

Rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfen der Sozialen Arbeit als Alternative zur Psychiatrie?

Bachelorthesis im Studiengang Soziale Arbeit BA im Sommersemester 2024 an der
Fakultät für Sozialwissenschaften an der Technischen Hochschule Köln

vorgelegt von: Sascha Bruhn
Matrikel-Nr.: 11133641
Adresse: Eitorfer Str. 12a, 50679 Köln
sascha_michael.bruhn@smail.th-koeln.de

eingereicht bei: Prof. Dr. Dagmar Brosey

Köln, den 19.09.2024

Inhaltsverzeichnis

Rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfen der Sozialen Arbeit als Alternative zur Psychiatrie?	I
1 Einleitung und Relevanz	3
2 Fragestellung, Struktur und Quellenlage	4
3 Diskussion der zentralen Begriffe	5
3.1 Seelische Krise	5
3.2 Krisenhilfe, Krisendienste	7
3.3 Rechtebasiert	9
3.4 Personenzentriert	10
4 Die Verortung der Krisenhilfe in der Sozialpsychiatrie. Zuständigkeit, Verfügbarkeit und gesetzliche Rahmenbedingungen.	14
4.1 Die Dominanz medizinischer Interpretationen und Maßnahmen für seelische Krisen	14
4.2 Zuständigkeitsverständnisse und Selbstverortungsprobleme der Klinischen Sozialarbeit	18
4.3 Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten	21
4.4 Versorgungsengpässe und der Mangel an Alternativen bei akuten Krisen und chronifizierten Multiproblemlagen	25
4.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen für rechtebasierte Krisendienste- und Einrichtungen zur Vermeidung von psychiatrischem Zwang	28
4.5.1 Psychiatrischer Zwang versus mildere Mittel	28
4.5.2 Die Verbreitung von Krisendiensten und -einrichtungen. Drei PsychKGs im Vergleich.	30
4.5.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen für psychosoziale Krisendienste und -einrichtungen	35
5 Grundhaltungen und Kernelemente einer rechtebasierten personenzentrierten Krisenhilfe	37
5.1 Zwischenfazit und Kritik an der Sozialen Arbeit	37
5.2 Soziales und recoveryorientiertes Krisenverständnis	38
5.3 Formelles Wissen, Erfahrungswissen und Nichtwissen	39
5.4 Professionelle Nähe und Transparenz in der Beziehungsgestaltung	43
5.5 Prozessbegleitung und der Umgang mit Drogen und Gewalt	46
5.6 Die qualifizierte Assistenz als Ausgangspunkt für Krisenhilfen	50
6 Fazit und persönliche Gedanken	53
7 Anlage	55
8 Abkürzungsverzeichnis	55
9 Literaturverzeichnis	56
10 Eidesstattliche Erklärung	68

1 Einleitung und Relevanz

Der Umgang mit Menschen, die unter schweren seelischen Problemen leiden und die gleichzeitig über geringe materielle, soziale und rechtliche Ressourcen verfügen, durchläuft insbesondere in Deutschland seit ca. 100 Jahren einen drastischen Wandel: vom psychiatrischen biomedizinischen Paradigma der angeblich unheilbaren Gehirnerkrankungen, das in einer Gesinnungsallianz mit dem Nationalsozialismus in die „Euthanasie“-Verbrechen führte (vgl. Brückner 2023, S. 148) über die Psychiatrie-Enquete der 1970er Jahre, die den Übergang von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie markierte, bis zum Inkrafttreten des Bundesgleichstellungsgesetzes in 2016, das eine Abwendung von institutionenzentrierten hin zu personenzentrierten Problemdefinitionen und Unterstützungsangeboten in Gang setzte (vgl. Konrad / Rosemann 2020, S. 15). Trotz dieser scheinbar vollkommenen paradigmatischen Kehrtwende resümiert der Sonderberichterstatter des UN-Menschenrechtsrats:

(...) Trotz vielversprechender Trends besteht weiterhin ein globales Versagen, Menschenrechtsverletzungen in psychiatrischen Gesundheitssystemen anzugehen. Dieser eingefrorene Status quo verstärkt einen Teufelskreis aus Diskriminierung, Entmündigung, Zwang, sozialer Ausgrenzung und Ungerechtigkeit. Um diesen Kreislauf zu beenden, müssen Leiden, Behandlung und Unterstützung auf eine Weise betrachtet werden, die weit über ein biomedizinisches Verständnis von psychischer Gesundheit hinausgeht. Auf Globaler, regionaler und nationaler Ebene ist ein Diskurs erforderlich, wie psychische Gesundheitsprobleme verstanden werden und darauf reagiert werden kann. Diese Diskussionen und Maßnahmen müssen auf Rechten basieren, ganzheitlich sein und auf den gelebten Erfahrungen derjenigen beruhen, die am stärksten von schädlichen soziopolitischen Systemen, Institutionen und Praktiken betroffen sind (UN Human Rights Council 2020, S. 1, eigene Übersetzung).

Erscheint dieses Resümee auf den ersten Blick eine bloße Wiederholung der Kernforderungen der UN-BKR 2006 zu sein, so geht es doch einen entscheidenden Schritt weiter: *„(...) Leiden, Behandlung und Unterstützung [müssen; Anm. d. Verf.] auf eine Weise betrachtet werden, die weit über ein biomedizinisches Verständnis von psychischer Gesundheit hinausgeht“* (ebd.; Hervorh. d. Verf.).

Der UN-Sonderberichterstatter kritisiert die nach wie vor zentrale Stellung und den dominanten Einfluss des biomedizinischen psychiatrischen Paradigmas in den westlich geprägten Gesundheitssystemen und verweist auf Unterstützungssettings- und Methoden, die völlig oder weitgehend unabhängig von konventionellen psychiatrischen Konzepten agieren und diesen, der aktuellen Studienlage nach zu urteilen, oftmals gleichwertig oder überlegen sind (vgl. ebd., S. 13). Der Sonderberichterstatter empfiehlt, im Zusammenhang mit diesen Methoden nicht von „Alternativen“ zu sprechen, um nicht unbeabsichtigt das biomedizinische Paradigma als „Standard“ zu zementieren und aufzuwerten:

Indem man diese Innovationen als "Alternativen" bezeichnet, fällt es paradoxerweise leichter, sie zu ignorieren, da sie nicht Teil der Psychiatrie-Reformvorschläge sind, auf die sich der Mainstream verständigt hat. Dennoch sind solche Alternativen entscheidend für die notwendige Transformation, um das Recht auf psychische Gesundheit weltweit zu unterstützen. Daher ist es nötig, die Begrifflichkeit rund um Alternativen zu ändern und sie "rechtsbasierte Unterstützungen" zu nennen (ebd., S. 14, eigene Übersetzung).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte bestätigt und spezifiziert diese Kritik in seinem Parallelbericht (2023a) an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands:

Ein echter Paradigmenwechsel in Politik und Gesellschaft hin zu Inklusion und Selbstbestimmung ist auch 14 Jahre nach Inkrafttreten der UN-BRK nicht festzustellen. Im Gegenteil: In Deutschland besteht weiterhin ein stark ausgebautes System von Sonderstrukturen (...). Des Weiteren ist das Umsetzungs Handeln nicht konsequent am Prinzip der Selbstbestimmung orientiert. In der psychiatrischen Versorgung fehlt weiterhin der menschenrechtliche Ansatz (S. 8). (...) Es fehlt an wohnortnahen, ambulanten psychosozialen Angeboten und Krisenhilfen, insbesondere für Menschen mit komplexeren Problemlagen und langfristigen Beeinträchtigungen. Alternative Behandlungsformen zur Zwangsvermeidung werden nur modellhaft umgesetzt und nicht flächendeckend angewendet (ebd., S. 24).

Seit der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (vgl. UN-Generalversammlung 1948) hat die Menschenrechtsperspektive auf das Behindertwerden und -sein stetig an Bedeutung gewonnen. Mit der UN-BRK von 2006 verpflichteten sich die Unterzeichnerstaaten, also auch Deutschland, die rechtliche Gleichstellung aller Menschen ungeachtet ihrer gesundheitlichen und sozialen Probleme in ihren nationalen Gesetzgebungen zu verwirklichen. „Die UN-BRK stellt uns vor den Anspruch, Behinderung nicht mehr aus medizinisch-fürsorglicher Perspektive, sondern aus menschenrechtlicher Perspektive zu verstehen“ (Aichele 2016, S. 38). In der Konsequenz ist der deutsche Sozialstaat auf allen Ebenen der Interaktion mit den leistungsberechtigten Bürger*innen verpflichtet, diskriminierende, bevormundende, behindernde und gewaltsame Strukturen und Praxen zu identifizieren und zu beenden. Dies trifft auch und besonders auf das psychiatrische Hilfe- und Kontrollsystem zu, das mit staatlichen Sonderbefugnissen der Zwangs- und Gewaltanwendung ausgestattet ist (vgl. Rufer 2007, S. 406). Allein in NRW wurden im Jahr 2014 ca. 48.000 Menschen auf der Grundlage des PsychKGs und des Betreuungsrechts in Psychiatrien untergebracht, also zwangsweise eingewiesen. Im Vergleich dazu lag die Zahl der im gleichen Jahr in ganz Deutschland strafrechtlich inhaftierten Menschen bei 61.872 (vgl. Osterfeld / Zinkler 2016, S. 11).

Fast ein Viertel aller stationären Fälle wird im Freiheitsentzug und ohne eigene Zustimmung, also gegen den eigenen Willen medizinisch behandelt. Es scheint in der Psychiatrie keinen angemessenen Maßstab mehr für die Beschränkung von Grund- und Freiheitsrechten zu geben, das System ist außer Kontrolle geraten (ebd.).

Das Konzept der *Menschenrechtsprofession* (vgl. Staub Bernasconi 1995 und 2019) gehört zu den einflussreichsten Theorien der Sozialen Arbeit. Rechtebasierte personenzentrierte Haltungen und Unterstützungsmethoden, wie Soteria, Recovery und Offener Dialog, sind weitgehend deckungsgleich mit Haltungen, Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit. Jedoch existiert in Deutschland neben einigen „Leuchtturmprojekten“ derzeit nur eine dauerhafte stationäre Einrichtung, die akute Krisenbegleitung außerhalb des psychiatrischen Paradigmas anbietet, gegenüber 402 psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen (vgl. DGPPN 2023) und 19.071 Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. BAGFW 2016). Ein weiteres Paradoxon: Fast alle einflussreichen Kritiker*innen der Psychiatrie waren und sind selbst Psychiater*innen: Heinz Häfner, Franco Basaglia, David Cooper, Loren Mosher, um nur einige zu nennen. Ihrem Engagement ist es

mitzuverdanken, dass größere Reformen der Psychiatrie angestoßen wurden und Modellprojekte zur Ambulantisierung, Gewaltschutz und Patient*innenzentrierung allmählich ihren Weg in die Regelversorgung finden. Die Soziale Arbeit hingegen, zu deren Kernkompetenzen Beratung, Beziehungsarbeit, Hilfe zur Selbsthilfe, Vermitteln von Unterstützung und das Vernetzen von Unterstützer*innen im Sozialraum gehört, scheint sich insbesondere im stationären Bereich vielfach damit zu begnügen, gemeindenähe psychiatrieähnliche Angebote für Erwachsene vorzuhalten, die Teil des oben genannten Systems von Sonderstrukturen sind. Innerhalb dieser Sonderstrukturen geben Sozialarbeiter*innen regelmäßig Psychopharmaka aus und fordern Compliance ein (vgl. Zimmermann / Schulz 2023, S. 120). Insbesondere in Krisensituationen drängen auch Sozialarbeiter*innen Ihre Klient*innen zu psychiatrischen Klinikeinweisungen, nicht nur zum vermeintlichen Wohl der Klient*innen, sondern auch um sich selbst abzusichern und zu entlasten.

Im Gegensatz zur radikalen Kritik der Anti-Psychiatrie steht die Gemeinde-Psychiatrie in einem ambivalenten Verhältnis zur Anstalts-Psychiatrie: Sie muss mit ihr zusammenarbeiten und ist doch auch ihre Kritikerin. (...) Sie kann in ihrer gegenwärtigen, relativ offenen Form nur existieren, weil sie Zwang und Gewalt an andere Institutionen delegiert. Die Polizei oder das Gesundheitsamt ist für eine gewaltsame Einweisung, die psychiatrische Klinik für die Zwangsmedikation zuständig (Quintel 2005, S. 35).

Während sich die Anstaltspsychiatrie mit ihren historischen Altlasten, der fortwährenden Vermischung von Heilungs- und Disziplinierungsauftrag, dem daraus mit-resultierenden Gewaltproblem, der Psychopharmaka-Debatte und ihren fragwürdigen Behandlungserfolgen auseinanderzusetzen hat (vgl. Weinmann 2019), könnte sich die Klinische Soziale Arbeit in einzelnen Bereichen aus ihrer Nebenrolle der psychiatrischen Assistenzprofession herauslösen und in direkten Wettbewerb zur Psychiatrie treten, zum Beispiel in der Akutkrisenversorgung.

Für gesetzlich krankenversicherte erwachsene Menschen, die in akute seelische Krisen geraten, verengt sich die Auswahl an psychosozialen Unterstützungsangeboten mit der Schwere der Krise zunehmend und läuft nahezu alternativlos auf die Psychiatrie hinaus (siehe Kapitel 4.4). Anders als im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe existieren fast keine präventiven Erwachsenenschutzkonzepte und der Übergang von der sozialen Problemlage zur akuten Krise wird oft nicht wahrgenommen. „Hinweise auf Kindeswohlgefährdung werden über § 8a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) systematisch einer Meldepflicht unterzogen (...) Für erwachsene Menschen gibt es spezialgesetzliche Verpflichtungen nicht (...)“ (Klie 2021, S. 189). Ebenso hält die Kinder- und Jugendhilfe eine Vielzahl von sozialpädagogischen und -psychologischen Konzepten für ihre Klient*innen vor, um sie in ihren Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. Obwohl die lebenslange Entwicklungs- und Krisenfähigkeit heute wissenschaftlicher Konsens ist (vgl. Gahleitner 2017, S. 24 f.), dominieren im Umgang mit psychischen Problemen von Erwachsenen immer noch defizitorientierte Haltungen und Praxen (siehe Kapitel 4.3). Mit dem BTHG werden zentrale Forderungen auch der Sozialen Arbeit nach Gleichstellung und -behandlung von Menschen, die unter gesellschaftlichen Barrieren leiden, berücksichtigt, was schon jetzt konkrete Auswirkungen auf die Praxis der Eingliederungshilfe hat (siehe

Kapitel 3.3 und 5.6). Ausgerechnet im Bereich der Krisenhilfe jedoch, gibt es in der Regelversorgung fast keine von der Psychiatrie unabhängigen Konzepte und Angebote, die sicherstellen, dass Klient*innen auch und gerade in ihren verletzlichsten Lebensphasen vor psychiatrischer Etikettierung, Stigmatisierung, Zwang und Gewalt geschützt und in einem rechtebasierten personenzentrierten Unterstützungsmilieu gehalten werden können. „Eine krisenhafte Zuspitzung bietet grundsätzlich die Chance zur frühzeitigen Weichenstellung. Nicht immer müssen im Anschluss an die Krisenerstintervention kostenintensive akutpsychiatrische Maßnahmen ergriffen werden“ (Schleuning 2023, S. 47). Rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfen sind nötig, um diese entscheidende sozialpsychiatrische Versorgungslücke zu schließen.

2 Fragestellung, Struktur und Quellenlage

Die Fragestellung, die sich aus der skizzierten Ausgangslage ergibt, ist:

Welche Angebote, Methoden und Settings soll und kann die Soziale Arbeit für Menschen in schweren seelischen Krisen vorhalten, die eine psychiatrische Behandlung ablehnen und nach Alternativen suchen?

Um es gleich vorwegzunehmen, zielt diese Literaturrecherche über rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfen darauf ab, eine eklatante Versorgungslücke in der Sozialpsychiatrie zu verstehen, zu beschreiben und zu kritisieren: „Erprobte betroffenenorientierte humanistische stationäre sowie ambulante Angebote werden hierzulande nicht angeboten“ (Lehmann 2021, S. 257). Solange es um die Diskussion der Rahmenbedingungen und theoretischen Zugänge geht, stehen vielfältige wissenschaftliche Literaturquellen zur Verfügung. Wenn es jedoch um konkrete Konzepte und Erfahrungswerte von rechtebasierten personenzentrierten Unterstützungsangeboten geht, können manchmal nur Selbstdarstellungen und -auskünfte von Aktivist*innen und Psychiatrieerfahrenen auf den entsprechenden Internetseiten herangezogen werden oder Quellen aus dem anglo-amerikanischen Raum. Wenngleich rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfen und -dienste in der Praxis noch die absolute Ausnahme sind, so lassen sie sich dennoch methodisch beschreiben, aus der Sozialgesetzgebung argumentativ herleiten und in der bestehenden Versorgungslandschaft theoretisch verorten, nämlich als alternatives und (tatsächlich) komplementäres Angebot zur biomedizinisch psychiatrischen Akutversorgung.

Die Wahrnehmung der Aufgabe der psychiatrischen Notfallversorgung durch Krisendienste ist in den PsychKHG bisher nur unzureichend geregelt. (...) [Der Rechtsanspruch; Anm. d. Verf.] lässt sich aber mittelbar aus dem Subsidiaritätsprinzip ableiten, wonach alle einer Unterbringung vorrangigen Hilfen auszuschöpfen sind, um den Grundrechtseingriff, der mit der Unterbringung verbunden ist, zu vermeiden. Nach Art. 5 Abs. 3 und Art. 14 UN-BRK sind angemessene Vorkehrungen zu treffen damit es zu einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung gar nicht erst kommt (Marschner / Brosey 2022, S. 152 f.).

Um herauszuarbeiten, was genau mit einer rechtebasierten Unterstützung nach Lesart des UN-Sonderberichterstatters gemeint sein könnte, ist in Kapitel 3 eine Diskussion der

zentralen Begriffe nötig, aus denen sich der Titel dieser Bachelorthesis zusammensetzt. Bevor in Kapitel 5 die grundlegenden Haltungen und Methoden einer rechtebasierten personenzentrierten Krisenhilfe vorgestellt werden, befasst sich Kapitel 4 mit den Fragen der professionellen Selbstverortungen der Klinischen Sozialen Arbeit und den gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krisendienste.

3 Diskussion der zentralen Begriffe

3.1 Seelische Krise

Der Begriff *seelische Krise* meint im Folgenden alle Umstände, in denen ein Mensch mit stark belastenden oder widersprüchlichen Gefühlen, Gedanken sowie außergewöhnlichen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Empfindungen konfrontiert ist,

(...) den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern. Der Krisenbegriff steht nicht auf der Basis der traditionellen psychiatrischen Diagnostik und stellt auch keine eigene Krankheitseinheit dar (...) (Sonneck et al. 2016, S. 15).

Der Begriff *seelisch* soll darauf verweisen, dass es ebenso viele Deutungen von Krisen wie Menschen in Krisen gibt. Aus der Haltung der Personenzentrierung nach Rogers ist als zutreffendste Deutung einer Krise diejenige anzunehmen, die vom Betroffenen selbst kommt (vgl. Rogers 1986, S. 427 f.). Mehr noch als *psychosoziale*, oder *biopsychosoziale* soll *seelische Krise* den Horizont möglichst weit öffnen, auch für religiöse und spirituelle Deutungsmuster, wie sie insbesondere in psychotischen Erfahrungen regelmäßig auftauchen (vgl. Perry, 1974). *Seelisch* meint im Folgenden also nicht nur das Synonym für psychisch, sondern schließt auch jene Deutungsmuster mit ein, die im Laufe der Aufklärung verworfen und durch positivistische und materialistische Deutungen ersetzt wurden. In seinem Aufsatz *Das Grundproblem der heutigen Psychologie* von 1931 wendet sich C.G. Jung gegen den Vorrang des wissenschaftlichen Materialismus in der Psychologie und beschreibt jenes alte mystisch-religiös geprägte Verständnis von der Seele:

(...) dass sie von göttlicher Natur und darum unsterblich sei, dass es eine eigene Seelenkraft gebe, die den Körper aufbaue, sein Leben aufbaue, sein Leben unterhalte, seine Krankheiten heile und die Seele befähige, ein vom Körper unabhängiges Leben zu führen, dass es unkörperliche Geister gebe, mit denen die Seele verkehre und eine geistige Welt jenseits unseres empirischen Daseins aus der der Seele eine Wissenschaft um geistige Dinge zukomme, deren Ursprünge in dieser sichtbare Welt nicht aufgefunden werden können (Jung 1931 / 2021, S. 12).

Eine möglichst weite Deutungsoffenheit für Krisen ist schon allein darum geboten, weil die deutsche Sozialpsychiatrie immer mehr Menschen aus anderen Kulturkreisen aufnimmt, die ihre Krisen überwiegend in den Kontexten ihrer kulturellen Prägungen deuten, welche von westlichen psychiatrischen und psychologischen Deutungsmustern stark abweichen können. Häufig ziehen Helfende in der psychosozialen Arbeit mit Migrant*innen nicht in Erwägung, „dass nicht-westliche Kulturen andere Konzepte und Vorstellungen

von der Natur des Ichs haben, um das sich die Therapie dreht (...) [und; Anm. d. Verf.] ignorieren auch die historischen und politischen Hintergründe von Kolonialismus und Sklaverei (...)“ (Thomas / Yasmeen 2007, S. 275). Unterstützung für Menschen in Krisen aus nicht-westlichen Kulturen und für Anhänger*innen unterschiedlicher Weltanschauungen muss auf diese zugeschnitten sein, z. B. in Form von schamanischen Praktiken und Ritualen, durchgeführt von Personen, welche die Betroffenen für geeignet halten (vgl. ebd., S. 280). Dies ergibt sich auch aus der internationalen Definition von Sozialer Arbeit (vgl. IFSW 2014), die feststellt, dass sich diese auch auf indigenes Wissen stützt.

Der Begriff *seelische Krise* oder *chronifizierte seelische Krise* soll bewusst auch auf Zustände verweisen, die von einem biomedizinischen Paradigma aus als Krankheiten gedeutet und diagnostiziert werden. Damit soll zum Ausdruck kommen, dass die Pathologisierung von seelischen Krisen grundsätzlich kritisch zu reflektieren ist:

Diagnosen haben oft stigmatisierenden, seltener entlastenden Charakter. Der Versuch, das Ausmaß der Stigmatisierung psychischer «Erkrankungen» durch ihre Biologisierung zu mindern, ist vermutlich gescheitert. Mit der gesellschaftlichen Expansion von Diagnosen mit erfundenen biologischen Erklärungsmodellen nimmt die soziale Stigmatisierung eher zu, nicht ab (Aderhold 2018, S. 28).

Der hier vorgeschlagene Begriff *seelische Krise* soll auf die Recoveryorientierung verweisen, die auch langanhaltende seelische Krisen und Probleme als potenziell sinnstiftend und überwindbar versteht. Beispielhaft für das hier vertretene Krisenverständnis ist die Definition des Weglaufhauses Villa Stöckle in ihrer Konzeption:

Krisen sind für die Mitarbeiter*innen des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ nicht Ausdruck einer Krankheit oder eines Defizits, sondern einer Überforderung der eigenen Bewältigungsstrategien und des sozialen Umfeldes. Jedes Verhalten, auch ungewöhnliches, übernimmt im Leben des jeweiligen Menschen eine Funktion und kann ein Lösungsversuch einer konfliktreichen Situation sein. Neben individuellen Faktoren finden sich immer auch gesellschaftliche und soziale Ursachen, die zu einer Krise führen. Dies können Einschränkungen in den Entfaltungsmöglichkeiten, Verweigerung des Zugangs zu Ressourcen, Entzug der Lebensgrundlagen und als Existenz bedrohend wahrgenommene Ereignisse sein. Krisen sind ein normaler Bestandteil des Lebens und eine Chance zu konstruktiven Veränderungen (Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 3 f.).

Gleichzeitig soll und kann das historisch gewachsene und gesetzlich verankerte Konzept der psychischen Erkrankung im Kontext der Sozialen Arbeit in der Sozialpsychiatrie nicht ignoriert werden. Eine möglichst große Deutungsoffenheit für psychische Probleme und Phänomene jenseits des Alltäglichen schließt das Konzept der psychischen Erkrankung selbstverständlich mit ein, vor allem dann, wenn Klient*innen der Sozialen Arbeit diese Deutung bevorzugen und sie für die Kommunikation mit Behörden und Mediziner*innen erforderlich ist. Ohnehin verlieren mit der Implementierung des BTHG defizitorientierte biomedizinische Perspektiven und Zuschreibungen an Bedeutung und die Inklusion mit und trotz fortbestehender Probleme und Beeinträchtigungen tritt in den Vordergrund: „Der entscheidende Paradigmenwechsel für die sozialpsychiatrische Versorgung liegt darin, dass der Fokus nicht auf der krampfhaften Vermeidung von Symptomen liegt, sondern auf der Bewältigung des Alltags mithilfe rehabilitativer Angebote“ (Konrad / Rosemann 2020, S. 19).

3.2 Krisenhilfe, Krisendienste

Sozialarbeiter*innen leisten in allen Bereichen der Sozialpsychiatrie, an denen sie beteiligt sind, immer auch Krisenhilfe, vor allem in der Eingliederungshilfe, der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe sowie in der Resozialisierung von ehemaligen Strafgefangenen. Die verschiedenen Begrifflichkeiten verschleiern oftmals, dass das gemeinsame Grundproblem aller Betroffenen in der Regel ein psychosoziales ist (siehe Kapitel 4.3):

Je ausgeprägter die soziale Notlage, desto weniger lassen sich die Problemlagen, die den drei Hilfesystemen Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und Allgemeinpsychiatrie zugeordnet sind, trennen. Die Probleme in den drei Bereichen bedingen und verstärken sich gegenseitig und lassen sich mit den Mitteln nur eines Systems nicht lösen (Albers 2022, S. 5).

Auch sind Sozialarbeiter*innen in den Sozialpsychiatrischen Diensten der Kommunen tätig, die unter anderem bei Verdachtsfällen von Fremd- und Eigengefährdung in Verbindung mit möglichen psychischen Erkrankungen aktiv werden und versuchen, zwecks Klärung und Unterstützung, in Kontakt mit den betroffenen Personen zu treten (vgl. Brosey / Osterfeld 2023, S. 178). Jedoch besteht in allen etablierten Kontexten eine Versorgungslücke an nichtmedizinischen Akutkrisenhilfen. Rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfe meint im Kontext dieser Literaturrecherche Anlaufstellen oder aufsuchende Dienste sowie stationäre Settings für Menschen, die in Ihren Krisen Unterstützung suchen (oder akzeptieren) aber nicht psychiatrisch behandelt oder untergebracht werden möchten. Insbesondere in den Fällen, in denen eine ambulante Krisenbegleitung nicht möglich ist, fehlen stationäre nichtmedizinische Schutz- und Unterstützungsräume (vgl. ebd., S. 179). Ohne diese werden auch weiterhin Menschen aus einem reinen Mangel an Alternativen in psychiatrischen Kliniken eingewiesen oder untergebracht.

Rechtebasierte personenzentrierte Krisenangebote richten sich formal-organisatorisch an denselben bewährten Standards aus, wie psychiatrische und multiprofessionelle Krisendienste: „Besondere Bedeutung erlangen diese Dienste dann, wenn sie sieben Tage in der Woche und 24 Stunden am Tag in Betrieb sein können“ (Sonneck et. al. 2016, S. 102). Weitere Prinzipien und Standards sind:

- rascher Beginn,
 - Methodenflexibilität,
 - Fokus: Aktuelle Situation/Ereignis,
 - Einbeziehung der Umwelt,
 - Entlastung,
- (ebd., S. 20)
- mit mindestens zwei Fachpersonen interdisziplinär besetzt sein,
 - im ganzen Zuständigkeitsgebiet unverzüglich auch aufsuchend tätig werden,
 - fachärztlich – bei Bedarf auch vor Ort – eine akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung, der betroffenen Person abklären.

