

**„ Zuhause in Brandenburg – personenzentriert und sozialraumorientiert
Teilhabe für Menschen mit Behinderungen“
Fachtag der Liga der Freien Wohlfahrtspflege Brandenburg
am 04.Juni 2014 in Potsdam**

**PERSONENZENTRIERUNG, AMBULANTISIERUNG, SOZIALRAUMORIENTIERUNG,
INKLUSIONSORIENTIERUNG – UND DANN? ANMERKUNGEN ZUR BEWÄLTIGUNG DES
PARADIGMENWECHSELS IN DER BEHINDERTENHILFE**

**GEORG SCHULTE-KEMNA
STUTT GART**

1	VORBEMERKUNGEN: MEINE PERSPEKTIVE AUF DAS THEMA	2
2	WORIN BESTEHT DER PARADIGMENWECHSEL?	2
2.1	PERSONENZENTRIERUNG	2
2.2	AMBULANTISIERUNG	3
2.3	SOZIALRAUMORIENTIERUNG	4
2.4	INKLUSIONSORIENTIERUNG	5
2.5	WER WECHSELT EIGENTLICH DAS PARADIGMA?	5
3	AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM VERSORGUNGS-AUFTRAG	6
3.1	VERFLECHTUNGEN MIT DEM KLINISCHEN BEREICH	7
3.2	DASEINSVORSORGE ÜBER MARKTMECHANISMEN?	7
3.3	WIE WIRD IDENTIFIKATION MIT DEM VERSORGUNGS-AUFTRAG MÖGLICH?	8
4	ARBEITEN IM ÜBERGANG VON „INSTITUTIONSBEZOGENER“ ZU „PERSONENZENTRIERTER“ HANDLUNGSLOGIK	8
4.1	VERÄNDERUNG VON TEAM-STRUKTUREN	9
4.2	VERÄNDERUNG VON ERWARTUNGEN	9
4.3	HALTUNG, PROFESSIONELLE IDENTITÄT, ETHISCHE ORIENTIERUNG	10

1 Vorbemerkungen: Meine Perspektive auf das Thema

Lassen Sie mich mit einigen Vorbemerkungen beginnen zu meinem Hintergrund und zur Blickrichtung meines Vortrages:

- Ich komme nicht aus Brandenburg, ich bin daher nicht im Einzelnen vertraut mit Ihren Verhältnissen in der Eingliederungshilfe. Ich verstehe meine Einladung als Aufforderung, bewusst aus der Perspektive des Außenstehenden zu sprechen.
- Ich spreche vor dem Hintergrund langjähriger Berufserfahrung in der Psychiatrie. Seit Ende der 70er Jahre bin ich selbst an dem im Thema angesprochenen Prozess der Ambulantisierung beteiligt gewesen. Im Fokus meiner Ausführungen stehen die Tätigkeitsfelder der außerklinischen Psychiatrie, dabei insbesondere die Bereiche, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden. Vermutlich sind nicht alle Aspekte und Erfahrungen, die ich anspreche, ohne weiteres auf andere Bereiche der Behindertenhilfe übertragbar – darüber muss man dann diskutieren.
- Die Blickrichtung meines Vortrages geht nicht in erster Linie auf die Verfeinerung von Programmatik, Strukturen oder Finanzierung, sondern auf die Realisierungsbedingungen. Ich will Aspekte der Anforderungen und spezifischen Belastungen herausarbeiten und dann auch zu Aussagen zu kommen, was unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung zu tun wäre. Manches werde ich im Vortrag nur kurz anreißen können – zu einer Vertiefung wird dann im Workshop Gelegenheit sein.

2 Worin besteht der Paradigmenwechsel?

Seit etwa Anfang der neunziger Jahre gibt es grundlegende Veränderungsprozesse in der Gestaltung und Finanzierung von Hilfen für Menschen mit einer Behinderung, die üblicherweise mit dem Begriff „Paradigmenwechsel“¹ bezeichnet werden. In der Konkretisierung fallen dann Schlagworte wie Personenzentrierung, Ambulantisierung, Sozialraumorientierung, Inklusion. Diese Begriffe bezeichnen verschiedene Diskursstränge, die sich teilweise überschneiden.

