

PSYCHOSOZIALE

umschau

...heitskiosk.o

...ie Ber

Ernährung
Bewegung und Entspannung
Deutsche Gesundheit
Pflegende Angehörige

- ▶ **Klaus Balzer**
Ein Gesundheitskiosk für
Leib und Seele
- ▶ **Cornelia Schäfer**
Die Besuchskommissionen:
mühevoller Einsatz gegen
Missstände
- ▶ **Jörg Holke**
Gesetzentwurf zu einem
Angehörigenentlastungsgesetz



Foto: Klaus Balzer

Soziale Ungleichheit überwinden

► Angesichts wachsender sozialer Ungleichheit fordert der Paritätische Wohlfahrtsverband in seinem Jahresgutachten den Ausbau der sozialen gemeinnützigen Infrastruktur in der Fläche, eine Stärkung individueller sozialer Rechte und Reformen der sozialen Sicherungssysteme. Die Akteure der psychiatrischen Versorgung werden sich hier anschließen können.

Einige sind mit innovativen Modellen vorausgegangen, die sie in diesem Heft vorstellen. Dazu gehört das Gesundheitskiosk in Hamburg, das Alltagsbegleitung und Beratung in einem Problemviertel sehr niedrigschwellig anbietet (S. 4 f.), dazu gehören auch die MutMacherMenschen, die in Augsburg die erste gemeinnützige Sozialgenossenschaft mit, von und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gegründet haben, um Arbeitsplätze und Teilhabe zu sichern (S. 6 f.).

Susanne Jaeger berichtet von einem schwedischen Team, das erforscht hat, was Menschen mit Psychosen in ihrem Land verdienen. Die Wissenschaftler stellten fest, dass die Einkommensschere zwischen Allgemeinbevölkerung und Menschen mit ernst psychischen Problemen zunehmend größer wird und Letztere, relativ gesehen, tatsächlich arm sind (S. 18).

Krankheit kostet, auch Angehörige sind davon betroffen. Deshalb wird der Gesetzesentwurf zur Entlastung bei der Unterhaltspflicht allgemein sehr begrüßt (S. 28 f.).

Das ist zwar noch kein Aufbruch, wie ihn die Friedrich Ebert-Stiftung in ihrem Positionspapier zur psychosozialen Versorgung fordert (S.19), aber ein Schritt in die richtige Richtung. Missstände und strukturelle Defizite in der Versorgung aufdecken und vorschlagen, wie die Lebensverhältnisse und die Behandlung der Patientinnen und Patienten verbessert werden können, bleibt eine Aufgabe für alle – für die Profis und die Selbsthilfe. Gemeinsam wirken sie z.B. schon in den Besuchskommissionen der Länder (S. 30 f.), auch wenn die Beteiligung der Selbsthilfe manchmal noch erkämpft werden muss und die Aufstellung der Teams schwierig ist: Beharrlichkeit ist anstrengend, wird aber oft auch mit Erfolg belohnt. Den könnte man dann auch mal gemeinsam feiern. ◀

Ihre Redaktion

Von Menschen und Wegen

- 4 **Ein Gesundheitskiosk für Leib und Seele**
In Hamburg wird in einem Problemviertel eine niedrigschwellige psychosoziale Anlaufstelle etabliert. *Klaus Balzer*
- 6 **MutMacherMenschen: selbst organisierte Solidarität**
In Augsburg schafft die erste gemeinnützige Sozialgenossenschaft Arbeitsplätze und Teilhabe. *Carmen Checchia*
- 8 **Trauer um Sibylle Prins** *Svenja Bunt*
- 9 **Antistigmaarbeit auf allen Kanälen**
Gemeindepsychiatrische Träger probieren verschiedene neue Medien und Formate aus. *Peter Heuchemer*

Nachgefragt

- 11 **Wenn der Babyblues zur handfesten Krise wird**
Cornelia Schäfer sprach mit *Sabine Surholt* über peripartale psychische Erkrankungen.

Therapeutisches

- 14 **Wie wir Scham und Schuld nutzbar machen können**
Maren Lammers

Die besondere Geschichte

- 16 **Sich selbst »gesundschreiben«**
Ein Selbsthilfeversuch
Sebastian Domke

Neues aus der Forschung

- 18 **Ohne Moos nix los: vom Armutsrisiko bei psychischer Erkrankung** *Susanne Jaeger*

Aktuell diskutiert

- 19 **Neuer Aufbruch im Geiste der Psychiatrie-Enquete**
Friedrich-Ebert-Stiftung legt Positionspapier vor
Elke Prestin
- 20 **Grenzen überschreiten.**
Jahrestagung des DV Gemeindepsychiatrie
Peter Heuchemer und Thomas Pirsig
- 22 **Verbände fordern Maßnahmen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern** *Peter Heuchemer*
- 23 **ICD-11 kommt – was bedeutet das?**
Matthias Albers
- 24 **Depression zukünftig Thema im bayerischen Schulunterricht**
Alexandra Chuonyo
- 26 **Betreutes Wohnen: Was kommt danach?**
Eine Podiumsdiskussion über Chancen und Risiken
Katrin Stamm

Streiflicht Inklusion

- 27 **Als Boss zur Selbstbestimmung?**
Michael Konrad

Sozial- und Gesundheitspolitik

- 28 **Geszentwurf zu einem Angehörigenentlastungsgesetz**
Jörg Holke
- 30 **Mühevoller Einsatz gegen Missstände**
Die Besuchskommissionen der Länder können ein wichtiges Korrektiv für psychiatrische Einrichtungen sein.
Cornelia Schäfer
- 34 **Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe**
Ab 2020 stellen die Krankenkassen mehr Mittel für Basisarbeit zur Verfügung. *Jutta Hundertmark-Mayser*

Im Blickpunkt

- 36 **Förderung von Selbsthilfeengagement**
Karin Koch

Recht konkret

- 38 **Wann kann eine psychische Erkrankung zum Entzug des Führerscheins führen?** *Alexander Engel*

Arbeit & Rehabilitation

- 39 **Mehr Arbeitsentgelt in Werkstätten, aber genug?**
Manfred Becker
- 40 **Neue Ansprechstellen für Reha und Teilhabe**
Manfred Becker
Sorgfältige Teilhabeplanung kann man anmahnen
Manfred Becker

Forum

- 41 **Das Leben der Angehörigen stärken**
Eine solidarische und verbindliche Begleitung von Angehörigen durch Angehörige *Gyöngyvér Sielaff*
- 43 **Eine grüne Schleife für die seelische Gesundheit**
Peter Heuchemer
- 44 **Betreuer werden oder nicht?!**
Eine schwierige Entscheidung für Angehörige
Alexandra Chuonyo
- 46 **Eltern und Geschwister stellen die gleichen Fragen, aber finden sie auch zu gleichen Antworten?**
Reinhard Peukert
- 47 **Kinder psychisch kranker Eltern sehen und verstehen**
Jeannette Abel
- 48 **Infostand mal anders**
Der LV BaWü präsentierte sich auf der REHAB nahbar und zurückhaltend zugleich. *Rachel Fritsch*

Kunst & Kultur

- 50 **»Was erkennt ihr auf dem Bild?«**
Beim Projekt »Tandem« bringen Künstler mit Behinderung Museumsbesuchern Kunst nahe. *Cornelia Schäfer*

Bücher & Medien

- 52 **Nur Mut!**
Martine Hoffmann, Gilles Michaux: Grenzenlos emotional. Von impulsiv bis Borderline
Gabriele Beek
- 52 **Praktischer Wegweiser**
Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger: Seelische Gesundheit von Geflüchteten
Christoph Müller
- 53 **Viele Erfahrungen, eine Mission**
Dominique de Marné: Warum normal sein gar nicht so normal ist ... und warum reden hilft.
Peter Heuchemer

54 Impressum

54 Termine

Ein Gesundheitskiosk für Leib und Seele

In Hamburg wird in einem Viertel mit wenig Ärzten und kaum Psychotherapeuten, aber vielen Problemen, eine niedrighschwellige Anlaufstelle etabliert, die Menschen hilft, mit gesundheitlichen und psychischen Problemen besser umzugehen. **Von Klaus Balzer**

► Malte füllt den ganzen großen Raum nur durch seine Anwesenheit. Es sind nicht die leuchtend blau gefärbten Haare, auch nicht seine recht massige Körperfülle. Nein, die Herausforderung für sein Gegenüber ist sein Blick, seine Körperhaltung. Es ist Angriff und Verteidigung zugleich, Provokation und Verletzlichkeit. Und dann sagt Malte: »Mein großes Ziel heißt Glück.« Und: »Frieden.«

Malte Möller (24) sitzt mit seiner Gesundheitsberaterin Shahnaz Ansari (56) im großen Veranstaltungsraum des Gesundheitskiosks in Hamburg Billstedt, ein seit zweieinhalb Jahren laufendes, bundesweit einmaliges Projekt, das in enger Zusammenarbeit mit einem großen Ärztenetzwerk Menschen hilft, mit ihren gesundheitlichen und psychischen Problemen besser umzugehen. Malte kommt seit sechs Monaten regelmäßig zum Gespräch mit der gebürtigen Iranerin, die begleitend zu ihrer Tätigkeit als MTA (medizinisch-technische Assistentin) die Ausbildung zur Heilpraktikerin Psychotherapeutin absolviert hat. Seit Februar 2019 berät sie im Gesundheitskiosk Menschen mit seelischen Krankheiten – niedrighschwellig: keine Therapie, aber Hilfe zum Leben mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Klienten zu stärken. Und einen Blick darauf zu werfen, welche seelischen Fragestellungen und Probleme sich hinter körperlichen Krankheiten verstecken können.

Malte zum Beispiel kam zunächst in den Gesundheitskiosk, um sich wegen seines Übergewichts beraten zu lassen. »Es wurde aber schnell deutlich, dass sein Gewicht nur die eine Seite eines komplexen Problems ist«, sagt Shahnaz Ansari. Malte fühlte sich vom Leben überfordert, vermisste Hilfe, um mit seinen Alltagsproblemen fertig zu werden. »Ein altes persisches Sprichwort sagt: »Wenn keine Hand mehr Hilfe anbietet, dann suche am Ende deines eigenen Armes.« – Ansari setzt auf solche Methaphern, mit deren Weisheiten Bewusstwerdungsprozesse in Gang gesetzt werden können. »Wenn Menschen dadurch Bilder vor Augen bekommen, begreifen sie schneller.« Malte begriff.

Ein Viertel mit viel Armut und psychosozialen Problemen

Für 106.000 Einwohner in Billstedt und Horn stehen nur knapp über hundert niedergelassene Ärzte zur Verfügung. Die Praxen sind hoffnungslos überlaufen, mehr als hundertzwanzig Patienten täglich sind nahezu die Regel. Und die Menschen benötigen aufgrund ihrer multiplen Erkrankungen und sozialen sowie psychologischen Nebendiagnosen deutlich mehr Zeit als Patienten in anderen Stadtteilen. Zeit, die es in Arztpraxen nur selten gibt, wohl aber im Gesundheitskiosk. Dieser hat sich vor diesem Hintergrund zunehmend zu einem Ankerzentrum für Hilfesuchende entwickelt. Seit nunmehr zweieinhalb Jahren baut die Trägergesellschaft Gesundheit für Billstedt Horn UG (haftungsbeschränkt) das Projekt auf, zunächst finanziert durch den Innovationsfonds der gesetzlichen Krankenkassen. Sechs Millionen Euro stellte der Fonds für drei Jahre zur Verfügung, um beispielhaft in einem benachteiligten Stadtteil die Gesundheitsversorgung an dem Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Das Ziel: Durch ein umfangreiches Vernetzungskonzept mit Ärzten, ambulanten Beratungseinrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern sowie einer digitalen Vernetzung der unterschiedlichen Akteure die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, die Gesundheitskompetenz von Patienten zu stärken und die Kosten der Krankenkassen zu senken.

Die psychiatrische Versorgung in Billstedt und Horn gleicht einer Katastrophe«, sagt Hans-Heinrich Benecke, Leiter der Psychiatrischen Tagesklinik in Hamburg-Mümmelmannsberg und Mitglied im Ärztenetz Billstedt-Horn e. V. Ja, es gebe drei oder vier sehr engagierte Psychiater in Billstedt und Horn. Für zwei Stadtteile, in denen knapp 25 Prozent der Bewohner Migranten sind, 22 Prozent Hartz IV-Empfänger, mehr als 19 Prozent minderjährig. Und Psychotherapeuten seien gar nicht zu finden. Viel Wut empfinde er, so Benecke, wenn er sehe, dass in den wohlhabenden Stadtteilen die niedergelassenen Psychotherapeuten nahezu Tür an Tür ihre Praxen haben. »Und hier? Wer ein kinder- oder jugendtherapeu-

tisches Angebot haben möchte, muss in die wohlhabenden Stadtteile fahren!« In Stadtteilen, die nichts mit der Lebenswirklichkeit der Menschen in Billstedt und Horn zu tun haben. Die sehe so aus, sagt Benecke, dass Menschen zehn Jahre früher chronisch erkranken als in den meisten anderen Stadtteilen Hamburgs, und eben auch zehn Jahre früher sterben. Das habe sehr viel mit der Armutssituation der Bewohner zu tun, aber auch mit dem sehr hohen Anteil an Migranten, deren kulturell bedingter Umgang vor allem mit seelischen Krankheiten schwierig sei. »Da spielt soziale Kontrolle eine große Rolle, insbesondere gegenüber Frauen«, sagt Benecke. Aber was macht das mit der Seele? »Depressionen oder traumatische Erfahrungen werden körperlich weggedrängt.« Das wirke krankheitsfördernd, und, so Benecke: »Nahezu alle Menschen, die in den vergangenen Jahren hierher emigriert sind, haben traumatische Erlebnisse hinter sich, egal ob Männer oder Frauen.« Diese Erfahrungen macht er Tag für Tag in der Tagesklinik, die er leitet. »Das bringt mich manchmal schon an meine eigene Belastungsgrenze. Je mehr die Menschen sich dann öffnen, desto furchtbarer wird das, von dem sie erzählen – von dem, was sie in ihrer Heimat und auf der Flucht erlebt haben.«

Auch Flüchtlinge profitieren

Und da komme der Gesundheitskiosk ins Spiel, sagt der Psychiater. Gerade das niedrighschwellige Angebot dort sei ein unverzichtbarer Teil eines umfassenden therapeutischen Behandlungskonzeptes für traumatisierte Migranten. Viele von ihnen bekämen ihren Alltag aus eigener Kraft nicht in den Griff. So wie Faeze Ghaemi aus Afghanistan. Sie möchte ihren richtigen Namen nicht nennen, aus Angst vor Sanktionen der afghanischen Community. Im Januar 2019 kommt die 39-jährige mit ihrem Mann erstmals in den Gesundheitskiosk, um – wie auch Malte Möller – an einem Kurs zur Gewichtsreduzierung teilzunehmen. Und trifft dort auf Beraterin Shahnaz Ansari zum Erstgespräch. Schnell wird deutlich, dass ihr



Der Gesundheitskiosk liegt mitten im Herzen des Hamburger Stadtteils Billstedt.

Gewicht auch Ausdruck massiver seelischer Probleme ist. Später wird der Psychiater Benecke bei ihr ein schweres Trauma, Depressionen und Verfolgungswahn diagnostizieren – zuvor aber erreicht Shahnaz Ansari in Verhandlungen mit dem Arbeitsamt die Anerkennung der Frau als arbeitsunfähig. Es sind zähe Verhandlungen, aber das Ergebnis trägt dazu bei, dass die Frau sich endlich für andere Fragestellungen ihres Lebens öffnen kann. Aus sich heraus hätte Faeze Ghaemi dazu nicht die Kraft gehabt.

Nach drei weiteren Einzelgesprächen mit der Gesundheitsberaterin öffnet sich die Afghanin soweit, dass Shahnaz Ansari sich mit Psychiater Benecke in Verbindung setzen und der Frau einen Platz in der psychiatrischen Tagesklinik vermitteln kann. Nach einer zweimonatigen Therapie verlässt die Frau die Tagesklinik wieder, Hans-Heinrich Benecke überweist sie zurück in den Gesundheitskiosk. Das war vor einem Monat. Seitdem ist sie wieder in der Beratung bei Shahnaz Ansari, fühlt sich befreit und möchte weiter an den Kursen im Gesundheitskiosk teilnehmen.

Mehr als 4.000 Menschen aus Billstedt und Horn haben seit Mitte 2017 den Gesundheitskiosk zu Beratungsgesprächen aufgesucht. Die Zusammenarbeit mit dem Ärztenetz – dem Hauptgesellschafter der Gesundheit für Billstedt/Horn –, den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern funktioniert. Herzsport- und Diabetesgruppen, Abnehm- und Rauchentwöhnungskurse, Angehörigenarbeit, Onkolotsen und in

Kürze auch Genesungsberater (geschulte Psychiatererfahrene) werden gut angenommen. »Die Ergänzung unseres Angebotes durch psychosoziale Beratungen war notwendig«, sagt Alexander Fischer, Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn. »Viele unserer Klienten haben neben Problemen mit der körperlichen Gesundheit auch Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit. Damit wollen wir die Menschen nicht alleine lassen.« Dass die Beratungen in sieben verschiedenen Sprachen stattfinden können, erleichtere es ungemein, die Menschen auch zu erreichen. Und: »Die umfangreiche Vernetzung mit psychosozialen Einrichtungen im Stadtteil sichert eine nachhaltige Betreuung der Patienten.«

Alltagsbegleitung plus Beratung

Malte Möller hat viel Zeit in jugendpsychiatrischen Einrichtungen verbracht. Und mit Unmengen unterschiedlichster Psychopharmaka. Das ging schon in der Schule los, mit Ritalin. Dann in den Einrichtungen erfuhr er, wie er sagt, viel Gewalt, auch sexuelle Gewalt. Er überlebt einen Selbstmordversuch, kam von einer Therapie zur nächsten. Die Diagnosen lauteten Depression, Borderline, Psychose, ADHS – »Es war ein Diagnostikwirrwarr ohne Ende«, sagt der junge Mann. Vor drei Jahren dann, mit 21, setzt er von sich aus alle Medikamente ab, beendet die Therapien. Er sucht sich eine Beratungsstelle in Hamburg, die auf sexuelle Gewalt gegenüber männlichen Jugendlichen spezialisiert sind, und eben den Ge-

sundheitskiosk. »Das eine ist eine Fachberatung, die geht in die Tiefe. Und im Kiosk bekomme ich Hilfe für den Alltag. Diese Kombination ist für mich produktiver als alles, was ich ansonsten in meinem Leben erfahren habe.« Seine Eltern ausgenommen. Sie seien immer für ihn da. Diese gegenseitige Liebe sei unzerstörbar.

Mittlerweile engagiert Malte sich bei den Grünen, ist in der Kirchengemeinde aktiv. Er geht einmal im Monat zu Shahnaz Ansari in den Gesundheitskiosk. Mit ihr könne er auf Augenhöhe reden, das sei wichtig. Geht das in einer solchen Beratungsbeziehung? »Klar. Würde ich auf sie herabschauen, könnte ich sie nicht ernst nehmen. Würde sie auf mich herabschauen, würde ich sie bekämpfen.« Da ist es wieder, das Gefühl von Provokation und Verletzlichkeit. Aber so wie Malte es jetzt sagt, klingt es einfach nach einem Start in ein gesundes Leben.

Ab Januar 2020 soll die Gesundheit für Billstedt/Horn aus dem Projektstatus heraus in eine feste Einrichtung umgewandelt werden, dass jedenfalls ist der Wunsch aller Beteiligten, der Krankenkassen und des Ärztenetzes Billstedt-Horn. ◀

Klaus Balzer ist studierter Sozialarbeiter und arbeitete dann 25 Jahre als Autor und Regisseur für Fernsehdokumentationen. Seit knapp zwei Jahren koordiniert er die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheit für Billstedt/Horn.

MutMacherMenschen: selbst organisierte Solidarität

In Augsburg schafft die erste gemeinnützige Sozialgenossenschaft mit, von und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Arbeitsplätze und Teilhabe.

Von Carmen Checchia

► Gemeinsam sind Ziele besser zu erreichen als im Alleingang, das ist der Grundgedanke einer jeden Genossenschaft. Das Besondere an Genossenschaften ist, dass neben dem gemeinschaftlich betriebenen Unternehmen die wirtschaftliche Förderung der Mitglieder im Vordergrund steht. Mit diesem Vorsatz trafen sich im November 2014 19 Personen in Augsburg, um die

Derzeit sind in der Genossenschaft eine geschäftsführende Vorsitzende mit einer handwerklichen und pädagogischen Ausbildung, ein Schreinermeister sowie eine Psychologin festangestellt. Diese sind für den laufenden Geschäftsbetrieb, die fachliche Anleitung und die psychosoziale Betreuung zuständig. Hinzu kommt das Engagement ehrenamtlicher Helfenden aus

Vogelfutterhäuschen und Nistkästen. Neben der Produktion können Arbeitsplätze in den Bereichen Lager, Farbe, Qualitätskontrolle, Verwaltung, EDV und Marketing angeboten werden, in denen die Mitarbeitenden eine ihrer Qualifikation oder ihren Interessen entsprechende Tätigkeit annehmen können.

Mit der Teilnahme an Märkten und Messen in der Region wird – neben dem Verkauf der Produkte – das Ziel verfolgt, Barrieren abzubauen und über psychische Erkrankungen sowie Möglichkeiten zu Arbeit mit Beeinträchtigung zu informieren. Ein Teilnehmer beschreibt das so: »Auf der Messe in Augsburg vor all dem Trubel und Publikumsverkehr ganz früh schon da zu sein und bei der Gestaltung und Aufbau mitzuhelfen, war eine tolle Erfahrung als nur Besucher zu sein. Auch war es schön, den mitgestalteten Film (über die Manufaktur (<https://www.youtube.com/watch?v=OSD3JnFKLVg>) zu zeigen und Fragen zu beantworten.«

Derzeit arbeiten 21 Personen in der Manufaktur, einige der Mitarbeitenden bereits seit mehreren Jahren. Sie arbeiten sehr eigenverantwortlich in ihrem Bereich, sodass auch die Einarbeitung neuer Teilnehmender durch die bereits erfahrenen Mitarbeitenden übernommen wird. Gleichzeitig werden dadurch die Zusammenarbeit und die Teamentwicklung gefördert. Auch das gemeinsame Mittagessen trägt zum Austausch der Mitarbeitenden bei.

Zum Management von Stress und Krisensituationen finden regelmäßig Befindlichkeitsrunden statt, die es den Mitarbeitenden ermöglicht, ihre aktuelle Situation mitzuteilen. Selbst neue Mitarbeitende sind durch dieses offene Format recht schnell in der Lage, ihre Bedürfnisse und Probleme anzusprechen. Ferner besteht für jeden die Möglichkeit, Einzelgespräche mit einer Psychologin zu führen. Die Gespräche können dazu beitragen, Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen der Einzelnen zu reflektieren, die persönliche Stabilität zu sichern, Krisenpläne zu erarbeiten und diese regelmäßig zu evaluieren: »Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich nicht allein mit meiner psychischen Erkrankung bin«, berichtet eine



Gemeinsames Arbeiten in der Manufaktur

erste Sozialgenossenschaft mit, von und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu gründen. Das Ziel: für diesen Personenkreis Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen.

Teilhabe durch Partizipation

Die Genossenschaftsmitglieder der MutMacherMenschen eG sind zum Großteil selbst Betroffene und bestimmen durch ihr Votum in der jährlichen Generalversammlung die Ausrichtung der Genossenschaft. Auch sind Betroffene in Vorstand und Aufsichtsrat vertreten und bringen so ihre Stimmen bei allen Entscheidungen ein.

den unterschiedlichsten Berufsgruppen, die regelmäßig unterstützend weitere organisatorische Aufgaben z. B. in den Bereichen Produktentwicklung, Marketing, Öffentlichkeitsarbeit übernehmen.

Aktuell bietet die MutMacherMenschen eG zwei unterschiedliche Angebote für psychisch beeinträchtigte Personen an: einen Zuverdienst Arbeitsplatz in einer Manufaktur und Jobcoaching.

Zuverdienst – Arbeitsplätze in der Manufaktur

In der Manufaktur der Sozialgenossenschaft werden vorrangig Naturschutzprodukte hergestellt wie Wildbienenhotels,

Teilnehmerin, »ich kann mich bezüglich der Symptome mit anderen austauschen. Ich habe gelernt, meine psychische Erkrankung zu akzeptieren und auch andere Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Eigenart zu akzeptieren.«

Begleitung auf den ersten Arbeitsmarkt

Die MutMacherMenschen begleiten ihre Teilnehmenden auch bei der Suche nach einer geeigneten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Unterstützung beinhaltet das Erstellen von Bewerbungsunterlagen, eine zielgerichtete Stellenakquise sowie die Kontaktaufnahme mit potenziellen Arbeitgebern. Die Begleitung der Teilnehmenden endet nicht bei einer gelungenen Arbeitsaufnahme, sondern kann darüber hinaus – wenn gewollt – über den gesamten Zeitraum der Beschäftigung aufrechterhalten bleiben.

Eine Teilnehmerin wurde so beispielsweise als Rechtsanwaltsfachangestellte auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Dabei wurde zunächst von der vermittelnden Mitarbeiterin bei dem infrage kommenden Rechtsanwalt angefragt, ob die Möglichkeit bestehe, jemanden mit psychischen Beeinträchtigungen einzustellen. Der betroffenen Teilnehmerin gab der offene Umgang mit der Erkrankung bei der Einstellung in die Rechtsanwaltskanzlei wie auch die Begleitung während der Beschäftigung Sicherheit und einer Übernahme nach der Probezeit stand nichts im Wege.

Teilnahme, Finanzierung und Förderung

Die Aufnahme in die Manufaktur ist für Interessierte nach einem Erstgespräch flexibel möglich. Bei Anfragen zur Begleitung auf den ersten Arbeitsmarkt werden mit den Interessierten individuelle Beratungstermine vereinbart. Die meisten Teilnehmenden erhalten bereits eine Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundsicherungsleistungen und können so durch den Zuverdienst in der Manufaktur oder der Aufnahme

Fotos: Dennis Engelhard



Mitbegründerin Edith Almer im Beratungsgespräch mit einem Teilnehmer

einer geringfügigen Beschäftigung ihre finanzielle Situation verbessern.

Für die Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten ist die Mitgliedschaft in der Genossenschaft keine Voraussetzung. Betroffene, die sich jedoch zusätzlich aktiv einbringen möchten, treten oftmals der Genossenschaft bei. Stimmberechtigtes Genossenschaftsmitglied kann jede natürliche Person mit und ohne Behinderung werden. Mitgliedschaften können auch Personengesellschaften und juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts erwerben, die den Gegenstand des Unternehmens fördern.

Die MutMacherMenschen eG ist Mitglied im Genossenschaftsverband Bayern und wird durch diesen in regelmäßigen Zeitabständen geprüft. Dabei werden nicht nur die wirtschaftlichen Verhältnisse geprüft, sondern auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung. Der Prüfungsverband betreut darüber hinaus seine Mitglieds-genossenschaften in betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und steuerlichen Fragen. Die regelmäßige Prüfung schützt die Geschäftspartner und Mitglieder vor finanziellem Schaden. Als Mitglied im Paritätischen Landesverband Bayern werden die MutMacherMenschen bei fachlichen, sozial- und vereinsrechtlichen Fragen unterstützt. Als anerkanntes Zuverdienstprojekt wird die Manufaktur durch öffentliche Mittel des Bezirks Schwaben gefördert, 2018 wurde

die Genossenschaft zusätzlich von der Heidehofstiftung gefördert. Die Stadt Augsburg spendete in den letzten zwei Jahren für den angebotenen Mittagstisch der Manufaktur. Im Dezember letzten Jahres hat sich der Förderverein »Freunde der MutMacherMenschen Augsburg« gegründet, mit dem Ziel, Spendengelder für besondere Ausgaben und Anschaffungen zu akquirieren.

Die MutMacherMenschen können seit der Gründung stetig Zuwachs verzeichnen, sei es gemessen an der Zahl der Genossenschaftsmitglieder und den Teilnehmenden oder anhand der Produktions- und Absatzzahlen der Manufaktur. Bislang ist die Sozialgenossenschaft an einen öffentlich genutzten Werkraum an drei Tagen die Woche gebunden. Aufgrund der steigenden Nachfrage von Interessenten wird die Sozialgenossenschaft ab Oktober 2019 einen eigenen Werkraum anmieten, mit dem Ziel, das Zuverdienstangebot zu erweitern sowie langfristig Integrationsarbeitsplätze zu schaffen. ◀

Mehr Informationen unter:
www.mutmachermenschen.de
Carmen Checchia, Soziologin M. A., ist 2018 der MutMacherMenschen eG beigetreten und derzeit Aufsichtsratsvorsitzende.

Trauer um Sibylle Prins

Von Svenja Bunt

► Sibylle Prins ist nach langer und schwerer Krankheit am 14. Juli 2019 im Alter von nur sechzig Jahren verstorben. Sibylle Prins hat als Autorin und als Mensch viele Spuren bei anderen Menschen hinterlassen.

Ihre im Paranus Verlag und im Psychiatrie Verlag erschienenen Bücher waren die ersten ihrer Art in Deutschland. Die Essays, Glossen, satirischen Texte und Gedichte einer Autorin, die offen mit ihrer Psychose umging, handeln vom Leben, von der Sozialpsychiatrie und der Lebensbewältigung mit Psychose. Immer hatte sie viele andere Betroffene, die sich nicht in Veröffentlichungen äußern konnten, im Blick, hat deren Erfahrungen und Lebensstrategien eingebracht. Im Gegensatz zu den meisten Publikationen von Psychiatrieerfahrenen hat sie nie eine Autobiografie geschrieben, nie ihre eigenen Erfahrungen verabsolutiert, sondern immer eine Fülle unterschiedlicher Erfahrungen, die sie im Austausch kennengelernt hatte, aufscheinen lassen. Ihre Bücher wurden auch wegen ihrer literarischen Fähigkeiten und vielen guten Ideen für Texte sehr geschätzt.

Daneben war Sibylle Prins sehr erfolgreich mit ihren Vorträgen, Fortbildungen und Lesungen, die im Laufe der Jahrzehnte unzählige Menschen bereichert haben. Beispielsweise erzählte Sibylle Prins in ihren Fortbildungen zum Psychoseerleben Fachkräften, wie sie in der Psychose das Paradies auf Erden kommen sah und Glücksgefühle angesichts der Fülle und des Lebensreichtums erfuhr. Dies allein wird für viele Fachkräfte, denen doch oft eine Psychose als ein sinnloses und destruktives Geschehen erscheint, eine wichtige Erfahrung gewesen sein. Aber auch die vielen Lesungen und Lesereisen haben Psychiatrieerfahrene bundesweit berührt und bereichert.

In ihrer eigenen Biografie war Sibylle Prins Kapitänin ihres Lebensschiffchens und nie völlig hilflos. Als sie im Referendariat an einer Förderschule an einer Psychose erkrankte, wurde ihr bald darauf klar, dass der Beruf und die Arbeit mit Kindern wohl



Foto: privat

Sibylle Prins 2014

nicht mehr infrage kommen. Aus einem Sinn für Verantwortung heraus und schweren Herzens hat sie diesen Beruf, für den sie Sonderpädagogik studiert hatte, aufgegeben. Aber gleich gab es neue Möglichkeiten: Über eine kaufmännische Ausbildung konnte sie eine Stelle in einer Kirchenverwaltung bekommen. Hier hat sie noch über zehn Jahre gearbeitet – aber es war doch nicht das Richtige und oft wirklich schwierig. Mit über vierzig machte es keinen Sinn mehr, durchzuhalten, und sie ging in die Erwerbsminderungsrente. Gleichzeitig aber begann ihr Weg als Autorin und Referentin. Dazu veröffentlichte sie einige Jahre später einen Bericht mit dem Titel »Jetzt endlich lebe ich richtig«. Sie hatte nun etwas von der Fülle und dem Reichtum des Lebens, die sie in der Psychose aufscheinen sah, in der Realität gewinnen können. Alle diese Lebensentscheidungen, den gelingenden Weg hat Sibylle Prins selbst entdeckt und gestaltet – bis in die letzten Monate hinein mit schon schwerer körperlicher Erkrankung.

Als Mensch war Sibylle Prins zart und sanft im Umgang mit anderen. Ihr Freundeskreis war auch geprägt durch jahrzehntelanges Engagement in der Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen in Bielefeld, deren Verein sie mit gegründet und lange geleitet hat. Viele Freundschaften und ein großes soziales Netz entstanden aus diesem Engagement. Sibylle Prins war offen für Kontakt mit ganz unterschiedlichen Menschen, auch Menschen, die in einem Wohnheim leben oder die große Probleme haben. In ihrer körperlichen Krankheit in den letzten Jahren konnte sie auf die treue Unterstützung einiger Freunde rechnen. Bei der Trauerfeier war sehr sichtbar, wie viele Menschen um sie trauern und den Verlust spüren.

Über ihre Krankheit hat Sibylle Prins nicht geklagt, auch nicht über die Behandlung, sondern bis zum Schluss das an Leben gestaltet, was möglich war. Noch im letzten Jahr haben wir zusammen unser Buch herausgebracht. Noch wenige Wochen vor ihrem Tod

hat Sibylle Prins eine Lesung in Bielefeld gemacht. Noch wenige Tage vor ihrem Tod ging sie mit einer Freundin zu einem besonderen Gottesdienst. Das alles vor dem Hintergrund bereits schwerer und einschränkender körperlicher Erkrankung.

Ich vermisse Sibylle Prins, die klugen Gespräche, unsere vielen Telefonate und gegenseitigen Besuche. Ihr Interesse an anderen Menschen und dem Leben, ihre herzliche und würdige Art fehlen mir sehr. ◀

Svenja Bunt ist promovierte Philosophin, Klinische Sozialarbeiterin und engagierte Betroffene. Gemeinsam mit Sibylle Prins ist sie Autorin des Buchs »Ein gutes Leben und andere Probleme. Ein Ratgeber von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene« im BALANCE buch + medien verlag.

Antistigmaarbeit auf allen Kanälen

Auf der Suche nach Wegen der Inklusion von psychisch erkrankten jungen Menschen probieren gemeindepsychiatrische Träger verschiedene neue Medien und Formate aus.

Von Peter Heuchemer

► »Ich nenne es nicht psychische Erkrankung, sondern Ausprägung meiner Persönlichkeit«, sagt Antonia selbstbewusst. Die junge, krisenerfahrene Frau spricht davon, wie sie gelernt hat, mit ihren verschiedenen Persönlichkeitsanteilen umzugehen, Verletzlichkeiten zuzulassen und sich anderen gegenüber zu öffnen. Mit der Zeit hat sie das stark gemacht – so stark, dass sie heute als Leiterin einer Recoverygruppe anderen jungen Menschen helfen kann, die sich in seelischen Problemlagen befinden.

Das Gespräch mit Antonia ist Teil von SOUL LALA, dem jungen Inklusionsprojekt des Dachverbands Gemeindepsychiatrie. Gemeinsam mit sechs seiner Mitgliedsorganisationen will der Verband seelische Beeinträchtigungen entstigmatisieren und dazu online die Perspektiven junger Menschen mit Krisenerfahrung darstellen. Mittlerweile ist aus den Interviews eine ganze

Reihe unter dem Motto »Laufend ausgefragt« geworden. Sie tragen diesen Titel, weil die Gespräche meist auf einem Spaziergang zu ihren Lieblingsorten stattfinden. Danach wird das Gespräch dann im Büro in Form gebracht und auf der Website von SOUL LALA, auf Facebook, Instagram oder YouTube veröffentlicht – manchmal als Text mit Fotos, manchmal als Video.

