ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

2 2016
Mai
Juni
Juli
34. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Selbsthilfe und Selbstvertretung

Recovery und Peer-Support

Emanzipation und Selbstbestimmung

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Die Gesundheitsselbsthilfe
Mehr als nur eine Erfolgsgeschichte
Burga Torges, Seite 4

Selbsthilfe und Politik
Ein Streitgespräch mit führenden Akteuren in NRW
Hannah und Bettina Jahnke, Seite 7

Von der neuen Hoffnung zum Genesungszwang?
Recovery in Selbsthilfe und Peer Support
Ute Maria Krämer, Seite 11

„Wir machen das jetzt!"
Ein Hintergrundgespräch zum Peer Counseling Modell- und Forschungsprojekt des LVR
Bettina Jahnke, Seite 13

Recovery im Maßregelvollzug
Genesungsbegleiterin Sabine Joel macht in der Forensik Schule
Seite 16

Diagnose „depressive Störung"
Eine persönliche Krankheitsgeschichte
Hermann Mecklenburg, Seite 17

Kraft aus Defiziten
Wie Menschen mit seelischen Erkrankungen zu Lebenslehrern für Schüler werden
Manuela Richter-Werling, Dennis Riehle, Seite 20

Du alleine schaffst es, aber du schaffst es nicht alleine
Andrea Sülzle, Seite 23

Die Anonymen Alkoholiker
Seite 25

Selbsthilfe und Empowerment
Grenzen und Herausforderungen der Profis
Uwe Bening, Seite 27

Selbsthilfe als Arbeits- und Genesungsperspektive
Rainer Höflacher, Seite 29

Betroffene in der psychiatrischen Forschung
Infragestellung oder Erweiterung des biomedizinischen Diskurses?
Jasna Russo, Seite 32

Selbsthilfe bei Angehörigen
Irmela Boden, Seite 36

37 Spectrum

Zuverdienstangebote für psychisch kranke Menschen
Ein Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft
Christian Gredig, Seite 37

Den Worten Taten folgen lassen
Inklusion von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung. Ein Praxisbericht
Bettina Jahnke, Seite 38

Leben ohne Heim
Vermeidung von Heimplätzen durch den Aufbau intensiv ambulant betreuter Wohnangebote: das Wohnprojekt Hechingen
Michael Mennel, Seite 41

44 Nachrichten

46 Termine

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

„Peer Counseling fand früher immer nur in der Raucherpause statt“, stellt Tanja Bauer fest. Das hat sich gründlich geändert: Mittlerweile ist die Selbsthilfe eine feste Größe in der sozialpsychiatrischen Landschaft. Dabei ist die diagnosebezogene Selbsthilfe im Sinne der Krankheitsbewältigung zu unterscheiden von der Selbstvertretung, die auch politisch erheblich an Einfluss gewonnen hat. Burga Torges stellt in ihrem einführenden Beitrag die Erfolgsgeschichte der Selbsthilfe und Selbstvertretung dar und wirft zugleich die Frage auf, ob die aktuell anstehenden politischen Reformen tatsächlich Verbesserungen für die Menschen mit Behinderungen und Erkrankungen mit sich bringen oder ob diese erneut auf unbestimmte Zeit verschoben werden.

Selbsthilfe ist politisch gewollt – aber ist sie der Politik auch etwas wert? Lohnt es sich für Betroffene, sich in der Selbsthilfe zu engagieren? Und wie viel Polemik braucht die Selbsthilfe, wie viel schadet ihr? Darüber entwickelt sich ein spannendes Streitgespräch zwischen Jörg Holke, Margret Osterfeld und Matthias Seibt. Viele Hoffnungen verbinden sich also mit der Selbsthilfe. Doch Vorsicht: aus der neuen Hoffnung kann allzu leicht auch ein Genesungszwang werden. Ute Maria Krämer warnt vor der Instrumentalisierung von Recovery als pragmatischem Symptom- und Selbstmanagement.

Peer Counseling – als eine spezielle Methode des Peer Support- beschränkt sich keineswegs auf die Einbeziehung von EX-IN-Absolventinnen und Absolventen. Das Peer Counseling Modell- und Forschungsprojekt des LVR zum Beispiel ist übergreifend für verschiedene Behinderungsarten angelegt. Wie das mit großem Gewinn für alle Beteiligten funktioniert, stellen Bettina Jahnke, Klaus Peter Pfeiffer, Tanja Bauer und Barbara Combrink-Souhjoud in ihrer Diskussion anschaulich dar. Auch im Maßregelvollzug hat die Peer Arbeit eine aussichtsreiche Perspektive, wie die Arbeit von Sabine Joel zeigt. Jedoch sollten Selbsthilfe und Selbstvertretung nicht auf die Arbeit von Peers reduziert werden. Denn es gibt auch betroffene Profis. Wussten Sie, dass Psychiater zu den Berufsgruppen mit der höchsten Suizidrate in Deutschland zählen? Warum ist es für betroffene Profis immer noch so schwer, ihre psychische Erkrankung offen zu thematisieren? Herrmann Mecklenburg tut das: die eigene Erkrankungsgeschichte, dargestellt als Arztbrief – ein äußerst lesenswerter Beitrag.

Auch Manuela Richter-Werling und Dennis Riehle schildern anschaulich, wie wichtig es ist, die eigene Erkrankungserfahrung in Worte fassen zu lernen: Das kostet Überwindung, will geübt und ausprobiert sein. Aber nur so erreicht man die Köpfe und Herzen von Schülern. Im Projekt „Verrückt? Na und!“ werden Betroffene zu Botschaftern und Lebenslehrern.

Wie sich die Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige praktisch realisieren lässt, zeigen die Beiträge von Andrea Sülzle und Irmela Boden sowie der Beitrag über die Anonymen Alkoholiker. Selbsthilfe wirkt – je nach Rolle und Lebenslage – unterschiedlich. Uwe Bening stellt klar, dass Selbsthilfe, Selbstvertretung und Empowerment auch den Profis eine kritische Überprüfung überkommender Haltungen und Glaubenssätze abverlangt. Für Rainer Höflacher hingegen wurde das Engagement in der Selbsthilfe zu einer alternativen Arbeits- und Genesungsperspektive jenseits des allgemeinen Arbeitsmarkts.

Selbstvertretung verändert schließlich auch die Forschung. Betroffene sind längst nicht mehr nur die zu beforschenden Subjekte, sondern an Forschungsprojekten direkt beteiligt. Aber wird dadurch alles besser? Jasna Russo warnt entschieden davor, Psychiatriebetroffene auf die Rolle des Peer-Beraters festzulegen.

Selbsthilfe und Selbstvertretung sind also ein vielschichtiges Thema in der Psychiatrie. Für viele Betroffene spielen sie aber nach wie vor keine Rolle. Viel Potenzial liegt brach. Dieses Heft soll Mut machen. „Wir machen das jetzt!“ sagt Tanja Bauer. Genau.

Irmgard Plößl
Bettina Jahnke

Die Gesundheitsselbsthilfe

Mehr als nur eine Erfolgsgeschichte

Von Burga Torges

In Deutschland gibt es schätzungsweise 100 000 Selbsthilfezusammenschlüsse und etwa 260 Kontaktstellen. Damit hat die Gesundheitsselbsthilfe von ihren Anfängen bis heute eine rasante Entwicklung durchschritten, die auch am Beispiel der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe) deutlich wird. Denn aus der 1967 von acht Elternverbänden behinderter Kinder gegründeten „BAG Hilfe für Behinderte (BAGH)“ ist die heutige BAG Selbsthilfe entstanden, ein Dachverband von derzeit 116 bundesweiten Selbsthilfeverbänden. Darüber hinaus vereint sie 13 Landesarbeitsgemeinschaften und fünf außerordentliche Mitgliedsverbände. Somit sind der BAG Selbsthilfe mehr als eine Million körperlich-, geistig-, sinnesbehinderte und chronisch kranke Menschen angeschlossen, die sowohl auf Bundes- und Landesebene tätig sind als auch auf lokaler Ebene in Selbsthilfegruppen und Vereinen vor Ort. Eine Erfolgsgeschichte, die den stetig wachsenden Bedarf der Betroffenen, aber auch die wachsende Bedeutung der Gesundheitsselbsthilfe im Gesundheitswesen widerspiegelt.

