



Konzeptionelle Leitlinien

Der **REHA-Verein Freiburg** wurde im Jahr **1979 gegründet** von engagierten Bürgern und Fachleuten, um gemeindenahе sozialpsychiatrische Projekte zu verwirklichen.

Seit 1980 besteht der Satzungszweck des Vereins darin,

**" die soziale und berufliche Ausgliederung psychisch Kranker
soweit wie möglich zu verhindern ".**

**Der REHA-Verein vertritt somit bereits seit seinen Anfängen die Perspektive der Inklusion,
d. h.**

der Fokus seiner Arbeit liegt mit dem Bemühen um " Verhinderung von Ausgliederung " auf den gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen, die gegeben sein müssen, um für dieses Klientel ein möglichst normales Leben in der jeweiligen Gemeinde zu ermöglichen.

Der REHA-Verein ist seit April 2014 Gründungsmitglied im
" Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Emmendingen ",
um die o. g. Zielsetzung zu verwirklichen.

1. Empirisch / theoretische Grundlagen der Arbeit des REHA-Vereins

1.1. Ursprung der Reformpsychiatrie:

Kritik an der Ineffektivität stationärer Einrichtungen

Die zentrale Grundlage der Arbeit des REHA-Vereins bildete von Beginn an der psychiatrie- kritische Ansatz der Reformpsychiatrie, insbesondere die organisations-soziologische, empirisch fundierte Grundsatzkritik von **E. Goffman**.

E. Goffman hat auf Grund umfangreicher empirischer Untersuchungen nachgewiesen, dass bei längeren Aufenthalten in den damaligen psychiatrischen und in anderen stationären Einrichtungen (damals " Anstalten " genannt) bei den damals sogenannten " Insassen " ein großer Misserfolg festzustellen war.

Dieser Misserfolg bestand darin, dass diese Personen bei einer Entlassung nach kurzer Zeit wieder aufgenommen werden mussten, weil diese Personen nicht mehr im " normalen " Leben zurechtkamen (Drehtürpsychiatrie).

Goffman's Kritik besteht u. a. in dem **Nachweis, dass diese Institutionen bei längeren Aufenthalten in erster Linie " in sich selbst hinein " sozialisieren (i. S. e. Hospitalisierung).**

Dies hat seinen Grund darin, dass im stationären Alltag andere Verhaltensregeln gelernt werden als jene, welche im normalen Alltag (zum Zurechtkommen in der Gesellschaft) gefordert werden

Die Grundsatzkritik E. Gollman's an der stationären Psychiatrie (bzw. den "Anstalten") auf Grund umfangreicher empirischer Nachweise wurde u. a. zur Basis der Psychiatriereformen im internationalen Rahmen.

In Deutschland wurde sie in der Psychiatrie-Enquete 1975 wirksam u. a. mit der Forderung:
- Abbau stationärer Klinikplätze,
- Aufbau teilstationärer und ambulanter psychiatrischer Angebote

1.2

Kritik an der Psychiatrisierung von Lebenswelten

Neben dieser Kritik an der " Anstalts " - Psychiatrie wurde noch ein anderer Ansatz für die Arbeit des REHA-Vereins wichtig, nämlich die

Vermeidung einer

" Klinifizierung der Gesellschaft " bzw. einer " Psychiatrisierung von Lebenswelten ",

wie sie u. a. von **J. Habermas** vorgetragen wurde.

Gemeint ist damit ein Ansatz, bei dem auch außerhalb der stationären Kliniken (bzw. "Anstalten") Institutionen geschaffen werden, deren Alltag vom stationären Denken und nicht vom " normalen " Alltagsdenken geprägt wird.

Auch hier werden dann im Alltag " klinische " Verhaltensregeln praktiziert und verinnerlicht, die anders sind als die für das Zurechtkommen in der " normalen " Gesellschaft erforderlichen Verhaltensregeln.

Die Alternative hierzu wären Bereiche, deren Alltag bereits von " Normalität " in möglichst hohem Maß geprägt ist.

Das Problem der "Psychiatrisierung von Lebenswelten" besteht aber auch im ambulanten Bereich, wenn z.B. Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en in eine Lebensweise hinein sozialisiert werden, in der sie ihre Rolle als Patient/in bzw. Klient/in als zentralen Punkt ihres Lebens zu betrachten lernen.

1.3

Wirkfaktoren bei Psychotherapieerfolgen

Eine weitere Orientierung bieten die fundierten empirischen Untersuchungen von **K. Grawe** bezüglich der Effektivität psychotherapeutischer Verfahren.

Grawe hat sämtliche verfügbaren Forschungsergebnisse über die Therapieerfolge psychotherapeutischer Verfahren einer Metaanalyse unterzogen.

