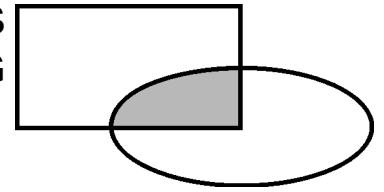


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



11. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2015

Inhalt

Themenschwerpunkt: Behinderung und Teilhabe

- 3 Editorial
- 4 *Dieter Röh*
Soziale Therapie bei Menschen mit psychischen
Erkrankungen. Eine methodische Antwort auf Soziale
Probleme, Selbstbestimmung und Inklusion
- 7 *Dieter Röh*
Sozialdiagnostik in der Betreuungspraxis.
Wie Betreuungsbehörden ihrem neuen Auftrag besser
gerecht werden können
- 10 *Claudia Spindler*
Lebenthemenorientierte Beratung in der Begleitung
älterer Menschen mit geistiger Behinderung
- 12 *Rezension von Gernot Hahn*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Gernot Hahn

Dr. Phil. Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen, Gesellschafter und Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Redaktionsleitung FORUM sozialarbeit + gesundheit, Fachkonzepte in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). *Kontakt: ingo.muellerbaron@dvsg.org*

Dieter Röh

Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professur für Sozialarbeitswissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit. Lehrgebiete: Klinische Sozialarbeit, Rehabilitation, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie, Geschichte, Theorien und Methoden Sozialer Arbeit. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

Prof. Dr., Professur an der Hochschule Nordhausen, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Studiengang/-bereich: Gesundheits- und Sozialwesen/Soziale Arbeit, Heilpädagogik/Inklusive Studies. Lehrgebiet: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt Klinische Sozialarbeit/Rehabilitation. *Kontakt: spindler@fh-nordhausen.de*

Claudia Spindler

Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professur für Sozialarbeitswissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit. Lehrgebiete: Klinische Sozialarbeit, Rehabilitation, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie, Geschichte, Theorien und Methoden Sozialer Arbeit. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

24./25.04.2015: Jahrestagung DGSA

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS) statt. Thema der Tagung: »Wirkungen Sozialer Arbeit – Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für die Profession und Disziplin«.

denzbasierung für die Profession und Disziplin«.

Programm, Kontakt und Anmeldung:

dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/NEU_DGSA_Flyer_Wu_rzburg.pdf

05./06.06.2015: 12. Kremser Tage

12. Kremser Tage an der Donau-Universität Krems, Österreich unter dem Titel: »Schmerz lass nach...« – Eine interdisziplinäre Herausforderung.

Schmerzen. Worin also liegt die Herausforderung in der Behandlung von Schmerzen? Aus biologischer, psychologischer und sozialer Sicht soll sich der Thematik genähert werden, um ein komplexes Verständnis von Schmerz zu vermitteln und Strategien für eine erfolgreichere Behandlung zu diskutieren.

Die subjektive Empfindung Schmerz wird als Wechselwirkung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Trotz intensiver Forschung zu Ursachen und Behandlungen leiden dennoch bis zu einem Drittel aller Menschen unter chronischen

Information/Anmeldung:

donau-uni.ac.at/psymed/kremsertage

17.-19.09.2015: Tagung Rekonstruktive Forschungsmethoden

Vom 17.-19.09.2015 findet in Nürnberg die 9. bundesweite Workshop-Tagung »Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit und Nachbardisziplinen« statt.

und Mixed-Method-Forschung vorzustellen und mit langjährig erfahrenen KollegInnen zu diskutieren. Eingeladen sind interessierte KollegInnen, Forschungsgruppen, NachwuchswissenschaftlerInnen, Studierende an Universitäten und Fachhochschulen sowie an Forschung interessierte PraktikerInnen.

Der Workshop bietet die Gelegenheit, eigene aktuelle Forschungsarbeiten, erhobenes Datenmaterial und Exposés für geplante Forschungsarbeiten im Bereich rekonstruktiver bzw. qualitativer Forschung

Information/Anmeldung: *nwrsa.de/?page_id=8*

16./17.10.2015: 6. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

Die 6. Fachtagung Klinische Sozialarbeit findet an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen statt. Das Tagungsprogramm wird ab Mai 2015 unter *katho-nrw.de/aa-*

chen veröffentlicht.

Information/Kontakt: Prof. Dr. Ute Antonia Lammel (*ua.lammel@katho-nrw.de*)

05./06.11.2015: Bundeskongress DVSG

Der diesjährige Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) mit dem Titel »Menschen erreichen – Teilhabe ermöglichen« findet am 05./06.11.2015 in der Halle Münsterland in Münster/Westfalen statt. Neben

einem Forschungsforum findet auch eine Posterausstellung statt, für die bis 01.07.2015 Abstracts eingereicht werden können.

Information/Anmeldung: *dvsg-bundeskongress.de*

Soziotherapie: Verordnungsmöglichkeiten erweitert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Januar 2015 eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) beschlossen. Das Spektrum der Diagnosen und der Fähigkeitstörungen, bei denen die Verordnung einer Soziotherapie in Betracht kommt, wurde mit einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie erweitert und präzisiert.

Dieser sieht auch vor, dass anstelle der bisher vorgesehenen drei künftig maximal fünf Therapieeinheiten zur Motivierung der PatientInnen zulässig sind, um die gegebenenfalls folgende Soziotherapie zu sichern. Im Hinblick auf eine kontinuierliche Pa-

tientInnenversorgung ist nun zudem eine Berichtspflicht des soziotherapeutischen Leistungserbringers gegenüber den verordnenden ÄrztInnen vorgesehen. Weiterhin haben zukünftig auch psychiatrische Institutsambulanz bzw. deren FachärztInnen die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen.

Die Neufassung der Richtlinie wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft und wird dann veröffentlicht unter: *g-ba.de*.

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dieter Röh
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)
Ingo Müller-Baron
Silke Birgitta Gahleitner
Gerhard Klug

Anzeigenakquise

G. Hahn, *info@gernot-hahn.de*
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Dr. Gernot Hahn
Klinikum am Europakanal Erlangen
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646
Fax +49 (0)9131 / 753 2964
E-Mail: *info@gernot-hahn.de*

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Druckhaus Diesbach GmbH, Weinheim

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Es ist normal, verschieden zu sein. Es gibt keine Norm für das Menschsein« (Weizsäcker, 1993, o.S.). Der im Januar 2015 verstorbene ehemalige Bundespräsident Richard von Weizsäcker hat in einer Rede am 1. Juli 1993 in Bonn bereits vor über 20 Jahren genau das ausgedrückt, was wir heute als Inklusion verstehen: Inklusion kann verwirklicht werden in einer Gesellschaft, »in der jeder Mensch das Recht hat, als vollwertiges und gleichberechtigtes Mitglied anerkannt zu werden« (Theunissen, 2009, S. 20). Der sich seither entwickelnde grundlegende Paradigmenwechsel in der Rehabilitation, Behindertenhilfe und Psychiatrie vollzieht sich in Deutschland durch eine Gesetzgebung, die Chancengleichheit, selbstbestimmte Teilhabe, Barrierefreiheit und inklusive Strukturen in allen gesellschaftlichen Bereichen im Sinne einer Menschenrechtspolitik für behinderte und chronisch kranke Menschen festschreibt. Die seit März 2009 in geltendes Recht umgesetzte UN Behindertenrechtskonvention (vgl. BMAS, 2011) unterstreicht das Ziel einer inklusiven Gesellschaft eindrucksvoll.

Diese Entwicklung findet auf konzeptioneller Ebene ihre Entsprechung im biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; vgl. DIMDI, 2012). Entsprechend dieses Modells werden alle Dimensionen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in den Blickpunkt rücken. Zu einer konsequenten Ressourcen- und Lebensweltorientierung tritt die Einbeziehung von Umweltfaktoren, die Lebensbedingungen als behindernd charakterisieren. Behinderung ist vor diesem Hintergrund nicht als persönliches Merkmal eines Individuums anzusehen, sondern als strukturelles Defizit der Gesellschaft. Obwohl diese Philosophie bereits seit 2001 in den sozialrechtlichen Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe verankert ist, herrscht in der Umsetzung immer noch der biomedizinische Teil des genannten Modells vor. Die häufig in ihrer Bedeutung so hervorgehobene soziale Dimension ist in der wissenschaftlichen Entwicklung und praktischen Umsetzung immer noch nachrangig und wird dementsprechend vernachlässigt.

Berufs- und fachpolitisch bietet sich hier der Ansatzpunkt für Klinische Sozialarbeit, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sowie für jede gesundheitsbezogene Soziale Arbeit: Entsprechend postuliert der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH, 2012), dass Fachkräften der Sozialen Arbeit allgemein das Alleinstellungsmerkmal »ExpertInnen des Sozialen« (S. 4) zugeschrieben wer-

den kann. Röh (2009) definiert für den spezifischen Bereich der Sozialen Arbeit in der Behindertenhilfe entsprechend: »Der Unterschied zwischen der Sozialen Arbeit und anderen Professionen in der Behindertenhilfe besteht u. a. in der Konzentration auf Soziale Probleme. Diese sind der Gegenstand der Sozialen Arbeit mit behinderten Menschen und die Funktion Sozialer Arbeit besteht in der Herstellung von Inklusion« (S. 148).

Um dem umfassenden Verständnis des biopsychosozialen Modells näherzukommen, muss sich Soziale Arbeit also als eigenständige Disziplin und Profession mit fundierten Wissensbeständen und spezifischen Denk- und Handlungskonzepten einbringen. Im vorliegenden Heft wird an drei Beispielen deutlich, dass die Soziale Arbeit entsprechende konzeptionelle Zugänge für die Bearbeitung der sozialen Dimension in der Arbeit mit behinderten, psychisch erkrankten oder älteren Menschen bereithält.

In dem Beitrag »Soziale Therapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen« begründet Dieter Röh das Konzept der Sozialtherapie als einen wirkungsvollen Zugang der Sozialen Arbeit zur Behebung sozialer Probleme von chronisch psychisch kranken Menschen. Dabei bestehe der professionelle Beitrag Sozialer Arbeit in der wissenschaftlich und ethisch begründeten sowie methodisch geleiteten Bearbeitung sozialer Probleme mittels personenzentrierter Unterstützung auf der einen und des Arrangierens der dafür notwendigen Umweltbedingungen auf der anderen Seite. Sozialtherapeutische Interventionen können aus seiner Sicht eine »daseinsmächtige« Lebensführung bei psychisch kranken Menschen unterstützen. Röh zeigt, dass Klinische Sozialarbeit auf eine beachtliche Anzahl an Methoden zurückgreifen kann, die sozialtherapeutische Wirkung entfalten können.