(Albers 2021, S. 161)

Etablierte Krisendienste und -einrichtungen vernetzen sich, kooperieren multiprofessionell mit psychosozialen Leistungserbringern im kommunalen Umfeld und vermeiden Doppelstrukturen (vgl. Gagel / Petzold 2021). Im Idealfall kann eine engmaschige, wenn nötig eine zeitweise ununterbrochene persönliche Begleitung durch Unterstützungspersonen in akuten Phasen gewährleistet werden, sei es in ambulanten oder stationären Settings (vgl. Mosher et al. 1994, S. 45 ff.). Begleitung bedeutet im ersten Schritt die unmittelbare Sicherstellung menschlicher Grundbedürfnisse und -rechte:

In einem ausschließlich helfenden System sind besonders niedrigschwellig erreichbare Wohnmöglichkeiten (Krisenpensionen), Gesundheitsdienste (auch für die körperliche Gesundheit) und finanzielle Assistenz (...) flächendeckend durchgehend erreichbar, ähnlich wie Hilfen für Frauen bei häuslicher Gewalt. Als Alternative zur Klinikeinweisung stehen Hometreatment (z.B. durch mobile Teams) und Krisenbegleitung (z.B. durch psychiatrieerfahrene Helfer) zur Verfügung, aber auch eine Wohnmöglichkeit ohne psychiatrische Behandlung kann sofort in Anspruch genommen werden (Zinkler / von Peter 2019, S. 205).

Der zentrale Unterstützungsfaktor in der Krisenbegleitung ist die Beziehung (vgl. Gahleitner 2017), insbesondere wenn sie von Kongruenz, Akzeptanz und Empathie getragen ist, den personenzentrierten Qualitäten nach Rogers,

(...) die sich in einer von den Betroffenen fast als freundschaftlich empfundenen Nähe zeigen. Die Sozialarbeiter*innen werden als (...) Personen [erlebt; Anm. d. Verf.], denen man sich anvertrauen kann, ohne Ängste oder Vorbehalte zu haben. Sie bedienen sich keiner äußeren Statusmerkmale, besonderer Fachtermini oder Anzeichen von Macht (Bischkopf / Lütjen 2023, S. 238).

Die unterstützende Person kultiviert auf diese Weise einen recoveryorientierten Beziehungsansatz, ohne die Risiken von Krisen aus dem Blick zu verlieren (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 29 f.). Anders ausgedrückt: Die unterstützende Person versteht sich als Copilot*in des Menschen in der Krise. Sie bestimmt oder beurteilt nicht den Kurs, sondern versorgt den Menschen in der Krise je nach Bedarf mit Informationen, Reflexionen und Optionen zur Selbstnavigation und unterstützt sie auf diese Weise bei ihren Entscheidungsfindungen (vgl. Zinkler / Mahlke / Marschner 2019). „Das Wesentliche Ziel der Krisenintervention ist die Hilfe zur Selbsthilfe“ (Sonneck et al. 2016, S.18). Im Sinne der Transparenz und der Selbstfürsorge kommuniziert die begleitende Person jederzeit auch die Grenzen der Unterstützung, seien sie zwischenmenschlicher, ethischer, rechtlicher Natur oder durch das jeweilige Setting gegeben (vgl. Liel 2023, S. 492 f.). Innerhalb der vereinbarten Regeln und Grenzen ist die Autonomie und Kreativität der Betroffenen im Ausdruck ihrer Krisenprozesse zu achten, zu fördern und auszuhalten (vgl. Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 22 f.). Die unterstützende Person greift nur im medizinischen Notfall oder anderen schwerwiegenden Gefährdungslagen und Grenzüberschreitungen direktiv in den Krisenprozess ein. Gefahrenabwehr, welche die eigenen Möglichkeiten übersteigt, erfolgt durch das Hinzuziehen der Polizei. Gemäß dem Konzept *einer ausschließlich unterstützenden Psychiatrie* (Zinkler / von Peter 2019), ist eine psychiatrische Diagnose im Rahmen der rechtebasierten Krisenbegleitung kein Kriterium mehr, um einen betroffenen Menschen in Konflikt- oder Gefahrensituationen anders zu behandeln als Menschen ohne Diagnose (vgl. S. 205). Eine rechtebasierte personenzentrierte

Krisenhilfe fokussiert die Bedürfnisse von Klient*innen, die keine psychiatrische Behandlung möchten, ohne selbst radikal antipsychiatrisch zu sein. Sollten Klient*innen im Verlauf der Zusammenarbeit doch nach Psychopharmaka oder psychiatrischer Behandlung verlangen, so ist auch dies zu unterstützen und zu begleiten (vgl. Mosher et al. 1994, S. 16 f.). Eine Krisenhilfe nach Lesart dieser Literaturrecherche ist jedoch keine, die psychiatrischen Einrichtungen oder Personal untersteht, mit dem Auftrag oder auch nur der Tendenz, Menschen in Krisen ohne ihren ausdrücklichen Wunsch dem psychiatrischen System zur Begutachtung, Behandlung oder Kontrolle zuzuführen. „Gespräche mit Dritten finden ohne Zustimmung nicht statt. Aufträge von Dritten werden nicht angenommen, ohne dies mit der betroffenen Person abzusprechen (Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 5 f.).

3.3 Rechtebasiert

Rechtebasiert meint im Kontext dieser Literaturrecherche und in Anlehnung an die zitierten Ausführungen des UN-Menschenrechtsrates (2020) *menschenrechtsbasiert*. Damit soll zum Ausdruck kommen, dass die Soziale Arbeit im Kontakt mit Menschen in Krisen zwar im Rahmen des nationalen Rechts agiert, sich jedoch stets an den Idealen der Menschenrechte auszurichten und wenn nötig, diese zu verfechten und einzufordern hat:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend (IFSW 2014).

Für Menschen mit Behinderungen und in seelischen Krisen gibt es bereits eine Vielzahl von Gesetzen, vor allem im GG, SGB, BGB und in den PsychKGs der einzelnen Bundesländer, die Betroffenenrechte stärken, schützen und Eingriffe in Grundrechte streng reglementieren. Würde das bereits geltende Recht in der Praxis konsequent personen- anstatt institutionenzentriert umgesetzt, könnte bereits jetzt ein Großteil der Menschenrechtsverletzungen in der (Sozial-)Psychiatrie vermieden werden (vgl. Zinkler 2016, S. 226). Dennoch ist immer von einer Diskrepanz zwischen den idealtypischen Normen der Menschenrechte und den Gesetzen auf nationaler Ebene auszugehen, die unweigerlich kompromisshaft aus komplexen politischen, soziokulturellen und ökonomischen Aus-handlungsprozessen hervorgehen und sich entsprechend behäbig weiterentwickeln.

Es fehlt das Verständnis, dass die Menschenrechte ihrer Natur nach Normen sind, die Vorgaben machen, denen die Wirklichkeit zwar nicht immer entspricht oder entsprechen kann. Der Anspruch der Menschenrechte jedoch leitet sich nicht aus dem Machbaren, sondern aus unbedingtem Respekt gegenüber der Menschenwürde ab. (...) Nicht die Menschenrechte müssen sich an die Welt, sondern die Welt und damit auch die Psychiatrie muss sich an die Menschenrechte anpassen (Aichele 2016, S. 31 f.).

Besonders offensichtlich zeigt sich dieses Spannungsverhältnis in der Debatte um medizinische, insbesondere psychiatrische Zwangsmaßnahmen (siehe Kapitel 4.5.1). Während sich verschiedene UN-Gremien eindeutig für ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ausgesprochen haben, hat das Bundesverfassungsgericht

Zwangsmaßnahmen unter bestimmten engen Voraussetzungen für rechtfertigend erklärt (vgl. Deutschen Instituts für Menschenrechte 2023b, S. 1). Vor diesem Hintergrund muss der Fokus der Sozialen Arbeit in der Sozialpsychiatrie auf der Vermeidung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen liegen. Viele Menschen, denen in akuten seelischen Krisen psychiatrischer Zwang angedroht wird, lehnen Unterstützung nicht per se ab, sondern lediglich psychiatrische Zwangs- und Behandlungsmethoden, oftmals resultierend aus schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit.

Besondere Bedeutung kommt den Wünschen und Präferenzen von Personen zu, die sich bisher vom Hilffssystem abgewendet haben und Opfer von Zwangsmaßnahmen wurden (...). Erst wenn sich die professionellen Helfer darauf einstellen, was diese Personen vom Hilffssystem erwarten, wird eine effektive Hilfe geleistet werden können (Zinkler / von Peter 2019, S. 204).

Rechtebasiert meint im Kontext dieser Literaturrecherche die Freiheits-, Abwehr- und Selbstbestimmungsrechte von Betroffenen stärkend, die durch Zwangsetikettierungen, -einweisungen und -behandlungen in psychiatrischen Anstalten sowie nicht zuletzt durch einen Mangel an alternativen Unterstützungsangeboten regelmäßig eingeschränkt werden. Eine rechtebasierte Unterstützung von Menschen in Krisen durch die Soziale Arbeit, zumal, wenn sie von der Sozialforschung begleitet und evaluiert wird (vgl. Jungbauer 2023, S. 475 f.), könnte in ein konstruktives Spannungs- und Konkurrenzverhältnis zur dominanten biomedizinischen Akutversorgung treten. Der seit Jahrzehnten andauernde wissenschaftliche Diskurs um das korrekte Verständnis von psychischen Problemen zwischen den Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Psychiatrie könnte fortgeführt werden, ohne dass die konkreten individuellen Bedürfnisse sowie die Rechte der Betroffenen dabei aus dem Blick geraten. Im Gegenteil: Eine rechtebasierte Unterstützung fördert Selbstvertretung, Peer-Arbeit, Selbsthilfegruppen, Trialog, betroffenenkontrollierte Settings sowie die Sensibilisierung und Aktivierung von Familie, Nachbarschaft, Sozialraum und Politik (siehe ausführlich Kapitel 5). Alles ureigenste Anliegen, Forschungs- und Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit, nur leider noch nicht im Kontext einer rechtebasiert ausgerichteten (Akut-)Krisenhilfe.

3.4 Personenzentriert

Der Begriff *personenzentriert* geht auf die klient*innenzentrierte Gesprächstherapie nach Carl Rogers in den 1940er Jahren zurück. Rogers nahm an, dass jeder Mensch die besten Problemlösungsstrategien aus sich selbst heraus entwickelt, wenn er ein unterstützendes Beziehungsangebot erhält, das sich durch Kongruenz, unbedingte Wertschätzung (Akzeptanz) und Empathie auszeichnet (vgl. Weinberger 2013, S. 21 f.). „In der Klient-bezogenen Therapie wird der Klient allmählich aufgrund der Beziehung und der Art, in der der Berater sie handhabt, davon überzeugt, dass er so akzeptiert wird, wie er ist, und dass jeder neue Aspekt, den er in Bezug auf sich selbst offenbart, ebenfalls akzeptiert wird“ (Rogers 1986, S. 445). Ein weiteres Kernelement der klient*innenzentrierten Haltung ist das Konzept der *Selbstaktualisierungstendenz* bzw. *Selbstverwirklichungstendenz*, vereinfacht gesagt, die Überzeugung, dass sich Menschen stets zur bestmöglichen Version ihrer selbst entwickeln, soweit es ihnen die äußeren

Umstände ermöglichen oder verwehren. Auf der Ebene der Berater*in-Klient*in-Beziehung werden die Bedürfnisse, das Verhalten und die Lösungsstrategien der Klient*in wertgeschätzt oder zumindest akzeptiert. Die Unterstützungsperson fördert dadurch die Selbstexploration der betroffenen Person, ohne sie in eine vordefinierte Richtung zu lenken, zu bewerten oder sie zu kategorisieren. „In diesem günstigen Klima ist das Individuum frei, jede Richtung zu wählen, aber es entscheidet sich für positive und konstruktive Wege“ (Rogers 2022, S. 84). In seinen späten Schriften löste Rogers sein Konzept aus dem Kontext einer reinen Berater*in-Klient*in-Beziehung heraus und bezog es unter dem neutraleren Begriff *personenzentriert* auf vielfältige zwischenmenschliche, soziale und politische Beziehungskonstellationen. Zudem erweiterte er das Konzept der *Selbstverwirklichungstendenz* um die spirituell-transzendente Dimension (vgl. ebd., S. 79 f.). Dabei betonte Rogers, dass sich personenzentrierte Gemeinschaften auf unabhängige, kreative und eigenverantwortliche Individuen stützen, die sich gegenseitig in ihrem persönlichen Wachstum und ihrer Unabhängigkeit bestärken: „Aufgrund dieses zentralen Anliegens, das Individuum in seiner Macht zu bestätigen, betrachten wir unsere Methode als personenzentrierten Ansatz“ (ebd., S. 86).

1997 taucht der Begriff der Personenzentrierung bzw. -orientierung zum ersten Mal im deutschen sozialpsychiatrischen Fachdiskurs der Aktion Psychisch Kranke auf (vgl. APK 1997) und bezieht sich auf das Verhältnis Klient*innen – (Sozial-)Psychiatrie. Von dort aus gelangt er über das Bedarfsermittlungsinstrument der Eingliederungshilfe IBRP, das ebenfalls von der Aktion Psychisch Kranke konzipiert wurde, zu größerer Bekanntheit und häufiger Verwendung in den psychosozialen Arbeitsfeldern und Diskursen (vgl. Schäfers 2014, S. 321). 2008 wird der Begriff schließlich in der sozialpolitischen Debatte um die Reform der Eingliederungshilfe verwendet, die maßgeblich im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz geführt wurde (vgl. ASMK 2008). 2010 bringen sich die Fachverbände der Behindertenhilfe mit einem eigenen Positionspapier zur Personenzentrierung in Stellung und verknüpfen dabei den Begriff mit der UN-BRK, die ihn selbst nicht enthält:

Personenzentrierung im System der Behindertenhilfe führt die Erfahrungen der Psychiatriereform seit den 1970er Jahren und die Erfahrungen mit der Individualisierung und Ambulantisierung der Hilfen seit den 1990er Jahren weiter und ist die logische Konsequenz aus der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist (Fachverbände der Behindertenhilfe 2010, S.1).

Während sich im Begriff der Personenzentrierung nach Rogers die Kernannahmen und -haltungen der humanistischen Psychologie vereinen, so ist der gleichnamige in die deutsche Sozialpolitik eingewanderte Begriff, je nachdem, wer ihn in welcher Absicht verwendet, unscharf und mehrdeutig. „Zentral sind die Fragen: Wer steuert was? Und wer steuert wen? Es geht also auch um die Aushandlung der Gestaltungsmacht“ (Wiese 2018, S. 252). Im Grunde genommen erscheint es von vornherein widersprüchlich, das Konzept der ursprünglich therapeutisch konnotierten Klient*innenzentrierung auf das sozialstaatliche Dreiecksverhältnis zwischen Leistungsträgern, -erbringern und -berechtigten zu übertragen, denn: Weder im ursprünglich therapeutischen noch im erweiterten personenzentrierten Konzept nach Rogers existieren vorgefasste Hilfsangebote, nicht

einmal Ratschläge und auch kein Anspruch darauf. Ebenso wenig gibt es Diagnosen, Zielvereinbarungen und -überprüfungen. Es zeichnet sich eben dadurch aus, dass es Kategorisierung, Lenkung und Kontrolle des Gegenübers als kontraproduktiv zurückweist. Für die Personenzentrierung nach sozialstaatlicher Lesart gilt hingegen:

Hilfen unterliegen staatlichen und rechtlichen Vorgaben, bestimmten Prüf- und Kontrollverfahren sowie möglichen Auflagen. Die müssen Klient*innen im Rahmen der gesetzlich verankerten Mitwirkungspflicht dulden bzw. akzeptieren oder sie erhalten die Unterstützungsleistung nicht (Walther 2023, S. 19).

Es stehen nur jene Unterstützungsmethoden und -settings zur Verfügung, die der Staat für wirksam und kostengünstig hält, unabhängig davon, ob sie der*die Nutzer*in für wirksam hält oder sie im Einzelfall tatsächlich hilfreich sind. „Insofern bekommen Klient*innen manchmal Hilfe, die sie nicht als Hilfe erleben bzw. die sie nicht wollen. Umgekehrt bekommen sie manchmal nicht das, was ihrem Bedürfnis nach Hilfe entspricht“ (ebd., S. 23). Wirksamkeit und Qualität der Maßnahmen müssen durch den Leistungserbringenden fortwährend evidenzbasiert argumentiert und dokumentiert werden (vgl. Waters / Weigand 2023, S. 177), wodurch Nutzer*innen sich damit abfinden müssen, dass im Zuge der Dokumentationspflicht höchst sensible Informationen über ihre Personen gesammelt werden. Nur wenn Nutzer*innen all diese Kontrollmaßnahmen hinnehmen, wird ihnen die Personenzentrierung nach Lesart des BTHG zuteil, erst dann beginnt die Teilhabe. Somit bleibt der Klinischen Sozialen Arbeit auch nach der Umsetzung des BTHG die Auseinandersetzung mit dem doppelten Mandat erhalten, da sie weiterhin zwischen den teils widerstreitenden Interessen des Sozialstaats und der Klient*innen vermitteln muss (vgl. Walther 2023, S. 18).

Personenzentrierung wird somit einerseits zu einem Steuerungsinstrument, das bedarfsgerechtere und effizientere Leistungen organisiert, Leistungsberechtigte zur Mitwirkung aktiviert und mittels Finanzierungskonzept damit Kosten sparen kann und andererseits zu einem Selbstbestimmungskonzept, das Leistungsberechtigte aus paternalistisch-fürsorglichen Strukturen befreit und sie als Expert*innen ihrer eigenen Teilhabebedarfe ernst nimmt (Wiese 2018, S. 250).

Beispielhaft für das Spannungsverhältnis zwischen personenzentrierter Neuausrichtung und weitgehend gleichbleibenden Versorgungsstrukturen und -ausgaben ist die Neubestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises. Im Zentrum der bis dato nicht abgeschlossenen Debatte steht § 99 SGB IX und der Begriff der *wesentlichen Behinderung*, der vom Menschen als Träger*in einer Behinderung im medizinischen Sinn ausgeht. Auf diese Weise konnte der Zugang zur Eingliederungshilfe bisher über medizinische Diagnosen nach dem ICD-10 gesteuert werden, was nach den Maßgaben der UN-BRK nicht länger haltbar ist (vgl. Konrad 2022, S. 47). In Anlehnung an die neue Definition von Behinderung lt. § 2 SGB IX kommentiert der Deutsche Bundestag (2016) in seinem Gesetzentwurf zum BTHG:

Das leistungsauslösende Moment wird nun nicht mehr an der Person selbst bzw. an Persönlichkeitsmerkmalen festgemacht („er/sie ist wesentlich behindert“), sondern an der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt, d.h. wenn die Fähigkeit zur gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße eingeschränkt ist und deshalb personelle oder technische Unterstützung in an der ICF-orientierten Lebensbereichen notwendig ist (S. 198 f.).

Umstritten ist seitdem, welche Formulierung den Kreis der bisher leistungsberechtigten Personen weder erweitert, noch Personen ausschließt, die auf der Grundlage der bisherigen Rechtslage Leistungen erhalten. Mittlerweile wurde die Sprachregelung des § 99 SGB IX unter antidiskriminierenden Gesichtspunkten angepasst und um den unbestimmten Rechtsbegriff *erheblich eingeschränkte Teilhabe* ergänzt, was auf die ICF-Orientierung des zu reformierenden Gesetzestextes verweisen soll. Gleichzeitig ist der Begriff *wesentliche Behinderung* immer noch Teil des Gesetzestextes und somit bleiben medizinische Diagnosen, zumindest übergangsweise, leistungsauslösendes Hauptkriterium.

Diese Paradoxien der Personenzentrierung können verstanden werden als Ausdruck einer „Verschwisterung“ von konservativen und progressiven Argumenten: konservativ insofern, als die grundlegenden Systembedingungen der Eingliederungshilfen erhalten bleiben (können); progressiv insofern, als mit Personenzentrierung moderne Leitideen wie Selbstbestimmung, Individualisierung der Hilfen, Teilhabe und Inklusion in Verbindung gebracht werden (können) (Schäfers 2014, S. 333).

Wenngleich der Begriff der sozialstaatlichen Personenzentrierung in einem Diskursstrang auf die Stärkung von Betroffenenrechten gerichtet ist, taucht er jedoch kaum im Kontext einer psychiatriekritischen Auseinandersetzung auf. Größer ist offenbar die inhaltliche Nähe und Deutungsoffenheit zu einem anderen prominenten Begriff im sozialpsychiatrischen Fachdiskurs, dem *biopsychosozialen Modell von Krankheit und Gesundheit*. Der Deutschen Ethikrat (2018) stellt fest:

Wirksamkeitsstudien belegen, dass auch schwere affektive Störungen durch die Kombination von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialarbeit [= biopsychosozial; Anm. d. Verf.] erheblich gelindert werden können. Bei der Verwirklichung eines solchen personenzentrierten Ansatzes können Zwangsmaßnahmen allenfalls vorübergehend akzeptabel sein (S. 124).

Anders formuliert: Personenzentriert ist ein Behandlungsansatz für schwere affektive Störungen, wenn er Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialarbeit kombiniert sowie, falls nicht anders möglich, vorübergehend auf Zwangsmaßnahmen zurückgreift. Und wer fragt, was die Betroffenen möchten? Eine erstaunliche Begriffsgenese seit Rogers.

Auch das biopsychosoziale Modell von Krankheit und Gesundheit erzeugt ein diskursives Dilemma. Einerseits stellt es die psychologischen und sozialen Faktoren auf eine Stufe mit den biologischen Erklärungen zu Gesundheit und Krankheit. „Ein primär biologisch-somatisch geprägtes Verständnis von Krankheit und Störung, wie es in der Medizin und der Psychiatrie vorherrscht, wird so in einen soziopsychobiologischen Kontext transformiert“ (Pauls / Mühlum 2024, S. 26). Andererseits verwischt es im Bemühen um ein einvernehmliches, alles erklärendes Theoriegebäude konkurrierende, einander widersprechende Deutungen sowie Alleinstellungsmerkmale der Professionen und überdehnt dabei den Rahmen des wissenschaftlich Darstellbaren.

Wenngleich wichtige Teilaspekte, wie der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit bzw. Benachteiligung und erhöhtem Erkrankungsrisiko durch zahlreiche Studien belegt sind (vgl. Gahleitner et al. 2017, S. 22), kann das biopsychosoziale Modell als Ganzes bis heute nicht befriedigend durch die Sozialforschung in seiner Wirkungsweise erklärt werden (Selbstzitation Bruhn 2021, S. 12):

Das Problem der Wechselwirkungen und Übergänge zwischen den Integrationsebenen ist nicht gelöst. Damals wie heute stellten und stellen jedoch die dafür nötigen großen und repräsentativen Longitudinal-Designs, die dafür nötigen großen und repräsentativen Stichproben und adäquate Operationalisierung der komplexen Prozesse eine z.T. unlösbare Herausforderung dar (Gahleitner et al. 2017, S. 27).

Mit Blick auf die Schaffung echter Alternativen zu psychiatrischen Angeboten und Zwängen taugt der Begriff der Personenzentrierung nur in Verbindung mit einer deutlichen psychosozialen Positionierung und dem Rekurrieren auf die ursprünglichen humanistischen Prinzipien der Personenzentrierung nach Rogers. Werden Begriffe wie *Personenzentrierung*, *Teilhabe* und *biopsychosozial* von unterschiedlichen Akteur*innen in Sozialpolitik, -wissenschaft und Praxis überwiegend mit euphemistischem Scheinkonsens aufgeladen, drohen sie bis hin zur diskursiven Nutzlosigkeit zu verflachen und zu Floskeln zu verkommen (vgl. Feuser 2011, S. 7).

Bleibt die Frage, ob Personenzentrierung in ihrer ursprünglichen humanistischen Ausrichtung nach Rogers in der Eingliederungshilfe überhaupt denk- und umsetzbar ist? Ein gutes Beispiel für ein solches Unterstützungsangebot ist *die Persönliche Ombudsperson* (PO) im schwedischen Hilfesystem. Eine PO bemüht sich darum, denjenigen ein Angebot zu unterbreiten, die am schwersten zu erreichen sind (*hard to reach*) und sich nicht mehr selbst um Hilfe bemühen können oder wollen.

Die Dienstleistung besteht in erster Linie aus unterstützter Entscheidungsfindung für Menschen mit schwierigsten psychischen Problemen (Jespersen 2007, S. 314). Bei PO-Skåne gibt es keine formale Prozedur zur Zuteilung eines POs. Wenn die Beziehung aufgebaut ist, fragt der PO einfach: „Möchtest du, dass ich dein PO bin?“ Wenn die Antwort „ja“ ist, ist alles geklärt (ebd., S. 315). Die Klienten haben das Recht gegenüber den Behörden anonym zu bleiben. Wenn sie nicht möchten, dass ihr PO irgendjemandem erzählt, dass sie einen PO haben, muss das respektiert werden (...). Der PO behält keine Unterlagen. Alle Unterlagen einschließlich Notizen gehören dem Klienten (ebd., S. 316).

4 Die Verortung der Krisenhilfe in der Sozialpsychiatrie. Zuständigkeit, Verfügbarkeit und gesetzliche Rahmenbedingungen

4.1 Die Dominanz medizinischer Interpretationen und Maßnahmen für seelische Krisen

Das Gesundheitssystem für psychische Gesundheit wird weltweit von einem reduktionistischen biomedizinischen Modell dominiert, das die Medikalisierung nutzt, um Zwang als systematische Praxis zu rechtfertigen und die vielfältigen menschlichen Reaktionen auf die zugrunde liegenden schädlichen sozialen Determinanten (wie Ungleichheit, Diskriminierung und Gewalt) als "Störungen" zu qualifizieren, die behandelt werden müssen (UN Human Rights Council 2020, S. 4, eigene Übersetzung).

Da die Grundstrukturen und Zuständigkeiten des deutschen sozialen Versorgungs- und Hilfesystems von den BTHG-Reformen weitgehend unberührt bleiben, wird die Psychiatrie ihre Schlüsselstellung innerhalb des psychosozialen Hilfesystems vermutlich beibehalten. Obwohl es ein zentrales Anliegen der Psychiatriereform ist, medizinische und komplementäre Leistungen eng miteinander zu verknüpfen, bleiben sie verschiedenen

Sektoren der Kostenträgerschaft zugeordnet. Der Zugang zum sozialpsychiatrischen Hilfesystem oder wahlweise zu bestimmten komplementären Angeboten erfolgt bis heute fast ausschließlich über psychiatrische Diagnosen.

Leistungsberechtigt sind nach wie vor ausschließlich Personen mit solchen psychiatrischen Diagnosen, die gemäß der gesetzlichen Verordnung eine Einschränkung in der Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zur Folge haben können. Demnach besitzt die Medizin entscheidende Definitionsmacht über den Leistungsanspruch in der Gemeindepsychiatrie, obwohl der Bereich sozialrechtlich als komplementär und damit gleichrangig zur medizinischen Versorgung angelegt ist (Bister, 2021, 164 f.).

Fachärzt*innen für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie haben demnach eine gesetzlich verankerte Gatekeeperfunktion zum sozialpsychiatrischen Hilfesystem qua medizinischen Deutungen von seelischen Problemen inne (vgl. ebd.). Ob sich das im Zuge ICF-konformen Anpassung des leistungsberechtigten Personenkreises für die Eingliederungshilfe entscheidend ändern wird, ist, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, derzeit noch offen. Medizinische Deutungen von seelischen Problemen werden in jedem Fall weiterhin eine Rolle spielen. „Die fachärztliche und psychologische Expertise wird nun gebraucht für die Feststellung der seelischen Beeinträchtigungen, die in der ICF als mentale Beeinträchtigungen bezeichnet werden“ (Konrad 2022, S. 48).

Die zentrale machtvollte Stellung der Psychiatrie ergibt sich des Weiteren aus ihrem hohen praktischen Wert für das Steuerungs- und Kontrollbedürfnis des Sozialstaats, dem möglichst komplexitätsreduzierende einheitliche Kategorien zur Bewertung von Problemlagen und dem Auslösen von Maßnahmen entgegenkommen (vgl. Rufer 2007, S. 407). Während sich psychiatrische Diagnosen perfekt in das sozialstaatliche Schubladendenken einfügen, gehen ICF-gestützte multidimensionale Einzelfallbetrachtungen mit einem ungleich höheren Erhebungs- und Verwaltungsaufwand einher. „Die Träger der Eingliederungshilfe tun sich (...) noch sehr schwer mit dem differenzierten System der ICF, das administrativ schwer zu handhaben ist, weil sich die Komponenten gegenseitig bedingen“ (Konrad 2022, S. 104). Mittels psychiatrischer Diagnosen hingegen wird eine potenziell unbegrenzte Anzahl einzigartiger individueller Lebenserfahrungen und Problemlösungsstrategien einer Hand voll pathologisierender Kategorien zugeordnet, die einer gesetzlichen Definition von *wesentlicher Behinderung* entweder genügen oder nicht genügen.

Psychische Erkrankungen und ihre diagnostische Einteilung sind eine gesellschaftliche und fachgesellschaftliche Konstruktion. Die Symptome, die als Kriterien für die Klassifikation dienen, sind als Phänomene dimensional in einer Population verteilt, das heißt die Grenze zwischen Normbereich («Normalität») und Abweichung («psychische Erkrankung») ist eine willkürliche, auf Konventionen beruhende Setzung (Aderhold 2018, S. 25).