Dabei hat er herausgefunden, dass nicht bestimmte Schulen oder therapeutische Settings mit einem therapeutischen Erfolg korrelieren, sondern die Beachtung bestimmter Faktoren, die er als wesentliche Wirkfaktoren für einen Therapieerfolg herausgearbeitet hat.

Als wesentliche Wirkfaktoren benennt er die

- Tragfähigkeit der Beziehung
- motivationale Klärung
- konkrete Problembeschreibung
- Ressourcenaktivierung
- Problembewältigung

Die Pointe dieser Ergebnisse

besteht nun darin, dass man diese Wirkfaktoren betrachten kann als nicht nur wirksam in einem bestimmten Setting (Therapiepraxis), sondern auch als im " normalen " Alltag wirksam.

1.4

Wirkfaktoren bei erfolgreicher Traumabewältigung

In die gleiche Richtung zielt auch der Ansatz der **Salutogenese von A. Antonovsky**.

Auch Antonovsky hat anhand empirischer Untersuchungen bei schwer traumatisierten Personen verschiedene Wirkfaktoren herausgearbeitet, auf Grund derer diese Personen in der Lage waren, trotz schwerer Traumatisierung ein weitgehend selbständiges und beschwerdefreies Leben zu führen.

Auch diese Ergebnisse führen dann zu der Frage, wie denn der Alltag für traumatisierte Personen gestaltet sein sollte, um eben diese Faktoren im Alltag zur Wirkung zu bringen.

In der aktuellen Fachdiskussion spiegeln sich diese Themen in Schlagworten wie " Empowerment ", " Ressourcenorientierung ", " sense of coherence " usw. wider.

Weitere Wirkfaktoren für den normalen Alltag lassen sich z. B. auch aus dem empirischen Ergebnissen der Forschungen von

A. Bandura (Konzepte der Selbstwirksamkeit: " Das schaffe ich ") und **M. Seligman (Konzepte bei erlernter Hilflosigkeit)** ableiten.

Die frühen und aktuellen empirischen Untersuchungen und theoretischen Werke, insbesondere die Auseinandersetzung mit der Rolle der Institution und ihren Strukturen, liefern also wertvolle Problemanalysemodelle und Praxishinweise für die Arbeit des REHA-Vereins, die sich zusammenfassen lassen unter dem

Motto für die Arbeit in den Einrichtungen:

" Raum schaffen für die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Klient/inn/en " .

Darüber hinaus sind auch sozialpolitische Grundorientierungen für die Arbeit des REHA-Vereins wichtig.

2.

Sozialpolitische Orientierung

2.1

Die UN Behindertenrechtskonvention (UN - BRK) 2008 zur Gleichberechtigung behinderter Menschen

Die oben skizzierten empirisch / theoretischen Ansätze stimmen in ihrer Zielrichtung mit den Forderungen der UN-Konvention überein.

Die in der UN-Konvention aufgestellte Forderung nach Gleichberechtigung und Teilhabe lässt sich in dem **Grundsatz** komprimieren:

Soviel Normalität wie möglich, sowenig Sondereinrichtung wie nötig.

Insofern sind die verschiedenen Bereiche (Wohnen / Beschäftigung / Freizeit) auch unter diesem Gesichtspunkt darauf hin zu bewerten, ob im Alltag das geforderte möglichst hohe Maß an " Normalität " (bzw. Selbständigkeit) ermöglicht wird oder nicht, wobei Einschränkungen dieser " Normalität " nur auf Grund individueller Problemlagen zu rechtfertigen sind.

2.2

Das Grundlagenpapier des Sozialministeriums Stuttgart zur

" Dezentralisierung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen " (2005)

In diesem Grundlagenpapier, das u. a. auch von der Liga der freien Wohlfahrtspflege sowie vom Städtetag und vom Landkreistag mitverfasst wurde, werden wesentliche Forderungen aufgestellt, die allerdings vom REHA-Verein bereits seit 1989 so praktiziert werden.

Unter anderem:

- Arbeits- und Beschäftigungsplätze müssen gut erreichbar, aber getrennt vom Wohnen sein.
- Wichtig ist die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.
- Das Wohnen gehört nicht auf die "grüne Wiese".
- Zu vermeiden ist eine Konzentration von mehreren Wohneinrichtungen (für behinderte Personen) in unmittelbarer Nachbarschaft bzw. auf angrenzenden Grundstücken.
- Die Verrichtung hauswirtschaftlicher Arbeiten ist grundsätzlich
 - dezentral in den einzelnen Wohngruppen und
 - unter der Beteiligung der Bewohner zu organisieren.
- Eine zentrale hauswirtschaftliche Versorgung ist zu vermeiden.

Vom REHA-Verein werden diese konzeptionellen Forderungen allerdings schon seit 1981 praktiziert. Sie haben nach wie vor für die Arbeit des REHA-Vereins und somit auch für die konzeptionelle Planung ihre Gültigkeit.

