



# Netzwerk Entwicklung Nord

Kooperation im  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbund



# Netzwerk Entwicklung Nord

Kooperation im  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbund

# Impressum

Broschüre zur Dokumentation  
der Netzwerkentwicklung  
im Gemeindepsychiatrischen Verbund  
Bremen-Nord, 2019

**Herausgeber:**

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

**Verantwortlich für die Inhalte:**

Jörn Petersen  
Bremen, November 2019

**Druck:**

LASERLINE, Berlin  
Auflage: 500

# Inhalt

Jörn Petersen	Vorwort . . . . .	6
<b>Netzwerkentwicklung Nord</b>		
Jörn Petersen	Inhalte . . . . .	10
Jörn Petersen	Ergebnisse der Reihe . . . . .	20
<b>Netzwerkgeschichten</b>		
Unbekannte Verfasserin	Hilfe! . . . . .	30
Kristin	Wie eine andere Frau . . . . .	31
Anonym	Auf der Suche nach etwas Großem . . . . .	33
	Ohne Titel. . . . .	34
Arian Pusch	Meine Geschichte . . . . .	36
E. Schäfer	„Die Auferstehung“ . . . . .	39
Catarina Mahnke	Die Gitarrespielerin . . . . .	41

# Vorwort

Diese Broschüre ist die Dokumentation einer Reihe zur Netzwerkentwicklung im Gemeindepsychiatrischen Verbund Nord in Bremen 2019. 19 Mitarbeiter\*innen aus acht unterschiedlichen Organisationen haben ein Jahr lang monatlich zusammengearbeitet. Hierbei flossen die Perspektiven der gemeindepsychiatrischen Angebote, der Suchthilfe und der Behindertenhilfe in die Fortbildung ein.

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.; Dozent/in waren Lea Wülpern (Gesundheits- und Krankenpflegerin des Klinikums Bremen Nord) und Jörn Petersen (Diplom-Sozialpädagoge, Leitung F.O.K.U.S.). Diese gemeinsame Dozentenrolle aus der Sichtweise von zwei Organisationen sollte die Netzwerk-Perspektive in allen Ebenen realisieren.

Die gemeindepsychiatrische Zusammenarbeit in Bremen Nord hat eine lange Geschichte. Seit über 20 Jahren treffen sich die Akteure im Stadtteil zur gemeinsamen Kooperation. Das Modell Bremen Nord hat sich intensiviert durch die Verlagerung der Akutbehandlung in den Stadtteil im Jahr 2003, zunächst an zwei Standorten, seit 2014 an einem. Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Bremer Norden entwickelt sich mit diesem Namen seit 2018, formale Kooperationsverträge sind noch nicht unterzeichnet, gleichwohl werden inhaltliche Themen in den Sitzungen des GPV Nord intensiv diskutiert.

Die senatorische Behörde für Gesundheit weist den Gemeindepsychiatrischen Verbänden in ihrem Psychiatriepolitischen Positionspapier von 2019 eine Schlüsselrolle in der Organisation der Versorgung zu:

*Die GPV sollen das organisatorische Dach aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen, insbesondere für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, in einer Versorgungsregion bilden. Sie sollen personenzentrierte Hilfen mit dem Ziel anbieten, dass hilfebedürftige Personen dauerhaft in ihrer Region leben können. Sie sollen eine zeitgerechte und angemessene Versorgung aller psychisch kranken Bürger\*innen insbesondere mit komplexem Hilfebedarf einer Region sicherstellen, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme umsetzen und das Leistungsspektrum durch Qualitätsverbesserungen und Versorgungsverpflichtung optimieren.*

*Die GPV sind eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der Transformation und die Psychiatriereform insgesamt. (S.6)*

Die Mitarbeiter\*innen der Institutionen in Bremen Nord kooperieren seit vielen Jahren in ihrer Arbeit auf Einzelfallebene. Gleichzeitig findet die Kooperation auf der institutionellen Ebene mit Sitzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes statt. Die Vernetzung in der Region Nord ist aufgrund der besonderen geografischen Lage besonders gut. Die intensive Zusammenarbeit und die gemeindepsychiatrische Orientierung soll im GPV weitergeführt werden und eine neue Form bekommen.

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.