2.1 Personenzentrierung

Der Kern des Paradigmenwechsels ist aus meiner Sicht der Übergang von der institutionszentrierten Hilfe zur personenzentrierten Hilfe. Angesichts der Tatsache, dass der Begriff der Personenzentrierung auch in der Psychotherapie von den Nachfahren von Carl Rogers genutzt wird, muss man heute daran erinnern, was mit Personenzentrierung im Kontext der Sozialpsychiatrie gemeint war und ist: es geht nämlich nicht einfach um „individuelle“ oder „persönliche“ Hilfe – dazu hätte es den neuen Begriff nicht gebraucht – sondern um die Organisation der Leistungserbringung. „Personenzentrierung“ ist Mitte der Neunziger Jahre als eine Art Kampfbegriff eingeführt worden und nur verständlich aus der Abgrenzung gegenüber dem bisherigen Strickmuster der institutionszentrierten Hilfe². Der Begriff „personenzentrierte Hilfe“ wird zwischenzeitlich ziemlich inflationär gebraucht – dieser Begriff sollte aber einen Unterschied machen.

¹ „Der Ausdruck Paradigmenwechsel wurde 1962 von Thomas S. Kuhn geprägt und bezeichnet in dessen wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Schriften den Wandel grundlegender Rahmenbedingungen für einzelne wissenschaftliche Theorien, z. B. Voraussetzungen ‚in Bezug auf Begriffsbildung, Beobachtung und Apparaturen‘, die Kuhn als Paradigma bezeichnet. ... In der Umgangssprache wird von ‚Paradigmenwechsel‘ öfter in unspezifischerem Sinne gesprochen. Entweder sind dann für besonders wichtig gehaltene wissenschaftliche Entwicklungen gemeint oder beispielsweise ein Wechsel der Lebenseinstellung (etwa grundlegende Werte betreffend) oder auch Umbrüche in anderen lebensweltlichen oder fachlichen Zusammenhängen.“ Wikipedia, Artikel Paradigmenwechsel, <http://de.wikipedia.org/wiki/Paradigmenwechsel> (überprüft 20.05.2014). Ich vertiefe hier nicht weiter, ob der Begriff Paradigmenwechsel wissenschaftstheoretisch bei der vorliegenden Thematik tatsächlich angemessen ist

² Siehe zum Begriff als kurze Zusammenfassung Petra Gromann: Der personenzentrierte Ansatz. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. <http://www.ibrp-online.de/01.html> (überprüft 20.05.2014). Auf die Geschichte und Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes in der Sozialpsychiatrie kann hier nicht näher eingegangen werden. Dazu siehe Georg Schulte-Kemna, Materialien zum Personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung (2004), <http://beb-ev.de/files/pdf/sonstige/2004-10-25-schulte-kemna.pdf> (überprüft 20.05.2014)

Einrichtungszentrierte Steuerung von Hilfe bedeutet

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

„Personenzentrierte“ Steuerung der Leistungserbringung heißt demgegenüber

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

Ohne hier auch nur ansatzweise auf die vielfältigen Umsetzungsmodelle und Umsetzungserfahrungen zum personenzentrierten Ansatz eingehen zu können, muss doch jedenfalls summarisch festgehalten werden, dass vielerorts die Umsetzung auf halbem Weg stehen geblieben ist: eingeführt wurde tatsächlich in vielen Regionen eine personenzentrierte Hilfeplanung, aber die Leistungserbringung bewegt sich vielfach letztlich weiter in herkömmlichen institutionsbezogenen Leistungstypen. Das ist hier insofern von Bedeutung, als das für die Mitarbeitenden von vorneherein eine Art „doppelter Buchführung“ in der Alltagspraxis bedeutet.

Aus dem Ziel personenzentriert-passgenauer Leistungserbringung folgt zwangsläufig die möglichst weitgehend ambulante Gestaltung von Unterstützungsleistungen. Sozialraumorientierung ist ein neues Wort für etwas, das immer schon „irgendwie“ mitgedacht war, aber nicht ausreichend entfaltet wurde. Eine zunehmende Rolle spielt seit einigen Jahren auch der Begriff der Inklusionsorientierung.

2.2 Ambulantisierung

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

In diesem Zusammenhang muss man festhalten: der Ausgangspunkt von Ambulantisierung war keineswegs ein Sparimpuls, wie das gelegentlich polemisch unterstellt wird. Am Anfang stand vielmehr eine fachliche Evidenz-Erfahrung, die heute leicht vergessen wird. Meine Generation von psychiatrisch Tätigen ist in die sozialpsychiatrische Arbeit hineingewachsen in ständiger Auseinandersetzung mit dem Hospitalismus-Thema. Die alten Anstalten und Landeskrankenhäuser waren in den 70er und noch in den 80er Jahren voll von Menschen, die nicht etwa von sich aus hinausdrängten, sondern eher ängstlich waren, sich wieder in ein „normales“ Leben zu begeben. Die großen Enthospitalisierungsprozesse in dieser Zeit waren wesentlich bestimmt von einem Ringen um angemessene, die nötige Sicherheit vermittelnde Formen der Begleitung beim Zurückfinden in ein selbstständigeres Leben. Und wir sollten uns bewusst sein: die Hospitalismus-Thematik hat sich keineswegs dadurch erledigt, dass in heutigen Heimen die

Unterbringungsstandards ungleich besser sind als in den Anstalten der 70er Jahre.

