

PraxisWissen

**Aufsuchende
psychiatrische Arbeit**

Psychiatrie Verlag



Dr. rer. Soc. KLAUS OBERT ist Diplom-Sozialpädagoge und seit 1982 in Stuttgart im Auf- und Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste sowie weiterer Bausteine des gemeindepsychiatrischen Verbunds und deren Koordination in der Praxis wie in der fachpolitischen Umsetzung tätig. Er ist Mitherausgeber der Reihe **PraxisWissen**.



KARIN POGADL-BAKAN ist Diplom-Sozialarbeiterin und war zehn Jahre ehrenamtlich im Vorstand des Reha-Vereins zum Aufbau sozialer Psychiatrie tätig. Seit 1989 ist sie im sozial-psychiatrischen Dienst tätig und hat diesen Dienst mit aufgebaut. 2012 kam der Schwerpunkt »Kinder psychisch erkrankter Eltern« hinzu.



GABRIELE REIN ist Diplom-Sozialarbeiterin und Leiterin des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Stuttgart-Freiberg. Sie verfügt über langjährige praktische Erfahrung im Sozial-psychiatrischen Dienst und ambulant Betreuten Wohnen und führt Fort- und Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich durch.

PraxisWissen

Klaus Obert,
Karin Pogadl-Bakan,
Gabriele Rein

**Aufsuchende
psychiatrische Arbeit**

Psychiatrie
Verlag 

Die Reihe **PraxisWissen** wird herausgegeben von:
Michaela Amering, Ilse Eichenbrenner, Michael Eink, Caroline Gurtner,
Klaus Obert, Wulf Rössler und Tobias Teismann

Klaus Obert, Karin Pogadl-Bakan, Gabriele Rein

Aufsuchende psychiatrische Arbeit

PraxisWissen 1

1. Auflage 2018

ISBN-Print 978-3-88414-691-0

ISBN-PDF 978-3-88414-944-7

ISBN-ePub 978-3-88414-946-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2018

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Uwe Britten, Eisenach

Umschlagkonzeption und -gestaltung: studio goe, Düsseldorf,
unter Verwendung eines Fotos von zentilia /123rf.com

Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau

Mit Zuversicht und kritischer Selbstreflexion – Einleitung	8
Hilfe bringen – Chancen und Risiken des Hausbesuchs	14
Erste Kontakte	14
Eine Frage des Settings	17
Vertrauensvoll in Beziehung treten	19
Verantwortung und Grenzen	22
Anlässe für einen Hausbesuch	26
Krisenintervention und Notfall	26
Kontakt in der Lebenswelt des Klienten	28
Beziehungsaufbau und Bedeutungsgebung	29
<i>Lebensrealität erfahren</i>	30
<i>Kontakte zu Familienangehörigen</i>	31
Häusliche Unterstützung	32
Beratungsstelle oder Hausbesuch:	
Wo sollte ein Termin stattfinden?	33
Die Durchführung des Hausbesuchs	35
Anfragesituationen und Kontaktaufnahme	35
Spontanes Handeln oder geplante Termine?	36
<i>Sofortiges Eingreifen</i>	36
<i>Sorgfältig vorbereitetes Handeln nach Terminvereinbarung</i>	42
Wie erfolgt die Ankündigung des Hausbesuchs?	49
<i>Festlegung und Vorbereitung der mitfahrenden Personen</i>	53
Während des Hausbesuchs	58
<i>Eintritt in die Wohnung – der Empfang</i>	58
<i>Der freundliche, einladende Empfang</i>	59
<i>Der indirekte oder gleichgültige Empfang</i>	60
<i>Der feindselige bis ablehnende Empfang</i>	61
<i>Was tun, wenn nicht geöffnet wird?</i>	63
<i>Begrüßung – und wie weiter?</i>	67

