



# Netzwerk Fortbildung West

Kooperation im  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbund



# **Netzwerk Fortbildung West**

Kooperation im  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbund

# Impressum

Broschüre zur Dokumentation  
der Netzwerkfortbildung  
im Gemeindepsychiatrischen Verbund  
Bremen-West, 2017/18

**Herausgeber:**

Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.  
Arbeitsbereich F.O.K.U.S.

**Verantwortlich für die Inhalte:**

Jörn Petersen  
Bremen, Mai 2018

**Druck:**

LASERLINE, Berlin  
Auflage: 500

**Anmerkung:**

Das auf der Titelseite verwendete Logo  
des GPV-West ist vorläufig und befindet sich  
noch in der Abstimmung

# Inhalt

Jörn Petersen	Vorwort . . . . .	6
<b>Netzwerkfortbildung West</b>		
Jörn Petersen	Inhalte . . . . .	8
Jörn Petersen	Ergebnisse der Fortbildungsreihe . . . . .	18
<b>Netzwerkgeschichten</b>		
Unbekannte Verfasserin	Aus den Augenwinkeln . . . . .	24
Julia Tietjen	Eindringlinge und Fenstergespräche . . . . .	25
Michael Klett	Gänsehaut . . . . .	27
Birgit Fasel	Fokus ... Eine Geschichte – Komfortzone? . . . . .	30
Hanne Pries	Ohne Titel . . . . .	32
Jörg Witte	Ein schmaler Grat . . . . .	33
O. Austel	Lebenskreuzung . . . . .	36
Lukas Gerdemann	Frau H. und die systemische Demut . . . . .	38
Andrea Winkler	Zwangsläufig genesen . . . . .	41

# Vorwort

Diese Broschüre ist die Dokumentation der Netzwerkfortbildung im Gemeindepsychiatrischen Verbund West in Bremen 2017/18. 20 Mitarbeiter\*innen aus fünf unterschiedlichen Institutionen haben ein Jahr lang monatlich zusammengearbeitet. Das vorliegende Ergebnis gibt zuerst einen stichwortartigen Einblick in die behandelten Inhalte (Kapitel eins). Im zweiten Kapitel sind exemplarische Ergebnisse der Diskussionen und Arbeitsgruppen aufgezeigt. Im dritten Teil finden sich Geschichten aus der Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund, an denen sich etwas lernen lässt.

Die Fortbildung wurde veranstaltet von F.O.K.U.S., dem Zentrum für Bildung und Teilhabe der Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.; Dozenten waren Björn Steuernagel (Dipl.-Psych./Psych. Psychotherapeut, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, KBO) und Jörn Petersen (Diplom-Sozialpädagoge, Leitung F.O.K.U.S.). Diese gemeinsame Dozentenrolle aus der Sichtweise von zwei Institutionen soll die Netzwerk-Perspektive in allen Ebenen realisieren.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Bremer Westen besteht seit 2008. Die Mitarbeiter\*innen der Institutionen des Bremer Westens kooperieren seit vielen Jahren in ihrer Arbeit auf Einzelfallebene. Gleichzeitig findet die Kooperation auf der institutionellen Ebene mit Kooperationsverträgen und Sitzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes statt. Bei der Erstellung von Hilfeplänen und in der alltäglichen Zusammenarbeit – besonders in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf – kooperieren die Institutionen anlassbezogen. Darüber hinaus arbeiten die Institutionen in vielen Arbeitsgruppen und Arbeitskreisen zusammen, organisieren teils gemeinsame Veranstaltungen und Tagungen und anderes gemeinsam.

Diese Arbeit wird geleistet auf der Grundlage der Leitbilder der unterschiedlichen Institutionen, auf der Basis ihrer institutionellen Kultur und der Zusammenarbeit in den Teams, Stationen und Netzwerken.

Die Kooperation im beruflichen Alltag ist sehr unterschiedlich intensiv ausgeprägt. Teils kooperieren die Mitarbeiter\*innen sehr routiniert und alltagsnah miteinander. Die Institutionen sind sich im Stadtteil nahe, haben ähnliche Entstehungsgeschichten und methodische Ansätze. An anderen Stellen ist die Kooperation weniger nahe, es müssen institutionelle und kulturelle Grenzen überwunden werden, um sich „zu verstehen“ und eine gemeinsame Sprache zu finden.

Die Netzwerkfortbildung nimmt die Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund als Thema auf und bietet einen Raum, die Grundhaltungen, Methoden und Ansätze miteinander zu reflektieren und gemeinsam neu zu formulieren.

Das Curriculum wurde 2003 im Rahmen eines EU-Projektes gemeinsam mit dem Dipartimento di Salute Mentale/Trieste (Maurizio Costantino) und F.O.K.U.S./Bremen (Jörg Utschakowski) entwickelt und erprobt. Im weiteren Verlauf wurden die fachlichen Inhalte mehrfach weiterentwickelt.

Das Curriculum dient der Aufarbeitung und dem Austausch über Grundhaltungen, Methoden und Ansätze der psychiatrischen Arbeit zwischen unterschiedlichen psychiatrischen Diensten und Berufsgruppen im Bremer Westen. Ziel ist die Verständigung über ein gemeinsames Selbstverständnis und eine kooperative Praxis im Kontext eines psychiatrischen Verbundes.

Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung steht die Bewältigung der gemeinsamen Aufgabe: Einerseits verlässliche, transparente Versorgungs- und Behandlungsangebote aufrechtzuerhalten und andererseits flexibel auf die Bedürfnisse der Nutzer\*innen einzugehen.

Jörn Petersen, 17.4.2018

# Inhalte

Die Fortbildung bewegt sich auf vier Ebenen:

## A. Grundhaltungen

Durch Referate und die anschließende Arbeit in Arbeitsgruppen erfolgt zu Beginn die Erarbeitung und Aktualisierung gemeinsamer theoretischer und praktischer Grundlagen und Grundhaltungen.

## B. Shadowing

Im zweiten Teil der Fortbildung besuchen sich die Teilnehmer\*innen gegenseitig am Arbeitsplatz und erleben die Kolleg\*innen einer anderen Einrichtung im Handeln. Danach erfolgt eine gemeinsame Reflektion der erlebten Praxis, die Teilnehmer\*innen berichten von den Shadowing-Erlebnissen und gemeinsam werden Qualitätskriterien der Arbeit entwickelt.

## C. Geschichten

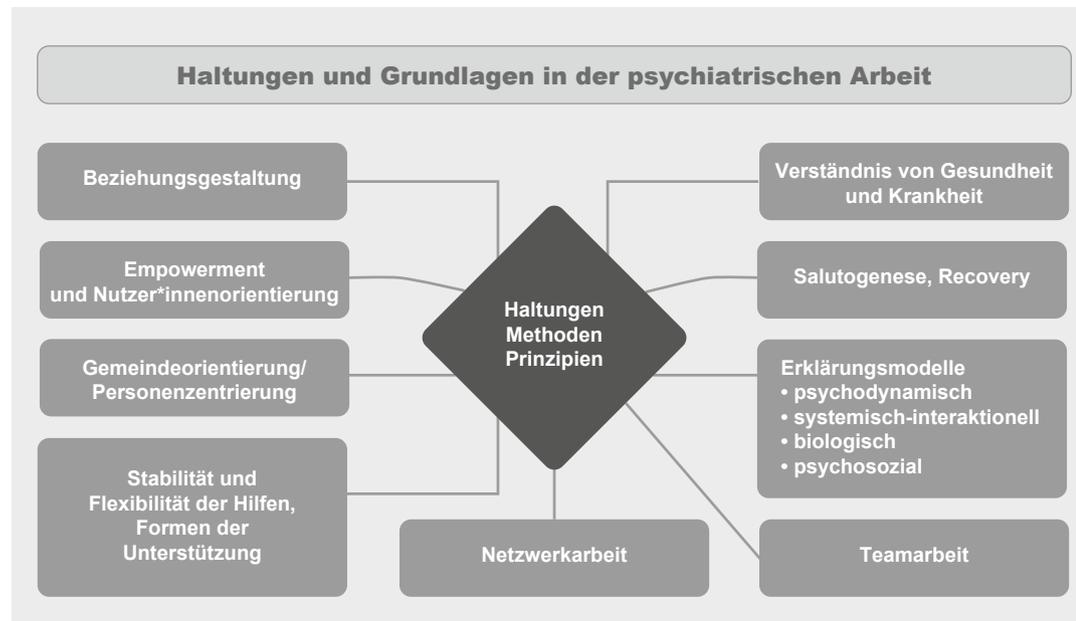
Im dritten Schritt schreiben die Teilnehmer\*innen der Fortbildung Geschichten über gelungene Situationen in ihrem beruflichen Alltag.

