EINZELPREIS 9,90 EURO / 25. JAHRGANG / 02 2020

PSYCHOSOZIALE umschau

Andreas Jung
Obdachlos und psychisch krank

Beate Pinkert
Auf nach Triest!
Auf dem Weg zur Wiege der Sozialpsychiatrie

Prof. Dr. Michael Kölch im Gespräch mit Cornelia Schäfer
Gute Versorgung braucht Kooperationsgebote

Psychiatrie Verlag

Foto: Anja Plonka

Gute Psychiatrie braucht eine gute Streitkultur

▶ Dass mehr Personal in der Psychiatrie gebraucht wird, ist keine Frage, wohl aber, welcher Weg dahin der richtige ist. In diesem Heft begründet Christoph Müller, warum er die Petition unterschrieben hat (S. 20), und Christian Zechert, warum nicht (S. 21 f.).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gibt es oft Gerangel um die Zuständigkeiten von pädagogischen und therapeutischen Akteuren. Prof. Dr. Michael Kölch betont im Gespräch mit Cornelia Schäfer (S. 29 ff.), wie wichtig eine gute Kooperation zwischen der Psychiatrie, der Jugendhilfe, den gemeindepsychiatrischen Akteuren, Familie und Schule ist. Dieser Aspekt wird auch in den nun veröffentlichten Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Hilfen für Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern hervorgehoben, von denen Birgit Görres berichtet (S. 27 f.).

Ein großes Streitthema in der Psychiatrie sind seit vielen Jahren die Medikamente. Peter Lehmann erzählt, wie er und Asmus Finzen sich viele Jahre öffentlich auf Tagungen gestritten und schließlich doch angefreundet haben; sie sind immer noch nicht in allem einer Meinung, aber sie schätzen sich und hören einander zu.

Tatsächlich kann man auch eine Provokation als Einladung zu einem Gespräch nutzen. Svenja Bunt fragt, warum so viele Psychiatrieerfahrene ein Recht auf Krankheit einfordern (S. 37 f.). Sie vermutet: Sie wollen einfach nicht auf ihre Probleme reduziert werden, sie wollen – wie andere auch – ein gutes Leben führen und lieber ins Gespräch kommen, wie sie besser begleitet werden können.

Eine andere Art von Gesprächseinladung ist das gemeinsame Tun, wie Katrin Schneider es beschreibt (S. 39 f.). Kreative Angebote wie Fotografie und Schreiben eröffnen zusätzliche Ausdrucksmöglichkeiten und führen zu ganz anderen Gesprächen, als man sie sonst in einer Gruppe führt.

Nicht vergessen werden dürfen aber auch die Menschen, die schon aus dem Kontakt gegangen sind und aufgegeben haben, zu streiten. Die Überlebensstation Gulliver bietet wohnungslosen Männern und Frauen einen Schutzraum, wo sie duschen und eine warme Mahlzeit bekommen können (S. 4 f.).

Hoffnungsfroh stimmt der Bericht von Andreas Jung (S. 15 ff.), der diese Erfahrungen auch gemacht hat und nun als Experte aus Erfahrung in der Psychiatrie seine Perspektiven in vielen verschiedenen Projekten mit Profis einbringt. Fazit: Ohne Streit ist eine bessere Psychiatrie gar nicht zu haben. Lernen Sie streiten!

Ihre Redaktion

Von Menschen und Wegen

4 **Schützen und Stärken**
In liebevoll eingerichteten Rückzugsräumen können sich obdachlose Frauen und Männer in Köln auch psychisch stabilisieren.
Cornelia Schäfer

6 **Trauer um Gudrun Schliebener**
Friedrich Leidinger

7 **Ein Ort, wo es okay ist, nicht okay zu sein**
Das erste Mental Health Café Deutschlands
Peter Heuchemer

9 **Auf nach Triest!**
Auf dem Weg zur Wiege der Sozialpsychiatrie
Beate Pinkert

11 **Glückwunsch zum 80. Geburtstag, Asmus!**
Eine persönliche Würdigung von *Peter Lehmann*

Therapeutisches

13 **Recovery und Gefühle**
Andreas Knuf

Die besondere Geschichte

15 **Obdachlos und psychisch krank**
Eine innere Stimme war meine Rettung.
Andreas Jung

Neues aus der Forschung

18 **Der Doktor in der Tasche?**
Vom Nutzen von Gesundheitsapps bei psychischen Problemen
Susanne Jaeger

Aktuell diskutiert

19 **»Die Wunschperle« erhält DGPPN-Antistigmapreis**
Kerstin Trostmann

20 **Warum ich die Petition für mehr Personal in Psychiatrie und Psychosomatik unterschrieben habe**
Christoph Müller

21 **Warum ich die Petition nicht unterzeichnet habe**
Christian Zechert

Sozial- und Gesundheitspolitik

24 **Laufzeit der Modellvorhaben nach § 64b SGB V verlängert**
Jörg Holke

25 **Projekte zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche gestartet**
Jörg Holke

27 **Es bleibt spannend**
Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern
Birgit Görres

Nachgefragt

29 **Gute Versorgung braucht Kooperationsgebote**
Prof. Dr. Michael Kölch im Gespräch mit *Cornelia Schäfer*

Im Blickpunkt

32 **Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen**
Anne Do Lam-Ruschewski, Amelie Weide

Arbeit & Rehabilitation

34 **Mit psychischer Störung arbeiten: Wie geht das?**
Ein Team mit einem EX-IN-Genesungsbegleiter bietet Unternehmen Gespräche und Beratung an.
Monika Möhlenkamp

Recht konkret

36 **Beschwerdemöglichkeiten im Rahmen rechtlicher Betreuung**
Alexander Engel

Forum

37 **Warum berufen sich manche Betroffene auf ein Recht auf Krankheit?**
Svenja Bunt geht der provokanten Forderung aus mehreren Perspektiven auf den Grund.

39 **Sich als Gestalter seines Lebens kennenlernen**
Ein kreatives Gruppenangebot lockt sogar solche, die Gruppen eigentlich nicht mögen.
Katrin Schneider

Kunst & Kultur

41 **Musik und Literatur schafft Mitgefühl**
Gedenken an die Opfer des NS-Regimes
Svenja Bunt

Bücher & Medien

42 **Ciompi reflektiert**
www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/blog?sFilterTags=Kolumne+Luc+Ciompi
Arnd Schwendy

43 **Eine »Willkommenskultur« für Betroffene im Gemeinwesen etablieren**
Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg.): Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis
Henning Daßler

44 **Sozial wirtschaften**
Klaus Grunwald, Andreas Langer (Hg.): Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis
Jonas Kabsch, Klaus Obert

45 **Das Leben annehmen, wie es ist**
Andreas Knuf: Widerstand zwecklos
Wie unser Leben leichter wird, wenn wir es annehmen, wie es ist
Katrin Klünter

46 **Impressum**

46 **Termine**

Schützen und Stärken

In liebevoll eingerichteten Rückzugsräumen können sich obdachlose Frauen und Männer in Köln auch psychisch stabilisieren. **Von Cornelia Schäfer**

▶ Wenn Elke morgens aufwachte, tat ihr der ganze Körper weh. So sehr stand der 51-Jährigen der lange Tag auf der Straße bevor. Schon im Elternhaus hatte Elke nicht viel Schutz gefunden, aber trotz eines gewalttätigen Vaters und einer überforderten Mutter gelang dem Mädchen der Schulabschluss. Eine Ausbildung brach sie ab, als sie von zu Hause auszog, die Anstellung in einer Fabrik über Jahre endete, als die Arbeitsplätze ins günstigere Ausland verlegt wurden. Danach schaffte Elke es nicht mehr, bezahlte Arbeit zu finden. Als sie über längere Zeit die Miete für ihre Wohnung schuldig blieb, wurde sie auf die Straße gesetzt.

Elke ist eine der Klientinnen, die der Sozialdienst Katholischer Frauen, SKF, in seiner »Handakte Wohnungslosigkeit von Frauen« vorstellt. Mindestens zwei Dutzend Frauen finden sich jeden Tag im Innenstadtdomizil des Verbandes ein, wo neben der Geschäftsstelle auch die Notschlafstelle für Frauen, »Comeback«, und die Kontakt- und Beratungsstelle für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Frauen, »Café Auszeit«, beheimatet sind.

»Unsere beiden Angebote hier sind explizit Einrichtungen für Frauen, das ist ganz wichtig, weil Frauen einen besonderen Schutzraum brauchen. Das ist besonders der Fall, wenn sie auf der Straße leben, weil sie dort draußen ganz vielen Varianten von Gewalt ausgesetzt sein können«, sagt Birgit Diagne, die den Klientinnen im »Comeback« und im »Café Auszeit« zur Seite steht. Besonders verletzlich sind Frauen, die auch noch psychisch auffällig oder gar schwer psychisch krank sind, und das sei die überwiegende Mehrheit der Klientel, berichtet die erfahrene Sozialpädagogin.

Die wichtige Körperpflege

Im »Comeback« können zehn Frauen in Doppelzimmern für bis zu vier Wochen Zuflucht für die Nacht finden, für Mädchen stehen zwei Einzelzimmer zur Verfügung. Sogar ihre Tiere dürfen die Frauen mitbringen. Übernachtungsgäste sowie auch die Besucherinnen des »Café Auszeit« können duschen, Wäsche waschen, ihre Haare machen, sich pflegen und sich bei Bedarf auch aus der Kleiderkammer mit guter gebrauchter Kleidung versorgen – vielen Frauen, die auf der Straße leben, sieht man ihre Obdachlosigkeit nicht an, weiß Birgit Diagne.

Das gemütlich eingerichtete Café bietet die Möglichkeit, etwas zu essen und zu trinken und zur Ruhe zu kommen. An einem Computerarbeitsplatz mit Internetanschluss können die Klientinnen Wohnraum oder Arbeit suchen, ein kleines Fernsehzimmer steht für Übernachtungsgäste zur Verfügung, die Terrasse zum Innenhof lädt im Sommer zum Chillen und Grillen ein. Einmal in der Woche werden die obdachlosen Frauen richtig verwöhnt. Da gibt es ein Frühstücksbuffet, das eine ehrenamtlich engagierte Frau zusammen mit der Hauswirtschafterin vorbereitet. »Es ist uns einfach wichtig, dass es hier schön ist und die Frauen das auch als einen Ausdruck unserer Wertschätzung wahrnehmen können«, betont Sozialpädagogin Diagne.

Natürlich öffnen die SKF-Kräfte ihren Klientinnen auch Türen ins Hilfesystem. »Wir gucken schon: Wo können wir Frauen hin vermitteln? Ins betreute Wohnen oder in eine ambulante Hilfe auf der Straße, um Behördengänge zu regeln oder eine Begleitung zum Arzt zu finden. Oft sind die Frauen am Anfang sehr misstrauisch und möchten das nicht. Aber nach einer Zeit merken sie: Das ist auch eine Entlastung, wenn jemand da ist, mit dem man regelmäßige Termine hat.«

Hilfe auch ohne Krankheitseinsicht

Wer keine weiteren Hilfen wünscht, ist im Kölner Mauritiussteinweg dennoch willkommen. Und auch die viel beschworene Krankheitseinsicht oder gar die Bereitschaft, sich psychiatrisch behandeln zu lassen muss nicht demonstrieren, wer beim SKF Schutz und Unterstützung sucht. Viele Betroffene blieben über Jahre unbehandelt, sagt Birgit Diagne. Sehr aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten wird im »Café Auszeit« allerdings nicht hingenommen. »In dem Fall sagen wir schon, wir nehmen Sie nur auf, wenn Sie in psychiatrischer Behandlung sind.«

Wie kann die Psychiatrie Menschen, die auf der Straße leben, überhaupt helfen? Dr. Hauke Bertling sagt, das sei aussichtsreich eigentlich nur möglich, wenn man die Patienten dabei auch gleich wieder eingliedert. Der Psychiater im Team des Mobilen Medizinischen Dienstes versucht deswegen immer gleich, komplexe Hilfen zu organisieren, wenn er es behutsam und mit viel Vertrauensarbeit im Vorfeld geschafft hat, einen wohnungslosen Menschen mit Psychose, Persönlichkeitsstörung, Depression oder Suchterkrankung zu einer Behandlung zu bewegen. Vor allem eine Wohnung bzw. ein Platz im betreuten Wohnen sollte schon vorhanden sein, irgendeine Form von Stabilität, die den nachhaltigen Erfolg einer Therapie, wenn nicht garantiert, so doch wahrscheinlicher macht. Das gelingt nicht immer: Weil sich keine Wohnung finden lässt, kein Platz im betreuten Wohnen frei ist oder auch die Patientin oder der Patient sich nicht kompatibel zeigt.

»Wir behandeln trotzdem«, versichert Bertling, »durch unser aufsuchendes Angebot gelingt oftmals die Sicherstellung einer Beziehungskontinuität und damit langfristig auch das Abbauen von Schwellenängsten und das Aufbrechen einer Vermeidungshaltung.« Und auch Birgit Diagne kann von Klientinnen berichten, die regelmäßig in die Klinik gehen und dadurch stabilisiert werden. Aber z. B. eine Traumabehandlung ist für Patientinnen und Patienten von der Platte eher nicht drin. »Da ist der Zugang ziemlich reglementiert«, bedauert der Arzt, der mit seinen drei Kollegen die obdachlosen Menschen auf der Straße und in Beratungseinrichtungen betreut und dabei gar nicht mal selten auf mutmaßlich traumabedingte Verstörungen trifft.

Birgit Diagne begegnet solch tiefen Verletzungen ebenfalls immer wieder. Die Sozialpädagogin berichtet, dass viele ihrer Klientinnen Gewalt erlitten hätten. Oft würden sie direkt aus akuten häuslichen Konfliktsituationen von der Polizei gebracht. »Für diese Frauen ist es ganz wichtig, dass hier erstmal Ruhe und ein Schutzraum ist. Wir achten sehr genau darauf: Wer kommt rein und wer nicht? Und dann ziehen wir in der weiteren Begleitung unsere SKF-Kolleginnen vom Gewaltschutzzentrum hinzu.« Die informieren über die gesetzlichen Möglichkeiten, die betroffene Frauen haben, vermitteln zu Ärzten, Rechtsanwältinnen und anderen Beratungsstellen und stellen die weitere Begleitung sicher – damit die Übergriffe und Angriffe aufhören.

Ein Schutzraum kann Obdachlosen aber noch in anderer Hinsicht Erholung bieten. »Draußen auf der Straße schnorren zu ge-

Foto: Elvira Reith

Jay, Besucherin im Gulliver, nutzt gerne die Gelegenheit zu duschen und etwas Warmes zu trinken.

hen, das ist unheimlich anstrengend«, sagt Sebastian Ebert, Sozialpädagoge im »Gulliver« am Kölner Hauptbahnhof, »man muss viel mit den Leuten reden, und da ist es gut, wenn man hier bei uns einfach mal in Ruhe gelassen wird.«

Die »Überlebensstation für Obdachlose«, die in einem Bahnbogen der Hohenzollernbrücke untergebracht ist, wird jeden Monat von 150 bis 200 Menschen aufgesucht. Es ist eine offene Einrichtung, ohne Türkontrolle, d.h. es ist nicht notwendig, sich auszuweisen oder namentlich bekannt zu machen. Niemand muss erzählen, woher er kommt oder wohin er geht. Jeder kann im Erdgeschoss sein Gepäck einschließen, duschen, die Toilette benutzen und Wäsche waschen; es gibt einen Tagesschlafraum, eine Kleiderkammer, regelmäßige Friseurtermine, sogar Fußpflege, Besucher können sich hier eine Postadresse einrichten sowie PC und Internet nutzen.

Der Cafébereich im ersten Stock der Einrichtung wiederum lädt zum Verweilen ein. Stundenlang darf man hier sitzen, mit oder ohne Essen und Getränken, mit anderen oder sich selbst reden oder auch ein Nickerchen machen. An diesem Vormittag sind gut ein Dutzend Gäste hier, überwiegend Männer. Drei von ihnen sind auf ihren Caféstühlen eingeschlafen. Einer hat Kopf und Arme auf den Tisch gebettet.

»Sie könnten auch in den Tagesschlafraum«, erklärt Sebastian Ebert, »dort ist es warm und sicher, und es gibt eine Isomatte.« Die Möglichkeit, sich mal in die Horizontale zu begeben, könne gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, findet der Sozialpädagoge. »Viele Menschen, die sich draußen aufhalten, die stehen oder sitzen Tag und Nacht. Das Wasser läuft in die Beine, die werden dick. Schon aus medizinischer Sicht ist es wichtig, einfach mal die Beine hochzulegen.«

Ebenso wohltuend sei es für Menschen, die »Platte machen«, in Ruhe auf Toilette gehen zu können und bis zu dreißig Minuten unter der warmen Dusche zu stehen. »Das kann auch psychisch helfen.«

Viele Gäste im Gulliver sind psychisch krank. Der frühere Systemadministrator zum Beispiel, der auf einer Art Flugblatt wohl versucht, die eigene Schuld an Scheidung, verlorenem Sorgerecht und Arbeitslosigkeit gegen die Verantwortung der Gesellschaft aufzurechnen. Oder der Mann mit den Psychosen, von dem Sebastian Ebert erzählt. Er hatte verschiedene betreute Wohnformen durchlaufen, ehe er vor zwei Jahren wieder obdachlos wurde. »Ich sehe ihn immer in der Stadt, wie er Geld schnorrt und mit der ganzen Organisation seines Alltags sehr beschäftigt ist. Und tatsächlich macht er einen besseren, ruhigeren Eindruck als vorher in der betreuten Wohnform.« Manchmal müssen Ebert und seine zwei Kollegen auch einen Krankenwagen rufen. Neulich wollte ein Besucher nicht mehr leben und hat seinen Kopf gegen die Wand gerammt. Aber oft lassen sich Dinge auch vor Ort regeln. Das liegt vielleicht mit daran, dass das Gulliver ein Beschäftigungsprojekt ist, in dem Betroffene eine Arbeit finden.

Beratung auch von Peers

Im Augenblick beschäftigt das Gulliver drei sogenannte Vorarbeiter, einen Kultur- und Sprachmittler, acht Integrationsjobber und zwei Menschen, die ihre Sozialstunden hier ableisten. »Alle unsere Mitarbeiter bringen ganz viele Kompetenzen mit«, sagt Sebastian Ebert. »Sie haben häufig ein ganz normales Leben gelebt, standen mit beiden Beinen fest im Leben, hatten eine Arbeit und viele auch eine Familie. Und durch bestimmte Brüche sind sie wohnungslos geworden und bringen nun im Rahmen des Selbsthilfeprojekts ihre Erfahrungen ein.« Auch regelmäßige Besprechungen und – wie kürzlich - ein Deeskalationstraining helfen, der Aufgaben im Gulliver gerecht zu werden. Gerade haben die krisenerfahrenen Kollegen einen der ihren überzeugt, seine Suchterkrankung behandeln zu lassen. Beinahe allen sei es geglückt, auf Basis des stärkenden Jobs eine Wohnung oder ein Zimmer zu finden, freut sich der Sozialpädagoge.

Das ist alles andere als selbstverständlich in Zeiten der Wohnungsnot und doch so wichtig, um wieder Kurs auf mehr Selbstbestimmung zu nehmen. Hunderte Male hätten sich viele ihrer Klientinnen erfolglos um Wohnraum beworben, berichten Birgit Diagne und ihre Kolleginnen vom Sozialdienst Katholischer Frauen. Elke, die Frau, deren Geschichte sie in der Handakte schildern, hatte allerdings Glück. Nachdem sie sich dazu durchgerungen hatte, Hilfe anzunehmen, konnte sie in eine betreute Wohnung ziehen und auch wieder eine Arbeit finden – in einem Beschäftigungsangebot für Frauen mit besonderen Problemlagen. ◀

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

Trauer um Gudrun Schliebener

Von Friedrich Leidinger

▶ Völlig überraschend verstarb am 22. Februar 2020 im Alter von 75 Jahren die Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.), Gudrun Schliebener. Ihr Leben lang trat sie für die Rechte derer ein, die aufgrund ihrer besonderen Verletzlichkeit und Empfindsamkeit leiden und – oft gemeinsam mit ihren Angehörigen – von Stigmatisierung, Ausgrenzung und Marginalisierung betroffen sind.

Foto: photofiegel

Gudrun Schliebener wollte eigentlich Naturwissenschaftlerin werden, doch die gesellschaftlichen Verhältnisse in der BRD der 1960er Jahre wiesen die junge Mutter aus dem Hörsaal. Um für sich und ihr Kind zu sorgen, nahm sie einen Job in einem Industrieunternehmen an. Sie erlebte die Benachteiligungen, die einer Familie zugemutet wurden, die nicht den gängigen Erwartungen entsprach. Sie engagierte sich in der Kommunalpolitik ihrer Heimatstadt Herford und trat der CDU bei. Mit ihrer klaren Haltung, ihrem Nonkonformismus und ihrer Parteinahme für die Benachteiligten in der Gesellschaft hätte sie genauso gut eine Heldin der 68er Generation werden können. Mit großer Ernsthaftigkeit nahm sie die berufliche Herausforderung an – sie stieg mit den Jahren in eine verantwortliche Position des Managements auf – und widmete sich zugleich ihren bürgerschaftlichen und politischen Aktivitäten. Sie saß in zahlreichen Gremien, war Mitglied des Kreistags, Vorsitzende des Kreissozialausschusses, hoch geschätzt über alle Parteigrenzen wegen ihres Einsatzes und ihrer ausgewiesenen Kompetenz.

Als Herford vor 40 Jahren zu einem Brennpunkt der Psychiatriereform wurde, sah man sie in der noch jungen Bewegung der Angehörigen. Sie initiierte eine Reihe von gemeindepsychiatrischen Vereinen und begleitete kritisch den Aufbau der ersten Dienste. Maßgeblich trug sie gegen manche Widerstände zur Errichtung einer psychiatrischen Fachabteilung am Klinikum Herford bei. Dem Vorstand des Landesverbandes der Angehörigen in NRW gehörte sie seit seiner Gründung 1993 an, wurde später Landesvorsitzende und 2008 zur Vorsitzenden des Bundesverbandes gewählt.

In ihrem Wirken verband Gudrun Schliebener persönliche Erfahrung, politische Klugheit, Mut und Konfliktfähigkeit mit der Fähigkeit zu Kompromissen. Sie kämpfte gegen Vorurteile bei den professionellen Experten und in der Politik. Sie wollte die Randständigkeit der betroffenen Familien überwinden, nicht als Bittsteller im Sozialstaat auftreten, sondern ihre Rechte als Beteiligte einfordern. Angehöriger sein ist eine passive Eigenschaft, die sich niemand aussuchen kann. Dagegen setzte Gudrun Schliebener den Begriff der »Familienselbsthilfe«, um sichtbar zu machen, welchen Beitrag Eltern, Geschwister, (Ehe-)Partner, andere Verwandte und Freunde im Zusammenleben mit einem psychisch Erkrankten für Zusammenhalt und Sicherheit in der Gesellschaft leisten.

Als Bundesvorsitzende vertrat Gudrun Schliebener den BApK bei Anhörungen zur Gesetzgebung, bei der Erstellung von fachlichen Leitlinien und in vielen sozialpolitischen Initiativen, von denen die wichtigsten hier aufgeführt seien: Sie war stellvertretende Sprecherin des »Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit«, einem Netzwerk von über 115 Verbänden und Institutionen, sie war akkreditierte Vertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der über den Leistungsumfang der Krankenkassen entscheidet, sie war die Stimme der Angehörigen im Trialog-Forum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und im Verbändedialog des Bundesgesundheitsministeriums zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, sie arbeitete in der Steuerungsgruppe des Projektes »Wie Wohnen«, einem Kooperationsprojekt der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), der Charité Berlin, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie der Universität Hamburg zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem, sie sprach auf dem Armutskongress 2019 in Berlin.

Trotz dieser enormen Fülle von Aufgaben nahm sie weiterhin ihre bürgerschaftlichen Aktivitäten vor Ort ernst – im Verwaltungsrat des Kreisklinikums, in den Vereinen, in der persönlichen Beratung Betroffener und in der Auseinandersetzung mit den Absurditäten und Unzulänglichkeiten der institutionellen Versorgung.

Ihre Sache war der Schutz der Menschenwürde und im Eintreten für diese Sache war sie unermüdlich und schonte sich nicht. Der Tod ereilte sie während einer Dienstreise. Ihre Familie und ihre Freunde hinterlässt sie in tiefem Schmerz. Die Bewegung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen hat in ihr eine große Fürsprecherin verloren. Die sich für eine menschenwürdige psychiatrische Versorgung in Deutschland einsetzen, haben mit Gudrun Schliebener eine herausragende und hochverdiente Persönlichkeit verloren, die mit ihrer geradlinigen, unerschrockenen Haltung, ihrer Leidenschaft, ihrem Gespür für Gerechtigkeit, ihrem Einsatz für die Rechte der Schwächsten, aber auch mit ihrem Humor und ihrer Fähigkeit zur Selbstironie ein Vorbild gewesen ist. ◀

Dr. med. Friedrich Leidinger ist Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Ein Ort, wo es okay ist, nicht okay zu sein

In München schafft das erste Mental Health Café Deutschlands mit cleverem Design Normalität im Umgang mit der psychischen Gesundheit. **Von Peter Heuchemer**

Fotos: Anja Plonka

Berg & Mental: das erste Mental Health-Café in Deutschland

▶ »Wow«, denken sich die drei jungen Leute, als sie zur Tür des Cafés »Berg & Mental« in der Münchener Innenstadt hereinkommen. Es duftet nach frischem Kaffee. Das Ambiente ist gemütlich, mit Wänden und Möbeln in weiß, grün und mit viel Holz. In einer Ecke sitzen Studenten und arbeiten an ihren Laptops. Seit Ende 2019 ist der Laden neu in der Thalkirchnerstraße. Aber es ist nicht einfach ein weiteres hippes Café in der Großstadt, sondern eines mit einer Botschaft: Riesengroß und für alle sichtbar steht der Slogan »mental health rocks« auf der Scheibe. Die Bewohnerinnen und Bewohner der therapeutischen Wohngemeinschaft für junge Erwachsene, alle Anfang zwanzig und ebenfalls aus München, wollen mehr darüber erfahren – und wer die Menschen hinter den Kulissen sind.

Was das »Berg & Mental« zum »Mental Health Café« macht, erfahren die Gäste direkt vom freundlichen Personal hinter dem Tresen. Das weiß auch, was es mit den grünen Fähnchen und roten Fähnchen aus Filz auf sich hat, die man sich mit an seinen Tisch nehmen kann. Rot bedeutet: Ich möchte meine Ruhe haben. Dabei ist es egal, ob man gerade emotional voll ist oder einfach noch arbeiten muss. Grün signalisiert: Ich möchte mich mit jemandem unterhalten – setz dich gerne zu mir! Ins Gespräch kommen die Gäste an vielen Tagen untereinander, aber auch mit Psychologiestudierenden oder Therapeuten. Die sind einerseits selbst Gäste und trinken hier gemütlich einen Kaffee, andererseits halten sie ehrenamtlich nach Gästen mit grünen Fähnchen Ausschau, setzen sich zu ihnen und fragen, worüber sie sprechen wollen. Außerdem gibt es zwei Seminarräume, in denen abends Vorträge und Workshops stattfinden – zum Beispiel über Achtsamkeit, Selbstfürsorge oder Stressbewältigung. In einer Leseecke finden die Gäste Bücher und Zeitschriften – nicht nur, aber vor allem zum Thema seelische Gesundheit.

Mental Health als Lebensaufgabe

Nachdem sie sich die jungen Menschen die vielen Details im Laden haben zeigen lassen, nehmen sie an einem der Tische Platz. Kurz danach setzt sich auch Dominique de Marné zu ihnen, Mitinitiatorin des Cafés. Sie erklärt das Konzept dahinter: »Wir wollen verändern, dass und wie wir über psychische Gesundheit reden. Überhaupt, anders, normaler, besser. Mit ›Berg & Mental‹ wollen wir einen Ort schaffen, an dem man auch mal über solche Dinge reden kann, aber nicht muss. An dem man reden, zuhören, lernen, wachsen, aufladen, abschalten, runterkommen und lachen kann – in einer schönen Atmosphäre, bei einem leckeren Kaffee. Wenn es der Psyche nicht gut geht, dann sind wir für den ganzen Bereich da, wenn Menschen noch nicht bereit sind, einen Therapieplatz zu suchen oder in die Notfallambulanz zu gehen.« Die jungen Gäste hören gespannt zu.

Wie das »Berg & Mental« entstanden ist, ist sehr eng mit der persönlichen Biografie von Dominique de Marné verknüpft. »Ich wusste über zehn Jahre nicht, dass ich krank bin,« erzählt sie. »Mir war klar, dass irgendwas nicht stimmt, aber ich habe es vor mir selbst und anderen versteckt. Es war erst mit Ende zwanzig, als die Ärzte Borderline, Depression und Sucht bei mir diagnostizierten. Da dachte ich mir: Cool! Jetzt weiß ich, was los ist. Es gibt Therapien. Es kann besser werden. Und es gibt andere

Menschen, die auch davon betroffen sind, mit denen man sich austauschen kann.« Was Dominique nach ihrer Diagnose damals auffiel, war die komische Art, wie man in unserer Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen umgeht – oder eben auch nicht umgeht, indem man sie verschweigt und ausblendet. »Ich hab's nicht so ganz verstanden und wollte es nicht mehr akzeptieren.« Sie wollte etwas ändern. Ihre Mission: Über psychische Beeinträchtigungen so selbstverständlich zu sprechen wie über körperliche Erkrankungen, um damit Vorurteilen und Stigmatisierung entgegentreten.

Los ging es 2015 mit ihrem Blog »Traveling the Borderline«, in dem sie über zwei Themen schrieb, die prominent in ihrem Leben stehen – die Freude am Reisen und die Höhen wie Tiefen der Borderlinestörung. Seitdem ist einiges dazu gekommen: Schul- und Polizeiprojekte, Vorträge bei Peertreffen und Fachveranstaltungen, Artikel in Magazinen. »Dabei habe ich gemerkt, wie groß der Bedarf der Menschen ist, über diese Dinge zu reden. Und wie dankbar viele sind, wenn endlich mal einer – oder eine – anfängt, zu reden.« 2019 brachte die studierte Kommunikationswissenschaftlerin und Psychologin dann ihr erstes Buch heraus. Der Erfahrungsbericht und Ratgeber »Warum normal sein gar nicht so normal ist« hat ihr und ihren Themen viel mediale Aufmerksamkeit beschert – bis hin zu Interviews im öffentlich-rechtlichen Frühstücksfernsehen. Aus dem Einsatz für andere hat Dominique de Marné auch selbst viel Kraft gewonnen und fühlt sich heute mit ihren Erkrankungen so stabil wie noch nie.