In einem weiteren Beitrag stellt Dieter Röh unter dem Titel »Sozialdiagnostik in der Betreuungspraxis« einen gemeinsam von ihm und Harald Ansen entwickelten Leitfaden für einen Sozialbericht in Betreuungsbehörden vor. Vor dem Hintergrund, dass Betreuungsbehörden sich ein genaues Bild machen müssen von der Lebenslage und der sozialen Situation jener Menschen, für die eine rechtliche Betreuung infrage kommt, sind sozialarbeitswissenschaftlich fundierte Instrumente notwendig, die eine sozialdiagnostische Begutachtung ermöglichen. Gerade in einem Arbeitsfeld, in dem Soziale Arbeit stark

vertreten ist, kann nach Röh die Methode der Sozialdiagnostik einen zentralen Beitrag zu einer fachlich fundierten Entscheidung für eine rechtliche Betreuung leisten. Bedeutung erhält die Einführung einer sozialen Begutachtung im Betreuungsrecht insbesondere auch, da Entscheidungen im Verfahren sich bisher primär auf medizinische Gutachten stützen. Dabei geraten insbesondere auch soziale Hilfen, die eine Betreuung vermeiden könnten, aus dem Blick.

Im dritten Beitrag »Lebensthemenorientierte Beratung in der Begleitung älterer Menschen mit geistiger Behinderung« beschäftigt sich Claudia Spindler mit einem Ansatz, der aus der Arbeitspraxis in einer begleiteten Wohnform mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung entstanden ist. Ausgegangen wird von der Annahme, dass geistig behinderte Menschen wie alle anderen auch in jeder Lebenslage bestimmte Themen beschäftigen und gerade biografische Übergänge durch regelmäßige Beratungsangebote begleitet werden müssen. Die Autorin plädiert dafür, eine lebensthemenorientierte Beratung in der Alltagsbegleitung im Bereich des Wohnens und der begleitenden Dienste anzusiedeln. Das Konzept könne als zentrales Element in der kooperativen Hilfeplanung angesehen werden und habe dabei eine koordinierende Funktion.

Für die Redaktion
Ingo Müller-Baron

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011). *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Bonn: BMAS. Online verfügbar: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile [16.02.2015].
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) (2012). *Heidelberger Erklärung. Berufspolitische Positionen des DBSH*. Berlin: DBSH. Online verfügbar: www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Heidelberger_24.10.2012_Druckfreigabe3.pdf [16.02.2015].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012*. Systematisches Verzeichnis. Neu-Isenburg: MMI.
- Röh, D. (2009). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe* (Reihe: Soziale Arbeit). München: Reinhardt.
- Theunissen, G. (2009). *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit* (2., akt. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Weizsäcker, R. v. (1993). *Ansprache von Bundespräsident Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte*. Berlin: Der Bundespräsident. Online verfügbar: www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Richard-von-Weizsaecker/Reden/1993/07/19930701_Rede.html [16.02.2015].

Soziale Therapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine methodische Antwort auf Soziale Probleme, Selbstbestimmung und Inklusion

Dieter Röh

In diesem Beitrag soll es, ausgehend von einer Gegenstands- und Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit im Handlungsfeld der (Sozial-)Psychiatrie, zunächst um die Klärung ethischer Fragen der Inklusionsdebatte gehen, um anschließend methodische Möglichkeiten der Einflussnahme auf die daseinsmächtige Lebensführung der Subjekte aufzuzeigen. Diese sollen zusammenfassend als sozialtherapeutischer Zugang zur Behebung von sozialen Problemen chronisch psychisch erkrankter Menschen verstanden werden.

Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie – soziale Probleme als Ausgangspunkt

Im Vergleich zu anderen Professionen im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie konzentriert sich Soziale Arbeit auf die Erkennung und Bearbeitung der sozialen Probleme psychisch kranker oder seelisch behinderter Menschen, wobei Soziale Probleme im Allgemeinen als das Ergebnis mangelnder Befriedigung biopsychosozialer Bedürfnisse (Staub-Bernasconi, 2007) angesehen werden können. Der professionelle Beitrag Sozialer Arbeit besteht in der wissenschaftlich und ethisch begründeten sowie methodisch geleiteten Bearbeitung sozialer Probleme mittels personenzentrierter Unterstützung auf der einen und dem Arrangieren der dafür notwendigen Umweltbedingungen auf der anderen Seite.

Damit unterscheidet sich die professionelle Expertise der Sozialen Arbeit von einer medizinisch-psychologischen oder anderweitigen heilkundlichen Ausrichtung, die hauptsächlich auf die personenbezogene Krankheitsheilung oder Linderung der psychischen Symptome abzielt. Soziale Arbeit hat dagegen eine bifokale Sicht auf lebensweltlich-systemische und individuelle Faktoren, die sie hinsichtlich der Genese und Entwicklung sozialer Probleme als gleichberechtigte Einflüsse erkennen und auf die sie einwirken kann. Ein klassisch sozialpädagogischer Zugang zur Lebenswelt der Menschen vor dem Hintergrund ihrer Lebensführung korrespondiert dabei dem klassisch sozialarbeiterischen Zugang zur Lebenswelt der Menschen vor dem Hintergrund sozialer Gerechtigkeit (vgl. Abb. 1).

Gerade in der Arbeit mit Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen finden wir diese beiden Seiten wieder: So besteht Soziale Arbeit hier immer in der Förderung des/der Einzelnen als Befähigung zu einer besseren, weil gelingenderen Vermittlung seiner/ihrer Bedürfnisse mit den Anforderungen der Umwelt – als Teil seiner/ihrer Lebensführung etwa im Bereich von Beschäftigung und Arbeit – und gleichzeitig in der Beeinflussung der Umweltkomponenten (z.B. Familie, Nachbarschaft, Institutionen, Gemeinwesen, Gesellschaft) mit dem Ziel des Abbaus von Barrieren jedweder Art.

Soziale Arbeit als Unterstützung einer daseinsmächtigen Lebensführung

Noch allgemeiner kann der Gegenstand der Sozialen Arbeit als die Lebensführung betreffend angesehen werden und die Funktion Sozialer Arbeit als die daseinsmächtige, aber durch soziale Probleme gefährdete Lebensführung.

Der Terminus der »Daseinsmächtigkeit« ist den Arbeiten Gronemeyers (2002, S. 44) entliehen. Für sie ruht Daseinsmächtigkeit auf drei Bereichen: dem ungehinderten Zugang zur Natur, dem ungehinderten Gebrauch der Fähigkeiten zur Daseinsgestaltung und der Selbstbestimmung. In einer Adaption für die Soziale Arbeit bestünde Daseinsmächtigkeit oder eine daseinsmächtige Lebensführung m.E. darin, (a) über quantitativ wie qualitativ ausreichende ökonomische und ökologische Mittel verfügen zu können, um den eigenen »oikos« (Haushalt) besorgen zu können, um somit (b) anstehende Entwicklungs- und Bewältigungsaufgaben mithilfe relevanter Anderer und Gemeinschaften meistern zu können und so (c) innerhalb relevanter Lebensbereiche entsprechende Rollen ausüben zu können, und damit letztlich (d) an diesen teilnehmen oder teilhaben zu können.

Die besondere Expertise der Profession Soziale Arbeit besteht nun darin, diese Themen und die Verbindung zwischen ihnen als Aspekte zu verstehen, die zu sozialen Problemen und somit zu Einschränkungen der daseinsmächtigen Lebensführung führen können. Jüngst habe ich daher – im Anschluss an den Capabilities Approach – versucht, eine Handlungstheorie zu entwickeln, die gleichermaßen an den personalen oder subjektiven wie an den umweltbezogenen oder sozialen Komponenten ansetzt (vgl. Röh, 2013).

Was kann man nun dem personalen oder dem persönlichen Möglichkeitsraum verstehen? Die personale Dimension, die einen Teil des Gegenstands professioneller Sozialer Arbeit ausmacht, lässt sich z. B. in folgende Bereiche gliedern: (a) Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen, (b) Handlungskompetenzen (instrumentelle, psychische, soziale sowie kulturelle), (c) Intellektualität bzw. Emotionalität, (d) psychosomatische Befindlichkeit (inkl. Krankheit als Spezialfall).

Was ist dagegen das Soziale bzw. der soziale Möglichkeitsraum? Die soziale Di-

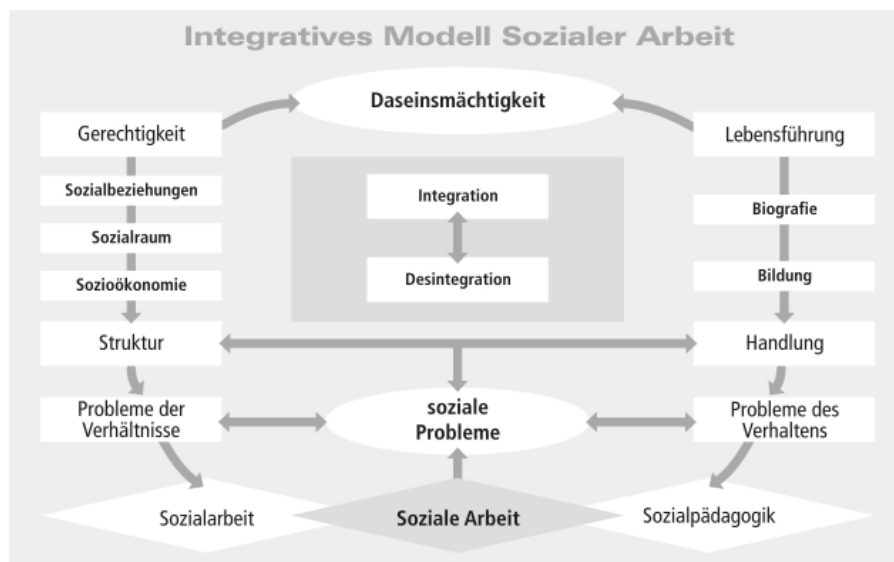


Abbildung 1: Ein Integratives Modell Sozialer Arbeit

mension, die hier als zweiter Teil des Gegenstands professioneller Sozialer Arbeit konturiert wird, lässt sich z. B. in folgende Bereiche auffächern: (a) soziales Netzwerk und soziale Unterstützung, (b) soziale Integration, (c) sozioökonomische Lage, (d) sozialökologisches Umfeld.

Personale wie soziale Dimensionen können als Ressourcen vorliegen oder einen problematischen Charakter besitzen, der die Betroffenen in der einen oder anderen Weise in ihrer Daseinsmächtigkeit entweder unterstützt oder behindert. Die entsprechenden empirischen Belege können an dieser Stelle nicht umfassend referiert werden, deshalb beschränke ich mich auf jeweils ein problematisches Beispiel aus dem personalen und sozialen Sektor.