Von der Seite der Leistungsträger wurde dieser Prozess lange (und mancherorts bis heute) mit großem Misstrauen begleitet. Ambulant betreutes Wohnen wurde über Jahre hinweg nur sehr restriktiv ausgebaut. Es bestand lange eine kaum überbrückbare Kluft im Betreuungsniveau zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen, mit der Folge, dass Menschen in Heimsituationen aufgenommen wurden bzw. verbleiben mussten, weil ambulant nur eine ganz dünne Betreuung möglich war. Ein Hauptgrund dafür ist einer der großen Irrationalismen der Psychiatriegeschichte seit der Psychiatrieenquete: wir wissen bereits seit den 80er Jahren aus soliden Erfahrungen, dass wir auch Personen mit hohem Hilfebedarf sinnvoll ambulant betreuen können. Die unsinnige Zuständigkeitsspaltung in der Eingliederungshilfe (ambulant = örtlicher Träger, stationär = überörtlicher Träger, womöglich dann auch noch örtlich = kommunal, überörtlich = Land) hat aber jahrzehntelang behindert, dass Eingliederungshilfe wirklich mit einer einheitlichen Logik gestaltet werden konnte. Bis heute wird die Entwicklung der Eingliederungshilfe mehr durch die hintergründigen Dynamiken des Finanzausgleichs zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen und in diesem Zusammenhang dann auch zwischen den verschiedenen Sozialleistungssystemen (Sozialversicherung vs. Sozialhilfe) bestimmt als von Gesichtspunkten einer sachlichen Optimierung im Interesse der Betroffenen.

Im Ergebnis ist die Möglichkeit, ambulante Betreuung nach individuellem Bedarf zu dosieren das entscheidende Instrument und dennoch bis heute nicht überall selbstverständlich. In dem Maße, in dem die ambulante Betreuungsintensität auch tatsächlich individuell dosiert werden konnte, ist dann auch eine Ambulantisierung als Prozess möglich geworden, aber eben mit großen zeitlichen und sachlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern (und bei Kommunalisierung der Eingliederungshilfe auch zwischen Kreisen).

2.3 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung ist ein sehr schillernder Begriff. Budde und Früchtel haben zur Verdeutlichung der Komplexität mit ihrem SONI – Schema verschiedene Ebenen beschrieben³:

- Sozialstruktur: hier geht es um die (ungleiche) Verteilung von Ressourcen und Entwicklungschancen und um die Unterstützung von Aneignungsstrategien der Betroffenen
- Organisation: Auf der Ebene der Organisation geht es
 - um Flexibilisierung von Strukturen für individuell maßgeschneiderte Hilfearrangements
 - um sozialraumbezogene, fachdienstübergreifende Organisation von Hilfe
 - um die Nutzung von Regelsystemen vorrangig vor Schaffung von Spezialeinrichtungen
 - um Finanzierungsregelungen, die sozialraumbezogenes Handeln ermöglichen und anreizen.
- Netzwerk: Durch fallunspezifische Arbeit wird soziales Kapital geschaffen und genutzt: Gelegenheiten des Austausches, der Kooperation, des Vertrauens zwischen Nachbarn, Bewohnern, Gewerbebesitzern, Vereinsfunktionären oder Betroffenen, die als Ressourcen des Sozialraums sowohl solidarisch helfend als auch solidarisch bemächtigend wirken können. Fallunspezifische Arbeit entdeckt und pflegt Ressourcen, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können, allerdings zu einem Zeitpunkt, an dem noch nicht absehbar ist, ob und wie diese Gelegenheiten fallbezogen genutzt werden können. Sie liegt folglich quer zum klassischen Muster linearer Planung und Behandlung. Ressourcen werden stattdessen breit gesammelt und in

³ Zum Folgenden siehe insbesondere Wolfgang Budde/Frank Früchtel: Sozialraumorientierung, In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7.Auflage 2010; ergänzend dazu: dies.: Sozialraum – mehr als drei Dimensionen. Grundlagen des Konzepts Sozialraumorientierung und Handlungsmöglichkeiten für die Sozialpsychiatrie. Soziale Psychiatrie Nr. 128/April 2010. Auch verfügbar bei <http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/psychiat/mz6vo074.html> (download 20.05.2014)

Ressourcenkarteien gespeichert, in der Erwartung, dass die darin steckenden nützlichen Gelegenheiten Einfluss auf Zielbestimmung und Lösung zukünftiger Fälle nehmen können.