Der Weg zum eigenen Café

Jetzt sucht sie nach einem Weg, um ihr Wissen, ihre Erfahrungen der letzten Jahre, an einem Ort zu bündeln – und weiterzugeben. Eine Inspiration fand sie schließlich im US-amerikanischen Chicago. Dort entstand vor ein paar Jahren das »Sip of Hope«, das weltweit erste Mental Health Café, das sich der Suizidprävention und der Aufklärung über die psychische Gesundheit verschrieben hat. Als Dominique de Marné zusammen mit ihrem Geschäftspartner und Lebensgefährten Lasse Münstermann dort war, war ihnen sofort klar: So etwas brauchen wir auch in Deutschland.

Die Idee, ein Café an eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch erkrankte Menschen, deren Angehörige und Freunde anzuschließen, gibt es bereits vielfach. Jedoch wirkt das Café dabei oft wie ein nachträglicher Einfall. Vom »Sip of Hope« haben die Betreiber des »Berg & Mental« den Anspruch übernommen, einfach auch – ganz für sich betrachtet – ein gutes Café zu sein, das sich nicht hinter der regulären Konkurrenz verstecken muss. Mit leckeren Getränken und Speisen, nachhaltigen Produkten, einer schönen Atmosphäre. »Wir wollen keine Krisenanlaufstelle sein, kein Ort, an den nur Betroffene kommen.«

Von der Stadt München kam viel Zuspruch für das Café. Dabei blieb es aber auch. »Wir suchten Unterstützung bei der Finanzierung und die Stadt sagte uns zwar, dass unser Konzept super und genau das wäre, was man an niedrigschwelligen Hilfen bräuchte – Geld für eine Projektunterstützung konnten sie uns aber nicht geben.« Deshalb starteten die werdenden Gründer eine Crowdfundingkampagne, bei der von über fünfhundert Menschen, die das Konzept verwirklicht sehen wollten, über das Internet mehr als 33.000 Euro gespendet wurden. Mit diesen Eigenmitteln klappte es dann mit Finanzierung bei der Bank. Die Eigenständigkeit als GmbH bringt Vorteile mit sich: »Dadurch, dass wir nicht an einen kommunalen oder anderen Träger gebunden sind, sind wir viel flexibler. Und wir versprechen: Einnahmen, die nach der Deckung unserer Ausgaben noch übrig bleiben, fließt in neue Projekte – zum Beispiel in Schulen«, erklärt Dominique de Marné.

Unterstützung kam zusätzlich von einem Projekt der Hochschule München. Studierende des Studiengangs »Management Sozialer Innovationen« arbeiteten drei Monate lang vor der Eröffnung des am Auftritt und Erscheinungsbild der Marke »Berg & Mental« mit und verliehen dem Café so den letzten Schliff. Die Mehrarbeit merkt man: Alles wirkt aus einem Guss, von der Speisekarte über die Infotafeln zu den Fähnchen bis hin zum Farbkonzept.

Die Welt um sich herum gestalten

Aus der ursprünglichen Verwunderung über den komischen Umgang mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft ist bei Dominique de Marné und ihren Mitstreitenden ein Ziel gewachsen: Normalität im Umgang mit der Psyche schaffen. »Es geht darum, dass wir alle eine Psyche haben, einen Kopf, Gedanken, Seele, Hirn, mit dem wir ab und zu kämpfen.« Was im »Berg & Mental« besonders auffällt, ist die besondere Sorgfalt, mit der nichts dem Zufall überlassen ist und eine Funktion erfüllt. Klare Ziele treffen auf gutes Design: In der Art, wie die Räume verschiedenste Menschen zum Verweilen einladen. Die Hilfsmittel bei der Kommunikation, wie die Gesprächsfähnchen. Die abendlichen Lesungen und Workshops, die weitere Foren zum Austausch bieten. Und nicht zuletzt die Stimmung, die durch das Selbstverständnis der Betreiber gesetzt wird – denn das Wissen, dass die Betreiber selbst Erfahrungen mit Krankheiten und Krisen gemacht haben und am Eingang groß »Mental Health Café« geschrieben steht, gibt den Gästen Selbstvertrauen, sich zu öffnen und ins Gespräch zu kommen. Vielleicht ist das auch eine Erkenntnis, die der Erfolg des Cafés zeigt: Es kommt darauf an, dass wir unsere Lebenswelt und die Kommunikation darin noch zugänglicher gestalten, Anreize zum Austausch schaffen und eine neue Normalität etablieren. Design, also die funktionale Gestaltung von Dingen, Räumen und Kommunikation, kann dabei helfen.

Die Resonanz auf das Café ist bisher sehr positiv. Sowohl beim breiten Publikum, als auch speziell bei Betroffenen, Angehörigen und in der Sozialpsychiatrie Tätigen. »Viele fragen: Wann kommt die nächste Filiale?« erklärt Dominique de Marné, die mit ihrem Team tatsächlich über die Eröffnung weiterer Franchiseläden nachdenkt. Auf die Jugendlichen der Wohngruppe wirkt das Konzept bereits ermutigend und stärkend. »Das Berg & Mental entspricht nicht dem typischen Bild eines Ortes, an dem es um psychische Erkrankungen geht«, sagt eine der WG-Bewohnerinnen. Dass jemand einen solchen Ort schafft, so einladend und freundlich, wo gleichzeitig aber auch offen kommuniziert wird, dass es hier »okay ist, nicht okay zu sein«, findet sie großartig. Sie und die anderen wollen öfter vorbeikommen, hier eigene Projekte planen – und sicher auch mit einem grünen Fähnchen mit anderen ins Gespräch kommen. ◀

Peter Heuchemer ist Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
Kontakt: heuchemer@psychiatrie.de

Auf nach Triest!

Auf dem Weg zur Wiege der Sozialpsychiatrie will eine Gruppe aus Profis und Peers wissen, wie Österreich, Slowenien und Italien heute Gemeindepsychiatrie gestalten. Sie stoßen dabei immer wieder auf die zentrale Bedeutung der Arbeit – und ganz unterschiedliche Strukturen.

Von Beate Pinkert

▶ In Deutschland funktioniert die ambulante Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen in Krisensituationen in einigen Regionen Deutschlands bereits ganz gut – zumindest nehmen wir das für uns in Anspruch. Aber stimmt das?

Eine Reise in europäische Nachbarländer sollte zeigen, wie die Hilfesysteme dort aufgebaut sind. Im Oktober 2019 brachen Geschäftsführende gemeindepsychiatrischer Einrichtungen, Peerberatende, Fachkräfte und Psychiater gemeinsam auf. Vor allem drei Fragen wollten sie auf den Grund gehen:

Arbeiten die Fachkräfte multiprofessionell und sozialleistungsträgerübergreifend?

Wie werden Peers ausgebildet? Inwiefern sind sie Teil von Teams?

Und: Wie wird mit dem Thema Arbeit in den einzelnen Ländern umgegangen?

Unsere erste Station war Salzburg.

ProMente Salzburg: Arbeit als Schlüssel der Integration

In Salzburg wurde 1974 eine der ersten therapeutischen Wohneinrichtungen Europas gegründet. Damit wurde die gute Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Organisationen außerhalb der Kliniken begründet, die bis heute anhält. Heute gibt es sogar eine Wohngruppe für forensische Klienten mitten in Salzburg.

Garant der produktiven Kooperation ist ProMente Salzburg, eine Organisation, die relativ konkurrenzlos für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in und um Salzburg zuständig ist. Das Ziel ist die Reintegration von psychisch erkrankten Menschen in allen Lebensbereichen mit »so wenig Unterstützung wie möglich, aber so viel wie nötig«, wie uns Kathleen Heft, Geschäftsführerin, versichert.

Eine klare Trennung der Kostenträger für einzelne Bereiche führte dazu, dass ProMente Salzburg sich in weitere gemeinnützige GmbHs gesplittet hat. Diese beginnen erst, mit den Klientinnen und Klienten zu arbeiten, wenn es eine Kostenzusage gibt.

Im Vergleich zu Deutschland fällt auf, dass ProMente Salzburg eine telefonische Krisenversorgung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung anbietet, welche 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche erreichbar ist. Hierüber werden Termine vermittelt. Nach Absprache mit den Betroffenen wird bei Bedarf die Polizei bzw. die Rettung hinzugezogen und der Psychiatrische Dienst, welcher nicht zu ProMente Salzburg gehört.

Ein klarer Schwerpunkt liegt auf der Reintegration durch Arbeit. Bei einem Besuch im Arbeitszentrum für Menschen mit einer psychischen Erkrankung wurde das einjährige, strukturierte Trainingsprogramm vorgestellt, welches Menschen mit einer psychischen Erkrankung für den ersten Arbeitsmarkt qualifiziert. Das Programm besteht aus den Stufen Orientierung, Qualifizierung und Integration.

ProMente Salzburg kooperiert intensiv mit Unternehmen, einmal im Jahr werden Unternehmen für die besonders gute Zusammenarbeit ausgezeichnet.

In Außenstellen können außerdem Beschäftigungen in Kantinen- und Caféhausbetrieben oder die Arbeit in einem Sparmarkt erprobt werden. Die Trainierenden sind Psychologen, die individuelle Ziele besprechen und die Teilnehmenden begleiten. Fachliche Trainer sind Profis in ihrem Beruf, also beispielsweise Schneider und Tischlerinnen. Überrascht hat uns die Arbeitszeit der Teilnehmenden, da diese im Durchschnitt bei 38 Wochenstunden liegt.

Fazit: In Österreich gibt es eine klare Versäulung in der Finanzierung. Die Teams arbeiten multiprofessionell, wobei die Berufsgruppe der Psychologinnen am stärksten vertreten ist. Nur ein geringer Teil sind Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Pädagoginnen. Peers gibt es in Salzburg bislang nicht.

Der Schwerpunkt der gemeindepsychiatrischen Tätigkeiten liegt auf dem Thema Arbeit. Durch Praktika und strukturierte Programme soll die gesellschaftliche Teilhabe vor allem durch die Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt erleichtert werden.

Ljubljana: Was Trialog alles kann

In Ljubljana besuchten wir Einrichtungen der Organisation Šent. Diese ist mit dreißig niederschwelligen Anlaufstellen, Wohngruppen und Programmen im ganzen Land vertreten. Die Arbeit von Šent erfolgt trialogisch, die Präsidentin des Betroffenenrats und ein Angehöriger stellten uns ihre Arbeitsbereiche vor.

Peers beraten und unterstützen sich gegenseitig. Ein Kreis von fünf Betroffenen ist Anlaufstelle für Vorschläge, die auch an den Vorstand von Šent weitergeleitet werden können.

Die Angehörigen können ein strukturiertes Programm wahrnehmen, um sich selbst zu informieren und zu stabilisieren und sich als Multiplikator und Ansprechpartner für andere Angehörige anzubieten. Die Angehörigenselbsthilfe »Friends, Family and Parents« ist gut organisiert und vernetzt. Sie sind mit 21 weiteren europäischen Staaten in EUFAMI, besuchen sich gegenseitig und profitieren von den Erzählungen und Erfahrungen anderer betroffener Eltern, Freunde, Angehöriger.

Bei den Angeboten der Profis fällt uns auf, dass die in Deutschland weit verbreitete Wohnbetreuung keine tragende Rolle im slowenischen Hilfesystem spielt, sie soll zukünftig aber weiter ausgebaut werden. Aktuell beziehen sich die ambulanten Angebote vor allem auf die Themen Arbeit und Tagesstruktur. So gibt es ein Day Center, welche den Tagesstätten im Rheinland ähnelt. Das Day Center ist für jeden Menschen mit einer psychischen Erkrankung kostenlos zugänglich.

Ein Arbeitsbereich von Šent bemüht sich um Antistigmaarbeit und Prävention. Dabei spielt eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit eine große Rolle, es soll das »Randthema« psychische Erkrankungen in den Vordergrund bringen.

Fazit Lubljana: Sozialleistungsträgerübergreifende multiprofessionelle Teams scheinen in Slowenien fremd zu sein. Ähnlich wie ProMente Salzburg ist es Šent sehr wichtig, Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Foto: Denise Brenneis

Das blaue Pferd von Marc Cavallo, das Triester Freiheitssymbol

Herausragend ist die trialogische Arbeitsweise. Wenn es auch keine anerkannte Ausbildung für Peers gibt, so sind sie Teil der Organisation und haben durch den Betroffenenrat auch eine Stimme im Vorstand von Šent.

Triest: Psychiatrische Behandlung als soziale Aufgabe

Von Triest aus begann in den 1970er-Jahren der Deinstitutionalisierungsprozess der Psychiatrie, eine Bewegung, die bis heute wirkt. Der Spirit, der damals in Triest zu einer Reform der Psychiatrie führte, ist auf dem alten Klinikgelände immer noch zu spüren. Das blaue Pferd von Marc Cavallo, das Freiheitssymbol dieser Zeit, ist auf dem Gelände omnipräsent. In der alten, menschenunwürdigen Anstalt sind heute Kooperativen, Shops, Büros und ein Café vorhanden und lassen das Leben pulsieren.

Bei einem Besuch des Sekretariats des »WHO Collaborating Centre for Research and Training« auf dem Klinikgelände erfahren wir, dass in den letzten Jahrzehnten alle Anstalten in Italien geschlossen wurden – 2015 auch die letzte forensische Klinik. Parallel dazu entstanden ca. 16.000 soziale Kooperativen, welche Arbeit und Lohn für Menschen mit Benachteiligungen anbieten und auch einen großen Teil der Behandlung zu Hause übernehmen. Ziel ist auch hier die Integration der Psychiatriepatienten in die Gesellschaft über die Teilhabe an Arbeit. Die Kooperativen boten zunächst vor allem Putzarbeiten, Reparaturen, Gastronomie, Wäscherei, Druckerei und Gartenarbeit an, die Arbeitsfelder haben sich über die Jahre aber erheblich erweitert, heute sind Kooperativen auch in Bereichen des alltäglichen Lebens, z. B. in der Straßenreinigung, wo sie mit der Stadt kooperieren, tätig. Seit einigen Jahren betreibt eine Kooperative ein öffentliches Schwimmbad am Meer in Triest.

Eine Gruppe von 14 Peers startete 2015 zunächst in Eigeninitiative, wurde später aber Teil eines mit EU-Geldern geförderten Projektes, dem es im engen Austausch mit einer Peer Support Organisationen in Utrecht gelang, eine Ausbildung mit dreihundert Stunden zu entwickeln. Ausgebildete Peers erhalten heute ein festes Gehalt, was ihnen viel bedeutet.

Die psychiatrische Arbeit in Triest ist in vier Sektoren mit je 60.000 Einwohnern organisiert. Jeder Sektor hat einen psychiatrischen Dienst für Diagnose und Behandlung, einen Wohndienst, einen integrierten Service für Verhaltensstörungen, ein Zentrum für psychische Gesundheit und jeweils 6–15 Betten in der allgemeinen Klinik, die jedoch nur im Notfall belegt werden. Grundsätzlich sind die Stadtteilzentren für die 24-Stunden-Versorgung an sieben Tagen in der Woche zuständig. Sie halten selbst einige Krisenbetten vor.

Die offene Art der Behandlung hat auch andere Gesundheitsbereiche beeinflusst. Nur noch Erst- oder Notfallversorgung findet in Italien in Krankenhäusern statt. Das soziale Umfeld wird in seiner Gesamtheit gesehen und möglichst in Anspruch genommen. Die Interventionsachsen, an denen jede Arbeit mit Klientinnen und Klienten ansetzt, sind: eine Wohnung, Arbeit, um sich in der Gesellschaft zu integrieren, und die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstbefähigung.

Bei dem Besuch eines Stadtteilzentrums erlebten wir die Praxis dieses Ansatzes. Auf zwei Etagen nehmen laufend etwa vierzig bis fünfzig Personen an Angeboten teil, sprechen mit Psychiatern, Psychologen oder Sozialassistenten, es gibt also multiprofessionelle Teams. Die Besuchenden erhalten Medikamente, aber auch Essen. Es existiert eine Krisenwohnung mit sechs Betten. Die Nutzenden bleiben zwischen zwei Tagen und zwei Monaten, im Durchschnitt eine Woche.

Immer ist ein Arzt oder eine Ärztin im Stadtteilzentrum anwesend, bis auf Feiertage und nachts. Diese Person übernimmt regelmäßig auch Dienste im kooperierenden Krankenhaus. Hier kümmern sich zwei Psychiater, Fachpflegekräfte und Pflegehelfer um die anwesenden Patienten, die von zu Hause oder von den Stadtteilzentren kommen. Das Krankenhaus ist in akuten Krankheitsepisoden für Diagnostik, Beratung und Behandlung zuständig. Dabei können auch Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen, aber nur, wenn zwei Psychiater dies unabhängig voneinander befürworten und der Bürgermeister auf Grundlage ihrer Gutachten dies entscheidet. Fixierungen gibt es nicht. Zwangsaufnahmen finden entweder im Krankenhaus oder in den Krisenbetten der Stadtteilzentren statt. Die Türen bleiben dabei jederzeit offen. Nur nachts kann die Tür von außen nicht geöffnet werden.

Fazit Triest: In Triest arbeiten multiprofessionelle Teams, diese sind aber weniger dem Gesundheitssystem als der Gemeinde verpflichtet. Peers werden ausgebildet und entlohnt, auch wenn es noch nicht sehr viele gibt. Das Thema Arbeit spielt auch hier eine dominierende Rolle.

Hat sich die Studienreise gelohnt?

Für die Mitreisenden ist das keine Frage. Die ganz anderen Strukturen waren für alle Teilnehmenden eine große Inspiration. Ein Peerberater sagte es so: »Mir ist durch die Reise klar geworden, dass durch das Engagement Einzelner im Rahmen eines zähen gesellschaftlichen Wandels vieles ermöglicht wurde, von dem ich wie selbstverständlich profitiere. Diese Erkenntnis gibt mir Mut, sie ermächtigt mich sozusagen, meinen Teil zu diesem Wandel beizutragen.« ◀

Weitere Informationen und alle Präsentationen der Reise finden Sie auf unserer Website www.agpr-rheinland.de

Beate Pinkert ist Referentin der AGpR.

Glückwunsch zum 80. Geburtstag, Asmus!

Eine persönliche Würdigung **von Peter Lehmann**

▶ Einem Psychiater und ehemaligen Leitenden Krankenhausarzt zum 80. Geburtstag zu gratulieren und alles Gute zu wünschen, gehört nicht unbedingt zu den Gepflogenheiten eines Aktivisten der humanistischen Antipsychiatrie.

Fotos: DGSP

Asmus Finzen und Peter Lehmann (unten) 2018 auf der DGSP-Jahrestagung in Magdeburg

Entgegengesetzte Positionen

Tatsächlich waren die Ausgangsbedingungen, unter denen ich Asmus Finzen kennenlernte, alles andere als günstig für ein freundschaftliches und kooperatives Verhältnis, wie es sich zwischen uns beiden entwickeln sollte. Ich war in den 1970er-Jahren in einer Krisensituation in die baden-württembergische Psychiatrie verschleppt und dort ohne Rechtsgrundlage so lange hoch dosiert mit Neuroleptika malträtiert worden, bis ich an tardiver Dyskinesie, den für Neuroleptika typischen quälenden chronischen und mit verkürzter Lebenserwartung einhergehenden Muskel- und Bewegungsstörungen erkrankt und fett und suizidal geworden war. Heimlich und erfolgreich setzte ich die Psychopharmaka ab. Meine Lebenskraft und meine Entschlussfähigkeit waren daraufhin schon wieder stark genug geworden, dass der Versuch des niedergelassenen Psychiaters, mich weiterhin mit Depotneuroleptika niederzuspritzen, erfolglos blieb. Wie anders und wahrscheinlich kürzer wäre mein Leben verlaufen, wäre damals die Gemeinde- und Hausbesuchspsychiatrie in meinem Heimatort schon Praxis gewesen.

Für all das, was mir widerfahren war – und neben mir Millionen von Psychiatrie-betroffenen – stand für mich also auch Asmus Finzen, als wir 1981 beim Gesundheitstag in Hamburg erstmals aufeinanderstießen. Ansatzweise erinnere ich mich noch daran, dass wir das Podium besetzten und den Podiumsteilnehmern, auch ihm, das Mikrofon entwendeten. Wir wollten unsere Vorwürfe lautstark zu Gehör bringen. Ein Mitglied der Irren-Offensive begründete kurz danach seinen Austritt aus der Gruppe mit den Worten: »Man kann einfach nicht alle Leute, die in der Psychiatrie arbeiten – seien es nun Psychiater, Psychologen oder Pflegepersonal –, über einen Kamm scheren und in solch unqualifizierter Art und Weise angreifen. Wenn wir in der Psychiatrie etwas verändern wollen, brauchen wir Verbündete, die Macht und Einfluss haben.«

Ob wir in der Gruppe je über diesen Einwand diskutierten, weiß ich nicht mehr, ich habe sie 1990 verlassen. Vergessen habe ich auch, ob und ggf. wie ich Asmus – wir sind längst per Du – beschimpfte. Für mich war er damals der Chefideologe der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der als Führer einer Unianstalt – ausgerechnet in Basel, dem Mekka der Pharmaindustrie –, mit wohlklingenden Worten knallharte Politik in Interesse der Psychiatrie und insbesondere ihres verlängerten Arms, der Gemeindepsychiatrie, betrieb.

In der Folgezeit gab es immer wieder Aufeinandertreffen, vornehmlich bei DGSP-Tagungen, wo ich ihm jeweils Kontra gab. Asmus rezensierte einige meiner Bücher, was mich manchmal ärgerte, manchmal freute. Letzteres bei einer Rezension meines »Chemischen Knebels«, als er seinen Kollegen empfahl, sie mögen mein Buch lesen, da zu viele Patienten mit dem Buch wedelten, wenn sie mit der Behandlung nicht einverstanden seien und sich darauf beriefen. »Psychiatrisch Tätige, lest das Buch«, überschrieb er acht Jahre später die Rezension meines Doppelbands »Schöne neue Psychiatrie«; allerdings riet er Nichtmedizinern von dem Buch eher ab, unter anderem, da ich für eine – seiner Meinung nach nicht mögliche – Behandlung akuter Psychosen ohne Neuroleptika plädieren würde.

Gleichzeitig rezensierte ich seine Bücher, in der Regel waren es Verrisse. Ich warf ihm vor, die neuroleptische Dauerbehandlung als Fundament psychiatrischer Behandlung zu propagieren. Besonders missfiel mir seine »Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen«, in der er die Einführung von Kalenderkarteien empfahl, sodass dem Sprechstundenpersonal auffallen müsse, wenn ein Problempatient nicht fristgemäß zur Verabreichung von Depotneuroleptika erscheine. So könne er noch am gleichen Tag angeschrieben werden, und käme er nicht, zu Hause aufgesucht werden. Dies schrieb er 1979. Ein Jahr davor war ich aufgrund dieser Lücke der

depotneuroleptischen Dauerbehandlung entkommen, dem Psychiater war meine Desertation nicht aufgefallen. Zu meinem Glück.

In der Folge besuchte mich Asmus hin und wieder an meinem Verlagsstand auf der Frankfurter Buchmesse, auch in Begleitung seiner Frau, einer Buchhändlerin. Inzwischen hatten sich meine Vorbehalte infolge zweier Gutachten relativiert, die Asmus verfasst hatte.

Berührungspunkte

Sein erstes Gutachten bewirkte – neben dem seines Kollegen Marc Rufer –, dass 1994 aufgrund einer Klage des Schweizer PSYCHEX-Anwalts Edmund Schönenberger gegen die Vormundschaftsbehörde der Stadt Zürich Karl Wegelin 80.000 Franken wegen unrechtmäßiger Inhaftierung und 50.000 Franken wegen Zwangsbehandlung mit »bemerkenswert« überhöhten Neuroleptikadosen zugesprochen wurden. Wie auch Rufer hatte Asmus den Behandlern vorgeworfen, sie hätten es schuldhaft versäumt, in periodischen Abständen Absetzversuche durchzuführen. In seinem Gutachten verwies Asmus auf Manfred Bleulers Aussage, dass es eine besondere Kunst und oft ein Vorteil für den Kranken sei, bei der Behandlung ohne Psychopharmaka auszukommen.

Seinem zweiten Gutachten hatte es Klaus-Peter Löser zu verdanken, dass ihm 1995 das Landgericht Marburg 425.000 DM Schmerzensgeld für körperliche Schäden zusprach, unter anderem eine tardive Dyskinesie. Sie waren durch fortgesetzt zu Disziplinierungszwecken verabreichte hoch dosierte Neuroleptika entstanden. Und wie üblich waren Absetzversuche unterblieben. Löser bekam außerdem 75.000 DM für jahrelangen Freiheitsentzug durch ungerechtfertigte Zwangsunterbringung: Lösers »Weglaufverhalten« habe keinen Krankheitswert, so Asmus, das einmalige Schlagen eines Pflegers wegen Wegnahme einer Zigarettenschachtel begründe keine Fremdgefährdung, die eine jahrelange Zwangsunterbringung rechtfertige. Die insgesamt halbe Million DM war seinerzeit die europaweit höchst dotierte Schmerzensgeldsumme aufgrund von Behandlungsschäden – dank Asmus' Gutachten.

Für mich bedeutete dies, dass entweder das Sprichwort nicht stimmte, wonach eine Krähe der anderen kein Auge aushackt, oder Asmus war keine Krähe. Er hatte sich gegen den Missbrauch in der Psychiatrie ausgesprochen. Dies brachte ihm in Kollegenkreisen vermutlich wenig Anerkennung ein. Für mich ist die Psychiatrie selbst der Missbrauch, da sie sich vornehmlich als naturwissenschaftliche Disziplin versteht und somit schon vom Ansatz her völlig ungeeignet ist, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur lösen zu können. Doch an dieser Stelle, der Entschädigung von Psychiatriegeschädigten, trafen wir uns.

»Glückwunsch, Herr Doktor Lehmann!« war Asmus' Gratulation in der Psychosozialen Umschau überschrieben, mit der er mich 2011 anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki überraschte. Im Folgejahr trafen wir zur Expertenanhörung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in Berlin aufeinander. Wir waren beide als Außenseiter eingeladen: Ich als Individuum neben einem Vertreter des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE); dessen Vorstand hatte mich, ein ehemaliges Vorstandmitglied, nie um die Vertretung von Betroffeneninteressen in einem Gremium gebeten. Asmus als Individuum; ihm hatte die DGSP als Gründungs- und ehemaligem Vorstandsmitglied kein Mandat gegeben, bei der Anhörung in ihrem Namen zu sprechen. Aus dem Berührungspunkt war eine Gemeinsamkeit entstanden.

Gemeinsame Aktionen

2013, Asmus war schon zehn Jahre im Ruhestand, zog er von Basel nach Berlin um und schlug vor, dass wir uns mal in Ruhe zusammensetzen. Wir trafen uns im Juni 2013 in einer Pizzeria bei mir um die Ecke. Wir plauschten freundlich miteinander und zum Schluss schlug Asmus vor, irgendetwas gemeinsam zu machen. Wir verabredeten, der DGSP für ihre Jahrestagung ein Symposium mit dem Titel »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie« anzubieten. Dieses kam nach sorgfältiger Planung 2014 in Bremen zustande und war ein großer Erfolg. Eine Tagungsteilnehmerin erklärte, sie sei extra angereist, um Asmus und mich gemeinsam auf einem Podium zu erleben, das sei unfassbar. Asmus äußerte sich überaus offen und kritisch: Ärzte würde nur lernen, wie man Psychopharmaka verabreicht, aber nicht, wie man sie wieder absetzt. Wenn ein Patient Psychopharmaka, die er langzeitig eingenommen hat, reduzieren oder absetzen wolle, habe der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung sei. Alles andere sei unethisch und ein Kunstfehler.

2016 organisierten wir bei der DGSP-Jahrestagung in Berlin den Workshop »Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen«. Und wiederum zwei Jahre später war Asmus einer der Podiumsteilnehmer bei dem Symposium »Die Wiederkehr des Elektroschocks – Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, das Jann Schlimme und ich bei der DGSP-Jahrestagung in Magdeburg leiteten. Wie peinlich muss Asmus' Auftritt gewesen sein für die Elektroschockfans in der DGSP. Er berichtete, in seiner langen Laufbahn als Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975–1987) und Basel (bis 2003) mit ca. 50.000 Patientinnen und Patienten sei nicht ein einziger Elektroschock nötig gewesen. Ein starkes und deutliches Votum. Wer Asmus sehen und zuhören will, kann sich das Symposium im Internet ansehen (www.bit.do/e-schock).

Wertschätzung

Natürlich berührt unsere gemeinsame Geschichte nur ein paar Facetten von Asmus' Leben. Informationen über seine vielfältigen Tätigkeiten finden sich auf seiner Website (www.finzen.de).

Auch wenn Asmus und ich früher in unseren Positionen Gegner waren, auch wenn ich ihn – und er mich – heftig kritisierte: Ich gestehe gerne ein, dass er als »ehrliche Haut« und ohne Angst vor Konsequenzen Missstände im psychiatrischen Bereich anprangerte, mit Gutachten Psychiatriegeschädigten zu richtungsweisenden Schadenersatzzahlungen verhalf, das psychiatrische Tabu der unterlassenen Hilfeleistung beim Absetzen von Psychopharmaka brach, sich vom Elektroschock offen distanzierte und in gemeinsamen Aktionen ein verlässlicher und vertrauter Verbündeter wurde. Mögen sich seine Kolleginnen und Kollegen eine Scheibe von seiner Geradlinigkeit abschneiden.

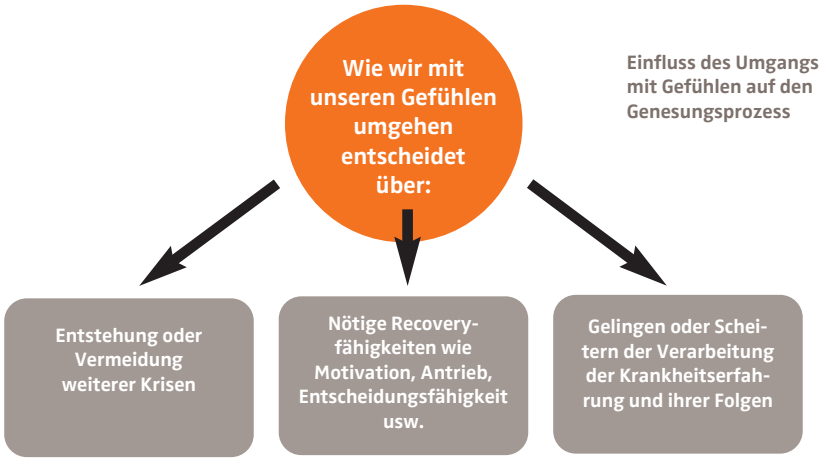
Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag, lieber Asmus, bleib gesund, auf dass wir noch dies und das gemeinsam aushecken können! ◀

Dr. phil. h.c. Peter Lehmann ist Inhaber des Antipsychiatrieverlags und war langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. www.peter-lehmann.de

Recovery und Gefühle

Das Wegdrücken von Angst, Scham und Trauer angesichts unerfüllter Lebenspläne ist verständlich, aber eine Bearbeitung dieser Gefühle ist für die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen kaum zu überschätzen.

