

Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson

Klaus Obert

Mit dem Beitrag soll die Unabdingbarkeit des flexiblen, niederschweligen, ambulant aufsuchenden, an komplexen Problemlagen orientierten Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes in der Betreuung und Begleitung mit chronisch psychisch kranken Menschen zur Gewährleistung regionaler Versorgungsverpflichtung und Förderung des gelingenderen Alltags vermittelt und verdeutlicht werden. Die an der komplexen Problemlage ihrer Adressat/-innen ausgerichtete Methodik auf der Grundlage des Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes stellt an die in der Sozialpsychiatrie Handelnden eine besondere Herausforderung an ihre fachliche, persönliche und methodische Kompetenz dar. An Hand von drei Fallvignetten will ich die niederschwellige, auf Beziehung, Vertrauen und Kontinuität basierende Herangehensweise darstellen.

1. Leitlinien der Sozialpsychiatrie

Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen des Alltags- und Lebensweltorientierten Ansatzes (OBERT, 2001, S. 133–138). Beide stellen den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressatinnen und Adressaten, die Anerkennung der Würde des Gegenüber in seinem So-Sein und seiner Gewordenheit innerhalb eines sozialen Netzes sind die grundlegenden Voraussetzungen Alltags- und Lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns (Menschenbild).

Der Mensch wird darin als soziales Wesen gesehen mit der Aufgabe, in der Interaktion mit bedeutsamen Anderen und seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm allererst ermöglichen, das Aufgegebene (die Alltagsaufgaben) zu bewältigen und das Neue zu integrieren.

Wenn dieser Ausgleich und die dynamische Balance von Individuum und Umgebung auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen, die einen misslingenden Alltag wahrscheinlich werden lassen (THIERSCH 1996).

Der diesem Konzept aus der Alltagstheorie zugrundeliegende multifaktorielle Ansatz beruht auf der Prämisse des Zusammenwirkens von somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie prekären materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur

Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann) oder einen Erkrankungsrückfall auslösen kann (Verständnis von Gesundheit und Krankheit).

Wesentliches Ziel einer alltagstheoretisch, phänomenologisch und gleichzeitig politisch sich begründenden professionellen Praxis Sozialer Arbeit besteht darin, zu einem »gelingenderen Alltag« (Thiersch 1996) für den Einzelnen und seiner Umgebung in einer fachlich begründeten Weise derart beizutragen, dass die Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem von den Menschen zunehmend autonom bewältigt werden können.

2. Lebenslage (chronisch) psychisch kranker Menschen und die besondere Bedeutung der psychischen Erkrankung

Die Lebenslage der von den Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes betreuten und begleiteten (chronisch) psychisch kranken Menschen kennzeichnet sich wesentlich dadurch, dass sie sich am Rande des gesellschaftlichen Alltags befinden in prekären und brüchigen Konstellationen, d. h. in materieller Armut häufig in Verbindung mit Schulden, in prekären Wohnsituationen gepaart mit langfristiger Arbeitslosigkeit, Isolierung, Alleinsein und – weitgehend ausgegrenzt vom gesellschaftlichen Leben in wechselseitigem Zusammenhang mit der besonderen Bedeutung, welche die psychische Erkrankung im Leben der betroffenen Menschen einnimmt.

So sind z. B. 93 % der von den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis) in Stuttgart (2013) betreuten Menschen arbeitslos, 61 % leben alleine (und häufig isoliert), über 60 % haben Schwierigkeiten mit ihrer Wohnsituation, bzw. leben in prekären Wohnverhältnissen, 44 % leiden an einer schizophrenen Störung, 22 % an einer affektiven Störung, 12 % an einer Persönlichkeitsstörung.

Vorrangig geht es in der sozialpsychiatrischen Arbeit um jene psychisch erkrankten Menschen, die sich häufig schwertun, ihre Erkrankung in die Bewältigung von Alltagsaufgaben zu integrieren (in der medizinischen Sprachweise mit dem eher diskriminierenden Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht versehen); psychisch kranke Menschen, die von weitgehender gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen sind und gleichzeitig aber einen hohen und komplexen Hilfebedarf aufweisen. Deshalb findet konsequenterweise die Begleitung und Betreuung dieser Menschen in der Form einer flexiblen, ambulant aufsuchenden Tätigkeit in der Lebenswelt der Adressaten statt.

Der Umgang der Klient/-innen mit ihrer psychischen Erkrankung bestimmt die Lebenslage und individuelle Lebensführung der Betroffenen nicht unwesentlich mit und ist in der Regel der Anlass für das professionelle Tätigwerden.

Die psychische Erkrankung ist eng verflochten mit dem Alltag der Betroffenen und ihrer Umgebung. Die Komplexität der Lebenswelt nimmt Einfluss auf die psychische Erkrankung. Umgekehrt nimmt die Erkrankung Einfluss auf die Gestaltung und die Bewältigung des Alltags.

Im professionellen Handeln geht es darum Wege zu finden, damit psychisch kranke Menschen realitätsorientierter und angemessener mit der psychischen Er-

krankung im Alltag zurechtkommen. Die Einschränkung der Wahrnehmung und Auseinandersetzungsfähigkeit geht in nicht wenigen Fällen so weit, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zumindest in der Interaktion mit der Umgebung von den Betroffenen so nicht gesehen ja geradezu abgelehnt wird.