Ein weiterer Grund für die dominante Stellung der Psychiatrie ist die ausgeprägte ordnungsrechtliche Sicherungs- und Korrekturfunktion für Menschen, die als gefährlich eingestuft werden und denen als Ursache dafür eine psychische Erkrankung unterstellt bzw. diagnostiziert wird. Es „(...) entsteht der Eindruck, dass bestimmte diagnostische Klassifikationen dazu benutzt werden, um ganze Bevölkerungsgruppen als Gefährder zu stigmatisieren“ (Osterfeld, Zinkler 2016, S. 12). Auf diese Weise kann der Staat erheblich mehr Menschen aus präventiven Abwägungen die Freiheit entziehen, als es z.B. über

das Polizeirecht möglich wäre (vgl. § 35 Abs. 1 Nr. 2 PolG) und er hält sich über den forensische Maßregelvollzug zusätzlich die Möglichkeit von zeitlich unbestimmten Freiheitsentzügen offen. Wie die öffentliche Debatte um medial stark rezipierte Extremfälle von sexuellen Straftaten an Minderjährigen durch angeblich psychisch kranke Straftäter in den 1990er Jahren gezeigt hat, sind Psychiatrie und Forensik weiterhin dafür anfällig, dass populistisch erzeugte Ängste, Vorurteile und Rachegelüste aktionistisch an sie zur Beschwichtigung delegiert werden (vgl. Kammeier 2015, S. 436 f.). So stieg die Anzahl der im Maßregelvollzug forensisch untergebrachten Menschen von 2.092 im Jahr 2005 (vgl. ebd., S. 437) auf ca. 12.000 im Jahr 2023 (vgl. Zeidler / Dudeck / Frank et al. 2024, S. 1). Psychiatrische Untersuchungen als Voraussetzung für den Zugang zu großen Teilen der sozialpsychiatrischen Regelversorgung bekommen aus dieser Perspektive zusätzlich den Beigeschmack einer pauschalen Kontrolle auf Gefährlichkeit aufgrund stigmatisierender Zuschreibungen, ohne dass dieser Zweck für die Begutachteten erkennbar wird. Exemplarisch für diese Strategie steht der Gesetzentwurf zur Reform des bayrischen PsychKHGs (vgl. Bayrischer Landtag 2018), in dem flächendeckende Krisenhilfen mit einer polizeilichen Vorratsdatenspeicherung über Betroffene verknüpft werden sollte, die psychiatrisch untergebracht werden (siehe auch Kapitel 4.5.2). Zinkler und von Peter (2019) kritisieren diese Praxis in Ihrem Gegenentwurf einer menschenrechtskonformen, ausschließlich unterstützenden Psychiatrie:

Keinesfalls darf aus der Feststellung einer psychiatrischen Diagnose eine Benachteiligung hinsichtlich eines Freiheitsentzugs oder ein besonderer Freiheitsentzug (unfreiwillige Unterbringung in einer Klinik) hergeleitet werden. Die Feststellung bzw. Behauptung von Einwilligungsunfähigkeit hinsichtlich Behandlung oder Unterstützung kann nicht mehr zur Rechtfertigung von Eingriffen in die Freiheitsrechte herangezogen werden. Rechtliche Sanktionen hingegen erfolgen diskriminierungsfrei auf der Basis der für alle geltenden Rechte (S. 208).

Aufschlussreich für die Betrachtung des Vorrangs medizinischer Interpretationen für seelischer Krisen ist die S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (DGPPN, 2018). Die Leitlinie kommt durch die Beratung der wichtigsten Akteur*innen und ihren Organisationen in der Sozialpsychiatrie zustande (vgl. S. 5 ff. des Impressums) und vermittelt einen Eindruck vom aktuell konsensfähigen Stand des Verständnisses von seelischen Problemen und deren Behandlung. Die Leitlinie betont und empfiehlt recoveryorientierte, personenzentrierte und lebensweltliche Interventionsformen, wie Hometreatment, Selbsthilfe, Peer-Hilfe, unterstütztes Wohnen, Ergo-, Kunst- und Sporttherapie. Insgesamt bestärkt und bestätigt sie die Bedeutung von psychosozialen Konzepten der Unterstützung von Menschen in seelischen Krisen und ist in weiten Teilen deckungsgleich mit den Standpunkten und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit. Man sollte also annehmen, dass die Soziale Arbeit, die mit ihren Angeboten und Methoden die Sozialpsychiatrie nachhaltig mitgestaltet, in einer Leitlinie über psychosoziale Methoden als wichtige Profession besprochen wird. Weit gefehlt. Sucht man in dem Dokument nach dem Wort bzw. Wortbestandteil *sozial*, so werden zwar 1.107 Erwähnungen angezeigt, die Suche mit Blick auf die Profession fällt hingegen ernüchternd aus: *Sozialarbeit*: 21, *Soziale Arbeit*: 8 und *Sozialpädagog*: 4 Erwähnungen. Die meisten dieser Treffer kommen wiederum nur zustande, weil sich eine reine Aufzählung von

Berufsgruppen mehrmals in dem Dokument wiederholt. Zum Vergleich: Der Wortbestandteil *Ergothera* (für *Ergotherapie* und alle Wortvarianten) findet 188-mal Verwendung. Aus Sicht der Sozialen Arbeit und ihr Adressat*innen stellen sich die aktuellen Trends in der SGB V-basierten Psychiatrie, wie sie die Leitlinie präsentiert, zwiespältig dar: Adressat*innen, die mit einer psychiatrischen Behandlung einverstanden sind, profitieren (theoretisch) von zunehmend differenzierten personenzentrierten und lebensweltorientierten Angeboten. Der Sozialen Arbeit als Profession wird diese Entwicklung jedoch kaum attribuiert. Wenngleich Fachverbände der Sozialen Arbeit an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren, drängt sich der Eindruck auf, dass diese überwiegend der Logik kassenfinanzierter oder potenziell finanzierbarer Leistungen folgt und kaum über den Tellerrand des SGB V blickt. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG 2020a) kritisiert:

Eine Versorgung von Personen mit komplexer Krankheitssymptomatik erfordert grundsätzlich einen personenzentrierten Ansatz, der die SGB-Systematik in der Erbringung von Leistungen in die zweite Reihe stellt. Die unzureichende und nur auf medizinische Bedarfe begrenzte Krankenversorgung im SGB V verhindert einen ganzheitlichen Behandlungsansatz und verschiebt behandlungsrelevante Versorgungsbedarfe in das SGB VI, IX, XI oder XII (S. 1).

Aus Sicht der medizinischen Psychiatrie bieten psychosoziale Therapien, die den SGB V-Leistungen zugeordnet werden, nur Vorteile. In der öffentlichen Wahrnehmung und im Fachdiskurs kann sie dadurch womöglich eine Imageaufwertung erzielen. Gleichzeitig kann sie die Klient*innen- und Medikamentenströme innerhalb der ihr unterstehenden SGB V-Maßnahmen weiterhin qua Diagnose, Rezept und Verordnung gewinnorientiert durch ihre Teilsysteme lenken. Zwar sind medikamentöse Behandlungen gar nicht Gegenstand der S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (vgl. DGPPN 2018, S. 4), jedoch finden die Begriffe *Compliance* 35-mal, *Adhärenz* 39-mal und *Krankheitseinsicht* 11-mal Verwendung, überwiegend in dem Kontext, dass Medikamentencompliance bzw. -adhärenz sowie die Krankheitseinsicht durch die begleitenden psychosozialen Therapien bei den Klient*innen erhöht werden können. „Die Vergabe von Neuroleptika, auch unter Zwang, verbreitet sich trotz entgegenstehender Evidenz über die allgemeine Psychiatrie und Forensik hinaus auf neue Zielgruppen, etwas in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Altenpflege beziehungsweise Gerontopsychiatrie“ (Aichele 2016, S. 28). In diesem Sinne könnte man von einem strategischen sich Einverleiben psychosozialer Angebote und Methoden sprechen, womöglich, weil sie außerhalb des SGB V und ohne die Psychiatrie als federführende Profession genauso gut oder besser funktionieren. In der Zusammenarbeit von Betroffenen mit ihren qualifizierten Assistent*innen etwa steht das unterstützte Abwägen von Vor- und Nachteilen verschiedener, auch nichtmedizinischer Optionen im Vordergrund.

Compliance war gestern und Adhärenz im Sinne der Therapietreue ist auch nicht gemeint. Es geht vielmehr darum, gemeinsam mit der leistungsberechtigten Person einen Weg zu finden, die medikamentöse Verordnung des Arztes zu beeinflussen und das richtige Maß der Medikation für stressbedingte Situationen im Sinne einer gesundheitsfördernden Selbstbestimmung zu finden (Konrad 2022, S. 92).

Im Zuge einer rechtebasierten personenzentrierten Unterstützung definieren Klient*innen ihre Verfasstheiten selbst und entscheiden frei, ob überhaupt, welche und wie viele der ihnen von ärztlicherseits empfohlenen Medikamente sie einnehmen möchten sowie, ob, wann und wie oft sie eine*n Psychiater*in treffen möchten. „Nur mit Wahlmöglichkeiten und einem gestärkten Recht auf ein »Nein« ist es möglich, in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht zu wahren“ (Lehmann 2019, S. 108). Die DVSG kritisiert in ihrer Stellungnahme von 2020(b) darüber hinaus, dass nahezu alle in der S3-Leitlinie empfohlenen ambulanten multidisziplinären SGB V-finanzierten Maßnahmen in der Praxis so gut wie gar nicht zu Anwendung kommen (vgl. S. 3) und fordert:

Perspektivisch ist ein lebensweltorientierter Behandlungsansatz über das SGB V hinaus anzustreben, welcher Sozial- und Gesundheitsleistungen in stadtteilintegrierten Gesundheitszentren anbietet und niedrigschwellige Zugänge schafft, die Leistungen unterschiedlicher Träger in Anspruch zu nehmen (ebd.).

4.2 Zuständigkeitsverständnisse und Selbstverortungsprobleme der Klinischen Sozialarbeit

Der Sozialen Arbeit hat sich im Zuge der Psychiatriereform seit den 1970er Jahren ein Arbeitsfeld im großen Stil eröffnet, in dem sie zuvor keine nennenswerte Rolle spielte. Der Psychiatrie-Enquete-Bericht stellte 1975 fest: „Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den Psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter“ (Deutscher Bundestag 1975, S.12). Für 2008 wurde die Zahl der insgesamt im Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeiter*innen auf ca. 58.000 berechnet, davon ca. die Hälfte im sozialpsychiatrischen Bereich (vgl. Adolph / Seibert 2016). Nahezu unverändert bleibt jedoch die Schwierigkeit der Klinischen Sozialarbeit, sich mit einem klaren Zuständigkeits- und Aufgabenprofil innerhalb der Sozialpsychiatrie zu verorten und dabei Alleinstellungsmerkmale gegenüber anderen Professionen im Arbeitsfeld herauszustellen. Wie bereits am Beispiel der S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (DGPPN, 2018) deutlich geworden ist, wird die Klinische Sozialarbeit von den anderen Professionen im Arbeitsfeld unzureichend mit ihren ureigensten Kernkompetenzen und Methoden assoziiert und kaum als wichtige Akteur*in für komplementäre psychiatrische Angebote besprochen. In einem Gutachten über die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit sich besser im Gesundheitswesen als Profession zu positionieren, analysiert Igl (2014) im Auftrag der DVSG:

Zwar ist Gesundheitssozialarbeit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung breit akzeptiert. Dennoch werden die Funktionen und Einsatzmöglichkeiten der Gesundheitssozialarbeit oft nur begrenzt oder undifferenziert wahrgenommen (S. 11). An erster Stelle muss die Herstellung eines gemeinsamen Verständnisses schon in der Fachwelt der Gesundheitssozialarbeit über Gegenstand und Inhalte dieser Tätigkeit sein (S.13).

In der aktuellen Fachliteratur finden sich mehrheitlich Zuständigkeitsbeschreibungen der Klinischen Sozialarbeit, wie die folgende, die sich zwar psychosozial verortet aber gleichzeitig biomedizinisches Vokabular benutzt:

Soziale Arbeit im Psychiatrischen Arbeitsfeld beschäftigt sich (...) mit den psychosozialen Belangen psychisch kranker Betroffener und ihrer Angehörigen mit dem Ziel, auf den Krankheitsverlauf positiv einzuwirken, die Symptomlast zu verringern und deren soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden im Alltag zu verbessern (Walther 2023, S. 28).

Die Formulierung „auf den Krankheitsverlauf positiv einzuwirken [und; Anm. d. Verf.] die Symptomlast zu verringern“ suggeriert ein Professionsverständnis, das Therapie und Heilung miteinschließt. Die meisten Selbstverortungen sind so formuliert, dass sie in diesem Punkt vage bleiben. In neueren Veröffentlichungen und Stellungnahmen finden sich jedoch vermehrt Positionierungen der Klinischen Sozialen Arbeit, wie die Folgende, die selbstbewusst auf Ihre Erfolge in der Sozialpsychiatrie verweist und schlussfolgert: „Deshalb formuliert die Klinische Sozialarbeit konsequenterweise die Forderung, Soziale Arbeit in diesem Kontext als Heilberuf mit einem sozialtherapeutischen Behandlungszugang anzuerkennen“ (Bischkopf et al. 2023, S. 11). Die Klinische Sozialarbeit begleitet in vielfältigen Konstellationen und Settings Menschen in ihren Heilungsprozessen oder unterstützt sie dabei, trotz andauernder Gesundheitsprobleme ihre Ressourcen zu aktivieren und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu realisieren. Es sind insbesondere die Unterstützungskontexte in der psychosozialen Beratung sowie der stationären und ambulanten Nachsorge, „die den Charakter einer heilkundlichen Tätigkeit aufweisen oder zumindest in engem Zusammenhang damit stehen“ (Igl 2014, S. 8). Ohnehin entfalten alle Formen der Ressourcenaktivierung auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung therapeutische Wirkung (vgl. Bischkopf / Lütjen 2023, S. 231). Die fast exklusive Zuständigkeit der Psychiatrie für akute seelische Krisen und schwere psychische sogenannte Erkrankungen ist, wie beschrieben, eher der Zergliederung des Sozialleistungssystems geschuldet als einer therapeutisch konsistenten Logik. Die Klinische Sozialarbeit unterstützt regelmäßig Menschen, die weder durch psychiatrische noch komplementäre Angebote erreicht werden konnten (*hard to reach*), also jene, die sozial am meisten benachteiligt und psychisch am schwersten belastet sind. „Dies sind insbesondere Menschen mit einer Behinderung, mit psychischen und/oder Suchterkrankungen, schwer traumatisierte Menschen oder auch chronisch erkrankte Personen in psychosozialen Multiproblemlagen“ (Walther / Deimel 2023, S. 42). Aus dieser Perspektive ist es verständlich, dass sich die Klinische Soziale Arbeit unter anhaltendem professionellen Rechtfertigungsdruck erlebt, insbesondere gegenüber der Psychiatrie und anderen medizinischen Fachbereichen. „Sozialarbeiter*innen gelten oft als Generalist*innen im Unterschied zu anderen Berufsgruppen, die sich als Spezialist*innen verstehen und nicht selten wird von Sozialarbeiter*innen Zusammenarbeit und Unterstützung erwartet“ (Walther 2023, S. 27). Zwar ist die Überlegung nachvollziehbar, über eine Anerkennung als Heilberuf den eigenen professionellen Status zu erhöhen, jedoch erscheinen die Voraussetzungen dafür nicht auszureichen.

Dagegen spricht schon, dass Gesundheitssozialarbeit im Kern ein sozialarbeiterischer Beruf ist, und dass die heilkundlichen Tätigkeiten, auch wenn sie bei einzelnen Aufgaben überwiegen mögen, nicht ausreichen, die Gesamtprägung des Berufsbilds der Gesundheitssozialarbeit zu beeinflussen (Igl, 2014, S. 9).

Auch wenn das Lavieren zwischen heilkundlichen Ambitionen und klinischer Allzweck-Profession für „das Soziale“ der Realität in der Praxis weitgehend entspricht, zählt es offenbar nicht auf die professionelle Reputation und Wahrnehmbarkeit ein.

Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, dass im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung an keiner einzigen Stelle der Einsatz von Fachkräften der Sozialen Arbeit im Leistungsgeschehen der Kuration, aber auch in den sonstigen Versorgungsfeldern, erwähnt wird, während andere Leistungserbringer genannt werden (Igl 2014, S. 15).

Ähnliches ist auch im Fachdiskurs zu beobachten. Während z.B. Gahleitner (2017) auf 386 Seiten herauszuarbeiten versucht, warum die Soziale Arbeit eine Beziehungsprofession ist, befindet Konrad (2022) in aller Kürze, dass „(...) qualifizierte Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen, „(...) am ehesten von Fachkräften der angewandten Psychologie erbracht werden können“ (S. 37). Auch das Beispiel der seit Jahren wenig verordneten Soziotherapie legt die Vermutung nahe, dass viele Professionelle im medizinischen Gesundheitssystem bis heute nicht verstanden haben, was die Soziale Arbeit leistet und wodurch sie sich von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Die fortwährenden Probleme, erst durch einen zu eng gefassten Kreis von Leistungsberechtigten und bis heute durch sperrige, teils absurde (Nicht-)Bewilligungsprozedere (vgl. BDP 2024, S. 1), können kaum anders gedeutet werden, als dass die Soziotherapie und mit ihr die Soziale Arbeit im Repertoire der Kassenleistungen nach dem SGB V für verzichtbar gehalten werden. Passend dazu wehrt sich die DVSG (2022) dagegen, dass die Soziale Arbeit in der aktuellen Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) an keiner Stelle namentlich erwähnt, sondern formal mit anderen Berufsgruppen „unter dem despektierlichen Begriff der Spezialtherapien (...)“ (S. 2) subsumiert wird.

Die entgegengesetzte Strategie wäre vielleicht, die Unterschiede zur Psychiatrie und den anderen medizinischen Professionen deutlich herauszustellen und sich als konsequent psychosoziale rechtbasierte Unterstützungsprofession zu positionieren. Dies würde allerdings bedeuten, die gemeinsamen Geschäftsmodelle, Kooperationen und Angestelltenverhältnisse mit und bei der Psychiatrie, insbesondere in stationären Settings, daraufhin zu überprüfen wären, ob und wie sie unter einer konsequent menschenrechtsbasierten psychosozialen Ausrichtung fortzuführen oder anzupassen sind.

Anstatt sich auf die Reform von Systemen zu konzentrieren, die Rechte verletzen, sollte der Fokus darauf liegen, bestehende Bewegungen für gewaltfreie, von Peers geleitete, traumabasierte (...) Programme, Heilungs- und Kulturpraktiken zu entwickeln und zu stärken, die von lokalen Gruppen von Personen mit psychosozialen Behinderungen bevorzugt werden und dabei auf die Bewegungen nichtmedizinischer Alternativen und progressiver Gemeinschaftsunterstützung weltweit zu achten. (UN Human Rights Council, 2020, S. 5, eigene Übersetzung)

Aus dieser Perspektive wäre zunächst einmal zu diskutieren, inwieweit die Klinische Soziale Arbeit mit ihren engen Verflechtungen zur Psychiatrie nicht selbst zu den Systemen gehört, die Rechte verletzen, etwa wenn Sozialarbeiter*innen in stationären Wohneinrichtungen bei der Medikamentenausgabe Druck auf die Klient*innen ausüben. „Oft ist die Medikamenteneinnahme Voraussetzung, um das entsprechende Angebot zu erhalten. Klient*innen, die sich verweigern, wird mit Rauswurf gedroht“ (Weigand 2015, S.

26). Die Faktoren, die Menschenrechtsverletzungen in der Sozialpsychiatrie begünstigen oder verringern, sind vielfältig und in ihren Wechselwirkungen komplex. Wenig aussagekräftig sind dabei allein die Berufszugehörigkeiten der verschiedenen Akteur*innen, zumal es in multidisziplinären Konstellationen fließende Übergänge der Zuständigkeiten und des praktischen Handelns gibt. „In allen Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit existieren diese ungleichen Machtverhältnisse. Adressat*innen werden nur allzu häufig sowohl der individuellen Macht ihrer Bezugspersonen als auch der institutionellen Macht der sie betreuenden Einrichtungen ausgesetzt“ (Gebrande / Meyer 2024, S. 74). Kritisch in den Blick zu nehmen sind daher insbesondere professionsübergreifende strukturelle und organisatorische Merkmale, die den verschiedenen Hilfekoncepten und -settings zugrunde liegen; inwiefern sie Machtgefälle, Ohnmachtsgefühle und Abhängigkeiten erzeugen oder gegenseitiges Vertrauen, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung fördern: Ausbildungsstandards, Arbeitszeiten und -bedingungen, Entgeltsysteme, Kontaktzeiten zu Klient*innen, Dokumentationspraxen, sprechen über anstatt mit Klient*innen, finanzielle, personelle und bauliche Ausstattungen von Einrichtungen sowie formelle Zugangsbarrieren zu Hilfen (vgl. Richter 2016, S. 177 ff.). Noch bedeutsamer sind die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit seelischen Problemen, welche die rechtlichen Rahmenbedingungen und die strukturellen Voraussetzungen der Hilfesysteme hervorbringen.

Die auf Vorurteilen und sozialen Repräsentationen basierenden Formen der Stigmatisierung entfalten ihre normative Kraft vor dem Hintergrund der durchgesetzten und stillschweigend akzeptierten und sanktionierten gesellschaftlichen Normalitätsdispositive. Diese treten den betroffenen Menschen etwa in Form professioneller Praktiken und bürokratischer Routinen des psychiatrischen Versorgungssystems und der Arbeits- und Sozialverwaltung als strukturelle Gewalt gegenüber (von Kardoff 2022, S. 12).

Von daher könnte man sagen, dass die Benachteiligung von Menschen mit seelischen Problemen bis hin zu verschiedenen Formen des Zwangs und der Gewalt, in erster Linie ein Einstellungsproblem, genauer gesagt ein Stigmatisierungsproblem ist. Einerseits möchte Soziale Arbeit, wie die meisten anderen Akteur*innen im psychosozialen Hilfesystem, Stigmatisierung abbauen, andererseits läuft sie ständig Gefahr, diese zu reproduzieren, schon allein im Zuge von unzureichend kritisch reflektierten Problem- und Adressat*innendefinitionen bzw. -konstruktionen:

Soziale Arbeit handelt eben nicht, wie alltagsweltlich angenommen, aufgrund gegebener Probleme, sondern aufgrund durchgesetzter Definitionen, was als Problem zu betrachten sei. Diejenigen, die von den verschiedenen Systemen der Problembearbeitung adressiert werden, unterliegen den jeweiligen Definitionen und müssen für sich selbst diese Definitionen übernehmen, wenn sie Dienste dieser Systeme in Anspruch nehmen möchten (Bitzan / Bolay 2017, S. 19).

4.3 Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten

Aus dem psychiatriehistorischen Überblick nach Brückner (2023) können mindestens drei Deutungsfiguren rekonstruiert werden, die noch heute den Hintergrund für stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen in seelischen Krisen bilden. Offenbar gab es bereits im Altertum und Mittelalter eine ähnliche Bandbreite von Deutungsmustern und Behandlungsansätzen für seelische Krisen bzw. für das Wahnsinnig oder Irresein,

wie heutzutage: medizinische, sozialmoralische und, anders als im heutigen Psychiatrie-mainstream, spirituell-religiöse. Entscheidend ist, diese Ansätze in der Rückschau im jeweiligen kultur- und zeitgeschichtlichen Kontext zu betrachten.

Naturhafte, religiöse und juristische Krankheitsdeutungen der europäischen Antike ergänzten und fundierten sich gegenseitig, sie gaben den Menschen einen sozialen, 'ganzheitlichen Rahmen', in dem auch seelischen Abweichungen verstanden und eingeordnet werden konnten" (ebd., S. 24).

Im Mittelalter waren die Interventionen je nach Inhalt und Ausdruck des Wahnsinns sowie der sozialen Stellung des Betroffenen, entweder auf Heilung und Integration oder auf Ausgrenzung und Bestrafung der Betroffenen ausgerichtet (vgl. ebd., S. 34). Dabei gab es schon früh auch das Konzept der Unzurechnungsfähigkeit (vgl. ebd., S. 21). Wahnsinn kann im historischen Rückblick nicht per se als eigenständige Differenzlinie für die Benachteiligung der Betroffenen rekonstruiert werden. Wie sich am Beispiel von Inquisition und den sogenannten Hexenverbrennungen rekonstruieren lässt, waren von willkürlicher und grausamer Behandlung – nach unserem heutigen Verständnis – vielmehr alle Menschen von geringem gesellschaftlichem Status in der Antike und im Mittelalter bedroht (vgl. ebd., S. 45 f.). Das veränderte sich für Menschen in seelischen Krisen erst mit der Einführung von kombinierten Zucht-, Arbeits- und Tollhäusern im frühen 18. Jahrhundert zum Schlechteren. Sie wurden nun per se auf eine Stufe mit kriminellen und anderen sozial unerwünschten Personen gestellt, sowie unter den Generalverdacht, sich und andere zu gefährden (vgl. ebd., S. 70). „In dieser Definition steckt bereits ein Kernkriterium der heutigen bürgerlichen Gesetze für psychisch Kranke“ (ebd.).

Auch die Differenzlinie *leicht erkrankt: heilbar* und *schwer erkrankt: unheilbar* lässt sich zurückverfolgen. Bereits 1758 unterschied der Brite William Battie zwischen dem unheilbaren *originären Wahnsinn*, dem unbekannte nervliche Ursachen zugrunde lägen und dem heilbaren *folgenden Wahnsinn* der auf nachvollziehbare Ursachen, wie Verletzungen, Vergiftungen oder schädliche Gewohnheiten zurückgeführt werden könne (vgl. ebd., S. 62 f.). Auch diese diskriminierende Unterscheidung hat sich bis heute theoretisch wie strukturell eingepreßt. So hält die Soziale Arbeit für Menschen in Krisen, die halbwegs motiviert und kooperativ sind, vielfältige psychosoziale Unterstützungsangebote vor. Allen Angeboten gemeinsam ist, dass sich den Krisen, analog zum Konzept des *folgenden Wahnsinns*, tatsächliche oder vermeintliche Ursachen zuordnen lassen: gewalttätige Eltern, Partner oder Fremde, Alkohol, Drogen, Obdachlosigkeit oder Flucht. „Es fehlt eine allgemeine, niedrigschwellige und direkt zugängliche Sozialberatung. Derzeit erfolgt eine Beratung oftmals Setting- oder Indikationsbezogen“ (DVSG 2020b, S. 1). Lässt sich psychisch auffälliges Verhalten nicht einer ursächlichen Kategorie zuordnen und wird das Verhalten als herausfordernd und unkooperativ erlebt, stehen die Betroffenen schnell an der Schwelle zur psychiatrisch-diagnostischen Etikettierung, Behandlung, Korrektur oder Verwahrung. Insbesondere die Diagnosen aus dem sogenannten endogenen Formenkreis, *Schizophrenie* und das *Bipolare Syndrom*, sind fast deckungsgleich mit dem antiquierten Konzept des *originären Wahnsinns* (vgl. Brückner 2023, S. 63). Noch immer fußen diese Diagnosen lediglich auf Deutungen und

Spekulationen und „lassen sich bis heute nicht durch eindeutige biologische Phänomene (Biomarker) absichern“ (Aderhold 2018, S. 28). Nicht zuletzt hat die weitgehende Negierung spiritueller-religiöser Deutungsmuster für seelische Krisen im Zuge der Aufklärung ein beträchtliches Kommunikations- und Interaktionsvakuum zwischen Betroffenen und Helfenden hinterlassen, das von keinem der heutigen Mainstreamangebote in der Sozialpsychiatrie kompensiert werden kann. Klar ist, dass spiritueller-religiöser Motive regelmäßig auftauchen und insbesondere im psychotischen Krisenerleben eine herausragende Rolle spielen (vgl. Utsch 2018, S. 28). „Zu berücksichtigen ist dabei, dass der jahrzehntelange Focus auf die pathologischen Seiten von Religiosität, vor allem auf religiös gefärbte Wahnvorstellungen zu einer Stigmatisierung der Religiosität von Schizophreniepatienten geführt hat“ (ebd., S. 29).