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 in Bremen Nord. 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, 30.10.2019

# 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 Organisationen 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 Norden mit psychosozialen Gesundheitsproblemen. Teilgenommen haben:

- 7 Mitarbeiter\*innen aus dem Klinikum Bremen-Nord, Geno (Tagesklinische und stationäre Akutbehandlung, Beratungsstelle mit PIA und SPSD )
- 3 Mitarbeiter\*innen der Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. (Betreutes Wohnen und Fürsprache bzw. Genesungsbegleitung)
- 1 Mitarbeiter\*in der Gapsy, Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (Soziotherapie und APP)
- 2 Mitarbeiter\*innen Sozialwerk der freien Christengemeinde Bremen e.V. (Tagesstätte und Heimeinrichtung)
- 1 Mitarbeiter\*in der ArBis (Projektwerkstatt der Werkstätten für Ergotherapie und Beschäftigung)
- 1 Mitarbeiter\*in der Awo integra (Haus Blumenthal, Einrichtung für Menschen mit Suchterkrankung, Übergangseinrichtung zur Stabilisierung der Abstinenz)
- 2 Mitarbeiter\*innen von Friedehorst (Betreutes Wohnen)
- 1 Mitarbeiter\*in der Lebenshilfe (Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen)

## Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Die Basis dieses Modulthemas bilden die Ansätze Salutogenese und Recovery.

### *Aaron Antonovskys 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)

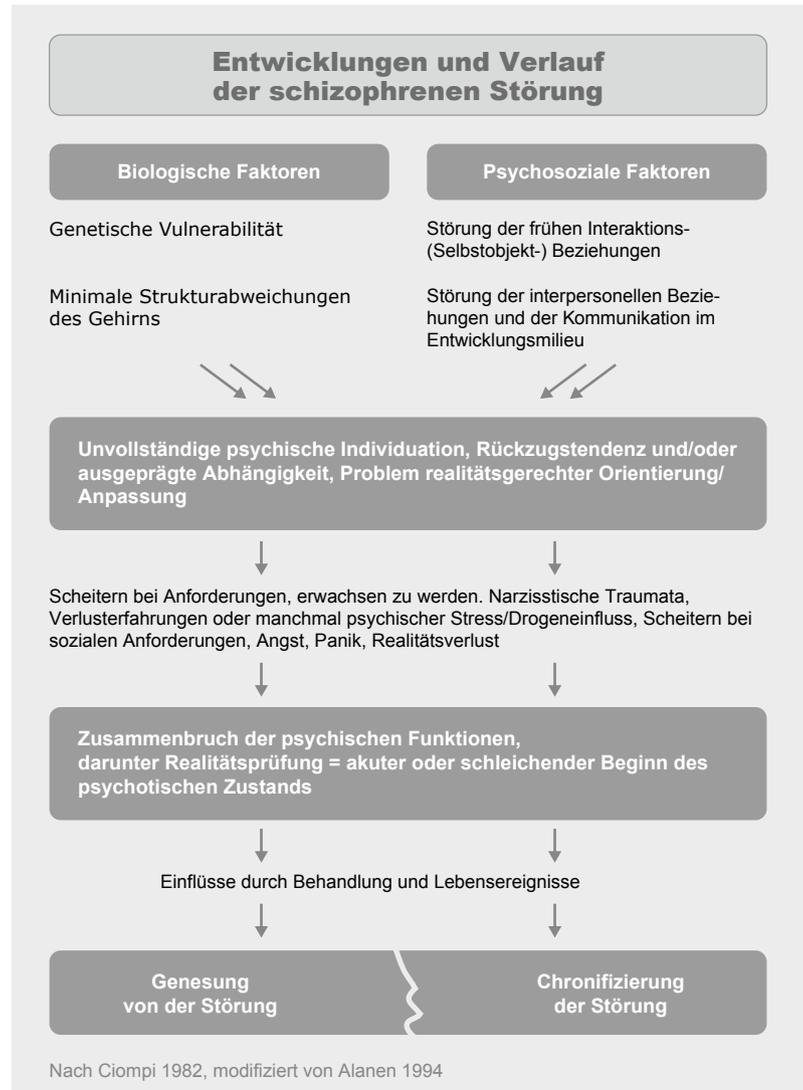
„Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein

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 (vergleiche



<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 ganze 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 motivieren, 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 Empowerment-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 Nord 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 Sozialwissen-

schaften 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.