Dass von der Aktion Mensch Stiftung geförderte Projekt läuft seit Juli 2017. Nachdem die Kooperation mit den Projektpartnern und der Evaluation durch die Katholische Hochschule Paderborn vertraglich geregelt war, mussten noch ein Design für die Website und die Social-Media-Kanäle, für Infomaterial und konkrete Themen gefunden werden. Bis die organisatorische und technische Infrastruktur stand, war es Mitte 2018. Seitdem hat sich herauskristallisiert, was gut läuft und wo an den Schrauben gedreht werden muss. Ein Mo-

dellprojekt also, bei dem vieles ausprobiert werden darf – und muss: für die Recovery- und Empowermentförderung speziell von jungen Menschen gibt es kaum Erfahrungen.

Ein Team aus zwei Personen leitet das Projekt und agiert als Redaktion, die gemeinsam mit den Projektpartnern Themen findet, Inhalte produziert und veröffentlicht. Dazu reist es zu den Projektstandorten in ganz Deutschland und vernetzt alle Beteiligten on- und offline. Immer mit dem Fokus darauf, interessante junge Menschen und ihre Lebenswege zu finden, ihnen aufmerksam zuzuhören, ihre Perspektiven wertschätzend in die Öffentlichkeit zu transportieren. Aufklärung und Antistigma medial verpackt in persönliche Geschichten (wie z. B. die von Sebastian Domke in diesem Heft).

Foto: Anja Plonka



Jugendliche proben für das inklusive Theaterstück »Tage des Wahnsinns« im pfälzischen Ziemmer.

Jugendliche kommen mit Jugendlichen ins Gespräch

Neben den auf Website und Social Media dokumentierten Geschichten und Gesprächen gibt es auch vielseitige Aktionen an den sechs Projektstandorten in Berlin, Dresden, Kiel, München, Wiesbaden und Ziemer in der Pfalz, wo junge Menschen mit und ohne Erkrankungen zusammenkommen, sich austauschen und Erfahrungen sammeln können. In Kiel haben die Bewohnerinnen eines Jugendwohnhauses ein Filmfest zum Thema psychische Erkrankungen auf die Beine gestellt. Das Motto: »Verrückte Kopfsachen«. Zu den vier Filmvorstellungen waren Schulklassen und ihre Lehrer eingeladen, um sich durch das Medium Film intensiver mit der seelischen Gesundheit auseinander zu setzen. Im Anschluss an den Film standen junge Frauen, die selbst schon Erfahrung mit seelischen Erkrankungen gemacht haben, auf der Bühne und beantworten die Fragen der Schülerinnen und Schüler. Sie erzählten, wie realistisch die Filme Krankheitsbilder darstellen oder wie man helfen kann, wenn es einem Freund oder Familienmitglied schlecht geht.

Eine von ihnen ist Elena, die wegen einer schweren Depression in Behandlung war und nun offen darüber spricht. Über die für viele Gleichaltrige unbekannte Psychiatrie weiß sie auch etwas ganz Triviales zu berichten: »Es ist langweilig. Aufstehen, frühstücken, dann ein Gespräch und viel warten.« Die Schülerinnen und Schüler sind beeindruckt, weil sie so offen über ein Thema spricht, über das man sonst eher schweigt. Und nach anfänglicher Coolness erzählen sie dann meistens, dass psychische Erkrankungen keine neue Erfahrung für sie sind, sondern auch sie Freunde, Nachbarn oder Schulkameraden kennen, die psychisch erkrankt sind – und dass sie oft nicht wissen, wie sie mit ihnen umgehen sollen.

Elena und Antonia schaffen etwas Besonderes: Sie kommen aus der passiven Rolle der Betroffenen heraus und werden zu Expertinnen, die anderen jungen Menschen helfen können – sei es als Vorbild und Identifikationsfigur oder als Leiterin einer Recoverygruppe.

Gemeinsam kreativ werden

Einen ganz anderen Weg zu mehr Inklusion haben die Projektpartner beim Schönfelderhof in der Pfalz eingeschlagen: Einmal

die Woche proben hier junge Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen unter der Anleitung eines erfahrenen Regisseurs und unter der Beteiligung der Sozialraummanagerin des Trägers für das selbsterdachte Theaterstück »Tage des Wahnsinns«. Auch die Theatervorbereitungen bringen unterschiedliche Menschen zusammen und fördern das Verständnis füreinander. Jugendliche, die vorher etwas abfällig von »den psychisch Kranken aus diesem Wohndorf« sprachen, erleben nun, dass man zusammen Dinge auf die Beine stellen und Erfahrungen sammeln kann, lernen aber auch von den Herausforderungen und Hürden der Erkrankten. So ergibt sich für beide Seiten ein Lernprozess und eine Perspektivänderung auf den jeweils anderen, die zu mehr Akzeptanz führt.

In Dresden wiederum nutzen junge Menschen das Medium Film. Was stresst euch? Was macht euch stark? Wie geht ihr mit seelischen Belastungen um? Das sind Themen, die sie bearbeiten. Bereits zweimal wurde der Filmworkshop »Von der Rolle« in den Studios der Sächsischen Ausbildungs- und Erprobungskanäle Dresden durchgeführt, mit fachkundiger Unterstützung eines Filmtechnikers und einer Medienpädagogin. Die jungen Teilnehmenden haben zum großen Teil bereits selbst in der Familie Erfahrungen mit seelischen Erkrankungen gemacht und finden im Film die Möglichkeit, sich auszudrücken. Vor dem Dreh musste natürlich vieles gelernt werden – wie die Kamera funktioniert, welche Einstellungen man am besten benutzt, wie man ein Drehbuch schreibt und durch welche Tricktechnik man den Film noch interessanter machen kann.

Medienarbeit mit Mehrwert

Hinter den Kulissen bewirkt das Projekt noch mehr. Die Projektpartner aus den Regionen berichten, dass die Jugendlichen durch die Aktivitäten mehr aus sich herauskommen und gleichzeitig mehr reflektieren. Sie sind stolz darauf, Teil eines Projektes zu sein und nach ihrer Meinung gefragt zu werden – ja sogar die Inhalte mitgestalten und auf den Kanälen sichtbar sein zu können. Die jungen Menschen gewinnen nicht zuletzt Selbstvertrauen, besonders dort, wo sie über eine niedrigschwellige kulturelle, soziale oder sportliche Tätigkeit mit anderen, nicht psychisch erkrankten Jugendlichen in Kontakt kommen.

In Dresden ist man überzeugt, dass nicht nur die entstandenen Filme, sondern auch

der Prozess des sich Kennenlernens und Miteinander-Entwickelns für die Jugendlichen ein sehr prägendes und stärkendes Erlebnis ist. »Es sind Freundschaften entstanden, die Medienkompetenz ist bei allen gewachsen und zur Entstigmatisierung psychischer Beeinträchtigungen konnten wir in unserem Projektrahmen vor Ort auf jeden Fall – und hoffentlich durch die Videos auch über Dresden hinaus – einen Beitrag leisten«, so Grit Reschnar, Mitarbeiterin von KiElt, der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern mit psychischen Belastungen und Erkrankungen.

Den beteiligten Trägern hilft das Projekt, eine zielgruppengerechte Ansprache junger Menschen zu finden. Neben den inklusiven Veranstaltungen und der Aufklärung geht es für die Organisationen auch darum, niedrigschwellige Zugänge zum psychosozialen Hilfesystem zu etablieren. Aber auch für die Öffentlichkeitsarbeit stellen die so entstandenen Videos einen Mehrwert dar, etwa durch die Präsentation auf YouTube. »Wenn wir eine Konferenz haben und ich danach gefragt werde, was wir gemacht haben, dann zeige ich den Kollegen einfach das Video vom Filmfest anstatt lange zu erklären. Das wirkt«, sagt Harald Möller von der Brücke Schleswig-Holstein.

Auch wenn die Potenziale der digitalen Welt offensichtlich sind, müssen gleichzeitig mögliche negative Effekte der sozialen Medien angesprochen werden. Dass die sozialen Medien mit Absicht so programmiert werden, dass sie süchtig machen, ist mittlerweile erwiesen. Und das Thema »Digital Detox«, also der Verzicht auf ständige Erreichbarkeit und die Reizüberflutung ist ironischerweise gerade im Netz ein angesagtes Thema. Immer ist auch Thema, wie und in welchem Maße deren Nutzung für junge Menschen förderlich oder ungesund sein kann, wann also z. B. Social Media abhängig, depressiv und einsam macht. Deshalb werden die Themen Datenschutz, Wahrung von Persönlichkeitsrechten und Privatsphäre mit allen Teilnehmenden besprochen, bevor Texte, Fotos oder Videos von ihnen bei SOUL LALA erscheinen. So wird neben dem selbstbewussten Umgang mit der Technik auch die Medienkompetenz gestärkt. ◀

Peter Heuchemer ist Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., Köln und leitet dort das Projekt SOUL LALA.
Kontakt: heuchemer@psychiatrie.de
Mehr unter www.soulala.de

Wenn der Babyblues zur handfesten Krise wird

Mütter, die nach der Entbindung aus dem Gleichgewicht geraten, werden häufig alleingelassen. **Cornelia Schäfer** sprach mit **Sabine Surholt** über peripartale psychische Erkrankungen und notwendige Hilfen.

Frau Surholt, sind Mütter schon psychisch krank, wenn sie nach einer Entbindung ein paar Tage lang unter Stimmungsschwankungen leiden oder nah am Wasser gebaut sind?

Sabine Surholt: Nein, das postpartale Stimmungstief, auch Babyblues genannt, das 50–80 % der Mütter in den ersten 14 Tagen nach der Entbindung befällt, ist auf die hormonelle Umstellung zurückzuführen und damit keine psychische Erkrankung: Nur, wenn die Symptome wie Traurigkeit, Empfindsamkeit und Müdigkeit über zwei Wochen andauern und Schuld- und Versagensgefühle, allgemeines Desinteresse, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden, Ängste oder Panikattacken hinzukommen, liegt eine peripartale (lat.: peri = rund um, partus = Niederkunft) psychische Erkrankung vor.

Die hormonelle Umstellung ist das Eine. Aber die Geburt eines Kindes ist ja auch ein Umbruch, vergleichbar vielleicht mit dem Einstieg ins Berufsleben oder dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus. Ist diese Notwendigkeit, das Leben anders zu organisieren und in eine neue Rolle zu finden, der Auslöser für die Krisen der jungen Mütter?

Sabine Surholt: Ja, ein Kind zu bekommen, sich auf das Mutterdasein und das Leben als Familie einzustellen, ist ein enormer Umbruch. Das kann natürlich zu einer psychischen Krise führen. Aber bei einer postpartalen Depression oder Psychose kommen noch andere Faktoren dazu: Neben der hormonellen Umstellung spielen vor allem der Verlauf von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett eine ganz wichtige Rolle. Hinzukommen womöglich dann noch – wie bei allen Krisen auch – eine gewisse Veranlagung und seelische »wunde Punkte«, die aktiviert werden. Das heißt, wir haben mehr Auslösefaktoren und je mehr davon zusammenkommen, desto eher ist die Psyche überlastet.



Foto: Foto Zolleis Wertingen

Sabine Surholt, 1. Vorsitzende von Schatten & Licht e. V.

Was im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt belastet die werdenden Mütter besonders?

Sabine Surholt: In den Fragebögen, die wir entwickelt haben, fragen wir danach. Und die Mütter berichten uns, dass auch eine Rolle spielt, was schon vor der Schwangerschaft geschehen ist. Eine Frau ist z. B. stärker gefährdet, wenn sie vorher Fehlgeburten hatte oder sehr lange auf ein Wunschkind gewartet hat. Auch Schwierigkeiten in der Schwangerschaft können eine psychische Krise befördern, vorzeitige Wehen etwa, die einen zur Schonung zwingen. Auch dadurch werden Ängste aufgebaut. Und die Schwangerschaftsvorsorge beruhigt auch viele Frauen nicht, sondern gibt ihnen das Gefühl, behandlungsbedürftig zu sein, vermittelt Selbstzweifel: Schaffe ich das alles?

Zu guter Letzt wirkt sich natürlich die Geburt selbst aus auf das Befinden danach. Viele betroffene Frauen erzählen von einer schwierigen Entbindung, bei der sie sich nicht gut aufgehoben gefühlt haben, weil die Umgebung zu unruhig war. Und gerade wenn Frauen sich eine ideale Entbindung

vorgestellt haben und dann z. B. per Notkaiserschnitt entbunden wird, bricht das idealisierte Bild zusammen. Das verstärkt Versagensgefühle und führt dann häufig zu einer psychischen Erkrankung. Aber auch andere Aspekte der Biografie können eine Frau rund um die Entbindung aus der Balance bringen: frühkindliche Traumatisierungen oder der Verlauf der eigenen Geburt. Und interessant ist auch, dass besonders häufig Frauen aus helfenden Berufen betroffen sind, die wohl zur Selbstüberforderung neigen.

Wenn das Fass überläuft ...

Ich nutze da gerne das Bild von dem Wasserfass. Achtet die Frau gut auf sich selbst, ist es leer. Dann kann auch ein ungewollter Kaiserschnitt dazukommen und es passiert nichts. Bei einer Frau hingegen, die sich permanent überfordert, ist das Fass vielleicht schon fast voll; kommen jetzt noch eine unsanfte Behandlung durch den Arzt oder Komplikationen bei der Entbindung hinzu und oben-dreien Beziehungsprobleme, dann läuft dieses Fass eben über. Daher klopfe ich bei jedem Beratungsgespräch die verschiedenen Hauptauslösefaktoren ab. Und es ist eigentlich immer ein Zuviel an verschiedenen Faktoren, das dann in die Krise führt.

Wie viele werdende oder junge Mütter sind denn betroffen, und was erleben sie in der Krise?

Sabine Surholt: In Deutschland haben wir nur wenige Studien dazu, aber man geht von jährlich etwa 100.000 Müttern aus, die nach der Entbindung Angststörungen, Depressionen oder Psychosen entwickeln. Jede siebte bis achte Gebärende ist also betroffen. Diejenigen, die in einer Depression gesteckt haben, berichten, dass sie alles nur noch wie durch eine Glaswand wahrgenommen haben. Und oft stellt die Mutter erschrocken fest, dass sie gar keine Gefühle für das Kind hat. In der Regel stimmt das gar nicht, aber es ist die Distanz, die diesen Eindruck vermittelt, und das ängstigt die

Mütter. Es kommen auch Ängste auf, die sich um das Wohl des Kindes drehen: Ist alles sauber genug, muss ich was desinfizieren? Oder Panikattacken: Man ist in einem Zimmer und weiß nicht mehr, wo der Ausgang ist, obwohl man den Raum gut kennt.

Haben Sie auch schon mit Müttern zu tun gehabt, die ihre Kinder getötet haben bzw. die Angst davor hatten?

Sabine Surholt: Da muss man unterscheiden. Häufig handelt es sich um Zwangsgedanken. Zum Beispiel, wenn eine Mutter Tomaten klein schneidet, kommt ihr plötzlich der Gedanke, sie könnte mit dem Messer sich oder dem Kind etwas antun. Eigentlich liegen ihr solche Gedanken ganz fern. Sie versteht gar nicht, warum sie solche Gedanken hat und verurteilt sich dafür. Aber es passiert ihr immer wieder, dass sie so etwas denkt. Diese Zwangsgedanken verursachen bei den Müttern natürlich enorme Ängste, sie wagen aber nicht, darüber zu sprechen aus Scham und Angst, dass ihnen das Kind weggenommen wird. Daher sprechen wir in unseren Beratungen diese Symptome immer an.

Solche Zwangsgedanken sind zu unterscheiden von ernsthaften Suizid- oder Infantizidgedanken. Diese erwachsen aus Verzweiflung, wenn die Mutter vielleicht schon eine ganze Weile in der Depression steckt, keine Unterstützung bekommt und sich dann sagt: Ich halte das so nicht mehr aus, ich muss das beenden. Möglicherweise will sie dann das Kind nicht zurücklassen und nimmt es mit. Das kommt zum Glück selten vor. Die Suizidrate liegt bei Frauen niedriger als bei Männern und bei Müttern noch mal niedriger als bei anderen Frauen. Die Verantwortung für das Kind hilft oft der Mutter, die Erkrankung durchzustehen.

Ist das auch der Grund dafür, dass die peripartalen psychischen Erkrankungen in der Regel sehr gute Prognosen haben?

Sabine Surholt: Natürlich motiviert es zusätzlich, sich von Ärzten helfen zu lassen und zur Psychotherapie zu gehen, um für sich und das Kind eine Zukunft aufzubauen. Es ist aber auch so, dass man viele der Auslösefaktoren wirklich gut psychotherapeutisch bearbeiten kann, z. B. mit einer Traumatherapie. Schwieriger kann es werden, wenn es schon eine psychische Vorerkrankung gab. Da erleben wir leider manchmal, dass z. B. die Psychose bei einer weiteren Entbindung erneut auftritt.

Was hilft denn einer Frau, die peripartal in so eine psychische Krise gerät – Sie sprechen gerade schon die Traumatherapie an?

Sabine Surholt: Wir sagen immer: Gehen Sie Ihre Probleme von vielen Seiten an. Oft helfen schon Gespräche in einer Psychosozialen Beratungsstelle. Bei einer stärkeren Erkrankung raten wir, zum Facharzt zu gehen und sich medikamentös unterstützen zu lassen und zusätzlich das Ganze psychotherapeutisch aufzuarbeiten: Wo kommt das her? Was hat dazu geführt, dass mein »Seelenfass« übergelaufen ist? Auch akute Dinge wie eine traumatische Entbindung können sehr gut psychotherapeutisch verarbeitet werden. Wichtig ist uns immer, den Körper miteinzubeziehen, sprich: den Teufelskreis von Daueranspannung und psychischen Beschwerden zu durchbrechen. Entspannung bringen z. B. Cranio-Sacral-Therapie, Shiatsu, Yoga oder Ähnliches.

Manchmal reicht schon ein gutes Beratungsgespräch

Und ein weiteres Standbein ist natürlich das Gespräch mit anderen ehemals Betroffenen. Das ist etwas, was wir mit unserer Vereinsarbeit leisten. Bei uns können Betroffene sich Rat und Tat holen bei Frauen, die selbst so eine psychische Krise hatten, und hören, wie die da rausgekommen sind. Wenn eine ehemals Betroffene sagt: Mir geht es wieder richtig gut, oder: Ich habe ein zweites Kind, und da hatte ich gar keine psychischen Beschwerden, dann ist das viel glaubwürdiger und überzeugender, als wenn ihr ein Arzt Zuversicht vermitteln will, bei dem die Mutter oft denkt: Naja, der muss mir ja etwas Positives sagen.

Ganz wichtig für die Genesung ist auch die praktische Entlastung. Damit die Mutter sich wirklich um sich und ihr Kind kümmern kann, sollten andere das Einkufen, Wäschewaschen usw. übernehmen.

Es ist also gut bekannt, welche Hilfe bei peripartalen Krisen greifen, und die Heilungschancen sind meistens sehr gut. Trotzdem haben Sie auf Ihrer Homepage Deutschland im Vergleich vor allem zu angloamerikanischen Ländern als »Entwicklungsland« beschrieben. Warum?

Sabine Surholt: In England gibt es Screenings, das heißt, jede Mutter wird einige Male nach der Entbindung mithilfe eines Fragebogens auf postpartale Depression getestet. Außerdem gibt es dort flächendeckend Mutter-Kind-Einrichtungen in psychiatrischen Kliniken, in denen die Mütter, die wirklich schwer erkranken, mit ihren

Kindern aufgenommen werden. Diese Stationen sind räumlich, personell und therapeutisch auf die erkrankten Mütter und ihre Kinder eingestellt. Es gibt ein Spielzimmer, die Pflegekräfte sind im Umgang mit dieser speziellen Klientel geschult, da sind Fachleute, die z. B. die videogestützte Mutter-Kind-Interaktionstherapie anbieten. Und vor allem: Die Mutter kommt mit dem Kind eben nicht in eine ganz normale psychiatrische Einrichtung, was häufig bei den Müttern retraumatisierend wirkt und mit dem Kleinkind problematisch ist. Von solchen reinen Mutter-Kind-Stationen gibt es in Deutschland zurzeit nur etwa zehn, also viel zu wenige, und ein Screening, das alle Mütter erfasst, gibt es bei uns überhaupt nicht.

Scheitern am Ideal

Diese Mängel sind auch darauf zurückzuführen, dass das Thema der peripartalen Erkrankungen tabuisiert wird. Man spricht ungern darüber, dass Mütter nach einer Entbindung durchaus nicht immer glücklich sind. Und diese Tabuisierung befördert bei den betroffenen Frauen Scham, Schuldgefühle und Verzweiflung. Ich erhalte Anrufe von Frauen, die zwei Wochen nach der Entbindung weinend allein zwischen unausgepackten Umzugskartons sitzen, weil ihr Mann wieder bei der Arbeit ist und sie nicht wissen, wie sie Kind und Umzug schaffen sollen. Sie machen sich noch Vorwürfe, dass sie das alles nicht schaffen. Die Mütter haben aus der Werbung das Bild der allzeit glücklichen und perfekten Mutter vor Augen und können dieses Bild auch nicht anhand erlebter Realität korrigieren, weil es ja kaum noch Großfamilien gibt. Sie stellen daher viel zu hohe Anforderungen an sich selbst und tun sich schwer, Hilfe zu suchen.

Ist das in anderen Ländern denn anders?

Sabine Surholt: In anderen Ländern gibt es diese Tabuisierung nicht. Als ich kurz nach der Entbindung von meinem zweiten Sohn mit ihm in Irland war, wurde ich einfach so auf der Straße von wildfremden Leuten angesprochen: »Ein hübsches Baby! ... Und wie geht's psychisch? Hoffentlich keine postpartale Depression?« Also, dort ist es ein allgemein bekanntes Thema! Man weiß einfach, dass viele Frauen darunter leiden. Und so weit sind wir hier in Deutschland leider noch lange nicht.

Aber Sie und Ihr Verein tun einiges dafür, das zu ändern ...

Sabine Surholt: Ja, in den vergangenen 25 Jahren hat sich einiges getan. Als ich 1992 bei meinem ersten Kind nach einer sehr unglücklich verlaufenen Entbindung eine Depression entwickelt hatte, bin ich von Pontius zu Pilatus gelaufen, und jeder hat mir gesagt: Das hat mit der Entbindung gar nichts zu tun! Ich bekam zwar Therapie, aber ich hatte immer das Gefühl, da geht was am Kern vorbei. Zwei Jahre später gab es dann eine Talkshow zu dem Thema, da redeten alle genau von dem, was ich erlebt hatte. Aber die Fachleute kamen alle aus dem Ausland, und sogar die Betroffene war aus der Schweiz eingeflogen worden. (lacht) Wahrscheinlich, weil man hier niemanden finden konnte.

Aber eine Frau aus Deutschland, deren Schwester sich in einer postpartalen Depression das Leben genommen hatte, hatte das Thema im Fernsehen mit initiiert und sich angeboten, die Zuschriften nach der Sendung zu sammeln. Und es kamen säckeweise Post. Sie hat sich die Mühe gemacht, uns alle zusammenzuführen. Dann haben wir regionale Gruppen gebildet und kurze Zeit später, 1996, die bundesweite Selbsthilfeorganisation »Schatten und Licht e. V.« gegründet.

Vom Schatten ins Licht

Weil viele Mütter es nicht schaffen, zu einer unserer Selbsthilfegruppen zu gehen, bieten wir auch telefonische Beratung an. Unsere Beraterinnen werden auch weitergebildet, z. B. zu neuen Therapieformen oder zu Gesprächsführung: Wie gehe ich z. B. damit um, wenn eine Frau am Telefon Suizidgedanken äußert? Und wir ermöglichen ihnen regelmäßige Supervisionen. Wir haben auch eine Angehörigenliste und eine Liste von ehemals betroffenen Frauen angelegt, die zu Treffen und Gesprächen bereit sind. Darin finden sich – recht flächendeckend – etwa zweihundert Frauen. Der nächste Schritt war, eine Liste mit Fachleuten zu erstellen, die entweder von Müttern empfohlen wurden, bei uns eine Fortbildung absolviert haben oder sich als Traumathe-



rapeutin oder Ähnliches betätigen. Da stehen inzwischen ungefähr achthundert Fachleute drauf, von Diplom-Psychologen und Psychiatern bis hin zu psychosozialen Beraterinnen oder Hebammen, die zu dem Thema fortgebildet wurden. Die Liste ist nach Postleitzahlen sortiert, sodass jede Mutter nachsehen kann, wer und welche Therapiemöglichkeit für sie erreichbar ist. Und auf unserer dreisprachigen Website haben wir auch sehr viele Therapieansätze erläutert, damit eine Mutter abschätzen kann, was für sie sinnvoll wäre.

Gibt es auch Hilfen für Väter, die nach der Geburt des Kindes in eine Krise kommen, und für Angehörige von psychisch erkrankten Frauen?

Sabine Surholt: Wir haben eine gezielte Angehörigenberatung, vor allem für Väter, deren Frau oder Partnerin erkrankt ist und die überlastet sind und Gespräche suchen. Wenn der Vater aber selbst eine postpartale Depression entwickelt, vermitteln wir an unsere Fachleute weiter.

Und wenn Kinder mitbetroffen sind?

Sabine Surholt: Was Geschwisterkinder angeht, fangen wir gerade erst an, Kinder- und Jugendtherapeuten und -psychiatern in unsere Fachleutliste mit aufzunehmen.

Es gibt bei uns allerdings auch keinen sonderlich großen Bedarf, weil viele Auslösefaktoren und damit die psychische Krise vor allem bei der ersten Entbindung auftreten, sodass es noch keine Geschwisterkinder gibt. Aber wenn Bedarf ist, aktivieren wir natürlich unsere Kontakte und Netzwerke. Von Letzteren haben sich – auch dank unserer Fachleutliste – schon einige vor allem in größeren Städten gebildet.

Für ein schützendes Wochenbett

Was würden Sie einer schwangeren Frau, einem werdenden Elternpaar raten, damit es möglichst gar nicht zu einer postpartalen Krise kommt?

Sabine Surholt: Besonders für Frauen, die schon mal unter einer psychischen Erkrankung gelitten haben, ist die Vorsorge wichtig. Da sollte man die behandelnden Psychiater, Gynäkologen und Hebammen vorab informieren und sich vielleicht schon mal auf die Warteliste einer guten Psychotherapeutin setzen lassen, damit man im Falle einer Erkrankung die Chance auf rasche Hilfe hat. Allgemein gilt: Wenn man bei der Wahl der Gynäkologin oder der Hebamme darauf achtet, dass diese nicht verunsichernd, sondern positiv unterstützend arbeiten, ist schon viel gewonnen. Eine Entbindung zu Hause oder in einem Geburtshaus kann ebenfalls das Risiko für eine postpartale Krise senken, denn dort wird die Entbindung in der Regel selbstbestimmter erlebt. Ganz wichtig ist es auch, sich für die Zeit nach der Entbindung Unterstützung zu Hause zu organisieren. Wenn die eigene Familie oder Freunde nicht zur Verfügung stehen, haben wir auch sehr gute Erfahrungen mit Doulas, Mütterpflegerinnen, oder hilfsbereiten pensionierten Nachbarinnen gemacht. Auf jeden Fall würden wir uns für jede Frau wünschen, dass das Wochenbett wieder ein geschützter Rahmen für diese Zeit des Umbruchs ist, in dem die Mutter sich vor allem um sich selbst und das Kind kümmern kann. ◀

www.schatten-und-licht.de

Wie wir Scham und Schuld nutzbar machen können

Von Maren Lammers

► Scham und Schuld begegnen uns überall und jeden Tag. Besonders im Gesundheitssystem sind Scham und Schuld allgegenwärtig, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Frau L. kam zum Erstgespräch und berichtete unter Tränen, dass ihr Sohn schon als Kind an Zwangsgedanken und Zwangshandlungen erkrankt sei. Ihr Sohn sei nun 17 Jahre alt und im Rahmen eines stationären Aufenthaltes haben sich die Behandler dafür ausgesprochen, dass er, statt nach Hause zurückzukehren, nun in eine therapeutische Wohngruppe ziehen solle. Frau L. sei darüber unglaublich erschüttert, voller Scham und Schuld. Was denkt das Umfeld? Was haben wir falsch gemacht? Wieso traue man ihnen nicht mehr zu, »gute Eltern« zu sein?

Wütend berichtet Frau L., dass sie in all den Jahren immer wieder den Vorwurf von Verwandten wie von Behandlern spürten, dass sie als Eltern wohl einiges falsch gemacht hätten, denn anders sei die Erkrankung des Sohnes nicht zu erklären. Dieser Vorwurf habe sie sehr verletzt, dennoch hätten sie immer auch versucht, Ratschläge und Veränderungen umzusetzen. Sie habe in all den Jahren mit ihrem Mann ihr Bestes gegeben, um den Sohn zu unterstützen. Dass dafür ihre Tochter zeitweise wenig Aufmerksamkeit bekam, hätte weitere Schuldgefühle ausgelöst. »Und nun will unser Sohn nicht zu uns zurückkehren.«

Hilflosigkeit und Ohnmacht auf allen Seiten

So wie Frau L. geht es wirklich vielen Angehörigen, aber auch die Erkrankten fühlen oft Scham über die psychische Erkrankung und Schuld, z.B. fragen sie sich, ob sie sich vielleicht falsch verhalten haben. Auch der Sohn von Familie L. hat sich im gemeinsamen Gespräch mit seiner Familie und den Behandlern sehr unwohl gefühlt. Es nicht geschafft zu haben, die Zwänge zu besiegen und seinen Eltern dies auch noch zumuten zu müssen, hat ihn noch in den Tagen nach dem Gespräch sehr belastet.

Ich darf Ihnen verraten, dass wir professionellen Helfer uns manchmal selbst schuldig fühlen und schämen, wenn wir nicht das erreichen, was sich Patienten, Angehörige oder das Gesundheitswesen wünschen. Wir sind keineswegs frei davon und deshalb auch oft hilflos und schwach.

Unser realer Einfluss ist oft verschwindend gering, z. B. eine Therapiestunde in der Woche. Wir sind dann darauf angewiesen, dass Patienten motiviert sind und das enge soziale Umfeld unterstützend wirkt, um überhaupt kleinste Veränderungen zu erreichen. Scham- und schuldindizierende Kommunikation schleicht sich dann auch bei uns ein und so passiert es, dass es dem Gegenüber ziemlich schlecht geht. Eltern schämen sich oder fühlen sich schuldig für ihre Erziehung. Patienten erkennen, dass ihre »Überlebensstrategie« zwar für den Moment hilfreich war, aber eine Menge Nebenkosten eingebracht hat, eine lange Aufzählung könnte hier folgen.

Im Falle der Familie L. gibt es nun die Chance, durch eine gänzlich veränderte Lebenssituation etwas Neues auf den Weg zu bringen. Ich versuche, Frau L.s Blick von der Vergangenheit auf die Zukunft zu lenken. »Keine Veränderung ohne Veränderung« heißt es gern. Manchmal wissen wir alle nicht, was es braucht und dann heißt es ausprobieren.

Innere und äußere Werte

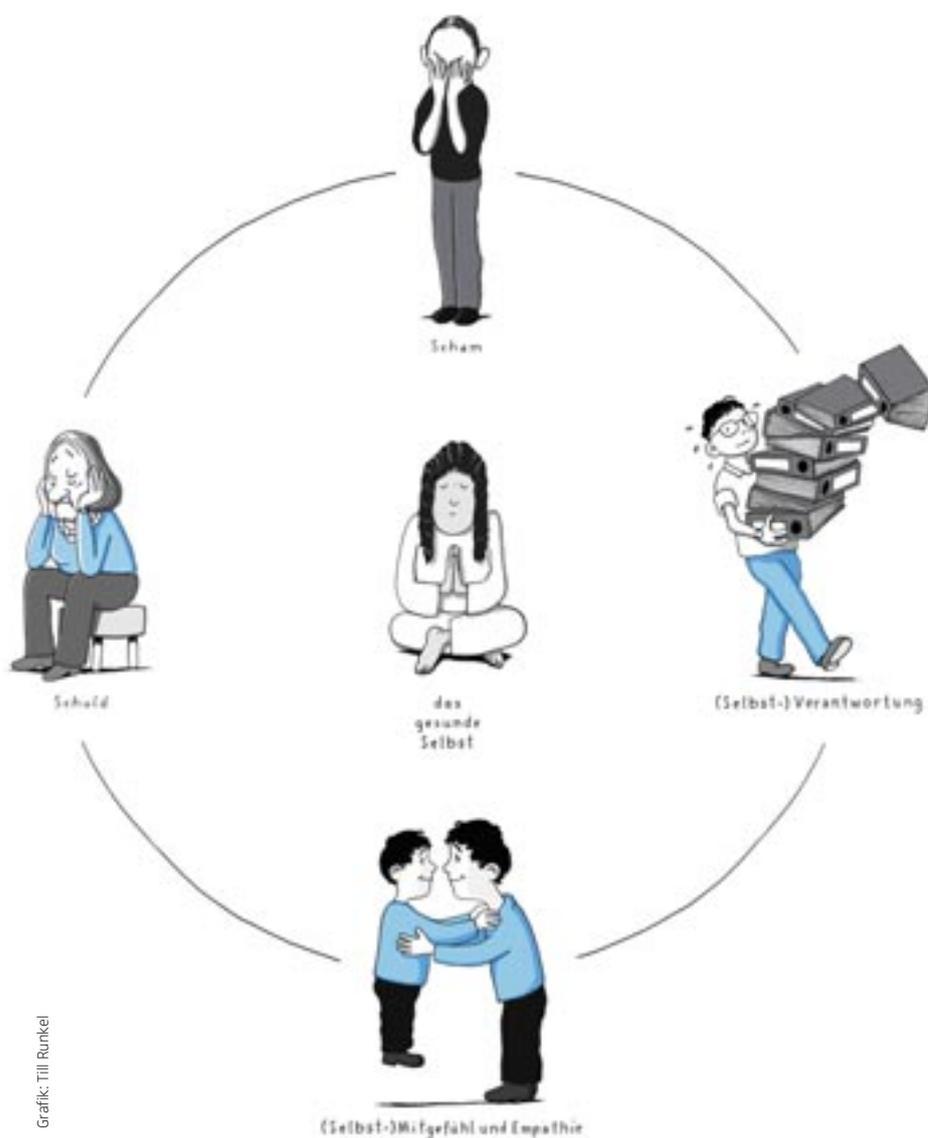
Grundlage für Scham und Schuld sind innere und gesellschaftliche oder religiöse Werte, Normen und Regeln. Jeder kennt Scham und Schuld und versucht, diese Emotionen im Alltag weitestgehend zu vermeiden. Wir beachten deshalb solche Regeln, Werte und Normen und passen uns daran an. Wir versuchen, uns möglichst sozial und fürsorglich anderen Menschen gegenüber zu verhalten. Wir sind pünktlich, respektieren Grenzen. Kurzum, wir geben unser Bestes, oft genug, um Scham und Schuld im Alltag nicht ständig empfinden zu müssen. Für Familie L. heißt es, sie haben alles gegeben und manchmal dabei vergessen, ihre inneren Werte und Regeln anzupassen an ein Leben, dass durch die Erkrankung des Sohnes geprägt ist. Fehler und Unsicherheiten gehören im Leben dazu

und niemand – auch professionelle Helfer nicht – können wissen, wie so ein Alltag aussieht. Für den Sohn heißt es auch, mit der Erkrankung jeden Tag neu zu schauen, auszuprobieren, was geht und mit der Unsicherheit zu leben, anders als gesunde Kinder aufzuwachsen. Schuld hat dabei niemand, aber die Erfahrung, »anders als andere zu sein«, ist oft die Quelle für Scham- und Schuldgefühle. Das macht neben der Erkrankung das Leben oft zusätzlich schwer.