Von Andreas Knuf



▶ Damit Recovery gelingen kann, ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und deren Verarbeitung von zentraler Bedeutung.

Betroffene sind auf ihrem Genesungsweg mit zahlreichen Gefühlen konfrontiert, wovon viele sehr unangenehm sind. Trauer, Scham und Angst sind die wohl am häufigsten auftauchenden Gefühle auf dem Genesungsweg. Unangenehmen Gefühlen versuchen wir alle, aus dem Weg zu gehen, doch gerade ein Wegdrücken oder Vermeiden von Gefühlen behindert Genesungsprozesse. Wer keine Angst fühlen möchte, wird zwangsläufig angstauslösende Situationen vermeiden und sich deshalb z. B. nur schwer für Veränderungen öffnen können. Wer seiner Scham über die Erkrankung oder deren Folgen aus dem Weg gehen möchte, wird zu sozialem Rückzug neigen, weil die Scham in Anwesenheit anderer stärker wird. Sozialer Rückzug aber erschwert Genesungsprozesse bei den meisten Menschen deutlich. Wer die Trauer vermeidet, wird sich nicht für Neues öffnen können und wird an das durch die Erkrankung verlorene »gefesselt« bleiben, er will dann zumeist sein altes Leben von vor der Erkrankung zurück, er will seine Beziehung zurück, seine Freunde, seinen Arbeitsplatz, die finanzielle Sicherheit.

Gefühle sind aus verschiedenen Gründen für den Recoveryprozess sehr zentral:

Wie wir mit unseren Gefühlen umgehen, entscheidet darüber, ob es zu erneuten Krisen kommt. Wir können heute aufgrund von Untersuchungen davon ausgehen, dass ein ungünstiger Umgangsstil mit Gefühlen nicht nur Folge der Erkrankung ist, sondern umgekehrt mit zur Krise beigetragen hat, diese aufrechterhält oder die Gefahr einer erneuten Krise erhöht. Oft sind es unverarbeitete emotionale Themen, die zu weiteren Krisen führen. Um sich vor Krisen zu schützen, ist also ein guter Umgang mit den eigenen Gefühlen wünschenswert.

Viele Fähigkeiten, die für Recoveryprozesse entscheidend sind, etwa Motivation oder Entscheidungsfähigkeit, werden durch Gefühle mit moduliert. Der Zugang zu unseren Gefühlen und unsere Reaktion darauf entscheidet also mit darüber, ob uns diese Fähigkeiten zur Verfügung stehen. Wer etwa seine Gefühle gar nicht wahrnimmt, ist zwangsläufig in seiner Motivation eingeschränkt. Da er kaum Freude und Zufriedenheit spüren kann, wird er für seine Handlungen nicht durch angenehme Gefühle belohnt, weshalb er weniger Motivation hat, aktiv zu werden. Warum sollte jemand beispielsweise einen Spaziergang machen, wenn er sich dabei gar nicht wohl fühlt? Und wie kann er Mut und Selbstvertrauen entwickeln, wenn er aus Scham und Angst alles vermeidet, was schwierig werden könnte?

Ohne einen heilsamen Umgang mit Gefühlen ist ein Genesungsprozess nach meiner Erfahrung nicht möglich. Doch wie sieht ein guter Umgang mit Gefühlen eigentlich aus? Grob lässt sich sagen, dass wir dazu unsere Gefühle wahrnehmen und nicht beiseite drücken sollten. Aber genau das findet im Alltag ständig statt, weil uns die Gefühle zu unangenehm erscheinen, weil wir gelernt haben, dass man seine Gefühle nicht zeigen sollte oder weil man befürchtet, durch die Gefühle in eine erneute Krise zu geraten.

Auch Behandelnde müssen Gefühle zulassen

Im psychiatrischen Setting haben Gefühle oft wenig Raum, sie sollen nicht zu stark werden und am besten möglichst schnell wieder abklingen. Eine der wichtigsten Gründe für den Einsatz von Psychopharmaka ist der Wunsch, unangenehme Gefühle zu regulieren.

Es gibt Menschen, die sehr schnell in sehr starke Gefühle geraten, dies wird in der Fachsprache als unterreguliert bezeichnet. Andere wiederum haben einen sehr schlechten Zugang zu Gefühlen, man spricht von Überregulation. Menschen, die in starke Gefühle geraten, erhalten vom Hilfesystem gemeinhin Unterstützung, um ihre Gefühle wieder herunterregulieren zu können. Aber jene Klienten, die ihre Gefühle kaum spüren, erhalten in der Regel keine Unterstützung, um wieder besser mit ihren Gefühlen in Berührung zu kommen. Ganz im Gegenteil ist das Hilfesystem vielfach sogar »froh« über diese Klienten, denn sie sind eher unkompliziert und »laufen mit«. Dabei ist der nicht vorhandene Zugang zu Gefühlen für den Recoveryprozess letztlich Gift, denn wenn angenehme Gefühle wie Freude gar nicht wahrgenommen werden können, ist Genesung im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden kaum möglich.

Beispiel Trauer

Ich möchte nun beispielhaft anhand des Gefühls Trauer aufzeigen, welche Bedeutung Gefühle für den Genesungsprozess spielen und warum ein Genesungsprozess ohne die Verarbeitung der Gefühle nicht gelingen kann.

Trauer und Traurigkeit zeigen Verluste und nicht erfüllte Wünsche und Bedürfnisse an. Was haben Betroffene auf ihrem Gesundungsweg zu betrauern? Es gibt ganz konkrete Verluste: Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Lebenspartner, Auflö-

sung der Familie, Verlust finanzieller Absicherung, Verlust von sozialer Integration, Aufgabe selbstständigen Wohnens usw., aber betrauert werden muss auch all das, was jemand aufgrund seiner Erkrankung nicht leben konnte, etwa die Gründung einer Familie mit Kindern oder der Aufbau einer beruflichen Karriere.

Trauer ist also eine sehr sinnvolle Emotion, ohne die es uns nicht möglich ist, diese Verluste anzunehmen und zu bewältigen. Trauer bedarf es immer dann, wenn wir etwas für uns Wichtiges verloren haben. Daher spielt Trauer auch auf so gut wie jedem Gesundungsweg eine wichtige Rolle, denn mit langjährigen psychischen Erkrankungen gehen fast immer schwerwiegende Verlusterfahrungen einher.

In zahlreichen Gesprächen mit Betroffenen habe ich gelernt, wie schwerwiegend die Trauer sein kann, die manchmal ganze Jahrzehnte eines Lebens prägen kann. Viele Betroffene beklagen, dass sie von professioneller Seite kaum Unterstützung für diese Trauerarbeit erhalten haben, stattdessen hätten sie oft Appelle gehört wie etwa: »Da müssen sie sich allmählich mit abfinden.« In meinen Augen ist Trauer eines der großen Tabus der gegenwärtigen Psychiatrie. Klienten fällt es oft sehr schwer, ihre Trauer zuzulassen, und mir scheint, dass das Hilfesystem sich dieser Trauerverleugnung anschließt. Anders jedenfalls kann ich mir die geringe Sensitivität von uns Fachpersonen für dieses Thema nicht erklären.

Ein sehr erfahrener Psychiatriepfleger berichtete mir, dass ihm während seiner Ausbildung vermittelt worden sei, er solle einen schizophreniekranken Menschen nie auf die durch die Erkrankung erlittenen Verluste ansprechen, da er sonst Suizidimpulse schüren könne. Aus Angst vor dem beim Klienten aufkommenden Schmerz wird dieses Thema also tabuisiert, allerdings zu einem enormen Preis: Wenn Trauerprozesse nicht gelingen, kann es zu einer chronischen Trauer kommen, die mit zahlreichen negativen Folgen verbunden ist, beispielsweise sozialem Rückzug, Zukunftsverschlossenheit oder depressiver Symptomatik. Leider behindern auch viele Psychopharmaka den Trauerprozess, da sie einen emotional dämpfenden Effekt haben. Außerdem besteht die Gefahr, dass im psychiatrischen Kontext Symptome eines natürlichen Trauerprozesses, wie beispielsweise starke Emotionen und ein schneller und häufiger Wechsel von Gefühlen, pathologisiert werden.

Trauer gelingt durch eine Öffnung für Gefühle von Schmerz, Traurigkeit, Verzweiflung oder auch Wut. Wenn diese Gefühle hinreichend gefühlt werden, klingen sie langsam ab und dann ist die Person in der Lage, sich von dem Verlorenen emotional zu lösen. Ohne die Hinwendung zu den unangenehmen Gefühlen ist jedoch keine Loslösung möglich. ◀

Andreas Knuf ist als niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz tätig. Aktuell ist von ihm das Buch »Umgang mit Gefühlen in der psychiatrischen Arbeit« im Psychiatrie Verlag erschienen.
www.andreas-knuf.de und
www.umgang-mit-gefühlen.de

Betroffene, Angehörige und Fachpersonen können einiges tun, um auf eine hilfreiche Art und Weise mit Trauergefühlen umzugehen.

Für Betroffene
ist Folgendes hilfreich:

- **Sich für die Trauer öffnen, auch wenn es weh tut. Ohne Trauer ist meistens kein Recoveryprozess möglich.**
- **Trauer muss tatsächlich gefühlt werden. Nachdenken über Verluste ist in der Regel nur dann hilfreich, wenn die damit empfundenen Gefühle identifiziert werden. Wie fühlt sich die Trauer an? Was genau spüren Sie? Was genau vermissen Sie?**
- **Unterstützung suchen, Trauerbearbeitung kann gut im psychotherapeutischen Kontext stattfinden, in langjährigen vertrauensvollen Beziehungen zu sozialpsychiatrisch Tätigen oder im Kontakt mit Peers.**
- **Freundlich mit sich und der Trauer umgehen. Verurteilen Sie sich nicht für vorhandene oder wieder aufkeimende Trauer. Verstehen Sie, dass es sich um einen längerfristigen Prozess handelt, dessen Ende nicht wir bestimmen, sondern das sich einstellt. Trauer kommt in Wellen, man kann immer wieder von der Trauer berührt werden.**

Fachpersonen und Angehörige
können Folgendes tun:

- **Trauer würdigen und als Zeichen für einen möglichen Genesungsprozess verstehen.**
- **Trauer zulassen. Nicht nur Betroffene müssen trauern, sondern Angehörige ebenso. Wenn Angehörige sich für den eigenen Trauerprozess öffnen, helfen sie ihrem Familienmitglied, selbst Zugang zur Trauer zu finden bzw. dabei zu verweilen. Trauer nicht durch Beschönigungen, ressourcenorientiertes Vorgehen oder Medikamente unterbinden, sondern den Schmerz über den Verlust anerkennen.**
- **Trauerbegleitung ist ein Prozess des Dabei-Seins, der nicht durch Tipps oder Lösungsvorschläge beschleunigt werden kann. Fachpersonen helfen dem Betroffenen, wenn sie der Trauer Raum geben.** ◀

Obdachlos und psychisch krank

Eine innere Stimme war meine Rettung.

Von Andreas Jung

Foto: Julian Luster

Andreas Jung

▶ Heute arbeite ich mit einer halben Stelle im Betreuten Wohnen des Marburger St. Elisabethvereins Oikos Sozialzentrum, einem über das Bundesland Hessen hinaus bekannten Träger im Bereich der Jugendhilfe, der aber auch erwachsene Menschen unterstützt. Ich begleite dort junge Erwachsene auf Wunsch in die beiden Psychiatrischen Kliniken der Stadt Marburg. Der Weg hin zu dieser Tätigkeit als EX-INler führte durch schlimme Täler und Abgründe.

Ich stamme aus einer kleinbürgerlich-katholischen Beamtenfamilie aus dem Westen Deutschlands und habe einen wichtigen Teil meiner Jugend damit verbracht, der zwanghaften Kontrolle, die meinen Eltern eigen war, zu entfliehen und mich immer wieder meiner eigenen Haut zu erwehren. Dass ich heute in einer protestantischen Stadt wie Marburg lebe, ist vermutlich kein Zufall. Mein Glück in meinem damaligen Zuhause war eine Handvoll Freunde, die mich darin unterstützten, viel zu lesen und eigene Wege zu finden.

Aufgrund meiner kritischen Haltung – Ansichten eines Clowns von Heinrich Böll war für mich als Jugendlicher eine Offenbarung – wurden meine Eltern wie zu Adenauers Zeiten von meinem Klassenlehrer nach dem Sonntagsgottesdienst zum mahnenden Gespräch bestellt. Mein Körper reagierte auf diese Form der Nächstenliebe mit bis in die Pubertät anhaltenden Migräneanfällen und Haareausreißen. Ich hatte für mich den Alkohol als Linderungsmittel entdeckt, denn vor allem der Umgang mit fremden Menschen und der Gang in die Schule waren zunehmend angstbesetzt. Das Abitur machte ich dank meiner guten schulischen Leistungen früher als vorgesehen. Meine damalige Freundin, eine Deutschtürkin, schlug mir vor, mit ihr zum Studium in eine Großstadt zu ziehen, sie hatte dort einen Studienplatz bekommen. Das wäre möglicherweise der bessere Weg gewesen. Wir hatten für die Toleranz unserer Beziehung gekämpft, aber ich erlag dem Alkohol, den ich natürlich zu verheimlichen suchte. Zudem verlor ich meinen besten Freund, der erst das Abitur, dann wiederholt die Gewissensprüfung der Kriegsdienstverweigerung nicht bestand und sich das Leben nahm. Ich floh daher nach Marburg, um Soziologie zu studieren. Dort hatte ich zeitweise eine Stelle im Bereich Biografieforschung, auf der ich zunächst ohne Abschluss promovieren wollte.

Verlust von Orientierung

Zu Beginn des Studiums trank ich etwa zwei Flaschen Wein am Tag und manchmal auch einen Schnaps, hatte große Probleme mit dem Magen und musste mich nach jedem Abendessen übergeben. Mit dem Trinken aufhören wollte ich aber vor allem deshalb, weil ich keine Wohnung und kein WG-Zimmer halten konnte. Zeitweise übernachtete ich bei Studenten oder Studentinnen, die ich zufällig kennengelernt hatte, im Sommer auch mal draußen an der Lahn. Ich war dadurch immer mal wieder auf Wohnungssuche und hatte das Problem, dass meine Bücher sich in unterschiedlichen WGs stapelten.

Über eine Drogenberatungsstelle stieß ich auf die Selbsthilfegruppe »Der Freundeskreis«. Die Gruppe tagte einmal die Woche und tat mir gut, weil die Betroffenen sich als Erfahrungsexperten begriffen und sich ohne Vorwürfe auch nach Rückfällen begegneten. Der Druck, sich unbedingt richtig verhalten zu müssen, war weg, und dadurch lernte ich auch außerhalb des Freundeskreises an der Uni andere Menschen kennen. Wir stellten ein interdisziplinäres Forschungsprojekt bei den Philologen auf die Beine, das sich mit der Vertreibung jüdischer Emigranten von Marburg über Istanbul nach New York befasste. Meine Aufgabe war es, Interviews mit den Söhnen und Töchtern dieser Professoren, Assistenten und Studenten, die in der Regel in den USA lebten, zu führen.

Gleichzeitig fing es an, in meinem Privatleben zu rumoren, und ich begann, meine Wahrnehmung der Emigranten mit meiner eigenen Geschichte in Verbindung zu bringen. Ich wähnte mich selbst als ein Zurückgebliebener dieses aus Europa verschwundenen Kulturbürgertums. Zeit meines Lebens warb ich um Toleranz und wollte an diese verloren gegangene Tradition geistiger und politischer Liberalität anknüpfen. Nun verlor ich in der Zeit der Vorbereitung einer ersten Tagung durch tragische Zufälle und Umstände Kollegen und Freunde. Die Selbsthilfegruppe, die ich jetzt schon seit über drei Jahren regelmäßig besuchte, riet mir deshalb zu einer Psychotherapie.

Doch ich fand so einfach keinen Therapeuten, der mich überhaupt annahm, weil es lange Wartelisten gab. In dieser Zeit versuchte ich noch, den universitären Arbeitszusammenhang aufrechtzuerhalten, was auch anfänglich gelang. Ich versteckte meine Probleme und machte nach dem Motto »Das darf doch alles nicht wahr sein« trotz des Verlustes der Freunde und Kommilitonen erst einmal weiter. Mit dieser Haltung begann ich, eine große internationale Tagung zu organisieren. Immer mal wieder schaute ich mich nach einem Therapieplatz um. Durch Zufall wurde ich bei einem Spaziergang fündig. An einer Hauswand sah ich das Schild einer Praxis und schrieb mir die beiden Namen auf. Ursprünglich wollte ich lieber zu einem männlichen Therapeuten, aber der Mann hatte keine freien Termine mehr, sodass ich die Therapeutin besuchte. Trotz einer gewissen Skepsis gegenüber ihren sehr persönlichen Fragen

war ich mir schon im Erstgespräch darüber klar, dass ich endlich meine Probleme angehen musste, und so fing sie an, mit mir zu arbeiten. Sie schien zu verstehen, dass ich Hilfe brauchte.

Absturz in Dantes Hölle

Da ich aber in einer privaten Krankenversicherung über meine Eltern versichert war, gab es mit der Abrechnung der Sitzungen Probleme. Es wurden von der Krankenkasse kaum Stunden bewilligt. Doch das erfuhr ich erst nach einem halben Jahr und ich wurde gefragt, warum meine Eltern nicht zahlen würden. Das brachte mich in eine schwierige Lage. Mir wurde nahegelegt, mich mit meinen Eltern darüber auseinanderzusetzen. Da ich das nicht wollte und obendrein noch Schulden hatte, bot mir die Therapeutin an, von jetzt an in ihre Gruppe zu kommen, anstelle der Einzelsitzungen. In dieser Gruppe kamen mir die Dialoge wie Verhöre vor. Ich wurde, weil ich manchmal schlecht gekleidet daherkam, häufiger gemaßregelt und auch schon mal angeschrien. Die Therapeutin legte mir schließlich nahe, die Gruppe zu verlassen. Als ich fragte, was ich nun machen sollte, sagte sie mir, dass mein Platz die Psychiatrische Klinik sei. Es fand kein abschließendes Gespräch mehr statt, obwohl ich dies wünschte.

Ein wirklicher Fehler in dieser Situation war, die Selbsthilfegruppe für Suchtkranke nicht mehr zu besuchen. Ich schämte mich aufgrund der Erfolglosigkeit in der Therapie, in einem derartig erniedrigten Zustand dorthin zu gehen. Nachdem die von mir an der Universität organisierte Tagung erfolgreich abgeschlossen war, wurde meine Stelle nicht mehr verlängert. Ich bekam dauerhaft Schwierigkeiten mit der Bank, weil es mir nicht gelang, mein Konto auszugleichen, und ich auch keine Kraft mehr hatte, mir eine andere Stelle zu suchen. Zu meinem Erschrecken begann ich bereits während der Tagung, Stimmen zu hören. Die folgenden Wochen verblieb ich, auch wegen einer fehlenden therapeutischen Begleitung, weiter in einem rastlosen Zustand. Meine Vermieterin behauptete, ich sei des Nachts sehr laut gewesen, habe gerufen und mit den Fäusten gegen die Wände getrommelt. Mir selbst fehlt davon jede Erinnerung.

Meine Eltern wurden über meine schlechte Verfassung informiert, und ich bekam eine Vorladung zum Gesundheitsamt. Dort hieß es, ich müsse in die psychiatrische Klinik. Das lehnte ich ab und fragte stattdessen nach einem Therapieplatz. Auch an dieser Stelle bekam ich wieder zu hören, dass ich dazu nicht in der richtigen Verfassung sei.

In der Konsequenz war ich auf der Flucht. Ich verließ morgens früh das Haus, damit mich die Polizei nicht abpassen konnte. Ich wusste ja, dass sie mich mit richterlichem Beschluss in die Klinik bringen wollte. Schließlich wurde ich in einer sehr stigmatisierenden Weise in der studentischen Mensa mit Handschellen aufgegriffen und in die Klinik gefahren. Einige der Bediensteten kannten mich dort. Obwohl meine Vermieterin eine Reihe von Häusern in Marburg besaß und ihr Mann eine wichtige Position in der Verwaltung der Universität innehatte, erhielt ich die Kündigung und hinterher eine Räumungsklage. Nach zwölf Wochen Klinikaufenthalt war ich mit der Miete im Rückstand.

Ich hielt mich aber trotz meines Psychiatrieaufenthaltes und meiner Diagnose paranoide Schizophrenie nach wie vor nicht für verrückt, auch und gerade weil mir mein Anderssein deutlich geworden war, und ich hatte große Angst vor einer Zwangsmedikation. Ich verweigerte die Medikamente als einziges Hilfsangebot der Klinik und wurde psychotisch in eine völlig ungewisse Zukunft entlassen. Was sollte nur aus mir werden? In der Klinik hatte ich einen gesetzlichen Betreuer bekommen, den ich mir immerhin aussuchen durfte. Ich suchte mir jemanden aus, den ich noch aus meiner Heimat kannte. Als ich die Räumungsklage bekam, organisierte er den Umzug in eine Notunterkunft für Obdachlose. Ich musste mein gesamtes Hab und Gut zusammenräumen. Meine geliebten Bücher wurden abtransportiert. Ein Teil meiner Habseligkeiten wurde in meiner anschließenden Notbehausung im Keller eingelagert: Für mich war das ganze Szenario die Steigerung meines Kopfkinos. Jetzt wurde also auch ich verjagt und wurde ins Ghetto abtransportiert.

Dort hauste ich in einem abgelegenen Marburger Wohnviertel in einer höchst unfreiwilligen Zweck-WG, denn ich landete als trockener Alkoholiker ausgerechnet im Säuferblock. Hier war ich völlig isoliert und sprach mit niemandem außer dem gesetzlichen Betreuer, der einmal wöchentlich vorbeikam, um mir die Sozialhilfe auszuzahlen. Ich las in Dantes Göttlicher Komödie, um mir berichten zu lassen in welchem der Höllenkreise ich mich gerade aufhielt. »Ihr, die ihr hier eintretet, lasst alle Hoffnung fahren«, so das Motto von Dantes Inferno.

Ich hatte vier Mitbewohner, die aber meist nicht da waren. Und auch mich zog es raus. Ich spürte inzwischen den inneren Drang, sämtliche Werbeplakate auf Litfaßsäulen abzureißen und in den Müll zu werfen. In meiner Vorstellung waren die dort Abgebildeten keine Menschen, sondern Klone. In dieser »schönen neuen Welt« war ich nunmehr der einzige authentische Überlebende. Darauf reagierte meine Umwelt ablehnend und gewalttätig. Kinder aus der Gemeinde warfen mit Steinen nach mir. Mein Computer verschwand aus dem Keller. Einer der Mitbewohner nahm mir die Brille weg, ein anderer verprügelte mich. Er war verärgert, weil ich mich nicht davon abhalten ließ, den eingesammelten Müll ins Haus zu tragen oder die Mülltonnen damit vollzustopfen.

Weil ich mich sehr einseitig ernährte, war ich in keinem guten gesundheitlichen Zustand, hatte keinen Hausarzt und solche Schmerzen, dass ich zum Zahnarzt musste. Ich fand den Weg zu einem jungen Arzt, der mir zwei Zähne zog und mich auf dem Stuhl nach meinem körperlichen Befinden fragte. Im Hintergrund spielte leise Jazzmusik. Er sagte: »Läuft es im Moment bei Ihnen nicht so gut? Kommen Sie doch rechtzeitig wieder.« Ich gehe bis heute dorthin und manchmal denke ich, dass dieser Mann genau weiß, wie es mir geht.

Die Wende

Als ich eines Tages ins Zimmer der Obdachlosenunterkunft kam, hatte mir ein Mitbewohner eine Flasche Jägermeister auf den Tisch gestellt. Das führte zu einer Wende. Ich sagte mir: Es darf alles passieren, aber ich darf nicht rückfällig werden. Daraufhin begab ich mich erstmals freiwillig in die Psychiatrie. Das war mein vierter Psychiatrieaufenthalt. Bei dem Aufenthalt zuvor wurde ich unter Entscheidungsdruck vor die Wahl eines Medikamentes gestellt und

Foto: Julian Luster

In dieser Notunterkunft wohnte Andreas Jung zeitweise.

zwangsmediziert. Zwar hörte ich daraufhin zunächst keine Stimmen mehr, aber das war keine Erlösung. Im Gegenteil! Hatten mich die Stimmen zuvor doch wenigstens beschäftigt. Ohne sie war ich mit der Realität konfrontiert. Mein Elend war real. Mir wurde bewusst, dass alle meine Perspektiven verloren waren. Mein altes Leben war unwiederbringlich vorbei. Erstmals fühlte ich mich wirklich obdachlos. Dieses Gefühl der sozialen Isolation und Armut war unerträglich.

Als ich mich zum ersten Mal freiwillig in die Klinik begab, kam ich langsam wieder in Kontakt mit meinen Ressourcen. Ich suchte aus eigener Kraft und willentlich Hilfe. Nach diesem Klinikaufenthalt organisierte der Betreuer eine andere Bleibe für mich, zuerst in einer WG, bis ich ins Betreute Wohnen und eine eigene Wohnung wechseln konnte.

In der extremen Situation, in der ich mich in der Notunterkunft mit der Flasche Alkohol auf dem Nachtisch wiederfand, kam plötzlich eine Stimme erneut ins Bewusstsein, die durch die Medikamente verschwunden war. Es war die Stimme eines Mädchens, das ich mit zwölf Jahren auf einem Naherholungsurlaub näher kennengelernt hatte. Sie war die Tochter des Hotelbesitzers, die in Marburg Theologie studieren und Pfarrerin werden wollte. Die Stimme dieses Mädchens, ihr fester Blick, den ich sah, hat mich wie ein Ariadnefaden aus der Obdachlosigkeit herausgezogen und mir die Verantwortung für mein Tun mit dem Satz zurückgegeben: »Du musst hier raus und gehst jetzt in die Klinik!«

Für mich ist heute klar, dass mich die Psychose zu dieser Grenze der menschlichen Existenz – ähnlich der Frage des bekannten Bildes von Gauguin: »Was bin ich? Wo komme ich her? Wo gehe ich hin?« – zurückführen wollte, und ich erlebte das sowohl als Moment der Trauer als auch des Glücks, weil für mich erstmalig so etwas wie Hoffnung auf Veränderung meines Schicksals aufkeimte. Endlich wusste ich, warum ich in Marburg war, und durfte hier also weiterleben.

Von dort aus erreichte ich das schier endlos dauernde Fegefeuer der Sozialpsychiatrie. Ich war über zehn Jahre im Betreuten Wohnen, ging zunächst in eine Tagesstätte, später dann, um in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln zu können, in eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen. Das entfernte mich zunächst von allen Bildungszusammenhängen. Herausgefunden aus diesem Leid habe ich durch eine verständnisvolle Psychiaterin in der Klinikambulanz, die mit mir begann, die zerbrochenen Scherben meines Lebens wieder zusammenzusetzen. Sie griff meinen Lebensfaden dadurch wieder auf, dass sie ein Gespräch über meinen geschundenen Körper und die ihm zuteil gewordene Gewalt begann. Dieser Spiegel war nicht mehr stumpf und ich sah mein Gesicht wieder.

Mithilfe einer Psychotherapeutin, die mich weiterbehandelte, gelang es mir, über eine von ihr unterstützte EX-IN-Ausbildung aus meiner zweiten, behüteten Obdachlosigkeit herauszufinden, nämlich dem Hilfesystem, dem die Erfahrung einer wirklichen authentischen Heimat fremd ist. Besonders ihre Geduld, Empfindsamkeit und antistigmatisierende Haltung sind mir positiv in Erinnerung geblieben. Heute arbeite ich als EX-INler im Betreuten Wohnen, unterstütze Patienten und Patientinnen während des Krankenhausaufenthalts und mache dort einmal die Woche gemeinsam mit einer Psychotherapeutin eine Psychoedukation und Psychosebegleitung. Bei der Entlassung begleite ich sie für eine begrenzte Zeit aus der Klinik heraus. Es versteht sich von selbst, dass kein Klient und keine Klientin von uns in die Obdachlosigkeit entlassen wird. ◀

Andreas Jung ist Vorsitzender von EX-IN Hessen. Er arbeitet bei einem psychosozialen Träger in Marburg und ist auch als Referent und EX-IN-Trainer tätig.

Der Doktor in der Tasche?

Vom Nutzen von Gesundheitsapps bei psychischen Problemen

Von Susanne Jaeger

▶ Smartphones sind mittlerweile allgegenwärtig und der Markt für Gesundheitsapps wächst rasant. Allein 2017 wurden über 300.000 gesundheitsbezogene Apps gezählt, davon zielten fast 500 auf die psychische Gesundheit ab. Der Vorteil liegt auf der Hand: Apps sind leicht zugänglich, im Alltag flexibel anwendbar und sprechen möglicherweise auch Menschen an, die trotz Leidensdruck Berührungsängste haben, sich in Behandlung zu begeben. Obwohl Entwickler und Verkäufer die Wirksamkeit ihrer Apps preisen, ist ihr tatsächlicher Nutzen bisher wenig wissenschaftlich erforscht. Die vorliegenden Studien entsprechen oft nicht den wissenschaftlichen Standards einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT), die z. B. die zufällige und verblindete Zuteilung der Teilnehmenden zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe verlangt.

Es gibt tatsächlich einige Metaanalysen, die die Wirkung von Apps auf die Verbesserung psychischer Gesundheit untermauern. Sie sind allerdings sehr breit angelegt und enthalten auch Studien, in denen Apps nur als ein Element eines umfassenden Behandlungsprogramms fungierten oder nicht spezifisch auf eine Reduktion bestimmter Symptome ausgerichtet waren. Eine deutsch-niederländische Gruppe von Autorinnen und Autoren hat sich nun für die Wirksamkeit von Apps als eigenständige Behandlungsmaßnahme für verschiedene psychische Störungen interessiert. Als Maß für eine Veränderung musste in den Studien die Schwere jener Symptome, deren Reduktion die App versprach, vor und nach der Behandlung erfasst sein. Die Ausbeute auf der Suche nach RCTs war gering: Sechs Studien betrafen Depression, vier Angststörungen, fünf den Missbrauch von Alkohol oder Tabak, vier Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten und je zwei betrafen Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Schlafstörungen. Die Zeiträume zur Erfassung von Symptomveränderungen waren mit acht Tagen (eine Studie zu Schlafstörungen) bis hin zu 13 Wochen (je eine Studie zu PTSD bzw. sozialer Angst) sehr unterschiedlich. Die gemessenen Veränderungen beruhten ausschließlich auf Selbstberichten. Alle getesteten Apps hatten eine theoretische Grundlage, darunter kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeit oder Akzeptanz- und Commitmenttherapie. Inhaltlich integrierten viele Apps eine Art Symptom- oder Verhaltensmonitoring, regten mit Eingabeaufforderungen zu aktivem Engagement der Nutzenden an und personalisierten das Angebot durch das gezielte Erfragen von Informationen. Manche hatten auch spielerische Elemente oder schickten den Nutzenden Erinnerungen.