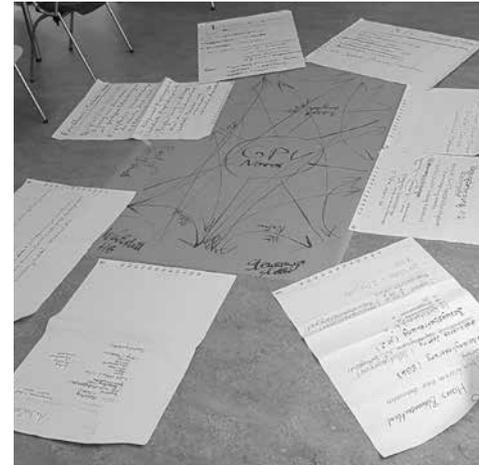
Im nächsten Schritt wurden die Kooperationsbeziehungen gemeinsam erarbeitet (siehe nebenstehende Abbildung). Obwohl die Kooperationsbeziehungen vielfältig und auf ganz unterschiedlichen Ebenen regelhaft, gremienbezogen, aber genauso auch einzelfallbezogen stattfinden, ist in der Gruppe doch lückenhaftes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

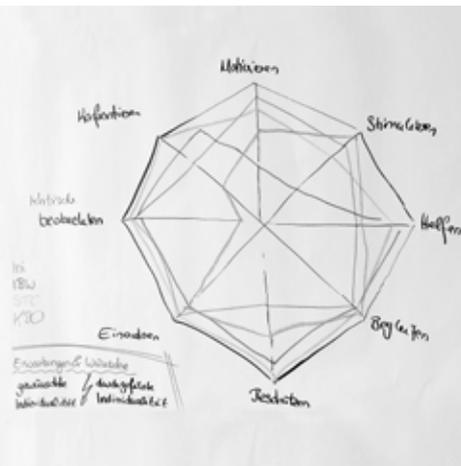
Im weiteren Verlauf der Reihe wird deutlich, dass Vorannahmen zum Teil nicht zutreffend sind, Arbeitsbedingungen nicht bekannt sind etc. Die gegenseitige Wertschätzung wird größer und es wird allen Teilnehmer\*innen stärker bewusst, wie sehr alle mit ihren verschiedenen Aufträgen sehr ähnliche Ziele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

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)*





„Der Besuch der Wohnbetreuerin hat eine hohe Bedeutung. Im Leben der Nutzer ist der ein sehr wichtiger Termin in der Woche.“ (Kollegin aus dem stationären Bereich über die ambulante Arbeit)

„Bei der Arbeit im häuslichen Rahmen steht der individuelle Kontakt und die Beziehung viel stärker im Fokus.“

„Sinngemäß über die Arbeit im Klinikum Bremen Nord (KBN): Ihr habt ein dichtes Arbeitsaufkommen, da kann man nur eins nach dem anderen wegarbeiten. Euer Arbeitsalltag ist vernetztes Arbeiten, das geprägt ist von hoher Interaktionsdichte. Eure Patient\*innen sind viele Menschen in Krisen in sehr unterschiedlichen Zuständen.“

Weiter über die Arbeit im KBN: „Betreutes Wohnen hat mehr von Familienersatz, KBN ist eine Autorität, übt eine Kontrollfunktion aus, setzt Normen – Patienten werden ernst genommen, erhalten aber auch sehr klare Rückmeldungen.“

Die Beziehungsgestaltung ist von größerer Distanz geprägt, dadurch ist es anders möglich, auch kritische Rückmeldungen zu geben und hierdurch Entwicklungen anzustoßen, das ist eine Stärke.

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.“*

*„Endlich komme ich mal in der Region, in der unsere Patient\*innen leben, herum und lerne deren Lebenssituation kennen.“*

Die Defizitorientierung, die in der Dokumentation und bezogen auf die Rechtfertigung der geleisteten Unterstützung notwendig und von Kostenträgerseite gefordert ist, steht im Widerspruch zu einem ressourcenorientierten, recovery- und empowermentorientierten Blick. Dies gilt in allen beteiligten Einrichtungen.

Der Zugang zu Hilfen über die Diagnose gibt im Kontakt eine erste Orientierung, gleichzeitig birgt er die Gefahr, selbst zu sehr in Schubladen zu denken, so wie das Hilfesystem und die fachlichen Konzepte in Säulen und Therapieprogrammen organisiert ist. Hier schaffen die gemeinsam erarbeiteten Haltungen einen anderen Ansatz. Wenn wir die Begegnung und den Kontakt mit den Hilfesuchenden in den Mittelpunkt stellen, wird die Bedeutung der Diagnose unwichtig(er).

