

# PARTIZIPATION IN DER BERATUNG UND DER SOZIALTHERAPIE WAGEN

Jürgen Beushausen

**Sommerfeld**, Peter; Hüttemann, Matthias: Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Hohengehren 2007

**Struhkamp-Munshi**, Gerlinde: Evidenzbasierte Ansätze in kinder- und jugendbezogenen Dienstleistungen der USA – eine Recherche. München 2007

**Tibbitts**, Melissa K. et al.: Sustaining evidence-based interventions under real-world conditions. Results from a large-scale diffusion project. In: *Prevention Science* 3/2010, pp. 252-262

**Verman**, Jan W.; van Yperen, Tom A.: Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. In: *Evaluation and Program Planning* 2/2007, pp. 212-224

**Webb**, Stephen A.: Zur Validität von evidenzbasierter Praxis in der Sozialen Arbeit – einige Überlegungen. In: Otto, Hans-Uwe; Polutta, Andreas; Ziegler, Holger (Hrsg.): *What works – welches Wissen braucht die Soziale Arbeit. Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen und Farmington Hills 2010

**Ziegler**, Holger: Evidenzbasierte Soziale Arbeit: Über managerielle PraktikerInnen in neo-bürokratischen Organisationen. In: Schweppe, Cornelia; Sting, Stephen (Hrsg.): *Sozialpädagogik im Übergang*. Weinheim 2006

**Ziegler**, Holger: Ist der experimentelle Goldstandard wirklich Gold wert für eine Evidenzbasierung der Praxis Früher Hilfen? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 10/2010, S. 1061-1066

**Zusammenfassung** | Während in der Gesundheitsförderung bereits seit längerem Partizipationskonzepte Standard geworden sind, werden diese Konzepte in der Theorie und Praxis der Beratung und Sozialtherapie bisher nur sehr unzureichend umgesetzt. Der Artikel soll dazu beitragen, diesen Diskurs anzuregen. Nach einer Einleitung werden partizipative Grundhaltungen diskutiert und mit Bezug auf die „Stufen der Partizipation“ (*Wright*) für die Beratungspraxis untersucht.

**Abstract** | While concepts of participation have been a standard element in health promotion for quite some time, these concepts have been applied only very insufficiently in the theory and practice of counselling and social therapy so far. This article is meant to encourage a discourse about this issue. Following an introduction, we will discuss participatory attitudes and refer to the “stages of participation” (*Wright*) so as to examine the value of these attitudes for counselling practice.

**Schlüsselwörter** ▶ Sozialtherapie ▶ Beratung ▶ Partizipation ▶ Klient ▶ Methode

**Einleitung** | Partizipation gilt seit der Proklamation der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation als ein Prinzip der Gesundheitsförderung. Seit Langem wird die Partizipation der Adressatinnen und Adressaten im Sinne von Teilnahme, Teilhabe, Beteiligung oder Inklusion als ein zentrales Merkmal der guten Praxis in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung, der Prävention und in Teilbereichen der Sozialen Arbeit (zum Beispiel der Behinderten- und Jugendhilfe) zumindest teilweise umgesetzt (*Hartung; Wright* 2015).

Während unbestritten ist, dass eine demokratische Gesellschaft auf Partizipation angewiesen ist, wurden die hieraus resultierenden Herausforderungen im Kontext der Beratung und (Sozial-)Therapie bisher nur wenig beachtet. Gegenüber anderen Feldern ist die

partizipative Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen noch wenig verbreitet (Simon et al. 2009). Am ehesten finden sich partizipative Ansätze in der Jugendhilfe (Schopp 2010) und der Traumapädagogik (Kühn 2013). Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen jedoch, so Bock (2012), nicht nur medizinisch geprägte Informationen, sondern Mitsprache, Wahrnehmung als Person und die gemeinsame Suche nach individuellen Unterstützungsansätzen.

**Die Bedeutung der Partizipation** | Die Gesundheitsförderung proklamiert das Ziel einer möglichst umfassenden Partizipation der Klientinnen und Klienten an der Planung, Steuerung, Auswertung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen, auch im Bereich der Beratung und Sozialtherapie. Partizipation soll die Selbstbestimmung sowie die Selbsthilfefähigkeit und Verteilungsgerechtigkeit für eine Zielgruppe auch erhöhen, um deren Empowerment zu erreichen. In diesem Kontext bedeutet dies auch, dass nicht die Politik oder die Geldgeber allein über die Maßnahmen entscheiden, sondern eine möglichst umfassende Mitbestimmung der Adressatinnen und Adressaten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch konsensorientierte Prozesse erreicht werden soll. Dies schließt die gemeinsame Bestimmung der Probleme, der Bedarfe und der Ziele ein. Auch die Qualitätssicherung und Evaluation sollen sprachlich und methodisch so umgesetzt werden, dass alle Beteiligten den gesamten Prozess und die Ergebnisse nachvollziehen können. So wird generell ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen allen Beteiligten angestrebt.

Michael Wright (2012, 2006) beschreibt den Partizipationsprozess in neun Stufen: Die Instrumentalisierung der ersten Stufe beinhaltet, dass die Belange der Zielgruppe keine Rolle spielen. Die Interessen der Entscheidungsträger stehen auf der zweiten Stufe ebenfalls im Mittelpunkt. Eine zunehmende Einbindung der Zielgruppen in Entscheidungsprozesse weisen die Vorstufen der Partizipation auf, die ab der Stufe 6 gegeben ist, der Mitbestimmung. Auf dieser Stufe werden wesentliche Aspekte einer Maßnahme abgestimmt, die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinige Entscheidungsbefugnis. Ab der Stufe 7 erfolgt eine teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenzen, während in der Stufe 8 bereits eine Entscheidungsmacht der Zielgruppenmitglieder in allen wesentlichen

**Tabelle 1: Stufen der Partizipation nach Wright (2012)**

Stufe 9	Selbstorganisation	weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	
Stufe 7	teilweise Entscheidungskompetenz	Partizipation
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Anweisung	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Aspekten der Maßnahme besteht. Über die Stufe der Entscheidungsmacht weist die Stufe 9, die Selbstorganisation, hinaus.

Wright (2012) sieht in seinem Stufenmodell ein Instrument zur Förderung der kritischen Reflexivität. Das Streben nach einem hohen Grad von Partizipation ist für den Autor bereits ein Qualitätsmerkmal, jedoch lassen sich die Ergebnisse solcher Bestrebungen nicht kontextunabhängig miteinander vergleichen. Je nach Setting, vorhandenen Ressourcen und Erfahrungen mit der Partizipation ist für jeden Zeitpunkt und Entwicklungsprozess unterschiedlich mehr oder weniger Partizipation möglich. Wright (ebd., S. 96) merkt kritisch an, dass viele herkömmliche Formen der medizinischen, psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Beratung in der Stufe 2, der Nicht-Partizipation, zu verorten sind. Diese Maßnahmen seien durch die alleinige Verantwortung der Fachkräfte für die Definition, die Diagnose des Problems und dessen Beseitigung geprägt.

In Beratung und Sozialtherapie wurde die proklamierte partizipative Wende aus der Gesundheitsförderung bisher nur in Teilbereichen umgesetzt. Rieger und Straßburger (2014) erklären dies mit dem Blick auf die Geschichte der sozialen Berufe. Über Jahrhunderte hinweg herrschte im beruflichen Helfen eine warmherzige oder korrigierend-kontrollierende Haltung vor. Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu

ermöglichen, war weder erwünscht noch vorgesehen. In der Nachfolge dieser Fürsorgepädagogik entwickelte sich eine paternalistisch-expertokratische Haltung, die heute in der Praxis sozialer Berufe noch weit verbreitet ist und dem aktuellen partizipativen Professionsverständnis widerspricht. Nach heutigem Verständnis sind Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit auch Expertinnen und Experten in eigener Sache. Sie wissen selbst am besten, was für sie hilfreich ist. Aufgabe der Beratung ist es daher, Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, mehr Kontrolle über ihre Lebenssituation zu erlangen, und sie im Sinne des Empowerments zu befähigen, sich für ihre Ziele einzusetzen.

**Grundlegende partizipative Konzepte** | Für eine partizipative Ausrichtung der Beratung plädieren insbesondere *Rieger* und *Sträßburger* (2014) sowie *Lenz* (2012). Für *Lenz* gehört hierzu eine informierte Zustimmung der Klientinnen und Klienten, zum Beispiel über Diagnose und mögliche Einflussfaktoren, Entwicklungsrisiken und Belastungsfaktoren, Risiken und Chancen möglicher Vorgehensweisen und Interventionen. Die Klientinnen und Klienten müssen in ihrer Sprache informiert werden, damit sie mitentscheiden können. Ziele und mögliche Interventionen sind gemeinsam auszuhandeln. Dieser Prozess beinhaltet Informationsaustausch, gemeinsame Erörterung, gemeinsame Entscheidung und Umsetzung.

Eine partizipative Ausrichtung der Beratung und Sozialtherapie basiert auf einer Reihe von Haltungen und Konzepten. Hierzu gehört insbesondere das bereits erwähnte Empowermentkonzept als ein Sammelbegriff für Arbeitsansätze der psychosozialen Praxis mit dem Ziel, Menschen zu ermutigen, ihre eigenen Stärken und Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln. Sie werden unterstützt, Wege zu einem selbstbestimmten und autonomen Handeln im Sinne von Selbstbefähigung als einer Stärkung von Autonomie und Eigenmacht zu entwickeln.