## D. Entwicklung von gemeinsamen Qualitätskriterien und deren Präsentation

Am Ende der Fortbildung präsentieren die Teilnehmer\*innen ihre Geschichten und die gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse für weitere Mitarbeiter\*innen des Verbundes.

Diese Schritte dienen dazu, die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsindikatoren und Arbeitsweisen in sehr praxisnaher Herangehensweise zu befördern.

## Die Themen der theoretischen und praktischen Grundlagen



### Bedingungen, Methodik und Ziele der Behandlung/Versorgung

Die unterschiedlichen Institutionen im Gemeindepsychiatrischen Verbund haben unterschiedliche Settings, unterschiedlich weit gefasste Behandlungsaufträge, arbeiten methodisch unterschiedlich und sind unterschiedlich ausgestattet. Dies stellen sich die Teilnehmer\*innen der unterschiedlichen Institutionen zu Beginn der Fortbildung gegenseitig vor. Die gemeinsame Zielgruppe sind die Menschen im Bremer Westen mit psychosozialen Gesundheitsproblemen. Teilgenommen haben:

- 7 MA aus dem Klinikum Bremen-Ost, Geno (geschlossene und offene Akutstationen)
- 3 MA aus der Bremer Werkgemeinschaft (Betreutes Wohnen und Intensiv Betreutes Wohnen)
- 2 MA der Gapsy, Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (Soziotherapie und APP)
- 2 MA der Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (Sachbearbeitung kommunale Steuerung Eingliederungshilfe)
- 4 MA Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. (Betreutes Wohnen)
- 2 MA Sozialwerk der freien Christengemeinde Bremen e.V. (stationäre Förderereinrichtung Suchtkranke Menschen und Betreutes Wohnen)

## Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Die Basis dieses Modulthemas bilden die Ansätze Salutogenese und Recovery.

### *Aaron Antonovsky's Konzept der Salutogenese*

Mit der Wortschöpfung Salutogenese (lat. salus = Gesundheit, Heil, Glück und griech. génesis = Entstehung, Entwicklung) hat der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 70er-Jahren die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, nach einer gesunden Entwicklung des Menschen in die moderne Wissenschaft eingebracht. Der Begriff ist analog und komplementär zu dem Begriff der Pathogenese (griech. páthos = Schmerz, Leid) gebildet, der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet. Die Fragestellung der Salutogenese beinhaltet die Frage, wie ein Organismus es schafft, gesund zu wachsen, sich zu entwickeln und zu vermehren – also eine dynamische, aufeinander abgestimmte Ordnung (= Kohärenz) herzustellen.

„Warum bewegen Menschen sich auf den positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky 1997, S. 15) Diese entscheidende Frage stellte Antonovsky angesichts einer vergleichenden Untersuchung von Frauen im Klimakterium (= Wechseljahre), die den Holocaust im KZ überlebt hatten: „[...] bedenken Sie, was es bedeutet, dass 29 Prozent einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers eine gute psychische Gesundheit zuerkannt wurde. (vgl. <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/?id=167>) (Die Daten zur physischen Gesundheit erzählen dieselbe Geschichte.)“

Antonovsky entwickelt aus seinen Studien den Ansatz der Kohärenz, der drei Elemente zentral setzt:

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Bedeutsamkeit

Diese drei Begriffe führen in ihrer Intention zu dem Ansatz von Recovery hin.

### *Recovery*

Definition von William Anthony (1993)

„Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.“

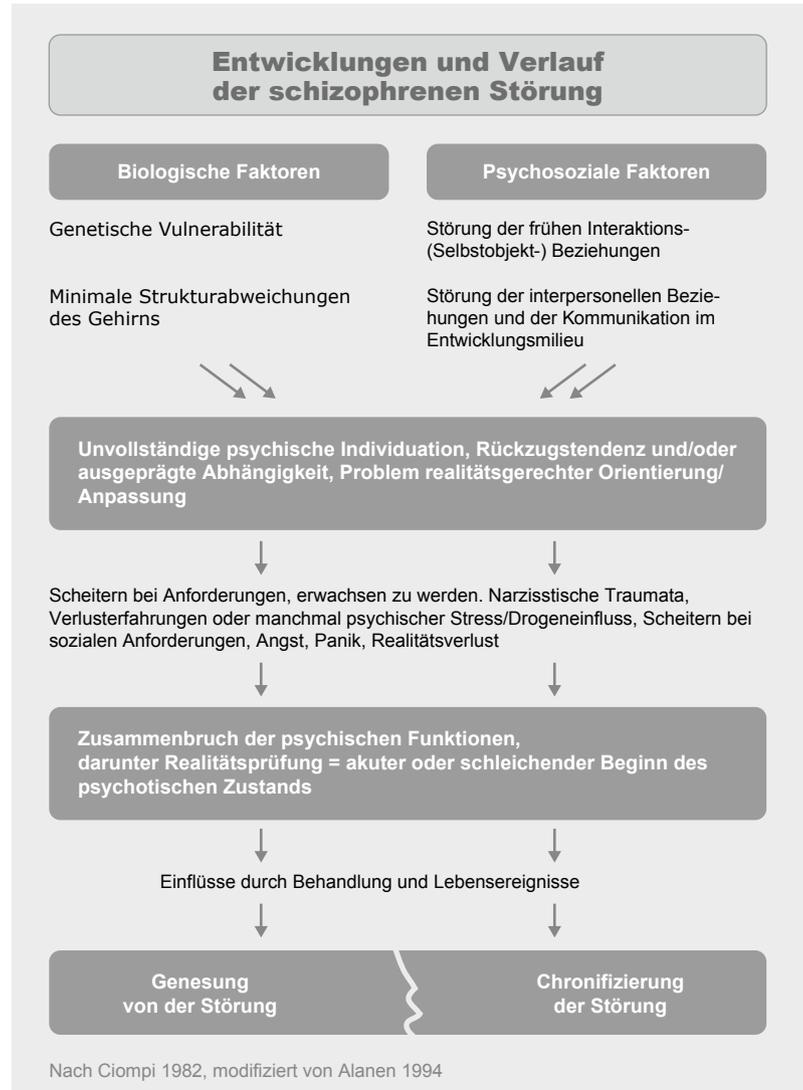
*Hoffnung* wird allgemein als Schlüssel zu Recovery gesehen. Es gibt keine Veränderung ohne den Glauben, dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist.

*Sinn und Aufgabe:* Menschen finden Sinn auf sehr verschiedene Weise. Zum Beispiel ist für einige Spiritualität wichtig, während für andere starke zwischenmenschliche oder gemeinschaftliche Verbindungen Sinn stiften.

*Kontrolle und Wahlmöglichkeiten* sind bei Recovery zentral. Den Menschen, welche die psychiatrischen Dienste nutzen, ist manchmal ein angemessenes Mitspracherecht in ihrer eigenen Pflege und Behandlung verwehrt. Das Vorhandensein von Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen (Zwangmaßnahmen) unterstreicht dieses Machtgefälle zusätzlich (vgl. <http://www.dv-adherence.de>, Recovery\_praktisch\_pdf\_Version\_2012 – free Download).

### Psychodynamische Erklärungsmodelle

In der Fortbildung beziehen wir uns auf verschiedene Erklärungsmodelle und diskutieren sie in der Gruppe: Das biomedizinische



Modell, das individualpsychologische Modell, das interaktionelle Modell, das sozialökologische Modell. Zentral ist für uns der Ansatz von Ciompi (1982), modifiziert von Alanen (1994).

### **Gemeindeorientierung**

„Gemeindepsychiatrie bedeutet [...] idealtypisch eine psychiatrische ‚Intervention‘ im Lebenskontext, unter Berücksichtigung von sozialen Faktoren und unter Benutzung von sozialen Beziehungen, und mit der Perspektive der sozialen Eingliederung in das Alltagsleben einer Gemeinschaft.“ (Rudolf Forster: Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag 1997, S. 22)

### **Personenzentrierung**

Die WPA (World Psychiatric Association) hat in klinischen Projekten Prinzipien für personenzentrierte Behandlung erarbeitet:

- wie begegne ich dem Patienten als ganzer Person? (Erforschung der Lebensgeschichte, des kulturellen Kontextes und der persönlichen Werte und Ziele)
- wie beziehe ich die Angehörigen in den diagnostischen und therapeutischen Prozess ein?
- wie integriere ich psychopharmakologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Ansätze, die auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnitten sind?
- wie beziehe ich die Gesundheitsförderung ein, die ein integraler Bestandteil der klinischen Behandlung ist?
- wie belebe ich (etwa durch Teambesprechungen und intensive Supervision) Ausbildung und professionelle Entwicklung, um die Profis dazu zu motivie-

ren, sich selbst als ganzheitliche Personen in der klinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen?