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 mit den 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 Klient\*innen bestimmen das Tempo; Ziel ist die Eigenständigkeit und die begleitenden Dienste sind unterstützend

### *Beziehungsarbeit – Netzwerkarbeit – Teamarbeit – Krisenarbeit*

- In allen Institutionen gibt es Gemeinsamkeiten in diesen 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
- Schweigepflichtentbindung
- Gleichzeitig die Individualität des einzelnen Menschen wahrnehmen und wahren

*Die Teilnehmer\*innen formulieren klare inhaltliche Punkte, die im GPV Nord berücksichtigt werden sollten bei der weiteren Arbeit:*

- Die Arbeit im Verbund soll sich an den inhaltlichen Anforderungen der praktischen Arbeit ausrichten. Hierfür muss in den beteiligten Organisationen der Informationsfluss top down und bottom up gewährleistet werden, dies ist aus Sicht der Teilnehmer\*innen noch verbesserungsfähig;

- Kooperation gelingt nur, wenn wir uns kennen, wenn wir voneinander wissen und Strukturen und Bedingungen der Arbeit bekannt sind, hierfür sind Räume wie diese Reihe hilfreich, aber auch im Alltag braucht es hierfür Räume, Zeiten und Strukturen;
- Der Informationsfluss über Zuständigkeitswechsel, Ansprechpartner\*innen, Veränderungen in der Erreichbarkeit müssen wir uns gegenseitig proaktiv mitteilen;
- Der GPV Nord soll nicht nur ein abgekoppeltes Leitungsgremium sein, sondern auch von gelebter Kooperation auf Arbeits- und Alltagsebene geprägt sein, hierfür braucht es Foren und Instrumente, an denen Kolleg\*innen der Basis beteiligt sind;
- Eine Information über bestehende Hilfsangebote in Form eines Leitfadens sollte allen Mitarbeiter\*innen zugänglich sein (dies ist bereits in Planung im Rahmen der Modellmittel, ASB erstellt Internetbasierten Leitfaden, dieser sollte nach Fertigstellung allen Mitarbeiter\*innen bekannt gemacht werden, Anmerkung von F.O.K.U.S.);
- Als gemeinsames Ziel sollte der GPV wichtige Schlüsselemente, wie: Empowerment (Macht abgeben, gemeinsam nach Wegen suchen), Beteiligung von Nutzer\*innen, Stärkung der Selbständigkeit (ich mache nicht für, sondern unterstütze bei), Recovery-Orientierung in den Leitlinien/Präambel enthalten;
- Für Menschen mit hohem Versorgungsbedarf wird eine Lücke sichtbar, keine ausreichenden Wohnplätze mit intensiven Hilfsangeboten für komplexe Bedarfe
- Nicht nur Wohnplätze fehlen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf und hohem Versorgungsbedarf; auch bezogen auf die Breite der Angebote im GPV Nord ist es von hoher Bedeutung, die Gruppe der Menschen im Blick zu behalten, die schwierig und sperrig sind, die die Grenzen unseres Angebotes herausfordern. Auch und insbesondere an dieser Gruppe misst sich die Qualität unserer Rehabilitations-/Betreuungs- und Versorgungsangebote insgesamt.

Die Kooperation und gemeinsame Haltungsentwicklung im GPV Nord kann sich auf Mitarbeiter\*innenebene weiter entwickeln durch:

- gemeinsame Fortbildungen
- gegenseitige Hospitationen
- weitere Durchläufe dieser Reihe
- Trägerübergreifende Fallbesprechungen auf kollegialer Ebene
- bei Versorgungslücken können trägerübergreifende Arbeitsgruppen neue Angebote auf kooperativer Ebene entwickeln

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-Nord im Kern ausmacht.

*Anonyme Verfasserin*

## Hilfe!

Hilf' mir, mir geht's nicht gut.

Ich bin da, was hast du denn?

Das weiß ich auch nicht so genau.

Möchtest du darüber reden?

Nein, das hilft mir nicht!

Möchtest du, dass wir gemeinsam etwas tun?

Nein, das kann ich nicht!

Möchtest du, dass ich etwas für dich tue?

Nein, das will ich nicht!

Hilf mir anders!

Wie kann ich dir denn helfen?

Das weiß ich nicht! Aber hilf mir!

...

Jetzt weiß ich was mir hilft!



*Kristin*

## Wie eine andere Frau

Als ich sie zum ersten Mal sah, überschwamm mich ein Gefühl der Anspannung, Überforderung, Hilflosigkeit und Wut – ganz merkwürdige Wut, so unterschwellig, kaum greifbar. Und langsam wurde mir klar, dass es nicht meine Wut war, sondern der Frau gehörte, die dort vor mir saß, mit gesenktem Kopf, hochgezogenen Schultern, gebeugtem Oberkörper, zittrigen Händen, einem gequälten Ausdruck im Gesicht und den rastlosen, fragenden Augen. So haben wir uns kennengelernt.