Eine Voraussetzung für die geforderte fachliche Haltung ist die grundsätzliche Offenheit für andere Sicht- und Verhaltensweisen sowie die Bereitschaft, die Bedeutung der Lebenskontexte der Klientinnen und Klienten zu beachten. Die gefundenen Lösungen müssen nicht für den Helfer, sondern für die Adressatinnen und Adressaten passen. Somit bieten auch Passungsmodelle eine Möglichkeit zu verstehen, was

entscheidend für den Erfolg beziehungsweise die Wirksamkeit einer psychosozialen Unterstützung ist und welche Stufe der Partizipation anzustreben ist. Mit der Klientin beziehungsweise dem Klienten ist gemeinsam eine passende Partizipationsstufe zu wählen. Damit sie oder er diesbezüglich eine Entscheidung treffen kann, muss diese möglicherweise ausprobiert werden. Die jeweilige individuell notwendige Passung lässt sich differenzieren (*Beushausen* 2016). Hierzu gehören unter anderem die folgenden zu berücksichtigenden Aspekte:

- ▲ Passt die angewandte Form der psychosozialen Diagnostik?
- ▲ Wurde der passende Weg der Unterstützung gewählt (Entspannungstraining, Psychotherapie, Ergotherapie, Psychoedukation etc.)?
- ▲ Werden der soziale Kontext, die Milieufaktoren, Armut, Bildung, Kultur etc. angemessen berücksichtigt?
- ▲ Passt der situative Kontext beziehungsweise das Setting? Ist eine Kurzzeitberatung, Psychoanalyse, Krisenintervention, Trennungsberatung etc. notwendig?
- ▲ Besteht eine Passung zwischen den Klientinnen und Klienten und den Beratenden bezüglich des Alters, gegenseitiger Sympathie, des Geschlechts und der Lebenserfahrungen?
- ▲ Passt der Zeitpunkt für eine Hilfe oder sollte die Hilfe zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden?
- ▲ Passt der Auftrag der Institution zu den Zielen und Anliegen der Klientin, des Klienten?
- ▲ Sind ausreichende und passende Ressourcen (zeitliches Budget, Ausstattung etc.) vorhanden?
- ▲ Wird angemessen problem- und lösungszentriert sowie defizit- und ressourcenorientiert gearbeitet?
- ▲ Wird die passende Stufe der Partizipation angestrebt? Wer entscheidet dies? Welche Interessen sind hier bedeutsam?

Ein weiteres Modell, das des Nichtwissens, ist eine bedeutsame grundlegende partizipative Haltung: *Heiko Kleve* (2014) ermutigt professionell Helfende, die Haltung des Nichtwissens einzunehmen, entgegen dem vorherrschenden Modell einer professionellen Beziehung, in dem die Expertin beziehungsweise der Experte über Wissen und Können verfügt und der Laie, also die Klientin, der Klient oder die Patientin, der Patient, den Anweisungen zu folgen hat. Hintergrund für diese Haltung ist die Einsicht, dass Menschen nicht mechanistisch oder trivial handeln, denn

sie lassen sich nicht zielgerichtet beeinflussen und von außen steuern, sondern nur anstoßen. *Kleve* plädiert folglich dafür, Nichtwissen nicht nur als erfahrbare Realität zu akzeptieren, sondern sogar als entscheidende Ressource umzudeuten. Professionelle Helferinnen und Helfer können Klientinnen und Klienten nur dann nachhaltig stärken, wenn sie akzeptieren, dass sie nicht wissen, was das Beste für diese ist. Der helfende Mensch muss wissen, wo er Experte ist, wo er zum Beispiel Sachkenntnis hat, wo er Nicht-Experte oder wo ein konfrontierender Gesprächsstil angemessen ist.

Diese Haltung des Nichtwissens beinhaltet auch, das Zweifeln als eine weitere Grundhaltung zu würdigen. Unsicherheiten und Ambivalenzen gehören zum Leben. So propagiert auch *Petzold* eine fördernde Haltung einer Kultur des „kultivierten Zweifels“, um nicht in die Haltung eines alarmierenden Zweifels mit seinen begleitenden Affekten der Besorgnis, Angst, Verzweiflung und des Widerwillens zu verfallen und stattdessen Affekte wie Neugier, Interesse, Hoffnung etc. bestimmend werden zu lassen (*Petzold* 2014).