Geringe Effekte bei Verwendung als Stand-alone-Maßnahme

Apps zu Depressionen hatten insgesamt einen signifikanten Nutzen mit geringer Effektstärke. Wenn ausschließlich Studien mit Warteliste als Kontrollbedingung in die Analyse eingingen, war der Effekt stärker. Bei Angststörungen zeigte die Verwendung von Apps signifikante Effekte mit geringer bis moderater Effektstärke, wenn nur Studien mit Wartebedingung als Kontrollen genommen wurden. Bei Tabakmissbrauch ergab sich durch den Appgebrauch ein kleiner signifikanter Effekt. Mittlere bis große Effekte zeigten sich hingegen in den beiden Studien zur Nutzung von Apps bei Schlafstörungen. Im Fall von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten erbrachten die Metaanalysen bzw. die Einzelstudien keine signifikanten Unterschiede, die auf einen Vorteil der Nutzung von Apps hinwiesen, ebenso bei PTSD und bei Alkoholmissbrauch.

In der Literatur zu internetbasierten Behandlungsprogrammen, die generell etwas besser erforscht sind, findet man meist deutlich höhere Effektstärken, gerade bei depressiven Symptomen. Ähnlich ist dies bei Angststörungen und Traumafolgestörungen. Nur bei der Behandlung von Schlafstörungen waren die Effekte mit denen in anderen Studien vergleichbar. Die geringeren Effektstärken in dieser Metaanalyse erklären sich die Autorinnen und Autoren zum Teil mit ihrem Auswahlkriterium: Sie hatten nur Studien unter die Lupe genommen, in denen Apps als eigenständige Methode zur Verbesserung bestimmter Störungsbilder geprüft wurden und in Eigenregie zu nutzen waren.

Stark verbreitet, aber noch nicht ausgereift

Das Forschungsteam sieht einen weiteren Grund für diese Diskrepanzen in der geringen Anzahl von Studien, ihrer insgesamt eher mäßigen Qualität und ihrer große Heterogenität, die nicht nur die Vergleichbarkeit erschwerte, sondern bei der die zusammenfassende Berechnung der Daten möglicherweise zur Verzerrungen führte. Es konnte zudem nicht erfasst oder kontrolliert werden, wie intensiv die Nutzerinnen und Nutzer die Apps verwendeten.

Natürlich muss bei einem Vergleich mit internetbasierter Behandlung auch das Setting berücksichtigt werden, in dem die Verfahren angeboten werden. Internetbasierte Interventionen orientieren sich inhaltlich oft an Therapiemanualen und sind in ein therapeutisches Setting eingebettet. Man darf mit einigem Recht vermuten: Um das Potenzial digitaler Angebote auszuschöpfen, bedarf es einer kompetenten therapeutischen Anleitung und Begleitung durch eine Fachperson. Der nachweisliche Nutzen von Internetmedizin lässt sich nicht einfach auf die Verwendung von Smartphone-Apps als Mittel zur Selbsthilfe übertragen. Die Autorinnen und Autoren mahnen, die geringen Effekte in ihrer Studie nicht so zu verstehen, dass diese Apps gänzlich wirkungslos sind, sondern dass ihre Implementierung, die Art ihrer Verwendung und ihre Einsatzmöglichkeiten noch unzureichend durchdacht sind. Hierfür wäre eine stärkere Auseinandersetzung mit den spezifischen Möglichkeiten des Smartphones, mit den technischen und gestalterischen Aspekten von Apps und mit dem Nutzungsverhalten unabdingbar. Den Doktor in der Tasche bei sich zu führen, klingt nach einer attraktiven, aber noch nicht ganz ausgereiften Option. ◀

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: Weisel, K.K., Fuhrmann, L.M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P. Ebert, D.D. (2019): Standalone smartphone apps for mental health – a systematic review and meta-analysis. NPJ Digit Med 2:118. DOI: 10.1038/s41746-019-0188-8

»Die Wunschperle« erhält DGPPN-Antistigmapreis

Foto: Jürgen Wawer

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel gratuliert Dr. Rüdiger Hannig, stellv. Vorsitzender des BApK, und Jens Krug, Koordinator der Selbsthilfeförderung der BARMER.

▶ Ein großer Tag für alle, die an der »Wunschperle« mitgearbeitet haben. Im November 2019 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) den Kindercomic mit dem Antistigmapreis ausgezeichnet. Mit diesem Förderpreis ehrt sie – zusammen mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit und in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit – Projekte, Institutionen und Selbsthilfegruppen, die sich für eine nachhaltige gesellschaftliche Integration psychisch erkrankter Menschen einsetzen.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) freut sich sehr über diese Würdigung – und über das große, anhaltende Interesse an der Geschichte von der kleinen traurigen Meeresschildkröte Anton und seinen beiden Geschwistern. Nach der ersten war auch die zweite Auflage kurz nach Erscheinen vergriffen. Für alle, die leer ausgegangen sind, gibt es seit Februar eine gute Nachricht: Auf der Website des BApK kann man sich sowohl den Comic als auch das Begleitbuch für Eltern anschauen und kostenfrei herunterladen: www.bapk.de/projekte/die-wunschperle-geschwisterbuch.html. ◀

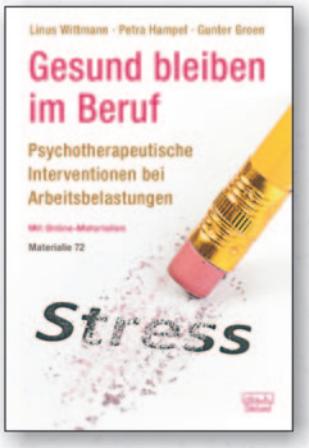
Kerstin Trostmann, Leitung der Geschäftsstelle des BApK.

ANZEIGE

Linus Wittmann, Petra Hampel & Gunter Groen

Gesund bleiben im Beruf

Psychotherapeutische Interventionen bei Arbeitsbelastungen



Materialie 72
2019
96 Seiten
mit Online-Materialien
EUR 14,80
ISBN 978-3-87159-372-7

Neben einer Einführung in den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischer Gesundheit beinhaltet das Buch ein praxisorientiertes und evaluiertes Therapiemanual einschließlich entsprechender Arbeitsblätter.

Almut Lippert

TIQAAM

Therapieprogramm zur Integrierten Qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen
Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual

Materialie 60
3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2020
152 Seiten
mit Online-Materialien
EUR 17,80
ISBN 978-3-87159-699-5

Das TIQAAM ist ein anwenderfreundliches Praxismanual, das für die Behandlung von Menschen mit Alkohol- oder Medikamentenproblemen entwickelt wurde. Es ist sowohl als Gruppenprogramm als auch in der Einzeltherapie einsetzbar.

dgvt Verlag

E-Mail: dgvt-Verlag@dgvt.de • Internet: www.dgvt-Verlag.de

Warum ich die Petition für mehr Personal in Psychiatrie und Psychosomatik unterschrieben habe

Von Christoph Müller

Foto: Bettina vom Eyser

Christoph Müller

▶ Der Gerontopsychiater Rolf-Dieter Hirsch hat vor Kurzem nochmals ermuntert, in einer ganz alltäglichen Situation eine rote Clownsnase aufzusetzen und die Reaktion in der sozialen Umwelt zu beobachten. Ein Grinsen der Menschen um einen herum ist das Mindeste, was zu erwarten ist. Die Kernbotschaft des Psychiaters Hirsch ist für mich, wieder einmal zu tun, was nicht erwartet wird. Mit meiner Unterschrift unter die Petition bin ich über meinen eigenen Schatten gesprungen. Unterschriftenlisten zu ergänzen, hat bei mir Seltenheitswert.

Die Situation in der psychiatrischen Versorgung macht es notwendig, seine Stimme vernehmbar zu machen. Denn für mich als psychiatrischen Praktiker stellt sich immer wieder die Frage, um wen es eigentlich in den psychiatrischen Kliniken geht. Menschen, die wegen depressiver Episoden und psychotischer Schübe in die Klinik kommen, haben ein Recht darauf, dass sie mit Respekt begleitet werden. Sie haben ein Recht darauf, dass im Rahmen der Behandlung ihre Würde bewahrt wird.

Doch wie sieht denn die Wirklichkeit in den psychiatrischen Kliniken aus? Das Team Wallraff hat im März 2019 mit eindrucksvollen Reportagen die Spitzen der Eisberge sichtbar gemacht. Selbst bei Visiten ist es für Betroffene schwer, zeit- und energieintensive Themen anzusprechen. Visiten stehen unter dem Diktat der Effizienz. Und auch im stationären Alltag gelingt es den Betroffenen aufgrund struktureller Gegebenheiten oft nicht, die eigenen Bedürfnisse zur Sprache zu bringen.

Schauen wir einmal in die Versorgungswirklichkeit. Auf einer allgemeinpsychiatrischen Station arbeiten vielerorts lediglich zwei examinierte Pflegende. Wenn sie Glück haben, werden sie von Auszubildenden, Praktikanten oder Pflegehelfern unterstützt. Ihnen gegenüber stehen meistens zwei Dutzend Menschen, die unterschiedliche seelische Krisen erleben. Sie brauchen Aufmerksamkeit und Unterstützung in ganz alltäglichen Dingen. Sie haben vielleicht auch den Wunsch, dass einmal jemand mit ihnen spricht.

Dies würde den unterschiedlichen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und den Verordnungen von Ministerien und Bezirksregierungen entsprechen, die immer wieder diskutiert werden. Am grünen Tisch werden Gedanken entwickelt, die in der unmittelbaren Versorgung umgesetzt werden sollen. So ist es offensichtlich auch mit der Richtlinie für Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) geschehen.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden Minutenwerte festgeschrieben, die den Aufwand für die medizinische Behandlung sowie die pflegerische und psychotherapeutische Begleitung festschreiben. Auf welcher Grundlage? Haben sich Verantwortliche aus den Reihen der Krankenversicherungen oder der Ministerien mit Stoppuhren auf psychiatrische Stationen gewagt, um dort den Aufwand für psychiatrische Arbeit live zu erheben?

Ein Blick in die PPP-RL öffnet einem Praktiker die Augen. Es geht in der PPP-RL lediglich um die Quantität der psychiatrischen Arbeit. Die Quantität wird mithilfe der Minutenwerte dargestellt. Was fehlt? Es geht quasi in keiner Zeile um die Qualität der zu leistenden Arbeit. Der Brückenschlag zu den verschiedenen Leitlinien der DGPPN kann zwar als Hinweis auf die Qualität der Arbeit verstanden werden, doch fehlt es an der Ausdrücklichkeit. Mit Blick auf die psychiatrisch Pflegenden werden beispielsweise deren Regelaufgaben aufgezählt. Dem Praktiker fehlt es an der Konkretheit in der Auflistung dieser Regelaufgaben. Wenn es darum geht, die aktuelle Situation der Betroffenen mit psychosozialen Interventionen zu verbessern, dann braucht es deutlichere Worte, keine sachliche Auflistung.

Seit nunmehr drei Jahrzehnten kenne ich psychiatrische Kliniken von innen. In dieser Zeit habe ich viele Aufs und Abs erlebt. Die meiste Zeit ist die Personalausstattung aus meiner Sicht auf Kante gestrickt gewesen. Im rheinischen Köln heißt es dazu im Volksmund: »Et hätt noch immer jot jegange!« (Es ist noch immer gutgegangen).

In der geltenden Rechtsprechung werden die Hürden für die Bewahrung der Selbstbestimmung der Betroffenen oft hoch gelegt. Dies ist gut so. Keinem sogenannten Professionellen steht es zu, die Integrität und Würde eines betroffenen Menschen infrage zu stellen. Es steht ihnen allerdings zu, sich dazu zu positionieren, was für sie Qualität der Behandlung und Begleitung bedeuten kann.

Insofern ist meine Unterschrift unter der Petition irgendwie ein Akt der Selbstbehauptung. Es reicht nicht, sich im psychiatrischen Versorgungsalltag nur die rote Clownsnase aufzuziehen. Es ist auch notwendig, sich politisch Gehör zu verschaffen. ◀

Christoph Müller, ist psychiatrisch Pflegender und Fachautor. Er lebt in Wesseling.

Erfolgreiche Petition

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) hatte als Protest auf die im September 2019 vorgestellte Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik Petition (PPP-RL) eine Petition für eine ausreichende und flächendeckende Personalbemessung in psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken initiiert. Diese verzeichnete online 20.148 Unterstützende und per Unterschriftenlisten 33.987.
Mit der erfolgreichen Petition wird es eine öffentliche Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestags geben, der anschließend eine Empfehlung für den Bundestag aussprechen wird. Die Aktion wurde von dreißig psychiatrischen Fachverbänden sowie Selbsthilfevereinigungen unterstützt. https://www.bapk.de/presse/aktionen.html ◀

Warum ich die Petition nicht unterzeichnet habe

Von Christian Zechert

▶ Mehr Pflegefachkräfte, mehr Stations- und Oberärztinnen, mehr Psychotherapie, weniger Gewalt und Zwang – wer will das nicht? Allen voran fordert dies die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im Bund mit weiteren Verbänden. Konkret: sofort ein Plus von 30 % Personal über alle Berufsgruppen, was grob geschätzt zu 1,5 Milliarden Euro Mehrausgaben führen würde. Die Grundlage dafür sollte die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liefern, die am 01.01.2020 z. T. in Kraft getreten ist (siehe den Beitrag von Josef Hecken in der PSU 1/2020). Spätestens mit der erfolgreichen Petition von Pandora gegen das PEPP-Entgeltsystem erkannte die DGPPN den strategischen Wert eines Bündnisses mit der Selbsthilfe. DGPPN und Bundesdirektorenkonferenz (BDK) haben im Herbst 2019 mit der vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) initiierten Petition an diesen Erfolg anknüpfen können. Ihr Ziel: Wie kann man die PPP-RL so anpassen, dass sie dem heutigen Personalbedarf entspricht, diesen ausreichend finanziert und zugleich ein modernes Modell der Behandlungssettings abbildet? Hierfür schlagen sie seit ca. 2015 das sogenannte »Plattformmodell« der Verbände vor, dessen konkretes, mit ersten Daten hinterlegtes Konzept aber erst Anfang 2020 vorgestellt wurde. Zu spät, um bei der von Gesundheitsminister Jens Spahn längst angenommenen PPP-RL Eingang zu finden. Mit anderen Worten: Der DGPPN ging es zwar richtigerweise um »das volle Glas«, also um 30 % mehr Personal, und nicht, wie vom G-BA in der Richtlinie festgelegt, um 5 %. Aber sie hat die notwendigen Grundlagen nicht geliefert: keine Zahlen, keine Studie für das 30-prozentige Personalplus. Das ist die eine Seite.

Die andere: Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Jahr 2016 war allen einschlägigen Verbänden klar, dass der G-BA als höchstes Gremium der Selbstverwaltung beauftragt ist, die dreißig Jahre alte Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV) zum 01.01.2020 abzulösen. Der Auftrag war nicht, für eine bessere, aber unverbindliche Personalausstattung in der Höhe eines Zuschlags um 30 % zu sorgen. Wer auf die Homepage des G-BA schaut, findet dort den bemerkenswerten Satz: »Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung« (G-BA 2020). Stattdessen sollten im Sinne des PsychVVG zuerst einmal die Krankenhausträger dafür Sorge tragen, dass sie wirklich zu 100 % die PsychPV, erfüllen. Doch noch 2018, zum Zeitpunkt der letzten PsychPV-Erhebung, lagen 50% der Krankenhäuser deutlich unter 98% Umsetzungsgrad der PsychPV (Josef Hecken in PSU 1/ 2020). Im Schnitt hatten 40,2 % (GKV-Spitzenverband 2019) der psychiatrischen Häuser zu wenig qualifiziertes Personal. Eine erhebliche Zahl schwerkranker Patienten erhält seit Jahrzehnten nicht die für sie notwendige therapeutische Dosis an Psychotherapie, pflegerischer Zuwendung, ärztlicher Aufmerksamkeit, Sozialarbeit usw. Das ist der eigentliche Skandal. Daher müssen die Kliniken die sog. Mindestvorgabe bei der Personalausstattung künftig einhalten und nachweisen, dass die Mitarbeitenden wirklich auf der Station arbeiten, wo sie hingehören. Mir erschließt sich nicht, wie man als Patient und Angehöriger dagegen sein kann. Gewiss, es ist nicht das volle Glas, sondern im ersten Schritt nur ein Sechstel von 30 %, also 5 % mehr Personal. Es ist aber die richtige Schrittfolge. Eine unverbindliche Umsetzung von 30 % mehr Personal führt zwangsläufig zu 60 % bis 70 % statt 40 % Unterdeckung.

Foto: Stephan Debus

Christian Zechert

Allen Akteuren ist seit Jahrzehnten klar, wer gesundheitspolitisch gestalten will, der kommt an dem obersten Gremium der Selbstverwaltung, dem G-BA, nicht vorbei. Dies haben die DGPPN und liierte Verbände offensichtlich nicht begreifen wollen. Sie haben sich in den Kopf gesetzt, einen Machtkampf gegen den G-BA zu führen, um die Verabschiedung der PPP-RL notfalls zu blockieren. Die DGPPN ist daran gescheitert, obwohl sie »alle Hebel« in Gang setzte:

(1) Ein Repräsentant der DGPPN vertritt die Bundesärztekammer (BÄK) in der Arbeitsgruppe (AG) Personalausstattung in

Umsetzung und Weiterentwicklung der Richtlinie

Der G-BA hat mit der Erstfassung der PPP-RL einen verbindlichen Zeitplan für ihre Weiterentwicklung festgelegt. Die Orientierung an der Psych-PV stellt dementsprechend nur eine erste Stufe auf dem Weg zu einem zukunftsorientierten Modell dar.
Der Rückgriff auf die mehr als dreißig Jahre alte PsychPV war notwendig, da die Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt.
Jetzt müssen die Personalmindestvorgaben ab 01.01.2020 zu 85 %, ab 01.01.2022 zu 90 % und ab 01.01.2024 zu 100 % erfüllt sein. Genesungsbegleiter können ab 01.01.2020 gegenüber der GKV abgerechnet werden. Die Stationsäquivalente Behandlung ist in der Allgemeinen Psychiatrie, Gerontopsychiatrie sowie bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten ab 01.01.2020 abrechenbar.
Eine erste Anpassung der Richtlinie erfolgt mit Beschluss zum 30. September 2021, u. a. mit einer Überprüfung der Minutenwerte. Auf der Basis der im Nachweisverfahren gewonnenen Daten überprüft der G-BA anschließend alle zwei Jahre die Notwendigkeit einer Anpassung.
Die zeitlich gestaffelten Zielvorgaben sollen sicherstellen, dass in der Übergangszeit auch diejenigen Einrichtungen, die die Personalvorgaben nicht umsetzen können, Patientinnen und Patienten behandeln können. ◀

www.g-ba.de/downloads/39-261-4005/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BAnz.pdf
aktionen.html

Psychiatrie und Psychosomatik des G-BA. Durch Kommentare, Hinweise, Einwände innerhalb der AG hat sie die Leitlinie mitgestaltet.

(2) In einer ausführlichen Analyse haben die BDK und fünf weitere Verbände eine vom G-BA in Auftrag gegebene Studie, die sogenannte »Wittchenstudie« hinsichtlich ihrer Methodik, Zielsetzung etc. »begutachtet«. Das Ergebnis: Die Erhebung in den Krankenhäusern zum tatsächlichen Personaleinsatz wurde nicht unterstützt. Damit war der Anfang des Endes der »Wittchenstudie« gelegt. Sie erlangte nicht die erforderliche Repräsentativität und geriet zusätzlich unter Manipulationsverdacht. Der Skandal ist nicht der Manipulationsverdacht allein, sondern dass sie keine ausreichende Unterstützung aus den Reihen der Kliniker erhielt. Einen empirisch belegten Ersatz hatten weder BDK noch DGPPN bis Ende 2019 geliefert.

(3) Als dies immer noch nicht fruchtete, scharrte man diverse Vertreter der Selbsthilfe für ein Protestschreiben zusammen, um die bessere Personalausstattung einzufordern. Der Erfolg blieb aus.

(4) Man redete bei zahllosen Gelegenheiten die PPP-RL und den G-BA nicht nur schlecht, sondern verbreitete gezielt Falschinformationen. Hierzu höre man, was der designierte Präsident der DGPPN, Thomas Pollmächer, am 17.09.2019 im Bayerischen Rundfunk (BR 2) sagte: »Der G-BA hat sich zweieinhalb Jahre Zeit genommen, um zu überlegen, und ist am Ende auf die Idee gekommen, man könnte doch das System so lassen, wie man es damals in einer Situation mit ganz anderen Patienten als heute, ohne bestimmte Behandlungsformen wie Psychotherapie im Krankenhaus, belassen kann, und das dann in ganz rigider Weise festzuschreiben.« So gut wie jede Aussage ist falsch.

(5) Weiterhin dürfte es Versuche gegeben haben, den unparteiischen Vorsitzenden des G-BA in Vieraugengesprächen zu beeinflussen – im höchsten Maß unklug, weil dies den empfindlichsten Nerv der Unparteiischen treffen musste.

Es dürfte auch mehr als einen Versuch gegeben haben, die Abgeordneten im Gesundheitssauschuss sowie Entscheidungsträger im BMG zu beeinflussen. Nachdem all dies nicht half, und die DGPPN mit ihren Kampagnen gegen die PPP-RL im Herbst 2019 endgültig scheiterte, blieb letztlich nur noch die Petition mit dem BApK als Steigbügelhalter.

Nun bleibt zu hoffen, dass die DGPPN die kommende Zeit besser nutzt. Mit den Eckpunkten vom 12.02.2020 zur Weiterentwicklung der Richtlinie – »Beratung statt Sanktionen«, »Boni für regionale Pflichtversorger«, »Verzicht auf kleinteilige Dokumentation« und »berufsgruppenunabhängige Anpassung der Minutenwerte« – hat sie sich immerhin wieder auf den Pfad einer sachlichen Auseinandersetzung begeben. ◀

Christian Zechert ist Vorstandsmitglied des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und Patientenvertreter im G-BA. Er äußert hier seine persönliche Meinung.

Seelische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern und Selbstbestimmung stärken

Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke 15.–16.06.20 in Berlin

Montag, 15.06.2020

10.30 Begrüßung und Einführung – APK – *Peter Weiß*, MdB
10.40 Förderung von seelischer Gesundheit und Arbeit – *BMG* (angefragt)
11.00 Seelische Gesundheit und Arbeit – Neue Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – *BMAS* (angefragt)
11.20 Stellenwert von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – *Katarina Stengler*, APK
11.50 Beiträge aus Perspektiven von GKV, BA und DRV zu neuen Wegen zur Teilhabe am Arbeitsleben
12.35 Mittagspause
13.30 **Parallele Gesprächsrunden**
1. Individuelle Arrangements für den Weg in Ausbildung und Arbeit – *BAG UB, ProjektRouter, Arbeitgeber, GPPN, NetzG, BA*
2. Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung, Koordination in Zeiten des BTHG – *BAG Rehabilitation Psychisch Kranker, BAR, DRV, BAG GPV, BAG Selbsthilfe, BIH*

14.45 Kaffeepause
15.15 **Parallele Gesprächsrunden**
1. Arbeitsfähigkeit und Behandlung
2. Evidenzbasierte Rehabilitation und Bedingungen für Supported Employment
3. Personenzentrierte Rehabilitation mit betrieblicher Orientierung
4. Teilhabe an Arbeit bei voller Erwerbsminderung
5. Erfahrungen mit regionaler Verbundarbeit und Vernetzung

Dienstag, 16.06.2020

9.00 Seelische Gesundheit fördern, Teilhabe sichern, Selbstbestimmung stärken – *Behindertenbeauftragte der Bundesregierung*
9.30 **Gesprächsrunde**
Recht auf Arbeit und Selbstbestimmung – *MdBs, Institut für Menschenrechte, ISL, NetzG*
10.30 Kaffeepause
10.45 **Teilplenen** zu den **Themen: Seelische Gesundheit und Arbeit**
Vortrag: Medizinische Rehabilitation nach SGB V – sozialmedizinisch orientiert/ Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
11.15 – 15.00 **Parallele Arbeitsgruppen**
1. Förderung der seelischen Gesundheit im SGB II
2. Zuverdienst und niedrigschwellige Beschäftigung
3. Perspektiven der Selbsthilfe
4. Teilhabe an Arbeit und Bildung für Jugendliche

Selbstbestimmung stärken – Zwang vermeiden
Vortrag: Vorstellung Projektergebnisse ZVP – BAG GPV
Gesprächsrunde: Wer kann welche Beiträge leisten? – *GKV, PatV, DGPPN, BAG GPV, Ländervertretung*
13.30 – 15.00 **Parallele Arbeitsgruppen**
1. Prävention von Zwang und Gewalt
2. Minimierung von Zwang
3. Monitoring und Dokumentation

Resilienz: Auf dem Weg in das soziale Leben

Selbsthilfetag 17.06.20 in Berlin
Tagung von APK, NetzG, BApK, EX-IN Deutschland, DDL, DGBS, DAIzG und GeschwisterNetzwerk

Mittwoch, 17.06.2020

10.00 Begrüßung und Einführung – *APK und BMG*
10.30 Resilienz als regionale Initiative – *Paul Bomke*
11.15 Recovery College: Volkshochschule der seelischen Gesundheit – *Markus Witzmann* (angefragt)
12.00 Mittagspause
12.45 Parallele Arbeitsgruppen der beteiligten Selbsthilfeverbände
Themenschwerpunkte: Resilienz und Recovery College, Ex-In der Zukunft, Gender, Dialog und mehr
14.15 Abschluss der Diskussion und Ausklang des Tages
14.45 Ende der Veranstaltung
Im Anschluss Mitgliederversammlung NetzG e. V.

Anmeldung möglich unter: www.apk-ev.de.

APK Aktion Psychisch Kranke e.V.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Laufzeit der Modellvorhaben nach § 64b SGB V verlängert

Von Jörg Holke

▶ Im parlamentarischen Verfahren zur Verabschiedung eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Befristung der Modellvorhaben für eine bessere Patientenversorgung von acht auf 15 Jahre verlängert worden.

Die Möglichkeit von Modellvorhaben wurde 2012 im Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes geschaffen. Gegenstand dieser Modellvorhaben nach § 64 b SGB V soll die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist – einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land sollten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt und auch die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und der Institutsambulanzen nach § 118 SGB V einbezogen werden. Um die Anwendung dieser Möglichkeiten im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen zu stärken, sollten die Vorgaben der Modellvorhaben stetig weiterentwickelt werden.

In der damaligen Gesetzesbegründung war die Zielsetzung formuliert, dass den Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rechnung zu tragen sei. Angeführt wurden die oftmals besonders lange Betreuungsdauer, die wiederholten Kontakte und eine vielfach besonders hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure. Als Laufzeit waren acht Jahre vorgesehen. Aufgegriffen wurde damit damals auch die Kritik aus der Fachwelt, dass die im Psych-Entgeltgesetz vorgesehene Finanzierung durch Tagesentgelte für abgegrenzte stationäre und teilstationäre Behandlung Anreize zur Bettenbelegung und deren Ausweitung bieten kann. Die Modellvorhaben sollten mit Anreizen zu einer Flexibilisierung der Finanzierung in Richtung personen? und lebensweltbezogener, stationsübergreifender Leistungserbringung verbunden sein.

Erste Erfahrungen

Was hat sich seit der Einführung der Option dieser Modellvorhaben getan?

Im Wesentlichen sind Modellprojekte im Krankenhaussektor entstanden, z. B. in Hamm, Bonn, Bochum Glauchau, Rensburg, Geesthacht, Hanau, Rüdersdorf, Zwickau. Von den bisher bewilligten 15 Modellvorhaben ist nur ein Modell im ambulanten Sektor und hier in der ambulanten psychiatrischen Pflege an den Start gegangen. An den Modellvorhaben waren teilweise nur einzelne Krankenkassen beteiligt (Selektivverträge), teilweise waren es alle Krankenkassen (Kollektivverträge). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten nur zwei Modellvorhaben realisiert werden (Zwickau, Bonn). Festgelegt wurde jeweils für die beteiligten Krankenhäuser ein Gesamtbudget, aus dem heraus für die Patientinnen und Patienten die notwendige Behandlung gesteuert wurde. Das Budget umfasst in der Regel die stationären, teilstationären und ambulanten Krankenhausleistungen.

Im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Begleitforschung konnten bisher folgende positive Effekte nachgewiesen werden:

- mehr teilstationäre Versorgung,
- Abbau von Krankenhausbetten,
- mehr Flexibilität im Personaleinsatz,
- mehr Behandlung im häuslichen Umfeld,
- Hinweise auf Reduzierung von Zwangsmaßnahmen sowie
- Hinweise auf höhere Mitarbeiterzufriedenheit.

Die Versuche, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen einzubinden, waren bisher nur sehr begrenzt erfolgreich. Ökonomische Effekte waren im Rahmen der Begleitforschung noch nicht eindeutig nachweisbar, da die Nachhaltigkeit kurzfristig kaum messbar ist. Es gibt jedoch Hinweise, dass die Kosten pro Patientin bzw. Patient sinken.

Impulse für Innovation nutzen

Der Abschluss der Begleitevaluation ist frühestens im Jahr 2025 zu erwarten. Mit der Änderung wird die Befristung der Modellvorhaben verlängert, um nach Vorliegen des Berichts über die Auswertung der Evaluationsergebnisse über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung sachgerecht entscheiden zu können. Schon jetzt sind durch die positiven Erfahrungen Impulse für die Weiterentwicklung der Personalbemessung und der Krankenhausplanung der Länder erkennbar. Auch sind die Erfahrungen der Modellvorhaben in der Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) für die stationsäquivalente Behandlung und die Weiterentwicklung der Institutsambulanzen nutzbar.

Chancen für die weitere Erprobung liegen in der Verknüpfung mit dem Fachdiskurs, der zurzeit in dem BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen geführt wird. So ist die Verknüpfung mit ambulanten Komplexleistungen und mit einer sozialorientierten medizinischen Rehabilitation in einem Budget denkbar. Der Einbezug von Teilhabeleistungen kann das Sektorendenken zwischen Behandlung und Teilhabe überwinden. Diese wäre auf der Patientenebene mit einer integrierten und partizipativen Behandlungs- und Teilhabeplanung zu verbinden. Sehr weit gedacht ist die Erprobung von einer patientenbezogenen Budgetsteuerung innerhalb des Trägerbudgets.

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn die Modellvorhaben die Verlängerung auch in diesen Innovationsfeldern nutzen würden. Die Verkündung des Gesetzes ist noch im Frühjahr zu erwarten. ◀

Jörg Holke ist Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke.