Die Formen des Umgangs der Betroffenen mit der Erkrankung gehen fließend ineinander über, wobei das Ziel des professionellen Tätigseins immer ein selbstbestimmterer Umgang mit der Erkrankung ist. Erforderlich dafür ist eine alltagsbezogene, reflexive, pragmatische Orientierung, welche die Verringerung des Leidensdrucks und die damit zusammenhängenden sozialen Folgen für die Betroffenen und für das jeweilige soziale Umfeld zum Ausgangspunkt und zum Ziel haben. Es geht um die Suche nach Umgangsweisen, die in den gegebenen Möglichkeiten das Aushalten und Zusammenleben gestatten und die Lebensqualität fördern. Voraussetzung dafür ist aber der Aufbau und die Pflege eines stabilen Kontaktes und einer von Kontinuität getragenen Vertrauensbeziehung.

An den folgenden Fallbeispielen sollen diese theoretischen Erläuterungen konkretisiert werden. Es handelt sich um drei typische Fallbeispiele aus dem sozialpsychiatrischen Alltag; das eine bezieht sich ausschließlich auf die oft mühselige und zeitaufwendige Entstehung eines Kontaktes und einer Beziehung, die beiden andern schildern den Verlauf sozialpsychiatrischer Arbeit in der Lebenswelt der Betroffenen. Darin wird deutlich, dass langfristige, kontinuierliche Beziehungen konstitutiv sind und nur darüber Vertrauen entstehen kann.

3. Fallbeispiele

Herr K.: Eine schwierige und sperrige Anfangssituation

Anfragesituation:

Die Leiterin der Angehörigengruppe schildert uns die Anfrage eines Vaters, der sich in seiner Not an sie gewandt hatte. Sie bittet uns um Unterstützung des Vaters.

Der Vater von Herrn K. ruft danach umgehend an und erzählt ausführlich sein Problem: Sein Sohn, 40 Jahre alt, war wegen einer paranoiden Psychose, in deren Verlauf er gegenüber einer anderen Person tötlich wurde, zwangsuntergebracht. Nach der Entlassung habe Herr K. mit seiner Unterstützung eine Wohnung im Einzugsgebiet unseres SpDis bezogen. Nach und nach sei er wieder paranoid geworden, fühle sich vom Geheimdienst verfolgt und sei davon überzeugt, dass der Vermieter, der unter ihm wohne und ein weiterer Mieter im Hause, die Aktivitäten der Verfolger unterstützen. Deswegen sei es auch schon zu lautstarken und fast tätlichen Auseinandersetzungen zwischen den Hausleuten und seinem Sohn gekommen. Die Vermieter hätten ihm (Vater) am Telefon mitgeteilt, dass sie wegen dieser Vorfälle und des Rückstandes zweier Monatsmieten eine Kündigung mit Räumungsklage in Erwägung zögen. Er fühle sich völlig hilflos. Sämtliche Versuche, mit seinem Sohn aus seiner Sicht vernünftig zu reden, seien gescheitert. Er wisse nicht mehr weiter und bittet uns um Unterstützung und Hilfe.

Schnelle Entscheidungen und zügiges Handeln

Die Situationsschilderung lässt auf eine akute Erkrankung schließen. Nach den Angaben des Vaters sind Selbst- und Fremdgefährdung nicht mehr auszuschließen. Ich versichere ihm, mich umgehend wegen der drohenden Kündigung mit Räumungsklage und wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit seinem Sohn in Verbindung zu setzen. Der Vater ist damit einverstanden, dass ich mich bei der Kontaktaufnahme auf ihn beziehen könne. Er bedankt sich für die schnelle Unterstützung. Wir vereinbaren, telefonisch miteinander in Verbindung zu bleiben.

Aufgrund der zugespitzten Lage, die dem Bericht des Vaters zu entnehmen war, entschließen wir uns außerdem, parallel zu Herrn K. mit den Vermietern Kontakt aufzunehmen, um über deren Informationen mehr über die aktuelle Situation zu erfahren und ein umfassenderes Bild als Grundlage für eine adäquate Entscheidung herstellen zu können. Die Vermieter bestätigen die Informationen des Vaters und sind zunächst einmal beruhigt, dass der SpDi miteinbezogen wurde. Sie wollten sich wieder an uns wenden, wenn irgendetwas vorkommen sollte. Gleichzeitig entschließen wir uns nach reiflicher Überlegung, prophylaktisch mit dem Amt für öffentliche Ordnung Kontakt aufzunehmen. Wir vereinbarten mit dem Amt für öffentliche Ordnung, gemeinsam einen Besuch bei Herrn K. abzustatten, falls Herr K. keinen Kontakt zuließe. Von dort werden unsere zügig getroffenen Maßnahmen unterstützt, da seit kurzem ein Polizeibericht vorliegt, aus dem hervorgeht, dass er an einer Fußgängerampel gegenüber einer Frau tötlich wurde, weil sie nach seinen Worten mit dem Geheimdienst in Verbindung stehe. Gleichzeitig wurden leichtere Schnittwunden an seinen Unterarmen von der Polizei festgestellt, die auf Suizidversuche schließen lassen. Im Verlauf des später entstandenen Kontaktes teilten wir Herrn K. mit entsprechender Begründung diese verschiedenen Informationen und deren Quellen mit.