Emanzipation und Selbstbestimmung werden gefordert

Natürlich waren die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Gesundheitsselbsthilfe in den 1968er-Jahren auch ein fruchtbarer Boden, auf dem die Selbsthilfebewegung sich etablieren konnte. Mit dem Wertewandel und den einhergehenden Forderungen nach Demokratisierung, Emanzipation, Selbstbestimmung und Bürgerbeteiligung entwickelten die Menschen mehr Selbstbewusstsein und wagten fortan auch eine kritische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen. Der Arzt war nun nicht mehr zwangsweise Vertrauensperson, sein Handeln wurde hinterfragt und die „nicht-medizinischen“ Aspekte des Krankseins rückten in den Vordergrund. Genau dort setzten Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen an. Ihre Gründung hat nach und nach dazu geführt, dass die Belange der betroffenen Menschen mit Behinderung und chronisch Kranken stärker ins Bewusstsein der Gesellschaft, vor allem aber auch der zuständigen Sozialleistungsträger, Behörden und selbstverständlich auch des Gesetzgebers gerückt sind. Denn wer selbst betroffen ist, kann am besten darlegen, welche Leistungen und Hilfen wirklich erforderlich sind. Sind mehrere Betroffene dann auch noch zu Selbsthilfegruppen und Vereinen zusammengeschlossen, wird ihnen und ihren Belangen umso mehr Gehör verliehen.

Im Jahr 2000 wurde die Selbsthilfeförderung erstmals gesetzlich im § 20 SGB V verankert; zunächst als Kann-, dann als Soll- und mittlerweile als Muss-Bestimmung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen im § 20 h SGB V.

Gesundheitsselbsthilfe als aktiver Teil der Politik

Der gegenseitige Austausch unter Gleichbetroffenen und die Emanzipation vom paternalistischen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung sind sicherlich die Wurzel der Selbsthilfebewegung. Selbsthilfe ist aber heute auch ein politischer Akteur im Gesundheitswesen. Mit ihrer Arbeit unterstützt die Gesundheitsselbsthilfe auch den Gesetzgeber, der Neuregelungen umso präziser und passgenauer formulieren kann, sowie die Arbeit der genannten Träger, die umso zielgerichteter gesetzliche Ansprüche erfüllen können. Es überrascht also nicht, dass heute zahlreiche Gesetzesregelungen auch die Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen vorsehen und dass die Formulierungen der einzelnen Vorschriften, gerade im SGB IX zumeist die Belange der Betroffenen in den Vordergrund stellen. Die glücklicherweise stetige Abnahme einer Fremdbestimmung in Form von Diktieren durch Dritte, welche Unterstützung Menschen mit Behinderung angeblich benötigen, ist nicht zuletzt auf den unermüdlichen Einsatz und die Arbeit der Gesundheitsselbsthilfe zurückzuführen.

Zahlreiche Gesetzesregelungen sehen auch die Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen vor.

Burga Torges
Referatsleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, BAG Selbsthilfe.

Meilensteine, aber auch Stolpersteine

Ein weiteres Indiz für den Erfolg und ein genereller Meilenstein in der Gesundheitsselbsthilfe ist die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen durch das im Jahr 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Dieses Gesetz führte etwas Maßgebliches ein: Das Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Damit wurde der Grundstein gelegt für die Vertretung der Interessen von PatientInnen sowie der in der Selbsthilfe organisierten chronisch kranken und behinderten Menschen. Ein Meilenstein, denn damit wurde erstmals die Selbsthilfe in die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung einbezogen.

Mit der Patientenbeteiligungsverordnung wurden darüber hinaus weitere wichtige Strukturen mit beteiligt, wie z. B. die BAG Selbsthilfe, der Bundesverband der Verbraucherzentralen, der VDK, der SOVD oder die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) als Spitzenorganisation der Selbsthilfekontaktstellen. Gerade die Mitgliedsverbände der BAG Selbsthilfe bilden den Kern der so genannten maßgeblichen Patientenorganisationen und stellen mit Abstand die meisten PatientenvertreterInnnen.

Durch ihre Benennung im Gesetz und ihre Beteiligung am gesundheitspolitischen Geschehen erhält die Gesundheitsselbsthilfe bereits eine generelle Honorierung ihrer Erfolgsgeschichte an sich, ihren Akteuren wird darüber hinaus aber eine klare Definition zugeordnet, die ihre speziellen Kompetenzen verdeutlicht: Sie sind „sachkundige Personen". Und genau diese Sachkunde macht die Selbsthilfe für das Gesundheitswesen und nicht zuletzt für alle PatientInnen so unverzichtbar. Allerdings bedeutet das leider nicht, dass die PatientenvertreterInnen auch stimmberechtigt sind. Denn in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) entscheiden immer noch Fachleute von Krankenkassen und VertreterInnen der Ärzteschaft allein über die fachlichen Arbeitsformen.

Vom Bestimmt-werden zum selbstbestimmten Handeln

Die oben beschriebene Entwicklung der Selbsthilfe im Großen, von einer kleinen Bewegung zu einem kompetenten Partner von Politik und Gesundheitswesen, spiegelt sich auch in der Entwicklung einzelner Mitgliederorganisationen der BAG Selbsthilfe, wie dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) wider. Der Verband wurde 1992 gegründet und hat sich nach und nach aus dem Dachverband der Gemeindepsychiatrie herausgelöst.

Allerdings sind auch Besonderheiten bei der Selbsthilfebewegung der Psychiatrierfahrenen zu benennen. Denn nachdem die 1971 vom Deutschen Bundestag eingesetzte Expertenkommission „Psychiatrie-Reform" katastrophale Zustände in den psychiatrischen Großkrankenhäusern beklagte und im Oktober 1975 Leitlinien zur Reform der Psychiatrie vorlegte, die so genannte Psychiatrie-Enquete, vertraten psychisch kranke Menschen in Deutschland ihre Interessen nicht selbst. Im Jahr 1976 schlossen sich zwar erste Bürgerinitiativen und Hilfsvereine im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen zusammen, der 1985 gegründete Bundesverband hatte aber „nur" Angehörige psychisch kranker Menschen als Mitglieder. Erst sieben Jahre später bilden dann psychiatrieerfahrene Menschen ihre eigene Interessensvertretung mit der Gründung des BPE.

Ein ganz normaler Sonderweg

Jede Krankheit verlangt nach individuellen Behandlungswegen und so gestaltet sich die therapeutische Hilfe für psychisch kranke Menschen oft sehr komplex. Je komplexer der Hilfebedarf, desto geringer ist allerdings auch die Chance, wohnortnah versorgt zu werden und damit ist auch die Voraussetzung für die Integration in die Gemeinde nicht mehr wirklich gegeben. Die Inanspruchnahme von komplexer Hilfe in Institutionen verändert jedoch den Lebensmittelpunkt. Das, und auch die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen durchaus mit ihrer Krankheit und sich selbst sehr in der Auseinandersetzung stehen müssen, stellt die Verbandarbeit einer Interessensvertretung durchaus vor Herausforderungen. Hinzu kommt aus Betroffenensicht die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen noch immer nicht respektiert werden, mit Einsamkeit, Arbeitslosigkeit sowie Vorurteilen in der Bevölkerung belastet sind und insgesamt auch nach mehr als 25 Jahren Psychiatrie-Reform nur Teillösungen für verbesserte Hilfen erreicht wurden. So seien Zwang in der Behandlung nach wie vor durchaus und eine Grundforderung nach Wahlfreiheit zwischen psychiatrischen Hilfen und alternativen Konzepten eben einfach nicht gegeben, was Betroffene noch immer zu unmündigen Patienten abstempelt. Auch sozialrechtlich sind psychisch kranke längst nicht den körperlich kranken Menschen gleichgestellt und leben oftmals am Rand der Armutsgrenze. Am wenigsten verändert hat sich am Verständnis der Gesellschaft für Krankheiten, die nicht sichtbar sind und deshalb bedrohlich wirken.

Psychisch kranke sind den körperlich kranken Menschen längst nicht gleichgestellt.

Umso wichtiger ist es, dass sich die heute mehr als 18 000 Mitglieder unter dem Dachverband der Gemeindepsychiatrie[1] für die Rechte und Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen aus Angehörigen-, aber auch Betroffenensicht einsetzen sowie an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen teilhaben. Es ist zu hoffen, dass gerade im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention eine weitere Entwicklung im Sinne einer noch größeren Beteiligung und Mitwirkung erfolgen wird, ist dies doch die logische Konsequenz wenn man es mit den in der UN-Konvention enthaltenen Grundsätzen der Inklusion, Partizipation und Bewusstseinsbildung wirklich ernst meint.

UN-Behindertenrechtskonvention: Hoffnung für Menschen mit Behinderung?

Die Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderung ist ein Kernanliegen der Behindertenbewegung in Deutschland. In diesem Zusammenhang kommt der UN-Behindertenrechtskonvention eine wichtige Signalwirkung zu. Denn die Konvention ist die rechtlich verbindliche Willensbekundung der Völkergemeinschaft, dass allen Menschen mit Behinderung das Recht auf volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einzuräumen ist. Es handelt sich um einen völkerrechtlichen Vertrag, der durch Ratifizierung am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Die Konvention bindet damit unmittelbar alle Träger öffentlicher Gewalt in ihren Entscheidungen.