Und so sind wir zusammen einen Weg gegangen, der immer wieder mit vielen Versuchen, Rückschritten, Zweifeln, Anstrengungen und Hoffnung gekennzeichnet war. Ging sie einen Schritt nach vorne, überkamen sie Zweifel und sie blieb erstarrt stehen, immerwegs fragend, ob es die richtige Entscheidung war. Ging sie einen Schritt nach vorne überkamen sie Ängste, die ihr so unaushaltbar schienen, dass sie sich fluchtartig umdrehte und in Eile den bereits gelaufenen Weg in ihren Fußstapfen zurückrannte, dabei mit jedem Schritt kleiner werdend und die Worte „Ich habe schon wieder versagt“ mantrenhaft vor sich hersagend. Jeder Schritt muss ihr so schwer und anstrengend und angsteinflößend vorgekommen sein und das sah man ihr an. Und was habe ich gemacht? Ich war nur dabei, habe sie zu neuen Schritten ermutigt, bei Stillstand gestärkt und bei Rückschritten getröstet – und täglich grüßt das Murmeltier bis die Schritte immer größer wurden, schneller gingen und wir uns nicht mehr täglich, sondern wöchentlich sahen und dann irgendwann entschieden, dass es jetzt gut ist. Wenn ich die Menschen, die ich in ihrer häufig schwersten Zeit begleite und anschließend nicht mehr sehe, dann überkommt mich gleichzeitig ein Gefühl der Neugierde, der Befürchtung und der Hoffnung: „Es ist ein gutes Zeichen, wenn sie nicht hier sind, dann geht es ihnen bestimmt gut“ – so habe ich es auch bei ihr gehofft.

Als ich sie dann das nächste Mal per Zufall auf einem Routinetermin wartend sitzen sah und sie mich grüßte, brauchte ich einen Moment, um sie zu erkennen. Vor mir saß eine Frau mit einem tiefroten Mantel, frisch gefärbten Haaren, einer modischen Brille, einer aufrechten Haltung und einem entspann-



ten, freundlichen Gesichtsausdruck – die einst so rastlosen Augen aufmerksam und ruhend. Und so haben wir uns zwei Jahre lang immer wieder gesehen, sie im roten Mantel und ich dankbar und froh, dass sie diesen beschwerlichen Weg dorthin auf sich genommen hat.

*Anonym*

## Auf der Suche nach etwas Großem

*Auf der Suche nach etwas Großem,  
nach der Urbestimmung seines Seins,  
der Erfüllung des eigenen Sinnes in der Welt  
sah er  
erst orientierungslos taumelnd,  
dann zaghaft Wurzeln schlagend,  
irgendwann mit erhobenen Kopf  
über den Wellen  
mit seinem Strom schwimmend,  
dass es  
– und eigentlich auch er –  
schon so gut war.*



## Ohne Titel

Zusammen auf engstem Raum des von meinem Arbeitgeber zur Verfügung gestellten Kraftfahrzeuges auf dem holperigen Weg hin zum ergebnisverheißenden Besprechungstermin. Bevor ihm – und damit auch mir – eine Audienz gewährt wird, nehmen wir die im wahrsten Sinne des Wortes erste Hürde: den Empfangstresen. Besetzt von unter Zeitdruck stehenden Mitarbeiterinnen, die in ihrer Not lieber die knapp bemessene Aufmerksamkeit nach einem schnellen Abwägen an mich richten, statt an ihn, wobei dies angesichts seiner immensen Statur und Lautstärke schon zunächst verwunderlich erscheinen mag. Nach gegenseitig gestifteter Verwirrung, wesentlich beeinflusst durch die Aus- und Zwischenrufe des Herren, den ich begleite, gelangen wir in das überfüllte Wartezimmer. Zaghaftes Durchatmen meinerseits, wütendes Schnauben rechts neben mir, das auch von der biedereren Atmosphäre um uns herum kaum gedämpft werden mag. Neutrale Töne an den Wänden, gepaart mit wenigen um ihr Überleben kämpfenden Zimmerpflanzen und Illustrierten aus der letzten Jahreszeit sorgen für eine Stimmung, in der sich keiner wohl fühlen mag, bei der der Fluchtimpuls jedoch auch gerade noch so unterdrückt werden kann.

Das leise Gemurmel der Wartenden wird von einem plötzlichen Ausruf der Entzückung unterbrochen. Auf eine kollektive Schrecksekunde folgen von verstohlene Blicke, in die Höhe gezogene Augenbrauen sowie unausgesprochene Fragezeichen sind die stumme Antwort auf die spontane Körperregung meines Begleiters. Er hört sie nicht, sondern flüchtet sich in die Vorstellung einer schnurrenden Katze in seinen kräftigen Armen.

