

Unterstützung für Mitarbeitende – alte und neue Herausforderungen

Andreas Knuf

Mitarbeitende gemeindepsychiatrischer Wohnformen werden heute mit deutlich höheren Anforderungen konfrontiert, als dies früher der Fall war. Die Zielsetzung ihrer Arbeit hat sich verändert und ist anspruchsvoller geworden. Während es früher eher um Versorgen ging, hat die heutige Arbeit ein therapeutisches Anliegen (→ Nils Greve: Psychotherapeutische Grundhaltung). Den betroffenen Menschen soll ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in dem von ihnen gewünschten Umfeld ermöglicht werden. Wir haben das Ideal, ressourcenorientiert und empowermentorientiert zu arbeiten und dabei dem individuellen Hilfebedarf möglichst flexibel gerecht zu werden.

Im Sinne einer Recovery-Förderung rückt zudem das subjektive Wohlbefinden und die Begleitung auf einem Genesungsweg mehr in den Fokus sozialpsychiatrischer Arbeit als die Kontrolle von Symptomen oder die Vermeidung erneuter Krisen. Aus dem Anspruch, gemeinde-nah zu arbeiten, ist das Anliegen gesellschaftlicher Teilhabe und Inklusion geworden.

Auch die Herausforderungen, die die Einschränkungen beziehungsweise die Symptomatik der Klienten stellen, sind heute in vielerlei Hinsicht anspruchsvoller. Den klassischen psychotischen WG-Bewohner gibt es immer seltener, dafür Menschen mit sehr verschiedenen und oft komplexen Störungen, die sich vor allem auf der Beziehungsebene bemerkbar machen. Dies gilt vor allem für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und erfordert viel Professionalität. Denn je enger der Kontakt zwischen Mitarbeitenden und Klienten ist – und in Wohneinrichtungen ist er oft sehr eng – umso deutlicher zeigt sich ihre Problematik.

Klientenebene: Klienten mit einer Borderlinestörung

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind ein gutes Beispiel für die veränderten Herausforderungen in psychiatrischen Wohn-einrichtungen. Seit einigen Jahren ist eine deutliche Zunahme dieser Klientengruppe zu beobachten, die einen veränderten Umgang der professionell Tätigen notwendig machen. Die klassischen, in der Arbeit mit psychosekranken Menschen entwickelten Wohnkonzepte funktionieren bei ihnen meistens nicht. So sind beispielsweise klarere Regeln und Absprachen für selbst- und behandlungsschädigende Verhaltensweisen notwendig; ebenso eine sehr genaue Wahrnehmung von Gegenübertragungsgefühlen wie Wut oder Zuneigung und den entsprechenden Handlungsimpulsen des Mitarbeitenden, eine ausgesprochen gute Absprache innerhalb der Teams und ein hohes psychotherapeutisches Know-how des Teams. Diese neuen Herausforderungen haben bisher viele Einrichtungen davon abgehalten, mit Borderline-Klienten zu arbeiten, oder sie haben die Arbeit mit ihnen zum Frust von Mitarbeitenden, Klienten und Mitbewohnern oft scheitern lassen. Über Jahre hinweg wurde in der Sozialpsychiatrie diese Klientengruppe quasi ignoriert, mittlerweile wird die Verantwortung jedoch erkannt.

Mitarbeiterenebene: Die allein betreuenden Mitarbeitenden

Mit der Zunahme des Betreuten Einzelwohnens arbeiten immer mehr Mitarbeitende nicht mehr in einem Team, sondern sind zu Einzelkämpfern in der Arbeit mit ihren Klienten geworden. Oft kennen nur sie ihre Klienten und Klientinnen in deren aktueller Lebenssituation, sodass es für sie kaum noch die Möglichkeit gibt, sich mit Kollegen zu beraten, und es immer schwieriger wird, Verantwortung und Hilfe in Krisensituationen gemeinschaftlich zu tragen. Aber auch in klassischen Wohn-einrichtungen sind Mitarbeitende immer häufiger allein im Dienst. Sie haben damit deutlich mehr Verantwortung zu tragen als früher, was bei ihnen oft Empfindungen von Überforderung verursachen.

→ **Beispiele Eine Mitarbeiterin in einer therapeutischen Wohngemeinschaft**

ist damit konfrontiert, dass ein fraglich akut-psychotischer Bewohner seine Mitbewohner beschimpft und in der Küche mit einem Messer angetroffen wird, mit dem er herumfuchtelt. Kollegen sind nicht zu erreichen, ebenso wenig der behandelnde Psychiater. Die Mitarbeiterin muss allein entscheiden, ob die Polizei eingeschaltet werden muss. Eine andere Mitarbeiterin wird von einem Bewohner quasi als Geisel genommen, er drängt sie in sein Zimmer und schließt die Tür ab. Sie braucht mehrere Stunden, bis sie den Klienten bewegen kann, die Tür wieder zu öffnen.

Eine andere junge Mitarbeiterin im betreuten Einzelwohnen bietet einer Borderline-Betroffenen Bewohnerin eine sehr intensive Unterstützung an, die über das professionell Leistbare deutlich hinausgeht. Da die Beziehung über mehrere Wochen hinweg sehr gut zu sein scheint, sieht sie keinen Grund, mit ihren Kollegen darüber zu sprechen. Erst als sie einen Kontaktwunsch der Klientin ablehnt und seitdem von ihr verbal und in SMS beschimpft wird, werden Kollegen einbezogen. ✕

Zu den Herausforderungen der Alleinbetreuung gehören unter anderem ein permanenter Entscheidungszwang, Auf-sich-selbst-gestellt-Sein beim Schutz der eigenen Person, ein ständiges Hinterfragen des eigenen professionellen Vorgehens ohne unterstützende Reflektionsmöglichkeit durch Dritte.

Die einzelnen Mitarbeitenden brauchen eine ausgesprochen gute Selbstreflektion, denn zumeist müssen sie allein in der Lage sein einzuschätzen, wann sie sich um eine Intervision bemühen müssen oder den Klienten in die Supervision einbringen sollten. Dies wiederum setzt voraus, dass es in den Teams eine einladende Atmosphäre für Intervision gibt, also eine kollegiale Beratung. Mitarbeitende, die das Gefühl haben, ihre Kollegen und Kolleginnen haben selbst schon zu viel zu tun, werden sich kaum mit der (vielleicht noch vagen) Frage einbringen, ob mit dem Klienten alles wirklich gut läuft.

Neben herausfordernden oder gar gefährlichen Situationen muss ein großes Augenmerk aber gerade auch auf den unproblematischen und unauffälligen Klienten und Klientinnen liegen. Unter Zeitdruck und vermehrtem »Einzelkämpferarbeit« besteht hier die große Gefahr, dass sie sehr lange einfach mitlaufen, ohne dass der Prozess hinreichend reflektiert wird. Eine Regel wie etwa »Über jeden Klienten sollte mindestens

einmal im Jahr ausführlich gesprochen werden« kann hier helfen, die subjektive Selbstberuhigung (»Läuft doch eigentlich ganz gut«) durch eine kritische Teamreflektion zu ersetzen. Welche Qualitäten brauchen nun sozialpsychiatrische Teams im Wohnbereich, um diesen neuen und alten Herausforderungen gerecht werden zu können? Drei zentrale Qualitäten möchte ich herausgreifen, viele andere wichtige Qualitäten müssen hier aus Platzgründen leider ungenannt bleiben.

Teams brauchen einen Konsens

Je vereinzelter Mitarbeitende tätig sind und je höher der therapeutische Anspruch der Unterstützungsform ist, umso wichtiger ist ein möglichst hoher Konsens innerhalb eines Teams. Auch mit der zunehmenden Multiprofessionalität der Teams und erst recht mit dem zukünftig zunehmenden Einbezug von Laienhelfern und Peers in die Arbeit wird die Konsensbildung nochmals dringender. Schon heute sind die Teams oft aus Mitarbeitenden mit einem hohen psychiatrischen Know-how (beispielsweise Psychologen), mit einem eher geringen fachlichen Hintergrundwissen (etwa Erzieher) oder mit kaum vorhandenem psychosozialen Wissen (etwa hauswirtschaftliche Fachkräfte) zusammengesetzt. Das ist gut so. Doch die Herausforderung, dass aus diesen unterschiedlichen Berufsgruppen ein Ganzes wird, ist enorm.