Dies stellt einen grundlegenden Wandel in der rechtlichen Orientierung unserer Gesellschaft dar, da sich alle Träger der öffentlichen Gewalt am Leitbild der Inklusion zu orientieren haben: Menschen mit Behinderung dürfen nicht mehr als außenstehend betrachtet und anschließend „integriert" werden. Die Gesellschaft muss vielmehr alle Menschen in ihrer Vielfalt begreifen und inklusiv ausgestaltet sein. Nach diesem Leitbild müssen Menschen mit Beeinträchtigungen sich nicht mehr nach den Bedürfnissen der Gesellschaft richten, sondern die Gesellschaft hat sich mit ihren Strukturen an den Bedürfnissen der Menschen auszurichten, und zwar von Anfang an und umfassend. Bund, Länder, Gemeinden und alle anderen Träger der öffentlichen Gewalt sind über die Konvention dem Leitbild einer inklusiven Gesellschaft verpflichtet.

Dies hat weitreichende Konsequenzen: Der soziale Raum sowie öffentliche Einrichtungen, so auch die des Gesundheitswesens, sind barrierefrei auszugestalten. Barrierefreiheit ist aber nur ein Aspekt von Inklusion. Zu überwinden ist vielmehr insgesamt die Unterschei-

dung zwischen „den Behinderten“ und „den Nichtbehinderten“ in unserer Gesellschaft. Im Schulwesen dürfen Kinder mit Behinderungen nicht in Sondereinrichtungen abgedrängt werden, sondern die Schule muss sich auf alle Kinder einstellen. Gleiches gilt für die Arbeitswelt oder die sogenannten neuen Medien, die heute Menschen mit Behinderungen durch ihre Barrieren vielfach ausgrenzen. Folgerichtig enthält die UN-Behindertenrechtskonvention eine Vielzahl von Maßgaben, die dies für alle Lebensbereiche – von der Bildung über die Arbeit bis zu Themen wie Gesundheit und Medien – konkretisieren.

Alle Akteure in Staat und Gesellschaft sind verpflichtet, sich einzubringen, um die Ziele der Konvention in unserem Land umzusetzen.

Die Konvention geht daher uns alle an und darf im politischen Raum auch nicht einzelnen Expertinnen und Experten überlassen bleiben. lm Sinne des Disability Mainstreaming sind vielmehr alle Akteure in Staat und Gesellschaft verpflichtet, sich einzubringen, um die Ziele der Konvention in unserem Land umzusetzen. Dies ist kein Selbstgänger, denn trotz ihrer unmittelbaren Geltung für alle Träger der öffentlichen Gewalt muss die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland noch mit Leben bzw. mit Rechtskraft erfüllt werden.

Zunächst einmal sind die bestehenden Normen des deutschen Rechts im Lichte der Konvention anzuwenden und auszulegen. Hier steht ein Wandel der Rechtspraxis an, der den Entscheiderinnen und Entscheidern etwa bei Krankenkassen noch vor Augen zu führen ist. Normen wie § 2 a SGB V, wonach bei allen Entscheidungen den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen ist, erhalten durch die UN Konvention einen erheblich erweiterten Regelungsumfang. Die Konvention bestimmt insoweit nämlich, was im Einzelnen unter einem solchen Belang zu verstehen ist. Vor allem die Rechtsprechung ist nun gefragt, um sicherzustellen, dass die Konvention bei der Anwendung des nationalen Rechts auch vollständig rezipiert wird. Jenseits der Anwendung des bestehenden Rechts im Lichte der UN-Konvention bedarf es jedoch einer umfassenden Umsetzungsstrategie für die gesamte Bundesrepublik Deutschland, die auch gesetzgeberische Maßnahmen beinhaltet.

Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass gesetzliche Reformvorhaben der Bundesregierung, die die Lebenswelt von Menschen mit Behinderung maßgeblich beeinflussen, in Angriff genommen worden sind. Hierzu zählen insbesondere das Bundesteilhabegesetz sowie das Pflegestärkungsgesetz II. Jedoch auch hier gilt es, genau zu prüfen: Werden die geplanten Reformen tatsächliche Verbesserungen für Menschen mit Behinderung bewirken oder verschieben sie die seit langem von der BAG Selbsthilfe und anderen Behinderten- sowie Wohlfahrtsverbänden geforderten Maßnahmen, wie beispielsweise ein einkommens- und vermögensunabhängiges Bundesteilhabegeld für ein selbstbestimmtes Leben zu schaffen sowie den Anspruch auf eine unabhängige Beratung, wieder auf unbestimmte Zeit? Derzeit sieht es eher so aus, als fehlte den geplanten Gesetzesreformen die erprobte Gesamtkonzeption sowie eine solide Kostenkalkulation aller zukünftigen Leistungen. Ohne ein nennenswertes Budget fehlt dem Reformprozess aber nicht nur der Motor, sondern auch der Spielraum für substanzielle Verbesserungen.

Mit Blick auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Behindertenpolitik nicht ausschließlich auf Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder Sinnesbeeinträchtigungen fokussiert. Wir brauchen auch hier starke Selbsthilfeorganisationen psychisch kranker Menschen, um die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gerade für diesen Personenkreis endlich zu gewährleisten.

Gesamtkonzeption ist notwendig

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland erfordert eine umfassende Vorgehensweise. Um das Ziel der Teilhabe und Inklusion zu erreichen, ist allerdings noch ein weiter Weg zurückzulegen. Das zeigt auch die Tatsache, dass die gesetzgeberische Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in die Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder nur langsam vorankommt. Hier kann gerade die Gesundheitsselbsthilfe einen maßgeblichen Einfluss nehmen, indem sie einerseits wichtige Impulse in der Gesellschaft setzt und gleichzeitig auf den Gesetzgeber einwirkt. Denn dieser hat sich mit der Unterzeichnung und Ratifizierung des völkerrechtlichen Vertrages immerhin selbst verpflichtet kann sich deshalb nicht mehr aus der Verantwortung stehlen.

Die Verbände behinderter Menschen sind bereit, diesen langen Weg zu gehen und den Umsetzungsprozess konstruktiv, aber stets kritisch zu begleiten. Der Begriff der Inklusion wird heutzutage oft gebraucht. Die Grundlagen und das allseitige Verständnis für eine inklusive Gesellschaft müssen noch geschaffen werden.

Anmerkung

1 Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie DGSP, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen BApK, Aktion Psychisch Kranke APK und auch die Selbstbetroffenen im Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen BPE

Selbsthilfe und Politik

Ein Streitgespräch mit führenden Akteuren in NRW

Moderation: Hannah Jahnke Redaktion: Bettina Jahnke

Jörg Holke, Sie moderieren gerade den breiten und aufwändigen Beteiligungsprozess zur Novellierung des Psychisch Krankengesetz in NRW. Margret Osterfeld und Matthias Seibt, Sie beide sitzen dort mit Ihrer Doppelqualifikation als Lehrbuch- und Erfahrungsexperten im Lenkungsausschuss. Das ist eine ehrenhafte Arbeit, die allen Für- und Gegensprechern, die dort zusammen sitzen, viel kräftezehrendes Durchhaltevermögen abverlangt. Woher nehmen Sie drei die Energie?

Jörg Holke:
Ich bin von der praktischen Arbeit erst zur Verbandsarbeit und schließlich in die ministerielle Verwaltungsarbeit gewechselt, weil mir dies konsequent schien. Mir liegt daran, einen Strukturrahmen zur Ausgestaltung unserer psychiatrischen Hilfen zu schaffen.

Margret Osterfeld:
Die 1968er-Jahre haben mich früh politisiert. Nach meiner ersten Berufsausbildung zur pharmazeutisch-technischen Assistentin habe ich relativ spät Medizin studiert. Als ich mich 1999/2000 mit einer psychiatrischen Diagnose von den eigenen Kollegen behandeln lassen musste, schärfte dies mein kritisches Urteilsvermögen. Es empört mich damals wie heute, wenn Kliniken juristisch fragwürdige Zwangseinweisungen forcieren, um das Recht zur Zwangsmedikation zu erlangen.

Matthias Seibt:
Ich habe in meiner beruflichen Tätigkeit ein seltenes Privileg: Ich darf etwas Sinnvolles machen. Eine zweite Motivationsquelle ist für mich ebenfalls meine Psychiatrie-Erfahrung. Ich habe mich mit 17 Jahren freiwillig dort behandeln lassen. Zehn Wochen dauerte dieser Aufenthalt. Nach der Hälfte der Zeit dämmerte mir langsam: Das Personal interessiert es überhaupt nicht, wie es mir geht. Nach zehn Wochen habe ich diesen Spuk beendet. Leider war ich da aber schon abhängig von den Neuroleptika. Niemand hatte mich über deren Nebenwirkungen aufgeklärt. Zum Glück stieß ich später auf einen Psychiater, der mir erklärte: „Herr Seibt, sie müssen lernen, ihre Medikamente selbstständig zu dosieren!“ Nach sieben Jahren kam ich endlich wieder von den Medikamenten los. 1990 bin ich erneut in der Psychiatrie gelandet, diesmal nur für 14 Tage. Das war während meines Psychologiestudiums. Daraufhin entschloss ich mich, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Wenig später gründete sich auch der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. Seither engagiere ich mich dort politisch.