Probleme des sozialen Netzwerkes sind in diversen empirischen Studien mit dem Ergebnis beschrieben, dass sie sich bei chronisch psychisch kranken Menschen sowohl in ihrer Größe (sie sind eher kleiner als bei nicht behinderten) als auch in ihrer Zusammensetzung (sie sind eher von Beziehungen zu professionellen bzw. ebenfalls behinderten Menschen gekennzeichnet) als problematisch herausstellen. Komplementär sind diejenigen psychisch gesünder, die ausreichende soziale Unterstützung erfahren (Hapke et al., 2012).

Probleme der Selbstwirksamkeit ergeben sich aus Prozessen erlernter Hilflosigkeit (Seligman, 1975/1999) und ihrer Wirkung auf die biografischen Erfahrungen von behinderten Menschen. Jenseits von klassischen Hospitalisierungseffekten durch große Einrichtungen oder Kliniken, sind auch in heutigen Versorgungssystemen Strukturen wirksam, die eine optimale Entwicklung psychisch kranker Menschen, z. B. hinsichtlich des Erwerbs angemessener, zur Alltags- und Lebensbewältigung notwendiger Kompetenzen erschweren oder behindern.

Soziale Arbeit als Inklusionshandeln?

Die erschwerte Lebensführung und das Vorhandensein von sozialen Problemen muss auch in Beziehung zu der derzeit dominierenden Leitidee der »Inklusion« gesetzt werden. Seit ca. zehn Jahren ersetzt der Begriff der »Inklusion« den der »Integration« in Theorie und Praxis in zunehmendem Maße. Dabei impliziert Inklusion ein präventives Verständnis sozialer Teilhabe, wohingegen Integration oder Eingliederung, wie der Begriff im deutschen Sozialrecht (SGB XII) lautet, ein vorheriges Ausgegliedertsein voraussetzt: »Da Menschenrechte aber immer auch missachtet werden, ist mit Integration die Eingliederung behinderter Menschen in das soziale System Nichtbehinderter gemeint, aus dem nie alle behinderten Menschen

vollständig ausgegliedert waren und sind und verweist damit auf den systematischen Antagonismus von Aussonderung und Integration, während Inklusion es erst gar nicht zur Ausgrenzung kommen lässt« (Markowetz, 2007, S. 212).

Wohingegen Integrationsbemühungen auf die Wiederherstellung sozialer Integration abzielen, und damit auf die Anpassung der zu Integrierenden an die Maßstäbe der bereits Integrierten, setzt Inklusion auf strukturelle Veränderungen in der Gesellschaft, die behinderten Menschen ein Leben in derselben und nicht am Rande ermöglichen sollen. Inklusion wird daher auch mit »Nicht-Aussonderung« oder »unmittelbarer Zugehörigkeit« übersetzt (Theunissen, 2006, S. 13). Wesentliches Merkmal ist hierbei, behinderte Menschen vor allem als Bürger eines Gemeinwesens zu sehen, mit all den für nicht behinderte Bürger geltenden Rechten und Pflichten.

Inklusion ist nicht gleich Inklusion

Allerdings muss man feststellen, dass der Inklusionsbegriff theoretische Probleme aufwirft. So kann man mit Kulig (2006) fragen, ob der Inklusionsanspruch nicht bloß ein normativer bzw. ethischer ist, wenn »angenommen wird, dass Inklusion, verstanden als eine vollständige Eingebundenheit, die einzig pädagogisch angemessene Lösung ist (im Sinne theoretischer Wahrheit und praktischer Richtigkeit) und deshalb in der Gesellschaft etabliert werden muss« (S. 51).

Ob er daher eine gesellschaftstheoretische Tauglichkeit besitzt, bleibt fraglich (Wansing, 2013; Winkler, 2014). Tatsächlich wird der verwendete Begriff der »Inklusion« nur selten mit der funktionalen Systemtheorie eines Luhmann (1997) verbunden, der Inklusion und Exklusion als die zentralen Mechanismen in der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft ansieht. Luhmann ging davon aus, dass sich moderne Gesellschaften funktional differenziert haben, d. h. im Zuge der Arbeitsteilung haben sich Teilsysteme gebildet, die mittels autopoietischer Kräfte von der Umwelt relativ stark abgeschlossene Strukturen, samt eigener Regeln und Sprachen, herausgebildet haben und durch strukturelle Kopplung mit anderen Teilsystemen verbunden sind. Sie zeigen damit, wofür sie funktional zuständig sind. Deshalb ging Luhmann davon aus, dass sich mit »Inklusion« und »Exklusion« die Modi feststellen lassen, nach denen sich diese Teilsysteme für Menschen öffnen oder schließen bzw. unter welchen »Erwartungsbedingungen« Inklusion möglich ist.

Zusätzlich sah Luhmann (ebd.) in einer »Exklusionsindividualität« jene Freiheits-

grade beschrieben, deren Wirkung darin bestehen, dass Menschen nicht mehr qua Tradition, Stand, Geschlecht und anderen Merkmalen automatisch in bestimmte gesellschaftliche Teilsysteme inkludiert werden, sondern sich erst durch Sozialisation und Wahl in diese inkludieren lassen oder inkludiert werden. Zudem seien Menschen immer nur Teil bestimmter Teilsysteme und dieses auch nur zeitlich oder funktional begrenzt. Es stellt sich somit die Frage, ob Vollinklusion, wie sie häufig suggestiv in der Literatur auftaucht, überhaupt erstens möglich und zweitens wünschenswert wäre. Luhmann selbst ging davon aus, dass die Autonomie der Teilsysteme über einer Gesamtautorität steht: »Die Idealisierung des Postulats der Vollinklusion aller Menschen in die Gesellschaft täuscht über gravierende Probleme hinweg. Mit der funktionalen Differenzierung des Gesellschaftssystems ist die Regelung des Verhältnisses von Inklusion und Exklusion auf die Funktionssysteme übergegangen, und es gibt keine Zentralinstanz mehr (so gern sich die Politik auch in dieser Funktion sieht), die die Teilsysteme in dieser Hinsicht beaufsichtigt« (Luhmann, 1997, S. 630).

Eine solche Zentralinstanz wäre jedoch für die Umsetzung normativ wirksamer und gesellschaftlich sich durchsetzender Ansprüche auf Gleichstellung und soziale Teilhabe verantwortlich. Wie schwierig das im föderalen Bildungssystem ist, zeigen die ersten Erkenntnisse der Bemühungen um schulische Inklusion. Obwohl z. B. das Gleichstellungsgesetz alle Lebensbereiche betrifft, bleibt der Luhmann'sche Ansatz wahr, dass niemand – egal ob behindert oder nicht – in alle Teilsysteme (und damit in die gesamte Gesellschaft) inkludiert ist. Allerdings sollte – als Verbindungsstelle zwischen der normativen Forderung nach Inklusion und der systemtheoretisch begründeten Exklusion – das Bemühen der Gesellschaft doch dahin gehen, die Inklusion in die für das Individuum oder die soziale Gruppe bedeutsamen, ressourcen- oder identitätsschaffenden Teilsysteme zu ermöglichen. Ob eine Zugehörigkeit oder Inklusion dann gewünscht wird, sollte der Freiheit und der Wahl des Menschen überlassen werden. Ob und inwieweit sich also erstens eine selbstverständliche Inklusion von Menschen (mit Behinderungen) in die Bürgergesellschaft erreichen lässt (vgl. Dörner, 2007), ob diese zweitens von den Betroffenen immer gewünscht wird oder ob sie drittens stellvertretend durch soziale Institutionen stattfindet, müsste noch geklärt werden, ehe man den Begriff der Inklusion allzu inflationär benutzt. Aus theoretischen wie empirischen Erkenntnissen heraus wäre daher das Konzept der daseinsmächtigen Lebensführung passender.

Der ethische Raum – Soziale Arbeit zwischen Verantwortungsethik und Empowerment

Im Zusammenhang mit den bisherigen Erwägungen stellen sich natürlich auch ethische Fragen in Bezug auf Selbstbestimmung und Empowerment. Menschenwürde und Gerechtigkeit spiegeln dabei auf einer allgemeinen ethischen Ebene die konkreten Probleme behinderter Menschen wider. Diese sind z. B.

- Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung (trotz veränderter Anerkennung und Rechtsstellung etwa in der Verfassung (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2), durch das Behinderten-Gleichstellungsgesetz oder durch spezifische Regelungen, wie z.B. im deutschen Betreuungsgesetz),
- Erfahrungen soziomaterieller Benachteiligung, etwa durch ein durchschnittlich geringeres Einkommen behinderter Menschen,
- Erfahrungen sozial-ökologischer Benachteiligung, etwa durch fehlende Barrierefreiheit im Informations- und Kommunikationssektor oder auch im öffentlichen Personennahverkehr,
- Erfahrungen zwischenmenschlicher Distanzierung und sozialer Isolation, z. B. weniger soziale Kontakte zu nicht-behinderten Menschen.

Wieder können wir auch im ethischen Bereich sowohl personelle als auch soziale Faktoren identifizieren, die die Stellung behinderter Menschen in der Gesellschaft erklären. Im gerechtigkeitstheoretischen Ansatz Nussbaums (1999) etwa findet man hierzu eine entsprechende Grundlage, auf der ethische Konflikte der zwischenmenschlichen Begegnung von behinderten und nicht behinderten Menschen sowie der gesellschaftlichen Teilhabe zumindest theoretisch gelöst werden können.

Nussbaum nimmt, im Gegensatz zu Rawls' Gerechtigkeitstheorie (1971/2001), an, dass die bloße Bereitstellung von Gütern, die eine soziale Teilhabe ermöglichen könnten, nicht ausreicht, um eine gerechte Gesellschaft zu begründen. Mit anderen Worten, eine Gesellschaft, die zwar die formal-rechtlichen oder auch materiellen Grundlagen für die Teilhabe behinderter Menschen legt, hat damit notwendige, aber noch keine hinreichenden Bedingungen für deren volle Anerkennung als BürgerInnen der Gesellschaft mit allen Rechten, Chancen und Pflichten geschaffen. Erst in der Ermöglichung, die zu Verfügung stehenden Ressourcen nutzen zu können, mithin in der Befähigung der Menschen zur bestmöglichen Daseinsgestaltung, wird das Gerechtigkeitsproblem vollständig erfasst: »Man kann also annehmen, dass Bürger, die die moralischen

Tabelle 1: Multiperspektivische Sozialdiagnostik zur daseinsmächtigen Lebensführung psychisch kranker Menschen

Bereich	Ziel	Beispiele
Krisenintervention	Verhinderung von Rezidiven, Erhöhung der Selbstwirksamkeit	Erarbeitung eines Krisenplans
Mediation/ Konfliktmanagement	Bearbeitung von Konflikten, die stressauslösend wirken	Frühzeitiges Familien- oder Paargespräch; auch mit ArbeitskollegInnen und ArbeitgeberInnen
Familienhilfe	Einbindung der Familienangehörigen in die psychiatrische Behandlung	Familienkonferenzen, Familienbildung/ -aufklärung
Soziales Kompetenztraining	Stärkung der kommunikativen und interaktionsbezogenen Kompetenzen	Gruppen- oder Einzelkompetenztraining in-vivo (Rollenspiele) und in-vitro (»Hausaufgaben«, Übungen)
Psycho- und Sozioedukation	Verbesserung der subjektiven Handlungsfähigkeit im Krankheitsfall	Gesundheitsbildung in Einzelkontakten oder in Gruppen
Soziale Unterstützung	Erweiterung, Stabilisierung oder Sanierung des Sozialen Netzwerkes zur Sicherung sozialer Unterstützung	Unterstützerkreise; Hilfeplanung unter Einbezug von Angehörigen, Freunden, Bekannten, Freiwilligen
Sozialraumarbeit	Erschließung »normalisierender«, inklusiver Ressourcen	Sozialraumkundung durch Autofotografie; Motivation und ggf. Begleitung in Regelangebote
Netzwerkarbeit	Indirektes, fallübergreifendes Lobbying und Aufklärung	Tag der offenen Türen; PatInnschaften, Freiwilligenarbeit
Case Management	Sicherstellung der abgestimmten und bedarfsgerechten Hilfeerbringung	Hilfeplanung, Gesamtplanung
Milieugestaltung	Gestaltung stressvermeidender und aneignungsfördernder Umgebungen	Räumliche und Beziehungsgestaltung in Einrichtung oder Wohnraum

Fähigkeiten bei sich selbst und bei anderen schätzen und deren Ziel ein Gerechtigkeitsbegriff ist, der ihnen ein gutes Zusammenleben in der Gemeinschaft ermöglicht, über diese Voraussetzungen nachdenken und gute politische Prinzipien nicht nur darin erblicken, die Verteilung der instrumentellen Grundgüter zu regeln, sondern auch darin, die angemessene Verwirklichung dieser und anderer menschlicher Fähigkeiten der Bürger zu fordern« (Nussbaum, 1999, S. 61).

In Sinne der oben bereits angeführten Diskussion um Inklusionsbedingungen erscheint es sinnvoll, von einem ethischen Kontinuum auszugehen, welches auf der einen Seite Selbstbestimmung und Autonomie und auf der anderen Abhängigkeit und Bedürftigkeit beinhaltet. Dieses realistische Menschenbild ergänzt die Sicht auf das nach Autonomie und Selbstbestimmung strebende Individuum um seine vom sozialen Miteinander abhängige Bedürftigkeit. Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, benötigen, um mit Dahrendorf (1979) zu sprechen, sowohl Optionen, um ihr Leben führen und gestalten zu können, als auch Ligaturen, durch die sie Halt, Unterstützung und Sicherheit erfahren. Lernen setzt Angstfreiheit voraus und Angstfreiheit wiederum ermöglicht erst Selbstbestimmung. Zusätzlich bedarf es, um selbstbestimmt entscheiden zu können, gewisser individueller Kompetenzen und sozialer Ressourcen, um diese Freiheit nutzen zu können.

Ethisches Handeln in der (Sozial-)Psychiatrie ist deshalb in das Kontinuum von Selbstbestimmung/Empowerment und Abhängigkeit/Verantwortung eingespannt, aus dem es keinen – höchstens einen idealisierenden oder hegemonialisierenden – Ausweg gibt. Idealisierend wäre dieser, wenn er menschliche Selbstbestimmung und Autonomie absolut setzte; hegemo-

nialisierend, wenn Menschen mit paternalistischer Macht Andere in abhängige Positionen zwängen. Soziale Arbeit ist gehalten, diese Ambiguität gegen die Einseitigkeit allzu idealistischer Formen der Selbstbestimmungsdiskussion und gegen die bestehenden Zugriffe gesellschaftlicher Macht auf behinderte Menschen zu verteidigen.

Sozialtherapie als Unterstützung der daseinsmächtigen Lebensführung psychisch Kranker

Abschließend soll auf einer konzeptionellen Ebene gezeigt werden, wie die bifokale Ausrichtung Sozialer Arbeit (als Klinische Sozialarbeit) auf die daseinsmächtige Lebensführung psychisch kranker Menschen Einfluss nehmen kann.

Allgemein gesprochen kann Sozialtherapie zwar als »eine eher der Person zugewandte Form der Bearbeitung von sozialen Problemen [verstanden werden], wobei darüber nicht die Umwelt bzw. das Umfeld der Person außer Acht gerät. Es ist geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie, dass sie einerseits die Person in ihren Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z.B. die Wohn-, Arbeits- oder Beziehungsfaktoren, bearbeitet. Daher lohnt es sich, in Erweiterung der o.g. konsensuellen Definition Sozialer Arbeit, die Sozialtherapie als eine Methode zu bezeichnen, die sowohl die subjektive Handlungsfähigkeit verbessern möchte, z.B. durch Kompetenztraining, Beratung, Empowerment, Sicherung sozialer Rechte etc., als auch die sozialen Bedingungen dieser Handlungsfähigkeit, z.B. durch Verbesserung des häuslichen oder sozialräumlichen Milieus, Ermöglichung von Partizipation etc.« (Ortmann & Röh, 2013, S. 75; Erg. v. Verf.).

Im Einzelnen bedeutet dies, sowohl Maßnahmen zu ergreifen, die die subjektive Handlungsfähigkeit verbessern, als auch solche, die zumindest im mesosozialen Bereich günstigere Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben garantieren. Aufbauend auf einer multiperspektivischen Sozialdiagnostik, die die soziale Sicherung, die sozialen Netzwerke und Beziehungen, die persönlichen Kompetenzen und ggf. die sozialräumliche Einbindung erfasst, können die in Tabelle 1 aufgeführten Methoden im sozialtherapeutischen Sinne wirksam werden.

Diese Aufzählung soll zeigen, dass die jeweils schon vorhandenen oder auch zu entwickelnden Methoden, die der Klinischen Sozialarbeit zur Verfügung stehen, ein jeweiliges Ziel auf den soziopsychosomatischen Systemebenen der Gesundheit verfolgen und entsprechende Wirkungen entfalten können.

Die Sozialtherapie wäre somit als Konzept geeignet, die Einflüsse der in der ICF aufgeführten Bereiche der Aktivitäten und der Partizipation sowie der umwelt- und personenbezogenen Faktoren liegenden Einflüsse (vgl. DIMDI, 2012) so zu ge-

stalten bzw. entsprechende Bedingungen herzustellen, dass eine daseinsmächtige Lebensführung auch unter dem limitierenden Einfluss einer psychischen Gesundheitsstörung und den gesellschaftlichen Bedingungen möglich wird oder sogar eine salutogenetische Verbesserung der soziopsychosomatischen Gesundheit erreicht werden kann.

Literatur

- Dahrendorf, R. (1979). *Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICD-10-GM Version 2012. Systematisches Verzeichnis*. Neu-Isenburg: MMI.
- Dörner, K. (2007). *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus.
- Gronemeyer, M. (2002). *Die Macht der Bedürfnisse. Überfluss und Knappheit* (Neuausg.). Darmstadt: Primus.
- Hapke, U., Lippe, E. v. d., Busch, M. & Lange, C. (2012). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«* (S. 39-50). Berlin: RKI. Online verfügbar: www.rki.de [17.02.2015].
- Kulig, W. (2006). Soziologische Anmerkungen zum Inklusionsbegriff in der Heil- und Sonderpädagogik. In G. Theunissen & K. Schirbort (Hrsg.), *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote* (S. 49-55). Stuttgart: Kohlhammer.

- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. 2 Bände. Frankfurt: Suhrkamp.
- Markowitz, R. (2007). Inklusion und soziale Integration von Menschen mit Behinderungen. In G. Cloerkes, *Soziologie der Behinderung. Eine Einführung* (S. 207-278). Heidelberg: Winter.
- Nussbaum, M. C. (1999). *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie als Konzept der Klinischen Sozialarbeit – eine sozialarbeitswissenschaftliche Fundierung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6; S. 71-91). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Rawls, J. (2001). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt: Suhrkamp (engl. Orig. 1971).
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Seligman, M. E. P. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz (engl. Orig. 1975).
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt UTB.
- Theunissen, G. (2006). Inklusion – Schlagwort oder zukunftsweisende Perspektive? In G. Theunissen & K. Schirbort (Hrsg.), *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote* (S. 13-40). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wansing, G. (2013). Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 44(3), 16-28.
- Winkler, M. (2014). Inklusion – Nachdenkliches zum Verhältnis pädagogischer Professionalität und politischer Utopie. *neue praxis*, 44(2), 108-123.

Sozialdiagnostik in der Betreuungspraxis Wie Betreuungsbehörden ihrem neuen Auftrag besser gerecht werden können

Dieter Röh

Nicht erst seitdem die Betreuungsbehörden verstärkt daran arbeiten sollen, rechtliche Betreuungen zu vermeiden, sondern auch schon davor, waren sie – auch als Berufsfeld für SozialarbeiterInnen – damit befasst, sich ein genaues Bild von der Lebenslage und sozialen Situation derjenigen Menschen zu machen, für die eine rechtliche Betreuung angeregt wurde oder die diese selbst beantragt hatten.

Fallverstehen oder auch Sozialdiagnostik war daher auch vor dem 1.7.2014, dem Datum, an dem das »Gesetz zur Stärkung der Funktion der Betreuungsbehörden vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3393)« in Kraft trat, von Bedeutung. Mithilfe einer genauen Erfassung der sozialen Lage kann das medizinisch festgestellte Betreuungskriterium der psychischen Krankheit oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung als notwendiges Definitionsmerkmal um biografische, lebensweltliche, kompetenzbezogene und weitere soziale Daten als hinreichende Kriterien für eine Befürwortung oder Ablehnung der rechtlichen Betreuung komplettiert werden.

Jedoch fehlte bislang eine systematische Folie, vor deren Hintergrund diese Aufgabe verstanden und umgesetzt

werden konnte. Aus diesem Grund entwickelten wir, Dieter Röh und Harald Ansen, einen Leitfaden für den Sozialbericht in Betreuungsbehörden, der 2014 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde. In diesem Beitrag sollen die grundlegenden Aspekte dieses Leitfadens dargestellt werden, um zu zeigen, dass eine Sozialdiagnostik als Methode der Klinischen Sozialarbeit einen zentralen Beitrag zu einer fachlich fundierten Entscheidung in einem ansonsten rechtlich geregelten Arbeitsfeld leisten kann.

Im Folgenden werde ich daher zunächst die qualitative und quantitative Bedeutung einer Betreuungsdiagnostik darstellen, des Weiteren die Methodik selbst umreißen und schließlich einen Ausblick in die nähere Zukunft wagen.

Zur Bedeutung einer Sozialdiagnostik im Betreuungswesen

Wie bereits kurz angedeutet, hatte und hat die Soziale Arbeit als Profession eine große Bedeutung im System des Betreuungswesens, sowohl als Berufsangehörige in den Betreuungsbehörden als auch in den Betreuungsvereinen oder als selbstständige BerufsbetreuerInnen.

Kontrafaktisch erhält dieses Berufsfeld jedoch in der Sozialarbeitswissenschaft eine eher geringe Aufmerksamkeit. Mit Ausnahme weniger AkteurInnen (Halfen, 2004; Crefeld, 2007; Liebfeld, 2012; Krüger, 2012) wurde sowohl der quantitativen wie auch qualitativen Entwicklung des Berufsfeldes wenig Beachtung geschenkt, mithin also wenig geforscht oder konzeptionell aus wissenschaftlichen Projekten heraus für die professionelle Tätigkeit in diesem Sektor der Sozialen Arbeit getan.

Dies ist umso erstaunlicher, wenn man sich die quantitative Entwicklung seit Bestehen des Betreuungsrechts anschaut: Sowohl die Anzahl der rechtlichen Betreuungen als auch die Anzahl der wissenschaftlich ausgebildeten, professionellen SozialarbeiterInnen wächst in diesem Feld. Zuletzt wurden beispielsweise Ende 2012 nach Angaben des Bundesamts für Justiz (2013) 1.272.947 rechtliche Betreuungen durch Privatpersonen, Vereins- oder BehördenbetreuerInnen sowie andere Personen oder Instanzen geführt. Von den 2011 registrierten Neufällen (243.644) wurden immerhin ca. 61.667 durch selbstständige BerufsbetreuerInnen und 14.257 von Betreuungsvereinen übernommen. Auch wenn mit ca. 62% die meisten der

2011 neu bestellten rechtlichen Betreuungen durch ehrenamtlich Tätige oder Familienangehörige geführt wurden, stellt doch die berufsmäßig geführte Betreuung, gerade für einen bestimmten Personenkreis, eine sehr wichtige Unterstützung dar. Vor allem da der Anteil der ehrenamtlich Tätigen und Angehörigen in den letzten Jahren prozentual rückläufig und der Anteil der berufsmäßig geführten Betreuungen ansteigend war (von 20,12% in 1999 auf 31,67% in 2011; vgl. Deinert, 2012). Gerade für Menschen mit einer seelischen Behinderung ist die mit einer sozialarbeiterischen Kompetenz geführte Betreuung von großer Bedeutung.

Wie stark die Soziale Arbeit tatsächlich vertreten ist, kann nur geschätzt werden. So gibt der Berufsverband der Berufsbetreuer eine Mitgliederzahl von 6.576 Personen an (BdB, 2014, S. 11); wie viele in den 825 Betreuungsvereinen und den kommunalen Betreuungsbehörden angestellt sind, ist unklar. Die Zahl der Betreuungen wächst seit Beginn des neuen Betreuungsrechts stetig an, bezüglich der Erstbestellungen von 76.709 in 1992 bis auf 232.097 in 2005, zuletzt sank diese 2013 auf 221.262.

Mit diesem Zuwachs an rechtlichen Betreuungen – bedingt zum größten Teil durch den demografischen Wandel, aber auch die Zunahme seelisch behinderter Menschen – wächst auch der Bedarf an qualitativ gut geführten Betreuungen. Gleichsam nehmen insbesondere der rechtliche Auftrag der Justiz zu, diesen sensiblen Grundrechtseingriff zu prüfen, und der planerische Auftrag der Betreuungsbehörden, die hier im Sinne der Sachverhaltsaufklärung gemäß § 8 des Betreuungsbehördengesetzes eine wichtige Funktion innehaben. Gemäß der letzten Gesetzesnovelle mit Auswirkungen auf das »Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)« sowie auf das »Gesetz über die Wahrnehmung behördlicher Aufgaben bei der Betreuung Volljähriger« (BtBG) sollen die Behörden das Betreuungsgericht unterstützen durch Übermittlung eines Berichts, der Aussagen zur persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Situation der Betroffenen, zur Erforderlichkeit der Betreuung einschließlich geeigneter anderer Hilfen, zur BetreuerInnenauswahl unter Berücksichtigung des Vorrangs der Ehrenamtlichkeit und zur diesbezüglichen Sichtweise der Betroffenen umfasst. Dieser Bericht wurde mit der letztjährigen Gesetzesänderung zudem obligatorisch, was alleine eine gewisse Systematik bedingt.

Zudem sieht die Gesetzesnovelle vor, dass die Betreuungsbehörden die Betroffenen beraten und in andere Hilfen, bei denen keine BetreuerInnen bestellt wer-

den, vermitteln sollen, wobei sie – und das stellt eine weitere große Herausforderung dar – mit den zuständigen Sozialleistungsträgern zusammenarbeiten sollen.

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass der sozialdiagnostischen Erfassung eine besondere Bedeutung zukommt angesichts der Zunahme an Betreuungen wie auch der neueren Aufgaben der Betreuungsbehörden, erstens vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung nach möglichen Alternativen zu suchen und, wenn diese nicht vorhanden oder der Betreuungsbedarf nicht anders gedeckt werden kann, zweitens die bestmögliche Betreuung in Art und Umfang dem Gericht gegenüber zu empfehlen.

Theorie und Methodologie der Betreuungsdiagnostik

Wenn im Folgenden von einer Betreuungsdiagnostik die Rede ist, so wird damit vornehmlich jene Methodik benannt, die im Rahmen der o. g. Entwicklungen in den Betreuungsbehörden eingesetzt werden muss. Daneben kann diese jedoch auch in Betreuungsvereine und von BerufsbetreuerInnen genutzt werden, um die Betreuung zu planen. Die Methode ist notwendigerweise, will sie sich als wissenschaftlich geprägte Herangehensweise zeigen, von einer theoretischen, ethischen und methodologischen Basis ausgehend zu verstehen.

Fachwissenschaftlich haben wir dieses entlang einer Theorie der daseinsmächtigen Lebensführung (Röh, 2013) sowie systemtheoretischer und lebensweltorientierter Ansätze begründet (vgl. Röh & Ansen, 2014). Ganz allgemein kann der rechtlichen Betreuung eine Funktion der Daseinsnachsorge bescheinigt werden, da sie immer eine nachgeordnete Rolle für diejenigen Personen einnimmt, die ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen können.

So gesehen sichert rechtliche Betreuung die Daseinsmächtigkeit der betroffenen Personen, also ihre Fähigkeit, ihr Leben weitgehend selbstbestimmt, wenn auch mit Unterstützung, zu führen, in einer »nachsorgenden« oder auch »stellvertretenden« Art und Weise. Deshalb kann auch alternativ zu einem Inklusionsbegriff, der für eine vollständige, eigenmächtige und selbstständige Teilhabe an den »regulären« Funktionssystemen steht, die »stellvertretende Inklusion« (Baecker, 2000) als Alternative gesetzt werden. Vielfach sind soziale und rechtliche Betreuung solche Formen stellvertretender Inklusion. Eine in diesem Sinne verstandene Hilfe zur daseinsmächtigen Lebensführung kann u. a. auch in der Bestellung einer rechtlichen Betreuung liegen. Gleichwohl ist zunächst jedoch darauf zu achten, dass die recht-

liche Betreuung als ultima ratio betrachtet wird. Auch hier kommt der aktuellen Gesetzesnovelle insofern besondere Bedeutung zu, als diese – nicht nur aus fiskalischen Gründen – darum bemüht ist, vorrangige Hilfen, die gleichzeitig immer auch einen weniger starken Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Menschen darstellen, einzusetzen, sodass auf eine rechtliche Betreuung in Teilen oder gänzlich verzichtet werden kann.

Daseinsmächtigkeit wird hier folgendermaßen verstanden (Röh, 2013, S. 253):

- a Die Verfügung über ausreichende ökonomische und ökologische Mittel, um den eigenen »Oikos« (Haushalt) besorgen zu können, um somit
- b anstehende Entwicklungs- und Bewältigungsaufgaben mithilfe relevanter Anderer und Gemeinschaften meistern zu können und so
- c innerhalb relevanter Lebensbereiche entsprechende Rollen ausüben zu können und schließlich
- d an diesen aktiv teilnehmen oder passiv teilhaben zu können.

An diese Punkte einer daseinsmächtigen Lebensführung muss rechtliche Betreuung insofern anschließen, als es erstens um die Sicherung der ökonomischen und ökologischen Mittel zur Lebensführung durch rechtliche Vertretung im Bereich sozialer Sicherung, Gesundheit, Wohnen und dergleichen, zweitens um die kommunikativen und sozialen Kompetenzen der Betroffenen, drittens um deren Rollenfähigkeit in ihren Lebenssituationen und schließlich um ihre Teilnahme bzw. Teilhabe geht. Sie kann hierbei selbstverständlich nur unterstützend tätig sein, indem dafür (stellvertretend) Sorge getragen wird, dass die dafür notwendigen Rahmenbedingungen des Lebens und damit die Ressourcen für eine daseinsmächtige Lebensführung gesichert sind.

»Klassische« Gefährdungen der Daseinsmächtigkeit sind neben Lebensübergängen (Adoleszenz, Elternschaft, Ruhestand usw.) vor allem Lebenskrisen und längerfristige Belastungen, wie sie beispielsweise mit Arbeitslosigkeit oder Krankheit bzw. Behinderung verbunden sind. Gerade Letztere stellen die notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung dar und müssen deshalb genauer verstanden werden.