Projekte zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche gestartet

Die Aktion Psychisch Kranke wird im Jahr 2020 das Projekt »Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen« durchführen. **Von Jörg Holke**

▶ Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt »Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse« hat eine umfassende Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland geleistet. Als Ergebnis wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende 2017 ein Bericht vorgelegt, der im April 2018 im Rahmen eines Workshops der Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde. Einige Ergebnisse finden Sie in den Grafiken auf Seite 32 f.

Die Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zeigt, dass es in Deutschland ein umfassendes,differenziertes und in mehreren Sozialgesetzbüchern verortetes Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie emotionalen und Verhaltensproblemen gibt.

Die Versorgung wie auch die Forschung im Bereich der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zeichnet sich durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität aus: Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist eine multimodale und multiprofessionelle Behandlung, die neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z. B. SGB VIII) einschließt, wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen (SGB V). Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung werden in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich in der seelischen Gesundheit gefördert und in ihrer Teilhabe unterstützt.

Viele Angebote, viele Schnittstellen

Diese Interdisziplinarität und Angebotsdifferenzierung bedeutet auch, dass zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung mitwirken, verschiedene Facharztgruppen beteiligt sind, ambulanter und stationärer Sektor im Bereich des SGB V involviert sind usw. Neben den positiven Aspekten dieser großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entstehen für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch automatisch Probleme an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können so erschwert werden.

Foto: Fotolia

Der Projektbericht zeigt Versorgungslücken bei spezifischen Angeboten zum Beispiel für Kleinkinder, suchterkrankte Jugendliche, Kinder mit Intelligenzminderung und Kindern psychisch kranker Eltern sowie bei Angeboten für besonders schwer belastete Kinder und Jugendliche mit hoher Verwahrlosungsgefahr, die zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hin und her wechseln. Zudem ist eine regional sehr unterschiedliche Dichte an Versorgungsangeboten deutlich geworden. Bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zeigt sich das für Deutschland typische Bild einer hohen Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land eher Unterversorgung herrscht. Die Zunahme an tagesklinischen Plätzen hat zu einer wohnortnäheren Versorgung beigetragen, jedoch bleiben die zu versorgenden Gebiete pro Klinik verglichen zu den Erwachsenen sehr groß, was die familienbezogene Arbeit und die Kooperationen mit Partnern wie Schulen, Jugendhilfe usw. erschwert bzw. aufwändiger macht.

Auch besteht das Problem, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko haben, nicht oder zu spät in Behandlung kommen bzw. diesen eine evidenzbasierte Behandlung nur zu Teilen zur Verfügung steht. Beispiele sind traumatisierte Kinder und Jugendliche, geflüchtete Kinder, Kinder mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte, Kinder aus Hochrisikokonstellationen wie Kinder psychisch kranker Eltern (inkl. Suchterkrankungen der Eltern).

Hier spielen zu Teilen die fehlenden Angebote eine Rolle (z. B. ausreichende Angebote für eine evidenzbasierte Traumatherapie), aber auch Identifikations- und Schnittstellenprobleme (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern, deren Eltern in Behandlung sind, aber die Kinder nicht oder umgekehrt).

Selbsthilfe stärken

Die psychische Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen stellt eine große Herausforderung nicht nur für das Kind oder den Jugendlichen, sondern auch für seine Familie dar. Die Versorgung muss auch die Begrenztheit der Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, berücksichtigen. Die wachsende Rolle der Selbsthilfe kann im vielfältigen Geflecht der Versorgung nicht als bedeutsam genug eingeschätzt werden. Doch während die Familienselbsthilfe auf langjährige Erfahrung aus der Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen zurückblicken kann, mangelt es noch an strukturierter Selbsthilfe von Jugendlichen; diese gilt es zu stärken. Von besonderer Wichtigkeit ist hier ein niedrigschwelliger Hilfeansatz.

Nicht zuletzt ist auch Forschung zu Wirkung und Wirksamkeit innovativer Versorgungsformen – vornehmlich im Lebensumfeld der Patienten – notwendig, um eine angemessene, zielführende und evidenzbasierte Versorgung im notwendigen Maß beschreiben und anbieten zu können.

Die multidisziplinäre Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse bilden die Grundlage für das am 01.02.2020 gestartete Projekt der Aktion Psychisch Kranke, in dem die Handlungsempfehlungen für die Politik und Praxis im Bereich des SGB V und Schnittstellenbereichen für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher erarbeitet werden sollen. Die wissenschaftliche Leitung des Projektes nehmen Herr Prof. Michael Kölch und Herr Prof. Jörg M. Fegert wahr.

Im Zentrum des Projektes steht die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die aufzeigen sollen, wie die Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im SGB V und Schnittstellenbereichen erreicht werden kann. Die Entwicklung und Priorisierung von konkreten Handlungsempfehlungen soll durch eine ausgewählte Expertengruppe in zwei Expertenworkshops (im Juni und September 2020) gemeinsam mit der APK konsensorientiert diskutiert und entwickelt werden. Die Expertenworkshops werden im Rahmen vielfältiger Beteiligungsmöglichkeiten (Eingaben, Stellungnahmen, Arbeitstreffen) fachlich vorbereitet und nachbereitet.

Handlungsbedarfe

Handlungsempfehlungen zu folgenden, priorisierten Themen sollen in den Expertenworkshops mit der angeführten Vorbereitung erarbeitet werden:

- Ärztliche und psychologische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung;
- Rechtsgebietsübergreifendes Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe;
- Adoleszentenversorgung, Transition;
- Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen;
- Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Kinderrechten und Elternrechten;
- Schutzkonzepte in Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie Belastung von Mitarbeitenden und deren Schutz vor Übergriffen von Jugendlichen;
- Versorgung im ländlichen Raum, Fachärztemangel;
- Zukunftsorientierte Behandlungsformen jenseits bestehender Sektorgrenzen;
- Besondere Zielgruppen: Kinder und Jugendliche mit (weiteren) Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen, geflüchtete Kinder und Jugendliche; Kinder und Jugendliche mit besonderen Risikofaktoren, z. B. Kinder psychisch und/oder suchtkranker Eltern;
- Kooperationsverpflichtungen im Sinne der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen – Vernetzung, Schnittstellen, Kooperationen unter Berücksichtigung neuer Behandlungsformen;
- Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen;
- Familienselbsthilfe, Selbsthilfe erkrankter Jugendlicher;
- Versorgungsforschung.

Einfließen sollen auch die Ergebnisse der vom deutschen Bundestag einberufenen Arbeitsgruppe zum Thema »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern«. Ende 2019 hat die Arbeitsgruppe Empfehlungen vorgelegt, was die Bundespolitik dazu beitragen kann, dass betroffene Familien künftig besser versorgt werden und so u. a. das Erkrankungsrisiko für die Kinder gesenkt werden kann (siehe den Beitrag von Birgit Görres in diesem Heft).

Als Ergebnis des Projektes soll Ende 2020 ein Empfehlungskatalog zur Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland sowie der Prävention vorgelegt werden.

Diese Ergebnisse werden nicht projektbezogen auf eigenen Veranstaltungen vorgestellt, sondern in einem gemeinsamen Abschlussworkshop mit dem ebenfalls vom BMG geförderten Projekt »Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, Teil 2 Kinder und Jugendliche« (RKI/BZgA) präsentiert. Die Handlungsempfehlungen werden in den Bericht des BMG-Dialogs zur Weiterentwicklung von Hilfen eingefügt.

Es wird davon ausgegangen, dass der Empfehlungskatalog in der politischen, fachlichen und öffentlichen Diskussion große Beachtung finden und wesentliche Impulse zur Optimierung der Hilfen für Kinder und Jugendliche geben wird. ◀

Jörg Holke ist Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke und in die Leitung des Projektes eingebunden.

Es bleibt spannend

Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern wurde vorgelegt. Er zielt vornehmlich auf strukturelle Verbesserungen zur Ermöglichung von Hilfen aus einer Hand für die betroffenen Familien. **Von Birgit Görres**

▶ Am 22. Juni 2017 forderte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung einstimmig auf, eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien (BMFSFJ, BMAS, BMG), relevanter Fachverbände sowie weiterer Sachverständiger einzurichten, um die Hilfen für Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil zu verbessern. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus mehr als dreißig Fachverbänden und Vertreterinnen aus Wissenschaft und Forschung führte bis Sommer 2019 fünf Sitzungen durch, um für die Bereiche »Recht«, »Gute Praxis« und »Forschung« Zielperspektiven für Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Familien mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil zu erarbeiten.

Am 18.12.2019 wurden die erarbeiteten 19 Empfehlungen dem Deutschen Bundestag vorgelegt und sind nun als Bundestagsdrucksache 19/16070 veröffentlicht. Die Empfehlungen stellen vor dem Hintergrund der notwendigen Einvernehmlichkeit zwangsläufig Kompromisse dar und sind, aufgrund des gleichzeitig stattfindenden Diskussionsprozesses um eine Reform des SGV III, stärker auf Veränderungsempfehlungen im Bereich Jugendhilfe als auf den psychiatrischen Behandlungsbereich bezogen. Jedoch beschreiben einige Empfehlungen auch positive künftige Entwicklungsrichtungen auf der Grundlage des SGB V. Daneben konnte eine Verknüpfung mit dem Dialogprozess zur Zukunft der ambulanten Behandlung gemeinsam beschlossen werden: »Der Arbeitsgruppe ist es jedoch darüber hinaus ein Anliegen, auf die Bedeutung der Stärkung aufsuchender ambulanter Behandlungsansätze für betroffene Mütter und Väter sowie von Krisenintervention hinzuweisen. (Seite 3) Diese Themen werden jedoch Gegenstand des derzeit durch das BMG geführten Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sein« (siehe dazu auch den vorausgegangenen Beitrag von Jörg Holke).

Wenn man die Handlungsempfehlungen zusammenfasst, kann man vier leitende Prinzipien identifizieren: Personen- und Familienorientierung, altersgerechte Angebote, Vernetzung und Kooperation und aktive Schnittstellenbearbeitung an den SGBs.

Person- und Familienorientierung

Empfehlungen 1–6: Die Hilfen für betroffene Familien sollen sowohl individuell als auch am Bedarf der Familie orientiert flächendeckend ausgebaut werden. Dabei ist sowohl die notwendige Niedrigschwelligkeit der Hilfen als auch das zu berücksichtigende häufig eingeschränkte Hilfesuchverhalten erkrankter Eltern zu bedenken. Die Alltagsunterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe soll ein einklagbarer Rechtsanspruch für die Kinder sein, Patenschaften werden in professionelle Strukturen eingebunden und durch das SGB VIII regelfinanziert. Ziel ist es, eine verbindliche und integrierte Sozial- und Qualitätsplanung mit allen relevanten Planungsbereichen auf kommunaler Ebene sicherzustellen und dabei Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche ohne Prüfung einer »Not- und Konfliktlage« durch das Jugendamt zu realisieren. Parallel soll eine Informationsplattform für Kinder und Jugendliche aufgebaut werden.

Altersgerechte Angebote

Empfehlungen 7 – 13: Künftig sollen präventive Leistungen für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen sowie für ihre Eltern zugänglich sein. Die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen an den spezifischen Bedarfen betroffener Familien ausgerichtet werden. Das Bündnis der Gesetzlichen Krankenkassen als Träger kommunaler und länderspezifischer Präventionsprogramme und Strukturen wird aufgefordert, die Zielgruppe der gesamten Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil stärker in den Blick zu nehmen und regionale Akteure bei der Umsetzung guter Praxismodelle zu unterstützen.

Vernetzung und Kooperation

Empfehlungen 14–18: Um den komplexen Bedarfslagen eines oder mehrerer Familienmitglieder gerecht zu werden, müssen die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote besser vernetzt werden. Eine wichtige Empfehlung lautet, dass die Kombina-

Zentrale Empfehlungen

1: Die Hilfen für betroffene Familien sollen sowohl am individuellen als am familiären Bedarf orientiert flächendeckend auf- und ausgebaut werden.
2: Präventive Leistungen sollten für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen sowie für deren Familien zugänglich sein.
3: Um den komplexen Bedarfslagen eines oder mehrerer Familienmitglieder gerecht zu werden, müssen die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote besser ineinandergreifen.
4: In den örtlichen und regionalen Netzwerken müssen Lotsen die Zugänge zu (weiteren) Hilfen und jeweils bedarfsgerechten Unterstützungsmaßnahmen an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungssysteme erleichtern.

Weitere Informationen
Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern
www.ag-kpke.de

Empfehlungen
http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/160/1916070.pdf

Informationen über den weiteren Prozess
www.dvgp.org/themen-engagement/kinder-psychisch-erkrankter-eltern.html ◀

tion unterschiedlicher Hilfen für eine Familie möglich sein muss und eine integrierte Gesamtplanung notwendig ist. Angestrebt wird eine neue explizite Regelung im SGB V zur koordinierten Zusammenarbeit von Behandelnden und den regionalen Akteuren der Jugendhilfe sowie eine Abrechenbarkeit dieser Aufgaben.

Die für die vernetzte ambulante psychiatrische Arbeit wichtigen Empfehlungen 17 a und b zielen auf die Etablierung von SGB-übergreifenden Komplexleistungen und empfehlen weiter: »Um Parallelstrukturen zu vermeiden, sollte dabei möglichst auf bestehende Angebote (beispielsweise aus Modellprojekten wie den ›Leuchtturmprojekten‹) aufgebaut werden« (siehe Umschau 2/2019).

Der Bezug auf die vorwiegend von gemeindepsychiatrischen Trägern aufgebauten ambulanten Hilfenetzwerke kann an dieser Stelle als Wahrnehmung und Wertschätzung der von ihnen (und anderen) bereits geschaffenen komplexen Unterstützungssysteme gesehen werden. Des Weiteren ist diese explizite Nennung eine Unterstützung für gemeindepsychiatrische Träger bei der Etablierung von Hilfen für betroffene Familien aus dem Bereich Jugendhilfe in ihren Kommunen. Das Koordinierungsgebot zielt aber nicht nur auf die Kommunen. Von den Ländern und den Sozialversicherungsträgern soll ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multiprofessioneller, qualitätsgesicherter und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme erstellt werden. Dies könnte durch Landesmodellprojekte in den nächsten Jahren umgesetzt werden.

Schnittstellen aktiv bearbeiten

Empfehlung 19: Last, but not least wird klargestellt, dass Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen umfasst. Dies könnte ein Lotsensystem anstelle der immer noch nicht realisierten Soziotherapie aus Mitteln der Jugendhilfe im Bereich der Jugendhilfe ermöglichen.

Die vorgelegten Handlungsempfehlungen bieten reichlich Ansatzpunkte für die Realisierung bedarfsgerechter Unterstützung und Behandlung für Eltern mit einem komplexen Hilfebedarf und ihre Kinder. Sie werden sicher noch auf vielen Veranstaltungen der beteiligten Fachverbände und Wissenschaftler vorgestellt und diskutiert werden. Sie können nicht mehr als ein Anfang sein, aber die eigentliche Arbeit mit dem Gesetzgeber und den Kostenträgern beginnt erst jetzt. Es bleibt spannend. ◀

Birgit Görres ist Geschäftsführerin des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und war Mitglied der Sachverständigenarbeitsgruppe.

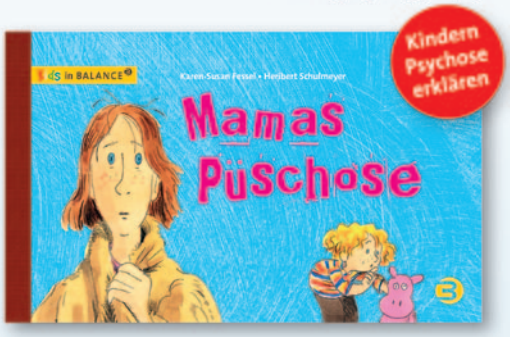
ANZEIGE

Starke Themen für starke Kinder

Karen-Susan Fessel, Heribert Schulmeyer
Mamas Püschose
ab 5 Jahre, 40 Seiten
17,00 €
ISBN 978-3-86739-184-9

Hugo hat keine Angst, weiß aber nicht, wie man mutig wird. »Mutig ist, wer Angst vor etwas hat und es trotzdem macht«, erklärt der Räubervater. Ein mitreißendes Kinderbuch über zwei Räuberkinder, die wissen wollen, wie man mutig wird. Kinder lernen hier spielerisch, sich ihren Angstmomenten zu stellen und sie zu bestehen. Denn allein in der wiederholten Begegnung mit Angstsituationen erleben Kinder sich als mutig und selbstwirksam.

Johannes Traub, Wiebke Alphei, Suse Schweizer
Muträuber
ab 5 Jahre, 40 Seiten
17,00 €
ISBN 978-3-86739-188-7



Kim liebt es, mit ihrer Mama Zeit zu verbringen. Aber dann verhält Mama sich immer merkwürdiger. – Wenn ein Elternteil an einer Psychose erkrankt, fällt es schwer, dem Kind die beunruhigenden Veränderungen zu erklären. Das Buch macht es leichter, mit Kindern über die neue Situation zu sprechen, ihnen Schuldgefühle zu nehmen und zu zeigen, dass Eltern auch in Krankheitsphasen Eltern bleiben.

Weitere Titel der Buchreihe unter: **www.balance-verlag.de**

BALANCE **buch + medien verlag**

Gute Versorgung braucht Kooperationsgebote

Kinder und Jugendliche in Deutschland genießen insgesamt eine gute psychiatrische Versorgung, findet der Präsident der DGKJP, **Prof. Dr. Michael Kölch**. Aber im Gespräch mit **Cornelia Schäfer** macht der Leiter der Rostocker Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch dringenden Handlungsbedarf aus, vor allem in der Prävention und der Behandlung schwersterkrankter junger Patientinnen und Patienten.

Foto: Universitätsmedizin Rostock

Prof. Michael Kölch auf dem Klinikgelände in Gehlsdorf

Herr Professor Kölch, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht ja gerade sehr im Fokus. Wie kommt das? Ist die psychische Gesundheit der Zielgruppe heute besonders gefährdet? Oder ist die reale Versorgung schlicht zu lange nicht mehr gleichgezogen mit den fachlichen Erkenntnissen und Möglichkeiten?

Michael Kölch: Wir haben tatsächlich einen Anstieg der diagnostizierten Erkrankungen. Aber daraus kann man nicht unbedingt schließen, dass tatsächlich mehr Kinder und Jugendliche psychisch erkranken. Ich würde eher vermuten: Es sind früher viele Erkrankungen nicht erkannt worden.

Dennoch: Psychische Erkrankungen bilden die neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter. Die somatischen Erkrankungen sind eher zurückgegangen und auch gut und schnell behandelbar. Aber die psychiatrischen Diagnosen häufen sich, und sie stehen für Erkrankungen, die einen sehr großen Einfluss auf Entwicklungschancen von Kindern haben können, weil sie im Alltag so beeinträchtigend sein können. Denken Sie an eine Angststörung. Deswegen gehe ich nicht zur Schule. Denken Sie an schweres ADHS. Deswegen kann ich in der Schule nicht die Noten schreiben, die meiner Intelligenz entsprechen. Denken Sie an eine Depression, bei der oft auch noch das Risiko dazukommt, früh einen Substanzabusus zu beginnen, um die Stimmung zu verbessern.

Gleichzeitig hat uns die Forschung in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten eine Fülle von Erkenntnissen beschert: Wir wissen heute, wo Psychotherapie wirkt, auch in Kombination mit Medikamenten. Wir wissen viel über die Ursachen: einmal genetisch-biologische, aber auch über Gen-Umwelt-Interaktion, also über Umweltfaktoren. Lebensräume wie Schule und Familie beeinflussen die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen enorm. Dementsprechend sind nicht allein Ärzte und Psychotherapeuten bei der Erkennung und Behandlung beteiligt, sondern da sind auch die Schulpsychologie, die Erziehungsberatung und die Jugendhilfe mit dabei.

Kinder- und Jugendpsychiatrie ist immer auch Sozialpsychiatrie, insbesondere bei unseren schwerstkranken Patienten.

In Ihrem Projekt »Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse« für die Aktion Psychisch Kranke haben Sie und Professor Fegert da ja durchaus noch Optimierungsbedarf ermittelt. Wo sehen Sie Mängel in der Versorgung?

Michael Kölch: Wir haben ja erstmal eine Bestandsaufnahme gemacht, aus der Empfehlungen folgen sollen, die in dem soeben begonnenen neuen Dialogprozess der Aktion Psychisch Kranke erarbeitet werden. Man kann sagen, dass es insgesamt eine gute Versorgung gibt, die heute ganz viel in der Lebenswelt – ambulant – stattfindet. Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in dieser modernen Versorgungslandschaft eher für die schwereren Fälle da. Sie dient dazu, Krisen und schwerste Beeinträchtigungen so weit zu behandeln, dass ambulant weitergearbeitet werden kann. Aber die notwendige Versorgungskette ist oft nicht gegeben. Gerade schwersterkrankte Patienten, etwa junge Menschen mit Schizophrenie oder auch mit Entwicklungsstörungen vom Borderline-Typus bekommen dann keine adäquate Behandlung bzw. Versorgung ober müssen zu lange darauf warten.

Schwersterkrankte fallen durchs Netz

Und das, wo wir doch eigentlich einen Anwuchs an niedergelassenen Kollegen und vermehrt auch an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben. Man muss da

fragen: Werden nicht umgekehrt die leichter Erkrankten zu aufwändig behandelt? Und der Mangel an guten Nachsorgekonzepten für die Schwersterkrankten schlägt sich auch bei unseren Partnern in der Kinder- und Jugendhilfe nieder. Da werden Patienten immer wieder weitergereicht. Die vielen unterschiedlichen Einrichtungen können sie nicht halten. Und dadurch verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand noch.

Schnittstellenprobleme gibt es aber auch im Transitionsbereich, also zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie. Auch wenn junge Menschen volljährig werden, braucht es oft noch ganz viel Beziehungsarbeit. Man kann nicht einfach sagen: Ab morgen gehst du in die Erwachsenenpsychiatrie. Da sind wir noch nicht gut genug in der Überleitung. Und so verlieren wir da viele Patienten. Die kommen nicht an und es besteht die Gefahr, dass sich ihre Gesundheit verschlechtert, weil sie nicht in Behandlung sind.

Eine andere Art von Versorgungslücken haben wir gefunden für Patienten mit Intelligenzminderung und in der Behandlung von Substanzabusus im Jugendalter. Da ist die Versorgungslage je nach Region sehr unterschiedlich. Oft müssen die Patienten zu einer Behandlung weite Wege zurücklegen.

Und schließlich wissen wir, dass bestimmte Gruppen von Patienten, die besonders viele Risiken für eine Erkrankung aufweisen, immer mehr sozial abgehängt werden. Solche Risiken sind u. a. Bildungsferne, Armut und psychische Erkrankung bei einem Elternteil.

Was kann man tun, dass Kinder gar nicht erst krank werden?

Michael Kölch: Was wir in Deutschland dringend brauchen, sind »stepped-care«-Modelle, auch unter Einbezug der Primärversorger. Das sind zuerst die Kinderärzte, wo die Eltern mit den Kindern ja ohnehin regelmäßig zur Untersuchung gehen, und irgendwann dann die Hausärzte. Die müssen strukturiert nach Hinweisen für psychische Probleme schauen, screenen, könnte man auch sagen: Gibt es ein Risiko für eine psychische Erkrankung? Liegt bereits etwas vor? Ist er oder sie vielleicht depressiv? Wenn es Symptome gibt, muss man evtl. intensivere fachärztliche Diagnostik machen. Und dann kann man ganz niederschwellig, etwa mit einer kurzen Psychoedukation, bei einem hohen Anteil der Betroffenen verhindern, dass eine Erkrankung überhaupt manifest wird.

Oft wird es aber nicht erkannt. Erst, wenn die Kinder mit einer Depression oder Angststörung schon zwei Monate in der Schule Probleme haben oder gar nicht mehr rausgehen aus dem Haus, kommen sie. Dann brauchen sie intensive Therapie. Das hätte man aber früher finden können.

Spricht man denn heute nicht freimütiger über psychische Erkrankungen?

Michael Kölch: Wir haben da keine guten Untersuchungen. Aber es gibt immer noch ein Stigma. Es ist immer noch mit Scham besetzt, egal ob im Erwachsenenalter oder bei Kindern und Jugendlichen. Für Kinder im Aufwachsen gibt es kaum etwas Schlimmeres als anders zu sein als andere. Aber dadurch, dass das Thema in den Medien so präsent ist, ist es schon selbstverständlicher geworden, als es vor dreißig Jahren war. Sodass Patienten und auch Eltern leichter zu uns kommen und dass es nicht mehr heißt: o Gott, o Gott, ich bin schuld, dass mein Kind das hat! Heute ermutigen auch Lehrer schon Eltern, mal zur Kinderpsychiatrie zu gehen, weil das Kind vielleicht ADHS hat. Da muss man sogar manchmal eher aufpassen und sagen: Halt! Nicht alle, die unruhig sind, haben auch ADHS. Das kann auch andere Gründe mal haben. Aber: Tatsächlich stärkt es die Prävention, in die Öffentlichkeit zu bringen, dass es eben einen gewissen Anteil an Kindern betrifft, die aber deswegen nicht lebenslang krank sein müssen, dass es Belastungsfaktoren gibt, die einen psychisch destabilisieren, dass psychische Erkrankungen aber zugleich gut behandelbar sind.

Psychische Gesundheit zum Thema machen

Da haben sich die Schüler in Bayern ja verdient gemacht, die gefordert haben, dass in der Schule mehr über psychische Gesundheit und Erkrankungen gesprochen werden muss.

Michael Kölch: Genau! Wenn man sich das Erkrankungsalter ansieht, wird deutlich: Vieles beginnt schon im Kindesalter, aber ein anderer Anstieg findet sich im Alter zwischen 15 und 25. Wo ganz viel im Leben von jungen Menschen passiert: von zu Hause ausziehen, Berufsausbildung, Studium und Ähnliches. Und wo man auch schauen kann: Welche Schutzfaktoren habe ich oder kann ich aktivieren, damit ich nicht psychisch erkranke? Zum Beispiel: wenn ich mir sehr viel Stress mache mit dem Studium, muss ich sehen, dass ich soziale Kontakte behalte oder neu aufbaue, entsprechenden Sport zum Ausgleich mache etc.

Insgesamt gehört zur Prävention aber auch, Lebenswelten so zu gestalten, dass sie nicht zum Risiko beitragen. Wie ist z. B. die Schule ausgestattet? Schule sollte gesundheitsfördernd, stabilisierend sein, und häufig ist sie das ja auch, weil Lernen nichts Schlimmes und keine Zumutung ist. Aber wenn Schule so gestaltet ist, dass sie zum Stressfaktor wird, dann kann sie das Erkrankungsrisiko erhöhen, und dann muss man dagegen anwirken.

Aber auch andere Lebenswelten gilt es, in den Blick zu nehmen. Ich habe ja bereits einige Risikogruppen angesprochen. Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch, also Traumata zu verhindern, die Kinder krank machen können, ist ein ganz entscheidender Punkt. Man muss sich vermehrt auch um Kinder mit Intelligenzminderung und aus bildungsfernen Haushalten kümmern.

Einer der bei Ihnen angesprochenen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist das Aufwachsen in einer Familie mit psychisch erkrankten Eltern – dazu hat gerade die Arbeitsgruppe des Bundestages ihre Empfehlungen abgegeben. Wie können in dem Bereich denn Präventionschancen besser ausgeschöpft werden?

Michael Kölch: Das ist ein weites Feld, und der Bericht der Arbeitsgruppe umfasst nur den kleinsten gemeinsamen Nenner, weil er ja im Konsens erstellt werden musste: von Fachleuten, von Forschern, von den Ministerien.

Das Wichtigste ist, dass es auf verschiedenen Ebenen letztendlich Veränderungen geben muss. Das beginnt, wenn Kinder selbst noch keine Störung haben, bei der altersgemäßen Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und die Stärkung der Resilienzfaktoren. Das heißt: Man muss eine Außenorientierung schaffen. Die Kinder darin unterstützen, dass sie Freunde haben können, dass sie am sozialen Leben teilhaben, trotz des erkrankten Elternteils. Auch das Angebot von Paten kann dazu gehören. Und dass man schaut: Gibt es einen gesunden Elternteil? Und was kann der übernehmen, um das Kind zu stabilisieren, schulisch zu fördern usw.?

Der zweite Punkt ist, psychisch kranke Eltern tatsächlich auch in Behandlung zu bringen. Eine depressiv erkrankte Mutter

mit einem Kleinkind kann sich vielleicht deshalb nicht um das Kind kümmern oder nicht feinfühlig mit ihm interagieren, weil sie selbst keinen Affekt und keinen Antrieb aufgrund der Depression hat. Aber wenn die Depression behandelt ist, ist das wieder eine Top-Mutter. Sie muss sich halt trauen, in Behandlung zu gehen und nicht die Behandlung vermeiden, vielleicht weil sie sich sorgt: Wer versorgt mein Kind?

Aber das ist doch oft eine sehr berechtigte Sorge!

Michael Kölch: Natürlich! Deswegen ist es ebenso wichtig, für betroffene Familien stabilere Netzwerke zu schaffen, die nicht immer wegbrechen. Manche Erkrankungen haben ein hohes Risiko, immer mal wiederzukommen. Und da sollte z. B. das Kind nicht jedes Mal in eine andere Pflegefamilie kommen, sondern in eine, die es kennt, wo es eine gewisse Selbstverständlichkeit gibt, so wie man in den Ferien mal zu Oma und Opa fährt. Immer wieder wechselnde Kontexte sind eine große Belastung für das Kind. Die kann und muss man minimieren.

Ein Flickenteppich reicht nicht

Um auf diesen verschiedenen Ebenen voranzukommen, müssen wir vernetzter arbeiten, auch über die Grenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Im Moment haben wir weithin einen regionalen Flickenteppich: Hier gibt es dies für Eltern, dort das für größere Kinder, dort wieder etwas für kleinere Kinder und hier etwas nur für junge Familien. Was wir aber brauchen, ist eine mit Qualitätskriterien unterlegt flächendeckende Versorgung mit einem langen Atem für alle Beteiligten.

Haben Sie Hoffnung, dass das passiert?

Michael Kölch: Die Kooperation über die Sozialgesetzbücher und Hilfebereiche hinweg muss zuerst mal als Gebot in allen Sozialgesetzbüchern verankert sein. Wir haben z. B. im Kindes- und Jugendalter, wenn eine psychische Störung vorliegt, über das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), § 35 a eigentlich eine gewisse gut gebahnte Kooperation, wo es den Arzt braucht, der die Diagnose stellt, wo das Jugendamt dann die Teilhabebeeinträchtigung bzw. die daraus folgenden notwendigen Hilfen feststellt und das gemeinsam vorangebracht werden soll. Aber wenn das entsprechende Gebot im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) fehlt, ist das ein zahnloser Tiger.