Auf der gesellschaftlichen Ebene kann die mediale Figur des (überwiegend männlich gelesenen) *geisteskranken Schwerverbrechers* als Projektionsgestalt kollektiver Ängste vor existenziellen seelischen Grenzerfahrungen gedeutet werden. Psychische Erkrankung werden in Literatur, Film und Nachrichten regelmäßig mit Mord, Vergewaltigung, Inzest, Kannibalismus, Sadismus, Okkultismus, Psychosekten, politischen und religiösen Extremismus sowie Amokläufen in Verbindung gebracht (vgl. Stompe / Schanda 2019). „Die Ökonomie der Aufmerksamkeit schreitet nach dem Spektakel, die Bluttat verkauft sich im Boulevard allemal besser als das Leiden von schwer psychisch Kranken“ (ebd., S. 5, Vorwort). Um es mit dem Abspaltungsbegriff nach Bönisch (vgl. 2016, S. 21) auszudrücken: In der Abspaltung eigener Ängste und Aggressionen auf die Figur des *geisteskranken Schwerverbrechers* kulminieren die genannten historisch verwurzelten Vorurteile gegenüber Menschen in schweren seelischen Krisen. Die meisten mediale Darstellungen „(...) sind sensationsorientiert (...) und zwar dergestalt, dass psychisch kranke Menschen überdurchschnittlich oft als gefährlich (...), unberechenbar (...) oder gewalttätig (...) beschrieben werden. Als Ursache für psychische Störungen wird in den Medien häufig über Umweltstressoren und vor allem über genetische Prädispositionen gesprochen (...)“ (Scherr 2016, S. 582). Derartige Stereotype verstärken wiederum die öffentliche, die strukturelle und die Selbststigmatisierung der Betroffenen (vgl. ebd., S. 6). Wenig überraschend bleibt daher die Stigmatisierung von Menschen, die sich unter hohem psychischen Leidensdruck stark abweichend verhalten, auf einem unverändert hohen Niveau (vgl. von Kardoff 2022, S. 7).

Ebenso wenig überrascht, „(...) dass stigmatisierende Haltungen und Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken bei professionellen Helferinnen und Helfern im psychiatrischen Versorgungssystem nicht geringer ausgeprägt sind als in der Normalbevölkerung“ (Weinmann 2018, S. 179). Da diese Vorurteile und Ängste historisch kollektiv verwurzelt sind, ist eine rein theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema, z.B. durch Aus- und Weiterbildung, offenbar kein Garant dafür, dass die diskriminierenden Einstellungen abnehmen, zumal Forschung und Lehre selbst stigmatisierende Haltungen reproduzieren können. Neumann (2023) warnt: „Die Krisenintervention birgt auch für die Helfenden Gefahren. Aufgrund des Übertragungsgeschehens (...) können Omnipotenzfantasien gegenüber den Klient*innen auftreten: Die Idee, jemanden retten oder

Dankbarkeit erwarten zu können, gehört dazu“ (S. 327). Diese Aussage aus einem aktuellen Lehrbuch reproduziert das Vorurteil, dass man durch zu engen Kontakt mit Menschen in Krisen selbst in eine Krise geraten könne. „Durch ihre Irritationen und Ambivalenzen sowie die ihnen zugeschrieben ‘Ansteckungsgefahr’ rufen psychische Beeinträchtigungen Ängste hervor“ (von Kardoff 2022, S. 4). Auch der dazu passende Begriff der *Sekundärtraumatisierung* hat seinen Weg in die Lehrbücher gefunden (vgl. Liel 2023, S. 492). Psychotherapeuten berichten davon, dass sie durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen selbst Symptome einer Traumatisierung entwickeln (vgl. ebd.). „Kolassa und Kollegen geben jedoch zu bedenken, dass bisher nicht untersucht wurde, ob die befragten Therapeuten selbst traumatisiert wurden. (...) Dann wären ihre Symptome durch das eigene Trauma bedingt und keine Folge einer ‘Ansteckung’“ (Sonnenmoser 2010, S. 117). Melchinger (2011) beschreibt, am Beispiel der psychotherapeutischen Versorgung, wie sich die diskriminierende Differenzlinie *leicht erkrankt: heilbar* und *schwer erkrankt: unheilbar* auf die Versorgungsgerechtigkeit auswirkt und bezieht sich dabei auf das *Inverse Care Law* nach Hart (1971):

Solange das System so ist, dass ein Psychotherapeut bei hoher Nachfrage und bei gleichem Entgelt zwischen schwierigen und weniger schwierigen Patienten wählen kann, wird er natürlich die Patienten mit guten Veränderungspotentialen auswählen, Fälle, die mit weniger Aufwand zu behandeln sind, Fälle mit erwarteter guter Compliance, Fälle, die den getakteten Tagesablauf des Therapeuten nicht gefährden usw. (Melchinger 2011, S. 38).

Das *Inverse Care Law* beschreibt laut Melchinger die Beobachtung: „Je größer der Hilfebedarf von Kranken ist, desto weniger Hilfen stehen zur Verfügung. Diese Feststellung trifft uneingeschränkt auch für die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu (ebd., S. 40). Dieser Umstand führt zu einer Drei-Klassen-Versorgung im psychosozialen Hilfesystem. Bevorzugt werden Zielpersonen, die leichter erkrankt sind, über mehr eigene Ressourcen verfügen, besser kooperieren und eine günstigere Genesungsprognose haben. Für diese „(...) steht ein differenziertes und umfängliches psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung. Schwerer Erkrankte finden bei Psychotherapeuten nur selten Hilfe“ (Melchinger 2009, S. 251).

Ihnen bleibt häufig nur die medikamentös-psychiatrische Standardbehandlung, die zudem auch für die Psychiater*innen, gemessen am zeitlichen Behandlungsaufwand, deutlich schlechter honoriert wird, als eine psychotherapeutische Behandlung (vgl. ebd., S. 250). Die „dritte Klasse“ der Leistungsberechtigten mit sozialpsychiatrischem Hilfebedarf bilden diejenigen, die überhaupt kein adäquates Angebot erhalten (Selbstzitiert, Bruhn 2021, S. 18f.).

Im Jahr 2012 befanden sich in Deutschland ca. 58.000 Personen in Strafhaft und 27.000 Menschen in Untersuchungshaft. Studien belegen, dass, mindestens 80% dieser Menschen (also ca. 68.000) eine (chronische) psychische Störung aufweisen. (...) Darüber hinaus gab es 2010 ca. 152.000 wohnungslose Menschen, auch hier belegen Studien, dass 80% (also 120.000) von ihnen (chronisch) psychisch krank sind. (...) De facto sind die Einrichtungen und Dienste der Wohnungslosenhilfe und Justizvollzug psychiatrische Einrichtungen ohne konkrete und systematische psychiatrische Hilfsangebote (Stange 2015, S. 37).

Die Drei-Klassen-Psychiatrie kann als eine Struktur der stufenweisen Distanzierung und Entfremdung von Menschen in Krisen gedeutet werden, die als beängstigend überfordernd und frustrierend erlebt werden. Freunde und Angehörige verweisen auf das

psychosoziale Hilfesystem, das verengt sich auf die Psychiatrie. Die wiederum entlässt, Patient*innen oft vorschnell in prekäre Milieus ohne Unterstützungsangebote – in Pflegeheime, die Obdachlosigkeit (vgl. Borbé et al. 2021, S. 935) oder in Drehtürdynamiken sich wiederholender Entlassungen und Wiederaufnahmen (vgl. Richter, B. 2016, S. 179 f.). „Die psychohistorisch-mentale Verankerung der sozialen Konstrukte Wahnsinn (...) führt darüber hinaus dazu, dass Stigmatisierung, rigide Behandlungsregimes und Benachteiligung von der Allgemeinheit als legitim und nicht als Verletzung von Bürger- und Gleichheitsrechten gesehen werden“ (von Kardoff 2017, S. 569).

Die fast vollständige Versorgungslücke im Bereich von rechtbasierten personenzentrierten Krisenhilfeangeboten hat wohl weniger mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu tun (mehr dazu in Kapitel 4.5.1), sondern eher mit dem generellen Unbehagen, für Menschen in schweren seelischen Krisen noch mehr Verantwortung zu übernehmen – zumal bei gleich schlechter Bezahlung – und dabei noch mehr mit eigenen Unsicherheiten und Ängsten konfrontiert zu werden. Wozu ein Arbeitsfeld erschließen, auf das die Psychiatrie einen exklusiven staatlichen, Behandlungs- und Ordnungsauftrag hat? Schließlich ist es zuweilen auch für Sozialarbeiter*innen entlastend, Klient*innen in schweren Krisen der Psychiatrie zu überantworten. „Angehörige der zu Psychiatriepatienten Gewordenen, ihre Arbeitskollegen, Lehrer, Nachbarn und Freunde werden von einer (Mit-)Verantwortung entbunden oder zumindest entlastet, sobald der Psychiater einen Menschen zum Kranken macht (...)“ (Weinmann 2019, S. 18).

4.4 Versorgungsgengpässe und der Mangel an Alternativen bei akuten Krisen und chronifizierten Multiproblemlagen

Bevor speziell Krisenangebote in den Blick genommen werden, ist ein Überblick über die generelle Gesundheits- und Versorgungslage in der Sozialpsychiatrie hilfreich. Laut DGPPN (2023) „(...) sind etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen“ (S. 1). Bei Kindern und Jugendlichen stellten psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Jahr 2021 die häufigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen dar, was 19 % aller Krankenhausbehandlungen in dieser Altersgruppe entsprach (vgl. Statistisches Bundesamt 2023). Die Zahl der psychischen Erkrankungen ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich gestiegen. Laut DAK (2024) stiegen die Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen von 2013 bis 2023 um 52 Prozent an (vgl. S. 5) und psychische Erkrankungen liegen hinter Atem- und Muskel-Skelettproblemen an dritter Stelle der Ursachen für Krankmeldungen (vgl. ebd., S. 4). Die am stärksten von psychischen Problemen betroffenen Berufsgruppen gehören dem Gesundheitswesen an: Erziehung, Pflege, soziale und hauswirtschaftliche Berufe und Theologie (vgl. ebd., S. 21). Das RKI (2023) hebt mit Blick auf die Pandemie-Jahre einen weiteren Anstieg von Depressions- und Angsterkrankungen hervor: „Ab der zweiten Hälfte von 2022 überschritten ca. 20 % der Bevölkerung den Schwellenwert einer auffälligen Belastung durch depressive Symptome, womit sich dieser Anteil gegenüber 2019 nahezu verdoppelt hat“ (S. 3). Bramesfeld (2023) zeigt in ihrem Artikel, dass zwischen 2000 und 2017 die meisten Angebote, gemessen an den Bettenzahlen in

psychiatrischen, psychosomatischen und den Rehabilitationseinrichtungen, parallel zum gestiegenen Bedarf angewachsen sind. Während die in Kapitel 4.1 besprochenen ambulanten psychiatrischen Angebote, wie stationsäquivalente Leistung (StäB) nach § 115d SGB V in der Praxis immer noch die Ausnahme sind, kann bei den ambulanten Wohnhilfen der Eingliederungshilfe ein starker Zuwachs verzeichnet werden. „Nach Daten der AOLG haben sich die Plätze im ambulant betreuten Wohnen von rund 27.000 Plätzen im Jahr 2000 auf 90.000 im Jahr 2015 verdreifacht“ (ebd., S. 366). Dem gegenüber steht eine ebenfalls stark gestiegene Bettenzahl in besonderen psychiatrischen Wohnformen, also Pflegeheimen. „(...) diese haben sich von 37.000 Plätzen im Jahr 2000 auf rund 60.000 im Jahr 2015 erhöht“ (ebd.). Das bedeutet, dass Menschen in schweren chronifizierten Krisen und Multiproblemlagen wesentlich weniger vom wachsenden Trend der ambulanten Versorgung profitieren als leichter oder mittelschwer Betroffene. Genau diese Entwicklung ist relevant für das Thema der Literaturrecherche, denn: „Die Unterbringung von Menschen mit psychischen Störungen in geschlossenen Heimen ist in vielen Fällen Ausdruck mangelnder alternativer Versorgungsangebote (...)“ (Borbé et al. 2021, S. 937). Für Menschen, die schwere seelische Krisen durchlaufen, insbesondere in Verbindung mit Suchterkrankungen und Wohnungslosigkeit, verengt sich nicht nur der persönliche Spielraum von Handlungsfähigkeit und Lösungsorientierung, sondern auch die Anzahl und Vielfalt von Unterstützungsangeboten aus dem psychosozialen Spektrum. Mit zunehmendem Hilfebedarf steuern sie trichterförmig auf die medizinische Psychiatrie als nahezu einzig verbleibendes Akutangebot oder Zwangsmaßnahme zu. Nutzen sie es nicht (oder entziehen sich dem Zwang) und überwinden sie die Krise auch nicht aus eigener Kraft oder mit privater Unterstützung, laufen sie Gefahr, vollkommen aus dem therapierenden Hilfesystem herauszufallen (vgl. Zechert 2015, S. 456 f.). Ist bzw. erscheint der Höhepunkt der Krise überwunden, öffnet sich der Raum von Unterstützungsangeboten wieder in Richtung Rehabilitationen und Eingliederungshilfen, sodass man das Bild einer sanduhrartigen Angebotsstruktur der Krisenhilfen zeichnen könnte:



← **Moderate Krise**, vielfältige psychosoziale Unterstützungsangebote, Prävention, Rehabilitation Eingliederungshilfe.

← **Akute / chronische Krise**, psychiatrische Angebote bzw. Zwang oder Freisetzung in Hilfesysteme ohne therapeutisches Angebot (z.B. Wohnungslosenhilfe).

← **Abklingende Krise**, vielfältige psychosoziale Unterstützungsangebote, Rehabilitation, Eingliederungshilfe.

Abbildung 1: eigene

Im Zuge der Psychiatriereform wurde zwar sukzessive die gemeindenahe und ambulante Angebotsstruktur ausgebaut, die generelle Zuständigkeit der Psychiatrie für Menschen mit sogenannten schweren psychischen Erkrankungen jedoch nicht infrage gestellt. „Eine Konkurrenzstellung zum Wirkungsbereich der niedergelassenen Psychiater*innen, die das Monopol auf psychiatrische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern ausübten, wurde vermieden“ (Bister 2021, S. 164). Echte nichtmedizinische Alternativen, für die Begleitung von akuten seelischen Krisen, die, wie der UN-Sonderberichterstatter fordert „weit über ein biomedizinisches Verständnis von psychischer Gesundheit hinausgehen“ (UN Human Rights Council, 2020, S. 1, eigene Übersetzung), sind offensichtlich in der deutschen Sozialpsychiatrie nicht vorgesehen (vgl. Lehmann 2021, S. 257). Umgekehrt beeinflusst und überformt das dominante biomedizinische Paradigma bis heute stark die komplementären angeblich nichtmedizinischen Angebote, in denen die meisten Betroffenen dauerhaft medikamentös weiterbehandelt werden. „Solange es die spezifische Form der Zusammenarbeit mit der medizinischen Psychiatrie gibt, solange wird die Chronifizierung gefördert“ (Weinmann 2018, S. 188). Hinzu kommt, dass aufgrund des sich zuspitzenden Fachkräftemangels die hinreichende Versorgung in allen Bereichen der Sozialpsychiatrie zunehmend gefährdet ist. „Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sowohl personalintensiv als auch nach wie vor mit einem gewissen Stigma behaftet ist, leidet vor allem darunter“ (Bramesfeld 2023, S. 369). Auch der DAK Gesundheitsreport 2023 verweist auf die Negativdynamik von Personalmangel und der Zunahme an psychosomatischen Problemen insbesondere in den sozialen Berufen.

Über die Hälfte der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel berichten (sehr) häufig müde, matt oder erschöpft zu sein (62,9 Prozent) (...). Über 40 Prozent der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel gibt an nächtliche Schlafstörungen oder Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems zu haben (...) (S. 47).

Personalmangel ist in diesem Sinne ein sich selbst verstärkendes Problem, das im Zusammenspiel mit anderen Faktoren immer mehr Helfende zu Hilfsbedürftigen macht, so dass auch ein hochentwickeltes Gesundheitssystem nicht unbegrenzt auf ein stetig anwachsendes psychisches Gesundheitsproblem mit fachkräftebasierten Angeboten reagieren kann, zumal nicht unter wachsendem Ökonomisierungsdruck und steigendem Verwaltungsaufwand.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es in weiten Teilen Deutschlands, sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen, keine hinreichende qualifizierte Soforthilfe für Menschen in seelischen Krisen gibt. Betroffene und Angehörige können sich in akuten Krisen häufig nur an die Telefonseelsorgen, den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst oder an die Polizei wenden. Dies hat auch zur Folge, dass immer noch viele Menschen in akuten Krisensituationen – ggf. gegen ihren Willen – stationär psychiatrisch behandelt werden, ohne dass dafür im Vorfeld von fachlich qualifizierter Seite eine Indikation gestellt wurde bzw. ambulante Alternativen der Krisenhilfe angeboten und erprobt wurden (Schleuning 2023, S. 34).

4.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen für rechtebasierte Krisendienste- und Einrichtungen zur Vermeidung von psychiatrischem Zwang

4.5.1 Psychiatrischer Zwang versus mildere Mittel

Wie in Kapitel 4.3 beschrieben, lässt sich das Problem von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie auf eine gesamtgesellschaftlich historisch verwurzelte Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Problemen zurückführen, sowie auf staatliche Sonderbefugnisse der Psychiatrie zur Kontrolle und Korrektur von sozial unerwünschtem Verhalten. Insbesondere die Tötung, auch durch verhungern lassen, sowie die Misshandlung von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und psychischen Problemen in einem Zeitraum vom ersten Weltkrieg bis Ende der 1940er Jahre (Zwangssterilisationen bis in die 1990er Jahre) wurden nur schleppend und punktuell aufgearbeitet. (vgl. Freyberger 2018, S. 32)

Dies erklärt auch, warum in der Bundesrepublik zwischen dem Ende des sog. Dritten Reiches und der Veröffentlichung der Psychiatrieenquete 30 Jahre vergingen und sich nur langsam und schrittweise die unwürdigen Behandlungsbedingungen insbesondere in den großen psychiatrischen Anstalten veränderten (ebd., S. 32 f.).

Mit der Implementierung der UN-BRK durch das BTHG in die deutsche Sozialgesetzgebung sind die problematischen Praktiken der Psychiatrie wieder verstärkt in den Blick geraten. Im Zentrum der Diskussion steht die Frage, ob Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Praxis vollständig verboten werden oder unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin hin rechtens bleiben sollen. Für die erste Position werden im Diskurs zahlreiche Normen der UN-BRK und UN-Gesetzesinitiativen angeführt. Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte (2023b) resümiert,

(...) dass Menschen mit Behinderungen „gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen“ (Artikel 14 Abs. 1 UN-BRK) und „das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (Artikel 14 Abs. 2 UN-BRK). Menschen mit (psychosozialen) Behinderungen sind gleichberechtigt in ihrer rechtlichen Handlungsfähigkeit anzuerkennen (Artikel 12 UN-BRK Abs. 2). Auch Entscheidungen über eine medizinische oder psychiatrische Behandlung sind in keinem Fall stellvertretend zu treffen. Artikel 15 verpflichtet die Vertragsstaaten außerdem, alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu schützen (Artikel 16 UN-BRK Abs. 2). Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen spricht sich für ein absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen aus. (S.1)

Die Voraussetzung für psychiatrische Zwangsanwendung wurden zwar in den letzten Jahren durch verschiedene höchstrichterliche Entscheidungen deutlich enger und voraussetzungsvoller gefasst (vgl. ebd.), doch vertreten sowohl der Europäische Gerichtshof als auch das Bundesverfassungsgericht die Auffassung, dass Zwang als Ultima Ratio zulässig sein kann:

Ist ein Untergebrachter krankheitsbedingt nicht zur Einsicht in die Krankheit fähig, derentwegen seine Unterbringung notwendig ist, oder kann er krankheitsbedingt die nur mit einer Behandlung gegebene Chance der Heilung nicht erkennen oder nicht ergreifen, so ist der Staat nicht durch einen prinzipiellen Vorrang der krankheitsbedingten Willensäußerung verpflichtet, ihn dem Schicksal dauerhafter Freiheitsentziehung zu überlassen.

Ein Eingriff, der darauf zielt, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten wiederherzustellen, kann unter diesen Umständen zulässig sein (BVerfG 2011, S. 18).

In diesem Fall ging es um einen forensisch untergebrachten Mann, der sich gegen eine Zwangsbehandlung mit Neuroleptika wehrte. Aus der Urteilsbegründung, die auch den Klageweg durch die Vorinstanzen nachzeichnet, wird deutlich, wie sehr sich der Mangel an nichtmedizinischen Hilfen und Konzepten für akute und chronifizierte Krisen auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auf die Rechtsprechung auswirkt. Die medizinische Psychiatrie scheint auf eine Weise mit Staat und Justiz verflochten zu sein, die sie nur schwer angreifbar macht. „Weltweit neigt die etablierte Praxis in der psychischen Gesundheitsversorgung dazu, in Gesetze kodifiziert zu werden, die paternalistisch (...) und letztendlich die Macht in die Hände der medizinischen Autorität legen“ (Eaton 2019, S.1, eigene Übersetzung). Werden psychiatrische Praktiken zum Gegenstand juristischer Verfahren, zählen Psychiater*innen zugleich zu den wichtigsten Sachverständigen für die Gerichte. Spricht das BVerfG von milderer Mitteln, die vor einer Zwangsmaßnahme angeboten werden müssen (vgl. BVerfG 2011, S. 21), so bezieht es sich allenfalls auf Mindeststandards, wie die Aufklärung über eine pharmakologische Behandlung, die ohne Druck zu erfolgen hat (vgl. ebd., S. 31). Zwar folgt das BVerfG nicht der Darstellung der psychiatrischen Sachverständigen, dass Neuroleptika relativ wenige Nebenwirkungen haben (vgl. ebd., S. 16 f.), wohl aber der Darstellung, dass sie alternativlos, verhältnismäßig und wirksam sein können, „um die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten wiederherzustellen“ (ebd., S. 18), wodurch eine Zwangsbehandlung zulässig sein könne. Skandalös an dieser Schlussfolgerung ist, dass sie nicht Konzepte und Methoden der Zwangsvermeidung berücksichtigt, die bereits seit Jahren erfolgreich in einigen psychiatrischen Kliniken angewendet werden. Da es sie gibt und sie theoretisch in jeder anderen psychiatrischen Einrichtung implementiert werden könnten, dürfte es der Logik milderer Mittel folgend keine Zwangsmaßnahmen geben, denen die Anwendung dieser Methoden nicht vorausgegangen ist (vgl. Teichert / Schäfer / Lincoln 2016, S. 125). Die psychiatrische Klinik in Herne etwa wendet nur bei 1% aller Behandlungen Zwang an gegenüber 5% bis 8% in anderen psychiatrischen Kliniken (vgl. Zinkler 2016, S. 223). Im Zentrum des Gewaltschutzkonzeptes, das in Kapitel 5 noch näher betrachtet wird, stehen offene Stationstüren, diagnostisch gemischte Stationen, feste Bezugspersonen, individuelle Therapiepläne, Patientenmitsprache und Hometreatment (vgl. ebd., S. 224 f.).

Nicht nur die Klinik in Herne, sondern mindestens 20 psychiatrische Kliniken (in insgesamt etwa 450 psychiatrischen Kliniken in Deutschland) (...) arbeiten seit Jahren ohne geschlossene Stationen (...). Und doch ruft die Beschreibung dieser Arbeitsweise und Haltung bei den anderen 430 Kliniken immer wieder ungläubiges Erstaunen, Ablehnung und defensives Rechtfertigen der eigenen Praxis hervor (ebd., S. 225 f.).

Wenn also das BVerfG die Auffassung vertritt, ohne eine Zwangsbehandlung mit Neuroleptika würde der Staat unter bestimmten Voraussetzungen einem nicht einwilligungsfähigen Menschen dem Schicksal einer dauerhaften Freiheitsentziehung überlassen (vgl. BVerfG 2011, S. 18), so folgt es fast vollständig dem Narrativ der konservativen medizinischen Psychiatrie. Viele weitere Fragen, außer der nach den milderer Mitteln,

bleiben in der Abwägung teilweise oder vollständig unberücksichtigt: Kann eine psychiatrische Diagnose mit Biomarkern abgesichert werden (vgl. Aderhold 2018, S. 28)? Ist eine mutmaßliche psychische Erkrankung zweifellos der Auslöser einer Straftat (vgl. Aichele 2016, S. 30)? Dürfen Straftaten von Menschen mit einer angeblichen psychischen Erkrankung rechtlich anders bewertet werden als Straftaten von Menschen ohne Diagnose (vgl. ebd., S. 31)? Haben Neuroleptika bei längerer Einnahme eine lebensverkürzende Wirkung (vgl. Zimmermann / Schulz 2023, S. 123)? Gibt es Behandlungsmethoden ohne Neuroleptika, die mittel- und langfristig ähnliche oder bessere Ergebnisse erzielen (vgl. Calton et al. 2008)?

Leider lässt die Zusammenschau der Entwicklungen seit Inkrafttreten der UN-BRK im Jahr 2009 nicht erkennen, dass die Psychiatrie aus sich selbst heraus die erforderliche grundlegende Dynamik entwickelt, um Strukturen und Verhaltensweisen systematisch zu reflektieren und die erforderliche Anpassungsleistung zu erbringen (Aichele 2016, S. 31).

Aus diesem Grund steht die Soziale Arbeit in der (Mit-)Verantwortung, die akute Krisenversorgung nicht der Alleinzuständigkeit der Psychiatrie zu überlassen, denn: „(...) eine Zwangsmaßnahme ist (...) unzulässig, wenn ‘mildere Mittel’ bestehen, die nicht zur Anwendung kommen. Entscheidend ist also, ob solche ‘Alternativen’ vorhanden sind“ (ebd., S. 33). Das kann durch den Zugang von nichtmedizinischen Helfenden, inklusive Peers, Angehörige und Freunde der Betroffenen während der psychiatrischen Behandlungen (vgl. Stöck / Stöck 2016) aber auch in nichtpsychiatrischen Settings erreicht werden (vgl. Brosey / Osterfeld 2023, S. 179). Rechtebasierte Krisendienste und -helfende können in einem fortwährenden Prozess der Begleitung und der unterstützten Entscheidungsfindung mit dem Betroffenen das Hilfesetting und den helfenden Personenkreis so flexibel wie möglich anpassen. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass einer zugespitzten Krisensituation eine sich öffnende und flexible Versorgung gegenübersteht. Zinkler und von Peter (2019) resümieren in ihrem Konzept einer ausschließlich unterstützenden Psychiatrie:

Die psychosozialen Dienste unterstützen dort, wo es die betreffende Person wünscht: zu Hause, in einer Krisenpension, in der Klinik, bei Freunden, auf der Straße, im Polizeigewahrsam oder in Haft. Der Zugang zur Unterstützung ist überall rund um die Uhr möglich, der Aufenthalt in einer Klinik kann nicht mehr damit begründet werden, dass andere Unterstützungsmöglichkeiten fehlen (S. 208).

4.5.2 Die Verbreitung von Krisendiensten und -einrichtungen. Drei PsychKGs im Vergleich

Für die Schaffung von psychosozialen Krisendiensten und -einrichtungen für Erwachsene gibt es, außer in Bayern, kaum konkrete Gesetzestexte und Rahmenbedingungen. Hinweise dazu finden sich am ehesten in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKGs) der einzelnen Bundesländer, von denen drei im Folgenden näher betrachtet werden. Zu der Frage, warum psychosoziale 24-Stunden-Krisendienste in der bundesweiten Gesamtschau immer noch eine Ausnahmeerscheinung sind, ist die Antwort des LVR auf eine Anfrage von Bündnis90/Die Grünen im Rein-Kreis Neuss aufschlussreich: „Gibt es im Rhein Kreis Neuss einen psychosozialen/psychiatrischen Rund-um-die-Uhr-

Krisendienst? Wenn nein, warum nicht“ (Rhein-Kreis Neuss 2018, S. 1)? In seiner Antwort vermeidet der LVR eine konkrete Antwort und verweist stattdessen auf alle anderen verfügbaren psychosozialen und psychiatrischen Dienste, Leistungen und Angebote. Er betont, dass Leistungserbringer im Bereich der Wohnhilfen durch Leistungs- und Prüfungsvereinbarung verpflichtet sind, Termine auch abends und an den Wochenenden vorzuhalten. „Darüber hinaus stellen die Leistungserbringer im betreuten Wohnen im Kontext und im Rahmen der Möglichkeiten der jeweiligen örtlichen Gesamthilfestrukturen Kriseninterventionen jederzeit sicher“ (ebd., S. 2). Der LVR resümiert:

Insgesamt ist festzustellen, dass das mittlerweile aufgebaute System der ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe zum selbstständigen Wohnen für Menschen mit Behinderung eine bedarfsgerechte Unterstützung vor Ort zur Verfügung stellt. Die Leistungen sind durchweg als tragfähig auch zur Bewältigung von Krisen- und Notfallsituationen einzuordnen (ebd., S. 3).

Offenbar fällt es dem LVR schwer, über den Tellerrand seiner eigenen Betätigungsfelder hinauszublicken, denn er geht nicht auf Menschen ein, die nicht an die Strukturen der Eingliederungshilfe oder der Institutsambulanzen angebunden sind. Leve et al. (2016) bemerken:

In den Angeboten des Betreuten Wohnens werden vereinzelt Nachtdienste vorgehalten, die auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten Ansprechpartner/innen für die Klienten/innen im jeweiligen Wohnbereich sind. Es handelt sich demnach hierbei um kein öffentlich zugängliches Angebot, das allen Menschen in einer psychosozialen Krise zu Verfügung steht (S. 17).

Sinngemäß geht der LVR in seiner Stellungnahme davon aus, dass eine unbestimmte Anzahl von theoretisch verfügbaren, meist nicht aufeinander abgestimmten Angeboten, die, je nach städtischem oder ländlichem Einzugsgebiet sehr unterschiedlich ausfallen, spezialisierte Krisendienste überflüssig machen: „Hinweise von Nutzerinnen und Nutzern, dass sie sich in Krisen- und Notfallsituationen nicht ausreichend versorgt fühlen, sind beim Landschaftsverband Rheinland bisher nicht eingegangen“ (ebd.). Womöglich steht der LVR nicht im Kontakt mit den zahlreichen Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen: „Besonders diejenigen Angehörigen, die mit einem psychisch kranken Familienmitglied zusammenleben oder anderweitig einen sehr engen Kontakt haben, fordern deshalb seit Jahren die Einrichtung flächendeckender Krisendienste“ (Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Internetseite). Eine stichprobenartige Onlinerecherche über die Art und Anzahl der Krisendienste in NRW auf der Internetseite der *Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention* ergibt je nach Sucheinstellung 40 bis 50 Angebote. Die meisten davon sind die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen, bei denen man nur zu normalen Bürozeiten Beratungsgespräche vereinbaren kann. Überprüft man die Ergebnisse auf die Kriterien *multiprofessionelles Team* und *24-Stunden-Telefonbereitschaft*, bleiben nur noch fünf Angebote übrig. Nur ein Anbieter hält ein Krisenbett vor (siehe Verzeichnis im Anhang). Selbst unter dem Vorbehalt, dass eine eingehende Recherche einige Angebote mehr zutage fördern würde, ändert das wohl nichts an der Feststellung einer eklatanten Unterversorgung. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die *Evaluation zur Objektivierung des möglichen Bedarfes an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten in Düsseldorf*. Leve et al.

(2016) untersuchten den Bedarf von psychosozialen Krisendiensten, die niederschwellig und 24 Stunden erreichbar sind. Trotz einer insgesamt hohen sozialpsychiatrischen Angebotsdichte und -vielfalt in Düsseldorf kommen sie zu dem Schluss: „Aus Sicht der Experten/innen ist ein differenziertes Hilfsangebot insbesondere im niedrigschwelligen Bereich je nach Krisensituation und Erleben der Betroffenen außerhalb der Dienstzeiten nur eingeschränkt verfügbar“ (S. 19). Die befragten Betroffenen und Anbieter*innen verweisen darauf, dass auch die vereinzelt nichtmedizinischen Komm-Angebote außerhalb der normalen Dienstzeiten von vielen Betroffenen nicht genutzt werden können, vor allem weil die Handlungsfähigkeit in Krisen oft reduziert ist und Betroffene sich schämen. „Bei den Klienten/innen besteht insbesondere bei Erstkontakt eine große Sorge vor Stigmatisierung“ (ebd.). Während das BTHG Barrieren der Gleichstellung und Teilhabe für Menschen, die psychosozial beeinträchtigt sind und werden, insgesamt reduziert, sind diese Menschen ausgerechnet in akuten Krisen immer noch von schweren Grundrechtseingriffen seitens der Psychiatrie bedroht (vgl. Aichele 2016, S. 26). Die Bundesländer haben ihre PsychKGs zwar im Zuge der BTHG-Implementierung aktualisiert, jedoch bleibt es dabei, dass Zwangsmaßnahmen in Verbindung mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechenden weiteren Voraussetzungen möglich und psychiatrische Einrichtungen dafür zuständig sind. Gleichzeitig wird in den PsychKGs betont, dass Zwangsmaßnahmen wenn möglich zu vermeiden sind, worauf psychosoziale und psychiatrische Vorsorgemaßnahmen gleichermaßen hinwirken sollen. Zinkler und von Peter (2019) weisen darauf hin, „dass die Psych-KG's historisch gesehen aus dem Polizeirecht entwickelt wurden“ (S. 205). Auch in ihren Neufassungen tritt das Spannungsfeld zwischen Gesundheitsversorgung und Ordnungsauftrag deutlich zutage. Auf Präambeln, die überwiegend personenzentriert und menschenrechtsorientiert anmuten, folgen abgestufte Deeskalationskonzepte und schließlich Ausführungsbestimmungen von Maßnahmen der Unterbringung, Sicherung und Kontrolle von Betroffenen, die überwiegend dominant und bedrohlich formuliert sind:

Es ist zu bedauern, dass eine menschenrechtskonforme Gestaltung der neuen Psych-KG mancherorts nur über langwierige Klagewege zu erreichen sein wird. Etliche Landesgesetzgeber bestehen weiterhin auf die Möglichkeit der Zwangsmedikation auch einwilligungsfähiger Menschen zum Schutze höherer Rechtsgüter Dritter. Dies ist aber weder verfassungsrechtlich noch ärztlich-standsethisch gedeckt (vgl. Osterfeld / Zinkler 2016, S. 14).

Im **PsychKG NRW** sind psychosoziale Krisendienste oder -einrichtungen, wie in fast allen anderen Bundesländern, nicht explizit benannt oder vorgesehen. Wie die oben besprochene Mitteilung des LVR (Rhein-Kreis Neuss 2018) deutlich macht, scheint die Wunschvorstellung vorzuherrschen, dass sich aus der Summe verschiedener psychosozialer Hilfsangebote ein ausreichendes Krisennetzwerk ergeben möge. Psychosoziale Dienste unabhängig von ihren Schwerpunkten, sollen Menschen in Krisen präventiv beraten und sie ggf. dazu bewegen, sich freiwillig in psychiatrische Behandlung zu begeben, mit dem Ziel, Zwangsmaßnahmen vorzubeugen oder abzuwenden (vgl. § 3. Abs. 1 und § 6 PsychKG). Während die vorsorgenden Hilfen von psychosozialen, psychologischen und medizinischen Diensten gemeinsam erbracht werden sollen (vgl. §§ 7, 8 PsychKG), ist die Unterbringung und Behandlung ausschließlich Mediziner*innen und

medizinischen Einrichtungen vorbehalten (vgl. § 10 PsychKG). In NRW und den meisten anderen Bundesländern sind die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) dafür zuständig im Verdachtsfall von Eigen- und Fremdgefährdungen aufgrund psychischer Erkrankungen (vgl. § 11 PsychKG) eigeninitiativ tätig zu werden, die Situation zu beurteilen und die betroffene Person ggf. zu einer freiwilligen psychiatrischen Behandlung zu bewegen, um Zwang möglichst zu vermeiden. In diesem stufenweisen Vorgehen von Kommunikations- und Untersuchungsangeboten zur Abklärung und Deeskalation (vgl. § 9 PsychKG) sind in oftmals auch Sozialarbeiter*innen beteiligt, „die versuchen, den ersten Kontakt herzustellen und die Lage einzuschätzen, sie werden von den Betroffenen eher empfangen als ein*e Psychiater*in“ (Brosey / Osterfeld 2023, S. 178). Viel zu oft sind es aber immer noch Polizei und Feuerwehr, die in den Erstkontakt zum Betroffenen treten und im nächsten Schritt Mediziner*innen hinzuziehen, um ggf. eine Unterbringung erwirken zu können. „(...) Rettungsdienste, Polizei und Feuerwehr haben neben geringen personellen Ressourcen keine ausreichende Ausbildung für den Umgang mit Menschen in akuten psychischen Krisen“ (Cole / Oster / Mahler 2022, S. 41). Durch diese häufige Konstellation aus Mediziner*innen und Ordnungsbehörden, werden zugespitzte aber potenziell immer noch beeinflussbare Situationen von vornherein mit der Androhung von Zwang und Gewalt inszeniert. „Der Versuch, Einsicht durch Übermacht zu erwirken, erzeugt nur noch höhere Spannung, die als Angst und Panik erlebbar wird und in Gewalt umkippen kann“ (Neumann 2004, S. 281). Wenn psychosoziale Krisendienste oder Unterstützungspersonen in zugespitzten Krisensituationen nicht zur Verfügung stehen, laufen die Situationen allein aus Mangel an alternativen Perspektiven, Einschätzungen und Angeboten Gefahr, zu eskalieren und zum psychiatrischen Notfall erklärt zu werden. „Es geht dann letztendlich nur noch um die Frage: Zwangseinweisung oder freiwillige Aufnahme, die verhandelt wird. Dabei bleiben andere Wege vielleicht unbetreten oder unentdeckt“ (Neumann 2023, S. 340).

Bayerns PsychKHG ist seit seiner Reform von 2018 in mehrerlei Hinsicht bemerkenswert. Als einziges Bundesland adressiert es „Menschen mit psychischem Hilfebedarf“ und erweitert damit den Blick über die rein medizinische Perspektive der „psychischen Erkrankung“ hinaus. Gleichzeitig schafft es einen gesetzlichen Rahmen für flächendeckende Krisendienste (vgl. § 1 BayPsychKHG).

Mit diesem Gesetz wird die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung für Menschen mit psychischem Hilfebedarf gestärkt. Ziel ist es, psychische Erkrankungen weiter zu Entstigmatisierung sowie den Menschen in psychischen Krisen Anlaufstellen zu bieten und durch eine frühzeitige Unterstützung wirksam zu helfen. Damit sollen auch Unterbringungen ohne oder gegen den Willen der betroffenen Menschen sowie Zwangsmaßnahmen vermieden werden. (BayPsychKHG, 2018, Präambel)

Jeder bayrische Bezirk hat eine Krisendienstleitstelle vorzuhalten, die 24 Stunden erreichbar ist, sowie mobile Fachkräfte, die innerhalb einer Stunde aufsuchend tätig werden können, falls eine Krisensituation nicht allein telefonisch oder mittels anderer psychosozialer Angebote entschärft werden kann. „Die Kosten für die sieben Leitstellen trägt das Land Bayern, die Kosten für die aufsuchenden mobilen Teams (...) der jeweilige Bezirk in seiner Funktion als überörtlicher Sozialhilfeträger“ (Welschehold 2022, S. 134).

Die Krisendienste sind über eine einheitliche Nummer erreichbar. Nicht nur die Menschen in Krisen werden beraten, sondern auch Angehörige, professionell Tätige und alle anderen Menschen, die mit einer Person in der Krise zu tun haben und um Rat suchen (vgl. ebd., S. 135). Ziel ist auch eine systematische Kooperation mit der Polizei, sodass diese im Erstkontakt und bei Verdacht auf eine psychosoziale Krisenproblematik den Krisendienst hinzuziehen kann, bzw. hinziehen muss, bevor Grundrechtseingriffe erwogen werden. „Die Unterbringung darf nur angeordnet werden, wenn die Gefährdung nicht durch weniger einschneidende Mittel abgewendet werden kann, insbesondere auch nicht durch die Hinzuziehung eines Krisendienstes und durch Hinzuziehung der oder des gesetzlichen Vertreters“ (§ 5 Abs. 2 S. 1 BayPsychKHG).

Auf der anderen Seite ergeht sich das BayPsychKHG in eine auffällige Ausdifferenzierung von restriktiven und kontrollierenden Einzelmaßnahmen für den Fall, dass die Unterbringung erfolgt. Im Kapitel 5, *Gestaltung der Unterbringung*, wird noch einigermaßen vergleichbar mit anderen PsychKGs geregelt: die Kontrollen von persönlichem Besitz (vgl. § 21 BayPsychKHG), die Durchsuchung und Überwachung von Besuchern (vgl. § 23 BayPsychKHG) und die Beschränkung und Überwachung von Schriftverkehr und Telekommunikation (vgl. § 24 BayPsychKHG). In Kapitel 6 *Sicherungsmaßnahmen* muten manche der ausgemalten Szenarien hingegen auffällig bizarr an:

Besteht der begründete Verdacht, dass eine untergebrachte Person Gegenstände im Körper versteckt hat, die die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung gefährden, kann die untergebrachte Person durch eine Ärztin oder einen Arzt untersucht werden (§ 28 Abs. 3 S. 1 BayPsychKHG).

Um den Gesamteindruck abzurunden, ist auf den ursprünglichen Gesetzentwurf hinzuweisen, der nach heftigen Protesten von Betroffenen, Angehörigen, Wissenschaftler*innen und Oppositionspolitiker*innen angepasst wurde. Dort war noch vorgesehen, dass Daten von allen in bayrischen Psychiatrien untergebrachte Menschen mindesten fünf Jahre lang gespeichert bleiben – darunter Name, Familienstand, Krankheitsbezeichnung und Dauer der Unterbringung – und auch zur Verfolgung von Straftaten genutzt werden können (vgl. Bayrischer Landtag 2018, S. 17 f.). Wie auch immer man die Rolle der Krisendienste im Gesamtkontext des BayPsychKHG bewerten mag, so liefert das Gesetz doch einige nützliche Detailvorlagen (z.B. ebd., S. 2 ff., 8, 24 ff., 59, 61) welche auf andere Bundesländer übertragen werden könnten.

Hervorzuheben ist auch das **Land Berlin**. Hier wird in § 5 PsychKG der Berliner Krisendienst mit seinen verschiedenen Anlaufstellen unter den niedrigschwelligen Angeboten aufgeführt: „Sie dienen der erforderlichen Ergänzung und Verknüpfung der Leistungen nach den Büchern des Sozialgesetzbuches und dem Gesundheitsdienst-Gesetz und sind in jedem Bezirk vorzuhalten.“ Wie in allen anderen Bundesländern spielt in Berlin der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) eine zentrale Rolle bei der Krisenintervention. Beim Bekanntwerden einer drohenden Eigen- oder Fremdgefährdung soll der SpDi eigeninitiativ und aufsuchend tätig werden. Die mobilen Zweierteams sind in der Regel mit den Professionen Psychiatrie und Soziale Arbeit / Sozialpädagogik besetzt. In Berlin ist der SpDi auch die antragstellende Instanz für Unterbringungen (vgl. Gagel / Petzold

2021, S. 152). Darüber hinaus verfügt Berlin über den oben genannten flächendeckenden psychosozialen Krisendienst (vgl. Berliner Krisendienst, Internetseite), der in seinem Leistungsspektrum mit dem bayernweiten Krisendienst vergleichbar ist. Der SpDi und der Berliner Krisendienst arbeiten eng zusammen und ergänzen einander in den folgenden Punkten:

SpDi	Berliner Krisendienst
■ 8.00-16.00 Uhr	■ 16.00-8.00 Uhr
■ Patientendokumentation	■ anonyme Dokumentation
■ schwerer beeinträchtigtes Klientel	■ leichter beeinträchtigtes Klientel
■ Hausbesuche regelhaft	■ Hausbesuche Ausnahme
■ PsychKG-Antragstellung	■ Vermittlung in Klinik
■ Ärztlicher Dienst im SpDi	■ Ärztlicher Hintergrunddienst im BKD
■ hauptberufliche Mitarbeiterinnen	■ nebenberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Mitarbeiter

Tabelle 1 (Gagel / Petzold 2021, S. 156)

Auf diese Weise ist es in Berlin wahrscheinlicher, dass der Erstkontakt in akuten Krisen durch pädagogisch geschultes Personal und mit einem breiteren Spektrum an Perspektiven und Hilfsangeboten einhergeht. Albers (2021) betont aus Sicht des SpDi: „Ganz wichtig ist, in welchem Umfeld wir intervenieren, wie ressourcenarm oder wie ressourcenreich das Umfeld ist. Wo es nichts gibt, gibt es auch keine Alternativen zur Zwangsmaßnahme“ (S. 159 f.). Als Angebote, die zusätzlich zu einem flächendeckenden Krisendienst verfügbar sein müssen, um Unterbringungen zu vermeiden, nennt Albers nichtmedizinische Settings, wie Krisenbetten und Weglaufhäuser (vgl. ebd., S. 160). Passend dazu kann Berlin mit dem Weglaufhaus Villa Stöckle die bundesweit einzige vollumfängliche nichtmedizinische stationäre Kriseneinrichtung vorweisen. Dies ist allerdings nicht die Errungenschaft der Berliner Sozialpolitik, sondern das Ergebnis von Selbsthilfe und ehrenamtlichem Engagement:

Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ wurde am 01. Januar 1996 eröffnet, nachdem der Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. über 7 Jahre lang an dem Konzept, der Finanzierungsgrundlage, der politischen Durchsetzung und der praktischen Umsetzung gearbeitet hatte. Die Weglaufhäuser, die in den 70er und 80er Jahren in den Niederlanden entstanden, und das Soteria-Projekt, das Loren Mosher in den 70er Jahren in Kalifornien entwickelt hatte, lieferten wichtige konkrete und in der Praxis erprobte Bausteine für die neu zu entwickelnde Konzeption eines an die sozialen, rechtlichen und psychiatrischen Bedingungen in der Bundesrepublik angepassten Weglaufhauses „Villa Stöckle“ (Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 5 f.).

4.5.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen für psychosoziale Krisendienste und -einrichtungen

Dem gegliederten deutschen Sozialsystem ist geschuldet, dass Krisenhilfen je nach Kontext verschiedenen Leistungsträgern zugeordnet sind. Dies erschwert insbesondere die Organisation, Koordination und Finanzierung von niederschwelligen

Krisenangeboten mit multidisziplinären Komplexleistungen, bei denen häufig Erstkontakte zum Hilfesystem entstehen (vgl. Krasney 2013, S. 86). Insbesondere Krisenhilfekonzepte, die nicht nur auf Klärung, Intervention und Weiterleitungsvermittlung ausgerichtet sind, sondern auch eine längerfristige kontinuierliche Krisenbegleitung anbieten möchten, sind mit den üblichen Zuständigkeitsproblemen der Kostenträgerschaft konfrontiert.

Für Hilfen bei psychischen Krisen ist im Rahmen ihres Leistungskatalogs schwerpunktmäßig die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuständig. Fallen erforderliche Krisenhilfen weder aufgrund von speziellen Vorschriften noch in Auslegung sogenannter offener Leistungsnormen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen oder eines anderen Sozialversicherungsträgers, können die erforderlichen Leistungen grundsätzlich im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe), und zwar insbesondere als Hilfen zur Gesundheit (§§ 47, 48 SGB XII), zur Eingliederung von behinderten Menschen (§§ 53 ff. SGB XII) [aktuell §§ 90 ff. SGB IX; Anm. d. Verf.], zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) und in anderen Lebenslagen (§§ 70 ff. SGB XII) erbracht werden (ebd., S. 84).

Unter diesen Umständen sind diejenigen Menschen in Krisen im Vorteil, die schon an Teilsysteme der Regelversorgung angebunden sind, sei es die Eingliederungshilfe, Pflege, Psychotherapie, Institutsambulanzen oder niedergelassene Psychiater*innen. Durch regelmäßige Kontakte zum Hilfesystem können Krisen frühzeitig erkannt und mittels erprobter Routinen abgemildert werden. Gleichzeitig erzeugt der längerfristige Verbleib in sozialpsychiatrischen Sonderstrukturen – wie beschrieben – oftmals Abhängigkeiten, verstärkt Stigmatisierungen und fördert chronifizierte Klient*innen- und Patient*innenkarrieren. Wo Krisendienste nicht wie in Berlin oder Bayern flächendeckend aus Mitteln der Länder und Kommunen finanziert werden, sind einzelne regionale Akteur*innen darauf angewiesen, unter den spezifischen Bedingungen ihrer Einzugsgebiete passgenau Kooperations- und Finanzierungsmodelle mit unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern zu organisieren und ständig anzupassen. „Die besondere Schwierigkeit besteht darin, dass kein möglicher Leistungsträger allein zuständig ist und das erschwert die Zusammenarbeit, die dringend erforderlich ist“ (Schmidt-Zadel 2013, S. 65 f.). Da im Fokus dieser Literaturrecherche nichtmedizinische Krisenhilfeangebote stehen, die auch von Sozialarbeiter*innen unterstützt, initiiert und betrieben werden könnten, lohnt sich exemplarisch ein Blick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Weglaufhauses Villa Stöckel, die gänzlich im Bereich des SGB XII verortet sind. Stationäre Einrichtungen in der Trägerschaft der Sozialhilfe müssen die in §§ 76 und 77 SGB XII definierten Voraussetzungen erfüllen. Auch das Weglaufhaus Villa Stöckle in Berlin hat auf dieser Grundlage einen Rahmenvertrag mit dem Land Berlin geschlossen in dem zusätzlich die Spezifika der stationären Krisenhilfe ausgewiesen sind (vgl. Land Berlin 2016 und 2019). Der leistungsberechtigte Personenkreis ist gemäß § 67 Satz 1 SGB XII definiert: „Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind“. Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII sind jedoch gegenüber anderen Leistungen des SGB XII und VIII nachrangig (vgl. ebd., Satz 2). Ausgeschlossen davon sind auch Personen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten oder erhalten könnten (vgl. § 1 AsylbLG) und Personen

ohne Aufenthaltsstatus. Die Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (BMAS 2003, § 1) konkretisiert:

Besondere Lebensverhältnisse bestehen bei fehlender oder nicht ausreichender Wohnung, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage, bei gewaltgeprägten Lebensumständen, bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung oder bei vergleichbaren nachteiligen Umständen (Satz 2). Soziale Schwierigkeiten liegen vor, wenn ein Leben in der Gemeinschaft durch ausgrenzendes Verhalten des Hilfesuchenden oder eines Dritten wesentlich eingeschränkt ist, insbesondere im Zusammenhang mit der Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung, mit der Erlangung oder Sicherung eines Arbeitsplatzes, mit familiären oder anderen sozialen Beziehungen oder mit Straffälligkeit (Satz 3).

Das Weglaufhaus Villa Stöckle ist auf Initiative und in Trägerschaft des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt gegründet worden und versteht sich als Kriseneinrichtung mit ausdrücklich antipsychiatrischer Haltung. Unter anderem lehnen die Verantwortlichen psychiatrische Diagnosen und Krankheitsmodelle ab und unterstützen das Absetzen von Psychopharmaka (Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 4 f.). Da es offenkundig (noch) keine gesetzlichen Rahmenbedingungen für antipsychiatrische Kriseneinrichtungen gibt, fokussiert sich Weglaufhaus Villa Stöckle in seinem Fachkonzept auf das Thema Wohnungslosigkeit und somit auf ein förderfähiges Hilfsangebot mit SGB XII-Bezug:

Das Angebot des Weglaufhaus „Villa Stöckle“ richtet sich an Menschen ab 18 Jahren in psychosozialen Krisensituationen, die von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht sind bzw. in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ leistet Krisenintervention für Menschen in besonderen Lebensverhältnissen, die mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, so dass sie aktuell nicht in der Lage sind, diese aus eigener Kraft zu überwinden, und die sich darüber hinaus in einer akuten Notlage befinden, so dass sie sofortige Krisenintervention, auch in Form von Unterstützung und Übernahme, benötigen (ebd., S. 6).

Am Beispiel des Weglaufhauses Villa Stöckle wird deutlich, dass es unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich ist, sich als Initiator*in von Krisenhilfen auf einem paradigmatischen Spektrum von medizinisch-psychiatrisch bis rechtbasiert-antipsychiatrisch relativ frei zu positionieren. Ebenso ist es unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich und geboten, überall, auch in medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen, Zwang und Gewalt auf ein absolutes Minimum zu reduzieren (siehe Kapitel 4.5.1).

5 Grundhaltungen und Kernelemente einer rechtbasierten personenzentrierten Krisenhilfe

5.1 Zwischenfazit und Kritik an der Sozialen Arbeit

Für die Konzeption einer rechtbasierten personenzentrierten Krisenhilfe muss das Rad nicht neu erfunden werden. Wesentliche Leistungs- und Ausstattungsmerkmale, die sich für Krisendienste verschiedener Ausrichtungen bewährt haben (siehe Kapitel 3.2), sollten auch in nichtmedizinischen Konzepten berücksichtigt werden. Die recherchierte Fachliteratur vermittelt jedoch den Eindruck, dass eine Akutkrisenhilfe ohne Federführung der medizinische Psychiatrie für die Klinische Sozialarbeit keine bedenkenswerte

Option ist, nicht einmal als ein Nebeneinander von medizinischen und (tatsächlich) nicht-medizinischen Akuthilfeangeboten. Die möglichen Gründe hierfür – Vorurteile, Unsicherheit, Bequemlichkeit, Selbstschutz, professionelle Selbstverortungsprobleme sowie die Sonderstellung der Anstaltspsychiatrie und Forensik – wurden herauszuarbeiten versucht. Im offenen Widerspruch dazu, bzw. im Einklang mit dem rigiden sozialstaatlichen Schubladendenken steht, dass Akutkrisenhilfe regelhafter Teil der Sozialen Arbeit ist, solange sie nicht unter dem Schlagwort „Psychiatrie“ stattfindet, sondern als Kinder- und Jugend-, Suchtkranken-, Wohnungslosen- und Geflüchtetenhilfe sowie zum Schutz vor häuslicher Gewalt betrieben wird (siehe Kapitel 4.3). Zwar weisen die gesichteten Quellen darauf hin, dass die Klinische Sozialarbeit über mehr als ausreichend multidisziplinäre Theoriebildung und eigene Praxiserfahrungen verfügt, um sich für nichtmedizinische Krisenangebote auch in der Abgrenzung zur Psychiatrie stark zu machen, verfolgt man jedoch die Professionsdebatte, so scheint das dafür nötige Selbstverständnis und -bewusstsein noch immer unzureichend ausgeprägt zu sein. Nicht einmal ein Positionspapier eines deutschen Berufsverbands der Sozialen Arbeit zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie konnte ermittelt werden. Zu abhängig sind oder fühlen sich Sozialarbeiter*innen womöglich als Arbeitnehmer*innen in psychiatrischen Einrichtungen oder über die medizinisch-psychiatrisch geprägten Leistungsvereinbarungen mit den Landschaftsverbänden. Zu nachhaltig verankert erscheinen die Erzählungen und Erklärungen der medizinischen Psychiatrie im Fachdiskurs (vgl. Rufer 2007, S. 400 f.), trotz vereinzelt aufflackernder Kritik. Dementsprechend sind es im deutschsprachigen sozialpsychiatrischen Diskurs vor allem einzelne Psychiater*innen, die sich mit deutlicher (Selbst-)Kritik hervortun, fast nie jedoch Sozialarbeiter*innen.

Das brüchige Gebäude psychischer Erkrankungen wird nur noch notdürftig von einem Gerüst aus diagnostischen und pharmakologischen Gewohnheiten stabilisiert. Dieser Psychiatrie sollte man unverfroren(er) gegenübertreten. Längst hat der Kaiser keine Kleider mehr an. Psychotherapeutisches Handeln sollte sich keinesfalls mehr an diese Krankheits- und Diagnosekonstrukte binden und binden lassen (Aderhold 2018, S. 29).

Welches also sind die Grundhaltungen und Kernelemente einer Krisenbegleitung, die weitgehend im Einklang mit Theorien und Konzepten der Sozialen Arbeit stehen und die „unverfroren“ losgelöst von medizinisch psychiatrischen Konzepten gedacht und praktiziert werden könnten?