Die ersten Termine im SpDi und die langsame Entstehung einer Beziehung

Auf die schriftliche Einladung erscheint Herr K. zum Termin. Ein Gespräch über seine psychische Erkrankung ist überhaupt nicht möglich. Obwohl er ein großes Bedürfnis hat, seine »Geschichten« loszuwerden, hätte die Konfrontation mit seinen Phantasien und Wahnideen in den ersten Gesprächen sofort wieder zu einer Beendigung des Kontaktes geführt. Selbst nach geraumer Zeit gestaltete sich das Gespräch zu diesem Thema immer noch äußerst schwierig. Der Versuch, ihn einmal direkt darauf anzusprechen, ob ihm vielleicht Medikamente helfen könnten, dass er schon des Öfteren in stationärer psychiatrischer Behandlung war und seine Ideen eventuell mit seinem Innenleben zu tun haben könnten, führten zum direkten Abbruch des Gespräches. Seine Antwort war deutlich: Er habe eine Ausbildung zum Krankenpflegehelfer in der Psychiatrie absolviert. Da bräuchte ich ihm nicht sagen, was psychische Erkrankungen sind. Er wisse dies. Und er wisse auch, dass

er nicht psychisch krank sei. Nach verschiedenen Einladungsschreiben meinerseits nahm er den Kontakt jedoch wieder auf.

Nur die Räumungsklage und die noch bestehenden Restschulden bei ehemaligen Bekannten konnte er als Thema zulassen und mit mir bearbeiten. Gleichzeitig entschied ich nach Rücksprache im Team, mich nur auf diese Themen einzulassen, da in der Anfangsphase nur darüber ein kontinuierlicher Kontakt und eine Vertrauensbeziehung entstehen konnten. Durch Absprachen mit den Gläubigern konnte ich ihn konkret darin unterstützen, dass ihm die Restschulden erlassen wurden.

Ebenso erfuhr er konkrete Hilfe bei der Räumungsklage. Wir suchten mit ihm zusammen einen Rechtsanwalt. Wir berieten und unterstützten ihn in seiner Entscheidung, sich um eine neue Wohnung zu bemühen. Die Informationen über die dazu erforderlichen Schritte erhielt er ebenfalls über uns. Nachdem über den städtischen Vermieter ein Wohnungsangebot vorlag und er dieses annehmen konnte, wurde der konkrete Umzugstermin mit ihm festgelegt und der Umzug mit ihm durchgeführt. Die konkrete Hilfe führte in Verbindung mit Gesprächen über sein Identitätsproblem als Mann sowie dem Anhören seiner Wahnideen im Verlauf eines Jahres zu einer stabilen Vertrauensbeziehung. Die Termine fanden ca. ein- bis dreimal pro Woche statt.

Allerdings bedurfte es auch hier einer langen Anlaufphase und einem nicht drängenden, aber doch stetigen Insistieren auf dem Kontakt, da er in den ersten Monaten die Hälfte der Termine nicht wahrnahm und wir ihn immer wieder von Neuem einladen mussten. Mit dem Umzug in die neue Wohnung war die Anfangsphase nach etwas mehr als einem Jahr beendet.

Zusammenfassung

Aufgrund der ersten Informationen waren schnelle Entscheidungen und schnelles Handeln erforderlich. Ein längeres Abwarten schien uns zu riskant angesichts der Tatsache, dass wir Herrn K. noch nicht kannten und der vorliegenden Informationen: Drohende Wohnungslosigkeit, gereizte und angespannte Lage im Hause, eine nicht allzu lange zurückliegende Zwangsunterbringung, die mit Tätlichkeiten einherging. Deswegen erfolgten auch Anrufe bei den Vermietern und dem Amt für öffentliche Ordnung, bevor wir Kontakt mit ihm aufnahmen. Um eine fundierte Entscheidung zur ambulanten Betreuung treffen zu können, war das Einholen dieser Informationen erforderlich.

Mit der Beratung und Bearbeitung konkreter existentieller, lebensweltorientierter Probleme (Kündigung und Räumungsklage sowie Schulden) in Verbindung mit der Beratung seiner seelischen Notlagen konnte langsam eine tragfähige Beziehung entstehen. Das Thema psychische Erkrankung in Kombination mit medikamentöser Behandlung durfte dabei nicht berührt werden, um das entstehende Vertrauen nicht wieder in Frage zu stellen.

Im Unterschied zu vielen anderen typischen Fallsituationen in der Sozialpsychiatrie bedurfte es bei Herrn K. weniger direkter alltagspraktischer Hilfen, da er nach entsprechender Beratung in der Lage war, die notwendigen Aktivitäten und

Gänge selbständig zu erledigen. Beratung und Rückversicherung mit uns genügten ihm dabei.

Die anfängliche Notwendigkeit, sich umgehend und ohne sein Wissen mit den anderen Beteiligten und dem Amt für öffentliche Ordnung in Verbindung zu setzen, nahm mit der Entstehung der Beziehung zu Herrn K. ab bzw. konnte, falls erforderlich, mit seiner Erlaubnis erfolgen.

Wesentliche Elemente des sozialpsychiatrischen Handelns bestehen während der Anfangsphase grundsätzlich in folgenden Haltungen und Handlungen:

- Offenheit und Klarheit: Wer sind wir? Welche Aufgaben erfüllen wir, und in welcher Funktion nehmen wir den Kontakt auf?
- Vorsichtiger und sorgsamer Aufbau einer Beziehung, nachdem abgeklärt ist, ob aufgrund akuter Anlässe sofort gehandelt werden muss oder nicht (erfassen der Situation),
- sorgfältiges Beobachten und Nachfragen, Bearbeiten dringender Angelegenheiten, Kooperation mit anderen Einrichtungen und beteiligten Personen,
- kontinuierliches Dranbleiben aufgrund des Wissens um die schwierigen Situationen und vorsichtiges Insistieren auf einem Kontakt trotz einiger Fehlversuche,
- Ernst- und Wichtignehmen der anfragenden Personen und der Betroffenen, die gesamte Situation im Auge haben und strukturieren, d. h. die seelischen Notlagen, den Alltag, die unterschiedlichen Lebenslagen und die schwierigen Bewältigungsversuche,
- die Abstimmung und Reflexion der Situation und unseres Vorgehens im Team: informelle Gespräche zwischen »Tür und Angel«, z. B. nach Hausbesuchen und in den Fallbesprechungen des SpDis.