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

„Den "inneren Kern" des Handlungskonzeptes Sozialraumorientierung bildet der konsequente Bezug auf die Interessen und den Willen der Menschen, "dem Aspekte wie der geografische Bezug, die Ressourcenorientierung, die Suche nach Selbsthilfekräften und der über den Fall hinausreichende Feldblick logisch folgen."⁴

2.4 Inklusionsorientierung

Der Begriff der Inklusion spielt in der Sonderpädagogik schon seit den 80er Jahren eine Rolle - für die Psychiatrie hat er eigentlich erst in den letzten Jahren durch die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 für Deutschland in Kraft getreten ist, Konjunktur bekommen. Zeitlich parallel dazu hat sich seit den 90er Jahren in der sozialwissenschaftlichen Forschung ein Diskurs entwickelt, in dem die Untersuchung der Bedingungen und Formen von Inklusion und Exklusion im Mittelpunkt steht. Auf beide Diskurse kann ich hier nicht ausführlicher eingehen, will nur summarisch darauf hinweisen, dass die Akteure im Inklusionsdiskurs gut daran täten, auch den sozialwissenschaftlichen Diskurs, der sich sehr differenziert vor allem um Exklusionsrisiken dreht, deutlicher zur Kenntnis zu nehmen – das würde helfen, sozialromantische Verirrungen zu vermeiden, die die Glaubwürdigkeit der Inklusionsprogrammatisierung insgesamt belasten können.

Der Inklusionsbegriff ist zwischenzeitlich zu einer Art Chiffre geworden für den Umsetzungsprozess der UN-BRK. Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem dieser Aspekt von Bedeutung: Die BRK stellt das, was in den verschiedenen Bereichen von Behindertenhilfe schon lange diskutiert wird, nämlich die übergeordnete Orientierung an Gleichberechtigung und Selbstbestimmung, in einen expliziten menschenrechtlichen Zusammenhang. Die BRK manifestiert keine Spezialrechte für Menschen mit Behinderung, sondern sie bekräftigt die allgemeinen Menschenrechte und konkretisiert sie für typische Lebenssituationen und quer durch alle Lebensbereiche, und zwar vor dem Hintergrund typischer Unrechtserfahrungen von Menschen mit Behinderungen und unter Berücksichtigung besonderer Verletzlichkeiten und Bedrohungslagen. Es liegt in der Eigenart solcher Dokumente, dass sie Wertorientierungen zuspitzen, dass aber die Umsetzung erst noch im gesellschaftlichen und politischen Diskurs geklärt werden muss. Für die Psychiatrie verbinden sich besondere Herausforderungen mit den Themen der Rechtsfähigkeit und der Rechtsstellung, der Freiheit, Sicherheit und Unversehrtheit der Person und der Sicherung eines selbstbestimmten Lebens: nämlich bei der Handhabung gesetzlicher Betreuungen, im Unterbringungsrecht, beim Thema Zwangsbehandlung, bei der Gestaltung von betreuten Wohnsituationen, um die zentralen Stichworte zu nennen.

Man könnte zusammenfassend sagen: Das Programm der Personenzentrierung hat versucht auf der Grundlage fachlich-praktischer Evidenzen eine rationale sozialtechnische Prozedur zu konkretisieren, die eine möglichst individuell passgenaue Hilfe unter systematischer Berücksichtigung größtmöglicher Selbstbestimmung sicherstellt. Durch die BRK erhält dieser Ansatz eine menschenrechtliche Bekräftigung, Unterfütterung und Verallgemeinerung.