2.3

Die Sozial- und Arbeitsministerkonferenz (ASMK)

hat am 16.09.2013 in ihrem **Bericht zu einem Bundesleistungsgesetz** weitere wichtige Orientierungspunkte gesetzt.

In Bezug auf die Konzeption des REHA-Vereins sind hier vor allem zu nennen:

- Flexibilisierung der (stationären) Einrichtungen.
- Wirkungskontrolle der Maßnahmen der Eingliederungshilfe.
- Sicherstellung einer neutralen (!) Beratung seitens der Kommune.

Was die Flexibilisierung der Einrichtungen des REHA-Vereins betrifft, so wird auch diese seit Jahren bereits praktiziert und wird auch in den vorgelegten Konzepten konkretisiert.

Auch der Ansatz einer Wirkungskontrolle der Maßnahmen findet bereits jetzt schon eine Basis in der seit Jahrzehnten dokumentierten Entlassungsstatistik im Bereich des Wohnens.

2.4

Im Bundesteilhabegesetz (= BTHG),

das zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten ist, werden die Ansätze der UN-BR-Konvention und der ASMK zusammengeführt in der Forderung z. B. nach

- Flexibilisierung der Einrichtungen (" De-Institutionalisierung ")
- Wirkungskontrolle (Bedarfsgerechtigkeit) der Maßnahmen
- Notwendigkeit einer neutralen Beratung

Diese Maßstäbe sind nun gesetzlich verpflichtend, wobei die gesetzlichen Vorgaben sowie deren Umsetzung sich am Maßstab der UN-Konvention zu messen haben:

" Der Deutsche Bundestag erwartet, dass die Verwaltungen das mit dem BTHG geschaffene Recht in jeder konkreten Rechtsanwendung stets im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen werden. " (BT - DRS 18 / 10528 / 30.11.2016) .

Gleichzeitig ist mit dem BTHG in Bezug auf Teilhabe ein Paradigmenwechsel angesagt:

- weg vom medizinischen Modell: defizit-, krankheitsorientierte Sichtweise und damit
- weg vom naturwissenschaftlichen Modell: objektbezogene " objektive " Betrachtungsweise

- **hin zum Teilhabemodell: ressourcen-, normalitätsorientierte Sichtweise, d. h. gesellschaftswissenschaftliche, subjektbezogene Betrachtungsweise und deshalb orientiert am Dialog.**

3. Eckpunkte der Arbeit des REHA-Vereins

Auf der Grundlage des theoretischen Hintergrunds und mit Blick auf den Satzungszweck, die Ausgliederung psychisch Kranker möglichst zu verhindern sowie auf die sozialpolitischen Grundforderungen (UNO, ASMK, Sozialministerium, BTHG) ergeben sich für die praktische Arbeit des REHA-Vereins folgende zentrale Faktoren:

3.1 Normalitätsprinzip

Die Einrichtungen des REHA-Vereins verstehen sich als Sozialisationsinstanzen, deren Aufgabe darin besteht,

" Normalität " zu vermitteln und eine kritische Aneignung von Wirklichkeit (R. Precht) zu ermöglichen, d. h.

der Alltag in der Einrichtung sollte so strukturiert sein, dass sich die Erfordernisse des " normalen " Lebens außerhalb der Institution bis in die Kleinigkeiten des Alltags innerhalb der Institution widerspiegeln.

3.2 Transparenz und Flexibilität

Um den Kohärenzsinn der Klient/inn/en zu fördern (A. Antonovsky), ist es zur Stärkung der individuellen Ressourcen wichtig, dass die Verhaltensregeln sowie die Anforderungen des Alltag verstehbar und nachvollziehbar (" transparent ") gemacht werden.

Vorhersagbarkeit und Verlässlichkeit seitens der Einrichtung stärken das Sicherheitsgefühl der Klient/inn/en und ermöglichen Freiräume zum selbständigen Handeln.

Hierzu gehört u. a.,

- die von der Organisation (Leitung, Personal) getroffenen Entscheidungen zu erläutern,
- Kritik aufzunehmen,
- Bewohner/innen in möglichst viele Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen
- ein Beschwerdemanagement sicherzustellen usw.

Hierdurch wird auch eine Weiterentwicklung der Einrichtungen selbst ermöglicht.

3.3 Verselbstständigung

Die Klient/inn/en sollen von Anfang an befähigt werden, außerhalb der Einrichtungen zurecht zu kommen.

Das Ernstnehmen z. B. der Goffman'schen Kritik bedeutet also konkret, dass sich die Einrichtungen des REHA-Vereins nicht als Selbstzweck, sondern als " Übergangsphänomene " (**D. Winnicott**) für die Klient/inn/en betrachten sollen.