Minuten werden zu Stunden, Aufregung zu Anspannung, die sich in einem Sprint zur vom Behandler ausgestreckten Hand hin, jedoch dann knapp an dieser vorbei, entlädt. Ich folge mit gemäßigerem Tempo und übernehme es, ihn und mich vorzustellen. Auch in diesem Raum, in dem uns nun endlich Einlass gewährt wurde, fungiere häufiger ich als Ansprechpartnerin als er. Mit großer Mühe und ungefiltert zum Ausdruck gebrachter Aufregung sitzt er da, und erinnert mich trotz seiner stattlichen Erscheinung eines Herren im herannahenden Rentenalter eher an einen kleinen Schuljungen mit Prüfungsangst. Das vom

Fachmann knapp gehaltene und etwas monoton anmutende Gespräch erhält einen kurzen Höhepunkt, in dem der Arzt eine Inselbegabung bei seinem Pati-



enten vermutet, jedoch rasch und brüsk von eben diesem eines Besseren belehrt wird. Von der Hoffnung auf eine solch seltene Entdeckung und der entsprechenden Enttäuschung des Fachmanns bekommt meine Begleitung nichts mit, wohl aber davon, dass für ihn dieser Termin ein gutes Ende nimmt.

Zurück im engen Wagen, auf dem Weg in sein schmerzlich herbeigesehntes Zuhause, referiert ein nun gelöst wirkender Herr über die verschiedenen gängigen Katzenarten und gewinnt mit jedem gefahrenen Kilometer mehr und mehr an innerer Ruhe. Und auch ich merke, wie ich mich bei der Diskussion über die verschiedenen Farbgebungen und Felllängen allmählich entspannte.

## Meine Geschichte

Das ist meine Geschichte, mein Leben, mein Weg, der nicht immer so einfach war. In dieser Geschichte möchte ich euch erzählen, wie viele Veränderungen ich in meinen 23 Lebensjahren, die ich schon auf der Welt bin, durchmachen musste. Im Vorfeld möchte ich erwähnen, dass ich heute glücklich bin. Eigentlich war ich immer glücklich, auch wenn es für viele Menschen so aussah, als ob ich ein super schwieriges Leben hatte. Ich bin nämlich ein Fuchs, ich bin ein Überlebenskünstler, der sich ständig neuen Vorgaben und Strukturen anpassen musste, um zu überleben. Die erste große Veränderung in meinem Leben ereignete sich als ich mein Elternhaus verlassen musste, weil ich einfach zu heftige Aggressionen in mir hatte, welche ich ständig an meinen Geschwistern und meinen Eltern auslebte. Begründet waren diese darin, dass ich meinen Willen nicht immer durchsetzen konnte. Und ich will meinen Willen durchsetzen, das war früher so und ist heute noch immer so! Geflogen aus meinem Elternhaus, wo ich viel Gewalt ausübte, aber auch oft mit Gegengewalt konfrontiert wurde, kam eine Zeit voller Unsicherheiten auf mich zu. Ich wechselte die Wohneinrichtungen, wie andere Ihre Unterwäsche. Ich musste wiederholt in die psychiatrische Behandlung und war gezwungen mich plötzlich auf ganz neue Gegebenheiten einzustellen. Hier waren plötzlich so viele Menschen, erwachsene Menschen, die ausrasteten, schlugen, klauen und da waren die Ärzte und Pfleger, die mich fixierten, immer, wenn ich durchdrehte. Also war ich gezwungen das System zu durchleuchten, damit ich meine Bedürfnisse befriedigen konnte. Ich passte mich also den dortigen Strukturen an und hatte plötzlich ein super Leben. Ich bekam Ausgangszeiten, ich bekam Geld von den Mitpatienten, ich besorgte mir Handys, ich besorgte mir Süßigkeiten und konnte eigentlich immer das machen was ich wollte, wenn ich nicht ausrastete. Drehte ich durch, kamen die Medikamente und die Gurte. Aber oft zeigte ich den allen, dass sie mir nicht gewachsen sind. Kein Pfleger traute sich alleine zu kommen! Ich bin der Boss gewesen, ich habe hier das Sagen gehabt.





