hausbesuche, sondern regelmäßige Telefonate erfolgen.

Das Ergebnis sollte eine zeitlich nicht begrenzte, grundsätzlich (!) auch dauerhaft abrufbare Unterstützung sein, die jedoch im Umfang höchst variabel ist und langfristig in eine homöopathische Dosierung übergeht: z.B. Einladung zu einem Stammtisch, zu Festen, Anzeigen des Hilfebedarfs bei zufällig-nichtzufälligen Begegnungen im primären Sozialraum etc.

Der Gefahr, durch das Betreute Wohnen ein Sondermilieu zu schaffen, sollte durch ein verstärktes Engagement der Gemeindepsychiatrie im sozialen Umfeld begegnet werden. Ziel wäre, dieses Umfeld für

einen produktiven Austausch bzw. für Begegnungen mit den Betroffenen empfänglicher zu machen. Finanztechnisch könnte dies durch die Regel unterstützt werden, einen Teil der einzelfallbezogenen Finanzierung genau dafür einsetzen zu müssen, begleitet von der aktiven Beteiligung der Träger an sozialräumlichen Entwicklungen, der Beteiligung der Nutzer an solchen Entwicklungen und der Initiierung von »Sozio-Paten«. Dies sind aus dem sozialen Umfeld gewonnene Menschen, die sich für die Inklusion der Person bereit und mitverantwortlich erklären.

Es gehört zu den Aufgaben der Leistungsträger, den Leistungserbringern die Einführung bzw. den Erhalt solcher Strukturen zu ermöglichen. Umsetzen müssen es die Träger der Dienste und Einrichtungen – und natürlich die potenziellen Nutzer.

Frau Oswald: »Das Letzte muss man immer selbst mache, gell.«

Anmerkungen

1 Als Gründe für die Abmeldung nennen 13,9 % (N = 20) »Anlass, auf eigenen Füßen zu stehen« und 11,8 % (N = 17), die Hilfe sei »nicht mehr nötig«; darunter sind drei Doppelnennungen (N = 34; 23,6 %).

2 Diese Betreuungsmodelle hat Frau Gabriele Staub aus den Interviews herausgelesen. Ihr früher Tod hat es ihr nicht mehr ermöglicht, in einer geplanten Dissertation zu klären, ob dies real gelebte Betreuungsmodelle im Betreuten Wohnen sind.

Literatur

BÜCH, Eva-Maria; RÖLKE, Daniela (2008): Mitarbeiter für alle Fälle. BeWo-Betreuer aus Nutzersicht; in: Psychosoziale Umschau 4: 13–15
PEUKERT, Reinhard (2010): Abmeldungen aus dem Betreuten Wohnen in Hessen. Ankündigung von Heranziehung von Einkommen und Vermögen: Wirkungen, Konsequenzen. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1: 26–30

Reinhard Peukert ist emeritierter Prof. für Sozialmedizin und Sozialmanagement. Arbeitsschwerpunkte: Jugendforschung und Schulentwicklung, Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen in Wiesbaden, insbesondere im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung. Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der Aktion Psychisch Kranke, im erweiterten Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und Vorsitzender des Landesverbandes Hessen der Angehörigen psychisch kranker Menschen.

Danksagung

Der LWV Hessen und die LAG-Wohnen Hessen haben die Studie mit der Übernahme von Sachkosten ermöglicht, die FH-Wiesbaden mit einer Teilfreistellung des Studienleiters.

Untersuchungsgruppe

Eva Maria Büch, Andrea Koch, Daniela Rölke, Holger Thewald, Gabriele Staub † (Masterstudiengang maps Gemeindepsychiatrie)

Esther Braun, Elke Eva Janson, Rainer Kah, Petra Sander, (Diplomstudiengang Sozialmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie)

Studienleitung: Prof. Dr. Dipl.-Päd. Reinhard Peukert, Forststraße 6, 65193 Wiesbaden, reinhard.peukert@hs-rm.de



Psychosoziale Umschau

Das auflagenstärkste psychiatrische Infomagazin wird vom Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) und der Aktion Psychisch Kranke herausgegeben. Die Umschau informiert über aktuelle sozialrechtliche und gesundheitspolitische Fragen, Arbeits- und Rehabilitationsprojekte und ist unentbehrlich für alle, die aktiv an der Diskussion um die Verbesserung des psychiatrischen Hilfesystems teilnehmen. Mit jeweils eigenen Seiten für die Angehörigen-Selbsthilfe und die Psychiatrie-Erfahrenen haben auch alle jene einen festen Platz, denen die psychiatrische Versorgung dient.

»Die Psychosoziale Umschau ist das Forum des Trialogs. Immer aktuell und ausgewogen in den Themen und vor allem: lesbar! Unter den psychiatrischen Fachzeitschriften, die oft abstrakt, unverständlich und nur ausgewiesenen Fachleuten zugänglich sind, ist die Psychosoziale Umschau die große konkrete Ausnahme.« *Joachim Speicher, Der Paritätische Hamburg*

Ein Umschauabo kostet 30 Euro im Jahr, Studierende, Zivildienstleistende, Auszubildende zahlen 25 Euro. Ein E-paper-Abo kostet 25,00 Euro, 19,00 Euro für Geringverdienende.

Weitere Informationen zu den Zeitschriften des Psychiatrie Verlages finden Sie im Internet unter www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften.