

AKTUELLES AUS
PSYCHIATRIE UND
GEMEINDE

PSYCHOSOZIALE *Umschau*

ARNO DEISTER

*»Wir haben eine
soziale Verantwortung«*

PAUL-OTTO SCHMIDT-MICHEL

*Opfer oder Täter – die Rolle der
Angehörigen in der NS-Zeit*

CORNELIA FISCH

*Klar und glaubwürdig
kommunizieren*

Reden und Überzeugen

Foto: Ernst Fessler



»Ich glaube, wenn man was bewegen will, muss man das tun, was sowieso zu unserer Profession gehört: reden und überzeugen«, sagt Arno Deister, der ab November diesen Jahres an der Spitze der größten und ältesten psychiatrischen Fachvereinigung stehen wird, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, und meint damit auch die anderen Fachgesellschaften und Verbände, die es in der Psychiatrie gibt.

Dazu gehören auch die Angehörigen, die es nur zu oft vermissen, gehört zu werden. Besonders schmerzlich ist für sie die Erinnerung an die T4-Aktion, wie Paul-Otto Schmidt-Michel in seinem Beitrag beschreibt, weil auch flehentliche Briefe die Söhne und Töchter nicht retten konnten. Der Vorwurf der stillschweigenden Mittäterschaft, wie ihn Götz Aly in seinem Buch »Die Belasteten« formulierte, hat vielfach Widerspruch hervorgerufen.

Heftig diskutiert wird vor dem Hintergrund der NS-Geschichte auch die Arzneimittelforschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen. Aber auch beim Bundesteilhabegesetz sind neben den Sachinformationen viele Emotionen im Spiel: »Nennt mich ruhig

behindert, aber haltet mich nicht für blöd«, steht z.B. auf den vom Paritätischen organisierten Protestpostkarten.

Der Ton verrät es schon, mit der Bereitschaft, miteinander zu reden, ist es noch nicht getan, auch die Form ist wichtig, wie in diesem Heft auf zwei Weisen deutlich wird: zum einen in der Fallgeschichte zur Unterstützten Beschäftigung bei Autismus-Spektrums-Störungen, wo Herr Probst mit Blockaden bei unklarer Kommunikation reagiert, zum anderen in dem Bericht aus der Sprechpraxis von Cornelia Fisch, der ein Bewusstsein für die feinen Zwischentöne weckt, die zu einer deutlichen Veränderung im Kontakt führen können.

Übrigens: Eine freundliche Ansprache sollte man nicht nur bei anderen üben, sondern auch im Umgang mit sich selbst praktizieren, dafür plädieren zumindest Matthias Hammer als Psychotherapeut und Maria Martine als Betroffene in ihren Beiträgen zum Selbstmitgefühl – ein Thema, das in der Verhaltenstherapie gerade entdeckt wird. Probieren Sie es doch einmal aus!

Ihre Redaktion

Psychiatrie & Gemeinde**Klar und glaubwürdig kommunizieren**Erfahrungen aus der Sprechpraxis | *Cornelia Fisch* 4**Wachsam bleiben – ohne Betroffenheitsrituale***Christian Zechert* im Gespräch mit *Margret Hamm* 6**Blick zurück nach vorn**

Im Juni 2016 feierte der Dachverband

Gemeindespsychiatrie | *Peter Heuchemer* und *Thomas Pirsig* 8**Regio 2016 in Immenstaad am Bodensee** |*Rainer Höflacher* 10**Gestresste Mitarbeiter in der Psychiatrie** |*Silvia Queri* und *Klaus Keller* 11**Auch Idealisten brauchen Unterstützung**Die Reha-Biograf-Studie | *Christoph Müller* 13**Selbstmitgefühl statt Selbstsabotage**Es lohnt sich, die inneren Antreiber zu identifizieren und freundlich zu behandeln | *Matthias Hammer* 14

Psychiatrische Praxis**Versorgt und vergessen**

Menschen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren |

Christine Blankenfeld, *Dorothee Haug-von Schnakenburg*,*Michael Konrad* 16

Neues aus der Forschung**Was macht widerstandsfähige Kinder aus?**

Eine Langzeitstudie mit Kindern depressiver Eltern |

Susanne Jäger 18

Kunst & Kultur**14.000-mal Outsider Art – Wenn Künstler (sich) helfen**La »S« Grand Ateliers | *Gangolf Peitz* 19**Der Mensch im Spiegel psychologischer Experimente** |*Fred Christmann* 20**Die Malaktion »gegenüber«** |*Vera Girbinger*, *Ute Haas*, *Christine Lohrey* 21

Nachgefragt**»Wir haben eine soziale Verantwortung«**Ein Interview von *Cornelia Schäfer* mit demzukünftigen Präsidenten der DGPPN, *Arno Deister* 22

Im Blickpunkt**Ambulantisierung des Betreuten Wohnens** |*Manfred Becker* und *Michael Konrad* 26

Sozial- & Gesundheitspolitik**Bundesteilhabegesetz: jetzt sind**die Bundesländer am Zug! | *Michael Konrad* 28**Der Regierungsentwurf zum PsychVVG liegt vor** |*Ulrich Krüger* 30**Novellierung des PsychKG in NRW:**zu kurz gesprungen | *Nils Greve* 30**Häusliche psychiatrische Krankenpflege:**

eine Chance, Anerkennung in der psychiatrischen

Versorgung zu gewinnen | *Michael Konrad* 32**Heftige Debatte um Arzneimittelforschung an nicht**einwilligungsfähigen Menschen | *Von Ulrich Krüger* 34

Arbeit & Rehabilitation**Inklusive Bildung** | Ein Interview von *Christian Zechert* mitdem Projektkoordinator von INDIVERSO, *Martin Künemund* 36**Unterstützte Beschäftigung für Menschen mit Autismus-****Spektrum-Störungen** | *Markus Hoffmann* und *Erik Henkel* 38

Recht konkret**Rund um das Kinderkrankengeld** | *Margret Stolz* 40

Angehörigenbewegung**Opfer oder Täter** Die Rolle der Angehörigen von Psychiatrie-

patienten in Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit |

Paul-Otto Schmidt-Michel 41**Wenn psychisch Kranke gewalttätig werden,****sind vor allem Angehörige Opfer** | *Norbert Konrad* 43**Orientierung an den Erfahrungen der aktiv Handelnden**

BAPK macht Deeskalation zu einem

kontinuierlichen Angebot | *Christoph Müller* 44**»SeeleFon« sucht ehrenamtliche Mitarbeiter** |*Christoph Müller* 45

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener**Wie der Weg im Gehen entsteht: mit Selbsthilfe,****Selbstmitgefühl und Spiritualität** | *Maria Martini* 47**Seelisch gesund am See**Die Bodenseeregion organisiert sich | *Andrea Sülzle* 48

Kurz & knapp**Drogen- und Suchtbericht 2016** 50 | **Neue Leitlinie soll Eingreifen****bei Suizidalität im Jugendalter verbessern** 50 | **Bald Cannabis****auf Kassenrezept?** 51 | **Dachverband Pflege in der forensischen****Psychiatrie gegründet** 51 | **Heute Physio, morgen Psycho:****MUT-TOUR 2016** 52

Bücher & Medien**Vom Sinn menschlicher Psychiatrie***Bock, Heinz: Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit* |*Franz Josef Wagner* 53**Horizontenerweiternd***Zinkler, Laupichler, Osterfeld (Hg.):**Prävention von Zwangsmaßnahmen* | *Bettina Jahnke* 53**Zwischen der Pflicht zur Fürsorge und der Freiheit zur Krankheit***Henking, Vollmann (Hg.): Gewalt und Psyche* |*Christoph Müller* 54**Nachdenken über eine Drogenkarriere***Benjamin von Stuckrad-Barre: Panikherz* | *Brigitte Siebrasse* 54**Sexualität zum Thema machen***Lache: Sexualität und Autismus* | *Michael Konrad* 56**Bürger schaffen was***Görres, Janssen (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete –**40 Jahre Dachverband Gemeindespsychiatrie* |*Cornelia Schäfer* 56**Integration in die Gemeinde***Rauetzer, Schulze (Hg.): Berührung mit dem Leben* |*Michael Konrad* 56**Erlebte Geschichte***Matern: Sozialarbeit in der Psychiatrie* | *Birgit Görres* 57

Klar und glaubwürdig kommunizieren

Erfahrungen aus der Sprechpraxis **Von Cornelia Fisch**

Der Wunsch nach Verstandesein, Selbstwirksamkeit und Wertschätzung ist in jedem Menschen tief verankert. Immer wieder finden wir uns in Situationen, in denen die Kommunikation nicht oder nicht wirklich gut gelingt. Es entstehen Missverständnisse. Wenn wir sprechen, transportieren wir Gedanken vom Innen ins Außen. Es kommt ein komplexer Prozess des Miteinanders in Gang, dessen Verlauf von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Gerade im psychiatrischen Kontext kann ein Bewusstsein für die feinen Zwischentöne zu einer deutlichen Veränderung im Kontakt führen. Das gilt für den Kontakt zwischen Mitarbeiter, Patient und Angehörigen, aber auch im Team. Einige Erfahrungen und Aspekte aus der »Sprechpraxis«, können die Zusammenhänge möglicherweise aufhellen. Die Sprechpraxis ist ein Ort, an dem Menschen die Kraft ihrer persönlichen Kommunikationsfähigkeit entwickeln können. Mit Mut und Humor werden neue Möglichkeiten mit den Klienten erarbeitet. So sind diese den vielschichtigen Herausforderungen von Kommunikation gewachsen.

Der Körper als Übersetzer der Seele

Wenn wir sprechen, dient unser Körper als Atem-, Klang- und Artikulationsort, er wird zum Instrument. Wir atmen ein, der Atem wird von der Bewegung der Stimmlippen zum Schwingen gebracht und der schwingende Atem resoniert im Körper. Lippen, Zähne, Zunge und Gaumen spezifizieren und formen den Klang zu einem Buchstaben oder Wort und machen ihn identifizierbar.

Das Instrument eines jeden Sprechenden ist so individuell ausgeprägt, wie sein Körper gebaut ist. Mehr noch: Im Körper eines jeden Menschen nimmt das, was er erlebt und wie er damit umgeht, Gestalt an. Christian Morgenstern beschreibt es so: »Der Körper ist ein Übersetzer der Seele ins Sichtbare.«

Beispiel: Für einen 45-jährigen Mann, er ist Therapeut, zeigt sich in einem Seminar, dass er in seinem Leben häufig Druck erlebt und den Weg des Widerstandes dagegen gewählt hat. Im Körper ist eine sehr aufrechte, kämpferische Haltung entstanden, die ein deutlich erhöhtes Spannungsniveau zur Folge hat. Diese Spannung wird über den

Körper auf die Stimme übertragen, sie klingt hart, oft aggressiv. Angesichts der oben beschriebenen Vorgänge kann man sogar sagen: Der Körper ist ein Übersetzer der Seele ins Sichtbare und Hörbare.

Die Dimensionen des Hörens

Was hören wir eigentlich, wenn jemand spricht? Physikalisch hören wir die vom Sprechenden ausgesendeten Schallwellen. Diese Schallwellen entstehen im Körper des Sprechenden. Sie sind mit dessen physiologisch individueller Form und Beschaffenheit eng verknüpft. Wir können im Klang der Stimme auch die Haltung des Sprechenden wahrnehmen.

In der Sprechpraxis unterscheide ich hier zwischen zum einen der individuellen körperlichen Grundhaltung, entstanden durch erlebtes Leben. Aus ihr ergibt sich eine Grundstimmung des Klangs. Zum anderen der aktuellen körperlichen Haltung, die zur Grundhaltung hinzukommt und die aktuelle Stimmung spiegelt. Im aufmerksamen Zuhören können wir beides annähernd identifizieren.

Selbst wenn wir den Klang nicht immer explizit benennen, können wir dennoch hören, in welcher Stimmung sich ein Sprechender befindet. Die Grundstimmung ist, wie ihr Name sagt, als eine Art Grundfarbe wahrnehmbar.

Denken Sie sich kurz ca. eine Million Jahre zurück: Unsere Vorfahren laufen noch nicht aufrecht, der Kopf hatte eine deutlich andere Form. Die Hirnregion, die für die Entwicklung der Sprache notwendig war, hat im Kopf noch keinen Platz. Gaumen, Zungenbein und Kehlkopf liegen noch in einer anderen Position, die eine Artikulation, wie wir sie heute kennen, nicht möglich macht nach Kristin Westphal. Kommunikation verlief also maßgeblich über Laute und Geräusche, die aber sehr wohl unterschiedliche Absichten und Emotionen ausdrücken konnten. Diese Stimmungen unterscheiden und decodieren zu können, war in der Kommunikation unserer Vorfahren von größter Wichtigkeit. Die Fähigkeit liegt so tief in unserem im Laufe der Evolution erworbenen Körperwissen verankert.

Heute scheint der Gebrauch von Wörtern, Sätzen und differenzierter Grammatik ein Verstehen deutlich zu erleichtern. Bei feh-

lender Kongruenz zwischen Aussage und Ton führt aber gerade das zu erheblichen Verwirrungen.

Beispiel: Der oben beschriebene Mann fühlt sich häufig missverstanden. Die Patienten reagieren angegriffen und ziehen sich zurück oder es kommt zu Eskalationen. In der gemeinsamen Arbeit begreift er den Zusammenhang zwischen seiner Grundhaltung, dem daraus entstehenden Klang und der Reaktion darauf. In folgenden Einzelsitzungen lernt er, die alten Haltungsmuster ein Stück weit aufzulösen und gewinnt Entspannung und Leichtigkeit. Er kann seine Gesprächssituationen klarer gestalten, gerade Patienten reagieren entspannter auf ihn.

Ein weiterer Aspekt von Kommunikation liegt in der individuell geprägten Art, zu hören. Stellen Sie sich jemand vor, in dessen Elternhaus ein eher »vorsichtiger Ton« vorherrschte. Diese Person kann später z.B. geradezu »allergisch« auf diese Art von Ton reagieren. Natürlich kann sie mit diesem vorsichtigen Ton aber auch Geborgenheit assoziieren. Es hängt davon ab, wie der Betreffende sich zu seiner Ursprungsfamilie positioniert hat.

Beziehungshafte Sprechen

Rupert Lay erklärt, dass wir immer, wenn wir mit einem Menschen sprechen, etwas von oder über uns selbst mitteilen. Wir teilen unserem Gegenüber darüber hinaus auch mit, welche Haltung wir in Bezug zu ihm einnehmen. Diese Haltung wird im Körper sichtbar und damit in der Stimme hörbar.

Einer der Gründer des Improvisationstheaters, Keith Johnstone, hat bei seiner Suche nach transformierbaren Aspekten alltäglicher Kommunikation in das Improvisationstheater eine interessante Entdeckung gemacht, die heute von vielen Kommunikationscoaches genutzt wird. Er hat beobachtet, dass sich Menschen im Umgang miteinander immer in einem »Spiel um den Status« befinden. Dabei ist an dieser Stelle nicht der gesellschaftliche Status gemeint, gern vermittelt durch »mein Haus, mein Auto, mein Boot ...«, sondern ein persönlicher, innerer Status, der mit dem Gesellschaftlichen nicht einhergehen muss. Er lässt sich eher als eine innere Haltung zu

Menschen, Situationen oder Dingen beschreiben. Diese innere Haltung bestimmt unsere Perspektive auf Gesprächssituationen und hat dadurch einen deutlichen Einfluss auf deren Verlauf.

Menschen entwickeln aus ihrem Umgang mit den Strukturen, in denen sie aufwachsen, einen favorisierten Status. Für manche Menschen ist es so äußerst wichtig, immer

zu nehmen und Dinge zu fordern, und zwar sehr simpel und klar. Sie gewinnt einen Zugang zum Hochstatus.

Der Kontakt zwischen Menschen ist nicht zuletzt auch geprägt vom Selbstbild des Einzelnen. Man kann dies leicht an sich selbst beobachten: Stellen Sie sich vor, Sie sind ganz müde. Sie werden wahrnehmen, wie Ihr Körper auf diesen Gedanken reagiert,

welches u.a. eine Herzfrequenzsteigerung, Blutdrucksteigerung, eine erhöhte Energiefreisetzung und vieles mehr im Körper zur Folge hat nach emotionspsychologischen Erkenntnissen. Der Körper bereitet damit die »Aktion« vor, die in der Konsequenz zur gefühlten Angst folgen muss: erhöhte Aufmerksamkeit und die Bereitschaft zu fliehen; auch das in differenzierter individueller



Bilder aus der Sprechpraxis

die Oberhand zu bewahren, für andere ist genau das Gegenteil von größter Wichtigkeit. Die Existenz dieser gegensätzlichen Grundmuster zu begreifen, kann unser Kommunikationsverhalten elementar verändern. Hinzu kommt das Wissen, dass ein vordergründig gefühltes »Obensein« nicht automatisch gewinnen und ein »Untensein« nicht unbedingt verlieren bedeutet. Das eröffnet einen neuen Handlungsspielraum, der es uns erlaubt, souverän mit den unterschiedlichsten Situationen und Positionen umzugehen. Natürlich sind die hier kurz und plakativ beschriebenen möglichen Ausprägungen oft deutlich differenzierter.

Beispiel: Eine Klientin hat für sich eine Priorität des Tiefstatus entwickelt. In ihrer Ursprungsfamilie war dies für sie die einzige Möglichkeit, Wertschätzung und Anerkennung zu bekommen. In der psychiatrischen Arbeit kommt ihr das zunächst zugute. Dennoch fühlt sie sich häufig gerade in Teamsitzungen nicht respektiert und ausgenutzt. Das verletzt sie und macht sie wütend. In der gemeinsamen Arbeit begreift sie die bestehende Struktur und lernt, dass es ihr sehr wohl zusteht, sich ihren Raum

eine Haltung, eine Stimmung entsteht. Wenn man sich nun klarmacht, dass allein ein Gedanke reicht, um im Menschen eine Haltung entstehen zu lassen, wird schnell deutlich, dass das Gedachte durch die entstehende körperliche Haltung sichtbar und hörbar werden kann, selbst, wenn wir denken, »das merkt ja keiner, ich denke es ja nur«. Für den alltäglichen Umgang miteinander bedeutet dies, dass Sie mit Ihren Gedanken, Ihrer inneren Haltung zum Gegenüber Situationen deutlich beeinflussen können. Sie können entscheiden, wie Sie Menschen gegenüber treten wollen. Und Sie können wahrnehmen, wie Menschen Ihnen gegenüber treten. So können Sie Kommunikation aktiv gestalten.

Stimmige Stimmungen

Wie entstehen die unterschiedlichen Klangfarben in der Stimme?

Die unterschiedlichen Stimmungen, in denen Menschen sich befinden oder in die sie sich versetzen, lösen spezifische Abläufe im Körper aus. So wird z.B. bei Angst von den Nebennieren Adrenalin ausgeschüttet,

Ausprägung. Vergewärtigen wir uns noch einmal, dass der Körper beim Sprechen als Instrument dient, wird klar, dass diese evolutionär entstandenen Impulse die »Stimmung« des Instruments deutlich beeinflussen. Jeder Gedanke, jede innere Einstellung wird für das geschulte Ohr deutlich identifizierbar, aber bereits auch für einen aufmerksamen Zuhörer hörbar. Die Stimme ist also Träger – und Mittlerin vielschichtiger Informationen, in ihr spiegelt sich eine Person, ihre Selbstwahrnehmung und ihre Beziehung zum Gesprächspartner. Gerade in der Arbeit mit Menschen kann sie eine Unterstützung zur Wahrnehmung des Gegenübers und für das Gestalten beziehungshafter Kommunikation sein.

Wenn es Ihnen also in bestimmten Situationen darauf ankommt, sich möglichst eindeutig zu äußern, ist ein Klären der eigenen inneren Einstellung zum Gegenüber und zu dem, was Sie sagen wollen, äußerst hilfreich. Sie gewinnen so deutlich an Glaubwürdigkeit und Authentizität. ■

Cornelia Fisch, Stimmbildnerin, Opernsängerin, Stimm- und Präsenzcoach. Sie hält Vorträge, gibt Workshops, Kurse und Einzelberatungen.

Wachsam bleiben – ohne Betroffenheitsrituale

Immer am ersten Wochenende im September lädt der »Aktionskreis T4 – Opfer nicht vergessen« zu einer Gedenkveranstaltung für die Opfer von Patientenmord und Zwangssterilisation in der NS-Zeit ein. Aus diesem Anlass sprach **Christian Zechert** mit **Margret Hamm**, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten (AG BEZ).

Frau Hamm, Sie stehen den offiziellen Veranstaltungen am Gedenkort T4 jeweils im September in Berlin kritisch gegenüber. Warum?

Margret Hamm: Wir wünschten uns einen wirklichen Gedenkort, mit Räumlichkeiten, mit Informationsangeboten für Schulklassen, wechselnden Ausstellungen, mit Diskussionsangeboten, mit einem Archiv, ein Ort, der inhaltlich auch in die Tiefe geht, am besten mit allen NS-Opfergruppen gemeinsam. Jetzt haben wir – abgesehen von den jüdischen Opfern – viele kleine Lösungen für Sinti und Roma, Homosexuelle und andere, die diese Funktion nicht erfüllen. Auf der Eröffnungsveranstaltung des Gedenkortes T4 durfte der BEZ nicht sprechen, wahrscheinlich, weil wir dieses Konzept kritisierten. Wir stehen den heutigen Betroffenheitsritualen daher eher kritisch gegenüber.

Im März dieses Jahres sollte Ihnen durch den Bundespräsidenten das Bundesverdienstkreuz verliehen werden. Sie haben dies abgelehnt.

Margret Hamm: Seit 1987 fordert der BEZ die Gleichstellung mit anderen Verfolgten des Naziregimes. Diese Forderung ist bis heute nicht erfüllt worden. Bei der Anhörung im Bundestag vom 13.04.1961 zur Frage der Entschädigung waren drei der sieben sachverständigen Gutachter, nämlich Helmut E. Ehrhardt, Werner Villingen und Hans Nachtsheim, in der NS-Zeit selber an eugenischen Maßnahmen oder an der »Euthanasie« beteiligt. Sie behaupteten, es habe sich bei dem »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« um ein »unpolitisches, nicht um ein rassistisches Gesetz gehandelt«. Eine Entschädigung sei zu versagen. Nachtsheim und Villingen haben später das Bundesverdienstkreuz erhalten. Ich wollte mit diesen Personen nicht auf eine Ebene gestellt werden. Wir stellten als BEZ nicht die berufliche Qualifikation der Sachverständigen infrage, sondern beklagen die politische Fehlentscheidung des Bundestages, solche »Sachverständige«, die ja Täter waren, angehört und sich bis heute noch in den politischen Auseinandersetzungen darauf zu beziehen. Dies war eine Fehlentscheidung mit weitreichenden negativen Auswirkungen für die Betroffenen.

Das heißt, diese Entscheidung von 1961 ist nie revidiert worden. Die politische Gleichstellung als rassistisch Verfolgte steht weiterhin aus?

Margret Hamm: Ja. Auf der entschädigungspolitischen Ebene erfolgte immerhin im Mai 2007 die Ächtung des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«. In den Reden der Abgeordneten des Deutschen Bundestages wurden damals die Opfer das erste Mal als rassistisch Verfolgte genannt. Es fehlt aber weiter die formale Gleichstellung mit den anderen rassistisch NS-Verfolgten.

In der Entschädigungspraxis hatte dieser Beschluss keine Auswirkungen. Das Bundesministerium für Finanzen unterscheidet nach wie vor zwischen den »Verfolgten« im Sinne des § 1 des BEG, des Bundesgesetzes zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung, und rechnet die Zwangssterilisierten und »Euthanasie«-Geschädigten nicht dazu. Damit wird den Verfolgten ihr Leistungsanspruch nach dem BEG weiter abgesprochen.

Die Opfer wurden auseinanderdividiert

Die Verfolgten der »Euthanasie« und Zwangssterilisation lebten bis 1989 auch auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Wie ging man dort mit ihnen um?

Margret Hamm: Anders als in der BRD erfolgte in der sowjetischen Besatzungszone, der späteren DDR, sofort nach Kriegsende die Aufhebung des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«. Allerdings hatte dies keine materiellen Auswirkungen auf die Betroffenen. Ich weiß, dass in der DDR nur wenige Personen einen Antrag auf Entschädigung gestellt hatten. Sie erhielten aber nur eine Entschädigung als »Opfer des Faschismus« (OdF) bzw. als »Verfolgte des Naziregimes« (VdN). Alleine aufgrund der Zwangssterilisation und »Euthanasie« erhielten sie keine Entschädigung. Nach dem Zusammenbruch der DDR 1989 haben sich dann bei uns viele Menschen gemeldet. Wir hatten deshalb in den 1990er-Jahren über 1000 Mitglieder und natürlich sehr viel Beratungstätigkeit.

Circa 14.500 Menschen haben in der BRD seit 1980 einen Antrag auf Entschädigung gestellt. Wie viele wurden tatsächlich entschädigt?

Margret Hamm: Man muss wissen, dass die NS-Opfergruppen in ihrer Wahrnehmung auseinanderdividiert wurden. Eine sehr große Zahl der Betroffenen hat überhaupt nie einen Antrag gestellt, weil sie sich für das, was ihnen angetan wurde, schämten. Die Zahl der Entschädigungen können wir nicht exakt benennen, da die Gruppe der Zwangssterilisierten und »Euthanasie«-Geschädigten getrennt entschädigt wurden, und die monatliche Zahlung seit den 1990er-Jahren nur an Zwangssterilisierte ging. Und die Einmalzahlungen für alle »Euthanasie«-Geschädigten erfolgten erst seit 2002.

Der aktuelle Stand ist, dass Anfang 2016 noch 160 Zwangssterilisierte leben, die eine laufende Entschädigungszahlung erhalten. Es gibt, wie gesagt, keinen Überblick über die Gruppe der »Euthanasie«-Geschädigten, da sie nur durch die erhaltenen Einmalzahlungen statistisch erfasst sind. Ich schätze, dass derzeit noch 100 bis 200 »Euthanasie«-Geschädigte leben.

Ab 1988 wurde nach den Härterichtlinien des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes (AKG-HL) entschädigt. Aber es handelt sich nicht um Kriegsfolgen und Kriegsfolgeschäden, sondern um Verbrechen des NS-Regimes. Wir haben immer eine Entschädigung im Sinne des BEG gefordert. Aber man wollte verhindern, Zwangssterilisierte und »Euthanasie«-Geschädigte den anderen NS-Verfolgten gleichzustellen. Die Opferorganisation BEZ hatte in Gesellschaft und Politik keine Lobby.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) stellte 2010 die Förderung des Bundes der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten (BEZ) ein. Warum und wie können Sie weiterarbeiten?

Margret Hamm: Wir hatten bis zur Auflösung des Vereins Ende 2009 einmal jährlich Kontakt mit dem BMG, um vor Ort unsere Arbeit persönlich darzustellen. Bereits 2005 hatte man uns zu verstehen gegeben, dass wir nicht mehr in das Förderkonzept des BMG passen würden. Auch wollte man die

Förderung an einer Mindestzahl der Mitglieder festmachen. Wir wandten uns an die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die uns unterstützte. Nach ihrem Weggang wurde aber eine Kürzung der ohnehin geringen Förderung angekündigt bzw. es wurden Auflagen erteilt, wie z.B. gesundheitliche Präventionsarbeit bei den zu meist alten Menschen zu leisten. Man ließ sogar prüfen, ob bei uns eine Verschwendung von Steuergeldern vorliege. Wir haben alle Sachprüfungen stets bestanden, uns aber über diese Auflagen, die stetig gewachsene Bürokratisierung so in unserer Arbeit behindert gefühlt, dass wir schließlich sagten, wir lassen die Mitglieder abstimmen, wie es künftig weitergehen soll. Unsere Energie brauchten wir für die Beratung der Menschen und unsere Öffentlichkeitsarbeit. Nach der Auflösung des Vereins 2010 arbeite ich ausschließlich ehrenamtlich für den BEZ.

Foto: Christian Zechert



Margret Hamm im Landesarchiv Detmold, in dem die Akten der AG BEZ archiviert sind

Sie haben auch die Interessen der Angehörigen, vor allem die der Kinder der ermordeten Menschen, der »Euthanasie«-Geschädigten, vertreten. Wie sieht deren Situation heute aus?

Margret Hamm: Ein sehr wichtiger Teil unserer Arbeit bestand und besteht bis heute darin, uns um die Opfer und Angehörigen, die Nachfahren der Opfer zu kümmern. Wir helfen z.B., so gut wir können, Nachweise zu erbringen, wenn es darum geht, Anträge zu stellen. Trotz der über 70 Jahre, die seit der T4-Aktion verstrichen sind, werden mit unserer Unterstützung noch etwa drei erfolgreiche Anträge auf Entschädigung pro Jahr gestellt. Von Menschen, die nicht wussten, dass sie anspruchsberechtigt sind.

Die jüngeren Angehörigen suchen immer noch nach Informationen

Auch treffen mehr und mehr Anfragen der dritten und vierten Generation ein, ob noch Unterlagen über die ermordeten Angehörigen existieren. Die jüngere Generation kann mit der Thematik und der Stigmatisierung zum Teil leichter umgehen.

Sie haben sich mehrere Jahrzehnte für die Wiedergutmachung der Verbrechen an den Opfern der »Euthanasie« und Zwangssterilisation engagiert. Was ist Ihr Motiv?

Margret Hamm: Nach einem Vortrag von Klaus Dörner lernte ich Klara Nowak kennen, die den BEZ 1987 mit Frau Buck und anderen Betroffenen in Detmold gegründet

hatte. Ihr Engagement beeindruckte mich so sehr, dass ich beim BEZ mitmachen wollte und schließlich das ideelle Erbe von Klara Nowak antrat, die leider 2003 verstarb.

Klaus Dörner wird dieses Jahr 83 Jahre alt, Ernst Klee ist vor drei Jahren verstorben. Dorothea Buck wurde gerade 99. Es tritt nach und nach eine Generation ab, die sich den Verfolgten der NS-Medizin persönlich verpflichtet fühlt. Sehen Sie jüngere Persönlichkeiten, die dieses Erbe aufnehmen und fortsetzen?

Margret Hamm: Es hat sich insgesamt bei dem Umgang mit diesem Kapitel unserer Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene sehr viel zum Positiven gewendet. Es gibt eine umfangreiche, aber keineswegs abgeschlossene Forschung in diesen Bereichen. Allerdings kann ich nicht einschätzen, wie in Zukunft das Gedenken gestaltet wird und die Gedenkstätten um ihre weitere Existenz kämpfen müssen. Ich will keine Betroffenheitsrituale. Jüngere Menschen können aber ihren Blick auf aktuelle Themen erweitern, sei es die pränatale Diagnostik, die Selektion bei Ungeborenen oder Neugeborenen mit Behinderungen, die Sterbehilfe und Gentechnologie. Michael Wunder ist z.B. je-

mand, der den Zusammenhang dieser Bereiche gut darstellen und erklären kann.

Wenn Sie einen Wunsch oder auch eine Botschaft an die jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Psychiatrie und Medizin insgesamt hätten, welche wären dies?

Margret Hamm: Wachsam zu sein gegenüber den bioethischen Fragestellungen der Humangenetik, gegenüber modernen Selektionsmechanismen. Auch heute kommt es darauf an! Nur ein Beispiel: Das Deutsche Hygiene Museum in Dresden hat 2006 trotz vorangegangener heftiger Proteste einen mit 12.000 Euro dotierten Medienpreis an den Journalisten Erwin Koch verliehen für seine Reportage »Der gute Tod«. So eine rechtfertigende und emotionale Darstellung von dramatischen Fällen wie die des niederländischen Kinderarztes Eduard Verhagen, der behindert geborene Kinder getötet hat, sind geeignet, der »Euthanasie« wieder den Boden zu bereiten und sie zu legitimieren. ■

Frau Hamm, vielen Dank für das Gespräch!

Mehr Informationen zur AG BEZ:
<http://www.euthanasiegeschadigte-zwangssterilisierte.de/>

Blick zurück nach vorn

Im Juni 2016 feierte der Dachverband Gemeindepshychiatrie nicht nur sein vierzigjähriges Bestehen, sondern diskutierte auch Zukunftsthemen **Von Peter Heuchemer und Thomas Pirsig**

Der Dachverband Gemeindepshychiatrie e.V. feierte am 15. Juni 2016 dort sein vierzigjähriges Jubiläum, wo alles begann – im Rheinland. Zu den Gästen, die zu einem Festakt und anschließendem Empfang ins Kölner Rautenstrauch-Joest-Museum eingeladen waren, gehörten neben Vertretern aus Politik und Verwaltung auch zahlreiche Wegbegleiter und engagierte Personen, die den Dachverband in den vergangenen Jahrzehnten geprägt haben. Gemeinsam erinnerten sie daran, wie im Zuge der 1975 veröffentlichten Psychiatrie-Enquete die lebensweltorientierten Hilfen der Gemeindepshychiatrie aus einer psychiatriekritischen Bewegung engagierter Bürger, psychiatrieeffahrener Menschen und Angehöriger entstand. Nach dem Blick in die bewegte Vergangenheit des Verbands wurden auf der zweitägigen Jahrestagung am 15. und 16. Juni unter dem Motto »Blick zurück – nach vorn!« Zukunftsthemen wie das kommende Bundesteilhabegesetz diskutiert.

Erfolg als Verpflichtung

In seiner Begrüßung beschrieb Wolfgang Faulbaum-Decke, Vorsitzender des Dachverbandes, die Erfolge der Gemeindepshychiatrie in den letzten vierzig Jahren als Wegweiser für die Zukunft: »Es ist unsere gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe, das Wohl des Menschen als Mittelpunkt unserer Arbeit zu sehen und unser Handeln danach auszurichten. Entsprechend müssen sich Organisationen wie der Dachverband Gemeindepshychiatrie – und regionale Hilfeleistende der Gemeindepshychiatrie wie auch Krankenhäuser, Kirchen und Behörden weiterentwickeln und ihre Kräfte in Netzwerken bündeln. Die politisch Verantwortlichen müssen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) die Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen dafür schaffen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in Zukunft jene ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten erhalten, die sie stark machen und als gleichberechtigte Bürger an der Gesellschaft teilhaben lassen.«

Menschen mit ihren Problemen nicht alleine zu lassen, wohnortnahe und niedrigschwellige Hilfen anzubieten, darin sah auch Elfi Scho-Antwerpes, stellvertretende Oberbürgermeisterin der Stadt Köln, in ih-

rem Grußwort die Leistung und Aufgabe des Dachverbandes. Jörg Holke, Referatsleiter im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen hob in seinem Grußwort die Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements bei der Umsetzung der Psychiatrie-Enquete hervor: Erst durch das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern wurde es möglich, die Isolierung psychisch erkrankter Menschen in den Krankenanstalten mit ihren Langzeitstationen aufzubrechen und Kontakte zu den Lebenswelten der Menschen außerhalb der Klinik herzustellen. Darüber hinaus wurden viele der heute fest etablierten ambulanten Hilfen erst durch ehrenamtliches Engagement in Kooperation mit Professionellen erprobt. Erwähnung fand auch der Gesundheitspreis NRW, mit dem das MGEPA in 2014 Jahr das »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) ausgezeichnet hat – ein Projekt, an dem der Dachverband Gemeindepshychiatrie maßgeblich mitgewirkt hat. Das NWpG ist ein Angebot der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, das die ambulante Behandlung und das Hometreatment stärkt und heute über 12.000 Patientinnen und Patienten in verschiedenen Modellregionen unterstützt. Auch Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent im Bundesministerium für Gesundheit, würdigte den Aufbau der gemeindenahen Psychiatrie in Deutschland durch den Dachverband.

Lebendig wurde die Geschichte durch ein Forum mit Zeitzeugen, die die Entwicklung der Gemeindepshychiatrie Revue passieren ließen. Waltraud Matern war 1960 nicht nur eine der ersten Sozialarbeiterinnen in einer psychiatrischen Klinik, sie arbeitete auch an der Psychiatrie-Enquete mit und war Gründungsvorstand des Dachverbandes. Neben ihr auf dem Podium saß Hildegunt Schütt aus Bonn, die die Angehörigenarbeit im Dachverband mit aufgebaut hat und die erste Vorsitzende des 1985 gegründeten Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker war. Sie setzt sich noch heute für eine partnerschaftliche und politische Zusammenarbeit aller Akteure der Gemeindepshychiatrie und Selbsthilfe ein.

Besonders beeindruckt waren die Teilnehmer von der eingespielten Videobotschaft von Dorothea Buck, der 99-jährigen Ehrenvorsitzenden des Bundesverbandes der Psy-

chiatry-Erfahrenen e.V., die den Beitrag des Dachverbandes bei der Gründung der Selbsthilfeorganisation hervorhob. »Der Dachverband war immer psychiatriekritisch und aufseiten von uns Patienten«, sagte Frau Buck.

Zusammen mit vielen anderen engagierten Menschen waren die drei Frauen vor vierzig Jahren Teil der Bürgerbewegung, die gegen die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Großkliniken mobil machten. Unter Protestsprüchen wie »Irrer ist menschlich!« und »Freiheit heilt!« forderten sie ein Ende des Wegsperrrens und einen menschlichen und respektvollen Umgang mit den Patienten. Die im September 1975 erschienene Psychiatrie-Enquete, erstellt von einer Sachverständigenkommission aus Mitarbeitern aller Bereiche der Psychiatrie im Auftrag des Bundestages, gab der Bewegung Rückenwind. Im Zuge der folgenden Psychiatriereform und der Auflösung der Großkrankenhäuser bildeten sich in Deutschland viele sogenannte Hilfsvereine und später Leistungsanbieter, die die Unterstützung der Betroffenen übernahmen und aus denen sich 1976 der Dachverband gründete, damals noch unter dem Namen »Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.«.

Birgit Görres, Geschäftsführerin des Dachverbandes Gemeindepshychiatrie e.V., unterlegte den Blick zurück mit Bildern. Für ihren multimedialen Vortrag hatten der Dachverband und viele seiner Trägerorganisationen tief in ihren Archiven gegraben und dabei viele O-Töne von Zeitzeugen, Fotos und Fernsehbeiträge von den späten 1960ern bis heute gefunden – daraus entstand eine spannende Reise in die Vergangenheit mit eindrucksvollen Zeitdokumenten. Deren Quintessenz hatten alle Besucher auf ihren Stühlen in Form des Jubiläum-Readers liegen, der für alle historisch Interessierten sicher eine Fundgrube ist (s. S. 56).

Neue Aufgaben

Die anschließende Jahrestagung startete mit einer Laudatio von Prof. Dr. Rainer Richter von der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Er warnte eindringlich vor der Aushöhlung eines der Kernbegriffe der Gemeindepshychiatrie, der »Lebensweltorientierung«. Er werde heute inflationär ge-



Birgit Görres (r.) im Gespräch mit Waltraut Matern und Mirko Ološtiak

braucht, müsse aber mit aktuellen Inhalten gefüllt werden. Die Aufgabe liege darin, Lebenswelt in der Deutung von Jürgen Habermas als kommunikativen Raum zu begreifen, in dem die verschiedenen Geltungsansprüche kritisieren und bestätigen, Dissens austragen und Einverständnis erzielen können.

Vertieft wurde die Diskussion aktueller Themen aber erst am zweiten Tag im Horion-Haus des Landschaftsverbands Rheinlands (LVR) in Köln-Deutz. Als Vertreterin des Gastgebers begrüßte Martina Wenzel-Jankowski, IVR-Dezernatsleitung Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, die Teilnehmer, beglückwünschte den Dachverband zu seinem Jubiläum und stellte die gemeinsam von der Gemeindepsychiatrie und dem Landschaftsverband Rheinland erreichten Ziele bei den Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Zukunftsperspektiven vor. Dabei betonte Frau Wenzel-Jankowski, dass für die weitere Zukunft die gesetzlichen Rahmenbedingungen (§ 140a und § 64b SGB V) zur Implementierung von gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen gute Voraussetzungen bieten würden.

Im Anschluss folgte der Vortrag von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätische Gesamtverbands, der als Hauptziel für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung definierte: »Im Ergebnis soll Gesundheitspolitik dafür sorgen, dass jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur richtigen Zeit den richtigen Eingang in die Versorgung findet und dort auf integrierte und nutzerfreundlich vernetzte Strukturen trifft, in denen gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte auf wissenschaftlicher Basis unter ergebnisorientierten Anreizen und mit geeigneter Technologie, respektvoll und ressourcenorientiert diagnostizieren, therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen.« Zugleich kritisierte Prof. Rosenbrock den aktuellen Entwurf des Bundesteilhabegesetzes und betonte: »Dieses Gesetz darf so nicht verabschiedet werden.«

In vier Symposien gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung in die praktische Arbeit. Dort wurden zunächst erfolgreiche Modelle, Zukunftsszenarien und Strategien der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und in Form des World Cafés diskutiert. Schwerpunkte waren die Zukunftsentwürfe für die Versorgung, die Werteorientierung, Fragen der Finanzierung und der

Organisationsentwicklung. Die Ergebnisse wurden anschließend im Plenum vorgestellt.

Wolfgang Faulbaum-Decke nannte in seinem Abschlussplädoyer »die Umsetzung eines Bundesteilhabegesetzes, welches seinen Namen auch verdient« als ein zentrales Anliegen des Dachverbands und war sich in der Ablehnung des aktuellen Gesetzesentwurfs einig mit Prof. Rosenbrock und dem Paritätischen. »Die aktuellen Pläne für ein Bundesteilhabegesetz erfüllen das Versprechen eines modernen Teilhaberechts nicht. Statt Selbstbestimmung und echte Teilhabe für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, drohen nun Leistungskürzungen und Verschlechterungen für viele Menschen. Wir fordern daher dringend Korrekturen«, so Faulbaum-Decke. ■

Die vollständige Dokumentation von Jubiläumsfestakt und Jahrestagung finden Sie unter www.psychiatrie.de/dachverband/veranstaltungen/jahrestagung-2016/festakt www.psychiatrie.de/dachverband/veranstaltungen/jahrestagung-2016/jahrestagung

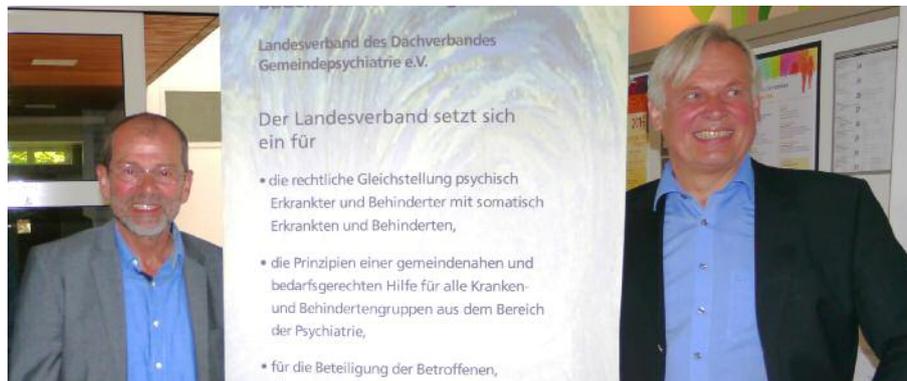
Peter Heuchemer ist Dipl.-Politikwissenschaftler und Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie. **Thomas Pirsig** ist Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie und Koordinator der BAG Integrierte Versorgung.

Regio 2016 in Immenstaad am Bodensee Von Rainer Höflacher

Ende April 2016 fand in Immenstaad am Bodensee die diesjährige Regio unter dem Motto »Ambulant statt stationär – Wichtiges erreicht, noch viel zu tun!« statt. Die Regio ist die gemeinsame Jahrestagung des

Landesverbandes des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. Der Landesverband setzt sich ein für

- die rechtliche Gleichstellung psychisch Erkrankter und Behinderter mit somatisch Erkrankten und Behinderten,
- die Prinzipien einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Hilfe für alle Kranken- und Behindertengruppen aus dem Bereich der Psychiatrie,
- für die Beteiligung der Betroffenen,



Rainer Barth und Michael Konrad auf der REGIO 2016

Landesverbandes Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg und des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg. Jedes Jahr treffen sich an wechselnden Orten professionell in der Psychiatrie Tätige, Psychiatrieerfahrene, Angehörige psychisch erkrankter Menschen und ehrenamtlich engagierte Bürger, um für die Psychiatrie wichtige Themen öffentlich zu machen und weiterzuentwickeln. Unter den 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren ca. 45 Psychiatrieerfahrene.

Hometreatment ist erste Wahl

Hauptredner war Dr. Matthias Heißler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Johanner-Krankenhauses in Geesthacht. Er hat bundesweite Bekanntheit erlangt, da es ihm gelungen ist, mit konsequenter Ambulantisierung und dem Einsatz von ambulanten Teams zwei Stationen zu schließen. Für ihn ist Hometreatment nicht bloß ein zusätzlicher Baustein im Angebot einer psychiatrischen Klinik, sondern die erste Wahl. Besonderen Stellenwert nimmt das Thema Beschäftigung und die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz ein. Daher sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Pflegekräfte bei der Behandlung zu Hause gefragt, sondern z.B. auch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

Das Thema Hometreatment ist von besonderer Aktualität, da im Entwurf des neuen Gesetzes für psychiatrische Versor-

der Praxis umgesetzt werden wird. Die Anregungen aus Geesthacht haben jedoch alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer für weitere Diskussionen über die Umsetzung mitgenommen.

Neue Spielräume

Auch Manfred Lucha, damals noch einfacher Landtagsabgeordneter der Grünen, inzwischen Sozialminister des Landes Baden-Württemberg, hob die Wichtigkeit der Behandlung zu Hause hervor, in erster Linie ging er aber auf das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württembergs ein, das mit der verbindlichen Verankerung der Gemeindepsychiatrischen Verbände und der Partizipation der Betroffenen wichtige Spielräume für die gemeindepsychiatrische Versorgung eröffnet.

In diesem Gesetz sind auch die neu zu gründenden Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) verankert, die den Veranstaltern besonders am Herzen lagen. Die IBB-Stelle hat die Aufgabe, über das regionale psychiatrische Hilfesystem zu informieren und zu beraten. Darüber hinaus nimmt sie Beschwerden von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen entgegen, mit dem Ziel, bei Konflikten zu vermitteln und zu einer für beide Parteien zufriedenstellenden Lösung zu kommen. Die IBB-Stellen setzen konsequent den dialogischen Ansatz um, indem sie mindestens mit einer Fachkraft, einer Psychiatrieerfahrenen bzw. einem Psychiatrieerfahrenen und einer Angehörigen bzw. einem Angehörigen besetzt sind.

Das vierte Mitglied ist die Patientenfürsprecherin bzw. der Patientenfürsprecher, die oder der aber auch unabhängig von der IBB-Stelle tätig werden kann. Die IBB-Stelle ist unabhängig, das heißt, nicht an Weisungen gebunden und wird von der Kommune und dem Land finanziert. Es wird sich zeigen, ob sich die großen Erwartungen an diese unabhängigen, dialogisch besetzten IBB-Stellen erfüllen. Andere Bundesländer – so z.B. Nordrhein-Westfalen, das sein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz gerade erneuert – beobachten mit Interesse die diesbezügliche Entwicklung in Baden-Württemberg.

Ein weiteres Schwerpunktthema der Regio waren Heime für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es wurde diskutiert, wie mit dem neuen Bundesteilhabegesetz traditionelle Heimstrukturen aufgelöst werden könnten, um von einer Denkweise in Heimplätzen zu einer Struktur zu kommen, die das selbstbestimmte Leben in den Mittelpunkt stellt. Dabei muss besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass das neue Gesetz nicht zu einer bloßen Sparmaßnahme im modernen Gewand wird. Wenn intensiv betreute Wohnformen erhalten bleiben sollen, dann ist ihr rehabilitativer Charakter von großer Wichtigkeit. Personalpräsenz und »Überwachung« sind keine Teilhabeleistungen. Aber wie gelingt es, auch schwerere und langfristig psychisch erkrankten Menschen wieder ein unabhängigeres Wohnen zu ermöglichen? Themen wie Tagesstruktur, Größe der Einrichtungen, Personalausstattung, Vernetzung sind hier unter anderem von Bedeutung.

Ein besonderes Highlight dieser Regio war die Wanderausstellung »So gesehen«, in der Bilder von psychiatriee erfahrenen Künstlern gezeigt werden. Diese Bilder sind im Rahmen des Kunstwettbewerbs des Landespsychiatrietages Baden-Württemberg unter fast 1.000 Einsendungen ausgewählt worden. Die Finissage in Meersburg und das außergewöhnlich ansprechende Ambiente des Tagungsortes Schloss Hersberg rundeten die Regio zu einem Erlebnis ab, das zeigt, dass der Austausch aller Akteure in der baden-württembergischen Psychiatrie lebendig ist und dass sie trotz aller unterschiedlichen Perspektiven und Standpunkte auch gemeinsame Ziele haben, die es lohnt, gemeinsam anzugehen. ■

Rainer Höflacher ist Gründer der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe seelische Gesundheit mit Sitz in Baden-Württemberg.

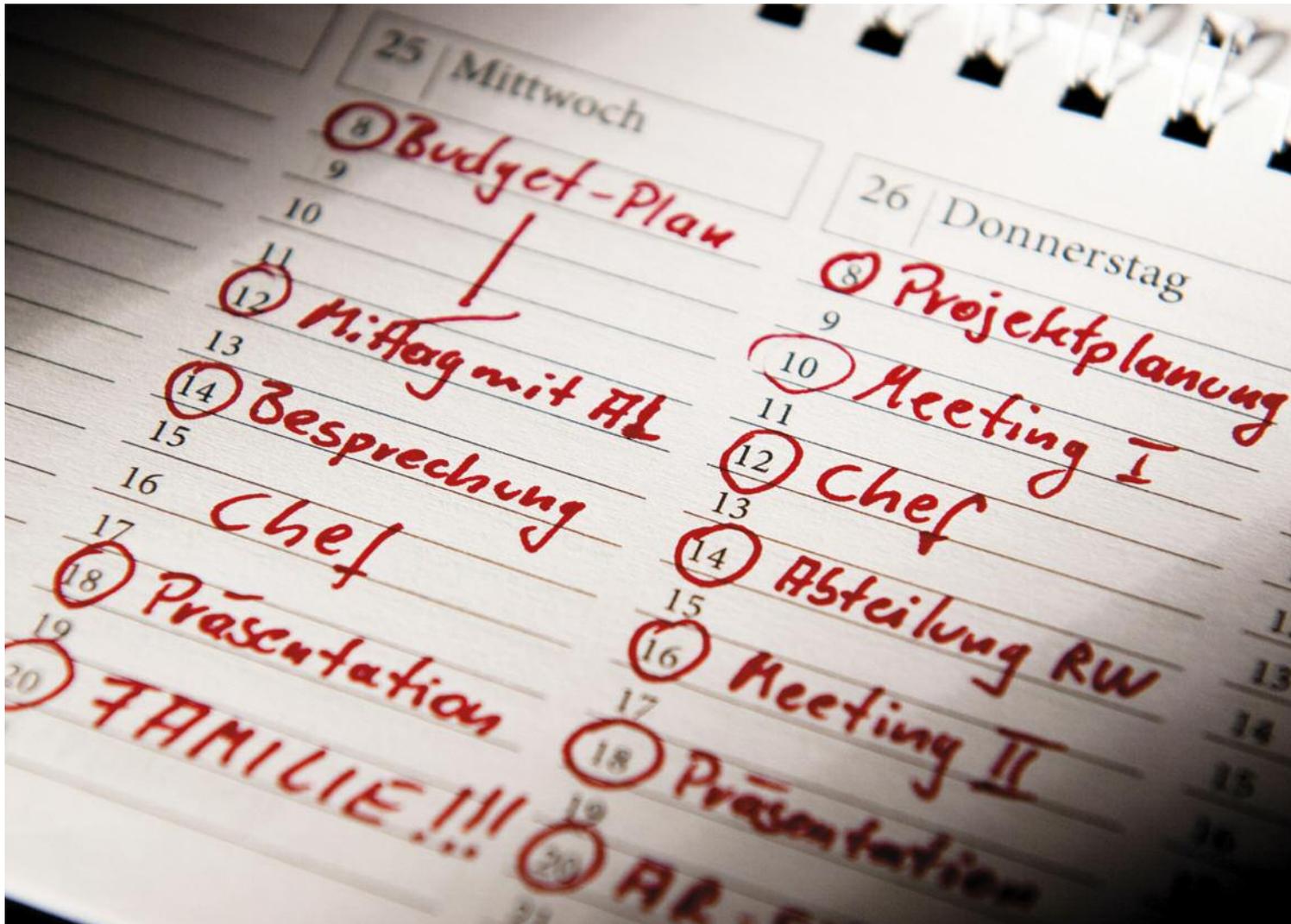
Gestresste Mitarbeiter in der Psychiatrie

Von Silvia Queri und Klaus Keller

Die in Deutschland steigenden Ausfallzeiten von Berufstätigen aufgrund psychischer Erkrankungen werden insbesondere dem zunehmenden Stress am Arbeitsplatz zugeschrieben. Die zahlreichen Arbeitsstressoren gruppieren sich in unterschiedlichen

also die Arbeitsbedingungen untersucht, sondern gleichzeitig auch Personmerkmale, für die in vorauslaufenden Studien ein Zusammenhang mit der Stressbelastung gezeigt werden konnte. Aus der Stress- und Burnoutforschung wissen wir, dass die gleiche Situa-

Stress reduzierende oder auch Stress verschärfende Wechselwirkungen? Beispielsweise könnte eine Person mit geringer beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung bei gleich ungünstigen Arbeitsbedingungen noch mehr Stress erleben als eine Person



Hilft ein Zeitmanagement? Können Termine verlegt, delegiert oder abgesagt werden?

Berufsfeldern aber jeweils neu, weshalb eine gesonderte Analyse sinnvoll ist. Nur so können jeweils passende Stresspräventionsmaßnahmen entwickelt werden. Arbeit in Gesundheitsberufen gilt schon seit Langem als besonders stressbelastet und schlägt sich z.B. in vermehrten Fällen von Depression und Burnout nieder.

An der Hochschule Ravensburg-Weingarten haben wir gezielt das Stressgeschehen im Bereich »psychiatrische Rehabilitation« einer Analyse unterzogen. Dazu wurden nicht nur Organisationsmerkmale erhoben,

tion nicht für jede Person eine Belastung darstellen muss. Bei der Stressbewältigung ist möglicherweise bei einer Person an einem Personmerkmal anzusetzen (z.B. Zeitmanagementtraining), bei einer anderen Person eher an einem Organisationsmerkmal (z.B. mehr Entscheidungsbefugnisse).

Konkret war die Fragestellung der Studie: Wie groß ist die Stressbelastung der Mitarbeiter in dem Arbeitsfeld psychiatrische Rehabilitation und welche Person- und Organisationsfaktoren erklären diese Stressbelastung? Zeigen sich kompensatorische, d.h.

mit durchschnittlicher Selbstwirksamkeitserwartung. Letztlich soll ein Modell entwickelt werden, mit dem das Phänomen Stress in der psychiatrischen Rehabilitation möglichst differenziert erklärt werden kann.

Stressfaktoren

Als persönliche Merkmale wurden berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, persönliche Stressbewältigungsstrategien, Empathiefähigkeit sowie das Commitment als die Zustimmung zum eigenen Beruf erfasst.

Selbstwirksamkeit ist die Zuversicht, die eine Person bezüglich der eigenen Fähigkeiten hat, schwierige Aufgaben oder Probleme zu bewältigen. Sie wird von der Wissenschaft als personaler Resilienzfaktor angesehen, der als Puffer im Stressgeschehen wirkt.

Bei den Stressbewältigungsstrategien unterscheidet man zwischen passiven und aktiven Formen. Zu Ersteren gehören z.B. Entspannungstrainings wie die Progressive Muskelentspannung, zu Letzteren konkrete Problemlösetrainings. Empathie wird weitgehend als Fähigkeit definiert, die emotionale Befindlichkeit einer anderen Person zu teilen und zu verstehen, weist also sowohl affektive als auch kognitive Komponenten auf. Befunde aus der Stressforschung belegen, dass stressreduzierende Achtsamkeitstrainings in der Tat mit gesteigerten Empa-



thiewerten einhergehen. Hohes Commitment liegt vor, wenn eine Person ihren Beruf gerne und mit Stolz ausübt, diesen Beruf auch zukünftig ausüben möchte und überwiegend die eigenen Werte darin verwirklicht sieht. Für manche Berufsgruppen ist Commitment leichter zu erlangen als für anderen. So wurden in der Forschung hohe Frustrationswerte bei Sozialarbeitern im Praxisfeld Psychiatrie gefunden, u.a., weil ihre Methoden von den anderen Berufsgruppen weder verstanden noch ausreichend gewürdigt werden. Gezeigt werden konnte auch, dass Stress eine Folge von Rollenkonflikten, Uneinigkeit über das fachlich richtige Vorgehen und ein Mangel an Anerkennung ist. Plausibel erscheint, dass die globalen Veränderungen der Sozial- und Gesundheitspolitik mit ihrer zunehmenden Fokussierung auf das Finanzmanagement wahrscheinlich einen negativen Einfluss auf das berufliche Commitment haben und damit die Stressbelastung erhöhen.

Ein Missverhältnis zwischen geleisteter Verausgabung am Arbeitsplatz und erfahrener Entlohnung und Anerkennung wird als Disstress erlebt und hat bei Chronifizierung nachweislich negative gesundheitsschädliche Konsequenzen, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden festgestellt, aber auch andere körperliche und psy-

chische Störungen. Erhöhte Herz-Kreislauf-Risiken sind auch gut belegt für eine Kombination von hohen Arbeitsanforderungen einerseits und einem geringen Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz andererseits. Als Organisationsmerkmale wurden das Verhältnis eigenes Investment zu Entlohnung sowie das Anforderungs-Kontroll-Verhältnis untersucht. Außerdem wurden strukturelle Merkmale, wie z.B. die Anzahl der zu betreuenden Klienten oder die Dauer der Kontakte abgefragt.

Die Stressbelastung wurde als subjektive Stresswahrnehmung erfasst, als ein unangenehmer emotionaler Zustand, der durch eine bedrohliche Diskrepanz zwischen den vorliegenden Anforderungen und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten entsteht. Jede Person wurde gefragt, wie groß die allgemeine Stressbelastung ist und wie groß die Belastung am Arbeitsplatz.

Insgesamt wurden 243 pädagogisch Tätige in der psychiatrischen Rehabilitation mithilfe standardisierter Fragebögen befragt. Pädagogisch Tätige waren: Sozialarbeiter (37 %), Heilerziehungspfleger (ca. 17 %), Krankenpfleger (ca. 14 %), Arbeits- und Ergotherapeuten (ca. 10 %) sowie Erzieher/Pädagogen (ca. 6 %). 64 Prozent der Personen waren Frauen, das durchschnittliche Alter betrug ca. 41 Jahre. Alle können als sehr berufserfahren bezeichnet werden, mit durchschnittlich zehn Jahren Arbeit in der Psychiatrie. Die Befragten arbeiteten in insgesamt sechs psychiatrischen nicht klinischen ambulanten und stationären Einrichtungen in Bayern und Baden-Württemberg.

Eine zentrale Erkenntnis der Untersuchung ist zunächst, dass unsere Stichprobe in der Tat eine höhere allgemeine chronische Stressbelastung aufweist als die deutsche Durchschnittsbevölkerung. Das unterstreicht die Bedeutung einer genaueren Ursachenanalyse. Interessanterweise gilt für den Stress im Arbeitsfeld das Gegenteil, indem hier verglichen mit anderen Berufsfeldern ein unterdurchschnittlicher Wert erreicht wird. Dies könnte darauf hinweisen, dass eine überdurchschnittlich gestresste Personengruppe an einem weniger stressbelasteten Arbeitsplatz in der Psychiatrie »Schutz« findet. Zu diesem Befund passt, dass auch typische Organisationsmerkmale im Gesundheitsbereich, die mit Stress verbunden werden, wie die Anzahl der zu betreuenden Patienten oder die Dauer des Patientenkontaktes, tatsächlich keinen Zusammenhang mit Stress aufweisen.

Auffällig war, dass unsere berufserfahrene Stichprobe hinsichtlich der stressasso-

ziierten Variablen unterdurchschnittliche Werte in der beruflichen Selbstwirksamkeit aufweist. Sozialarbeiter erleben als zahlenmäßig größte Gruppe unserer Stichprobe eine signifikant geringere berufliche Selbstwirksamkeit als z.B. Arbeitstherapeuten.

In der Fähigkeit, mit belastenden Situationen umzugehen, liegt unsere Stichprobe entgegen unserer Erwartung genau im Durchschnitt. Das ist verwunderlich, weil der Erwerb von sogenannten Copingfähigkeiten Teil der Ausbildungscurricula pädagogischer Berufe ist und ihre Vermittlung eine zentrale praktische Tätigkeit in der psychiatrischen Rehabilitation darstellt. Die Empathiefähigkeit in unserer Stichprobe ist dagegen tatsächlich größer als in der Durchschnittsbevölkerung.

Was die untersuchten Organisationsmerkmale anbelangt, so zeigt sich im Vergleich zu anderen Untersuchungen – auch im Gesundheitsbereich – bei einem äußerst hohen Anteil von Personen eine sogenannte Gratifikationskrise: Über zwei Drittel bewerten den von ihnen abverlangten Einsatz höher als die dafür erhaltene Entlohnung und Anerkennung; üblicherweise sind es zwischen 16 und 28 Prozent. Die 20 Prozent, die ihre Kontrollmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume für zu gering im Vergleich zu den gestellten Anforderungen halten, bewegen sich dagegen im Rahmen ähnlicher Studien.

Implikationen für die Praxis

Insgesamt hat sich bestätigt, dass alle untersuchten Person- und Organisationsmerkmale bedeutsam sind. Diese Befunde können nicht nur zur Verbesserung von Stresspräventionsprogrammen beitragen, weil sie direkt zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Praxisfeld Psychiatrie beitragen. Auch die Patienten profitieren, da Stress der Mitarbeiter nachweislich negative Effekte auf die Patientenzufriedenheit hat. Darüber hinaus würden die Arbeitgeber von der Reduzierung von Stressfaktoren profitieren, da Stress die Aufmerksamkeit und Konzentration und damit die Arbeitseffektivität verringert. Nicht zuletzt sind die Befunde auch für die Fakultäten für Soziale Arbeit von Interesse. ■

Prof. Dr. Silvia Queri vertritt die Fächer Gesundheitsförderung, Psychologie, Rehabilitation im Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege an der Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Dr. Klaus Keller leitet die medizinische Rehabilitation für Erwachsene in Herzogsägmühle.

Auch Idealisten brauchen Unterstützung

Die Reha-Biograf-Studie belegt die hohe Einsatzbereitschaft Pflegender bis zur Selbstaussbeutung

Von Christoph Müller

Der Wind in den psychiatrischen Einrichtungen wird schärfer. Diesen Eindruck gewinnt man, wenn man quer durch die Republik Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen aller Berufsgruppen hat. Die Rahmenbedingungen scheinen vielerorts nicht mehr zu stimmen, Personalressourcen sind knapp, entsprechend schwierig ist die Arbeitsorganisation mit häufig wechselnden Diensten inklusive nächtlichem Wachen in ein freies Wochenende oder gar in einen Urlaubstag hinein.

Was bisher eher subjektive Eindrücke waren, wurde nun von Forschern der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule (PTHV) im rheinland-pfälzischen Vallendar durch eine Untersuchung langzeiterkrankter Pflegefachpersonen aus dem Allgemeinkrankenhaus wissenschaftlich belegt. Es würde sich lohnen zu untersuchen, ob sich die Ergebnisse der Reha-Biograf-Studie für die Pflegenden in der Psychiatrie bestätigen lassen.

Von einer dramatischen Arbeitsverdichtung schreiben die Forscher um Professor Uwe Weidner. Diese habe zur Folge, »dass Patientinnen und Patienten in zunehmendem Maße nicht mehr optimal versorgt werden können« (S. 70). Dies, obwohl Pflegenden als eine Berufsgruppe beschrieben werden, »deren Berufsangehörige zum großen Teil bereit sind, sich über die Grenzen der eigenen Belastungsfähigkeit hinweg schonungslos einzusetzen und dabei selbst auszubeuten, und die im Krankenhaus häufig auf Arbeits- und Rahmenbedingungen stoßen, die diesen altruistischen Pflege-Kodex nochmals massiv forcieren« (S. 74).

Wenn es stimmt, dass Pflegenden nicht selten in der beruflichen Rehabilitation oder gar der Berufsunfähigkeit und Frühverrentung enden, dann wäre es Zeit für eine Spurensuche nach der Professionalität Pflegender, d.h. in unserem Fall psychiatrisch Pflegender. Denn es hilft niemandem, am wenigsten den psychisch erkrankten Menschen, wenn sie in schweren Krisen auf psychiatrisch Tätige treffen, denen Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung fremd sind.

Für psychiatrisch Pflegenden ist es ein immer wiederkehrendes gutes Gefühl in der Berufsbiografie, gebraucht zu werden. Des-

halb verzichten sie im Privatleben zuweilen auf Sinngebendes und Beziehungsstiftendes und konzentrieren sich fast ausschließlich auf ihre Arbeit. Eine dreistellige Anzahl von Überstunden scheint vielen psychiatrisch Pflegenden gut zu tun, garantiert es ihnen doch meist die Zuwendung der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen: »Sie engagieren sich für ihren Beruf. Vorbildlich.«

Viel zu oft wird über die eigenen Grenzen hinaus so viel Engagement gezeigt, dass die eigene Regeneration vergessen wird und das Entwickeln und Pflegen von Hobbys und Freundschaften. Mit der Zeit geht dann auch die Fähigkeit verloren, seelisch angeschlagenen Menschen die nötige Empathie entgegenzubringen. Am Ende haben psychiatrisch Pflegenden den eigenen Akku so weit entladen, dass kein Aufladen mehr möglich ist.

Wie sollte dies auch gelingen? Klinikstationen haben den Charakter von Durchlauf-erhitzern angenommen. Es werden fast nur noch akut psychisch kranke Menschen aufgenommen, die schon mal – wenn auch oft aus Angst – mit Aggressivität auf Behandlungsangebote reagieren. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinterlassen Übergriffe aber allen Deeskalationstrainings und psychotherapeutischen Hilfen zum Trotz tiefe, oft traumatische Spuren.

Von den Führungskräften erfahren psychiatrisch Pflegenden zu selten Unterstützung. Geschehen tätliche Übergriffe, so wird an vielen Orten wohl erst mal angenommen, dass der Pflegenden etwas falsch gemacht hat. Statt ein Zeichen seitens des Arbeitgebers zu setzen und eine Anzeige gegen einen aggressiven Menschen zu erstatten, wird dies dem Mitarbeitenden überlassen.

Die Studie »Reha-Biograf« deutet an, wie viele der ursprünglichen Ideale in mancher Berufsbiografie unwiederbringlich verloren sind. Ernüchternd ist dabei die Tatsache, dass die Probleme auch schon vor der Studie bekannt waren. Das Buch »Burnout in der Pflege« von Brinja Schmidt ist 2015 in der zweiten Auflage erschienen. Es beleuchtet alle Aspekte, die das Ausbrennen in der Pflege begünstigen und bietet eine hervorragende Grundlage für die Bearbeitung der Problematik. Wie es um diese Bearbeitung

in den Rehakliniken bestellt ist, beschreibt Bruno Hemkendreis in einem Beitrag in Heft 3 der Zeitschrift »Psychiatrische Pflege« sehr anschaulich.

Bei allen Reha-Konzepten für Burnout wird meist vergessen, dass die Struktur des Arbeitsfeldes der psychiatrischen Pflege eine wesentliche Rolle spielt. Auf einer psychiatrischen Station sind die Pflegenden strukturell nach wie vor mehr in der alten Rolle des Wärters als in der Rolle eines empathisch Begleitenden. Der notwendige Blick auf das Individuum muss ständig zugunsten des Blicks auf »Ruhe und Ordnung« aufgegeben werden. Das von einzelnen Patienten eingeklagte Selbstbestimmungsrecht wird in diesem Kontext als Angriff auf das eigene Berufsverständnis verstanden.

Ob das innerhalb der bestehenden Strukturen veränderbar ist, bleibt ungewiss. Um auf den Anfang des Beitrags zurückzukommen: Es wurde auch in früheren Zeiten immer schon alles schlechter oder, mit Karl Valentin gesprochen, »Die Zukunft war früher auch besser«. Vielleicht geht es tatsächlich darum, die Zukunftsaussichten der psychiatrischen Pflege zu verbessern. Die Berichte aus den Projekten des Hometreatments, der Behandlung zu Hause, geben Hoffnung. Und die ist für die Psyche – wie seit den Recoveryansätzen bekannt – besonders wichtig. ■

Die Reha-Biograf-Studie kann kostenlos auf dem Kirchlichen Dokumentenserver (KiDoks) heruntergeladen werden: <http://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/764>

Christoph Müller arbeitet als Krankenpfleger in der forensischen Psychiatrie sowie als Fachautor und Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden.

Selbstmitgefühl statt Selbstsabotage

Es lohnt sich, die inneren Antreiber zu identifizieren und freundlich zu behandeln

Von Matthias Hammer

Martina hat eine kurze Präsentation für ihr Team vorbereitet, um von der letzten Fortbildung, an der sie teilgenommen hat, zu berichten. Nach einer Weile bemerkt sie, wie eine Kollegin auf die Uhr schaut. Ein anderer Kollege weist darauf hin, dass noch wichtige andere Themen zu besprechen sind. Martina fühlt sich plötzlich sehr verunsichert. Eine innere Stimme meldet sich:

Höhle verkriechen wollen. Nach außen gelingt es uns vielleicht noch, die Fassade zu wahren, innen aber fühlt es sich ganz anders an. Wir sind unzufrieden, beschämt, gekränkt, müde und erschöpft.

In der Psychologie gibt es viele Vorstellungen und Theorien darüber, dass unser Seelenleben von unterschiedlichen Anteilen bestimmt wird. Bereits Sigmund Freud un-

starker innerer Antreiber kann in einer beschleunigten Gesellschaft schnell zu Burnout und psychosomatischen Störungen führen. Vermeidung von unliebsamen Gedanken und Gefühlen führt häufig zu einer Verstärkung dieser Gedanken und Gefühle. Es lohnt sich daher, diese inneren Kräfte kennen und in positive verwandeln zu lernen.



Foto: sifography, clipdealer.com

Alles falsch gemacht?

»Du langweilst die anderen. Das interessiert doch niemanden.« Während der nachfolgenden Teambesprechung macht sie sich weitere Vorwürfe. In Momenten wie diesem übernimmt der innere Kritiker die Führung über uns. Es fühlt sich so an, als ob wir einen Feind im Kopf trügen, der uns schlecht behandelt. Dieser Feind tritt vor allem dann auf die Bildfläche, wenn wir gestresst sind oder wenn gerade etwas schief läuft. Es können kleine alltägliche Versäumnisse und Fehlleistungen sein oder auch die großen Lebenspläne und wichtigen Entscheidungen, die uns plötzlich bedroht erscheinen.

Dieses »Feind-im-Kopf-Programm« kann individuell sehr unterschiedlich aussehen: Es kann aus Katastrophengedanken, starker Selbstkritik oder aus Grübeleien bestehen. Es kann uns in die Überforderung treiben oder ausbremsen, sodass wir uns wie gelähmt fühlen und uns nur noch in unserer

erteilte die menschliche Seele in Es, Ich und Über-Ich. Der Gesprächspsychotherapeut Friedemann Schulz von Thun spricht von einem »inneren Team«, das unser Seelenleben bestimmt. Die Schematherapie, ein aktueller Ansatz der Verhaltenstherapie, spricht von einem »Modus«. Damit ist ein bestimmtes Programm gemeint, das unser Denken, Fühlen und Handeln in einer aktuellen Situation bestimmt – nicht zwingend allerdings zu unserem Nachteil. Diese verschiedenen Anteile nehmen nämlich eine wichtige Funktion in unserem Leben ein. Sie geben uns Impulse für unser Leben, motivieren uns oder schützen vor möglichen Gefahren.

Selbstkritik kostet uns allerdings auch viel Energie und kann unser Wohlbefinden stark beeinträchtigen. Es kann der Einstieg in Grübeleien sein und depressive Episoden auslösen. Katastrophisierendes Denken ist häufig mit Angststörungen verbunden. Ein

Wer sind unsere Feinde im Kopf?

Unseren persönlichen inneren Kritiker erkennen wir vor allem daran, dass er uns stets bewertet. Er führt Statistik über jeden vermeintlichen Fehler und reibt ihn uns unter die Nase. Er wiederholt unermüdlich dieselben Themen, zum Beispiel, dass wir nicht attraktiv oder nicht klug genug seien. Wir können nicht mehr offen und neugierig sein, sondern betrachten uns durch die kritischen, abwertenden Augen des inneren Kritikers. Diese negativen Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Themen. Der innere Kritiker kennt nur richtig oder falsch und keine Zwischentöne. Sobald wir seine Standards nicht erfüllen, meldet er sich lautstark.

Wenn der innere Antreiber aktiv ist, dann fühlen wir uns innerlich getrieben, stehen unter Strom, müssen schnell, effektiv oder

schlichtweg perfekt sein. Er fordert im Beruf, aber auch bei der Hausarbeit und Kindererziehung beste Leistungen. Unter ihm fühlen wir uns oft unter Zeitdruck und gehetzt. Wir haben Angst davor, die Anerkennung, das Geld oder aber die Liebe nicht zu bekommen, die wir brauchen. Durch Disziplin und Perfektion wollen wir von anderen wertgeschätzt werden.

Der Katastrophisierer macht sich viele Sorgen um alltägliche Dinge und malt sich die furchtbarsten Konsequenzen aus. Er entwickelt aus einem kleinen Ereignis eine Geschichte, an dessen Ende der fantasierte Albtraum steht: Der jüngste Streit mit dem Partner führt zur Trennung oder der Sohn findet bestimmt keinen Ausbildungsplatz, weil er eine schlechte Mathearbeit geschrieben hat.

Der harmoniesüchtige Anteil hat eine tiefe Sehnsucht nach Anerkennung und große Angst vor Ablehnung, er kann deshalb nur schwer Nein sagen. Harmoniesüchtige sind freundliche Menschen, die unter einem inneren Zwang zur Zustimmung stehen. Sie gehen Konflikten und Konfrontation aus dem Weg, aus Angst, verlassen zu werden. Sie fühlen sich schnell verantwortlich für die Stimmung und das Wohlergehen anderer. Sie tun oft zu viel des Guten und überfordern sich selbst. Sie lassen sich ausnutzen, übernehmen zu viel Verantwortung und bleiben zu lange in Jobs oder Beziehungen, die für sie schädlich sind. Bei alledem bleiben sie immer beliebt, erhalten aber doch nie die ersehnte Anerkennung.

Und dann gibt es natürlich noch den inneren Vermeider. Der will uns vor allem schützen, und zwar vor Kränkungen und unangenehmen Erlebnissen. Er will uns verschonen vor zu viel Anstrengung, Unsicherheit und Unglück. Dies kann dazu führen, dass wir sogar Situationen meiden, in denen gar keine wirkliche Gefahr besteht: auf Partys mit anderen in Kontakt zu treten, Briefe zu öffnen, allein zu sein. Unser Vermeider redet uns ein, dass in diesen oder anderen Situationen negative Gefühle entstehen, und rät uns: Bloß weg hier! Dies kann durch Rückzug geschehen, durch Betäubung mittels Alkohol, durch ständige Ablenkung im Internet oder auch durch Unterforderung. Wir gehen keine Risiken mehr ein und halten uns im sicheren Hafen der Routine auf.

Der Vermeider bemerkt dabei nicht, dass er langfristig unser Unglücklichsein bewirkt. Je mehr alltägliche Situationen wir vermeiden, um unangenehmen Gefühlen aus dem Weg zu gehen, desto mehr schlechte Gefühle und Gedanken erleben wir langfristig.

Wie entstehen Kritiker & Co.?

Wissen wir um ihre Herkunft und ihren Antrieb, dann verstehen wir auch, warum die inneren Kritiker so wirken, wie sie wirken. »Introjektion« ist der Fachbegriff für das, was hier passiert. So wie uns eine wichtige äußere Bezugsperson behandelt, behandeln wir uns selbst oft später auch. Wir verinnerlichen deren kritische Stimme. Das ist zunächst ein Schutzmechanismus, denn wenn Kinder darauf achten, es ihren kritischen Eltern recht zu machen, werden sie – so hoffen sie – nicht mehr abgelehnt und sogar geliebt. Kinder tun alles, um die Bindung zu den Eltern sicherzustellen, denn ohne ihre Liebe und Zuwendung können Kinder nicht überleben. Deshalb übernehmen sie unkritisch und ungeprüft die elterlichen Ansichten und Bewertungen. Wenn wir die früh gelernten Bewältigungsstrategien und Konzepte über uns und die Welt nicht immer wieder neu an die Gegenwart anpassen, schädigen wir uns selbst und sabotieren so manches unserer Lebensziele.

Um Kritiker & Co. in die Gegenwart zu holen, ist ein anderer seelischer Anteil von uns gefordert: der Erwachsene in uns. Die erwachsene Seite im Menschen ist in vielen Therapieansätzen sehr wichtig. Friedemann Schulz von Thun spricht vom »Oberhaupt«, in der Schematherapie wird vom »gesunden Erwachsenen« gesprochen und der Familientherapeut Richard Schwartz bezeichnet sie als »das Selbst«. Schwartz stellte in seiner therapeutischen Arbeit oft fest, dass die Klienten, die einen guten Zugang zu ihrem Selbst bekamen, viel besser mit sich und ihren Problemen umgehen konnten als andere. Der Erwachsene in uns ist:

- mitfühlend, akzeptierend und neugierig,
- achtsam, ein innerer Beobachter und zu innerer Distanzierung fähig,
- kommunikativ und verbunden mit allen Persönlichkeitsanteilen.

Durch diesen erwachsenen Anteil können wir wahrnehmen und beobachten, aber auch steuernd eingreifen und Prozesse in konstruktive Bahnen lenken.

Der Erwachsene in uns sollte gelassen und schrittweise auf seine inneren kritischen Anteile zugehen. Dabei müssen wir meistens zuerst einmal durch eine sehr negative Phase der Abwehr und Vermeidung. Instinktiv reagieren wir auf unangenehme oder schmerzliche Gefühle und Anteile mit Widerstand. Sobald wir darüber grübeln, wie wir das Unangenehme loswerden können, verstricken wir uns häufig sogar immer mehr darin. Gelingt uns die Abwehr und

Vermeidung des Negativen nicht, sollten wir uns bemühen, in eine zweite Phase zu gelangen: die der Kontaktaufnahme, des Kennenlernens, des Zulassens. Wir setzen uns – freiwillig oder gezwungenermaßen – mit dem unangenehmen Gefühl oder Anteil auseinander. Wir fragen uns: Was bedeutet es? Wann tritt es auf und verschwindet wieder? Was ist das für ein Gefühl? Was für ein Anteil von mir wirkt da? Wir geben diesem Bereich einen Namen und lernen, ihn bewusst von anderen Gefühlen und Stimmungen zu unterscheiden. Mit der Zeit nimmt der Widerstand ab und wir können diesen Anteil langsam zulassen.

Nach und nach erreichen wir eine dritte Phase des Anfreundens, des Selbstmitgefühls und des Trosts. Wir erkennen den verborgenen Wert und die positiven Absichten unserer Anteile und lernen, sie zu würdigen. Wir können allmählich mit unseren inneren Stimmen kommunizieren und beginnen, sie mitfühlend zu behandeln und zu trösten. Wir lassen die schwierigen Gefühle und Gedanken kommen und gehen. Wir lernen, mit uns selbst und mit unseren inneren Anteilen mitfühlend und freundlich umzugehen. Wir können sie vielleicht sogar akzeptieren, denn auch sie sind ein Teil von uns.

Ich hoffe, die gute Nachricht ist angekommen: Auch der härteste innere Kritiker und der stärkste Vermeider verfolgen letztlich gute Absichten. Es gibt keine Feinde in unserem Kopf, auch wenn sich das manchmal ganz anders anfühlt. Zwar sind Sinn und positive Absichten der einzelnen Anteile auf den ersten Blick nur schwer zu erkennen, doch wenn wir uns unseren verschiedenen inneren Anteilen aufmerksam zuwenden und versuchen, sie zu verstehen, dann ist der innere Erwachsene auch wieder in der Lage, die Führung zu übernehmen. So gewinnen wir unsere Selbststeuerungsfähigkeit wieder und entdecken, was uns guttut und was uns schadet. Der freundliche Erwachsene in uns gibt uns Kraft und Orientierung, unser Leben wieder selbst zu gestalten und Grenzen zu setzen. Diese Ressource hilft uns, angemessen zu reagieren und gut für uns zu sorgen. Vertrauen Sie darauf, auch in Ihnen schlummert diese Kraft! ■

Dr. Matthias Hammer arbeitet als psychologischer Psychotherapeut, in Stuttgart: www.matthias-hammer.de. Er ist u.a. Autor von »Der Feind in meinem Kopf«, Gräfe und Unzer Verlag 2015, sowie »Das innere Gleichgewicht finden«, Balance buch + medien 2009.

Versorgt und vergessen

Menschen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren kommen zu oft ins Pflegeheim, wenn es keine personenzentrierte Hilfeplanung gibt.

Von Christine Blankenfeld, Dorothee Haug-von Schnakenburg, Michael Konrad

Mit der Psychiatrie-Enquete hat sich die Wohnbetreuung von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung – seit Mitte der 1970er-Jahre bis heute – deutlich verändert. Damals wohnte ein wesentlicher Teil der Betroffenen auf Langzeitstationen großer psychiatrischer Kliniken. Programme zur Enthospitalisierung sollten dazu beitragen, Langzeitpatienten in die Städte und Gemeinden zu reintegrieren. Dies ist im Rückblick nur zum Teil gelungen. Die Langzeitstationen der Kliniken wurden zwar aufgelöst. Ein Teil der stationär betreuten Menschen lebt heute aber dennoch in gemeindefernen großen Heimen – ein Prozess, der auch als »Transinstitutionalisierung« bezeichnet wird. Heute geht man davon aus, dass Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung die gleichen Wohnbedürfnisse haben wie andere Menschen auch.

Wandel in der Wohnversorgung

Parallel dazu zeichnet sich seit der Jahrtausendwende ein deutlicher Wandel in der Wohnversorgung von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung ab. Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe verzeichnen eine stetige Zunahme der Wohnleistungen für Menschen mit seelischer Behinderung. Besonders die Zahl der ambulant betreut Wohnenden steigt von Jahr zu Jahr stark an. Sie ist deutlich höher als die Zahl der stationär versorgten Menschen.

Somit hat die Auflösung der psychiatrischen Langzeitstationen an den Kliniken zu zwei unterschiedlichen Entwicklungen geführt: Einerseits sind in den Städten und Gemeinden ambitionierte, die Inklusion fördernde Wohnformen entstanden – andererseits eher verwahrende, teilweise geschlossene gemeindeferne und zum Teil sehr große Heime.

Schon in der ersten Phase der Enthospitalisierung im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete wurden – damals sogenannte – entlassfähige Patienten zu einem nicht unerheblichen Teil in solche gemeindefernen Heime verlegt. Nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes zwanzig Jahre später wurden diese Heimplätze dann mit »neuen« chronisch psychisch erkrankten

Menschen belegt. Eine Datengrundlage zur Zahl der Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung, die in Pflegeheimen leben, fehlt. Dies gilt, obgleich es sich um ein bundesweites Phänomen handelt und es an Problemanzeigen über den sogenannten Versorgungstourismus nicht fehlt.

Um diese Datenlücke zu schließen, hat der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) eine Untersuchung zu »Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung im Pflegeheim« durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es zum einen, die Zahl von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung unter 65 Jahren zu schätzen, die in Pflegeheimen Baden-Württembergs leben. Zum anderen wollte man herausfinden, wie sich dieser Personenkreis nach soziodemografischen Merkmalen sowie Pflegestufe und Diagnose zusammensetzt.

Die Situation in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg wird seit dem Jahr 2011 die sogenannte »Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg« (GPV-Dokumentation) erstellt. Darin werden die Daten der Stadt- und Landkreise zur Leistungserbringung in verschiedenen Bereichen der »komplementären« Versorgung dargestellt. Um eine Schätzung der Zahl der Leistungsempfänger in Pflegeheimen zu erhalten, hat der KVJS mit interessierten Stadt- und Landkreisen zum Ende des Jahres 2011 eine vertiefende Untersuchung zur Erbringung von Leistungen der Hilfe zur Pflege für psychisch kranke Menschen in Pflegeheimen durchgeführt.

An der vertiefenden Untersuchung haben 17 der 44 Kreise in Baden-Württemberg teilgenommen. Gezählt wurden alle Personen, die Leistungen eines Stadt- oder Landkreises zur Hilfe zur Pflege erhalten und zwar unabhängig davon, ob die Menschen innerhalb oder außerhalb des »zahlenden« Kreises leben. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

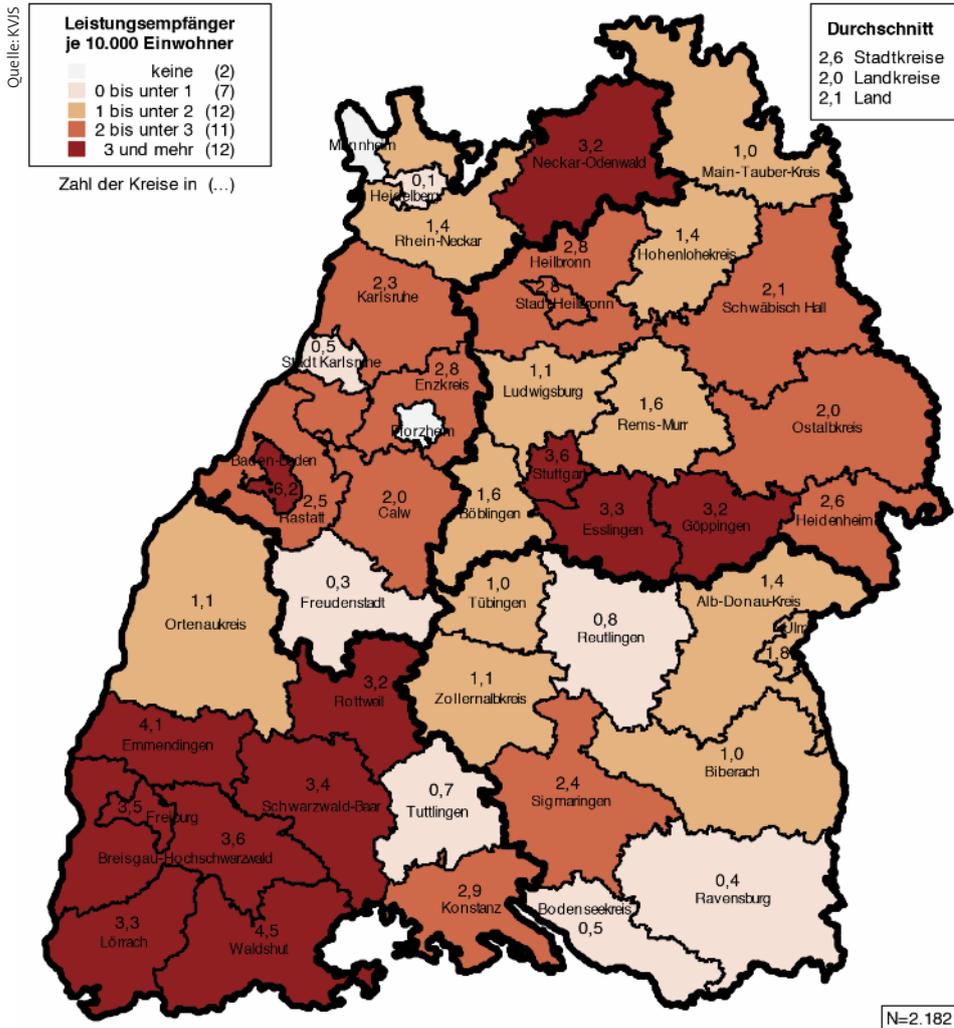
- Schizophrenien machten den größten Anteil (38 Prozent) unter den Diagnosen aus.
- Die Diagnose Sucht bildete den zweitgrößten Anteil (32 Prozent). In der Regel

handelt es sich hier um sogenannte chronisch mehrfach Abhängigkeitsgeschädigte (CMA).

- Bei 29 Prozent lag neben der psychiatrischen Hauptdiagnose eine somatische Nebendiagnose vor. Dabei handelte es sich um körperliche Einschränkungen.
- Mehr als die Hälfte der Betroffenen war 55 Jahre und älter, bei einem Durchschnittsalter von 54 Jahren. Das Durchschnittsalter der Personen mit Schizophrenie lag mit 52 Jahren niedriger.
- Zwei Drittel der Betroffenen waren Männer, ein Drittel Frauen.
- Neun von zehn Personen in Pflegestufe 0 waren chronisch psychisch krank, insbesondere Menschen unter 40 Jahren.
- Mehr als die Hälfte der Betroffenen lebte in einem Pflegeheim außerhalb ihres Herkunftskreises. Auch dies gilt besonders für Menschen unter 40 Jahren.
- Der Anteil der psychisch Kranken unter 65 Jahren in Pflegeheimen ist in den Stadt- und Landkreisen sehr unterschiedlich.

Die aus der Erhebung in den 17 Landkreisen hochgerechnete geschätzte Zahl der Leistungsempfänger unter 65 Jahren in Pflegeheimen beläuft sich auf 5187 Personen. Die Zahl der Leistungsempfänger in Wohnheimen der Eingliederungshilfe, die in der GPV-Dokumentation 2011/2012 erhoben wurde, ist mit 4688 deutlich niedriger. Dies ist ein wichtiger Befund: Der Zahl der Menschen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren in Pflegeheimen ist höher als in Wohnheimen der Eingliederungshilfe, auch wenn die jeweiligen Personenkreise nicht direkt miteinander vergleichbar sind.

Die Untersuchung lässt keine Rückschlüsse darauf zu, ob Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung in einem Pflegeheim »richtig oder falsch platziert« sind. Dies ist nur über eine individuelle Bedarfsprüfung im Einzelfall zu entscheiden. Jedoch lebten geschätzt 1351 Personen mit der Pflegestufe 0 in einem Pflegeheim. Wenn sie jedoch keinen festgestellten Pflegebedarf im Sinne des SGB XI haben, stellt sich hier die Frage, ob und in welchem Umfang diese Menschen dort die Unterstützung erhalten, die sie brauchen. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Menschen in einem Pfl-



Empfänger von Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen in Baden-Württemberg unter 65 Jahren mit psychischer Erkrankung am 31.12.2011

geheim lebt, weil sich kein freier Platz in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe fand. Das ist vor allem dann der Fall, wenn es sich um eine sogenannte geschlossene Unterbringung im Rahmen von § 1906 BGB handelt. Entsprechende Angebote sind in Wohnheimen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg noch selten, werden jedoch in den letzten Jahren sukzessive auf- und ausgebaut. Denn »klassische« Pflegeheime sind für die Aufgabe der geschlossenen Unterbringung dieses Personenkreises mit gleichzeitiger Vorbereitung auf eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in der Regel nicht fachlich vorbereitet und personell ausgestattet.

Die Vermutung liegt nahe, dass Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung teilweise in Pflegeheimen leben, weil sich kein fachlich geeignetes betreutes Wohnangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe fand. Insbesondere bei Klienten mit herausforderndem Verhalten oder Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB stellt sich die

Frage nach der passgenauen Versorgungsstruktur vor Ort: Sind entsprechende Angebote zur Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch kranker Menschen in einer Region vorhanden? Und gibt es ein kommunales Steuerungsinstrument, damit auch Personen eine gemeindeintegrierte Versorgung erhalten können, die als »Systemsprenger« oder »Netzprüfer« bezeichnet werden?

Individuelle Hilfeplanung ist unumgänglich

Seit geraumer Zeit werden Gemeindepsychiatrische Verbände mit verbindlicher Versorgungs- und Hilfeplanung aller Leistungsanbieter als »Königsweg« einer wohnortnahen Versorgung betrachtet. Dazu gehört insbesondere die Hilfeplankonferenz, die mit den verschiedenen Leistungsträgern und Leistungserbringern der Region besetzt ist. In der Hilfeplankonferenz können die Angebote der medizinischen Rehabilitation, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur

Pflege passgenau für eine Person und ihren spezifischen aktuellen Bedarf zusammengestellt werden. Damit werden auch Menschen mit einer schweren chronisch psychischen Erkrankung und herausfordernden Verhaltensweisen erreicht.

Die ungleiche regionale Verteilung der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen bietet einen Zugang zur Beantwortung der Frage nach der Relevanz regionaler Versorgungsstrukturen. Der auffälligste Unterschied hinsichtlich der Zahl der Leistungsempfänger unter 65 Jahren in Pflegeheimen besteht zwischen den beiden südlichen Regierungsbezirken Freiburg und Tübingen. Besonders niedrig liegt er in den drei Regionen, die an dem Modellprojekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligt waren und anschließend Vereinbarungen zum Gemeindepsychiatrischen Verbund mit Versorgungsverpflichtung und Hilfeplankonferenz abgeschlossen haben. In diesen Regionen werden eine individuelle Hilfeplanung und die Empfehlung der Hilfeplankonferenzen systematisch auch für diejenigen Menschen mit psychischer Erkrankung erstellt, die Leistungen der Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen erhalten. Einbezogen sind hier auch ehemalige forensische Patienten, mit deren Nachsorge sich die Sozialpsychiatrie nach wie vor schwer tut. Ein Blick allein auf die Eingliederungshilfe ist hier also nicht ausreichend.

In dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), das zum 01.01.2015 in Baden-Württemberg in Kraft trat, ist die Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden unter Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen und ihren Angehörigen in allen Stadt- und Landkreisen vorgesehen. Es bleibt zu hoffen, dass landesweit geeignete Hilfeplanverfahren installiert werden, die der Aufgabe der Versorgungsverpflichtung gerecht werden. ■

<http://www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/statistik/gpv-doku.html>
 Kommunalverband für Jugend und Soziales: Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung in Pflegeheimen. Eine empirische Untersuchung zur Hilfe zur Pflege unter 65 Jahren in Baden-Württemberg auf Basis von Daten zum Jahresende 2011. Stuttgart 2014.

Christine Blankenfeld ist Leiterin des Referates »Sozialplanung, investive Förderung« beim KVJS, **Dorothee Haug-von Schnakenburg** ist Mitarbeiterin dieses Referates mit dem Arbeitsschwerpunkt Psychiatrie. **Michael Konrad** ist Geschäftsbereichsleiter Wohnen Ravensburg-Bodensee des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg.

Was macht widerstandsfähige Kinder aus?

Eine Langzeitstudie mit Kindern depressiver Eltern **Von Susanne Jaeger**

Kinder von Eltern mit einer depressiven Erkrankung haben ein drei- bis viermal höheres Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, als Kinder von Eltern ohne Depression. Trotzdem ist die ungünstige Entwicklung der Kinder nicht zwangsläufig. Einige von ihnen zeigen eine bemerkenswerte psychische Gesundheit und dies ganz

faktoren. Kinder wurden dann als resilient, also als widerstandsfähig gegenüber den widrigen Umständen, eingestuft, wenn bei ihnen zu keinem Zeitpunkt eine psychische Störung nach dem Diagnose-Manual DSM-IV diagnostiziert werden konnte oder Hinweise auf depressive Symptome, Symptome einer Verhaltensstörung, Suizidgedanken

wirksamkeit hatten eine anderthalbmal so hohe Chance, gesund zu bleiben wie Kinder, denen dies fehlte. Bei Kindern, die regelmäßig Sport trieben, war die Chance, keine Auffälligkeit zu entwickeln, fast dreimal so hoch. Je mehr dieser Faktoren zusammenkamen, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für die psychische Gesundheit des Kindes. Bei maximal einem Schutzfaktor betrug sie nur 4 Prozent, traten fünf Faktoren zusammen auf, lag sie bei fast 50 Prozent.

Darüber hinaus wurden die Beiträge der einzelnen Schutzfaktoren für verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit zum letzten Untersuchungszeitpunkt unter Berücksichtigung der Risikoschwere gesondert betrachtet. Tatsächlich waren die verschiedenen Faktoren für die Resilienz gegenüber der Entwicklung einer affektiven Störung oder einer Verhaltensstörung unterschiedlich bedeutsam. So tragen zum Beispiel die emotionale Unterstützung durch das nicht betroffene Elternteil und regelmäßiger Sport speziell zu Widerstandsfähigkeit gegenüber Problemen mit der Stimmung bei.

Ansätze für Unterstützungsmaßnahmen

Aus ihren Ergebnissen leiten die Autorinnen und Autoren ab, dass die Resilienz von Kindern aus Risikofamilien durch parallele Maßnahmen in verschiedenen Lebensbereichen gestärkt werden sollte. Von besonderem Nutzen sind demnach familienzentrierte Interventionen, in die beide Elternteile einbezogen sind, damit die Kinder in ihnen emotionale Unterstützung erfahren können. Außerdem sollte alles getan werden, bei den jungen Menschen einen gesunden Lebensstil zu fördern. Insbesondere viel Bewegung und Sport spielen eine tragende, schützende Rolle. Und nicht zuletzt sollten die Kinder darin unterstützt werden, Freundschaften zu schließen und zu pflegen und tragfähige Netzwerke außerhalb der Familie zu knüpfen. ■

Dr. Susanne Jaeger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Versorgungsforschung am Standort Weissenau des ZfP Südwürttemberg mit Schwerpunkt auf den Themen Lebensqualität und Patientenautonomie. Zum Nachlesen: Collishaw, S.; Hammerton, G.; Mahedy, L. u.a.: Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3 (1): S. 49–57. doi:10.1016/S2215-0366(15)00358-2.

Foto: Ernst Fesseler



ohne professionelles Zutun. Die Autorinnen und Autoren einer Studie aus England und Wales interessierten sich dafür, wie sich diese Widerstandskraft der jungen Leute erklären lässt und ob sich daraus Anhaltspunkte für spezifische vorbeugende Maßnahmen ergeben.

Die »Early Prediction of Adolescent Depression Study« (EPAD) ist eine Langzeitstudie, in der die Auswirkungen einer Depression der Eltern auf ihre Kinder untersucht wurden. Die Familien wurden in erster Linie in Allgemeinarztpraxen in Wales rekrutiert. Die Diagnose einer Depression mit mehreren Episoden wurde durch ein Interview mit dem betroffenen Elternteil bestätigt. Jeweils das jüngste Kind der Familie im Alter von 9 bis 17 Jahren wurde für die Untersuchung ausgewählt. Alle Kinder waren biologisch verwandt mit dem betroffenen Elternteil und lebten mit ihm zusammen. Die teilnehmenden Familien wurden insgesamt dreimal zu Hause untersucht, zu Studienbeginn und dann im Rhythmus von 12 bis 18 Monaten. Jede Familie wurde somit insgesamt über zwei bis drei Jahre begleitet. In Interviews und mit Fragebögen wurde die Höhe des Risikos für die Kinder aufgrund der Erkrankung des Elternteils erfasst; außerdem die psychische Gesundheit der Heranwachsenden, die Merkmale der Familie und mögliche soziale, kognitive und auf das Gesundheitsverhalten zurückzuführende Schutz-

oder selbstverletzendes Verhalten vorlagen. 262 von insgesamt 331 teilnehmenden Familien konnten an allen drei Messzeitpunkten untersucht werden. Es waren überwiegend die Mütter, die an einer depressiven Störung litten. Von den Kindern zeigten 70 Prozent Verhaltensauffälligkeiten. Neun- unddreißig Prozent erfüllten die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose, 45 Prozent hatten depressive Symptome, und 28 Prozent hatten zumindest einmalig Suizidgedanken oder zeigten selbstverletzendes Verhalten. Demgegenüber zeigten 20 Prozent der Heranwachsenden durchgehend eine gute psychische Gesundheit, und dies unabhängig von Alter oder Geschlecht.

Tragfähige soziale Beziehungen und Sport sind Schlüsselfaktoren

Die Widerstandsfähigkeit der Kinder stand in Relation zur Schwere und Häufigkeit der depressiven Episoden der Eltern, aber auch in Zusammenhang mit vorhandenen schützenden Faktoren: Bei Kindern, deren erkrankten Eltern in der Lage waren, positive Gefühle und Wärme zu äußern, die Unterstützung durch das nicht erkrankte Elternteil erfuhren oder die tragfähige soziale Beziehungen und Freundschaften hatten, war die Chance, gesund zu bleiben, etwa doppelt so hoch wie bei Kindern, die dies nicht hatten. Kinder mit der Erwartung von Selbst-

14.000-mal Outsider Art – Wenn Künstler (sich) helfen

La »S« Grand Atelier als Teilhabe- und Genesungsmodell **Von Gangolf Peitz**

Bis in die Collection de l'Art Brut Lausanne und in die Outsider Art-Messe nach Paris haben es Werke der Künstler dieses Ateliers aus der Wallonie gebracht. Plus ca. 14.000 Werke im Fundus. So die ungefähre Bestandszahl allein an Papier- und Leinwandarbeiten des La »S« Grand Atelier im belgischen Städtchen Vielsalm. Auch Textiles, Skulptur, Mixed Media-Arbeiten und Installationen, bis hin zu musikalischen und Theaterschöpfungen werden von den fast fünfzig Autodidakten-Künstlern mit geistigen und psychischen Handicaps realisiert. Zu den gut ein Dutzend, meist großflächigen Studios und Räumen gehören auch zwei Galerieräume, in denen kuratierte Wechselausstellungen – teilweise gemeinsam mit anderen Kulturstellen auch aus der akademischen Kunstwelt – stattfinden.

Nur keine Therapie!

Der organisatorische Ansatz ist ambitioniert und zeitgemäß. Ein kultureller gemeinnütziger Verein, eingebettet in eine größere Trägerstruktur für Menschen mit Handicaps, unterstützt die im Lebenshandling eingeschränkten Kulturschaffenden mit entsprechenden Räumlichkeiten, Materialien, mit Präsentation, Publizität und Organisationshilfen bei Ausstellungen und Veranstaltungen. Bewusst nicht aus dem therapeutischen oder gar pflegerischen Milieu sind die professionell tätigen Mitarbeiter rekrutiert. Sie kommen aus Kunst, Kultur und Öffentlichkeitsarbeit, die meisten sind selbst Künstler. Man will nicht therapieren, nicht verordnen, nichts vorgeben, sondern einen guten Rahmen für kreatives Schaffen geben. Tabu sind Anleitungen, möglich ist eine handwerkliche Beratung, zentral ist die persönliche Zuwendung. Ein Konzept ähnlich dem des Künstlerhauses Gugging in Österreich oder dem des Creative Growth Art Centers in Oakland (USA).

Idee und Gründung gehen auf die Künstlerin und Kunstlehrerin Anne-Françoise Rouche zurück, die bis heute die künstlerische Leitung innehat. Großen Wert legt sie auf Zusammenarbeit mit nicht behinderten Künstlern und dem »normalen« Kunstbetrieb. So tauscht man sich genauso mit dem

Lütticher MADmusée aus wie mit dem Frankfurter Atelier Goldstein der Lebenshilfe oder mit belgischen Kunstakademien und professionellen Galerien. Die Finanzierung besteht aus einem Mix. Landes- und EU-Fördergelder fließen ein, die das La Grand »S«-Projekt zusammen mit Spenden, Verkaufserlösen und Unterstützungen seit

Kunst. Das gesamte Vielsalmer Projekt lebt vom Austausch, von der Wechselwirkung und Wechselbeziehung aller Akteure. Mittels professioneller Kulturarbeit unterstützt man nicht nur gute Kunst von Bürgern mit Handicaps, sondern darüber ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den Vorurteilsabbau bei den »Normalen«. Dazu ist man in ganz Belgien und europaweit in der zeitgenössischen Kunstszene aktiv.

Teilhabe richtig gemacht

Das Konzept geht auf. Die Künstler kommen aus der direkten Umgebung – durchaus auch mal nach Empfehlung eines Psychiaters der nächstgelegenen Psychiatrie – in die Ateliers und können sich auf ihr Arbeiten konzentrieren. Kunst direkt, im freien Fluss ihrer Potenziale, die im Ursprung nicht akademisch geodert – wie Dubuffet sagen würde – verformt ist, noch sich an Markt und Medien orientiert. Unter diesen Bedingungen kann sich erstrangiges Niveau entfalten. Zu Recht stolz blättert Erwin Dejasse, Pressereferent im Haus, in den Archivschubladen und zeigt einige der Toparbeiten.

Stets ist man offen für neue Kooperationen und Lokalitäten oder

geht zielgerichtet dorthin, wo Rezeption und Interesse am größten sind. Kein Wunder also, dass die erste Präsenz auf der Outsider Art Fair 2015 in Paris ein Erfolg war. Die nicht geringe Koje-Gebühr bekam man vorab gestemmt und ... es wurde verkauft. Ergo ist man auch Oktober 2016 dort, wenn weltbeste Ateliers, Kunsthändler und Galerien der Outsider Art und Art brut auf ein großes unvoreingenommenes Messepublikum aus Sammlern, Kunstfreunden und Kunstkritikern treffen. Kultur wird somit von selbst zum Genesungshelfer und Teilhabekatalysator, ist Inklusion. Keine altbackene Behindertenvorführung, keine Therapiekunst oder Kunsttherapie, kein unwürdiges Basteln und Beschäftigen im Heim, keine Klinikankündigung, nix WfB. Hier kann Deutschland lernen. La »S« Grand Atelier: Chapeau! ■

<http://lasgrandatelier.be/>

Gangolf Peitz unterhält das Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar, Kontakt: buero_kultur_sozialarbeit-bous@email.de



Mitarbeiter Erwin Dejasse zeigt Schätze aus dem Archiv des Ateliers

zwei Jahrzehnten absichern und in der Kunstwelt der Großregion verankern konnten. Seit 2001 ist man als »Centre for Expression and Creativity« (CEC) anerkannt.

Inzwischen hat auch Vielsalm seine »Namen« hervorgebracht. Dominique Theate beispielsweise ist ein begabter Cartoon-Zeichner mit ganz spezifischen Themen, die aus seiner Biografie herrühren. Oder wie bestechend die Figurensprache in den Maleereien von Irène Gerard, um zwei populäre La »S« Grand-Künstler zu benennen.

Paradox: Inklusion durch Exklusion

Sensibel geht man mit Verkauf und Vermarktung um. Regulär gilt eine 50/50-Teilung. Die Modi sind transparent, wohlweisend, dass einigen der Künstler Geld egal bzw. für andere das ökonomische kognitiv nicht verstehbar ist. Für die meisten aber sind Verkaufseinnahmen – wie bei allen Künstlern – Teil der Anerkennung für ihre

Foto: Gangolf Peitz

Der Mensch im Spiegel psychologischer Experimente

Von Fred Christmann

Viele Menschen suchen nach neuen Wegen, ihr Leben zu gestalten. Die Stiftung Psyche möchte hierzu Anregungen geben. Im Rahmen einer ständigen Ausstellung präsentiert sie wissenschaftliche Erkenntnisse der Psychologie als Grundlage für ein gutes Leben. Die Ausstellung belegt: Psychologie geht uns alle an! Sie hilft, sich und andere besser zu verstehen.

Die Ausstellung der gemeinnützigen Stiftung Psyche in Stuttgart zeigt 25 psycholo-

Themen hin. Besonders die dunkle Seite von uns Menschen, die sich in Gewalttaten wie auch in unterlassener Hilfeleistung zeigt, fasziniert viele Besucher und wirft Fragen auf. Trotz dieser Themen ist die Ausstellung keineswegs bedrückend, sondern von der bildlichen wie der inhaltlichen Präsentation positiv, freundlich und lösungsorientiert gestaltet. In entsprechenden Experimenten zu Gehorsam, Konformität und unserer Konstruktion der Welt finden sich Erklärungen

psychologische Inhalte an Orten der Stadt mit entsprechendem Kontext, wie z.B. Schule oder Bunker als Orte der Angst.

Ab Oktober 2016 befasst sich eine Sonderausstellung mit Cartoons, Comics und der Psyche. Für Cartoonisten und Comiczeichner ist das Gebiet der Psychologie ein dankbares Thema. Psychologen, die alles und jeden analysieren wollen, die unterschiedlichen therapeutischen Ansätze, die Beziehungen kränkelder Patienten zu ihrem Therapie-

Fotos: Stiftung Psyche



Die Ausstellungsräume und die Präsentation des Stanford-Prison-Experiments (rechts)



gische Experimente zu alltäglichen Phänomenen, wie Angst, Burnout, Glück, Kreativität, Persönlichkeit, krank-gesund usw. Jedem Thema sind zwei Experimente, historische wie aktuelle, zugeordnet. Kurze animierte Trickfilme stellen den Verlauf des Experiments dar und fassen die Ergebnisse zusammen. Ein »Herzstück« und die Grafik der aufwendig gestalteten Infostelen bzw. Ausstellungsinselformen zum jeweiligen Thema verdichten dieses auf anschauliche Art und stellen es in einen emotionalen Kontext. Ergänzende Texte zeigen die Bedeutsamkeit des Experiments für heutige Lebensbedingungen und das aktuelle Geschehen, wie z.B. Diskriminierung oder Mobbing. Kurz gefasste Tipps bieten eine »Erste Hilfe« z.B. bei Gewalt oder Stress, um Schwierigkeiten des Alltags zu meistern, bevor daraus Probleme werden.

Die Ausstellung wird seit 2014 gezeigt und laufend erweitert. Die Besucher, Einzelpersonen wie auch Gruppen von Einrichtungen oder Schülern, äußern sich im Gästebuch emotional berührt und oft begeistert. Lebhaftige Diskussionen der Besucher weisen auf die persönliche Relevanz der präsentierten

dafür, die einem helfen, auch diese Schattenseite des Menschseins zu verstehen und angemessen damit umzugehen. So zeigt das Stanford-Prison-Experiment die Macht der Situation: 24 als psychisch stabil getestete Studenten wurden ausgewählt und per Zufall zwei unterschiedlichen Rollen eines Gefängnisses zugewiesen. Als Wärter bekamen sie Attribute der Macht, die Gefängnisinsassen wurden ihrer persönlichen Gewohnheiten beraubt. Nach nur sechs Tagen musste das Experiment abgebrochen werden, weil sich die Persönlichkeit viel weniger stabil erwies als es Versuchsleiter und Versuchspersonen erwartet hatten. In ungewohnten Situationen mit einschränkenden Rollenerwartungen kann es den Beteiligten helfen, wenn sie aus der vorgegebenen Rolle innerlich heraustreten, die Situation reflektieren und mit den bisher gelebten ethischen Standards vergleichen.

Führungen, z.B. zum Spannungsfeld zwischen Individualität und Anpassungsdruck, vertiefen die präsentierten Erkenntnisse der Ausstellungsthemen. Ergänzende Workshops fördern die Anwendung der Erkenntnisse im Alltag. Stadtpaziergänge vermit-

ten etc. bieten genügend Stoff. Wie so oft wird hierbei gerne mit Vorurteilen gearbeitet (Patienten liegen z.B. immer auf der Couch), aber ein Stückchen Wahrheit ist nicht selten dabei. Und: Comics sprengen gern humorvoll den gängigen Rahmen und regen so zu neuen psychologischen Konstruktionen der Sicht auf sich selbst und die Welt an.

Ein Kurzbesuch der Ausstellung von 30 Minuten zu einem Einzelthema ist genauso fruchtbringend wie eine intensive Begehung. Zu allen Themen kann Infomaterial als Erinnerungsstütze kostenlos mitgenommen werden. ■

Der Eintritt ist frei. Die Einrichtung wird von einer Stiftung getragen, die u.a. auf einen früheren Psychotherapiepatienten zurückgeht. Außerhalb der Öffnungszeiten können Besuche exklusiv gebucht werden.

Ansprechpartnerin für Anfragen ist Ursula Kleiner: u.kleiner@stiftung-psyche.de
Mehr unter www.stiftung-psyche.de

Dr. Fred Christmann ist Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Initiator der Stuttgarter Therapietage und Geschäftsführer der Stiftung Psyche.

Die Malaktion »gegenüber«

Von Vera Girbinger, Ute Haas und Christine Lohrey

Anlass für das Malprojekt »gegenüber« im Tageszentrum für psychisch erkrankte Menschen des Landshuter Netzwerks war das vierzigjährige Jubiläum der Psychiatrie-Enquete (vgl. PSU 3/2015), die bekanntlich den Ausbau ambulanten Angebot angestoßen hat, sodass heute die meisten psychisch erkrankten Menschen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in eigenen vier Wänden und in ihrer selbst gewählten Heimatstadt führen können.

trums, um dort die Bilder in spontaner, nicht abgesprochener Zusammenarbeit zu ergänzen. Andere wiederum nahmen die Bilder zu sich mit nach Hause, um sie dort fertig zu malen. Auch bildende Künstler beteiligten sich an der Aktion und gestalteten zweite Bildhälften in ihren Ateliers. Heraus kamen über dreißig Bilder von 67 Teilnehmern.

»Wie viel Kreativität freigesetzt wird, wenn zwei Persönlichkeiten sich eine Leinwand teilen, machen die Ergebnisse eindrucksvoll deutlich«, befand Bezirksratspräsident Dr. Heinrich bei der Vernissage im Juli 2016 in den Räumen der Bezirkshauptverwaltung in Landshut.

Es ist in der Tat erstaunlich und spannend, die »Doppelbilder« in ihrer Vielfalt zu sehen. Teilweise sind sie ganz zu einer Einheit verschmolzen, dann wieder betonen sie den Kontrast. Unterschiedliche, vielfältige und auch sehr humorvolle Zusammenstellungen sind entstanden, gemeinsame Bildsprachen wurden gefunden.

Alle Bilder erzählen eine Geschichte, öffnen Räume und neue Perspektiven. Sie sind Ausdruck einer Begegnung, eines Anknüpfens zweier Menschen auf der Bildebene. Unabhängig von Beruf und gesellschaftlicher Stellung, ob mit oder ohne künstlerisches Vorwissen, gesund oder erkrankt, werden hier zwischenmenschliche Begegnungen vorurteilsfrei und wertschätzend zum Ausdruck gebracht.

Bei der gut besuchten Eröffnung gab es die Möglichkeit, den Bildpartner kennenzulernen oder aber auch unbekannt zu bleiben, was manche Teilnehmer bevorzugten. Alle Bilder blieben unsigniert und unverkäuflich. Es ist geplant, die Bilder auf einer Wanderausstellung als Auftakt für eigene Aktionen zu verleihen. ■

Wer die Bilder bei sich zeigen möchte, kann sich gerne an die Autorinnen wenden: **Christine Lohrey**, Abteilungsleiterin des Tageszentrums; **Vera Girbinger**, **Ute Haas**, Projektkoordinatorinnen. Kontakt: ute.haas@landshuter-netzwerk.de



Eine Begegnung auf Bildebene

Auch das Tageszentrum des Landshuter Netzwerks gehört zu dieser ambulanten Versorgung und bietet den Besuchern einen Ort der Begegnung, des Austauschs untereinander und einer tagesstrukturierenden Beschäftigung.

Anlässlich des Enquete-Jubiläums hatten die Mitarbeiterinnen die Idee, durch ein Malprojekt das Miteinander von erkrankten und nicht erkrankten Menschen zu thematisieren und zwar so: Im Zeitraum von einem Jahr wurden die Besucher des Tageszentrums gebeten, jeweils die erste Hälfte einer Leinwand zu gestalten. Die zweite noch freie Fläche wurde zur Vervollständigung an einen unbekanntem Partner weitergegeben. Die Themen waren dabei völlig frei, einzig die Größe der Leinwand (50x40 cm) war vorgegeben und ein Mittelstrich, der die Leinwand in zwei gleich große Hälften teilte.

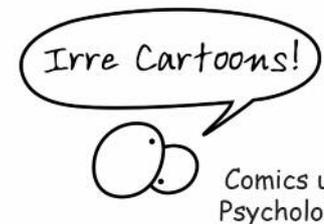
Die als Malpartner eingeladenen Gäste kamen aus verschiedenen politischen Ämtern oder Einrichtungen der Stadt Landshut wie z.B. Gemeinderat, Kirche, Amtsgericht, Schulen und Bezirksverwaltung. Viele kamen in die Malwerkstatt des Tageszen-

Faszination Psychologie

Der Mensch im Spiegel psychologischer Experimente



Die Stiftung Psyche gibt in ihrer Wissenschaftsausstellung Einblicke in die Ursachen unseres Verhaltens. Oft ist uns gar nicht bewusst, wovon wir uns im Alltag beeinflussen lassen. Was allein ein Graffiti an der Wand oder ein weißer Kittel bewirken können, sehen Sie bei uns.



Comics und Psychologie

Ab **12. 11. 2016** zeigen wir in einer Ausstellungserweiterung, wie sich Cartoonisten mit dem Thema Psychologie auseinandersetzen.



ÖFFNUNGSZEITEN
Di – Do, 14:30 – 18:00 Uhr u.n.V.
So (Nov. bis März) 14:30 – 17:00 Uhr

Stiftung Psyche
Johannesstraße 75
70176 Stuttgart-West
www.stiftung-psyche.de

»Wir haben eine soziale Verantwortung«

Ein Interview mit dem zukünftigen Präsidenten der DGPPN

Ab November wird mit **Arno Deister** erstmals ein sozialpsychiatrisch orientierter Psychiater an der Spitze dieser größten und ältesten psychiatrischen Fachvereinigung stehen, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

Cornelia Schäfer sprach mit dem Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe, der auch ein Pionier des Hometreatments ist.

Durch ihre Kandidatur 2014 ist bei manchen eine Erinnerung wach geworden: Vor 45 Jahren hatte sich mit Caspar Kulenkampff schon mal ein Kandidat der Sozialpsychiatrie um die Präsidentschaft der DGPPN beworben, doch wurde seine Wahl erfolgreich angefochten. Was hat Ihnen den Mut gegeben, sich als sozialpsychiatrisch orientierter Psychiater zu bewerben?

Arno Deister: Also, ich glaube schon, dass die Zeit reif war. Mehr als 40 Jahre nach dem damaligen Trauma für die Sozialpsychiatrie. Das war ja doch etwas Traumatisierendes, weil es für eine damals relativ typische Situation in der deutschen Psychiatrie gestanden hat. Ich weiß auch, dass meine Kandidatur auch wahrgenommen wurde als gerichtet gegen etwas. Gegen die, die sonst in der DGPPN führend waren. Das war sie definitiv nicht. Die Motivation war für mich vielmehr, wirklich mal ein paar Dinge zusammenzubringen, die zusammengehören. Ich bin seit fast 35 Jahren Mitglied der DGPPN und war auch schon vor 25 Jahren mal Mitglied im Vorstand. Das war damals aber eine völlig andere DGPPN. Das war wirklich noch eine rein »wissenschaftliche Fachgesellschaft«, wie man sich das so vorstellt, und die Themen, die dort bearbeitet wurden und diskutiert wurden, das waren nicht die Themen, die im Alltag der Mitarbeiter und Patienten eine wesentliche Rolle gespielt haben. Meine Motivation war, diesen wichtigen Qualitätsansatz, den wissenschaftliche Fachgesellschaften haben, nämlich Qualitätsstandards und Leitlinien festzulegen, mit dem zusammenzubringen, wie die Psychiatrie und Psychotherapie vor Ort aussieht. Wie die Psychiatrie der Menschen aussieht.

Hatten Sie es leicht, bei der Wahl die nötige Mehrheit zu gewinnen?

Arno Deister: Nein, das hatte ich nicht leicht. Und ich war mir bis zu der Verkündung des Ergebnisses auch außerordentlich unsicher, ob ich die Mehrheit bekommen würde. Es war ja im Ergebnis auch knapp. Aber selbst wenn es anders ausgegangen wäre, wäre die Kandidatur an sich schon wichtig gewesen, denn die Diskussion da-

rüber hat schon vieles verändert. Es sind Dinge zur Sprache gekommen, die bei der DGPPN – oder ich sage mal: bei wissenschaftlichen Fachgesellschaften allgemein – sonst oft nicht Thema sind. Nämlich die Frage der Versorgung, der klinischen Versorgung vor Ort, die Frage aber auch: Wo wollen wir eigentlich mit unserem Fach hin? Es war ja lange Zeit so, dass vorher schon festgelegt war, wer der nächste Präsident oder die nächste Präsidentin wird. Und das war ja auch ein Problem der Mitglieder, die das nicht eingefordert haben, aber jetzt hat sich die Möglichkeit ergeben, über Personen und Richtungen zu diskutieren. Die Mitgliederversammlung war viel besser besucht als sonst, sie hat auch viel länger gedauert. Es wurde wirklich inhaltlich diskutiert. Und ich glaube, das bleibt auch für die Zukunft so und das tut der DGPPN sehr gut.

Wohin will die Psychiatrie?

Was für Erwartungen werden denn an Sie gerichtet von denen, die Sie gewählt haben, und auch von anderen Menschen außerhalb der DGPPN?

Arno Deister: Die Erwartungen sind teilweise zu hoch aus meiner Perspektive. Man wird natürlich schnell zur Projektionsfläche für ganz viele verschiedene Dinge –, die ich gar nicht alle gleichzeitig erfüllen kann. Aber ich möchte schon, dass sich etwas grundsätzlich ändert – und das tut es übrigens schon während der jetzigen Präsidentschaft von Frau Dr. Iris Hauth, davon bin ich überzeugt. Wie immer in solchen Positionen muss ich natürlich auch darauf achten, dass nicht das Amt schneller die Person verändert als umgekehrt.

Was kann man denn überhaupt im Rahmen so einer Präsidentschaft bewirken, was für Impulse geben, was für eigene Akzente setzen? Frank Schneider fällt mir ein, der die Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit der Psychiatrie vorangetrieben hat. Was könnten Ihre Impulse sein?

Arno Deister: Ich glaube, wenn man was

bewegen will, muss man das tun, was sowieso zu unserer Profession gehört: reden und überzeugen. Schon als President Elect bin ich ja mit der Präsidentin und dem Past-Präsidenten in einem Führungstrio, das heißt, wir teilen uns schon jetzt viele Dinge, gehen auch zu ganz vielen Terminen gemeinsam hin. Da erlebe ich, dass es schon ein offenes Ohr gibt in der Gesundheitspolitik und dass es auch Interesse für unsere Anliegen gibt. Und ich denke, wenn man das nutzt, sich nicht versteckt und ganz klar sagt, was wir brauchen, aber vor allem, was unsere Patientinnen und Patienten brauchen, dann kann man schon was bewegen.

Was ich mir noch vorgenommen habe: Ich möchte dazu beitragen, dass durch die DGPPN die gesamte Breite und die Tiefe des Faches abgebildet wird. Ich erlebe immer wieder und bin selber manchmal ganz überrascht darüber, wie faszinierend dieses Fachgebiet ist. Wie faszinierend die Arbeit mit Menschen ist. Und ich glaube, dass wir noch einiges gemeinsam tun müssen, damit sich das in der gesamten Breite auch in der DGPPN abbildet. Zum Kongress in diesem Jahr wird es ein Buch geben mit dem Titel »Psyche, Mensch, Gesellschaft«. Und in diesem Titel – hoffen wir wenigstens – wird sehr pragmatisch und auch paradigmatisch deutlich, wohin es gehen soll: nämlich hin zu dem, was man vielleicht ein wenig verkürzt »psychosoziale Medizin« nennt.

Und ich bin sicher, dass wir uns in diesen zwei Jahren intensiv beschäftigen werden mit der Frage des Selbstverständnisses von Menschen, die in diesem Fach arbeiten: mit dem Profil von Psychiatern und Psychotherapeuten, von Nervenärzten, aber auch von allen anderen, die in diesem Fach arbeiten. Dass wir uns beschäftigen werden mit dem sozialen Aspekt von psychiatrischer Medizin. Wir haben eine soziale Verantwortung, und die bildet sich auch bereits in Stellungnahmen der letzten Zeit ab: etwa zu der Frage, wie wir mit den Themen »Sterbehilfe« oder »Suizidbeihilfe« umgehen. Oder wie gehen wir mit solchen schrecklichen Dingen um wie mit dem Absturz der German Wings-Maschine im letzten Jahr, mit

Fragen der Schweigepflicht, die ja in dem Zusammenhang diskutiert wurde? Ich glaube, dort haben wir als Psychiater und Psychotherapeuten etwas zu sagen. Und ich möchte gerne, dass wir die Multi-professionalität, die unser Fach heute ausmacht, betonen und dass wir die einzelnen Professionen stärker miteinander verbinden. Noch stärker als bisher.

Wie werden Sie das konkret angehen?

Arno Deister: Um schon einmal den Sprung ins nächste Jahr zu machen: 2017 werden wir in Berlin den psychiatrischen Weltkongress ausrichten. Und eines der vier großen Oberthemen wird sein: Psychiatrie und Gesellschaft. Für diesen Bereich stehe ich ganz besonders. Da wird es um alle Fragen gehen, die mit Menschenrechten zu tun haben. Es wird aber auch um Themen gehen wie Psyche und Armut, wie Armut die Psyche von Menschen beeinträchtigt.

In der täglichen Verbandsarbeit schlägt sich die breitere Orientierung dadurch nieder – und das zeigt sich jetzt schon in dieser Legislaturperiode –, dass wir mit viel mehr Menschen und mit viel mehr Gruppen von Menschen reden, als wir das früher getan haben. Das fängt an mit Menschen, die Soziale Psychiatrie betreiben, das betrifft natürlich auch die Politik, und nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch die Gesellschaftspolitik. Das reicht hin bis zum Einfordern von Forschungsförderung für unser Fach. Da müssen wir sicherlich etwas tun. Wir hatten eine Zeit, wo sich sehr viel entwickelt hat, auch im Bereich der Pharmakotherapie. Das ist aus vielen Gründen etwas abgeflacht. Wir haben eine Zeit gehabt, wo sich ganz viel getan hat im Sinne von Weiterentwicklung von sozialpsychiatrischen Konzepten. Auch das ist vielleicht ein bisschen abgeflacht. Und ich glaube, da müssen wir neue Anläufe nehmen.

Wo Sie das Thema Forschung ansprechen: Es wird ja oft beklagt, dass mehr biologische Forschungsvorhaben gefördert werden und weniger die Versorgungsforschung. Und das ist ja auch das Feld der Sozialpsychiatrie. Also: Welche Rolle spielen Peers in der Genesung, die Angehörigen, Hometreatment, ist das etwas, das die DGPPN forcieren kann?

Arno Deister: Absolut. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie braucht man sicher ein wenig andere Forschungsschwer-

punkte als in anderen medizinischen Fächern. Natürlich ist neurobiologische Forschung ganz wichtig, weil, das Gehirn ist unser Organ. Ja? Nicht nur das unseres Fa-



Arno Deister, der erste Sozialpsychiater an der Spitze der DGPPN

ches, sondern vor allem das der Menschen. Und je mehr wir davon wissen, desto mehr können wir auch den Menschen verstehen. Ich werde mich sehr stark dafür einsetzen, dass wir – wie andere Fächer auch – Forschungsverbünde kriegen, die gut finanziert sind.

Forschung aus der Patientenperspektive

Aber wir müssen auch stärker die Wechselwirkungen von Psyche und Gesellschaft in den Blick nehmen und die Möglichkeiten der Versorgung von psychisch kranken Menschen. Und über die reine Versorgungsforschung hinaus müssen wir Dinge machen, wo wir den Bezug auf den Patienten stärker herstellen, also auch das Thema partizipative Forschung halte ich für sehr, sehr wichtig. Weil das ja auch etwas ist, was unserem Fach angemessen ist. Jeder in der Medizin muss sich Gedanken darüber machen, wie die Patientenperspektive ist, aber wir müssen das ganz besonders tun. Und wir müssen es im Dialog mit Patienten und Angehörigen tun. Im Vorfeld des Weltkongresses tun wir dies übrigens auch schon

verstärkt. Und wo Sie gefragt haben nach konkreten Dingen: Ich habe mich entschieden, mich in meiner Amtszeit als DGPPN-Präsident besonders mit dem Thema der

Menschenrechtsproblematik zu befassen. Und ich könnte mir vorstellen, dass es auch eine Leitlinie geben kann zu Themen der Autonomie des Menschen, zu Teilhabe im psychosozialen Umfeld. Und das ist insofern interessant, als eine Leitlinie eigentlich ein Instrument ist, mit dem man üblicherweise Ergebnisse der klassischen Forschung, besonders der neurobiologischen Forschung und der Pharmakotherapie beschreibt. Aber eigentlich sind ja Leitlinien, und das ist die Aufgabe einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft ein Setzen von qualitativen Standards. Und zwar auf hohem Niveau. Also auf hohem wissenschaftlichen Niveau, aber auch auf hohem Niveau des Einfordern-Könnens. Und ich glaube, dass das ein Instrument ist, was man auch einsetzen muss, um Themen wie Autonomie und Umgang mit Menschenrechten voranzubringen. Hier geht es also auch besonders um ethische Standards, die für unser Fach so wichtig sind.

In der S3-Leitlinie Psychosoziale Behandlung von schwer psychisch Kranken ist das ja auch schon enthalten: die Empfehlung, Zwangsbehandlung zu vermeiden.

Arno Deister: Das ist auch eine Leitlinie, auf die wir sehr stolz sind, sie wird gerade überarbeitet, das muss bei S3-Leitlinien ja regelmäßig passieren. Ich war bei der ersten Version am Rande mit dabei, bin auch bei der zweiten jetzt dabei, deswegen kann ich das, glaube ich, so sagen. Und auch da werden wir uns bewegen. Diese Leitlinie ist eine sogenannte Querschnittsleitlinie, eine nicht an der Diagnose orientierte Leitlinie, sondern am besonderen Bedarf der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Und das können ja sehr unterschiedliche Diagnosen sein. Und die Erfahrung ist immer wieder, dass ein Mensch mit einer schweren depressiven Erkrankung mit dem Menschen, der eine schwere psychotische Erkrankung hat, oft mehr gemeinsam hat – in dem, was er braucht – als der schwer Depressive mit dem leicht Depressiven. Solch eine Querschnittsleitlinie kann es auf anderem Gebiet durchaus auch geben.

Und inwiefern wird die S3-Leitlinie fortentwickelt?

Arno Deister: Der Eindruck der Arbeitsgruppe, die die Leitlinie entwickelt ist, dass sich im Bereich der psychosozialen Therapien bei schwer psychisch Kranken doch einiges entwickelt. Leitlinien brauchen ja immer ein hohes Evidenzniveau, möglichst eine internationale Evidenz und möglichst aus kontrollierten Doppelblindstudien. Und das ist natürlich bei der psychosozialen Forschung extrem schwierig, weil, Placebo-Hometreatment oder so (lacht), wie soll man sich das vorstellen? Gibt's nicht! Trotzdem hat sich in den letzten Jahren international die Evidenz deutlich verbessert. Und das wird eingehen in die neue Ausgabe der Leitlinie. Da ist ja Hometreatment ein Thema unter anderen. Aber es ist ein gutes Beispiel. Denn wir haben ja von der Politik letztendlich den Auftrag: Macht Hometreatment – im neuen Gesetz heißt das jetzt »stationsäquivalente Leistung« – es soll bezahlt werden aus dem Budget der Kliniken. Und da müssen wir jetzt natürlich nachliefern. Wir müssen jetzt Qualitätskriterien für Hometreatment entwickeln, die es so noch nicht gibt.

Noch mal zurück auf Ihren Vorsatz, mit mehr Menschen und Gruppen zu reden. Im Ver-

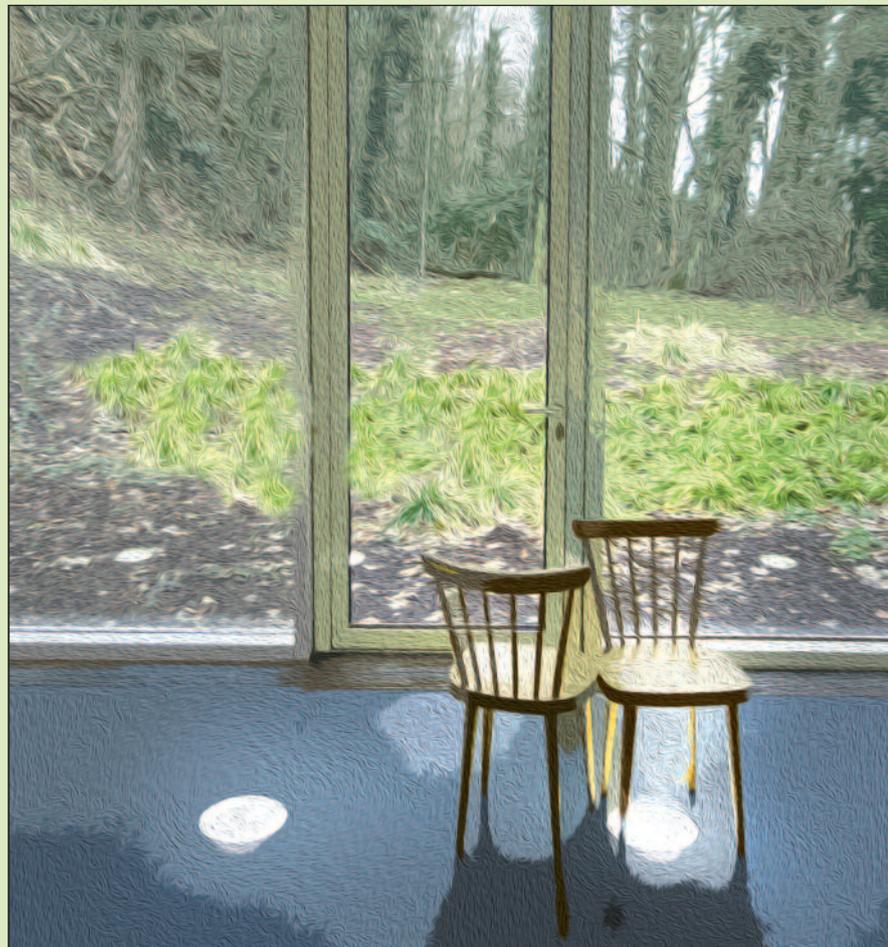
hältnis der DGPPN zur Gemeindepsychiatrie hat sich ja schon etwas bewegt: Es gibt das Referat Gemeindepsychiatrie und seit 2015 auch noch den Beirat mit Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen – was für eine Rolle kann die DGPPN in Bezug auf die Gemeindepsychiatrie künftig spielen?

Arno Deister: Ich muss da zunächst mal ein kleines bisschen den Begriff der »Gemeindepsychiatrie« problematisieren. So ist das übrigens bei vielen Begriffen in unserem Fachgebiet – man kann ganz unterschiedliche Dinge darunter verstehen. Ich verstehe den Begriff Gemeindepsychiatrie weniger als etwas Institutionsmäßiges, das man einer bestimmten Institution oder einem bestimmten Träger zuordnen kann, sondern als eine Denkweise. Es ist aus meiner Sicht eine Einstellung, eine Haltung –, die sich aber natürlich in verschiedenen Institutionen wiederfindet. Und so ist auch das Referat Gemeindepsychiatrie der DGPPN gemeint. Wir sagen: Gemeindepsychiatrie ist alles, was im Versorgungs- und Hilfesystem berücksichtigt, dass Menschen in einem relevanten psychosozialen Kontext leben. Es ist also ein systemisch verstandener Ansatz – kein geografischer Ansatz.

Gemeindepsychiatrie auch in der Klinik

Und wenn sich das auch ein bisschen mehr als Denkweise durchsetzt, ist das ein Feld, glaube ich, das so groß ist, dass da Platz für alle ist. Man muss sich da auch gar nicht drüber streiten. Ich glaube, dass keiner diesen Begriff – vor allem aber die Aufgabe – alleine besetzen kann. Wir müssen hier zu einer noch besseren Zusammenarbeit zwischen ambulanten Netzwerken, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern kommen. Alles andere wäre nicht im Sinne unserer Patienten. Wir müssen gemeinsam Verantwortung in der Region übernehmen. Ich glaube, auch hier tut sich aber etwas. Bei den Gesprächen zeigt sich, dass wir erst mal, ja, am gleichen Menschen arbeiten und da am gleichen Strang – hoffentlich in die gleiche Richtung – ziehen, manchmal allerdings mit unterschiedlichen Methoden. Das Krankenhaus steht häufig auch für ein besondere Bedürfnisse von Patienten, z.B. für das Bedürfnis nach Schutz, für das Bedürfnis nach intensiver Behandlung und oft auch für das Bedürfnis, eben nicht im gewohnten System zu sein, sondern

Anzeige



Seminare für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Arbeitsfelder

KURZFORTBILDUNGEN 2017

Das Programm enthält fast 70 Angebote mit einem breiten Spektrum (sozial-)psychiatrischer, therapeutischer & sozialpolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 16 verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Ressourcenorientierung u.v.a.

Bestelladresse

Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02 | Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de | www.dgsp-ev.de

temporär oder auch längerfristig »auszu-steigen« aus dem System. Das, glaube ich, merken wir auch gerade in Modellprojekten, in denen man ja versucht, die Zahl der Betten zu reduzieren. Hier merken wir, dass die Bettenzahl in einer Region nicht gegen null gehen kann und nicht gegen null gehen darf. Sondern dass wir eine bestimmte Menge von stationärer Behandlung brauchen, um dieses Bedürfnis auch zu befriedigen. Und wenn wir eine Diskussion darüber haben, welcher Rahmen der am besten für einen Patienten geeignete in einer bestimmten Situation ist, dann wird es Situationen geben, wo es das Krankenhaus ist, und es wird Situationen geben, wo es nicht das Krankenhaus ist, sondern die niedergelassenen Ärzte oder andere ambulante Anbieter.

Und ich möchte mich schon dafür einsetzen, dass wir hier an der Schnittstelle vernünftig arbeiten. Dass wir keine Brüche entstehen lassen, wenn Patienten vom einen ins andere System gehen müssen. Keine Versorgungsbrüche, aber auch keine Beziehungsbrüche. Und das heißt, es ist eine Verpflichtung von uns allen, so zusammenzuarbeiten, dass der Patient diese Brüche nicht erleben muss.

Dann sind wir ja jetzt beim Entgeltsystem, wo – Stichwort: Hometreatment – der klinische und der ambulante Bereich schon bald anfangen könnten, sich stärker zu verschränken. Ist das auch eine Chance?

Arno Deister: Ja, das ist die Chance. Wir haben ja im Moment im Rahmen des politisch gewollten Wechsels von einem primär ökonomisch orientierten Preissystem zu einem Budgetsystem mit regionaler Betonung eine Situation, wo wir eine Vorgabe durch die Politik bekommen, die schon ganz entscheidend ist, wenn es nämlich vom Bundesgesundheitsministerium heißt: Es ist doch eigentlich egal, ob das Bett zu Hause steht oder in der Klinik. Es ist natürlich inhaltlich nicht egal, aber gemeint ist damit: Beides ist wichtig, und beides muss bezahlt werden. Das ist ja das, was damit gemeint ist, und darum haben wir lange gekämpft.

Entgeltsystem auf gutem Weg

Eigentlich will ich gar nicht mehr über PEPP sprechen. Aber PEPP hat u.a. für eine bestimmte Denkweise gestanden, und zwar für eine hochgradig ökonomisierte Denkweise. Eine Denkweise, in der die Vergütung das Handeln bestimmt – und nicht umgekehrt. Und dieser falsche Anreiz, dass ich

von der abrechenbaren Einzelleistung ausgehe, dieser falsche Anreiz, der ist jetzt, glaube ich, wirklich weg. Ich muss künftig nicht mehr primär das tun, was sich ökonomisch rechnet, sondern ich muss das in den Vordergrund stellen, was ich brauche: in einer bestimmten Region, für eine bestimmte Gruppe von Menschen. Und das ist das, wofür wir uns mit all den Verbänden und der Plattform Entgelt eingesetzt haben.

Da ergibt sich ja jetzt ein großer gestaltungsbedürftiger Raum. Um nur eine Aufgabe zu nennen: die eben schon erwähnte Verschränkung von klinischer Leistung mit gemeindepsychiatrischen Angeboten, die bisher noch nicht ... geglückt ist, wäre schon zu viel gesagt, die noch fehlt.

Arno Deister: Ja, sie fehlt. Ist noch nicht ausprobiert. Ist momentan noch nicht mal wirklich ausprobierbar. Das sind die wirklich hohen Hürden. Wir reden im Moment bei den Modellprojekten, die wir machen, über Grenzen innerhalb des SGB V, also letztlich innerhalb therapeutischer Maßnahmen. Wir reden aber noch gar nicht über den ganzen großen Bereich der sozialen Fürsorge, also SGB XI, der Pflege, SGB XII: Teilhabe oder Wiedereingliederung. Vor allen Dingen: In Zukunft wird das ja mit dem Teilhabegesetz noch einmal neu sortiert werden – hoffentlich gibt es da übrigens noch Änderungen. Aber trotzdem wird die Trennung bleiben zwischen den Sozialgesetzbüchern. Und die große Herausforderung auch für die Politik wäre natürlich – und das sehen ganz viele Menschen so – wenn man hier auch Schritte geht, um das Ganze zusammenzuführen. Denn es gehört zusammen.

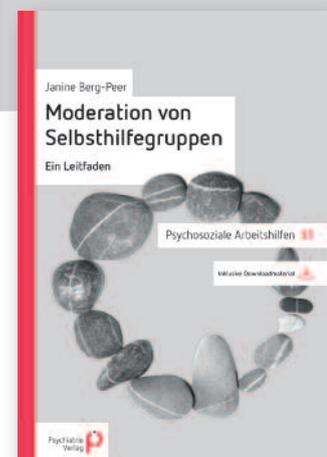
Dicke Bretter ...

Arno Deister: In der Tat. Umso wichtiger wird das werden, was ich als eine meiner Hauptaufgaben während meiner Präsidentschaft genannt habe: Viel miteinander sprechen, mit all den unterschiedlichen Fachgesellschaften und Verbänden, die es in der Psychiatrie gibt – und dann möglichst mit einer gemeinsamen Stimme reden, nicht immer, aber immer öfter. Wenn wir was in der Politik bewegen können, können wir das nur, wenn wir wie z.B. in der Plattform Entgelt Einigkeit demonstrieren. Und ich sehe die Aufgabe der DGPPN auch in einer moderierenden Aufgabe, hier Verbände und Fachgesellschaften zusammenzuführen. Das wird mir sehr wichtig werden. ■

Anzeige

Sprechen wir drüber!

Eine ausgesprochen praxisorientierte Arbeitshilfe, die Gründung, Organisation und Durchführung von klinischen und ambulanten Gesprächs- und Selbsthilfegruppen strafft und erleichtert! Auch erfahrene Moderatoren und Moderatorinnen profitieren von den behandelten Themen: Alles Wissenswerte zu Formen und Settings einer Gruppe, Gewinnung von Mitgliedern, organisatorischen und finanziellen Fragen, Moderation, Kommunikation und Konfliktlösung, Tabu-Themen und Angehörigenarbeit.



Janine Berg-Peer

Moderation von Selbsthilfegruppen

96 Seiten inkl. Downloadmaterial, 19,95 €

ISBN 978-3-88414-651-4

eBook 15,99 €

ISBN (eBook) 978-3-88414-880-8

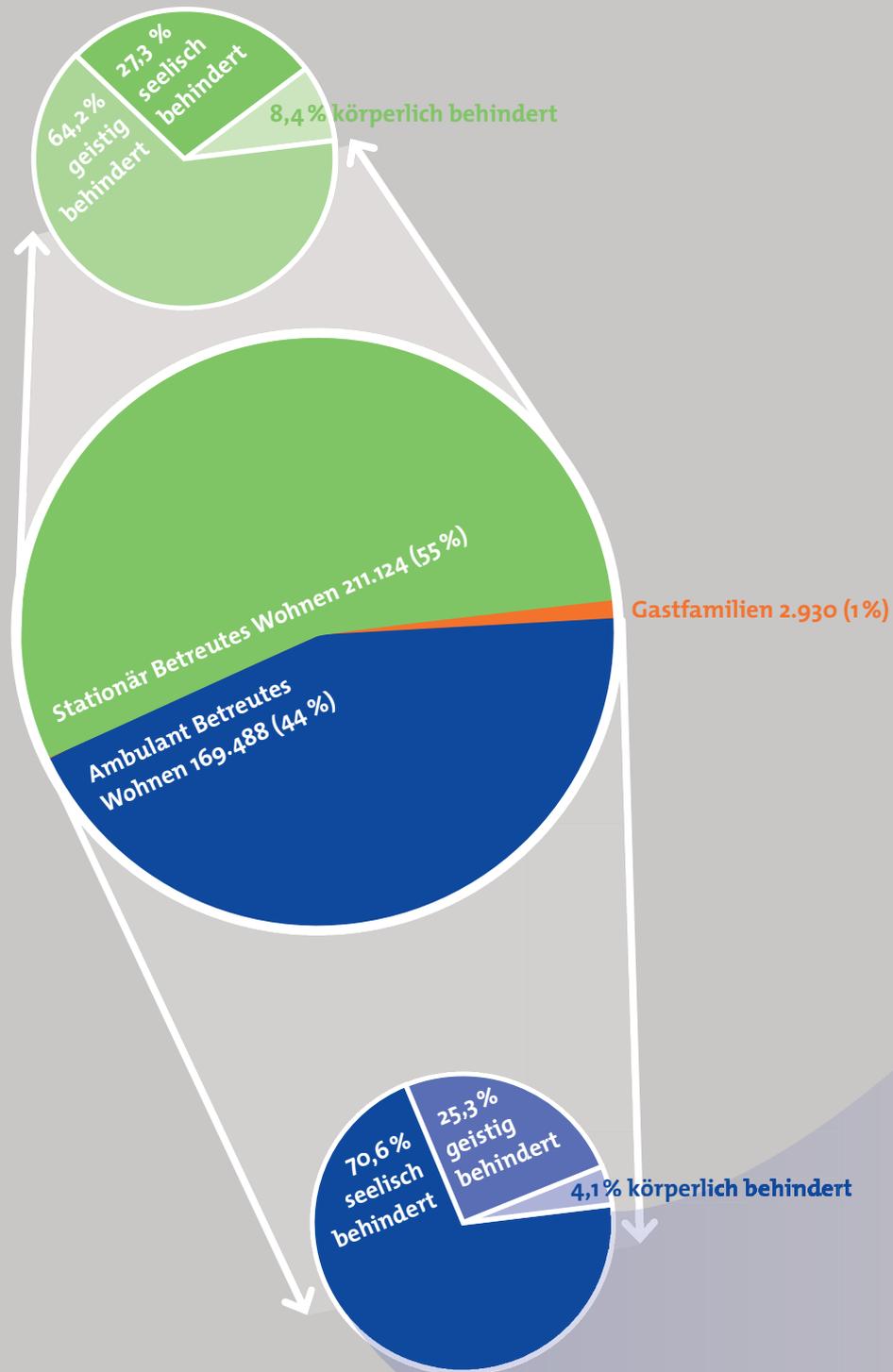
Psychiatrie
Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

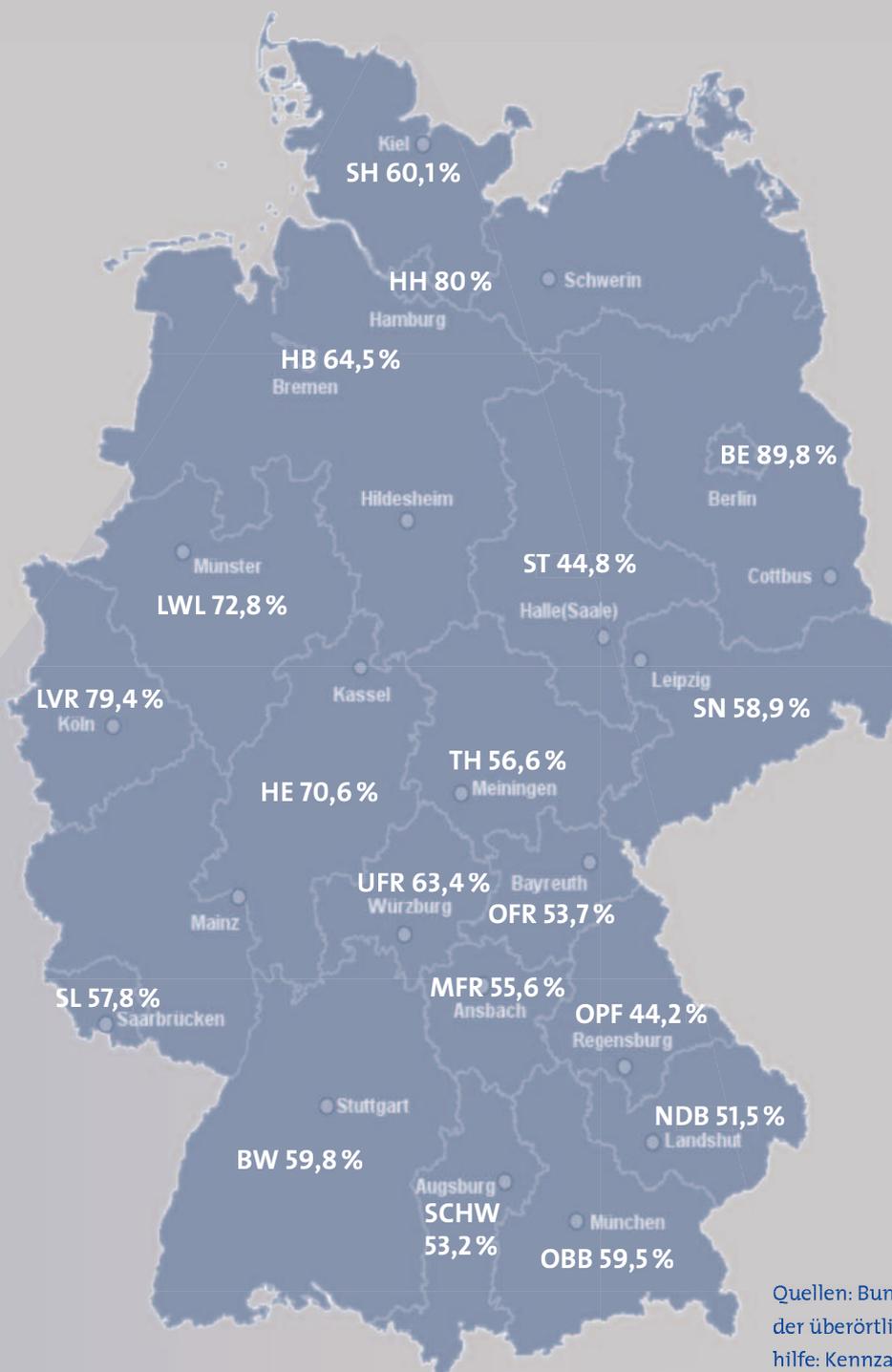
Ambulantisierung des BeWo

Ambulant Betreutes Wohnen ist in Deutschland der Sammelbegriff für selbstbestimmtes Wohnen mit professioneller mobiler Unterstützung für Menschen mit Behinderung. Es wird über Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert und löst zunehmend die Versorgung in einem Wohnheim ab. Hier wohnt noch der größere Teil der Leistungsberechtigten mit geistiger Behinderung, während nahezu drei Viertel der Leistungsberechtigten mit seelischer Behinderung ambulante Unterstützungsleistungen erhalten. Das begleitete Wohnen in Gastfamilien als spezielle Form der ambulanten Unterstützung macht weniger als 1% aus.

Aufgrund unterschiedlicher regionaler Zugangswege und Finanzierungsformen ist die Ambulantisierungsquote sehr unterschiedlich. Im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) liegt sie um 20% höher als in Baden-Württemberg. Allerdings ist die Quote der Leistungsempfänger im stationär Betreuten Wohnen im Bereich des LVR ebenfalls höher als in Baden-Württemberg. Es fand also kein Umbau, sondern ein Ausbau der Leistungen statt. Lediglich Berlin hat eine sehr hohe Ambulantisierungsquote bei gleichzeitig wenigen stationären Leistungsempfängern. Bei einer konsequenten Teilhabeorientierung des Bundesteilhabegesetzes wäre dies die Richtung, in die es zukünftig geht.



Anteil der leistungsberechtigten Erwachsenen mit seelischer Behinderung, die ambulant betreut wohnen



Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2014. Münster 2016. Con_sens – Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH, Hamburg.

Bundesteilhabegesetz: Jetzt sind die Bundesländer am Zug!

Von Michael Konrad

»Nennt mich ruhig behindert, aber haltet mich nicht für blöd.« Mit dieser vom Paritätischen organisierten Postkartenaktion an Ministerin Nahles soll der Unmut über den Gesetzesentwurf machtvoll zur Geltung gebracht werden. Dieser Aktion sind sehr emotionale Diskussionen und seitens lange Stellungnahmen der Verbände vorangegangen, zunächst zum Referentenentwurf, dann zum Gesetzesentwurf. Der Gesetzesentwurf stellt eine klassische Ver-

nämlich jene, die einen »stationären Hilfebedarf« haben. Das widerspricht nicht nur der Intention des Gesetzes, das in der Präambel vorgibt, Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung zu einem selbstbestimmten Leben und nicht zu einem Leben in Institutionen bereitzustellen, diese Regelung beruht auch auf einer Fehleinschätzung. Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben verbinden die Leistungsträger der Eingliederungshilfen in erster Li-

tieren gemeinsam lautstark gegen Leistungsbegrenzungen und berufen sich dabei auf die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention. Allerdings lebt der größte Teil dieser Behindertengruppe bereits in selbstbestimmten Wohnformen, der Anteil dieser Gruppe im stationär Betreuten Wohnen ist der geringste (siehe Seite 26). Assistenzleistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe erhalten sie bereits, das selbstbestimmte Leben könnte am effektivsten durch den weiteren Abbau von baulichen Barrieren gefördert werden.

Ganz anders sieht es bei der Gruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen aus. Der größte Teil dieser Menschen, nämlich ca. 75 %, erhält Leistungen der Eingliederungshilfe in vollstationären Angeboten. Häufig in großen Komplexeinrichtungen, in denen Leistungen zu Arbeit, Wohnen und Freizeit »aus einer Hand« angeboten werden. Vertreten werden diese Personen meist von ihren Angehörigen und dem Verband der Lebenshilfe. Die Angehörigen haben Angst davor, dass die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Leben nicht sachgerecht organisiert wird und ihre behinderten Angehörigen unter die »Räder« kommen. Nach vierzig Jahren institutioneller Eingliederungshilfe kann sich ein großer Teil nicht vorstellen, dass diese das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben wirklich umsetzen können. Sie erleben den Rechtsanspruch der UN-Behindertenrechtskonvention als Diktat von oben und fürchten sich vor der Vertreibung ihrer behinderten Angehörigen aus dem »Paradies« der Behinderteneinrichtungen.

Und die Menschen mit seelischer Behinderung? Sie haben zum größten Teil noch nicht realisiert, dass da etwas im Gange ist. Viele in der Selbsthilfe Aktive, die nach ihrer Position zum BTHG gefragt werden, geben zur Antwort, dass sie sich damit überhaupt noch nicht beschäftigt haben. Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), der mit Ruth Fricke immerhin eine Vertreterin in der vorbereitenden Arbeitsgruppe hatte, äußerte sich nicht offiziell zum BTHG. In einer Arbeitsgruppe bei der Behindertenbeauftragten meinte Matthias Seibt, dass die Trägerorganisationen sowieso nur ihre (geschlossenen) Einrichtungen füllen wollen. Daher schließe man sich der Position der Verbände der Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen an, die den Gesetzes-



Foto: Ernst Fesseler

Die Stärkung der Selbstbestimmung ist das Ziel des BTHG

schlimmbesserung des Referentenentwurfs dar. Es wurde sprachliche Kosmetik betrieben. Wie das bei schnellen kosmetischen Veränderungen halt so ist, wurde etwas hinzugefügt: Anstatt den Text bei wichtigen Paragrafen wie dem § 99 (siehe PSU 3/2016) zu vereinfachen, wurden Ausnahmeregelungen hinzugefügt. Anstatt einer Klärung kam eine noch größere Verunsicherung heraus. Beim Lesen hat man den Eindruck, dass das Gesetz zur Beschäftigung von Juristen gemacht wird.

Missverständnisse und Fehlinterpretationen

§ 99 zielt eindeutig auf eine Leistungsbegrenzung. Dass in mindestens fünf Bereichen der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit) eine Teilhabe Einschränkung vorliegen muss, schließt eine Gruppe mit besonders hohen Kosten von den Leistungen der Eingliederungshilfe aus,

nie mit den Hilfen für Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen. Und das können im Extremfall Assistenzleistungen über 24 Stunden am Tag sein. Aufgrund dieser Erfahrung haben sich massive Ängste bei den Kommunen als Leistungsträger der Eingliederungshilfe aufgebaut, denn sie haben den Hilfebedarf schwer Körper- und Sinnesbehinderter auf die anderen Behindertengruppen hochgerechnet und erwarten nun horrenden Fallzahlen mit umfassendem Assistenzbedarf. Um das zu verhindern, werden Gruppen von potenziellen Leistungsempfängern ausgeschlossen. Das scheint am leichtesten handhabbar zu sein.

Wenn die Kommunen die befürchtete Leistungsausweitung mit den realen Bedürfnissen der Betroffenen vergleichen würden, würde dieser Schrecken sich schnell verlieren. Zwar haben die Verbände der Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen sich am intensivsten an dem Prozess der Gesetzesgestaltung beteiligt. Sie protes-

entwurf ablehnen. Die Absurdität ist offensichtlich: Der BPE lehnt institutionelle Angebote grundsätzlich ab, interessiert sich aber nicht für ein Gesetz, das mehr Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben gewähren könnte.

Die Initiatoren sind gefragt

Die Gemengelage gegenüber dem BTHG kann mit Fug und Recht als verrückt bezeichnet werden. Die Diskussionen werden von Ängsten oder Uninteressiertheit beherrscht. In einer solchen Situation muss sich die moderierende Kraft der demokratischen politischen Institutionen erweisen. Beim BTHG sind das eindeutig die Bundesländer und deren Arbeits- und Sozialminister. Um nochmals an die Ausgangslage für das Gesetz zu erinnern: Im Jahr 2007 hatte die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) damit begonnen, die Reformierung der Eingliederungshilfe anzunehmen. Zwei Gründe wurden genannt: erstens die Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, in der die Ablösung der institutionellen Fürsorge durch eine personenzentrierte Unterstützung zu einem selbstbestimmten Leben gefordert wird; zweitens die Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe, die vor allem durch eine starke Zunahme von psychisch kranken Leistungsempfängern im ambulant Betreuten Wohnen verursacht wurden, ohne dass die Zahlen im stationär Betreuten Wohnen rückläufig waren. Die Hoffnung der ASMK war, das Ziel der Personenzentrierung mit dem Ziel der Kostenreduzierung zu verbinden. Von einem Spargesetz zu sprechen, wie die Verbände das tun, ist daher schlicht gesagt übertrieben.

Die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes zulasten der Heimversorgung wird schon seit der Psychiatrie-Enquete gefordert und von den Verbänden der Gemeindepsychiatrie inhaltlich unterstützt. Es galt schon vor vierzig Jahren als problematisch, dass psychisch erkrankte Menschen in ein Heim müssen, wenn sie einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme passgenauer Hilfen im eigenen Wohnraum entsprechend des individuellen Hilfebedarfs wäre daher die Umsetzung alter gemeindepsychiatrischer Forderungen. Betroffene und Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung müssen daher ein Interesse an der Umsetzung des BTHG haben – aber in einer Form, in der die Leistungen der Teilhabe an einem selbstbestimmten Leben in der Gesellschaft allen

hilfebedürftigen Personen mit seelischer Behinderung zugutekommen.

Die entscheidende Frage wird sein, ob sich die Bundesländer darauf einigen können, das Prinzip der Personenorientierung und Teilhabe für alle Behindertengruppen gegen die Ängste der Kommunen auf Leistungsausweitung im Gesetz zu verankern. Es ist relativ unumstritten, dass die Bundesländer das Gesetz in dieser Wahlperiode zum Abschluss bringen wollen, denn die Kostendynamik drückt sie. So sind z.B. die Kosten für die Sozialhilfe in Baden-Württemberg auch

werden, wird von den Verbänden der Gemeindepsychiatrie heftig kritisiert, da sie enorme Schnittstellenprobleme mit sich bringt. Die Zusammenlegung der beiden Verfahren wäre sinnvoll und außerdem ein Beitrag zur Kostenreduktion. Sie könnte über die Hereinnahme der Leistungserbringer in den in Gemeindepsychiatrischen Verbänden üblichen Hilfeplankonferenzen erfolgen. Die Hilfeplankonferenzen haben sich in einigen Bundesländern bzw. Stadtstaaten wie z.B. Berlin als effektives Instrument zur passgenauen Ermittlung von Hilfen erwie-

Zeitplan für das parlamentarische Verfahren zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) und zum Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

22.09.	1. Lesung Bundestag
23.09.	1. Beratung Bundestag
28.09.	1. Beratung im Bundestagsausschuss Arbeit und Soziales
17.10.	Anhörung im Bundestagsausschuss Arbeit und Soziales (BTHG)
19.10.	Anhörung im Bundestagsausschuss Arbeit und Soziales (PSG III)
30.11.	Abschließende Lesung im Bundestagsausschuss Arbeit und Soziales
02.12.	2. und 3. Lesung im Bundestag
16.12.	Letzter Durchgang Bundesrat

im Jahr 2015 wieder gestiegen, und zwar um 5,3 % gegenüber dem Vorjahr, 56 % der Sozialhilfekosten macht die Eingliederungshilfe aus. Ein beträchtlicher Anteil der Kosten wird durch stationäre Leistungen im Bereich Wohnen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung verursacht. Genau hier könnten die Bundesländer ansetzen.

In ihrer Stellungnahme heben die Länder die Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie hervor, die Stärkung der Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die Stärkung und Ertüchtigung der Regelsysteme, insbesondere die Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen. Kritisiert wird die weitere Belastung von Ländern und Kommunen, insbesondere aufgrund erhöhter Verwaltungskosten durch die anspruchsvollen Teilhabe- und Gesamtplanverfahren.

Hier könnte eine Lösung der Probleme liegen, denn die beiden Verfahren lassen sich nicht nur verbinden, sie sollten sogar verbunden werden. Die Trennung des Gesamtplanverfahrens, in dem die Leistungen der Eingliederungshilfe festgestellt werden, von dem Teilhabeplanverfahren, in dem die restlichen Leistungen zur Teilhabe festgelegt

sen. In Berlin ist die Ambulantisierungsquote bei Menschen mit seelischer Behinderung am höchsten während der Anteil der Menschen in stationären Angeboten der Eingliederungshilfe am niedrigsten ist (siehe Seite 27). Dort wurden vor einigen Jahren Hilfeplankonferenzen unter Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie den Einrichtungs- und Leistungsträgern eingeführt. Die gewährten Leistungen im ambulant Betreuten Wohnen sind dabei grundsätzlich geringer als im stationär Betreuten Wohnen. Gleichzeitig konnte damit das Wunsch- und Wahlrecht der Hilfesuchenden eingelöst werden, da insbesondere junge psychisch erkrankte Menschen stationäre Leistungen vermeiden möchten.

Auf der Protestkarte der Verbände steht: So nicht! Die Frage ist, ob die Bundesländer sich von den vielen sich widerstreitenden Einzelinteressen leiten lassen und auf die Lautesten hören, oder ob sie im Bundesrat ein Gesetz auf den Weg bringen können, das Menschen gleich welcher Behinderung ein weitgehend selbstbestimmtes Leben gewährt, ohne kostenmäßig »aus dem Ruder« zu laufen. ■

Der Regierungsentwurf zum PsychVVG liegt vor Von Ulrich Krüger

Der Artikel zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) in der letzten PSU endete mit dem Wunsch: »An einigen Stellen sollte das Gesetz noch besser werden als der Entwurf.« Nun liegt der Regierungsentwurf vor. Es weist einige Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf auf.

Wesentlicher Ausdruck der Weiterentwicklung der Versorgung ist die Aufnahme der stationsäquivalenten Behandlung in den Leistungskatalog der psychiatrischen Kliniken. Damit wird als neue Form der Krankenhausbehandlung die Möglichkeit einer akutpsychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld geschaffen (Hometreatment). Im Referentenentwurf wurde der stationsäquivalenten Behandlung ein Vorrang gegenüber der stationären Behandlung eingeräumt. Im Kabinettsentwurf heißt es nun, dass stationäre und stationsäquivalente Behandlung nur zu erbringen ist, wenn ambulante oder teilstationäre nicht ausreichen.

Das bedeutet einen Vorrang der Tagesklinik vor dem Hometreatment. Das ist fachlich schwer zu begründen und klingt eher nach einem Versuch, die neue Leistung kleinzuhalten.

Grundlage der Finanzierung soll die Personalbemessung sein, bis 2020 nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), dann gemäß noch zu erstellenden Vorgaben der Selbstverwaltung. Die tatsächliche Personalbesetzung in der Klinik muss nachgewiesen werden. Sofern das vereinbarte Personal im Jahresdurchschnitt nicht vorgehalten wurde, wird eine Rückzahlung fällig.

In einer Stellungnahme von zahlreichen Fachverbänden wird die Kehrtwende von einem Preissystem zu einer Finanzierung über krankenhausesindividuelle Budgets, die weitgehend an der Personalbesetzung orientiert sind, begrüßt. Bemängelt wird allerdings die fehlende Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung des vorgegebenen Personals. Tarifsteigerungen werden nämlich nur teilweise berücksichtigt. Auf die Dauer wird sich wieder eine Finanzierungs-

lücke zwischen erforderlichem und finanziertem Personal ergeben. Des Weiteren wird gefordert, dass bei den künftig nachzuweisenden Stellenbesetzungen den Krankenhäusern ein Spielraum gelassen wird, die Berufsgruppenverteilung zu variieren.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die pauschale, nicht leistungsbezogene Regelung zur Rückzahlungspflicht. Es wird befürchtet, dass es zu dauerhafter Budgetabsenkung führt, wenn ein Krankenhaus zuvor verhandelte Stellen im Jahresdurchschnitt nicht besetzt. Das würde langfristig zu der Qualitätsverschlechterung führen, die durch die Personalmindeststandards gerade verhindert werden soll.

Nach der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 29.10.2016 werden noch einmal Änderungsanträge formuliert werden. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden. ■

Stellungnahme der Fachverbände zum Kabinettsentwurf:
<http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//stellungnahm-45.html>

Novellierung des PsychKG in NRW: zu kurz gesprungen

Ein Zwischenruf von Nils Greve

Wie in den meisten Bundesländern betreibt auch die NRW-Regierung eine Novellierung ihres »Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke«, kurz PsychKG NRW. Nachdem zu Beginn des Jahres ein Arbeitsentwurf erste Kommentare ermöglichte, fand am 30. August eine Anhörung des Landtags zum Entwurf der Landesregierung statt, zu der eine Reihe weiterer Stellungnahmen vorgelegt wurden.

Weitgehende Zustimmung fanden Bemühungen, in der Novelle Rechte der Betroffenen zu stärken und Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen so einzuzugrenzen, dass sie im Grundsatz den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und den einschlägigen höchstrichterlichen Urteilen zur Zwangsbehandlung gerecht werden sollen.