Sie mussten zu fünft kommen. Dann aber kam der Tag, als ich nach einem sehr langen Aufenthalt in der Psychiatrie abgeholt wurde. Ich hatte im Vorfeld schon mitbekommen, dass sich mal wieder eine Einrichtung an mir versuchen möchte. Ich muss dazu sagen, dass ich die Betreuenden regelmäßig belausche. Oft merkten sie dies nicht. Daher war ich oft über die Veränderungen informiert. Ich muss ja schließlich wissen, was los ist, ich bin doch hier der Boss und nicht Mitarbeiter aus irgendeiner Klinik, oder Wohneinrichtung. Naja, 2017 war es soweit. Ich wurde abgeholt. Meine beiden Einzelbetreuer, die mich schon in der Klinik begleiteten, kamen mit. Und da stand plötzlich ein Bus. Und ein Mitarbeiter dieser Einrichtung war auch da. Wir fuhren los. In meinen Gedanken spielten sich eine Reihe an Gedanken ab, wieviel Mitbewohner werde ich haben, wie sind die Betreuer, was gibt es zu essen und gibt es einen TV. Ach, ich werden denen schon zeigen, was sie zu tun haben und was nicht. Und dann sind wir nun, wie jetzt, ich bekomme eine eigene Wohnung, ich habe keine Mitbewohner? Wie geil ist das denn? Sieben Betreuer nur für mich? Jackpot! Heute leben ich mittlerweile knapp drei Jahre in dieser Wohnform, in dieser einzigartigen Wohnform, wie es meine Betreuer immer so sagen. In dem ersten Jahr rastete ich oft aus, ich brach einer Betreuerin die Nase, weil sie nicht das machte, was ich verlangte. Ich verletzte alle anderen und zeigte Ihnen, dass ich hier das Alphanier bin und ich die Regeln mache. Die Hausordnung war mir schnuppe, ich bekomme das was ich will, sonst ist hier was los. Doch ca. nach einem Jahr veränderte sich was im Team, veränderte sich was in der Arbeit der Mitarbeiter und letztendlich auch teilweise in mir, obwohl ich heute noch immer versuche dagegen anzukämpfen. Und da waren plötzlich sehr große neuen Mitarbeiter. Bei meinem letzten Aufenthalt in der Klinik, verriet sich eine Pflegerin und erzählte was von einem Sicherheitsdienst. Aber auch die können mich nicht aufhalten, dachte ich! Mit der Zeit musste ich jedoch feststellen, dass ich keine Chance habe gegen die Kräfte dieser Män-

ner. Und ich musste feststellen, dass meine Betreuer jedes Mal, wenn es lauter wurde, den Sicherheitsdienst anriefen, der innerhalb von fünf Sekunden da war. Viele Male versuchte ich diese Typen zu verletzen, ja ich wollte sie töten, so schwer verletzen, dass sie wieder gehen. Aber ich merkte einfach, dass sie nicht gehen, ganz im Gegenteil alle Betreuer wollten noch viel mehr von mir. Plötzlich wollten sie mit mir sprechen, um zu erfahren was in mir los ist und ob ich andere Möglichkeiten habe mit diesen Aggressionen umzugehen. Wir vereinbarten Ziele, wir vereinbarten neue Regeln, so genannte Absprachen, die alle einhalten mussten. Hielt ich mich nicht an diese Regeln, wurde ich bestraft. Scheisse war das! Ich durfte kein TV mehr für mehrere Tage gucken. Okay, die Zeit ist gekommen sich neuen aufzustellen. Ich muss überleben. Ich muss mich anpassen, damit ich das bekomme, was ich will. Zwei Jahre später, kann ich heute sagen, dass ich mich hier sehr wohl fühle, ja es sogar als mein Zuhause bezeichne. Ich habe hier Arbeit gefunden, ich habe hier das Gefühl, dass mich die Menschen, die mich betreuen zum ersten Mal ernst nehmen, oder warum sollten sie sonst jeden Tag dreimal mit mir sprechen, um zu erfahren wie es mir geht und was ich mir wünsche?

Ich kann diese Menschen mittlerweile akzeptieren, auch wenn es mir immer wieder schwerfällt. Aber ich muss dies tun! Ich muss mich weiter entwickeln und wenn ich ehrlich zu mir bin, dann habe ich heute so viele Möglichkeiten, wie noch nie zuvor in meinem ganzen Leben! Ich kann am Leben teilhaben und bin nicht verschlossen untergebracht! So oft lauschte ich heimlich und hörte wie sie alle sagten, dieser Junge ist nicht tragbar, dieser Junge ist zu gefährlich, er muss weg, die Gesellschaft muss vor ihm geschützt werden. Heute sagen mir meine Betreuer, dass sie stolz auf mich sind, heute sagen sie ich hätte mich entwickelt, heute sagen sie heb den Kopf, geh nach vorne und halte dich an die Regeln. Ich habe mich aufgebaut, Sie haben mich aufgebaut, Nein, gemeinsam haben wir etwas aufgebaut.