Umgang mit angespannten und aggressiven Situationen	73
Anzeichen wahrnehmen	75
Früher Ausstieg aus der Eskalation – Deeskalationsstrategien	76
Grenzen setzen	77
Fremdgefährdung von Familienangehörigen oder anderen Beteiligten	79
Gesundheitsgefährdende Situationen für den Klienten	80
»Hier krabbelt es überall« – verwarloste Wohnungen	82
Selbst- und Fremdgefährdung – zwangsweise Unterbringung	86
Die Beendigung des Hausbesuchs	88
Beendigung des Hausbesuchs durch den Klienten	88
Einseitige Beendigung durch die Mitarbeiter	91
Anlassbedingte Verlängerung des Hausbesuchs	93
Dauer und Frequenzen von Hausbesuchen	95
Die Arbeit mit dem Umfeld	98
Umgang mit Menschen aus dem Wohnumfeld	98
Hausverwalter und Nachbarn als Türöffner	99
Der Umgang mit der Schweigepflicht	102
Umgang mit Angehörigen	104
Hausbesuch und Kinderschutz	112
<i>Krisen und Inobhutnahme</i>	117
Der kultursensible Hausbesuch	119
Selbstsorge	123
Auf lösbare Aufträge achten	124
Sich Einlassen und wieder Distanz finden	127
Dem resignativen Sog widerstehen	130
Sinn und Resilienz in der Arbeit	132
Gefährdungen erkennen, Ruhe bewahren, Vorsorge treffen	138
Stressbewältigung	140
Unterstützung durch Team und Leitung	141

Die Beendigung der ambulant aufsuchenden Arbeit	146
Fortsetzen der Beratung in einem anderen Setting	146
Beendigung des Betreuungskontakts	149
<i>Beendigung in gegenseitigem Einvernehmen</i>	149
<i>Einseitige Beendigung</i>	153
Ausgewählte Literatur	158

Mit Zuversicht und kritischer Selbstreflexion – Einleitung

Warum sind Hausbesuche in der Versorgung psychisch kranker Menschen unverzichtbar? Warum und mit welcher Begründung braucht es die niederschwellige, flexible, ambulant-aufsuchende Arbeit für diesen Personenkreis? Warum sind Hausbesuche ein wesentliches Element der psychiatrischen Hilfen? Warum kann gerade diese Arbeitsweise als besonderes Merkmal und Qualitätskriterium für sozialpsychiatrisches Handeln bezeichnet werden?

Die Antworten auf diese Fragen ergeben sich in erster Linie aus der individuellen Lebenslage psychisch kranker Personen, in der sie sich möglichst wohlfühlen wollen.

Bei der zugehenden psychiatrischen Hilfe geht es grundsätzlich um die Aufgabe und Herausforderung, Menschen dabei zu unterstützen, wie sie ihren Alltag planen, organisieren, strukturieren, mit ihm und in ihm zurechtkommen, wie sie neue Aufgaben bewältigen und sie in die selbstverständlichen Routinen des gewohnten Alltags integrieren wollen und können. Es geht zudem darum, wie Menschen an ihren Aufgaben und Herausforderungen verzweifeln, scheitern oder sich ihnen entziehen (müssen), weil sie in schwierigen bis unzumutbaren Verhältnissen leben. Sie fühlen sich schlicht überfordert – und genau auf solche überforderten Menschen stoßen wir bei Hausbesuchen.

Die aus dieser Dynamik entstehenden krankheitsrelevanten »Verhärtungen« sind immer – und dies sollte in der täglichen Arbeit nie vergessen und unterschätzt werden – ein wenn auch wenig gelingender oder sogar misslingender Lösungsversuch, um die Lebensverhält-

nisse in den Griff zu bekommen. Komplexe Verstrickungen mit der Umgebung, der Verlust des Arbeitsplatzes, Probleme mit dem Erhalt der Wohnung, die Schulden oder auch Konflikte mit Angehörigen und Freunden führen zu Zuspitzungen und wachsender Unübersichtlichkeit der jeweiligen Situation. Interaktionen misslingen. Beziehungen gehen in die Brüche. Freunde und Bekannte wenden sich ab. Die Ausbildung wird abgebrochen. Die existenziell notwendige Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen wird stetig weniger und bleibt schließlich ganz aus oder schlägt sogar um in Ablehnung oder kränkende Abwertung. Das Vertrauen in sich selbst und in die Welt geht verloren. Selbstzweifel oder auch die Gegenwehr, indem die Verantwortung für die eigene Misere an der Welt »da draußen« festgemacht wird, nehmen überhand, bestimmen den Alltag und führen zu Rückzug, Isolierung und schließlich zum Verlust des selbstverständlichen »In-der-Welt-Seins«.