Viele Ziele lassen sich nur verfolgen, wenn es auf der Ebene von Regeln, Zielen, konkretem Verhalten, Haltung, gemeinsamer Sprache und ethischer Grundhaltung einen hohen Konsens der Teammitglieder gibt. Unterschiedlichkeit ist wünschenswert und eine Voraussetzung für eine individuelle Hilfestellung. Wenn sie sich jedoch bei therapeutischen Anliegen in einem unterschiedlichen Umgangsstil den Klientinnen und Klienten gegenüber äußert, schadet sie ihnen und kann die therapeutische Hilfe nicht wirkungsvoll gestalten.

Ein typisches und im Alltag immer wieder zu beobachtendes Beispiel ist die Unterstützung eines Klienten bei Tätigkeiten, die er selbst leisten kann, für die er aber eine Unterstützung einfordert. Wird diese von einigen Teammitgliedern gewährt, so wird der Klient für eine langfristig schädigende Verhaltensweise verstärkt. Zudem werden in der Regel jene Mitarbeitende vom Klienten belohnt (»Bin ich froh, dass sie heute

Dienst haben und nicht ihr Kollege Herr Y!«), die sich nicht autonomiefördernd verhalten.

Ich kenne viele Teams, in denen solche unterschiedlichen Verhaltensweisen von Mitarbeitenden immer wieder stattfinden, teils sind sie nicht einmal reflektiert. Eine Veränderung ist nur möglich, wenn solche Prozesse im Team transparent gemacht werden, Werte und Ziele diskutiert werden und es Richtlinien für unterstützendes Verhalten gibt.

Ein weiteres typisches Beispiel ist das Entkoppeln von Aufmerksamkeit der Helfenden und Symptomverhalten der Klientinnen und Klienten. Oftmals werden sie von Mitarbeitenden für letztlich schädigendes Verhalten belohnt, indem sie viel Aufmerksamkeit dafür erhalten. Wird das Verhalten der Klientinnen und Klienten von einzelnen Mitarbeitenden mit Aufmerksamkeit »belohnt« und von anderen nicht, so festigt sich dadurch ihr Verhaltensstil noch weiter. So gelingt es beispielsweise in vielen Teams nicht, einen Konsens zwischen Tag- und Nachtdienst herzustellen oder darüber, wie mit einer Borderline-Betroffenen umgegangen werden soll, die sich gerade verletzt hat.

Mitarbeitende und Teams brauchen Selbstreflexion

Eine bedürfnisangepasste, an Konzepten etwa von Empowerment und Recovery angelehnte Unterstützung ist nur möglich, wenn Teams und Mitarbeitende zu einem hohen Maß an Selbstreflexion in der Lage sind. Nach meiner Erfahrung wird der größte Teil der Alltagshandlungen professionell Tätiger jedoch nicht reflektiert, d.h., man fragt sich nicht, warum man sich so verhält, welche Handlungsalternativen es gibt und welche Gründe für welche Verhaltensweisen sprechen. Vielmehr wird oft »naiv« gehandelt, d.h., man verhält sich, wie es der gesunde Menschenverstand nahelegt.

Leider führt das oft nur dazu, dass persönliche Vorlieben ausgelebt werden oder gesellschaftliche Moralvorstellungen in die Arbeit einfließen. Hier ein paar Beispiele:

- **Typische Situationen In einem Wohnheim** müssen alle Bewohner morgens um 7:30 Uhr ihre Medikation abholen. Als Begründung wird

angeführt, dass man ihnen helfen wolle, eine gute Tagesstruktur aufzubauen. Die dahinterstehende Moralvorstellung des morgendlichen Aufstehens wird nicht reflektiert, ebenso wenig die Einschränkung des Rechts auf Selbstbestimmung.

In einem WG-Team gibt es eine Konkurrenz der Mitarbeitenden um die Gunst der Klienten und Klientinnen, jeder möchte der beliebteste Mitarbeitende sein. Den Klienten werden von einzelnen Mitarbeitenden überflüssigerweise Tätigkeiten abgenommen, die diese selbst verrichten können. Es ist ausgesprochen schwierig, dieses Thema zu bearbeiten, da der Wunsch, von Klienten gemocht zu werden, von mehreren Mitarbeitenden abgestritten wird.

Im betreuten Einzelwohnen engagiert sich eine Mitarbeitende sehr in der Arbeit mit einer jungen Klientin mit einer Essproblematik. Sie gerät darüber jedoch an ihre eigene Belastungsgrenze und in Konflikte mit dem Team. Als sie schließlich für ihre Grenzen eintritt, interpretiert die Klientin das veränderte Verhalten als Ablehnung. Eine Folge ist eine Entwertung der Mitarbeitenden, die schließlich einen Wechsel der Bezugsperson nötig macht. ✕

Solche Situationen erfordern eine sehr hohe Selbstreflexionsfähigkeit von Mitarbeitenden und Teams. Ist sie nicht vorhanden, kann die professionelle Arbeit nicht gelingen. Dazu gehört z. B. das Erkennen von Gegenübertragungsgefühlen, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel mit dem Klienten, das Wahrnehmen eigener Gefühle und automatisierter Handlungsimpulse. In den Teams muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der Fehler gemacht werden dürfen, kritisches Nachfragen erwünscht ist, sich Mitarbeitende nicht bewertet fühlen und eine positive Atmosphäre der Annahme und Akzeptanz besteht.

Mitarbeitende und Teams brauchen Know-how

Mitarbeitende sozialpsychiatrischer Wohnteams brauchen heute deutlich mehr fachliches Know-how als früher. Erforderlich ist beispielsweise rechtliches und vor allem sozialversicherungsrechtliches Wissen, Wissen über die komplexe Versorgungslandschaft und weiterer sozialpsychiatrischer Angebote, störungsspezifisches Wissen über immer differenziertere Krankheitsbilder, pharmakologisches Wissen.

Vonseiten der Sozialpsychiatrie wird bereits seit Jahrzehnten gefordert, psychiatrischen Klienten vermehrt psychotherapeutische Unterstützung (⇨ Nils Greve: Psychotherapeutische Grundhaltung) zukommen zu lassen und die Einseitigkeit einer vornehmlich pharmakologischen Behandlung zu beenden. Einiges hat sich in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten verändert. Wenn man jedoch einen ehrlichen Blick auf die psychotherapeutische Versorgungssituation wagt, dann sieht man, dass auch heute ein großer Teil sozialpsychiatrischer Klienten und Klientinnen weiterhin keinen Zugang dazu hat. Die Gründe sind vielfältig. Teilweise sind sie nur unzureichend für eine Psychotherapie motiviert, teilweise lehnen Psychotherapeuten die in ihren Augen schwierigen psychiatrischen Klienten und Klientinnen zugunsten eher gesünderer Klientengruppen ab.

Tatsache ist jedoch, dass wir heute wissen, wie hilfreich psychotherapeutische und psychoedukative Unterstützung für psychiatrieerfahrene Menschen ist und wie viele nicht davon profitieren. Falls immer möglich, ist es sinnvoll, eine psychotherapeutische Unterstützung durch niedergelassene Psychotherapeuten oder Institutsambulanzen zu ermöglichen.

Zudem kommen immer mehr Klientinnen und Klienten in sozialpsychiatrische Wohneinrichtungen, deren primäre Unterstützungsform psychotherapeutisch sein muss, beispielsweise mit Persönlichkeitsstörungen. Für sie ist eine sinnvolle sozialpsychiatrische Unterstützung ohne eine psychotherapeutische quasi nicht möglich. Deswegen sind sozialpsychiatrische Teams heute mehr denn je gefordert, sich auch psychotherapeutisch zu qualifizieren. Zunehmend mehr Einrichtungen übernehmen hier Verantwortung und bieten beispielsweise psychoedukative Gruppen oder Skillstrainings für ihre jeweiligen Klientinnen und Klienten an. Nach meiner Erfahrung ist dies für die Mitarbeitenden nicht nur mit der Mühe einer zusätzlichen Qualifikation verbunden, sondern auch mit der Freude an einer neuen herausfordernden Tätigkeit.

Wie können Wohnteams unterstützt werden, um den neuen und alten Herausforderungen gerecht zu werden? Nicht nur die einzelnen Mitarbeitenden beziehungsweise Teams sind mit neuen Herausforderungen konfrontiert, sondern ebenso jene, die Teams unterstützen. Das sind in der Regel Vorgesetzte, Supervisoren und Fortbilder. Aus meiner Warte als Supervisor und Mitarbeiter in der Fort- und Weiterbildung möchte ich die Herausforderungen in diesen Bereichen schildern.