Die betroffene australische Autorin Helen Glover bringt es auf den Punkt: „Das Wichtigste für die Genesung einer Person ist die Person selbst. Recovery kann ohne die Person nicht verwirklicht werden. Alles andere ist verhandelbar.“

Die Person ist in Bezug auf ihren spezifischen Kontext zu verstehen. Das geht analog mit der Aussage des spanischen Philosophen Ortega y Gasset, der sagte: „Ich bin ich und meine Umstände“. Man ist sich einer Meinung, dass die psychiatrische Versorgung in die allgemeinen Gesundheitsleistungen zu integrieren ist, weil viele Defizite in der Gesundheitsversorgung sowohl in den Entwicklungsländern als auch in den entwickelten Ländern vorliegen. Dabei geht es in Bezug auf die Defizite darum, dass die Bedürfnisse der realen Menschen vernachlässigt worden sind und die gesundheitlichen und sozialen Leistungen fragmentiert und unzulänglich sind. Es geht vor allem darum, ein Konzept zu entwickeln, welches die kranken als auch die gesunden Aspekte der Gesundheit sowie die biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Rahmenbedingungen umfasst (Antonovski 1987, Ricoeur 1990, Sensky 1990, Cloninger 2004, Sharfstein 2005, Mezzich 2005b) (vgl. [www.EinblickeAltenburg.de](http://www.EinblickeAltenburg.de) - Das Engagement des Weltverbandes für Psychiatrie zur Personenzentrierung).

## **Empowerment**

„Empowerment (,Selbstbemächtigung‘; ,Selbstbefähigung‘; ,Stärkung von Autonomie und Eigenmacht‘) – das ist heute eine Sammelkategorie für alle jene Arbeitsansätze in der psychosozialen Arbeit, die die Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen Stärken ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln. Ziel der Empower-

ment-Praxis ist es, die vorhandenen (wenngleich auch vielfach verschütteten) Fähigkeiten der Adressaten sozialer Dienstleistungen zu autonomer Lebensorganisation zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.“ (Herriger 2006)

### Teamarbeit/ Kooperation

Die bisherigen Durchläufe der Fortbildungen zur Entwicklung interner inhaltlicher Qualität bei der Initiative...e.V. von 2005–2010 und der erste Durchlauf der Netzwerkfortbildung 2011/12 im GPV West haben eine Zusammenstellung wichtiger Aspekte von Teamarbeit ergeben. Gute Teamarbeit kann sich entfalten, wenn folgende Faktoren gewährleistet sind:

- Die Atmosphäre ist entspannt, angenehm und ungezwungen
- Es besteht eine große Übereinkunft darüber, dass die Hauptaufgaben des Teams sehr offen diskutiert werden
- Die Aufgaben und Ziele des Teams sind gut bekannt und akzeptiert, auch Menschenbild und Haltung
- Die Teammitglieder hören einander zu und haben keine Angst, sich zu blamieren, denn das Team respektiert neue Ideen und Ansätze, auch wenn sie extrem erscheinen
- Uneinigkeiten werden nicht vertuscht oder unterdrückt, sie werden gemeinsam untersucht und alle Teammitglieder tragen zu einer konstruktiven Lösung bei
- Entscheidungen werden durch Konsens herbeigeführt (ist manchmal zu aufwendig, aber Entscheidungen müssen von allen getragen werden)
- Kritik gehört zum Alltag und ist willkommen (hilft, weiterzukommen)

- Die Teammitglieder sind in der Lage, ihre Gefühle und Ideen offen auszudrücken
- Die Leitung dominiert die Gruppe nicht. Die Teammitglieder sind in der Lage, ihre jeweiligen Aufgaben entsprechend den gemeinsamen Grundwerten für die Arbeit durchzuführen (interne Unterlagen F.O.K.U.S., Jörg Utschakowski, 2005–2012)

In der Fortbildung erarbeiten wir gemeinsam „Wünsche an das Team, in dem ich arbeite“, aber auch die Themen: Angehörigenarbeit und Kooperation mit anderen Diensten.

### **Netzwerkarbeit – oder einfacher gesagt: „Sprecht miteinander!“**

Die Arbeit des GPV Bremen West ist Vernetzungsarbeit. Dies ist das mitlaufende Thema in der gesamten Fortbildungsreihe. Doch was macht ein gutes Netzwerk aus? Der Dachverband Gemeindepsychiatrie bringt es auf den Punkt:

„Woran denken wir, wenn wir das Wort ‚Netzwerkarbeit‘ hören? Für viele klingt der Begriff eher technisch – manch einer mag an soziale Netzwerke wie Facebook denken. Weit liegen wir damit gar nicht von der Wahrheit entfernt.

Der Mensch ist ein soziales Wesen und befindet sich in vielfältigen Beziehungen zu anderen Menschen: sei es in der Familie, in der Schule, im Berufsleben, im Sportverein, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis – die Sozialwissenschaften sprechen in diesem Fall von Netzwerken. Diese Netzwerke erfüllen viele hilfreiche Funktionen, die jeder aus dem Alltag kennt: Man hat zusammen mit anderen Menschen Spaß am Sport, holt sich Rat bei Familienangehörigen oder leiht sich beim Nachbarn den Grill für die nächste Feier.

Was aber hat das nun alles mit der seelischen Gesundheit zu tun? Kurz gesagt: Mit Netzwerkarbeit bricht man die oft einseitige Zweierbeziehung zwischen Patient und Arzt auf und bindet in der Behandlung psychischer Erkrankungen und bei akuten seelischen Krisen ein breites Netzwerk von Personen mit ein, um zusammen zu Lösungen zu kommen. Dazu können Ärzte, Betreuer und psychiatrie-erfahrene EX-IN-Mitarbeiter, Verwandte und Freunde, Arbeitgeber

gehören. Außerdem bedeutet Netzwerkarbeit, dem Menschen in einer Krise ein umfassendes, ambulantes und stets verfügbares Netz an Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören multiprofessionelle ambulante und mobile Teams, ein Krisendienst, der 24 Stunden am Tag ansprechbar ist, eventuell eine Krisenwohnung, Individualpsychotherapie sowie Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie. Nicht zuletzt soll Arbeit mit und ohne Unterstützung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

Das Ziel der Netzwerkarbeit ist, Betroffenen mehr Teilhabe, Mitsprache und eine an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientierte Behandlung bieten zu können.“ (vgl.: Miteinander im Gespräch, Unterstützung und Teilhabe durch gemeindepsychiatrische Netzwerkarbeit, Hrsg. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Autor: Peter Heuchemer)

# Ergebnisse der Fortbildungsreihe

In der ersten Veranstaltung haben sich die Teilnehmer\*innen gegenseitig ihre Institutionen mit Bedingungen, Auftrag und Zielsetzung der Behandlung dargestellt.

Im nächsten Schritt wurden die Kooperationsbeziehungen gemeinsam erarbeitet (siehe nebenstehende Abbildung). Obwohl die Kooperationsbeziehungen vielfältig und auf ganz unterschiedlichen Ebenen regelhaft, gremienbezogen, aber genauso auch einzelfallbezogen stattfinden, ist in der Gruppe doch lückenhaftes Wissen über die Angebote der jeweils anderen vorhanden. Die Kooperation gelingt oft nicht so, wie es gut wäre.

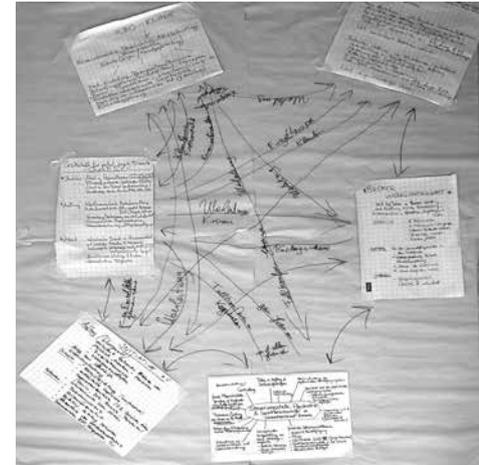
Im weiteren Verlauf der Reihe wird deutlich, dass Vorannahmen zum Teil nicht zutreffend sind, Arbeitsbedingungen nicht bekannt sind etc. Die gegenseitige Wertschätzung wird größer und es wird allen Teilnehmer\*innen stärker bewusst, wie sehr alle mit ihren verschiedenen Aufträgen sehr ähnliche Ziele verfolgen.