2.5 Wer wechselt eigentlich das Paradigma?

Wenn vom Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe oder in der Eingliederungshilfe die Rede ist, geschieht das meist in der Dritten Person: „ES vollzieht sich“, als ob das ein anonymer, quasi-naturgesetzlich über uns kommender Prozess wäre. Es lohnt sich aber die Frage: Wer ist

⁴ Wikipedia, Artikel Sozialraumorientierung, Wolfgang Hinte zitierend.
<http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialraumorientierung> (überprüft 20.05.2014)

denn Veranstalter dieses Paradigmenwechsels? Bei genauerem Hinsehen wird da nämlich deutlich, dass es den einen klaren Auftraggeber nicht gibt, sondern eine sehr heterogene Gemengelage unterschiedlicher Perspektiven und Interessen:

- Da gibt es seit Jahrzehnten Bestrebungen aus der Praxis, auf der Grundlage alltäglicher Evidenz Menschen individuell passende Begleitungsangebote zu machen, die eine stationäre Betreuung eigentlich nicht benötigen, denen sie vielleicht sogar schadet, die aber nicht sein können ohne einen haltenden Rahmen. So sind die ersten Ansätze von Ambulant betreutem Wohnen entstanden: aus den Heimen und Kliniken heraus, initiiert durch Fachkräfte, die die Unzulänglichkeiten der gegebenen institutionellen Lösungen, die ja immer Paketlösungen waren, nicht länger ertragen wollten.
- Da gab und gibt es Konversionsprozesse großer Träger, die ihre Kapazitäten strategisch neu aufstellen und stationäre Kapazitäten verlagern und umwandeln wollen. Das kollidiert manchmal mit den Interessen örtlich bereits ansässiger Träger.
- Da gibt es gemeindespsychiatrische Verbände, die sich intensiv um die Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung in ihrer Region bemühen. In diesen wiederum gibt es auch Leistungserbringer, die lieber an ihren einrichtungsbezogenen Konzepten festhalten wollen, die das aber nicht so deutlich sagen.
- Da gibt es Leistungssträger, die neue Organisations- und Vergütungsformen entwickeln und implementieren wollen und die angesichts kontinuierlicher Budgetsteigerungen stärker steuern wollen und müssen. Manche sehen die mangelnde Rationalität der überkommenen Finanzierungsmechanismen und bemühen sich um Erprobung von passgenaueren Finanzierungsformen. Manche denken, dass das Steuern am besten geht, wenn man Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern nach Kräften fördert.
- Da gibt es die Wissenschaftler, die den großen theoretischen Bogen schlagen, und die Forschungsinstitute, die regionale Umsetzungsprozesse im Rahmen von Auftragsforschung begleiten, dokumentieren und auswerten.
- Da gibt es die Aktion psychisch Kranke, die sich zum Anwalt einer überparteilichen „Gesamtvernunft“ gemacht und für die Psychiatrie die Debatte um die Personenzentrierung in den Neunziger Jahren maßgeblich angeschoben hat.
- Da gibt es die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern, die das eine oder andere aus den fachlichen und sozialrechtlichen Diskursen aufgreifen und die eine oder andere Veränderung durchsetzen (oder auch nur über Jahre hin ankündigen, siehe ASMK und Neuordnung Pflegebegriff).
- Dann gibt es seit einigen Jahren die UN-Konvention, die eine umfassende Richtungsansage macht.
- Und dann gibt es natürlich auch die Betroffenen selbst und ihre Selbsthilfeorganisationen und Sachwalter sowie die Interessenvertretungen der Familien, die auch wieder je unterschiedliche Perspektiven auf die Thematik haben.

Wenn ich das hier – durchaus noch unvollständig - aufzähle, dann nicht, um irgendetwas zu karikieren oder ad absurdum zu führen. All diese Akteure beschwören mit den oben genannten Begriffen einen Paradigmenwechsel. Hinter der Behauptung von Paradigmenwechsel steht eine grundlegende Auseinandersetzung zur Steuerung von Unterstützungsprozessen, in der die verschiedenen Akteure um Definitions- und Gestaltungsmacht ringen. Im vorliegenden Zusammenhang wichtig ist, dass wir uns das Ausmaß der Heterogenität und Ungeordnetheit dieses Prozesses klar machen. Denn diese Ungeordnetheit, Unsicherheit und Widersprüchlichkeit prägt auch die Handlungsbedingungen und Mitarbeitende müssen mit diesen Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten umgehen und ein Verständnis ihres Versorgungsauftrages entwickeln.

3 Auseinandersetzung mit dem Versorgungsauftrag

Die Eingliederungshilfe ist kein in sich geschlossener und autonomer Bereich, sondern Teil eines größeren Sozialleistungssystems, an dessen Steuerung sich verschiedene Akteure beteiligen, und das nicht ohne weiteres koordiniert. Das hat erhebliche Rückwirkungen auf die Rahmenbedingungen der Arbeit und berührt auch die Frage, wie der eigene

Versorgungsauftrag eigentlich verstanden wird bzw. werden kann. Zwei Problemfelder will ich hier wenigstens kurz benennen.