Margret Osterfeld:
Hier möchte ich gerne noch etwas nachschieben: Auch für mich hängen Selbsthilfe und Politik eng zusammen. Erst durch die eigene Betroffenheit wurde mir das Ausmaß medizinischer und sozialer Missstände klar. Was die Verabreichung der Neuroleptika angeht, bin ich ebenfalls der Auffassung, dass viel im Argen liegt. Wir Psychiater müssen uns fragen, ob die so genannte Negativsymptomatik nicht weit häufiger durch die von uns verschriebenen Medikamente verursacht ist, als durch den Verlauf der Krankheit. Auch ich nahm jahrelang Psychopharmaka. Mich trieb die Sorge um meinen Arbeitsplatz bei wiederholtem Rückfall um. Glücklicherweise konnte ich mich selbstständig vor Überdosierungen schützen. Die Verschreibungspraxis von Neuroleptika ist durchaus eine Frage von politischer Dimension: Wie viel wird das Zeug verschrieben? Und wie abenteuerlich wird es kombiniert? Seit acht Jahren bin ich nun medikamentenfrei.

Im Rückblick stelle ich fest, dass mir unter dem Strich die Existenz des BPE und die Selbsthilfe mehr zur Genesung verholfen haben, als die Fachkollegen. Viele Psychiater haben eine Haltung, mit der sie sich in einer medizinrechtlichen Grauzone bewegen. Sie setzen sich über den Patienten hinweg nach dem Motto: „Der ist krank. Mit dem kann man nicht reden.“ Sie verschreiben Medikamente ohne Aufklärung der Nebenwirkungen. Sie missbrauchen Gesetzestexte, um sich über den Patientenwillen hinweg zu setzen.

„Die Verschreibungspraxis von Neuroleptika ist eine Frage von politischer Dimension.“

Jörg Holke
Leiter des Referats „Psychiatrie“ im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Lange tätig in der Drogenhilfe und für die APK.

Margret Osterfeld
Psychiaterin i. R. Mitglied der PsychKG Besuchskommission NRW. Seit 2014 Mandat bei den Vereinten Nationen zur Prävention von Folter und Misshandlung.

Matthias Seibt
Psychiatrie-Erfahrener und einer der Wortführer im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE). Vorstandsmitglied. Er ist seit fünf Jahren freiberuflich tätig.

Wo sehen Sie beide die Ursache für solche Missstände?

Matthias Seibt:
Ich glaube, die Psychiatrie kann gar nicht funktionieren. Dies liegt weder am Versagen der dort Arbeitenden, noch am Versagen der Politik. Es liegt vielmehr am Versagen unserer Gesellschaft. Wenn sich nicht einmal die eigenen Angehörigen oder nahe stehenden Freunde um einen seelisch Leidenden in den eigenen Reihen kümmern wollen, dann muss ich mich doch nicht wundern. Warum sollte es dem Betroffenen plötzlich besser ergehen, wenn er mit 20 oder 30 anderen Betroffenen auf einer Station zusammengepackt wird. Die Diensthabenden dort werden schließlich nicht dafür bezahlt, Mitgefühl oder Verständnis aufzubringen. Wenn wir Menschen abschieben, die nicht länger im Takt marschieren wollen oder können, dann müssen wir uns nicht über die schlechten Zustände in unseren Psychiatrien oder Altenheimen wundern. Da hilft weder guter Wille noch eine perfekte Organisation.

„Ich glaube, die Psychiatrie kann gar nicht funktionieren."

Margret Osterfeld:
Ich sehe auch den Zeitdruck, unter dem meine Kollegen Patienten in immer kürzerer Zeit „durchmüllern" müssen. Für die Arbeit mit dem Patienten, sprich Gespräche, bleibt immer weniger Luft. Viele Psychiater fühlen sich wie Akkordarbeiter. Und auch ich bin gegen ein Abschieben von Menschen in die Klinik. Ein solches Handeln ist weder ethisch noch ökonomisch sinnvoll. Die klinische Psychiatrie ist zu teuer und ineffektiv. Ambulante Einsatzteams machen da mehr Sinn.

Herr Holke, wie klingt all dieses Lamento in Ihren Ohren?

Jörg Holke:
Zunächst einmal möchte ich vorausschicken: Es ist für die meisten Menschen eine freiwillige Entscheidung, sich in der Psychiatrie behandeln zu lassen. Viele Patienten sammeln dort auch positive Erfahrungen. Ich stimme Ihnen, Herr Seibt, darin zu, dass wir eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für psychisch erkrankte Menschen haben. Wir müssen mehr Sorge dafür tragen, dass familiäre Strukturen besser tragen und auch Peer Groups mehr leisten können.

Sicher brauchen wir mehr Empathie und weniger Kurzatmigkeit. Ministerin Steffens bringt dies auch immer wieder in ihren Reden zum Ausdruck. In unserer Schnelllebigkeit, unter diesem ganzen Termindruck bleibt immer weniger Zeit für das Zwischenmenschliche. Da müssen wir hinschauen. Gleichzeitig ist den Mitarbeitenden im Ministerium daran gelegen, dass die Psychiatrie das, was sie macht, auch gut macht. Die Politik hat auf Bundesebene hier bereits nachgesteuert. Die Patientenrechte wurden z.B. gestärkt. Vor diesem Hintergrund ist es nicht länger hinnehmbar, wenn Sie als Patient vom Arzt oder Therapeuten nicht hinreichend informiert und aufgeklärt werden. Die Betroffenen müssen selbst darüber entscheiden können, welche Behandlung oder Behandlungsalternativen sie mit welchen Chancen und auch Risiken in Anspruch nehmen wollen. Hier hat sich der gesetzgeberische Rahmen klar verbessert.

„Den Mitarbeitenden im Ministerium ist daran gelegen, dass die Psychiatrie das, was sie macht, auch gut macht.

Was die Zeitnot des Personals angeht, besteht immer das Dilemma der Gegenfinanzierung. Natürlich dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, dass Mitarbeitende der Psychiatrie ausreichend Zeit haben müssen, um ihre Pflichten gewissenhaft zu erfüllen. Außerdem müssen sie gut aus- und fortgebildet werden.

Sie sprachen das Patientenrechtegesetz an. Dies ist eine Zeit mit vielen neuen juristischen Weichenstellungen, die die Psychiatrie unmittelbar und mittelbar betreffen. Umso wichtiger wird auch die Lobbyarbeit auf Betroffenenseite.

Matthias Seibt:
Man muss ganz klar sehen: Es ist für fitte Betroffene sehr unattraktiv, sich in der Selbsthilfe zu engagieren. Wir haben es da mit Menschen zu tun, die das Leid hinter sich gelassen haben, auf das man in der Selbsthilfeszene immer wieder aufs Neue gestoßen wird. Dazu kommt die massive Entrechtung, mit der psychisch Kranke permanent konfrontiert sind. Es braucht viel Idealismus, um dabei zu bleiben. Wenn Politiker wollen, dass die Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen in die Gesetzesvorhaben einfließt, müssen sie diesen Leuten auch Geld geben, um sie zu befähigen. Das ist ein zäher Kampf.

Wenn ich zu Anhörungen ins Ministerium komme, wird zwei Drittel der Zeit über die Verteilung von Geldern geredet. Wenn ich den Mund aufmache und einwerfe: „Ein Sozialticket für die Betroffenen wäre schön", herrscht eisiges Schweigen.

Margret Osterfeld:
Meine Fahrkarte hierher hat mich 30 Euro gekostet. Bei meiner Rente ist das Killefitt. Wenn ich allerdings nur 365 Euro im Monat zum Leben habe, ist dies ein Haufen Geld. Auch ich bin der Ansicht, dass es keine Betroffenenvertretung für lau geben kann. Wobei ich aber auch kritisch anmerke: Alle schreien zuerst nach mehr Geld. Manchmal könnten hingegen sinnvolle Vernetzungen Kosten sparen. Warum kann eine Klinik mit diversen Sondertöpfen eigentlich nicht auch die örtliche Selbsthilfe unterstützen?

Jörg Holke:
Welche Sondertöpfe?

Margret Osterfeld:
Also der Professor oder Chefarzt hat doch immer Sondertöpfe, die er verteilt in der Klinik. Z.B. gibt es Geld für Gutachten, das weiterverteilt werden kann, oder Geld von der Pharmaindustrie.

Matthias Seibt:
Im BPE hat sich die Haltung durchgesetzt, dass es fragwürdig ist, Pharmagelder anzunehmen. Dies ist das Ergebnis eines jahrelangen innerverbandlichen Diskussionsprozesses. Wir sähen sonst unsere Unabhängigkeit gefährdet. Die meisten Selbsthilfeorganisationen handhaben dies anders.

Jörg Holke:
Was die Finanzierungsströme der Selbsthilfe angeht, müssen wir in NRW erst noch genauer ermitteln, wo die Gelder hinfließen. Im System kursieren bundesweit Krankenkassenmittel in Höhe von rund 80 Millionen Euro. Die Krankenkassen zahlen 1,00 Euro

pro Versichertem. Wie dieses Geld tatsächlich verteilt wird, und wie viel davon anteilsmäßig bei den Selbsthilfeverbänden ankommt, ermitteln wir zurzeit. Regional spielen auch andere Akteure eine Rolle bei der Förderung der Selbsthilfe. Da können zum Beispiel auch die Landschaftsverbände über die Eingliederungshilfe Geld einsteuern. Auch die Rentenversicherungsträger und die Kommunen haben – wenn auch begrenzt – Mittel und Möglichkeiten. Ich frage mich auch: Inwieweit zeichnet sich in der Selbsthilfeszene eine Tendenz zur Professionalisierung ab? Bietet sie in Zukunft mehr eigene Leistungen an? Und wie können die Selbsthilfevertreter, die Gremienarbeit leisten, sich refinanzieren?

All diese Fragestellungen sind in unserem Haus angekommen. Wir befinden uns in reger Diskussion. In politischen Prozessen gibt es für die Betroffenenbeteiligung bisher nur eine einzige Regelung als Grundlage. Ich habe da extra noch einmal nachgeschaut. Es handelt sich dabei um das Gesetz über die Entschädigung von ehrenamtlichen Mitgliedern in Ausschüssen.

Margret Osterfeld:
Wenn ich als Mitglied der Besuchskommission unterwegs bin, liegt mein Tagessatz bei 16,50 Euro. Für Beiblätter, die ich im Anschluss schreibe, fällt gar nicht ab. Dabei sind genau diese Beiblätter von immenser politischer Bedeutung. Alles andere versinkt irgendwo im Diskussionsraum. An dieser Stelle wäre durchaus ein Honorar gemessen an der Seitenzahl angebracht. Der Psychiater, der für einen Einsatz der Besuchskommission von seinem Arbeitgeber in der Regel freigestellt wird, bekommt für das Ausfüllen eines Rasterprotokolls 275 Euro hinterher geworfen.

Matthias Seibt:
Es gibt Kommissionsmitglieder, die von der Grundsicherung leben. Diese Leute haben keine Kraft ohne Ende. Sie müssen sich genau überlegen: Geh ich nun jobben, um einigermaßen über die Runden zu kommen, oder mache ich besser in diesen Besuchskommissionen mit.

Jörg Holke:
Für eine Aufwandsentschädigung oder gar eine Honorierung, gibt es nur die eine genannte Grundlage. Aber natürlich ist es auch Aufgabe der Politik, diese Bedingungen für Partizipation zu schaffen. Ich bringe ihre Anregungen gerne ein in die aktuellen Diskussionen um unseren Landespsychiatrieplan. Wir haben im Ministerium großes Interesse daran, dass die Betroffenen sich aktiv einbringen. Die Besuchskommission ist für uns von elementarer Bedeutung. Mir ist zugleich bewusst, dass wir noch weite Wege gehen müssen, um Partizipation wirklich zu verankern. Da müssen wir im Ministerium künftig deutlich flexibler werden.

Es gibt ja auch noch weitere Möglichkeiten von Betroffenenbeteiligung, wie z.B. die Peerarbeit, die vieler Orten derzeit durch EX-IN Schule macht. Wie schätzen Sie deren politische Bedeutung ein?

Jörg Holke:
Vor zehn Jahren war Peer-to-Peer Arbeit noch gar nicht in unserer Gedankenwelt drin, wohingegen sie inzwischen von allen Leistungsträgern wahrgenommen wird.

Matthias Seibt:
Mir persönlich fällt es sehr schwer, EX-IN als eine politische Bewegung zu sehen. Im Curriculum sind die Themen „Zwang in der Psychiatrie“ oder „Psychopharmaka“ nicht explizit verankert. Zudem gefällt mir das elitäre Denken nicht, das mit EX-IN Einzug hält. Sollen künftig nur noch Psychiatrie-Erfahrene mit EX-IN Ausbildung hinreichend qualifiziert sein, um einen Job zu bekommen? Hinzu kommt, dass die Ausbildung recht teuer ist. Das Gute an EX-IN ist hingegen, dass die Ausbildung vielen Psychiatrie- Erfahrenen Hoffnung gibt, dass sich aus der oft schlimmen Erfahrung einer psychischen Krise etwas Positives ziehen lässt.

Margret Osterfeld:
Über EX-IN gelangt der Auftrag an die Politik, mitzuhelfen, dass Planstellen für Erfahrungsexperten geschaffen werden. Auf diese Weise gelangen Menschen ins System, die die Perspektive wechseln können. Die Sicht der Profis ist nicht die einzige Wahrheit. Die Kliniken mauern oft bei der Schaffung von Peer-Arbeitsplätzen mit formalen Gründen. Sie sagen, es gäbe keine Qualifikation, die sich tariflich einordnen ließe oder ähnliches. Meiner Ansicht nach hat EX-IN das Potenzial, die Psychiatrie nachhaltig zu verändern und auch menschenfreundlicher zu machen.

Jörg Holke:
Die Perspektive, dass sich die Psychiatrie durch Erfahrungswissen verbessert, ist mir sehr sympathisch. Wenn allerdings EX-IN die einzige Hoffnung von Psychiatrie-Erfahrenen bleibt, wieder in Arbeit und Beschäftigung zu gelangen, fände ich das schade. Im Sinne von Inklusion müssen wir dafür Sorge tragen, dass Menschen, die eine psychische Erkrankung hinter sich haben oder noch erkrankt sind, eine Chance haben, wieder in Lohn und Brot zu gelangen.

„Wenn EX-IN die einzige Hoffnung ist, wieder in Arbeit zu gelangen, fände ich das schade.“

Welchen Betroffenenvertretern – Einzelpersonen oder auch Verbände – aus der Selbsthilfeszene gebühren in jüngster Zeit wegweisende Verdienste auf politischem Parkett?

Margret Osterfeld:
Also mir fällt mit Bezug auf NRW spontan Ruth Fricke ein. Sie hat maßgeblich an der 99er-Version des PsychKG in NRW mitgewirkt. In politischen Diskursen hat sie sich dafür stark gemacht, dass Trialog wirklich gelebt wird, dass nicht nur Klinikleiter und Träger zu Wort kommen, sondern auch Betroffenenvertreter und Angehörigenvertreter.

Natürlich treiben auch andere Akteure die politische Arbeit voran, selbst wenn sie ihr eigenes Engagement nicht einmal primär politisch einschätzen würden. Da ist zum Beispiel eine Astrid Freisen, eine Fachkollegin, die sich voriges Jahr auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Bipolare Störungen als Betroffene geoutet hat. Damit gelangt das wichtige Thema „betroffene Profis“ einmal mehr in die Öffentlichkeit. Wir dürfen nicht vergessen, dass meine Kollegen, sobald sie eine psychiatrische Diagnose bekommen, vom Berufsverbot bedroht sind.

„Kollegen mit einer psychiatrischen Diagnose droht ein Berufsverbot.“

Und wie ist das mit den Verbänden?

Matthias Seibt:
Es gibt zum einen den BPE – ein diagnoseunabhängiger Zusammenschluss, auch wenn sich dort viele Psychose-Erfahrene tummeln. Es gibt auch noch die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrieerfahrener (die bpe) mit Schwerpunkt in Berlin. Die Vertreter dort haben sich vom BPE abgespalten, weil er ihnen nicht radikal genug war. Beide Organisationen haben im Wechselspiel einiges erreicht.

Margret Osterfeld:
Veto. Es gibt noch verschiedene andere Verbände, die im Sinne der Selbsthilfe politisch wirksam arbeiten. Ich denke z.B. an die Alzheimergesellschaft.
Es gibt die deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankung. Es gibt die bereits genannte Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), die Depressionsliga, die Suchthilfe... Es gibt Vernetzungen der ADHS-Betroffenen. Es gibt in der Selbsthilfeszene ganz viele verschiedene Akteure.

Jörg Holke:
Ich teile die Auffassung von Herrn Seibt, dass der BPE viel erreicht hat. Was den Einfluss der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener angeht, bin ich unschlüssig. Was mir insgesamt auffällt: Die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen spielen ebenfalls vieler Orten selbstständig und eigenverantwortlich eine große Rolle. In NRW aber auch in anderen Bundesländern. Ich denke dabei beispielhaft an Baden-Württemberg oder an Rheinland Pfalz. Von den organisierten Psychiatrie-Erfahrenen dort habe ich ebenfalls viele wertvolle und gestaltende Beiträge gehört. Bei der diagnosebezogenen Selbsthilfe – das ist jetzt grad kein glücklicher Begriff, aber Sie wissen, was ich meine – geht es primär um die Wahrnehmung der eigenen Krankheit mit ihren Besonderheiten. Um die Ausgestaltung des Versorgungssystems geht es eher sekundär. Das ist jedenfalls mein Eindruck. Im Begriff „Psychiatrie-Erfahrener“ schwingt hingegen auch immer eine Kritik am System mit. Die Ausdifferenzierung der Selbsthilfe wird für mich immer dann etwas problematisch, wenn die Akteure darüber die gemeinsamen Ziele aus den Augen verlieren. Als Außenstehender wünschte ich mir mehr gemeinsame Plattformen, damit die Schnittmengen deutlicher werden.

Margret Osterfeld:
Das geht mir ähnlich. Darum gefallen mir Netzwerke gut, wie sie z.B. ein Franz-Josef Wagner vom Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz mit den Guttemplern knüpft. Auch finde ich es positiv, wenn eine Wiebke Schubert vom Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker gemeinsam mit Wiebke Schneider, eine Suchtkrankenvertreterin, einen Fachaufsatz verfasst. Beim Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in NRW missfallen mir hingegen die ausgeprägten Abgrenzungstendenzen.

Matthias Seibt:
Für mich bleibt eine Rollenabgrenzung nach wie vor bedeutsam, weil die Rolle im System ganz wesentlich darüber entscheidet, wie frei oder unfrei ich mich bewegen darf. Natürlich sind die Erfahrungen der Betroffenen ganz unterschiedlich. Die einen haben den Psychiatrieaufenthalt als hilfreich erlebt, die anderen als Vernichtungsmaßnahme.

„Für mich bleibt eine Rollenabgrenzung nach wie vor bedeutsam.“

Damit möchte ich zur letzten Frage überleiten: die Frage nach der Streitkultur. Wie viel Polemisierung und Stigmatisierung ist erlaubt? Welche Grenzen gilt es im Umgang miteinander – bei allem inhaltlichen Dissens – zu wahren?

Matthias Seibt:
Ja, worauf muss man achten? Darauf, dass man was erreicht! Wie man das erreicht, ist völlig belanglos. Entweder ich erkämpfe es mir oder ich kriege es nicht!

Margret Osterfeld:
Ich sehe das anders. Im letzten Jahrzehnt gab es eine Tagung, da saß ich mit Herrn Seibt und zwei weiteren Diskutanten auf dem Podium. Er beginnt sein Statement mit den Worten: „Psychiater sind alle Verbrecher.“ Was bleibt mir da noch anderes als Replik übrig, als: „Ich wurde gerade als Verbrecher tituliert. Damit fehlt mir jede gemeinsame Diskussionsgrundlage.“ Gemeinsame Ziele lassen sich so nur schwer finden.

Matthias Seibt:
Damals war einer unserer politischen Slogans: „Psychiater – staatlich geschützte Verbrecher“. Der Hintergrund war, dass die Lebenserwartung von psychiatrischen Dauerpatienten drastisch verkürzt ist. Damals – das war Mitte der 90er-Jahre – hatte ich im statistischen Jahrbuch 3.000 Todesfälle auf psychiatrischen Stationen recherchiert. Da bitte ich es mir nachzusehen, wenn an einigen Stellen mein Ton schärfer wird.

Jörg Holke:
Es ist nicht so, dass sich unser Ministerium ob der Medikamentenvergabe in Krankenhäusern und Altenheimen nicht auch kritisch äußert. Im Koalitionsvertrag ist die Reduzierung des Einsatzes von Neuroleptika als Zielsetzung aufgeführt. Es ist jedoch zu vereinfachend, wenn man hingeht und einen vorzeitigen Tod – gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung - mit der verabreichten Dauermedikation in einen kausal-eindeutigen Zusammenhang bringt. Ich gebe offen zu, auch meine Toleranz hat gewisse Grenzen. Wenn ich solche drastischen Betitelungen höre wie „Verbrecher“ oder sogar „Mörder“, bewirkt das bei mir eher das Gegenteil von mehr Aufmerksamkeit. Das erzeugt zunächst einmal Abwehr und Dichtmachen. Dabei wünsche ich mir eine Kultur des Zuhörens und des freien Redens. Darum bemühe ich mich immer nachzufragen: „Wie kommen Sie darauf?“ Mir würde es helfen, wenn mehr inhaltliche Begründungen und weniger provozierende Slogans im Vordergrund ständen.

Kontakt

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LPE NRW e.V.)

Wittener Straße 87, 44789 Bochum; Telefon: 0234 / 6405102

Vorstand@psychiatrie-erfahrene-nrw.de; www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de

Von der neuen Hoffnung zum Genesungszwang?

Recovery in Selbsthilfe und Peer Support

Von Ute Maria Krämer

Zum Schreiben dieses Beitrags habe ich mehrere Anläufe unternommen, der politische Druck ist dabei Herausforderung wie Schrecken. Grundtenor ist meine Besorgnis über aktuelle Ausformungen von Recovery als Selbstmanagement von Symptomen und Coaching zur Lebenszielplanung mit entsprechenden Peer Rollen in der psychiatrischen Versorgung im Kontext neoliberaler Sparpolitik.

In einer unabgeschlossenen Reflektion zwischen Konzeptentwicklung und Suche nach breiteren und tieferen Zeugnissen befragte ich die mehr als 50-jährige Geschichte der Betroffenenbewegung in den USA und Großbritannien. Mein Beitrag möchte anregen zu sozialkritischer und kreativer Diskussion und Aktion, sowie zur Bereicherung des WIR-Wissens Psychiatrieerfahrener (Boevink 2012, Jahnke 2012).

Ich betrachte in der peer-reviewten Literatur zu Recovery weitgehend ignorierte Entwicklungsleistungen von gemeinschaftlichen Subkulturen und Emanzipation in Initiativen von Psychiatrieerfahrenen. Diese können dienlich sein, einer hoffentlich in Deutschland noch nicht vollzogenen Instrumentalisierung von Recovery als pragmatischem Symptom- und Selbst-Management mit psychisch labilen Menschen entgegenzuwirken. Der Rückbezug auf Selbsthilfe/Peer Support in solidarischen, ganzheitlichen, kreativen und politischen Projekten organisierter Psychiatrieerfahrener weltweit ermöglicht hingegen sozial positionierte Praktiken und Prinzipien kollektiver Solidarität und Emanzipation, die sozialstaatliche Unterstützungsrechte für diese marginalisierte Gruppe einbeziehen, als alternative Leitwerte zu Recovery zu diskutieren.

Recovery als neue Leitlinie für Psychiatrie und Rehabilitation wurde zu Beginn des 2000-Millenium in den USA von Forschern wie Anthony und Farkas, teils unter Mitarbeit der Betroffenenaktivistin Chamberlin, formuliert. Zeitglich charakterisierten die Pioniere des ‚Intentional Peer Support' sowie ‚Wellness Recovery Action Planning' (Mead & Copeland, 2000) Recovery aus Betroffenensicht. In Großbritannien adaptierten Perkins und Repper (2003, 2013) Konzepte für Recovery und Peer Arbeit aus den USA.

Als prominentes Beispiel möchte ich Judi Chamberlins Beitrag zum ersten WHO Welttag für Seelische Gesundheit in 2001 nennen, der Recovery in den Fokus der internationalen Psychiatrie stellte (Anthony, 2001). Judi berichtete darin, sie habe mit der Hoffnung auf Expertenhilfe die Psychiatrie aufgesucht. Hingegen fand sie, dass, zusätzlich zu all den Lebensproblemen, welche sie zu diesem Punkt gebracht hatten, sie auch noch gegen den Stempel der chronischen Schizophrenie und das psychiatrische System zu kämpfen hatte. Sie engagierte sich in der Selbsthilfe und politischen Betroffenenbewegung. Dort fand sie die Bereitschaft zuzuhören, und ihre Erlebnisse anzunehmen, ohne ihre Gefühle und Gedanken als Symptome zu etikettieren. Judi beleuchtete weiter, dass viele sich nicht wohlfühlten mit dem Begriff der Recovery, weil sie nicht fanden, dass sie überhaupt eine psychiatrische Krankheit hatten.