Die Konzentration auf die Aktivierung der Ressourcen ist eine weitere partizipative Grundhaltung, die vom Beginn der Hilfen an eingenommen werden muss. In diesem Prozess benötigt die Klientin, der Klient immer wieder Unterstützung, Anregung und Mithilfe, um die eigenen Ressourcen wahrnehmen zu können und sich zu stabilisieren.

Professionell Helfende sollten davon ausgehen, dass sich jeder Mensch auf seine Art in soziale Prozesse einbringen kann, die ihn selbst und sein Umfeld betreffen. Dies erfordert von den professionell Helfenden, Empowerment von Anfang an ernst zu nehmen. Es beinhaltet die Einnahme der Perspektive der Adressatinnen und Adressaten und setzt bei der Entscheidung über die Inhalte des Beratungsprozesses am Willen der Betroffenen an. Die Interessen der Klientinnen und Klienten werden zum Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit, um im Dialog zu klären, welchen Unterstützungsbedarf Betroffene haben und welche Bewältigungs- und Lösungsstrategien zu ihrem Leben passen. Solch eine Haltung bedingt auch, die Lebensweltextpertise der Klientinnen und Klienten ernst zu nehmen. Nicht zuletzt ist Partizipation auch auf institutionelle strukturelle Weichenstellungen angewiesen.

## Hinweise zur Umsetzung | Im Folgenden

sollen die Grundhaltungen auf verschiedene Aspekte der Beratung und Sozialtherapie bezogen werden. *Lenz* (2010) schlägt drei Wege vor, um partizipative Elemente gezielt in professionellen Hilfebeziehungen zu verankern:

▲ Als ersten Schritt nennt *Lenz* die Herstellung von Transparenz, Deutlichkeit und Verständlichkeit der Hilfsstruktur der Institution und ihrer Angebote. Dies beinhaltet Informationsvermittlung und Aufklärung, denn erst wenn die Klientinnen und Klienten ausreichendes Wissen über Risiken und Chancen der geplanten Vorgehensweisen und Interventionsformen sowie über die Diagnose und mögliche Einflussfaktoren beziehungsweise Bedingungsbeziehungen besitzen, können sie als handelnde Subjekte mitentscheiden. Zu berücksichtigen sind hierbei der emotional-kognitive Entwicklungsstand der Klientin beziehungsweise des Klienten, mögliche kognitive Defizite wie auch die gesamte Situation, in der sich der oder die Betroffene befindet.

▲ *Lenz* plädiert für eine Haltung der Selbstertüchtigung, in der Klientinnen und Klienten unterstützt werden, auf ihre Stärken und Ressourcen zurückzugreifen. Diese Perspektive setzt Vertrauen in die Fähigkeit und Akzeptanz des Eigen-Sinns der Person, ihrer Lebensentwürfe, Handlungen, Wahrnehmungen und Bewertungen voraus.

▲ Notwendig sind Aushandlungsprozesse, in denen die Expertinnen und Experten die spezifischen Problemwahrnehmungen und die bisherigen Problemlösungen der Klientinnen und Klienten sensibel einbeziehen und bereit sind, ihre Macht zu teilen und einen für alle tragbaren Kompromiss anzustreben. Aushandlung ist jedoch kein Verzicht auf fachliche Ansprüche oder ein „Nachgeben“ gegenüber den Klientinnen und Klienten, durch das sich die Professionellen ihrer Verantwortung entziehen.

Im gesamten Beratungsprozess gilt es, eine möglichst umfassende Partizipation zu erreichen. Bereits ab dem Erstkontakt ist den Adressatinnen und Adressaten durch eine partizipative Arbeitsweise ein hohes Maß an Selbst- und Mitbestimmung zu ermöglichen. Hierzu gehören die Erstellung der Diagnosen, die Hypothesenbildung, die Zielklärung, die Auftragsklärung, die Wahl der Interventionsformen und des Settings und möglicherweise auch die Evaluation, zum Beispiel durch die Mitwirkung an der Abfassung eines Berichts. Für den

Bereich der psychosozialen Diagnostik und der Hypothesenstellung soll dies beispielhaft näher ausgeführt werden.

Psychosoziale Diagnostik gestaltet sich in einem intersubjektiven Prozess. Der Diagnostiker kann nicht objektiv wahrnehmen, da er Subjekt ist, und mit einem individuellen Kontext und Kontinuum konfrontiert ist. Das bedeutet, die Klientin, den Klienten als Mitsubjekt zu betrachten, mit dem idealerweise gemeinsam eine „Diagnose“ formuliert werden soll. Zum diagnostischen Prozess gehört auch, die gesammelten und bewerteten Informationen der Klientin beziehungsweise dem Klienten auf eine angemessene Weise „zurückzugeben“, um eine Demokratisierung im Verhältnis zwischen den Beratenden beziehungsweise Therapeuten und den Klientinnen und Klienten sowie den Patientinnen und Patienten zu fördern, um deren Autonomie zu stärken.

