

Pädagogisches Handlungskonzept der AWO Einrichtung „Wohnheim Frankenhöhe“, Markt Erlbach

Einleitung und Vorbemerkungen:

Das folgende Handlungskonzept soll dazu dienen die pädagogischen Ansätze und Methoden unserer Arbeit in der Einrichtung „Wohnheim Frankenhöhe“ aufzuzeigen und zu beschreiben.

Dieses Konzept wurde unter Beteiligung von Mitarbeitern aller Betreuungs- und Arbeitsbereiche unserer Einrichtung erstellt.

Es spiegelt unsere Sichtweise von psychischer Erkrankung und unseren Umgang mit den hier lebenden Betroffenen wieder.

Grundlegend sind die Leitsätze der Einrichtung.

Das Konzept dient als Einarbeitungshilfe für neue Mitarbeiter, ist aber auch für alle Interessierten und Betroffenen oder auch Angehörigen als Darstellungsweise unserer Angebote und Grenzen gedacht.

Zur Vereinfachung für den Leser wurde das Konzept ausschließlich in der männlichen Form verfasst, ohne hiermit eine diskriminierende Absicht zu verfolgen.

Markt Erlbach, den 06.01.2007

.....
D. Sambale, Einrichtungsleitung

INHALT

I. PERSONENKREISBESCHREIBUNG	3
A) WER KOMMT ZU UNS?	3
B) FOLGERUNGEN FÜR UNSERE ARBEIT	3
II. UNSERE HANDLUNGSGRUNDLAGEN	4
A) UNSERE AUFTRAGGEBER: BEWOHNER, GESELLSCHAFT UND LEISTUNGSTRÄGER	4
B) LEITSÄTZE UNSERER ARBEIT	5
C) FOLGERUNGEN FÜR UNSER HANDELN	5
1. <i>Menschenbild und Arbeitshaltung:</i>	5
2. <i>Was heißt „psychisch krank“; Bedeutung für die Praxis</i>	6
3. <i>Förderung von psychischer Stabilität</i>	6
4. <i>Macht – und der Umgang damit</i>	7
5. <i>Fremd- und Selbstbestimmung</i>	8
6. <i>Bedeutung des Begriffs „Soziotherapie“</i>	10
III. VERSORGUNGSANGEBOTE	10
IV. DIE VERSCHIEDENEN WOHNFORMEN	10
A) WOHNFORM „WOHNHEIM“	10
B) WOHNFORM „AUBENWOHNGRUPPE“	11
C) WOHNFORM „BETREUTES WOHNEN“	12
V. TAGES- UND WOCHENSTRUKTUR	12
VI. ARBEITSANGEBOTE	13
A) KURZBESCHREIBUNG	13
B) ZIELSETZUNG	13
C) STUFENSYSTEM:	13
D) PRAKTIKA:	14
VII. BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE	14
VIII. HANDLUNGSANSÄTZE	14
A) BEZUGSPERSONENSYSTEM	14
B) INDIVIDUELLE HILFEPLANUNG	14
C) THERAPIEGRUPPEN	15
D) FREIZEITGRUPPEN UND URLAUB	15
E) INDIVIDUELLE EINZELMAßNAHMEN /-ANGEBOTE	15
F) UMGANG MIT KRISEN	15
G) ANFORDERUNG AN DEN MITARBEITER	16
H) WEITERE HANDLUNGSGRUNDLAGEN	16
IX. BESPRECHUNGSFORMEN	17
A) BESPRECHUNGSFORMEN MITARBEITER	17
B) BESPRECHUNGSFORMEN BEWOHNER	17

I. Personenkreisbeschreibung

A. Wer kommt zu uns?

In unserer Einrichtung leben erwachsene Frauen und Männer mit psychiatrischen Krankheitsbildern oder psychischen Behinderungen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme keiner klinischen Behandlung (mehr) bedürfen. Dies betrifft Menschen mit endogenen Psychosen oder seelischen Störungen als Folge von Krankheiten, Verletzungen, Anfallsleiden oder mit anderen körperlichen Beeinträchtigungen im Sinne von exogenen Psychosen. Weiterhin aufgenommen werden Menschen mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, sowie seelisch kranke oder behinderte Menschen mit Doppel- oder Mehrfachdiagnosen. Nicht aufgenommen werden können geistig behinderte Menschen und Personen mit primärer Suchtproblematik. Des weiteren Personen, bei denen eine beschützende Unterbringung gerichtlich angeordnet ist, z.B. aufgrund massiver Selbst- oder Fremdgefährdung.

In der Regel haben die Bewohner bereits mehrere stationäre psychiatrische Klinikaufenthalte hinter sich. Vorangegangene ambulante oder stationäre Maßnahmen (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaften etc.) haben meist schon stattgefunden, führten aber aufgrund immer wieder auftretender Akutphasen zu keiner dauerhaften psychischen Stabilisierung, so dass in der Regel von einem chronisch verlaufenden Krankheitsprozess ausgegangen wird.

B. Folgerungen für unsere Arbeit

Ein Teil der Bewohner war Jahre bis Jahrzehnte in verschiedenen psychiatrischen Kliniken untergebracht und beheimatet. Durch großflächige Ausgliederungen in den 80er und 90er Jahren wurden sie in Einrichtungen wie das Wohnheim Frankenhöhe vermittelt. Für diesen Personenkreis scheint eine Rückkehr in ein selbständiges Leben aufgrund der jahrelangen Hospitalisierung nicht mehr möglich. Daher ist es notwendig, ihnen dauerhaft eine Heimat zu bieten. Wichtig sind uns hierbei folgende Aspekte:

- Förderung der noch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen
- Wohnen in einer möglichst stabilen Wohngruppe, mit wenigen Veränderungen
- Sicherheit durch einen strukturierten, wiederkehrenden Tages- und Wochenablauf
- Gewährleistung von Betreuung und Versorgung.

Der andere - mittlerweile größere - Teil der Bewohner hat eine kürzere Behandlungsdauer hinter sich. Die Betroffenen haben oft zahlreiche Krankenhausaufenthalte gehabt, jedoch waren diese meist kürzer und mündeten in unterschiedliche Rehabilitationsmaßnahmen. Oftmals wird aber für die psychische und soziale Stabilisierung ein längerfristiger Zeitraum benötigt. In diesem Fall werden die Betroffenen u. a. an unsere Einrichtung vermittelt, wo ihnen entsprechend dem Konzept einer Langzeiteinrichtung mehr Zeit zur Verfügung steht. Auf der Arbeit mit diesem, meist jüngeren, Personenkreis liegen folgende Schwerpunkte:

- intensives Training der Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich
- Förderung der Eigenverantwortlichkeit
- Erkennen und Akzeptieren der Erkrankung
- Nutzung von externen Hilfsangeboten
- Verselbständigung über heimangegliederte Außenwohngruppen und Betreutes Wohnen.

II. Unsere Handlungsgrundlagen

A. Unsere Auftraggeber: Bewohner, Gesellschaft und Leistungsträger

Für ein reflektiertes Arbeiten ist es wichtig, Klarheit darüber zu haben, in wessen Auftrag wir arbeiten. Grundsätzlich sind drei Auftraggeber zu nennen: Bewohner, Gesellschaft und Leistungsträger. Jeder dieser Auftraggeber stellt mehrere unterschiedliche Anforderungen an unsere Einrichtung, die sich z.T. auch widersprechen können. Um diese Widersprüche aufzulösen gilt es Prioritäten auszuhandeln und abzuwägen.

Die **Bewohner** kommen mit unterschiedlichen Aufträgen zu uns. Diese sind von Mensch zu Mensch verschieden und werden konkret in der Hilfeplanung erfasst. In der Regel hat der Bewohner das menschliche Bedürfnis seine Individualität zu entfalten und dem natürlichen Freiheitsdrang nachzugeben (Bedürfnisse ausleben, eigene Entscheidungen treffen, wieder unabhängiger und selbständiger leben). Im Widerspruch dazu möchte er auch versorgt werden und in bestimmten Bereichen Verantwortung abgeben. Er benötigt ein Umfeld das ihm Sicherheit gibt und Grenzen setzt. In seinem Lebensumfeld möchte er akzeptiert und angenommen werden.

Die hier auftretenden Widersprüche müssen von jedem Menschen gelebt, abgewogen und ausgehalten werden und spiegeln die Lebenswirklichkeit der Gesellschaft wieder. Zum Beispiel steht die Selbstverwirklichung durch ein unangepasstes Äußeres im Widerspruch zu dem Wunsch nach Akzeptanz in der Gemeinde. Der Bewohner muss dabei unterstützt werden eigene Prioritäten zu setzen, die es ihm gleichzeitig ermöglichen in der Gesellschaft akzeptiert zu werden.

Die **Gesellschaft** besteht aus gesamtgesellschaftlichen Interessen (Staat) und dem direkten Umfeld der Einrichtung (Gemeinde).

Gesamtgesellschaftliche Interessen bestehen vor allem darin, der Randgruppe chronisch psychisch kranker Bürger einen Platz in unserer Gesellschaft zu geben. Das bedeutet einerseits auf deren besondere Bedürfnisse einzugehen (z.B. Versorgung, Schutzraum), andererseits aber auch die Anpassung der Betroffenen an gesellschaftliche Normen und Werte zu fördern. Ziel ist die Rehabilitation/ Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Soziales Handeln auf beiden Seiten soll gefördert werden.

Das direkte Umfeld der Einrichtung weist eine ländliche Struktur mit einem geringen Grad an Anonymität auf. Die Gemeinde wird durch die Einrichtung mit geprägt. Es ist uns als Einrichtung wichtig im Ort akzeptiert zu werden, dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung entgegenzukommen und die Zusammenarbeit mit der Gemeinde zu fördern. Dazu ist ein höherer Grad der Normierung und Anpassung der Bewohner nötig als in einer eher anonymen Umgebung wie z.B. im Großstadtmilieu. Das vorherrschende persönliche Klima ist eine Chance für die Bewohner verlässliche Beziehungen außerhalb der Einrichtung zu knüpfen.

Der **Leistungsträger** setzt die gesamtgesellschaftlichen Interessen durch. Diese sind zunehmend von dem Ziel der Verselbständigung und dem Wechsel in offenere, gemeindenahere Wohnformen mit geringerem Hilfsangebot geprägt. Die Mitwirkungspflicht des Bewohners am vereinbarten therapeutischen Programm wird zunehmend eingefordert.

B. Leitsätze unserer Arbeit

Bezogen auf unseren Klientenkreis wurden einrichtungsinterne Leitsätze entwickelt, die die Grundlage des pädagogischen Handelns bilden. Sie gelten als maßgebend für die Entwicklung unseres Hilfsangebotes und für den Umgang mit den in der Einrichtung lebenden Menschen:

1. Jeder Bewohner mit psychischer Erkrankung hat ein Recht auf gesellschaftliche Teilhabe, auf medizinische Behandlung, auf Betreuung und Hilfen bei der Alltagsbewältigung.
2. Menschen mit psychischer Erkrankung sind gleichzustellen mit somatisch Erkrankten und gleichermaßen in die Gesellschaft zu integrieren.
3. Psychische Erkrankungen müssen verstanden werden als multikausales Geschehen und bedürfen ganzheitlicher Hilfeansätze.
4. Ziel aller Maßnahmen ist es, den Bewohner zu einer möglichst eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu befähigen.
5. Vorbeugung bedeutet für unsere Arbeit den Versuch, erneuten Akutphasen entgegenzuwirken durch
 - aufklären
 - beraten
 - unterstützen.
6. Die beschützende Komponente bzw. das Erhalten noch vorhandener Fähigkeiten muss bei einem Teil unserer Bewohner als höchstes noch erreichbares Ziel angesehen und respektiert werden.

C. Folgerungen für unser Handeln

Ausgehend von diesen Leitsätzen wird im Folgenden versucht, wesentliche Themen in unserem praktischen Handeln zu konkretisieren. Die Themen ergaben sich aus einem längeren Diskussionsprozess der Mitarbeiter und beanspruchen keine Vollständigkeit.

1. Menschenbild und Arbeitshaltung:

Die Arbeiterwohlfahrt hat auf Bundesebene ein Leitbild entwickelt, das für die Arbeit im Wohnheim Frankenhöhe verbindlich ist. Ergänzend dazu sollen noch folgende Gedanken zu unserem „Menschenbild“ angeführt werden, da wir sie als relevant für unsere Arbeitsansätze halten: Jeder Mensch ist entwicklungsfähig, auch wenn er sich durch eine Erkrankung eingeschränkt fühlt. Er wird geprägt durch biographische und zeitgeschichtliche Erlebnisse. Es existieren biologische sowie psycho-soziale „Bedingungen“, die sein Wesen beeinflussen oder ausmachen.

Unter „Entwicklung“ wird die Anpassung des Menschen an die vorgefundenen äußeren und inneren Lebensbedingungen verstanden. Einerseits muss es der psychisch erkrankte Mensch schaffen mit seinen Einschränkungen zu leben. Diese Entwicklung wird von außen betrachtet nicht immer positiv bewertet werden. Hier gilt es Verhaltensweisen vom Standpunkt des Bewohners zu betrachten. Was hat der Bewohner von seinem Verhalten? Um sich andererseits an die umgebende Gesellschaft anzupassen, benötigt der Bewohner in der Einrichtung Bedingungen, die ihm den richtigen Weg weisen, also möglichst nah an der Lebenswirklichkeit der Umgebung sind.

Es ergeben sich folgende Arbeits - Grundsätze: Die Unterstützungsangebote sind so zu gestalten, dass Sie den Bewohner in seinen individuellen, biographischen Bezügen berücksichtigen. Soweit wie möglich sind Hilfsangebote mit ihm gemeinsam zu erarbeiten. Dabei gilt es, seine Unabhängigkeit zu bewahren, aber auch individuelle

Grenzen zu akzeptieren. Den Bewohner als gleichwertig zu akzeptieren und ernst zu nehmen, heißt, ihm die Verantwortung für sich selbst nicht wegzunehmen. Wenn er aufgrund von einer Gefährdung für sich selbst oder andere dazu nicht mehr in der Lage sein sollte, ist die Verantwortungsübernahme des Mitarbeiters transparent zu machen. Ergänzende Gedanken zu unserer Arbeitshaltung finden sich auch in den nachfolgenden Punkten.

2. Was heißt „psychisch krank“; Bedeutung für die Praxis

Bei Definitionsversuchen des Begriffs „psychische Erkrankung“ stoßen wir recht schnell auf übergeordnete Überlegungen. Wie definiert man den Begriff „Krankheit“ überhaupt? Unterschiedliche Wissenschaften (wie die Medizin, Psychologie, Soziologie, Philosophie) finden unterschiedliche Antworten zu dieser Bezeichnung, erst recht zu den Begriffen „psychisch krank“ oder „verhaltensabweichend“. Im Allgemeinen wird „Krankheit“ definiert als Unterscheidung zur sog. „gesunden Norm“. Wie diese Norm in Bezug auf eine „psychische Erkrankung“ definiert wird, ist auch abhängig von Kultur, Gesellschaft und Zeitgeschehen.

Wir kommen also nicht umhin, komplexe Geschehnisse in „Alltagstheorien“ zu übersetzen und zu vereinfachen: Wie schon benannt, betrachten wir die Ursachen einer psychischen Erkrankung als multikausal. Dementsprechend vielfältig und sehr individuell kann sich die Ausprägung der Erkrankung zeigen bzw. ergibt sich ein recht individueller Unterstützungsbedarf. Die Folge von psychischer Erkrankung kann sein, dass der Betroffene zumindest zeitweise keine ausreichenden Fähigkeiten besitzt, sein psychisches Unwohlsein in psychisches Wohlbefinden zu versetzen. Menschen mit psychischer Erkrankung sind häufig geprägt von inneren Ängsten, Unsicherheit, eingeschränkter Belastbarkeit, erschüttertem Urvertrauen; mit Schwierigkeiten, den eigenen Tagesinhalt zu füllen oder eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern.

3. Förderung von psychischer Stabilität

Für viele Bewohner unserer Einrichtung gestaltet sich der Krankheitsverlauf chronisch, so dass eine völlige Genesung nicht als Ziel aller Maßnahmen benannt werden kann. Generelles Ziel ist jedoch, dass der Einzelne den für sich bestmöglichen Umgang mit der Erkrankung findet, so dass zumindest die Bewältigung des Alltags möglich wird. Oft formuliertes Ziel in den individuellen Hilfeplanungen ist daher Schaffung und Erhaltung von psychischer Stabilität.

Zur Förderung von Stabilität werden in unserer Einrichtung folgende Rahmenbedingungen als sinnvoll erachtet:

- Tagesstrukturierende Angebote
- die Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten, dazu gehört ein bewusster Umgang mit Psychopharmaka, Aufklärung des Bewohners über die Medikation, aber unter Umständen auch Maßnahmen zur Kontrolle der Einnahme.
- frühzeitige Krisenintervention
- Vorbereitung auf Veränderungen, wenn z.B. starke Unsicherheiten oder Ängste vorhanden sind
- Sicherheit geben
- Vermeidung von Unter- oder Überforderung
- klare Regeln
- spezifische Einzel- und Gruppenangebote
- Mitarbeit des Bewohners entsprechend der mit ihm erarbeiteten Hilfeplanung

Außerdem halten wir folgende Arbeitshaltung gegenüber dem Bewohner für förderlich:

- Sicherheit geben durch Unterstützungsangebote
- Transparenz und Begründung des eigenen Handelns
- Berücksichtigung der Individualität des Gegenübers
- Die Wahrnehmung des Bewohners ist ernst zu nehmen, was auch für vermeintlich verrücktes Verhalten gilt. Insbesondere dann, wenn uns ein Verhalten nicht erklärbar, zugänglich, störend erscheint, hilft eine gemeinsame „Verständnisarbeit“ (das Suchen nach einer gemeinsamen Sprache).
- Empathische Grundhaltung
- Zuverlässigkeit
- Kongruenz des Mitarbeiters (Ehrlichkeit, Echtheit)

Oft fällt das Schlagwort „Beziehungsarbeit“ und meint damit letztlich ein Verstehen der Bedürfnisse des Gegenübers, auch wenn er nicht in der Lage ist, diese explizit zu benennen. Dies ist nicht im Sinne eines gegenseitigen umfassenden Wissens zu verstehen, sondern eher im Erleben von Gemeinsamkeit, z.B. durch gemeinsame Aktivitäten oder durch Einzelgespräche. Der Bewohner und der Mitarbeiter haben dadurch die Möglichkeit, sich aufeinander einzustellen, einander abzuschätzen und auch gegenseitige nonverbale Mitteilungen zu deuten. Nicht zuletzt geht es darum, ein glaubhaftes Vertrauensverhältnis aufzubauen. Insbesondere in Krisensituationen kann dies sowohl für den Bewohner, als auch für den Mitarbeiter für mehr Sicherheit sorgen. Natürlich ist ein „angemessenes“ Verhältnis von Nähe und Distanz zwischen Bewohner und Mitarbeiter zu finden.

4. Macht – und der Umgang damit

Psychiatrisches Handeln bedingt auch heute noch den Einsatz und die Ausübung von „Macht“. Zwar ist „der Patient“ bei weitem nicht mehr so „unmündig“ wie noch in den 70er Jahren. Dennoch sieht er sich ggf. konfrontiert mit Menschen, die durchaus bestimmen können, welche Maßnahmen für ihn als förderlich gelten. Die Thematik ist auch im alltäglichen Umgang miteinander aktuell. Das Bewußtsein von möglichen „Machtprozessen“ halten wir daher für notwendig. Welche Formen davon existieren?

In erster Linie gilt der „Hilfeleistende“ als der Mächtigere gegenüber dem „Hilfeempfänger“. (Stichworte: „Institutionsmacht“. „Kontrollmacht“. „Schlüsselmacht“. „Definitionsmacht“ des einzelnen Mitarbeiters über seinen Klienten durch Einordnung von Verhaltensweisen und Dokumentation derselben.)

Der „Hilfeempfänger“ kann Macht ausüben, wenn er sich gänzlich der Verantwortung für das eigene Handeln entzieht: z.B. indem er sich in die Krankheit flüchtet oder indem er aggressive oder ausweichende Verhaltensweisen nutzt. In diesem Zusammenhang lohnt der Gedanke, ob vermeintlich machtvolleres Handeln des Klienten auch als Reaktion auf „Ohnmachtgefühle“ zu werten ist und gerade aggressives Verhalten eine Form von Ohnmacht darstellen kann. Dies kann z.B. ein Ansatzpunkt sein für die Arbeit mit einem Bewohner, der sich anderen gegenüber aggressiv verhält. (Wichtig bleibt aber dennoch, dass die Verantwortung für das Handeln beim jeweiligen „Aggressor“ bleibt, und dass auf grenzüberschreitendes Handeln Konsequenzen folgen.)

Macht kann sich „negativ“ im Sinne des „Machtmissbrauchs“ auswirken, aber auch „positiv“ genutzt werden, indem sie z.B. als „Möglichkeit“ fungiert. Es können durch die Ausübung von Macht Entscheidungen herbeigeführt und Situationen verändert werden.

Allgemeines Ziel unserer Arbeit ist die Verhinderung von Machtmissbrauch und Machtkämpfen. Dies kann z.B. durch klare Regeln geschehen oder dadurch, dass Machtprozesse bewusst gemacht und ggf. benannt werden.

5. Fremd- und Selbstbestimmung

Jeder von uns unterliegt einer gewissen Fremdbestimmung. Durch Normen, Regeln, juristischen Gesetzen oder gar „Naturgesetzen“. Die Frage für den pädagogischen Umgang mit dem einzelnen Bewohner ist: Wer bestimmt über wen und wie viel?

Darf der Mitarbeiter bestimmen, wann der Bewohner zu Bett geht oder darf er es nicht? Darf er ihm das Fernsehen verbieten oder nicht? Darf er ihm sagen, dass er sich duschen soll oder dass seine Kleiderwahl nicht passt? – In unserer Werteordnung gilt, dass dies alles freiheitliche Rechte sind und jeder erwachsene Mensch hierfür eigenverantwortlich handeln darf. Im individuellen Einzelfall kann aber z.B. mehrtägiger Schlafentzug Psychosen auslösen. Auch können bestimmte Verhaltensweisen individuell symptomverschlimmernd wirken (z.B. eine Reizüberflutung durch das Sehen bestimmter Filme).

Welcher Maßstab gilt nun also? Ein hoher Grad der Fremdbestimmung ist dann gerechtfertigt, wenn eine Gefahrensituation für Leib und Leben ersichtlich ist. Fremdbestimmung heißt z.B. dass der Mitarbeiter oder das Team bestimmt, welche Maßnahmen ergriffen werden, u. U. auch ohne Mitspracherecht des betroffenen Bewohners. Dies wäre z.B. bei einer akuten Gefährdung gegeben, wenn eine Klinikeinweisung unter polizeilichem Zwang stattfindet. Aber auch bei einer langfristig absehbaren Gefährdung ist ein „Einschreiten“ gerechtfertigt (z.B. das Einführen von Kontrollmaßnahmen, wenn bekannt ist, dass der Bewohner die vom Arzt verordneten Medikamente nicht regelmäßig nimmt). Hier hat unser Handeln „Schutz- und Fürsorgefunktion“, die vor dem Recht auf Selbstbestimmung steht. Eine indirekte „Schutzfunktion“ steht zum Teil auch dann vor dem Recht auf Selbstbestimmung wenn es um Grenzverletzungen gegenüber Mitbewohnern oder um die Einhaltung gesellschaftlicher Normen geht (z.B. Vermeidung von Ruhestörung oder Einhaltung eines Mindestmaßes an Hygiene). Problematisch ist, dass der Mitarbeiter hier (abgesehen von rechtlichen Grenzen) eine starke Definitionsmacht besitzt. Reflektion im Team und Supervision sollen „Willkürhandlungen“ vermeiden helfen. Fremdbestimmendes Handeln muss begründbar sein! Die Maßnahmen müssen dem jeweiligen „Problem“ angemessen sein. Grundsätzlich wird darauf geachtet, dass die Bewerber bereits vor ihrem Einzug ins Wohnheim Frankenhöhe über die an sie gerichteten Anforderungen informiert sind.

Ziel unseres Handelns ist selbstverständlich die Förderung der Eigenverantwortung des Einzelnen. Dies kann in beratender Funktion geschehen. Verhaltensweisen des Bewohners können reflektiert, Konsequenzen besprochen werden. Dazu folgende Gegenüberstellung gegensätzlicher Hilfemodelle. Das Unterstützungsangebot unserer Einrichtung befindet sich im Veränderungsprozess hin zu einer verstärkten Personenorientierung. Die Angebote sind entsprechend dem jeweiligen Individualanspruch des Betroffenen zu gestalten. Arbeitsansätze des sog. „Fürsorgeprinzips“ existieren weiterhin, auch, weil ein Teil der Bewohner diese Angebote einfordert, da sie nach diesem Prinzip zum Teil jahrzehntelang versorgt und betreut wurden. Ein Veränderungsprozess kann zusammen mit dem Bewohner somit meist nur in kleinen Schritten erfolgen.

	Veraltetes Hilfemodell: (einrichtungsorientierte Konzepte, z.B. frühere Anstalten)	Zukünftiges Modell der Unterstützung: (personenorientierte Hilfskonzepte, Empowerment)
Hilfeform	Fürsorge, wohltätig-entmündigende Hilfe	persönliche Assistenz
Professioneller	= alleiniger Experte bestimmt die Hilfeform und leistet sie nach eigenem Ermessen = alleinige Definitionsmacht (Problem, Hilfebedarf)	beratend, assistierend und unterstützend tätig, akzeptierende Haltung, = ein Experte unter vielen
Betroffener Erkrankter	= passiver Hilfeempfänger, hat keinerlei Kompetenzen, ist in Entscheidungen über Hilfen und die eigene Person betreffend nicht eingebunden, wird über Entscheidungen und Hintergründe gar nicht oder nur ungenügend informiert = Objekt der Hilfe, kann eigene Entwicklung nicht beeinflussen, ist der Hilfe ausgeliefert, hat keine Macht = geringe Motivation	gestaltet die Hilfe selbst, = aktiv, selbst handelndes und entscheidendes Subjekt, trägt Verantwortung und Konsequenzen, wählt aus Unterstützungsangeboten aus, passt sie eigenen Bedürfnissen an bzw. stellt sich selbst welche zusammen = Experte in eigener Sache, kann am besten einschätzen welche Hilfen benötigt werden = hohe Motivation
Arbeitsbasis	Vorschriften, Anweisungen, Hilfegeber weiß was gut ist für Hilfeempfänger (Definitionsmacht)	Verträge, Vereinbarungen, gemeinsam ausgehandelt
Macht	starkes Machtgefälle, Abhängigkeit vom Helfer, Hilfeempfänger fast machtlos	kein/ kaum Machtgefälle, gleiche Augenhöhe, Partnerschaft
Rechte	pauschal eingeschränkt ohne Rücksicht auf individuelle Fähigkeiten, = alle sind gleich	Werte- und Rechtssystem der Gesellschaft gilt, Einschränkungen nur aufgrund des Einzelfalls unter Beachtung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen = individuell
Fremd-/Selbstbestimmung	hoher Grad an Fremdbestimmung	hoher Grad an Selbstbestimmung

6. Bedeutung des Begriffs „Soziotherapie“

Das Wohnheim Frankenhöhe wird als soziotherapeutische Einrichtung verstanden. Soziotherapie fördert die normalen, regelhaften, alltäglichen und gesunden Anteile eines Individuums. Letztlich geht es um eine erfolgreiche Alltagsbewältigung. Soziotherapie kann aber nur stattfinden oder Erfolg haben, wenn sie durch den Patienten „erfahrbar“ wird. In einem klassischen therapeutischen Milieu ist dies weniger möglich, als in konkreten Alltagssituationen (sinngemäß zitiert nach Dörner u. Plog, 1996, „Irren ist menschlich“, S. 511 ff). Soziotherapie stellt die dritte Säule in der psychiatrischen Therapie dar, neben der Pharmakotherapie und der Psychotherapie. Ein Ziel der Soziotherapie ist die Förderung von sozialer Kompetenz. Der Mensch wird ganzheitlich und in seinen sozialen Bezügen wahrgenommen. Völligen sozialen Rückzug gilt es zu verhindern.

In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Unterstützungsangebote genauer beschrieben.

III. Versorgungsangebote

Für viele Bewohner der Einrichtung ist eine Selbstversorgung nicht mehr oder nur erschwert möglich. Deshalb wird sie von Mitarbeitern entweder stellvertretend übernommen, organisiert oder angeleitet. Zu den Angeboten zählt die Grundversorgung, wie Essenszubereitung, Wäsche- und Wohnraumreinigung, Bereitstellung von Wohn- und Schlafmöbeln.

Grundsätzliches Ziel ist es, nur soviel an Versorgung zu bieten, wie jeder einzelne Bewohner benötigt. Das heißt, es wird ein abgestuftes Versorgungsangebot gewährleistet, welches sich in den unterschiedlichen Wohnformen wieder findet.

IV. Die verschiedenen Wohnformen

In unserer Einrichtung können sich die Bewohner ohne zeitliche Begrenzung und mit umfangreicher Unterstützung ihre weitere Lebensplanung und Zielsetzung erarbeiten. Dabei kann der Bewohner vom stationären Aufenthalt im Wohnheim, bis in die eigene Wohnung im Ort begleitet werden. Die verschiedenen Wohnformen unterscheiden sich durch die Intensität des Versorgungs- und Betreuungsangebotes bzw. durch die Anforderungen an Selbständigkeit und soziale Kompetenz. Das Tempo und das Ziel der Entwicklung hängen dabei vom Bewohner und seinen Möglichkeiten ab. Entsprechend dem persönlichen Hilfebedarf und den eigenen Möglichkeiten des Bewerbers kann eine Aufnahme direkt in jede Wohnform erfolgen.

A. Wohnform „Wohnheim“

Das Haus besteht aus 3 Wohngruppen (je 1 Etage) mit je 10 Bewohnern. Die Unterbringung erfolgt in möblierten Ein- und Zweibettzimmern mit Nasszelle (z.T. behindertengerecht). In jeder Wohngruppe befinden sich Wohn- und Aufenthaltsraum, Koch- und Essbereich. Den Bewohnern wird zur Stabilisierung und weiteren Entwicklung ein klar strukturierter Rahmen geboten. Die Versorgung ist in allen Lebensbereichen gewährleistet. Abhängig von individuellen Fähigkeiten ist eine höhere

Selbstversorgung (bei Bedarf unter Anleitung) möglich, z.B. bezüglich der Medikamenteneinnahme.

Folgende Tätigkeiten werden von den Bewohnern selbst erledigt (Entsprechend der Fähigkeiten unter Anleitung und Kontrolle):

- Reinigung des persönlichen Bereiches (Zimmer, Bad)
- hauswirtschaftliche Tätigkeiten in der Wohngruppe (Tischdecken, Geschirrspülen, Einkaufen und Kochen für die Wohngruppe einmal pro Woche)

Das Betreuungspersonal arbeitet wohngruppenbezogen. Jedem Bewohner steht ein Mitarbeiter als Bezugsperson zur Verfügung. Dieser ist für alle Angelegenheiten des Bewohners im Haus zentraler Ansprechpartner und begleitet ihn im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise in allen erforderlichen Lebensbezügen. Abhängig von der Lebensperspektive, den Fähigkeiten und Ressourcen eines jeden Bewohners wird er gezielt bei der Vorbereitung auf eine selbständigere Wohnform unterstützt. Beim Erreichen der notwendigen Selbständigkeit wird der Übergang in eine offenere Wohnform begleitet.

B. Wohnform „Außenwohngruppe“

Der Wechsel vom Haupthaus in eine unserer heimangegliederten Außenwohngruppen erfordert ausreichende psychische Stabilität, sowie soziale und lebenspraktische Fähigkeiten. In gemeinsamer Arbeit zwischen Bewohner und Bezugsperson wird erfasst, in wie weit die Voraussetzungen zu einem Übergang bereits bestehen oder weitere Trainingsmaßnahmen im Betreuungsbereich des Wohnheims erfolgen sollten.

Derzeit verfügen wir über sechs Außenwohngruppen mit jeweils drei Plätzen. Die Wohnungen befinden sich in zentraler, ruhiger Lage in Mehrfamilienwohnanlagen. Sie sind jeweils ausgestattet mit drei Einzelzimmern, Küche, Bad, Essbereich, Keller, Stellplatz, Balkon oder Terrasse. Die Betreuung in den Außenwohngruppen findet im Rahmen des Bezugspersonensystems überwiegend vormittags statt. Sie wird ergänzt durch die Therapie- und Gruppenangebote der Einrichtung.

In der kleinen Wohnform der Außenwohngruppe ist es möglich, sein eigenes „soziales Handeln“ zu trainieren und zu stärken, Ressourcen können individuell gefördert werden. Dies kann zu einer weiteren Verselbstständigung im lebenspraktischen Bereich führen. Die Schwerpunkte der Förderung sind:

- Einkauf / Zubereitung von Mahlzeiten
- Wäschepflege
- Wohnraumreinigung bzw. -gestaltung
- Kleidereinkauf
- Arztbesuche
- Kontakt zu Angehörigen, Freunden, Betreuern
- Freizeitgestaltung

Es finden im wöchentlichen Rhythmus Trainingsmaßnahmen im lebenspraktischen Bereich für jeweils einen Bewohner statt. Weiterhin werden Einzel- und Gruppengespräche angeboten. Mit dieser Wohn- und Betreuungsform verfolgen wir die allgemeinen Ziele:

- weitere psychische Stabilisierung der Bewohner
- Verselbstständigung im lebenspraktischen Bereich

Auch in den Außenwohngruppen ist ein zeitlich unbegrenzter Aufenthalt möglich.

C. Wohnform „Betreutes Wohnen“

Im Anschluss an das Leben in der Außenwohngruppe besteht für die Bewohner die Möglichkeit, den Schritt ins ambulant Betreute Einzelwohnen zu gehen. Der Betroffene wohnt nun in seiner eigenen Wohnung. Er bezieht Hilfe zum Lebensunterhalt oder Rente und verwaltet seine Finanzen weitgehend selbständig. Die Betreuung erfolgt auch hier durch das Bezugspersonensystem. Im Mittelpunkt stehen dabei Unterstützung und Begleitung im Alltag. Dies beinhaltet vor allem:

- Hilfestellung bei der Haushaltsführung
- Hilfestellung bei Behörden- und Wohnungsangelegenheiten
- Training der sozialen Fähigkeiten
- Hilfestellung in allen Bereichen, welche die psychische Erkrankung und die Gesundheitspflege betreffen
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven

Es besteht auch weiterhin die Möglichkeit, das Angebot der Arbeitstherapie der Einrichtung Frankenhöhe in Anspruch zu nehmen. Ziel unserer Arbeit in dieser Wohnform ist, ein weitestgehend selbst bestimmtes Leben der Betroffenen trotz chronischer Erkrankung zu ermöglichen.

V. Tages- und Wochenstruktur

Ein wesentlicher Anteil des Unterstützungsangebotes sind die sogenannten tagesstrukturierenden Angebote oder Maßnahmen. Ziel soll es sein, den Tagesablauf der Hilfeempfänger in Teilen festzulegen, so dass von diesen nicht jeder Tag neu und selbst gestaltet werden muss. Außerhalb des Heims wird Tagesstruktur meist durch Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Selbstversorgung festgelegt. In der Heimsituation mit annähernder Vollversorgung und in der Regel ohne Erwerbstätigkeit (außer in einer WfbM) entfallen diese festen „Alltagsaufgaben“, wodurch eine Vielzahl von Problemen entstehen kann: Abnahme von sozialen Kontakten, ein immer unregelmäßiger werdender Schlaf-Wach-Rhythmus, Sinn-Suche, Gefühle des Nicht-mehrgebraucht-werdens oder ähnliches. Die tagesstrukturierenden Angebote unserer Einrichtung sind daher der Versuch, eine Alternative zu dem Alltag zu bilden, der sonst durch andere Lebensbezüge festgelegt wäre. Auch kann sowohl die psychische Erkrankungen selbst, als auch die Sedierung durch dauerhaft eingenommene Psychopharmaka zu zusätzlichen Rückzugstendenzen und Motivationsverlust führen können, was die eigenverantwortliche Tagesstrukturierung ebenfalls erschwert.

Für diejenigen, die sich entschieden haben, auf Dauer im Wohnheim Frankenhöhe zu bleiben, kann ein geregelter Tages- und Wochenablauf einen sicheren Rahmen im Alltag bieten. Die Bewohner, die sich im Heim psychisch stabilisieren und wenn möglich, wieder mehr verselbständigen möchten, können die Angebote als „Trainingsmaßnahme“ nutzen, indem sie bestimmte Aufgaben zu bestimmten Zeiten erfüllen. Die Struktur besteht in einem festen Tages- und Wochenablauf. Sie umschließt z.B. im Wohnheim unter der Woche feste Aufsteh- und Frühstückszeiten, gemeinsame Mahlzeiten generell, die Teilnahme an der Arbeitstherapie, festgelegte Putzzeiten, regelmäßige Therapie-, und auch Freizeitangebote. Natürlich wird versucht, diese vorgeplante Struktur in Einklang zu bringen mit individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Bewohners bzw. mit dem Ziel mehr Eigenverantwortung zu fördern.

VI. Arbeitsangebote

A. Kurzbeschreibung

Arbeit und Beschäftigung prägt den Alltag eines Jeden, so auch den Alltag von psychisch erkrankten Menschen. Arbeitstherapie dient der Tagesstrukturierung, der sozialen Begegnung und bildet einen Bezug zur „Normalität“. In kleinen Gruppen bietet sich die Möglichkeit des gegenseitigen Erlebens und Wahrnehmens. Unsere Arbeitstherapie besteht derzeit aus folgenden Arbeitsbereichen:

- Industriemontage
- Schreinerei
- Gartengruppe
- Hauswirtschaftsgruppe
- Gießtongruppe mit Verkaufsladen

Die Bereiche werden von einem oder mehreren Betreuern begleitet. In allen Arbeitsbereichen hängt der Handlungsspielraum des einzelnen Bewohners von seinen Fähigkeiten und seiner Verantwortungsbereitschaft ab. Somit können sich Arbeitsprozesse von genauen Vorgaben durch den Arbeitsbetreuer, bis hin zu selbständigem, eigenverantwortlichem Handeln entwickeln. Im therapeutischen Schutzraum bleibt dem Bewohner Zeit zur Entwicklung. Hier bekommt er die notwendige Hilfestellung, Begleitung und Orientierung.

Jeder Arbeitsbereich stellt Anforderungen an die gleichen Grundarbeitsfähigkeiten, wie Ausdauer, Aufmerksamkeit, Sorgfalt, Pünktlichkeit, Konzentration, Flexibilität in unterschiedlichem Umfang. Gleichzeitig findet Förderung in den unterschiedlichsten Bereichen mit unterschiedlicher Intensität statt. Förderung z.B. von:

- Geordnetem Handeln
- Eigene Leistungsgrenzen wahrnehmen
- Zugehörigkeitsgefühl
- Wahrnehmung, besonders im taktilen und visuell-taktilen Bereich
- Grob- und Feinmotorik

B. Zielsetzung

Ebenso wie in der Betreuung im Wohnbereich, geht es uns auch im Arbeitsbereich um eine klare Definition des Hilfebedarfs. Fragen wie „Wo stehe ich? Wo will ich hin? Welches Ziel habe ich?“ werden gemeinsam mit dem Bewohner besprochen. Die aus dem Gespräch resultierenden definierten Ziele und Maßnahmen sollen den Klienten in seiner Handlungs- und Beziehungsfähigkeit fördern.

Es ist uns grundlegend wichtig, eine tragfähige Beziehung zum Bewohner aufzubauen, denn erst dadurch wird eine Reflexion der Verhaltensweisen und Wahrnehmungen möglich. Um diese Vertrauensbasis zu schaffen ist eine empathische Grundhaltung der Betreuer äußerst wichtig.

C. Stufensystem:

Um dem Bewohner möglichst viel Orientierung und Klarheit zu geben arbeiten wir nach klar aufgestellten Regeln. Durch diese Regeln sollen Erwartungen und Konsequenzen möglichst deutlich benannt werden. Zur Anwendung kommt ein Stufensystem, das dem Bewohner seinen derzeitigen Entwicklungsstand reflektiert und ihm die

Möglichkeit gibt, individuell seine Belastbarkeit zu erproben. Das Stufensystem unterteilt sich in 4 Stufen mit unterschiedlich hohen Anforderungen. Sonderregelungen sind bei Bedarf jederzeit möglich. Die Stundenprämien sind den Stufen entsprechend gestaffelt.

D. Praktika:

Bei Bedarf und Fähigkeit des Bewohners besteht die Möglichkeit, sich in einer Praktikumsstelle außerhalb der Einrichtung zu erproben. Wir fördern dies unter der Voraussetzung, dass der Bewohner in der Lage ist, sich realistisch einzuschätzen, sich zu äußern und sich gegebenenfalls Unterstützung zu holen.

VII. Beschäftigungstherapie

Ergotherapeutische Methoden werden in Bezug auf die individuelle Zielsetzung mit dem Bewohner, Bezugsperson und Ergotherapeuten erarbeitet. In der Arbeit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen haben sich langfristige, beständige Gruppen bewährt. Erst dadurch baut sich Vertrauen auf und eine tragfähige Beziehung kann entstehen. Da in unserer Einrichtung meist Menschen betreut werden, die schon in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen waren oder eine langjährige Krankheitsgeschichte hinter sich haben, ist eine behutsame, ganzheitliche und beständige Betreuung sehr wichtig. Das jeweilige Gruppenangebot richtet sich nach Bedürfnissen, Ressourcen und Zielsetzungen unserer Bewohner.

VIII. Handlungsansätze

A. Bezugspersonensystem

Sinn und Zweck des Bezugspersonensystems ist der Aufbau einer kontinuierlichen pädagogischen Beziehung zu den einzelnen Bewohnern. Dies soll dem Bewohner Sicherheit und Klarheit bieten. Der Mitarbeiter ist als „Case-Manager“ zentraler Ansprechpartner, sowohl für den Bewohner als auch für andere Mitarbeiter, den gesetzlichen Betreuer und Angehörige. Die Aufgaben der Bezugsperson sind klar festgelegt. Sie richten sich aber auch nach dem individuellen Unterstützungsbedarf.

In den Außenwohngruppen und im Betreuten Wohnen wird von einem größeren Anteil der Eigenverantwortung des Bewohners ausgegangen, so dass die Unterstützungsleistung der Bezugsperson eher eine beratende als eine stellvertretende ist. Bei Problemen zwischen der Bezugsperson und dem Bewohner kann ein Wechsel der Bezugsperson vorgenommen werden – sofern dies aus pädagogischen Gründen sinnvoll erscheint.

B. individuelle Hilfeplanung

Das schriftliche Festhalten der individuellen Hilfeplanung eines jeden Bewohners soll ein vorwiegend reaktives Handeln der zuständigen Mitarbeiter vermeiden helfen und ein ziel- und bewohnerorientiertes Handeln fördern. Ausgangspunkt für die Planung ist eine Situationsanalyse zur Person des Bewohners. Die Erhebung eines „Ist-Standes“ geschieht innerhalb der ersten 3 Monate nach Aufnahme und in Zusammenarbeit mit dem Bewohner. Beteiligt sind weiterhin das Wohngruppenteam, sowie

Mitarbeiter aus dem jeweiligen Arbeitsbereich des Bewohners. Festgelegte Bereiche werden erfasst und standardisiert abgefragt:

Im Anschluss erfolgen die Formulierung von Entwicklungszielen (untergliedert in Nah- und Fernziele), sowie die Festlegung von Maßnahmen und Methoden, um diese Ziele zu erreichen. Die Überprüfung und ggf. Überarbeitung des Hilfeplanes findet regelmäßig statt. Dies geschieht nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit dem Bewohner und entsprechend seinen Wünschen, Vorstellungen und Ressourcen.

Die individuelle Hilfeplanung stellt eine transparente Methode unserer Arbeit dar und dient gleichzeitig der Rechenschaft gegenüber dem jeweiligen Leistungsträger.

C. Therapiegruppen

Therapiegruppen dienen der Erhaltung und Förderung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen sowie der Vermittlung neuer, bisher unbekannter Fähigkeiten. Ebenso können sie helfen, bisherige Problemlösungsstrategien des Bewohners zu hinterfragen und durch adäquate Handlungsstrategien zu ersetzen. Zu den derzeit angebotenen Therapiegruppen zählen:

- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Gedächtnis- und Bewegung
- Gesprächskreise zu unterschiedlichen Themen
- Pegasus-Gruppe (Krankheitsaufklärung)
- Theatergruppe

D. Freizeitgruppen und Urlaub

Ziel der Freizeit- und Urlaubsmaßnahmen soll die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft sein. Weiterhin dienen sie der Tages- und Wochenstrukturierung sowie der Vermittlung von „Normalität“. Die Interessen der Bewohner werden berücksichtigt und gefördert. Eigeninitiative wird angestrebt. Weitere Ziele sind die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, sowie die Vermeidung von Hospitalisierung.

E. individuelle Einzelmaßnahmen /-angebote

Als Grundlage für die Durchführung von Einzelangeboten dienen die individuelle Hilfeplanung sowie das Bezugspersonensystem. Ziele sind die Förderung und Erhaltung der Ressourcen, die Umsetzung der Hilfeplanung, sowie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die Verselbstständigung der Bewohner. Auch sehen wir individuelle Angebote für die gemeinsame Beziehungsarbeit zwischen Bewohner und Bezugsperson, bzw. für das bessere gegenseitige Verständnis als erforderlich an. Angeboten werden u.a. individuelle Gesprächseinheiten, Freizeitaktivitäten, Training im lebenspraktischen Bereich, Freizeitmaßnahmen.

F. Umgang mit Krisen

Auch bei chronisch psychisch kranken Menschen kann es zu Krisen im Sinne eines psychotischen Schubes kommen. Wichtig ist es uns, die Entstehung einer solchen Krise frühzeitig zu erkennen und bewusst wahrzunehmen. Dies geschieht durch kontinuierliche Begleitung des Bewohners, Dokumentation und täglichen Austausch durch die zuständigen Mitarbeiter. Benennen der Beobachtungen gegenüber dem Bewohner, sofern er nicht in der Lage ist, Krisen selbst zu erkennen bzw. anzusprechen und dadurch selbständig Unterstützungsleistungen einzufordern.

Ist eine Krise zu befürchten, werden die Anforderungen – sowohl im Wohnbereich, als auch im Arbeitsbereich – an die momentane Belastungsgrenze des Bewohners angepasst. Gegebenenfalls ist eine räumliche Veränderung notwendig, z.B. ein Zimmertausch oder ein vorübergehender Wechsel von der Außenwohngruppe ins Haupthaus. Weiterhin sind Einzelgespräche und –aktivitäten oder auch die Verabreichung angeordneter Bedarfsmedikamente sinnvoll. Besteht die Bereitschaft seitens des Bewohners, sollte der Psychiater frühzeitig konsultiert und ggf. die Medikamente erhöht bzw. ergänzt werden. Um Fremd- und/oder Selbstgefährdung zu vermeiden, als auch dem Bewohner Entlastung und Schonraum zu bieten, besteht die Möglichkeit der Klinikeinweisung. Während eines Klinikaufenthaltes wird der Kontakt zum Bewohner durch die Bezugsperson gehalten und es findet ein Austausch mit dem Klinikpersonal statt.

Ein wichtiger Ansatz unsererseits ist die Krisenprävention. Dies kann z.B. durch die Teilnahme an der Pegasus-Gruppe oder durch die Erarbeitung eines individuellen Krisenplanes geschehen. Wichtig ist, dass sowohl Bewohner, als auch Mitarbeiter Frühwarnzeichen eines Krankheitsschubes rechtzeitig wahrnehmen und entsprechend handeln können. Prävention soll dem Bewohner Sicherheit und Stabilität bieten, Selbst- und Fremdgefährdung vermeiden, sowie einen Klinikaufenthalt – wenn möglich – verhindern.

G. Anforderung an den Mitarbeiter

Welche Kompetenzen soll der pädagogische Mitarbeiter mitbringen oder sich erwerben?

Die berufliche Qualifikation ist im Stellenschlüssel beschrieben und unterliegt gesetzlichen Vorschriften. Darüber hinaus sind unseres Erachtens noch weitere „Fähigkeiten“ nötig, um den Bewohnern eine adäquate Unterstützungsleistung bieten zu können. Nicht selten ist man als Mitarbeiter im psychiatrischen Hilfesystem mit starken Emotionen konfrontiert – mit denen des psychoseerfahrenen Menschen und im Umgang mit ihm zwangsläufig auch mit seinen eigenen. Es gilt also nicht nur, sich ein fachliches Wissen um Krankheitsbilder und –verläufe anzueignen, sondern auch Erfahrungswissen im täglichen Kontakt mit seinem Gegenüber zu gewinnen und eigene Stabilität zu erhalten.

Die Auswahl unserer Handlungsfelder sind entsprechend der menschlichen Komplexität ebenfalls sehr komplex. Deshalb stößt der Anspruch nach Berechenbarkeit hier an seine Grenzen. Das heißt, dass wir uns nicht sicher sein können, ob unser Handeln, unsere Interventionen und Absichten immer Positives oder Beabsichtigtes bewirken werden: konfrontativ zu handeln könnte z.B. ebenso wirkungsvoll wie schädlich sein. Aus diesem Grund ist die Reflexion des eigenen Handelns wichtig. Entscheidungen sind zu revidieren, wenn sie nichts bewirkt haben und Fehler sind einzugestehen. Ebenso sollte man sich seiner Vorbildfunktion bewusst sein: Wenn man von seinem Gegenüber ein bestimmtes Verhalten abverlangt, gilt es, sich selbst an seine aufgestellten Regeln zu halten. Mit dem vorhandenen „Autoritätsgefälle“ zwischen Mitarbeiter und Bewohner ist seitens des Mitarbeiters verantwortungsbewusst umzugehen.

H. weitere Handlungsgrundlagen

- Heimvertrag
- Hausordnung
- Sanktionsverfahren

IX. Besprechungsformen

A. Besprechungsformen Mitarbeiter

Da die Bewohner auf Unterstützungsleistungen angewiesen sind, sind verschiedene Besprechungsformen nötig um den Hilfebedarf zu planen, abzugleichen und zu koordinieren. Weitere Besprechungen dienen der Organisation des Betriebs- und Betreuungsablaufes. Aus diesen Gründen haben wir eine systematische Abfolge von Besprechungsformen entwickelt. Darüber hinaus finden themenbezogene Arbeitskreise und Supervision statt.

B. Besprechungsformen Bewohner

Wir sehen unsere Aufgabe auch darin, den in der Einrichtung lebenden Bewohnern Selbstständigkeit und Eigeninitiative zu vermitteln, sowie Mitspracherechte zu gewährleisten. Festgelegte Formen der Mitbestimmung für Bewohner sind:

- **Wohngruppenversammlung:** Bewohner besprechen gemeinsam mit Betreuern aktuelle Situationen in der Wohngruppe, Wünsche, Kritikpunkte, etc.
- **Bewohnervollversammlung:** Informationen und Austausch z.B. bzgl. gesetzlichen Änderungen, Gesundheitsreform, Heimverträge, Personal, Jahresplanung, Feste, Urlaube, etc.
- **Heimbeiratsbesprechungen** (mit und ohne Heimleitung): Vertreten, Vermitteln, Mitbestimmungsrechte allgemein für die Bewohner wahrnehmen, Austausch, Information bzgl. wesentlicher Veränderungen, etc.

Schlussbemerkung:

Uns ist bewusst, dass das oben beschriebene „pädagogische Konzept“ nicht statisch ist. Es wird modifiziert werden entsprechend den gesellschaftlichen Entwicklungen, medizinischen Erkenntnissen, wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und letztendlich entsprechend unserem Wissenstand und den Bedürfnissen der Betroffenen.