Für die Psychiatrieerfahrenen-Bewegung erinnerte Chamberlin daran, dass diese, inspiriert von den Emanzipationskämpfen Schwarzer, Ureinwohner, Feministinnen oder Homosexueller, sich auch als Bürgerrechtsbewegung verstehe. Es gehe immer um mehr als allein eine Verbesserung psychiatrischer Versorgung: um volle Rechte der Psychiatrieerfahrenen, und darum, für die eigenen Erfahrungen uneingeschränktes Sprachrecht zu erhalten. Für viele Psychiatrieerfahrenen-Projekte weltweit ist Chamberlins Buch über Patientenkontrollierte Alternativen zur Psychiatrie (1978) noch heute ein Wegweiser. Sie beschreibt von ‚Ex-Patienten' gebildete basisdemokratische Organisationen mit kollektiven Problemlösungs- und Entscheidungsformen als Antwort auf die kritische Analyse der unterdrückenden Machthierarchien in der Psychiatrie. Diese Grundlagenarbeit inspiriert weiterhin Netzwerke in Neuseeland und Australien (O'Hagan 2014) und Betroffenenkontrollierte Krisenhäuser in den USA (Jacobs 2014).

Auch Mind Freedom (USA) oder Mad Pride (UK) formulierten eine radikale Umwertung extremer geistiger, emotionaler, sozialer, spiritueller Erlebensweisen in kollektiver Aktion als Emanzipationsbewegung. Dies spiegelt der von Mind Freedom oder dem Ikarus Projekt gesuchte Bezug auf Martin Luther Kings Rede (1967) vor der US-amerikanischen psychologischen Vereinigung, in der King eine kreative Unangepasstheit der Unterdrückten und Marginalisierten, der Schwarzen und Armen mit den Unrechtsverhältnissen der Normalität proklamierte. Die von Jean Campbell als erster US-Betroffenenforscherin mit Psychiatrieerfahrenen 1987 durchgeführte ‚Well-Being' Umfrage-Studie dokumentierte, wie in eigenständigen Projekten oftmals Psychiatrieerfahrene ihre ‚Verrücktheit' kreativ und parodierend, politisch widerständig interpretierten, indem sie diese schriftstellerisch, schauspielerisch,

Ute Maria Krämer
Kulturanthropologin MA, Mitglied VPE Bielefeld, Mitwirkende INTAR Netzwerk, EX-IN Absolventin, Msc Studentin in psychiatrischer Versorgungsforschung.

bildnerisch oder protestierend in die Auseinandersetzung mit Unrechtsverhältnissen einbringen.

Eine grundlegende Studie zur Exploration der Entwicklungen in der englischen Betroffenenbewegung (Wallcraft 2003) zeigte, dass Selbsthilfe/Peer Support 79 %, Beteiligung in der psychiatrischen Versorgung, Forschung, Ausbildung und Gesundheitspolitik 72% der Aktivitäten ausmachten, gefolgt von internem/externem Training mit 69%, Kreativangeboten mit 41%, Kampagnenarbeit sowie Fürsprache/Rechte-Beratung von Patienten mit je 38%. Über viele Zitate aus Interviews und Fokusgruppen ergab sich ein Bild der kontroversen Meinungen unter Psychiatrieerfahrenen. Übergreifend erfuhr der medizinische Krankheitsbegriff deutliche Ablehnung, oder wurde die ‚Behandlung' in der Psychiatrie als schädigend geschildert. Die damals anstehende Erweiterung der Zwangseinweisungen wie auch die routinemäßige Übermedikation wurden scharf kritisiert. Hingegen fanden diese und weitere nutzerkontrollierte Studien (Faulkner 2000), dass aus der Selbsthilfe Innovationen wie Selbstmanagement und selbstbestimmte Alltagsgestaltung hervorgingen. Die Forderung nach Recovery und Inklusion, wie nach Peer-to-Peer Diensten, gewann auch in der englischen Betroffenenbewegung Priorität.

Übergreifend erfuhr der medizinische Krankheitsbegriff deutliche Ablehnung.

Eine zeitnahe Betroffenenkontrollierte Sondierungsstudie (Faulkner 2013) fand große Vielfalt von Ausprägungen des Peer Support in England: von radikaler Selbstorganisation und Ebenbürtigkeit mit fließender Rollenübernahme hin zu Recovery-fokussiertem Mentoring in der Verantwortung eines Erfahrungsexperten als Rollenmodel fortgeschrittener Genesung. Unabhängige Betroffenengruppen befürchten, dass ihre Ausprägungen von Selbsthilfe/Peer Support in Zukunft nicht mehr gefördert werden, sondern von wenigen ‚Evidenz-basierten' Recovery-Aktivierungs-Modellen in Passung mit klinischer Versorgung verdrängt werden. Dies betrifft besonders ethnische Minderheitsgruppen, in denen oft großes Stigma gegen psychiatrische Krankheit vorherrscht, und in denen Selbsthilfe und Gemeinschaftsentwicklung, als Stärkung gegen Rassismus und Diskriminierung, jedoch kein Genesungsfokus gepflegt werden.

Nutzerforscherinnen Rose (2014) und Wallcraft (2014) diskutieren Ausprägungen der neuen ‚Normalisierungs-Recovery' mit ihrer Lieblingszielgröße ‚Anstellung' kritisch (s.a. Deegan 1998). Beide sehen die politische Macht von Sparpolitik und Abwälzung sozialer Aufgaben vom demokratischen Sozialstaat auf die ‚Bürgergesellschaft', wobei Rose betont, dass entsprechend Peer Arbeiter schlecht bezahlt werden oder ‚freiwillig' für nichts arbeiten. Wallcraft resümiert aus ihrer langjährigen Forschungserfahrung, dass anstelle einer Betroffenenagenda nun Gesundheitsversorger das Recovery-Programm bestimmen. Die psychiatrieerfahrene Soziologin McWade präsentierte auf der Mad Studies Konferenz 2015 in Durham eine Kritik an der neoliberalen Recovery, welche durch die gewaltige strukturelle Übermacht der sie vorantreibenden politischen und akademischen Lager die frühere Vielfalt an Recovery-Ansätzen zu überrollen droht (s.a. Faulkner 2012). Für oft verarmte, labile Menschen, die aktuell in Angst vor Entzug von Unterstützungsleistungen im Rahmen aggressiver Sparpolitik leben, kann Genesungsdruck wie Zwang wirken. Auswirkungen sozialer Marginalisierung werden als ‚schwaches Selbstmanagement' ideologisiert, dem durch Selbstmanagement-Recovery-Kurse ‚eigenverantwortlich' beizukommen ist.

Als ein Beispiel für sozial kritische wie kreative Wissensproduktion möchte ich nicht zuletzt die im Ikarus Netzwerk von Psychiatrieerfahrenen verfassten Materialien nennen. Neu erschienen ist 2015 ‚Verrücktheit und Unterdrückung. Wege zu persönlicher Veränderung und kollektiver Befreiung'. Es sind ‚Verrückte Landkarten' zur Erkundung von sozialer Ungleichheit, Diskriminierung und den psychischen Reaktionen auf soziale Gewalt. Lernend aus social movements, zeigen sie Wege, Verbesserungen durch soziale, aufdeckende, kreative Aktion zu entwickeln. ‚Verrückte Landkarten' führen über das Coping in Anpassung hinaus, sie „helfen, unsere Verrücktheiten besser zu erkunden... und die Grenzen unserer individuellen und kollektiven Möglichkeiten neu auszuloten".

Die Einbeziehung der vielfältigen Geschichte der Betroffenenbewegung in Ausbildungen zum Peer Support, wie ein Netzwerken zwischen Peer Arbeitern im Versorgungssystem und Betroffenenkontrollierten Verbänden, empfehlen iNAPS, die internationale Vereinigung von Peer Arbeitern, wie auch Handbücher zur Peer Arbeit (Daniels 2009, Legere 2014).

Zunehmend sozial situierte und reflektierte Ausgestaltungen des Betroffenenwissens (Mead 2001, Beresford 2010, Dillon 2011, Blanch 2012) drängen nahezu darauf, das WIR Wissen von Psychiatrieerfahrenen aus den viel zu engen Kinderschuhen des ‚Erfahrungswissens' freizusetzen, in das es ein professioneller Diskurs hineingezwängt hatte. Die unzähligen Beispiele verschiedenster, sozial vorstrukturierter Macht-/Ohnmachtserfahrungen mit ihren erschütternden Verstörungsfolgen für die sozial Untertanen bezeugen, dass aus der ‚Unterlegenenperspektive' durchaus sozial kritisches als emanzipatorisches Wissen unter den Betroffenen vorhanden ist (Cammarota 2008, Lefrancois 2013).

Solche Erkenntnisse aus der Selbsthilfe ethnischer Minderheiten in rassistischer Sozial- und Seelennot, aus eigenständigem Peer Support traumatisierter Frauen, aus subkulturell diversen Ansätzen im ‚survivor/consumer/user movement', wie auch aus der Betroffenenforschung (Staddon 2013, Russo 2015) bilden ein breit gespanntes Fundament für eine weitere Ausgestaltung des WIR Wissens von Übermächtigungs- und Psychiatrieerfahrenen.