Tatsächlich ist das Erleben von Scham und Schuld für uns Erwachsene recht komplex. Beide Emotionen entfalten sich förmlich. Je mehr sich unsere Denk- und Verhaltensprozesse im Lebensalter entwickeln, desto komplexer werden Scham- und Schuldgefühle.

Schauen wir als Kinder bei Schamgefühlen noch beschämt zu Boden und lassen uns von den Bezugspersonen die Hand reichen, ziehen wir uns als Erwachsene am liebsten zurück und wollen im Boden versinken. Der Sohn von Familie L. ist fast erwachsen. Durch seinen Rückzug erreicht ihn eine liebevolle Geste des Gegenübers meist nicht und die Eltern fühlen sich oft hilflos und unsicher. So war der Sohn im Schamerleben alleine und seinen kritischen Grübeleien ausgeliefert. Diese wiederum haben noch mehr Zwänge ausgelöst und umso größer wurde die Angst vor einer möglichen Schuld, wenn die ihm Sicherheit gebenden Kontrollen nicht ausreichen und beispielsweise ein »Brand« entsteht ... Nicht auszudenken. Ein Teufelskreislauf.

Ähnlich verhält es sich bei Schuld. Schon Kindern wird beigebracht, andere Kinder zu streicheln, wenn diese durch eine Schaufelattacke zu scheinbarem Schaden gekommen ist. Schnell geht das Spiel in der Sandkiste weiter, denn die Schuld ist durch die liebevolle Geste wieder gut gemacht. Die Schuld ist anerkannt, Eltern ist der Gesichtsverlust vor den anderen Eltern erspart geblieben, weil sie ihre Schützlinge angeleitet haben, sich richtig zu verhalten. Als Erwachsenen nehmen wir manchmal Schuld vorweg, wir entschuldigen uns vorsorglich per Mobiltelefon, falls wir drei



Grafik: Till Runkel

Minuten zu spät kommen sollten. Aber bei einer psychischen Erkrankung? Für eine psychische Erkrankung kann man sich nicht entschuldigen – die Erkrankung und ihre Folgen lassen sich nicht immer »wiedergutmachen«.

Ein besonderer Kreislauf

Scham und Schuld stehen Verantwortung und Mitgefühl und Empathie gegenüber. Stellen Sie sich das wie einen Kreislauf vor. Gut geht es uns, wenn wir uns im Zentrum dieses Kreislaufes befinden.

Scham, Schuld und Verantwortung, Mitgefühl und Empathie gehören zusammen. Wann immer Schamgefühle und -erleben

sehr intensiv sind, sind wir in dieser Ecke gefangen und oft überwältigt. Zu viel Scham ist genauso wenig hilfreich wie zu viel Schuld. Helfen können uns statt Selbstbeschuldigungen oder -abwertungen eigentlich nur Mitgefühl und ein wohlwollendes Gegenüber. Sich wohlwollend und liebevoll in den Arm zu nehmen, ist ein wirkungsvolles Mittel gegen zu viel Scham. Die Botschaft lautet: »Jeder Mensch ist gut wie er ist und ein wertvoller Teil unserer Gesellschaft.« Liebevolle Sätze auf uns selbst bezogen sind ein wirksames Mittel, genau wie eine Umarmung eines Menschen, der uns nahesteht.

Ähnlich verhält es sich bei Schuld. Ein wirkungsvolles Mittel, wenn sich entschuldigen und wiedergutmachen nicht möglich ist oder hilft, ist das Klären von Verantwort-

ung. Im Falle des Sohnes von Familie L. gilt es, sich bewusst zu machen: Psychische Erkrankungen sind ein multikausales Geschehen. Es gibt viele Gründe und Ursachen für die Entstehung einer Erkrankung, niemand kann für alle verantwortlich sein. Zu viel Verantwortungsübernahme führt dazu, dass wir uns oft schuldig fühlen, auch wenn wir es nicht sind. Vielleicht tragen wir einen Teil der Verantwortung an einer Erkrankung, den wir nun anders oder besser wahrnehmen können, dann können wir versuchen, unseren Teil beizutragen, aber alleine könne wir nichts »reißen«.

Zu viel Mitgefühl und Empathie kann dazu führen, dass wir darin stecken bleiben und vergessen, dass Veränderungen und eine angemessene Verantwortungsübernahme hilfreich sein können. Wir können dann erkennen, dass unser bisheriger Umgang des inneren Rückzugs mit unserem Schamerleben dazu führt, dass sich nichts verändert, sondern dass es uns nur noch schlechter geht. Stattdessen kann es helfen, sich auszutauschen, zu berichten, was schmerzt oder was man infrage stellt. Deshalb sind Selbsthilfegruppen oft so hilfreich. Auch andere Menschen kennen Scham und Schuld. Sie haben auch ihre Erfahrungen und können unterstützen. Dann wären wir verantwortlich dafür, unser Scham- und Schuld erleben ernst zu nehmen und uns auszutauschen. Wir nehmen die Verantwortung für uns selbst wahr und kümmern uns. Das wäre Selbstfürsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten.

Mit Familie L. ist es gut gelungen, über Scham und Schuld ins Gespräch zu kommen. Das hat alle Beteiligten entlastet und viel zur Klärung beigetragen. Sich liebevoll in die Augen zu schauen, sich miteinander weiterzuentwickeln, dem Sohn mehr Freiheiten zugestehen, sich als Eltern zu überlegen, wie können wir weiter gute Eltern sein, auch wenn unser Sohn jetzt in der Wohngruppe lebt, das sind einige Beispiele der Inhalte aus den Gesprächen. ◀

Maren Lammers ist Dipl.-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin mit eigener Praxis in Hamburg, Dozentin, Selbsterfahrungsanleiterin und Supervisorin für die psychotherapeutische und fachärztliche Aus- und Weiterbildung. Zusammen mit Isgard Ohls hat sie im BALANCE buch + medien verlag das Buch »Mit Schuld, Scham und Methodex« veröffentlicht.

Sich selbst »gesundschreiben«

Ein Selbsthilfeversuch von **Sebastian Domke**

► Wenn man von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, die einen aus der Bahn wirft, dann ist es wichtig, einen Plan B zu finden. Genau an solch einem Punkt war ich mit 19 Jahren angelangt. Nach dem Abitur wollte ich auf einer Wirtschaftsschule eine Karriere ansteuern. Aber ich erkrankte im ersten Lehrjahr an Schizophrenie, verlor meine Ausbildungsstelle und verbrachte einige Wochen auf der Straße. Ich glaubte, dass mich die Mafia und der Bundesnachrichtendienst verfolgen. Mein

Umfeld machte sich Sorgen und ich sollte zwangseingewiesen werden. Ich suchte mir einen Anwalt und appellierte daran, dass die Würde des Menschen unantastbar ist.

Körper und Verstand zogen die Notbremse

Ich hatte großes Glück, dass die Symptome von alleine zurückgingen. Auch deshalb bestand ich mir nicht ein, dass ich krank war und Hilfe benötigte. Drei Jahre später kam der nächste Schub, ich brach mein Studium ab und besuchte eine Rehabilitationseinrichtung. Mein nächster Schritt war eine Ausbildung zum Bürokaufmann, aber ich hielt der Belastung nicht stand und brach im letzten halben Jahr der Ausbildung immer wieder erschöpft ein. Ich zwang mich, die Prüfung abzuschließen, schaffte es aber nie, in dem Beruf zu arbeiten. Auch andere Jobs führten zu viel Stress und Leistungsdruck. Die Schizophrenie und ihre Begleiterscheinungen hatten meine Belastbarkeit drastisch reduziert.

Rückblickend bin ich für diese Notbremse, die mein Körper und mein Verstand gezogen haben, dankbar, denn die kaufmännische Karriere war der Traum anderer gewesen – und nie mein eigener. Ich brauchte viel Zeit, um zu akzeptieren, dass ich nicht wie andere junge Menschen einen gewöhnlichen Beruf ausüben konnte und schon früh als »Rentner« meinen Platz im staatlichen Unterstützungssystem einnehmen sollte. Es kam zu Um- und Irrwegen. Ich spielte Schach in einem Verein, gewann Turniere, trainierte Schüler und verlor mich in dem Spiel und seinen 64 Feldern, bis ich innerlich leer war. Ich traute mir danach kaum noch etwas zu, mein Tank war ausgeschöpft und ich wusste nicht mehr, wofür ich überhaupt lebe. Schließlich begriff ich, dass ich meinem und dem Leben anderer nur Sinn und Tiefe schenken

kann, wenn ich mich auf die Träume und Fantasien aus meinem Inneren besinne.

Kreative Wege aus der Krise

2014 begann ich deshalb, Kurzgeschichten zu schreiben, und lernte vieles über mich. Es war, als tauchte ich beim Schreiben in eine virtuelle Realität ein, in der sich meine Probleme und Belastungen wiederfanden und auflösten – durch meine Protagonisten und Nebenfiguren als Teile meines Selbst.

In einer meiner ersten Kurzgeschichten, »Der letzte Abschied«, verarbeitete ich, wie mich die Erwartungen anderer krank gemacht hatten und lernte, wie unwichtig mir sozialer Status, Reichtum und beruflicher Erfolg eigentlich sind. Stattdessen beobachteten mein Protagonist und ich, dass das Glück sich oft hinter den kleinen Dingen verbirgt, z. B. im Flügelschlag eines Schmetterlings. Ich kann von meiner Kunst (noch) nicht leben, doch nimmt sie in meinem Leben mittlerweile einen ähnlich bedeutenden Platz wie eine »normale« Arbeitsstelle ein.

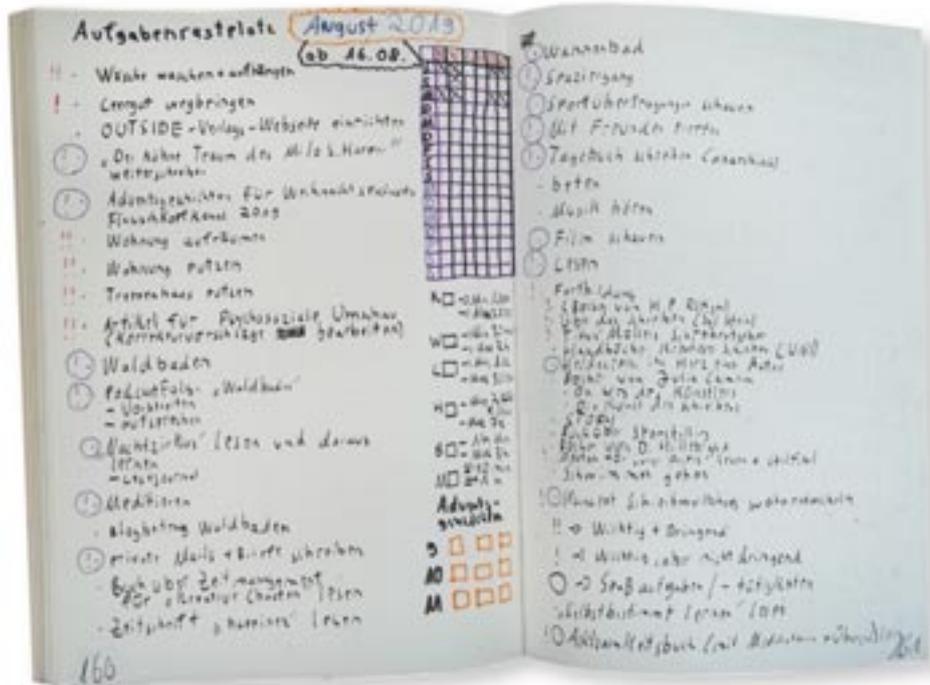
Bei den Fassungen meiner ersten Kurzgeschichten unterliefen mir peinliche Rechtschreib- und Grammatikfehler, aber dank des Feedbacks von Autoren und Freunden verbesserte ich meine Erzählungen. 2017 freundete ich mich mit der Kinder- und Fantasyautorin Claudia Gogolin an, und seither arbeiten wir im Team an verschiedenen Projekten. Sie entdeckte mein Talent, Texte anderer zu polieren. Schon bald las ich eines ihrer Kinderbücher Korrektur und lektorierte weitere ihrer Werke.

Immer wieder erlebe ich wie aus dem Nichts Erschöpfungszustände, dann liege ich den Großteil des Tages kraftlos im Bett und kann nichts anderes mehr tun. Wenn so etwas während Projekten passiert, an denen Claudia und ich werkeln, begegnet sie dem mit Mitgefühl und sagt, dass der Mensch immer Vorrang habe und ich so viele Pausen machen dürfe, wie ich brauche. Das entlastet mich. Ähnlich harmonisch erlebe ich die Mitarbeit im Projekt SOUL LALA, dem Inklusionsprojekt für junge Menschen.



Fotos: Nadine Lüster

Sebastian Domke



Auszug aus dem »Bullet Journal«

Ein positives Umfeld schaffen

Auf dem Weg zur Genesung und einem sinnhaften Leben geht es mir aber nicht nur um Schreibprozesse und Projekte, sondern ebenso um Menschen. Ich glaube nicht, dass ein seelisch Erkrankter alleine durch die Kraft seiner Fantasie den Genesungsprozess in Gang halten kann, denn am wichtigsten sind diejenigen, die uns im Alltag umgeben.

Aus meiner Erfahrung vernetzen sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft intensiv untereinander und haben gleichzeitig Hemmungen, Kontakt zu »Gesunden« aufzunehmen, aus Angst, ausgegrenzt und gemobbt zu werden. Auch mir ging es mal so, bis mir ein Freund riet, aufzuhören, mich immer nur als Kranken zu sehen, und er hatte recht. Ich dehnte die Grenzen von dem, was ich für möglich hielt, immer weiter aus und begann, mich aus der Psychiatrieszene herauszubewegen. Mit einem Freund, der abnehmen möchte, gehe ich z. B. einmal die Woche zum Basketball- und Tischtennispielen, eine Begegnung, die uns beiden Spaß und Abwechslung verschafft.

Vor Jahren traf ich einen Lehrer im Supermarkt, den ich noch von meiner Zeit als Schachspieler kannte. Er erzählte mir, dass er mittlerweile auch schreibe. Inzwischen ist aus dieser zufälligen Zusammenkunft eine fünfköpfige Gruppe mit Gleichgesinnten gewachsen, mit denen ich mich monat-

lich treffe. Wir sprechen über unseren Alltag, lesen aus unseren Texten, reden über das, was uns an ihnen gefällt und was wir verbessern könnten. Diese Treffen sind mir sehr wichtig. Niemand außer mir hat eine psychische Erkrankung und dennoch werde ich genauso behandelt wie die anderen. Und es ist spannend, etwas von Berufstätigen zu erfahren, die sich mit Themen beschäftigen, mit denen ich sonst nie konfrontiert werden würde. Deshalb bin ich davon überzeugt, dass Kunst und Kreativität helfen können, die Schranken zwischen psychisch Erkrankten und der Gesamtgesellschaft zu überwinden. Egal ob Literatur, Musik, Malerei – kreatives Schaffen bietet die Möglichkeit, Barrieren zwischen den Menschen abzubauen, miteinander ins Gespräch zu kommen und Anerkennung für das zu erfahren, was man schafft.

Der amerikanische Unternehmer, Autor und Motivationstrainer Jim Rohn behauptete: »Du bist der Durchschnitt der fünf Menschen, mit denen du die meiste Zeit verbringst.« Ich weiß nicht, ob es aussagekräftige Studien gibt, die das belegen, aber ich glaube, dass die Grundaussage stimmt. Die Menschen, mit denen wir die meiste Zeit verbringen, haben großen Einfluss darauf, in welche Richtung wir uns als Mensch bewegen. Ich denke nicht, dass man aus Kalkül »netzwerken« sollte, sondern dass man bei der Wahl seiner Freunde dem Herzen folgen sollte, unabhängig davon, wie krank, gesund oder erfolgreich sie sind. Es ist wichtig, ein positives Umfeld zu schaffen, das einen motiviert, auffängt,

herausfordert und stärkt. Es gilt, Gemeinsamkeiten zu erkennen, aus denen dann stärkende Kontakte und Freundschaften sprießen.

In der Literatur habe ich einen Weg gefunden, mich selbst zu analysieren und besser kennenzulernen. Das tut mir gut. Vielleicht beschäftige ich mich deswegen auch mit anderen Formen der Achtsamkeit: z. B. mit Meditation und dem Führen eines »Bullet Journals« – einer Mischung aus Tagebuch, Notizblock und To-Do-Liste, das dabei hilft, Gedanken, Gefühle und Projekte zu sortieren. Das Aufschreiben hilft mir, mein Denken auszudehnen, zu vertiefen und meine Lebenssituation besser zu verstehen. Ohne die Menschen um mich wäre ich allerdings wie ein Segelschiff bei Windstille nicht mehr vorwärtsgekommen.

Ich hatte einst beschlossen, mich im doppelten Wortsinn selbst gesundzuschreiben. Nun, gelungen ist mir das bislang nicht, immer noch bin ich gering belastbar und brauche viele Pausen und Auszeiten. Jedoch schenken mir meine Fantasie, meine Kreativität und mein Umfeld ein glückliches Leben. Und ich glaube daran, dass andere Menschen in schwierigen Phasen des Lebens und in seelischen Krisen das auch erreichen können – wenn sie anfangen, ihren Träumen zu folgen. ◀

Sebastian Domke ist Autor, Blogger, Podcaster und Schreibcoach aus Siegen. Seine Website findet man unter <https://tintenkuenstler.de>

Ohne Moos nix los: vom Armutsrisiko bei psychischer Erkrankung

Von Susanne Jaeger

► Obwohl die meisten Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung heute in der Gemeinde leben, ist ihre Lebenssituation keineswegs »normal«. Vielen bleibt der allgemeine Arbeitsmarkt auf Dauer verschlossen. Und selbst wenn sie Arbeit haben, verschlechterten sich auf Dauer ihre Lebensumstände und ihre finanzielle Lage. So lautete 2006 auch die desillusionierende 10-Jahres-Bilanz der Psychiatriereform, die Mitte der 1990er Jahre in Schweden vorgenommen wurde. In Richtlinienpapieren wurde proklamiert, fortan solle sich die Politik entschiedener bemühen, die Hindernisse für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen.

Dies war der Hintergrund für die Studie eines schwedischen Forschungsteams. Es interessierte sich für die Entwicklung der Einkünfte von Menschen, die zu Beginn der 2000er Jahre erstmalig die Diagnose einer Psychose erhalten hatten. Zehn Jahre lang wurden ihre Einkünfte (Lohn, Lohnersatzleistungen, Renten, Versicherungen, Sozialhilfe) mit denen der Allgemeinbevölkerung verglichen. Daten von 364 Personen wurden ausgewertet. Zwei Gruppen wurden genauer betrachtet: Personen, die in den letzten fünf Jahren des Untersuchungszeitraums regelmäßig psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten (»Institutionalisierungsgruppe«; 159 Personen), und Personen, die in den letzten fünf Jahren keinen Kontakt mehr mit dem System psychiatrischer Versorgung hatten (»Recoverygruppe«; 53 Personen).

Die Einkommensschere

Was die absolute Höhe anbelangt, so verfügten die Menschen mit Psychose nach zehn Jahren nur über die Hälfte des Durchschnittseinkommens der Allgemeinbevölkerung. Bereits im ersten Jahr hatte die Allgemeinbevölkerung pro Jahr durchschnittlich 100.000 Schwedische Kronen, d. h. ca. 10.000 Euro mehr zur Verfügung. Nach zehn Jahren hatte sich dieser Unterschied fast verdoppelt und lag bei ca. 18.000 Euro. Bei der Allgemeinbevölkerung wuchsen die Einkünfte pro Jahr im Schnitt um ca. 8.000 Euro. Bei Menschen in der Recoverygruppe stiegen die Einkünfte jährlich aber nur um 4.000 Euro. In der Institutionalisierungsgruppe verringerten sich die Einkünfte sogar jedes Jahr um 200 Euro. Am Ende war diese Gruppe schlechter gestellt als zu Beginn.

Personen der Recoverygruppe kehrten tendenziell im dritten Jahr ins Arbeitsleben zurück und damit stiegen auch ihre Einkünfte deutlich an. Bei Mitgliedern der Institutionalisierungsgruppe gingen die Einnahmen aus Arbeitslohn im Laufe des ersten Jahres zurück und blieben danach auf konstant niedrigem Niveau. In der Recoverygruppe fiel der Anteil der Personen mit Arbeitseinkommen über die Zeit von 70 % auf 60 %, in der Institutionalisierungsgruppe hingegen von rund 50 % auf gut 25 %. Rund 20 % der Recoveryleute versus 60 % der Institutionalisierungsgruppe bezogen nach zehn Jahren Erwerbsunfähigkeitsrente. In beiden Gruppen spielte die Unterstützung in Form von Sozialhilfe, Krankengeld, oder Arbeitslosengeld eine immer geringere Rolle.

Das Forschungsteam stellt fest, dass die Einkommensschere zwischen Allgemeinbevölkerung und Menschen mit ernststen psychischen Problemen zunehmend größer wird und man bei Letzteren von relativer Armut sprechen kann. Die ökonomische Situation von Menschen mit psychischen Problemen in Schweden war bereits Mitte der 1990er Jahre alles andere als gut. Jedoch haben politische Bemühungen um eine Normalisierung und Anpassung der Lebensverhältnisse, so die Autorinnen und Autoren, vollständig ins Leere gegriffen. Im Gegenteil: Die Lage habe sich weiter verschlechtert.

Betroffene erhalten mittlerweile nur noch halb so viel Geld wie der Rest der Bevölkerung. Die verringerten Einnahmen beruhen zum Teil auf Mittelkürzungen der sozialen Sicherungssysteme und einen erschwerten Zugang zu sozialen Leistungen. Betroffenen mit Arbeitseinkommen geht es zwar tendenziell besser als Beziehern von Unterstützungsleistungen, trotzdem liegt ihr Einkommensniveau unter dem der Allgemeinbevölkerung. Möglicherweise verhinderte die Erkrankung eine Vollzeitanstellung oder führte dazu, sich mit schlechter vergüteten Stellen abzufinden.

Arbeit, Geld und Teilhabe

Nun wird die Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt oft als Königsweg propagiert, um Betroffene aus der Armut zu holen, und es gibt verschiedene Programme dazu. Die Autoren geben aber zu bedenken, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oft ausgerechnet jene Jobs erhalten, deren Bedingungen nach arbeitsmedizinischen Erkenntnissen sogar gesunden Menschen auf Dauer schaden, nämlich niedrig entlohnte Teilzeitjobs mit schlechten Karriereaussichten und geringem Gestaltungsspielraum.

Zuletzt warnen die Autoren davor, die negativen Effekte von Armut mit psychischen Symptomen zu verwechseln: Im Grunde normale und verständliche Reaktionen auf anhaltende Finanzknappheit und beengte Lebensumstände wie z. B. sozialer Rückzug, Verringerung von Aktivitäten etc. würde bei Betroffenen allzu schnell als Tendenzen zu Isolation und Passivität, also als Symptome interpretiert. Statt die Folgen von Armut zu pathologisieren und dadurch von der Dringlichkeit sozialer und politischer Maßnahmen zu ihrer Beseitigung abzulenken, gehe es im Grunde schlicht darum, die finanzielle Lage dieser Menschen zu verbessern und damit einen wichtigen Baustein für mehr gesellschaftliche Teilhabe zu legen. ◀

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:

Topor, A., Stefansson, C.G., Denhov, A., Bülow, P., Andersson, G. (2019) Recovery and economy; salary and allowances: a 10-year follow-up of income for persons diagnosed with first-time psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54:919-926. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01655-4>

Neuer Aufbruch im Geiste der Psychiatrie-Enquete

Friedrich-Ebert-Stiftung legt Positionspapier vor **Von Elke Prestin**

► Die Zukunft der psychosozialen Versorgung wird derzeit vielfältig diskutiert. Einen breit angelegten Beitrag zu dieser Diskussion hat jetzt die Friedrich-Ebert-Stiftung vorgelegt. Ihr Positionspapier trägt den programmatischen Titel: »Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete«. Ausgehend von einer umfassenden Situationsanalyse werden hier, teils durchaus visionär, grundlegende Veränderungen der Versorgungsstruktur gefordert.

An dem Positionspapier wirkte ein 17-köpfiges Expertengremium mit, dem Wissenschaftler, Praktiker, Menschen mit Psychiatrieerfahrung und deren Angehörige sowie Vertreter von Politik, Verwaltung und Gewerkschaften angehörten. In einem zweijährigen Prozess mit Anhörungen unterschiedlicher Interessengruppen erarbeitete das Gremium auf der Grundlage einer kritischen Bestandsaufnahme einen Katalog konkreter Vorschläge an die Politik.

Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet die Psychiatrie-Enquete von 1975, deren Hintergründen und zentralen Inhalten ein eigener Abschnitt des Positionspapiers gewidmet ist. Die Enquete war eingebettet in eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, in der die Frage nach Menschenrechten und Menschenwürde neu gestellt und breit diskutiert wurde. Nach Überzeugung der Expertengruppe müssen auch die heutigen, neuen Herausforderungen in einem breiten Kontext gesehen werden. Deshalb geht das Positionspapier zunächst auf wichtige politische und inhaltliche Impulse der letzten Jahrzehnte ein. Dazu gehört zum einen die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die wesentliche Veränderungen zugunsten der Inklusion von Menschen mit Behinderungen und der Sozialraumorientierung bewirkt hat. Zum anderen benennt das Papier die aus der Selbsthilfe stammenden Konzepte von Recovery und Empowerment, die Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit eröffnen, ihren eigenen Genesungsweg zu finden und Teilhabechancen selbstbestimmt wahrzunehmen.



Personenzentrierung und Sozialraumbezug

Im nächsten Schritt formuliert die Expertengruppe eine Reihe von Anforderungen an eine zeitgemäße psychosoziale Versorgung. Inhaltlich wichtig sind demnach neben einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen Behandlung und Versorgung u. a. die Förderung von Autonomie und sozialer Teilhabe sowie die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen. Das Versorgungssystem muss den Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung gewährleisten sowie Gemeindennähe und Sozialraumorientierung sicherstellen. Dabei sind bedarfsgerecht verschiedene Lebensbereiche (z. B. Wohnen, Arbeit) zu integrieren. Koordination und Steuerung der Unterstützungsleistungen müssen personenzentriert im regionalen Hilfesystem erfolgen.

Im Abgleich mit diesen Anforderungen lassen sich Problemfelder und Handlungsbedarfe identifizieren. In einer ausführlichen Analyse mit Einbezug aktueller Forschungsliteratur verweist das Papier u. a. auf die mangelnde Verfügbarkeit intensiv-ambulanter Versorgungsangebote und die unzureichende Inklusion in den Bereichen Wohnen und Arbeiten. Als ein zentrales Strukturproblem wird die hoch komplexe, frag-

mentierte Angebotslandschaft benannt: Die Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind derzeit über verschiedene Sozialgesetzbücher verteilt und unterliegen verschiedenen Finanzierungs- und Zuständigkeitsregelungen. Eine personenbezogene, bedarfsgerechte Koordination und Steuerung erfolgt bislang in der Regel nicht.

Auf die Problemanalyse folgt im letzten Kapitel des Positionspapiers die Frage nach Lösungsmöglichkeiten. Die Expertengruppe regt eine Reihe von politischen Maßnahmen an, darunter die Festschreibung eines individuellen Anspruches auf integrierte Versorgung und auf eine koordinierende Bezugsperson, die Einführung sektor- und rechtskreisübergreifend integrierter regionaler Psychiatriebudgets sowie die Formulierung rechtlicher Rahmenvorgaben des Bundes und der Länder für die Versorgungsstruktur in den kommunalen Gebietskörperschaften. Solche Vorgaben sollten u. a. die Vorhaltung von rund um die Uhr erreichbaren mobilen Kriseninterventionsdiensten beinhalten. Zur Prüfung und Umsetzung der Vorschläge regt die Expertengruppe eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit Einbezug der kommunalen Ebene und der Selbsthilfe an.

Es wäre zu wünschen, dass die Impulse des Positionspapiers breites Gehör finden und nicht im Konkurrenzdenken von Parteien und Interessengruppen untergehen. Wie im Umfeld der Psychiatrie-Enquete 1975 ist auch heute ein Zusammenschluss der progressiven Kräfte erforderlich, um nachhaltige Verbesserungen für psychisch erkrankte Menschen zu erreichen. ◀

Das Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung kann im Internet heruntergeladen werden: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15479.pdf>

Dr. phil. Elke Prestin hat als Vertreterin von NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in der Expertengruppe und im Redaktionskreis des Positionspapiers der Friedrich-Ebert-Stiftung mitgewirkt. www.elke-prestin.de

Grenzen überschreiten

Auf der Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. wurden sektorenübergreifende Möglichkeiten zu einer integrierten, personenzentrierten Versorgung vorgestellt und diskutiert.

Von Peter Heuchemer und Thomas Pirsig

► »Vieles hat sich seit der Enquete durch das Engagement der Gemeindepsychiatrie zum Guten verändert«, erläuterte Nils Greve, Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V., in seinem Eröff-

Mehr als zweihundert Teilnehmende waren der Einladung zur provokant betitelten Tagung »Grenzen überschreiten – Pflege, Teilhabe und Gemeindepsychiatrie« gefolgt, die der Dachverband Gemeindepsy-

Zusammenarbeit mit der Pflege

Die Themen waren damit gesetzt: Zum einen war es der Aufbruch, zum anderen ging es um die professionelle Grenzüberschreitung zwischen gemeindepsychiatrisch Tätigen und den Pflegeberufen. In den Vorträgen und Diskussionen am ersten Tag wurde deutlich, dass es bundesweit keine verbindlichen oder gesetzlichen Vorgaben zu den exakten Tätigkeiten der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege (pHKP) gibt. Diese Ausgangslage eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, selbst zu definieren, welche Voraussetzungen geschaffen und welche konkreten Leistungen eine qualitativ hochwertige, wirkungs- und lebensweltorientierte Pflege ausmachen sollen. »Wir sind uns in den Zielsetzungen grundsätzlich mit anderen Verbänden einig, was etwa eine auskömmliche Vergütung und die Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Akteure betrifft«, sagte Tim Konhäuser vom Vorstand der BAPP. Den Auftrag der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien« für die Pflege beschrieb Dorothea Sauter, Präsidentin der DFPP. Hier wurden auch noch einmal die unterschiedlichen Dimensionen der Pflege deutlich: Die pHKP als Krisenbehandlung, die »Behandlungspflege« zur Durchführung der ärztlichen Verordnung und SGB-XI-Pflege zum selbstbestimmten Leben. Um Qualitätsstandards zu definieren und möglichst bundesweit einheitlich zu etablieren, haben der Dachverband Gemeindepsychiatrie und die beiden Pflegefachverbände im Rahmen der Tagung eine gemeinsame Arbeitsgruppe gegründet und erste Vereinbarungen getroffen.

Neben den Schwerpunktthemen wurden in den Workshops weitere zukunftsorientierte Themen behandelt, wie z. B. eine weitere »grenzüberschreitende« Initiative in Form eines Austauschforums für Profis mit Erfahrung als Patienten oder Angehörige. Das erste Forum dazu fand in Form eines Symposiums beim DGPPN-Kongress



Kay Herklotz und Nils Greve diskutieren mit Tim Konhäuser (links).

nungsvortrag auf der Jahrestagung des Verbands in Hamburg. Gleichzeitig mahnte er: »Die Angebotslandschaft ist fragmentiert, verschiedenen Rechtskreisen und Kostenträgern zugeordnet und kaum noch im Sinne einer integrierten, personenzentrierten Versorgung handhabbar.« Betroffene fänden aufgrund dieser Defizite im System zu selten die Hilfe, die sie benötigen. Er forderte deshalb: »Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch!« Er bezog sich damit zugleich auf ein aktuelles Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung mit demselben Titel, das Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung formuliert (siehe den Beitrag von Elke Prestin auf S. 19).

chirurgie in Kooperation mit der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP) und der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP) am 26. und 27. Juni in Hamburg ausgerichtet hatte. Aufbauend auf die neuen gesetzlichen Möglichkeiten durch das Bundesteilhabegesetz, die Pflegestärkungsgesetze und bei der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege wollten die Tagungsgäste auf den vielen unterschiedlichen Professionen Schnittmengen und Anknüpfungspunkte ausloten und Möglichkeiten finden, um dem Ziel sozialraumorientierter, passgenauer Komplexleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein weiteres Stück näherzukommen.

2018 statt und wurde von allen Beteiligten sehr positiv bewertet. Auch den Fragen nach den Chancen durch die Nutzung von Social Media in der Gemeindepsychiatrie wurde zum zweiten Mal Raum gegeben. In diesem Workshop wurde deutlich, wie wichtig Social Media und eine zielgruppenspezifische Kommunikation im Netz ist, um jungen Menschen passende Angebote und einen positiven Erstkontakt mit dem Hilfesystem zu bieten. Als Beispiel diente hier das Projekt SOUL LALA (siehe den Beitrag, S. 9 f.).

Der zweite Veranstaltungstag war größtenteils der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes gewidmet. Dabei wurde im Rahmen des Workshops über Assistenzleistungen das Resümee gezogen: Je höher und besser qualifiziert die Assistenzperson ist, desto eher und mehr profitieren Menschen mit schweren psychischen Funktionseinschränkungen. Wichtig dabei ist die Einbindung der handelnden Personen in Gemeindepsychiatrische Verbände oder eine vergleichbare Vernetzung mit regionalen Leistungserbringern, bei dem der Mensch mit seiner psychischen Erkrankung und seinen individuellen Hilfebedarfen im Mittelpunkt steht.

Krisendienste möglich machen

Der inhaltliche Fokus der Podiumsdiskussion lag auf dem Aufbau regional eingebundener Krisendienste. Helmut Roth, Referatsleiter strategische Sozialplanung, Koordination und Fachdienste im Bezirk Oberbayern stellte die seit 2018 in der Umsetzung befindlichen, landesmittelfinanzierten bayrischen Krisendienste vor und beschrieb die Verhandlungen und Planungen der Finanzierung von Krisendiensten aus der Eingliederungshilfe und nach dem SGB V. Beim Aufbau eines solchen Dienstes dürfe nicht immer erst die Kostenfrage gestellt werden, »denn bei der Feuerwehr wird auch nicht immer nach den Kosten gefragt, sondern es ist einfach selbstverständlich, dass sie da ist!« resümierte Roth.

Martina Heland-Graef, Vorstand Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. forderte, dass ein Krisendienst rund um die Uhr an jeden Tag möglich sein müsse. »Ich

hoffe, dass es den Krisendienst flächendeckend gibt und Profis versuchen, Zwangseinweisungen zu verhindern. Eine enge Zusammenarbeit im dialogischen Sinne und die Umsetzung des Offenen Dialogs müssen oberstes Ziel sein.« Sie sieht dies als wichtige Wegmarken auf dem Weg hin zu einer Psychiatrie ohne Zwang und Gewalt, die den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht wird. Dem stimmte Christian Zechert, Angehörigenvertreter aus dem Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zu. »Diese Forderung nach einem immer verfügbaren Krisendienst ist seit dreißig Jahren die der Angehörigen.« ◀

Peter Heuchemer und **Thomas Pirsig** sind Referenten beim Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. Kontakt: heuchemer@psychiatrie.de und pirsig@psychiatrie.de

Die Dokumentation der Tagung finden Sie unter: <https://www.dvvp.org/tagungsberichte/jahrestagung-2019.html>

Factsheets

Informationen zu Zielen und Anwendungsmöglichkeiten der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege finden Sie in den Factsheets des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. für Betroffene und deren Angehörige sowie für Fachärzte und -ärztinnen, die pHKP verordnen können.

Factsheet für Betroffene
https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/Factsheet_pHKP_Betroffene.pdf

Factsheet für Verordnende
https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/Factsheet_pHKP_Verordner.pdf ◀

ANZEIGE

Blackbox Eingliederungshilfe:

Wegweiser für 2020

Die übersichtlich aufgebaute Publikation entwickelt die Ausführung von Matthias Rosemann zu den Neuerungen durch das BTHG in der Reihe »Fachwissen kompakt« weiter. In Teil I werden die Grundlagen der Ermittlung und Feststellung der Eingliederungshilfeleistungen zusammenfassend dargestellt. In Teil II werden die vielfältigen Ausprägungen der gesetzlich definierten Assistenzleistungen, auf die Menschen mit Behinderungen Anspruch haben, beschrieben. Die Blackbox der Gestaltung von betreuten Wohnangeboten wird inhaltlich gefüllt. Damit ergeben sich Hinweise und Anregungen für die Gestaltung der Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Trägern der Eingliederungshilfe.



Michael Konrad
Die Assistenzleistung
112 Seiten, 17,00 €, ISBN 978-3-88414-998-0
eBook 13,99 €

Psychiatrie Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

Verbände fordern Maßnahmen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern Von Peter Heuchemer

► In Deutschland wachsen gegenwärtig circa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil auf. Aufgrund der vielfältigen Folgen einer elterlichen Erkrankung, die meist das gesamte Familiensystem betreffen, sind sowohl die Kinder



Foto: nivoa, photocase.de

als auch die erkrankten Eltern auf fachlich qualifizierte Beratung, Behandlung, Betreuung und multiprofessionelle Hilfen angewiesen.

Seit Februar 2018 beschäftigt sich die interdisziplinäre »Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern« mit dieser Herausforderung. Sie wurde auf der Basis eines einstimmig verabschiedeten interfraktionellen Bundestagsantrags eingerichtet und damit beauftragt, einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu entwickeln.

Um die Expertise der Arbeitsgruppe zu ergänzen, wurden kürzlich die relevanten Verbände für eine Stellungnahme angefragt. Als einzigen fachpsychiatrischen For- derungskatalog mit konkretisierten Handlungsempfehlungen haben die im Kontakt-

gespräch Psychiatrie organisierten Fach-, Wohlfahrts- und Selbsthilfeverbände gemeinsam mit der DGPPN das Papier »Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – Komplexe Hilfen in der Lebenswelt sichern!« vorgelegt.

Die krankheitsbedingt häufig eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch Erkrankten und der hochschwellige bürokratische Zugang zu Hilfen tragen dazu bei, dass betroffene Eltern vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen können oder keine für sie passenden Angebote finden. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil tragen ein dreis- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Die im Kontaktgespräch Psychiatrie zusammenarbeitenden Verbände fordern in den nächsten drei Jahren deshalb als nächste Schritte auf der Bundesebene:

1. Eine verbindliche Definition der krankheitsbedingten wesentlichen Teilhabe- einschränkungen und Einschränkungen im Hilfesuchverhalten psychisch erkrankter Eltern im SGB IX und SGB XII sowie eine unterstützte Elternschaft als qualifizierte Assistenz.

2. Die Sicherung der Finanzierung der kontinuierlichen Vernetzung aller beteiligten Professionen auf regionaler Ebene sowie die Einbeziehung der Möglichkeiten des Präventionsgesetzes zur Schaffung von kommunalen Hilfenetzwerken.

3. Eine Verankerung des Themas in den Qualitätsmanagementsystemen von Jugendhilfe, ambulanter und stationärer Psychiatrie, Schwangerschaftsberatung, Frühen Hilfen sowie in Kitas und Schulen. Etablierung eines Kooperationsgebotes mit entsprechenden Ressourcen im SGB V, IX und XII.

4. Die Prävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien soll gestärkt werden. Die Stärkung der elterlichen Kompetenzen sowie eine Verbesserung des Umgangs mit der psychischen Erkrankung sollen als Präventionsziel in der Lebenswelt Kommune verbindlich verankert werden. Präventionsmaßnahmen für die Kinder sollen den Fokus auf eine Stärkung von Resilienz legen. Sie sollten den Kontakt zu anderen Kindern und Paten stärken und einer sozialen Isolation vorbeugen.

5. Für eine gelingende ganzheitliche Prävention ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Bildungseinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, Gemeindepsychiatrie und Gesundheitswesen unabdingbar. Die Stärkung dieser Zusammenarbeit gilt es, aktiv flächendeckend im Bundesgebiet zu fördern und die Krankenkassen, die Kommunen sowie die Rentenversicherungsträger aktiv als Beteiligte zu gewinnen. Jede Kommune und jeder Landkreis beauftragt mindestens eine Präventionsfachkraft, die notwendigen Komplexleistungen zu organisieren und die Netzwerkarbeit der spezifischen hoch- bzw. niedrigrschwelliger Versorgungsangebote aus unterschiedlichen Sozialleistungssystemen zu koordinieren.

6. Den Start der vom Parlament beschlossenen Aufklärungs- und Entstigmatisierungskampagne über psychische Erkrankungen 2019–2024 für die Bevölkerung und die Fachkräfte. Die notwendigen finanziellen Mittel sollen in angemessenem Umfang im Bundeshaushalt 2020 bereitgestellt werden. Die in diesem Feld tätigen ambulanten und lebensweltorientierten gemeindepsychiatrischen Verbände und Trägerorganisationen sind bei der Umsetzung adäquat zu beteiligen.

7. Die Etablierung einer qualitätsgestützten Weiterbildungsinitiative »Komplexe Hilfebedarfe in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil«, die sich auf den aktuellen Forschungsstand bezieht und u. a. professionsübergreifend Erzieherinnen, Lehrenden, Schulsozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen, Ärztinnen und Kinderärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychologen anspricht. Alle Berufsgruppen benötigen Handlungswissen und Handlungskompetenzen auch in Bezug auf die Erfordernisse interdisziplinärer Zusammenarbeit, um diese Zielgruppe zu erkennen und bedarfsgerecht zu unterstützen. ◀

Die komplette Stellungnahme unter www.dvgp.org/themen-engagement/kinder-psychisch-erkrankter-eltern/handlungsempfehlungen.html

Peter Heuchemer ist Referent des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie.

ICD-11 kommt – was bedeutet das?

Von Matthias Albers

► Für viele Jahre war die ICD-10 das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Gesundheitsstörungen und zur Beschreibung von Todesursachen. Es enthält auch ein Kapitel mit psychiatrischen Diagnosen.

Im Mai dieses Jahres hat die WHO die neue Ausgabe, die ICD-11, verabschiedet. Am 1. Januar 2022 tritt sie in Kraft, zunächst aber nur für die Todesursachenstatistik, und das mit einer Übergangszeit von fünf Jahren. Für Deutschland steht ein Termin für die Einführung der ICD-11 noch nicht fest. Es muss noch eine offizielle deutsche Übersetzung erstellt und geklärt werden, welche der neuen Diagnosen eine Leistungspflicht der Krankenversicherung auslösen. Neu ist, dass die ICD-11 mit der ICF (International Classification of Functioning) kompatibel sein wird. Diese beschreibt die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als Ergebnis der negativen Wechsel-

wirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren und stellt die Basis für die Bedarfsermittlungsinstrumente dar, die auch in der Sozialpsychiatrie angewendet werden.

Befürchtungen im Vorfeld

Im Vorfeld ist viel über das Kapitel »Psychische Störungen« der ICD-11 diskutiert worden. Wie stark würde sich die WHO am DSM 5, dem 2013 veröffentlichten diagnostischen und statistischen Manual der APA (American Psychiatric Association) orientieren? Würden die neuen Diagnosen des DSM übernommen werden? Der Psychiater Allan Frances hatte in seinem Buch »Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life« 2013 (deutsch: »Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen«) vor der Medikalisierung

von Alltagsproblemen gewarnt. Er fürchtete, dass neue Diagnosen vor allem durch den Einfluss der Lobbyisten der Pharmaindustrie zustande kommen, die neue Absatzmärkte für Psychopharmaka suchen. Frances appellierte an die WHO, bei der ICD-11 nicht dieselben Fehler zu machen wie die APA bei DSM 5.

Sind die Diagnosen das Problem?

Doch besteht nun das Problem in erster Linie darin, dass neue Kategorien oder Kriterien in ein Klassifizierungssystem eingeführt werden? Wohl kaum. Solange die Psychiatrie für Investoren ökonomisch uninteressant war, waren Diagnosen und Kategorien vorwiegend von fachlicher Bedeutung. Erst seit Investmentfonds als Betreiber von Krankenhäusern und MVZs auftreten und die üblichen Kapitalrenditen entziehen und der Wettbewerb zwischen

ANZEIGE



Master of Arts: Soziale Arbeit

maps

Masterstudiengang
Soziale Arbeit
Schwerpunkt
Gemeindepsychiatrie

online
berufsbegleitend
studieren

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences 

Ein sozialwissenschaftlich ausgerichteter und berufsbegleitender konsekutiver Studiengang für Hochschulabsolvent*innen im Arbeitsfeld Gemeindepsychiatrie.

Der Masterstudiengang „**Master of Arts: Soziale Arbeit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie**“ zielt auf eine akademische Weiterqualifizierung von Berufspraktiker*innen aus dem Arbeitsfeld Psychiatrie durch die systematische Erweiterung ihrer theoretischen und methodischen Kenntnisse.

Er vermittelt neben wissenschaftlicher und forschungsbezogener Kompetenz auch Organisationsentwicklungskompetenzen und bereitet auf Leitungsfunktionen in der Berufspraxis vor oder erweitert bestehende Leitungskompetenzen systematisch.

Perspektive Promotion

Der Master-Abschluss öffnet den Weg zu einer Promotion. In Zusammenarbeit der Hochschulen Fulda, RheinMain und Frankfurt sind jetzt Promotionen im Rahmen des gemeinsamen Promotionszentrums für Soziale Arbeit möglich.

Bewerbung

Die Bewerbung erfolgt zum Sommersemester. **Bewerbungsschluss ist der 15. Januar.** Die Bewerbung ist jeweils ab dem 1.12. verfügbar unter www.hs-fulda.de/bewerbung

Studiengangsleitung: Prof. Dr. Henning Daßler
Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen
Leipziger Straße 123, 36037 Fulda

Studiengangskoordination: Andrea Hilger
Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen
andrea.hilger@sw.hs-fulda.de

Weitere Infos:
www.hs-fulda.de/ma-gemeindepsychiatrie



Anton – stock.adobe.com

den Krankenkassen gefördert wird, haben die Diagnosekriterien eine erhebliche ökonomische Relevanz.

Der verhängnisvolle Einfluss der Pharmaindustrie bezieht sich meines Erachtens weniger auf die Erstellung von Diagnosekriterien, als auf die Ausrichtung der wissenschaftlichen Forschung generell, die entscheidend von Industriemitteln abhängt. Es fehlt eine angemessene staatliche Forschungsförderung. Die Industrie hat kein Interesse an öffentlicher Gesundheit, sondern an innovativen Produkten, die dem einzelnen Unternehmen Wettbewerbsvorteile ermöglichen und den Aktionären Kursgewinne.

Die Argumente gegen die neuen Diagnosen in DSM-5 und ICD-11 ähneln denen von der Aufnahme von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen in die Kostenzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung in den 1970er Jahren. Sind nur Menschen mit Diagnosen wie schizophrenen Störungen »richtig krank« und ist Psychotherapie etwas für Gesunde? Wo bleibt das sozialpsychiatrische Selbstverständnis, wenn Gegenstand psychiatrischen Handelns nur sein kann, was eindeutig und ausschließlich rein medizinisch ist?

Insofern wäre Gelassenheit zumindest in dieser Hinsicht kein schlechter Rat, denn von einer Inflation neuer Diagnosen kann keine Rede sein.

Veränderungen

Neu hinzugekommen in der ICD-11 sind die nicht-substanzgebundenen Süchte »Gambling Disorder« (Glücksspiel) und »Gaming Disorder« (andere Spiele). Im Kapitel »Obsessive Compulsive Disorders« sind neu die »Hoarding Disorder«, das pathologische Horten, und die »Body Integrity Dysphoria«, bei der Menschen sich aufgrund ihrer körperlichen Integrität beeinträchtigt fühlen und eine Amputation oder Ähnliches wünschen. Die verlängerte Trauerreaktion »Prolonged Grief Disorder« ist hinzugekommen, aber zu den stressassoziierten Störungen, nicht zu den affektiven Störungen. Auch die »Premenstrual Dysphoric Disorder« (PMDD, Prämenstruelle dysphorische Störung) ist aufgenommen worden, allerdings ins Kapitel »Urogenitale Störungen«, nicht bei den psychischen Störungen.

Es gab aber auch Streichungen. Bei den Schizophrenien entfallen die traditionellen Untergruppen wie »paranoid« oder »hebephren«. »Catatonia« ist in der ICD-11

wie im DSM-5 ein eigenständiges Syndrom. Die schizotype Störung entfällt, ebenso wie die Schizophrenia simplex. Die Anzahl kurzer psychotischer Störungen wurde reduziert. Prodromalsyndrome sind nicht als Diagnosekategorie aufgenommen worden.

Im Kapitel »Persönlichkeitsstörung« entfallen die spezifischen Persönlichkeitsstörungen, es gibt nur noch die Ausprägungen leicht, mittel und schwer, denen dann noch als »Deskriptor« hinzugefügt werden kann: mit negativen Affekten, emotionaler Distanziertheit, Dissozialität, Disinhibition, Zwanghaftigkeit oder Borderlinemuster.

Kleinere Veränderungen gibt es bei den psychotraumatischen Störungen. Das Kapitel, in dem sie stehen, heißt jetzt »Disorders Specifically Associated with Stress«.

Verbesserungen?

Ob diese Veränderungen Verbesserungen oder Verschlechterungen darstellen, werden wir endgültig erst beurteilen können, wenn wir das neue System anwenden. Wann dies der Fall sein wird, ist noch nicht absehbar. ◀

Dr. Matthias Albers leitet den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Köln.

Depression zukünftig Thema im bayerischen Schulunterricht

Von Alexandra Chuonyo

► Den Stein ins Rollen brachte eine Petition: »Binden Sie endlich Aufklärung über Depression in den Schulunterricht ein, Herr Piazolo!« forderten einige Abiturienten aus einem Vorort von München den bayerischen Kultusminister auf. »An deutschen Schulen gibt es Kurse über Verkehrssicherheit, über Alkohol, HIV und Verhütung, es gibt selbst einen Tag der Zahngesundheit, doch über Stresserkrankungen – wie die Depression – gibt es gar keine Aufklärung oder niederschwellige Hilfsangebote. Ganz im Gegenteil: Psychische Krankheiten werden oftmals totgeschwiegen. Und das, obwohl die Depression laut Weltgesundheitsorganisation bis 2021 die zweithäufigste psychische Erkrankung auf der ganzen Welt werden

soll. Das wollen wir ändern und fordern eine adäquate Beachtung von psychischen Krankheiten im Lehrplan von Schulen und die Unterstützung und Hilfestellung für psychisch kranke Jugendliche«, so die einleitenden Worte.

Für die Onlinepetition fanden sich bald an die 50.000 Unterstützer. Eine Zahl, über die nicht hinweggesehen werden konnte. Mitten während der laufenden Abiturprüfungen wurden die Jugendlichen in den bayerischen Landtag eingeladen, um ihr Anliegen vorzutragen. Schon einen Tag später folgte eine Pressemitteilung des Kultusministeriums mit der Ankündigung eines 10-Punkte-Programms. »Dieses beinhaltet eine alters- und entwicklungsge-rechte Aufklärung, schulp-psychologische Beratungsangebote wie auch die Vermittlung

außerschulischer Ansprech- und Beratungsstellen«, so der Minister.

Die Petition war aus einem Filmprojekt der Abiturienten hervorgegangen. Ihr Film, »Grau ist keine Farbe« handelt von drei sechzehn- bis achtzehnjährigen Jugendlichen, unterschiedlicher Herkunft und verschiedener Charaktere, denen nur eins gemein ist, sie alle sind an einer Depression erkrankt. Fünf Monate lang recherchierte das Movie Jam Studio-Team rund um Alexander Spöri und Luca Zug, wälzte Fachliteratur, interviewte Experten und Betroffene. Die Produktion und die damit verbundene intensive Auseinandersetzung mit der Thematik boten den Filmemachern Ansporn zur Petition an den bayerischen Landtag.



Szene aus »Grau ist keine Farbe«

Lehrer sind überfordert

Tatsächlich erkranken etwa 5 % der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in Deutschland an einer Depression. Bei einer Klassengröße von dreißig Schülerinnen und Schülern sind damit durchschnittlich ein bis zwei Schüler pro Klasse von der Erkrankung betroffen. Bislang sind viele Lehrer überfordert mit der Frage, wie sie mit depressiven Schülern umgehen sollten, geschweige denn, zu erkennen, dass hinter herausforderndem Verhalten, sinkenden Leistungen, zunehmenden Fehltagen, Unkonzentriertheit, Schläfrigkeit eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung als Ursache stecken könnte. Sie sind auch nicht geschult, um das Thema für die Schüler alters- und entwicklungsgerecht in den Deutsch-, Biologie-, Religions-, oder Ethikunterricht einzubinden. Es steht auch nicht im Lehrplan. Das soll sich ändern. Bereits während des Lehramtsstudiums soll das Thema in die Studieninhalte einfließen und während der Zeit des Referendariats vertieft werden. Das Beratungsangebot der Schulpsychologen soll erweitert werden, die Zusammenarbeit mit externen Experten im jeweiligen Schulumfeld gefördert werden. Sowohl den Lehrern als auch den Schülern und Eltern sollen Aufklärungsvideos, Schulungsmate-

rial und Ratgeber direkt über das Kultusministerium zur Verfügung gestellt werden. Ebenso soll es eine Übersicht über Hilfsangebote geben.

Ziel all dieser Maßnahmen ist das bessere Verständnis für psychische Erkrankungen innerhalb der Schule. Damit wird ein aktiver Beitrag gegen Stigmatisierung geleistet. Je früher die Krankheit erkannt und behandelt wird, umso mehr Leid kann verhindert werden. Das Leid trifft nicht nur die erkrankten Jugendlichen, sondern auch deren Geschwister und Eltern. Sie fühlen mit, sorgen sich um die Zukunft und brauchen Hilfe, wie sie mit dem veränderten Verhalten und Gefühlen umgehen sollen. Darauf hat der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V. in einer Stellungnahme an Minister Piazzolo hingewiesen, mit der Bitte, dies bei der Ausarbeitung des 10-Punkte-Programms zu berücksichtigen. ◀

Mehr zum Film und MovieJam:
<https://www.moviejam.de/grau-ist-keine-farbe/>

Alexandra Chuonyo ist Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Leiterin der Geschäftsstelle des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

10-Punkte-Programm

Folgende Maßnahmen umfasst das 10-Punkte-Programm zur alters- und entwicklungsgemäßen Aufklärung über Depressionen:

1. Bereits im Lehramtsstudium wird das Thema Depression berücksichtigt.
2. Seminarlehrkräfte für Psychologie erhalten ein Ausbildungsmodul zum Thema Depressionen für die Ausbildung von Referendarinnen und Referendaren in der zweiten Phase der Lehrerbildung.
3. Das Beratungsangebot der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen wird vereinheitlicht und durch die Staatlichen Schulberatungsstellen koordiniert.
4. Aufklärung über Depressionen und Angstzustände wird in Form von konkreten Unterrichtsbeispielen in die Online-Ebene der Lehrpläne aufgenommen und den Lehrkräften zur Verfügung gestellt.
5. Lehrkräfte erhalten Informationsmaterialien über das Krankheitsbild und über Modelle der Beratung.
6. Schülerinnen und Schülern und deren Erziehungsberechtigten werden Informationsmaterialien und Ratgeber über die Homepage des Kultusministeriums zur Verfügung gestellt.
7. Ein Lern-/Aufklärungsvideo für Schüler und Erziehungsberechtigte wird erarbeitet und über die Homepage des Kultusministeriums bereitgestellt.
8. An allen Schulen wird eine individuelle Übersicht über innerschulische und außerschulische Hilfsangebote in der Region erstellt und gepflegt.
9. Die Zusammenarbeit der Schulpsychologen und der externen Experten im jeweiligen Schulumfeld wird vertieft.
10. Maßnahmen zur Stärkung der Persönlichkeit der Schülerinnen und Schüler werden weiterentwickelt und gezielt auf das Thema Depression zugeschnitten. ◀

Betreutes Wohnen: Was kommt danach?

Eine Podiumsdiskussion über Chancen und Risiken eines Hilfeangebots

Von **Katrin Stamm**

► Viele Psychiatrieerfahrene leben in umfangreichen Hilfeangebots, die das Gefühl von Selbstbestimmung nicht zulassen. Neben dem Betreuten Wohnen gehören dazu Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte, aber auch die Psychotherapie. Schon an der Zahl der oft parallel genutzten Angebote wird deutlich, wie groß die Abhängigkeit vom Hilfesystem und seinen Mitarbeitenden werden kann. Eine Frage, die sich dabei aufdrängte, und am 20. Mai 2019 im Hörsaalgebäude der Uni Marburg lebhaft diskutiert wurde, lautet: »Betreutes Wohnen – Was kommt danach?« Moderiert von Andreas Jung (EX-IN Hessen) debattierten auf dem Podium Prof. Dr. Susanne Gerner (Fachbereich Soziale Arbeit/ev. FH Darmstadt), Gudrun Glaser (DGSP Hessen/Einrichtungsleiterin), Prof. Dr. Stephanie Mehl (Klinische Psychologie/ Universitätsklinikum Gießen und Marburg), Julia Kistner (Nutzerin) und Prof. Dr. Albrecht Rohrmann (Fachbereich Erziehungswissenschaften/ Uni Siegen).

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann berichtete von einer Studie, als sich infolge einer gesetzlich verankerten höheren Kostenbeteiligung der Nutzer rund 20 % vom Betreuten Wohnen abmeldeten. Die Studie zeigte, dass ein Drittel der Abbrecher ohne jegliche professionelle Unterstützung im Alltag zurechtkam. Diese Tatsache stellt nicht die Notwendigkeit des psychiatrischen Hilfesystems an sich infrage, macht aber deutlich, wie wichtig und notwendig es ist, das Prinzip des »So viel wie nötig – so wenig wie möglich« nicht nur auf die Vergabe von Psychopharmaka zu beziehen, sondern z. B. auch auf das Betreute Wohnen.

Das Betreute Wohnen ist nun durch das Bundesteilhabegesetz erneut in Bewegung geraten. Im Podium wurden Stimmen laut, die mehr Bürokratisierung für das Betreute Wohnen befürchteten. So äußerte ein Podiumsteilnehmer, der als Führungskraft im Betreuten Wohnen arbeitet, die Sorge, Fachleistungsstunden in Zukunft minutlich und ICF-bezogen abrechnen zu müssen und damit weniger Zeit für die Nutzerinnen und Nutzer zu haben. Diese Einschränkungen stehen im Gegensatz zu der zentralen Botschaft des Gesetzgebers,

die Selbstbestimmung behinderter Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskommission fördern zu wollen. Für solche Ziele bräuchte es einen Ansatz wie den Open Dialog, bei dem Mitarbeitenden ohne den inneren Druck, der sich aus zeitlichen Einschränkungen, Zielerreichungsbögen und dem gesellschaftlichen Zwang zur Integration in den Arbeitsmarkt ergibt, als Mensch einem anderen Menschen begegnen könnten. In dieser Begegnung könnten sich unter Einbeziehung des sozialen Umfelds Lösungen einstellen, die in keiner Zielvereinbarung festgeschrieben wären.

Gibt es ein Danach?

Intensive Begegnungen der Nutzer mit den Mitarbeitenden – die es im Idealfall geben sollte – bergen allerdings auch eine Gefahr: Durch enge Beziehungen zu den Mitarbeitenden des Betreuten Wohnens kann der Schritt in die Unabhängigkeit behindert werden. Die Abhängigkeit kann so groß werden, dass die Frage, dann nicht mehr lautet: »Betreutes Wohnen – Was kommt danach?«, sondern vielmehr »Betreutes Wohnen – Gibt es ein Danach?«

Die Mitarbeitenden des Betreuten Wohnens müssen ihr eigenes Verhalten deshalb immer wieder darauf überprüfen, ob die Beziehungskultur zu den Nutzerinnen und Nutzern eine zu fürsorgliche ist.

Ein Korrektiv, um eine Verselbstständigung zu fördern, kann die Psychotherapie schon sein, bestätigte Prof. Dr. Stephanie Mehl. Wichtig sei, dass die Psychotherapie komplementär zum Betreuten Wohnen die Bereiche der Unterstützung abdecke, die über die Bewältigung des Alltags hinausgehen.

Damit stellte sich für die Beteiligten auch die Frage nach der Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Betreutem Wohnen. Es wurde deutlich, dass es trotz der klar definierten Bereiche von Unterstützung bei der Bewältigung intrapsychischer Schwierigkeiten einerseits versus Unterstützung bei der Bewältigung der Schwierigkeiten des Alltags andererseits immer wieder Spielräume gibt, in denen eine klare Abgrenzung nicht ohne weiteres möglich ist. Eine auf Vertrauen basierende Beziehung zu den Mitarbeitenden im Betreuten Wohnen ermöglicht eben auch therapieähnliche

Settings oder ruft diese quasi hervor. Julia Kistner beschrieb eindrücklich, wie stützend eine solche Beziehung sein kann.

Aber nicht nur der Absprung aus dem Betreuten Wohnen wurde in der Podiumsdiskussion als schwierig bewertet, sondern auch der Zugang dazu, wie mehrere Menschen aus dem Publikum anmerkten. Die Kosten für das Betreute Wohnen betragen jetzt schon jährlich um die drei Milliarden Euro. Dass der Staat hier einen weiteren Kostenanstieg vermeiden will, scheint da nachvollziehbar.

Ein Redner vertrat die Ansicht, dass der Zugang zum Betreuten Wohnen viel differenzierter erfolgen müsste. In diesem Arbeitsfeld existiere eine große Bandbreite unterschiedlicher Aufträge, die aus den ganz individuellen Lebenslagen und Bedürfnissen der Antragsteller resultierten. Betreutes Wohnen könne kein Allheilmittel sein. Wenn Erfolge in der Begleitung von psychisch kranken Menschen im Vordergrund stehen sollen (was ja auch der Kostensenkung diene), werden Recoverykonzepte notwendig sein.

Wie also kann es möglich werden, eine recoveryorientierte Haltung zu leben, wenn gleichzeitig die bürokratischen Zwänge durch neue Gesetzesvorgaben enger werden? Ist Betreutes Wohnen für alle Menschen geeignet, denen es gewährt wird? Inwieweit wird also immer noch zu viel für die Nutzerinnen und Nutzer gestaltet als mit ihnen? Was sind Alternativen?

Der Abend konnte diese Fragen selbstverständlich nicht alle beantworten. Aber sie konnten gestellt werden. Und das Stellen von Fragen und Anregen von Diskussionen ist das notwendige Moment, das es braucht, um Veränderung zu initiieren, die eben nicht paternalistisch, sondern dialogisch ansetzt. ◀

Katrin Stamm hat eine EX-IN-Ausbildung absolviert und arbeitet bei einem großen Träger in Gießen.

Als Boss zur Selbstbestimmung?

Von Michael Konrad

► Mit dem Bundesteilhabegesetz haben die Psychiatrieerfahrenen das Gefühl, endlich zu ihrem Recht zu kommen. In § 104 SGB IX, Absatz 2 heißt es ab 2020: »Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, ist zu entsprechen«. Manche übersetzen das für sich so: »Wir sind der in Zukunft der Boss«. Offensichtlich haben diese Psychiatrieerfahrenen von den Marketing-Abteilungen der Politik gelernt. Für eine Wahl zum Behindertenbeauftragten wäre das eine schöne Formel, mit der sicher viele Wählerstimmen zu gewinnen wären. Es hat etwas von »America first« oder »Der Brexit macht das vereinte Königreich wieder stark«. Tatsächlich heißt es schon im ersten Paragraphen des SGB IX, dass die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung gestärkt werden soll. Also schlussfolgern manche: Wir bestimmen selbst, nicht die psychiatrischen Profis– wir sind der Boss.

Für einen solchen Lottogewinn macht man auch mal gerne eine Kehrtwendung. In der Vergangenheit konnte man nicht selten von eben diesen Betroffenen als Profi hören, dass man nicht als behindert bezeichnet werden möchte. Das sei ja eine noch schlimmere Stigmatisierung als eine Diagnose und würde Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Krüppeln oder Blöden degradieren. Aber wenn es den Eintritt in die Chefetage bedeutet, dann kann man sich den Behindertenanzug ja durchaus anziehen. Als Boss kann man bestimmen, dann ist der blöde Begriff der Behinderung zweitrangig. Der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen hat es bei der Diskussion über Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung vorgemacht. Man hat sich munter auf die UN-Behindertenrechtskonvention berufen, weil nach Artikel 14 der UN-BRK freiheitseinschränkende Maßnahmen aufgrund der Behinderung geächtet werden. Dass Zwangsmaßnahmen in der Regel nur in einer akuten Phase der psychiatrischen Erkrankung angeordnet werden und auch nur, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen, nämlich Selbst- oder Fremdgefährdung, ließ man elegant unter den Tisch fallen.

Alles nur eine schöne Floskel?

Was will der neue Boss über die Leistungen des Rehabilitationsgesetzes bestimmen? Bei der Medikamenteneinnahme hat weiterhin die ärztliche Fachkraft das alleinige Bestimmungsrecht. Die Medikamentengabe ist eine Leistung der Krankenbehandlung, die im fünften Sozialgesetzbuch geregelt ist. Die behandelnde ärztliche Fachkraft würde in Teufels Küche kommen, wenn sie –entgegen den fachlich festgelegten Standards– den Wünschen der Patientinnen und Patienten nachkommen würde. Auch die Leistungen der Pflegeversicherung werden nach den Wünschen der zu pflegenden Person nur erbracht, wenn vorher die Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad in einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) festgestellt wird.

Ebenso wenig sind die Leistungen der Eingliederungshilfe ein Wunschkonzert, denn Leistungen der Eingliederungshilfe sind zu einem großen Teil steuerfinanzierte Leistungen. Sie konkurrieren mit allen anderen Leistungen der kommunalen Selbstverwaltung

wie öffentlicher Verkehrsmittelerhalt, Schwimmbäder und Sportanlagen, öffentliche Grünflächen etc. Diese Leistungen erhält nur, wer wesentlich behindert ist. Wesentlich behindert ist, wer erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen hat. Dazu muss ein Gesundheitsproblem in Form einer Diagnose vorliegen, das erhebliche Funktionseinschränkungen verursacht. Dieses wird von einer ärztlichen Fachkraft festgestellt, woraufhin der Träger der Eingliederungshilfe die erhebliche Beeinträchtigung der Teilhabe in den neun Lebensbereichen der Komponente »Aktivitäten und Partizipation« der ICF feststellt.

Der »Boss« hat also einen strengen Aufsichtsrat. Wenn er von diesem als »wesentlich behindert« anerkannt wird, darf er seine Wünsche zur Gestaltung der Leistung einbringen. Er kann z.B. darauf bestehen, auch ein hohes Maß an Leistungen in der eigenen Wohnung zu erhalten und damit, eine Heimaufnahme zu umgehen. Aber diese Wohnung muss er erst einmal haben. Sofern er Sozialhilfeempfänger ist, wird diese auch kein Luxusapartment sein. In § 104 SGB IX, Absatz 2 heißt es nicht nur: »Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, ist zu entsprechen«, sondern auch »... sofern sie angemessen sind«. Die Angemessenheit ergibt sich dann aus dem Vergleich mit anderen Sozialhilfeempfängern.

Die Macht des Auftraggebers

Trotzdem ist das Wunsch- und Wahlrecht bei der Ausgestaltung nicht gering zu schätzen. Erstmals gibt es Leistungen nicht »von der Stange«, sondern vom Maßschneider der Eingliederungshilfe. Und wie bei jeder Dienstleistung, muss die Auftragsklärung am Anfang stehen. Die leistungsberechtigten Personen der Eingliederungshilfe sind gut beraten, wenn sie nicht bossartig auftreten, sondern sich als eine Person präsentieren, die den rechtlichen Anspruch auf eine qualifizierte und wirksame Dienstleistung hat. Und die Leistungserbringer tun gut daran, in Ihren Klientinnen und Klienten die Kunden zu sehen, denn das sind sie: Sie geben eine Leistung in Auftrag. Das Ziel der Dienstleistungsbeziehung mit dem Träger der Eingliederungshilfe ist die dialogische Ermittlung des Teilhabebedarfs. Mit den Leistungserbringern steht die gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zum Erreichen der Teilhabeziele im Vordergrund. Damit tun sich Leistungsträger und Leistungserbringer schon schwer genug. ◀

Michael Konrad ist Referent für die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.



Gesetzentwurf zu einem Angehörigenentlastungsgesetz

Mehr Entlastung bei Unterhaltspflicht und anderen Teilhabe einschränkungen. **Von Jörg Holke**

► Das Bundeskabinett hat am 13. August einen Gesetzentwurf zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe beschlossen. Mit dem Angehörigenentlastungsgesetz will die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag angekündigten Verbesserungen bei der Heranziehung von Angehörigen und weiteren sozialen Teilhabeleistungen umsetzen. Hintergrund waren auch die inhaltlichen Diskussionen um das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in der letzten Legislatur.

Nur wer gut verdient, muss sich beteiligen

Wenn Menschen Leistungen der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen müssen, sollen nur noch unterhaltsverpflichtete Angehörige (Eltern, Kinder) mit einem Bruttoeinkommen von mehr als 100.000 Euro pro Jahr zur Kostenbeteiligung herangezogen werden. Bislang galt diese Grenze nur für Leistungsberechtigte im Rahmen der »Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder im Alter« – also immer dann, wenn die Rente nicht ausreichte. Diese Grenze wird künftig für alle Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. SGB IX gelten. Grundsätzlich soll bei allen unterhaltspflichtigen Angehörigen angenommen werden, dass ihr Einkommen die Jahreseinkommensgrenze von 100.000 Euro nicht überschreitet. Zur Widerlegung der Vermutung kann der jeweils zuständige Träger von den Leistungsberechtigten Angaben verlangen, die Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse der Unterhaltspflichtigen zulassen. Damit wird die Mehrzahl der Angehörigen ihre Einkommensverhältnisse nicht mehr offenlegen müssen.

Weitgehende Entlastung, Unterschiede in der Höhe

Aktuell bleibt volljährigen Kindern von Eltern, die Leistungen der Sozialhilfe einschließlich der Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen müssen, nur ein Selbstbehalt von 1.800 Euro pro Monat. Darüber hinaus gehendes Einkommen wird zur Hälfte für die Kostenbeteiligung herangezogen. Sind die Kinder verheiratet, bleibt ein Selbstbehalt von 3.200 Euro. Mit der

neuen Einkommensgrenze tritt eine wesentliche Entlastung ein. Der monatliche Nettobetrag als Selbstbehalt bei einem Bruttoeinkommen von 100.000 Euro wird sich auf ca. 5.000 Euro monatlich belaufen. Erst danach greifen die Regelungen zur Unterhaltsheranziehung. Werbungskosten können zudem geltend gemacht werden. So wäre bisher zum Beispiel bei einem Nettoeinkommen von ca. 4.000 Euro bis zu 1.100 Euro Heranziehung je nach Höhe der Leistungen möglich gewesen, mit der neuen Regelung würde die Heranziehung entfallen. Dies gilt auch für Eltern, deren volljährige Kinder Sozialhilfe als »Hilfe zum Lebensunterhalt« beziehen.

Im wesentlich geringeren Umfang profitieren Eltern von volljährigen Kindern mit einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Hier gelten weiterhin besondere Regelungen. Beziehen die volljährigen Kinder Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege, darf aktuell bei Überschreitung der Selbstbehaltgrenze nur ein Betrag in Höhe von bis zu 26 Euro monatlich bei den Eltern herangezogen werden. Auch bei Hilfe zum Lebensunterhalt ist die Unterhaltspflicht auf monatlich 20 Euro begrenzt. Dies wird auch so bleiben, nur greift diese wesentlich reduzierte Unterhaltspflicht erst ab einem Bruttoeinkommen von 100.000 Euro.

Im Überblick gestalten sich die alten und neuen Unterhaltsregelungen im Vergleich (siehe Tabelle S. 29).

Bei Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) wie Assistenzleistungen, Hilfsmittel etc. wird die Neuregelung ca. 220.000 Leistungsempfängerinnen und -empfängern insgesamt zugutekommen.

Bei Pflegebedürftigkeit sind ca. 55.000 Personen betroffen. Hier werden die Leistungen der Pflegeversicherung, die oft nur einen Teil der Kosten deckt, vom Sozialhilfeträger aufgestockt, wenn der Pflegebedürftige diese Kosten nicht selbst tragen kann. Dies geschieht im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Es sei denn, die Angehörigen in direkter Linie (Eltern, Kinder) können für diesen Aufstockungsbetrag herangezogen werden. Hier gelten die bisher angeführten Regelungen.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeuten diese Änderungen eine wesentliche Erleichterung. Es werden nur noch wenige, sehr gut verdienende Angehörige sein, die herangezogen werden können.

Nicht selten war in der Vergangenheit die drohende Heranziehung von Angehörigen bei ohnehin oft schwierigen Familiensituationen ein großes Hindernis für die Beantragung von Leistungen. Zu wissen, dass die Kinder bzw. die Eltern unterhalb der Grenze nicht herangezogen werden, bedeutet eine wirkliche psychische und materielle Entlastung. Nur wenn ein höheres Einkommen vermutet wird, wird es weiterhin ein aufwendiges Prüfungsverfahren geben.

Weitere Verbesserungen

Die mit dem BTHG eingeführte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) ist nach Arbeitsaufnahme rege von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen genutzt worden. Die in § 32 Absatz 5 SGB IX vorgesehene Befristung der Förderung soll laut Gesetzentwurf – wie im Koalitionsvertrag angekündigt und von Betroffenen- und Fachverbänden gefordert – aufgehoben werden. Damit würde die Finanzierung der ca. 500 Beratungsangebote verstetigt. Die Förderung soll auf 65 Millionen Euro jährlich festgeschrieben werden. Der bisherige Förderbetrag lag bei 58 Millionen Euro jährlich.

Auch wenn diese Entfristung ein wichtiges und positives Signal ist, bleibt zu bedenken, dass eine flächendeckende und alle Zielgruppen erreichende Angebotsstruktur mit diesem Betrag nur schwer umsetzbar ist. Zudem sind Lohn- und Kostensteigerungen nicht berücksichtigt.

Im Gesetzentwurf ist zugleich angeführt, dass die Auswahl der Antragsteller sowie die Ausgestaltung und die Umsetzung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zukünftig in einer Rechtsverordnung neu zu regeln sind. Die Rechtsverordnung soll nicht der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Hier können und sollten die in der EUTB engagierten Selbsthilfeinitiativen und -verbände ihre Erfahrungen und Probleme einbringen, denn nicht alles ist bisher rund gelaufen, einschließlich der Auswahl der Antragsteller, die weiterhin in Abstimmung mit den zuständigen obersten Landesbehörden erfolgen soll.

Menschen mit Behinderungen, die auf ein Werkstattangebot (WfbM) angewiesen sind, können Leistungen zur beruflichen Bildung in diesen Einrichtungen – oder seit

Angehöriger mit Hilfebedarf	Unterhaltspflichtige Eltern	Unterhaltspflichtige Kinder (verh.)	Netto-Selbstbehaltgrenze alt mtl.	Netto-Selbstbehaltgrenze neu mtl.	Unterhaltsheranziehung ab 2020
Sozialhilfe – Hilfe zum Lebensunterhalt	x	x	1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	50 % des die Selbstbehaltgrenze übersteigenden Betrages
Sozialhilfe – Grund-sicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung	x	x	1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	50 % des die Selbstbehaltgrenze übersteigenden Betrages
Eingliederungshilfeleistungen	x		1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	Max. 26 €
		x	1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	50 % des die Selbstbehaltgrenze übersteigenden Betrages
Sozialhilfe – Leistungen Hilfe zur Pflege	x		1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	Max. 26 €
		x	1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	50 % des die Selbstbehaltgrenze übersteigenden Betrages
Bei Behinderung und Sozialhilfe – Hilfe zum Lebensunterhalt	x		1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	Max. 20 €
		x	1800 € (3240 €)	Ca. 5000 € *	50 % des die Selbstbehaltgrenze übersteigenden Betrages

* jährl. 100.000 € Brutto, verh. x 2)

dem 1. Januar 2018 auch bei einem anderen Leistungsanbieter – erhalten. Mit diesen beruflichen Bildungsmaßnahmen wird jedoch kein anerkannter Berufsabschluss erworben. Mit einem Budget für die Ausbildung soll jetzt auch eine Förderung möglich sein, wenn eine nach dem Berufsbildungsgesetz oder nach der Handwerksordnung anerkannte Berufsausbildung aufgenommen wird. Das Budget für die Ausbildung umfasst die Erstattung der Ausbildungsvergütung und die Aufwendungen für die erforderliche Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule. Hier werden Alternativen zur Werkstatt konsequent weitergedacht und umgesetzt.

Menschen mit Behinderungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter werden zudem in den Kreis der leistungsberechtigten Personen für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung einbezogen.

Die Integrationsämter sollen bei der Arbeitsassistenten künftig keinen Ermessensspielraum hinsichtlich der Höhe der Leistung haben, wenn die Notwendigkeit der Assistenz festgestellt ist.

Viel Zustimmung, aber auch Kritik

Mit dem Gesetzentwurf sind ohne Zweifel weitreichende Verbesserungen verbunden. Im Rahmen der Anhörung zum Referententwurf erfolgte insofern seitens der Verbände viel Zustimmung. Bemängelt wurde, dass die Chance nicht genutzt wurde, noch weitere notwendige Verbesserungen anzugehen. So wurde die noch weiter bestehende Heranziehung von Einkommen der Betroffenen kritisiert. Die Aktion Psychisch Kranke hat in der Vergangenheit bereits mehrfach thematisiert, welche Barrieren aufwändige Einkommensprüfungen für psychisch sehr belastete Menschen bedeuten können.

Kritisch gesehen werden weiterhin das »Zwangspoolen« und der Mehrkostenvorbehalt. »Zwangspoolen« heißt, dass Assistenzleistungen gemeinsam genutzt werden sollten. Mit Mehrkostenvorbehalt ist der Leistungsausschluss gemeint, wenn die Kosten der Maßnahmen eines Anbieters im Vergleich zu anderen Anbietern unverhältnismäßig hoch sind. Entscheidend muss hier letztendlich die Qualität der Maßnahmen und ihre Wirksamkeit sein.

Die Initiative Selbstbestimmt Leben (ISL) hat in ihrer Stellungnahme zudem die auf-

suchende Beratung als Bestandteil der EUTB eingefordert. Das ist gerade auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen hilfreich, muss aber in der Umsetzung gut durchdacht werden. Die kommunalen Spitzenverbände melden große Bedenken wegen der zu gering kalkulierten Folgekosten an. Die Bundesregierung hat 300 Millionen Euro Mehrkosten für die Kommunen berechnet und sieht diese ausreichend kompensiert durch eine Entlastung der Kommunen in anderen Bereichen. Die Kommunen schätzen die Kosten eher doppelt so hoch ein und sehen den Bund in der Pflicht.

Das weitere parlamentarische Verfahren – mit der Anhörung im Ausschuss – ist für den Herbst vorgesehen. Eine rasche Einführung ist das Ziel. Wenn Parlament und Bundesrat zustimmen, wird das Gesetz schon zum 01.01.2020 in Kraft treten. ◀

Der Gesetzesentwurf:

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/Regierungsentwuerfe/reg-gesetz-entlastung-unterhaltspflichteter-angehoeriger.pdf;jsessionid=EF0DEA0BA450ED04E3A530DBA69DA4FA?__blob=publicationFile&v=2

Jörg Holke ist Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke, APK.

Mühevoller Einsatz gegen Missstände

Die Besuchskommissionen der Länder können ein wichtiges Korrektiv für psychiatrische Einrichtungen sein. **Von Cornelia Schäfer**

► Als die Undercover-Journalisten des Team Wallraff im Frühjahr Missstände in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen ans Licht brachten, weckte das bei Reiner Ott schlimme Erinnerungen: In einer der angeprangerten Kliniken war auch der Hamburger Genesungsbegleiter (EX-IN) einst zwangsfixiert worden. »Ich sollte dort wegen einer Depression behandelt werden, habe aber die Elektrokrampftherapie und die mir verordneten Medikamente abgelehnt.« Als man ihn unter Druck setzte und er daraufhin »etwas laut« geworden war, wurde er kurzerhand ans Bett gebunden. »Da drohte niemandem Gefahr, das war eine rein pädagogische Maßnahme«, sagt Reiner Ott bitter.

Die Ohnmacht, die er damals empfand, hat ihn motiviert, sich zu engagieren. Er ist Mitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und seit diesem Frühjahr auch Mitglied der Hamburger Aufsichtskommission gemäß § 23 Absatz 4 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). Für dieses ehrenamtliche Engagement musste der 52-Jährige regelrecht kämpfen. »Das Hamburger PsychKG sieht Psychiatrie-Erfahrene nicht zwingend als Mitglieder vor. Ich habe mehr als drei Jahre lang Unterstützer geworben und die Verantwortlichen genervt, ehe ich jetzt endlich berufen wurde.« Nun kann Reiner Ott sich mindestens vier Jahre lang dafür stark machen, die Rechte der Betroffenen in der Psychiatrie zu wahren und zu stärken.

Besuchskommissionen, wie sie fast überall in Deutschland heißen, sind als Einrichtungen der öffentlichen Kontrolle in den Psychisch-Kranken-(Hilfe-) bzw. Unterbringungsgesetzen beinahe aller Bundesländer vorgesehen. Während ihrer jährlichen (oder zwei-/drei-jährlichen), oft unangemeldeten Besuche in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen richten sie ihr Augenmerk besonders darauf, ob die Rechte der nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen dort untergeordneten Patienten gewahrt werden. Sie sollen aber auch darüber hinaus Missstände und strukturelle Defizite in der

Versorgung aufdecken und vorschlagen, wie die Lebensverhältnisse und die Behandlung der Patienten verbessert werden können.

Bedingungen für eine erfolgreiche Arbeit

Eine anspruchsvolle Aufgabe für die ausschließlich ehrenamtlichen Mitglieder der Kommissionen. Diese werden manchmal von einer Vertretung der Aufsichtsbehörde geleitet, stets mit dabei sind eine Psychiaterin oder ein Psychiater und eine juristische Fachperson, häufig mit betreuungsrechtlicher Kompetenz. Je nach Land sind auch Pflegekräfte, Abgesandte der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Betroffenen- und Angehörigenverbände oder andere mit der Thematik befasste Stellen und Disziplinen eingebunden.

Kommt man als Laie in so einem Gremium überhaupt zu Wort, und was kann eine solche Kontrollinstanz bewirken? Sind Besuchskommissionen imstande, unrechtmäßige Fixierungen ebenso wie schmutzige Räume, gravierende Mängel in der therapeutischen Arbeit und respektlosen Umgang

mit Patientinnen und Patienten, wie sie in der TV-Reportage angeprangert wurden, nachhaltig zu unterbinden?

»Eindeutig ja«, sagt Leonore Julius, Kommissionsmitglied in Rheinland-Pfalz, »sofern diese Kommissionen ihre Aufgabe wirklich ernst nehmen und kontinuierlich und verlässlich mit klarer Haltung ausüben und außerdem von den zuständigen Ministerien als notwendiges und hilfreiches Regulativ wahrgenommen werden.«

Die Vertreterin des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen besucht als Mitglied der »Fachkommission Forensik« seit fast zwanzig Jahren die vier Maßregelvollzugskliniken des Landes. Unangemeldete Besuche gab es bisher nicht, da die Organisation und die Sicherheitsvorkehrungen geplant werden müssten, sagt Leonore Julius, sie seien aber bei Bedarf möglich. Die Ankündigung hat den Vorteil, dass sich die Patienten für ein Gespräch mit der Kommission anmelden können. Der Andrang ist mitunter groß: »Wir haben bei einem Besuch 77 Gespräche mit Patienten geführt, und so kann eine Begehung auch schon mal drei Tage dauern.« Wenn die unabhängigen Prüfer eintreffen,

werden sie zunächst von Verantwortlichen aus den Bereichen Verwaltung, Medizin, Therapie und Pflege über die Situation an der Klinik und Veränderungen sowie besondere Vorkommnisse seit dem letzten Besuch informiert. Anschließend werden sie durch die Einrichtung begleitet.

Bei der folgenden Anhörung der Patienten – ohne Klinikpersonal – werden deren Anliegen generell schriftlich festgehalten. Da geht es etwa um das Recht auf Besuch, auch mit Kindern, die Nutzung des »Begegnungszimmers« und den Aufenthalt im Freien, das Angebot einer schulischen oder beruflichen Bildung oder um ungerechtfertigte Fernsehverbote – existenzielle Anliegen, wenn man hinter verschlossenen

Türen lebt. Manche Frage, Forderung oder Beschwerde lässt sich schon in der Schlussrunde – wieder mit der Führungsriege der Klinik – klären. Aber: »Unser ausführlicher Bericht über alle Wahrnehmungen in der Klinik und die Anhörungen geht dann an



Reiner Ott

Foto: AlbrechtsBesteBilder, Hamburg

die Aufsichtsbehörde, die bittet die Klinik, wo notwendig, um eine Stellungnahme, die wir auch wieder zu Gesicht bekommen. Unbefriedigende Rückmeldungen seitens der Kliniken können dann Gegenstand der regelmäßig stattfindenden Gespräche im Gesundheitsministerium sein.«

Fixierungen im Fokus

Was Besuchskommissionen zu bewirken versuchen, kann man auch in den Berichten über ihre Arbeit an die Landtage nachlesen. Die staatlichen Besuchskommissionen in Nordrhein-Westfalen können, weil sie von einer oder einem Bevollmächtigten der Aufsicht führenden Bezirksregierung geleitet werden, schon während ihres Besuchs anordnen, Mängel und Missstände abzustellen. Aber auch hier wird ein Protokoll angefertigt, Kliniken müssen sich für Mängel rechtfertigen und darlegen, wie sie sie künftig vermeiden wollen. In den Jahren 2016/17 verlangten Besuchskommissionen in NRW so z.B., standardisierte Behandlungspläne durch jeweils individuelle Herangehensweisen zu ersetzen und diese fortlaufend anzupassen. Sie monierten, wenn die Vertrauensperson eines Patienten vor der richterlichen Anhörung zu seiner Unterbringung nicht rechtzeitig informiert wurde, rügten den zu schwachen Einsatz einer Klinik für Behandlungsvereinbarungen mit den Patienten und beanstandeten die fehlende Dokumentation dessen, was im Vorfeld einer Fixierung versucht worden sei, um diese abzuwenden, und wie die Maßnahme dann begleitet wurde. Als in Einzelfällen Fixierungszimmer gemischtgeschlechtlich belegt waren, hätten sie »mit Nachdruck« darauf hingewiesen, dass dies in Zukunft zu unterlassen sei.

In Niedersachsen ist die Befugnis der Kommission ähnlich hoch, sie kann zur Abstellung der Mängel zusätzlich die Aufsicht führende Behörde und das Sozialministerium um Mitwirkung ersuchen. Zeitnah wird jeweils auch der Psychiatrieausschuss informiert, der ebenfalls auf Abhilfe drängt. Bei ihren Besuchen – übrigens auch in Heimen und bei sozialpsychiatrischen Diensten – greifen die Kommissionen häufig Hinweise und Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen auf, die sich zunehmend mit Anliegen an die Kontroll-

Foto: HSM



Mitglieder der fünf hessischen Besuchskommissionen

gremien wenden. In Hannover z.B. wurden Kliniken mehrfach besucht, weil hier Rechtsgrundlagen für vorgefundene Zwangsbehandlungen von Patienten entweder ganz fehlten oder als nicht ausreichend beurteilt wurden. In Hildesheim beanstandete die Kommission inakzeptable hygienische Zustände und dass, wie schon im vergangenen Jahr, fixierte Patienten aus mehreren Abteilungen in einem gesonderten Bereich – jeweils zu zweit in einem Zimmer – zusammen untergebracht waren, »begleitet« lediglich von zwei Sitzwachen, davon war eine studentische Hilfskraft. Die Begründung »Personalknappheit« stellte die Kommission nicht zufrieden. Das Vorgehen sei »mehr als nur fragwürdig«, heißt es in dem Bericht: »Es entstand der Eindruck, dass nach der im November des Vorjahres ähnlich vorgefundenen Situation keine ausreichende Diskussion in der Leitung stattgefunden hatte und insbesondere keine Überlegungen erfolgt waren, wie solchen Notsituationen künftig begegnet werden sollte.«

Personalmangel und oft auch bauliche Mängel spielen in beinahe allen Kommissionsberichten eine wichtige Rolle. Im 33. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen heißt es dazu: »Personalmangel und Überbelegung, verbunden mit einem eingeschränkten therapeutischen Angebot, die mangelnde Verfügbarkeit von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, Sozialarbeite-

rInnen und ErgotherapeutInnen und unzureichende Konzepte zu einer Überleitung in die ambulante Versorgung und in die häusliche Umgebung erschweren den Heilungs- und Reintegrationsprozess.« Nachhaltige Veränderungen seien oft nur mit Wiederholungsbesuchen und Beharrlichkeit zu erreichen. Immerhin.

Hätte das Team Wallraff in der Psychiatrischen Klinik Frankfurt-Höchst eine solche Anhäufung von Missständen – u.a. Dreck und Überbelegung, unfreundliches Personal und wochenlange Fixierungen – auch vorgefunden, wenn eine Besuchskommission den dort Tätigen und Verantwortlichen regelmäßig auf die Finger geschaut hätte? Eigentlich hatte dies schon im vergangenen Jahr auf der Agenda gestanden, aber es war nicht gelungen, ausreichend Freiwillige für die in Hessen neu eingeführten Kontrollgremien zu finden. Nun sind unter Hochdruck fünf Kommissionen gebildet worden. Sie sollen ihre Arbeit auch aufnehmen, wenn sie noch nicht vollständig mit den vorgeschriebenen sieben unabhängigen Fachleuten besetzt werden können.

Die dialogische Zusammenarbeit in den Besuchskommissionen sei »ein großer Gewinn«, heißt es im zusammenfassenden Bericht zur Arbeit der staatlichen Besuchskommissionen in NRW. Niedersachsens Berichterstatter preist auch ihre multiprofessionelle Besetzung, die die Aufmerksamkeit der Kommissionsmitglieder »auf die

unterschiedlichsten Aspekte« lenke und »eine komplexe Beurteilung einer Einrichtung« erlaube. Umso ärgerlicher, wenn Verantwortliche nicht alles tun, um Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden, sobald jemand aus einer Kommission ausscheidet. Die hessische Besuchskommission für den Maßregelvollzug ist schon 2016



Foto: Rautgundis von Gatterburg

Constantin von Gatterburg

eingesetzt worden. Aber als eine Richterin und ein Psychotherapeut nach einem guten Jahr wieder ausschieden, kam die gesamte Arbeit des Gremiums zum Erliegen. Eugen Berker, Vertreter der Angehörigen von Psychiatrie-Erfahrenen, berichtet, dass er kürzlich den Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer in Hessen um Unterstützung bat.

»Er wusste zunächst gar nicht, dass diese Kommission nicht mehr mit einem Psychotherapeuten besetzt war. Als er dann im Hessischen Sozialministerium anrief und sich erkundigte, bekam er zugesichert, dass das Ministerium eine offizielle Anfrage an die Kammer richten würde, ob ein Psychotherapeut benannt werden könne.«

Berker hat sich auch – allerdings bisher erfolglos – an die Landesorganisation der Richterinnen und Richter gewendet. Ein Problem sei, »dass eine Aufwandsentschädigung von 30 Euro an alle Kommissionsmitglieder gezahlt wird, was den Profis zu wenig ist«, sagt er. Auch der Hamburger Reiner Ott fürchtet um die Arbeitsfähigkeit der Aufsichtskommission, der er angehört. Im Moment sei nicht mal ein Arzt oder eine Ärztin dabei, der Richter und der Angehörigenvertreter hätten schon angekündigt, demnächst in den Ruhestand zu gehen.

Nicht jeder mag Transparenz

Aber die öffentliche Kontrolle durch die Besuchskommission wird auch bewusst behindert: Krankenhäuser verweigern Auskünfte über ihre personelle Besetzung. Ein Verband privater Heimbetreiber hat gegen Besuche in seinen Einrichtungen geklagt. Und eine Hamburger Senatorin verschleppte die Veröffentlichung eines sehr kritischen Berichts bis nach der Senatswahl.

Manchmal sind es Kommissionsmitglieder selbst, die den Ball flach halten wollen. Margret Osterfeld, Mitglied einer Besuchskommission in Nordrhein-Westfalen, berichtete einmal, wie der protokollierende Psychiater die Beschwerde eines Patienten herunterspielte, der auf dem Flur der psychiatrischen Klinik ans Bett gefesselt und zwangsmediziert worden war. Alle Kommissionsmitglieder können dem fertigen Bericht am Ende aber eigene Postskripta anhängen. »Nie habe ich eine Antwort von der zuständigen Bezirksregierung bekommen, wie mit der Beschwerde weiter verfahren wurde.«

Die psychiatrieerfahrene Ärztin, die als Mitglied im UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter und Misshandlung die Menschenrechtssituation in psychiatrischen Einrichtungen weltweit überprüft, beklagte noch vor einem Jahr, dass menschenrechtliche Gesichtspunkte in der (deutschen) Klinik selten bedacht und in die Arbeit einbezogen würden. »In der stationären Psychiatrie – das wissen wir alle – wird viel zu häufig aus psychiatrischen Gründen die Freiheit entzogen.«

Gibt es also mehr Widerstände in deutschen Kliniken, als einige Länderberichte nahelegen? Von lernbereiten Kliniken ist da die Rede, deren Verantwortliche und Mitarbeitende dankbar für den kritischen Blick von außen sind. Auf eine solch offene Haltung möchte jedenfalls Constantin von Gatterburg gerne setzen. Der ehemalige Leiter des Fachbereichs »Soziale Dienste« im Gesundheitsamt des Kreises Bergstraße glaubt, dass die hessische Besuchskommission für den Maßregelvollzug, der er angehört, am ehesten etwas bewirken kann, wenn sie die Zusammenarbeit mit den Kliniken sucht. Für mehr Einfluss seien die Rechte der Kommission nicht ausgelegt. »Ich sehe meine Aufgabe vor allem darin, die Konzepte zu hinterfragen bzw. für ganz individuelle Hilfepläne zu werben. Solche Konzepte gibt es auch schon, aber eben auch andere, die Disziplin zur Leitidee erheben haben und tendenziell alle Patienten über einen Kamm scheren.«

Wissen, wie gute Psychiatrie geht

Von Gatterburg betont: »Wichtiger, als unangemeldet in die Klinik hineinzuplatzen, finde ich, dass man mit geschärftem Blick kommt. Man muss wissen, wohin man schaut und was man fragen sollte.« Der Landesverband Hessen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, dessen stellvertretender Vorsitzender von Gatterburg ist, veranstaltet denn auch im Oktober einen Fachtag zu dem Thema, was Beschwerdestellen, Patientenführsprecher und Besuchskommissionen für die Beachtung der Patientenrechte beitragen können. Vorgesehen sind u.a. Vorträge über wichtige Leitlinien der Behandlung und Patientenrechte.

Regelmäßig geschult werden die Mitglieder der Besuchskommissionen für Allgemeinpsychiatrie in Rheinland-Pfalz. Im Auftrag des Ministeriums richtet der Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen jedes Jahr eine Tagung für sie aus, bei der aktuelle Themen und Veränderungen besprochen werden.

Reiner Ott, psychiatrieerfahrenes Kommissionsmitglied in Hamburg, hatte bisher keine Gelegenheit, sich für diese Tätigkeit fortzubilden. Der Genesungsbegleiter hat sich aber bei seinen Kollegen vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener schlau gemacht, worauf es ankommt. »Ich gucke z.B. immer, ob die Informationen über die Aufsichtskommission auch gut sichtbar aushängen. Ich achte darauf, ob es abschließbare Schränke gibt, und registriere sehr genau, wenn Kliniken überbelegt sind. Auch die Dokumentationen der Zwangsmaßnahmen kritisch zu lesen ist mir wichtig. Aber da muss ich noch ein bisschen dazulernen.«

Reiner Ott wendet viel Zeit auf, um Patientenbeschwerden nachzugehen, die bei der Geschäftsstelle der Aufsichtskommission eingehen. »Wenn ich die Betroffenen dann besuche, kann ich auch einen Arzt zum Gespräch dazu bitten.« »Aufgedeckt« habe er nach drei Klinikbesuchen noch nichts, schmunzelt der Genesungsbegleiter, aber er hat z.B. darauf gedrungen, dass die Patienten ihre Medikamente nicht grundsätzlich in Tropfenform bekommen, sondern als Tabletten, damit sie auch nachprüfen können, was sie da einnehmen. Eine Intervention, die, wenn sie denn erfolgreich ist, die Ohnmacht der Untergebrachten ein kleines Stück verringern könnte. ◀

Cornelia Schäfer ist freie Journalistin und ehrenamtlich Moderatorin des Kölner Psychoseforums.

Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung

Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke 28.10.–29.10. in Berlin

Montag 28.10.2019

- 10.30 Begrüßung, Grußwort BMG,
Jens Spahn (angefragt)
- 10.50 Qualitätsstandards in der Psychiatrie –
ein Auftrag an den GBA,
N. N.
- 11.15 Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der
Psychiatrie,
Jörg M. Fegert
- 11.40 Personenzentrierte Eingliederungshilfe
bei Menschen mit psychischen
Beeinträchtigungen,
Staatssekretärin Kerstin Griese, BMAS
- 12.05 Qualitätsaspekte im Rahmen personen-
zentrierter Teilhabeleistungen,
Matthias Rosemann, Träger e.V. Berlin
- 12.30 Mittagspause
- 13.30 **Parallele Symposien mit
Gesprächsrunden und Arbeitsgruppen**
Symposium 1:
Qualität als Maßstab – Patienten
orientierung in der Behandlung
Symposium 2:
Qualität als Maßstab – Herausforderungen
in der Eingliederungshilfe
Symposium 3:
Qualität als Maßstab – Pflegereform und
Demenzversorgung
- 17.00 Ende des ersten Tages

Dienstag 29.10.2019

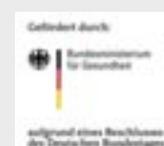
- 9.00 Qualität als Maßstab im Maßregel-
und Justizvollzug,
Norbert Konrad
- 9.30 Selbstbestimmung und Qualität
im Betreuungsrecht,
Annette Schnellenbach, BMJ
- 10.00 **Parallele Symposien mit Gesprächsrunden
und Arbeitsgruppen**
Symposium 4:
Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung
in der Forensik
Symposium 5:
Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung
in der rechtlichen Betreuung
Symposium 6:
Qualität als Maßstab – Patientenrechte in
der Psychiatrie
- 14.30 Ende der Veranstaltung

Neue Wege der Selbsthilfe – Teilhabe und Selbstbestimmung Tagung von APK, NetzG, BApK, EX-IN-Deutschland, Depressionsliga, MutTour, DGBS, DALzG und Geschwisternetzwerk

Mittwoch 30.10. in Berlin

- 10.30 Begrüßung
- 10.50 Selbstbestimmung und Krisenhilfe,
N. N.
- 11.15 Handlungsbedarfe für eine
bessere Psychiatrie,
Elke Prestin
- 12.00 Diskussion und kurze Vorstellung
der beteiligten Verbände und der
einzelnen Workshops
- 12.30 Mittagspause
- 13:30 Parallele Gesprächsrunden
Gesprächsrunde 1:
Krisenhilfen
Gesprächsrunde 2:
Wie festigen sich Netzwerkstrukturen
und Selbsthilfe in/für die EUTB's
- 14.30 Kaffeepause
- 14.50 Parallele Arbeitsgruppen
Arbeitsgruppe 1:
Grenzen und Chancen der E-Mail-Beratung:
ein Erfahrungsbericht
Arbeitsgruppe 2:
Neue Wege
Arbeitsgruppe 3:
Junge Selbsthilfe stärken:
Zugänge durch Social Media
Arbeitsgruppe 4:
Dialog und mehr... Selbsthilfebeteiligung
beim Dialogprojekt
Arbeitsgruppe 5:
Wie muss sich eine Institution verändern,
damit EX-IN gleichwertig wahrgenommen
wird?
Arbeitsgruppe 6:
Selbsthilfe bei speziellen Störungsbildern
- 16.40 Abschluss der Diskussion
und Ausklang des Tages

Mehr Information und Anmeldung: www.apk-ev.de.



Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

Ab 2020 stellen die Krankenkassen mehr Mittel für Basisarbeit zur Verfügung.

Von Jutta Hundertmark-Mayser

► Die finanzielle Förderung der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland ist eine Erfolgsgeschichte und weltweit einmalig.

Seit nunmehr 25 Jahren fördern die gesetzlichen Krankenkassen die Aktivitäten der Selbsthilfestrukturen. Ein wichtiger Meilenstein war die Aufnahme der Selbsthilfeförderung in das SGB V im Jahr 2000. Seit 2008 sind die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände dazu verpflichtet, die Selbsthilfe und ihre Strukturen auf allen Ebenen zu fördern, sofern sie sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben.

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Mittel für die Förderung der Gesundheits-selbsthilfe zum 1.1.2016 erheblich aufgestockt, die Förderung richtet sich seitdem nach § 20h SGB V. Mit der Anhebung der Fördermittel um 60 Prozent wurde einmal mehr gewürdigt, welche wichtige, auch vorbeugende Bedeutung den Aktivitäten von Selbsthilfegruppen zukommt.

Während bis zur Einführung der verpflichtenden Förderung im Jahr 2008 die meist zu geringe Ausschüttung der Fördermittel ein Problem darstellte, werden heute in der Regel alle zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschüttet. Dabei ist ein erheblicher Anstieg des Fördervolumens zu verzeichnen (2006: 27,5 Millionen Euro, 2018: 81 Millionen Euro).

Förderstränge

Die Förderung der Selbsthilfe erfolgt seit 2008 über zwei Förderstränge: Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung und die Projektförderung. Die pauschale Förderung wird – sofern die Fördervoraussetzungen gemäß »Leitfaden zur Selbsthilfeförderung« erfüllt sind – zur Unter-

stützung der Selbsthilfearbeit und der damit verbundenen regelmäßig wiederkehrenden Aufwendungen zur Verfügung gestellt. Alle Kassenarten zahlen in einen gemeinsamen Topf ein (sog. »GKV-Gemeinschaftsförderungen Selbsthilfe«) und entscheiden gemeinsam unter Beratungsbeteiligung von Selbsthilfevertretungen über die Vergabe der Mittel. Im Rahmen der Projektförderung werden Vorhaben bezuschusst, die über die regelmäßig wiederkehrende Selbsthilfearbeit hinausgehen und die zeitlich begrenzt sind. Dabei entscheidet eine Krankenkasse eigenständig.

Zur Konkretisierung des Förderverfahrens sind vom GKV Spitzenverband Bund Grundsätze für die Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen erarbeitet und beschlossen worden. Der »Leitfaden zur Selbsthilfeförderung« konkretisiert das Gesetz im SGB V und beschreibt Fördervoraussetzungen und -verfahren. Auf Grundlage des Leitfadens haben sich die Förderverfahren auf allen Ebenen (Region, Land und Bund) etabliert. Anders als bei üblichen Krankenkassenleistungen erfolgt die Ausschüttung der Fördermittel nicht versichertenbezogen. Vielmehr kann jede Selbsthilfegruppe (sofern sie einen Gesundheitsbezug aufweist) bei den Krankenkassen in ihrer Region oder ihrem Bundesland Fördermittel beantragen. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe müssen nicht bei der jeweiligen Krankenkasse versichert sein.

Mit der Einführung der verpflichtenden Förderung 2008 wurde eine Beratungsbeteiligung für die Selbsthilfe im Förderverfahren gesetzlich verankert. Maßgebliche Vertreter der Selbsthilfe sind seitdem bei der Vergabe der Fördermittel zu beteiligen. Die Mitberatung von Selbsthilfevertretungen zur Förderung der sachverständigen Vergabe der pauschalen Fördermittel wird heute bundesweit durchgängig praktiziert, wenn auch in unterschiedlicher Ausgestaltung: Sie reicht vom Austausch auf Augenhöhe mit teils Entscheidungsbeteiligung bis hin zu vorrangig formaler Beratungsbeteiligung ohne tatsächliche Mitsprachemöglichkeiten.

Länderspezifische Förderpraxis

Auch die Förderpraxis der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderungen in den Bundesländern für Anträge auf pauschale Mittel wird unterschiedlich gehandhabt. Während zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen Selbsthilfegruppen bei einer von mehr als fünfzig regionalen Arbeitsgemeinschaften pauschale Fördermittel für ihre Basisaktivitäten beantragen können, erfolgt die Antragsbearbeitung in Brandenburg über eine landesweite Stelle zentral. Auch wenn unterschiedliche Verfahrensweisen der Pluralität und Hoheit der Bundesländer geschuldet sind, verwundert doch die uneinheitliche Ausgestaltung der Förderpraxis. Sie ist Engagierten in der Selbsthilfe, die Fördermittel beantragen wollen, manchmal schwer zu vermitteln.

Unverkennbar ist der bürokratische Aufwand für die Beantragung von Fördermitteln immer weiter angestiegen. Klagen gerade der nicht in größeren Verbänden organisierten »freien« Selbsthilfegruppen sprechen hier eine eindeutige Sprache. Menschen mit chronischen Erkrankungen mit oft erheblichen Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität müssen sich durch ein als dicht empfundenes Regelwerk und zahlreiche Formulare kämpfen – vorausgesetzt, sie haben verstanden, bei welcher



Jutta Hundertmark-Mayser

Stelle und für welche Ausgaben sie einen Förderantrag stellen können und sie erfüllen die Fördervoraussetzungen. Auch wenn die Förderpraxis mit den Jahren vorangekommen ist und sich etabliert hat, der hohe Verwaltungsaufwand und die Komplexität werden immer wieder bemängelt. Sicher liegt auch hierin der Grund für die seit Jahren stagnierende Anzahl an bundesweit ca. 15.000 Antragstellern für den Bereich der Selbsthilfegruppen.

Ein weiteres Problem ist die Transparenz über die Vergabe der Fördermittel. Während die meisten Gemeinschaftsförderungen die von ihnen bewilligten pauschalen Mittel mittlerweile veröffentlichen (meist über ihre Homepage) ist die Verausgabung der kassenindividuellen Mittel weitgehend intransparent. Zwar gibt es seit einigen Jahren für die bundesweit tätigen Selbsthilforganisationen Übersichten der großen Kassen, die zeigen, welche Projekte von den insgesamt 11,6 Millionen Euro gefördert wurden, für die landes- und regionale Ebene jedoch gibt es keine Transparenz. In Zahlen bedeutet dies, dass für rund 24 Millionen Euro, die für Projekte in den Ländern und Regionen im Jahr 2018 bewilligt wurden, nicht nachvollziehbar ist, an wen und für welches Projekt die Mittel bewilligt wurden.

Bereits 2012 hatte der Bundesrechnungshof diese mangelnde Transparenz angemahnt.

Mittelaufteilung

Zum 1.1.2020 wird eine Änderung der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen in Kraft treten. Statt der bisherigen hälftigen Aufteilung in Pauschal- und Projektfördermittel müssen die Krankenkassen und ihre Verbände künftig mindestens 70 Prozent der Mittel für die pauschale Förderung der Selbsthilfe und ihrer Strukturen bereitstellen. Laut amtlicher Begründung sollen damit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen eine ausreichende Basisfinanzierung erhalten und die Strukturen der Selbsthilfe gestärkt werden. Die Bereitstellung von mehr Geld für die sogenannte pauschale Förderung soll zur Absicherung der originären und vielfältigen Selbsthilfearbeit dienen sowie regel-

mäßig wiederkehrender Aufwendungen wie Miete, Büroausstattung, Internetauftritte, Medien, Fortbildungen und Schulungen und Reisekosten (s. Deutscher Bundestag Drucksache 19/8351, S. 199). Die von den einzelnen Kassenarten auf allen Ebenen (Bund, Land, Kommune) ausgereichte kassenindividuelle Projektförderung für zeitlich umschriebene Projekte bleibt wie bisher erhalten, wenn auch mit geringerem Umfang.

Mit der Neuregelung müssen ab 2020 voraussichtlich insgesamt mindestens rund 58 Millionen Euro als pauschale Mittel von den GKV-Gemeinschaftsförderungen Selbsthilfe bereitgestellt werden. Im Jahr 2018 waren bundesweit insgesamt 43,6 Millionen Euro als Pauschalförderung bewilligt worden.

Heruntergebrochen auf die einzelnen Länder und Kreise bedeutet dies, dass die Kassen jeweils mehr Mittel für Anträge auf Pauschalförderung bereitstellen müssen. Inwieweit die vorhandene Aufteilung der Mittel auf die förderfähigen Strukturen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ggfs. neu bewertet werden, ist bisher nicht bekannt. Jedenfalls sind die Krankenkassen verpflichtet, die Fördermittel gemäß § 20h SGB V zweckentsprechend und gemäß den Fördervoraussetzungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung einzusetzen. Die Antragsteller werden also weiterhin ihre Bedarfe in den Antragsunterlagen nachvollziehbar darstellen und ihre Kosten entlang des Katalogs förderfähiger Ausgaben angemessen abbilden müssen.

Die weitere Bündelung der pauschalen Mittel ist eine Chance für die Entbürokratisierung des Antragsverfahrens: für ehemals in Projekten entwickelte Angebote müssen nicht weiterhin einzelne (und meist mehrere) Projektanträge gestellt werden, vielmehr können diese als verestigte Aufgaben über die Pauschalförderung bezuschusst werden. Projektmittel können für tatsächlich neue, umschriebene und innovative Vorhaben beantragt werden. Dafür dürften die immer noch mehr als

20 Millionen Euro für die ca. 15.000 Gruppen, 900 bundes- oder landesweit arbeitende Selbsthilfeorganisationen und 300 Selbsthilfekontaktstellen, die bisher in der Regel Fördermittel beantragt hatten, ausreichend sein. ◀

Jutta Hundertmark-Mayser ist stellvertretende Geschäftsführerin der NAKOS, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Weiterführende Informationen

**Selbsthilfeförderung
Leitfaden Selbsthilfeförderung
ab 2020**

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/selbsthilfe_selbsthilfe.jsp

**Übersicht GKV-Förderung von
Selbsthilfeorganisationen auf
Bundesebene 2018**

https://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe/_jcr_content/par/download_454211367/file.res/SH_Uebersicht_Gesamtfoerderung_Bundesebene_2018.pdf

**Fördertransparenz auf Landesebene
am Beispiel Niedersachsen**

<https://gkv-selbsthilfefoerderung-nds.de/> ◀

Förderung von Selbsthilfeengagement

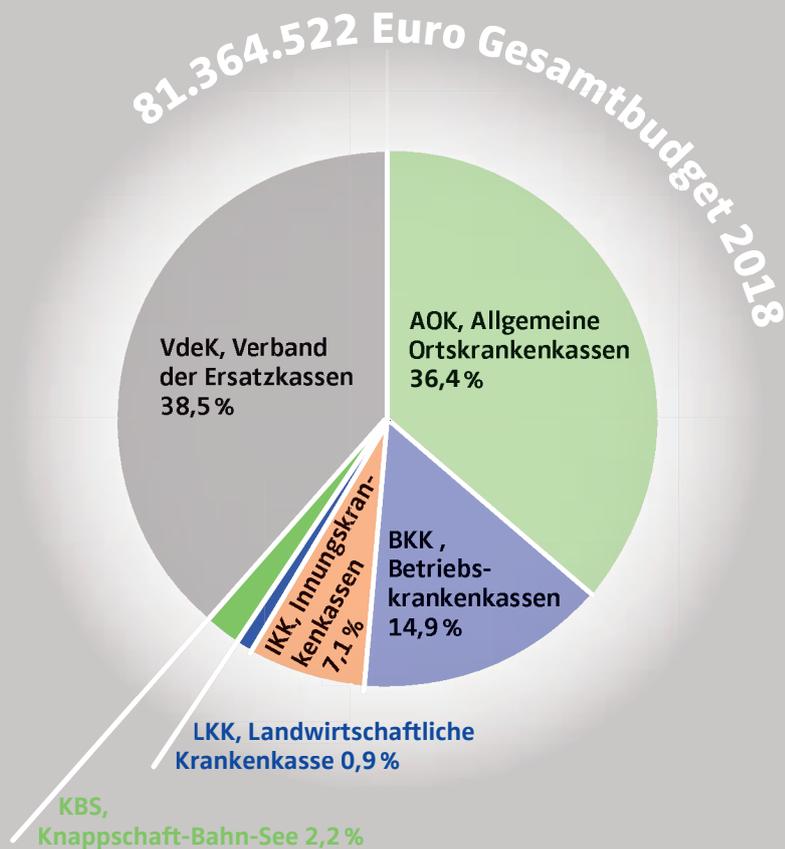
Selbsthilfegruppen können unterschiedlich gefördert werden. Einrichtungen vor Ort stellen z. B. Räume für Gruppentreffen, Kopiergeräte oder einen Internetanschluss zur Verfügung. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen haben zudem die Möglichkeit, bei den Krankenkassen oder ihrer Kommune Fördermittel für den Druck eines Flyers oder die Ausrichtung eines Selbsthilfetages zu beantragen.

Durch die Möglichkeit zur Mitwirkung in Gremien und Arbeitskreisen erfolgt eine politische Förderung der Selbsthilfe. Die finanzielle Förderung erfolgt durch unterschiedliche Kostenträger, die öffentliche Hand (Bund, Länder, Kommunen), die Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Pflegeversicherung, Rentenversicherungsträger) sowie private Geldgeber (Spender, Sponsoren, Stiftungen).

Selbsthilfefördermittel der gesetzlichen Krankenkassen 2018



Budgetanteile der einzelnen Kassen



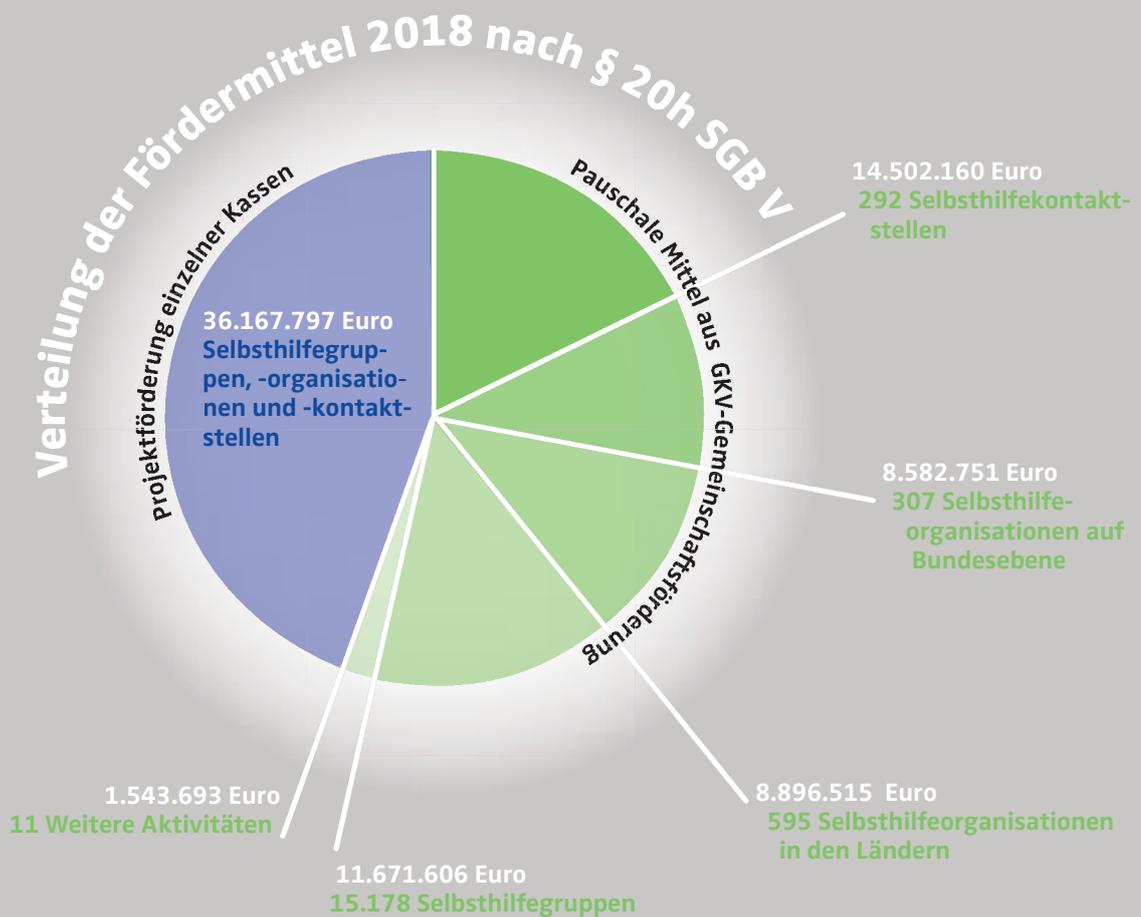
Selbsthilfeunterstützung

Vor Ort unterstützen Mitarbeitende von Selbsthilfekontaktstellen interessierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen, -vereinigungen und -organisationen kostenlos. Sie bieten:

- ☞ Überblick über Selbsthilfegruppen in der Region
- ☞ Vermittlung an Selbsthilfegruppen
- ☞ Hilfe bei Gruppengründung
- ☞ Unterstützung bei der Suche nach Gruppenmitgliedern
- ☞ Räume für Gruppentreffen
- ☞ Information und Beratung zur Selbsthilfeförderung

NAKOS, die bundesweite Fachstelle zur Selbsthilfe, hält Informationen zu allen Selbsthilfekontaktstellen bereit:

www.nakos.de/adressen/rot/



Wann kann eine psychische Erkrankung zum Entzug des Führerscheins führen? Von Alexander Engel

► Der Führerschein ist für viele Menschen, insbesondere im ländlichen Bereich, eine wichtige Voraussetzung für ein selbstständiges Leben. Der motorisierte Straßenverkehr stellt jedoch an die persönliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit hohe Anforderungen, denn dass die Teilnehmenden über diese Fähigkeit verfügen, ist für ihre Sicherheit, aber auch für die Sicherheit aller anderen Teilnehmenden von höchster Bedeutung. Wenn diese Fähigkeiten nicht mehr vorliegen, kann eine Fahrerlaubnis entzogen werden.

Die Frage, wann eine Fahrerlaubnis entzogen werden muss, wird in der Straßenverkehrsordnung (StVG) geklärt. Nach § 3 StVG hat die Fahrerlaubnisbehörde den Führerschein dann zu entziehen, wenn sich eine Person als ungeeignet oder nicht fähig zum Führen von Kraftfahrzeugen erweist. Verschiedene psychische Erkrankungen können dazu führen, dass die Fähigkeit, ein Fahrzeug im Straßenverkehr zu führen, eingeschränkt wird. Diese sind beispielsweise Demenzen, schizophrene Störungen und affektive Störungen wie schwere Depressionen und Manien.

Doch wann genau ist eine Teilnahme am Straßenverkehr nicht erlaubt?

Bei affektiven Störungen wird bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit depressiv-wahnhaften Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergehen sowie bei allen manischen Phasen angenommen, dass die für die Führung eines Kraftfahrzeugs notwendigen psychischen Fähigkeiten so herabgesetzt sind, dass ein erhebliches Risiko für verkehrswidrige Verhaltensweisen besteht.

Nicht die Diagnose zählt, sondern das Verhalten

Nach dem Abklingen manischer Phasen und nachdem die dargestellten Symptome einer schweren Depression nicht mehr vorliegen, ist in der Regel von einem angepassten Verhalten im Straßenverkehr auszugehen. Wenn jedoch mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen mit kurzen Intervallen aufgetreten sind und der weitere Verlauf nicht absehbar ist, wird die Eignung in der Regel nicht vorliegen. Wichtig ist, auch die Wirkung von Medikamenten zu berücksichtigen, kann doch durch die pharmakologische Therapie eine (zeitweise) Fahruntüchtigkeit vorliegen.

In den akuten Phasen einer schizophrenen Episode ist die Fahr- tüchtigkeit ebenfalls nicht gegeben. Wenn die Betroffenen keine akuten Symptome mehr zeigen (z. B. Wahn, Halluzinationen, schwere kognitive Störungen), die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen, dann wird die Voraussetzung zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeugs in der Regel vorliegen. Langzeitbehandlungen mit Psychopharmaka schließen eine positive Beurteilung der Fahrtauglichkeit nicht grundsätzlich aus, es ist aber zu bedenken, dass auch Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen auftreten, hier ist immer eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu halten.

Bei hirnorganischen Psychosyndromen, z. B. einer Demenz, muss die Beurteilung der Fahrtauglichkeit von der Art und Schwere der Erkrankung abhängig gemacht werden. Bei einer ausgeprägten Demenz oder einer schweren altersbedingten Persönlichkeitsveränderung wird die betroffene Person zumeist nicht in der Lage sein, den Anforderungen gerecht zu werden, die an das Führen eines Kraftfahrzeugs gestellt werden.

Wenn ein Gutachten verlangt wird

Wenn der Fahrerlaubnisbehörde Tatsachen bekannt werden, dass eine krankheitsbedingte Einschränkung der Fahreignung besteht, kann sie ein Gutachten über der Fahreignung verlangen. Dies ist zumeist dann der Fall, wenn die Person aufgrund ihrer Erkrankung oder aufgrund ihrer Fahrweise von der Polizei angehalten wird und diese Informationen an die Fahrerlaubnisbehörde weitergibt.

Wenn ein Betroffener von der Fahrerlaubnisbehörde zur Abgabe eines Gutachtens aufgefordert wird, muss ein solches Gutachten von einem Arzt mit einer verkehrsmedizinischen Qualifikation erstellt werden, damit der Führerschein weiterhin genutzt werden kann. Es kann sein, dass die Fahrerlaubnis an weitere Bedingungen geknüpft wird, wie z. B. das vierteljährlich ein solches Attest vorgelegt werden muss. Die Kosten für die Erstellung eines solchen Attestes betragen durchschnittlich 100–150 Euro. Wenn die Auf- lagen der Führerscheinstelle nicht verhältnismäßig erscheinen, kann ein Rechtsanwalt eingeschaltet werden, der einen Widerspruch einlegt.

Das Führen eines Kraftfahrzeugs ist eine verantwortliche Tätigkeit. Aus diesem Grund ist es wichtig, in sich hineinzuhorchen und bei inneren Zweifeln zumindest zeitweise auf die Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug zu verzichten, um nicht sich selbst oder Dritte zu gefährden. ◀

Weiterführende Informationen

finden Angehörige und Betroffene z. B. hier:
<http://www.lvpeh.de/arbeitsgruppen/fuehrerscheinentzug.html>
www.pflege-durch-angehoerige.de/fuehrerscheinentzug-krankheit/

Alexander Engel ist Referent und Geschäftsführer des Fachverbandes der Betreuungsvereine im Diakonischen Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Mehr Arbeitsentgelt in Werkstätten, aber genug?

Von Manfred Becker

► Der Bundestag hat am 6. Juni 2019 das Gesetz zur Anpassung der Berufsausbildungsbeihilfe und des Ausbildungsgeldes beschlossen. Mit dieser Steigerung des Ausbildungsgeldes ist automatisch auch eine Erhöhung des Grundbetrags des Arbeitsentgelts in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) verbunden. Laut Statistik des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales betrug im Jahr 2016 das durchschnittliche monatliche Arbeitsentgelt eines Werkstattbeschäftigten etwa 180 Euro. Darin enthalten sind 52 Euro Arbeitsförderungsgeld (AFöG) und 80 Euro Grundbetrag pro Monat (seit 01.08.2016). Hinzu kommen noch durchschnittlich etwa 50 Euro Steigerungsbetrag. Dieser wird je nach Werkstattordnung nach persönlichen Leistungen und Verhalten bemessen. Die Anpassung des Grundbetrages erfolgt in

mehreren Stufen: ab 1.1.2020: 89 Euro monatlich, ab 1.1.2021: 99 Euro monatlich, ab 1.1.2022: 109 Euro monatlich.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten (BAG WfbM) forderte zunächst, eine Erhöhung zwei Jahre lang auszusetzen, da sie nicht so ohne weiteres ihren Umsatz erhöhen könnten, nur weil sie mehr Lohn bezahlen müssten. Schließlich wurde eine Art Kompromiss ausgehandelt, der eine jährliche Steigerung von zehn Euro bewirkt.

Mit dem Beschluss im Bundestag wurde auch ein Entschließungsantrag von CDU/CSU und SPD angenommen, der die Bundesregierung auffordert, »innerhalb von vier Jahren unter Beteiligung der Werkstattträger, der Bundesarbeitsgemeinschaft WfbM, der Wissenschaft und weiterer maßgeblicher Akteure zu prüfen, wie ein transparentes, nachhaltiges und zukunftsfähiges Entgeltsystem entwickelt werden kann«.

Systemkritik

Dies ist eine recht schwache Antwort auf die seit Langem von Verbänden und Werkstattbeschäftigten gestellte Forderung, dass man auch von einem Werkstattlohn seine Existenz bestreiten können müsse. So sagt es nämlich die UN-Behindertenrechtskonvention. Wenn man sich nun weitere vier Jahre Zeit nimmt, um ein besseres Entgeltsystem zu finden, dann gehen bis zur Umsetzung schnell fünf Jahre ins Land. Selbst die BAG WfbM hat ja nur zwei Jahre gefordert. Ehrgeizig ist das nicht und wird auch von der Opposition deutlich kritisiert. ◀

Manfred Becker ist Mitarbeiter des IFD Köln, Berater und Fachautor.

ANZEIGE

Christof T. Eschenröder

Streifzüge durch die Geschichte der Verhaltenstherapie



2019
248 Seiten, Hardcover
EUR 18,80
ISBN 978-3-87159-228-7

Diese kurzgefasste historische Einführung in die Verhaltenstherapie wendet sich an alle, die sich für die VT und

ihre Entwicklung interessieren und eine schnelle Basisinformation suchen.

Es werden wichtige Pioniere der VT vorgestellt sowie auch einige eher selten thematisierte Aspekte dieses Therapieansatzes besprochen.

Wolfgang Neumann, Ulrich Meier & Udo Baumann

Auch Klienten brauchen Märchen

Mutgeschichten aus dem therapeutischen Nähkästchen



2., erweiterte Auflage 2019
180 Seiten
EUR 17,80
ISBN 978-3-87159-824-1
Auch als E-Book erhältlich:
EUR 15,99
ISBN 978-3-87159-442-7

Das Autorentrio vermittelt in seinem praxisnahen Buch viele hilfreiche Tipps und Anregungen zum therapeutischen Umgang mit Sprache in der Therapie.

Das Buch bietet eine Fülle von auf verschiedene Problemlagen abgestimmtem Lesestoff, der fachlich und unterhaltsam zugleich sich bildreich und deshalb gut lesbar von trockener Fachliteratur abhebt.

ANZEIGE

SPZA

Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung

Die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung vermittelt Basiswissen zur Orientierung im psychiatrischen Alltag und Handlungskompetenz in unterschiedlichen Problemlagen auf Grundlage einer gemeindepsychiatrischen Perspektive.

Sie soll dazu befähigen, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebenssituationen fachlich kompetent, verständnisvoll und hilfreich zu begegnen. Die Ausbildung läuft über 2½ Jahre.

Zielgruppe: Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Altenpflege, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Krankengymnastik, Psychologie, Kunst- und Musiktherapie, Suchttherapie, Mitarbeiter*innen in Werkstätten für Behinderte

Bei Interesse an einem der beiden Kurse wenden Sie sich bitte an die DGSP-Geschäftsstelle!

Kursstart
Hamburg
Herbst 2019
Lüneburg
Januar 2020

DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



Geschäftsstelle
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Neue Ansprechstellen für Reha und Teilhabe

► Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden als neue Beratungsangebote einerseits die »Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen« (EUTB) geschaffen (www.eutb.de), wo sich auch Menschen mit Behinderung selbst über Angebote informieren können. Andererseits sollte auch ein Ersatz für die »Gemeinsamen Servicestellen« der Reha-Träger gefunden werden, die weitgehend als gescheitert gelten. Dieser Ersatz sind nun die »Ansprechstellen«.

Das Ansprechstellenverzeichnis (www.ansprechstellen.de) ist ein Service der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Hier finden Sie die Kontaktdaten, die alle Rehabilitationsträger und die Integrationsämter in Deutschland zur Verfügung stellen – also alle Sozialleistungsträger.

Mit dem Verzeichnis kann man herausfinden, an wen man sich in einer bestimmten Region bei Fragen zu Leistungen von Rehabilitation und Teilhabe wenden kann. Die Ansprechstellen selbst leisten aber keine Beratung.

Die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe sollen sich – wenn erforderlich – untereinander abstimmen und eine möglichst umfassende Auskunft »wie aus einer Hand« geben. Davon ist derzeit allerdings nichts erkennbar. Immerhin gibt es nun, 18 Monate nach Einführung des BTHG, das Verzeichnis. Allerdings werden dort nur Kontaktdaten und Sprechzeiten aufgeführt. Alles Weitere muss die ratsuchende Person bei den entsprechenden Stellen erfragen. Man muss auch selbst seine Suche sortieren. Für eine Stadt wie Bonn werden z. B. achtzig Ansprechstellen genannt, davon viele Krankenkassen und auch offensichtlich falsche Treffer wie das Jugendamt der Stadt Stolberg bei Aachen.

Leider drängt sich der Eindruck auf, dass die Kostenträger einmal mehr die gemeinsame Organisation einer zielführenden Information – und besonders auch Beratung – von Ratsuchenden versäumt haben und weiterhin getrennt voneinander agieren. ◀

Manfred Becker

Sorgfältige Teilhabeplanung kann man anmahnen

► Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde in § 19 SGB IX das neue Teilhabeplanverfahren eingeführt. Dieses sieht eine sorgfältige Auseinandersetzung der Reha-Träger mit dem Bedarf und den Wünschen der antragstellenden Menschen vor. Allerdings soll dieses Verfahren normalerweise nur in komplexen Fällen zum Einsatz kommen. Etwas versteckt ermöglicht das Gesetz Antragstellern aber, ein Teilhabeplanverfahren zu erzwingen.

Laut Gesetz soll der Teilhabeplan »in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich oder elektronisch so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.« Der Teilhabeplan dokumentiert unter anderem:

- Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung,
- gutachterliche Stellungnahmen,

- die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,
- erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung,
- die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts.

Dies sind alles Punkte, die von den Reha-Trägern nicht immer bei der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation und Teilhabe beachtet werden. Im Reha-Antrag sollte man möglichst benennen, welche Leistungen man gerne haben möchte und warum. Sollte der Reha-Träger auf diese Vorstellungen nicht eingehen, dann kann man jetzt mithilfe des § 19 SGB IX ein Teilhabeplanverfahren erzwingen. Dies würde dann – hoffentlich – erhöhte Ansprüche an Sorgfalt und Genauigkeit des Reha-Trägers bedeuten. Dazu genügt es, zu schreiben: »Hiermit wünsche ich die Erstellung eines Teilhabeplans gemäß § 19 (2) SGB IX.« ◀

Manfred Becker

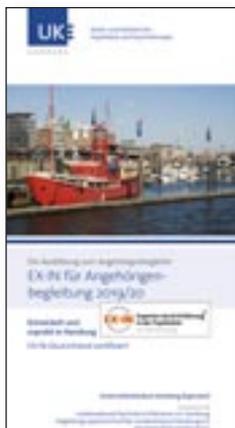
Das Leben der Angehörigen stärken

Eine solidarische und verbindliche Begleitung von Angehörigen durch Angehörige vervollständigt die Hilfen für Familien in seelischen Krisen – Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven. **Von Gyöngyvér Sielaff**

► Seit einigen Jahren zeigen Angehörigenbegleiter in der ambulanten und stationären Psychiatrie in Hamburg, dass es ein großer Gewinn für Angehörige sein kann, von geschulten Angehörigen bei ihren Lebensprozessen begleitet zu werden. Die Angehörigenbegleitung vervollständigt die Hilfen für Familien mit seelischen Erkrankungen und stellt die persönliche und individuelle Lebenssituation der Angehörigen in den Mittelpunkt.

Bisher wurden Angehörige eher als »Anhängsel« und nicht als eigenständige Personen mit eigenem Lebensentwurf wahrgenommen. Gerade dort aber, wo psychisch Erkrankte in ihrem Alltag von Angehörigen eng begleitet werden, wäre ein Gesprächsangebot für betroffene Angehörige sinnvoll und hilfreich. Über Kummer, Zweifel und auch Wut in einem intimen Gesprächsrahmen sprechen zu können und sich dabei der Solidarität des Gegenübers sicher sein zu können, verhilft zu der Zuversicht, die Angehörige so dringend brauchen. Und es hilft Ihnen, sich aus der Erstarrung und Fixierung auf das Leid allmählich zu lösen und das eigene Leben wiederzuentdecken. Allein auf sich gestellt, schafft dies kaum jemand. Das wissen Angehörigen theoretisch auch, aber um diese Erkenntnis auch leben zu können, brauchen sie eine solidarische und verbindliche Unterstützung.

Dazu wurde in Hamburg ein EX-IN-Curriculum entwickelt und erprobt. Die folgenden Beispiele zeigen die selbstverständliche Einbeziehung der Angehörigenbegleitung in die psychosozialen Unterstützungssysteme. Diese Praxis sollte bundesweit zum Standard werden. Als Qualitätsmerkmal könnte die Angehörigenbegleitung für eine trialogische und recoveryorientierte Psychiatrie bürgen.



EX-IN: Wie aus Erfahrung Kompetenz wird

Marita Lamparter

► Die Teilnahme an einer EX-IN-Fortbildung ist eine intensive Erfahrung. Angehörige und Betroffene haben die verschiedensten Erfahrungen mit psychischer Erkrankung gemacht, sie besitzen viel Erfahrungswissen, fast möchte man von einem Erfahrungsreichtum sprechen.

Doch durch die Reflektion wird ein neuer Prozess in Gang gesetzt. Für mich durch zwei Bewegungen: erstens zu sich selbst: Wie bin ich mit der Krankheit umgegangen? Welche Gefühle haben mich geprägt? Wie hat die Krankheit mich verändert? Zweitens mit einer Bewegung zu den anderen Teilnehmern hin, mit ihren individuellen Erfahrungen.

Zwar sind viele Reaktionen der Angehörigen ähnlich, aber jede Geschichte unterscheidet sich doch und ist ganz einzigartig. Die Tatsache, dass alle Fortbildungsteilnehmer ähnliche Erfahrungen gemacht haben, schafft eine einzigartige Vertrautheit, die sonst nirgendwo für Betroffene und Angehörige zu erfahren ist.

Ich habe sehr viel über psychiatrische Krankheitsbilder durch die direkten und persönlichen Schilderungen der anderen Teilnehmer erfahren. Das

ging oft unter die Haut und hatte eine viel tiefere Wirkung, als wenn man sich über Fachbücher informiert. Bei den Rollenspielen wurde fast immer wieder deutlich, wie sehr Angehörige »mitspielen«, verstrickt werden, wie sie von der Krankheit beherrscht werden und sich irgendwann selbst über die Erkrankung definieren. Einige Male hätte ich am liebsten »Aufhören!« gerufen, so schmerzhaft war es, dies zu sehen und zu hören. Auch bei mir selbst habe ich dieses Schwanken – zwischen Unterstützung und Liebe für den erkrankten Angehörigen und Abgrenzung – immer wieder gespürt.

Die Auseinandersetzung hilft, die Krankheit nicht als statisch und endgültig zu betrachten.

Die gemeinsamen Erfahrungen und der Austausch darüber ermöglichten Vergleiche und Relativierungen: »Andere psychische Krankheiten sind auch schwierig.« Und natürlich die zentrale Erfahrung, nicht allein zu sein. Positive Gefühle der Bestätigung wie, »Ich habe das gar nicht so schlecht gemacht«, entwickeln sich.

Das Denken wurde wieder elastischer, flexibler und der Blick weiter. Dies wiederum führte zu einem Gefühl von Befreiung und Machbarkeit: »Ja, mit der Krankheit kann ich leben lernen.« Rollen- und Perspektivwechsel ermöglichten heilsame Distanzierungen und neue Betrachtungsweisen. »Nur« mit dem Erfahrungswissen ist dieser Prozess viel schwieriger zu gestalten, vielleicht sogar unmöglich: Die Haltung der Krankheit gegenüber bleibt dann eher im Statischen verhaftet.

Durch die wertschätzende Aufarbeitung werden diese Erfahrungen nun eine Bereicherung. Von einem persönlichen Wachstum haben fast alle Teilnehmer berichtet.

Das Schicksalhafte einer schweren Erkrankung wird ergänzt oder sogar aufgehoben durch ein neues Selbstverständnis als erfahrene Persönlichkeit, als Experte oder Expertin. Nun kann ich mit meinen Erfahrungen für andere Betroffene oder Angehörige hilfreich sein und so vielleicht verhindern, –was nicht nur meine Erfahrung war, wie ich in der Gruppe gemerkt habe –: Dass viel kostbare Behandlungszeit verloren gehen kann, wenn Profis anstatt mit den Angehörigen, gegen sie arbeiten. ◀

Die Angehörigenbegleitung

Bärbel Olbrich

► Ein Telefonat von der Station kündigt mir die Mutter eines Patienten an. Es klopft: Ich nehme eine sehr erschöpfte Frau wahr. Sie sagt, dass es für sie das erste Mal ist, dass ihr als Angehörigen so viel Aufmerksamkeit geschenkt wird, dass sie aber im Moment gar nicht weiß, was meine Unterstützung konkret bedeuten kann. Wie könne ich ihr helfen? Sie sei doch nicht krank, sondern ihr Sohn? Sie sagt: »Wenn

es meinem Sohn wieder besser geht, dann wird es mir auch wieder besser gehen«.

Das sind viele Fragen auf einmal. Ich versuche, in Ruhe zu erfahren, welchen Weg sie bisher schon mit ihrem betroffenen Angehörigen zurückgelegt hat. Es war ein sehr langer, schmerzhafter Weg – ein Weg, der nicht nur den Lebensentwurf des Erkrankten unmöglich gemacht hat, sondern



Foto: privat

Katharina Nagel, Gyöngyvér Sielaff und Bärbel Olbrich

genauso auch den ihren. »Ich habe eine Achterbahn der Gefühle durchlaufen«, sagt sie. Sie schämt sich, sich so wichtig zu nehmen, schließlich sei doch ihr Sohn der Hauptleidende durch die Krankheit. Aber neuerdings wären da auch innere Konflikte bei ihr aufgetreten: »Was ist eigentlich mit mir? Wen interessiert es eigentlich, wie es mir geht? Hat vielleicht mein Mann – eingeschränkt – Recht, wenn er sagt: »Pack ihn nicht in Watte, sei nicht so überfürsorglich!« Das kränkt sie bei aller Belastung zusätzlich, wie sie sagt, macht sie aber auch nachdenklich. Dabei habe sie doch bei aller Zuwendung zu ihrem erkrankten Sohn intensiv versucht, den familiären Zusammenhalt zu stärken und ist dabei auf viele Widerstände bei dem einen oder anderen Familienmitglied gestoßen. Und dann sagt sie: »Ich kann nicht mehr. Wie soll es bloß weitergehen?«

Hier habe ich behutsam ein. Hier bei mir soll für sie Raum sein, sich auszusprechen und sich auszutauschen. Hier kann ich der Mutter hilfreich zur Seite stehen, wieder Zugang zu ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu erhalten. Überhaupt erst einmal wieder für sich zu klären, welche Wünsche und Bedürfnisse habe ich denn? Sich zu erlauben, sich auch ernst zu nehmen und sich die Erlaubnis zu geben, die Wünsche und Bedürfnisse auch zu leben. Sie stimmt dem nachdenklich zu. »Ja, es ist an

der Zeit«, sagt sie, »dass ich etwas ändere. Ja, ich habe mich bis zur Selbstaufgabe aufgeopfert«. Kaum ausgesprochen, schämt sie sich für ihre Worte und wirkt traurig. Ich schenke ihr Verständnis und Anerkennung für ihre Lebensleistung, dafür, wie sie sich um ihre Familie gekümmert hat, insbesondere um den erkrankten Sohn.

Dann frage ich sie, ob es ihrem Sohn gefallen würde, wenn sie sich wieder mehr um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden kümmern würde. Wenn sie sich gestattet, etwas zu tun, was ihr schon früher Freude gemacht hat, was für sie schon früher eine Kraftquelle war. Ob es evtl. auch eine Beruhigung oder Entlastung für den erkrankten Sohn sein könnte, wenn er bemerkt, dass sie wieder etwas für sich tut. Die Verantwortung für sich übernimmt, sich nicht ausschließlich um ihn sorgt, was bei ihm evtl. Schuldgefühle verursacht haben könnte? Dass sie damit dann auch Vorbild für ihn sein könnte, ebenfalls die Verantwortung für sich zu übernehmen. Dass sie

selbst in ihrer augenblicklichen Kraftlosigkeit durch Zuwendung zu mehr Achtsamkeit und Verantwortung für sich selbst, eine evtl. eigene psychische Erkrankung vermeiden lernen kann, um wieder zu mehr Lebensfreude zu gelangen.

»Ich habe keine Kraft mehr für ein Hobby, aber Gespräche mit Ihnen tun mir gut. Ich fühle mich von Ihnen verstanden, ernst genommen. Ich glaube, mit Ihnen an meiner Seite kann ich wieder Vertrauen ins Leben gewinnen, dass die Zukunft auch wieder gelingen kann.

Ich würde gern regelmäßig zu Ihnen kommen, wenn ich meinem Sohn besuche. Geht das?« Ja, sehr gern, sage ich, bedanke mich für Ihr Vertrauen und freue mich auf ein Wiedersehen. Da zaubert sich endlich für einen kleinen Moment ein Lächeln auf ihr feines Gesicht. ◀

Die Angehörigengruppe

Katharina Nagel

► »Wir haben ja gelacht!« Dies ist einer der schönsten Sätze, den ich in meiner Arbeit als EX-IN zertifizierte Angehörigenbegleiterin im »Alstertreff«, einer Begegnungsstätte des Rauhen Hauses, gehört habe. Dort bin ich seit fast zwei Jahren nebenberuflich aktiv, für meine Arbeit erhalte ich eine Aufwandsentschädigung. Ich begleite Angehörige in einer offenen Gruppe zwei

Mal im Monat und –bei Bedarf– auch in Einzelgesprächen. Mein Schwerpunkt liegt auf dem »Begleiten«, denn das habe ich in meiner Ausbildung gelernt und versuche es immer wieder umzusetzen.

Warum aber beeindruckt mich so ein einfacher Satz? Weil ich weiß, dass die Angehörigen, die zu mir kommen, häufig nichts zu lachen haben oder schon lange nicht mehr gelacht haben. Ich kenne das aus eigener Erfahrung und ich kann inzwischen wieder lachen. Und ich kann aushalten, dass viele Angehörige, die in der eigenen Krise sind – ausgelöst durch die psychische Erkrankung ihrer Kinder, erwachsenen Kinder, Partner, Eltern oder Geschwister – sich im Kreis drehen, verzweifelt sind, keinen Ausweg sehen, Schuldzuweisungen vornehmen und sich wiederholen.

In der offenen Gruppe bringen Angehörige Erfahrungen zu den unterschiedlichen Krankheitsbildern ihrer betroffenen Angehörigen mit: Bipolarität, Depressionen, Borderline oder Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Oft geht es um Themen wie »Wie geht der Rest der Familie mit der Situation um?«, »Was ist mit meiner Wut?«, »Wo bleibe ich?« Manchmal besprechen wir auch eine aktuelle Situation oder ich lade einen Gast aus der Betroffenenperspektive ein.

Spannend sind die verschiedenen Herangehensweisen und der Austausch untereinander. Ich möchte behaupten, so individuell die Erkrankung ist, so individuell ist auch der Umgang des Einzelnen damit. Der Austausch darüber ermöglicht es den Angehörigen, ihre eigene Sichtweise zu reflektieren, von den andern zu lernen und vor allem auch zu erfahren: Ich bin nicht allein. Eine Teilnehmerin sagte am Ende einer Gruppe: »Ich fühle mich viel leichter, auch wenn das Problem weiter besteht.« Wenn ich so etwas höre, dann denke und fühle ich einfach nur: »Bingo!«

Neben meiner Beratertätigkeit bilde ich mich regelmäßig in fachlichen Fortbildungen weiter und kann in der monatlichen Supervision, für mich schwere Situationen in der Angehörigenbegleitung besprechen. Unsere EX-IN-Ausbilderin ist darüber hinaus Ansprechpartnerin für alle Anliegen zwischendurch. ◀

Gyöngyvér Sielaff ist Diplom-Psychologin, Mitinitiatorin von EX-IN in Deutschland und leitet das Projekt »EX-IN Hamburg« von Anfang an. Sie entwickelte zusammen mit Irmela Boden das Konzept für Angehörige und ist für die Durchführung im deutschsprachigen Raum verantwortlich.

Marita Lamparter, Katharina Nagel und Bärbel Olbrich haben die EX-IN-Ausbildung für Angehörige durchlaufen und begleiten seitdem Angehörige in verschiedenen Settings.



Wer eine Schleife am Revers trägt, der bekundet Solidarität. In Deutschland bekannt sind bisher vor allem die rote Schleife, die die Verbundenheit mit HIV-Infizierten ausdrückt und die rosafarbene, die Unterstützung von Brustkrebs-erkrankten anzeigt. Nun mischt sich eine neue Farbe ins Spektrum: Die grüne Schleife, die für die Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine grüne Schleife für die seelische Gesundheit

steht. Gemeinsam mit über hundert Bündnispartnern sowie zahlreichen Akteuren aus Politik, Kultur und Gesellschaft hat das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit die Grüne Schleife nach Deutschland geholt, um ein sichtbares Zeichen der Solidarität mit psychisch erkrankten Menschen zu setzen. Ziel ist es, dass Menschen jeden Alters in psychischen Krisen sich trauen, ihre Probleme offen anzusprechen, rechtzeitig Hilfe erhalten und Akzeptanz in der Gesellschaft erfahren. Während das Symbol von der World Federation for Mental Health (WFMH) in anderen Ländern wie England oder Irland bereits seit vielen Jahren genutzt wird, ist die Grüne Schleife in Deutschland noch weitestgehend unbekannt. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit stellte die

Grüne Schleife als Antistigmasymbol zum Auftakt der Aktionswoche der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober in Berlin der Öffentlichkeit vor. Sie wird künftig auf zahlreichen Veranstaltungen und Kongressen zu finden sein und so ihren Weg in die Gesellschaft finden. Auch in den sozialen Netzwerken kann man die Aktion unterstützen und unter dem Hashtag **#grueneschleife** seine Solidarität bekunden.

Die Grüne Schleife kann kostenfrei unter www.grueneschleife.com bestellt werden. Mehr Informationen und Bestellmöglichkeiten unter www.grueneschleife.com und www.seelischegesundheit.net

An alle Lesebegeisterten, Musikverrückten und leidenschaftlichen Filmegucker! Wir suchen junge Rezensenten!

Noch in diesem Jahr soll unsere neue Seite speziell mit euren Themen fertig werden. Es geht um das, was euch verrückt macht und das, was euch Stärke und Kraft gibt. Um das, wovon jeder spricht, aber keiner weiß, was wirklich damit gemeint ist. Um das, was jeder hat, aber kaum jemand zeigt. Um Menschen mit besonderen Geschichten. Um Dinge, die ihr erlebt und Events, die ihr nicht verpassen solltet. Um Filme, Bücher und Musik, die euch bewegen. Und hier kommt ihr ins Spiel. **Wer hat Lust, für uns Rezensionen zu schreiben?** Psychische Erkrankungen liefern den Stoff zu beliebten Filmen, ob im Kino oder bei Netflix. Haben sie euch gepackt oder nur genervt? Musiker erzählen in ihren Liedern von Depressionen und Ängsten. Cool oder fake? Und Schriftsteller haben sich schon immer eher für die »Antihelden« interessiert. Wie heißen eure? Also wie sieht's aus? Wer macht mit? Als Dankeschön erhalten die ersten zehn Autoren eine von unseren supertollen Taschen von »meins«.



Also einfach anrufen oder eine E-Mail schicken an:
Kerstin Trostmann
trostmann.bapk@psychiatrie.de
0228 - 7100 2404

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e. V.)

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
www.bapk.de

Oder schaut auf Instagram unter [familienselbsthilfe-BApK](https://www.instagram.com/familienselbsthilfe-BApK).

Betreuer werden oder nicht?!

Eine schwierige Entscheidung für Angehörige **Von Alexandra Chuonyo**

► Aufgrund einer psychischen Erkrankung können sowohl in einer akuten Phase (vorübergehend), als auch im chronischen Verlauf (dauerhaft), die Auswirkungen auf die Fähigkeiten eines Menschen so einschneidend werden, dass er sich nicht mehr selbstständig um seine Angelegenheiten kümmern kann. Die Post wird nicht mehr geöffnet, amtliche Schreiben werden nicht beantwortet, Termine nicht wahrgenommen, Anträge auf finanzielle Hilfen nicht gestellt, die Miete nicht bezahlt, ein Krankenversicherungsschutz fehlt, Schuldenberge häufen sich, und die eigene Gesundheit – körperlich wie seelisch – wird stark vernachlässigt. All das kann passieren. Kleinigkeiten werden zu nicht mehr zu bewältigenden Aufgaben, ganz zu schweigen von anstehenden großen Veränderungen.

Manche psychisch kranke Menschen bewältigen das alles trotz bestehender und belastender Symptomatik gut. Dagegen wird bei anderen nur ein spezieller Bereich zur Überforderung und bei wieder anderen geht ohne Hilfe gar nichts mehr. Das Leben kann dadurch ordentlich aus den Fugen geraten und Hilfe ist dringend angesagt. Angehörige würden gerne helfend eingreifen, liegt aber keine Vollmacht vor, sind ihnen die Hände gebunden.

Was sagt das Gesetz?

»Kann ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer«, so steht es im § 1896 (1) Satz 1 BGB. Das ist die Rechtsgrundlage, damit jemand zu seiner Unterstützung, nicht zur Entmündigung, einen Betreuer zur Seite gestellt bekommt. Als Betreuer kommt grundsätzlich eine geeignete Person infrage, die diese Aufgabe ehrenamtlich übernimmt oder ein Berufsbetreuer, der beruflich mehrere Betreuungen innehat.

An dieser Stelle kommen die Angehörigen oft ins Spiel, denn ehrenamtliche Betreuungen werden meist von nahen Verwandten übernommen. Manchmal werden sie vom

Erkrankten als Betreuer vorgeschlagen, manchmal werden sie vom Gericht angefragt, ob sie bereit wären, die Aufgabe zu übernehmen und manchmal denken sie selbst darüber nach, weil sie z. B. bei einer früheren Erkrankungsphase mit dem damals bestellten Berufsbetreuer nicht zufrieden waren. Ein weiterer Grund kann sein, dass der erkrankte Angehörige, für den eine Betreuung eingerichtet werden soll, aufgrund seiner relativ guten finanziellen Lage selbst die Kosten für die Betreuung übernehmen müsste. Durch eine ehrenamtliche Betreuung können diese Ausgaben vermieden werden.

Für viele Angehörige führt die Frage: »Soll ich oder soll ich nicht?« zu einer schwierigen Entscheidungssituation und manchmal zu einem Interessenskonflikt. Gibt es doch einiges, was dafür spricht, aber auch einiges, was dagegen spricht. Häufig wird uns in einem Beratungsgespräch genau diese Frage gestellt. Da es darauf keine allgemeingültige Antwort geben kann, weil jede Situation unterschiedlich ist, hat sich eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes mit dieser Frage beschäftigt. Entstanden ist daraus ein Selbstprüfungskatalog für Angehörige. Darin sind Fragen zusammengefasst, die zur Entscheidungsfindung beitragen können.

Folgende Fragen werden anhand von Unterpunkten zur Klärung vorgeschlagen:

- Klärung der Frage nach der eigenen Motivation: Warum will ich als Angehöriger gesetzlicher Betreuer werden?
- Klärung der Frage nach der Beziehung zum Erkrankten: Will mein psychisch erkrankter Angehöriger überhaupt, dass ich die Betreuung übernehme?
- Klärung der Frage zum Sachverhalt: Habe ich ausreichend Informationen darüber, was die Übernahme einer rechtlichen Betreuung für mich bedeutet?
- Klärung der Frage nach den Sachkenntnissen: Bin ich aufgrund meiner Sachkenntnisse geeignet, um die Betreuung zu übernehmen?
- Klärung der eigenen Lebenssituation: Bin ich aufgrund meiner aktuellen Lebenssituation dazu in der Lage, die Betreuung zu übernehmen?
- Klärung der Frage der emotionalen Eignung: Bin ich in emotionaler Hinsicht geeignet, die Betreuung zu übernehmen?

Der Fragenkatalog, den Sie im Detail auf der gegenüber liegenden Seite finden, ist nicht so zu verstehen, dass eine bestimmte Anzahl von Fragen mit »Ja« oder »Nein« beantwortet werden muss, um daraus ein eindeutiges Ergebnis für die Entscheidung abzuleiten. Er stellt vielmehr eine Hilfestellung dar, an was man alles denken sollte, bevor man sich entscheidet.

Vorsorgen: Lieber zu früh als zu spät

Hilfreich ist der Selbstprüfungskatalog sicher für jeden, der schon einmal in der Vergangenheit vor der Frage stand, oder der weiß, dass diese Frage irgendwann auf ihn zukommen könnte. Sich damit auseinanderzusetzen, wenn die Situation nicht gerade akut ist, führt sicherlich zu einer überlegteren und objektiveren Entscheidung. Sich offen mit dem kranken Angehörigen in einer guten Phase darüber zu unterhalten, kann viel zur Klärung beitragen. Vielleicht kommt als Resultat heraus, dass eine Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht erstellt wird, und sich die Frage zukünftig gar nicht mehr stellen wird. Leider geht es im Akutfall oft sehr schnell mit der Einrichtung einer Betreuung, wenn diese im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung von der Klinik beantragt wird. Angehörige wissen dann meist gar nichts davon. Eine im Bundesverzeichnis eingetragene Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht kann diesem vorbeugen. ◀

Alexandra Chuonyo ist Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Leiterin der Geschäftsstelle des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Der Beitrag ist zuerst in der Juni-Ausgabe der bayrischen Angehörigenzeitschrift »unbeirrbar« erschienen.

Selbstprüfungskatalog für Angehörige

Die Auseinandersetzung mit den folgenden Fragen kann Angehörigen behilflich sein bei der Entscheidung, ob sie die gesetzliche Betreuung für einen psychisch kranken Angehörigen übernehmen sollen oder nicht.

Klärung der eigenen Motivation: Warum will ich als Angehöriger gesetzlicher Betreuer werden?

- ▶ Weil niemand den zu Betreuenden besser kennt als ich selbst?
- ▶ Weil ich am besten zu wissen meine, was der zu Betreuende benötigt?
- ▶ Weil niemand so viel Zeit für die Betreuung aufbringen kann und will wie ich als Angehöriger?
- ▶ Weil ich als Angehöriger mich auch emotional und sozial kümmerge, nicht nur verwalte?
- ▶ Weil ich mich sowieso schon immer um alles gekümmert habe?
- ▶ Weil ich kein Vertrauen in Berufsbetreuer habe aufgrund schlechter Erfahrungen oder Berichte anderer Angehöriger?
- ▶ Weil ich dem Betreuten Kosten ersparen will? Ehrenamtliche, kostenfreie Betreuung durch mich oder bezahlte Betreuung durch einen Berufsbetreuer?
- ▶ Weil ich hoffe, als Betreuer Einblick zu bekommen in Krankenakten, die finanzielle Situation etc.?
- ▶ Weil ich meine, als Betreuer mehr Einfluss zu haben auf die Behandlung, die Wohnsituation, die Finanzen?

Klärung der Frage: Will mein psychisch erkrankter Angehöriger überhaupt, dass ich die Betreuung übernehme?

Diese Frage ist mit dem psychisch erkrankten Angehörigen unabdinglich zu klären.

- ▶ Vielleicht ist dieser aus verschiedenen Gründen ganz anderer Meinung als der Angehörige selbst und will lieber einen Berufsbetreuer, z. B. weil er nicht zur Last fallen will; weil er nicht will, dass seine Angehörigen »alles« (Krankheit, Finanzen) von ihm erfahren; weil er seine Angehörigen für nicht geeignet hält; weil er einen anderen Wunschbetreuer hat.
- ▶ Hätte der psychisch kranke Angehörige vielleicht gerne jemanden anderen als mich aus der Familie als Betreuer, z. B. Geschwister, Schwager, Nichten, Neffen? Wer käme dafür in Frage?
- ▶ Klärung der Frage, ob sich eine evtl. Ablehnung nur auf ausgewählte Aufgabenkreise beschränkt? Falls ja, könnte die Aufgabenteilung zwischen einem Berufsbetreuer und mir als Angehörigem sinnvoll sein?

Klärung der Frage: Habe ich ausreichend Informationen darüber, was die Übernahme einer rechtlichen Betreuung für mich bedeutet?

- ▶ Habe ich mich hinreichend informiert über die gesetzlichen Grundlagen einer Betreuung: Welche Rechte und Pflichten kommen auf mich zu?
- ▶ Bin ich bereit, mich durch das Betreuungsgericht, die Betreu-

ungsbehörde, einen Betreuungsverein beraten zu lassen, wenn ich an meine Grenzen stoße?

- ▶ Weiß ich, dass ich nur eine sehr geringe Aufwandsentschädigung (400 Euro jährlich) erhalte?
- ▶ Klärung der Frage: Bin ich in emotionaler Hinsicht geeignet, die Betreuung zu übernehmen?
- ▶ Besteht grundsätzlich ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis, das auch einer Belastungsprobe durch eine Betreuung standhält, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen, mit denen der Betreute (erst einmal) nicht einverstanden ist?
- ▶ Wie ist erfahrungsgemäß das Verhältnis zwischen mir und dem psychisch kranken Angehörigen in einer krisenhaften Situation? Gibt es emotionale Spannungen, Misstrauen, Ablehnung, Aggression, Kontaktabbruch?
- ▶ Ist es mir möglich, den Wünschen des Betreuten zu entsprechen und nicht meine eigenen Vorstellungen davon, was gut ist, umzusetzen?
- ▶ Halte ich es emotional aus, wenn ich Entscheidungen für meinen psychisch kranken Angehörigen, evtl. auch gegen seinen Willen treffen muss?
- ▶ Kann es zu Konflikten innerhalb der Familie kommen, weil ich die Betreuung übernehme? Wenn ja, kann ich diese gut ertragen?
- ▶ Bin ich bereit, die Beendigung der Betreuung zu beantragen, wenn sie nicht mehr notwendig ist?
- ▶ Bin ich in der Lage, vorurteilsfrei mit den beteiligten Stellen (Betreuungsgericht, diverse Ämter und Behörden, Kliniken, Wohngemeinschaften etc.) zusammenzuarbeiten?

Klärung der Frage: Bin ich aufgrund meiner Sachkenntnisse geeignet, die Betreuung zu übernehmen?

Besitze ich ausreichende Grundkenntnisse

- ▶ über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten,
- ▶ über das psychosoziale Versorgungssystem,
- ▶ über sozialrechtliche Ansprüche (Grundsicherung, Rente, Rehabilitation, Schwerbehinderung etc.),
- ▶ und deren Geltendmachung,
- ▶ über das Betreuungsrecht oder
- ▶ bin ich bereit, mich in diese Themengebiete einzuarbeiten?

Klärung der Frage: Lässt meine aktuelle Lebenssituation es zu, die Betreuung zu übernehmen?

- ▶ Habe ich genügend zeitliche Ressourcen, um die Betreuung auszuüben und dadurch nicht in zeitlichen und emotionalen Stress zu geraten, weil ich eigentlich eh schon überlastet bin mit Beruf, Familie, psychosozialer Betreuung, Pflege eines kranken oder behinderten Familienmitglieds etc.?
- ▶ Bin ich in der gesundheitlichen Verfassung die Betreuung zu übernehmen?
- ▶ Bin ich mobil, um auch persönliche Termine problemlos wahrnehmen zu können?
- ▶ Habe ich jemanden, der mich unterstützt, wenn ich an meine Grenzen gerate?

Eltern und Geschwister stellen die gleichen Fragen, aber finden sie auch zu gleichen Antworten?

Von Reinhard Peukert



Foto: Leonore Julius

Diesjähriges Geschwistertreffen in Wiesbaden

► Mitglieder des GeschwisterNetzwerks haben auf Einladung des Mainzer Angehörigenvereins Territorio ein Tagesseminar zum Thema »Wie geht es weiter, wenn wir Eltern nicht mehr sind?« gestaltet, und eine Woche später ein Geschwistertreffen in Wiesbaden durchgeführt, ohne thematische Vorgaben.

Ein nur auf den ersten Blick überraschendes Ergebnis: In beiden Veranstaltungen wurden die gleichen Probleme formuliert, bei deutlich unterschiedlichen, der jeweiligen familiären Rolle geschuldeten Erfahrungen:

- Wie finde ich Zugang zu angemessenen professionellen Hilfen für meinen Angehörigen?
- Wie kann ich die gefühlte Verpflichtung zur allumfassenden Sorge für das erkrankte Familienmitglied – sei es das Kind oder die Schwester bzw. der Bruder – auf ein für mich lebbares Maß reduzieren, ohne dass mich ein schlechtes Gewissen plagt?
- Was kann meine Rolle und Funktion sein im Zusammenspiel aller Beteiligten, d. h. der Familie und der professionellen Helfer, im Bemühen, den Bedürfnissen und dem Bedarf des erkrankten Familienmitglieds gerecht werden?

Was besonders herausgestochen hat: Über die Hälfte der Geschwister sind zu dem Geschwistertreffen mit Fragen angereist, die die Eltern in Mainz ausdrücklich zusammengeführt hatte; die drei Fragen auf der Einladung lauteten:

- Wie geht es weiter, wenn wir Eltern nicht mehr sind?
- Was dürfen wir unseren gesunden Kindern zumuten?

- Sind Geschwister nach dem Tod der Eltern verantwortlich für ihre erkrankte Schwester bzw. ihren Bruder?

Bei dem Elternseminar schälte sich am Ende des Tages die Gewissheit heraus, dass konkrete Antworten nur gemeinsam gefunden werden können, auch wenn dies voraussichtlich ein schmerzhafter, gelegentlich auch mit Überraschungen verbundener Prozess sein wird. Schmerzhaft, da einige bis dahin nicht zur Sprache gekommenen Verletzungen angesprochen werden müssen, um nicht weiterhin Fremdheitsgefühle aufrecht zu erhalten. Da stehen z. B. die unerfüllten Wünsche, Erwartungen und Forderungen der Eltern, die gesunden Geschwister sollten sich mehr kümmern, der Trauer und manchmal auch Wut der Geschwister gegenüber, die Eltern hätten sich fast ausschließlich um das erkrankte Geschwister gekümmert und sie im Schatten des Familienleben stehen lassen. Bisher hat ein Elternpaar von einer positiven Überraschung berichtet. Sie befürchteten diese Wut und Trauer bei ihren Geschwisterkindern, was sie sehr lange mit sich herumgetragen hatten. Als sie endlich das Gespräch suchten, stellt sich heraus, dass dies für ihre Geschwisterkinder nicht zutrifft, im Gegensatz zu den vielen Geschwistern, die unter diesen Gefühlen leiden,.

In der Regel wird der Prozess mit dem wechselseitigen Erkennen der jeweiligen Not der anderen beginnen: Der Not und dem Leid der Geschwisterkinder steht die unvergessene und nachklingende Not und das Leid der Eltern aus den schweren, von Verzweiflung geprägten Jahre ihres Kümmerns um das erkrankte Kind gegenüber. Ohne dies hier vertiefen zu können: Die Fa-

milie wird voraussichtlich erkennen, dass das eine mit dem anderen zu tun hat.

Im weiteren Prozess muss jeder der Beteiligten – und dazu gehören auch die professionellen Helfer – für sich selbst klären: Welche Wünsche und welche Erwartungen habe ich an jeden der Beteiligten in Bezug auf von ihm gewünschte bzw. erwartete Unterstützungen, konkrete Hilfen oder umfassender Sorge? Dies geht einher mit der Klärung, was ich selbst in der Lage und bereit bin, zu übernehmen.

Dann beginnt das Verhandeln mit dem großen Anspruch, alle mögen »zu ihrem Recht kommen«: die Summe der Möglichkeiten und Bereitschaften mögen sich zu einem Ganzen fügen, mit dem das erkrankte Familienmitglied um- bzw. versorgt ist und dem es zustimmen kann. Dies ist eine Illusion, aber ein Ziel, dem man sich annähern kann. Abstriche bei den Wunschvorstellungen für eine optimale Sorge, Unterstützung und konkrete Hilfen für das erkrankte Familienmitglied werden nicht ausbleiben. Besonders hoch erscheinen die Hürden, wenn dieses jeglichen Beistand ablehnt oder wenn Verletzungen auf einer oder mehreren Seiten gravierend und über einen langen Zeitraum »unbehandelt« sind.

Das Bemühen um eine gemeinsame Klärung – das Verhandeln – hat trotz aller Einschränkungen einen nicht zu unterschätzenden positiven Effekt. Die Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen der jeweils anderen werden offen ausgesprochen, ebenso die eigenen Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen. Indem darüber verhandelt wird, können jene Effekte zunehmend unwahrscheinlicher werden, die andernfalls immer breiteren Raum einnehmen: Unrealistische Erwartungen und Schuldgefühle – begleitet von Verbitterung und Vorwürfen an die jeweils anderen.

Das GeschwisterNetzwerk plant eine Handreichung, mit dem der hier nur ange deutete Prozess unterstützt werden kann. Wie üblich stellt das GeschwisterNetzwerk die anonymisierten Protokolle sowie die durch die Veranstaltungen angeregten Lernprozesse auf seine Homepage: www.GeschwisterNetzwerk.de. ◀

Prof. Reinhard Peukert für das GeschwisterNetzwerk, www.geschwisternetzwerk.de.

Kinder psychisch kranker Eltern sehen und verstehen

Von Jeannette Abel

► Am Dienstag den 21.05.2019 luden die »Seelensteine«, ein Verein für ambulante Erziehungshilfen, und das Öffentliche Teilhabemanagement der Stadt Halle zu einer Filmveranstaltung in das Luxkino ein. Die spezialisierten ambulanten Erziehungshilfen Seelensteine des Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen-Anhalt betreuen Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Unter anderem wird mit speziellen Angeboten, z. B. Kunsttherapie, der psychoedukativen Kindergruppe »Kieselsteinchen«, einem Patenprojekt und einer Elternwerkstatt auf die besondere Lebenslage der betroffenen Familien eingegangen.

Zur Vorführung des Dokumentationsfilms »Wo bist Du? Kinder psychiatrieerfahrener Eltern im Fokus« war das Kino fast bis auf den letzten Platz ausgebucht. Auch die anschließende Diskussion fand nicht nur auf dem Podium statt, denn die Zuschauer bewegte der Film. Im Nachhinein bedankten sich viele Zuschauer für das Filmangebot und kamen zum Teil auf eigene Erfahrungen mit dem Thema zu sprechen.

Der Film von Andrea Rothenburg gibt allen Familienmitgliedern eine Stimme und berührt mit den unterschiedlichen Geschichten aus verschiedenen Perspektiven. Zudem kommen Therapeuten und Psychiater zu Wort, die ihre Arbeit mit den betroffenen Familien reflektieren.

Fragen, mit denen sich der Film beschäftigt sind zum Beispiel: Welche Bedürfnisse gab es in der Kindheit? Welche Sorgen machen sich die betroffenen Kinder? Aber auch welche Sorgen machen sich die erkrankten Erwachsenen? Wie kann den betroffenen Familien bestmöglich geholfen werden?

Einige der Statements, die der Film transportiert, sind: Die Kinder müssen frühzeitig in ihrer Not erkannt und begleitet werden. Auf jedem Dokumentationsbogen einer Klinik muss darauf hingewiesen werden, wenn Patientinnen und Patienten ein Kind haben. Fragen, die dann zu klären sind: Wie ist das Kind versorgt? Wer kümmert sich? Was braucht die Familie an Unterstützung?

Familien mit psychisch kranken Elternteilen profitieren, so zeigt es der Film, von einem frühzeitig einsetzenden, flexiblen sowie passgenauen Hilfesetting, das auf ihre individuelle Situation ausgerichtet und langfristig angelegt ist.

Der Film sollte sowohl betroffene Familien ansprechen als auch die Akteure ins Gespräch bringen. Ziel der Veranstaltung war es, auf das Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« aufmerksam zu machen, die nach wie vor als vergessene Angehörige gelten. In der Erwachsenenpsychiatrie werden Eltern oft nicht gefragt, ob sie Kinder zu Hause haben und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Kinder behandelt, die bereits Symptome aufgrund der erlebten häuslichen Belastung ausgebildet haben. Zudem gilt auch heute eine psychische

Vorführung sowohl in der eigenen Einrichtung als auch als Informationsveranstaltung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Sozialpädiatrischen Zentrums in Halle.

Zudem findet am 17.10.2019 die kostenfreie Filmvorführung »Wir sind hier« statt – ein weiterer Film von Andrea Rothenburg zum Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern, dieses Mal für Schülerinnen, Schüler und Lehrkräfte der Stadt Halle. Ziel der Veranstaltung ist, Kinder und auch Lehrkräfte sowie Schulsozialarbeiter zu sensibi-



Alina aus dem Film »Wo bist du?«

Erkrankung oft als Tabu, über das nicht gerne gesprochen wird.

Zum Glück ist in Halle die Jugendhilfe bei der Begleitung von Familien mit psychisch erkrankten Eltern mit im Boot. Frühzeitige kooperativ angelegte Hilfen aus dem System der Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe helfen, Kinder als Angehörige wahrzunehmen und zu unterstützen sowie die erkrankten Eltern in ihrer Elternrolle zu stärken.

Der Dokumentationsfilm »Wo bist Du? Kinder psychiatrieerfahrener Eltern im Fokus« wird von dem Verein »Seelensteine« aufgrund der hohen Nachfrage noch weitere Male gezeigt werden. Geplant ist eine

lisieren für die Belastungen dieser Zielgruppe, von der in einer Schulklasse Hochrechnungen zufolge ca. ein Viertel Schüler betroffen sind. Nur so können nötige Hilfen frühzeitig vermittelt werden. ◀

Jeannette Abel ist Diplom-Pädagogin und Systemische Therapeutin und leitet die ambulanten Erziehungshilfen »Seelensteine« in Halle.

Infostand mal anders

Der Landesverband Baden-Württemberg präsentierte sich auf der REHAB in Karlsruhe nahbar und zurückhaltend zugleich – mit Erfolg. **Von Rachel Fritsch**

► Mit Anfang zwanzig habe ich mir an einem Infostand in der Fußgängerzone meiner Heimatstadt ein Abo für die Zeitschrift »Jagd und Hund« aufquatschen lassen – natürlich hatte ich keinen Hund, geschweige denn Interesse für das Waidwesen. Seither habe ich, sobald ich irgendwo die typischen Infostände mit Sonnenschirm,

Jeder, der schon einmal einen Stand organisiert und betreut hat, kennt die frustrierende Situation: Man bietet Broschüren und Flyer an wie Sauerbier und wenn tatsächlich einmal jemand an den Stand kommt, dann meistens nur, um nach Give-aways wie Ballons, Kugelschreibern oder Gummibärchen zu fragen. Wirklich ins Gespräch kommt man nur ganz selten.

So stellt sich natürlich die Frage, wie nachhaltig und wirksam ist diese Form der Öffentlichkeitsarbeit überhaupt? Werden die Flyer, die man weitergeben konnte, vielleicht gleich im nächsten Papierkorb entsorgt? Und denkt sich wirklich irgendjemand beim Anblick eines bedruckten Kugelschreibers: »Oh ja, der Verein »Jagd und Hund« – da muss ich unbedingt Mitglied werden!«?

Dabei ist die Idee, die Selbsthilfe hinaus in die Öffentlichkeit zu tragen, an sich großartig. Und angesichts schwindender Teilnehmerzahlen in Angehörigengruppen sowie der Tatsache, dass immer noch viel zu viele Angehörige still ihr Schicksal alleine schultern, ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit notwendig denn je.

Zu viel Professionalität schafft Distanz

Die Frage ist also, wie macht man dieses Angebot attraktiver, interessanter, ansprechender? Wie gestaltet man einen Infostand, der nicht schon von Weitem gemieden wird?

Der LV Baden-Württemberg hat ein Experiment gewagt und anlässlich der REHAB in Karlsruhe (weltweit eine der größten Fachmessen für Rehabilitation, Therapie, Pflege und Inklusion) ein neues Infostandkonzept gewagt. Wir haben auf die übliche, traditionelle Standgestaltung mit Roll-up, Broschüren, Flyerstände usw. verzichtet. Unser Ziel war es, mit den Messebesuchern ins Gespräch zu kommen, einen Austausch auf Augenhöhe zu führen. Die Leute von sich selbst erzählen zu lassen und so im Dialog aufmerksam zu machen auf unsere Angebote und Aktivitäten.

Dazu haben wir Kartons aufeinandergetürmt und mit bunten, handbeschriebenen Fotokartons beklebt. Wir haben Statements und Fragen gewählt, die psychisch Kranken und ihren Angehörigen im Alltag begegnen, z. B.: »Psychisch Kranke sind

einfach nur willensschwach – oder?«, »Wie soll es weitergehen?«, »Mein Angehöriger ist psychisch krank – wer hilft mir?« Dazu an der Wand noch zwei große Plakate mit Hinweis auf unsere Angehörigengruppen und unsere Webseite. Verglichen mit den anderen, professionell gestalteten Kabinen um uns herum fielen wir natürlich völlig aus dem Rahmen und genau das war der erhoffte Effekt.

Und wie ist es nun gelaufen?

Überaus erfolgreich! In den drei Tagen der REHAB hatten wir mindestens fünfhundert Begegnungen und Gespräche mit Fach- und Privatbesuchern, viele davon entweder selbst Betroffene oder Angehörige. Und das Beste: Diesen Gesprächen mussten wir nicht nachjagen, ganz im Gegenteil. Die Leute verweilten an unserem Stand, lasen unsere Statements und suchten oft von sich aus das Gespräch mit uns, baten um Flyer.

Und warum hat nun dieser fast schon spartanische und scheinbar formlose Infostand so gut funktioniert?

Ich denke, das Geheimnis liegt eben genau in dieser »Hemdsärmeligkeit« – zu viel Professionalität schafft Distanz. Wichtig war uns die aktive Einbeziehung der Besucherinnen und Besucher. Es ging uns nicht darum, nur unseren Verband und unsere Gruppen zu »verkaufen«. Unser Ziel war ein gleichberechtigter Austausch, geprägt vom Respekt gegenüber den Standbesuchern und ihren Erfahrungen, ihren eigenen Kompetenzen. Mit unseren realitätsnahen Statements haben wir versucht, die Sprache der Menschen zu verwenden. Es galt, den Stand und die Texte so zu gestalten, dass sie den Adressaten neugierig machen, wirklich ansprechen und emotional gewinnen, um schließlich in einen gleichberechtigten Dialog eintreten zu können.

Für uns war dieser Infostand eine äußerst bereichernde Erfahrung und wir sind ermutigt und motiviert, dieses neue Konzept weiter zu verfolgen – vielleicht demnächst einmal auf einer Messe in Ihrer Nähe. ◀

Rachel Fritsch ist Vorstandsmitglied des LV ApK Baden-Württemberg. Sie moderiert eine Angehörigengruppe und engagiert sich auf Landesebene in verschiedenen Arbeitskreisen, Fachausschüssen und Gremien.



Foto: Duncan McGill

Stehischen und Flyern sehe, eine ganz klare Strategie: großen Bogen machen, bloß keinen Augenkontakt, geschäftig wirken.

Seitdem ich mich in der Selbsthilfe für Angehörige psychisch Kranker engagiere, bin ich nun selbst des Öfteren in der Situation der Infostandfrau und versuche mein Bestes, um Flyer und Informationen an den Mann und die Frau zu bringen. Leider ist nach einem langen Tag hinterm Stehtisch das ernüchternde Fazit allzu oft, dass wohl die meisten Menschen die gleiche Strategie der Infostandvermeidung verfolgen wie ich.

»Zutiefst bewegend. Ein Meisterwerk.«

Glenn Close



Als der junge Stephen Hinshaw, heute Professor für Psychologie und Psychiatrie, von der schweren psychischen Erkrankung seines Vaters erfährt, hebt sich ein Schleier von Schweigen und Scham, der 18 Jahre lang über der Familie gelegen hat.