Fortbildung

Fortbildung richtet sich immer noch in erster Linie an einzelne Mitarbeiter. Mitarbeiter A besucht Fortbildung A und Mitarbeiter B Fortbildung B. Nehmen wir folgendes Beispiel:

- **Beispiel** Der eine Mitarbeiter belegt eine Fortbildung über die Borderlineerkrankung, eine andere Mitarbeiterin über motivierende Gesprächsführung und wieder eine andere über gewaltfreie Kommunikation. Alle drei versuchen ihr neues Wissen in ihre Alltagsarbeit einzubringen. Die Folge können allerdings sehr unterschiedliche Arbeitsweisen sein, bis hin zu sich widersprechenden Konzepten. Im Alltag kommt es deswegen oft zur Frustration der Mitarbeitenden, da es ihnen allein nicht gelingen kann, das Erlernte in ihren Teams umzusetzen. Ein anderer Teil besucht gar keine Fortbildungen, entweder aus Desinteresse, aus fehlender Zeit infolge privater Verpflichtungen oder aus anderen Gründen. ✕

Mit einer so gestalteten Fortbildungspraxis lassen sich die genannten Qualitäten eines wirkungsvollen sozialpsychiatrischen Teams wie etwa Konsensbildung nicht erfüllen. Daher geht es heute nur noch bedingt um die Qualifizierung einzelner Mitarbeitender in individuellen Fortbildungen. Dies ist beispielsweise noch sinnvoll für die Selbsterfahrung. Für fast alle anderen Bereiche gilt jedoch: Nicht Mitarbeitende sollten qualifiziert werden, sondern die Teams.

Bei solchen Themen wie Deeskalationstraining oder Hilfeplanung ist dieses Prinzip vielerorts bereits umgesetzt. Es gilt aber auch für fast alle Themen in sozialpsychiatrischen Wohnteams, beispielsweise für störungsbezogene Fortbildungen, aber auch für solche zu Recovery oder Empowerment.

Es ist nicht sinnvoll, dass drei Mitarbeitende drei verschiedene Fortbildungen über die Borderlineerkrankung besuchen. Vielmehr bedarf es einer einrichtungsspezifischen Qualifizierung zu diesem Krankheitsbild. Nur so ist es möglich, entsprechende Regeln innerhalb einer Institution zu erarbeiten oder eindeutige Handlungsstrategien im Team zu erzielen, wie mit Verhaltensweisen einzelner Klienten und Klientinnen umgegangen werden soll. Auch jede Krisenbegleitung setzt voraus, dass verschiedene Mitarbeitende beispielsweise um erarbeitete Selbst-

hilfestrategien wissen und Klientinnen und Klienten anleiten können, diese umzusetzen.

Zukünftig werden wir sogar noch viel vernetzter denken lernen, als dies gegenwärtig meistens der Fall ist (⇨ Michael Konrad und Matthias Rosemann: Vom gemeindepsychiatrischen Getto zur Inklusion). Der längerfristige Weg führt uns gar nicht zu Teamfortbildungen, sondern zu einer Qualifizierung auf Verbundebene, also trägerübergreifend für möglichst viele Anbieter innerhalb eines lokalen Versorgungssystems. Wir schaden Klienten und Klientinnen, wenn beispielsweise im stationären Kontext mit einem Konzept gearbeitet wird, das den Mitarbeitenden in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen nicht bekannt ist und umgekehrt.

Erste Modelle für Qualifizierung auf Verbundebene gibt es bereits. So bietet beispielsweise das Borderline-Netzwerk in Stuttgart Fortbildungen für alle regionalen Mitarbeitenden an, die mit dieser Klientengruppe arbeiten.

Supervision

Viele Mitarbeitende haben in ihrer Berufskarriere eine früher verbreitete Form der klassischen Supervision erlebt: Man traf sich regelmäßig alle vier bis sechs Wochen mit dem Supervisor und es ging um Teamthemen oder um Fallarbeit. Oft wurde nur über Teamthemen gesprochen. Durch den immer gleichen Rhythmus und den ähnlichen Inhalt kam es immer wieder vor, dass Teams ohne aktuelles Thema in die Supervision gingen. Man hatte dann – etwas überspitzt formuliert – den Eindruck, das Team unterhalte den Supervisor, als dass der Supervisor das Team unterstützte. Manche Supervisoren verhielten sich auch abstinenter, sodass die Teams das Empfinden hatten, im eigenen Saft zu schmoren oder mit ihren Problemen alleingelassen zu werden. Andernorts wurde in Supervisionen gerne geschwiegen, in wieder anderen Teams glich die Supervision einer Selbsterfahrungsgruppe und mancherorts nutzte der – oft ärztliche – Supervisor die Supervision, um die Teammitglieder über die seiner Meinung nach richtige Art des Umgangs mit ihren Klienten und Klientinnen aufzuklären.