Diese verschiedenen Aspekte zusammengenommen führten letztlich zu einem Einstieg und zum situationsangemessenen Aufbau einer kontinuierlichen Betreuungsbeziehung mit sukzessivem Aufbau einer Vertrauensbeziehung.

Herr Sch.: Psychische Erkrankung und Alkoholabhängigkeit – Isoliert, einsam ohne Beziehungen zur Außenwelt

Herr Sch. ist 55 Jahre alt, lebt in einer einfachen Einzimmerwohnung im Stadtzentrum im Rahmen des Betreuten Wohnens und fristet sein Dasein mit Grundversicherung. Seit über 20 Jahren befindet er sich in Betreuung durch sozialpsychiatrische Hilfen.

Herr Sch. erkrankte am Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter an einer Paranoia mit starken depressiven Stimmungsschwankungen. Er selbst geht davon aus, dass er unter Autismus leidet, was er mit seiner hohen Intelligenz und seinen zwanghaften Zügen in der Gestaltung von lapidaren Alltagsangelegenheiten in Verbindung bringt. Zahlreiche eher kurze stationäre Behandlungen in Folge von suizidalen Handlungen oder von Volltrunkenheit brachten de facto keinen Erfolg, ebenso wenig verschiedene medikamentöse Behandlungen.

Als jüngster Sohn wurde er von seiner Mutter verwöhnt und überfürsorglich behandelt. Seine Mutter und er waren besonders beeinträchtigt durch die alkoholbedingten Wutausbrüche seines Vaters, der an den Folgen der Alkoholerkrankung starb, als Herr Sch. 24 Jahre alt war. Dadurch und durch den Auszug der beiden Geschwister aus der elterlichen Wohnung wurde das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn noch intensiver. Die symbiotische Beziehung verfestigte sich mehr und mehr bis zum Tod seiner Mutter vor etwa zehn Jahren mit der Folge von noch mehr Isolation, mit selbstverursachter Ausgrenzung und noch intensiveren Alkoholexzessen.

Die aktuelle Lebenslage sieht folgendermaßen aus: Er hat noch nie versicherungspflichtig gearbeitet, lebt von Grundsicherung und vollständig trotz intensivster Bemühungen unsererseits ohne private Kontakte und Beziehungen. Wenn er allein aus dem Haus geht, benötigt er fast immer die Wirkung des Alkohols, um sich genügend Mut anzutrinken, sich der Öffentlichkeit auszusetzen. Mit fremden Menschen Kontakt aufzunehmen, ist für ihn eine Qual. Diesem wechselseitigen Prozess von Isolierung, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstaussgrenzung, paranoiden Interpretationen der ihn umgebender Realitäten und kompensatorischen Alkoholexzessen liegt auch die Misere der Wohnproblematik begründet. Die Wirkung heftiger Alkoholeskapaden besteht in der Absenkung der Tolleranzschwelle gegenüber aggressiven Wutausbrüchen, die fast ausschließlich in intensive Ruhestörung durch heftigsten Lärm münden (Schreien, überlaute Heavy Metall Musik, provozierendes Verhalten im Treppenhaus). Zwischenzeitlich ist er in der Lage, zu akzeptieren, dass für die Eskalation einer Auseinandersetzung immer zwei Seiten gehören und er nicht unerheblichen Anteil daran hat. Trotzdem führte sein Verhalten in den vergangenen acht Jahren zu drei Zwangsumzügen, die wir mit ihm durchführen mussten, weil die Situation in der jeweiligen Wohnumgebung weder für die Nachbarn noch für ihn tragbar war.

Daneben ist eine Verwahrlosung der Wohnung zwar festzustellen, jedoch weder für ihn noch für uns besonders bedeutsam. Er lebt damit und scheint nicht darunter zu leiden, obwohl die Wohnung einen verschmuddelten Eindruck hinterlässt. Aus hygienischen Gesichtspunkten kann der Zustand jedoch jeder Zeit verantwortet werden.

Die Sozialpsychiatrischen Hilfen sind zur zentralen Anlaufstelle für alle Probleme und Fragen geworden. Trotz heftiger Auseinandersetzungen mit kurzen Kontaktabbrüchen entstand eine enge und intensive Vertrauensbeziehung, die es gleichzeitig erschwert, ihn seinem Schicksal zu überlassen. Vielleicht wird er gerade dadurch in seiner Verselbständigung eher behindert. Andererseits haben wir in häufigen Fallbesprechungen und Supervisionen diesen Weg notgedrungen eingeschlagen aufgrund der mit ihm erlebten Erfahrungen und der daraus gemeinsam abgeleiteten Hypothesen und Interpretationen, die wir mit ihm erörtert haben.

Frau O.: Eine enge und kontinuierliche Vertrauensbeziehung trotz mangelnder bis fehlender Krankheitseinsicht

Frau O. ist 65 Jahre alt, geschieden, lebt von Grundsicherung allein in einer kleinen Mietwohnung in einem sozialen Brennpunkt und wird seit 20 Jahren ohne Unterbrechung von ambulanten Sozialpsychiatrischen Hilfen betreut und begleitet.