Zweitens muss die gebotene Kooperation aber auch hinterlegt sein als Regelaufgabe. Das heißt, wir müssten uns angewöhnen, dass Kooperationstätigkeit ein fester Bestandteil der Arbeit ist, und das muss dann auch so eingepreist werden. Die gelingt sonst im Kontext der Arbeitsverdichtung kaum mehr. Es hilft nichts, Niedergelassenen zu sagen: Komm doch bitte zu dem Vernetzungstreffen, wenn sie in dem Zeitraum ihre Brötchen nicht verdienen können. Die werden nicht kommen. Und wenn ich in meiner Klinik bis Oberkante Unterlippe mit Arbeit eingedeckt bin – oder die Oberärztinnen und Oberärzte – dann werden die nicht in die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke einer Kommune gehen. Das heißt, ich muss Freiräume für kooperative Arbeit schaffen, die sich vielleicht kurzfristig nicht auszahlt, aber langfristig Strukturen schafft, die eine bessere vernetzte Arbeit ermöglichen.

Ist denn mit der Arbeitsgruppe des Bundestages da jetzt ein Schritt in die richtige Richtung gelungen?

Michael Kölch: Es gibt zumindest einen Auftrag: Das SGB VIII wird vieles aufnehmen. Wir werden schauen, wie es sich im SGB V widerspiegeln wird. Da ist ja der Ansatz, dass es über das Präventionsgesetz und über den Präventionsfonds geht. Man wird es sehr wachsam beobachten müssen, ob es zu Veränderungen kommt.

Schauen wir nochmal auf die Behandlung in der Psychiatrie. Finden da Diskussionen z. B. über Peerunterstützung und Strategien gegen Zwangsbehandlung ihren Niederschlag?

Michael Kölch: Die Peerunterstützung wird diskutiert, ist aber nicht einfach umzusetzen. Weil wir da z. T. in dieses ethische Dilemma kommen, dass die potenziellen Peers ja selbst noch Jugendliche, also nicht volljährig sind. Wo missbraucht man da Patienten, weil ein Abhängigkeitsverhältnis besteht? Das ist ein großes Problem, auch wenn wir Jugendliche – die eigentlichen Experten, nicht ihre Eltern – im Zuge von Studien beteiligen wollen.

Im stationären Bereich gibt es aber schon lange eine Peerunterstützung. Da helfen oft die Patientinnen und Patienten, die schon länger da sind, die Neuaufgenommenen in die Station einzuführen bzw. die zu unterstützen. Das gehört zum therapeutischen Konzept.

Und die Vermeidung von Zwang ist auch im Kinder- und Jugendbereich ein großes Thema.

Wir als DGKJP haben uns ja selbst dafür eingesetzt, dass der 1631b BGB einen Absatz 2 bekommt. Zuvor hatte sich durch die höchstrichterliche Auslegung ergeben, dass Zwangsmaßnahmen, sofern sie nicht freiheitsentziehend sind, ohne richterliche Genehmigung erfolgen können. Eine reine Fixierung z. B. bei nicht abgeschlossener Tür war allein durch das Elternrecht gedeckt, da mussten nur die Eltern zustimmen. Wir haben dann darauf gedrungen, dass da der Richter nochmal prüfen und auch das Kind natürlich angehört werden muss.

Zwangsmaßnahmen sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unumgänglich. Aber aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft melden wir gerade eine Leitlinie an, die Möglichkeiten der Zwangsvermeidung und ethisch gerechtfertigte sowie fachlich richtige Durchführung von Zwangsmaßnahmen konsensbasiert darstellen soll. Das ist ein ganz wichtiges Thema, weil Kinder und Jugendliche besonders vulnerable Patienten sind. Man muss sehr gut aufpassen, dass es nicht zu ungerechtfertigten Zwangsmaßnahmen kommt.

Herr Professor Kölch, seit einem Jahr sind Sie Direktor der Uniklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter in Rostock. Welche eigenen Akzente setzen Sie da?

Michael Kölch: Das sind u. a. neue Versorgungsformen im Sinne einer Kombination von Face-to-face- und Onlinetherapie, um die Versorgung gerade auch in der Fläche zu verbessern. Das ist für Patientinnen und Patienten in Mecklenburg-Vorpommern ein ganz großes Problem. Ich möchte aber überhaupt evidenzbasierte Interventionen für besonders schwer erkrankte Kinder und Jugendliche voranbringen, speziell für die häufigsten Störungsbilder oder für typische Symptome wie affektive Dysregulation, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und die Frage der frühen Entwicklung von Suchtstörungen. Das große Thema Kinder psychisch kranker Eltern will ich im Verbund mit der Psychosomatik, mit der Klinik für Psychiatrie und im Land besser verankern. Das wären einige der Schwerpunkte.

Viel Erfolg dabei und herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Professor Kölch! ◀

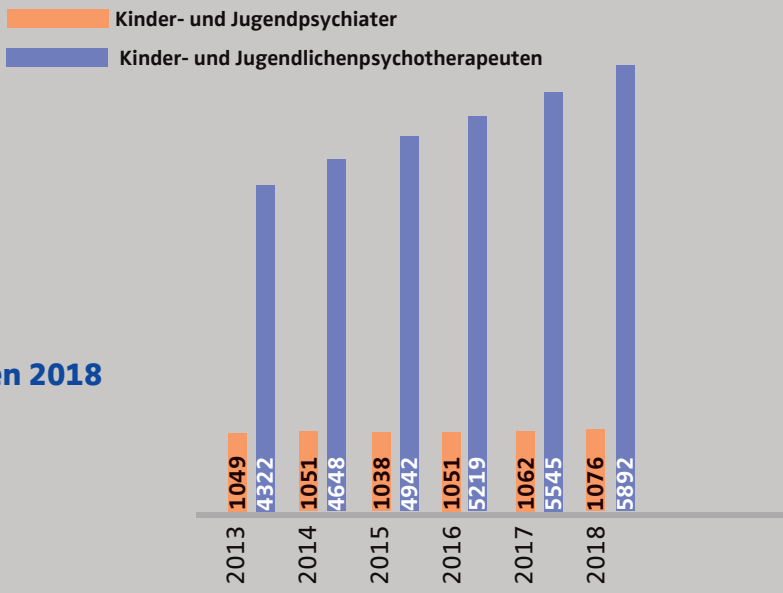
Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen

Der weitaus größte Teil aller Kinder und Jugendlichen entwickelt sich unauffällig und ist gesund. Doch bei ca. 17 % aller 3- bis 17-Jährigen kommt es zu psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen. Ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren sind behandlungsbedürftig, davon bekommen ca. 50 % aber keine Behandlung.

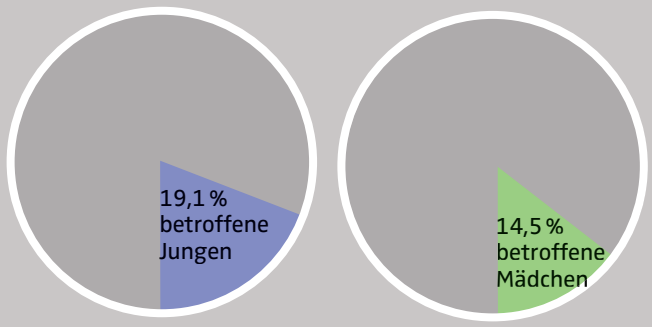
Deutschland hat ein vielfältiges Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und ihre Eltern. Die Begleitung und Behandlung findet inzwischen vermehrt ambulant statt, was eine bessere Kooperation mit Familie und Schule möglich macht. Allerdings sind die verschiedenen Angebote regional sehr unterschiedlich und oft nicht gut vernetzt.

Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten 2018

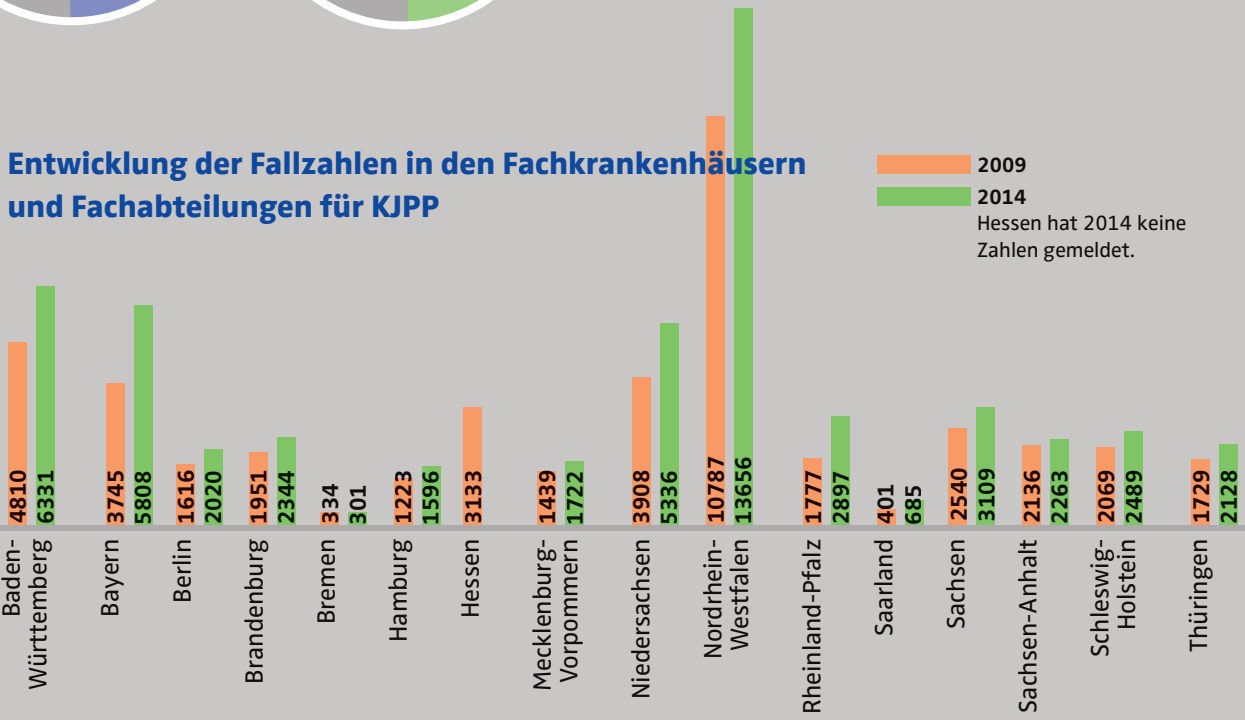
Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



Geschlechtsunterschiede bei 3 – 14-Jährigen 2018

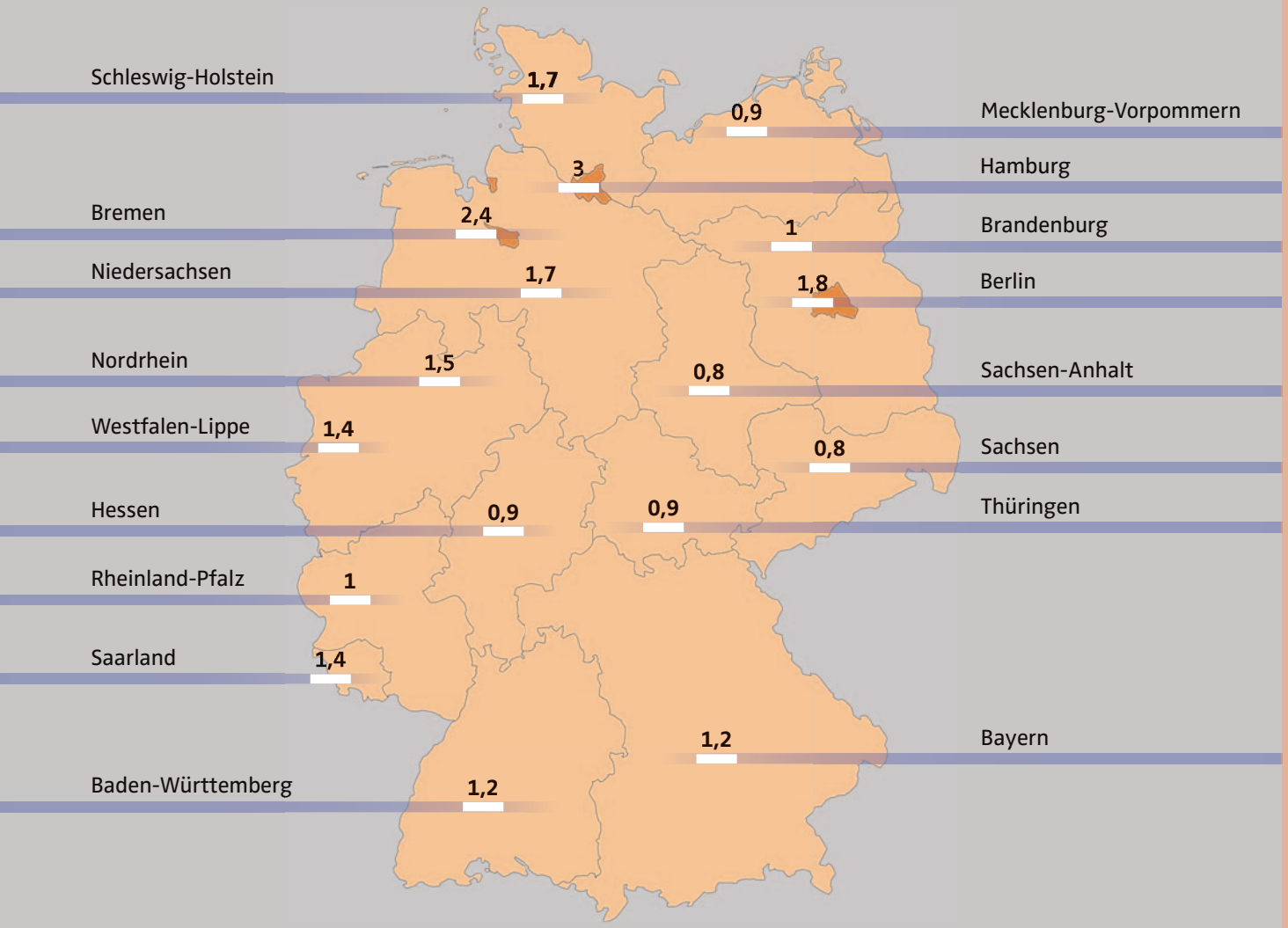


Entwicklung der Fallzahlen in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für KJPP

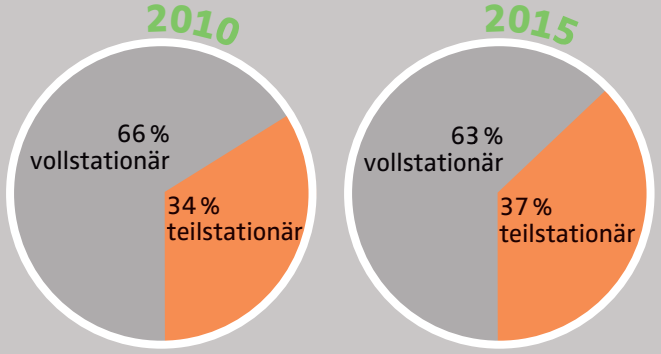


bei Kindern und Jugendlichen

Niedergelassene Kinder und Jugendpsychiater je 100.000 Einwohner 2018



Anzahl der Betten und Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für KJPP



2014 wurden **34.285** Kinder und Jugendliche (bis 21 Jahre) **stationär** behandelt

2014 wurden **429.760** Kinder und Jugendliche (bis 21 Jahre) **ambulant** bei einer Fachärztin oder einem Facharzt KJPP behandelt

Recherche: Dr. Anne Do Lam-Ruschewski, Amelie Weide Quelle: Gesundheitsdaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung, KIGGS Basiserhebung und Welle 1 und 2, Tabellenanhang zum Bericht »Psychiatrie in Deutschland« der AOLG 2017 Grafik: Iga Bielejec

Mit psychischer Störung arbeiten: Wie geht das?

Ein Team mit einem EX-IN-Genesungsbegleiter bietet Unternehmen und deren Beschäftigten Gespräche und Beratung zu psychischen Erkrankungen an.

Von Monika Möhlenkamp

▶ Offene Kommunikation über psychische Probleme am Arbeitsplatz kann helfen oder schaden. Das Dilemma bewegt die Unternehmen! Diese Erfahrung machen jedenfalls Jan Wiemann (EX-IN-Genesungsbegleiter) und sein Kollege Robert von Usslar (Dipl.-Psychologe und Coach), beide Mitarbeiter des Projektes »Unternehmen inklusiv« von FOKUS in Bremen. Sie unterstützen Unternehmen, neue Wege in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu beschreiten. Sie halten Vorträge im Tandem und sie beraten und schulen Führungskräfte, Mitarbeitende und Betriebsräte zu Themen rund um psychische Probleme. Und egal, mit wem sie sprechen – das Thema wird für sehr wichtig erachtet. Häufig wird im vertraulichen Gespräch eine eigene familiäre oder kollegiale Betroffenheit sichtbar.

Die Ausgangslage

Niemand ist verpflichtet, dem Arbeitgeber mitzuteilen, was der Hintergrund einer Krankschreibung ist und das aus gutem Grund. In der Praxis ist es aber häufig so, dass Team und Vorgesetzte über Rückenleiden oder andere körperliche Erkrankungen Bescheid wissen. Seltener ist dieses Wissen bei psychischen Problemen der Mitarbeitenden anzutreffen. Stattdessen gibt es viele Gerüchte. Die Beteiligten fragen sich, wann der erkrankte Kollege wiederkomme und was der kranken Kollegin wohl fehle. Kritisch wird es, wenn die Spekulationen zu Urteilen über die betroffene Person führen: »Das hat man ja gleich gewusst, dass sie der Aufgabe nicht gewachsen ist« oder »Dass der Stress einfach zu viel für ihn gewesen ist«. So stellen sich viele Mitarbeitende die Frage: Ist es die bessere Alternative, offen mit dem Grund des Fernbleibens umzugehen?

Vom offenen Umgang am Arbeitsplatz mit den eigenen psychischen Diagnosen wird häufig abgeraten. Zu groß sei die Gefahr, dass Nachteile für die betroffene Person daraus entstünden. Zwar könne es entlastend sein, sich zu öffnen oder auch zur Problemlösung beitragen – besonders, wenn Belastungen am Arbeitsplatz die psychische Erkrankung befördern, wenn dies aber nicht der Fall sei, dann solle man lieber nichts sagen.

Doch dieser Ratschlag ist nicht für jede Situation passend. Heute fehlen in vielen Branchen in den Unternehmen Fachkräfte. Da zeigen sich mehr Führungskräfte und Mitarbeitende in den Betrieben gesprächsbereit, so die Überzeugung der beiden Projektmitarbeiter von »Unternehmen inklusiv«. Wer früher schnell aus dem Arbeitsleben herausfiel, wird in diesen Zeiten eher eine zweite Chance bekommen. Außerdem ist das Thema psychische Erkrankung heute in der Öffentlichkeit präsenter als noch vor einigen Jahren. In vielen Betrieben ist es aber nach wie vor ein heikles Thema. So sollte jede betriebliche Situation für sich geprüft und bewertet werden.

Nach einer Krise zurück ins Unternehmen

Der Weg zurück ins Unternehmen nach einer psychischen Krise ist oft Neuland für alle Beteiligten.

Und für den erkrankten Menschen sowieso. Wer mit einem weitgehenden Zusammenbruch seiner Kompetenzen im Alltag und in der Lebensbewältigung konfrontiert ist, weiß oft lange nicht, ob er wieder wie früher sein wird. Meist wäre es sogar schädlich, wieder wie früher zu sein, denn die alten Verhaltensweisen und Sichtweisen haben oft erheblichen Anteil an der Entwicklung einer Krise.

Aber auch für die anderen betrieblichen Akteure ist der Weg zurück oft mit Unsicherheiten verbunden: Für Vorgesetzte in Unternehmen ergeben sich Fragen wie: Soll ich die Person so behandeln, als wäre sie wieder die alte? Sollte ich einfühlsamer sein, um Überforderungen zu vermeiden? Wäre das ungerecht gegenüber den anderen Mitarbeitenden? Vorgesetzte fühlen sich mitunter sogar in ihrem Führungsverhalten auf den Prüfstand gestellt, wenn die Frage im Raum steht, ob die Krise bei weniger oder anderer Belastung am Arbeitsplatz sogar zu verhindern oder abzumildern gewesen wäre. Müssen grundsätzlich Strukturen verändert werden?

Am Anfang der Wiedereingliederung eines erkrankten Mitarbeiters sollte immer ein Betriebliches Eingliederungsmanagement stehen. Anspruch darauf hat jede Arbeitnehmerin, jeder Arbeitnehmer, der mehr als sechs Wochen am Stück krank war. Hier wird geklärt, wie zukünftige Erkrankungen vermieden und insbesondere krankheitsfördernde Fehl- und Überbelastungen reduziert werden können. Wenn psychische Probleme der Grund für die Ausfallzeiten waren, wird das Besprechen der dazugehörigen Sachverhalte schnell heikel und komplex. Einfache technische Lösungen, wie etwa ein neuer Bürostuhl für die Bandscheibe, bieten sich in der Regel nicht an. Genau an dieser Stelle, so zeigt das Projekt, verhilft eine offene und gute Kommunikation über die Problemlage zu mehr Verständnis und zu besseren Lösungsstrategien. Ein gut konzipiertes Eingliederungsmanagement gibt es jedoch nicht in vielen Unternehmen. So ist es häufig hilfreich, sich weitere Unterstützung zu suchen, wie z. B. vom Betriebsrat oder in Zukunft auch vom betrieblichen Genesungsbegleiter.

Genesungsbegleiter fördern eine offene Kommunikation

Eine enge Zusammenarbeit mit Experten aus Erfahrung ist für die meisten Unternehmen neu.

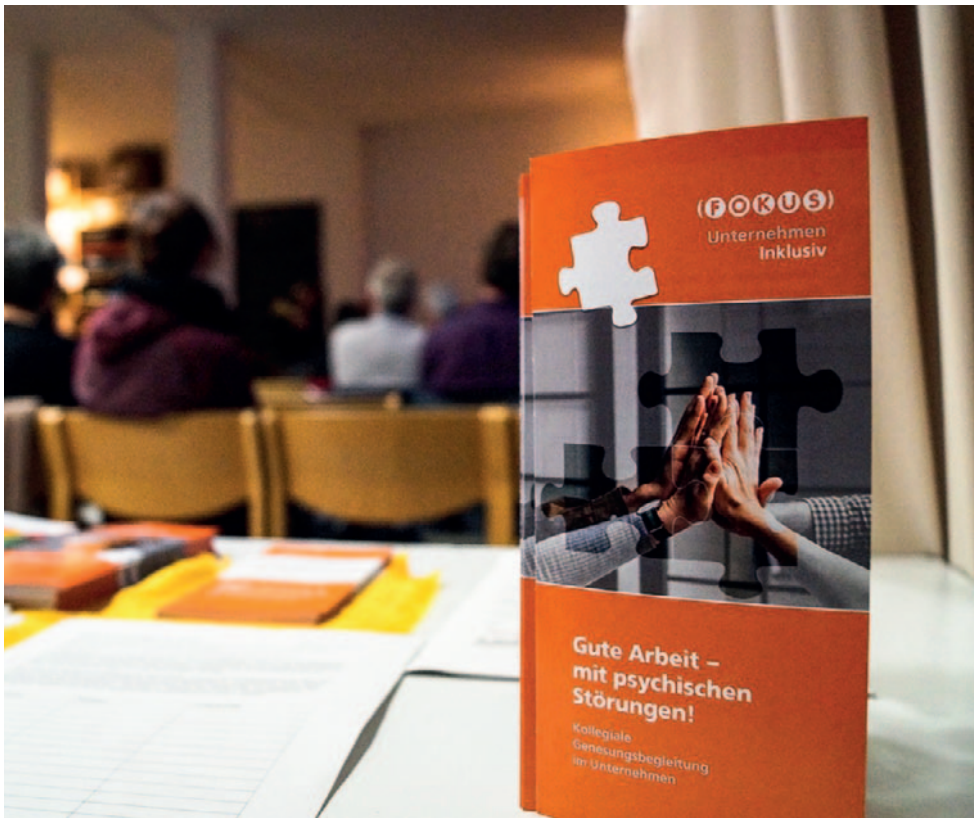
»Eine offenere und unaufgeregte Kommunikation über die Neuausrichtung der zurückkehrenden Person im Unternehmen würde allen Beteiligten helfen«, so Jan Wiemann. »Dazu gilt es aber erst mal, die Hemmschwelle auf beiden Seiten, also sowohl auf Seiten der Führungskraft wie auch der krisenbetroffenen Rückkehrerin, zu überwinden. Überwindet eine der beiden Seiten die Hemmschwelle nicht, kann es schwer funktionieren. Wenn Arbeitnehmer nicht lernen, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren, wissen Kollegen und Vorgesetzte nicht, woran sie sind. Wie viel Persönliches sie dabei preisgeben, ist nicht so entscheidend, wichtiger ist die Kommunikation der daraus resultierenden notwen-

digen Genesungs- und Veränderungsbedingungen. Und umgekehrt kann es auch nur funktionieren, wenn ein offenes Entgegenkommen von der Leitungsebene signalisiert wird. Das Unternehmen muss auch bereit sein, an Strukturen im Betrieb wie z. B. zu hoher Arbeitsdichte oder Arbeitsdruck zu arbeiten. Dazu gehört weiterhin, dass Vorurteile über psychische Störungen im Unternehmen abgebaut und eine Sensibilisierung für das Thema gefördert werden. Diese Entwicklung sollte begleitet und wiederholt reflektiert werden. Gelingt dieser Prozess, können alle Akteure davon profitieren.«

Jan Wiemann ist ausgebildeter EX-IN-Genesungsbegleiter und weiß, wovon er spricht. Er litt in der Vergangenheit unter massiven psychischen Problemen am Arbeitsplatz und weiß, wie viel Mühe es ihn kostete, sich nichts anmerken zu lassen. Er weiß auch, wie schwer es ist, sich selbst eine »Schwäche« einzugestehen und diese dann auch noch zu offenbaren. Er erinnert sich noch gut, wie schuldig er sich seinem Arbeitgeber gegenüber fühlte, als er längerfristig krankgeschrieben war. Aber auch, wie er auf Verständnis stieß, als er lernte, seine Schwierigkeiten im Betrieb offen zu kommunizieren. Er meint: »Auch mit Unverständnis kann man lernen, gewinnbringend umzugehen, sodass man sich selbst nicht schadet. Das Unverständnis der anderen nicht gleich auf sich zu beziehen und persönlich zu nehmen, hilft, der eigenen Selbststigmatisierung etwas entgegen zu setzen.« Und er erlebte, dass er die Kraft, die er darauf verwandte, sein krisenhaftes Innerstes zu verbergen, heute in aufgabenbezogene Arbeitsenergie umwandeln kann.

Geholfen hat ihm dabei ganz erheblich die Qualifizierung zum EX-IN-Genesungsbegleiter. In dieser einjährigen Fortbildung hat er sein eigenes Krankheits- und Gesundheitsverständnis zusammen mit anderen Betroffenen reflektiert und erlebt, dass der Austausch mit anderen und das Erlernen neuer resilienzorientierter Kompetenzen zu neuer Stärke verhelfen kann. Eine wichtige Erfahrung war für ihn z. B., dass das Kommunizieren seiner Erfahrungen im Unternehmen anderen Mitarbeitenden verhalf, über ihre Schwierigkeiten offener zu sprechen.

Foto: FOKUS



»Unternehmen inklusiv«

Heute berät Jan Wiemann als sogenannter »Experte aus Erfahrung« zusammen mit »Coaches mit Businesserfahrung« Unternehmen bei einem stressfreieren Umgang mit dem Thema psychische Erkrankungen. Dazu werden neben Beratungsgesprächen für betroffene Mitarbeitende und deren Angehörige, Kollegen und Vorgesetzte auch »Irre hilfreich«-Seminare für Unternehmen und andere Organisationen angeboten. In diesen Seminaren werden anhand von Erfahrungsberichten, Gruppendiskussionen und Rollenspielen Stigmatisierungen und Barrieren abgebaut. Die Teilnehmenden entwickeln einen verstehenden Zugang zu Menschen mit psychosozialen Gesundheitsproblemen. Das hat einen präventiven Charakter, führt aber auch zu einer höheren Kompetenz im Umgang mit anderen, z. B. auch mit Kunden. Das Projektteam führt ferner Informationsveranstaltungen für Betriebs- und Personalräte, Führungskräfte und betriebliche Netzwerke durch und unterstützt diese Akteure mit Aufklärungsmaterial und öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen wie Podiumsdiskussionen. Weiterhin kooperiert das Projektteam eng mit der Arbeitnehmerkammer und dem Jobcenter.

Das Projekt »Unternehmen inklusiv« endet im Sommer 2021. Ein Ergebnis steht jedoch schon fest: Eine enge Zusammenarbeit mit Experten aus Erfahrung ist den meisten Unternehmen neu. Die Einbeziehung von Erfahrungswissen von Genesungsbegleitern jedoch hilft, Vorurteile bei den Akteuren abzubauen, Brücken zu bauen und Lösungsstrategien in den Unternehmen zu entwickeln. ◀

»Unternehmen inklusiv« ist ein dreijähriges Projekt von FOKUS, dem Zentrum für Bildung und Teilhabe der Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V. und wird von der Aktion Mensch gefördert.
Aktuelle Informationen auch unter www.unternehmeninklusiv.de
Monika Möhlenkamp, Projektleiterin, ist Gesundheitswissenschaftlerin und leitet FOKUS.
Kontakt: unternehmeninklusiv@izsr.de

Beschwerdemöglichkeiten im Rahmen rechtlicher Betreuung

Von Alexander Engel

▶ Aus einer rechtlichen Betreuung können unterschiedlichste Konflikte entstehen. Häufig ist dies der Fall bei weitreichenden Entscheidungen des rechtlichen Betreuers bzw. des Betreuungsgerichts wie z. B. einer Wohnungskündigung, der Einrichtung eines Einwilligungsvorbehalts oder der Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen in einer Klinik oder einem Heim.

Für die betroffenen Menschen stellt sich dann die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, um sich gegen die Entscheidungen zu wehren, die sie als nicht gerechtfertigt ansehen.

Tatsächlich können die Betroffenen gegen die allermeisten Entscheidungen des Gerichts eine Beschwerde einlegen. Dies betrifft z. B. die Frage, ob überhaupt eine Betreuung eingerichtet werden muss, oder ob bestimmte Aufgabenkreise oder ein Einwilligungsvorbehalt notwendig sind. Es kann aber auch einen Bereich betreffen, in dem das Gericht eine Entscheidung des Betreuers genehmigen muss, wie z. B. bei der Prüfung, ob eine Zwangsbehandlung oder Unterbringung notwendig und gerechtfertigt ist.

Wenn die Betroffenen gegen eine solche Entscheidung Beschwerde einlegen möchten, dürfen sie nicht zu lange warten, da die Beschwerdemöglichkeit an bestimmte Fristen gebunden ist.