Bisher hat das medizinische Gutachten gegenüber einer sozialen Begutachtung ein deutliches Übergewicht im betreuungsgerichtlichen Verfahren. Soziale Hilfen, deren Erschließung dazu beitragen würden, eine Betreuung zu vermeiden, geraten dadurch teilweise aus dem Blickfeld (vgl. Tänzer, 2009, S. 123f.). Im Interesse einer soliden Sozialdiagnostik, in der die Frage des Bedarfs einer recht-

lichen Betreuung im Mittelpunkt steht, ist es gleichwohl bedeutsam, die Besonderheiten der Betreuung als Rechtsfürsorge zu würdigen, die im Hintergrund der sozialdiagnostischen Erwägungen eine zentrale Rolle spielen.

Die rechtliche Betreuung unterscheidet sich von einer sozialen oder psychosozialen Betreuung durch ihren klaren Fokus auf Rechtsfürsorge. Unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts geht es zentral darum, die Interessen der Betroffenen beispielsweise gegenüber Sozialleistungsträgern und Anbietern sozialer Leistungen wahrzunehmen. Eine rechtliche Betreuung ist also erforderlich, wenn Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung Unterstützung bei der Regelung ihrer Angelegenheiten in Bezug auf eine Rechtsbehandlung benötigen (vgl. Ließfeld, 2012, S. 89). Rechtliche Betreuerinnen sind dem Wohl der Betroffenen und ihren erklärten oder mutmaßlichen Wünschen verpflichtet. Betroffene sind an allen Schritten nach Möglichkeit zu beteiligen, insoweit impliziert die rechtliche Betreuung immer auch den persönlichen Kontakt. Der subsidiäre Charakter der rechtlichen Betreuung beinhaltet auch, die Betreuung möglichst wieder aufzuheben. Dies setzt voraus, Rehabilitationspotenziale der Betroffenen zu erkennen und sie darin zu unterstützen, diese zu realisieren (vgl. Deutscher Verein, 2011, S. 13f.). Die Sozialdiagnostik im betreuungsgerichtlichen Verfahren erfolgt immer unter der Fragestellung, inwieweit eine rechtliche Betreuung aus persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich ist. Nur wenn dieser Prüfauftrag vernachlässigt wird, droht eine Ausdehnung der Sozialdiagnostik auf immer weitere Lebensbereiche, die für das konkrete Verfahren ohne Bedeutung ist.

Im Prozess der Diagnoseerarbeitung sollen folgende fachliche Gütekriterien (Heiner, 2013, S. 23f.) beachtet werden:

Partizipative Orientierung. Der Diagnostikprozess ist von Beginn an dialogisch orientiert und nimmt die Aussagen und Wertungen der betroffenen Personen ernst. Er versucht, soweit es ethisch und professionell vertretbar ist, die Wünsche der betroffenen Personen aufzunehmen und etwaige unterschiedliche Ziele auszuhandeln.

Sozialökologische Gesamtschau. Die Sozialdiagnostik bezieht sowohl personale als auch soziale Merkmale ein, um die Frage nach Notwendigkeit und Umfang der Betreuung zu beurteilen. Daher werden Fragen der sozialen Sicherung, der sozialen Unterstützung bzw. des sozialen Netzwerkes und persönliche Fähigkeiten auf ihren Ressourcen- oder Problemgehalt geprüft. Eine rein defizitorien-

tierte und eindimensionale Betrachtung des Verhaltens einer Person wird zugunsten einer Person-in-Umwelt-Perspektive vermieden.

Mehrperspektivische Betrachtung. Die Diagnostik betrachtet neben der aktuellen Lage auch die biografischen Erfahrungen und die perspektivischen Wünsche der betroffenen Personen und beachtet die »Konstruktion von Wirklichkeit« aufseiten der Professionellen, der Betroffenen wie ihres Umfeldes.

Reflexive Orientierung. Die Ergebnisse der Sozialen Diagnostik sind daher weitgehend Hypothesen, die das Ergebnis eigener Einschätzung und der Verarbeitung von Informationen Dritter (einschließlich der Betroffenen) darstellen. Sie können sich im Nachhinein als Fehleinschätzung, als über- oder untertrieben oder als zutreffend herausstellen. Unter Umständen sind bestimmte Informationen nicht aufgenommen oder falsch bewertet worden, ggf. lagen zum Zeitpunkt der Sozialdiagnostik auch noch nicht alle Informationen vor.

Methodik

Sozialdiagnostik lässt sich auch und gerade im Kontext rechtlicher Betreuung sinnvollerweise nur als eine Diagnostik des Person-Umwelt-Verhältnisses in Bezug auf soziale Teilhabe verstehen. So geht sie auch entlang einer diese soziale Teilhabe sichernden daseinsmächtigen Lebensführung von folgenden Kriterien aus, die untersucht und bewertet werden müssen:

Soziale Sicherung. Für die sozioökonomische und sozioökologische Lage der Betroffenen sind die Dimensionen des Einkommens, des Wohnens und der Arbeit daraufhin zu prüfen, ob hier Hilfebedarfe bestehen, die Teil der späteren rechtlichen Betreuung oder dadurch zu initiierender Sozialleistungen sein werden.

Soziale Unterstützung/Soziales Netzwerk. Für die Lebensgestaltung sind neben den bereits benannten Parametern auch Sozialbeziehungen und die daraus gewonnenen sozialen Unterstützungsmechanismen von großer Bedeutung. Das Soziale Netzwerk eines Menschen mit darin vorkommenden Personen, die bereits unterstützen oder unterstützen könnten, soll daraufhin überprüft werden, ob dessen Potenziale ausreichend sind oder ob es dort Probleme gibt, die eine Betreuung notwendig erscheinen lassen.

Persönliche Fähigkeiten. Den dritten Teil der Anamnese bildet die Betrachtung der Kompetenzen der betroffenen Personen selbst. Neben den Ressourcen »soziale Sicherung« und »soziales Netzwerk/soziale Unterstützung« sind auch die »persönlichen Fähigkeiten« der betroffenen Personen in die Analyse einzubeziehen,

die für die selbstständige Bewältigung des Alltags ausschlaggebend sind. Dies zeigt sich z. B. in der Fähigkeit, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, nach weiteren hilfreichen Ressourcen zu suchen bzw. diese zu aktivieren. Hier wird zwischen »instrumentellen«, »psychischen«, »sozialen« sowie »kulturellen« Kompetenzen unterschieden.

Methodisch ist unser Vorgehen sowohl für die Orientierungs- und Zuweisungs- als auch für die Gestaltungs- und Risiko- diagnostik im Bereich rechtlicher Betreuung anwendbar. Wir haben für die schnelle Anwendung in der Praxis einen Orientierungs- und für die detaillierte Betreuungsdiagnostik einen Vertiefungsbogen entwickelt sowie die Methodik ausführlich an anderer Stelle beschrieben (Röh & Ansen, 2014, S. 71ff.)

Ausblick

In Zukunft wird sich zeigen, inwieweit die Betreuungsbehörden mit den neuen Anforderungen umgehen werden und ob es gelingen kann, in diesem Zusammenhang sozialdiagnostische Standards anzuwenden. Mit unserem Leitfaden liegt ein Vorschlag vor, der seiner übergreifenden Übernahme harrt und mit dem Erfahrungen gesammelt werden müssten, ob und inwieweit man der neuen und alten Herausforderungen im Betreuungswesen gerecht werden kann. Wir wünschen uns jedenfalls einen breiten Einsatz und sind auf Rückmeldungen jeder Art gespannt.

Literatur

- Baecker, D. (2000). »Stellvertretende« Inklusion durch ein »sekundäres« Funktionssystem: Wie »sozial« ist die soziale Hilfe? In R. Merten (Hrsg.), *Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 39-46). Wiesbaden: VS.
- Berufsverband der Berufsbetreuer/innen (BdB) (2014). *Jahresbericht 2013*. Hamburg: BdB. Online verfügbar: www.bdb-ev.de/module/datei_upload/download.php?file_id=271 [20.02.2015].
- Bundesamt für Justiz (BfJ) (2014). *Betreuungsverfahren. Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2013*. Bonn: BfJ. Online verfügbar: www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [20.02.2015].
- Crefeld, W. (2007). Sozialgutachten zur Feststellung der Erforderlichkeit einer Betreuung. In A. Diekmann & S. M. Meier (Hrsg.), *Qualität im Betreuungswesen. Berichte vom 10. Vormundschaftsgerichtstag* (S. 86-94). Köln: Bundesanzeiger-Verlag. Online verfügbar: www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Betrifft_Betreuung/9_Qualitaet_im_Betreuungswesen_200711.pdf [20.02.2015].
- Deinert, H. (2012). *Betreuungszahlen 2011. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes*. Köln: Bundesanzeiger-Verlag. Online verfügbar: www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/Betreuungsstatistik2011.pdf [20.02.2015].
- Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.) (2007). *Abgrenzung von rechtlicher Betreuung und Sozialleistungen. Handreichung des Deutschen Vereins zur Abgrenzung von Tätigkeiten an der Schnittstelle zwischen rechtlicher Betreuung und Sozialleistungen sowie Empfehlungen zur Kooperation der Beteiligten*. Berlin: Deutscher Verein.

Halfen, M. (2014). Betreuungsgutachten aus der Sicht einer Sozialarbeiterin. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 13(4), 135-136. Online verfügbar: www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/Fachbeitraege_PDF/Betreuungspraxis/Halfen_Gutachten_04_04.pdf [20.02.2015].

Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Bei-

träge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5; S. 18-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Krüger, M. (2012). *Wille, Wohl und Anerkennung. Eine subjektorientierte Auseinandersetzung mit Grundkategorien der rechtlichen Betreuung*. Köln: Bundesanzeiger-Verlag.

Ließfeld, H. (2012). *Betreuungsrecht in der Praxis. Geschichte, Grundlagen und Planung rechtlicher Betreuung*. Wiesbaden: VS.

Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das*

gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer VS.

Röh, D. & Ansen, H. (2014). *Sozialdiagnostik in der Betreuungspraxis. Ein Leitfaden für den Sozialbericht der Betreuungsbehörden*. Köln: Bundesanzeiger.

Tänzer, J. (2009). *Rechtsverwirklichung durch Infrastruktur im Betreuungswesen. Chancen eines Systemwandels von der justizförmigen zur sozialrechtsförmigen Betreuung*. Aachen: Shaker-Verlag.