Eine unter den neuen Herausforderungen hilfreiche Supervision sollte anders gestaltet sein: Institutionen, die personenzentriert arbeiten und verschiedenen Hilfebedarfen flexibel begegnen, brauchen eine Supervision, die teamzentriert arbeitet und in der Lage ist, auf verschiedene Anforderungen des Teams flexibel zu reagieren. Teams brauchen individuelle Unterstützung zu unterschiedlichen Zeiten und unterschiedliche Formen der Begleitung. Supervision besteht aus weit mehr als aus Fallarbeit und der Besprechung von Teamkonflikten. Sie sollte flexibel in der Lage sein, Prozesse der Teamentwicklung anzustoßen, gegebenenfalls kurze Fortbildungssequenzen einzubauen, Fallarbeit professionell zu moderieren und diese für die Erarbeitung eines Konsenses zu nutzen. Sie sollte Konflikte im Team bearbeiten, eine möglichst offene und konstruktive Begegnung der Mitarbeitenden ermöglichen etc.

Ebenso wie sich Mitarbeitende um eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zu ihren Klienten und Klientinnen bemühen, sollten Supervisoren für einen partnerschaftlichen und teamorientierten Umgang mit und im Team sorgen. Supervisoren sind dabei nicht Alleskönner, die immer recht haben. Die Teammitglieder sind die Experten und Expertinnen in ihrem Arbeitskontext, nicht der Supervisor. Denn dieser hat in den meisten Fällen nie in jenem Kontext gearbeitet, in dem das Team tätig ist. Team und Supervisor sind weitestmöglich Partner, ebenso wie Klient und professioneller Helfer weitestmöglich Partner sind.

Daneben gibt es ganz grundlegende Herausforderungen an Supervisoren, die über die Wirksamkeit der Supervision entscheiden. Zunächst geht es darum, Mitarbeitende und Teams für Supervision zu gewinnen und zu begeistern und einzelnen Mitarbeitenden die Angst davor zu nehmen. Oft ist es dazu notwendig, zu Beginn einer neuen Supervision schlechte vorhergehende Erfahrungen und Vorbehalte zu bearbeiten. Wichtig ist ferner eine alltagsnahe Sprache, die von allen Berufsgruppen verstanden wird. Die Zeiten sind vorbei, in denen sich Supervisoren hinter einer abstrakten (und oft analytischen) Sprache versteckt haben, vom Team nicht verstanden wurden und die Mitarbeitenden dachten, es müsse wohl an ihnen liegen.

Wichtig ist, dass die Teams eine gemeinsame, empowermentorientierte Sprache erlernen und gleichzeitig über zentrale Grundkonzepte von Empowerment informiert sind. Dies ermöglicht, typische Empowermentfallen aufzuspüren und zu verändern. Einige Teams neigen zu einer überzogenen Verantwortungsübernahme durch alle Mitarbei-

tenden, während sich andere Teams in überfürsorgliche und betont ressourcenorientierte Mitarbeitende spalten.

Ausblick

Fortbildung und Supervision können kein Ersatz dafür sein, Entwicklungsprozesse in Einrichtungen und Teams zu initiieren und deren Richtung zu steuern. Sie begleiten diese Organisations- und Teamentwicklung. Stehen sie isoliert für sich, laufen sie Gefahr, sich von der Organisation zu entfernen und eine eigene Dynamik zu entwickeln. Die bisherigen Formen der Unterstützung der Einrichtungen durch Supervision oder Fortbildung sind häufig noch unflexibel und nicht auf das jeweilige Team ausgerichtet. Zukünftig wird es darum gehen, bedürfnisangepasste Formen zu entwickeln, die den Teams mit ihren konkreten Anforderungen gerecht werden.

Andreas Knuf ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er hat lange im klinischen und ambulanten Psychiatriebereich gearbeitet und ist jetzt als niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz/Bodensee tätig. Er arbeitet an verschiedenen sozialpsychiatrischen Zusatzausbildungen mit und supervidiert Wohnteams. Internet: www.psychiatriefortbildung.de.