Frau O. erkrankte mit etwa 30 Jahren an einer schizophrenen Psychose. Sie befand sich mindestens 20 Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung, früher häufig über Zwangseinweisungen. Die stationären Unterbringungen sind im Verlauf der intensiven ambulanten Betreuung kontinuierlich zurückgegangen. Zwangsweise Unterbringungen sind nicht mehr erforderlich.

Der Kontakt und die nach und nach entstehende enge Vertrauensbeziehung ergaben sich aus der konsequenten und kontinuierlichen Unterstützung in allen sozialanwaltlichen, alltagspraktischen und gesundheitlichen Frage- und Problemstellungen. Diese Tätigkeiten (in Krisensituationen häufig täglich) umfassen Interventionen beim Sozialamt, bei der Krankenkasse, Hilfen im Haushalt, bei der Begleitung zum Arzt und bei häufigen Aufenthalten im Tageszentrum des Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ).

Die während akuten psychotischen Krisenphasen völlig verwehrte Wohnung musste in den ersten acht Jahren der Betreuung anschließend immer wieder gemeinsam mit ihr bewohnbar gemacht werden. Auf die Frage, warum sie immer wieder in psychotische Akutphasen abgleiten müsse und sie damit die ihr so wichtige Wohnung immer wieder in Frage stellt, bestand ihre Antwort in den für sie nicht oder nur sehr schwer zu ertragenden Nebenwirkungen der Neuroleptika. Unsere Vermutung: Die Steigerung ihres Lebensgefühls und ihres Antriebes zu Beginn der akuten Phase der Psychose gegenüber depressiven Verstimmungen, Antriebsproblemen und Nebenwirkungen der Medikamente.

Frau O. nahm schließlich regelmäßig an den Freizeiten, den Aktivitäten des Tageszentrums, am Arbeitsprojekt teil und stimmte der freiwilligen Geldverwaltung zu, was endlich zur Vermeidung der permanenten Mittellosigkeit führte.

Trotz der stabilen Vertrauensbeziehung zwischen Frau O. und dem GPZ wurden die Abstände zwischen den Klinikaufenthalten immer kürzer. Wir fragten uns, was wir falsch gemacht haben könnten und künftig anders gestalten müssten. War die Betreuung und Einbindung von Frau O. in die Aktivitäten des GPZ für sie zu eng und zu bedrohlich geworden? Erlebte sie uns als zu mächtig und bevormundend angesichts der Tatsache, dass wir zudem noch ihr Geld verwalteten? War die Grenze des ihr (von uns) zugestandenen Rechtes auf (krankheitsbedingte) Verwehrlosung erreicht und die zum fürsorglichen Handeln überschritten?

Da die Entwicklung für sie selbst nicht nachvollziehbar war, mussten wir handeln. Im Sommer bestand eine Gesundheitsgefährdung durch verdorbene Lebensmittel und Ungeziefer. Ein Reinigungsdienst konnte nicht herangezogen werden. Sie befürchtete – sicher nicht zu unrecht – bei einer schnellen Grundreinigung zu viele Gegenstände, die für sie eine Bedeutung hatten, zu verlieren. Wir trafen im

Team die Entscheidung, ihr Recht auf krankheitsbedingte Verwahrlosung nicht mehr zu akzeptieren

Erst die zunehmende Gesundheitsgefährdung, die immer offenkundiger werdende krankheitsbedingte Überforderung von Frau O., ein von ihr ab und zu in Nebensätzen oder auf direktes Nachfragen geäußertes Leidensdruck sowie die inzwischen vorliegende Wohnungskündigung, ließen die Entscheidung zu, das Recht auf Verwahrlosung in Frage zu stellen und einen anderen Weg einzuschlagen: Das Arbeitsbündnis zwischen Frau O. und uns, auf dem sich die weiteren Schritte aufbauten, zielte darauf ab, die Wohnung für sie zu erhalten. Dies war ihr vorrangigstes Interesse gegen eine Unterbringung im Heim.

Über die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung zur Regelung der Geldangelegenheiten wollten wir Mittellosigkeit und Schulden vermeiden, da die freiwillige Geldverwaltung durch uns nicht mehr funktionierte. Über die Aufenthaltsbestimmung wollten wir Frau O. schon zu Beginn einer akuten psychotischen Phase in stationäre Behandlung bringen. Zum einen wäre dann die Wohnung noch nicht völlig verwahrlost und zum anderen wäre aufgrund der Krise im Anfangsstadium nur eine kurze stationäre Behandlung erforderlich gewesen. Aufgrund der mangelnden bis fehlenden inneren Akzeptanz und Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung erhofften wir uns, ihr über einen von außen eingeleiteten und durchgeführten Weg, der ihr einen Teil der Verantwortung abnahm, eine äußere Stütze einzurichten. Des Weiteren versprachen wir uns über die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers qua Amtes eine zusätzliche Einflussmöglichkeit hinsichtlich einer kontinuierlicheren medikamentösen Behandlung. Frau O. stimmte dem Vorgehen zu, weil sie ihre Wohnung behalten wollte.

Ansonsten änderte sich an der Betreuung und Begleitung durch das GPZ nichts, was Frau O. wichtig war. Stationäre Aufenthalte wurden durch diese Absprachen kaum noch erforderlich und wenn, dann ging sie von sich aus ins Krankenhaus. Sie erkennt ihre Erkrankung zumindest so weit an, dass sie Medikamente in geringer Dosis einnimmt und dadurch auch weniger unter Nebenwirkungen leidet

Wenn wir sie jetzt nach ihrer Befindlichkeit fragen, antwortet sie, dass es ihr besser gehe und sie mit dem jetzigen Leben doch ganz zufrieden sei. Zudem habe sie wieder einen Freund gefunden und sei froh, nur noch selten in die Klinik zu müssen. Sie verfügt insgesamt zweifellos trotz eines Lebens auf »Messers Schneide« wieder über ein breites Spektrum an Überlebensstrategien.