In jeder Beratung entwickeln wir hypothetische Annahmen über die Klientel, deren Umfeld, Symptome und Umgang mit der vorgefundenen Problematik. Diese Annahmen sind zunächst einmal wahrzunehmen, das heißt zu erkennen, und dann im Gespräch mit der Klientin oder dem Klienten immer wieder zu überprüfen und zu verfeinern. Hypothesen unterliegen keinem Wahrheitsanspruch, denn sie sind Konstruktionen des Beobachtenden – alles könnte auch ganz anders sein als es scheint. Der Wert einer Hypothese als Erkenntniswerkzeug liegt in ihrer Nützlichkeit. Diese misst sich auch an ihrer Ordnungsfunktion, sie hilft Bedeutsames und Irrelevantes zu sortieren und einen Weg der kognitiven Ordnung zu bahnen. Zudem hat sie eine Anregungsfunktion, da neue Sichtweisen angeboten werden, die, erst wenn sie den Beteiligten bewusst sind und im Dialog thematisiert werden, sich überprüfen, kritisieren und wieder verändern lassen.

Für die Beraterin und den Berater kann es bei der Hypothesenbildung hilfreich sein, grundsätzlich die bereits erörterte Haltung des Nichtwissens einzunehmen, das heißt davon auszugehen, dass es nicht eine einzige, wirklich wahre Hypothese gibt und dass letztlich die Klientin beziehungsweise der Klient die Expertin, der Experte ist. Diese Art der Hypothesenbildung hat den weiteren Effekt, dass durch die Diskussion der Hypothesen das Machtgefälle zwischen den Beteiligten deutlich reduziert wird. Durch das bewusste Hypothesieren werden die eigenen Vorannahmen

expliziert und mittels neuer, anderer Annahmen korrigiert. Eine höhere Stufe der Partizipation kann methodisch dadurch erreicht werden, dass der Klientin beziehungsweise dem Klienten mehrere Hypothesen angeboten werden. Dies ist besonders bedeutsam bei Klientinnen und Klienten, die dazu neigen, sich dem Berater anzupassen und diesem unreflektiert zuzustimmen.

Wie bereits erwähnt, zeigt sich die partizipative Kompetenz von Fachkräften übergreifend in einer grundsätzlich ressourcenorientierten Haltung, die bei den Stärken der Adressatinnen und Adressaten ansetzt. Im Gespräch wird die Aufmerksamkeit auf vorhandene Ressourcen und bisherige Erfolge gelenkt, zum Beispiel bei der Bewältigung von früheren Krisen, und dadurch den Betroffenen geholfen, sich ihrer Handlungsfähigkeit zu vergegenwärtigen und Vertrauen in die eigenen Stärken zu gewinnen (Beushausen 2014, Rieger 2015).

Für eine Übersicht werden die zu Beginn vorgestellten Stufen der Partizipation der Gesundheitsförderung nach Wright auf den Kontext der Beratung und Sozialtherapie bezogen. Beispielhaft werden in Tabelle 2 den einzelnen Stufen plakativ bestimmte Methoden zugeordnet. Die empirische Überprüfung dieser Einteilung ist notwendig und steht noch aus. Das Ausmaß der Partizipation der Klientin beziehungsweise des Klienten ist sicherlich im Einzelfall anders, als dies in der Tabelle beschrieben wird. So kann beispielsweise eine Suchtberatung große Partizipationselemente aufweisen.

**Probleme der Umsetzung** | Bei der Umsetzung des Wunsches nach mehr Partizipation sind auch mögliche Probleme und Nebenwirkungen zu berücksichtigen. So unterschiedlich wie Menschen allgemein sind, so werden auch Klientinnen und Klienten in der Beratung einen unterschiedlichen Grad der Partizipation und des Empowerments wünschen. Allgemein zeigt sich heute eher bei jüngeren Menschen ein größeres Bedürfnis nach Selbstbestimmung (Knuf 2013). Zudem ist die Ausprägung des Wunsches von den Erfahrungen der Betroffenen abhängig, die diese mit professionellen Hilfesystemen gemacht haben. Selbstverständlich gibt es auch Situationen, in denen Partizipation nicht möglich ist. Hierzu können zum Beispiel eine Kindeswohlgefährdung oder eine akute Suizidalität gehören. In diesen