E. Schäfer

## „Die Auferstehung“

„Mein Name bedeutet übersetzt ‚gottgleich‘, kannst also auch Gott zu mir sagen!“

– einer dieser lockeren Sprüche mit denen einer meiner Klienten gerne um sich wirft. Die Geschichte seiner letzten 30 Lebensjahre wirkt dazu passend fast wie eine biblische Auferstehung: Autounfall mit Ende 20, schweres Schädel-Hirn-Trauma, 3 Monate Koma, Halbseitenlähmung, epileptische Anfälle ... er

selbst sagt „Ich war total platt!“

„Was hat sich seitdem geändert?“ fragte ich ihn einmal. Seine Antwort schlicht: „Alles!“

Nach mehreren Rehamaßnahmen, unzähligen Stunden Krankengymnastik und Ergotherapie und 20 Jahren Leben in stationären Wohngruppen inklusive „Wohntraining“ fühlte er sich wieder bereit, ein größtenteils eigenständiges Leben zu führen. „Zuerst habe ich immer gedacht ‚was wollen die alle von mir?‘ Das war alles der totale Stress! Aber dann hab’ ich zum Glück den Hebel umgelegt und Gas gegeben!“

Vor gut einem Jahr konnte er nun eine eigene kleine Wohn-

nung beziehen. Hier wird er von uns ambulant mit wenigen Stunden in der Woche betreut und kann ansonsten – wie schon vor seinem Unfall – wieder „sein eigenes Ding machen“. Mit einigen Einschränkungen muss er nach wie vor leben. Der Rollstuhl wird immer sein Begleiter bleiben, Gedächtnisprobleme und



Aufmerksamkeitsdefizit machen es ihm schwer, komplexe Zusammenhänge zu verstehen. „Aber ich komm' klar!“ sagt er. Dass er dabei an einigen Stellen meine Hilfe und die meiner Kollegen benötigt, stört ihn nicht mehr. „Das ist ein Ist-Zustand, den muss ich akzeptieren, das habe ich kapiert! Die Sachen, die ihr jetzt noch für mich macht, hab' ich eh immer gehasst!“ Papierkram meint er ... Dinge, die er nicht hasst, macht er inzwischen wieder größtenteils alleine oder mit alten Freunden. Shoppen, Kaffchen trinken, Konzerte, Autoausstellungen – auch wenn er langsam aber sicher ins Rentenalter kommt, ist er ständig im Stadtteil unterwegs.

„Vor 10 Jahren wär' es mir egal gewesen, wenn ich morgen tot umkippe“ hat er mir mal gesagt, „aber heutzutage will ich wieder 100 Jahre alt werden!“ Dann hat sich der „Stress“ wohl gelohnt ...

*Catarina Mahnke, Dipl.-Musiktherapeutin  
Psychiatrisches Behandlungszentrum, Klinikum Bremen-Nord*

## Die Gitarrespielerin

Sie hat die Welt umfahren und hat „ihre Frau“ gestanden. Sie hat Kinder großgezogen und so manche Widrigkeiten des Lebens gemeistert. Ja, sie ist eine starke Frau und eine Persönlichkeit.

Dann kam der Tag, an dem ihr der „Boden unter den Füßen weggezogen“ wurde. Nichts war mehr wie vorher. Die Vergangenheit schob sich wie ein Keimling aus einer dicken Lehmkruste hervor. Sie durchlebte einen „Schleudergang“ der Gefühle, erlebte Einsamkeit, Kälte und Angst. Manchmal wurde sie zu einer Furie, oder sie verschwand in einem Spind.



Sie hat einen starken Willen und ist auf der Suche nach Halt und Geborgenheit. Sie möchte etwas für sich schaffen, doch die „Altlast“ holt sie sie immer wieder ein.

Sie liebt Musik. Musik als Schlüssel zu einer Begegnung auf einem anderen Level? Musik als ein Weg, um wieder rauszukommen, aus diesem „Schleuderkarussell“?

Sie spielt Gitarre. Und obwohl sie überhaupt nicht Gitarre spielen kann, spielt sie Gitarre. Sie spielt, um zu überleben, kann im Spielen wieder Glück, Zuversicht und Hoffnung erfahren. Im Spielen ist sie nicht allein, sondern immer zu zweit, wird durch das Du zum Ich. Der Boden unter den Füßen kommt wieder. Sie findet einen neuen Weg.

gefördert mit Modellmitteln  
zur Psychiatrie-Reform



**Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz**