

## Konzeptionelle Leitlinien

### 1.

Der **REHA-Verein Freiburg** wurde im Jahr 1979 **gegründet** von engagierten Bürgern und Fachleuten, um im psychiatrischen Nachsorgebereich Projekte zu verwirklichen, die sich **an der Gemeindenähe und an sozialpsychiatrischen Grundsätzen orientieren.**

Seit 1980 besteht der **Satzungszweck** ( § 2 ) 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 hat somit im April 2014 den Kooperationsvertrag **Gemeindepsychiatrischer Verbund ( GPV ) Emmendingen** unterschrieben, um die o. g. Zielsetzung zu verwirklichen.

### 1.1

**Empirisch / theoretische Grundlagen der Arbeit des REHA-Vereins**

#### 1.1.1

**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 hatte auf Grund umfangreicher empirischer Untersuchungen festgestellt, dass bei längeren Aufenthalten in den damaligen psychiatrischen und in anderen stationären Einrichtungen 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 ) d. h.,

die Personen lernen zwar, in der entsprechenden Institution zurecht zu kommen, werden jedoch ( u. a. wegen des künstlich konstruierten " unnormalen " Alltags ) nicht befähigt, außerhalb der Einrichtungen ( in der " normalen " Gesellschaft ) zurecht zu kommen.

**Dies hat seinen Grund darin, dass im stationären klinischen 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 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

### 1.1.2

#### **Kritik an der Psychiatrisierung von Lebenswelten**

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

#### **Vermeidung einer**

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

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

**Gemeint ist damit ein Ansatz, bei dem von psychiatrischen Fachleuten auch außerhalb der stationären Kliniken neue Institutionen geschaffen werden, deren Alltag vom stationären Klinikdenken 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.

Ein Ansatz, der die o. g. Kritik ernst nimmt und trotzdem stationäre Institutionen ( in begrenztem Umfang ) für sinnvoll hält ( dieser Ansatz wird vom REHA-Verein vertreten ), hat den Alltag in einer solchen stationären Institution ständig daraufhin zu reflektieren, ob hier Selbständigkeit ( bzw. " Normalität " ) gefördert und gefordert wird oder ob künstliche Alltagswelten geschaffen werden, deren Übertragbarkeit auf das " Leben draußen " fragwürdig bleibt.

Bei Unterlassung dieser Fragestellung

besteht dann die gängige Antwort meist darin, dass gefordert wird, im Anschluss an den Aufenthalt in einer solchen stationären Institution zusätzlich z. B. " Trainingswohnungen " vorzuhalten, in denen dann wieder der normale Alltag eingeübt werden soll.

Die im klinisch - stationären Alltag gelernten Verhaltensregeln müssen also von den Bewohnern wieder umgelernt werden: Die Eingliederungskette wird lediglich um ein weiteres Glied verlängert.

**Die Alternative hierzu wäre also ein stationärer Bereich, dessen Alltag bereits von " Normalität " in möglichst hohem Maß geprägt ist.**

Das Problem der Psychiatrisierung von Lebenswelten besteht auch im ambulanten Bereich, wenn z. B. Klienten immer wieder dazu angehalten werden, ihr Selbstbild nach ihren psychiatrischen Diagnosen zu definieren und so irgendwann ihre Rolle als Patient als zentralen Punkt ihres Lebens zu betrachten.

### 1.1.3

#### **Wirksamkeitsfaktoren 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 Wirksamkeitsfaktoren für einen Therapieerfolg herausgearbeitet hat.

#### **Die Pointe dieser Ergebnisse**

**besteht nun darin, dass diese Wirksamkeitsfaktoren eben nicht an ein bestimmtes setting ( Therapiepraxis ) gebunden sind, sondern auch im " normalen " Alltag wirksam werden können.**

Für die **Arbeit des REHA-Vereins** bedeutet dies, dass in der

#### **Reflexion der alltäglichen Arbeit mit Klienten**

( Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervision ) im Hinblick auf die Bedeutung **eben solcher Wirksamkeitsfaktoren im Alltag ein wesentlicher Teil der pädagogisch/ therapeutischen Arbeit besteht.**

#### **1.1.4**

#### **Wirksamkeitsfaktoren bei erfolgreicher Traumabewältigung**

In die gleiche Richtung zielt auch der Ansatz der

#### **Salutogenese ( A. Antonovsky ).**

Auch Antonovsky hat anhand empirischer Untersuchungen bei schwer traumatisierten Personen **verschiedene Wirksamkeitsfaktoren 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 unter Schlagworten wie " Empowerment ", " Ressourcenorientierung ", " sense of coherence " usw. wider.

Weitere Wirksamkeitsfaktoren 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 theoretischen Werke und empirischen Untersuchungen, 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 Klienten " .**

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

#### **1.2**

#### **Sozialpolitische Orientierung**

#### **1.2.1**

#### **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:

**Sovie! 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.**

### 1.2.2

**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 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 ( S. 14, Pkt. 4.2.2 )**

- Wichtig ist die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Das Wohnen gehört nicht auf die grüne Wiese ( 4.2.2.a )

- Eine Konzentration von mehreren Wohneinrichtungen ( für behinderte Personen ) in unmittelbarer Nachbarschaft bzw. auf angrenzenden Grundstücken ist zu vermeiden ( 4.2.2.d )

**- 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 ( S. 15, Pkt. 3 a ).

Vom REHA-Verein werden diese konzeptionellen Forderungen schon seit 1989 praktiziert. Sie haben nach wie vor für die Arbeit des REHA-Vereins und somit auch für die konzeptionelle Planung ihre Gültigkeit.

### 1.2.3.

**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 Wirksamkeitskontrolle der Maßnahmen findet bereits jetzt schon eine Basis in der seit Jahrzehnten dokumentierten Entlassungsstatistik im Bereich des Wohnens.

Die Erfolgsstatistik würde sich erheblich verbessern lassen, wenn bei einer verbesserten ( d. h. neutralen ) Beratung der Klienten durch die vermittelnden Stellen diverse Fehlbelegungen sich vermeiden ließen.

#### 1.2.4

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 der konkreten Rechtsanwendung stets im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen werden " ( BT - DRS 18 / 10528 ).

Gleichzeitig ist mit dem BTHG ein Paradigmenwechsel angesagt:

- weg vom medizinischen Modell (defizit- bzw. krankheitsorientiert)
- hin zum Teilhabemodell (ressourcen-, normalitätsorientiert).

#### 2.1.

##### **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:

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

##### ***Transparenz und Flexibilität***

Um den Kohärenzsinn der Klienten 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 Klienten und ermöglichen Freiräume zum selbständigen Handeln.

Hierzu gehört u. a., die von der Organisation ( Leitung, Personal ) getroffenen Entscheidungen zu erläutern, Kritik aufzunehmen, Bewohner in möglichst viele Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen, ein Beschwerdemanagement sicherzustellen usw.

Hierdurch wird auch eine Weiterentwicklung der Einrichtungen ermöglicht.

## ***Verselbstständigung***

Die Klienten 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 " für die Klienten betrachten sollten.**

Sie sollten 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 Verselbstständigung im Alltag ausschwitzen " ( K. Dörner ).**

Mit dem Impuls zur Verselbstständigung sind die Einrichtungen somit aufgefordert, auch gegen ihre eigenen Interessen ( " Festhalten " der Klienten, Belegung der Plätze ) zu arbeiten.

Darüber hinaus bleibt ein wesentlicher Gesichtspunkt der " pädagogischen " Arbeit die Selbstreflektion, die Rollendistanz und die Konfliktfähigkeit des Personals sowie das Vermeiden des Herstellen von Abhängigkeiten und des damit verbundenen " Helfersyndroms " .

Die Aufgabe des Personals, besteht dann darin

- Orientierung zu bieten,
- sich jedoch zurück zu halten, um " Raum " für die Entwicklungsmöglichkeiten der Klienten zu geben.
- Hilfestellung zu leisten wo nötig und
- nur bei Bedarf Schutzmaßnahmen zu ergreifen.

### **2.2.**

#### **Im Alltag**

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

Im **stationären Wohnbereich** z. B.

sind unter dem Gesichtspunkt der Normalisierung, der Verselbstständigung bzw. der Respektierung vorhandener Fähigkeiten sowie Respekt vor der Privatsphäre 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.

Darüber hinaus ist aber auch die Übernahme von Pflichten ( des " normalen " Alltags ) einzufordern, z. B.

- Teilnahme an Putzdiensten ( praktisch oder finanziell ),
- keine Beleidigungen, keine Gewalt,
- Rücksichtnahme auf die Interessen anderer Bewohner usw.

Die **Häuser** selbst ( kleine Einheiten ) sollten anonym in der Gemeinde in einem möglichst normalen Umfeld lokalisiert sein. Der Alltag der Bewohner sollte möglichst " normal " sein ( werktags aus dem Haus gehen, Benutzung öffentlicher Nahverkehrsmittel, Beteiligung an Küchendiensten usw.).

Auch im Bereich **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.

Für die **Freizeitaktivitäten** gilt das Gleiche.

Ziele dieser Aktivitäten sind 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 Klienten sowohl bei der Auswahl und Planung der Angebote als auch in der praktischen Umsetzung und Organisation nicht nur " Mitspracherecht " haben, sondern dass sie kontinuierlich ermutigt werden, solche Projekte so selbstständig wie möglich zu initiieren und durchzuführen.

Im **Arbeits- und Beschäftigungsbereich** bedeutet dies, ein möglichst vielfältiges Institutionelles Angebot bereit zu halten, dass den Problemen, aber auch den Interessen und Fähigkeiten der Klienten entgegen kommt.

[mehr Info's hier](#)

Wie der Arzt mit verschiedenen Medikamenten auf verschiedenen Probleme ( Krankheiten ) reagieren 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 ... “ Imanuel Kant**

3/18