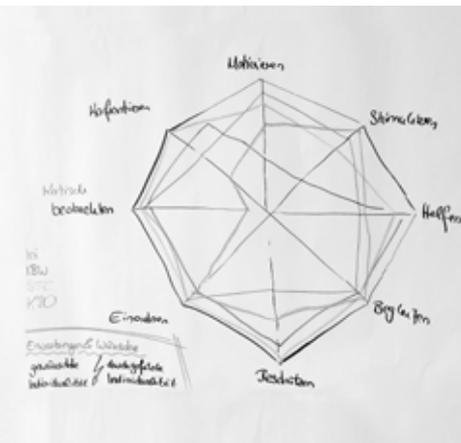
Im 2. bis 5. Treffen erarbeiten wir gemeinsam Methoden und Ansätze, auf die sich die gemeinsame Arbeit stützt. Dies geschieht über die gemeinsame Betrachtung von Fallbeispielen, über Rollenübungen, Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen und die Diskussion in der Gruppe.

In der praktischen Arbeit werden Themen sichtbar, die wechselseitig herrschende Vorurteile aufzeigen, die im Konkreten ausgeräumt werden können.

„Wenn die Tür nicht geöffnet wird, oder jemand nicht zum Termin erscheint, dann kommt die Hilfe nicht an, da fühlt man sich ganz schön hilflos.“ (Kollegin aus dem stationären Bereich über die ambulante Arbeit)

„Es wird oft nicht gesehen, wie viel engagierte Vorarbeit wir in der stationären Behandlung geleistet haben.“





Der Austausch über den Umgang mit Arbeitsbelastung, mit Verantwortung und der Kooperation im Team wird von den Teilnehmer\*innen als sehr wertvoll empfunden (nebenstehende Abbildung: Was sind meine persönlichen Stärken in der Arbeit, was ist der Schwerpunkt meines Dienstes?).

Als die Teilnehmer\*innen in das gegenseitige Shadowing gehen, ist schon eine gute Gruppensituation entstanden. Nach den gegenseitigen Besuchen auf der Arbeit wird diese Wertschätzung noch größer:

*„Ich wusste gar nicht, wie vielfältig das Angebot auf eurer Station ist. Da haben die Patient\*innen wirklich intensive Möglichkeiten, sich zu beschäftigen und neue therapeutische Angebote wahrzunehmen.“*

*„Ich habe großen Respekt vor der Arbeitsbelastung, die bei euch herrscht, das ist ja sehr verdichtet und immer ist viel los. Trotzdem nehmt ihr euch Zeit im Kontakt und seid zugewandt und respektvoll, toll.“*

*„Die Krisenarbeit nimmt im stationären Rahmen einen viel größeren Raum ein. Hierfür sind die Strukturen gedacht, die ihr vorhaltet.“*

*„Wie diszipliniert und klar strukturiert eure Fallbesprechungen im Team sind, das hat mich echt beeindruckt, der offene Dialog als Ansatz ist sehr überzeugend. Da wird sehr deutlich, mit wieviel Ressourcenorientierung ihr den Nutzer\*innen begegnet.“*

Nach dem Shadowing erarbeitet die Gruppe gemeinsam Prinzipien der Arbeit, die aus der theoretischen Arbeit vorab und den Eindrücken der Besuche resultieren.

### *Gesundheit – Krankheit – Menschenbild*

- Im Kontakt und der Beziehung tritt die Erkrankung in den Hintergrund
- Die Erkrankung führt zu/begründet Einschränkungen; das nehmen wir wahr und akzeptieren es
- Wir unterstützen Schritte in Richtung Genesung und Verselbstständigung
- Das eigene Wollen der Nutzer\*innen stärken
- Den eigenen Weg/das selbstbestimmte Sein der Nutzer\*innen stärken
- Die Erkrankung ist auch ein Lösungsversuch für unaushaltbare innere Konflikte/Ausdruck von Leid, Schutz vor Anforderungen, Verantwortung
- Wir setzen uns auseinander über die sozialen, nachbarschaftlichen, gesellschaftlichen Folgen des Handelns
- Wir vermitteln und werben für Verständnis bei Nachbarn, Angehörigen, in Läden, Praxen, Behörden und bei Institutionen
- In der Arbeit sind Vielstimmigkeit, Reflexion, unterschiedliche Lösungswege elementar wichtig
- Die unterschiedlichen Angebote haben ihre berechnete Funktion im System
- Klinik und Heim bieten sehr viel Struktur und Halt, viel Verantwortung wird von der Institution übernommen
- Im ambulanten Bereich ist die Arbeit viel individueller ausgerichtet, der Rahmen bietet (erstmal) weniger Halt, es gibt mehr Spielraum für individuelle Lösungen

### *Empowerment – Verselbstständigung – Recovery*

- Kann im klinischen Bereich intensiviert werden
- Ist immer abhängig von strukturellen und behandlungsrelevanten Aspekten
- Außerhalb der Klinik besteht mehr Zeit, Raum und Flexibilität, auf individuelle Vorstellungen und Tempo einzugehen
- Das Angebot reicht nicht aus, es muss aktiv vermittelt werden
- Die Möglichkeit der Selbstbestimmung kann motivieren

- Recovery ist ein Modell der Betroffenen und nicht der Helfenden, Recovery ist schwer messbar
- Die Klienten bestimmen das Tempo; Ziel ist die Eigenständigkeit und die begleitenden Dienste sind unterstützend

*Beziehungsarbeit – Netzwerkarbeit – Teamarbeit – Krisenarbeit*

- In allen Institutionen gibt es Gemeinsamkeiten in den 4 oben genannten Bereichen, aber mit unterschiedlichen Gewichtungen
- Wir treffen uns in der Krise! – Dann sollte die Netzwerkarbeit gelingen
- Netzwerkarbeit muss praxisnah und in der Krise routiniert sein
- Feste Abläufe für Kooperationsgespräche
- Schweigepflichtsentbindung
- Gleichzeitig die Individualität des einzelnen Menschen wahrnehmen und wahren

Im letzten Schritt der Fortbildungsreihe sind Geschichten entstanden, die für die Teilnehmer\*innen besondere Aspekte ihrer Arbeit repräsentieren. Die Qualität der Beziehung, der Kooperation, die Recovery-Ausrichtung des Angebots kann so im Konkreten spürbar werden.



# Netzwerkgeschichten

Die Fortbildung findet ihren Höhepunkt im gemeinsamen Schreiben von Geschichten, an denen sich etwas lernen lässt. Die Teilnehmer\*innen nähern sich dem Thema „Geschichten schreiben“ über kreative Schreibübungen anhand der eigenen Biografie.

Im zweiten Schritt erfolgt ein Brainstorming zu den bisherigen Inhalten:

- Welche Menschen und Situationen habe ich in meinem bisherigen beruflichen Alltag erlebt?
- Zu welchem Thema passen diese Geschichten?
- Was lässt sich an dem Gelingen einer Zusammenarbeit im Team oder Netzwerk lernen?
- Was zeigt die Geschichte über eine schillernde Persönlichkeit?
- Was lässt sich an einer gelungenen Betreuung lernen?

Jede/r Teilnehmer\*in entscheidet sich für eine Geschichte und formuliert diese aus.

Die hier dokumentierten Geschichten sollen exemplarisch zeigen, wie vielfältig die Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund ist, was die Arbeit des GPV-West im Kern ausmacht.

*Unbekannte Verfasserin*

## Aus den Augenwinkeln

Ich sah die Patientin regelmäßig, wenn ich den Essenswagen holte, ihn schnaufend über den Flur schiebend, aus den Augenwinkeln. Sie ist mir seit Jahren bekannt. Anscheinend braucht sie wieder mehrere Monate, um in die Realität zurückzufinden.

Als sie dann zu mir auf die Station kam, saß sie bei der Oberarztvisite und wollte gerade den Raum verlassen. Ich konnte nicht umhin, sie zu fragen, ob sie abgenommen hätte. Sie antwortete, bereits über 15 kg Körpergewicht verloren zu haben. Ihr schmecke das Essen schon lange nicht mehr.