**Tabelle 2: Stufen der Partizipation in der Beratung und Sozialtherapie<sup>1</sup>**

Stufe 9 Selbstorganisation	<b>Selbstorganisation</b> Beratende oder Therapierende werden von der Klientin, dem Klienten als Experten für einzelne Aspekte und begrenzte Zeiträume genutzt.
Stufe 8	Volle Entscheidungsmacht für die Klientinnen und Klienten, sie werden in Fallbesprechungen einbezogen, Berichte werden gemeinsam verfasst. Die Klientin, der Klient bestimmt die Dauer, die Form, das Setting des Unterstützungsprozesses.
Stufe 7 Partizipation	<b>teilweise Entscheidungskompetenz</b> Wo immer es geht, ist Selbstbestimmung zu realisieren. Die Klientin, der Klient verfasst Teile des Berichts (und erhält diesen). Beispielhafte Methoden: Familienrat, Multifamilientherapie.
Stufe 6	<b>Mitbestimmung</b> Dauer des Prozesses, Themen, Setting und verwandte Methoden werden abgesprochen. Umfangreiche Wahlmöglichkeiten (zum Beispiel Wahl des Settings) sind gewährleistet.
Stufe 5 Vorstufe der Partizipation	<b>Einbeziehung</b> Die Wünsche der Klientin, des Klienten (zum Beispiel Setting, verwandte Methoden) werden im Dialog erfragt.
Stufe 4 Vorstufe der Partizipation	<b>Anhörung</b> Die Ziele der Klientin, des Klienten werden erfragt. Sie oder er wird nach ihrer, seiner Sichtweise und Meinung gefragt, die Weichen stellen jedoch die Betreuungspersonen. Beispiel: Suchtberatung (Abstinenzziel und Methoden werden vorgegeben).
Stufe 3	<b>Information</b> Die Klientin, der Klient wird über die Methoden informiert. Zum Beispiel über die Möglichkeit einer Gruppenberatung.
Stufe 2 Nicht-Partizipation	<b>Die Ziele und verwandten Methoden werden durch die Institution vorgegeben</b> Für die Klientinnen und Klienten sind Prozesse und Maßnahmen nicht transparent, sie erleben sich den Entscheidungen der Beratenden ausgeliefert („Wir werden das im Team besprechen!“). Beispiel: stationäre Behandlung in der Psychiatrie mit vorgegebenen Stundenplänen.
Stufe 1	<b>Instrumentalisierung</b>

Situationen stehen den Betroffenen aus der Perspektive der Helfenden bestimmte Kompetenzen nicht zur Verfügung, so dass Fremdhilfe notwendig ist.

Aufseiten der Adressatinnen und Adressaten lassen sich eine Reihe von Problemen für eine nicht gewünschte oder nicht mögliche umfassendere Partizipation nennen:

- ▲ **Angst vor Veränderung:** Bei aller Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation beinhaltet das Gegenwärtige auch eine Gewohnheit, nämlich das Festhalten an vertrauten, wenn auch oft selbstschädigenden Verhaltensweisen.
- ▲ **Viele Klientinnen und Klienten haben in ihrem Leben niemals Partizipation erlernt und benötigen diesbezüglich einen Lernprozess.** Insbesondere bei

Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen Fähigkeiten zur Partizipation oftmals erst geweckt und gefördert werden.

- ▲ **Fixierung auf Fremdhilfe:** Im Kontext von Bequemlichkeit und erlernter Hilflosigkeit vertrauen manche Menschen nur auf fremde Hilfe. Sie haben erfahren, dass ihnen von anderen Personen auch dann geholfen wird, wenn dies nicht notwendig ist.
- ▲ **Partizipation kann bei manchen Erkrankungen, wie zum Beispiel bei einer Depression, zunächst nicht erwartet werden.**
- ▲ **Anpassung an Hierarchien:** Viele Menschen sind daran gewohnt, sich Hierarchien anzupassen und sich abwartend zu verhalten.
- ▲ **Manchen Klientinnen und Klienten fehlen das Vertrauen und die Erfahrung, dass ihre Entscheidungen von Angehörigen oder professionell Helfenden akzeptiert werden.**

<sup>1</sup> Die ausführliche Tabelle steht unter [http://absoziale-arbeit.de/repositorium/Beushausen/Soz\\_Arb\\_2017\\_01\\_Beushausen\\_Tabelle.pdf](http://absoziale-arbeit.de/repositorium/Beushausen/Soz_Arb_2017_01_Beushausen_Tabelle.pdf) zum Download.