3.1 Verflechtungen mit dem klinischen Bereich

Die sozialpsychiatrische Eingliederungshilfe ist – nach meinem Eindruck viel stärker als andere Bereiche der Eingliederungshilfe - mit Entwicklungen im psychiatrischen Krankenhausbereich und damit mit der leistungsrechtlichen Entwicklung im SGB V – Bereich verwoben. Aus dem klinischen Bereich bekommt die Eingliederungshilfe vielfältig ihre fallbezogenen „Aufträge“. Im klinisch-psychiatrischen Bereich haben sich die Verweildauern über die Jahre bereits massiv verkürzt. Gleichzeitig ringen die Kliniken um bessere Möglichkeiten sektorübergreifender Behandlung, wenn sie z.B. im Rahmen von Projekten der Integrierten Versorgung die Möglichkeiten von Home Treatment ausbauen wollen. Damit sind auch die potenziellen Problemfelder angesprochen:

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

Beide Entwicklungstendenzen bedeuten zusammengenommen vor allem, dass wir es zunehmend mit „kränkeren“ Menschen (mit Menschen in akuten und subakuten Krankheitsphasen) zu tun haben. Das kann in vielen Fällen durchaus sinnvoll sein, jedenfalls ergeben sich daraus erhebliche Anforderungen an Mitarbeitende – die Rückgabe von Verantwortung an die Klinik war früher leichter. Es liegt auf der Hand, dass es hier um Abstimmungs- und Kooperationsaufgaben geht, die eigentlich nur in Verbundstrukturen angemessen gelöst werden können.

3.2 Daseinsvorsorge über Marktmechanismen?

Die alte Anstalt war letztlich Teil des staatlichen Gewaltmonopols, die Sozialhilfe ist Teil staatlich organisierter Daseinsvorsorge. Allerdings nutzt der Staat zunehmend auch im Bereich der Daseinsvorsorge Marktmechanismen. Auch auf die Gemeindepsychiatrie und Behindertenhilfe haben Entwicklungen der Deregulierung und Marktorientierung Auswirkungen wie z.B.

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

Ich kann das hier nur ganz summarisch erwähnen – es liegt jedenfalls auf der Hand, dass diese Art der Marktorientierung geeignet ist, Unsicherheit zu erhöhen und Verantwortungsübernahme in aufwendigen oder riskanten Betreuungsprozessen eher zu begrenzen. Da werden eher Anreize geschaffen zur Entlastung und Risikobegrenzung durch eine Eingrenzung und Typisierung des Versorgungsspektrums, durch selektive Versorgung. Marktlogik heißt: Kunden, die einen begrenzten, aber kontinuierlichen und kalkulierbaren Bedarf haben, möglichst lange an sich binden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Logik zu problematischen Konsequenzen führt. Damit wird der Paradigmenwechsel in der Tendenz unterlaufen.

3.3 **Wie wird Identifikation mit dem Versorgungsauftrag möglich?**

Der Auftrag heißt: im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes regionale Versorgungsverantwortung zu übernehmen und dafür zu sorgen, dass der Bedarf in der Region möglichst vollständig – das heißt ohne Auswärtsverlegungen – gedeckt werden kann. Das führt dazu, dass auch sehr schwieriges Klientel zu versorgen ist und dass die Selbstentlastungsmöglichkeit durch Beendigung der Betreuung nicht ohne weiteres gegeben ist.