Gemeinsam wurde dann überlegt, wodurch diese Symptomatik entstanden sein kann. Viele Untersuchungen folgten, eine lange Zeit des Wartens ... es ergab die Diagnose: Tumor am Pankreaskopf.

Die Patientin wollte schon gerne nach Hause, die Zeit wurde ihr zu lang. Ich organisierte einen Hausbesuch, obwohl es schwierig war. Sie hatte nicht mal Schuhe, um rausgehen zu können. Drei Paar Schuhe standen bereit. Doch nur die Pumps passten wirklich. Es war schön, mit anzusehen, wie sie die Schuhe sofort nahm, anzog und sie ihr auch wirklich wie angegossen passten. Sie bot dadurch ein so anderes Gangbild. Sie wirkte stolz, erzählte von ihrem Sohn.

Zu Hause angekommen, suchte sie nur ein paar neue, feste Schuhe, setzte sich in ihren Fernsessel und eröffnete mir, sie möchte jetzt zu Hause bleiben. So war es nicht vereinbart. Sie wieder mitzubekommen, erforderte viel Überredungskunst.

Zeitnah wurden die Schritte auf Station in die Wege geleitet und alles für die OP vorbereitet. Sie wurde engmaschig zu allen Untersuchungen begleitet und die Verlegung klappte auch ohne weitere Zwischenfälle.

Nach einigen wenigen Wochen hörte ich, dass sie bereits wieder zu Hause ist und alles gut überstanden hat.

Bis nächstes Mal ...



*Julia Tietjen*

## Eindringlinge und Fenstergespräche

Ich schloss die Tür und ließ Handwerker und Nutzer in der kargen, feuchten Wohnung hinter mir. Noch immer war ich ein wenig irritiert. Ich solle nächste Woche wiederkommen, sagte er zu mir. Einen Moment zuvor berichtete er mir von verschiedensten Menschen, die in seine Wohnung eindringen, ihn vergiften wollen, ihn töten wollen. Sicherheitshalber ließen wir den Handwerker daher noch einige Liter Wasser durch den Schlauch laufen, bevor es auf die funktionschwache Heizung laufen durfte. Angespannt beobachtete er das Geschehen. Die Wartung war ihm nicht geheuer. Ebenso wenig wie die Tatsache, dass die Welt manchmal mit Unterschriften funktioniert. Sie konnten missbraucht, gegen ihn verwendet werden. Von uns und von Ämtern. Er schaute zwischen dem persönlichen Antrag auf Weiterbetreuung und der Kündigung hin und her. In den vergangenen Monaten erklärte er immer wieder, er wolle nicht betreut werden. Er komme allein zurecht. Und ständig standen doch Betreuer und Betreuerinnen vor seiner Tür, vor seinem Fenster, welches mühselig mit Alufolie abgeklebt war. Zum Schutz. Vor anderen Menschen. Zeitweise probierte er es mit Stahlwolle und einem geschickt unter einer Anglermütze versteckten Kochtopf als Kopfbedeckung. Die fast möbellose Wohnung war sein Schutzraum.

Die Langeweile und das gute Wetter im Sommer bewirkten, dass wir oft am Fenster standen und sprachen. Er in der Wohnung und ich davor. Dies änderte sich rapide mit dem Einbruch des Herbstes und des Winters. Eine anders positionierte Stehlampe und Aussagen der Nachbarn waren die einzigen Anzeichen für sein Leben.

Irgendwann meldete sich eine freundliche, hartnäckige Mediatorin der Wohngesellschaft zu Wort. Wartung der Heizung, Eintritt in die Wohnung, Abmahnung, Zutrittsklage, Schulden, viele Schulden, Schlüsseldienst, Polizei. Vielleicht eine Notöffnung inszenieren? Parallel bei uns: Beendigung der Betreuung, unklare Gefährdungslage, Verwehrlosung, Recht auf Krankheit. Offene Fragen trafen auf entgegengesetzte Anforderungen. Ohne Gespräch mit dem Nutzer. Briefe von uns, Briefe von der Wohngesellschaft trafen bei ihm ein und verharrten



berührungslos im Briefkasten. Das entfernte Klingelschild hüllte ihn in einen Hauch von Anonymität.

Inzwischen war es Januar und mir froren bei winterlichen Minusgraden die Füße, als plötzlich jemand das Fenster öffnete und mir zuhörte. Er wehrte sich vehement gegen die Vorstellung, jemandem Zutritt zu gewähren, wollte kündigen, ich sollte die Kündigung vorbereiten, es solle ihn niemand besuchen, er komme allein zurecht. Dieses Gespräch führten wir immer wieder, mit dem immergleichen Ende. Es wirkte aussichtslos.

Am letzten Tag des Betreuungszeitraumes klingelte ich mit dem eingangs erwähnten Handwerker an seiner Tür. Klingelte wieder. Und wieder. Und machte mich ernüchert zum Gehen bereit. „Hallo Mädchen“ ertönte es hinter mir und er lud uns ein.



*Michael Klett*

## Gänsehaut



Am späten Vormittag bekam ich einen Anruf von meiner stellvertretenden Fachbereichsleitung der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Stellvertretung war erkrankt und bat mich, einen uns anvertrauten Patienten, Herrn N., zu einer Depotgabe zu begleiten.

Herr N. war neu in unserer Behandlung und schien etwas misstrauisch unserer Unterstützung gegenüber zu sein. Der Kollege gab mir den Hinweis, dass Herr N. eine gewisse Zeit brauchen würde, um seine Wohnungstür zu öffnen. Nach einer gewissen Zeit ertönte ein Summen an der Haustür und in der ersten Etage befand sich die Wohnung von Herrn N. Er begrüßte mich freundlich. Ich stellte mich erst mal mit meinem Namen vor und teilte Herrn N. mit, dass mein Kollege erkrankt ist und ich die Depotgabe begleiten möchte.

Plötzlich bemerkte ich, wie ein unangenehmer Geruch in meine Nase stieg. Ich bat Herrn N., seine Balkontür zu öffnen, da der Geruch Reize bei mir ausgelöst hat, mich gleich übergeben zu müssen. Ich bemerkte, dass dies Herr N. unangenehm war und er öffnete für einen Augenblick die Balkontür. Ich sah Ungeziefer auf seinem Teppich und benutztes Geschirr stand einige Tage nicht gespült so herum. Über diese Situation zu sprechen, fand ich unklug und die Fahrt zur Depotgabe stand jetzt erst mal im Vordergrund.

Die Begleitung zur Depotgabe war für Herrn N. kein Problem und ich habe mich etwas gewundert, dass Herr N. während der Fahrt gar nichts gesagt hat. Es hat mich nicht gestört, da ich Herrn N. sympathisch fand und über Mimik und Gestik das Gefühl bekam, auch so einen Zugang zu Herrn N. zu bekommen.

In der Arztpraxis wurden wir freundlich begrüßt und gleich in ein Untersuchungszimmer geschickt, wo die Depotgabe erfolgte. Da die behandelnde Psychiaterin einen gemeinsamen Gesprächstermin für sinnvoll hielt, habe ich mit der medizinischen Fachangestellten einen Termin für ein Gespräch abgesprochen.

Ich fuhr Herrn N. in seine Wohnung zurück und vereinbarte einen neuen Termin mit ihm.

Im Büro habe ich mir die Dokumentation von Herrn N. durchgelesen, da ich Herrn N. nicht kannte und er keine Angaben betreffs seiner psychischen Erkrankung machen konnte. Herr N. bekam vor Kurzem eine umfassende Rechtsbetreuung und unser Auftrag von der Klinik war, zu beobachten, ob Herr N. in seiner Wohnung längerfristig zurechtkommen würde.

Beim nächsten Hausbesuch öffnete Herr N. mir die Tür und wieder sah ich eine Vielzahl von kleinen Tierchen, die den Teppich verzierten. Ich fühlte mich unwohl und Herr N. bemerkte dies. Offen sprach ich ihn auf diese für mich ungewöhnliche Situation an, ob die Tierchen für ihn eine Bedeutung hätten. Herr N. meinte, dass er Atomphysiker sei und er in seiner Haut diese Tiere hätte. Diese Kleintiere tun ihm nichts und außerdem mag er keine Tierversuche. Da ich den Wohnraum von Herrn N. als gesundheitsgefährdend einstufte und Herr N. daran eventuell erkranken könnte, sprach ich ihn offen darauf an. Die Maßnahme, zur Reinigung seiner Wohnung einen Schädlingsbekämpfer einzusetzen, fand Herr N. zu meiner Überraschung in Ordnung. Nur die Tierchen unter seiner Haut dürften nicht getötet werden.