Diskussion

Bei Herrn Sch. drängen sich der von ihm ausgehende Lärm und die Ruhestörung immer wieder in den Vordergrund. Das stellt uns vor die Frage, ob und wie lange die Umwelt diese Situation noch akzeptiert und ertragen kann, hinter der alle anderen Lebensbereiche trotz ihrer Problematik in Hintergrund treten.

Selbstverständlich bestimmt die direkte Umgebung den Gradmesser, ob und ab wann Lärm als Ruhestörung empfunden wird. Selbstverständlich taucht das Pro-

blem als solches in billigem, schlecht isoliertem Wohnraum schneller und heftiger auf als in einer »einsamen Hütte im Weinberg.« Die Hellhörigkeit der Wohnungen verweist gleichzeitig darauf, in welcher sozialen Umgebung jemand lebt. Hier ist von Vorteil, dass Menschen in prekären Verhältnissen Störungen durch die Nachbarn eher und länger aushalten als in kleinbürgerlichen. So entsteht und besteht in sozialen Brennpunkten nicht selten ein Klima gegenseitiger, instrumentell bedingter Akzeptanz, worauf sowohl Herr Sch. wie Frau O. angewiesen sind. Ohne diese hätten beide die Wohnung schon viel früher und öfters verloren. Die wichtige Funktion und Aufgabe der sozialpsychiatrisch Tätigen besteht im aushandeln und vermitteln mit und unter den beteiligten Akteuren, um ein Miteinander (oder wenigstens ein Nebeneinander) zu ermöglichen. Allerdings kann auch dies an Grenzen stoßen

Ist Vermittlung nicht mehr möglich wie bei Herrn Sch. haben sozialpsychiatrische Hilfen im Kontext der Versorgungsverpflichtung die Aufgabe die Unterstützung auf der Straße oder in der Notunterkunft oder im Hotel zu erbringen.

Eine gesetzliche Betreuung wäre in diesem Fall zum Scheitern verurteilt, da er sich dieser entziehen und die Zusammenarbeit ablehnen würde. Ein Versuch in diese Richtung ist schief gegangen.

Im Gegensatz dazu Frau O.: Eine von Beginn an intensive, umfassende, auf quasi allen Lebensbereiche ausgeweitete therapeutisch-pädagogische Begleitung und Unterstützung führten nach langer Zeit und über viele Umwege zur Stabilisierung ihrer gesamten Lebenslage. Bei Frau O. handelt es sich geradezu um ein klassisches Beispiel alltags- und lebensweltorientierter sozialpsychiatrischer Arbeit. Das gesamte Repertoire und Register mit entsprechender situationsabhängiger und -bedingter Prioritätensetzung musste aus dem Methodenkoffer sozialpsychiatrischen Handelns ausgepackt werden, um ihre psychische, körperliche und soziale Befindlichkeit zu stabilisieren und ihren Verbleib im Gemeinwesen zu konsolidieren und zu sichern.

Sowohl bei Frau O. wie bei Herrn Sch. – beispielhaft und stellvertretend für den sozialpsychiatrischen Alltag überhaupt – bestätigt und offenbart sich klar und offensichtlich die grundlegende und unabdingbare Bedingung, um überhaupt erfolgreich arbeiten zu können: der Aufbau und die Pflege von kontinuierlichen Beziehungen, die Herstellung von Vertrauen in Verbindung mit der Haltung, nicht aufzugeben sowie die Vermittlung von Zuverlässigkeit und Sicherheit.

Dies gilt gerade und vor allem in schwierigen Krisenphasen, in denen der Kontakt vom Betroffenen einseitig aufgekündigt wird. Gerade dann geht es darum, dranzubleiben, immer in der Spannung des »sich Aufdrängens« (fürsorgliche Belagerung) und »vornehmer Zurückhaltung«. Es versteht sich von selbst, immer wieder zu erläutern und zu vermitteln, warum wir uns nicht heraushalten und verabschieden, sondern einfach da sind und nicht der Ablehnung des Kontaktes Folge leisten (wollen).

4. Sozialpsychiatrische Handlungsmaxime und Haltungen

Sozialpsychiatrisches Handeln orientiert sich an den Ressourcen des Menschen, so gering diese im Einzelfall auch immer sein mögen, ohne Defizite auszublenden und findet in der Lebenswelt, im Alltag der Menschen statt. Es ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant Unterstützungsleistungen mit Phantasie und Kreativität. Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und »stiehlt sich nicht davon« unter der an dieser Stelle unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (in der Konsequenz zur Verwahrlosung und Verelendung). Sozialpsychiatrisches Handeln hat das Ziel zur Emanzipation, zur Erweiterung der inneren und äußeren Austauschfähigkeit von Menschen sowie der damit verbundenen Handlungsrahmen beizutragen (Empowerment: vgl. AMERING, SCHMOLKE, 2007; KNUF, SEIBERT, OSTERFELD, 2007) und versucht sie über die Erweiterung von Teilhabechancen und Sozialraumorientierung verstärkt sozial zu integrieren. Letztlich ist sozialpsychiatrisches Handeln eine ethisch-moralische, gesellschaftskritische Arbeit mit dem Ziel der Veränderung konkreter gesellschaftlicher Verhältnisse in Richtung mehr sozialer Gerechtigkeit und Demokratie – und immer ausgehend vom Einzelfall.