In den mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen wurde aber auch die Befürchtung geäußert, dass ein Teil dieser Verbesserungen in der Umsetzung verloren gehen könnte. Dazu zwei Beispiele:

Länger andauernde oder sich regelmäßig wiederholende Fixierungen werden unter gerichtlichen Genehmigungsvorbehalt ge-



Foto: John Kremp/iphotoease

dig, so ist der Antrag unmittelbar nach Fixierungsbeginn zu stellen.« Diese Öffnungsklausel könnte leicht dazu führen, dass der Schutz des Betroffenen durch den Richtervorbehalt in der Praxis dadurch an Wirkung verliert, dass die Maßnahme bereits vollzogen ist, bevor das Gericht eingeschaltet ist.

Ausnahmen öffnen Hintertüren

Eine Behandlung gegen den Willen des bzw. der Betroffenen bedarf der richterlichen Genehmigung und darf nicht ausschließlich zum Schutz Dritter durchgeführt werden. So weit, so gut. Allerdings tun sich bei näherem Hinsehen auch hier Hintertüren auf. Zum einen schreibt das Ministerium in der Begründung zum Regierungsentwurf: »Sofort die Gefährdung Dritter zwar gegenwärtig ist, aber auch mit einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person einhergeht, die durch eine weniger eingreifende Maßnahme nicht abgewendet werden kann, ist eine Zwangsbehandlung unter den angeführten Voraussetzungen zulässig.« Und in § 18 Abs. 6 des

stellt. Allerdings mit der folgenden Einschränkung (§ 20 Abs. 2): »Ist die gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig erreichbar und die sofortige Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahme zur Vermeidung von erheblichen Nachteilen notwen-

Entwurfs heißt es: »Von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn diese nicht rechtzeitig erreichbar und die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person erforderlich ist.« Beide Einschränkungen lassen auch hier befürchten, dass die postulierten Ausnahmefälle im Alltag der stationären Behandlung zum Regelfall werden könnten.

Ähnlich verhält es sich bereits bei den Vorschriften zur Zwangsunterbringung (die übrigens durch die Novellierung nicht geändert werden sollen): Die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Genehmigung, bei der Betroffenen der richterliche Schutz der Betroffenen fehlt bzw. erst im Nachhinein kommt, ist im Gesetz (§ 14) als Ausnahmefall konzipiert, in der Praxis ist sie der weitaus überwiegende Regelfall.

Insofern zieht sich die faktische Aushöhlung von Rechten der Betroffenen entgegen den Absichten des Gesetzgebers durch die laufende bzw. zu erwartende Praxis als roter Faden durch die im PsychKG geregelten Beschränkungen des freien Willens.

Hierzu trägt das Fehlen von Ressourcen bei, insbesondere die erschwerte Erreichbarkeit der Gerichte. In allen Eilfällen ist eine gerichtliche Entscheidung außerhalb der üblichen Bürozeiten eben gerade »nicht rechtzeitig erreichbar«, und ihre Beantragung ist obendrein mit formalem Aufwand verbunden. Für die unmittelbar Beteiligten – Ordnungsbehörden, Stationspersonal, behandelnde Ärzte – ist es naheliegend, die Zwangsmaßnahme dann eben ohne vorherige Einschaltung eines Richters durchzuführen, wenn ihnen im Gesetzestext entsprechende Möglichkeiten angeboten werden.

Die Behebung dieses Missstandes wäre durch einen richterlichen Bereitschaftsdienst zu erreichen, wie ihn der Sozialverband Deutschland (SoVD) und der Dachverband Gemeindepsychiatrie in ihren Stellungnahmen fordern. Ähnliche Forderungen gab es schon bei der vorherigen PsychKG-Novellierung Ende der 1990er-Jahre. Sie fanden ebenso wenig Eingang in den Gesetzestext wie die Forderung nach einem Facharztstandard bei den ärztlichen Attesten, zumindest bei der sofortigen Unterbringung ohne richterliche Vorabgenehmigung. Hier bleibt es bei der mehrfachen Aufweichung in § 14 Abs. 1: »Zeugnisse nach Satz 1 sind grundsätzlich von Ärztinnen oder

Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind.« In der Praxis ist die Klausel wegen dieser Einschränkungen wirkungslos geblieben, jeder irgendwie greifbare Arzt stellt solche Atteste aus, seine »Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie« wird nicht überprüft.

Die Landesregierung schreckt offensichtlich davor zurück, die guten Absichten ihres Gesetzentwurfs durch die erforderlichen personellen und prozessualen Ressourcen abzusichern. Ärzteschaft und Gerichte werden nicht verpflichtet, rund um die Uhr Fachkräfte bereitzuhalten. Das wäre zwar, insbesondere in Flächenkreisen, mit deutlich erhöhtem Aufwand gegenüber der jetzigen Praxis verbunden – aber wofür, wenn nicht für einen so einschneidenden und häufig traumatisierenden Eingriff in Freiheitsrechte, will eine Gesellschaft Aufwand betreiben?

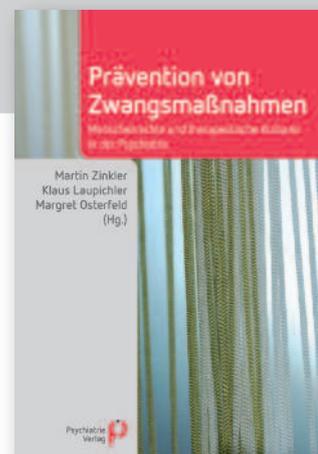
Dachverband und SoVD weisen übereinstimmend auf ein weiteres Versäumnis hin: Wie bisher verzichtet das Land mit dem PsychKG auf die »Schaffung eines bedarfsgerechten und tragfähigen Angebots an vor- und nachsorgenden Hilfen (...) etwa die regelhafte Vorhaltung quartiersnaher Psychiatrischer Krisendienste, die kontinuierlich rund um die Uhr zur Verfügung stehen« (SoVD). »Das Fehlen von Krisenhilfen und Fachärzten besonders abends, nachts sowie an Wochenend- und Feiertagen ist ein seit vielen Jahren von Fachverbänden und Selbsthilfverbänden der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen beklagter Mangel, mit dem sich in der Praxis alle Beteiligten einrichten mussten, dies aber zulasten von Menschen in akuten psychischen Krisen, denen die fachlich gebotene Hilfe dann nicht zur Verfügung steht.« (Dachverband)

Vorläufiges Fazit somit: Insgesamt wurde eine Chance für eine wirkliche Novellierung vertan. Das Pferd wird von hinten aufgezäumt mit dem ausschließlichen Fokus auf die Maßnahmen. Die PsychKG-Novelle beinhaltet Stärkungen der Rechte Betroffener und setzt Zwangsmaßnahmen (noch) engere Grenzen als bisher. Sosehr das zu begrüßen ist – und in den meisten Stellungnahmen auch begrüßt wurde – so groß ist das Risiko, dass die guten Absichten verpuffen, weil sie substantiell nicht abgesichert wurden. ■

Nils Greve ist Diplom-Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und engagiert sich im Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung.

Hilfen gegen Zwang

Zwangsmaßnahmen belasten Profis, Betroffene und Angehörige. Dieses Buch kann die psychiatrische Praxis verändern und zeigt eindrucksvoll, wie Zwang vermieden und Erfolg versprechende Alternativen etabliert werden können. Die Beiträge zeigen therapeutische Kulturen, vermitteln wertvolles Erfahrungswissen und klären auf über (menschen-)rechtliche Hintergründe, vorbeugende Maßnahmen und Strukturen.



Martin Zinkler, Klaus Laupichler,
Margret Osterfeld (Hg.)
Prävention von Zwangsmaßnahmen
256 Seiten, 29,95 €
ISBN 978-3-88414-632-3
eBook 23,99 €
ISBN (eBook) 978-3-88414-882-2

Psychiatrie
Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

Häusliche psychiatrische Krankenpflege: eine Chance, Anerkennung in der psychiatrischen Versorgung zu gewinnen

Von Michael Konrad

Die Krankenpflege spielt in der psychiatrischen Versorgung eine tragende Rolle. In der psychiatrischen Klinik sind die Pflegekräfte diejenigen, die Unterstützung im Alltag geben. In einer Untersuchung von Hemprich und Kisker (1968) zur Zeit der Anstaltspsychiatrie wurden sie gar als die Herren der Klinik bezeichnet. Durch die Entwicklung der Psychopharmaka ging dann die Definitionsmacht wieder an die Ärzte zurück. Die Pflegekräfte wurden zunächst auf die körperliche Pflege und später auf die Organisation des Stationsalltags reduziert, in dem Ärzte und später Psychologen ihre therapeutischen Künste entfalteten.

Die Sozialpsychiatrie baute dann im Wesentlichen auf das Pflegepersonal. Die Zeit der Rehospitalisationen kann als das »goldene Zeitalter« des Pflegepersonals in der Psychiatrie bezeichnet werden. Der Name Hilde Schädle-Deininger ist wie kein anderer mit der Ausbuchstabierung der psychiatrischen Pflege als rehabilitatives Angebot der psychiatrischen Versorgung verbunden. Die Anerkennung der Berufsgruppe zeigte sich in dem Aufstieg in der Hierarchie: Seit den 1980er-Jahren bildet die Pflegedienstleitung zusammen mit dem ärztlichen Direktor die Krankenhausleitung.

Der Kampf um einen Platz im SGB V

Der entscheidende Sprung von der stationären Pflege zur ambulanten Pflege ist in Deutschland bisher jedoch nicht gelungen. Während in der Schweiz die psychiatrische Pflege ein elementarer Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung darstellt, ist Deutschland von einem flächendeckenden Angebot ambulanter psychiatrischer Pflegedienste mit Ausnahme von Niedersachsen weit entfernt. Die ambulante Pflege in der Sozialpsychiatrie hat eine vertrackte Geschichte. In den 1990er-Jahren gab es einen Aufbruch. In verschiedenen Bundesländern wurde Ambulante Psychiatrische Pflege eingerichtet, zum Teil zulasten der Sozialhilfe, zum Teil systemgerecht zulasten einzelner Krankenkassen, meist der AOK. Die Pflegeversicherung erbrachte für die Ambulante Psychiatrische Pflege

keine Besserung, da die Klienten in der Regel nicht in eine Pflegestufe kamen. Der Leistungskatalog war relativ breit, die Leistungen waren nicht besonders gut bezahlt,



Nachfragen, Hilfe anbieten – zu Hause

Foto: Ernst Fesseler

konnten jedoch zeitlich unbegrenzt erbracht werden.

Eine massive Krise der Ambulanten Psychiatrischen Pflege wurde paradoxerweise durch die Aufnahme der psychiatrischen Krankenpflege in den Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege nach SGB V gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgelöst. Der G-BA ist ärztlich dominiert und hat die Richtlinie für die psychiatrische Pflege dementsprechend gestaltet, sie zielt vor allem auf die Vergabe von Medikamenten, nicht auf die Unterstützung im Alltag. Die Leistung soll die Funktionsstörungen psychisch erkrankter Menschen positiv beeinflussen, ist auf vier Monate begrenzt und die Intensität der Betreuung muss im Laufe der vier Monate abnehmen. An die Pflegedienste wurden hohe fachliche Hürden bei gleichzeitig schmaler Vergütung gestellt.

Die bestehenden Pflegedienste mochten sich auf diese Rolle nicht einlassen. Die Dienste, die einen Vertrag mit einer Krankenkasse hatten, arbeiteten auf der Grundlage dieses Vertrages weiter. Pflegedienste, die einen Vertrag mit dem Sozialhilfeträger hatten, mussten mit den Krankenkassen verhandeln, da sich die Sozialhilfeträger mit ihren Leistungen zurückziehen mussten. Es passiert, was man ansonsten der Schweiz nachsagt: die Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege waren von Kanton

zu Kanton verschieden. In Rheinland-Pfalz gab es völlig andere Abschlüsse als in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg war wieder alles anders. Und das bei einer einheitlichen gesetzlichen Vorgabe des SGB V. Positiver Effekt: Es bildete sich ein Bundesverband für die Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP), der die Interessen der Pflegedienste im Bund und in den Ländern vertritt. Und es wurden Erfahrungen mit der Ambulanten Psychiatrischen Pflege gemacht, die zeigen, dass es sich um ein eigenständiges Angebot handelt, mit dem die Selbstbestimmung und die Recovery psychisch erkrankter Menschen gestärkt werden können. Hemkendreis und Hasslinger verdeutlichen das in ihrem Buch »Ambulante

Psychiatrische Pflege« mit der Aussage einer Kollegin, »dass sie früher auf Station jemand sehr leicht dazu bringen konnte, seine verordneten Medikamente zu nehmen. Oft habe es gereicht zu sagen: ›Wenn Sie entlassen werden möchten, müssen Sie drei Wochen Ihre Medizin nehmen, sonst bleiben Sie noch länger hier.« In der Ambulanten Psychiatrischen Pflege funktioniert diese Argumentation nicht mehr, denn die Klientin sagt nun: ›Wenn Sie mir Druck machen, möchte ich keinen Besuch mehr von Ihnen bekommen.«« (S. 38).

Im Rahmen der Integrierten Versorgung wurden weitere wichtige Erfahrungen mit Ambulanten Psychiatrischen Pflege gemacht. Nun geht es darum, die Ambulante Psychiatrische Pflege als wichtiges Element der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verankern. Dies könnte mit dem Pflege-stärkungsgesetz (PSG II) geleistet werden. Ambulante Psychiatrische Pflege im Rahmen des SGB V könnte ein wichtiges Element der Behandlung zu Hause sein. Der G-BA wird die Richtlinie für die häusliche psychiatrische Krankenpflege überarbeiten. Parallel werden in Baden-Württemberg Verhandlungen über ein Modellprojekt zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege geführt, in denen die bisherigen praktischen Erkenntnisse umgesetzt werden sollen. Dazu mehr im nächsten Heft. ■



Inga K. | KRH Personalmanagement

KRH KLINIKUM

ZENTRALE BEREICHE

| AGNES KARLL LAATZEN | GROSSBURGWEDEL | LEHRTE | NEUSTADT AM RÜBENBERGE | NORDSTADT | ROBERT KOCH GEHRDEN | SILOAH-OSTSTADT-HEIDEHAUS
| GERIATRIE LANGENHAGEN | PSYCHIATRIE LANGENHAGEN | PSYCHIATRIE WUNSTORF

Als ein Verbund von 10 Krankenhäusern in der Trägerschaft der Region Hannover sind wir einer der größten öffentlichen Klinikbetreiber Deutschlands. Jährlich versorgen wir rund 135.000 Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 180.000 ambulant.

Von der Medizin und der Pflege schlagen wir eine Brücke direkt zu den Menschen: durch Nähe, Menschlichkeit und Dialog – heute und in Zukunft.

Im **KRH Bildungszentrum** bieten wir Ihnen beste Perspektiven:

PÄDAGOGISCHE LEITUNG (M/W)

für die Weiterbildung zur Fachkraft für
Sozialpsychiatrische Betreuung

Die Stelle ist zum nächstmöglichen Termin befristet bis zum Ende des ersten Weiterbildungsdurchgangs mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Std./Wo. zunächst für 2,5 Jahre zu besetzen.

Ihr Aufgabengebiet:

- | Aufbau der Weiterbildung zur Fachkraft für Sozialpsychiatrische Betreuung
- | Durchführung des Anerkennungsverfahrens für die Weiterbildungsstätte
- | Curriculum-Entwicklung in Form von Lernmodulen
- | Planung und Organisation der gesetzlich geforderten theoretischen und praktischen Einsätze
- | Leitung der Weiterbildung und Unterrichtstätigkeit
- | Akquise von Teilnehmenden und Kooperations-einrichtungen
- | Vernetzung im Sozialpsychiatrischen Verbund

Zeigen Sie Profil:

- | Lehrkraft für Pflege oder ein abgeschlossenes pädagogisches oder pflegepädagogisches Studium, ein Studium der Pflegewissenschaft, des Pflegemanagements, der Psychologie oder der Sozialpsychologie sowie die Weiterbildung zur Fachkraft für Sozialpsychiatrische Betreuung
- | Mehrjährige Berufserfahrung in der Psychiatrie
- | Hohe Kommunikationskompetenz und Konfliktfähigkeit
- | Ausgeprägte Zielorientierung und Eigeninitiative
- | Unternehmerisches Denken und Handeln
- | Ausgeprägte Kundenorientierung
- | Fundierte Kenntnisse in MS Office

Wir bieten Ihnen eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem zukunftsorientierten Unternehmen. Grundlagen für unsere Personalentscheidungen sind Qualifikation und Eignung. Schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation und Eignung vorrangig berücksichtigt. Die Vergütung richtet sich nach TVöD EG 9/10 je nach Qualifikation.

Für weitere Details steht Ihnen die Leiterin unseres Bildungszentrums, Frau Monika Wagemester, telefonisch unter 0511 906 7731 gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns darauf, Sie kennenzulernen!

KRH KLINIKUM REGION HANNOVER
KRH Personalmanagement
Frau Inga Klages
Stadionbrücke 6 | 30459 Hannover
jobs@krh.eu



Heftige Debatte um Arzneimittelforschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen Von Ulrich Krüger

Im Rahmen des Arzneimittelgesetzes soll auch die gruppennützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten geregelt werden. »Gruppennützig« heißt, dass die Forschung nicht der eigenen Behandlung dient, sondern künftigen Patienten mit

land ist bisher gruppennützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen ausgeschlossen. In einer EU-Verordnung von 2014 über klinische Prüfungen in der Humanmedizin wird jedoch eine Ausnahme von diesem Verbot formuliert. Danach kann

bestimmte »Generalvollmacht« zu anfällig für Missbrauch sei.

Im Sommer wurden unter den Abgeordneten Unterschriften für drei Änderungsanträge gesammelt:

Uwe Schummer (CDU), Ulla Schmidt (SPD), Katrin Vogler (Die Linke) und Kordula Schulz-Asche (B90/ Die Grünen) und andere treten für ein völliges Verbot gruppennütziger Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen ein.

Karl Lauterbach (SPD), Georg Nüßlein (CSU), Maria Michalk (CDU), Minister Hermann Gröhe und andere wollen klinische Prüfung zulassen, wenn die Betroffenen in Zeiten ihrer vollständigen geistigen Kräfte und bei Vorliegen von Einwilligungsfähigkeit dieser ausdrücklich zugestimmt haben. Die schriftliche Erklärung soll nur wirksam werden, wenn sich der Betroffene vor seiner Zustimmung über das Wesen, die Ziele, den Nutzen, die Folgen, Risiken und Nachteile gruppennütziger klinischer Prüfungen umfassend von einem Arzt hat aufklären lassen. Zusätzlich muss der gesetzliche Vertreter dem Forschungsvorhaben nach ärztlicher Aufklärung im konkreten Fall zustimmen. An Menschen mit geistiger Behinderung von Geburt an kann nie geforscht werden, wenn sie zu keinem Zeitpunkt einwilligungsfähig waren.

Mathilde Mattheis, Sabine Ditmar (beide SPD) und andere wollen ebenfalls eine vorherige Zustimmung zur Teilnahme an Forschung anerkennen. Sie lehnen jedoch eine Pflicht zur ärztlichen Beratung ab und unterscheiden sich dadurch vom Antrag von Lauterbach & Co. Allerdings soll die schriftliche Erklärung einen ausdrücklichen Verzicht auf ärztliche Beratung enthalten. Damit soll sichergestellt werden, dass jedem die Möglichkeit einer Beratung eröffnet worden ist.

Schutz versus Selbstbestimmung

Viele Verbände, die Kirchen und mehrere Sachverständige bewerten in ihren Stellungnahmen die antizipierte Zustimmung zu fremdnütziger Forschung kritisch. Die EKD sieht die Gefahr, dass Menschen zum Nutzen anderer instrumentalisiert und somit zum bloßen Objekt herabgestuft und benutzt werden. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft weist darauf hin, dass bei Menschen mit Demenz – wie bei anderen Men-



Foto: Ernst Fesseler

Dürfen Menschen mit Demenz an Forschungsprojekten teilnehmen?

gleicher Erkrankung. Dazu steht im Bundestag der »Entwurf des vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften« (AMG) zur Abstimmung. Nach heftigen Debatten im Plenum und im Gesundheitsausschuss wurde die schon im Mai vorgesehene Abstimmung auf den Herbst verschoben. Der Fraktionszwang wurde aufgehoben. Die unmenschlichen Versuche an Menschen mit und ohne Behinderung im Nationalsozialismus, aber auch wiederholt aufgedeckte Medikamentenversuche ohne Kenntnis der Patienten haben deutlich gemacht, dass es klarer gesetzlicher Regeln zum Schutz vor verdeckten und nicht geprüften Forschungen geben muss. Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union sieht vor, dass Interventionen im Rahmen der Medizin oder Biologie nur mit freier Einwilligung des Betroffenen nach vorheriger Aufklärung vorgenommen werden dürfen. Das gilt auch in Deutschland. Der freie Wille setzt voraus, dass der Betroffene die Aufklärung verstehen und die Konsequenzen seiner Entscheidung beurteilen kann. Wenn diese Voraussetzung wegen Krankheit oder Behinderung nicht erfüllt werden kann, spricht man von fehlender Einwilligungsfähigkeit.

Ein Sonderfall ist Forschung, die nicht dem eigenen Nutzen dient, sondern ausschließlich anderen Personen. In Deutsch-

die Zustimmung von nicht einwilligungsfähigen Personen durch ihren gesetzlichen Vertreter erteilt werden. Vor allem auf den Wunsch Deutschlands hin wurde in der EU-Verordnung für diesen Passus eine engere gesetzliche Regelung auf nationaler Ebene ermöglicht. Diese Möglichkeit soll durch die AMG-Novelle aufgegriffen werden.

Vorwegnehmende Selbstbestimmung

Keine der Fraktionen wollte, dass eine Zustimmung des gesetzlichen Betreuers ausreichend ist. Allerdings wird am Beispiel der Demenz ein Grundkonflikt deutlich: Einerseits besteht Forschungsbedarf, denn ohne Erprobung an betroffenen Menschen könnte auch ein noch so wirksames Medikament nie zugelassen werden. Andererseits sind im fortgeschrittenen Stadium der Demenz die meisten Patienten nicht mehr einwilligungsfähig. Im Referentenentwurf zur AMG-Novelle wurde daher vorgesehen, dass gruppennützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen dann zulässig sein soll, wenn sie vor Eintritt der Einwilligungsfähigkeit ihre Bereitschaft zur Einbeziehung an Forschung schriftlich erklärt haben. Dieser Vorschlag wurde vor allem mit dem Hinweis abgelehnt, dass nur eine auf ein konkretes Forschungsvorhaben bezogene Zustimmung wirksam und eine un-

schen auch – Meinungsänderungen möglich sind, die aber möglicherweise wegen der Demenz nicht mehr verbal kommuniziert werden können. »Hier sehen wir die Gefahr, dass eine Patientenverfügung möglicherweise zur Umsetzung kommt, die nicht mehr dem aktuellen Willen des Patienten entspricht.«

Diese Sorge ist nachvollziehbar. Allerdings besteht ein solches Risiko auch bei Patientenverfügungen, die sich nicht auf Forschung beziehen, bei Vorsorgevollmachten, Testamenten und allen auf die Zukunft be-

zogenen Erklärungen. Es kommt heute nicht selten vor, dass solche Willensbekundungen mit der Begründung angefochten werden, dass zum Zeitpunkt der Erklärung bereits die Entscheidungsfähigkeit zu stark beeinträchtigt gewesen sei. Wenn auch eine ohne konkrete Hinweise vermutete Meinungsänderung Zweifel an der Gültigkeit einer ordnungsgemäß verfassten Vollmacht oder Erklärung begründen kann, ist deren Wirkung ohnehin stark eingeschränkt. Insofern geht es bei dieser schwierigen Diskussion indirekt auch um die Gültigkeit aller Erklärun-

gen von Menschen, die in späteren Lebensphasen einwilligungsunfähig werden. Dem entsprechend hält zum Beispiel die BAG Selbsthilfe die Wirksamkeit einer Patientenverfügung auch auf dem Gebiet der Forschung für sinnvoll: »Eine derartige Entscheidung sollte man den Betroffenen aus ihrer Sicht nicht verweigern.« Da die Erklärung jederzeit widerrufen werden kann, fordert die BAG jedoch, auch die Forschung ablehnende Hinweise im Zustand der Einwilligungsfähigkeit als verbindlich zu werten. ■

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Jahrestagung am 07. + 08.11.2015 in Kassel

Verantwortung übernehmen

In den Bereichen psychiatrische Krankenhausbehandlung, Eingliederungshilfe und Pflege stehen aufgrund gesetzlicher Neuregelungen erhebliche Änderungen der Finanzierung von Leistungen bevor. Wer trägt die Verantwortung dafür, dass dabei die notwendige Qualität sichergestellt werden kann und wie können die Beteiligten einschließlich der Nutzer dabei einbezogen werden? Selbstbestimmung und Teilhabe setzen oft voraus, dass bedarfsgerechte und flexible Hilfen angeboten werden. Dafür müssen klare Verantwortlichkeiten bestehen. Im PsychVVG soll die Finanzierung von psychiatrischer Krankenhausbehandlung neu geregelt werden. Wesentliche Kompetenzen kommen dabei der »Selbstverwaltung« zu. Wie kann diese ihrer Verantwortung gerecht werden und wie lässt sich das beeinflussen? Die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes steht bevor. Künftig soll

nicht mehr zwischen ambulanten und stationären Hilfen unterschieden werden. Es ergibt sich die Frage: Wer übernimmt im Bedarfsfall die Verantwortung für umfangreiche Unterstützung, wie sie das Heim geleistet hat? Das Bundesverfassungsgericht unterstreicht die staatliche Schutzpflicht gegenüber hilfsbedürftigen Personen und schließt dabei Zwangsmaßnahmen ein. Doch wer bestimmt die Regeln und wer überwacht ihre Einhaltung?

In Plenarvorträgen und Parallelsymposien mit Diskussion werden Themen behandelt wie

- Verantwortung aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Profis
- Begriffsbestimmung und ethische Aspekte
- Regionale Verantwortung, Gemeindepsychiatrische Verbände
- Verantwortung für die Beachtung von Patientenwünschen und Nutzerzufriedenheit
- Verantwortung für Qualität im Krankenhaus inklusive Personalmindeststandards

- Verantwortung in der Pflege
- Verantwortung in der Eingliederungshilfe
- Verantwortung für Versorgung in speziellen Bereichen: Justizvollzug
- Verantwortung bei Selbst- und Fremdgefährdung
- Wer entscheidet bei Kindern und Jugendlichen?

9. November Selbsthilfetag seelische Gesundheit

Im Anschluss an die Jahrestagung findet am 09. November am gleichen Ort der Selbsthilfetag mit Vorträgen und der Gründung des Netzwerks Selbsthilfe Seelische Gesundheit statt.

Das **Programm der Jahrestagung und des Selbsthilfetages** sowie die Möglichkeit zur Anmeldung siehe www.apk-ev.de

Inklusive Bildung

Im EU-Projekt INDIVERSO werden Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote entwickelt. Ein Interview mit dem Projektkoordinator **Martin Künemund**

Herr Künemund, INDIVERSO – was bedeutet der Begriff und wofür steht das Projekt?

Martin Künemund: Das EU-Projekt »INDIVERSO«, kurz für: Inclusive diverse solutions for vocational education and training, möchte die Berufschancen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen verbessern. Das Wortspiel weist auf die konzeptionelle Ausrichtung hin: Lösungsansätze für eine inklusive Berufsbildung sowie ein Grundverständnis im Umgang mit Beeinträchtigungen in Schule, Ausbildung und Beruf zu entwickeln.

bunden. Während in Deutschland schwerbehinderte Menschen von der aktuell guten Arbeitsmarktlage profitieren – wenn auch nicht im gleichen Umfang wie nicht behinderte Menschen –, wirkt sich die hohe Arbeitslosigkeit in den südeuropäischen Ländern erschwerend auf die Integration in den Arbeitsmarkt aus.

Es gibt in der EU keine einheitliche Behindertenpolitik und Gesetzgebung. Daher bestehen große Unterschiede in der beruflichen Rehabilitation, im Angebot von Integrationsbetrieben, Werkstätten und Integrationsfachdiensten. Während in Osteuropa Werkstätten aufgebaut werden, wurden diese in Großbritannien – zum Teil gegen den Widerstand der Beschäftigten – in den vergangenen Jahren geschlossen.

Die Projektpartnerschaft mit elf Partnern aus sieben Ländern beschäftigt sich mit der Entwicklung eines gemeinsamen Bildungskonzeptes zur Förderung der beruflichen Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Wie sieht das Konzept aus und was genau soll dieses leisten?

Martin Künemund: Die Partner haben in drei Jahren eine Bildungskonzeption erarbeitet, die dem individuellen Bedarf von jungen Menschen und pädagogischen Fachkräften gerecht wird. Die Konzeption enthält sieben Instrumente, die wegen ihrer Komplexität in 17 Module untergliedert und flexibel einsetzbar ist. Entwickelt wurden bildungsbegleitende Angebote für Lernende, Fortbildungen, Supervision und kollegiale Beratungen für Lehr- und Fachkräfte, ein Coach-Training für die individuelle Ausbildungsbegleitung sowie Informations- und Bildungsangebote für Unternehmen. Aufseiten der Lehr- und Fachkräfte wird die Sensibilisierung für eine individuelle Orientierung an den Bedürfnissen des einzelnen Auszubildenden sowie die Vermittlung professioneller Handlungskompetenz angestrebt. Darüber hinaus bauen die Projektpartner unterstützende Netzwerkstrukturen auf und aus. Die ersten Treffen eines regionalen Netzwerkes fanden im Josefsheim in Bigge statt. Über 50 Teilnehmer verschiedener Institutionen und Akteure wie Schulsozialarbeiter, Vertreter der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachkräfte der Integrationsfachdienste, Lehrkräfte der Berufskollegs und Vertreter der regionalen Selbsthilfegruppen folgten der Einladung.

Wenn wir im Bereich Ausbildung und Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt junger Menschen mit seelischer Behinderung von einem Land besonders lernen könnten – welches wäre dies?

Martin Künemund: Es fällt mir schwer, ein Land besonders hervorzuheben. Jedes Partnerland hat seine Stärken. In vielen südeuropäischen und skandinavischen Ländern ist inklusive Bildung weitgehend umgesetzt. Hier besuchen weniger als ein Prozent aller Schüler gesonderte Bildungseinrichtungen.

Voneinander lernen

Von der Arbeit unserer Partner aus den Niederlanden können wir die empowermentorientierte Grundhaltung lernen, die dort konsequent umgesetzt wird. Personenzentrierung, Individualisierung und Flexibilisierung greifen wir im Projekt auf, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

Im Augenblick spielt in manchen Ländern die Rückkehr zur Nationalstaatlichkeit eine große Rolle. Wie sieht dies auf der praktischen Ebene des Projektes aus? Welches Gewicht hat hier das nationalstaatliche Interesse?

Martin Künemund: Wir sind davon überzeugt, dass wir in einem gemeinsamen Europa aus verschiedenen Ländern voneinander lernen und uns gemeinsam weiterentwickeln. Es ist ein ständiges Geben und Nehmen: Man bringt eigene bewährte Konzepte und Beispiele guter Praxis ein und erhält dafür wertvolle Instrumente anderer Partner und entwickelt gemeinsam ein innovatives Instrumentarium. Erasmus+ ist eine hervorragende Plattform für die europäische Zusammenarbeit und Kommunikation. Ohne dieses Förderprogramm wäre unser Entwicklungsprojekt nicht möglich, da den Projektpartnern die erforderlichen Ressourcen fehlen.

Nationalstaatliche Interessen müssen in europäischen Förderprogrammen untergeordnet werden. Derartige Interessen bzw. Themen sollten besser in nationalen Förderprogrammen platziert und erarbeitet werden.

Spielt die UN-Behindertenrechtskonvention bei der Zielsetzung des Projektes eine Rolle?

Martin Künemund: Die UN-Konvention war einer der Ausgangspunkte unseres Pro-



Martin Künemund

Ziel des Projektes ist es, besondere Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote zu entwickeln. Die Projektpartnerschaft hat deshalb ein Bildungskonzept zur Gestaltung einer inklusiven Berufsbildung erarbeitet. Neben Schülern und Auszubildenden richtet es sich an Lehr- und Fachkräfte. Dabei nehmen wir die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen in den Blick und beziehen uns nicht auf eine bestimmte Beeinträchtigung. Die Bildungsangebote können von allen Schülern und Auszubildenden sowie Lehr- und Fachkräften und Ausbildungsbetrieben genutzt werden.

Ist die berufliche Situation junger Menschen mit einem seelischen Handicap weitgehend ähnlich in den Ländern? Welche Unterschiede zeigen sich? Auf welcher Ebene?

Martin Künemund: Die Situation ist in allen europäischen Ländern mit vielfältigen Barrieren und großen Exklusionsrisiken ver-

jekt. Mit der UN-Konvention haben sich die Länder verpflichtet, ein inklusives Bildungssystem einzurichten. Aspekte zur Herstellung inklusiver Strukturen werden europaweit bislang am häufigsten in der schulischen Bildung diskutiert und erprobt. Die Teilhabe an beruflicher Bildung und Arbeit

Inklusion einbringen und Verantwortung übernehmen.

Aus meiner Sicht möchten die meisten Menschen mit Beeinträchtigungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Zugang zu bezahlter, sinnstiftender und stabilisierender Arbeit ist für sie von großer Bedeutung.

wissenschaftlich begleitet. Welche Erkenntnisse lassen sich derzeit hieraus ableiten?

Martin Künemund: Prof. Dr. Gudrun Wansing und Mario Schreiner tragen mit der wissenschaftlichen Begleitung zur objektiven Reflexion der Projektarbeit bei. Im Rahmen des Projektes haben sie Auszubil-

Foto: Cedar Foundation



Die Projektpartner im März 2016 bei der Cedar Foundation in Belfast, Nordirland

gerät weniger in den Blick, obwohl die Artikel 24 und 27 dies nachhaltig fordern.

Unsere Bildungskonzeption kann ein Beitrag zur praktischen Umsetzung sein. INDI-VERSO möchte dazu beitragen, die Fähigkeiten sowie die Persönlichkeit von Auszubildenden zu entfalten und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen.

In Deutschland soll die Eingliederungshilfe durch das Bundesteilhabegesetz abgelöst werden. Wird dies Auswirkungen auf die Chancen der jungen Menschen mit Handicap haben, wollen sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt?

Martin Künemund: Das Bundesteilhabegesetz schafft weitere wichtige Rahmenbedingungen, damit Menschen mit Behinderung in Arbeit kommen. Auch unsere Projektpartnerschaft zielt darauf, dass mehr junge Menschen mit Beeinträchtigungen bessere Ausbildungs- und Berufschancen erhalten. Somit haben das Bundesteilhabegesetz und unser Projekt die gleiche Zielrichtung.

Wichtig wird sein, dass die Gesellschaft die Verantwortung übernimmt und Arbeitgeber, Personalverantwortliche etc. die Rahmenbedingungen des Bundesteilhabegesetzes nutzen. Natürlich ist auch das Engagement der Menschen mit Behinderung gefragt. Sie müssen sich in den Prozess der

Die Rahmenbedingungen müssen jedoch stimmen. Und auch daran arbeiten wir im INDIVERSO-Projekt.

Erfreulicherweise gehört die Selbsthilfe dazu, hier durch die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK) vertreten. Was kann die Selbsthilfe zu diesem Thema beitragen?

Martin Künemund: Der Selbsthilfeverband BAPK ist einer der wichtigsten Partner im Projekt. Als Experten in eigener Sache haben sie eine beratende Funktion. Ohne ihre Beteiligung hätte unser Projekt nicht den erwünschten Verlauf nehmen können. Die Bewertung der Bildungskonzeption durch die Betroffenen und Angehörigen ist sehr wichtig, damit sie deren Bedarf und Vorstellungen entspricht. Auch bei der Verbreitung der Projektergebnisse und Sicherung der Nachhaltigkeit nimmt der BAPK eine wichtige Rolle ein, da er über gute Netzwerke verfügt. Inzwischen sind Vertreter weiterer Selbsthilfegruppen in verschiedene Projektaktivitäten eingebunden. So nehmen Betroffene von Selbsthilfegruppen für Autismus, ADHS und Borderline an den regionalen Netzwerktreffen teil und sind dort als Referenten oder Teilnehmer in Podiumsdiskussionen eingebunden.

Das Projekt wird durch die Uni Kassel, Prof. Dr. Gudrun Wansing und Mario Schreiner

dende mit psychischen Beeinträchtigungen, Lehrer und Ausbilder sowie weitere an der Ausbildung beteiligte Personen befragt. Die Ergebnisse machen sichtbar, welche Beratungs- und Unterstützungsangebote erwünscht sind. Anhand der von den Experten in eigener Sache getroffenen Aussagen können wir bedarfsgerechte Unterstützungsangebote erstellen. Die inhaltliche Ausgestaltung der zu entwickelnden Bildungskonzeption orientiert sich auf diese Weise direkt an den Bedürfnissen der im Ausbildungsprozess involvierten Personen.

Zum Schluss eine persönliche Frage: Ein solches Projekt über mehrere Jahre stets auf Englisch zu leiten, zu koordinieren, die Fristen einzuhalten, die komplizierten Förderrichtlinien zu beachten, etc. all das kostet viel Energie. Was treibt Sie an?

Martin Künemund: Ich genieße die europäische Zusammenarbeit. EU-Projekte sind eine große Chance, mich beruflich und persönlich weiterzuentwickeln und über den Tellerrand des Sauerlandes hinauszuschauen. Jedes Projekt ist wie eine intensive Fortbildung für mich. Europa ist und bleibt spannend. ■

Die Fragen stellte Christian Zechert.
Mehr Informationen über das Projekt:
www.indiverso-erasmus.eu

Unterstützte Beschäftigung für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

Durch die intensive Begleitung eines Jobcoaches fand Florian Probst einen Platz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt **Von Markus Hoffmann und Erik Henkel**

Florian Probst (Name geändert) ist 25 Jahre alt. Er besuchte eine Regelschule und absolvierte mit Unterstützung seiner Lehrerinnen und Lehrer den Hauptschulabschluss. Schon in der Schulzeit war er sehr introvertiert und Einzelgänger – die Lehrkräfte konnten ihn jedoch trotz der Kommunikationsschwierigkeiten integrieren. Herr Probst begann anschließend eine Ausbildung zum Lageristen an einem Berufsbildungswerk (BBW), die mündliche Prüfung absolvierte er mit spezieller Unterstützung

derungen jeder Art nur sehr schwer umgehen kann. Die größte Herausforderung für die Umwelt ist eine ausgeprägte Störung der sprachlichen Kommunikation – Herr Probst redet selbst mit vertrauten Personen nahezu nichts.

Das ist ein großes Handicap, auch wenn Menschen mit ASS in einigen Branchen zwischenzeitlich sehr gefragt sind. So hatte der Softwarehersteller SAP bereits vor einigen Jahren erklärt, 1000 Personen aus dem Autismus-Spektrum anzustellen. Sie gelten

Behinderung nicht erreichen, verbleiben in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder werden aufgrund des sich entwickelnden herausfordernden Verhaltens ganz aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Im schlimmsten Fall verbringen sie ihr Leben in geschlossenen Gruppen einer Behinderteneinrichtung.

Um solche negativen Entwicklungen zu verhindern, hat der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg vor einigen Jahren das Projekt Unter-



Foto: Georg Meister, pixelcode

Florian Probst liebt Lagerhallen

eines Coaches. Trotz qualifizierten Abschlusses und großer Motivation fand Herr Probst keine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Handicap Autismus

Erst verhältnismäßig spät wurde bei Herrn Probst die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gestellt. Im Speziellen äußert sich diese darin, dass er mit Verän-

als zuverlässige Entdecker von Fehlern im System sind und mit ihren spezifischen »Inselbegabungen« wesentlich erfolgreicher als Menschen ohne Handicap. Allerdings gilt die unproblematische Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt nur für diejenigen Autisten, die ihre Fähigkeitsstörungen einigermaßen kompensieren können und ein Mindestmaß an Kommunikationsfähigkeit besitzen. Die große Gruppe derer, die die Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund ihrer

stützte Beschäftigung Autismus ins Leben gerufen. Mithilfe der Begleitung durch Integrationsfachdienste sollten junge Menschen mit Autismus bedingter Behinderung direkt im Anschluss an die Berufsausbildung in einem Berufsbildungswerk den Anschluss an den ersten Arbeitsmarkt schaffen.

Das Programm der Unterstützten Beschäftigung verwendet die Strategie: »First place, then train.« Im ersten Schritt wird

versucht, den Klienten unmittelbar an eine Arbeitsstelle zu vermitteln, für deren Anforderungen nach der Platzierung qualifiziert wird. Damit das gelingt, müssen die Mitarbeiter der Unterstützten Beschäftigung in der Region gut vernetzt sein und Kontakte mit entsprechenden privaten und öffentlichen Arbeitgebern pflegen. Eine Auswahl an möglichen Arbeits- und Praktikumsstellen ist Voraussetzung, damit überhaupt eine Chance für die Vermittlung der Personen mit ausgeprägten Fähigkeitsstörungen besteht. Nach unserer Erfahrung war die Strategie, eine Vergrößerung des Arbeitsplatzangebotes bei kleineren und mittelständischen Betrieben zu suchen, am effektivsten.

Dass diese Begleitung einen längeren Verlauf braucht, in dem auf die spezifischen Eigenheiten des Autismus eingegangen wird, zeigt der Verlauf der Maßnahme bei Herrn Probst. Der Versuch einer Vermittlung ins Materiallager eines Krankenhauses schlug fehl, weil die angestellten Mitarbeiter die zusätzliche Aufgabe nicht bewältigen konnten. Der Versuch einer Vermittlung in eine ausgelagerte Arbeitsgruppe der WfbM schlug fehl, weil die Kollegen sich überfordert fühlten. Damit war klar, dass weitere Vermittlungsversuche ohne differenziertes Wissen über die speziellen Probleme und Fähigkeiten von Herrn Probst nicht erfolgreich sein würden.

In vier Schritten auf den Arbeitsmarkt

Die Vorbereitung für weitere Praktika erfolgte im Rahmen der Ergotherapie.

1. Schritt: Assessment im Rahmen der Fähigkeitsdiagnostik: Herr Probst bewältigt die Aufgaben eines eintägigen Assessmentarbeitsplatzes mit Sortier- und Montagearbeiten, Verpackung und Messung im Prinzip problemlos, verrechnet sich beim Kopfrechnen und »blockiert« dann – nichts geht mehr. Es ist keine weitere Kommunikation möglich. Die Testung muss abgebrochen werden. Die Ursache des »Blockierens« bleibt unklar.

2. Schritt: Halbtägige Beschäftigung in der Arbeitsgruppe in einer anderen in Zentrumsnähe ausgelagerten Arbeitsgruppe der Werkstatt mit intensiver Begleitung durch den Jobcoach:

Herr Probst ist von der Arbeit prinzipiell unterfordert. Probleme tauchen dann auf, wenn etwas passiert, wofür im Voraus keine Lösung vorgegeben wurde. Beispiel: Der Akku des Akkuschraubers ist leer. Obwohl Herr Probst weiß, wo die Ersatzakkus liegen, ist er nicht in der Lage, mit diesem Problem

umzugehen. Er stellt jede Kommunikation ein und ist für den Rest des Tages nicht mehr ansprechbar. An einem der nächsten Tage kann er selbstständig den Akku holen und ersetzen, nachdem ihm der Platz gezeigt worden ist.

3. Schritt: Halbtägige Beschäftigung in der oben genannten Arbeitsgruppe, Ausschleichen der Begleitung des Jobcoaches: Der Jobcoach ist an einzelnen Tagen nur eine Stunde anwesend, die Arbeitstherapeuten vor Ort wurden über Umgangsmöglichkeiten mit Herrn Probst informiert.

Herr Probst bewältigt die Anforderungen der Tätigkeit recht schnell. Probleme tauchen wieder bei unerwarteten Ereignissen auf bzw. bei Veränderungen, die ein Abweichen von der täglichen Routine erfordern. Außerdem reagiert Herr Probst mit Blockaden bei jeder Art von »unklarer« Kommunikation. Beispiel: »Wenn es ein Problem gibt, melden Sie sich bitte.« Herr Probst braucht eine klare Definition des Problems.

4. Schritt: Initiierung eines Praktikums bei der Firma Dritte-Welt-Partner (dwp) in Ravensburg mit stundenweiser Begleitung durch den Jobcoach: Dank klar strukturierter Aufgaben (Kommissionieren mit Liste zum Abhaken) ist zeitnah selbstständiges Arbeiten möglich. Die bisherigen Erkenntnisse werden für das Praktikum genutzt, indem analysiert wird, was zu einem Zusammenbrechen der Kommunikation führen kann:

Wenn Herr Probst während eines Arbeitsschritts unterbrochen wird, stellt er seine Kommunikation unmittelbar ein. Er kann keine Aufträge umsetzen, die nicht exakt und eindeutig formuliert sind, z.B. eine Schraube nach Gefühl anziehen und auch keine mündlichen Anweisungen außerhalb des Arbeitsplatzes befolgen, die keinen konkreten Bezug zur Tätigkeit haben. Es macht Probleme, wenn die Arbeitsaufträge ein unklares Ende haben und wenn Herr Probst von Mitbeschäftigten angesprochen wird. Die Aufforderung zu schnellerem Arbeiten bringt die Kommunikation ebenso wie ein Durcheinander oder ein hoher Lärmpegel am Arbeitsplatz zum Stillstand.

Doch Herr Probst verfügt auch über Ressourcen und Fähigkeiten:

Er kann bei klar vorgegebenen Abläufen selbstständig handeln, kann Aufgaben nach einmaligem Erklären und Zeigen selbstständig erledigen, zeigt eine hohe Arbeitsqualität und macht nahezu keine Fehler. Je länger er eine Arbeit durchführen darf, desto schneller wird er. Werkzeuge kann er routiniert verwenden. Es ist ihm auch möglich, wechselnde Arbeitsaufträge nacheinander

abzuarbeiten, wenn die Reihenfolge im Vorfeld besprochen wurde. Er ist pünktlich und zuverlässig täglich anwesend – auch nach schwierigen Situationen am Vortag. Pausen hält er ein. Sie müssen aber hinsichtlich der Tätigkeiten definiert werden, z.B. mit der Information, dass Menschen in einer Pause üblicherweise etwas essen oder trinken. Er kann mit »Ampel«-Karten im Rahmen der »Unterstützten Kommunikation« seine Befindlichkeit ausdrücken.

Im Verlauf der Maßnahme konnte Herr Probst dadurch integriert werden, dass spezielle Bedürfnisse und Kommunikationsmöglichkeiten erkannt wurden und die Arbeitgeber wie die Kolleginnen und Kollegen entsprechend beraten wurden. Menschen mit Störungen aus dem Autismus-Spektrum können sich nur punktuell an einen Außenrahmen anpassen – hier kann bei entsprechender Beratung und Unterstützung des Arbeitgebers ein individuell angepasster Rahmen geschaffen werden. Für Herrn Probst führte die Akzeptanz und Unterstützung der Kollegen tatsächlich zu einer dauerhaften, sozialversicherungspflichtigen Festanstellung in seinem Wunschberuf als Lagerist.

Ein langer Atem lohnt sich

Die formale Qualifikation für eine Tätigkeit ist keine hinreichende Voraussetzung dafür, dass die Tätigkeit erfolgreich ausgeführt werden kann. Autistische Störungen sind sehr komplex und benötigen eine intensive Begleitung durch einen Jobcoach, um sich auf die spezifischen Eigenheiten, Fähigkeiten und Kommunikationsgewohnheiten der Menschen mit ASS einzulassen. Es ist ferner eine erhebliche Bereitschaft des Arbeitgebers notwendig, die Eigenheiten der autistischen Person zu akzeptieren. Der Jobcoach muss die Faktoren isolieren, die zu einem Zusammenbruch der Kommunikation führen können. Es reicht nicht aus, diese Faktoren zu kennen, um den Klienten wieder aus dem Nicht-Kommunizieren herauszuführen. Ein hohes Maß an Kreativität ist gefragt, um dem Klienten alternative Kommunikationswege anzubieten. Die Methoden der Unterstützten Kommunikation (Kärtchen, Symbole) sind hier sehr hilfreich ■

Dr. Markus Hoffmann ist Diplom-Psychologe im Bereich Arbeit und Wohnen am ZfP Südwürttemberg.

Erik Henkel ist Ergotherapeut und Jobcoach im Fachbereich Reha-Begleitung im Bereich Arbeit und Wohnen am ZfP Südwürttemberg.

Rund um das Kinderkrankengeld

Was ist mit der Arbeit, wenn das Kind wegen Krankheit zu Hause betreut werden muss?

Von Margret Stolz

Auch Kinder, die wegen einer psychischen Behinderung in spezialisierten oder inklusiven Einrichtungen zur KiTa oder zur Schule gehen, können mal akut krank werden. Wenn sie einen fiebrigen Infekt haben, dürfen sie nicht zur Gemeinschaftseinrichtung. Verwandte oder Nachbarn, die das Kind betreuen würden, finden sich nicht so schnell. Oft haben sie Angst, etwas falsch zu machen. So bleibt nichts anderes übrig für die Eltern, als das kranke Kind selbst zu betreuen. Wie sind die Eltern in diesen Fällen gegen Verdienstausschlag abgesichert?

Arbeitnehmer haben einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts, wenn sie bis zu fünf Arbeitstage ohne ihr Verschulden an der Arbeitsleistung gehindert sind (§ 616 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch). Die Pflege eines erkrankten Kindes ist ein triftiger Grund für den Arbeitnehmer, der Arbeit fernzubleiben. Arbeitsrechtlich gilt sein Fehlen als unverschuldet. Der Arbeitgeber muss seinen Mitarbeiter in diesen Fällen von der Arbeit freistellen und ggf. sogar das Entgelt weiterzahlen. Der Arbeitnehmer wird für die Zeit freigestellt, für die ein Anspruch auf Krankengeld bei der Krankenkasse besteht. Die Fortzahlung des Gehalts kann durch Arbeitsvertrag oder Tarifregelung ausgeschlossen sein, nicht aber der Freistellungsanspruch selbst.

Den Freistellungsanspruch haben auch Arbeitnehmer, die nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Einen Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld haben sie dagegen nicht. Für die Freistellung ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.

Wann bekommt man Kinderkrankengeld?

Das Kinderkrankengeld ist wie das Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers eine Lohnersatzleistung. Wenn – wie in den meisten Fällen – für das Fernbleiben von der Arbeit kein Gehalt gezahlt wird, übernimmt die Krankenkasse die finanzielle Absicherung. Die Krankenkasse zahlt Krankengeld, wenn das erkrankte Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann. Für behinderte Kinder gilt keine Altersgrenze. Voraussetzung für den Anspruch auf Kinderkrankengeld ist, dass die

Behinderung seit der Kindheit bzw. Jugendzeit besteht.

Private Krankenversicherungen zahlen kein Kinderkrankengeld im Regeltarif. Auch wenn man selbst gesetzlich versichert ist, das Kind aber privat versichert, wird kein Kinderkrankengeld gezahlt.



Gesetzlich versicherte Selbstständige können ebenfalls Kinderkrankengeld erhalten. Voraussetzung ist, dass ihnen durch die Betreuung eines Kindes tatsächlich ein Verdienstausschlag entsteht.

Kinderkrankengeld kann man auch bei der Versorgung von Stiefkindern oder Enkelkindern bekommen, wenn sie im eigenen Haushalt leben und man für sie den überwiegenden Unterhalt trägt. Wenn diese Kinder bei dem Beschäftigten familienversichert sind, sind diese Voraussetzungen erfüllt.

Das Kinderpflege-Krankengeld kann in jedem Kalenderjahr für maximal zehn Arbeitstage beansprucht werden. Leben mehrere Kinder in der Familie, wird insgesamt für längstens 25 Arbeitstage gezahlt. Wenn beide Eltern beschäftigt sind, hat jeder Elternteil den Anspruch, d.h. es stehen der Familie insgesamt zwanzig bzw. fünfzig Anspruchstage zur Verfügung. Bei Alleinerziehenden verdoppelt sich der Anspruch auf zwanzig bzw. fünfzig Arbeitstage. Angerechnet werden hierbei auch gesetzliche Feiertage, die nicht auf grundsätzlich arbeitsfreie Tage fallen. Für schwerstkranke Kinder mit einer begrenzten Lebenserwartung von we-

nigen Wochen oder Monaten besteht ein zeitlich unbegrenzter Anspruch. Wenn das Kind einen Arbeitsunfall erlitten hat (z.B. einen Unfall auf dem Weg zur Kita oder zur Schule), dann zahlt die Unfallversicherung ein Verletztengeld.

Wenn das Kind im Krankenhaus behandelt werden muss und ein Elternteil aus medizinischen Gründen mit ins Krankenhaus geht, wird der Verdienstausschlag nicht als Kinderkrankengeld gezahlt, sondern als Nebenleistung zu der Krankenhausbehandlung des Kindes. Somit kommt es auch nicht zur Anrechnung auf die kalenderjährliche Höchstanspruchsdauer auf Kinderkrankengeld. In diesem Fall zahlt diejenige Krankenkasse den Verdienstausschlag, die auch die Krankenhausbehandlung des Kindes bezahlt.

Wie bekommt man Kinderkrankengeld?

Die Krankenkasse benötigt eine ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung des Kindes und eine Erklärung, dass niemand anderes im Haushalt verfügbar ist, der das Kind versorgen kann. Außerdem wird eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers benötigt.

Sind die Eltern des Kindes bei unterschiedlichen Krankenkassen, zahlt diejenige Kasse, bei der der zu Hause bleibende Elternteil versichert ist. Bei welcher Kasse das Kind gesetzlich versichert ist, spielt keine Rolle.

Wieviel Kinderkrankengeld wird gezahlt?

Das Krankengeld wird nach dem während der Freistellung ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt berechnet (ähnlich wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall). Das Nettoarbeitsentgelt wird aus dem Bruttoarbeitsentgelt ermittelt, soweit davon Beiträge zur Krankenversicherung berechnet wurden. Das Bruttokrankengeld beträgt dann unabhängig von der Höhe der Einmalzahlung 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Das kalendertägliche Krankengeld darf 70 Prozent der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung nicht übersteigen. ■

Margret Stolz ist Beratungspapothekerin und Sozialversicherungsfachangestellte.

Opfer oder Täter?

Die Rolle der Angehörigen von Psychiatriepatienten in Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit

Von Paul-Otto Schmidt-Michel

Anlass für die Erstellung dieses Beitrags war ein Vortrag des Historikers Götz Aly im Rahmen des Gedenkens an die Opfer der »Aktion T4« am 27.1.2016 in der Rheinessen-Fachklinik für Psychiatrie in Alzey. Die von ihm kritisch beschriebene Rolle der Angehörigen psychisch Kranker empörte nicht wenige Angehörige und man fragte mich

vornehmlich die Angehörigen gemeint, die die Opfer alleine gelassen hätten, somit eben auch »Täter« gewesen seien. Diese Grundthese habe auch, wie er eingangs schreibt, zu dem Buchtitel geführt: »Der Titel ›Die Belasteten‹ umfasst die Ermordeten, aber auch die ›Lebenslast‹ der Angehörigen und das damit verschwisterte Bedürfnis

genutzt wurde und die Aly auf Seite 28 bis 31 ausführlich zitiert. Die Eingangsfrage dieser Erhebung lautete suggestiv: »Würden Sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens Ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, dass es unheilbar blöd ist?« Von den zweihundert befragten Angehörigen

Foto: DGPPN



An der Tiergartenstraße Berlin wird 2012 an die grauen Busse erinnert, in denen Psychiatriepatienten zu den Vernichtungsanstalten deportiert wurden

als historisch forschenden Psychiater, ob ich die in diesem Vortrag ausgeführte These einer »passiven Täterschaft« der Angehörigen für begründet halte.

Die Inhalte des Vortrags von Götz Aly sind eine Zusammenfassung seiner Monografie »Die Belasteten – ›Euthanasie‹ 1939–1945« aus dem Jahr 2013. Die letzten beiden Sätze in diesem Buch lauten: »Wer die ›Aktion T4‹ allein als Verbrechen ›der Nationalsozialisten‹ oder ›der Täter‹ begreift, verschließt die Ohren vor der Botschaft der Ermordeten. Die Opfer der Euthanasie galten vielen als Last. Sie starben gewaltsam und von der Welt verlassen.« (S. 290) Mit den »vielen« sind

nach ›Entlastung‹, nach individueller und kollektiver ›Befreiung‹ von einer Last.« (S. 14) Eigentlich ist das Buch der Versuch einer Beweisführung dahin gehend, wie wenige Angehörige sich um ihre Anverwandten in den Anstalten »gekümmert« hätten und wie es diesen wenigen gelungen ist, ihre Familienmitglieder zu retten.

Ausgangspunkt dieser Argumentation ist für Aly eine Umfrage des sächsischen Anstaltsleiters Ewald Meltzer im Jahr 1920 bei den Angehörigen der geistig behinderten Kinder in dem von ihm geleiteten Katharinenhof, die später von den NS-Tätern zur Legitimation ihres Tuns propagandistisch

hatten 162 geantwortet, von diesen 73 Prozent mit »Ja«. Nach weiteren Suggestivfragen (»Ja, nur, wenn ich sterben würde«, und »Ja, wenn das Kind andauernd körperliche und seelische Schmerzen hätte«) blieben nur zwanzig Personen, die mit »Nein« antworteten. Auf die Angaben dieser methodisch fragwürdigen Umfrage stützt sich Aly dann bei allen weiteren Ausführungen zur Rolle der Angehörigen im Rahmen der »Aktion T4«.

Seine psychologischen Erklärungsversuche für das passive Verhalten der Angehörigen bleiben allgemein: Es habe ihnen der Mut oder der Wille gefehlt, sie hätten Angst

vor der Stigmatisierung wegen erblicher Belastung gehabt oder das »vage Wissen, das Nicht-Wissen-Müssen und das starke Nicht-Wissen-Wollen« habe sie moralisch reglos gemacht.

Der Historiker Thomas Stöckle, Leiter der Gedenkstätte Grafeneck, kommt in seinem Beitrag »Die Reaktionen der Angehörigen und der Bevölkerung auf die ›Aktion T4‹« in dem von Maike Rotzoll und Kollegen herausgegebenen Band »Die nationalsozialistische ›Euthanasie‹-Aktion ›T4‹ und ihre Opfer« zu anderen Schlussfolgerungen und stellt andere Fragen: Welchen Einfluss hatte der Kriegsbeginn auf das Verhalten der Angehörigen? Wie viele Angehörige wussten oder ahnten vom drohenden Schicksal, das den Patienten zugedacht war? Wer wusste von der eventuell geringen Chance, Patienten nach Hause zu holen? Wie viele wurden vom Tod ihres Angehörigen vollkommen überrascht? Thomas Stöckle kommt zu dem Ergebnis: »Insgesamt fällt eine verallgemeinernde Wertung schwer, eine quantitative nahezu unmöglich.« (S. 124)

Stöckle zitiert auch andere Forscher, so unter anderem Kurt Nowak, der meinte, dass kein Unrechtsgeschehen der nationalsozialistischen Ära so viel Protest und Verweigerung ausgelöst hätte wie die »Aktion T4« (S. 118). Und Henry Friedlander kommt zu dem Schluss, dass die Angehörigen stets eine Bedrohung für die Manager von »T4« bedeuteten, denn sonst hätten sie keine Strategien entwickelt, wie die Verlegungen in andere Anstalten, um die Mehrheit zu täuschen, die dem Programm feindlich gegenüberstand (ebd.).

Michael von Cranach berichtet in dem gleichen Buch von Maike Rotzoll und Kollegen von dem Fund eines Ordners, offensichtlich vom Anstaltsdirektor in Kaufbeuren angelegt, mit ca. 150 Briefen von Angehörigen, die auf die Verlegung oder Todesnachricht ihres Familienangehörigen reagieren. Etwa ein Drittel der Briefe hatte einen die »Euthanasie« befürwortenden Tenor, die Mehrheit jedoch ließ eine massive Ablehnung der »Euthanasie«, Trauer, Empörung und Schuldzuweisung erkennen (S. 87 f.).

Solche Briefe der Angehörigen werden in den meisten Anstalten angekommen sein, doch wie viel sagen sie tatsächlich über die Leidensgeschichten aus, die sich zwischen den Opfern und den Angehörigen abgespielt haben? Und in welcher Lebenslage befand sich die überwiegende Zahl der »stummen« Angehörigen? Und was wissen wir darüber, unter welchen Umständen und mit

welcher Vorgeschichte die späteren Opfer in der Regel viele Jahre zuvor, oft Jahrzehnte davor, in die häufig abgelegenen und stigmatisierten Anstalten gekommen sind? Gab es Absprachen mit Angehörigen zum Verbleib auf Dauer? Wie viele wurden über Vormünder eingewiesen, die sich dann nicht mehr kümmerten? Gab es Gewaltereignisse oder andere Zerwürfnisse zwischen Angehörigen und späteren Opfern, die zur Verfremdung untereinander führten? Welche (Polizei-)Behörden veranlassten möglicherweise regelhaft ohne Beteiligung der Angehörigen eine Einweisung?

Die Lebenssituation der »Pfleglinge«

Welche Situation fanden die Planer und Organisatoren der »Aktion T4« in den Heil- und Pflegeanstalten vor? Die meisten Anstalten befanden sich abseits von Großstädten, in ländlichen Regionen, insbesondere die Zwischen-(Durchgangs-)Anstalten, in die die Psychiatriepatienten vor ihrem Transport in die Tötungsanstalten zur Verschleierung deportiert wurden. Die Tagesabläufe waren streng reglementiert, Individualität wurde unterdrückt, höchste Anpassung wurde gefordert – paradigmatisch trugen in der Regel alle »Pfleglinge« entpersönlichende Anstaltskleidung. Anstaltsmauern und rigide geschlossene Stationen verhinderten Fluchtversuche. Angepasste und arbeitsfähige Anstaltsbewohner, etwa die Hälfte, konnten bzw. sollten in den zum Teil ausgelagerten landwirtschaftlichen Kolonien oder in Nähstuben, Schälküchen usw. ohne Lohn arbeiten. Als Gesamtgruppe waren die »Insassen« »eine schon längst ausgegrenzte und abgewertete Minderheit« (ebd., S. 272), die in einer eigenen Welt lebte.

Wie Petra Fuchs 2007 in ihrer »kollektiviographischen Skizze auf der Basis empirischer Befunde« festhielt, hatten die 60 Prozent der erwachsenen Opfer die Diagnose Schizophrenie, ca. 19 Prozent die Diagnose »Schwachsinn« (geistige Behinderung), 6 Prozent litten an Epilepsie, 3 Prozent an progressiver Paralyse (tertiäre Syphilis) und ca. 24 Prozent hatten eine unklare Diagnose. Nur 20 Prozent der Opfer (und der überlebenden Patienten) waren verheiratet, das Durchschnittsalter bei ihrer Aufnahme in die Anstalten betrug 31,8 Jahre (S. 55). Das Durchschnittsalter der Opfer von »T4« war 47 Jahre (bei Kindern 15 Jahre – 5,9 Prozent der »T4«-Opfer waren Kinder) (S. 62).

In den Meldebögen, die die Anstalten an die »T4«-Zentrale in Berlin übermitteln

mussten, sollten unter anderem diejenigen eingetragen werden, die bereits länger als fünf Jahre in den Anstalten lebten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Opfern und Überlebenden in diesen Anstalten betrug bei Beginn der »Aktion T4« zwölf Jahre.

Situation der Angehörigen

Insbesondere bei den an Schizophrenie erkrankten Anstaltspatienten, die Mehrzahl der Opfer, kann davon ausgegangen werden, dass sie bereits Jahre vor der Aufnahme erkrankten und in den Familien gehalten und versorgt wurden (Durchschnittsalter des Beginns der Erkrankung ca. 25 Jahre). Meist hatten sie keine Kinder und die Eltern waren für die damaligen Verhältnisse schon alt (Durchschnittsalter der Opfer, wie oben genannt, 47 Jahre). Blieben also eher Geschwister und entferntere Verwandte, die sich hätten kümmern können. Auch kann davon ausgegangen werden, dass bei den damals nicht vorhandenen medikamentösen Linderungsmöglichkeiten von wahnhaftem, erregtem und zum Teil angstbedingtem aggressiven Verhalten sich nicht selten Tragödien in den Familien abgespielt hatten und die plötzliche Wesensveränderung des Familienmitglieds Hilflosigkeit und Entfremdung der Angehörigen noch vor Aufnahme in die Anstalt wahrscheinlich waren. Alternative Betreuungsmöglichkeiten außer den Heil- und Pflegeanstalten gab es für diese Patienten zumindest für die Unter- und Mittelschicht nicht. Einige Anstalten hatten auch in den 1920er- und 1930er-Jahren einen etwas besseren Ruf aufgrund ihrer verstärkten Versuche, mit Außenfürsorge und Psychiatrischer Familienpflege sich etwas zu öffnen, sodass ein Teil der Familien ihre Verwandten dort angemessen untergebracht sah. Wie oben beschrieben, waren die »T4«-Opfer bereits durchschnittlich zwölf Jahre in den Anstalten andauernd untergebracht gewesen – mit der Folge von Hospitalismus-schäden, die mit emotionalem Rückzug, Mutismus und Gleichgültigkeit einhergehen, sodass anzunehmen ist, dass nicht selten von den Betreuten selbst kein Interesse mehr an Kontakten zu den Angehörigen aufkam bzw. abgelehnt wurde. Auch für die Betroffenen mit anderen Diagnosen kann diese Entwicklung angenommen werden. Für einen größeren Teil der geistig behinderten Untergebrachten kann angenommen werden, dass sie bereits in ihrer Kindheit unter behördlicher Fürsorge standen

und in Erziehungs- bzw. Behindertenheimen für Kinder untergebracht waren und als Erwachsene dann über Vormünder in die Anstalten eingewiesen wurden.

Das therapeutische Ziel der Heil- und Pflegeanstalten war primär nicht die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, sondern die Eingliederung der Kranken in die Anstalt. Die Anstalten entzogen sich in den 1930er-Jahren aufgrund ihrer Gemeindeferne und ihres Selbstverständnisses als autarke Institutionen einer gesellschaftlichen Kontrolle. Angehörige wurden in diesem Getriebe eher als ein Störfaktor angesehen, ihre Anfragen wurden meist knapp, wenn nicht unwirsch und autoritär beantwortet. In dieser Zeit waren Angehörige nur als Informationsträger für Sippentafeln von Interesse, mit der Folge der Selbststigmatisierung. Die Angehörigen konnten auch nur als Einzelpersonen der Institution gegenüber treten – untereinander gab es keine Verbindungen, schon gar keinen Verband. Dies setzt auch ein Selbstbewusstsein und »Schreibkraft« voraus, die viele Angehörige nicht hatten. Der Kriegsbeginn isolierte und

verstreute die Angehörigen zusätzlich durch ihre Einbeziehung in die Kriegsmaschinerie. In Anbetracht dieser vielen hemmenden Faktoren des Sich-kümmern-Könnens ist es eher bemerkenswert, wie viele Angehörige sich trotzdem persönlich und schriftlich zu Wort gemeldet haben.

Die eingangs gestellte Frage, ob die Angehörigen der Unterbrachten in Heil- und Pflegeanstalten Opfer oder Täter waren, kann daher dahin gehend beantwortet werden, dass sie als behauptete Erbträger stigmatisiert waren, dass sie Opfer einer öffentlichen Stigmatisierung ihrer kranken Anverwandten waren (»unnütze Esser«) und dass sie persönlich unter den schweren Krankheiten ihrer Anverwandten gelitten haben.

Trotz des hier vorgenommenen Versuchs, die Lage der Angehörigen in dieser prekären Zeit nachzuvollziehen, ist festzustellen, dass das Verhaltensspektrum der Angehörigen zu ihren Anverwandten zu den verschiedenen Formen der NS-»Euthanasie« von Ablehnung über Nichtwissen und Gleichgültigkeit bis zur Zustimmung reichte und dass eine quantitative oder gar moralische Beurteilung nach der bisherigen Forschungslage Spekulation ist. Auch in Regionalstudien zu einzelnen Vernichtungszentren ist dieser hier thematisierten Rolle der Angehörigen bemerkenswert wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden – ein Versäumnis, das es nachzuholen gilt. ■

Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Psychiater und Psychologe, war bis 2014 Ärztlicher Direktor im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. Er promovierte über die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege, die er dann, neben vielen anderen sozialpsychiatrischen Projekten, ab den 1980er-Jahren realisierte. Seit 1990 engagiert er sich in rumänischen Anstalten für chronisch psychisch Kranke (Beclean e.V.). Eine ausführlichere Version dieses Artikels ist wie die detaillierte Literatur beim Verfasser erhältlich: schmidt-michel@gmx.de.

Zum Nachlesen: Götz Aly: Die Belasteten. »Euthanasie« 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. S. Fischer, Frankfurt a.M. 2013.

Maika Rotzoll, Gerrit Hohendorf, Petra Fuchs, Paul Richter, Christoph Mundt, Wolfgang U. Eckart (Hg.): Die nationalsozialistische »Euthanasie«-Aktion »T4« und ihre Opfer. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn 2010.

Wenn psychisch Kranke gewalttätig werden, sind vor allem Angehörige Opfer Von Norbert Konrad

Im Juni 2016 veröffentlichte das »Office of Research & Public Affairs« der USA einen Bericht über die Rolle psychischer Erkrankungen bei innerfamiliären Tötungen. Ziel der Studie war die erstmalige Erfassung des Anteils psychisch kranker Täter bei innerfamiliären Tötungsszenarien. Hierfür wurden Daten ausgewertet, die ergänzenden Berichten an das FBI zu Tötungsdelikten entstammten. Bei 85 bis 90 Prozent aller dem FBI gemeldeten Tötungsdelikten lagen zusätzliche Detailinformationen zu den Tötungssituationen vor: Im Jahre 2013 waren in einem Viertel (ca. 4.000) aller Tötungen (ca. 16.000) in den USA Familienangehörige involviert.

Ausgehend von Datenanalyse der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur zwischen 1960 und 2015 schätzten die Autoren, dass in 50 Prozent der Fälle, in denen Eltern ihre Kinder töten, eine psychische Erkrankung der Täter vorlag, in 67 Prozent der Fälle, wenn Kinder ihre Eltern töten, in 10 Prozent der Fälle, wenn ein Ehepartner den anderen tötet, in 15 Prozent der Fälle, wenn ein Geschwister ein anders tötet und in 10

Foto: Ocooskun, clipdealer.com



Prozent bei Tötungen mit anderen Verwandtschaftsbeziehungen. Hochgerechnet auf alle innerfamiliären Tötungen ergab sich damit ein Anteil psychisch kranker Täter von 29 Prozent bei innerfamiliären Tötungen sowie von 7 Prozent bei allen Tötungen. Angehörige sind also in denjenigen Fällen, in denen die psychische Erkrankung mit Tötungsdelinquenz einhergeht, viel häufiger betroffen als die Allgemeinbevölkerung.

Des Weiteren ergab die Studie, dass trotz deutlicher Abnahme der Gesamtzahl der Tötungsdelikte in den USA in den letzten Jahren keine Abnahme innerfamiliärer Tötungen in denjenigen Fällen registriert wurde, in denen die Eltern ihre Kinder oder die Kinder ihre Eltern töteten. Frauen traten bei der Gesamtzahl der Tötungen in 11 Prozent als Täter in Erscheinung, bei innerfamiliären Tötungen in 26 Prozent. Über 65 Jahre alte Opfer innerfamiliärer Tötungen waren dreimal so häufig, über 75-jährige Opfer viermal so häufig im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung betroffen. Tatwerkzeuge waren häufiger Messer oder andere scharfe Gegenstände als Schusswaffen. Als Hauptrisikofaktoren im Hinblick auf die Begehung einer interfamiliären Tötung wurden der Missbrauch von Alkohol oder Drogen sowie die Ablehnung der neuroleptischen Medikation

dargestellt. Bei den Präventionsempfehlungen im Abschlusskapitel wurde der Einahme von Clozapin (Leponex®) sowie Depotneuroleptika eine hervorragende Rolle zugeschrieben.

Dass im Falle von gewalttätigen Handlungen psychisch Kranker bevorzugt Angehörige betroffen sind, ist bereits aus anderen internationalen Studien bekannt. Ob und wie die in den USA ermittelten Zahlen auf die deutsche Situation übertragen werden können, ist fraglich. Generell ist davor zu warnen, allzu schnell mit kausalen Verknüpfungen zwischen Krankheitssymptomatik und Aggressionsverhalten aufzuwarten. Einigkeit besteht in der Forensischen Psychiatrie darüber, dass im Falle von aggressivem Verhalten bei Vorliegen einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit allein oder in Kombination mit einer Psychose die Sucht als ein sehr viel bedeutsamerer Risikofaktor als die psychotische Störung allein gilt. Vor allem aber muss berücksichtigt werden, dass in den USA die Enthospitalisierung in den vergangenen Jahrzehnten deutlich schlechter gelungen ist als in Deutschland, etwa im Hinblick auf die im Vergleich zu Deutschland deutlich schlechteren komplementären Versorgungsstrukturen in der Gemeinde. Liegt der Fokus auf präventiven An-

sätzen, ist die in der Veröffentlichung empfohlene adäquate medikamentöse Behandlung sicher wichtig, jedoch aus meiner Sicht nicht von ganz hervorragender oder gar ausschließlicher Bedeutung; sie muss in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebunden sein, das die sogenannte Medikamentencompliance fördert.

Warnsymptome und Drohungen im Vorfeld häufig

Von präventiver Bedeutung ist auch – wie auch in der Publikation erwähnt wird –, dass in der Mehrzahl der Fälle den innerfamiliären Tötungen Warnsymptome und Drohungen vorangegangen sind, die häufig ignoriert wurden. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit und Rolle der Angehörigenarbeit, etwa die Bedeutung von Angehörigengruppen, in dem Bericht an keiner Stelle erwähnt. ■

Die Studie im Original: TACReports.org/raising-cain

Norbert Konrad ist Universitätsprofessor am Institut für Forensische Psychiatrie der Charité in Berlin und leitet die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin.

Orientierung an den Erfahrungen der aktiv Handelnden

BApK will Deeskalation zu einem kontinuierlichen Angebot machen **Von Christoph Müller**

Was kann ich tun, wenn mein psychisch erkrankter Angehöriger hoch angespannt ist, verbale Auseinandersetzungen stattfinden oder sogar körperliche Tötlichkeiten vorkommen? Welche Möglichkeiten habe ich, mich verbalen und körperlichen Übergriffen zu erwehren? Und was ist mit mir? Eigene aggressive Gefühle treten auf – wie gehe ich mit meinem Ärger um? Mit solchen Fragen setzen sich manche Angehörige psychisch erkrankter Menschen auseinander und lernen: Angst und Verunsicherung weichen, wenn Angehörige mehr Zutrauen erleben und neue Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen können.

Dieser Überzeugung ist Christian Zechert vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V. Er hat in den Jahren 2014 und 2015 bei dem Praxisprojekt des BApK zum »Umgang mit häuslicher Gewalt und Deeskalationsstrategien für Familien mit einem psychisch er-

krankten Familienmitglied« gearbeitet. Im Zusammenhang mit diesem Projekt fand nicht nur ein Deeskalationstraining für Angehörige im Oktober 2015 in Bonn statt, auch die Broschüre »Was tun – bei Konflikten und Aggressionen in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen?« erfreut sich einer großen Nachfrage.

»Es ist an der Zeit, dass wir weitere Schritte tun«, stellt Zechert fest und kündigt an, dass ein Deeskalationstraining für Angehörige zu einem Angebot in der Angehörigenselbsthilfe werden soll. Dafür hat sich der BApK einen kompetenten Kooperationspartner gesucht. Mit PD Dr. Stephan Debus von der Medizinischen Hochschule Hannover und vom Institut für Kultursemiotik im niedersächsischen Wennigsen ist ein Experte gefunden worden, der das Aggressionsmanagement innovativ angeht.

Debus leitet das Forschungsprojekt »Simulation und Reduktion von Zwangsmaß-

nahmen in der Psychiatrie (SRZP) – ein Modellprojekt der Konflikt-, Gewalt- und Präventionsforschung«. Zugleich konzipiert er die Deeskalationsschulungen für psychiatrisch Tätige, die sich von den bekannten Deeskalationstrainings deutlich unterscheiden. Er legt den Schwerpunkt darauf, wie Gewalt und Zwang durch veränderte Kommunikation und Beziehungsarbeit verringert werden können, ob auf einer psychiatrischen Station oder im häuslichen Bereich.

So haben die Deeskalationsschulungen des Instituts auch einen präventiven Charakter mit einer großen Relevanz für den Alltag psychisch erkrankter Menschen. »Dies wollen wir nun auch für die Angehörigenbewegung fruchtbar machen. Schließlich sitzen Angehörige und psychiatrisch Pflegende eigentlich in demselben Boot. Oder anders gesagt: Sie machen vergleichbare Erfahrungen«, ist Zechert sich sicher.

Angehörige werden in einer ersten Wochenendveranstaltung die Gelegenheit haben, mithilfe des Psychodramas Erfahrungen und Erlebnisse nachzuspielen oder zu reinszenieren. Diese Szenarien werden im Schwerpunkt auf Sprache und Körpersprache analysiert. An einem zweiten Wochenende werden die Rollenspiele reflektiert, sodass bei einem abschließenden dritten Wochenende gemeinsam Handlungsalternativen erarbeitet werden. »Das Überzeugende des Konzeptes ist die Orientierung an den Erfahrungen der aktiv Handelnden«, sagt Debus. Das Psychodrama sei eine sehr effektive Methode, sich seiner Handlungsweisen und Emotionen bewusst zu werden und zu verändern. Dadurch können auch sehr schwierige oder gefährliche Situationen verändert und entspannt werden.

Das Psychodrama arbeitet u.a. mit der Methode des Rollenwechsels. So wird an den

Wochenenden ein Angehöriger in einer konkreten Krisensituation in die Rolle eines anderen Angehörigen, des psychisch instabilen Menschen oder sogar in die Rolle eines anderen Helfers schlüpfen. Der Perspektivwechsel sorgt erfahrungsgemäß für völlig unerwartete Erlebnisse. In der Nachbesprechung können die Erlebnisse in der Gruppe mit anderen Angehörigen reflektiert werden und zu neuen Verhaltensweisen führen. Auch diese neuen Verhaltensweisen werden im Psychodrama daraufhin überprüft, inwieweit sie sich in der Praxis bewähren. Das fördert das Zutrauen, sich in Krisensituationen besser zu bewähren.

Stephan Debus, der auch an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover psychiatrische Methodenlehre lehrt, freut sich auf die Zusammenarbeit mit dem BApK: »Von diesem Miteinander kön-

nen die Angehörigen, die Betroffenen und die psychiatrisch Tätigen nur profitieren. Die Erweiterung der Perspektiven wird auch die Handlungsalternativen erweitern. Da bin ich mir sicher.«

»Wir brauchen das Engagement der teilnehmenden Angehörigen«, stellt BApK-Vorstandsmitglied Zechert fest. Finanziert werden sollen die Schulungen aus dem Mix eines Eigenanteils, aus Mitteln des Bundes oder der Landesverbände und aus Unterstützungen der Selbsthilfe durch die Krankenkassen. Die erste Schulung ist bei entsprechender Nachfrage für den Herbst 2016/das Frühjahr 2017 geplant. Anfragen bitte an: BApK@psychiatrie.de ■

Christoph Müller arbeitet als Projektreferent beim Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V. und als Krankenpfleger in der forensischen Psychiatrie.

»SeeleFon« sucht ehrenamtliche Mitarbeiter

»Wir suchen engagierte und motivierte Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die Menschen in psychischen Ausnahmesituationen und vor allem deren Angehörigen Unterstützung geben wollen.« Mit diesen Worten wirbt die Geschäftsführerin des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V., Dr. Caroline Trautmann, um neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das »SeeleFon«. Das »SeeleFon« ist ein kostenloses Beratungsangebot für Betroffene und Angehörige psychisch erkrankter Menschen, das telefonisch und über das Internet erreichbar ist. »Helfer und Freunde, Kollegen und Nachbarn suchen Antworten auf ihre Fragen und wissen oft nicht, wohin sie sich wenden sollen. Dabei ist der Informations- und Beratungsbedarf ebenso enorm wie die angesprochene Themenvielfalt. Sie umfasst unter anderem Krankheitsbilder, die Behandlungsoptionen, den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, rechtliche Fragen und auch den Wunsch, über sehr persönliche Dinge zu sprechen«, erläutert Trautmann.

Für das »SeeleFon« sucht der BApK aktuell Ehrenamtliche, die bereit sind, sich regelmäßig an das Telefon oder den Computer zu setzen, um psychosoziale Unterstützung zu geben. Die künftigen Beraterinnen und Berater sollten aus verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Selbsthilfe kommen

sowie aus verschiedenen Altersgruppen und Wirkungsbereichen. Eine grundsätzliche Offenheit gegenüber herausfordernden Situationen und Biografien ist wichtig.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in einem dreiwöchigen Kurs auf die Aufgaben vorbereitet. Dort gibt es dann nicht nur formale Einführungen in eine Software, die bedient werden muss, sondern auch grundlegende Informationen zu seelischen Erkrankungen, deren Dynamiken und Behandlungsmöglichkeiten werden gegeben. »Es ist uns ein besonders wichtiges Anliegen, dauerhaft eine gute Qualität der Beratung zu gewährleisten und unser Angebot an dem Bedarf der Rat-suchenden auszurichten«, sagt Trautmann.

Der BApK wünscht sich, dass sich jemand mindestens zwei Jahre engagiert. Dies hängt nicht nur mit dem Aufwand des Selbsthilfeverbands für die Schulungen zusammen, die auch begleitend stattfinden. Kontinuität sei einfach ein Qualitätsmerkmal bei der Begleitung psychisch veränderter Menschen und ihrer Angehörigen, so Trautmann.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) und die Landesverbände unterstützen durch kostenlose Beratung und Information, Vermittlung von Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen. Der Bundesverband sucht darüber hinaus den Dialog und die Zusammenarbeit



auf gesundheits- und sozialpolitischer Ebene, um ein Versorgungsangebot zu schaffen, das auch den Bedürfnissen chronisch Kranker und ihrer Angehörigen gerecht wird.

Seit 2000 betreibt der Verband bereits eine Hotline. Seit Mitte 2011 hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen unter der Rufnummer 0180 5950951 und der Festnetznummer 0228 71002424 sowie der E-Mailadresse seelefon@psychiatrie.de sein Angebot zur bundesweiten Selbsthilfeberatung zu psychischen Erkrankungen ausgebaut und erweitert.

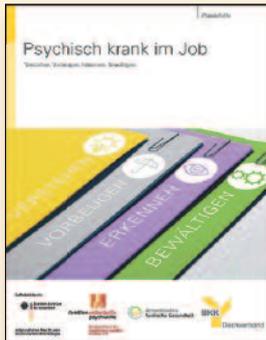
Haben wir Ihr Interesse geweckt? Können auch Sie sich eine ehrenamtliche Mitarbeit bei unserem »SeeleFon« vorstellen? Bei Interesse wenden Sie sich gerne an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Dr. Caroline Trautmann, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn, Telefon 0228 71002400. ■

Christoph Müller, Mitarbeiter des BApK

NOCH FRAGEN ?