In Absprache mit Herrn N. und durch seine unterschriebene Schweigepflichtsentbindung nahm ich Kontakt zu seiner Rechtsbetreuung auf. Den Einsatz eines Schädlingsbekämpfers fand der Rechtsbetreuer sinnvoll und die Kosten für diese Maßnahme stellten kein Problem dar. Mit dem Schädlingsbekämpfer organisierte ich einen Termin. Da Herr N. sich bei den Maßnahmen nicht in seiner Wohnung aufhalten durfte, haben wir uns in der Stadt getroffen. Wir unternahmen einen Spaziergang und Herr N. war gut gelaunt dabei.

Nun stand der anberaumte Gesprächstermin bei seiner Fachärztin an. Die Frage stand im Raum, ob Herr N. längerfristige professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollte und auch möchte. Die Überleitung in Einzelbetreutes Wohnen wurde als sinnvoll erachtet.

Herr N. fand dies in Ordnung, da ihm die bisherige Unterstützung gut tat und unsere Behandlung bald endete. Das Betreute Wohnen wurde bewilligt. Die

Initiative hatte Kapazitäten und konnte nach uns relativ zeitnah mit ihrer Arbeit beginnen.

Die letzten Kontakte mit Herrn N. haben mich sehr berührt, da Herr N. nach unseren letzten Begegnungen von seiner Brüstung winkte und ich so die Verabschiedung und die Beendigung unserer Maßnahme gut einleiten konnte.



## Fokus ... Eine Geschichte

### Komfortzone?

Herr Z. ist schon einige Zeit bei uns auf der Station, aber er fordert immer noch allen Menschen, die mit ihm zu tun haben, viel ab. Er sprudelt vor immer neuen Ideen, kann oft seine Visionen nicht zu Ende denken. Er ist immer ein Stück zu nah, ein Stück zu laut, eine Spur zu schnell ... sitzt schon fast auf meinem Schreibtisch. Manche Menschen sind genervt von ihm und seinem explosiven, extrovertierten, sprunghaften Verhalten. Im Behandlungsteam reiben wir uns regelmäßig auf, wie wir den „Zustand“ oder das Verhalten dieses anstrengenden Patienten verändern ... oder, wie wir meinen, verbessern können. Oft gibt es zwei Lager an der Behandlungsfront. Die einen plädieren für engere Grenzen, Ausgangsbeschränkungen, vielleicht auch mehr Medikamente. Andere sehen eher einen Vorteil darin, Herrn Z. an der „langen Leine“ laufen zu lassen. Ich bin unsicher und glaube, die Wahrheit liegt irgendwo dazwischen. Ich treffe mich zweimal die Woche mit Herrn Z., ich habe Zeit. Meistens treffen wir uns im Ergoraum. Ich plane auch einen Hausbesuch mit ihm zu machen; ... da gibt es aber noch Widerstände bei ihm. Oft sind unsere Gespräche so interessant, unterhaltsam, lustig und abwechslungsreich, dass ich mich glücklich schätzen kann, dafür auch noch bezahlt zu werden. Herr Z. hat Humor und wir haben viele ähnliche Interessen – Musik, Filme und solche Sachen halt. Manchmal fällt es mir schwer, die therapeutischen Inhalte im Blick zu behalten. Aber was ist wirklich therapeutisch und was nicht? Herr Z. spricht auch gerne über seine Erwartungen an die Zukunft. Seine Eltern sind wohlhabend, sein Vater hat gute Beziehungen zur Wirtschaft. So hat Herr Z. das Glück, einen Job auf dem ersten Arbeitsmarkt zu haben, wo sein besonderes Verhalten akzeptiert und getragen wird. Seine Eltern finanzieren ein Auto, ein Motorrad und eine





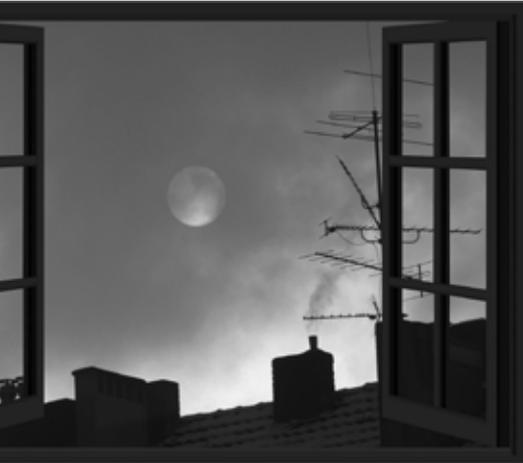
Eigentumswohnung. Aber wenn er darüber spricht, was ihm fehlt, erscheint er selbst in seiner Manie traurig, wehmütig und verzweifelt. Er hätte gern eine Freundin. Eine, die gut aussieht, die jung ist und am besten blond und schlank ... „Was meinen Sie“, fragt er oft, „schaffe ich das noch in diesem Leben?“ Darauf habe ich definitiv keine Antwort, aber man soll ja die Hoffnung nie aufgeben.

Natürlich mache ich auch Gesprächsangebote für depressive Menschen, oder für Menschen mit Psychosen, die eigentlich nichts preisgeben möchten, denen ich sozusagen die „Würmer aus der Nase“ ziehen muss. Das ist wirklich harte Arbeit für mich, teilweise quälend, schwer auszuhalten und unendlich anstrengend. Aber wenn ich mich mit Herrn Z. zum Gespräch verabrede, bewege ich mich in meiner absoluten Komfortzone. Die Zeit vergeht wie im Fluge, es wird viel gelacht. Ich glaube, Herr Z. profitiert von unseren Gesprächen. Er kann seine unendlich vielen und schnellen Gedanken aussprechen und besser ordnen. Ich hoffe, er fühlt sich verstanden und geht mit einem guten Gefühl aus dem Gespräch. Aber auch ich gehe beschwingt, inspiriert und mit neuer Kraft aus jedem gemeinsamen Termin. Eine echte Win-win-Situation, oder? Wenn wir jetzt noch einen Hausbesuch auf die Reihe kriegen, ist das wirklich eine runde Sache. „Wann wollen wir denn zu ihnen nach Hause fahren?“ Da gibt es immer wieder eine Auswahl an ablehnenden Antworten: „Ich hab’ den Schlüssel nicht da“, „meine Eltern haben den Schlüssel“, „ich muss unbedingt erst aufräumen“, „ich muss erst noch renovieren“, „...ach heute nicht“, und so weiter und so weiter. Nach einigen Wochen geht es Herrn Z. deutlich besser, Gespräche werden bodenständiger und ergebnisorientierter. So fällt dann auch die Antwort auf meine altbekannte Frage „Wann fahren wir zu Ihnen nach Hause?“ aus: „Ach wissen Sie, ich schätze Sie ja sehr, aber mal ehrlich! Ich fahre doch auch nicht zu Ihnen nach Hause und besuche Sie, oder?“

Dem habe ich nichts mehr hinzuzufügen.

Hanne Pries

## Ohne Titel



Der Tag begann wie immer furchtbar. Wieder eine schlechte Nacht, wieder nicht geschlafen, wieder nur Erschöpfung. Dabei habe ich doch wieder alles richtig gemacht! Ich gebe mir doch so viel Mühe!

Warum klappt das bei anderen? Nur bei mir geht das nicht! Alle anderen können schlafen – ich bin neidisch, ich bin wütend! Nein, – Hilfe – das darf nicht sein!

Kann mir mal irgendwer helfen? Überall gehe ich hin und niemand ist kompetent. Keiner hat die Lösung für mich. Das kann ja wohl nicht so schwer sein! Ich brauche doch nur eine Pille und dann wäre alles gut.

Aber – Medikamente sind ja auch ganz furchtbar. Ich will am besten gar nix nehmen. – Aber eine richtige Pille, die wärs. Das wäre die Erlösung.

Ich halte mich genau an meinen Plan – das muß dann doch gehen. Ich würde so gerne mal verreisen, ich würde so gerne mal Kaffee trinken, ich würde so gerne mal ... Das kann ich aber alles nicht.

Niemand hilft mir. Niemand nimmt mich ernst. Alle reden nur vom Loslassen. Meine Betreuerin sagt, ich soll jeden Tag drei gute Dinge aufschreiben. Das ist schwer. Manchmal rede ich mit ihr darüber und ich verstehe, so dass mir doch drei Sachen einfallen.

Ich traue mich.

Ich suche mir eine Therapie.

Ich überrasche mich selber.