So gilt die **Frist von einem Monat** bei der Beschwerde gegen die Anordnung eines Aufgabenkreises eines Einwilligungsvorbehalts, oder einer Genehmigung des Betreuungsgerichts, die einen Bereich der Personensorge betrifft (dies sind insbesondere Fragen der ärztlichen Behandlung und Unterbringung).

Eine **Frist von zwei Wochen** gilt bei einer Beschwerde, die sich gegen die Genehmigung eines Rechtsgeschäfts richtet (ein Rechtsgeschäft ist z. B. eine Wohnungskündigung oder auch ein Vertragsschluss).

Um herauszufinden, welche Frist gilt, ist es am praktikabelsten, sich den Beschluss des Gerichts anzuschauen. Am Ende dieses Schreibens findet sich die sogenannte Rechtsbehelfsbelehrung. In dieser steht, bei welchem Gericht und in welcher Frist eine Beschwerde eingelegt werden kann.

Beschwerde bei Gericht – wie geht das?

Die Beschwerde muss nicht zwangsläufig in schriftlicher Form erfolgen. Es ist auch möglich, persönlich zu der Geschäftsstelle des zuständigen Amtsgerichts zu gehen und dort zu erklären, dass man eine Beschwerde einlegen will. Dann ist der Beamte in der Geschäftsstelle verpflichtet, die Beschwerde aufzuschreiben.

Wenn die Beschwerde selbst verfasst wird, dann muss diese nicht perfekt oder juristisch formuliert werden. Wichtig ist aber, dass das Schreiben zwei Punkte enthält.

1. Den Beschwerdegegenstand: Das bedeutet, dass genau bezeichnet werden muss, welcher Beschluss mit welchem Inhalt angefochten werden soll.

2. Die Begründung: Das Schreiben muss eine Begründung enthalten, warum der Beschluss des Gerichts angefochten werden soll. Hier empfiehlt sich eine kurze und plausible Formulierung. Lange und ausschweifende Texte erhöhen leider die Gefahr, dass der Text nicht gründlich gelesen wird.

Darüber hinaus ist es in einer Beschwerde auch möglich, neue Argumente nachzureichen, dies kann beispielsweise ein neues Sachverständigengutachten sein, das von einem Psychiater Ihres Vertrauens erstellt wurde.

Durch die eingelegte Beschwerde kommt es zu einem neuen gerichtlichen Verfahren. Dieses Verfahren wird Beschwerdeverfahren genannt. Vom Ablauf her entspricht es dem ersten Verfahren, es kommt also zu einer persönlichen Anhörung und evtl. zu einem neuen Gutachten. Im Rahmen des Verfahrens hat das Gericht die Möglichkeit, neue Tatsachen und Beweismittel zu prüfen und seine ursprüngliche Entscheidung evtl. zu revidieren.

Kann nur die betroffene Person eine Beschwerde einlegen?

Neben dem Betreuten können auch andere Personen eine Beschwerde einlegen. Im Rahmen des Verfahrens sind das z. B. der rechtliche Betreuer, ein Bevollmächtigter oder auch die Betreuungsbehörde. Jedoch haben die Angehörigen nicht automatisch ein solches Recht. Als Angehöriger eines Menschen, dem ein rechtlicher Betreuer zur Seite gestellt wurde, können Sie nur eine Beschwerde einlegen, wenn Sie vorher vom Gericht als Beteiligte anerkannt wurden. Dies geschieht in der Regel dann, wenn Sie in ihren eigenen Rechten beeinträchtigt sind (was eher selten vorkommt) oder aber wenn die Beteiligung im Sinne der Betroffenen ist. Ob dem so ist, kann leider sehr unterschiedlich ausgelegt werden. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Antragstellung anzuraten. Die Hinzuziehung ist für das Gericht dann geboten, wenn die Antragsteller ein schützenswertes ideelles Interesse haben, was in der Regel insbesondere bei Angehörigen der Fall ist. Es können jedoch auch andere Vertrauenspersonen beteiligt werden. Von einem Vertrauensverhältnis ist dann auszugehen, wenn der Betroffene mit einer Person eng verbunden ist bzw. sich aus den Umständen (Äußerungen oder Handlungen) ein solches Vertrauensverhältnis ablesen lässt.

Angehörige bzw. Vertrauenspersonen des Betroffenen sollten daher möglichst zu Beginn des Betreuungsverfahrens einen Antrag auf Beteiligung stellen. Die Antragstellung erfolgt formlos. Es reicht ein Brief an das zuständige Gericht, in dem man sich auf § 274 Abs. 4 FamFG beruft. Wichtig ist es, in dem Brief kurz darzustellen, warum die eigene Beteiligung im Interesse des Betroffenen ist. ◀

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

Warum berufen sich manche Betroffene auf ein Recht auf Krankheit?

Svenja Bunt geht der provokanten Forderung aus mehreren Perspektiven auf den Grund und kommt bei Behandlungsfragen an.

▶ Als Philosophin, Sozialarbeiterin und engagierte Betroffene möchte ich nachdenken über die Forderung mancher Betroffener nach einem Recht auf Krankheit. Es scheint klar, dass es ein solches Interesse an Krankheit nicht gibt, niemand will möglichst krank sein. Was also wollen Betroffene, wenn sie ein Recht auf Krankheit fordern?

Foto: Sean Prior / clipdealer

Nicht Gesundheit, ein gutes Leben ist für viele wichtig.

Philosophische Perspektive

In der Philosophie würde man sagen, dass ein Recht ein normalerweise vorhandenes, schutzwürdiges Interesse voraussetzt und dieses absichert. Beispielsweise schützt das Recht auf körperliche Unversehrtheit ein normalerweise allgemein vorhandenes, schutzwürdiges Interesse an körperlicher Unversehrtheit. Analoges gilt für das Recht auf Meinungsfreiheit oder die Freiheit des weltanschaulichen Bekenntnisses. Nun stellt sich die Frage, ob es ein allgemein vorhandenes, schutzwürdiges Interesse an Krankheit gibt? Eher nicht.

Gibt es denn eine Pflicht zur Gesundheit? Auch dies wird allgemein verneint. Menschen dürfen sich auch schädigen, etwa durch Rauchen, Übergewicht oder zu viel Stress. Es ist eine Dystopie, wenn der Staat die Menschen zu Gesundheit zwingt. Das kann man etwa in Juli Zehs Buch »Corpus Delicti« gut nachvollziehen.

Gibt es ein Recht, Behandlung abzulehnen? Im somatischen Bereich wird dies allgemein bejaht. Ohne Einwilligung wäre eine Behandlung ein Fall von Körperverletzung. Über Vorausverfügungen kann jeder seinen Willen kundtun, welche Art der Behandlung er möchte und welche nicht. Auch hier gibt es Grenzen, zum Beispiel beim assistierten Suizid. Aber im Allgemeinen bejahen wir die Frage, ob wir das Recht haben, eine Behandlung abzulehnen.

Auch in der Psychiatrie gibt es normalerweise das Recht, eine Behandlung abzulehnen. Dieses findet nach gängiger Auffassung seine Grenze, wenn es zu Eigen- oder Fremdgefährdung kommt oder wenn »die freie Willensbildung« durch eine Akuterkrankung nicht gegeben ist. Ob wir zu einer freien Willensbildung überhaupt in der Lage sind, wird übrigens in der Philosophie kontrovers diskutiert, viele Philosophen verneinen dies generell. In der Psychiatrie dagegen ist mit freier Willensbildung ein Abwägen des Für und Wider einer Behandlung gemeint.

Was also wollen Betroffene, wenn sie ein Recht auf Krankheit fordern? Mir scheint, sie wollen ein Abwehrrecht für eine als unzulänglich erlebte Behandlung haben. Viele haben schlechte Erfahrungen mit Klinikbehandlung gemacht, manche erleben die Medikamente als schlimmer als die Psychose selbst. Es handelt sich um eine Kritik an der gegenwärtig angebotenen Art der psychiatrischen Behandlung. Diese unzulängliche Behandlung abwehren zu können, ist das Interesse der Betroffenen.

Kritik einer Sozialarbeiterin

Die Klinik kann im Fall von akuten Krisen, die in ein ansonsten gutes Leben einbrechen, die Menschen gut wieder stabilisieren. Oft reicht in solchen Fällen eine Entaktualisierung mit Medikamenten oder eine andere kurze Intervention. Jedoch weiß ich als Sozialarbeiterin, dass die meisten Patienten und Patientinnen, die in den Kliniken ankommen, in einer Art Dauerkrise sind. Es ist ihnen eben nicht mit einem kurzen Klinikaufenthalt und Medikamenten geholfen. Dennoch bieten die Kliniken derzeit zumeist nicht viel anderes an.

Typischerweise berufen sich Betroffene auf ein Recht auf Krankheit, wenn ihnen ihrer Erfahrung nach mit einem kurzen Klinikaufenthalt und Medikamenten nicht wirklich geholfen werden kann. Auch die ambulante psychiatrische Behandlung lässt viel zu wünschen übrig. Die Behandler, etwa in den Psychiatrischen Institutsambulanzen, sehen sich in einer Kontroll- und Überwachungsposition. Sie schätzen die Betroffenen nach für diese intransparenten Kriterien ein. Ihre »Hauptwaffe« im Kampf gegen die Erkrankung sind die Medika-

mente. Unterstützung beim Erreichen eigener Ziele, für die man auch Risiken in seinem Leben eingehen muss, findet zumeist nicht statt. Die Betroffenen sollen möglichst stabil sein. Inwiefern sie damit ein erfüllendes, volles und zufriedenes Leben führen können, wird selten gefragt.

Aber auch die Eingliederungshilfe macht es für diese eigenwilligen Betroffenen nicht besser. Ihre berechtigten Wünsche nach einer eigenen Wohnung, einer Arbeit und Freunden werden umgemünzt in eine Trägerwohnung, eine »beschützte Tätigkeit« und Kontakt mit anderen Klienten und Fachkräften. Diejenigen Betroffenen, die ein Recht auf Krankheit für sich fordern, wollen sich damit nicht zufriedengeben.

Anders als es auf dem ersten Blick scheint, wollen Betroffene, die für sich ein Recht auf Krankheit in Anspruch nehmen, nicht möglichst krank sein, im Gegenteil: Sie erhoffen sich ein gesundes Leben mit Vollzeitarbeit und Familie, wenn sie sich der psychiatrischen Behandlung und vor allem den Medikamenten verweigern. In Einzelfällen kann das auch gelingen, in vielen Fällen scheitern die Betroffenen aber sehr hart mit diesem Verweigerungskurs.

Ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Betroffenen, etwa von Psychosen, verweigert sich der Behandlung und pocht auf ein Recht auf Krankheit. Von Angehörigen aus dem Angehörigenverband sind hier immer wieder sehr traurige Geschichten zu hören. Einzelne Betroffene berichten aber auch, dass sie Psychosen immer wieder ohne psychiatrische Unterstützung durchlebt haben. Oft sind es diese Betroffenen, die kleine, angelernte Jobs haben und ihren eigenen Weg gehen, wenn auch mit Mühen und Einschränkungen.

Derzeit müssen Betroffene oft wählen zwischen einer Behandlung, die ihnen kein erfüllendes, volles und zufriedenes Leben ermöglicht, oder einem eigenwilligen Weg mit viel Leid und individuellen Lösungen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass in der Psychose teilweise ein Blick in die Hölle geworfen werden muss, also das Leid dieser Betroffenen nicht zu unterschätzen ist.

Vision einer engagierten Betroffenen

Wie könnte es anders und besser sein? Was könnte die Psychiatrie an ihren Konzepten verändern, um Betroffene besser zu begleiten, ihnen ein besseres Angebot zu machen? Hier kann ich auf die langjährige Erfahrung mit der Begleitung durch einen Behandler der PIA zurückblicken, der eine für mich wirklich hilfreiche Unterstützung angeboten hat.

Die wichtigsten Elemente sind für mich Kooperation, Vertrauen und echte Unterstützung. Die Begleitung sieht sich dabei nicht als Überwachungs- und Kontrollinstanz, sondern man arbeitet vertrauensvoll Hand in Hand, um in immer neuen Schritten aus einer Lebenskrise und gesundheitlichen Krise herauszufinden zu einem erfüllenden und zufriedenem Leben. Dazu stellt sich ein Behandler oder eine Behandlerin mit ihren Ressourcen an die Seite des Betroffenen.

Wenn eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung besteht, wird sich der Betroffene sich bei der behandelnden Person melden, wenn er bei sich Anzeichen einer Veränderung, einer beginnenden Krise bemerkt. Das verlangt ein tief verankertes Wissen beim Betroffenen, dass der Behandler wohlwollend handelt und den Betroffenen nicht mutwillig in die Klink bringen möchte. Vertrauen in einer therapeutischen Beziehung heißt nicht, dass der Betroffene alles macht, was der Behandler sagt. Beide Seiten vertrauen stattdessen darauf, dass sowohl der Betroffene als auch der Behandler Dinge unter Maßgabe aller Faktoren möglichst gut machen. Auch der Behandler vertraut also dem Betroffenen, dass er versucht, Dinge gut zu machen.

Hilfreich sind hierzu eine partizipative Diagnostik und Behandlungsplanung. Ziel sollte sein, dass der Betroffene seine Diagnose wirklich nachvollziehen kann. Hilfreich dafür sind oft Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen, die man in Büchern oder im Internet finden kann. In die Behandlungsplanung sollten die Erfahrungen des Betroffenen einfließen, welche Therapien und Medikamente wann hilfreich waren. Auch ist ein Notfallplan wichtig. Die Betroffenen überlegen gemeinsam mit ihrer Begleitung, an wen sie sich neben dem Behandler wenden können, wenn sie Anzeichen einer Krise bemerken oder Hilfe brauchen. Auch ganz normale Menschen, die freundlich-locker und gelassen mit den Betroffenen umgehen, können dabei helfen, eine beginnende Krise aufzuhalten.

Die Kooperation mit dem Behandler wird durch eine sparsame Dokumentation unterstützt. Es ist für Betroffene schwierig, dass sie Datenspuren in der Psychiatrie hinterlassen. Auch muss nicht jede intime Information in einem vertrauensvollen Austausch dokumentiert werden! Die Dokumentation dient der Abrechnung mit der Krankenkasse und der Zusammenarbeit im Team. Weniger ist da oft mehr.

Es kommt auf echte Unterstützung in Lebenskrisen an. Dazu müssen die Behandler sich in den Betroffenen ein wenig hineindenken und sollten erst dann, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Person und der Situation, Empfehlungen aussprechen. Dabei ist es wichtig, an den Zielen der Betroffenen anzusetzen, an deren Lebensentwurf. Oft muss dieser Lebensentwurf im Zuge der Erkrankung angepasst werden. Auch dabei kann ein guter Behandler unterstützen. Hier helfen aber auch Genesungsbegleiter als Experten für ein gutes Leben auch mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung.

Ich glaube, dass dies Ansätze einer wirklich hilfreichen Begleitung wären, auf die sich viel mehr Betroffene einlassen wollen würden, als das gegenwärtig der Fall ist. Viel weniger Betroffenen würden sich dann auf ein Recht auf Krankheit berufen. Wahrscheinlich wären auch mehr bereit, Medikamente zu nehmen, wenn im Gegenzug ein gutes Leben greifbar wird. Behandler würden in dieser Vision den Betroffenen vertrauen, dass sie unter Berücksichtigung aller Faktoren versuchen, Dinge gut zu machen – und umgekehrt. Eine solche Sozialpsychiatrie würde sich an die Seite der Betroffenen stellen und sie gut begleiten hin zu einem vollen, erfüllenden und zufriedenem Leben nach ihren je eigenen Vorstellungen. ◀

Svenja Bunt ist promovierte Philosophin, Klinische Sozialarbeiterin und engagierte Betroffene. Mehr von ihr unter www.verrueckte-buecher.de

Sich als Gestalter seines Lebens kennenlernen

Ein kreatives Gruppenangebot lockt sogar solche, die Gruppen eigentlich nicht mögen.

Von Katrin Schneider

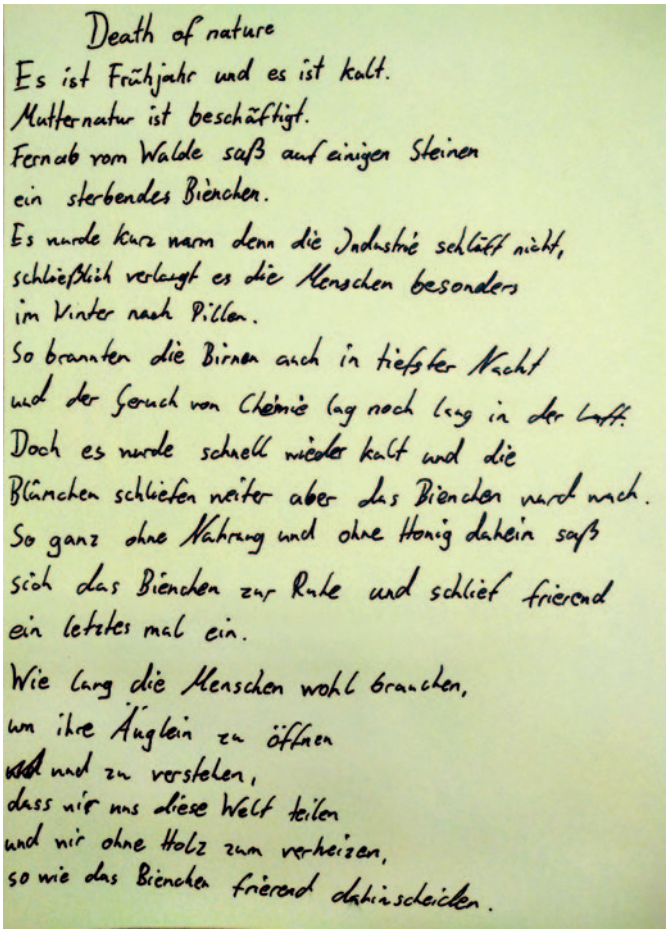
▶ In meinem ersten Praktikum im Rahmen des EX-IN-Kurses bot ich Fotografieren und kreatives Schreiben in einer Gruppe für die Bewohner des Übergangswohnheimes »Altes Pastorat« an, einer Einrichtung zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf.

Die Idee zu dieser Gruppe entstand vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung, durch die ich gelernt habe, wie wichtig es ist, sich im Alltag mit all seinen Verpflichtungen und Anforderungen Momente zu schaffen, in denen es einem gut geht. Ich wollte den Bewohnerinnen und Bewohnern nahebringen, dass sie Einfluss haben auf ihre Gefühlslage, dass es neben Belastungen durch Krankheit und Reglementierungen des Umfeldes, Schönes und Augenblicke des Lichtes im Leben geben kann. Dass es möglich ist, sich Entlastung vom Stress zu schaffen und für einen Ausgleich zu sorgen zu dem bedrückenden, manchmal als erdrückend empfundenen Alltag. Ich wollte mich mit ihnen mit Themen fernab von Therapie und Diagnose beschäftigen.

Den Blick weg von der Erkrankung auf Fähigkeiten lenken

Das Interesse an Kunst zu erwecken, ist mein Versuch, den Bewohnern die Gelegenheit zu geben, eine gute Freizeit zu verbringen, etwas zu tun, was Spaß macht. Daraus kann ein jeder von uns neue Kraft schöpfen, weil er im Kleinen Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit erlebt und lernt. An etwas Lust zu verspüren und die Krankheit zumindest eine Zeit lang vom Platz zu verweisen, spielt eine bedeutende Rolle auf dem Weg zur Genesung.

Gerade Menschen mit einer psychischen Einschränkung sind oft sehr kreativ und fantasievoll, haben nicht selten eine bildhafte Sprache und sehen die Welt manchmal auch leuchtender, lebendiger und in schillernden Farben. Doch diese (Überlebens-)Künstler wissen manchmal nichts von ihren Talenten oder sie sind verschüttet worden. Diese (wieder) zu entdecken und zu fördern, war mein zentrales Anliegen. Ich wollte Anleitung geben, aus den eigenen kreativen Ressourcen »was zu machen«, etwas zu gestalten und so in einen kleinen Bereich der Gestalter seines eigenen Lebens zu werden. Das eigene Ideenreich ist ein Reich, über das man »Macht« hat. Es steht im Gegensatz zu der häufig verspürten Ohnmacht gegenüber dem eigenen Leid, den Lebensumständen und den Widrigkeiten des alltäglichen Lebens.



Death of nature

Es ist Frühjahr und es ist kalt.
Mutternatur ist beschäftigt.
Fernab vom Walde saß auf einigen Steinen
ein sterbendes Bienchen.
Es wurde kurz warm denn die Industrie schläft nicht,
schließlich verlangt es die Menschen besonders
im Winter nach Pillen.
So brannten die Birnen auch in tiefster Nacht
und der Geruch von Chemie lag noch lang in der Luft.
Doch es wurde schnell wieder kalt und die
Blümchen schliefen weiter aber das Bienchen wurd nach.
So ganz ohne Nahrung und ohne Honig daheim saß
sich das Bienchen zur Ruhe und schlief frierend
ein letztes mal ein.
Wie lang die Menschen wohl brauchen,
um ihre Äuglein zu öffnen
und und zu verstehen,
dass wir uns diese Welt teilen
und wir ohne Holz zum verheizen,
so wie das Bienchen frierend dahinscheiden.

Foto: Katrin Schneider

Foto und Text von Teilnehmenden, die anonym bleiben möchten.

In einer Kreativgruppe kommen Menschen mit z. T. schweren Einschränkungen im geschützten Rahmen in Kontakt mit anderen Menschen. Gleichgesinnte zu finden, mit denen man sich über ein gemeinsames Thema austauscht, kann ein erster Schritt aus der oftmals mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden sozialen Isolation sein.

Ganz konkret wollte ich mit den Bewohnern einen kleinen Spaziergang in der nahen und vertrauten Umgebung der Einrichtung unternehmen, auf dem man sich von Eindrücken inspirieren lassen und Fotos machen konnte. In einem Nachtreffen wollte ich zur Reflektion einladen. Hierbei sollten die Bewohner ihre Gedanken einfach fließen lassen, frei assoziieren und schreiben, was ihnen gerade in den Sinn kam. Der Fantasie waren keine Grenzen gesetzt. Anschließend bestand die Möglichkeit, aus diesen Wörtern einen kurzen Text in freier Form, z. B. eine kleine Geschichte oder ein Gedicht, zu verfassen.

Ein Motiv auszuwählen und selbst zu bestimmen, zu welchem Foto man schreiben will, zu sagen »das gefällt mir«, ist ein kleiner Akt der Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung. Wenn jemand den Mut hat, sein Werk anderen vorzutragen und sich somit ein Publikum zu schaffen, kann er Applaus und Wertschätzung erfahren. Das Gefühl »Ich kann was« zu erleben, stärkt das Selbstbewusstsein. Wer sich traut, seine Bilder und Texte zu zeigen, Raum einzunehmen, wird mit seinen Fähigkeiten und Stärken gesehen, die leider in der meist defizitorientierten Behandlung untergehen. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, Erfolg zu erleben und sich diesen im wahrsten Sinne des Wortes selbst zu »zuschreiben«. Ein selbst geschossenes Foto, ein selbst geschriebener Text, das bleibt, man »hat etwas in der Hand«, nicht nur Gedanken, die vielleicht alsbald in Vergessenheit geraten, sondern deren Dokumentation. Geistige Schätze, die einen Lebensabschnitt festhalten.

Erfahrungen

Obwohl es sich im Gegensatz zu den Pflichtgruppen um ein unverbindliches und offenes Angebot handelte, erschienen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer immer genau drei Minuten vor Gruppenbeginn und blieben bis zum Schluss. Mitgemacht haben stets drei bis vier Bewohner, einmal auch jemand, der sonst jegliche Gruppen ablehnt. Auch sonst entwickelte sich die Gruppe etwas anders als ursprünglich geplant. Direkt beim ersten Treffen stellte sich heraus, dass ein Fotografieren im Freien nicht möglich war, da eine Bewohnerin aufgrund ihrer Angsterkrankung das Haus nicht verlassen konnte. Folglich wurden die ersten Aufnahmen in der Einrichtung gemacht. Es entstand allerdings ein Bild einer Biene vor der Kellertür, ein kurzer Blick nach draußen wurde doch gewagt. Zu einem späteren Zeitpunkt ging eine andere Bewohnerin mit der Kamera in den Garten. Danach äußerte ein Bewohner die Idee, einen Spaziergang zum nahegelegenen Rhein zu machen, er wollte dort ein bestimmtes Motiv aufnehmen und fotografierte auch unterwegs spontan drauf los.

Beim Nachtreffen wurden die Bilder untereinander ausgetauscht, d. h. der Fotograf war nicht immer der Autor. Es wurde konzentriert und schweigend gearbeitet, nur das Kratzen der Stifte über das Papier war zu vernehmen. Mit vorangeschrittener Zeit bat ich alle Autoren, ihre sehr persönlichen Texte vorzulesen. Die Rückmeldungen der anderen fielen stets bestärkend und wertschätzend aus, und zogen dann einen weiteren Austausch über das Thema des Werkes nach sich. Es entwickelte sich oft eine Art von Selbsthilfegespräch in Bezug auf die im Text angerissene Problematik. Umgang mit starken Gefühlen wie Trauer und Wut über Verluste oder Einsamkeitsempfindungen war häufig Thema.

Achtsamkeit und Selbstfürsorge, sich abgrenzen, aber auch Kontakt zu den Mitbewohnern aufnehmen, stellten die Teilnehmer sich gegenseitig als Lösungsmöglichkeiten vor. Ermutigungen wurden ausgesprochen, mal etwas auszuprobieren, manche verabredeten, etwas gemeinsam zu unternehmen. Die eigene Genussfähigkeit zu trainieren, war ein Wunsch dabei.

Auch philosophische und politische Diskussionen kamen auf, wie die Rolle und Einflussmöglichkeiten des Einzelnen in der Gesellschaft sind. Ich ließ die Gruppe einfach eine Weile so laufen, bis ein Teilnehmer äußerte, dass es für ihn anstrengend werde. Es brauchte dann noch ein weiteres Treffen, in dem alle Bewohner wieder sehr tief in ernste Themen eintauchten, bis man sich bereit erklärte, einmal nur Komisches und Belustigendes, einen Witz oder Kalauer aufzuschreiben.

Vollkommen unterschätzt hatte ich die Bedeutung der Kekse, die mit Getränken in den Austauschgruppen zur Verfügung standen. Dass der Wunsch nach einer speziellen Sorte laut wurde, nahm ich als Akt der Selbstfürsorge, dass manche Teilnehmer auch stets ein paar Kekse aufsparten für die Gruppenmitglieder, die mal nicht mitmachen konnten, rührte mich.

In einem der letzten Treffen bat ich jeden Einzelnen darum, eine kurze Rückmeldung aufzuschreiben, wie er die Gruppe erlebt hat, und hier gerne auch Kritik anzubringen. Folgendes wurde festgehalten: »Vor der Gruppe hatte ich Angst und Anspannung und gleich danach wird diese bestimmt wiederkommen, aber für die 1,5 Stunden habe ich beides vergessen und nicht verspürt«, »Selbstauseinandersetzung und Nachhaltigkeit«, »Konstruktiv, aber manchmal etwas schwierig«, »Bestätigung des Fortschritts meiner selbst«, »Eine gute Gruppe, in der die Kreativität genutzt wird. »Ich vergebe 5 Sterne«, »Herzlich, doch kurz«, »Guter Kaffee«. ◀

Katrin Schneider ist EX-IN-Genesungsbegleiterin in Kursweiterbildung.

Musik und Literatur schafft Mitgefühl

Im Gedenken an die Opfer des NS-Regimes ein Aufruf zur Solidarität mit ausgegrenzten Menschen **Von Svenja Bunt**

▶ Wie geht es einer jungen Patientin mit Schizophrenie in Zeiten, in denen es noch keine Neuroleptika gibt, und ihrem jungen jüdischen Arzt, der sich von der Patientin verabschieden muss? Wie erlebt ein kleiner Junge mit Behinderung den Tag, an dem seine Mutter einen Koffer für ihn packt und ihn unter Tränen in ein Heim bringt? Diesen Fragen gingen junge Menschen in der Schreibwerkstatt Berlin Marzahn nach. In ihren literarischen Texten vollziehen sie einen Perspektivenwechsel und begeben sich in die Zeit des Nationalsozialismus. Sie fühlen sich ein in die Situation der »Euthanasie«-Opfer. Möglich wurde dies durch Führungen in Gedenkstätten und eine vertiefte gemeinsame Auseinandersetzung mit diesen schrecklichen Zeiten.

Zu hören waren diese Texte am 27. Januar 2020, dem Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus, in den Räumen des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel. Ebenfalls zu hören war das inklusive Ensemble Thonkunst Leipzig mit einem sehr berührenden Medley von Liedern über die Liebe zu Gott und den Menschen. Dem Horror der damaligen Zeit setzte das Ensemble Thonkunst mit seinen schönen, teilweise verletzlich klingenden Stimmen Liebeslieder entgegen, deren Texte auf einen Bildschirm projiziert wurden. »Mit Liedern der Liebe wollen wir die Welt toleranter, bunter und vielfältiger machen«, so das Ensemble. Mit viel Gefühl ging es um Vertrauen in andere Menschen und Gott. In der Kombination berührte die Veranstaltung sehr die Herzen. Auch Herr Dusel meinte im Anschluss, er habe lange nicht mehr so viel gefühlt wie beim Anhören dieser Darbietungen. »Erinnern heißt Verinnerlichen«, sagte Herr Dusel. Es gehe aber auch darum, an Verantwortliche und Opfer mit Namen und ihrer Geschichte zu erinnern.

Die Frage, was diese fernen Ereignisse uns für die heutige Zeit mit ihren heutigen Herausforderungen sagen können, stellte sich dennoch unmittelbar. Ich denke, es kommt darauf an, auch heute ausgegrenzte und bedrohte Gruppen solidarisch vor einer Entrechtung zu bewahren. Hier sind vor allem psychisch erkrankte Migranten sehr bedroht. In der NS-Zeit waren psychisch und geistig behinderte Menschen die ersten Opfer, an denen ausprobiert wurde, wie weit das Regime in seiner Menschenverachtung gehen konnte, ohne auf Gegenwehr zu stoßen. Die Täter waren, so hieß es in der Gedenkveranstaltung, Ärzte, hochrangige Ordinarien an den Universitäten und Psychiater. Es gab bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts eine Ideologie und Stimmung, die diese Taten im Namen der »Wissenschaft und Vernunft« rechtfertigten. Der Behindertenbeauftragte setzt sich dafür ein, dass auch Menschen mit Behinderungen erfahren, was geschehen ist, auch Menschen mit geistiger Behinderung.