Diese Entwicklung fördert wiederum die Haltung, immer weniger auf Hilfe zu vertrauen, aktiv keine Hilfe mehr zu suchen und Hilfeangebote von außen nicht mehr in Anspruch zu nehmen. Das verstärkt häufig abermals den Rückzug in die Selbstzweifel, führt zu Scham- und Schuldgefühlen oder, umgekehrt, zu einer Haltung, mit der das ganze Elend und die eigene Not auf die Außenwelt projiziert werden. Oder aber es kommt zu einer Flucht in die berauschte und ablenkende Wirkung von Suchtmitteln beziehungsweise in realitätsverkennende Vorstellungen, Fantasien und Halluzinationen.

Am Ende eines mehr oder weniger langen Prozesses liegt für den jeweiligen Menschen ein enormer Hilfebedarf vor, ohne in der Lage zu sein, sich angemessene Hilfe und Unterstützung zu holen, und zwar auch dann nicht, wenn die Umgebung dies empathisch einfühlend oder mit Druck einfordert. Zurück bleiben psychisch kranke Menschen in prekärsten Lebenslagen und mit völlig unangemessener

Lebensführung. Weitgehend isoliert, sind sie massiv überlastet, vom Hilfesystem alleingelassen, und so entfernen sie sich sukzessive von Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder Bekannten.

Genau an dieser Stelle setzt die heutige zugehende sozialpsychiatrische Arbeit ein. Die gesellschaftlich vorgegebene Doppelfunktion psychiatrischen Handelns von Hilfe *und* Kontrolle war in der Geschichte zu sehr auf den Aspekt der Kontrolle ausgerichtet. Die naturwissenschaftlich oder medizinisch geprägten Definitionen von Krankheit legitimierten die Ausgrenzung und den Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Alltag. Die Entstehung und Ausbreitung der Sozialpsychiatrie ging konstitutiv damit einher, den Menschen in seiner Lebenswelt und den Aspekt der Hilfe stärker in den Vordergrund zu rücken, ohne jedoch das Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle abschütteln zu können (OBERT 2001, S. 90 ff.).

Mit dem sozialpsychiatrischen Handeln im Allgemeinen und dem Hausbesuch im Besonderen betreten und betreten wir als professionell Tätige genauso wie die Betroffenen Neuland und müssen mit Ungeplantem umzugehen lernen. Betreuung, Unterstützung und Begleitung zu Hause in der Lebenswelt der Menschen kamen in der traditionellen Psychiatrie mit ihrem anstaltszentrierten System de facto nicht vor. Das Verlassen der Sicherheit der Klinik und das Sich-Einlassen auf die Intimsphäre der Häuslichkeit der Menschen korrespondiert unsererseits mit Unsicherheiten, Irritationen und dem Umgang mit Unvorhergesehenem, weckt aber auch Neugierde und ein Gefühl der Zufriedenheit, direkt mit den Menschen in Kontakt zu kommen, und sie dort zu unterstützen, wo sie ihren Lebensmittelpunkt haben.

Es ist nach wie vor auf- und anregend, zu einem Hausbesuch zu starten, vor allem wenn die Situation noch nicht (so) bekannt ist – auch wenn wir manchmal mit einem mulmigen und unsicheren Gefühl aufbrechen. Unser Anspruch an uns selbst ist nicht nur die nötige

hohe Offenheit anderen Menschen gegenüber, sondern umfasst auch, niederschwellig, flexibel und zugleich hoch professionell tätig zu sein. Dabei begleiten uns Fragen wie: Auf was werden wir stoßen? Wird alles wie geplant verlaufen, so wie beim letzten Mal oder wie die Planung es vorsieht? Oder zeigt sich ein völlig anderes Bild mit Überraschungen, zum Beispiel eine akute Krisensituation oder eine vermüllte Wohnung oder Konflikte mit den Nachbarn mit Beschwerden, oder werden wieder Briefe von Behörden vorliegen, die für Aufregung und Durcheinander sorgen? Wird uns die Wohnung überhaupt geöffnet? Müssen wir uns wieder auf Beschimpfungen gefasst machen, verbunden vielleicht mit offenen Drohungen und vielleicht sogar mit der klaren Aufforderung, wieder zu verschwinden?