Ich versuche es mal ein bißchen anders.



Jörg Witte

## Ein schmaler Grat

Das Haus, in welchem ich betreue, besteht aus Wohnungen, die als 2-er oder 3-er WGs konzipiert sind.

Eine meiner liebsten Betreuungen war Herr T. Er war ein ehemaliger hochdekorierter russischer Militärpolizist, der, wie viele Osteuropäer nach dem Fall des eisernen Vorhanges, sein Glück im Westen gesucht hat – welches letztlich in einer Tragödie geendet ist.

Er wurde nach § 64 StGB dafür verurteilt, dass er seinen ehemaligen polnischen Kollegen, der sich ihm in homoerotischer Absicht näherte, erschlagen hatte.

Nun, nach geraumer Zeit, wurde Herr T. in die Führungsaufsicht zu uns entlassen.

Seine Mitbewohner waren Herr P., der immer auf der Suche nach Geschäften jeglicher Art ist, einen immensen Geldbedarf hatte und kaum bis gar nicht begrenzbar war.

Nicht nur ein stakkatohaftes Klopfen an den Türen, auch ein ewiglich sich wiederholendes Mantra: „Geld! Ich brauch’ Geld! Ja, was ist denn nun, haste noch ’ne Mark – kriegst morgen wieder.“ – ließen ihn als suboptimalen Mitbewohner erscheinen.

Auf der anderen Seite Herr M. mit Korsakow und schwerer Diabetes, der aufgrund seiner Umstände häufig seinen Missmut seiner nächsten Umgebung über ein hingebungsvolles und nicht minder lautes: „Das mach’ ich nicht mehr mit, aber auf den Tood (Tod) nich.“ kundtat – aber auch manchmal unfreiwillig außerordentlich komisch sein konnte.

So steuerten wir nach einem gemeinsamen Arztbesuch das Haus wieder an und – davor stehend – zeigt Herr M. aufs Haus und erzählt, dort auch schon mal gewohnt zu haben, um dann daran vorbeizugehen.

Dazwischen nun also Herr T., in seiner zurückhaltenden und häufig lächelnden Art schnell Sympathien bei vielen findend. Ebenso bei mir, und so verabredeten wir uns nahezu täglich.

Herr T. war klassisch gebildet und besaß – wie ich – ein großes Interesse an Geschichte.

Wenn wir uns oder andere Kollegen sich mit ihm trafen, verbrachte Herr T. die meiste Zeit in seinem 10 m<sup>2</sup> großen Zimmer, in welchem er immer die Kaffeemaschine angeschaltet hatte und den Fernseher laufen ließ. Mit großer Leidenschaft verfolgte Herr T. Filme. Und wenn Herr T. nicht rauchte, machte er in seinem Zimmer Liegestütze.

Nachdem wir einander für sympathisch befunden und schon einiges an Zeit zusammen verbracht hatten, erachteten wir es als sinnstiftend – Herrn T.'s Panik in größeren Ansammlungen entgegentretend – uns nach außen zu orientieren.

Seinem Faible fürs Fernsehen folgend, verabredeten wir uns nahezu einmal wöchentlich für einen Kinobesuch und trafen die Filmauswahl abwechselnd und in gegenseitigem Einverständnis, um danach Spaß an einer Rezension des zuvor gesehenen Films zu haben.

Eine meiner Wahlen fiel auf „Der schmale Grat“. Ein langatmiger 2. Weltkriegsfilm, in dem Amerikaner eine von Japanern besetzte Pazifikinsel zurückerobern.

Herr T., der im Saal neben mir sitzend häufig seine Unruhe ob der größeren Menge an Zuschauern schwer beherrschen konnte, entspannte sich aber ebenso häufig im Verlauf eines Films. Nicht bei diesem.

Schuld daran war aber nicht das uns umgebende Publikum, sondern vielmehr die Handlung, bei der ein Akteur des Films 10 Minuten damit verbrachte, daran zugrunde zu gehen, dass er einen Menschen getötet hat.

Den Film fast durchhaltend, von mir aus den Augenwinkeln ob einer möglichen Dekompensation sorgsam beobachtet, bat mich Herr T. 15 Minuten vor Ende, ob wir nicht gehen könnten. Erleichtert nahm ich das Angebot an und wir gingen.



Dem Ritual unserer Kurz-Rezensionen folgend, befragte ich Herrn T. zum Film, der mich dann sehr höflich wissen ließ, dass der Film nicht schlecht gewesen sei, er jedoch lieber nur Action hätte.

Meine Versuche, das Gesehene im Nachhinein zu thematisieren, gelangen dann nicht ernsthaft.

Bemerkenswert war, dass unsere Abstände der Besuche des Kinos größer wurden, bis sie einschliefen und sich auf dann eine neue gemeinsame Leidenschaft verschoben – wir machten Fahrradausflüge. – Ohne jeglichen Grat – auch nicht in der folgenden Rezension.



## Lebenskreuzung



In der Luft schwebte der Ton einer Geige. Ganz hell, ganz hoch. Nur ein Ton. *Pamm!* Die Worte dazwischen waren wie Messerstiche. Stille erfüllte den Raum. *Pamm!* Sätze, geschrien wie im Krieg. *Pamm!* Worte als Waffe genutzt. Zwischen allen schwebte diese Anspannung, niemand mochte etwas Falsches sagen, sich falsch bewegen. *Pamm!* Seine Fäuste waren geballt, gefühlt standen wir nur wenige Zentimeter auseinander, Mitarbeiter in meinem Rücken waren wie ausgeblendet. Sein Blick durchbohrte mich, versuchte mich auszusaugen. Wenn Blicke töten könnten, High Noon, Wilder

Westen in der Psychiatrie. Kaum Reaktion. *Pamm!* Ich war noch nicht lange ausgelernt, hatte einen kurzen bildungstechnischen Ausflug genossen. Nun war ich zurück, examiniert, selbstbewusst, von mir überzeugt, von meinem Plan überzeugt. Bereit anzupacken, einzutauchen in eine ganz andere Welt. Und vermutlich gleich tot. *Pamm!*

„Viel hat nicht gefehlt“, gab er mir später in einem vertrauten Gespräch an, „aber eigentlich hat es mich gerettet“. Mein Pfad zwischen Heldengeschichte und völliger Selbstzerstörung war schmal, meine Luft wurde knapper als in jenen Situationen, als die Polizei zur Unterstützung gerufen wurde. Konnte man ihn retten? War er gerettet? Eigenes Leben, eigener Laden, eigene Familie, eigenes Glück. Dann das ganze Programm aus Schicksal, Klischee und Abwärtsspirale. Psychose und Drogen vermischt, Wahnvorstellungen, Verfolgungsängste. Die ganze Welt hatte sich verschworen. Niemand wollte ihm glauben, die Familie wendete sich ab, die Selbstständigkeit ging erst beruflich, dann ganz privat verloren. Kein Geld, keine Freuden, keine Zukunft. Nun verharrte er zu Unrecht in der Psychiatrie, bereit zur Verteidigung, bereit zum Äußersten.

„Ich bin nicht hier, um mir Freunde zu machen, ich bin hier, um meine Arbeit richtig zu machen“, wollte ich ihm meine Haltung erklären. Eine Haltung, die mir

ein Kollege wissend machte. Die ganzen Fachbegriffe habe ich ausschweifend gelernt, Medikamente spulte ich ab wie Lebenszutaten, Verhalten, Struktur und Konsequenzen wurden zu steten Begleitern meines Tuns und Handelns. Mal mit einer gesprochen, die verzweifelt war, mal mit jemandem diskutiert, der sauer war. Mal war es laut, mal leise. Angespante Situationen habe ich kennengelernt, habe erfahren können, wie ich die Kontrolle übernehme, erleben müssen, wie schlecht sich Menschen fühlen können. Nun stand ich vor ihm, die Situation war mehr als angespannt, mehr als aggressiv. Es war blanke Gewalt. *Pamm!* Gewalt, die Angst auslöst. Schreiende Gewalt. *Pamm!* Ich versuchte, ihn zu erreichen, mit ihm zu sprechen. Viel haben wir eigentlich nicht gesprochen. Zumindest hörten wir uns nicht. Wir standen wie zwei Glasscheiben voreinander. Eine oder beide könnten zerstört werden. Es blieben beide heile.