Hemmnisse und Probleme gibt es jedoch auch bei der Umsetzung der Partizipation auf der Seite der Helfenden und ihrer Institutionen:

▲ Hindernisse für die Partizipation sieht *Wright* (2012) in der tradierten beruflichen paternalistischen professionellen Sozialisation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine Veränderung dieser Haltung sei nur durch eine reflektierte Fachlichkeit zu erreichen. Zudem würden Grenzen der Partizipation oftmals durch administrative Vorgaben und gesetzliche Bestimmungen gesetzt. *Wright* (2012, S. 99 f.) konstatiert, dass partizipative Prozesse oft nicht zustande kämen, da die institutionelle Logik Vorrang vor den Anregungen der Betroffenen habe.

▲ Professionell Helfenden fällt es oftmals schwer, nicht zu handeln, und stattdessen abzuwarten. Dabei ermöglicht oftmals gerade erst die professionelle Zurückhaltung, so *Knuf* (2013), dass Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten entdecken und nutzen lernen. Fachkräfte haben oft nicht genügend Vertrauen in die Fähigkeiten ihrer Klientinnen und Klienten.

▲ Manchmal werden Diskussionen mit den Klientinnen und Klienten als zu anstrengend empfunden, so dass die Beratenden lieber selbst handeln, indem sie zum Beispiel anstelle der Klientin oder des Klienten einen Termin bei einem Arzt oder einer Behörde vereinbaren.

▲ Beratende und Therapierende stehen besonders dann vor der Frage, inwieweit sie den betroffenen Personen oder Gruppen Entscheidungsfreiheiten gewähren, wenn die Entscheidungen der Klientinnen und Klienten nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Solch eine Problematik zeigt sich beispielsweise in der Betreuung von psychisch kranken Menschen, wenn sich diese beispielsweise gegen die Empfehlung eines Arztbesuchs entscheiden. Natürlich können auch partizipativ getroffene Entscheidungen „falsch“ sein. Dennoch haben die Helferinnen und Helfer Entscheidungen der Klientinnen und Klienten in der Regel zu akzeptieren.

▲ Manchmal haben Helferinnen und Helfer das Gefühl, für ihr Geld etwas leisten zu müssen, oder sie wollen ihrer Klientel gefallen, weil diese Aktivität wünscht. Zudem kann ein weiterer Grund für unterbleibende Partizipation darin liegen, dass professionell Helfende die Kontrolle über die Situation behalten möchten oder Langsamkeit und Fehlerhaftigkeit schlecht ertragen können. Professionelle Helferinnen und Helfer müssen in diesen Fällen eine von der Klientel gewünschte oder aktuell nicht mögliche Partizipa-

tion akzeptieren und ihre eigene Enttäuschung reflektieren. Hierbei sind insbesondere Gegenübertragungsgefühle zu überprüfen (die Entscheidung der Klientin beziehungsweise des Klienten kann ein Ausdruck der Partizipation sein).

▲ *Knuf* (2013) verweist auf einen weiteren Aspekt, der sich in stark hierarchisch geprägten Institutionen zeige. Je größer die Hierarchie ausgeprägt sei, desto weiter unten stehe der Klient. Solch eine ausgeprägte institutionelle Hierarchie würde auch von den Klientinnen und Klienten wahrgenommen, Partizipation gelänge jedoch eher da, wo Hierarchien durchlässig seien und Personen in Leitungsfunktionen bereit seien, ihre Macht zu teilen.

▲ Oftmals bestehen in der Institution keine systeminternen Regeln, wie mit den eingeholten Meinungen und möglichen Widersprüchen der Klientinnen und Klienten umgegangen werden soll.

**Ausblick |** Auch wenn die empirische Datenlage über partizipative Arbeit in der psychosozialen Beratung und in der Therapie unzureichend ist, lässt sich feststellen, dass praktisch und konzeptionell eine Partizipation der Klientinnen und Klienten nur sehr ungenügend verwirklicht wird. Gleichwohl lassen sich für einzelne Bereiche positive Veränderungen beschreiben. Dies zeigt sich beispielsweise in der Nutzung der Methoden der Multifamilientherapie<sup>2</sup> (*Assen; Scholz* 2009) und des Familienrates<sup>3</sup> (*Budde; Früchtel* 2008) in der Jugendhilfe.

Das Postulat einer verstärkten Partizipation der Klientinnen und Klienten muss auch im Hinblick auf aktuelle gesellschaftliche Veränderungen zukünftig umfassend umgesetzt werden. Im Einzelfall ist mit jeder Klientin, mit jedem Klienten in deren oder dessen spezifischer Situation abzusprechen, welche Stufe der Partizipation angemessen ist. Entscheidend ist, dass

**2** In der Multifamilientherapie (auch Mehrfamilien-therapie) versammeln sich bis zu zehn Familien zu regelmäßigen Treffen. Die Teilnehmenden übernehmen die Beratung weitestgehend selbstständig. Aufgaben der Fachleute sind im Wesentlichen die Moderation und Begleitung des Prozesses sowie die Krisenintervention.