Foto: Behindertenbeauftragter/Christian Marquardt

Das Ensemble Thonkunst

In unserer heutigen Zeit wären wohl die ersten Opfer, denen alle Rechte genommen würden, Menschen, die hierher geflohen sind und die jetzt psychisch krank oder vielleicht sogar mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind. Menschen in der Forensik, egal welcher Herkunft, gehören ebenfalls zu einer stark ausgegrenzten Gruppe in unserer, sehr auf Sicherheit bedachten Gesellschaft. Aber auch die Gruppe zwangseingewiesener psychisch erkrankter Menschen ist bedroht, wie zuletzt an dem zum Glück gescheiterten Entwurf für das bayerische PsychKG zu sehen war. Es braucht Engagement aus der ganzen Gesellschaft, damit nicht erneut eine Ideologie und Stimmung Raum gewinnt, die Grausamkeit gegenüber irgendeiner Gruppe rechtfertigt.

Gedenken an die schlimme Zeit vor 75 Jahren sollte mehr als ein Wachhalten schrecklicher kollektiver Erinnerungen sein. Wenn Gedenken mithilfe von künstlerischen Mitteln Mitgefühl wecken kann, spüren wir einen Auftrag an uns heute, immer da, wo Menschen aufgrund bestimmter Merkmale in ihren Rechten und Möglichkeiten beschnitten werden, sich für ihre Teilhabechancen zu engagieren. Keine Gruppe darf geopfert werden! An keiner Gruppe darf man ausprobieren, wie sich allgemeine Rechte einschränken lassen! Niemandem darf wegen seiner Zugehörigkeit zu einer Gruppe eine Umschulung, eine Wohnung oder ein Arbeitsvertrag verweigert werden. Auf der Gedenkveranstaltung sagte der Behindertenbeauftragte: »Wir werden die Erinnerung an sie wachhalten. Und wir werden die Geschichte dieser Opfer als Warnung an uns ansehen.« Dem kann man sich nur anschließen. Wir müssen uns auch heute immer aufs Neue für gute Chancen für ausnahmslos alle Menschen einsetzen. ◀

Svenja Bunt ist promovierte Philosophin, Klinische Sozialarbeiterin und engagierte Betroffene. Mehr von ihr unter www.verrueckte-buecher.de

ANZEIGE

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

DGSP-Kurzfortbildungen
April / Mai / Juni 2020

In folgenden DGSP-Kurzfortbildungen sind noch Plätze frei:

Beziehungsarbeit und Genesung: Wie geht sozialpsychiatrische Bezugsbegleitung?
24./25. April in Weimar
Referent*in: *Stephan B. Antczack, Sarah Birzele*

Geflüchtete Menschen und Gemeindepsychiatrie
8./9. Mai in Frankfurt a.M.
Referent*in: *Matthias Albers, Stefanie Jahn*

Schreibtherapie – erste Schritte, die eigene Geschichte zu ordnen
15./16. Mai in Köln
Referentin: *Christiane Wirtz*

»Ent- und ver-wickelt« – Junge psychisch erkrankte Erwachsene zwischen Pädagogik und Psychiatrie
25./26. Mai in Erkner (bei Berlin)
Referentin: *Carmen Eger*

»Keine Angst vor Trauma« – Umgehen mit Traumatisierungen in der Sozialpsychiatrie und bei Flüchtlingen
25.–27. Mai in Stuttgart
Referentin: *Manuela Ziskoven*

Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen
5./6. Juni in Erfurt
Referent: *Rolf Marschner*

»Angst essen Ideen auf« – Erscheinungsformen, Hintergründe, Behandlungsmöglichkeiten von Angststörungen
19./20. Juni in Frankfurt a.M.
Referent: *Ansgar Cordes*

Fordern Sie unser ausführliches Programmheft an:

DGSP-Geschäftsstelle
Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
E-Mail: info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Bücher und Medien

Ciompi reflektiert

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/blog?sFilterTags=Kolumne+Luc+Ciompi

Bildnachweis: Philippe Ciompi

Kaum ein anderer Psychiater hat die Weiterentwicklung der Psychiatrie so stark durch Forschung und Praxis geprägt wie der Schweizer Luc Ciompi. Seit Beginn der Reform ist er neben Franco Basaglia, Douglas Bennett, Caspar Kulenkampff, Niels Pörksen und Klaus Dörner der Kompass, an dem sich psychosozial Tätige ausrichten bei der Entwicklung einer Haltung, die Respekt, Kompetenz und Wirksamkeit verbindet. Die Bedeutung der Familie für Wohl und Wehe hat er frühzeitig erkannt und ins Positive bewendet.

Ciompi ist letztes Jahr neunzig geworden – das hat der Vandenhoeck & Ruprecht Verlag zum Anlass genommen, den Blog »Ciompi reflektiert« zu starten. Ursprünglich sollte damit Ende 2019 Schluss sein, doch die Nachfrage ist so groß, dass der Blog fortgeführt und sogar um einen Podcast erweitert wurde. Ciompi verfasst seine Beiträge daheim in Lausanne oder in seinem Walliser Alpenhäuschen. Diese Umgebung inspiriert ihn nicht nur zu Bergwanderungen und colorierten Zeichnungen, sondern vor allem zum Bilanzieren seines Lebens und scharfsinnigen Analysieren des Weltgeschehens. Es macht einfach Spaß, Ciompis Gedanken zu folgen, zumal er kein Fachkauderwelsch spricht, sondern auch für Laien verständlich formuliert. Er greift meist Themen auf, die in diesen Krisenzeiten die Gemüter erregen, und klärt den Blick auf die Entwicklungen auf wohltuende Weise. Hier – quasi als Appetitanreger – einige Inhalte: Altersgedanken zu Tod und Sterben; Extremereignisse, systemtheoretisch betrachtet; mein Weg mit der Schizophrenie: Sprachprobleme; mein Blick aufs Ganze: schwarz in schwarz; was ist »gut« und was ist »böse«; über Spiritualität und Wissenschaft.

Voll Esprit, Zuversicht und Weltkenntnis sind seine Beträge – ohne die altersübliche Resignation. Dem durch Angst und Wachstumshysterie aufgemischten Zeitgeist setzt er das positive Bild entgegen, das er aus seinen zahlreichen Begegnungen mit jüngeren Kolleginnen und Kollegen gewinnt. Man erfährt dabei so nebenbei, dass er sich noch regelmäßig in Bern umschaut, wo er als Forscher und Arzt an der Universitätsklinik seine epochale Langzeitstudie über die Lebensläufe Schizophrener machte, ein gemeinde- und familienbasiertes Hilfesystem – u. a. eine Soteria – aufbaute und unermüdlich rund 250 Fachpublikationen schrieb, allen voran das Werk über die Affektlogik. Das alles lebt, nicht nur in diesem höchst lesenswerten Blog, putzmunter weiter.

Offener als in diesen Schriften stellt Luc Ciompi dabei seine persönliche Betroffenheit da: »Die Diagnose einer schizophrenen Psychose wurde bei meiner Mutter zwar erst nach ihrer ersten Internierung in der Berner Psychiatrieklinik Waldau im Jahr 1940 – also als ich schon elf Jahre alt war – gestellt. In Form von vielerlei Verhaltensauffälligkeiten, die rückblickend ganz klar als Vorbotensymptome eingestuft werden müssen, hatte sich indes ihre Krankheit bereits kurz nach meiner Geburt zu manifestieren begonnen. Noch heute denke ich nur mit Schaudern an die Atmosphäre des Unheimlichen, Unfassbaren und Unberechenbaren zurück, die während meiner ganzen Kindheit allem anhaftete, was irgendwie mit Mama zu tun hat.«

Seinen Vater erlebte er ebenfalls als wenig fördernd und beschreibt ihn als »windigen Kerl«. Er sei daran nicht zerbrochen, sondern habe im Gegenteil wohl eine besonders starke Widerstandsfähigkeit entwickelt. Welch ein Glück für alle, die sich bis heute an ihm orientieren, und welch ein großes Geschenk, das er ihnen zu seinem Neunzigsten macht! ◀

Arnd Schwendy, Köln

Eine »Willkommenskultur« für Betroffene im Gemeinwesen etablieren

Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg.)
Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis
Erfahrungen aus einem Modellprojekt
Psychiatrie Verlag, Köln 2020
ISBN Print 978-3-88414-692-7, 30,00 €

Was genau ist Inklusion? Wie lässt sich Inklusion im Verhältnis zu anderen Begriffen wie Integration, Teilhabe, Partizipation verstehen bzw. unterscheiden? Was bedeutet Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen? Bestehen gesellschaftliche Barrieren hier vor allem in negativen Einstellungen, Stigmatisierung und den sozioökonomischen Folgen bzw. Wechselwirkungen oder (auch) in einer gesellschaftlichen Verdrängung seelischen Andersseins, die bereits angesichts nackter epidemiologischer Daten zu hinterfragen wäre? Was braucht es, um eine »Willkommenskultur« für Betroffene im Gemeinwesen zu etablieren? Wie lässt sich Zugehörigkeit im Sozialraum fördern? Welche Rolle spielen dabei Trialog und die Beteiligung von Peers? Wie sehen geeignete Handlungskonzepte aus und wie können Akteure im Rahmen von Weiterbildung zu inklusiver Arbeit im Sozialraum befähigt werden?

Auf all diese Fragen gibt das vorliegende Buch keine abschließenden Antworten, aber es wirft sie auf und liefert eine Vielzahl von Anregungen, Reflexionen und Praxisbeispielen. Ausgangspunkt ist das Projekt »Miteinander inklusiv« der Diakonie Deutschland, in dem über vier Jahre an fünf Standorten in Orientierung an dem niederländischen Konzept »Kwartiermaken« Ansätze entwickelt wurden, inklusive Sozialräume für und mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu fördern. Dabei wurden Konzepte wie Empowerment, EX-IN und Trialog einbezogen, wobei die Herausgebenden selbstkritisch konstatieren, dass es nicht gelungen sei, die Angehörigenperspektive adäquat einzubinden. Die Autorinnen und Autoren formulieren Erwartungen an Inklusion und Barrieren aus Betroffenensicht, beschreiben den Ansatz »Kwartiermaken« (u. a. in einem Beitrag von Doortje Kal), formulieren Grundzüge und Widersprüche eines diakonischen Inklusionsverständnisses, beschreiben Handlungskonzept und Methoden der Modellprojekte und gehen auf die Erfahrungen an den verschiedenen Projektstandorten ein.

Methodik und Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation werden überblicksartig beschrieben und kritisch reflektiert. Als Ergebnis des Projektes wird u. a. ein Modulkatalog für eine Weiterbildung in sozialraumorientierter Gemeindepsychiatrie vorgestellt. Die Projektergebnisse werden in Interviews mit Experten aus Erfahrung und Wissenschaft kritisch diskutiert und durch reflektierende Gedanken zur Inklusionsthematik von Markus Schäfers ergänzt. Ein abschließendes Fazit enthält konkrete und diskussionswürdige sozialpolitische Empfehlungen.

Der Band enthält wichtige und (selbst-) kritische Reflexionen zum Thema Inklusion in der Gemeindepsychiatrie und zum Teil spannende und beeindruckende Einblicke. Einige Berichte sind aber auch etwas allgemein geraten. Thematisch wirkt das Buch etwas überladen und zum Teil fehlt auch etwas der innere Zusammenhang, was wohl dem Umstand geschuldet ist, ein sehr komplexes Projekt zusammenfassend darstellen zu müssen. Insgesamt aber eine empfehlenswerte und anregende Lektüre und ein guter Ausgangspunkt für die weitere Reflexion und Diskussion über ein Thema, das uns noch viel beschäftigen wird. ◀

Henning Daßler, Fulda

ANZEIGE

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe
BeB

Leben in Selbstbestimmung und Vielfalt

Perspektiven in Zeiten wachsender Spaltungen und Populismus

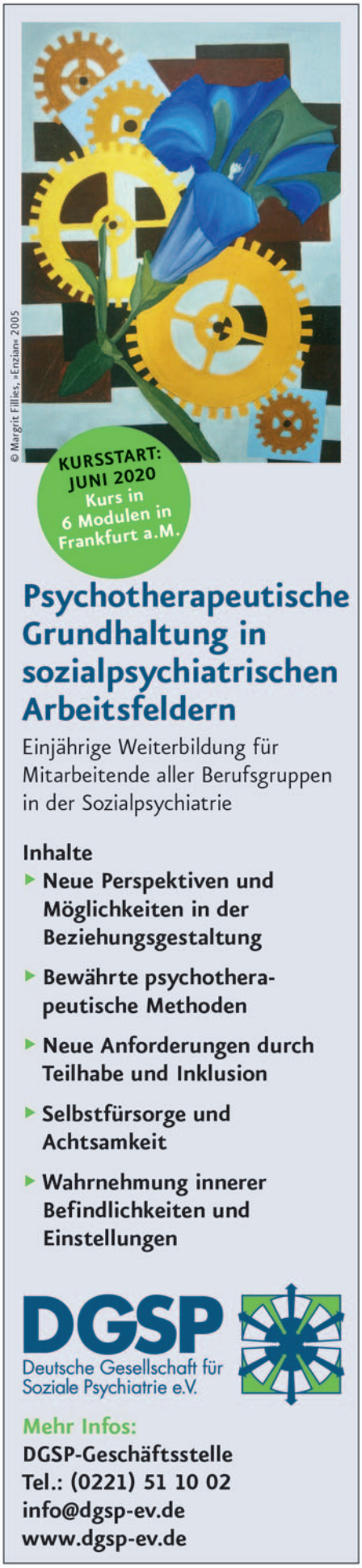
Psychiatrie-Jahrestagung 2020

25. und 26. Mai 2020
Berlin

Die Tagungsunterlagen (Programm und Anmeldebogen) finden Sie zum Download unter:
https://beb-ev.de/pdyo

in Kooperation mit der
Diakonie Deutschland

ANZEIGE



Sozial wirtschaften

Klaus Grunwald, Andreas Langer (Hg.)
Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis
NOMOS, Baden-Baden 2018
935 Seiten, geb., 98,00 €
ISBN: 978-3-8487-3599-0

»Beim Letzten anfangen, da wo es sich am Wenigsten lohnt.« Die Forderung von Klaus Dörner, dass nicht die Orientierung an den Kategorien und Prinzipien des Marktes das bestimmende Handlungsmotiv der Sozialen Arbeit sein soll, sondern die konsequente Orientierung am Menschen, konkurriert in allen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten mit der Erfordernis, den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit zu genügen. Angesichts dieses Dilemmas tut es gut, den Blick nach vorne zu richten und der Perspektive betriebswirtschaftlicher Logiken mit denen der Pädagogik entgegenzutreten. Diese unterstreichen die Notwendigkeit, den ökonomischen und Managementanteil Sozialer Arbeit aus der Perspektive der Sozialen Arbeit zu betrachten. In dieser Tradition steht das »Handbuch für Wissenschaft und Praxis« von Klaus Grunwald und Andreas Langer.

Es dient nicht nur einem Überblick über den aktuellen Diskussionsstand und die Einführung wirtschaftlicher Theorien, sondern gerade die Besonderheiten sozialen Wirtschaftens werden in ihm gestärkt. Auf fast 1000 Seiten bekräftigt es Führungs- und Fachkräfte sowie Studierende und Forschende der Sozialwirtschaft in ihrer Stimme gegen den neoliberalen Geist unserer Zeit.

Diskutiert werden aus dem Blick der Sozialen Arbeit die zentralen Fragen des Sozialmanagements und der Sozialwirtschaft. Dabei präsentiert das Handbuch die grundlegenden Wissensbestände unter Einbeziehung von Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen, nicht nur aus Rechtswissenschaft, Betriebs-, Volkswirtschafts- und Managementlehre, sondern gerade auch aus Soziologie, Sozialer Arbeit und Sozialpolitik.

Das Handbuch stellt die Strukturen sozialer Dienstleistungen in den modernen »Märkten der Sozialwirtschaft« ebenso vor, wie es auf die Rahmenbedingungen auf allen politischen Ebenen eingeht. Deutlich werden dabei u. a. die Spannungsverhältnisse zwischen Ethik und Markt. Dem Themenkomplex des Managements der Organisationen wird ein großer Teilbereich gewidmet, um gerade auf die Aushandlungsprozesse, auch innerorganisational, näher einzugehen. Auch das Thema der Digitalisierung wird tiefer beleuchtet. Weiterhin ist ein ganzer Abschnitt der Innovation und den »Trends der Weiterentwicklung« gewidmet, um auch Anregungen zum Nach- und Weiterdenken für Praxis und Wissenschaft zu bieten.

Das Werk ist daher für all jene interessant, die im Bereich der Sozialwirtschaft agieren und in ihrem Alltag zwangsläufig mit systemimmanenten Dilemmata konfrontiert sind. Ethische und fachliche Prinzipien müssen mit den (sozial)wirtschaftlichen Anforderungen nicht nur irgendwie zusammengebracht werden, sondern eigentlich sollten die ersteren die Priorität einnehmen. Dafür braucht es jedoch Handwerkszeug und eine Stimme, die als solche auch gehört wird. Das Werk von Grunwald und Langer erweitert in diesem Sinne unsere Handlungs- und Deutungsmuster und vermag auch zum besseren Verständnis der Notwendigkeit einer Verknüpfung von Wirtschaftlichkeit und Sozialem beitragen. Denn darin kann auch eine Chance gesehen werden, vermag doch eine Orientierung an wirtschaftlichen Grundsätzen auch der Professionalisierung der Sozialen Arbeit Vorschub zu leisten, was wiederum jenen nützt, an denen unser fachliches Handeln ausgerichtet sein soll: Den Menschen. Das Handbuch richtet sich sowohl an die Wissenschaft als auch an die Praxis und kann als neuestes Standardwerk zur Thematik nur wärmstens empfohlen werden. ◀

Jonas Kabsch, Klaus Obert, Stuttgart

Das Leben annehmen, wie es ist

Andreas Knuf
Widerstand zwecklos
Wie unser Leben leichter wird, wenn wir es annehmen, wie es ist
Kösel Verlag, München 2018
189 Seiten, 16,00 €
ISBN Print 978-3-466-34712-4

Das Buch von Andreas Knuf ist mir durch seine Aufmachung und Botschaft positiv zwischen den vielen Ratgebern zur Selbstoptimierung aufgefallen. In diesem Buch geht es nicht darum, ungenutzte Potenziale auszuschöpfen und die »beste Version« seiner selbst zu erschaffen, sondern das Leben mit all seinen Widrigkeiten anzunehmen, wie es ist, und sich selbst und andere anzuerkennen. Diese Haltung ist erfrischend. Wir müssen nicht nach Perfektion streben, um zufriedener zu werden, sondern vielmehr lernen, Dinge zu akzeptieren. Das klingt banal, beim Lesen des Buches wird aber deutlich: Einfach ist das nicht.

Schicksalsschläge, Ärgernisse und Ungerechtigkeiten gehören genauso wie freudige Ereignisse und Entwicklungen zum Leben dazu. Sie lösen jedoch unangenehme Gefühle aus, gegen die wir uns instinktiv »wehren« – wir kämpfen gegen sie an oder versuchen, sie zu verdrängen. Wenn wir es schaffen, zu allem Ja zu sagen, was uns das Leben bereithält – sei es angenehm oder unangenehm –, können wir zu innerer Ruhe und Zufriedenheit finden. Annahme bedeutet nicht, dass wir eine Situation gut finden müssen, sondern, dass sie so sein darf, wie sie ist. Das leuchtet ein: Aber wie können wir »widerstandsloser« werden und Akzeptanz kultivieren?

Um eins vorwegzunehmen: Akzeptanz kann nicht durch bestimmte Techniken eingeübt werden. Es ist ein innerer und intensiver Prozess, der sich auch nicht durch die Lektüre des Buches einstellt. Was das Buch aber tut, ist, seine Leserinnen und Leser dazu einzuladen, die eigene Einstellung Widerständen gegenüber zu überdenken und sich so den Geschenken des Lebens zu öffnen.

Nah an seinen Leserinnen und Lesern wählt der Autor Beispiele aus dem Leben und Biografien, mit denen ich mich gut identifizieren konnte. Und diese machen die Lektüre auch so spannend. Der Weg zu einer annehmenden Haltung ist von Person zu Person unterschiedlich, genauso wie die Herausforderungen, die das Leben an einen stellt, verschieden sind. Jeder muss selbst zu dieser inneren Haltung finden. Annahme bedeutet dabei nicht, passiv in einer Situation zu verharren, sondern kann neue Wege öffnen. Meditation und Achtsamkeit können auf dieser Reise unterstützen, nehmen im Buch aber nicht zu viel Raum ein. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle noch die einfach zugänglichen Übungen und »Pausezeichen«, die zu einer Unterbrechung der Lektüre einladen und die Inhalte in gute »Häppchen« aufteilen. So hat mich das Buch in erster Linie inspiriert, das Leben auf andere Weise zu sehen. Ich wünsche dem Buch, dass es noch viele für sich entdecken. ◀

Katrin Klünter, Hürth

ANZEIGE

Sich Gefühlen stellen

Psychische Erkrankungen sind eng an Gefühle gekoppelt. Andreas Knuf ermutigt psychiatrisch Tätige, Gefühle in der Behandlung nicht nur als »Beiwerk« zu verstehen, sondern ihnen Raum in der professionellen Arbeit zu geben. Hinter allen psychischen Erkrankungen verbergen sich zumeist sehr unangenehme Gefühle wie Angst, Traurigkeit oder Scham. Das Buch vermittelt Techniken, die Fachpersonen nutzen können, um Klient*innen zu helfen, mit solchen belastenden Gefühlen besser zurechtzukommen. Dabei geht es nicht darum, bestimmte Gefühle »wegzumachen«, sondern einen heilsamen Umgang mit ihnen zu finden. Das Buch zeigt auch, wie Helfende gut mit ihren eigenen Gefühlen wie Ohnmacht oder Ärger umgehen können.

Andreas Knuf
Umgang mit Gefühlen in der psychiatrischen Arbeit
160 Seiten, 20,00 €, ISBN 978-3-88414-955-3, eBook 15,99 €

Psychiatrie Verlag
www.psychiatrie-verlag.de

Impressum

Titelbild: Elvira Reith

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 https://psychiatrie-verlag.de/series/psychosoziale-umschau.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe ist der 10.05.2020.

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
https://psychiatrie-verlag.de/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 17.05.2020.

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 Bescheinigung 26,00 Euro.
Das Abonnement verlängert sich automatisch, 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

▶ Soziotherapie und ihre PatientInnen – Schubladendenken überwinden
13. Bundestreffen des Berufsverbandes der Soziotherapeuten e. V.
4. und 5. Mai
in Frankfurt/Main
http://wp.soziotherapie.eu

▶ Psychosenpsychotherapie u. a.
Jahrestagung der ISPS-Germany 2020
14. bis 16. Mai
in Kassel
www.zsp-salzwedel.de/isps-germany

▶ Für ein Leben in Selbstbestimmung und Vielfalt – Perspektiven in Zeiten wachsender Spaltungen und Populismus
Jahrestagung des beb
25. und 26. Mai
in Berlin
www.beb-ev.de

▶ Ambulante Krisendienste realisieren – Komplexleistungen der Gemeindepsychiatrie sichern
Jahrestagung des
DV Gemeindepsychiatrie
9. bis 10. Juni
in München
www.dvgp.org

▶ Seelische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern und Selbstbestimmung stärken
Jahrestagung der APK
+ Selbsthilfetag:
Resilienz: Auf dem Weg in das soziale Leben
15. bis 17. Juni in Berlin
www.apk-ev.de

▶ Das Soziale in Medizin und Gesellschaft: Aktuelle Megatrends fordern uns heraus
Jahrestagung der DGSMP
16. bis 18. September
in Leipzig
www.dgsmp2020-leipzig.de

▶ Bipolarität in Familien und Beziehungen
DGBS-Jahrestagung
24. bis 26. September
in Heilbronn
www.dgbs.de

▶ Aus dem Schatten ins Licht
BPE-Jahrestagung
9. bis 11. Oktober in Kassel
www.bpe-online.de

▶ Dreißigjähriges Jubiläum des LV Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg
20. Oktober
in Stuttgart
www.gemeindepsychiatrie-bw.de

▶ ergotherapie.zukunftsfähig?!
8. Ergotherapiefachtagung
5. November in Köln
www.lvr.de/ergotherapiefachtagung

▶ Was macht uns stark?
DGSP-Jahrestagung
12. bis 14. November
in Bremen
www.dgsp-ev.de

▶ Psychiatrie in der sozialen Lebenswelt
Jahrestagung der DGPPN
25. bis 28. November
in Berlin
www.dgppn.de

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

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Broschüren und Bücher

☐ Stück
Der beste Vater der Welt
Bilderbuchbroschüre über Psychosen für Kinder zwischen 5 und 8 Jahren,
6516-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Mamas Monster
Bilderbuch über Depressionen für Kinder zwischen 5 und 7 Jahren,
6512-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Wahlverwandtschaft, Görres/Pirsig
Engagiert in Patenprojekten
Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 3,
6510-01, 3,00 Euro

☐ Satz/Sätze
Seelische Krise – Was tun?
Informationsblatt zu Hilfen in Krisen,
6620-10, 4,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)

☐ Satz/Sätze
Recovery
Die Broschüre stellt die Aspekte des Recovery-Konzepts vor,
6622-10, 4,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)

☐ Satz/Sätze
Patientenrechte
Therapie und Selbstverantwortung in psychischen Krisen – welche rechte habe ich als Patient,
6623-10, 4,00 Euro, (1 Satz = 10 Stück)

☐ Satz/Sätze
Resilienz
Was ist das Geheimnis der inneren Widerstandskraft?
6624-10, 4,00 Euro (1 Satz = Stück)

☐ Stück
40 Jahre Psychiatrie-Enquete, 40 Jahre Dachverband Gemeindepsychiatrie
Reader zur Historie,
6806-01, 15,00 Euro

☐ Stück
Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz
Ratgeber für Führungskräfte.
In Zusammenarbeit mit BARMER
6905-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Recovery für die Seele
Broschüre, 6800-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Inklusion selbst in die Hand nehmen
Broschüre zur Selbsthilfe in seelischen Krisen,
6801-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Miteinander im Gespräch
Broschüre zu Netzwerkarbeit in der Behandlung,
6802-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Bürgerhilfe in der Gemeindepsychiatrie
Broschüre, 6803-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Neue Wege zur Inklusion
Abschlussbroschüre des Projekts PIELAV,
6805-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Unterstützung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil
Broschüre zu Leuchtturmprojekten
7000-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Der dritte Sozialraum als Handlungsort gemeindepsychiatrischer Organisationen
Fachbuch mit Perspektiven auf bürgerschaftliches Engagement
6515-01, 3,00 Euro

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

DVDs und CDs

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

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

Flyer und Factsheets

☐ Stück
Factsheets zur Kinder- und Jugendpsychiatrie
Set mit Infos für Profis, Eltern und Jugendliche,
6903-01, 2,00 Euro

☐ Stück
Soziotherapie
Grundlagen und Möglichkeiten der soziotherapeutischen Behandlung
6908-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Unterstützung für psychisch erkrankte Mütter und Väter
Überblick über Hilfen und Anlaufstellen
6906-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Psychiatrische häusliche Krankenpflege
Set mit Blättern für Betroffene/Angehörige und Verordnende
6907-01, 1,00 Euro

☐ Stück
Gemeinsam Bügerschaftliches Engagement, durch, mit und für psychisch erkrankte junge Menschen
6621-10, 2,00 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.

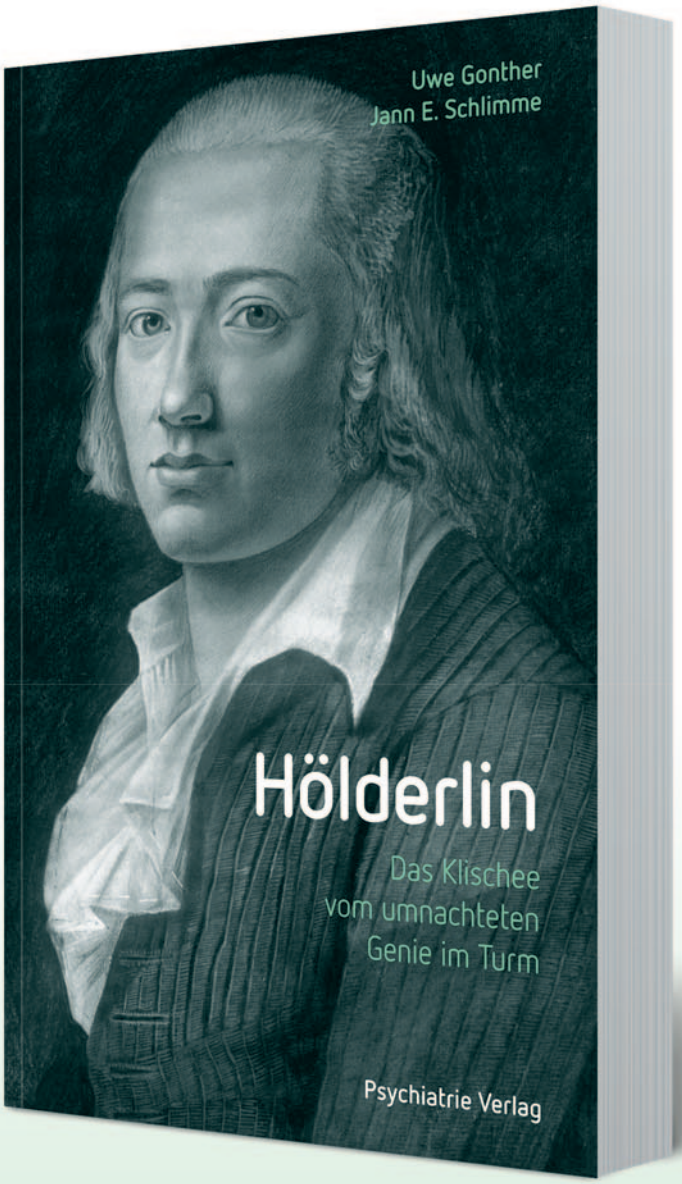
Bestellschein bitte per Fax an: (02 21) 78 87 43 10

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

»Du wirst denken, ich sei ein Narr …«



Friedrich Hölderlin steht wie niemand sonst in der deutschen Literatur für das Klischee von Genie und Wahnsinn. Jann Schlimme und Uwe Gonther – beide Psychiater, beide ausgewiesene Hölderlinexperten – befragen die Quellen, um sein Leben in der sogenannten »Turmzeit« zu verstehen, anstatt sie psychopathologisch zu deuten: Wie sah er sich selbst, wie beschrieben ihn Verwandte und nahestehende Freunde, wie schilderten ihn die Ärzte seiner Zeit? Sie setzen diese Zeugnisse in Beziehung zu den zahlreichen posthumen diagnostischen Versuchen. Schlimme und Gonther kommen zu einem anderen, neuen Verständnis: Psychotische Krise und mühevolle Genesung? Ja. Umnachtung? Nein.

128 Seiten, 20,00 €, ISBN 978-3-96605-059-3, eBook 15,99 €

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de