5.2 Soziales und recoveryorientiertes Krisenverständnis

Laut DBSH (2014) ist das Ziel der Sozialen Arbeit „(...) die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen (...)“. Rechtbasierte personenzentrierte Krisenhilfen der Sozialen Arbeit verstehen sich konsequenterweise als nichtmedizinische sozialtherapeutische Angebote für Menschen, die niederschwellige Unterstützung suchen, ohne dabei von (noch mehr) sozialer Exklusion, Pathologisierung, Korrektur und Zwang bedroht zu werden. Krisen, auch schwere und langanhaltende, werden als natürliche Reaktionen auf überfordernde Lebensereignisse verstanden (vgl. Aderhold 2016, S. 134), die auf Selbstaktualisierung und inneres Wachstum gerichtet sind, jedoch gleichzeitig mit

Risiken des Scheiterns einhergehen sowie zu Notfällen führen können (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 63). Außergewöhnliche Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen werden als Bewältigungsstrategien verstanden, um dem erschütterten Selbst- und Weltbild Sinn, Bedeutung, Hoffnung und Halt zu verleihen. „Wenn Angst und Verzweiflung nicht als krankhafte Reaktion im Raum bleiben, sondern (...) verstanden werden können als adäquater Ausdruck für chaotische, verwirrende Gefühle, Protest, Hilflosigkeit und Leere, verlieren sie an Dramatik für den Klienten“ (ebd., S. 35). Geeignete Bezüge in den Theorien der Sozialen Arbeit finden sich unter anderen in den Konzepten der *Lebensbewältigung* nach Bönisch, der *Lebensweltorientierung* nach Thirsch und des *Sozialen Problems* nach Staub Bernasconi (vgl. Dettmers 2023, S. 272). Die Soziale Arbeit in den Krisenhilfen fokussiert sich darauf, gemeinsam mit Menschen in Krisen innere Ressourcen zur Selbsthilfe sowie äußere Ressourcen der sozialen und sozialstaatlichen Unterstützung zu aktivieren sowie Barrieren, die zumeist aus Stigmatisierung und anderen Formen der Marginalisierung resultieren, abzubauen (vgl. Walther / Deimel 2023, S. 50). Soziale Arbeit verortet Krisenunterstützungsmaßnahmen, wenn irgend möglich, in vertraute überwiegend förderliche soziale Räume und Netzwerke ihrer Klient*innen und vermeidet die Exklusionen in stationäre und teilstationäre Sonderwelten der Sozialpsychiatrie sowie die Freisetzung in Wohnungslosigkeit und Delinquenz (vgl. ebd.).

Konsequent umgesetzte Gemeinwesenorientierung in der Behindertenhilfe rückt Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen aus der Ecke spezialisierter Hilfen heraus und gliedert sie ein als Bestandteil allgemeiner Gemeinwesenarbeit. Community Care könnte also einen Versuch darstellen, den allgemeinen gemeinwesenorientierten Ansatz auch für die Behindertenhilfe zu adaptieren (Aselmeier 2008, S. 66).

Wo dringend erforderlich, engagiert sich die Soziale Arbeit für die Schaffung und den Betrieb von nichtmedizinischen Krisenräumen, die in erster Linie Obdach, Nahrung, Schutz und menschliche Nähe bieten und wo gleichzeitig auf die Rückkehr der Betroffenen in möglichst selbständige gering institutionalisierte Lebenszusammenhänge hingearbeitet wird (vgl. Zinkler / von Peter 2019, S. 205). Rechtbasierte personenzentrierte Krisenhilfeangebote der Sozialen Arbeit vertreten ein recoveryorientiertes Krisenverständnis. Sie fördern die Peerbeteiligung in der direkten Begleitung von Menschen in Krisen sowie die Unterstützung und Einbeziehung von Angehörigen, Freund*innen und Kolleg*innen der Betroffenen. „Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ (Knuf 2016, S. 36).

5.3 Formelles Wissen, Erfahrungswissen und Nichtwissen

Für die Arbeit mit Menschen in seelischen Krisen ist ein möglichst breites Repertoire an Wissensbeständen aus formeller und informeller Bildung vorteilhaft. „Grundsätzlich lässt sich zwischen Wissen unterscheiden, das man sich in Lernprozessen aneignen kann, Wissen, das man im Vollzug einer Praxis erwirbt, und einem Können, das sich in der Auseinandersetzung mit Anforderungen einer Praxis bildet“ (Becker-Lenz / Silke Müller-Hermann 2023, S. 121). Die Herausforderung in der professionellen Praxis ist demnach

die für jede Unterstützungssituation neu vorzunehmende Relationierung von wissenschaftlichem Wissen, beruflichem und außerberuflichem Erfahrungswissen sowie der eigenen Intuition (vgl. ebd., S. 131). Die Arbeit in Krisensituationen bringt ein hohes Maß von Unsicherheit über das richtige Vorgehen mit sich, „(...) indem nämlich in die offene Zukunft hinein entschieden wird, ohne Gewissheit über den Ausgang haben zu können. Das professionelle Handeln hat insofern stets das Potenzial zu scheitern oder die Krise gar zu verschlimmern“ (ebd., S. 122). Im aktuellen Fachdiskurs der Sozialen Arbeit herrscht überwiegend Einigkeit darüber, dass insbesondere in Krisensituationen zusätzliches Wissen über die*den Betroffene*n zu generieren und entlang vorgefertigter diagnostischer Kategorien zu strukturieren ist, um dadurch zu einem möglichst präzisen Fallverständnis zu gelangen. Gleichzeitig ist psychosoziale Diagnostik ein zumeist obligatorischer Bestandteil von Hilfeplan- und Casemanagementbürokratie:

Die psychosoziale Diagnostik in der Sozialen Arbeit mit psychisch Kranken hat in erster Linie zum Ziel, den psychisch erkrankten Menschen in seiner aktuellen Lebenssituation umfassend wahrzunehmen und das, was ihn antreibt und berührt zu verstehen. (...) Auf der Basis dieser Informationen können dann Arbeitshypothesen gebildet werden, welche die Basis für das weitere sozialarbeiterische Vorgehen sind (Deiml / Deloi 2023, S. 250).

Eine personenzentriert ausgerichtete Krisenhilfe nach Rogers setzt hingegen darauf, dass der betroffene Mensch von sich aus und unter Bezugnahme auf sein eigenes Erfahrungswissen und Selbstverständnis in einen Selbstaktualisierungsprozess eintritt, sobald er sich sicher und bedingungslos akzeptiert fühlt.

[Es; Anm. d. Verf.] fällt die enge Beziehung zwischen dem klientenzentrierten Konzept und der funktionellen Methode der Sozialen Einzelhilfe auf. (...) War die diagnostische Methode (...) von der Freud'schen Psychoanalyse und einer eher mechanistisch-deterministischen Auffassung vom Menschen geprägt, so wurden die führenden Vertreter der funktionellen Methode wie J. Taft und V. Robinson von Otto Rank, einem Schüler Freuds, beeinflusst, (...) der menschliches Wachstum als Prozess ansah, den freien Willen des Menschen betonte und die Beziehung zwischen Therapeut und Klient hervorhob (Weinberger 2013, S. 38 f.).

Wenngleich in der Fachliteratur die Freiwilligkeit und Partizipation der Betroffenen als Grundvoraussetzungen psychosozialer Diagnostik betont werden, wozu gelingende Arbeitsbündnisse motivieren sollen (vgl. Becker-Lenz / Müller-Hermann 2023, S. 127), so vollzieht sich auch Diagnostik im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle: Sie verwehrt oder ermöglicht Zugänge zum Hilfesystem (siehe Kapitel 4.1). Unter diesen Voraussetzungen kann bestenfalls von einer Zustimmung zur Diagnostik nicht aber von echter Freiwilligkeit die Rede sein. Aus der rechtbasierten Unterstützungsperspektive geht es darum, dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen über die zur Anwendung kommenden Unterstützungsmethoden, so weit wie möglich zu entsprechen (vgl. § 5 SGB VIII). Rechtbasierte personenzentrierte Methoden stellen Sozialarbeiter*innen im besonderen Ausmaß vor die Verantwortung, Klient*innen nicht als Objekte akademischer und beruflicher Wissensanwendung zu behandeln, sondern als Partner*innen im gemeinsamen Wissenserwerb und -austausch gleichzustellen. Anstelle von Arbeitsbündnissen, die von der Prämisse akademischer Expert*innen und hilfsbedürftiger Laien ausgehen, betonen dialogische Krisenhilfekonzepte, wie der *Trialog* und der *Offene Dialog*, gleichwertige und vielstimmige Lehr- und Lernbündnisse: „‘Trialog‘ meint die gleichberechtigte

Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeits- bzw. Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung Psychiatrieplanung ect. (...)“ (Bock / Gyöngyvér 2016, S. 27). Gegenseitig unterstützende und therapeutisch wirksame Beziehungen zeichnen sich maßgeblich dadurch aus, dass die Wissens- und Erfahrungsbestände des jeweils anderen von Interesse, idealerweise von gegenseitiger Bedeutung sind. Darum ist es ein zentraler Bestandteil von EX-IN-Ausbildungen, dass die teilnehmenden Expert*innen aus Erfahrung sich über ihre Krisen austauschen und von einem individuellen zu einem gemeinsamen Wissen über Krisen gelangen.

Wenn aber die Erfahrung dazu genutzt werden soll, hilfreiche Haltungen und Strukturen für Menschen zu entwickeln, um psychische Krisen zu durchleben, so ist es erforderlich, einen Standpunkt zu entwickeln, der von anderen zunächst nachvollzogen und dann auch geteilt wird. (...) Wir-Wissen umfasst nicht nur das gemeinsam Erfahrene (...), sondern auch das gemeinsam Verstandene (Utschakowski 2016, S. 87).

Im *Offenen Dialog* heben sich die Expert*innen aus formeller Bildung lediglich durch ihre Organisator*innen- und Moderator*innenrolle aus den Gesprächsgruppen hervor, die sich ansonsten aus den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen, Freund*innen und ggf. Kolleg*innen zusammensetzen können. Im Zentrum der Methode steht ein gleichberechtigter und vielstimmiger Austausch über die Situation des*der Betroffenen und darüber, welche Unterstützungsmaßnahmen erfolgversprechend sein könnten (vgl. Aderhold 2016). Die Methode hat eine große Schnittmenge mit den Grundhaltungen- und Prinzipien von personenzentrierten Encountergruppen nach Rogers (vgl. Rogers 2022, S. 90):

- Vermeidung von Interpretationen und Bewertungen, insbesondere Diagnosestellungen und anderen Zurschaustellungen akademischer Fachlichkeit (vgl. ebd., S. 142). „Monologische abstrakte dominante Wahrheiten bedeuten den diskursiven Tod des anderen“ (Aderhold 2016, S. 133),
- nachfragen nur um den Gruppenreflexionsprozess zu fördern und zu vertiefen (vgl. ebd., S. 136),
- Prozessorientierung statt Zielorientierung (vgl. ebd., S. 140),
- willkommen heißen jeder Art des Ausdrucks – Konsens oder Dissens, sprachlich, körperlich, emotional – als wertvollen Beitrag für den Gruppenprozess (vgl. ebd., S. 144),
- kongruenter Ausdruck und das Mitteilen von Gefühlen und Unsicherheiten auch durch die Expert*innen aus formeller Bildung (vgl. ebd., S. 145).

Der Offene Dialog basiert auf dem systemischen Konstruktivismus und geht davon aus, dass über die Wahrheit nicht gesprochen werden kann, sondern dass sie erst durch das Sprechen entsteht (vgl. ebd., S. 132). „Sie kann nicht von einer einzelnen Meinung bestimmt, von einem individuellen Bewusstsein gewusst und nicht von einer einzelnen Stimme ausgedrückt werden. Diese polyphone Wahrheit braucht viele gleichzeitige Stimmen“ (ebd., S. 132 f.). Indem sich im Offenen Dialog humanistisch-therapeutische und demokratische Prinzipien verbinden, betont er das gemeinsame Lern- und

Erfahrungspotenzial von seelischen Krisen und delegiert ihre Bearbeitung ein Stück weit zurück in die Zivilgesellschaft. In den Alltagswirklichkeiten der durch Spezialeinrichtungen geprägten Sozialpsychiatrie sind hingegen oftmals Kommunikationsroutinen anzutreffen, die durch Machtgefälle, Vorurteile, Ängste und Erwartungen gekennzeichnet sind: „Die Verhaltensmuster, die in der Institution belohnt, bestraft oder anderweitig geprägt werden, und die Kommunikationsmuster, die sich relativ rasch herausbilden, haben Ähnlichkeit mit Kommunikationsmustern zwischen Eltern und pubertierenden Kindern (...)“ (Weinmann 2019, S. 175). Gemäß dem Modell der *äußeren Abspaltung* nach Bönisch (2016) kann das Festhalten an oder das Zurückgreifen auf asymmetrischen Beziehungs- und Kommunikationsmuster als Bewältigungshandeln von Professionellen aus formeller Bildung gedeutet werden, mit dem Ziel, sich von eigenen unreflektierten Krisenängsten- und Erfahrungen sowie von professionellen Selbstzweifeln zu distanzieren und sie auf die „psychisch Kranken“ abzuspalten. Dialogische Methoden der Krisenhilfe greifen hingegen Verunsicherung, Ratlosigkeit und Nichtwissen als zentrale und normale Merkmale der Arbeit mit seelischen Krisen auf und machen sie für den gemeinsamen Reflexionsprozess fruchtbar.

Therapeutinnen und Therapeuten sollten von dem Versuch absehen, den Patienten, die Familie und das weitere soziale Netzwerk zu verändern. Es geht vielmehr um ein Aushalten der eigenen Unsicherheit. Nicht um eine künstlich eingenommene Nicht-Wissen-Position, sondern tatsächliche Unsicherheit, was hier eine eigene Sicht auf die Problematik sein könnte und was dann sinnvoll zu tun sein könnte (Aderhold 2016, S. 140).

Wie die Erfahrungen aus den EX-IN-Ausbildungen und der Peer-Mitarbeit bestätigen, ist für die direkte und gegenseitig heilsame Begleitung von Menschen in seelischen Krisen eine wie auch immer erworbene Selbsterfahrung von großem Vorteil. „Je enger Theorie, Praxis und Selbstkenntnis bzw. -bewusstheit zusammenrücken, desto umfassender ist die weiterentwickelte sozialtherapeutische Kompetenz“ (Kröger / Röh / Gahleitner 2024, S. 411). Schon die Psychiatrie-Enquete empfahl Selbsterfahrung als Aus- und Weiterbildungsbestandteil für klinische Sozialarbeiter*innen: „Die auch für dieses Berufsziel erforderliche Selbsterfahrung wird sich wahrscheinlich vorzugsweise in Form einer Gruppenselbsterfahrung (analytische Selbsterfahrungsgruppe) empfehlen“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 351). Trifft eine helfende Person in der Beziehungsarbeit mit Menschen in Krisen auf Themen, die sie selbst nicht oder unvollständig durchgearbeitet hat, können diese Themen in ihr reaktiviert werden. Mündet diese Erfahrung in Überwältigung und Hilflosigkeit, kann es zu dem besagten Rückzug bzw. dem Verharren in asymmetrische direktive Beziehungsformen kommen, mit dem Ziel, die Betroffenen entweder zu korrigieren (zu heilen) und somit den Trigger zu neutralisieren oder sie zu stigmatisieren, um sich des eigenen Normalseins zu vergewissern. „Selbsterfahrung (...) ist (...) gerade in sozialklinischen Fallkonstellationen, in denen ‘oft nichts mehr zu gehen’ (...) scheint und ‘Verzweiflung, Ohnmacht, angstvolles und/oder wütendes Erleben dominieren’ (...) hoch bedeutsam“ (Kröger / Röh / Gahleitner 2024, S. 411 f.).

Selbsterfahrung setzt jedoch nicht unbedingt voraus, eine existenzielle Lebenskrise überstanden und integriert zu haben. Drogenfreie Methoden der Tranceinduktion, wie das Holotrope Atmen nach Grof können auch bei Menschen, die sich psychisch für

überwiegend stabil und rational halten, verdrängte Erfahrungen und Gefühle aufdecken und dieselben psychischen Verarbeitungsmuster in Gang setzen, wie bei Menschen, die unfreiwillig in Krisenprozesse eintreten (vgl. Grof / Grof 2014, S. 123 ff.). Die Methode vermittelt darüber hinaus auch das Begleiten von Menschen in akuten Krisenprozessen, das als *Sitzwache* oder im Soteria-Kontext als *Dabeisein* bekannt ist (Mosher et al. 1994, S. 45 f.). Das schützende und ermutigende Dabeisein in akuten Krisenprozessen knüpft nahtlos an die Grundhaltungen und -annahmen der Personenzentrierung nach Rogers an, insbesondere an die Überzeugung, dass die konstruktive Selbstverwirklichungstendenz auch und besonders im akuten Krisenprozess manifest wird, weswegen er zu fördern und nicht zu unterdrücken ist (vgl. Grof / Grof 2014, S. 148 ff.). In der größtmöglichen Erwartungslosigkeit über die Gestalt und den Verlauf des Krisenprozesses kann sich eine Grundhaltung des Nichtwissens beim Unterstützenden einstellen, die von Aufmerksamkeit, Neugier, Offenheit und Anteilnahme geprägt ist. „Kleve (2011) (...) thematisiert aus der systemtheoretischen Perspektive nach Luhmann die unverzichtbare Funktion des Nichtwissens für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit und fordert Professionelle zu einer 'Haltung des Nichtwissens' in Form von 'Lösungsabstinenz' auf“ (Nguyen-Meyer 2023, S. 182). Aus dieser Haltung heraus kann die unterstützende Person sowohl die betroffene Person als auch sich selbst als Zeug*in in ihrer jeweils eigenen einzigartigen Erfahrungen wahrnehmen und würdigen, ohne dass sich dabei übermächtige Kontroll- und Korrekturbedürfnisse aufdrängen (vgl. ebd.).

5.4 Professionelle Nähe und Transparenz in der Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsqualität zwischen Helfenden und Betroffenen ist für den Verlauf einer Krise von entscheidender Bedeutung. Größeren Einfluss haben nur die Kontextfaktoren, d.h. die inneren und äußeren Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen selbst. Von geringerer Bedeutung sind dagegen die konkreten Unterstützungsmethoden der Helfenden sowie die Erwartungshaltungen der Betroffenen (vgl. Bischof / Lütjen 2023, S. 231 ff.). Als Grundhaltung und -voraussetzungen für eine gelingende Unterstützung nennen Bischof und Koziol (2023) „(...) eine wertfreie, vorurteilsfreie und von Wertschätzung Interesse und Empathie getragene Beziehungsgestaltung, die auf die Konzentration auf das Gegenüber im jeweiligen Augenblick ausgerichtet ist“ (S. 292). Klient*innen der Sozialen Arbeit in akuten und chronifizierten Krisen haben oftmals Erfahrungen gemacht, die ihr Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen – private wie formale – erschüttert haben. Ihre Ressourcen und Fähigkeiten, persönliche Ziele zu erreichen, Konflikte konstruktiv zu führen, Grenzen zu wahren, Ambivalenz auszuhalten aber auch Lob und Anerkennung anzunehmen, sind oftmals von vornherein wenig ausgeprägt oder im Laufe des Lebens wiederholt und nachhaltig beschädigt worden (vgl. Gahleitner 2017, S. 22). Aus dieser Perspektive erfordert es das Neu- oder Wiederlangen von Vertrauen, Selbstvertrauen und sozialen Kompetenzen, um förderliche Beziehungen zu führen und psychosomatische Wunden aus schädigenden und gescheiterten Beziehungen zu heilen (vgl. ebd., S. 246). Gahleitner (2017) bezeichnet die professionelle Beziehungs- und Umfeldgestaltung als zentrale Schlüsselqualität für die Soziale

Arbeit (vgl. S. 15), „insbesondere für diejenigen AdressatInnen und KlientInnen, die bereits mehrfach Vertrauensmissbrauch und Beziehungsabbrüche erlebt haben“ (ebd.). Die Kindheits- und Jugendpädagogik sowie Wissensbestände aus der Trauma- und der Bindungsforschung sind für die Soziale Arbeit mit Menschen in Krisen von hoher Relevanz (ebd., S. 90 f.). In akuten Krisen von Erwachsenen tauchen überwiegend problematische Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend wieder auf. Auch deuten Krisenprozesse regelmäßig auf frühkindliche, geburtliche und vorgeburtliche Traumata hin, die zwar nicht verbalisiert, dafür mit starken Affekten verkörpert werden können (vgl. Grof / Grof 2014, S. 44). Nicht abgeschlossene Entwicklungsaufgaben und somit unzureichend erschlossene innere und äußere Ressourcen erschweren oder verunmöglichen häufig die Krisenbewältigung aus eigener Kraft. Unabhängig vom Alter des Menschen in der akuten Krise ist es daher von zentraler Bedeutung, förderliche Beziehungs- bzw. Bindungsangebote zu unterbreiten:

Nur auf der Basis eines authentischen, kontinuierlichen, feinfühligsten Bindungsangebots werden für früh verletzte KlientInnen und AdressatInnen – Kinder wie Erwachsene – Öffnungs- und damit Weiterentwicklungsprozesse möglich. Auch in der Sozialen Arbeit – insbesondere mit ‚hard to reach‘-KlientInnen – arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin, sodass wieder gemäß den Umweltanforderungen erlebt und gehandelt werden kann (Gahleitner 2017, S. 96).

Als zentrale Herausforderung in professionellen Unterstützungsbeziehungen gilt das transparent zu gestaltende Nebeneinander der professionellen Rolle und dem persönlich-emotionalen sich Einlassen auf die Interaktion mit den Klient*innen (vgl. ebd., S. 36). Das Spannungsverhältnis zwischen professioneller Rolle und emotionaler Involviertheit wird häufig unter dem Begriffspaar *Nähe und Distanz* diskutiert. „Es verweist auf die Gefahr sowie die Chancen von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, auf missbräuchliche Aspekte, jedoch auch auf den solidarischen Bezug zur subjektiven Lebenswelt der KlientInnen (...)“ (ebd., S. 301). Auffällig sind die Analogien zwischen den Begriffspaaren *Nähe und Distanz* und *Hilfe und Kontrolle*. Persönliche Nähe im Sinne von sich emotional aufeinander einzulassen, ist einerseits Grundvoraussetzung für gegenseitig heilsames und hilfreiches Beziehungsgeschehen, andererseits häufiger Ausgangspunkt zusätzlicher Schädigung durch Manipulation und Machtmissbrauch. Distanz und Kontrolle sind hingegen reine Mittel einer im besten Fall legitimen Durchsetzung von Macht ohne nachhaltig förderliches pädagogisches oder therapeutisches Potenzial. Der Begriff *professionelle Distanz* wird darüber hinaus in der psychosozialen Praxis häufig genutzt, um Rückzugsverhalten von Professionellen aus Beziehungsdynamiken mit Klient*innen zu rechtfertigen, die als überfordernd erlebt werden.

Genesungsbegleiter sprechen daher oft von einer bewusst eingegangenen „professionellen Nähe“, das heißt, es geht hier nicht um die Frage der angemessenen Distanz für eine professionelle Beziehung, sondern um die Frage der angemessenen Nähe, es geht darum, für die Klienten als Mensch mit Gefühlen, Stärken und Schwächen erfahrbar zu sein, ohne deshalb den Überblick zu verlieren (Utschakowski 2016, S. 74).

Dörr (2017) weist darauf hin, dass der Nähe-Distanz-Begriff insbesondere seit der Debatte um sexualisierte Gewalt ab 2010 wieder verstärkt im Umlauf ist. Seit der Aufdeckung einer Vielzahl von sexualisierten Übergriffen an der Odenwaldschule und anderen

pädagogischen Einrichtungen, sehen sich einige Sozial-, Kindheits- und Jugendpädagog*innen verstärkt dazu veranlasst, die Themen Macht, Körperlichkeit und Sexualität in professionellen Hilfebeziehungen in den Blick zu nehmen. Dörr kritisiert, dass dies in vielen Fällen nur verklausuliert über das Begriffspaar *Nähe und Distanz* geschieht, eine eingehende, explizite und professionskritische Selbstreflexion aber weiterhin vermieden wird. „Die Umbuchung der pädagogisch zentralen und faktisch wirkmächtigen Themen ‘Macht’ und ‘Sexualität’ in Termini ‘Nähe’ und ‘Distanz’ als Metapher ‘richtigen’ professionellen Handelns macht gerade jene schwierigen Inhalte unsichtbar, die es genauer in den Blick zu nehmen gilt“ (S. 184).

Insbesondere in Hilfebeziehungen, die vor dem Hintergrund akuter und chronifizierter Krisen zustande kommen, wird regelmäßig Bewältigungsverhalten aktiviert, das sich auf traumatische Erfahrungen von sexualisierter Gewalt bezieht. Studien haben gezeigt, „(...) dass Personen, die in ihrer Kindheit Opfer eines sexuellen Missbrauchs wurden, eine höhere Symptombelastung in Bereichen Angst, Depression, Aggression und bezogen auf internalisierendes und sexualisiertes Verhalten (...) aufweisen (...)“ (Leuzinger-Bohleber / Ernst 2018, S. 150). Folgt man dem Konzept der *schützenden Inselerfahrung* nach Gahleitner (2017, S. 274), eine Hilfebeziehung, die sich durch besondere persönliche Nähe und Vertrautheit auszeichnet, so ist davon auszugehen, dass die betroffene Person ihre Erfahrungen, Erwartungen und Bewältigungsstrategien in die Beziehung einbringt und auf die helfende Person überträgt, sobald die nötige Vertrauensbasis dafür besteht. Auf diese Weise können herausfordernde Beziehungsdynamiken in Gang gesetzt werden, die an die ursächlich traumatisierenden Beziehungen anknüpfen: „Erfolgt ein Trauma innerhalb einer vertrauensvollen Beziehung, wird das Bindungssystem aktiviert (...). Das Kind sucht dann gerade bei der Person Sicherheit und Hilfe, die auch seine Angst verursacht“ (Leuzinger-Bohleber / Ernst 2018, S. 151). Helfende können sich dann in der paradoxen Situation wiederfinden, entweder den auf sie übertragenen und durch provokantes Verhalten untermauerten Erwartungen nach Grenzüberschreitung gerecht zu werden oder Rückzugsverhalten bei den Betroffenen auszulösen. Im Zuge des US-amerikanischen Soteria-Projekts der 1970er Jahre waren Mitarbeiter*innen häufig mit sexualisiertem Krisenverhalten von Betroffenen konfrontiert. Die Mitarbeiterin Kathy berichtet:

Tamara lief nackt herum, machte sich an dich ran, sprang dir auf den Schoß und schlang die Beine um Dich, und dann fing sie an rauf und runter zu wippen und sagte: „komm wir ficken.“ Ich fühlte mich überhaupt nicht bedroht. Es fiel mir sogar schwer, nicht einfach loszulachen. Vielleicht ist das auch eine nervöse Reaktion. Ich versuchte einfach, ihre Arme von meinem Hals zu nehmen, ihre Beine wegzubekommen und sie zum Sitzen zu bringen, und ich blieb bei ihr (Mosher et al. 1994, S. 38).

Können oder dürfen die für viele Krisendynamiken (und Retraumatisierungen) zentralen Motive *Macht*, *Gewalt* und *Sexualität* nicht in geschützten Settings thematisiert werden – gefühlt, verkörpert, reflektiert und diskutiert, sowohl von Betroffenen als auch von Unterstützenden – so ist eine nachhaltige Aufarbeitung und Integration unwahrscheinlich (vgl. Grof / Grof 2014, S. 329). Darum bezieht sich eine rechtebasierte personenzentrierte Beziehungsgestaltung nicht auf *Nähe und Distanz*, sondern auf *Nähe und Transparenz*.

Das US-amerikanische Soteria-Projekt von Loren Mosher hat in den 1970er Jahren mit einer alternativen milieutherapeutischen Form der Begleitung von schweren psychischen Krisen experimentiert und den Verlauf wissenschaftlich begleitet. Es handelte sich um Wohngemeinschaften von acht bis zwölf Betroffenen und zwei ständig im Schichtsystem anwesenden Mitarbeiter*innen und weiteren Helfer*innen. Mitarbeiter*innen wurden nicht vorrangig nach ihren fachlichen Qualifikationen, sondern „(...) nach ihrer Charakterstärke, Verträglichkeit mit anderen, Toleranz und Flexibilität ausgewählt. (...) Zudem sollten sie sich in die Wirren der akuten Psychosen einfühlen können“ (Mosher et al. 1994, S. 12). Die Ermöglichung von Alltagserfahrungen und langfristigen Beziehungen, auch über den Aufenthalt in der Einrichtung hinaus, stand im Mittelpunkt des Ansatzes. Ein Ablösungsprozess zwischen Mitarbeiterinnen und Betroffenen war konzeptionell nicht vorgesehen (vgl. ebd., S. 18). Mitarbeiter*innen, Freiwillige, zu denen auch ehemalige Bewohner*innen gehörten, und die Menschen in akuten Krisen begegneten sich gleichberechtigt. Sie verrichteten Hausarbeiten, Freizeit sowie Erledigungen außer Haus gemeinsam und hielten regelmäßig Gruppensitzungen zu organisatorischen und persönlichen Themen ab (ebd.).