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Psychisch krank im Job



Psychische Erkrankungen treten auch am Arbeitsplatz auf. Sie waren 2014 die drittgrößte Krankheitsgruppe bei Beschäftigten. 40 Tage dauert die Krankschreibung 2015 im Durchschnitt. Doch wie reagiere ich als Kollege und als Vorgesetzte, wenn ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin psychisch auffällig wird, zu viel Alkohol

trinkt, Symptome einer Depression zeigt oder im Kontakt nicht mehr rational reagiert? Handelt es sich überhaupt um eine psychische Erkrankung und woran erkenne ich diese? Hier sachliche Informationen und Entscheidungshilfen zu vermitteln, aber auch Mut für Nachfragen zu machen, dies ist die Aufgabe der Broschüre. Ein multiprofessionelles Redaktionsteams des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen sowie des BApK vermittelt praktisches Wissen über psychische Belastungen, Störungsbilder und präventive Maßnahmen. Ein Gesprächsleitfaden, und zahlreiche Empfehlungen für Führungskräfte runden das Angebot ab.

Laura-Marie Mätschke, Sabrina Sebbesse, Dr. Dagmar Siewerts (BKK Dachverband e.V.), Christian Zechert (BApK e.V.): **Psychisch krank im Job. Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen.** Vollständige Neufassung. Berlin-Bonn 2015. 88 Seiten.

Was tun bei häuslichen Konflikten?



»Seit mehreren Monaten kommt es in unserer Familie immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen. Nicht nur mit Worten. Gegenstände werden zerstört und mehr als einmal hat unser Sohn mich geschlagen. Auch sind wir als Eltern nicht immer nur geduldig, sondern ebenfalls sehr angespannt. Wir wissen nicht, was wir tun können, obwohl wir unseren erkrankten Sohn sehr lieben.«

Immer wieder erreichen den Bundesverband der Angehörigen ähnliche Schilderungen zur angespannten häuslichen Situation. Doch was können wir Angehörigen empfehlen, wenn jemand droht sich oder andere zu verletzen? Was sollten wir lieber bleiben lassen? Was empfehlen Betroffene eigentlich selbst, um diese Konflikte zu vermeiden? Wie kann ich mich schützen? Antworten auf diese Fragen fasst die aktuelle Broschüre zusammen. Sie beruht auf Berichten erfahrener Angehöriger aus der Selbsthilfe. Zugleich wird professionelles Wissen über Deeskalationstechniken und Prävention aus dem klinischen Bereich für die häusliche Situation übertragen.

Christian Zechert und Dr. Caroline Trautmann (BApK e.V.): **Was tun bei Konflikten und Aggressionen in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen? Empfehlungen für Familien und Freunde psychisch erkrankter Menschen.** Bonn 2016. 32 Seiten.



familien **selbsthilfe**
psychiatrie

BApK e.V. Oppelner Str. 130, 53119 Bonn, Tel: 02 28 / 71 00 24 00, Fax: 02 28 / 71 00 24 29, E-Mail: bapk@psychiatrie.de

Ich bestelle auf Rechnung

..... Ex. »**Psychisch krank im Job**«, 6,00 €, ab 10 Stück 20% und ab 25 Stück 40% Rabatt

..... Ex. »**Was tun bei häuslichen Konflikten?**«, 4,00 €, Rabatt s.o.

..... Ex. **Medienbestellschein**

regelmäßig den **Newsletter**

hier bitte die E-Mail-Adresse eintragen

Name..... Institution

Straße PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

(Bestellungen können Sie auch per E-Mail richten an: bapk@psychiatrie.de)

Wie mein Weg im Gehen entstand: mit Selbsthilfe, Selbstmitgefühl und Spiritualität Von Maria Martini

Ich stelle den Begriff »Genesungsprozess« nicht zufällig an den Anfang meines Erfahrungsberichtes. Er ist gleichsam das schützende Dach über all meinen schmerzlichen und freudvollen Erfahrungen bis heute. Und er ist nicht zu Ende. Vielleicht erst dann, wenn ich sterbe und hinübergehe. Wer weiß! Und bis dahin möchte ich die mir geschenkte Zeit so gut nutzen und genießen, wie ich kann.

Zwei Haltungen, Haltungen, die mir helfen, die Not zu wenden und die ich in all

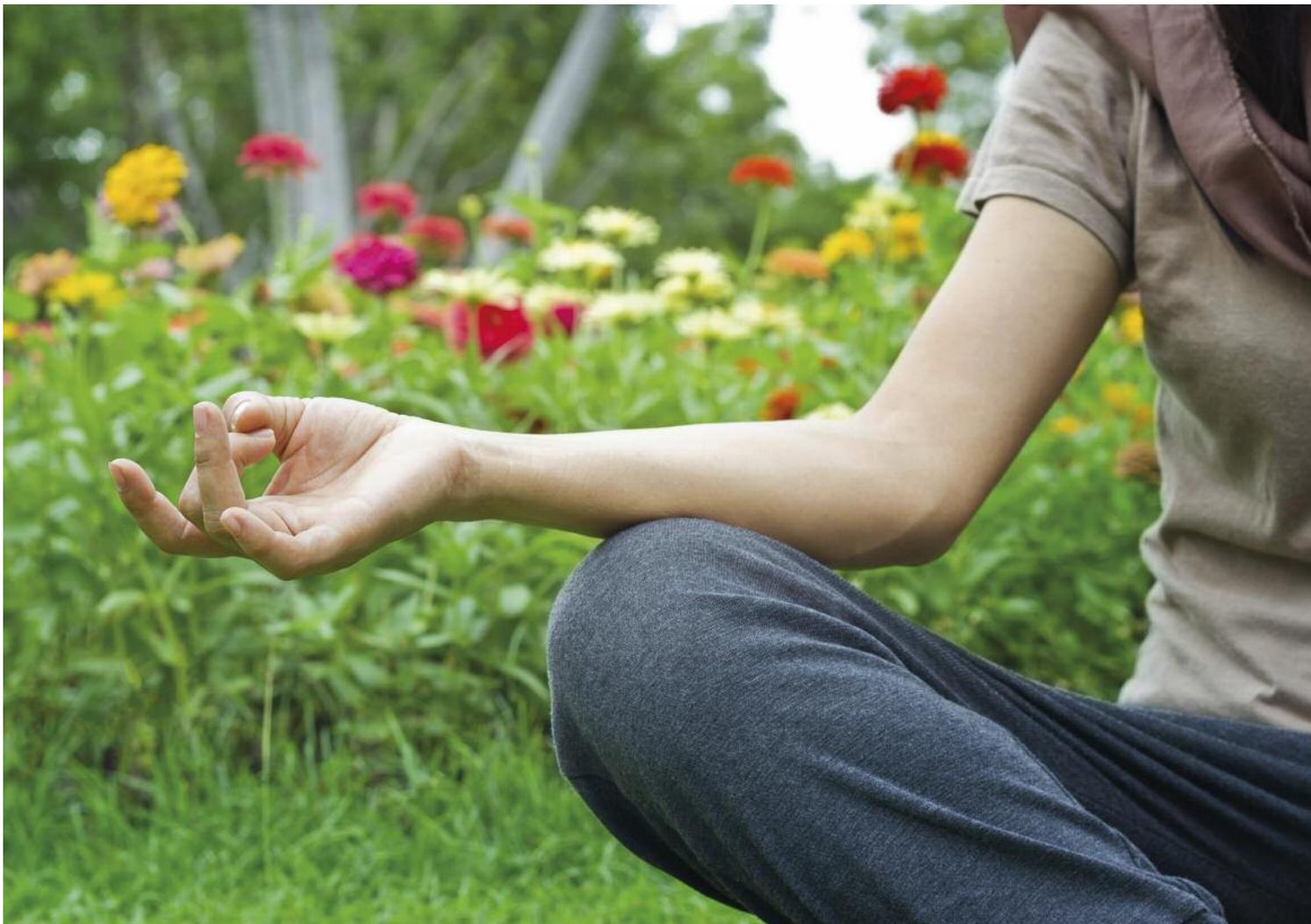
zwar von Moment zu Moment. Dabei bezog sich mein Wahrnehmen auf mich selbst und auf meine Umgebung. Das wurde die Grundlage, auf der sich mein Mitgefühl für mich selbst entfalten konnte.

Meine Therapieerfahrungen

Die starken Säulen, die das Dach meines Recoveryprozesses tragen, sind Therapie, Selbsthilfe und die Entwicklung einer alltagstauglichen spirituellen Praxis. Nach

sem Weg. Die Quelle für meine Genesung vom Alkoholismus und den Folgen eines komplexen posttraumatischen Belastungssyndroms war die Entdeckung einer schöpferischen göttlichen Kraft in mir selbst, die größer ist als ich.

Diese Schritte konnte ich nur gehen, weil vor meinem Kontakt mit AA eine Langzeittherapie angefangen hatte, in deren Verlauf ich die Ursache für meine Schwierigkeiten, meinen Schmerz und meine Verzweiflung aufdeckte: multiple Gewalterfahrungen als



Von der Mitgefühlsmeditation war es nur ein kleiner Schritt bis zum Selbstmitgefühl

den Jahren entwickeln durfte, helfen mir dabei: Es handelt sich um Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Besonders Letzteres wurde für mich immer bedeutsamer, war gleichsam der rote Faden auf meinem Genesungsweg. Darauf werde ich noch ausführlicher eingehen. Zunächst einmal lernte ich, das aufmerksam wahrzunehmen, was ist, und

meiner bedingungslosen Kapitulation vor meiner Alkoholabhängigkeit mithilfe von AA, den Anonymen Alkoholikern, war die tägliche Kultivierung von Achtsamkeit der Wege hin zu mehr Selbstmitgefühl. Die Aufgabe von Selbstkritik und die Einübung von Selbstannahme, direkt angesprochen in den AA-Texten, waren erste Schritte auf die-

Kind, Jugendliche und als junge Erwachsene. Auf diesem dornenreichen Weg begleitete mich eine annehmende, mitfühlende und freundliche Therapeutin. In dieser therapeutischen Beziehung konnte ich mit der Zeit lernen, mich wieder zu spüren und gesunde Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Es war der Anfang der

Aufhebung meines Abgespaltenseins. Ich konnte zum ersten Mal wieder so etwas wie eine Verbundenheit mit einer Transzendenz spüren. Diese Erfahrungen wurden dann durch stationäre Therapien in sogenannten Zwölf-Schritte-Kliniken ergänzt und vertieft. Ich betrachte heute meine Genesung als einen lebenslangen Prozess, zu dessen Gelingen ich eine ganze Menge selbst beitragen kann. Ich muss mein Leben nicht mehr vom Standpunkt eines Opfers aus leben.

Meine Erfahrungen mit Selbsthilfe

Über dieses Kapitel stelle ich die Worte: »Wir werden dich so lange lieben, bis du dich selbst lieben kannst.« Dieses Versprechen ist ein Slogan der Anonymen Alkoholiker. Und ich habe das tatsächlich erlebt, als ich elend und verzweifelt in mein erstes AA-Meeting kam. Dabei wusste ich es noch nicht einmal, wie es tatsächlich um mich stand. In AA erlebte ich zum ersten Mal, was das Schlagwort »Hilfe zur Selbsthilfe« bedeuten kann. In den anonymen Selbsthilfegruppen spielt es keine Rolle, wer du bist, was du getan oder nicht getan hast oder was dein sozialer Status ist. Es zählte allein, dass ich eine Abhängigkeitserkrankung hatte und dass ich dringend Hilfe brauchte. Und die bekam ich völlig kostenlos und bedingungslos von Freundinnen und Freunden, die Experten im Leiden und in der Genesung waren. Ich fühlte mich nicht mehr ausgeschlossen, sondern zugehörig. Diese Menschen wussten über mein Problem »Alkoholismus« besser Bescheid als die meisten Profis, weil sie selbst betroffen waren.

Meine Ressourcen

Ich glaube, eine meiner wichtigsten Ressourcen ist meine Fähigkeit zur Selbstverantwortung. Diese Qualität konnte allerdings erst gedeihen, als ich bereit war, meine Erkrankung zu akzeptieren und meine gegenwärtige Situation so anzunehmen, wie sie war. Das hieß für mich ganz praktisch, nach Überwinden vieler innerer Widerstände, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Der größte innere Widerstand, den ich überwinden musste, war das Gefühl der Scham. Es hat lange gedauert, bis ich Scham- und Schuldgefühle loslassen konnte. Heute bin ich sogar in der Lage, das Positive an dieser Entwicklung zu sehen. Die Rente hat es mir ermöglicht, mich voll und ganz auf meine Genesung zu konzentrieren. Das hat sich als

ein großer Vorteil herausgestellt, denn jetzt in der Phase meines posttraumatischen Wachstums kann ich einen beruflichen Wiedereinstieg, so wie ich ihn mir vorstelle, ins Auge fassen.

Diese Erfahrung mit der Berentung war ein wichtiger Meilenstein für das Lernen von Selbstverantwortung. Die Annahme meiner Suchterkrankung war der eine Aspekt und das Erkennen meines eigenen Anteils an meinen Schwierigkeiten war der andere. Anstatt die Umstände oder andere Menschen dafür verantwortlich zu machen, lernte ich Stück für Stück wieder die Verantwortung für mein Handeln und damit für mein Leben selbst zu übernehmen und aus der Opferrolle auszusteigen. Ich kann gar nicht beschreiben, wie unsagbar hilfreich die Menschen in den AA-Meetings und die praktisch angewandte Philosophie des Zwölf-Schritte Programms für mich waren und auch heute noch sind! Durch die Selbsthilfe habe ich erfahren, was Selbstwirksamkeit bedeutet und konnte mein Leben wieder selbst in die Hand nehmen.

Eine große innere Kraftquelle, aus der ich schöpfen darf, ist, dass ich mir im Laufe der Jahre ein gut funktionierendes Netzwerk von Menschen aus den Selbsthilfegruppen und von professionellen Beratern knüpfen konnte. Eine weitere mir sehr wichtige Ressource ist das Schreiben. Eine Gabe, und ein Heilmittel, mit dem ich mir und anderen Menschen Freude bereiten kann.

Selbstmitgefühl und Spiritualität

Auch ich bin lange Zeit einem beliebten Irrtum aufgesessen. Er lautet: Wenn ich meine Kindheitsgeschichte aufgearbeitet, die Ursachen für meine Schwierigkeiten und mein Leiden erkannt habe, dann wird alles gut, dann gibt es kein Leid mehr und ich bin gesund. Auch heute weht mich dieser zugegeben verführerische Gedanke manchmal noch an. Ich erkenne ihn dann meistens ziemlich schnell als das, was er ist. Eben nichts weiter als ein Gedanke, ein mentales Konstrukt, von meinem Verstand produziert, jenseits der Wirklichkeit.

Im Laufe meines Genesungsprozesses habe ich lernen müssen, dass alle Menschen von Leiden und Schwierigkeiten heimgesucht werden und nicht nur diejenigen mit den traumatischen Erfahrungen einer leidvollen Kindheit. Zu dieser Erkenntnis verhalf mir vor allem meine Praxis der Mitgefühlsmeditation und meine Beschäftigung mit dem Buch von Christopher Germer zur

Selbstliebe. Von da aus war es nur noch ein kleiner Schritt zum Selbstmitgefühl.

Ich erkannte, dass ich wie jeder Mensch eine Befähigung für diese Qualität habe und dass es mir guttut, »meinen ›Selbstmitgefühlsmuskel‹ zu trainieren«, wie es Andreas Knuf in seinem Buch »Sei nicht so hart zu dir selbst« so passend formuliert, mir selbst mit Freundlichkeit zu begegnen. Die Tatsache, dass es Leiden gibt und auch einen Weg hinaus, das verbindet mich mit allen fühlenden Wesen.

Lange Zeit übte ich eine Achtsamkeits- und Mitgefühlspraxis aus, die buddhistische Wurzeln hat. Das hatte seinen Grund darin, dass ich als ehemals durch Kirche und Religion Geschädigte jahrelang nichts mehr mit der christlichen Lehre zu tun haben wollte. Und ich bin noch heute dankbar für die Entdeckungen und für die Übungen, die mir die buddhistische Psychologie anbot. Im Laufe meiner Genesung wurde ich allerdings wieder zu meinen christlichen Wurzeln geführt. Mithilfe meiner geistlichen Begleiterin konnte ich meine ekklesiogene Neurose überwinden und mich wieder mit jenen spirituellen Ressourcen verbinden. Dabei entdeckte ich, dass es auch die Praxis von Achtsamkeit in der christlichen Mystik gibt. Dort spricht man beispielsweise vom »Sakrament des Augenblicks«. Auch Selbstmitgefühl ist eine Qualität, die in der christlichen Spiritualität vorkommt. Man könnte es mit Selbstbarmherzigkeit übersetzen.

Work in Progress

Heute sind die Koordinaten meines fortschreitenden Genesungsprozesses die freie und freiheitliche Spiritualität des Zwölf-Stufen-Programms, das tägliche Üben von Achtsamkeit, Mitgefühl und Selbstmitgefühl, wobei ich aus buddhistischen, christlichen und anderen mystischen Quellen schöpfe.

Alles fing damit an, als mir zum ersten Mal gewahr wurde, während der Aufdeckung meiner Traumata, dass ich kein Schandfleck, sondern ein wertvoller und liebenswerter Mensch und eine attraktive Frau war. Und späterhin im Fortschreiten meiner Heilung das Gewahrsein, dass ich und wir alle einfach dadurch wertvoll sind, dass wir sind, geliebt von einer höheren Macht, wie auch immer sie begriffen wird. Und das Wunderbare ist, dass dieser Weg, dieses Werk nie zu Ende ist! ■

Maria Martini ist ein Pseudonym. Sie lebt in Rheinland-Pfalz.

Seelisch gesund am See

Die Bodenseeregion organisiert sich auf Anregung Psychiatrieerfahrener länderübergreifend

Von Andrea Sülzle

Initiiert vom Gemeindepsychiatrischen Verbund Bodenseekreis hatten zwei Erfahrungsexperten aus dem Raum Bodensee-Oberschwaben zu einem Austausch ins Gemeindepsychiatrische Zentrum nach Friedrichshafen eingeladen. Zum Treffen kamen sowohl Mitarbeitende aus Kliniken und sozialpsychiatrischen Diensten als auch Psychiatrieerfahrene aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Ziel war die Gründung einer Arbeitsgruppe, in der Professionelle und Betroffene eng zusammenarbeiten. Best-Practice-Modelle der verschiedenen Kliniken und Einrichtungen sollen künftig ausgetauscht werden und mit gemeinsamen Projekten das psychiatrische Netz in allen Ländern in der Bodenseeregion im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer verbessert werden.

Ende Juni fand im GPZ Überlingen die Auftaktveranstaltung für die länderübergreifende Arbeitsgemeinschaft »Ländernetzwerk Bodenseeregion – seelisch gesund am See« statt.

In der Bodenseeregion gibt es die besondere Situation, dass drei angrenzende Länder eine gemeinsame Sprache sprechen – auch in der Psychiatrie. Die psychiatrischen Hilfesysteme in den Ländern sind teilweise vergleichbar. Gleichzeitig ergeben sich aufgrund verschiedener nationaler, politischer und gesetzgebender Bedingungen unterschiedliche Schwerpunkte und damit Erfahrungen, die man weitergeben kann.

Die Idee, Profis und Erfahrene aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zum gemeinsamen Austausch einzuladen, wurde von Anfang an von den Geschäftsführern der Gemeindepsychiatrischen Verbände begrüßt und aktiv unterstützt. Seither haben sich Personen aus den drei Ländern mit großem Interesse schon fünfmal getroffen.

Bereits beim ersten Treffen in Friedrichshafen einigten sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen auf drei Arbeitsschwerpunkte:

- den Aufbau eines Qualifizierungsangebots für EX-IN-Genesungsbegleiter,
- die Organisation und Durchführung eines Peer-Kongresses und
- die engere Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen, Verbände und Selbsthilfegruppen.

Allen Beteiligten war es ein Anliegen, für die gemeinsame Zusammenarbeit schriftlich Leitlinien zu formulieren, damit auch neue Interessierte sich über die Ziele des Ländernetzwerks Bodenseeregion informieren können. Inzwischen liegen die Leitlinien vor und werden spätestens Ende des Jahres auf einer noch einzurichtenden Internetpräsenz nachzulesen sein.

Da besonders das Interesse bei den Betroffenen in der Region an einer Qualifizierung zur Genesungsbegleitung sehr groß ist, haben sich die Mitglieder des Ländernetzwerks entschlossen, zu diesem Thema eine Unterarbeitsgruppe zu gründen. Bei der Auftaktveranstaltung Ende Juni war Andreas Jung, Vorsitzender von EX-IN e.V. aus Hessen zu Gast und referierte zu den Chancen einer EX-IN-Ausbildung (ausführlicher Bericht in der PSU 1/2017).

Bereits im September wird sich die Arbeitsgruppe zur weiteren Planung treffen. Man ist optimistisch, in den nächsten ein bis zwei Jahre mit dem ersten GenesungsbegleiterInnen-Kurs in Friedrichshafen starten zu können.

»Von dem Einsatz von Genesungsbegleitern erhoffen gerade wir Betroffenen eine qualitative Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen«, so Rainer Schaff, der Vorsitzende von IPEBo e.V., der Initiative Psychiatrie-Erfahrene Bodensee. Er ist davon überzeugt, dass die beteiligten Psychiatrieexperten durch diese Arbeitstreffen sehr motiviert und »empowert« werden. Der Verein IPEBo e.V. kann sich vorstellen, die Trägerschaft für die EX-IN-Qualifizierung zu übernehmen. »Wenn sich das so weiterentwickelt, wer weiß, vielleicht gründen wir dann sogar noch ein »Empowerment-College« in der Bodenseeregion, wo Betroffene nicht nur EX-IN, sondern auch andere Fortbildungen machen können«, so Schaff. Die Geschäftsführer der Gemeindepsychiatrischen Zentren in Friedrichshafen und Überlingen haben signalisiert, dass sie für Kurse und Veranstaltungen Räumlichkeiten zur Verfügung stellen würden.

Dr. Michael Konrad vom ZfP Südwürttemberg, ebenfalls Mitglied des Ländernetzwerks, fand es sehr positiv, dass die Initiative zur Gründung dieses Netzwerks von Betroffenen gestartet wurde: »Das zeigt, dass es



Andrea Sülzle

hier ein Umdenken gibt. Eine aktive Beteiligung der Betroffenen heißt, dass sie an uns Professionelle nicht nur Forderungen stellen, sondern sich aktiv einbringen. Ich habe großes Interesse, Betroffene als mitarbeitende Peers bei mir zu beschäftigen«, so Dr. Konrad.

Ingo Kanngießner, Geschäftsführer des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Überlingen, hält die länderübergreifenden Kontakte für so sinnvoll wie überfällig: »Die Gemeinsamkeiten und besonders die Unterschiedlichkeit unserer Angebote und Arbeitsweisen sehen wir als große Chance und Gewinn für unsere Zusammenarbeit im Ländernetzwerk in der Bodenseeregion. Seit Langem gibt es in der Vierländerregion Bodensee eine enge Zusammenarbeit in der Wirtschaft, wo sehr viel Geld für innovative Ideen investiert wird. Genau das erhoffen wir uns auch für unser Ländernetzwerk Bodenseeregion – seelisch gesund am See.« ■

Andrea Sülzle, Heilpädagogin mit eigener Psychiatrieerfahrung, setzt sich seit Langem als Netzwerkerin für Menschen mit Benachteiligungen ein.

Kurz & knapp

Drogen- und Suchtbericht 2016

Schätzungen zufolge kommen jedes Jahr etwa 10.000 Babys mit alkoholbedingten Schädigungen auf die Welt. Mehr als 2000 von ihnen mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS). Dabei bleiben die Betroffenen ein Leben lang auf Hilfe angewiesen. Fetale Alkoholspektrumstörungen zählen zu den häufigsten bereits bei der Geburt vorliegenden Behinderungen in Deutschland. Sie sind ein Schwerpunktthema im jüngst erschienenen Drogen- und Suchtbericht 2016. Darin gibt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, einen umfassenden Überblick über die Daten- und Faktenlage zu legalen Suchtmitteln, illegalen Drogen und Verhaltenssuchten.

Einen positiven Trend kann Mortler bei den legalen Suchtmitteln vermelden: So ist Tabakkonsum zunehmend »out«. Zwar rauchen immer noch knapp 25 % der Bevölkerung in Deutschland. Aber bei den 12- bis 17-Jährigen sind es nur noch 7,8 %. Eine positive Entwicklung gibt es auch beim Alkohol: Der Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol ist seit 1980 um drei Liter zurückgegangen. Auch jugendliches Rauschtrinken nimmt ab. Trotzdem werden noch immer jedes Jahr mehr als 15.000 Fälle von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren verzeichnet. »Gerade beim Thema Alkohol zeigt sich, dass Erwachsene leider nicht immer gute Vorbilder sind. Viel zu häufig werden die Risiken des Alkohols in der Gesellschaft verharmlost«, beklagt die Drogenbeauftragte. So trinken z.B. fast 30 % der Frauen während einer Schwangerschaft Alkohol, zwar längst nicht alle viel, aber eine wirklich unbedenkliche Menge gäbe es nicht, wenn es darum gehe, Kinder vor Schädigungen zu bewahren, betont Mortler. Für Menschen mit dem Krankheitsbild FASD bedeutet dies lebenslang bleibende körperliche und seelische Störungen. Während erst in diesem Jahr eine S3-Leitlinie zur Diagnostik des FAS bei Kindern und Jugendlichen veröffentlicht wurde, leben Erwachsene mit FASD vielfach falsch oder gar nicht diagnostiziert in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in Justizvollzugsanstalten oder sind obdachlos. »Hier gilt



Feiern ohne Alkohol? Wo sind die Vorbilder?

es, die erforderliche Unterstützung bedarfsgerecht und deutlich auszubauen«, mahnt die Drogenbeauftragte. Das Thema FASD wurde auf ihre Initiative in den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen. Bereits im vergangenen Februar erschien ein von der Drogenbeauftragten gefördertes Handbuch, das sich direkt an die Betroffenen wendet und ihnen helfen soll, mehr über FASD zu erfahren und sich selbst besser zu verstehen (http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/FASD_Handbuch_10_27012016.pdf). Auch beim Thema Medikamente verzeichnet der Drogenbericht Bewegung. Ein Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit soll die riskante Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Patientinnen und Patienten reduzieren. Das Zentrum für interdisziplinäre Suchtmittelforschung der Universität Hamburg und das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf haben auch schon herausbekommen, wie es zu einer abhängig machenden Langzeiteinnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln kommen kann. So sind es häufig Hausärzte, die die Mittel verschreiben. Sie meinen, die Patienten müssten sich selbst über Risiken bei der Einnahme informieren. Die Empfänger wiederum, zumeist ältere und pflegebedürftige Menschen, häufig auch mit psychischen Störungen, beklagen, von ihrem Arzt nicht ausreichend aufgeklärt worden zu sein. Die Experten haben jetzt Patienteninformationen und eine Schulung für Ärzte entwickelt. Beide

sollen künftig nach dem Muster der Partizipativen Entscheidungsfindung zusammenwirken. ■

Der Drogen- und Suchtbericht im Internet: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/Drogenbericht_2016_web.pdf

Neue Leitlinie soll Eingreifen bei Suizidalität im Jugendalter verbessern

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und die Philipps-Universität Marburg haben eine umfassend überarbeitete Leitlinie zur Intervention bei Suizidalität im Kindes- und Jugendalter vorgelegt. In ihrer 56 Seiten starken Empfehlung nimmt die Leitlinien-Arbeitsgruppe eine differenzierte Definition der Suizidalität im Jugendalter vor, sie erläutert deren Vorkommen und Verbreitung ebenso wie die notwendige Diagnostik und die verschiedenen Interventionen, die je nach Schweregrad notwendig werden. Suizidalität ist nach Unfällen die häufigste Todesursache im Jugendalter. Über Suizidgedanken, die allerdings längst nicht immer zu einer konkreten Planung führen, berichten in der sogenannten Heidelberger Schulstudie 14,4 % der 14- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler. Als Risikofaktoren gelten u.a. psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Störungen, Angststörungen sowie ADHS, aber auch Delinquenz sowie Drogen- und Alkoholmissbrauch, chronische organische Erkrankungen, körperliche Behinderungen und Störungen der Geschlechtsidentität, vor allem, wenn sie mit psychischen Erkran-

kungen oder psychosozialen Problemen wie Mobbing verbunden sind. Auch Suizide in der Familie oder im Freundeskreis können die Suizidalität von Jugendlichen begünstigen. Eigene Suizidversuche – und seien sie noch so unbeholfen – sowie nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten gelten als Alarmzeichen.

In ihrer Leitlinie listen die Expertinnen und Experten Warnzeichen für Suizidalität im Jugendalter auf und benennen diagnostische Grundsätze, zu denen auch gehört, nach einem mutmaßlichen Suizidversuch möglichst früh den Kontakt zu dem Patienten aufzunehmen, ehe dieser seine Absicht vielleicht verleugnet. Wenn eine akute Suizidalität erkennbar werde, müsse das oberste Ziel die Sicherheit des Patienten sein, heißt es. Dann müsse auch eine stationäre Behandlung erfolgen und zwar so lange, bis die unmittelbare Gefahr abgeklungen ist. Eine Entlassung sei sorgfältig vorzubereiten, schon in der ersten Woche danach müsse ein Folgetermin vereinbart werden, da weitere Suizide meistens innerhalb eines Monats nach der Entlassung aus dem stationären Rahmen geschehen.

Ein übersichtlich gestalteter Entscheidungsbaum zeigt an, welche Risiko-, aber auch Schutzfaktoren bei der Planung weiterer Interventionen zu berücksichtigen sind und wie der Schweregrad der Suizidalität zu ermitteln ist. Dieser fließt ebenso wie eine eventuell vorliegende psychische Störung in die Entscheidung für eine stationäre oder ambulante Therapie ein.

In einem eigenen Kapitel sind erstmals Maßnahmen zur Vor- und Nachsorge aufgenommen, die neben den Betroffenen selbst auch ihr Umfeld berücksichtigen. So muss das Augenmerk nach einem vollendeten Suizid nicht nur den Eltern und Geschwistern gelten, sondern auch ggf. den Mitpatienten und Mitschülern, deren sorgsame Ansprache Nachfolgesuizide verhindern kann. Interessant der Hinweis darauf, dass im Gespräch mit den Angehörigen eines auf der Station Verstorbenen selbst belastende Äußerungen zu vermeiden seien. Auch die Schweigepflicht gelte nach wie vor. Trotzdem sei es wichtig, die Trauer der Hinterbliebenen zu würdigen und sie bei der Trauerbewältigung zu unterstützen. Dazu gehöre unter Umständen auch, die Eltern über letzte Kontakte des Patienten und vorausgegangene Konflikte zu informieren.

Damit es gar nicht erst zu einem Suizid kommt, werden eine Reihe »häufiger Feh-

ler« genannt, die es zu vermeiden gelte. Dazu gehören Vorwürfe nach einem Suizidversuch, aber auch, Bagatellisierungsversuche des Patienten oder seines Umfeldes nicht zu erkennen oder gar selbst zu übernehmen.

An der Erarbeitung der Leitlinie war neben anderen auch die Selbsthilfe Angehörige um Suizid, AGUS, beteiligt. ■

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031l_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf

Bald Cannabis auf Kassenrezept?

Die Verordnung cannabishaltiger Arzneien soll für Ärzte und Patienten künftig leichter werden. Dazu plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine Gesetzesänderung, über die der Bundestag Anfang Juli in erster Lesung beraten hat. »Wir wollen, dass für Schwerkranke die Kosten für Cannabis als Medizin von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn ihnen nicht anders geholfen werden kann«, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu der Gesetzesinitiative. Eine zweite Lesung im Bundestag ist für den Herbst geplant. In Kraft treten wird das neue Gesetz wahrscheinlich Anfang des kommenden Jahres. Eine Zustimmung des Bundesrats ist nicht erforderlich.

Derzeit gibt es in Deutschland nur ein Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis, für das die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen. Dazu muss es Patienten verordnet werden, die an mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund einer Multiplen Sklerose leiden und die nicht auf andere Medikamente angesprochen haben. In anderen Fällen müssen Patienten Cannabispräparate fast immer selbst bezahlen. Und die Präparate sind nicht billig. Preisgünstiger für die Patienten sind Cannabisblüten selbst. Diese können bisher aber nicht verschrieben werden, sondern der Patient muss gemeinsam mit seinem Arzt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine sogenannte »Ausnahmeerlaubnis zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie« beantragen. Derzeit sind knapp 800 Patienten in Deutschland im Besitz einer solchen Ausnahmeerlaubnis – die mit der geplanten Gesetzesänderung wegfallen könnte. Denn dann sollen Ärzte auch Cannabisblüten verschreiben können.

Die Beschwerden, bei denen die Wirkstoffe der Hanfpflanze helfen, sind vielfältig.

»Gut dokumentiert und nachgewiesen ist die Wirksamkeit von Cannabis bei MS-bedingter Spastik, bei chronischen neuropathischen Schmerzen, bei Übelkeit und Erbrechen, die beispielsweise durch eine Chemotherapie hervorgerufen worden sind, sowie bei Appetitlosigkeit, etwa in Folge von Aids«, zitiert das Informationsportal für Ärztinnen und Ärzte, medscape, den Rütthener Arzt Franjo Grotenhermen von der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM). Allerdings müsse man bei Patienten mit einem Risiko für Psychosen besondere Vorsicht walten lassen. Das Gleiche gelte für Patienten mit Vorerkrankungen am Herzen. ■

Der Gesetzesentwurf im Netz:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/cannabis-1-lesung.html>

Dachverband Pflege in der forensischen Psychiatrie gegründet

Es sind 70 Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die im April 2016 in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bern (CH) den »Dachverband Pflege in der Forensischen Psychiatrie« (DPFP) in der deutschsprachigen Schweiz ins Leben gerufen haben. Die Zahl kann sich sehen lassen. Dies meint auch der erste DPFP-Präsident Miro Barp: »Es zeigt einfach, wie nötig die Interessenvertretung der psychiatrisch Pflegenden in der Forensik ist.« In den Augen von DPFP-Präsident Barp stehen die psychiatrisch Pflegenden vor einigen Aufgaben in der forensischen Psychiatrie. Die Förderung von Fort- und Weiterbildung sei genauso nötig wie die Professionalisierung an sich. Der pflegerische Alltag auf den Stationen des Maßnahmenvollzugs (wie es in der Schweiz heißt) zeige, dass viele pflegerische Phänomene genauer unter die Lupe genommen werden müssten. Es sei nicht damit getan, Deeskalationstrainings anzubieten. Wichtig sei es z.B., die Kommunikation zwischen psychiatrisch Pflegenden und Untergebrachten genauer zu betrachten und die psychiatrische Pflege in der Forensik mit mehr Handwerkszeug auszurüsten. Erst in den vergangenen zehn Jahren wurde die stationäre forensische Psychiatrie in der Schweiz massiv ausgebaut. Deshalb setzt DPFP-Präsident Barp auf eine Vernetzung unter psychiatrisch Pflegen-

Anzeige



Carola Otterstedt
Tiergestützte Intervention

Methoden und tiergerechter Einsatz in Therapie, Pädagogik und Förderung
 88 Fragen & Antworten

88 kompakte Fragen und Antworten zu den Grundlagen der Tiergestützten Intervention (TGI) liefern umfassende Informationen für alle, die sich mit Tiergestützter Arbeit beschäftigen. Übersichtlich strukturiert bietet dieses Buch zuverlässige Orientierung zur Qualitätsbeurteilung eines TGI-Angebots, Unterstützung für die Weiterbildung sowie praktisch relevantes Wissen zu artgemäßer Tierhaltung und zum tiergerechten Einsatz:

- Welche TGI-Einsatzbereiche gibt es?
- Welche Qualitätsmerkmale sind zu erfüllen?
- Was muss bei der Auswahl des Tieres beachtet werden?
- Welche Voraussetzungen sollte ein TGI-Anbieter mitbringen?

2016. 166 Seiten, 59 Abb., kart.
 € 19,99 (D)/€ 20,60 (A)
 ISBN 978-3-7945-3194-3

 **Schattauer**
 www.schattauer.de



Die Mut-Tour in Bonn

den in der Forensik. Man könne nur gemeinsam die Wege beschreiten und voneinander lernen. Die Klientel in der forensischen Psychiatrie biete manche Herausforderungen. Da sei der Erfahrungsaustausch unter Menschen, zwischen Kliniken sowie mit Verbänden, Behörden und Öffentlichkeit unverzichtbar.

Miro Barp ist dankbar dafür, dass die Gründung der DPFP gelungen ist. Er hoffe auch, dass es ein lebendiges Miteinander mit den psychiatrisch Pflegenden in der Forensik in Deutschland gebe. »Wir haben zwar hier und dort unterschiedliche Voraussetzungen. Wichtige Fragen sind deckungsgleich«, glaubt Barp. Beispielhaft nennt er die Schnittstellen zwischen Behörden und der forensischen Psychiatrie, die Beziehungsgestaltung im forensischen Setting und die Gestaltung des therapeutischen Milieus.

Mitgliederzuwachs würde den DPFP-Präsidenten Miro Barp natürlich freuen. Es gelte, die Impulse dieses beeindruckenden Auftakts zu nutzen und die Bedeutung der psychiatrischen Pflege in der Forensik auch gesellschaftlich zu unterstreichen. ■
Christoph Müller, Bornheim

**Heute Physio, morgen Psycho:
 MUT-TOUR 2016**

Die Leistung kann sich sehen lassen. 7300 Kilometer mit 52 Tandemfahrern unterwegs in Deutschland. Die MUT-TOUR, eine bundesweite Staffelfahrt für Tandemfahrer mit und ohne Depressionserfahrung, hat in vielen Städten und Landkreisen in Nord und Süd, Ost und West auf sich aufmerksam gemacht. Initiator Sebastian Burger zeigt das nötige Selbstbewusstsein. Ihm geht es darum, ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, in dem man über die

eigene psychische Erkrankung reden könne. »Heute Physio, morgen Psycho« – dies sei die Vision, die Burger von einer gleichwertigen Betrachtung von körperlichen und seelischen Erkrankungen habe.

Bereits zum dritten Mal nach 2012 und 2014 setzen sich depressionserfahrene Menschen und diejenigen, die sich mit ihnen solidarisieren, gemeinsam auf die Räder. Es gehe nicht nur um ein »Raus aus der Tabuzone!«, wie Sebastian Burger erzählt. Er habe die Erfahrung gemacht, dass Sport und Struktur, Natur und Gemeinschaft das Potenzial hätten, die Stimmung zu steigern. Es gehe darum, unverkrampft mit einer Erkrankung umzugehen, »die mehr Tote fordert als der Straßenverkehr und häufiger zur vorzeitigen Rente führe als ein Rückenleiden«.

Einer derjenigen, der das unverkrampfte Reden über seine Melancholie bereits eingeübt hat, ist Valentin Wolkow. Der 60-jährige gelernte Krankenpfleger Wolkow hat ohne jede Scham von seinem Leidensweg und von seinen Odysseen durch psychiatrische Kliniken berichtet. Heute fühle er sich stabil und zufrieden, nachdem er nicht nur nach vielen Wegen die richtige Therapie erleben durfte. Er sagt selbst, dass er inzwischen gut auf sich aufpassen könne.

Ein Smiley haben die Radlerinnen und Radler aus den Fahrradtaschen gepackt, was auf den ersten Blick überrascht hat. Doch haben Sebastian Burger und seine Mitradler die Verwunderung bald aufgelöst. Das Smiley sei nicht bloß ein Zeichen für die Fassadenhaftigkeit von Menschen. Es soll diejenigen Betroffenen repräsentieren, die es sich möglicherweise auch nicht erlauben können, die eigene Depression öffentlich zu machen. ■

<http://mut-tour.de/>

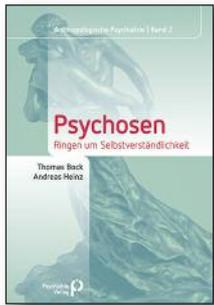
Bücher & Medien

Vom Sinn menschlicher Psychiatrie

Thomas Bock und Andreas Heinz

Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit

Psychiatrie Verlag, Köln 2016
ISBN 978-3-88414-602-6, 336 Seiten,
49,95 Euro, E-Book 39,99 Euro



Gefreut habe ich mich über den Titel des Buches »Ringen um Selbstverständlichkeit«, da er mehr verspricht, als normalerweise Psychiatrie-Bücher zu beinhalten versprechen.

Beim Aufschlagen wunderte ich mich über sieben Seiten Inhaltsangabe. Teils sind Kapitel auf einer oder einer knappen Seite abgehandelt, nur wenige Kapitel haben mehrere Seiten. Nach jeder größeren Überschrift folgt am Ende jedes Kapitels ein Fazit.

Gut und schön ist auch das rote Bändchen als Lesezeichen – denn die 336 Seiten sind inhaltlich nicht ohne Pause lesbar. Ich gehöre zu den behäbigeren Lesern und brauchte zwei Monate, in denen ich mich immer wieder auf Reisen und Denkpausen führen ließ. Mit Lust las ich die Aussagen der Ordinarien und die fast 30 Seiten Literaturquellen, die übrigens bis ins 19. Jahrhundert zurückgehen.

Dieses Buch ist erfreulicherweise kein Schnellschuss der Autoren, es ist gut recherchiert, jedoch fehlen leider die Literaturangaben von Psychiatrieerfahrenen, die in den letzten 20 Jahren von subjektiven Empfindungen des Sozialraums berichten, die objektiv später bestätigt wurden. Lediglich zwei Psychiatrieerfahrene, Gwen Schulz und Dorothea Buck, sind zu Wort gekommen. Gwen Schulz hat die beeindruckenden Texte »Auf der Suche nach dem Sinn meiner Psychose« und »Zur Bedeutung der Peerarbeit« geschrieben. Dorothea Buck glänzt mit zehn Thesen »Zum subjektiven Verständnis von Psychosen«. Beide Frauen lassen das Herz des Psychiatrieerfahrenen intensiver schlagen und jubeln.