Lebensthemenorientierte Beratung in der Begleitung älterer Menschen mit geistiger Behinderung

Claudia Spindler

Mit dem wachsenden Anteil der älteren Menschen mit geistiger Behinderung steigt der Bedarf an methodischen Ansätzen, die den Anspruch an Professionalität und Autonomieförderung in der Begleitung dieser Personengruppe sowie deren Heterogenität berücksichtigen. Gerade in der Alltagsbegleitung der KlientInnen im Bereich des Wohnens und der Begleitenden Dienste müssen diese Ansätze ein dialogisches, flexibles, entwicklungsorientiertes wie lebensweltliches Handeln ermöglichen, aber auch die Forderung nach einem strukturierten, methodisch-nachvollziehbaren Arbeiten erfüllen. Der Ansatz der lebensthemenorientierten Arbeit bietet älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung die Möglichkeit, in regelmäßig stattfindenden Gesprächen emotional besetzte Themen einzubringen und ihre Alltags- und Bewältigungskompetenzen durch die Unterstützung der begleitenden Fachpersonen zu erweitern. Der Ansatz ist aus der Arbeitspraxis in einer begleitenden Wohnform mit älteren und psychisch beeinträchtigten Menschen entstanden und wurde im Rahmen dieser Veröffentlichung theoriebasiert aufgearbeitet.

Ältere Menschen mit Behinderung

Der Übergang vom mittleren in das späte Erwachsenenalter ist kein zeitlich klar markierter Punkt, sondern ein individueller Prozess, der seine besonderen Herausforderungen in der Lebensbewältigung birgt. Dementsprechend gibt es Lebensereignisse, die vermehrt Menschen im höheren Lebensalter betreffen, die aber teilweise schon in früheren Lebensphasen auftreten können (z.B. Tod der Eltern). Darüber hinaus machen vorzeitige Alterungserscheinungen z.B. bei Menschen mit Downsyndrom oder schwerer Behinderung eine klare Abgrenzung für Menschen mit geistiger Behinderung schwierig (Haveman & Stöppler, 2010, S. 17-21). Viele der hier thematisierten Aspekte sind für die Arbeit mit Menschen etwa ab dem 50. Lebensjahr relevant.

Basierend auf dem Kompetenzmodell des Alterns (Baltes & Baltes, 1990; Haveman & Stöppler, 2010, S. 48/49) liegt dieser Arbeit die These zugrunde, dass eine möglichst gute Vorbereitung der Lebensveränderungen im Alter zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit beiträgt. Dabei wird einerseits die Sichtweise vertreten, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter mit den gleichen Herausforderungen konfrontiert werden wie alle anderen Menschen (Haveman & Stöppler, 2010, S. 56; Skiba, 2006, S. 32), andererseits wird davon ausgegangen, dass aufgrund ihrer benachteiligten gesellschaftlichen Position, ihrer oft risikobehafteten biografischen Erfahrungen (Wieland, 1993, S. 21) und ihrer kognitiven Verarbeitungsstrategien (Samirski, 2003, S. 46-48) einige dieser Herausforderungen anders determiniert und konstituiert sind als in der nichtbehinderten Bevölkerung.

Diese Risiken sind besonders in der Gruppe der älteren Menschen mit Behinderung ausgeprägt, da den heute über 50-Jährigen weit weniger Bildungs- und Förderungschancen zur Verfügung standen als jetzt der jüngeren Generation (Skiba, 2006, S. 33). Daraus lässt sich eine höhere Vulnerabilität bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung ableiten, sodass der Stärkung der Alltags- und Bewältigungskompetenzen eine erhöhte Bedeutung zukommt. Das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit hängen sehr stark davon ab, dass diese Herausforderungen und Risiken gut bewältigt werden können, wobei in diesem Prozess Bewältigungskompetenzen sowie biografisch-subjektive Deutungen der eigenen Lebenswelt eine Rolle spielen.

Lebensthemen und Lebensbewältigungskompetenzen

Das Konstrukt der zentralen Lebensthemen wird in der Positiven Psychologie diskutiert (Auhagen, 2012, S. 190). Im Unterschied zu der theoretischen Diskussion handelt es sich bei den hier beschrie-

benen Lebensthemen um Probleme, mit denen sich die Menschen in ihrem Lebensalltag auseinandersetzen. Sie konstituieren sich aus den verschiedenen Lebensbereichen der Personen und stehen in Verbindung mit Entwicklungsaufgaben des (mittleren/späten) Erwachsenenalters (Freund & Baltes, 1995), kritischen Lebensereignissen (Filipp & Aymann, 2005), biografischen Übergängen (Elder, 1985) und individuellen Wünschen, Zielen und Bedürfnissen. Sie sind in einem längeren Lebensabschnitt zentral und emotional besetzt, somit haben sie eine Auswirkung auf die wahrgenommene Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden. Aus der umfangreichen Literatur zum Thema »Behinderung und Alter« kann eine Reihe von Themen abgeleitet werden, wobei diese sehr stark individuell determiniert sind (vgl. Abb. 1).

Kooperative Hilfeplanung und lebensthemenorientierte Beratung

Im Rahmen der Eingliederungshilfe ist die individuelle Hilfeplanung mit dem Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe vorgeschrieben und auf der Ebene der Bundesländer geregelt (Schreiber & Giere, 2014, S. 25). Hilfeplanung in einem kooperativen Verständnis zielt auf ein verändertes professionelles Verständnis und hat die traditionelle Förder- und Entwicklungsplanung durch folgende Entwicklungen abgelöst:

- a (Verstärkte) Einbeziehung der betroffenen Personen unter der Zielperspektive »Teilhabe in der Gesellschaft«; d.h. individuelle Hilfeplanung wird als kommunikativer Prozess verstanden und ein Planungs- bzw. Entscheidungsprozess mit den Menschen mit Behinderung und nicht über sie;
- b Einbeziehung des vorhandenen, sozialen Netzwerkes, d.h. von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn und nicht nur von sozialen Diensten sowie professionellen Begleitpersonen;
- c Ausrichtung der individuellen Hilfeplanung an einer Perspektive inklusiver Partizipation in der Gemeinde, d.h. die

Berücksichtigung der Frage der Passgenauigkeit von Angeboten in der Gemeinde und der spezifischen sozialen Einrichtung, d.h. eine Abwendung von segregierenden »Sonderangeboten« und Förderung bzw. Anpassung der KlientInnen im Sinne des Defizitausgleichs, verbunden mit einem Perspektivenwechsel hin zur Ressourcenorientierung.

Ausgehend von der Annahme, dass die KlientInnen in jeder Lebensphase bestimmte Themen beschäftigen und gerade biografische Übergänge sorgsam begleitet werden sollten, sind regelmäßige Beratungsangebote notwendig, die über organisatorische und administrative Belange hinausgehen. Wesentlich dabei erscheint, dass die KlientInnen nach Möglichkeit in die Lage versetzt werden, eigene Themen zu benennen und zu bearbeiten. Eine Stärkung der Lebenskompetenzen und Unterstützung der reflexiven Prozesse steht hier im Mittelpunkt der Beratung. Vorteil der Implementierung in die Alltagsbegleitung der KlientInnen ist, dass Themen mit sorgsamer Beobachtung auch von außen erfasst und in der Beratung angeboten werden können sowie die Tatsache, dass ein bereits bestehendes, enges Vertrauensverhältnis »stellvertretende Deutungen« (Oevermann, 1996, S. 156; Wüllenweber & Ruhnau-Wüllenweber, 2006, S. 430) bei vorhandenen kommunikativen Einschränkungen möglich machen.

Dabei ist jedoch zu beachten, (a) dass mit den KlientInnen abgeklärt wird, welche Informationen vertraulich sind und welche Absprachen an wen weitergegeben werden dürfen; (b) dass eine begleitende professionelle Reflexion im Team und durch Supervisionen institutionalisiert wird, und (c) dass die Fachperson darauf achtet, dass die Bearbeitung bestimmter Themen der Auslagerung in externe Beratungs- und Therapiesettings bedarf, dass sie also nicht im Rahmen der Alltagsbegleitung bearbeitet werden sollten. Entsprechende Themen können therapiebedürftige psychische Problemlagen, Traumatisierungen, aber auch sexuelle Themen sein. Die begleitenden Fachpersonen sollten hier sensibel mit ihren Grenzen, Kompetenzen und ihrer BetreuerInnenrolle umgehen. Ebenso sollten die KlientInnen dazu angeleitet werden, eigene Grenzen oder Unbehagen zu kommunizieren.

Nach Klärung des Ziels der Beratung und der oben stehenden Fragen von Vertraulichkeit und Grenzen ist der zweite Schritt die Erarbeitung der Themen mittels einer Lebenssituationsanalyse. Das Einbringen eigener Themen durch die KlientInnen setzt voraus, dass sie hohe selbstreflexive Kompetenzen und entsprechende kommunikative Ausdrucksmög-



Abbildung 1: Die Generierung von Lebensthemen und Stärkung von Alltags- und Bewältigungskompetenzen

lichkeiten haben. Ein einfacher Einstieg in die Beratung kann zunächst die Aufforderung sein, dass die KlientInnen ihren gewärtigen Alltag und ihre Befindlichkeiten schildern und nach Veränderungsbedarf und/oder Problemen gefragt werden. Je weniger KlientInnen in der Lage sind, die eigene Lebenssituation zu schildern, desto stärker ist die Notwendigkeit der Vorstrukturierung und Validierung von außen. Visuelles Material, wie Gefühlskarten (z.B. Enders & Wolters, 2004) und alternative Kommunikationsmittel sind wichtige Bestandteile im Beratungsprozess. Zur Unterstützung von Selbstreflexionsprozessen können auch Tage- und Wunschbücher bei der Erarbeitung von Lebensthemen hilfreich sein, unabhängig davon, ob die KlientInnen diese nur für sich schreiben oder sie zur Beratung mitbringen.

Neben der Selbstreflexion der KlientInnen sind eine gute Beobachtungsgabe und eine Spiegelung von Vorfällen und Reaktionen der KlientInnen vonseiten der Beratenden eine weitere Variante, Themen zu erarbeiten, wobei eine wertschätzende und offen-fragende Haltung sowie die Möglichkeit der Korrektur durch die KlientInnen wesentlich sind. Elementar ist, dass genügend Zeit in der einzelnen Beratung und über den Beratungsprozess für die Erarbeitung der Themen und den anschließenden Handlungsbedarf eingeplant wird, um den KlientInnen die Möglichkeit zu geben, in Ruhe darüber nachzudenken.

Die Gespräche und wichtigsten Punkte der Lebenssituationsanalyse sollten für den weiteren Beratungsprozess dokumentiert werden. Dabei sollte die Verständlichkeit der Dokumentation auch für die KlientInnen möglichst gegeben sein. Die Lebensthemen kristallisieren sich in

der ersten Beratungsphase heraus. Alle Lebensthemen sollten zunächst einmal erfasst werden. Bei mehr als drei Themen ist es ratsam, diese in der Bearbeitung zu hierarchisieren, da gerade in komplexen Lebenssituationen nicht alle Themen auf einmal bearbeitet werden können. In der Dokumentation sollte der Anlass bzw. Ausgangspunkt für die Bearbeitung des Lebensthemas notiert werden sowie eine prägnante Beschreibung mit einer möglichst genauen Zielbestimmung für die Arbeit mit den KlientInnen.