Das Soteria-Modell nimmt Aspekte des Krankenhausmodells und des Modells der sozialen Rehabilitation auf, es unterscheidet sich gleichzeitig von beiden dadurch, dass die treibende Kraft der Veränderung weder auf therapeutischen Maßnahmen noch auf dem Lernen grundlegender Kompetenzen beruht. Veränderungen geschehen durch alltägliche wechselseitige Prozesse, wenn die Mitglieder des Systems miteinander zu tun haben (ebd., S 15).

Im Rahmen des ursprünglichen Soteria-Konzepts waren Psychopharmaka nur dann vorgesehen, wenn die Betroffenen sie wünschten, was selten vorkam und wenn, dann nur gering dosiert und für kurze Zeit (vgl. ebd., S. 17). Von insgesamt nur vier strikten Verboten betrafen zwei die Beziehungsgestaltung: keine Gewalt gegen sich selbst und andere (Sachbeschädigung wurde bis zu einem gewissen Maß toleriert) und kein Sex zwischen Mitarbeiter*innen und Betroffenen. Freundschaftlicher und fürsorglich-zärtlicher Körperkontakt war hingegen auch zwischen Helfenden und Betroffenen möglich und sexualisiertes Verhalten, sofern nicht übergriffig, wurde als ein erwartbarer Anteil von Krisenprozessen akzeptiert und begleitet.

Wirksamkeitsstudien (z.B. Calton et al. 2008), zeigen, dass Soteria-Konzepte gleichwertige oder bessere Behandlungsergebnisse erzielten als konservative psychiatrische Behandlungen. Dennoch sind Soteria-Stationen heute die absolute Ausnahme und wenn, dann sind sie deutlich stromlinienförmiger, d.h. Psychopharmaka-affiner, an einige wenige psychiatrische Krankenhäuser angegliedert (vgl. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria 2024, Internetseite).

5.5 Prozessbegleitung und der Umgang mit Drogen und Gewalt

Nichtpsychiatrische Krisenhilfekonzepte, die dem Krisenerleben der Betroffenen einen schützenden Raum geben möchten, anstatt es zu unterdrücken, müssen sich zu den Themen Körperlichkeit, Sexualität, Gewaltprävention, Substanzgebrauch- und Missbrauch positionieren und verhalten, denn sie wollen insbesondere Menschen mit

Multiproblemlagen adressieren, die von konventionellen Angeboten nicht erreicht werden oder schlechte Erfahrungen damit gemacht haben. Die Unterstützung von Menschen mit Multiproblemlagen

(...) scheitert (...) häufig an den historisch parallel zueinander entstandenen Hilfesystemen der Psychiatrie, der Suchtkrankenhilfe und der Wohnungslosenhilfe, die ganz unterschiedliche Kulturen des Umgangs mit ihren Klient*innen haben. (...) So kann sich ein Klient leicht, wie Wessel (2010) es formuliert, in einem »Bermudadreieck der Hilfesysteme wiederfinden«, wo gerne auf die Zuständigkeit anderer für eine Behandlung hingewiesen wird (Deloi / Deimel 2023, S. 50 f.).

Steht ein Substanzmissbrauch im Vordergrund, der nicht zumindest stark reduziert werden kann, so bleibt den Betroffenen der Zugang zu psychosozialen stationären Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten in der Regel verwehrt. Es verbleiben nur medizinische Akutbehandlungen, Entgiftungen und Notschlafstellen der Wohnungslosenhilfe. Angebote, von denen keines die Suchtursachen in den Blick nimmt (vgl. ebd., S. 51). Auch das Weglaufhaus Villa Stöckle macht zur Vorbedingung der Aufnahme, dass Alkohol und Drogen nicht im Haus konsumiert, gelagert oder angeboten werden (vgl. Konzeption Villa Stöckle 2022, S. 8). Das impliziert, dass der nicht offensichtliche Konsum toleriert wird und verdeutlicht das Spannungsfeld in der Abwägung zwischen persönlicher Freiheit und Selbstverantwortung von Betroffenen, gesetzlichen Bestimmungen und dem Schutz von Mitbetroffenen und Mitarbeiter*innen (vgl. DHS 2020, S. 75 f.). Hinzu kommt, dass Alkohol- und Substanzmissbrauch nicht losgelöst von den Gesamtdynamiken und den Ursachen der Krisen betrachtet, geschweige denn nachhaltig bearbeitet werden können. „Seelische Schwierigkeiten erhöhen das Risiko für problematischen Rauschmittelkonsum und umgekehrt“ (ebd., S. 46). Eine rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfe berücksichtigt diese komplexen Wechselbeziehungen- und Wirkungen und unterscheidet nicht „gute und schlechte Drogen“ (Weinmann 2019, S. 77). Vielmehr steht sie jeglichen bewusstseinsverändernden Substanzen während der Krisenbegleitung kritisch gegenüber. In Gruppensettings, wie z.B. einer Krisen-WG, setzt sie auf Abwägungs- und Aushandlungsprozesse mit den Betroffenen im jeweiligen Einzelfall. In ambulanten Settings steht hingegen das Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Betroffenen über ihr Konsumverhalten an erster Stelle und Reflexionsgespräche zur unterstützten Entscheidungsfindung sind das Mittel der Wahl.

Werden Krisenerfahrungen weder psychopharmakologisch noch durch andere bewusstseinsverändernde Substanzen beeinflusst, entfalten sie ihre natürlichen Dynamiken und werden vollumfänglich emotional und psychosomatisch erfahrbar (vgl. Bellion 2007, S. 82). Da in der Sozialpsychiatrie die Behandlung von sogenannten psychischen Erkrankungen fast immer mit der Gabe von Psychopharmaka einher geht (vgl. Weinmann 2019, S. 96), sind nur die wenigsten Fachkräfte und Betroffenen mit den natürlichen Verlaufsformen, etwa von Psychosen, vertraut. Im interdisziplinären Fachdiskurs besteht Uneinigkeit darüber, ob Psychosen destruktive Begleiterscheinungen von Fehlfunktionen des Hirnstoffwechsels sind (psychiatrische Deutung, vgl. ebd., S. 92) oder Ausdruck der Verarbeitung von erschütternden Erfahrungen, die nicht anders kommuniziert bzw. verkörpert werden können (humanistische Deutung, vgl. Aderhold 2016, S. 134). In der Logik

der psychiatrischen Deutung muss psychotisches Erleben dauerhaft medikamentös unterbunden werden, weil es sonst zu noch mehr vom Gleichen führt. (vgl. Weinmann 2019, S. 96). Der humanistischen Deutung nach sollte der Prozess durchgestanden und integriert werden, weil es sich um einen (mit dem Risiko des Scheiterns einhergehenden) heilsamen Selbstaktualisierungsvorgang handelt. Nach Dörner und Plog (1996) sollte man die „Krise so lange wie möglich offenhalten: Da jeder nach Entblößung schnell wieder seine Abwehrfassade hochzieht, habe ich die Krise zu verlängern und zu vertiefen, nicht zu beruhigen und abzukürzen“ (S. 335, zit. nach Neumann 2018, S. 4). Aus einer prozessorientierten Unterstützungsperspektive, die dem Krisenerleben Raum geben möchte, geht eine dauerhafte psychopharmakologische Symptomunterdrückung mit dem erhöhten Risiko einer Chronifizierung einher, denn: „Wir vergessen, dass zur Bewältigung von Psychosen, wie sie jahrhundertlang erfolgte, eben jene kognitiven und emotionalen Funktionen notwendig sind, die von Antipsychotika gedämpft oder gar vollständig aufgehoben werden“ (Weinmann 2019, S. 97). Verschiedene Langzeitstudien belegen überdies den Zusammenhang zwischen dauerhaft hohen Psychopharmakagaben, Chronifizierung von Krisen und ernststen Gesundheitsschäden. (vgl. ebd., S. 109) Die Psychoseerfahrene Regina Bellion (2007) schreibt über ihre Erfahrung:

Wenn ich meine psychotischen Erfahrungen nicht mittels Psychopharmaka von mir wegschiebe, dann habe ich hinterher wichtiges Material in der Hand – Material um mein Leben neu zu überdenken und zu ordnen. Mit Bildern, Szenen und Filmen, die ich erlebt habe, muss ich mich nachträglich auseinandersetzen, muss sie nutzen. Sie geben mir den Schlüssel in die Hand für fällige Änderungen in meinem Leben (S. 82).

Natürliche Krisenverläufe, erfolgen in Phasen bzw. Episoden mit mehr und weniger Krisenerleben. Als *akut vorübergehend* wird eine Psychose diagnostiziert, wenn sie innerhalb von maximal drei Monaten von selbst abklingt: „Akute psychotische Störung, bei der Halluzinationen, Wahnphänomene und Wahrnehmungsstörungen vorhanden, aber sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechseln“ (Marneros 2014, S. 12). Phasen hoher oder völliger Identifikation des Betroffenen mit dem Krisenerleben (z.B.: „ich bin Gott“) wechseln sich mit Phasen ab, in denen das Alltags-Ich-Bewusstsein mehr oder weniger zugänglich ist (z.B. „ich fühle mich wie Gott“).

Die kurzen Momente, in denen die Wirklichkeit rings um erkannt wird, sind Inseln der Realität im Meer der Psychose. Auf diese Inseln kann man sich verlassen, man kann sie nutzen. (...) Es liegt am Helfer, wie diese Inseln genutzt werden. Je wohler und sicherer sich der Betroffene auf den Realitätsinseln fühlt, desto größer wachsen die Inseln an und desto zahlreicher können sie werden (Bellion 2007, S. 80).

Die Begleitperson versteht sich als verlässlicher Referenzpunkt einer Alltagsrealität für die*den Betroffene*n. Weder stellt sie die Perspektive des*der Betroffene*n infrage, noch seine*ihre eigene. Beide Perspektiven stehen gleichberechtigt im Raum, z.B. „Ich glaube dir, dass du Gift riechst, aber ich kann es nicht riechen“ (ebd., S. 79). Während der Großteil des Prozesses auf diese Weise begleitet werden kann, ist für Phasen von Panik und Verzweiflung ein sanftes Einwirken ratsam: „Wichtigste Aufgabe des Helfers ist es, angenehme Ruhe und eine Stimmung von Selbstverständlichkeit und Zuversicht zu verbreiten und freundlich abzuwarten“ (ebd., S. 80). Nicht das Beschwichtigen oder

Relativieren von ängstigenden Erfahrungen, sondern Angebote, die das Setting günstig beeinflussen und zu körperlicher Entspannung führen, sind angebracht: „Jetzt tut man gut darin ihn hinzulegen und günstig auf seine Atmung einzuwirken. Erst bei ruhiger gleichmäßiger Atmung lässt die Panik nach“ (ebd.). Ist körperlicher Kontakt vom Betroffenen zur Unterstützung des Krisenerlebens erwünscht, sind die vorab verabredeten Grenzen strikt einzuhalten insbesondere, wenn Inhalte verkörpert werden wollen, die eine Nähe zu Aggression und Sexualität haben. Beruhigender Körperkontakt wird jedoch fast immer unterstützend von der betroffenen Person wahrgenommen, vor allem im Kontext wiederauftauchender Erfahrungen von Vernachlässigung und Mangel:

Bei schwer regredierten Patienten fanden die Soteria-Mitarbeiter einfache Beruhigung über den körperlichen Kontakt besonders wichtig (...). Mitarbeiter Ed fand es selbstverständlich, Kris, einen jungen Mann, der auf die Stufe eines Kleinkindes regrediert war, zu halten und zu wiegen (...) Man ist bei dieser Erfahrung nicht distanziert, indem man etwa denkt: 'nun regrediert dieser Mensch und ich muss ihn halten', man macht das ganz instinktiv (Mosher et al. 1994, S. 35 f.).

In einer rechtebasierten personenzentrierten Krisenbegleitung, wie sie unter anderen Begrifflichkeiten bereits in Mosher's Soteria-Projekt umgesetzt wurde, geht es um die größtmögliche Normalisierung im Umgang miteinander trotz unterschiedlicher Realitätsvorstellung (vgl. ebd., S. 98). Die englische Ärztin und Aktivistin Tamasin Knight widmet sich in ihrem Buch *Beyond Beliefs* (2022) nach dem Vorbild der Stimmenhörbewegung der Frage, warum außergewöhnliche Wahrnehmungen und Überzeugungen überhaupt zur Zielscheibe psychiatrischer Korrekturversuche werden sollen? Ob es nicht ethischer wäre, außergewöhnliche Überzeugungen anderer Menschen zu respektieren und ihnen dabei zu helfen, besser mit diesen zurecht zu kommen, das heißt, Problemlösungen innerhalb ihrer Überzeugungssysteme zu finden.

Die Akzeptanz der eigenen Realität und ungewöhnlicher Überzeugungen einer Person folgt den sozialkonstruktivistischen Ideen, dass es nicht einen richtigen oder wahren Weg gibt, die Welt zu betrachten, sondern dass es viele verschiedene Realitäten gibt, die alle in unterschiedlichen Kontexten konstruiert sind (...) (Knight / Hewis / May 2022, S. 13, eigene Übersetzung).

Co-Autor Rufus May (2007) berichtet von einer Selbsthilfegruppe für außergewöhnlichen Überzeugungen, wie ein Mann, der sich als Druide verstand, den anderen Teilnehmenden eine Empfehlung zur Abwehr spiritueller Angriffe gab. Er schlug vor, den Satz „Ich bin der Spiegel deiner Seele, was du mir antust, tust du dir selbst an“ neunmal zu wiederholen und dabei auf das Ende des Daumens zu beißen. Manche Gruppenmitglieder fanden diese Technik sehr hilfreich (...)“ (S. 127).

Außer Acht gelassen werden kann und darf natürlich nicht die riskante Seite von Krisenprozessen. Auch Angebote, die sich als rechtebasiert und personenzentriert verstehen, müssen die Frage beantworten, wie sie mit Gefahrensituationen umgehen wollen. Ein Abgleich mit dem Gewaltschutzkonzept der Psychiatrie in Herne nach Zinkler (2016), das dort sehr erfolgreich zu Anwendung kommt, macht deutlich, dass fast alle aufgeführten Elemente bereits in der Soteria-Konzeption nach Mosher in den 1970er Jahren verankert waren:

- offene Stationstüren auch bei formal geschlossenen Stationen,
 - gemischte Stationen im Hinblick auf Diagnosen,
 - Kontinuität der Beziehungen zu Ärzt*innen und Pfleger*innen, insbesondere bei Wiederaufnahmen von Patient*innen,
 - Patientensprecher*innen und Beschwerdestelle,
 - Hometreatment,
 - gemeinsame Freizeitveranstaltungen von Patient*innen und Professionellen,
 - Einstellung von Peer-Beratern und Expertinnen aus Erfahrung
- (vgl. Zinkler 2016, S. 224 f.).

Im Zentrum jedes Gewaltschutzkonzepts stehen deeskalierende Maßnahmen:

Deeskalation (...) besteht zu einem großen Teil aus der Vermeidung aversiver Stimulation. Das Verhalten von Personen (...) kann z.B. durch die Mimik, Gestik oder die gesamte Körpersprache provozierend wirken. Es können aber auch kommunizierte Inhalte sein, wie beispielsweise Aufforderungen, Verbote oder Bedürfnisverweigerungen (Richter 2016, S. 190).

In Anbetracht dessen ist eine rechtbasierte personenzentrierte Zusammenarbeit die beste Voraussetzung dafür, dass Betroffene sich nicht provoziert fühlen (vgl. ebd., S. 191). Da sich insbesondere in stationären Settings eine Vielzahl von Interaktionen ereignet und damit Interessenskonflikte wahrscheinlicher sind als in ambulanten Zweierkonstellationen, bleibt die Frage nach dem Umgang mit eskalierenden Konflikten und Notfällen bestehen. Zu vereinbaren sind mit den Betroffenen deshalb individuelle Notfallpläne und Behandlungsvereinbarungen (vgl. Borbé 2016). An welchem Punkt sollen aus Sicht der Betroffenen und der Helfenden doch Medikamente verabreicht werden und welche? An welchem Punkt sollen oder müssen abwehrende Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden und welche? Wer kann und soll welche Schutz- und Abwehrmaßnahmen durchführen? Gibt es zum Beispiel Mitarbeiter*innen, die nicht verletzendes Halte-techniken beherrschen (vgl. Richter 2016, S. 186)? Eine rechtbasierte personenzentrierte Krisenbegleitung fragt, wie und von wem Betroffene zwangsweise begrenzt und geschützt werden möchten, wenn Deeskalation nicht funktioniert. Falls eine akute Gefahrenlage nicht anders abgewendet werden kann, ist aus der rechtbasierten Perspektive in letzter Konsequenz die Polizei zuständig, nicht die Psychiatrie (vgl. Zinkler / von Peter 2019, S. 205).

5.6 Die qualifizierte Assistenz als Ausgangspunkt für Krisenhilfen

Mit den Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX hat der Gesetzgeber die Eingliederungshilfe umfangreich und detailliert nach den Maßgaben der UN-BRK und im Rahmen des BTHG reformiert. Die Eingliederungshilfe strukturiert sich nun entlang des aktuellen Verständnisses von Behinderung gem. § 2 Abs. 1 SGB IX., das die in der ICF aufgeschlüsselten Wechselwirkungen von persönlichen Beeinträchtigungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren berücksichtigt. Die neue Eingliederungshilfe soll sich gemäß

den gesetzlichen Vorgaben von starren institutionellen Angebotsstrukturen abwenden und sich vor allem an den individuellen Wünschen und Bedarfen der Leistungsberechtigten ausrichten (vgl. Konrad 2022, S. 14 f.).

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 SGB IX).

Gegenüber dem Vorgängermodell des Betreuten Wohnens (ambulant und stationär) können Assistenzleistungen in deutlich mehr Lebenslagen-, Phasen-, Bereichen- und Konstellationen zur Anwendung kommen. Auch die Zugangsvoraussetzung eines festen Wohnsitzes entfällt und „die Leistungserbringung wird durch die persönliche Assistenz vom Ort der Leistungserbringung abgelöst“ (Konrad / Rosemann 2020, S. 29). Mit dem Aufgabenbereich der Wohnraumbeschaffung werden nun ausdrücklich auch Menschen ohne Obdach und Wohnung adressiert und somit potenziell mehr Menschen mit Multiproblemlagen (vgl. Konrad 2022, S. 80 f.). § 78 SGB IX definiert die neuen Assistenzleistungen. Für das Thema der Literaturrecherche sind insbesondere die Absätze 1, 2 und 6 von Bedeutung.

(2) Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabepplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen

1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und

2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2.

In Abgrenzung zu Assistenzleistungen, die Handlungen zur Alltagsbewältigung teilweise oder vollständig für die Leistungsberechtigten übernehmen, darf die qualifizierte Assistenz nur von Fachkräften „mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung oder Hochschulbildung im sozialen, pädagogischen oder gesundheitlichen Bereich erbracht werden (...). (Konrad / Rosemann 2020, S. 36 f.), weshalb sie wie zugeschnitten für das Zuständigkeitsprofil und den Ausbildungsstandart der Sozialen Arbeit ist. Die qualifizierte Assistenz kann Adressat*innen in fast allen Lebensbereichen und -phasen unterstützen (vgl. § 78 Abs. 1 SGB IX), vorausgesetzt, sie macht plausibel, dass sie durch Üben und Anleitung zur Verbesserung oder den Erhalt von Fähigkeiten beiträgt, die für die Selbstständigkeit und die soziale Teilhabe der Adressat*innen von Bedeutung sind:

Mit der Assistenzleistung zur persönlichen Lebensplanung wird die Funktion einer koordinierenden Bezugsperson ermöglicht (...). Eine feste Bezugsperson, zu der eine Bindung aufgebaut werden kann, ist die Grundvoraussetzung für die Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (Konrad 2022, S. 68).

Das Angebot der (qualifizierten) Assistenz ist im Hinblick auf Rechtbasierung und Personenzentrierung eines der fortschrittlichsten und vielseitigsten für die Begleitung von Menschen mit seelischen Problemen, welches das SGB zu bieten hat. (vgl. Konrad / Rosemann 2020, S. 19). Insbesondere Krisenbegleitung und -prävention sind implizite

wie explizite Bestandteile des Leistungsspektrums: implizit dadurch, dass Assistenzleistungen unabhängig von Ort, Wochentag und Uhrzeit erbracht werden sollen und können. Vorgesehen ist die Förderung von Kommunikations-, Reflexions- und Problemlösungskompetenzen unter anderem in der Gesundheitsversorgung, am Arbeitsplatz, in Sport und Freizeit, in Partnerschaft, der Kindererziehung, der Verselbständigung von jungen Erwachsenen (Übergang von Jugend- zu Erwachsenenhilfe), bei Nachbarschaftsproblemen, bei Kontakten im Sozialraum sowie mit Ämtern und Behörden (vgl. Konrad 2022, S. 65 ff.). Überall dort, wo Konflikte typischerweise latent schwelen oder unvermittelt aufbrechen, kann die qualifizierte Assistenz frühzeitig moderieren, reflektieren, informieren und anleiten, wenn möglich gemäß den Prinzipien des Offenen Dialogs (siehe Kapitel 5.3) unter Einbeziehung möglichst vieler relevanter Beteiligter. In zugespitzten Situationen und Notfällen, z.B. bei drohender oder erfolgter Unterbringung, stellt sich die qualifizierte Assistenz anwaltschaftlich schützend vor ihre Klient*innen und setzt sich dafür ein, dass ihre legitimen Interessen und Rechte gewahrt bleiben, insbesondere wenn eine Behandlungsvereinbarung vorliegt (vgl. Schulz / Uhlig / Mahlke 2019, S. 186 ff.). Die Krisenhilfe als Aufgabe der qualifizierten Assistenz wird aber auch konkret im Fachdiskurs herausgestellt:

Die Krisenbegleitung kann am besten von der koordinierenden Bezugsperson erbracht werden. Die Notwendigkeit der anwaltschaftlichen Begleitung beschränkt sich nicht auf die Psychiatrie, sondern ist vor allem auch im somatischen Bereich erforderlich. Natürlich ist Voraussetzung, dass eine Vertretungsvollmacht der leistungsberechtigten Person vorliegt. Dazu bedarf es der Vorbereitung in Zeiten, die nicht von einer akuten Krise geprägt sind (Konrad 2022, S. 72).

§ 78 Abs. 6 SGB IX verweist in diesem Zusammenhang auf eine ständige Erreichbarkeit der Assistenz für die Klient*innen, „(...) soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist“. Natürlich ist die Eingliederungshilfe im Zuge der BTHG-Implementierung noch immer nicht frei von Zugangsbarrieren und Widersprüchen. Beleuchtet wurden in dieser Literaturrecherche das nach wie vor gegliederte und nur mühsam auf den Einzelfall hin zu koordinierende System von Leistungsträgern, die nicht abgeschlossene Neubestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises, die unter Ökonomisierungsdruck anwachsende Antrags- und Dokumentationsbürokratie sowie der Begriff der Personenzentrierung, der mit zunehmender Unschärfe zu einer weiteren sozialpsychiatrischen Floskel zu verkommen droht. Doch auch trotz und zum Teil gerade wegen dieser Unklarheiten und Grauzonen eröffnet sich Sozialarbeiter*innen im Kontext qualifizierter Assistenzen eine hervorragende Ausgangslage, um mit Klient*innen, die nicht psychiatrisch (zwangs-)behandelt werden möchten, alternative Unterstützungsmöglichkeiten zu vereinbaren oder zu erschließen: Klient*innen möchten ihre Medikamente reduzieren oder absetzen, aber Psychiater*innen kooperieren nicht? Warum nicht den Rat und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Expert*innen aus Erfahrung suchen, sowie Fachliteratur diesbezüglich lesen und reflektieren (z.B. Schlimme, et al. 2019)? „Generell sind Gespräche über die Art und Dosis der Medikation eine Angelegenheit zwischen Patienten und ihren Ärzten. Nichtärztliche Helfer dürfen keine Ratschläge und Anweisungen zur Medikamenteneinnahme geben“, weisen die Psycholog*innen Hammer und Plöchl (2012, S. 65) ihre Leser*innen an. Lehman (2019) jedoch findet:

Das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist zu stärken, und zwar durch Informationen über Risiken und Schäden durch Psychopharmaka und Elektroschocks, durch das Entlarven von derer angeblichen Alternativlosigkeit und durch den Aufbau bzw. das Angebot humanistisch orientierter Alternativen (S. 108).

Es gibt keine rechtebasierte personenzentrierte stationäre Kriseneinrichtung in der Kommune? Warum nicht gemeinsam mit interessierten Klient*innen und Kolleg*innen ein Konzept dafür erstellen und auf einer Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) vorstellen? „Hier treffen sich auf freiwilliger Basis Vertreter*innen aller psychosozialen Träger und Projekte, der Angehörigen, der Beratungsstellen und interessierte Bürger*innen (...)“ (Eichenbrenner / Ruhl 2023, S. 138). Jegliche Konzeption würde natürlich vom Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe ausgehen und betroffenenkontrollierte Organisationsformen anstreben, z.B. die Vereinsgründung mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Freund*innen sowie weiteren geeigneten Unterstützer*innen (vgl. Wehde 2007, S. 38). Warum nicht schon einmal niederschwellig beginnen und erste praktische Erfahrungen sammeln, z.B. mit einem Netzwerk für gegenseitige Krisenbegleitung und Krisen-Couchsurfing, aus dem sich eine Krisen-WG entwickeln könnte? Einige Menschen haben Zimmer frei, andere die Kapazität und das Feingefühl für das unmittelbare Dabeisein beim Menschen in der Krise. Wieder andere können kochen oder einkaufen gehen (vgl. Bellion 2007, S. 79). Sozialarbeiter*innen, die zusammen mit ihren Klient*innen an solchen Projekten arbeiten, können ihre Kompetenzen als Lots*innen und Netzwerker*innen im Sozialsystem und im Sozialraum einbringen: Wer hat Erfahrungen mit ähnlichen Projekten gemacht und ist offen für einen Meinungs- und Erfahrungsaustausch? Wie kann ein solches Projekt finanziert werden? Welche Akteur*innen aus Sozialpolitik, -wirtschaft und -verbänden müssten ein Interesse daran haben, dass derartige Projekte gelingen und sich weiterentwickeln? Wer stellt sich quer und warum? Wer hat ein wissenschaftliches Interesse daran, rechtebasierte personenzentrierte Krisenhilfe-Projekte durch Forschung zu begleiten und zu evaluieren?

6 Fazit und persönliche Gedanken

Uns Sozialarbeiter*innen steht es von den gesetzlichen Rahmenbedingungen her mehr als offen, Menschen in Krisen, die nicht psychiatrisch behandelt werden möchten, effektive und gut begründbare Alternativen anzubieten. Aus der Perspektive des sozialarbeiterischen Selbstverständnisses, insbesondere der Orientierung an den Menschenrechten, sind wir diejenigen, die es tun sollten. Wer, wenn nicht wir Sozialarbeiter*innen? Diese Literaturrecherche hat in Kurzform versucht herauszuarbeiten, warum wir es tun sollten und wie wir es tun könnten. Aber auch, dass es höchst wahrscheinlich ein Problem von tief verwurzelten Ängsten und Vorurteilen gegenüber Menschen in seelischen Krisen ist, die uns dazu veranlassen, unsere Profession immer weiter zu psychiatrisieren oder uns zumindest die Hintertür zu Psychiatrie stets offenzuhalten.

Unter alldem, was auf 54 Seiten nicht betrachtet werden konnte, ist mir eine Frage noch besonders wichtig, nicht zuletzt im Sinne der Transparenz, warum ich diesen Blickwinkel auf das Thema eingenommen habe: Was ist eigentlich meine Motivation, Menschen in

Krisen zu begleiten? Was ist attraktiv daran? Jede Krisenbegleitung ist, meiner Erfahrung nach, ein jeweils einzigartiges Abenteuer zutiefst zwischenmenschlicher sowie höchst authentischer, intimer und lehrreicher Begegnungen. Je existenzieller die Krise, desto mehr von unseren gemeinsamen psychischen Grundstrukturen und Verarbeitungsmustern (dem *kollektiven Unbewussten*, wie C. G. Jung es nannte) werden aktiviert: Himmel und Hölle durchschreiten, Gott, Satan, Dämon und Engel sein, den jüngsten Tag entfesseln, mit Maria den Erlöser zeugen oder gleich selbst Maria und der Erlöser sein, zerstückelt und neu zusammengesetzt werden, als Phönix aus der Asche steigen (vgl. Grof. 2014, S. 55). Beim Begleiten des anderen erkenne ich mich unweigerlich selbst. Vorausgesetzt ich bleibe offen, was ich muss, um hilfreich zu sein. Welch tiefgründige Ehrfurcht gebietende Innenschau! Deine Krise kann morgen schon meine sein. Ein schrecklicher Verlust oder ein Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt, genügt. Hoffentlich ist dann jemand da, der mich hält. Hoffentlich finde ich ein offenes Ohr. Hoffentlich steht ihr zu mir.

Mein bester Jugendfreund Sven Berlinecke erinnert sich an seine erste Unterbringung. 30 Jahre, vier Suizidversuche und unzählige Psychiatrie-, Forensik- und Heimaufenthalte später, schreibt er gerade seine Memoiren, die wir gemeinsam veröffentlichen werden:

Dort angekommen saß eine ältere Frau auf dem Boden, schaute mich an und sagte „Da bist du ja endlich.“ Ich war perplex und antwortete: „Ja da bin ich, aber was soll ich hier?“ Sie meinte: „Ich bin Mutter Erde, ich habe schon auf dich gewartet. Wir müssen uns vereinigen.“ Ich war geschockt, aber ich glaubte der älteren Frau. Ich sollte mit ihr mitkommen, was ich auch tat. Wir setzten uns im Aufenthaltsraum auf ein Sofa. Sie nahm eine Wolldecke und deckte uns zu. Dann nahm sie eine Wärmekanne und schenkte sich kochendes Wasser ein. Ich sollte auch eine Tasse kochendes Wasser trinken, weil sie meinte: „Das treibt den Teufel aus!“ Also trank ich. Ich hörte aus den Zimmern ein schreckliches Gelächter und dachte, dass da ein paar Hexen lachten. Dann ging die Tür von dem Zimmer auf und Frauen kamen heraus. Sie sahen uns unter der Decke nebeneinandersitzen, gingen zum Pflegedienst und sagten, dass der Neue mit einer Mitpatientin unter einer Decke sitzt und mit ihr rumfummelt. Kurze Zeit später kam jemand vom Personal und bat uns, unter der Decke herauszukommen und uns normal hinzusetzen. Das taten wir nicht. Plötzlich stürmten fünf Pfleger auf uns zu und wollten uns trennen. Die ältere Frau sagte zu mir, dass ich sie festhalten soll. Ich hielt sie also fest in meinen Armen und die Pfleger versuchten uns gewaltsam zu trennen. Sie rissen die Decke weg, packten mich, zogen mich von der Frau weg, wobei sie mir fast den Zehnnagel vom großen Zeh weggerissen hätten, und schlifften mich zurück auf die Station 1.1. Dort angekommen steckten sie mich in die Zelle mit Stahltür und Sichtfenster. Da stand eine Liege mit Riemen befestigt. Sie schnallten mich auf der Liege fest... ich lag darauf, wie Jesus am Kreuze hing. Dann musste ich Medikamente nehmen (2024, unveröffentlicht).

7 Anlage

Fünf psychosoziale Krisendienste in NRW:

<https://ptv-solingen.de/ptv-krisendienst/>

<https://www.kreis-herford.de/LEBEN/Gesund-sein-und-bleiben/Sozialpsychiatrischer-Dienst-und-Gruppenangebote/Sozialpsychiatri-scher-Dienst-Krisen-und-Belastungen-%C3%BCberwinden/>

<https://krisendienst-wuppertal.de/>

<https://www.telefonseelsorge-duisburg.de/krisenbegleitung/>

<https://krisenhilfe-muenster.de/>

[Zugriff: 10.09.2024]

8 Abkürzungsverzeichnis

BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BTHG:	Bundesteilhabegesetz
GG:	Grundgesetz
IBRP:	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
PsychKG:	Psychisch-Kranken-Gesetz
SGB:	Sozialgesetzbuch
UN-BRK:	UN-Behindertenrechtskonvention

9 Literaturverzeichnis

- Adolph, Holger / Seibert, Holger (2016): Annähernd 56.000. Die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen ist schwer zu ermitteln. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit, Heft 4, S. 29 - 33.
- Aderhold, Volkmar (2018): Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen. In: Psychotherapie-Wissenschaft, Heft 8 (1) S. 25 - 32.
- Aderhold, Volkmar (2016): Netzwerkgespräche im Offenen Dialog. In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 130 - 158. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Aichele, Valentin (2016): Menschenrechte und Psychiatrie. In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 18 - 40. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Albers, Matthias (2022): Kooperation zwischen Psychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe. Wie funktioniert das in Köln? Präsentationsfolien. https://www.bagw.de/fileadmin/user_upload/BAG_Wohnungslosenhilfe_Dialog_2.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Albers, Matthias (2021): Kommunale Hilfen in Krisen. Der Beitrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes. In: Aktion Psychisch Kranke, Brieger, Peter / Rosemann Matthias (Hrsg.): Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation 06./07. und 08. September 2021 in Berlin. [apk_tagungsband_48_02.06.pdf](http://apk.tagungsband_48_02.06.pdf) (apk-ev.de) [Zugriff: 10.09.2024]
- APK – Aktion Psychisch Kranke (1997): Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_24.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Aselmeier, Laurenz (2008): Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung: Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- ASMK – Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2008): Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. https://foerderschule.bildung-rp.de/fileadmin/migrated/content_uploads/Vorschlagspapier_Eingliederungshilfe.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- BAGFW – Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2016): Gesamtstatistik. Überblick. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Aktivitaeten/2018_Statistik/Dateien_2019/BAGFW_Gesamtstatistik-Ueberblick.pdf [Zugriff: 10.09.2024]

- Bayrischer Landtag (2018): Gesetzentwurf der Staatsregierung für ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. https://www.sgipt.org/regional/Bayern/Gesetzentwurf_PsychKHG_0000014418.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- BDP – Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2024): Dringend benötigte Hilfe für psychisch Erkrankte droht am Genehmigungsbürokratismus zu scheitern. https://www.bdp-verband.de/fileadmin/user_upload/BDP/newssystem/presse/pressemitteilungen/pdf/20240319_BDP_PM_Soziotherapie.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Becker-Lenz, Roland / Müller-Hermann, Silke (2023): Jenseits wissenschaftlichen Wissens. Wissensarten und Professionalität. In: Köttig, Michaela / Kubisch, Sonja / Spatscheck, Christian (Hrsg.): Geteiltes Wissen – Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. S. 121 -136. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Berlinecke, Sven (2024): Memoiren und Gedichte. Göttingen: unveröffentlicht.
- Berliner Krisendienst (2024): Internetseite. <https://www.berliner-krisendienst.de/> [Zugriff: 10.09.2024]
- Bischkopf, Janette / Lütjen, Reinhard (2023): Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung. In: Bischkopf, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 230 - 248. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bischkopf, Janette / Koziolk, Carsten (2023): Psychosoziale Beratung. In: Bischkopf, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 284 - 302. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bister, Milena D. (2021): Gesundheitliches Gut-achten als soziomaterieller Prozess: Eine Praxeografie der Zuerkennung von gemeindepsychiatrischen Leistungen in Berlin. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften, Heft 31(3), S. 157 - 178. <https://doi.org/10.25365/oezg-2020-31-3-9> [Zugriff: 10.09.2024]
- Bitzan, Maria / Bolay, Eberhard (2017): Soziale Arbeit. Die Adressatinnen und Adressanten. Opladen: Budrich.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2003): Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetze/verordnung-zur-durchfuehrung-der-hilfe-zur-ueberwindung-besonderer-sozialer-schwierigkeiten.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff: 10.09.2024]
- Bock, Thomas / Sielaff, Gyöngyvér (2016): Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog und Peerarbeit. In: Utschakowski, Jörg / Sielaff, Gyöngyvér / Bock, Thomas / Winter, Andrea (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. S. 25 - 34. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Borbé, Raoul / Rosemann, Matthias / Nienaber, André et al. (2021): Gemeindepsychiatrische Ansätze zur Vermeidung der Unterbringung in geschlossenen Heimen – eine Positionsbestimmung. In: Nervenarzt Heft: 92, S. 935 - 940. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-021-01136-7.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Borbé, Raoul (2016): Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 198 - 208. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bönisch, Lothar (2016): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bramesfeld, Anke (2023): Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 66, S. 363 - 370. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03671-x> [Zugriff: 10.09.2024]
- Brosey, Dagmar / Osterfeld, Margret (2023): Die Rechte von Klient*innen. In: Bischoff, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 161 - 183. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bruhn, Sascha (2021): Selbstverständnis und Methoden der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Gesundheitssystem am Beispiel der Gemeindepsychiatrie. Praktikumsbericht und Prüfungsleistung im Modul M 11.
- Brückner, Burkhard (2023): Kurze Geschichte der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2011): Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011, - 2 BvR 882/09 -, Rn. 1-83. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2011/03/rs20110323_2bvr088209.pdf;jsessionid=067BFD1A4188159586AF6A491745424F.internet951?__blob=publication-File&v=1 [Zugriff: 10.09.2024]
- Calton, Tim / Ferriter, Michael / Huband, Nick / Spandler, Helen (2008): A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. In: Schizophrenia bulletin, Heft 34(1), S. 181 - 192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047> [Zugriff: 10.09.2024]
- Cole, Celline / Oster, Anna / Mahler, Lieselotte (2022): Lost in Translation? Zusammenhänge zwischen Kommunikationsfähigkeit und Eskalationen in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 3/2022. S.39 - 41.
- DAK – Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Hrsg.) (2024): Psychreport 2024. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013 – 2023. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnispraesentation.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]

- DAK – Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Hrsg.) (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2023-e-book-pdf-2615822.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Deloie, Dario / Deimel, Daniel (2023): Lernfall Alkoholabhängigkeit. In: Bischoff, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in Psychiatrie und Suchthilfe. Fallbuch. S. 41 -58. Köln: Psychiatrieverlag.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Berlin: Deutscher Ethikrat. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2023a): Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Parallelbericht/DIMR_Parallelbericht_an_UN-Ausschuss_fuer_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen_2023.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (2023b): Anwendung von Zwang. Parallelbericht zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Fact_Sheet/DIMR_Factsheet_Zwang.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2023): Basisdaten Psychische Erkrankungen. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2020): Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung. 4. Auflage. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtpraevention_in_der_Heimerziehung.pdf [Zugriff: 10.09.2024]

- Dörr, Margret (2018): Nähe-Distanz-Verhältnisse und sexualisierte Gewalt. In: Retkowski, Alexandra / Treibel, Angelika / Tuidel Elisabeth (Hrsg.): Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis. S. 149 - 157. Basel: Beltz Juventa.
- DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.) (2022): Fachtherapien und Soziale Arbeit: Weitere Anpassungen der PPP-RL dringend erforderlich! https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-PPP-RL-Verbaende-DVE-BAGKT-DVSG-2022.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- DVSG – Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.) (2020a): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen 3. Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Die-DVSG/Vereinsstruktur/Arbeitsgruppen/Psychiatrie/DVSG-Stellungnahme-zielgruppenspezifische-Versorgung-2020-11-10.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- DVSG – Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.) (2020b): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. 4. Personenzentrierte Versorgung - Vernetzung und Kooperation. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Die-DVSG/Vereinsstruktur/Arbeitsgruppen/Psychiatrie/DVSG-Stellungnahme-Psychiatrie-Dialog-Vernetzung-Kooperation-2020-12-16.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Eaton, Julian (2019): Human rights-based approaches to mental health legislation and global mental health. In: BJPsych International, Heft 16 (2). S. 37 - 40. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.5> [Zugriff: 10.09.2024]
- Eichenbrenner, Ilse / Ruhl, Ilja (2023): Das psychiatrische Hilfesystem. In: Bischoff, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. S. 134 - 160. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Feuser, Georg (2012): Teilhabeforschung aus Sicht von Forschung und Lehre - (k)ein neuer Euphemismus ? (!). In: Neue Caritas: CBP-Spezial 5 - Tagungsdokumentation der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen. <https://www.georg-feuser.com/wp-content/themes/pdf/Feuser - Teilhabeforschung aus Sicht von Forschung und Lehre.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Freyberger, Harald J. (2018): Zur Geschichtsvergessenheit in der Psychiatrie. In: Psychotherapeut, Heft 63, S. 32–37 <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0258-9> [Zugriff: 24.02.2021]
- Gagel, Detlev E. / Petzold, Klaus (2021): Sozialpsychiatrischer Dienst und/als Krisendienst. In: Aktion Psychisch Kranke, Brieger, Peter / Rosemann Matthias (Hrsg.): Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation 06./07. und 08. September 2021 in Berlin. S. 152 – 156. [apk_tagungsband_48_02.06.pdf \(apk-ev.de\)](https://www.apk-ev.de/apk_tagungsband_48_02.06.pdf) [Zugriff: 10.09.2024]

- Gahleitner, Silke B. (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke B. / Pauls, Helmut / Hintenberger, Helmut / Leitner, Anton (2017): „Biopsychosozial“ revisited. In: Gahleitner, Silke B. / Hahn, Gernot / Glemser, Rolf (Hrsg.): Psychosoziale Interventionen. S. 16 - 35. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gebrande, Julia / Mayer, Marion (2024): Kritische Perspektiven auf Klinische Sozialarbeit. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. S. 69 - 77. Weinheim: Beltz Juventa.
- Grof, Stanislav / Grof, Christina (2014): Holotropes Atmen. Eine Methode der Selbsterforschung und Therapie. Solothurn: Nachtschatten.
- Hart, Tudor Julian (1971): The Inverse Care Law. In: The Lancet, Volume 297, Issue 7696, S. 405 - 412.
- Igl, Gerhard (2014): Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Ergebnisse eines Gutachtens für die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Profession-und-Disziplin/Rechtliche-Verankerung/Igl-Zusammenfassung-Gutachten-2014-01-10.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- International Federation of Social Workers (2014): Global Definition of the Social Work Profession. <https://anzasw.nz/international-federation-of-social-workers-ifsw/> [Zugriff: 10.09.2024]
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (2024): Soteria-Einrichtungen. Internetseite. <https://soteria-netzwerk.de/soteria-einrichtungen> [Zugriff: 10.09.2024]
- Jespersen, Maths (2007): Der Personenbezogene Ombudsmann in Skåne. Eine nutzerkontrollierte Dienstleistung mit persönlichen Agenten. In: Lehmann, Peter; Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2. S. 311 – 315. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Jung, Carl Gustav (1931 / 2021): Wirklichkeit der Seele. Die Psychologie des menschlichen Geistes. Ostfildern: Patmos. <https://shop.verlagsgruppe-patmos.de/media/pdf/978-3-8436-1373-6.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Jungbauer, Johannes (2023): Praxisforschung am Beispiel einer qualitativen Bedarfsanalyse. In: Bischof, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 475 - 489. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kahl, Yvonne (2023): Case Management in der sozialpsychiatrischen Eingliederungshilfe. In: Bischof, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 475 - 489. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Kammeier, Heinz (2015): Entwicklung in der Forensik seit der Enquete. In: Armbruster, Jürgen / Dieterich, Anja / Hahn, Daphne / Ratzke, Katharina (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. S. 432 - 442. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kardoff von, Ernst (2022): Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigungen. In: Scherr, Albert / El-Mafaalani, Aladin / Yüksel, Gökçen (Hrsg.): Handbuch Diskriminierung. S. 565 – 592 in der Druckversion. Wiesbaden: Springer VS. Kapiteldownload: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-11119-9_33-2 [Zugriff: 10.09.2024]
- Klie, Thomas (2021) Reformbedarfe in der Sozialgesetzgebung. In: Aktion Psychisch Kranke, Brieger, Peter / Rosemann Matthias (Hrsg.): Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation 06./07. und 08. September 2021 in Berlin. S. 186 -195. [apk_tagungsband_48_02.06.pdf \(apk-ev.de\)](#) [Zugriff: 10.09.2024]
- Knight, Tamasin / Hewis, Elaine / May, Rufus. (2022): Beyond Belief. Alternative Ways of Working with Delusions, Obsessions and Unusual Experiences. Berlin: Peter Lehmann Publishing. Kindle-Version.
- Knuf, Andreas (2016): Recovery, Empowerment und Peerarbeit. In: Utschakowski, Jörg / Sielaff, Gyöngyvér / Bock, Thomas / Winter, Andrea (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. S. 35 - 49. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Konrad, Michael (2022): Die Assistenzleistung. Die universelle Fachleistung der Eingliederungshilfe. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Konrad, Michael / Rosemann, Matthias (2020): Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: / Rosemann, Matthias / Konrad, Michael (Hrsg.): Selbstbestimmtes Wohnen kompakt. S. 14 - 38. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Krasney, Otto Ernst (2013): Rechtliche Zuständigkeit im gegliederten System. In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß, Peter / Heinz, Andreas (Hrsg.): Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013 in Berlin. S. 84 - 92. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Tagungsberichte_-_Band_040.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Kröger, Christine / Röh, Dieter / Gahleitner, Silke Birgitta (2024): Professionalisierung: Entwicklungslinien und Zukunftsaufgaben Klinischer Sozialarbeit. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. S. 407 - 417. Weinheim: Beltz Juventa.
- Land Berlin (2019): Anlage Leistungsbeschreibung Kriseneinrichtung Leistungstypspezifische Regelungen gemäß § 2 Abs. 5 i.V.m. Anlage 1e Berliner Rahmenvertrag (BRV) nach § 79 Abs. 1 SGB XII https://www.berlin.de/sen/soziales/service/vertraege/sgb-xii/kommission-80/beschluesse/2019/beschlu_19-04_par67-kriseneinrichtung-anlage-leistungsbeschreibung.pdf [Zugriff: 10.09.2024]

- Land Berlin (2016): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII 1 für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im 2. Bereich Soziales (- BRV -) https://www.berlin.de/sen/soziales/service/vertraege/sgb-xii/kommission-80/beschluesse/2017/beschlu_17-02_reform-brv-zum-01042017_anlage-a_vertragstext.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (2024): Kisen- und Notfallhilfe. Internetseite. <https://www.lv-nrw-apk.de/hilfe-fuer-angehoerige/psychiatrie-wegweiser/krisennotdienste/-/krisenhilfe> [Zugriff: 10.09.2024]
- Lehmann, Peter (2021): Medizinische und juristische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung. In: Aktion Psychisch Kranke, Brieger, Peter / Rosemann Matthias (Hrsg.): Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation 06./07. und 08. September 2021 in Berlin. S. 257 – 270. [apk_tagungsband_48_02.06.pdf \(apk-ev.de\)](#) [Zugriff: 10.09.2024]
- Lehmann, Peter (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung und Aufklärung über Psychopharmaka und Elektroschocks. In: Zinkler, Martin / Mahlke, Candelaria / Marschner, Rolf (Hrsg.): Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. S. 99 - 111. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 99 - 111.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne / Ernst, Mareike (2018): Perspektiven der Psychoanalyse auf sexualisierte Gewalt. In: Retkowski, Alexandra / Treibel, Angelika / Tüder Elisabeth (Hrsg.): Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte Theorie, Forschung, Praxis. S. 149 - 157. Basel: Beltz Juventa.
- Liel, Katrin (2023): Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung. In: Bischoff, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 490 - 503. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Marneros, Andreas (2014): Akute vorübergehende psychotische Störungen. Powerpoint-Präsentation zum Christoph-Mundt-Symposium 03. April 2014, Heidelberg <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychiatrie/pdf/Symposium/Marneros.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Marschner, Rolf / Brosey, Dagmar (2022): Rechtliche Grundlagen psychiatrischer Arbeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Melchinger, Heiner (2011): Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. In: Monitor Versorgungsforschung: Heft 02/2011, S. 35 – 40. <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/psychotherapie-vs-fachaerztliche-behandlung-in-der-ambulanten-psychiatrischen-versorgung/> [Zugriff: 10.09.2024]
- Melchinger, Heiner (2009): Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 6, S. 247-253.

- <https://link.springer.com/content/pdf/10.3238/zfa.2009.0247.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Neumann, Olaf (2023): Krisenintervention. In: Bischoff, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 94 - 133. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Neumann, Olaf (2018): Krisenintervention? Eine pointierte Annäherung an einen schillernden gemeindepsychiatrisch geprägten Begriff. In: Klinische Sozialarbeit. Heft 1, 2018, S. 4. https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische_Sozialarbeit/KlinSA_2018_14-1_Krisenintervention.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Neumann, Olaf (2004): Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen: Erfahrungen in einer ambulanten Krisenberatung. In: Journal für Psychologie, Heft 12(3), S. 270 - 285. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/4920/ssoar-journ-psycho-2004-3-neumann-krisenintervention_bei_psychiatrischen_notfallen_erfahrungen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-journpsycho-2004-3-neumann-krisenintervention_bei_psychiatrischen_notfallen_erfahrungen.pdf [Zugriff: 10.09.2024]
- Nguyen-Meyer, Ngan (2023): Kulturreflexives Nicht-Verstehen. Ein Gegenstand der Wissensentwicklung der Sozialen Arbeit. In: Köttig, Michaela / Kubisch, Sonja / Spatscheck, Christian (Hrsg.): Geteiltes Wissen – Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. S. 179 -190. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Osterfeld, Margret / Zinkler, Martin (2016): Einführung - Gewalt, Macht und Zwang ein ungelöstes Problem. In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 10 - 17. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Pauls, Helmut / Mühlum, Albert (2024): Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. S. 19 - 34. Weinheim: Beltz Juventa.
- Perry, John Weir (1974): The far side of madness. New Jersey: Spectrum.
- Quindel, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle: das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Rhein-Kreis Neuss (2018): Psycho-soziale Krisendienste und deren Finanzierung. Anfrage Bündnis 90/Die Grünen. <https://session.rhein-kreis-neuss.de/bi/get-file.asp?id=50495&type=do> [Zugriff: 10.09.2024]
- Richter, Brigitte (2016): Was hat das Entgeltsystem mit Gewalt und Zwang in psychiatrischen Kliniken zu tun? In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 173 - 185. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Richter, Dirk (2016): Aggressionsmanagement in der Psychiatrie. In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 186 - 197. Köln: Psychiatrie Verlag.
- RKI – Robert Koch Institut (2023): Mental-Health-Surveillance-Bericht Quartal 2/2023. Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung bei hochfrequenter Beobachtung. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/Quartalsberichte/2023-Q2_MHS-Bericht.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 20.09.2024]
- Rogers, Carl R. (2022): Der neue Mensch. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers, Carl R. (1986): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Aufl. Frankfurt: Fischer.
- Rufer, Marc (2007): Psychiatrie – Ihre Diagnostik, ihre Therapien, Ihre Macht. In: Lehmann, Peter; Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2. S. 400 - 418. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Schäfers, Markus (2014): „Personenzentrierung“ als sozialpolitische Programmformel im Zeichen der Inklusion: zu den Widersprüchlichkeiten einer Neuausrichtung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen. In: Soziale Probleme, Heft 25(2), S. 317-338. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssao-448048> [Zugriff: 10.09.2024]
- Scherr, Sebastian (2016): Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In: Rossmann, Constanze., Hastall, Matthias R. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. S. 579 – 590. Wiesbaden: Springer VS.
- Schlimme, Jann E. / Scholz, Thelke / Seroka, Renate (2019): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schleuning, Gabriele (2023): Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß, Peter / Heinz, Andreas (Hrsg.): Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013 in Berlin. S. 30 – 59. [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK - Tagungsberichte - Band_040.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Tagungsberichte_-_Band_040.pdf) [Zugriff: 10.09.2024]
- Schmidt-Zadel, Regina (2013): Krisenhilfe – Politischer Auftrag. In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß, Peter / Heinz, Andreas (Hrsg.): Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013 in Berlin. S. 62 – 68. [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK - Tagungsberichte - Band_040.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Tagungsberichte_-_Band_040.pdf) [Zugriff: 10.09.2024]
- Schulz, Gwen / Uhlig, René / Mahlke, Candelaria (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung und Behandlungsvereinbarungen In: Zinkler, Martin / Mahlke, Candelaria /

- Marschner, Rolf (Hrsg.): Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. S. 181 -192. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Tomandl, Gerald / Voracek, Martin (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage. Wien: Facultas.
- Sonnenmoser, Marion (2010): Sekundäre Traumatisierung: Mythos oder Realität? In: Deutsches Ärzteblatt International. Heft 2010/3/10, S. 117. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=68022> [Zugriff: 10.09.2024]
- Stange, Karl-Heinz (2015): Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit. In: Dörr, Margret (Hrsg.): Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. S.21 - 33. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Statistisches Bundesamt (2023): Psychische Erkrankungen waren 2021 die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen. Pressemitteilung Nr. N042 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_N042_231.html [Zugriff: 10.09.2024]
- Staub-Bernasconi, Silvia (2019): Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit: Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen. Opladen: Barbara Budrich.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit: Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses: Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau: Lambertus. <https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/staub-bernasconi.pdf> [Zugriff: 10.09.2024]
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (2024): Beratungsstellen und Krisendienste. Internetseite. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/wo-finde-ich-hilfe/krisendienste-und-beratungsstellen> [Zugriff: 10.09.2024]
- Stöck, Inge / Stöck, Gustav (2016): Bürgerhelfer in der Psychiatrie – mehr als „grüne Damen“ im Krankenhaus! In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 18 - 40. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Stompe, Thomas / Schanda, Hans (Hrsg.) (2019): Der psychisch kranke Täter in Film und Massenmedien. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Teichert, Maria / Schäfer, Ingo / Tania Lincoln (2016): Welche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen kennen Behandler? In: Zinkler, Martin / Laupichler, Klaus / Osterfeld Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. S. 115 - 117. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Thomas, Philip / Yasmeen, Selma (2007): Wahlmöglichkeiten und Vielfalt. Entwicklung von Alternativen für Menschen aus nicht-westlichen (und westlichen) Kulturen. In: Lehmann, Peter; Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2. S. 271 - 280. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

- UN- Generalversammlung (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10 (ohchr.org) [Zugriff 23.04.2024]
- UN- Human Rights Council (2020): Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. UN doc A/HRC/44/48. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UN-DOC/GEN/G20/094/45/PDF/G2009445.pdf?OpenElement> [Zugriff: 10.09.2024]
- Utsch, Michael (2018): Spiritualität in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 2/2018, S. 27-29.
- Utschakowski, Jörg (2017): Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: Bischof, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 292 - 308. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2016): Voraussetzungen und Bedingungen der Peerarbeit. In: Utschakowski, Jörg / Sielaff, Gyöngyvér / Bock, Thomas / Winter, Andrea (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. S. 35 - 49. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Walther, Christoph (2023): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischof, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 16 - 39. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Walther, Christoph / Deimel, Daniel (2023): Theorien und Konzepte Klinischer Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischof, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 40 - 70. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Waters, Sandra / Weigand, Mark (2023): Personenzentrierung und Wirksamkeit als Herausforderungen für das Management der Leistungserbringung. In: Boecker, Michael / Weber, Michael (Hrsg.): Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und seine Folgen. Personenzentrierung und Wirkungsnachweis als neue Parameter in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. S. 171 - 189. Baden Baden: Nomos.
- Wehde, Uta (2007): Antipsychiatrische Angehörigenarbeit. Von der unbändigen Wut zum anhaltenden Engagement für Alternativprojekte. In: Lehmann, Peter / Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2. S. 37 - 38. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Weigand, Steffen (2015): Inklusiv und repressiv. Die Herrschaftsförmigkeit der reformierten Psychiatrie. In: Schmechel, Cora / Dion, Fabian / Dudek, Kevin / Roßmüller, Mäks (Hrsg.): Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychotherapie. S. 20 - 46. Münster: Edition Assemblage,
- Weinmann, Stefan (2019): Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschungen und Selbsttäuschungen eines Fachgebiets. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Welschehold, Michael (2022): Was lange währt – gesetzliche Verankerung von Krisendiensten in Bayern. In: Aktion Psychisch Kranke, Kappert-Gonther, Kirsten / Brieger, Peter / Rosemann, Matthias (Hrsg.): 50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête Band 1 (49/1) https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Jahrestagung_2022/Band_49_1.pdf#page=52 [Zugriff: 10.09.2024]
- Zechert, Christian (2015): Psychisch kranke Wohnungslose: Zwischen Psychiatrie, Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe. In: Armbruster, Jürgen / Dieterich, Anja / Hahn, Daphne / Ratzke, Katharina (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. S 453 - 463. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Zeidler, Robert / Dudeck, Manuela / Frank, Udo et al. (2024): Die Situation des deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN. In: Der Nervenarzt, Heft 95, S. 1 - 8 <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01564-7> [Zugriff: 10.09.2024]
- Zimmermann, Ralf-Bruno / Schulz, Viviana (2023): Häufige psychische Störungen. Bischkopf, Jeanette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. S. 94 - 133. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Zinkler, Martin / von Peter, Sebastian (2019): Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. In: Recht und Psychiatrie, Heft 37, S. 203-209. https://PsychiatrieVerlag.de/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/11/RP-19-4_Zinkler.pdf [Zugriff: 10.09.2024]

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides Statt, die von mir vorgelegte Arbeit selbständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer entnommen sind, habe ich als entnommen kenntlich gemacht. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit benutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Köln, den 19.09.2024

Unterschrift