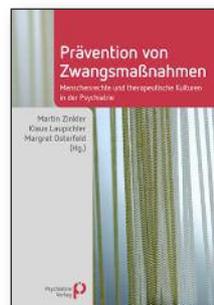
Der Sinn der menschlichen Psychiatrie ist in den Schlussbemerkungen mit 19 Leitsätzen zusammengefasst. Diese Leitsätze gehen von »Den ganzen Menschen sehen« über »Toleranz und Abbau von Vorurteilen« bis hin zu »Ringen um Selbstverständlichkeit«. Freuen können wir Psychiatrieerfahrene uns über die geringe Beachtung der Psychopharmaka und die große Beachtung des Sozialraums. Hier kommen die Autoren Ciompi (Soteria) und Aderhold (»Die akute Schizophrenie als Prozess der Selbstgestaltung«) zu Wort. Hometreatment, Soteria, Milieuthherapie, regionales Budget, gemeindenaher Versorgung, integrierte Versorgung usw. werden ausführlich als »nötige Strukturveränderung im psychiatrischen System« gesehen. Fazit: Die kleinschrittige Hinführung auf den Ausblick »Dilemmata der Psychosenbehandlung und ihre Potenziale« ist sehr positiv für das Buch. Der Preis von 49,95 Euro (E-Book 39,99 Euro) und die vielen nicht üblichen Fachbegriffe schrecken viele Psychiatrieerfahrene ab – trotzdem kann ich es allen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen des psychiatrischen Systems nur empfehlen! ■ FRANZ-JOSEF WAGNER, Trier

Horizontenerweiternd

Martin Zinkler, Klaus Laupichler,
Margret Osterfeld (Hg.)

Prävention von Zwangsmaßnahmen Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie

Köln: Psychiatrie Verlag
ISBN 978-3-88414-632-3
256 Seiten, 29,95 EUR



Der Untertitel weist darauf hin: Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Damit machen die Autoren gleich zu Beginn darauf aufmerksam, dass die

antipsychiatrische Sichtweise im Werk keinen Niederschlag findet. Diese klare Ab- und Eingrenzung, die sich allein aus dem Haupttitel nicht herleiten lässt, ist vermutlich auch persönlichen Erfahrungen auf Herausgeberseite geschuldet. Den schwellenden Konflikt gerade zu den antipsychiatrisch geprägten Protagonisten der Psy-

chiatrieeerfahrenenszene bringt Rainer Höflacher in seinem Beitrag »Zwangsmedikation: Ultima Ratio oder No-Go« denn auch offen zur Sprache. Das Gedankenexperiment, wie eine Behandlung von psychiatrischen Störungsbildern hierzulande vielleicht auch ohne eine Institution Psychiatrie mit Sondergesetzen für eine besondere Patientengruppe gelingen könnte, wird in diesem Buch weitestgehend ausgespart.

Diese Eingrenzung tut der horizontenerweiternden und kurzweiligen Lektüre dieses Buches jedoch keinerlei Abbruch. Das große Verdienst dieses Werkes ist sicher die Aufbereitung eines gesellschaftspolitisch relevanten und komplexen Stoffes in laienverständliche Sprache, dialogische Vielstimmigkeit und klare Struktur. Einzig das stark biografisch-eingefärbte Fragment des zwischenzeitlich völlig unverhofft verstorbenen Klaus Laupichler irritiert in der sehr schlüssigen Komposition der Beiträge den Lesefluss und lässt offenbar von den Herausgebern gewollt Fragen offen.

Jeder Beitrag in diesem Buch ist lesenswert, fügt er doch dem Gesamtbild neue fachlich sowie persönlich motivierte Betrachtungen hinzu, ohne sich in der Gemengelage zwischen Sach- und Beziehungsebene zu verstricken. Damit ist ein großes Kunststück gelungen!

Hilfreich ist allem voran eine Darlegung von nicht deckungsgleichen juristischen Einschätzungen auf internationaler und nationaler Ebene sowie auf Bundes- und Länderebene. Valentin Aichele bringt »Denkfehler« in juristischen und medizinischen Fachkreisen erfrischend prägnant zur Sprache und spannt dabei einen Bogen von der im deutschen Rechtssystem historisch-tradierten »Ultima-Ratio-Falle« bis hin zur Vermengung von diagnosespezifischer, stigmatisierender »Gesundheitsfürsorge mit einer polizeirechtlichen Ordnungsfunktion«. Auch das konzeptionelle Konstrukt der »krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit« sieht er kritisch. Unmissverständlich wie lapidar stellt Aichele von seiner übergeordneten Warte aus fest: »Maßstab aller Dinge sind die Menschenrechte.«

Mit dieser kompromisslos-humanistischen Positionierung geht er vermutlich nicht mit allen Autoren im Buch konform. Große Übereinstimmung gibt es bei den Buchautoren hingegen implizit und explizit darin, dass die Suche nach milden institutionell

verankerten Alternativen zur Zwangsbehandlung große Erfolge verheißt. Veränderungen der Kommunikation, der Beziehungsarbeit, der Organisation, verbesserte Deeskalation und Vorsorge setzen aber institutionelle Reformprozesse voraus, die starren Veränderungswiderständen entgegenwirken.

Ausgerechnet der im Gesamtwerk meistzitierte und renommierte Forscher Tilman Steinert sticht hier durch eine konservative Betrachtungsweise hervor, indem er mit defizitorientierter Argumentation darauf abhebt, dass die Verringerung »klassischer« Zwangsmaßnahmen im System Psychiatrie (gerichtliche Unterbringungen, Fixierung und Isolierung, Zwangsmedikation) in der Gesamtschau kaum gelinge, sondern sich die Form der Gewaltanwendung lediglich immer nur verlagere, z.B. von der Zwangsmedikation zur Isolierung. Hier wünschte sich die Leserin einen mehr um kreative Methoden und Offenheit bemühten Forscher, dessen Blickrichtung über das System der stationären Psychiatrie hinausreicht.

Als Fazit lässt sich in der Gesamtbetrachtung resümieren: Das Buch bietet einen fundierten und überaus facettenreichen Einstieg in ein politisch hochaktuelles Fachgebiet. Und es lädt zu einer Fortschreibung ein, die sowohl in die Breite geht, indem es z.B. historische oder politikwissenschaftliche Perspektiven ergänzt als auch in die Tiefe führt, z.B. durch die Ausleuchtung von institutioneller Gewalt in Heimen. ■

BETTINA JAHNKE, *Viersen*

Zwischen der Pflicht zur Fürsorge und der Freiheit zur Krankheit

Tanja Henking, Jochen Vollmann (Hg.)

Gewalt und Psyche

Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand

Nomos Verlag, Baden-Baden 2014

ISBN Print 978-3-8487-0281-7

236 Seiten, 52,00 Euro

Die höchstrichterlichen Entscheidungen zur Zwangsbehandlung und zur Zwangsmedikation haben die Versorgung von psychisch kranken Menschen einschneidend verändert. Waren noch vor wenigen Jahren Übergriffe gegenüber psychiatriee erfahrenen Menschen an vielen Orten an der Tagesordnung, wurde nun ein Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Arbeit eingeleitet. Dass die Bereitschaft der be-



troffenen Menschen schon in der Gesetzgebung niedergeschlagen.

Der Band »Gewalt und Psyche«, der auf eine Tagung am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität in Bochum zurückgeht, zeigt die unterschiedlichen juristischen und ethischen Positionen, etwa wenn der Rechtsanwalt Helmut Pollähne nicht nur rhetorisch fragt, ob das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten habe. In seinen Überlegungen wird deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Praktiker bewegen. So sieht Pollähne die aktiv Handelnden zwischen der Pflicht zur Fürsorge und der Freiheit zur Krankheit. Er legt die Finger in die Wunde, wenn er schlussfolgert, dass auch die Einwilligung eines einsichts- und einwilligungsunfähigen Untergebrachten der Maßnahme nicht den Eingriffscharakter nehme. Pollähne stellt auch fest: »Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugszieles kann nur gerechtfertigt sein, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist.« (S. 31) Pollähne gehört nicht zu den Juristen, die die Selbstbestimmung des Einzelnen allzu leichtfertig infrage stellen. Umso ernster ist es zu nehmen, wenn er kritisiert, dass die neuen Unterbringungsgesetze noch immer nicht klar regeln, was krankheitsbedingte fehlende Einsicht ist.

Der Jurist Matthias Mittag schaut auf die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung im »Lichte ihrer Neureglung«. Der Psychiater Thomas Pollmächer konkretisiert die »Behandlung Einwilligungsunfähiger gegen ihren natürlichen Willen aus medizinischer Sicht«. Sigrid Graumann, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum, fragt, ob Zwang gerechtfertigt werden könne. Schließlich könne die Folge eines zu unkritischen Einsatzes von Zwangsbehandlungen das Entstehen problematischer Patientenkarrieren sein. Sie resü-

miert, dass Zwangsbehandlungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und der geltenden Gesetzgebung auf ein Minimum reduziert werden müssen. Sämtliche Autoren werden in manchen psychiatrischen und psychiatriee erfahrenen Zirkeln sicher Widerspruch bekommen. Jochen Vollmann fordert einen längst überfälligen interdisziplinären Fachaustausch zu Aggressionen und Vermeidung von Zwangsbehandlungen. Diesen Ball gilt es zu fangen, um den Diskurs und die Wirklichkeit für sämtliche Beteiligten gelingender zu gestalten. ■

CHRISTOPH MÜLLER, *Bornheim*

Nachdenken über eine Drogenkarriere

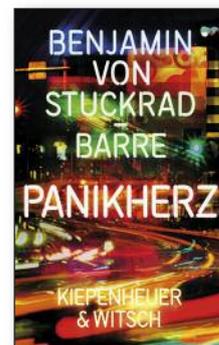
Benjamin von Stuckrad-Barre

Panikherz

Kiepenheuer & Witsch, Köln 2016

ISBN 978-3-462-31575-2

Gebunden, 564 Seiten, 22,99 EUR



Ja, es gilt auch in der Psychosozialen Umschau, über die langjährigen Drogenexzesse und die Mager sucht des als Popliteraten privilegierten Benjamin von Stuckrad-Barre zu schreiben. Mit seinem Bestseller ist er wie der erfolgreiche Hans im Glück mit Happy End, und mit mehr Glück als Verstand, wie meine Großmutter sagen würde, während viele Schluckspechte und Junkies seiner Couleur im Elend festsitzen.

Es spricht mich an, dass der 41-jährige Sohn von Öko-Eltern, sein Vater war zudem Pastor, in »Panikherz« eine äußerst subjektive Nabelschau betreibt, ohne allzu viel Privates zu verraten. Kein Wort über seine Beziehungen, dass er sechs Jahre mit der vielleicht begabtesten deutschen Comedian liiert war, einer wohlgemerkt starken Frau, und heute mit einer Journalistin verheiratet ist und einen kleinen Sohn mit ihr hat. Stuckrad-Barre beschreibt auf eine umwerfende und fulminante Art die Bedeutung der Pop- und Rockmusik der letzten 30 Jahre und was dies für die Biografie eines Menschen bedeuten kann, was das Erwachse-

nenwerden bedeuten kann und bedingungslose Freundschaft, vor allem die zu seinem großen Vorbild und Lebensretter Udo Lindenberg. Diesen verehrte er schon mit zwölf Jahren und kann dessen Liedtexte auch während extremster Abstürze noch auswendig hersagen. Lindenberg-Liedzeilen zieren sein Buch fast in jedem Kapitel.

2015 gelang es Udo Lindenberg, Stuckrad-Barre zum erfolgreichen Nach-Entzug in das mythenumrankte Promi- und Luxushotel Chateau Marmont nach Kalifornien zu begleiten, in dem schon James Dean Fenstersprünge übte, John Belushi an einer Überdosis starb und Courtney Love 45.000 Dollar Schulden hatte. Mit Udos Hilfe als treuer und zuverlässiger Freund schafft es Stuckrad-Barre, wieder schreiben zu können. Er braucht ein Jahr in dieser Atmosphäre illustrierer Geschichten und Schicksale, für fast 600 Seiten. Er schreibt clean und trocken. Vielleicht ist ja der Buchtitel »Panikherz« bereits eine Danksagung an den nun 70-jährigen Udo Lindenberg, in dessen fantastischer Panikfamilie Stuckrad-Barre schon länger aufgenommen wurde und dem als »Box-Ben« auf dem neuen Udo-Cover vice versa gedankt wird. »Unsere Familie, kannste sicher sein, das bleibt / denn wir sind stärker als die Zeit / ewiges Band, das nie zerreißt / und alles, was ich will / ist, dass du das auch weißt«, singt Udo L. dort gänsehautreif, dramatisch und hochemotional untermalt von der Musik aus dem Paten.

Wenn man Benjamin Stuckrad-Barre auf seiner Lesetournee erlebt hat, wirkt er ein wenig wie ein Getriebener. Ein schlanker, gelenkiger, nervöser Typ, er weiß sich zu inszenieren, ist ein Ereignis. Feierliche Kirchenmusik, bevor er auf die Bühne kommt, abgelöst von Oasis-Klängen und von 80er-Trash. Agil springt er vom Bühnenpodium runter auf Publikumshöhe, klettert dann wie der Wind an einer anderen Seite wieder hoch auf die Bühne. Er ist selbstironisch und oft unmöglich, bricht immer wieder gern aus dem Text aus und kommentiert. Er liest bühnenreif und ist großartig dabei. Hektisch raucht er mehrere Zigaretten. Was Dichtung oder Wahrheit sein kann, ist flirrend, kaum zu unterscheiden, auf jeden Fall hat das subversiven Witz. Seine Udo-Parodien sind genial. Selbst wenn er über seine Kokainsucht, Alkohol, Bulimie und Selbstzerstörung liest, kann er komisch sein. Ob es Distanz oder Verdrängung ist,

wagt man nicht zu beurteilen. Er beschreibt seine jahrelange Abhängigkeit vom Alkohol und Kokain mitsamt ihren Auswirkungen derart glaubhaft und authentisch, dass man die Suchtabläufe plausibel begreifen kann. »Panikherz« ist voller begnadeter Beobachtungen, Wahrnehmungen, voller Höhepunkte. Das muss ihm erst einmal jemand nachmachen.

Hier nur einige Karrierestationen seines Lebens, als er in Göttingen anfangt, als Plattenkritiker zu arbeiten, um gratis auf Konzerte zu kommen. In seinem Leben auf der Überholspur ist er Praktikant bei der taz-Hamburg, arbeitet als Redakteur beim Rolling Stone, bekommt einen Job bei der Plattenfirma Motor Music, wird Gag-Schreiber bei Harald Schmidt, persönlicher Referent von Friedrich Küppersbusch, Redakteur bei der FAZ, Moderator bei MTV, schreibt in kurzer Zeit mehrere Bücher und geht mit diesen Bestsellern auf ausverkaufte Tournée. Alkohol und Kokain werden zu ständigen Begleitern, um die immer schneller rotierende Maschine zu ölen, um sich wegzubeamen und abzuheben. Bei Udo Lindenberg entdeckt Stuckrad-Barre den »Rausch als Spaß und Selbstzweck, den Rausch aber auch als Protest, als Haltung. Als eine Art, durchs Leben zu taumeln und nur sehr ausgewählt die permanenten Ernsthaftigkeitsangebote der Umwelt anzunehmen«.

Sein Leben endete nach vielen Jahren als gefeierter Pöpliterat im Absturz. Er ging durch die Hölle, einmal konnte er wochenlang seine Wohnung nicht finden. »Er hinterlässt eine Schneise der Enttäuschung und Zerstörung«, sagt er selbst über diese Zeit, er verliert den Bezug zur Realität, flüchtet aus allen sozialen Bindungen, vergräbt sich, heckt wahnwitzige Pläne aus, solange das Koks das Gehirn auf Touren bringt. Die Sucht ist deprimierend, eintönig, öde und hat nichts mehr mit Rausch als Spaß zu tun.

Doch Stuckrad-Barre hat sein Leben wieder in die Waagschale geworfen, erschaffen hat er einen Entwicklungsroman und eine Zeitgeistanalyse in einem, die in ihrer intelligenten Wahrhaftigkeit anregen und berühren und etwas darüber aussagen, wie großartig das ist, wenn nach allen Abstürzen Lebensfreude und Daseinslust wieder die Oberhand gewinnen. ■

BRIGITTE SIEBRASSE, *Bielefeld*

Anzeige



Gemeindepsychiatrie und Forensik – geht das zusammen?

Einladung zum Fachtag

➤ 11. November 2016
Haus der Kirche, Kassel

Die Betreuung und Begleitung ehemals forensisch untergebrachter psychisch kranker Menschen in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen wird ein immer wichtigerer Bestandteil der regionalen Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Mit der Tagung werfen die Veranstalter Fragen innerhalb dieser Entwicklung auf, stellen Perspektiven zu dieser Thematik aus ‚trialogischer‘, stationär-forensischer und gemeindepsychiatrischer Sicht dar und präsentieren Best Practice-Modelle.

➤ Information und Anmeldung:
www.dgsp-ev.de

Veranstaltet vom „Kontaktgespräch Psychiatrie“: Aktion Psychisch Kranke e.V., AWO Bundesverband e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V., Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V., Bundesweites Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Deutsches Rotes Kreuz e.V., Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.

Sexualität zum Thema machen

Lena Lache

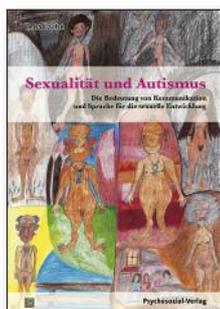
Sexualität und Autismus

Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung

Psychosozial-Verlag, Gießen 2016

ISBN: 978-3-8379-2518-0

133 Seiten, 16,90 Euro



Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) erhalten zunehmend Leistungen im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Insbesondere das ambulant

Betreute Wohnen nutzen immer mehr Personen mit Asperger-Autismus. Das psychiatrische Versorgungssystem ist mit einem neuen Phänomen konfrontiert. Menschen ohne Intelligenzminderung, aber mit einer unverrückbaren Behinderung, mit der sie bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zurechtkommen müssen. Die UN-Behindertenrechtskonvention gewährt Menschen mit Behinderung die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das bedeutet auch Partnerschaft und Sexualität. Wenn die sexuelle Entwicklung aber durch die Behinderung beeinträchtigt wird, bedeutet das eine besondere Herausforderung nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für Angehörige und Professionelle.

Das Verdienst des vorliegenden Buches von Lena Lache ist der doppelte therapeutische Zugang. Zum einen vonseiten der Psychoanalyse, in der die Entwicklung zum erwachsenen Menschen anhand der psychosexuellen Reifung erklärt wird. Zum anderen vonseiten der Unterstützten Kommunikation, mit der Menschen mit sprachlicher Einschränkung erreicht werden können. Eine absolut notwendige Ergänzung, man stelle sich eine Autisten auf der Couch vor. Durch den psychoanalytischen Zugang vermeidet die Autorin erfreulicherweise die Reduktion der Sexualität von Autisten auf ein »technisches« Problem.

Ein weiteres Verdienst ist eine gut lesbare Einführung in die Phänomene der Autismus-Spektrum-Störungen, insbesondere in die damit verbundenen Kommunikationsprobleme sowie die psychoanalytische Theorie der psychosexuellen Entwicklung. Darauf aufbauend werden die besonderen Einschränkungen der Autismus-Spektrum-Störungen auf die psychosexuelle Entwicklung und Sexualisation herausgearbeitet und die für die gesellschaftliche Teilhabe notwendigen Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt. Die Unterstützte Kommunikation kann hier eine große Hilfe darstellen, wie mit einigen Piktogrammen erläutert wird.

Das Buch ist eines von mehreren »dünnen« Taschenbüchern des Psychosozial-Verlags, die in gut verständlicher Weise in ein komplexes Thema einführen. Es gibt Angehörigen und Betreuenden – rechtlichen und fachlichen – einen Überblick, lädt aber gleichzeitig zu einer intensiveren Beschäftigung mit dem Thema Autismus sowie dem Thema Sexualität bei Behinderung ein. ■

MICHAEL KONRAD, Ravensburg

Bürger schaffen was

Birgit Görres, Ludwig Janssen (Hg.)

40 Jahre Psychiatrie-Enquete – 40 Jahre Dachverband Gemeindepsychiatrie

Eine Chronik mit Interviews und Fachartikeln

166 Seiten, 15 Euro, Bestellschein:

<http://www.psychiatrie.de/dachverband/40-jahre-dachverband/>



Engagierte Bürgerinnen und Bürger können Gesellschaft in hohem Maße mitgestalten. Das ist vielleicht die wichtigste Botschaft des inhaltsreichen und bebilderten

Readers, den der Dachverband Gemeindepsychiatrie zu seinem vierzigsten Geburtstag herausgegeben hat. Auf 160 Seiten berichten u.a. Mitstreiterinnen und Mitstreiter der ersten Stunde, wie seit Ende der 1960er-Jahre empörte Studierende, Angehörige von psychisch Kranken, Journalisten, Patienten, Psychiatrieprofis und ein-

fach tatkräftige Bürger die bis dahin weitgehend veränderungsresistenten psychiatrischen Anstalten von innen und außen aufbrachen, um den dort verwahrten und entrechteten Insassen als Mitmenschen und Mitbürger zu begegnen.

Bekanntlich entstanden aus den ersten Besuchsdiensten, Begegnungsstätten, Arbeits- und Wohnungsvermittlungen für die Patienten später meist professionelle gemeindepsychiatrische Angebote, ein ausdifferenziertes Unterstützungsnetz, das es den vorher Weggesperrten seitdem ermöglicht, mitten in der Gemeinde zu leben.

Manche Wurzeln des heutigen Dachverbandes reichen gar bis ins frühe 19. Jahrhundert. Das kann man an einer Zeitleiste ablesen, die am unteren Rand der Broschüre fortlaufend Auskunft gibt: Wann hat sich welcher Mitgliedsverband gegründet, welche wichtigen Veröffentlichungen, Projekte und politischen Beschlüsse flankieren den Fortgang der Psychiatriereform und den gemeindepsychiatrischen Aufbruch? Das ist spannend zu verfolgen.

Dass es keine reine Jubelbroschüre geworden ist, dafür sorgen dankenswerterweise immer mal wieder (selbst-)kritische Bemerkungen insbesondere zu der Tatsache, dass auch Gemeindepsychiatrie Inselcharakter haben kann anstatt wirklich inklusiv zu sein. Daneben springen hier und da durchaus Funken der Ursprungsbegeisterung über. Wenn z.B. von der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH erzählt wird, wie Mitarbeitende und Nutzer in kleinen Arbeitsgruppen über den Umgang mit Psychopharmaka, das persönliche Budget und Recovery diskutieren oder wie sich das Unternehmen um interkulturelle Öffnung und seit 2015 auch verstärkt um Flüchtlinge bemüht, dann bekommt man schon einen Eindruck von anhaltendem und auch innovativem Engagement.

So ist – trotz manchmal etwas sperrigen Fachartikeln – ein schönes Erinnerungsbuch für Umschauleserinnen und -leser entstanden bzw. eine Einführung in die gemeindepsychiatrische Arbeit für Neulinge. Und vielleicht kann diese Zusammenschau ja »das Feuer neu entfachen« – wie eine Jahrestagung der Brücke Schleswig-Holstein überschrieben war – und eine neue Generation zur mutigen Gestaltung motivieren. ■

CORNELIA SCHÄFER, Köln

Integration in die Gemeinde

Stefan Raueiser, Gerd Schulze (Hg.)

Berührung mit dem Leben

Bürgerhilfe in der Psychiatrie

Grizeto Verlag, Irsee 2015

ISBN: 978-3-9816678-3-7

127 Seiten, 8 Euro



Integration in die Gemeinde kann nur von Bürgern geleistet werden. Dieser Satz von Klaus Dörner gehört inzwischen zum allgemeinen Gedankengut der Gemeindepyschia-

trie. Gleichwohl ist die Umsetzung dieses Prinzips alles andere als ein Selbstläufer. Gesellschaftliche Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen wie auch Vorurteile der Professionellen gegenüber der Überforderung von Laien haben das bürgerliche Engagement in der Vergangenheit oft gehemmt. Mit dem durch die UN-Behindertenrechtskonvention verbürgten Recht auf Inklusion wird die Einbeziehung der Bürger bei der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu einem Muss.

An der »verlässlichen bürgerschaftlich engagierten Gemeinde« (S. 14) setzen die beiden Herausgeber in ihren Editorials an. Achim Dochat begründet in einem einleitenden Artikel aus der Sicht der Einrichtungsträger den unverzichtbaren Beitrag des bürgerschaftlichen Engagements. Die Bürgerhilfe helfe, die Verbindung zwischen den gemeindepyschiatrischen Einrichtungen und der »natürlichen« Gemeinde zu halten. Nach einem kurzen Beitrag eines Gründungsmitglieds des Landesverbandes Bürgerhilfe Bayern über dessen Entstehung, präsentiert das zweite Kapitel acht Praxisberichte aus verschiedenen Regionen Bayerns.

Die Heterogenität der Beispiele zeigt, dass das Engagement als solches wichtiger ist als professionelle Standards. Gefolgt wird das Kapitel von fünf Beiträgen aus unterschiedlichen Perspektiven, in denen auch die Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen zu Wort kommt. Abgerundet wird der Band durch einen Ausblick, in dem Gerd Schulze auf Grundlage seiner langjährigen Erfahrung das bürgerliche Engagement als Teil einer neuen Netzwerkkultur entwirft. Das erfreulich schlanke Buch ist allen psychiatriisch engagierten Menschen – auch außerhalb Bayerns – zu empfehlen. Die Erfahrungen sind durchaus übertragbar. Insbesondere sei es aber gemeindepyschiatrischen Einrichtungen empfohlen. Entgegen der Befürchtung von Konkurrenz finden sie viele Beispiele, welchen Nutzen ihre Klienten auf dem Weg in die Normalität haben. ■
MICHAEL KONRAD, Ravensburg

Erlebte Geschichte

Waltraud Matern

Sozialarbeit in der Psychiatrie

Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960–1980)

Ardey-Verlag, Münster 2016

ISBN 978-387023384-6

161 Seiten, 16,90 Euro



Waltraud Matern, eine der erste Fürsorgerinnen in einer Klinik in Westfalen, war eine der Pionierinnen psychiatriischer Sozialarbeit. Ihre beruflichen und persönlichen Erfahrungen bei der Implementierung und Professionalisierung sozialarbeiterischer Arbeit in der westfälischen Anstaltspsychiatrie und darüber hinaus ist Thema ihres sehr lesenswerten Buches.

In ihm werden wichtige Etappen der Psychiatriegeschichte von der Fürsorge zu den personenorientierten unterstützenden Hilfen – aber auch persönliche emanzipatorische Entwicklungen – sehr anschaulich be-

schrieben, unterlegt mit Fotos und Zeitdokumenten. Dabei werden Handlungen von – inzwischen für psychiatrische Praktiker selbstverständlichen – Reflexionen begleitet.

In einer Zeit, in der die Behandlung psychisch erkrankter Menschen fast ausschließlich in entlegenen »Landesheilstätten« stattfand und von den Patienten statt eigener Initiative Anpassung und Unterordnung verlangt wurde, setzten die wenigen Fürsorger wichtige Impulse. In der Reflexion dieser Zeit beschreibt Waltraud Matern ihre Motivation und ihr sozialarbeiterisches Handlungskonzept in inklusiver Weise: »Nicht nur für die Kranken, sondern auch mit den Kranken wollte ich arbeiten, nicht über sie bestimmen, sondern ihnen bei ihrer Problembewältigung helfen und ihnen Raum für eigene Entscheidungen geben, ganzheitliche Hilfen anbieten, ihre Kommunikation und Selbstbestimmung fördern, Familienkontakte wiederherstellen sowie Kontakte zu Verbänden und Behörden außerhalb.« Diese Haltung wurde von ihr auch in die Arbeit an der Psychiatrie-Enquete wie bei der Gründung eines psychiatrischen Hilfsvereins in Marsberg eingebracht. Was dieses Buch zu einem spannenden Zeitdokument nicht nur für Sozialarbeiter macht, sind die unterschiedlichsten Facetten von persönlicher emanzipatorischer Erfahrung, von Konzept- und Methodenentwicklung klinischer Sozialarbeit. Es ist ein Zeitdokument, das ein aus der psychiatrischen Anstalt herauswachsendes Engagement für eine bessere ambulante Versorgung lebendig werden lässt. ■
BIRGIT GÖRRES, Köln

Impressum

Titelbild

Foto: Ernst Fessler

Herausgeber

Aktion Psychisch Kranke,
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und
Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.

Redaktion

Karin Koch (kk), Köln (v.i.S.d.P);
Michael Konrad (mk), Ravensburg;
Ulrich Krüger (uk), Bonn;
Christian Zechert (cz), Detmold
Ständige Mitarbeit:
Manfred Becker, Cornelia Schäfer,
Christoph Müller, Katrin Klünter.
Beiträge der Gastautoren sind keine
Meinungsäußerung der Redaktion.

Redaktionsanschrift

Psychosoziale Umschau
Ursulaplatz 1
50668 Köln
Tel. (0221) 16 79 89-14
E-Mail: umschau@psychiatrie.de

Manuskripteinsendungen

Die Redaktion freut sich über Manuskripte
und Informationen, Hinweise für Autorinnen
und Autoren unter [http://www.psychiatrie-
verlag.de/zeitschriften/psychosoziale-
umschau.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/psychosoziale-umschau.html).

Redaktionsschluss der nächsten
Ausgabe ist der 15.11.2016.

Verlag & Vertrieb

Psychiatrie Verlag GmbH,
Ursulaplatz 1, 50668 Köln,
Tel. (0221) 16 79 89-16, Fax -20,
E-Mail: hoff@psychiatrie.de.

Anzeigenverwaltung im Verlag
durch Miriam Lindner,
E-Mail: lindner@psychiatrie-verlag.de
Anzeigenschluss der nächsten
Ausgabe ist der 01.12.2016.

Bezugsbedingungen

Print-Abonnement: Ein Print-Abo kostet 2016
jährlich für Privatkunden 34,00 Euro und
für Institutionen 51,00 Euro; im Inland
einschl. Porto, im Ausland zzgl. 15,00 Euro
Versandkostenpauschale.

Sozialhilfe-Empfänger und Studenten zahlen
bei Vorlage einer entsprechenden Beschei-
nigung 24,50 Euro.

Das Abonnement verlängert sich automa-
tisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufen-
den Jahres schriftlich beim Verlag gekündigt
wird.

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Einzelheftpreis: 9,90 Euro

Online-Abonnement: Ein Online-Abo kostet
jährlich für Privatkunden 30,00 Euro. Die
Preise für Institutionen und soziale Dienste
hängen von der Größe der Einrichtung ab.
Ausführliche Preisinformationen unter
www.verlag.psychiatrie.de/zeitschriften.

Layout Hans Schlimbach AGD, Gartow

Druck Ostfriesische Beschäftigungs- und
Wohnstätten GmbH, Emden

ISSN 0930-4177

Postvertriebskennzahl 7044

Termine

■ Angehörige als Ressource in der Behandlung schizophrener erkrankter Menschen

6. Oktober in München
www.gfts.de

■ Sozialpsychiatrie 4.0 – nach der Reform ist vor der Reform

DGSP-Jahrestagung
8. bis 10. Oktober in Berlin
www.dgsp-ev.de

■ Making History, Owning Our Stories

8. World Hearing Voices Congress
19. bis 22. Oktober in Paris
www.hearing-voices.org

■ Verantwortung übernehmen

Für Teilhabe, Kinder & Jugendliche,
Entgeltssystem, Pflege, Zwangsvermeidung
7. und 8. November in Kassel
APK-Jahrestagung
www.apk-ev.de

■ Treffen von Selbsthilfef Vertretern zur Vernetzung

9. November in Kassel
www.apk-ev.de

■ Bleiben Sie auf Empfang!

Möglichkeiten einer
zukunftsorientierten Psychiatrie
9. November in Köln
www.klinik-koeln.lvr.de

■ Gemeindepsychiatrie und Forensik – geht das zusammen?

11. November in Kassel
www.dgsp-ev.de

■ Psyche – Mensch – Gesellschaft

DGPPN-Kongress 2016
23. bis 26. November in Berlin
www.dgppn.de/kongress.html

■ Wo beginnt die Schizophrenie und wo hört sie auf?

Grenzen, Übergänge und neue Wege
im Umgang mit Psychose
XIX. Tagung Die Subjektive Seite
der Schizophrenie
15. bis 17. Februar 2017 in Stralsund
www2.medizin.uni-greifswald.de/psych/

■ Dazugehören!

Bessere Teilhabe für traumatisierte und
psychisch belastete Kinder und Jugendliche
22. bis 25. März 2017 in Ulm
www.dgkjp-kongress.de

■ WPA XVII World Congress of Psychiatry

8. bis 12. Oktober 2017 in Berlin
www.wpaberlin2017.com

Mehr Termine und
Fortbildungsangebote unter:
www.psychiatrie.de/termine/



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Broschüren und Bücher

* Staffelpreis möglich



**Außen zart. Innen stark
Was Kinderseelen gut tut.**
Mappe mit neun Arbeitsblättern
für Unterricht und pädagogische
Arbeit (8–11 Jahre)
6610, Schutzgebühr 7 Euro



**Wenn deine Mutter oder dein
Vater in psychiatrische Behand-
lung muss ... mit wem kannst
Du dann eigentlich reden?**
Information für Kinder zwischen
8 und 12 Jahren, inkl. 2 Begleitblätter
für Eltern und Betreuerinnen
6501, Schutzgebühr 2 Euro



**Gemeinsam
Bürgerschaftliches Engagement,
durch, mit und für psychisch
erkrankte junge Menschen**
6621, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Der beste Vater der Welt
Bilderbuchbroschüre über Psychosen
für Kinder zwischen 5 und 8 Jahren
6516, Schutzgebühr 2 Euro



**Wenn deine Mutter oder
dein Vater psychische Probleme
hat ...**
Informationen für Jugendliche
zwischen 12 und 18 Jahren
6502, Schutzgebühr 2 Euro



**Es ist normal, verschieden
zu sein! – Bock u.a.**
Verständnis und Behandlung von
Psychosen, 6506, Schutzgebühr 1 Euro



Das Seelenentdeckeralbum
Materialie über Seele, Krankheit
und Gesundheit für Kinder
zwischen 6 und 9 Jahren
6514, Schutzgebühr 2 Euro



**Wenn eine Mutter oder ein Va-
ter psychische Probleme hat ...
Wie geht es dann den Kindern?**
Information für betroffene Eltern
6503, Schutzgebühr 2 Euro



Seelische Krise – Was tun?
Informationsblatt zu Hilfen in Krisen,
6620, 3 Euro Versandkostenpauschale
(1 Satz = 10 Stück)*



Mamas Monster
Bilderbuch über Depressionen
für Kinder zwischen 5 und 7 Jahren
6512, Schutzgebühr 4 Euro



**Kleine Held(inn)en in Not
Görres/Pirsig**
Tagungsreader Praxis
Gemeindepsychiatrie, Band 4
6511, Schutzgebühr 5 Euro



Recovery
Broschüre richtet sich an psychisch
erkrankte und interessierte Menschen
6262, 3 Euro Versandkostenpauschale
(1 Satz = 10 Stück)*



**Wahlverwandtschaft
Görres/Pirsig**
Engagiert in Patenprojekten
Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 3
6510, Schutzgebühr 5 Euro



Patientenrechte
Therapie und Selbstverantwortung in
psychischen Krisen – welche rechte
habe ich als Patient, 6623,
5 Euro Versandkostenpauschale
(1 Satz = 10 Stück)*

DVDs und CDs



Wenn die Seele überläuft
Junge Menschen in psychischen Krisen,
Hörbuch und Unterrichtsmaterialien
zu Angst, Essstörungen und Suizid
6508, Schutzgebühr 5 Euro



Die Bettelkönigin
Ein Hörbuch zu psychischen
Erkrankungen. Ein Hörspiel für
Kinder von 8 bis 11 Jahren
6630, Schutzgebühr 5 Euro

Faltblätter und Factsheets



**Information Dachverband
Gemeindepsychiatrie:**
Gemeindepsychiatrie stärken – enga-
giert, innovativ, quadrologisch, vernetzt
kostenfrei



Hilfen für Familien mit Kindern
Hilfen der Krankenversicherungen
für Familien, in denen ein Elternteil
psychisch krank ist
6521, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



**Factsheet 3 – Integrierte
Versorgung**
6524, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



**Fragen Sie nicht nur
den Arzt oder Apotheker**
Was leistet die Krankenversicherung
bei psychischen Störungen
6520, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Factsheet 1 – Soziotherapie
6522, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Factsheet 4 – Ambulante Pflege
6525, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Factsheet 2 – Ergotherapie
6523, 1 Euro (1 Satz = 10 Stück)



**Positionspapier zur
Integrierten Versorgung**
6640, 1 Euro (1 Satz = 5 Stück)

Hiermit bestelle ich die oben markierten Titel. Zusammen mit der Lieferung erhalte ich eine Rechnung (Rechnungsgesamtbetrag zuzüglich Versandkostenpauschale), die ich fristgerecht ausgleichen werde.

Bestellschein bitte per Fax an: (0221) 78 87 43 10

Name

E-Mail

PLZ/Ort

Datum

Straße

Unterschrift

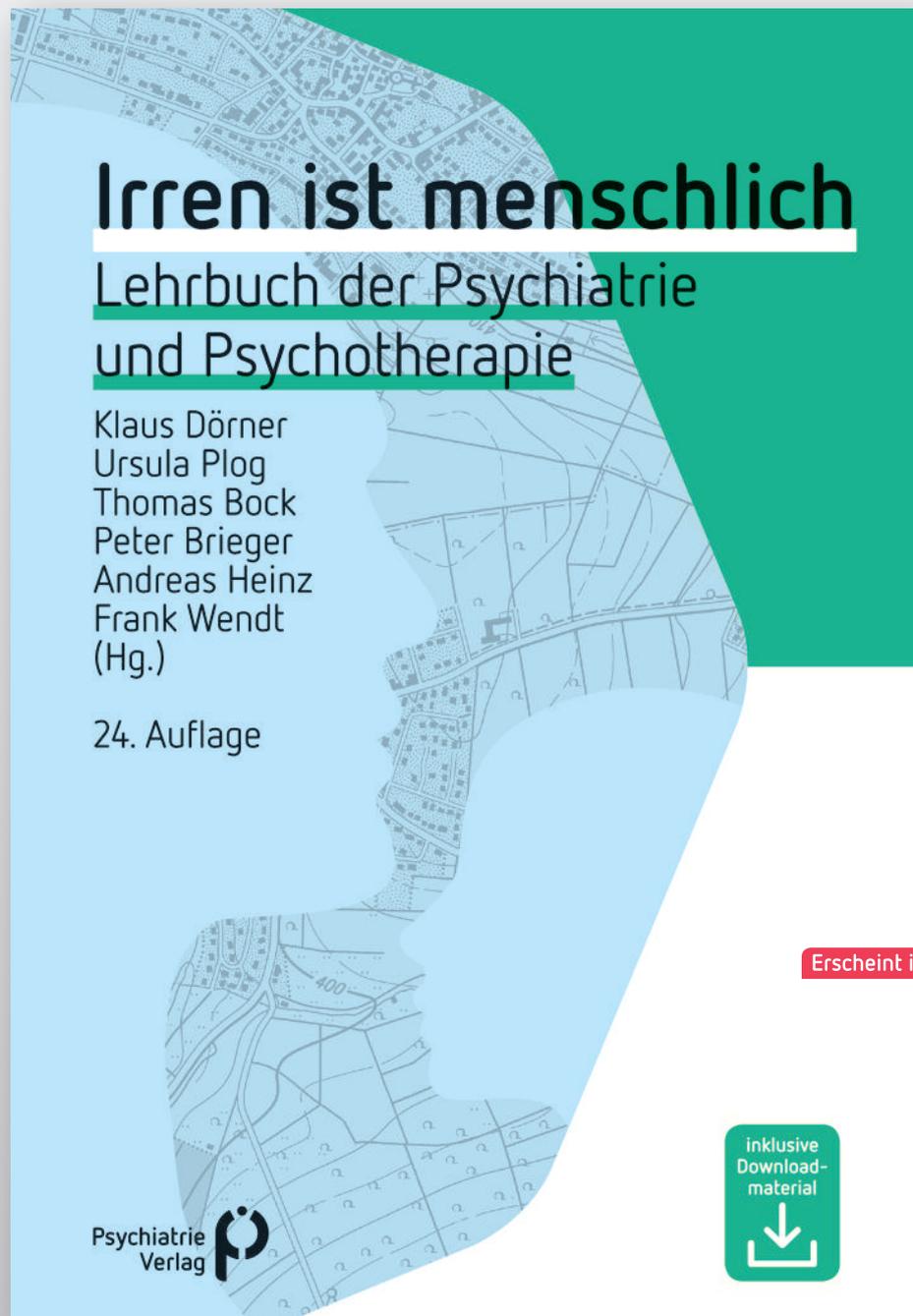
Der Broschürenversand wird freundlicherweise von unserem Mitglied BTZ Köln übernommen. Wir bedanken uns für die Unterstützung:

BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH – Jobprofil

Oskar-Jäger-Straße 175 | 50825 Köln | Telefon (02 21) 78 87 43-0 | Fax: (02 21) 78 87 43 10 | wichterich@jobprofil-koeln.de

Noch nie war Irren menschlicher

»Irren ist menschlich« ist seit fast 40 Jahren das sozialpsychiatrische Standardlehrbuch. Es hat mit klaren Positionen die Versorgung psychisch erkrankter Menschen erneuert und geprägt. Um »Ur-Autor« Klaus Dörner versammelt sich für die 24. Ausgabe ein neues, hochkarätiges Herausgeberteam. Namhafte Expertinnen und Experten tragen den Differenzierungen des Faches Psychiatrie Rechnung und diskutieren auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Ein Ausnahmelehrbuch, das humanistisch fundierte Theorie und Praxis vereint!



962 Seiten, 39,95 €, ISBN 978-3-88414-610-1, eBook 31,99 €, ISBN (eBook) 978-3-88414-887-7