- Träger psychiatrischer Hilfen und ihre Dienste stehen unter Beobachtung und unter einem zunehmenden Rechtfertigungsdruck. Das bezieht sich sowohl auf die Finanzierung (insbesondere gegenüber den Leistungsträgern) wie auf die Legitimation der fachlichen Arbeit (insbesondere gegenüber den selbstbewusster gewordenen Vertretungen von Angehörigen und Psychiatricheerfahrenen und gegenüber der Fachöffentlichkeit, insbesondere den überweisenden Kliniken).
- Die Ressourcen wachsen nicht ohne weiteres mit den Aufgaben (und zu den Ressourcen gehören eigentlich nicht nur Geld, sondern auch gesicherte Kooperation, Wertschätzung, Vertrauen, verlässliche Entlastungsregelungen usw.).
- Die Rechenschaftspflicht für den finanziellen Ressourcenverbrauch wird umgesetzt durch eine zunehmende Bürokratisierung der ambulanten Arbeit. Ambulante Arbeit erscheint den Leistungsträgern weniger leicht kontrollierbar als herkömmliche Arbeit in Heimen. Dem wird teilweise mit unverhohlenem Misstrauen begegnet: „Personenzentrierung öffnet Tür und Tor für die Selbstbedienung der Leistungserbringer“ – solche Sätze habe ich im Kontext der Implementation des personenzentrierten Ansatzes in Baden-Württemberg immer wieder von Leistungsträger-Vertretern gehört. Umgekehrt gibt es natürlich auch die Verdächtigung des Sozialhilfeträgers als „nur am Sparen interessiert“. Gerhard Kronenberger, früher leitender Mitarbeiter beim Landeswohlfahrtsverband Hessen, hat in diesem Kontext die „wechselseitige Schabigkeitsvermutung“ beklagt, die im Verhältnis von Leistungsträger und Leistungserbringern verbreitet sei. Als Folge solchen Misstrauens ist ambulante Arbeit vielfach mit einem hohen Aufwand verbunden
 - für die Erwirkung individueller Kostenübernahme, die teilweise nur für kurze Zeiträume bewilligt wird.
 - Insbesondere im SGB V-Bereich kann dies vielfach auch mit aufwendigen Widerspruchsverfahren etc. verbunden sein,
 - Zunehmend ist auch der Aufwand für die Dokumentation der Arbeit und die Berichterstattung an den Leistungsträger.

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

4 **Arbeiten im Übergang von „institutionsbezogener“ zu „personenzentrierter“ Handlungslogik**

Das Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie befindet sich seit Beginn der Psychiatriereform in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess, der neue Anforderungen an alle psychiatrisch Tätigen mit sich gebracht hat. Das hat ganz neue Handlungsspielräume eröffnet, von denen uns viele mittlerweile selbstverständlich geworden sind, aber das hat natürlich Folgen auch für die Belastungssituation. Der Paradigmenwechsel ist Ausdruck veränderter Wertorientierungen und erfordert tief greifende Veränderungen auf der Handlungsebene. Entscheidend für die Belastungsbewältigung der Mitarbeitenden ist dabei, ob sie die Sinnhaftigkeit dieser Veränderung mitvollziehen, vielleicht sogar selbst anstoßen, oder ob sie sich als überwältigt erfahren, als Opfer anonymer Kräfte. Es ändern sich die Arbeitsstrukturen, es ändern sich die

konkreten Anforderungen und Erwartungen an die Mitarbeitenden und das erfordert eine Weiterentwicklung der professionellen Identität. Das will ich abschließend etwas erläutern.

4.1 Veränderung von Team-Strukturen

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

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

4.2 Veränderung von Erwartungen

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

- quantitativ hinsichtlich der zeitlichen Gestaltung. Wenn auch komplexe Hilfebedarfe ambulant beantwortet werden, dann bedeutet das hohe Ansprüche an die individuelle Passgenauigkeit der Hilfe und damit an zeitliche Flexibilität zunächst des Dienstes und dann natürlich auch der einzelnen Mitarbeitenden (nämlich die Bereitschaft, auch zu den sogenannten ungünstigen Zeiten zu arbeiten, um die Verfügbarkeit der Hilfe an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen).

- qualitativ hinsichtlich der individuellen Ausgestaltung. Ambulante Arbeit ist mit einem hohen Maß an individueller Selbstständigkeit und Verantwortung verbunden. Das ist Gestaltungsmöglichkeit und Belastung in einem. Von der Einschätzungssicherheit und Beziehungsfähigkeit der einzelnen Fachkraft hängt jedenfalls zumal in krisenhaften Entwicklungen enorm viel ab.

Veränderte Strukturen und Erwartungen erfordern neue Orientierung.

4.3 Haltung, professionelle Identität, ethische Orientierung

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

- sich auf Individualität einzustellen
- sich den Wünschen und Ansprüchen von Klienten (und Angehörigen) zu stellen
- mit der Schwierigkeit, dazu eine eigene professionelle Positionierung zu finden: der Professionelle ist schließlich nicht einfach der „Wunscherfüller“ oder der Weisungen ausführende Assistent⁵.