Sie sollen in den eigenen " Spielregeln " (Hausordnungen usw.) den Impuls

- zur eigenen Entscheidungsfindung,
- zur Verselbstständigung,
- zur Übernahme von Verantwortung,
- zur Kritik an der Einrichtung usw. vorhalten.

" Die Wände müssen den Impuls zur Verselbständigung im Alltag ausschwitzen " (K. Dörner).

Mit dem Impuls zur Verselbständigung sind die Einrichtungen somit aufgefordert, bereit zu sein, auch gegen ihre eigenen Interessen (" Festhalten " der Klient/inn/en, Belegung der Plätze usw.) zu arbeiten.

Darüber hinaus bleibt ein wesentlicher Gesichtspunkt der " pädagogisch/therapeutischen " Arbeit

- eine Rollendistanz und die mit ihr verbundene Selbstreflexion
- die Konfliktfähigkeit des Personals sowie
- das Vermeiden des Herstellens von Abhängigkeiten und
- das Vermeiden des damit verbundenen " Helfersyndroms " (W. Schmidbauer).

Die Aufgabe des Personals, besteht dann u.a. darin

- Orientierung zu bieten,
- sich jedoch zurück zu halten, um
- Raum für die Entwicklungsmöglichkeiten der Klient/inn/en zu geben.
- Hilfestellung zu leisten wo nötig und
- nur bei wirklichem Bedarf Schutzmaßnahmen zu ergreifen.

4.

Im Alltag

bedeutet dieser konzeptionelle Ansatz vor allem, neben den Problemen auch die Fähigkeiten der Bewohner/innen zu berücksichtigen.

4.1

Im stationären Wohnbereich (besondere Wohnform) sind unter diesen Gesichtspunkten **flexible Angebote** vorzuhalten, z. B.

- neben der Vollverpflegung auch die Möglichkeit der Selbstverpflegung,
- neben der Übernahme vorhandener Möblierung die Möglichkeit, das Zimmer mit eigenem Mobiliar auszustatten usw.

Darüber hinaus ist aber auch die Übernahme von Pflichten (des " normalen " Alltags) einzufordern, wie z. B. Rücksichtnahme auf die Interessen anderer Bewohner/inn/en usw.

Die Häuser selbst (kleine Einheiten) sollen möglichst anonym in der Gemeinde in einem möglichst normalen Umfeld lokalisiert sein. Der Alltag der Bewohner/innen sollte möglichst " normal " sein (Benutzung öffentlicher Nahverkehrsmittel, Beteiligung an Küchendiensten usw.).

4.2

Auch im Bereich der **Tagesstruktur** soll

- auf der einen Seite auf die Problematik der Besucher Rücksicht genommen werden,
- auf der anderen Seite sollen immer wieder Anregungen gegeben werden zur Aktivität, zur Übernahme von Verantwortung, zur Entwicklung von Eigeninitiative.

Die Entdeckung eigener Fähigkeiten und deren Weiterentwicklung ist auch hier zentrales Thema.

4.3

Für die Freizeitaktivitäten gilt das Gleiche.

Ziel dieser Aktivitäten ist die Vermeidung sozialer Isolation, die Teilhabe am Gesellschaftsleben (auch bei knappen finanziellen Mitteln) sowie die Verselbständigung der Klienten.

Überträgt man die oben genannten konzeptionellen Eckpunkte auf den Freizeitbereich, so ergibt sich als **Konsequenz**, dass die Klient/inn/en

- sowohl bei der Auswahl und Planung der Angebote und Vorhaben
- als auch in der praktischen Umsetzung und Organisation
- nicht nur ein Mitspracherecht haben, sondern dass sie kontinuierlich ermutigt werden,
- solche Vorhaben so selbstständig wie möglich
- zu initiieren und durchzuführen.

4.4

Im Arbeits- und Beschäftigungsbereich

bedeutet dies, ein möglichst vielfältiges institutionelles Angebot bereit zu halten, das den Problemen, aber auch den Interessen und Fähigkeiten der Klient/inn/en entgegen kommt und darüber hinaus ebenfalls die entsprechenden Mitgestaltungsmöglichkeiten anbietet.

Wie im medizinischen Bereich mit verschiedenen Medikamenten auf verschiedenen Probleme (Krankheiten) reagiert werden kann, so ist es

**Anspruch des REHA-Vereins,
mit verschiedenen, differenzierten institutionellen Angeboten auf die verschiedenen Problemlagen und Fähigkeiten von Klienten möglichst passgenau zu reagieren.**

... Und für Alle soll gelten:

Lernen,

“ sich seines eigenen Verstandes zu bedienen ohne Anleitung eines Anderen ... “

Immanuel Kant

N. Klein-Alstedde