**3** Bei der Methode des Familienrates unterstützen verschiedene Personen (andere Familienmitglieder, Nachbarn, Lehrer etc.) eine Familie mithilfe eines Moderators. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, beispielsweise des Jugendamtes, übernehmen im Wesentlichen die Kontrollfunktion. Solch eine Hilfeform lässt sich in die siebte Partizipationsstufe einordnen.

die Klientinnen und Klienten die Wahlmöglichkeit haben, welche Stufe der Partizipation sie erreichen wollen. Die Beratung und Sozialtherapie stehen somit auch institutionell vor der Aufgabe, Regeln und Verfahren zu entwickeln, mit denen eine möglichst große Partizipation erreicht werden kann.

**Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen**, Sozialarbeiter (grad.) und Dipl.-Pädagoge, ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Er arbeitet an der Fachhochschule Emden als Lehrkraft für besondere Aufgaben mit den Schwerpunkten Beratung, Klinische Soziale Arbeit, Systemische Interventionen, Gesundheit und Sucht. E-Mail: juergen.beushausen@hs-emden-leer.de

## Literatur

**Assen**, E.; Scholz, M.: Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg 2009

**Beushausen**, J.: Ressourcenfokussierung in psycho-sozialen Krisen. In: Gahleitner, S.B.; Hahn, G.; Glemser, R. (Hrsg.): Jahrbuch Klinische Sozialarbeit VI. Opladen u.a. 2014, S. 122-139

**Beushausen**, J.: Beratung lernen – Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Opladen u.a. 2016

**Bock**, T.: Partizipation in Klinischer und Sozial-Psychiatrie – Impulse aus dem Dialog. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern 2012, S. 365-380

**Budde**, W.; Früchtel, F.: Sozialer Familienrat: Bürger statt Klienten in der sozialräumlich inspirierten Hilfeplanung. In: Jugendhilfe 3/2008, S. 121-130 (<http://www.sozialraum.de/familienrat.php>; abgerufen am 25.10.2016)

**Hartung**, S.; Wright, M.T.: Partizipation in der Gesundheitsförderung: weiter, aber noch nicht am Ziel. In: Impulse 3/2015, S. 3-4

**Kleve**, H.: Empowerment durch Nichtwissen. Haltungsbildung in der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit 6/2014, S. 226-227

**Knuf**, A.: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Köln 2013

**Kühn**, M.: Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, psychologischen, fördernden heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, J. u.a. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel 2013, S. 138-148

**Lenz**, A.: Partizipation in der professionellen Hilfebeziehung. In: Forum Gemeindepsychologie 2/2010 ([http://www.gemeindepsychologie.de/fg-2-2010\\_07.html](http://www.gemeindepsychologie.de/fg-2-2010_07.html); abgerufen am 26.10.2016)

**Lenz**, A.: Empowerment – Perspektiven für eine ressourcenorientierte Praxis. Folien zum Fachvortrag. In: <http://www.bagrpk.de/fileadmin/webseite/Vortraege/Fachtagung%20>

Vortrag%20Lenz%2027092012.pdf (veröffentlicht 2012, abgerufen am 26.10.2016)

**Petzold**, H.: Zweifel I – Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2014e-zweifel-1-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie-polyloge-02-2014.pdf> (veröffentlicht 2014; abgerufen am 26.10.2016)

**Rieger**, J.: Nicht für, sondern miteinander arbeiten – Partizipative Beratung. Workshopunterlagen. In: <http://selbsthandeln.de/wp-content/uploads/2015/05/SelbstHandeln-B1-Judith-Rieger-Partizipation-9-2015.pdf> (veröffentlicht 2015, abgerufen am 26.10.2016)

**Rieger**, J.; Straßburger, B.: Warum Partizipation wichtig ist – Selbstverständnis und Auftrag sozialer Berufe. In: Straßburger, G.; Rieger, J. (Hrsg.): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim und Basel 2014, S. 42-49

**Schopp**, J.: Eltern stärken – dialogische Haltung in Seminar und Beratung: ein Leitfaden für die Praxis. Opladen und Farmington Hills 2010

**Simon**, D.; Wills, C.E.; Härter, M.: Shared decision making in mental health. In: Edwards, Adrian; Elwyn, Glyn (eds.): Shared Decision Making in Health Care. New York 2009

**Wright**, M.: Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für kritische Medizin 43/2006, S. 55-72 ([http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM\\_Band43\\_Kapitel06\\_Wright.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band43_Kapitel06_Wright.pdf); abgerufen am 26.10.2016)

**Wright**, M.: Partizipation in der Praxis: Die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch der Partizipation und Gesundheit. Bern 2012, S. 91-101