Sie ist gleichzeitig eine Herausforderung gegen eine Welt von Ausgrenzung, Objektivierung und so genannte Einfachlösungen. Gemeint sind damit z. B. die .Medikalisierung einer komplexen Problemlage, oder die Individualisierung/Psychologisierung unzumutbarer materieller-sozialer Bedingungen und das damit verbundene Risiko der einseitigen Anpassung des Menschen an gegebene gesellschaftliche Verhältnisse. Sozialpsychiatrisches Handeln ent-institutionalisiert, damit die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickeln und erweitern können (Salutogenese: ANTONOVSKY, 1997; THIERSCH 2014).

Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln nimmt auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf das Gemeinwesen mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Veränderung des Gemeinwesens und nicht einer einseitigen Anpassung der Betroffenen an die oft unzumutbaren harten, alltäglichen Lebensbedingungen. Dies geschieht über Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit und Kooperation, Organisationsentwicklung und Steuerung sowie kommunalpolitische Einmischung.

Die Methodik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie und deren Verständnis folgt der einfachen Logik von der Feststellung des Hilfebedarfs bei und mit dem Betroffenen und des Umfeldes (Nachbarn, Angehörige, Gemeinwesen, Kooperationspartner) zur Planung der Hilfen und ihrer Umsetzung mit dem entsprechenden Handeln und dessen (selbst-)kritischer Reflexion. Die Realisierung der Abfolge gestaltet sich in der praktischen Arbeit ungleich schwieriger und komplexer, da sozialpsychiatrisches Handeln unter komplexen Voraussetzungen stattfindet, die der Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen darstellen.

Zur Umsetzung dieser Methodik, dieses Herangehens braucht es deswegen folgende unabdingbaren Handlungsweisen mit den dahinter stehenden Haltungen:

Um mit misstrauischen, zurückgezogenen, oft antriebsarmen, oft vom Leben enttäuschten Menschen, die zudem noch nicht selten unangenehme Erfahrungen mit Institutionen, Behörden oder auch im Umgang im Privatbereich gemacht haben, in Kontakt zu treten, ist Fingerspitzengefühl erforderlich, Phantasie, Kreativität, Geduld, Zeit (auch für Umwege, gleichsam eines Wüschelrutengängers) auf der Basis einer hohen fachlichen Kompetenz gepaart mit Erfahrungen in der Psychiatrie wie in Gemeinwesenarbeit. Niederschwellig, ambulant aufsuchend tätig zu sein, heißt auch und vor allem Empathie, vorsichtig und sensibel vorzugehen, aber auch mit (sanfterm und auch intensiverem Druck), immer im Respekt vor der Würde und der Anerkennung des Eigensinns des Gegenüber, Offenheit und Klarheit.

Um sich offen, echt und transparent auseinandersetzen zu können, bedarf es belastbarer Beziehungen, die wiederum auf der Entstehung und der Pflege von Vertrauen möglich sind. Die damit einhergehende Beziehungskontinuität, ganz gleich wie intensiv die Kontakte im Einzelfall erforderlich sind, schafft beim Gegenüber Verlässlichkeit, Sicherheit, Klarheit, sich eben auf den Professionellen verlassen und damit auch letztlich auf Hilfe einlassen zu können.

Ein solches Vorgehen, einen derartige Alltags- und Lebenswelt orientierte Herangehensweise benötigt sicher Methoden und auch medizinisch-psychiatrische Kompetenz. Erfolgreich ist sie jedoch nur, wenn sie als Grundlage die beschriebenen und in den Fallbeispielen nochmals deutlich gewordenen Regeln und Maxime des Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes als Grundlage hat. Oder – abschließend – wie es THIERSCH (2014, S.15) formuliert:

»Gegen (solche) massiven Intentionen einer zunehmend neoliberal geprägten Gesellschaft stehen die Prinzipien einer lebensweltorientierten Arbeit. Diese braucht Zeit, um Verständnis und Vertrauen aufzubauen, sie braucht Zeit für Umwege, um Veränderungen möglich zu machen, zu ihnen zu ermutigen und sie durchzuhalten. Sie braucht Ressourcen, um Verhältnisse auszuhalten auch da, wo sie nur wenig veränderbar sind. Sie braucht Raum für die Adressaten ebenso wie für die eigene Arbeit, die nicht unter dem Diktat rascher Effektivität stehen kann, sondern im Horizont der Verbesserung in den mühsamen Stufen, die zu einem gelingenderen Alltag führen.«

Psychisch kranken Menschen fällt es aus unterschiedlichen Gründen (Erfahrungen mit gesellschaftlichen Strukturen, Behörden, Umfeld, Erkrankung) in vielen Fällen und Situationen schwer, sich auf Kontakte einzulassen, Beziehungen zuzulassen und auf einer weiteren Stufe Vertrauen zu entwickeln. Dafür sind Zeit, Ressourcen und kompetentes, professionelles, Alltags- und Lebenswelt orientiertes Handeln erforderlich. Beziehung, Vertrauen und damit letztlich auch Hilfeplanung – so weit wie möglich mit den Betroffenen – können nicht einfach technisch, technokratisch, sozusagen vom Schreibtisch aus geplant werden. Beziehungen und Vertrauen entstehen im Zusammenwirken verschiedenster sich gegenseitig bedingender Faktoren und Gründe. Gleichzeitig sollte aber daran erinnert werden,

Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson

Tab. 1 Übergreifende Haltungen und Handlungsweisen oder die Arbeit in und mit Widersprüchen und Gegensätzen (OBERT, 2001, S. 420f.):

Das Individuum steht im Zentrum des Handelns: Dies bedeutet Wahrung von Respekt und Achtung seiner Würde gegenüber den Betroffenen und dem Umfeld, auch in schwierigsten Situationen (Personenorientierung).	<i>Aber auch:</i>	Kontinuierliche und enge Miteinbeziehung des Umfeldes und professioneller Dienste und Einrichtungen: Dies bedeutet, Ressourcen zu erschließen, aufrechtzuerhalten und zu vernetzen sowie Zusammenarbeit und Koordination (Vernetzung).
Autonomie so weit wie möglich bei den Betroffenen belassen: Dies bedeutet, immer wieder Kompromisse auszuhandeln und im Einzelfall wieder „von vorne“ zu beginnen (verhandeln statt behandeln).	<i>Aber auch:</i>	Klare und eindeutige Übernahme von Verantwortung, falls Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen oder nicht mehr ausgeschlossen werden können (Grenzen partnerschaftlichen Aushandelns und Pflicht zu stellvertretendem Sorgehandeln).
Die Realität der Betroffenen und wie sie diese wahrnehmen mit ihnen reflektieren und als Realität der Betroffenen anerkennen, die nicht als Ausdruck der Krankheit oder als pathologisch ausgedeutet oder abgewertet wird (Subjektorientierung).	<i>Aber Auch:</i>	Klarheit und Eindeutigkeit herstellen: Die unterschiedliche Wahrnehmung und Interpretation von Realität werden den Betroffenen eindeutig und transparent dargestellt. Das Ernstnehmen des Gegenübers beinhaltet das offene und sachliche Einbringen der eigenen Haltung und Meinung wie auch das Zeigen von Gefühlen (kritische Solidarität).
Beobachten, zuhören, „geduldiges Mitgehen“, verstehen lernen und empathisches Vorgehen: Dies bedeutet, den ganzen Menschen im Blick zu haben (Ganzheitlichkeit, Feststellung des Hilfebedarfs und Planung der Hilfen).	<i>Aber auch:</i>	Zeitliche, räumliche und situative Grenzen setzen und durchsetzen (Wahren von Gegenseitigkeit).
(Wieder-)Herstellung und Sicherstellung der materiellen Existenzgrundlage und damit der „gesellschaftlichen Vertragsfähigkeit“ (Sozialanwaltschaftliche Tätigkeiten und alltagspraktische Hilfen).	<i>Aber Auch:</i>	Keine undifferenzierte, einseitige und vorschnelle Vergabe von materiellen und sozialen Ressourcen (Realitäts- und alltagsorientierter Umgang mit den materiellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen).
Intensive Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Ernsthaftigkeit dem Gegenüber als Subjekt und seiner Umgebung entgegen bringen; Gestaltung einer offenen, positiven und die Beziehung fördernden Atmosphäre (kontinuierliches Ausloten von Nähe und Distanz). Aufbau einer Vertrauensbeziehung	<i>Aber auch:</i>	Alltagsorientierung und –strukturierung grenzen eine unkontrollierte und schwer steuerbare Assoziation ein (strukturierte Offenheit). Im Notfall ist schnelles, d. h. ein aktives Eingreifen – unter Umständen auch gegen den Willen der Betroffenen – erforderlich (Pflichtversorgung).
Inhalte der Symptome nachvollziehen und verstehen lernen, d. h. Zusammenhänge herstellen in Verbindung mit Aufarbeitung von biographischen Begebenheiten. (Verstehen und Entstehen von Vertrauen), ermuntern, fördern und animieren (Flexibilität, Offenheit unter der Voraussetzung von Ressourcenorientierung).	<i>Aber auch:</i>	Nichtveränderung akzeptieren, Stagnation aushalten und Geduld für die jeweilige Situation entwickeln („aktives Zuwarten“). Dies bedeutet auch die Akzeptanz und Bearbeitung von Defiziten und Beeinträchtigungen, um Überforderungen zu vermeiden. Der Umgang mit den pathologischen, defizitären Anteilen darf trotz Vorrangigkeit der Ressourcenorientierung nicht vernachlässigt werden („Politik der kleinen Schritte“)

1 Die Tabelle wurde durch den Autor des Beitrags leicht verändert.

dass es sich dabei nicht um ein Spezifikum psychisch kranker Menschen handelt, sondern vielmehr um eine Grundkonstante des Menschseins überhaupt, wie zwischenmenschliche Kommunikation, Kontakte, Beziehungen und Vertrauen sich zwischen Menschen entwickeln (Habermas). Allerdings können diese Prozesse und Wege bei psychisch kranken Menschen eben länger dauern als dies bei sogenannten normalen Menschen der Fall ist und häufig nur mit Hilfe professionellen Handelns begangen und erreicht werden.

Literatur:

- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007): *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- HABERMAS, J. (1981/1995): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Bd. 1, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KNUF, A./SEIBERT, U./OSTERFELD, M. (2007): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- OBERT, K. (2001): *Alltags- und Lebenswelt orientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- THIERSCH, H. (1996): *Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von Sozialer Arbeit und Therapie*. *Nervenheilkunde – Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 3/1996,122–126.
- THIERSCH, H. (2014): *Wünsch dir was für Suchtpatienten – Lebenswelt – Orientierung und passgenaue Hilfen* (Fachtagung am 06.03.14 in Nürnberg: *Begegnung mit süchtigen Klienten – eine unvermeidbare Herausforderung zum gemeinsamen Handeln*)