Die Offenlegung des Familiengeheimnisses nennt Stephen Hinshaw seine »psychische Geburt«. Er beginnt, das Mosaik der verheimlichten und oft erschreckenden Lebensgeschichte seines Vaters zusammensetzen. Dabei deckt er schließlich auch die korrekte Diagnose für die Erkrankung des Vaters auf: bipolare Störung.

346 Seiten, 20,00 €, 2., vollständig überarbeitete Auflage 2019, ISBN 978-3-96605-033-3, eBook 15,99 €

»Was erkennt Ihr auf dem Bild?«

Beim Projekt »Tandem« bringen Künstler mit Behinderung Museumsbesuchern Kunst nahe.

Von Cornelia Schäfer

► Besonders gut erinnert sich Kerstin Recker an das Familienatelier zum Thema Collage, an dem sie als Teil eines Kunstvermittler-Tandems mitwirkte: »Da haben wir uns eine Arbeit von Jessica Stockholder angeschaut, die mag ich besonders gern. Das ist so eine stehende Collage aus verschiedenen Materialien, mit Leuchte und vielen Sachen, die da dran sind. Die Kinder konnten drum herumgehen, es sich von vorne und hinten angucken. Wir haben darüber gesprochen. Und wir haben davor auf den Boden so eine Umrandung gelegt, in die haben die Kinder dann selbst eine Collage gelegt, mit Tüchern und anderen Gegenständen. Dann habe ich z.B. die Kinder gefragt: Was erkennt ihr wieder in der Collage, was ihr auch selbst am Boden gelegt habt?«

Die freundliche Frau mit den wachen braunen Augen ist Künstlerin im Kunsthaus KAT 18 der Gemeinnützigen Werkstätten Köln GmbH. In dem Kunstraum mit Ateliers und einer Galerie mit Kaffeebar arbeiten 24 Künstlerinnen und Künstler mit Behinderung an Zeichnungen, Gemälden, Skulpturen, Design, Performances sowie Videokunst. Fünf von ihnen – darunter Kerstin Recker, die bevorzugt Portraits malt – haben gerade drei Jahre lang an dem inklusiven Kunstvermittlungsprojekt »Tandem« mit dem Kunstmuseum Bonn teilgenommen. Dabei hat jeweils eine Künstlerin oder ein Künstler des Kunsthauses ein Tandem mit einer Kunstvermittlerin des Museums gebildet. Gemeinsam brachten sie Kitagruppen oder Familien Werke aus der Museumsammlung nahe und wurden dann mit den Besucherinnen und Besuchern selbst kreativ. Eine Besonderheit dabei: Die Künstler aus dem Kölner Kunsthaus bringen eigene Werke mit, die zu dem Thema des Ateliers passen.

»Ich habe den Besuchern eine Collage von mir gezeigt«, erzählt Kerstin Recker von dem Familienatelier zum Thema Collage. »Da habe ich eine Gruppenleiterin von uns dargestellt, ich habe verschiedene Sachen geklebt und sie ein bisschen verändert ... manchmal setze ich da andere Augen, eine andere Nase, andere Münder ein. Ich habe die Kinder gefragt: Was könnt ihr auf meinem Bild erkennen? Oder: Was für eine Farbe hat das? Und die Kinder haben geantwortet.« Auf diese Weise inspiriert, be-

gannen die Teilnehmenden dann eigene Bilder zu malen oder Collagen anzufertigen, unterstützt und beraten von Kerstin Recker. »Mit den Kindern zu malen oder zu basteln macht viel Spaß. Meistens haben sie super tolle Ideen. Bei den Collagen haben einige Kinder auch Tiere ausgeschnitten und eine Mutter hat auch ein Portrait gemacht Die hat das ein bisschen von mir abgesehen«, sagt die Künstlerin mit einem feinen Lächeln.

Inklusion schafft Innovation

Das Tandem-Projekt sei »enorm bereichernd und interessant« gewesen, bilanziert Sabina Leßmann, Kuratorin des Bonner Kunstmuseums für den Bereich Bildung und Vermittlung von Kunst. Dabei hatte das Museum schon lange vorher auf Inklusion gesetzt. Seit der Eröffnung 1992 bis heute kooperiert man mit Einrichtungen, Schulen und Werkstätten, die regelmäßig mit Gruppen vor Ort sind. Die Menschen mit Behinderung können einfach die Kunst genießen, aber auch selbst Werke erarbeiten, deren Ausstellung in den eigenen Häusern gelegentlich auch von Mitarbeitern des Kunstmuseums begleitet wird. Mit der Bildung von Tandems in der Kunstvermittlung ist das Museum aber noch einen Schritt weiter gegangen.

»Wichtig für unsere Entscheidung war das Projekt »Geisterbahn«, erzählt Sabina Leßmann. »Einmal im Jahr gestalten wir immer eine Ausstellung speziell für Kinder und Jugendliche. 2015 haben wir dafür die KAT-18-Künstlerin Tanja Geiss gewonnen, mit ihren Bildern und Objekten zum Thema »Geisterbahn«. Sie wollte aber nicht nur ausstellen, sondern gerne auch mit den Kindern ins Gespräch kommen. Und so haben wir dann, ohne das groß herauszustellen, immer dienstags ein Tandem aus der Künstlerin und einer unserer Kunstvermittlerinnen gebildet und die beiden haben gemeinsam die Kinder und Jugendlichen empfangen, die an dem Tag in die Ausstellung kamen. Manchmal wurde Frau Geiss auch von anderen Kolleginnen aus dem Kunsthaus vertreten.« Die Museumsprofis merkten schnell: Die neue Art der Kunstvermittlung zu zweit, mit verschiedenen Sichtweisen, war besonders kommunikativ und kam bei der Zielgruppe gut an. »Die Kinder haben es unendlich offen aufgenommen«, erinnert sich Sabina Leßmann

und, dass damit ein wunderbares neues Format geboren war: Künstler mit Behinderung aus dem Kölner Kunsthaus KAT 18 sollten auch künftig regelmäßig mit Kunstvermittlern des Museums Tandems bilden und dies nun auch bei der Vermittlung von Kunst aus der regulären Sammlung des Museums – mit Gemälden der rheinischen Expressionisten und von Künstlerinnen und Künstlern des 20. und 21. Jahrhunderts. Ein vielfältiges Team passe gut zu dem diversen Museumspublikum, freut sich die Kuratorin.

Jutta Pöstges, künstlerische Leitung im Kunsthaus KAT 18, begrüßt, dass mit dem Bonner Museum ein neues Arbeitsfeld für die KAT 18-Künstler entstanden ist. »Das ist auch unser Wunsch: Unser Haus zu öffnen und neue Möglichkeiten außerhalb zu schaffen. Dabei war es wichtig, einen Rahmen zu bilden, wo die KAT 18-Künstlerinnen und Künstler wirklich mit ihren Kompetenzen auf Augenhöhe mit den Kunstvermittlern zusammenarbeiten. Wir wollten eben nicht, dass sie jetzt so eine Assistenz-tätigkeit übernehmen, dass sie Kindern nur beim Basteln helfen und den Raum sauber halten, wie man sich im klassischen Sinne eine solche Aufgabe vorstellen könnte. Und deswegen haben wir überlegt, welche Korrespondenzen, Entsprechungen es zwischen unseren künstlerischen Themen und der Museumsammlung gibt und wie wir das zusammenbringen können.«

Kurstage für Kitagruppen und offene Ateliers für Familien entstanden zu Themen wie »Augen-Blicke«, »Mit der Schere zeichnen«, »Raumschiff Kunstmuseum« oder »Schattenspiele«.

»Viele der Künstler haben sich sehr darauf gefreut, dass sie mit Kindern arbeiten können«, erzählt Jutta Pöstges, »und haben erstmal gedacht: Okay, die kommen dann auf uns zu, wir können die uns auf den Schoß setzen. Und dann kam aber sofort die Erklärung: Nein, das machen wir nicht. Wir wollen das wie Profis machen. Wir haben auch darüber geredet: Wie wollen wir wahrgenommen werden, wie kleiden wir uns? Und haben dazu Fortbildungen gemacht. Auch: Wie gestalten wir die Kommunikation mit den Kunstvermittlern des Museums?«



Foto: Britt Schilling / © Kunstmuseum Bonn & KUNSTHAUS KAT18

Kerstin Reker (links) mit Besucherinnen des Kunstmuseums Bonn

Die Zusammenarbeit wurde sorgfältig angebahnt, mit der Aufstellung von Regeln, Schulungen, einer Einführung in die Museumssammlung und Fortbildungen, auch für die Kunstvermittler des Museums, etwa in Leichter Sprache. Manche Regel ergab sich auch erst aus der Praxis, erzählt Jutta Pöstges: »Einmal gab es eine Krise, als eine Person von unangenehmen Erinnerungen an die eigene Biografie überwältigt wurde, ausgelöst durch diese sehr familiären Eltern-Kind-Begegnungen. Das war eine schwierige Situation, wo wir gemerkt haben, wie wichtig es ist, dass wir einen sicheren Ort für jeden einführen. Das haben wir dann gemacht. Jeder hat geschaut: Wo ist in dem Museum ein guter Ort für mich, wo ich hingehen kann, wenn es mir nicht so gut geht? Das hat dann sehr gut funktioniert und dazu geführt, dass alle dabei bleiben konnten.«

Wundervolle Entdeckungsreise

Kerstin Recker kann sich an keine wirklich kritische Situation erinnern. Aber natürlich war sie am Anfang aufgeregt und musste erstmal lernen, über die eigene und fremde Kunst zu sprechen und die Kinder mit Fragen ins Gespräch zu ziehen. »Mittlerweile

habe ich das supergut raus.« Auch den Weg von Köln ins Bonner Kunstmuseum finden Kerstin Recker und ihre Kolleginnen und Kollegen inzwischen ohne Hilfe. Am Anfang hatte ihnen die Künstlerin Marleen Rothaus dabei zur Seite gestanden – wie auch bei der aufregenden neuen Arbeit im Museum.

»Beobachten zu können, wie die Künstlerinnen und Künstler immer mehr Vertrauen in die eigenen Ideen gewinnen, sich zunehmend spontan einbringen und mit wachsendem Selbstbewusstsein die Workshops mitgestalten, berührt mich als Assistentin auch persönlich sehr«, gab sie für die Broschüre über die Zusammenarbeit in der Kunstvermittlung zu Protokoll.

Intendant Dr. Stephan Berg, der die KAT18-Künstler in die neu eingerichtete Sammlung eingeführt hat, schildert dort, dass er vorher etwas nervös war, ob seine Sprache die Künstler erreichen und der Funke überspringen würde. »Und dann war alles ganz anders, und der Gang durch die Räume (...) wurde zu einer wunderbaren, dialogischen, berührenden und humorvollen Entdeckungs- und Abenteuerreise, an deren Ende ich durch die unkonventionellen, auf ganz besondere Weise klugen Gedanken der Beteiligten, Aspekte in den Kunstwerken gesehen habe, die mir vorher nie aufgefallen waren.«

Schon ist Jutta Pöstges dabei, das erfolgreiche Format anderen Museen und Ateliers vorzustellen, damit mehr solcher Kooperationen entstehen. Und klar ist auch, dass beide Seiten – das Kunsthaus und das Kunstmuseum – die Zusammenarbeit gern fortführen möchten. Während die Gold Krämmer Stiftung das »Tandem« in den ersten drei Jahren finanziell angeschoben hat, muss nun ein neuer Förderer überzeugt werden. »Die Tandem-Arbeit ist sehr aufwändig, ist ein ewiger Prozess, der begleitet werden muss mit Assistenz, Schulungen und Absprachen. Das kann man nicht aus dem normalen Etat bestreiten«, sagt Sabina Leßmann. »Und wir denken auch schon über neue Formate der Zusammenarbeit nach.« Bei Festen und großen Veranstaltungen im Museum sind Künstler aus dem Kunsthaus KAT 18 schon jetzt immer mit von der Partie. Aber warum nicht auch Tandems in Führungen für Erwachsene einbinden? »Ja, das würde ich gern ausprobieren«, sagt Kerstin Recker, und ihre braunen Augen funkeln unternehmungslustig. ◀

Cornelia Schäfer ist freie Journalistin und ehrenamtliche Moderatorin des Kölner Psychoforums.

Bücher und Medien

Nur Mut!

Martine Hoffmann, Gilles Michaux

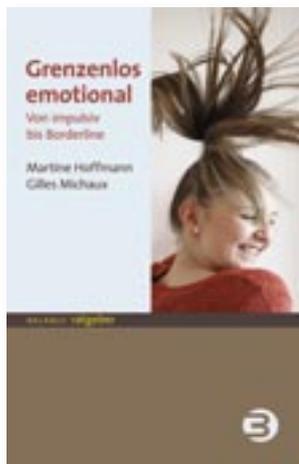
Grenzenlos emotional

Von impulsiv bis Borderline

BALANCE buch + medien verlag, Köln 2018
192 Seiten

ISBN Print: 978-3-86739-164-1

ISBN ePub: 978-3-86739-916-6



»Nur Mut - es gibt nicht nur eine Wirklichkeit!« Mit dieser Aussage unterstützen die Verfasser Martine Hoffmann und Gilles Michaux von Anfang an Betroffene, die unter einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung leiden und deren Wirklichkeit in weiten Zügen eine andere ist als die ihrer Umwelt. Weiter machen sie Hoffnung, dass viele der belastenden Verhaltensweisen *erlernt* wurden und deshalb auch wieder *verlernt* werden können.

So stellen sie wissenschaftlich fundiert und sprachlich gut lesbar das Wechselspiel von biogenetischen Voraussetzungen, psychosozialen Faktoren und Umwelteinflüssen dar, beleuchten die entwicklungsbiologische Entwicklung des Menschen und das Verhältnis von Ratio und Emotio. Lernen wird als lebenslange Auseinandersetzung zwischen Selbst und Umwelt vorgestellt, deren Syntheseleistung in der Identitätsfindung des Einzelnen liegt. Das Ich sei »ein in Bewegung befindliches Wesen«, nicht auf Vergangenheit, sondern auf Zukunft gerichtet und dazu gehöre elementar auch die Bedeutung der Sprache und Ausdrucksfähigkeit des Einzelnen.

Vor diesem Hintergrund zeigen die Autoren nun Formen emotionaler Instabilität auf, wobei sie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ihr besonderes Augenmerk widmen. So stellen sie die existenziellen Schwierig-

keiten der Betroffenen im Umgang mit Emotionen dar und weisen u. a. nach, dass neben biogenetischen häufig psychosoziale Faktoren Gründe für diese Problematik sind, wie z. B. fehlende oder mangelnde elterliche Fürsorge in Kindheit und Jugend als eine Erfahrung frühkindlicher Stresssituationen, die die Gefühlsentwicklung durcheinander gebracht hat. Die in unterschiedlichsten Situationen explosiven Gefühle der Betroffenen würden zu einer Erfahrung der eigenen Machtlosigkeit führen, da sie sie selbst nicht unter Kontrolle bekommen könnten. Kognitive Interpretationsprozesse als Korrektiv könnten nicht eingesetzt werden, da Klarheit über Ursachen fehle, die akuten Situationen überfordern würden und die Problematik anderen sprachlich nicht deutlich gemacht werden könne. Die Probleme, die sich daraus für die Betroffenen ergäben, seien Erfahrungen innerer Leere, Depressionen, Ich-Fremdheit und das Gefühl der sozialen Ausgeschlossenheit. Sie würden häufig zu Selbstverletzungen und nicht selten zu suizidalen Gedanken und auch Handlungen führen.

Hoffmann und Michaux machen nun deutlich, dass es nicht nur die eine *normale* Wirklichkeit gibt, sondern dass sich jedes menschliche Hirn in seiner Auseinandersetzung mit dem Selbst und der Umwelt seine Wirklichkeit baut und dass alle diese Wirklichkeiten ihre Berechtigung haben, sich also niemand grundsätzlich ausgegrenzt fühlen muss. Diese Wirklichkeiten benötigen aber zum Zusammenleben ihrer Träger eine Schnittmenge. Und so machen sie Betroffenen und ihrer Umwelt Mut, indem sie verdeutlichen, dass fehlerhaft Zusammengebautes, d. h. fehlerhaft Erlerntes, auch wieder *verlernt* werden kann und das Leben und Zusammenleben neu gebaut werden können. Dazu geben sie Fallbeispiele und vielfältige Hinweise, von der kurzfristigen Strategie im akuten Notfall bis hin zu langfristigen Therapien, betonen dabei aber, wie wesentlich der intensive Einsatz aller Beteiligten ist.

Dieser Ratgeber sollte in die Hände der Betroffenen, ihrer Familien und ihres weiteren Umfelds kommen. Hilfreich ist er auch für schulische Beratungsteams oder andere beratende Institutionen, die professionelle Hilfestellung leisten wollen. ◀

Gabriele Beeck, Nettetal

Praktischer Wegweiser

Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger

Seelische Gesundheit von Geflüchteten

Ein Praxisratgeber für Gesundheitsberufe

Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2019

ISBN 978-3-17-034809-7, 136 Seiten, 19 €



Es ist für die Betroffenen wie für die Helfenden meist eine Überforderung, wenn sich geflüchtete Menschen in medizinisch-therapeutische Obhut geben. Zu bewältigen sind nicht nur kommunikative Barrieren, sondern auch kulturelle Hürden. Der Krankenpfleger Stefan Jünger und der Pädagoge Thomas Hax-Schoppenhorst bieten mit ihrem Buch Hilfestellungen zum Umgang mit Geflüchteten.

Jünger und Hax-Schoppenhorst zeigen zunächst auf, wie wichtig eine Auseinandersetzung mit dem Begriff des Fremden ist. Unsere Bilder vom Fremden wirken sich unmittelbar auf die Beziehung zum Gegenüber aus, »sie beeinflussen unsere Einschätzung, unsere Bereitschaft, unsere Kommunikation und letztlich auch unsere Entscheidungen« (S. 54). Fremdheit sei eine die eigene Identität herausfordernde Erfahrung (S. 55).

Ihrer Erfahrung nach leiden Geflüchtete »überdurchschnittlich oft unter psychischen Beschwerden« (S. 64). Die Stresssituation Migration sensibilisiere das Gehirn, »so dass der Betroffene auf den nächsten sozialen Stressfaktor noch einmal sensibler reagiert« (S. 66). Deshalb sind Rückzugsmöglichkeiten und begleitende, unaufdringliche Gesprächsangebote so wichtig. In ihren Augen überzeugen Helfende, wenn sie gemeinsames praktisches Tun und Hilfen im Alltag in den Vordergrund stellen.

Zunächst einmal geht es aber vor allem darum, Sicherheit herzustellen, »die Bedin-

gungen zu schaffen, damit die Konfrontation mit den eigenen Ängsten gelingt und diese bewältigt werden können« (S. 102). Stichworte sind unter anderem Verlässlichkeit und Solidarität.

Da wird natürlich offenbar, wie schwierig es ist, solchen Worten Taten folgen zu lassen. Die optimistische Grundhaltung und die Offenheit der Autoren gegenüber Betroffenen bedingen, dass sie nicht über Schwierigkeiten und Missstände klagen, sondern alltagsnahe Hilfen anbieten, die keines besonderen Settings bedürfen, sondern nahezu überall nützlich sind. Besonders hervorzuheben ist das Schlusskapitel zur Kommunikation, das nicht nur verbale, sondern auch nonverbale Verständigungsmöglichkeiten aufzeigt.

Die Begleitung geflüchteter und seelisch aus Balance geratener Menschen gelingt nach der Lektüre und der Reflexion auf jeden Fall besser. Praktisch ist auch das Format für die Jackentasche. So kann man das Buch auf dem Weg zur Arbeit in der Straßenbahn lesen oder in der Arbeitspause einen Blick hineinwerfen. ◀

Christoph Müller, Wesseling

Viele Erfahrungen, eine Mission

Dominique de Marné

Warum normal sein gar nicht so normal ist ... und warum reden hilft

Scorpio Verlag, München 2019

240 Seiten, Scorpio Verlag, München 2019

Taschenbuch 18 €

ISBN Print 978-3958032538



Erwischt uns eine Grippe, dann schonen wir uns im Bett. Bricht sich jemand das Bein, dann unterschreiben alle Kollegen mit besten Wünschen auf dem Gips. Aber wenn etwas im Kopf nicht stimmt, dann sieht das oft anders aus. Wir schämen und verstecken uns, andere Menschen verstehen unsere Schwierigkeiten nicht und versuchen, sie auszublenden. Warum ist es so, dass wir über einen Teil unserer Gesundheit so wenig wissen und so wenig dafür tun, dass unsere Seele gesund bleibt? Diese Fragen hat sich Dominique de Marné gestellt, nachdem sie mehr als zehn Jahre versucht hatte, ihre Persönlichkeitsstörung zu ignorieren oder auszublenden. Um mit den extremen emotionalen Höhen und Tiefen leben zu können, griff sie immer wieder zur Flasche, ritzte sich mit der Rasierklinge und hielt doch gegenüber ihrem Umfeld eine Fassade aufrecht – inklusive guter Noten in der Schule und im Studium. Als de Marné sich schließlich mit 27 Jahren in Behandlung begibt, lauten die Diagnosen Borderline, Alkoholsucht und Depression.

In ihrem Buch, das einen gelungenen Spagat zwischen Autobiografie, Gesellschaftskritik, Aufklärung, und Ratgeber schafft, setzt sich die Autorin für einen offenen Umgang mit der Psyche ein. Das Verdrängen ihrer Erkrankung hat sie wertvolle Lebenszeit gekostet und man spürt beim Lesen, dass hier eine schreibt, die etwas wiedergutmachen will. Als Leser profitiert man davon, dass sie sich ihren Problemen gestellt hat und zu verstehen versucht, was in ihrem Kopf vorgeht. Methodisch sezient de Marné ihre eigenen seelischen Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten, auf der Suche nach Wegen, wie sie sinnvoller, besser und genesungsfördernder damit umgehen kann.

Sie hat sich mit ihren Schwächen auseinandergesetzt und sie in Stärken verwandelt. Und will anderen helfen, das auch zu schaffen. Wie das funktioniert? Verstehen, sprechen, aufklären, akzeptieren, Aufmerksamkeit schaffen. An der eigenen Lebens- und Leidensgeschichte entlang erklärt sie in einer verständlichen Sprache Diagnosen (vor allem die eigenen) sowie Einflussfaktoren und Auswirkungen einer Erkrankung. Metaphorisch wird bei ihr die Seele zum Akku, an dem im Alltag viele Lebensbereiche und Aufgaben wie Apps saugen, bis keine Energie mehr da ist. Sie spricht über Therapien und auch über Prävention: Unter der Überschrift »Allerlei Helfer« gibt es Tipps, was Betroffene tun können, von der Bewegung in der Natur über den verant-

ANZEIGE

**Seminare
für Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter
psychiatrischer
Arbeitsfelder**

**KURZFORT-
BILDUNGEN
2020**




Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Bestelladresse
**Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.**
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

wortungsvollen Umgang mit den eigenen Reserven bis hin zum Führen eines »Dankbarkeits«-Tagebuchs. Dominique de Marné ist eine neue Generation von Erfahrungsexpertinnen, die ohne ideologische Scheuklappen auch Psychiatrie und Medikamenten gegenüber offen ist – wenn sie denn dem Einzelnen helfen.

Einen Teil des Buches widmet de Marné sehr konkreten Botschaften und Forderungen an Betroffene, Angehörige, Arbeitgeber, Medienmacher und Politik. Am Ende skizziert sie eine utopische Welt in zwanzig Jahren, in der die Gesellschaft offen mit seelischen Erkrankungen umgeht. Spätestens hier wird klar: Hier ist eine junge Frau auf einer Mission, die sich als Bloggerin, »Mental Health Advocate« und nun auch als Autorin engagiert und es mittlerweile bis in die Zeitungen und ins Fernsehen geschafft hat. Trotz der großen inhaltlichen Dichte bietet ihr Buch einen lesenswerten und verständlichen Einstieg in ein komplexes Thema – dank des authentischen Schreibstils und durch den Fokus auf ihre Anliegen. Insbesondere für junge Menschen dürfte es ein guter Gesprächseinstieg sein. Getreu dem Motto der Autorin: »Reden hilft, zuhören auch.« ◀

Peter Heuchemer, Köln

Impressum

Titelbild: Klaus Balzer

Herausgeber: Aktion Psychisch Kranke,
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und
Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e.V.

Redaktion

Karin Koch, Köln (v.i.S.d.P);
Peter Heuchemer, Köln;
Jörg Holke, Bonn;
Caroline Trautmann, Bonn
Ständige Mitarbeit:
Manfred Becker, Svenja Bunt,
Alexander Engel, Katrin Klünter,
Christoph Müller, Cornelia Schäfer.
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 www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/psychosoziale-umschau.html.

Redaktionsschluss der nächsten
Ausgabe ist der 11.11.2019.

Verlag & Vertrieb

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

Mediadaten und Anzeigenpreise finden
Sie unter www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/mediadaten.

Kontakt: Marketing Services Gärtner,
Henry Gärtner, E-Mail: info@ms-gaertner.de,
Tel. (02131) 74 23 23 3.

Anzeigenschluss der nächsten
Ausgabe ist der 01.12.2019.

Bezugsbedingungen

Print-Abonnement: Ein Print-Abo kostet
2020 jährlich für Privatkunden 38,00 Euro
und für Institutionen 54,00 Euro; im Inland
einschl. Porto, im Ausland zzgl. 15,00 Euro
Versandkostenpauschale.

Sozialhilfe-Empfänger und Studenten zahlen
bei Vorlage einer entsprechenden Beschei-
nung 26,00 Euro.

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

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Einzelheftpreis: 9,90 Euro

Online-Abonnement: Ein Online-Abo kostet
jährlich für Privatkunden 32,00 Euro. Die
Preise für Institutionen und soziale Dienste
hängen von der Größe der Einrichtung ab.
Ausführliche Preisinformationen unter
www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften.

Layout Hans Schlimbach, Gartow

Druck Druckkontor Emden

ISSN 0930-4177

Postvertriebskennzahl 7044

Termine

► **Gute Rahmenbedingungen
in der psychiatrischen Versorgung!**

Was können Beschwerdestellen,
Patientenfürsprecher und Besuchs-
kommissionen für die Rechte der
Patienten beitragen?

8. Oktober

in Marburg

www.dgsp-hessen.de

► **Menschenrechte und
körperliche Unversehrtheit**

BPE-Jahrestagung

11.–13. Oktober

in Heidelberg

www.bpe-online.de

► **Manie**

Überregionales Symposium
für Psychosenpsychotherapie
26. und 27. Oktober

in Berlin

www.ddpp.de

► **Qualität als Maßstab:
Brennpunkte in der
psychiatrischen Versorgung**

Jahrestagung der
Aktion Psychisch Kranke

28. und 29. Oktober

in Berlin

www.apk-ev.de

► **Neue Wege der Selbsthilfe:
Teilhabe und Selbstbestimmung**

30. Oktober

in Berlin

www.apk-ev.de

► **Betreuungsrecht im Norden:
Butter bei die Fische**

5. November

in Hamburg

www.bgt-ev.de

► **Kleine Held(Inn)en in Not 7**

Prävention und Gesundheitsförderung
für Kinder psychisch erkrankter Eltern

5. November

in Berlin

www.dvgp.org

► **Psychosomatik: Zusammenklang
von Seele und Körper**

Ist der Körper-Seele-Dualismus
überwunden?

Jahrestagung der BKJPP

7.–9. November

in Weimar

www.bkjpp-jahrestagung.de

► **Alles rund ums Wohnen
und Nicht-Wohnen**

Für eine Nationale Strategie zur
Überwindung von Wohnungsnot
und Wohnungslosigkeit

11.–13. November

in Berlin

www.bagw.de

► **Psychiatrieforschung von morgen**

DGPPN-Kongress 2019

27.–30. November

in Berlin

www.dgppn.de

► **Hilfe und Zwang**

Alter Widerspruch im neuen Gewand?

DGSP-Jahrestagung

5.–7. Dezember

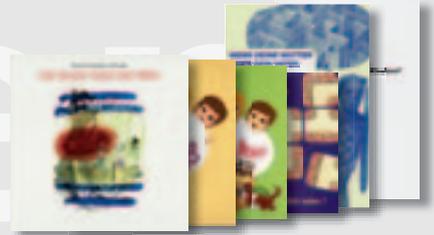
in Leverkusen

www.dgsp-ev.de

Mehr Termine und Fortbildungsangebote unter
www.psychiatrie-verlag.de/events



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Broschüren und Bücher



**Außen zart. Innen stark
Was Kinderseelen gut tut.**
Mappe mit neun Arbeitsblättern für Unterricht und pädagogische Arbeit (8–11 Jahre), 6610-01, 6 Euro



Wenn deine Mutter oder dein Vater psychische Probleme hat ...
Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, 6502-01, 2 Euro



**40 Jahre Psychiatrie-Enquete,
40 Jahre Dachverband Gemeindepsychiatrie**
Reader zur Historie, 6806-01, 15 Euro



Der beste Vater der Welt
Bilderbuchbroschüre über Psychosen für Kinder zwischen 5 und 8 Jahren, 6516-01, 2 Euro



Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat ...Wie geht es dann den Kindern?
Information für betroffene Eltern, 6503-01, 2 Euro



Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz
Ratgeber für Führungskräfte. In Zusammenarbeit mit BARMER 6905-01, 2 Euro



Mamas Monster
Bilderbuch über Depressionen für Kinder zwischen 5 und 7 Jahren, 6512-01, 2 Euro



Seelische Krise – Was tun?
Informationsblatt zu Hilfen in Krisen, 6620-10, 4 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Recovery für die Seele
Broschüre, 6800-01, 1 Euro



Wahlverwandtschaft, Görres/Pirsig
Engagiert in Patenprojekten Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 3, 6510-01, 3 Euro



Recovery
Die Broschüre stellt die Aspekte des Recovery-Konzepts vor, 6622-10, 4 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Inklusion selbst in die Hand nehmen
Broschüre zur Selbsthilfe in seelischen Krisen, 6801-01, 1 Euro



Wenn deine Mutter oder dein Vater in psychiatrische Behandlung muss ... mit wem kannst Du dann eigentlich reden?
Information für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, inkl. 2 Begleitblätter für Eltern und Betreuerinnen, 6501-01, 2 Euro



Patientenrechte
Therapie und Selbstverantwortung in psychischen Krisen – welche rechte habe ich als Patient, 6623-10, 4 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Miteinander im Gespräch
Broschüre zu Netzwerkarbeit in der Behandlung, 6802-01, 1 Euro



Wenn deine Mutter oder dein Vater in psychiatrische Behandlung muss ... mit wem kannst Du dann eigentlich reden?
Information für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, inkl. 2 Begleitblätter für Eltern und Betreuerinnen, 6501-01, 2 Euro



Resilienz
Was ist das Geheimnis der inneren Widerstandskraft? 6624-10, 4 Euro (1 Satz = Stück)



Bürgerhilfe in der Gemeindepsychiatrie
Broschüre, 6803-01, 1 Euro



Experten aus Erfahrung
Broschüre zur Mitarbeit psychisch erkrankter Menschen im Behandlungsteam, 6804-01, 1 Euro



Neue Wege zur Inklusion
Abschlussbroschüre des Projekts PIELAV, 6805-01, 2 Euro

DVDs und CDs



Die Bettelkönigin
Ein Hörbuch zu psychischen Erkrankungen für Kinder von 8 bis 11 Jahren 6630-01, 2 Euro



Wahnsinn Normal
DVD, Film über die Arbeit des Dachverbands und seiner Mitglieder 6631-01, 2 Euro

Unsere Artikel können Sie ebenfalls über den Online-Shop bestellen. Dort finden Sie auch günstigste Preise für größere Mengen:
www.dvgp.org/shop

Faltblätter und Factsheets



Factsheets zur Kinder- und Jugendpsychiatrie
Set mit Infos für Profis, Eltern und Jugendliche, 6903-01, 2 Euro



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



**Gemeinsam
Bürgerschaftliches Engagement,
durch, mit und für psychisch erkrankte junge Menschen**
6621-10, 2 Euro (1 Satz = 10 Stück)

Hiermit bestelle ich die oben markierten Titel. Zusammen mit der Lieferung erhalte ich eine Rechnung, die ich fristgerecht bezahlen werden. Die angegebenen Preise verstehen sich inkl. Versandkosten.

Bestellschein bitte per Fax an: (02 21) 78 87 43 10

Name

E-Mail

PLZ/Ort

Datum

Straße

Unterschrift

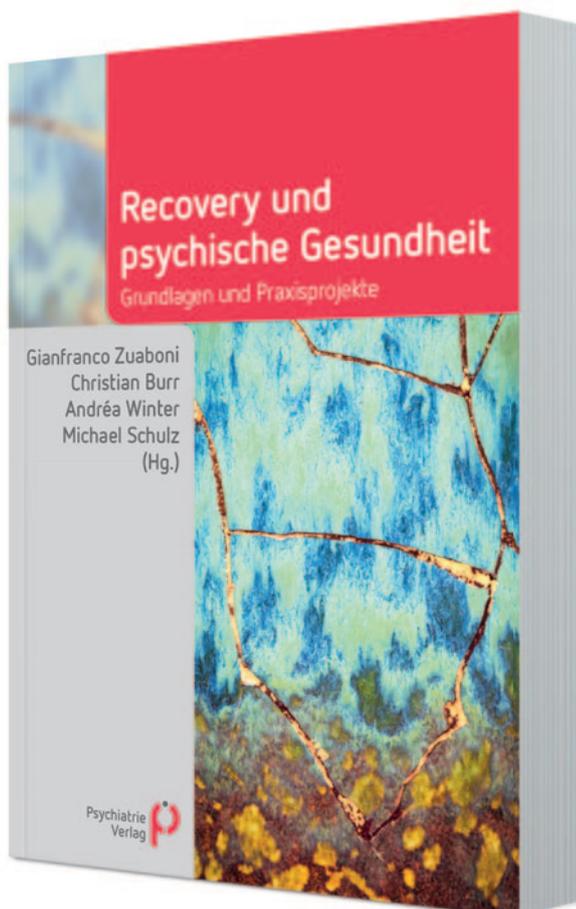
Der Broschürenversand wird freundlicherweise von unserem Mitglied BTZ Köln übernommen. Wir bedanken uns für die Unterstützung:

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

Barrieren überwinden

Neue Konzepte ganz praktisch!



Welche Veränderungen im psychiatrischen Versorgungssystem, in den Einrichtungen und in der Zusammenarbeit aller Beteiligten sind notwendig, damit die Arbeit sich an den Ressourcen und Bedürfnissen der Patient*innen ausrichtet? Dieses Buch beschreibt die Voraussetzungen für die Implementierung recoveryorientierter Projekte und zeigt vor allem, wie man Recoveryorientierung konkret umsetzen kann.

Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter, Michael Schulz (Hg.)

Recovery und psychische Gesundheit

288 Seiten, 30,00 €, ISBN 978-3-96605-005-0

eBook 23,99 €

Worin bestehen die Barrieren von Menschen mit psychischen Erkrankungen und wie können sie überwunden werden? Dieser Frage ging ein wissenschaftlich begleitetes Projekt an fünf Modellstandorten nach. Dieses Buch skizziert die zugrunde liegenden Konzepte zur Inklusion aus der Sozialpsychiatrie, der Behindertenhilfe und der Quartiersentwicklung (Kwartiermaken), ihre Ziele und vor allem deren Umsetzung in die Praxis. Ein Inspirationsbuch für eigene Inklusionsprojekte!

Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg.)

Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis

192 Seiten, 30,00 €, ISBN 978-3-88414-692-7

eBook 23,99 €