Der Umgang, die Gestaltung und das Arrangement mit Neuem, mit Unsicherheiten, mit Unvorhergesehenem sowie in unstrukturiert und offenen Situationen tätig zu sein trifft aber nicht nur für die Mitarbeitenden zu. Das Gleiche, vielleicht noch mehr, betrifft auch die Betroffenen und ihre Umgebung. Für die psychisch kranken Menschen ist der Besuch vielleicht noch aufregender und anstrengender als für uns, und das alles auch noch in Verbindung mit ihren Ängsten, Fantasien und Wahrnehmungen, die mit der psychischen Erkrankung einhergehen: Wer kommt da eigentlich zu mir und was will er von mir? Was möchte ich dem Besucher von mir als Person und von der Wohnung als meinem Zuhause, als meiner nicht nur räumlichen Intimsphäre preisgeben? Will ich überhaupt Sozialarbeit und mehr noch »die Psychiatrie« in meinem Haus, in meiner Wohnung haben? Was denken denn die Nachbarn, wenn ich fremden Besuch empfangen? Wissen die Nachbarn, dass die Psychiatrie zu mir nach Hause kommt? Treffe ich auch auf Respekt und Wertschätzung, auch wenn die Wohnung nicht aufgeräumt ist. Die Situation der betroffenen Menschen muss antizipiert werden und im »Hinterkopf« verinnerlicht sein, um

ihr angemessen und empathisch zu begegnen und in ihr souverän zu handeln. Erst dann können auch Begegnung, Kontakt, Beziehung und im Lauf der Zeit Vertrauen entstehen und gelingen.

Der Besuch zu Hause ist etwas anderes als die Begegnung in der Klinik oder im Wohnheim. Selbstverständlich gilt auch dort die Orientierung an Respekt, Wertschätzung, Empathie, Offenheit, Klarheit, Kontinuität, an der Akzeptanz des Andersseins. Aber es besteht eben ein entscheidender Unterschied: Mit uns taucht die Institution Psychiatrie ein in die Privatsphäre, in die Intimsphäre der psychisch erkrankten Menschen. Und diese Konstellation stellt eine besondere Herausforderung an die soziale, methodische und personale Kompetenz der Mitarbeitenden dar, denn – und dies darf nicht aus dem Blick geraten – die professionelle Hilfe, Unterstützung und Begleitung in der fremden Wohnung bedeutet eben auch, in die Intimsphäre eines Menschen »einzudringen«. Damit geraten wir – ob wir wollen oder nicht – hinein in die Kontrolle im Sinne des staatlichen Auftrags der Aufrechterhaltung einer öffentlichen Ordnung. Der Hausbesuch bedeutet bei aller Empathie und Ausrichtung auf Verstehen, Verständigung, Sich-Einlassen und kritischer Solidarität immer auch einen Eingriff in diese Privatsphäre.

Weil jedoch ein nicht unbeträchtlicher Anteil psychisch kranker Menschen über die sogenannte Komm-Struktur nicht zu erreichen ist und um in vielen Fällen zu verhindern, dass das Kind erst »in den Brunnen fallen muss«, sind Hausbesuche unumgänglich und unverzichtbar. Aber mehr noch: Je stärker unsere gesellschaftliche Erwartung ist, auch psychisch stark beeinträchtigten Menschen ein Leben in den eigenen Räumen zu ermöglichen, desto wichtiger ist es, die Personen eben in ihrer Wohnung zu unterstützen. Soll dies unter demokratischen Bedingungen geschehen, dann bedeutet das heute für die zugehende psychiatrische Hilfe, sensibel zu klären, wann Hausbesuche

notwendig sind, aus welchen Anlässen sie erfolgen, wie sie rücksichtsvoll vorbereitet und durchgeführt werden, was alles dabei zu beachten ist und wie sie beendet werden, und zwar bis hin dazu, dass die ambulant-aufsuchende Tätigkeit grundsätzlich beendet werden kann, denn sie soll ja kein lebenslanger »Belagerungszustand« sein.

In der Begegnung mit den Klientinnen und Klienten und unter Berücksichtigung dieser komplexen Dynamik ist es deshalb wichtig, dass wir Helferinnen und Helfer stets mit Zuversicht und (therapeutischem) Optimismus in unsere Arbeit gehen sowie im Team immer offen bleiben für eine kritische, aber wohlwollende Selbstreflexion. Aus einem solchen Selbstverständnis ist dieses Buch geschrieben.