„In der Psychose dachte ich, sie seien das größte Arschloch, jetzt sehe ich aber, wie mir das alles geholfen hat“, erzählte er mir. Ganz nebenbei, während er Fernsehen schaute, auf dem Sofa lag und ich auf dem Stuhl daneben saß. Eine Mischung aus Lob und Verachtung. Wir schauten uns nicht viel an dabei, dennoch wusste ich, dass sein Blick einen immer noch durchbohren konnte. Wir spüren wieder die gleiche Realität, aber wir sehen immer noch unterschiedliche Welten. Wir sehen den gleichen Blick zurück, wo wir herkamen, warum wir wie handelten, wo es hakte zwischen uns. Wir sehen denselben Punkt, an dem wir uns jetzt befinden. Es war eine schweigende und doch so viel erzählende Ebene. Ohne unser Erleben, ohne unsere Meinung und ohne unsere Haltung wären wir hier nicht angekommen. Mit ihnen hätten wir den Punkt fast verpasst. Für einen kurzen Augenblick befanden wir uns nicht in der Psychiatrie. Irgendwo auf einer Parkbank machten wir halt, zufällig zum gleichen Zeitpunkt. Wir hatten beide unsere Ziele, tauschten uns gemeinsam aus. Wir trafen uns noch öfter auf dieser Parkbank, irgendwann werden wir nicht mehr Pause machen, haben für den Moment alles ausgetauscht und voneinander erfahren, was es zu erfahren gibt. Dann gehen wir weiter, sehen dabei unterschiedlich nach vorne. Ich spürte, wie er das Gleiche dachte.



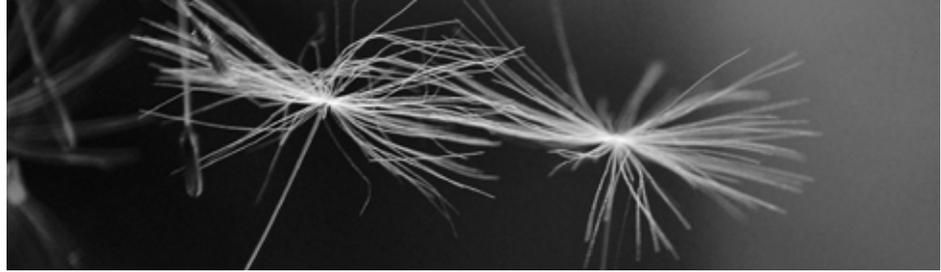
## Frau H. und die systemische Demut

Wir haben uns kennengelernt, weil Sie umziehen wollte – umziehen musste. Ihre vorherigen Betreuer\*innen waren im neuen Stadtteil nicht mehr zuständig für sie, deswegen kamen meine Kollegin und ich ins Spiel. Wie es die Qualitätsstandards gebieten, gab es natürlich eine Pflegeüberleitung. Der damalig zuständige Sozialarbeiter von Frau H. nahm mich mit zu einem ersten Kennenlerntermin. Auf dem Weg zu ihrer Wohnung hörte ich dagegen schon einiges über die Klientin – ihre Probleme, ihre Baustellen, ihre Unzulänglichkeiten. Das kann ja was werden.

„Die Frau ist hoch belastet!“, „Die Frau ist schwer krank!“, „Die Frau kann nicht für sich sorgen!“

Gutes gab es offenbar nicht zu berichten. Das zuvor vermittelte Leid und der Handlungsdruck waren für mich aber anfangs klar erkennbar. Man fragt und reflektiert, gewöhnt sich aneinander, findet sich in die Lebenssituation des Gegenübers ein und ist überrascht: „Dir geht’s so schlecht, wie schaffst du das nur?“ Über allem neu Gesagten hing das vorherige Übergabegespräch wie ein Damoklesschwert. Die Suche nach Symptomen und deren Auslösern, nach Gründen ihres Zustandes und Möglichkeiten des Aushaltens und Überwindens wurde so schon anfangs dem Finden von Ressourcen und Lösungswegen vorgezogen. Das kam mir komisch vor, im speziellen Fall aber irgendwie berechtigt. Der Kollege hat es mir ja erklärt.

Aber Frau H. hatte Schwierigkeiten, das genau so zu formulieren. Sie wusste ebenso wenig Bescheid über das, was hilfreich sein konnte, wie über die Dinge, die in ihrem Leben falsch laufen. Nur dass es anders werden sollte, das stand fest. Was zu tun wäre, wie man helfen könnte? Das waren Fragen, die ich mich nur selten zu stellen traute. Denn die bei meinem Gegenüber dadurch ausgelöste Überforderung spiegelte sich auch in mir. Wer war hier wem ausgeliefert? Frau H. einem Menschen, der ihr nicht helfen konnte? Ich einer Klientin, die sich nicht helfen lassen wollte? Oder wir beide ihrer Krankheit – ihren Krankheiten,



um genau zu sein. Denn hier hieß es mal Depression, dort Persönlichkeitsstörung, andere sprachen gar von Traumata ...

Dabei war nicht alles schlecht. Der Umzug war nötig, befreite sie aus einer eingefahrenen, schädlichen, sogar gefährlichen Struktur und von einem Partner, der keine Perspektive bot. Die neue Wohnung war schön. Die damit einhergehenden Wünsche und Vorstellungen an die Zukunft gaben Halt. Vieles, was andere sich erst mühsam erarbeiten mussten, konnte Frau H. schon auf ihrer Checkliste eines besseren Lebens verbuchen. Und doch wurde die To-Do-Liste immer länger. Dass es etwas zu tun gab, war also bald klar. Wie das erreicht werden konnte ... da schieden sich die Geister. Denn Frau H. traute sich nicht viel zu. Die verschiedenen Diagnosen, die ihr gegeben wurden, bestätigten sie in ihrer Hoffnungslosigkeit. So viele Wenn's und Aber's, so viel Diskussion, um des Sprechens willen. Nichts konnte helfen, zumindest haben wir uns das so vorgestellt. Mit meinem professionellen Latein war ich damit schnell am Ende. Ich konnte nur noch zuhören, begleiten, da sein. Von Fortschritt, den wir uns beide so sehr wünschten: keine Spur.

Dann wurde es schnell ruhiger. Die anfängliche Motivation war verflogen und der Kontakt für zwei Wochen eingeschlafen. Um Frau H. Raum zu geben, sich neu zu orientieren und die benötigte Zeit zu lassen, sich vielleicht über andere Behandlungsziele klar zu werden, wollte ich mich nicht aufdrängen. Umso froher war ich, als ich ihren Namen auf meinem Diensthandydisplay sah – es kann weitergehen. Doch Halt! Was sagt sie da? Sie braucht uns nicht mehr? In den letzten Tagen sei viel passiert, seien viele Knoten nun gelöst, Perspektiven viel klarer, der Druck viel kleiner, der Himmel blauer? Frau H. ging es gut. Und ich war wieder überrascht! Anfangs vielleicht ein wenig beleidigt – warum braucht sie mich denn nicht? Hab ich nicht gut genug hingehört? Es nicht doll genug versucht? Nein, schwante mir, hier gibt es keine Schuldigen. Nur Verantwortliche. Und zwar für sich selbst. Keine Studierenden, keine Praktiker\*innen,

keine Medikamente waren nötig. Frau H. hatte Stärke gewonnen – aus sich selbst heraus, in Eigenregie und ohne fremde und vor allem institutionalisierte Hilfe. Was sich dort ereignet hatte, formte auch mein Bild vom Menschen und seiner Psyche, von Pathologisierung, Recovery und Empowerment. Dafür danke ich Frau H.



*Andrea Winkler*

## **Zwangsläufig genesen**

*Sie kam in Begleitung  
Und war dennoch allein  
Sie musste hier bleiben  
Und wär viel lieber daheim*

*Aus den Fugen geraten war ihr Leben  
Die Sorge für die Kinder musste sie ans Amt abgeben  
Abgemagert war sie bis auf die Knochen  
Wenn sie sprach, hat man nur Aceton gerochen*

*Ihr Zwang schien die Grenzen zu sprengen  
Ihr Dasein kontrolliert einzuengen  
Sie zu betreuen, war kaum zu ertragen  
Im Wechsel halbstündlich und viele offene Fragen*

*Tausendmal am Tag dasselbe tun  
Nie vom Fleck kommen und dennoch niemals ruhen  
Geduld, Nachsicht und Strenge  
Woher die Kraft? Und wohin mit der Wut in diesem Gemenge?*

*Dann ein Jahr später am Telefon  
– sie wollte sich mal melden – oh je, was nun?  
Nein, nein, sie habe ihre Kinder, ihren Job und ihr Leben wieder  
Gewonnen sei der Kampf gegen den Zwang und sie sei der Sieger.*