Bei den Lebensthemen, bei denen es um einen konkreten Handlungsbedarf geht, sollten ein Handlungsplan und gut erreichbare Handlungsziele sowie eine Verantwortungsverteilung festgehalten werden, wobei geklärt werden sollte, was die KlientInnen selbst oder in Begleitung durch die Fachpersonen übernehmen und wie das Team, außenstehende Unterstützungsangebote und das soziale Netzwerk einbezogen werden können. Bei Themen, bei denen es um Verhaltensveränderungen geht, sollten die herausfordernden Situationen und die benötigte Unterstützung im Rahmen des Situationsansatzes abgestimmt werden.

Emotionale Verarbeitungsprozesse knüpfen an Regulations- und Verarbeitungsstrategien an, die mit den KlientInnen gemeinsam erarbeitet werden können. Die bearbeiteten Lebensthemen werden in den Beratungen neu thematisiert und gegebenenfalls angepasst. Bereits am Beginn der Arbeit sollte ein Zeitpunkt der Evaluation festgelegt werden, zu dem die Arbeits- und Zielüberprüfung erfolgt, d.h. ein Zeitpunkt für den Abschluss der Arbeit oder eine Modifizierung des Themas bzw. der Vorgehensweise. Dabei ist zu beachten, dass je nach Thema unterschiedliche

Arbeitszeiträume notwendig sein können, so ist z.B. die Umgestaltung des eigenen Zimmers wahrscheinlich nach drei Monaten abgeschlossen, während die Verarbeitung des Verlusts eines Elternteils ein langwieriger Prozess ist. Es ist sogar davon auszugehen, dass es biografische Lebens Themen gibt, die dauerhaft eine Rolle spielen. Besonders im Alter, in dem das Rückerinnern an Bedeutung zunimmt (Staudinger, 1996, S. 366), ist dieser Aspekt zu berücksichtigen.

Im Prozess der lebens Themen orientierten Beratung können andere Methoden und Angebote eingebunden werden, z. B. der Besuch des Lehrgangs »selbstbestimmt älter werden« (Haveman & Stöppler, 2010, S. 185-199), die Durchführung einer »persönlichen Zukunftsplanung« (Schuppener, 2004) oder eine therapeutische Intervention (Weber, 2003). Besonders für Menschen mit schwerer Behinderung und Kommunikationseinschränkungen ist das Thema der Erweiterung von Ausdrucksmöglichkeiten im Rahmen der Unterstützten Kommunikation grundlegend. In diesem Kontext lässt sich die lebens Themen orientierte Beratung gut als ein zentrales Element in der kooperativen Hilfeplanung ansiedeln und besitzt dadurch auch eine koordinierende Struktur.

Literatur

- Auhagen, A. E. (2004). Zentrale Lebensthemen als Schlüssel zu einem positiven Leben. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie* (S. 190-195). Weinheim: Beltz PVU.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (S. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bleeksma, M. (2014). *Mit geistiger Behinderung alt werden*. München: Juventa (niederl. Orig. 1994).
- Brandstädter, J. (2006). Adaptive resources in later life. In M. Csikszentmihalyi & I. S. Csikszentmihalyi (Hrsg.), *A life worth living. Contributions to positive psychology* ([E-Book] Position 2038-2338). Oxford: University Press.
- Elder, G. H. (1985). Perspectives on life course. In G. H. Elder (Hrsg.), *Life course dynamics. Trajectories and transitions. 1968-1980* (S. 23-49). Ithaca: Cornell University Press.
- Enders, U. & Wolters, D. (2004). *Gefühle Quartett. Pädagogisch-therapeutisches Spielmaterial*. Köln: Mebes & Noak.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2005). Verlust und Verlustverarbeitung. In S.-H. Philipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 764-804). Göttingen: Hogrefe.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (1995). Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen der Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Philipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 37-79). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönau-Böse, M. (2014). *Resilienz* (3., akt. Aufl.). München: Reinhardt/UTB.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2010). *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professi-*

- onalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70-182). Frankfurt: Suhrkamp.
- Samirski, K. (2003). Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation* (3., überarb. u. erw. Aufl.; S. 42-54). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schreiber, T. & Giere, C. (2014). *Individuelle Hilfeplanung in der Praxis* (überarb. u. akt. Neuausg.). Köln: Balance.
- Schuppener, S. (2004). Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. *Geistige Behinderung*, 43(1), 36-56.
- Skiba, A. (2006). *Geistige Behinderung und Altern*. Nordstedt: Books on demand.
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 344-373). Frankfurt: Campus.
- Wahl, H.-W. & Schilling, O. (2012). Hohes Alter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarb. Aufl.; S. 311-334). Weinheim: Beltz.
- Weber, G. (2003). Psychological interventions and psychotherapy. In P. W. Davidson, V. P. Prasher & M. P. Janicki (Hrsg.), *Mental health, intellectual disability and the aging process* ([E-Book] Position 1273-1541). Oxford: Blackwell.
- Wieland, H. (1993). Alter in seiner Bedeutung für geistig behinderte Menschen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte (Hrsg.), *Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium* (S. 19-21). Marburg: Lebenshilfe.
- Wilke, H. (1988). Perspektiven älter werdender und alter geistig behinderter Menschen. In Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (Hrsg.), *Alte Menschen mit Behinderungen – behinderte Menschen im Alter* (S. 239-245). Marburg: Lebenshilfe.
- Wüllenweber, E. & Ruhnau-Wüllenweber, M. (2006). Pädagogische Beratung – ein bedeutender Ansatz für die heilpädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 428-435). Stuttgart: Kohlhammer.

Rezension

Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis – Heft 4/2014, Schwerpunkt: Metaphern

Gernot Hahn

Die Zeitschrift *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis – VPP* erscheint seit mehr als 45 Jahren mit vier Ausgaben pro Jahr und stellt eine feste Größe in der Publikationslandschaft zu verhaltenensorientierten Ansätzen in der psychosozialen Versorgung dar. Das aktuelle Heft widmet sich dem Schwerpunktthema *Metaphern* und gründet weitgehend auf Beiträgen zum gleichnamigen Symposium der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) 2014 in Berlin. Im Eröffnungsbeitrag gibt Rudolf Schmitt einen Überblick zu Sprachbildern und Metaphern im Kontext psychosozialer Interventionen und Forschung. Er verortet Metaphern als sprachliches Mittel des Denkens und Kommunizierens, das im Alltagskontext kulturell tradiert, aber auch als bewusste Formulierung in Beratung und Therapie angewandt werden kann. Der zweite Text erschließt Metaphern in der Verhaltenstherapie. Thomas Heidenreich und Johannes Michalak zeigen, dass im Laufe der Entwicklung der (kognitiven) Verhaltenstherapie die Arbeit mit Metaphern besser integrierbar wurde, der Einsatz der Metaphernarbeit hier allerdings oft als »Werkzeug« zur Vermittlung basaler Modellkomponenten und weniger als Ansatzpunkt zum Verständnis der kognitiven Strukturen von KlientInnen Verwendung findet. In einem weiteren Text differenzieren Kathlen Priebe und Anne Dyer die Arbeit mit Metaphern

im therapeutischen Kontext aus. Ihr Beitrag eröffnet die Möglichkeiten der Arbeit mit »Metaphern in der Behandlung traumaassoziierter Störungen«, v.a. wenn Traumaursachen und -folgen schwer in Sprache zu fassen sind und evtl. durch den Einsatz geeigneter Metaphern formuliert und bearbeitet werden können. Zwei weitere Texte eröffnen die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten der Metaphernarbeit in konkreten Therapiesettings: der Dialektisch-Behavioralen-Therapie und in der Beratungsarbeit mit männerorientierter Gewaltberatung. Metaphernarbeit erweist sich hier als ein flexibles Instrument, das in unterschiedlichen Bezügen und Anwendungsfeldern eine sinnvolle Verwendung und Ergänzung finden kann. Metaphern stellen als Sprachereignis ein für das Erleben und Denken von Menschen typisches Medium dar, das Aufschlüsse über die Struktur von Gefühlen und Kognitionen erlaubt, was den Zugang zu Konzepten und Strukturen ermöglicht und diese veränderbar macht. Damit verbundene Möglichkeiten, aber auch offene Fragen erschließen abschließend zwei Beiträge, die Einblick in das experimentelle Feld des elektronischen Gamedesigns (u.a. Spielkonzepte zu Sucht oder Depression) und in mögliche Perspektiven der Arbeit mit Metaphern in Praxis und Forschung geben.

In der psychosozialen Arbeit begegnen wir Menschen, deren Probleme, Konflikte und Krisen in ihrer realen Lebenswelt angesiedelt sind. Professionelle erleben diese Themen meist aus der Perspektive der Betroffenen, in deren Sicht-

und Erlebensweise. Die Präsentation dieser Erfahrungen erfolgt zum Großteil durch Sprache, wobei die subjektive Perspektive durch alltägliche Konzepte und Bilder in Form von Sprachbildern (Metaphern) einfließt. Die Arbeit mit Metaphern, als elaborierte Form die Metaphernanalyse, ermöglicht, diese Muster zu erkennen, zu entschlüsseln und für die Arbeit zugänglich zu machen. Als professionelle Technik erlaubt die Metaphernarbeit einen speziellen Zugang zu Menschen, die durch die Konfrontation mit professionellen fachlichen Angeboten eher abgeschreckt werden oder sich in der Verwendung technisch-fachlicher Kommunikation nicht verstanden fühlen. Das Themenheft Metaphern der VPP gibt einen Einblick in theoretische Grundlagen und methodische Ansätze der Metaphernarbeit und stellt diese mit Bezug auf konkrete Arbeitsgegenstände (Gewaltberatung, Traumatherapie) ausführlich vor. Dadurch erschließen sich LeserInnen die Chancen und Möglichkeiten, die sich aus einer intensiveren Beschäftigung mit Metaphern in Beratung und Therapie ergeben: Die Sprachbilder der KlientInnen werden besser erkennbar, und mit dem Einsatz angemessener Metaphern als Werkzeug in Beratung und Therapie können Interventionen wirksamer gestaltet werden. Unter diesem Fokus erweist sich das Themenheft der VPP als wahrer »Sprachschatz«.

VPP Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis. Metaphern (Hrsg. von Thomas Heidenreich und Rudolf Schmitt), 2014 (46. Jg.), 4. EUR 15.