Die Fachkräfte sind dabei „doppelt gebunden“: Sie gehören dem Team „ihrer“ Organisation, ihres Fachdienstes, ihres Trägers an, wie auch immer im Einzelnen organisiert. Sie gehören gleichzeitig auch „virtuellen“ personenbezogenen Teams an, die sich um einzelne Klienten gruppieren: Bezugspersonen (professionelle wie nicht-professionelle), die sich um einzelne Klienten herum und mit diesen koordinieren und horizontal vernetzen müssen⁶.

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

„Es muss sich in folgenden Qualitäten ändern:

- Dauerpräsenz muss durch intensive, aber auch zeitlich begrenzte Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten ersetzt werden.
- An die Stelle von Kontrolle muss Zutrauen gesetzt werden, z.B. in den Nachtzeiten.
- Statt Gespräche über Klientinnen und Klienten sind die Gespräche mit ihnen zu führen
- Nicht alle Lebensbereiche der Klienten und Klientinnen werden begleitet, sondern nur die mit ihnen abgesprochenen beziehungsweise im Hilfeplan vereinbarten.
- Die Rolle des Hausherrn wird durch die Rolle des Gastes ersetzt.
- Aus einer Versorgungshaltung muss reflektiertes Handeln im Spannungsfeld der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und verantwortlicher Fürsorge werden.
- Die Fixierung auf professionelle Hilfe muss überwunden werden und zur Einbeziehung nicht professioneller Hilfe führen.“⁷

Der Prozess der „De-Institutionalisierung“, das scheint mir wichtig, ist für Mitarbeitende ambivalent. Die Notwendigkeit sich mit den aufgeführten, teilweise durchaus widersprüchlichen Erwartungen auseinanderzusetzen, ist für Mitarbeitende zunächst einmal mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden, weil ‚alte‘ institutionelle Sicherheiten und Routinen wegfallen.

⁵ Das Assistenz-Konzept als Orientierungshilfe für das berufliche Selbstverständnis stammt ursprünglich aus der Körperbehindertenbewegung und hat da seine gute Berechtigung. In der Sozialpsychiatrie spielt dieses Konzept bisher keine große Rolle, wohl aber zunehmend in der Hilfe für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Zur Kritik an einer undifferenzierten Übernahme des Assistenzkonzeptes im Zeichen von Inklusionsorientierung siehe beispielhaft Michael Wunder, Inklusion – nur ein neues Wort oder ein anderes Konzept? In: Holger Wittig-Koppe/Fritz Bremer/Hartwig Hansen (Hg.): Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Paranus Neumünster 2010, S. 22-37, hier insbesondere S.29 ff.

⁶ Siehe dazu Christian Reumschüssel-Wienert: Barfuss im Regen – Unsicherheit und Individualisierung gemeindepsychiatrischer Arbeit. Soziale Psychiatrie 2/2004, S.4-8.

⁷ Matthias Rosemann/Michael Konrad: Was von Mitarbeitenden erwartet wird und was sie erwarten dürfen. In: Matthias Rosemann/Michael Konrad (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2011, S.209

„Damit fallen jedoch auch Begrenzungen und Restriktionen weg und entstehen neue Möglichkeitsräume der Entwicklung von Chancen und (professioneller) Selbstverwirklichung. Sie sind jedoch verbunden mit Anforderungen, die sie ggf. nicht bestehen können“.⁸

Es liegt auf der Hand, dass hier sowohl die Träger und ihre Verbände wie auch die Leistungsträger in der Verantwortung sind, Bedingungen zu schaffen, unter denen diese anspruchsvoller werdende Arbeit auch tatsächlich geleistet werden kann. Der Ort dieser Reflexion sollte vorzugsweise der Gemeindepsychiatrische Verbund sein. Diese Reflexion muss einschließen auch den Diskurs zu Fragen der Ethik des Helfens unter den veränderten Rahmenbedingungen⁹. Gleichzeitig müssen auch Mitarbeitende für sich das organisieren, was sie ihren Klienten gerne empfehlen, nämlich Empowerment. Dazu dann mehr heute Nachmittag im Forum.

Kontakt:

Georg Schulte-Kemna

Pflaumweg 15

70374 Stuttgart

georg.schulte-kemna@t-online.de

⁸ Reumschüssel-Wienert, a.a.O. S.6

⁹ Ein Diskurs dazu läuft unter der Überschrift Care Ethik oder Sorge-Ethik; teilweise wird auch der Begriff der Ethik der Achtsamkeit verwendet. Der oben zitierte Text von Michael Wunder gibt auch dazu eine erste hilfreiche Orientierung: Michael Wunder, a.a.O., S.32 ff (Abschnitt: „Ethische Fundierung von Inklusion und Assistenz: die Care Ethik“)