„Wir machen das jetzt!“

Ein Hintergrundgespräch zum Peer Counseling Modell- und Forschungsprojekt des LVR

Moderation: Bettina Jahnke

Das Peer Counseling – also die Beratung von Betroffenen für Betroffenen – steht gegenwärtig hoch im Kurs. Politischen Rückenwind gibt es durch die UN Behindertenrechtskonvention. Was aber sind die Voraussetzungen für ein gutes Beratungssetting? Dies will der Landschaftsverband Rheinland in einem dreijährigen Modellprojekt heraus kristallisieren. Insgesamt zehn Anlauf- und Beratungsstellen beteiligen sich an dem Projekt, die Peer Counselor mit ganz unterschiedlichen Handicaps schulen lassen und in ihrer Einrichtung beschäftigen. Die wissenschaftliche Evaluation des Forschungsprojektes liegt zusammen bei Prognos und der Universität Kassel.

Bettina Jahnke:
Vielleicht gehen wir noch einmal zurück zu den Anfängen. Das Zentrum Selbstbestimmt Leben ist im Projekt gleich in einer Doppelrolle vertreten: Einerseits hast Du, Barbara, mit Ellen Romberg-Hoffmann zusammen die Ausbildungsmodule konzipiert. Andererseits seid Ihr einer der zehn geförderten Träger, die ihr Peer Counseling-Angebot beforschen lassen. Woher kam Eure Motivation zur Bewerbung? - Immerhin ist das ZSL doch längst etabliert...

Barbara Combrink-Souhjoud:
...wenigstens gehöre ich im ZSL Köln quasi schon zum Inventar, denn ich arbeite dort seit 1994. Ich habe auch die erste Schulung zum Peer Counseling vom Bifos-Institut mitgemacht. Wir vom ZSL haben es als Wertschätzung unserer Arbeit gesehen, dass der LVR das Peer Counseling fördert. Wir betrachten es als große Chance, dass diese Beratungsmethode nun endlich offiziell anerkannt und etabliert wird.

Tanja Bauer:
Wir im Bürger'z haben bei der Ausschreibung sofort gedacht: Wer, wenn nicht wir? Bei uns gibt es vor Ort einfach viele Erfahrungsexperten, und es sind auch alle Behinderungsarten – abgesehen von Autismus – vertreten. Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung mache ich schon lange. Allerdings immer neben meiner „eigentlichen“ Arbeit im Integrationsbetrieb. Die „automatischen“ Effekte des Peer Counseling kann ich regelmäßig beobachten. Wenn z.B. Praktikanten im Betrieb sind, die von Menschen mit Behinderung hören, die es geschafft haben, in eine Ausbildung zu kommen. Oder auf den ersten Arbeitsmarkt. Oder auf einen Außenarbeitsplatz. Die fassen plötzlich Mut, selber auch ihren Weg zu gehen. Ich finde es gut, wenn diese Form der Beratung bei uns nicht länger nur in den Raucherpausen stattfindet.

Bettina Jahnke:
Da haben wir mit dem Bürger`z und dem ZSL sozusagen zwei alte Hasen in Sachen Peer Counseling. Das kann ich von der PHG Viersen nicht behaupten. Wir haben für das Projekt eigens ein neues Angebot kreiert mit Einzelberatungen, Sprechstunden vor Ort und in der Klinik, sowie Gruppenangeboten vor Ort und in der Tagesklinik.

Herr Pfeiffer, Peer Counselor und Journalisten haben eines gemeinsam: Sie arbeiten in nicht geschützten Berufsfeldern, d.h. jeder, der sich berufen fühlt, darf sich entsprechend etikettieren. Wie messe ich die Qualität eines Beratungsangebotes?

Klaus Peter Pfeiffer:
Das ist die Frage, auf die wir mit diesem Modell- und Forschungsprojekt Antworten finden wollen. Es handelt sich um ein sehr heterogenes und komplexes Projekt, für das es bislang keine geeigneten Referenzen gibt. Unsere Begleitforschung konzentriert sich daher auf vier wesentliche Wirkfaktoren, die über eine erfolgreiche Beratung entscheiden und an die man ein erfolgreiches Peer Counseling knüpfen kann. Dabei handelt es sich zunächst um konzeptionelle Faktoren: Arbeiten Peer Berater allein oder in einem Team mit möglicher Krankheitsvertretung? Es gibt personelle Faktoren, wie die Frage, ob der Ratgeber kompetent ist. Oder wie gut er/sie die eigene Behinderung ins alltägliche Leben integrieren konnte. Weiter lassen sich räumliche Faktoren betrachten, wie: Ist die Beratungsstelle auch barrierefrei? Und nicht zuletzt spielt die Umwelt eine Rolle, im Sinne von einer guten Vernetzung auf lokaler, regionaler oder überregionaler Ebene. Das Ziel ist, diese verschiedenen Wirkfaktoren erst zu erproben und danach bekanntzumachen.

Bettina Jahnke:
Immer wieder – und zuletzt bei der LVR-Fachtagung, die projektbegleitend Ende 2015 in Köln stattgefunden hat – kristallisierte sich die Unabhängigkeit der Peer Beratung als ein Streitthema heraus. Es gibt Träger im Modellprojekt, bei denen die Peer Counselor mit Lernschwierigkeiten – auf eigenen Wunsch! – in einem Beratungstandem mit einer professionellen Fachkraft agieren. Das ruft einige Kritiker auf den Plan. Ebenso wie sich meine Einrichtung seitens des LPE-NRW – dessen Kölner Anlaufstelle ebenfalls gefördert wird – des Vorwurfs erwehren muss, als Sozialpsychiatrisches Zentrum keine unabhängige Peer Beratung sichern zu können. Schließlich würden dort auch BeWo-Leistungen vorgehalten.

Barbara Combrink-Souhjoud:
Wir vom ZSL sehen uns schon als unabhängig, weil wir ganz bewusst keine solchen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen anbieten. Wir haben zum Beispiel keinen Fahrtendienst oder Pflegedienst. Wir machen unsere Peer-Beratung ohne irgendwelche Hintergedanken. Damit bietet sich erst gar keine Gelegenheit, jemanden in den eigenen Pflegedienst oder die eigene Wohneinrichtung zu vermitteln.

Tanja Bauer:
Wir liegen da vielleicht irgendwo dazwischen. Wir sind ja nun kein großer Träger, der Dienstleistungen an andere verkaufen will. Aber wir sind als Integrationsbetrieb natürlich auch potenzieller Arbeitgeber. Ich weiß nicht, ob man vielleicht eine Abhängigkeit sehen könnte, wenn einer der Berater jetzt sagen würde: „Da ist jemand, den könnte ich mir wirklich gut als Kollegen vorstellen!“ Klar haben wir das übergeordnete Ziel, Ratsuchende zu ermutigen, den ersten Arbeitsmarkt zu probieren. Aber wir überreden auch keinen. Uns ist es sehr wichtig, unbefangen davon erzählen zu dürfen, was total schwierig ist vom Übergang aus Werkstatt zum ersten Arbeitsmarkt. Wir versuchen da offen und transparent Vor- und Nachteile abzuwägen.

Klaus Peter Pfeiffer:
Also, ich habe ein Problem damit, wenn man den Begriff der Unabhängigkeit so eng fasst. Wer von uns ist denn 100-prozentig unabhängig? Oder wer handelt immer und überall selbstbestimmt? Wer kann sich finanziell

Klaus Peter Pfeiffer
Promovierter Philosoph, mit einer zertifizierten Ausbildung als Trainer und Coach, vom LVR als Projektleiter eingesetzt. Er hat eine Sehbehinderung.

Barbara Combrink-Souhjoud
Diplompädagogin, Erfahrungsexpertin mit Körperbehinderung. Mitarbeiterin des Zentrum Selbstbestimmt Leben (ZSL) in Köln Leiterin der Peer-Ausbildungen im Projekt.

völlig frei bewegen? Sobald jemand Kosten übernimmt – und sei es der Staat oder die Krankenkasse – kann man die Frage aufwerfen: Ist die Leistung dann noch unabhängig? Die Frage ist in unserem Fall doch, wie weit Geldgeber den Peer Counselorn hinein reden.

Barbara Combrink-Souhjoud:
Die Frage ist für mich noch eine ganz andere, nämlich, wie groß ist bei den Peer Counselorn die Schere im Kopf. Wie viel schlagen sie dem Ratsuchenden vor? Geben sie die ganze Palette und schaffen damit echte Wahlfreiheit? Oder sagen sie: Bei uns im Haus gibt es dies und jenes. Und das war´s dann! Oder aber erklären sie differenziert: Schau mal, von Anbieter X gibt es dieses Angebot und von Anbieter Y jenes.

Klaus Peter Pfeiffer:
Da stimme ich zu. Aber Sie müssen sich als Peer Counselor auch klar darüber sein, dass Sie auch immer die eigenen Werte und Vorstellungen in die Beratung mit einfließen lassen. Es findet also immer eine gewisse Form von Beeinflussung statt. Manchmal „manipulieren“ Sie nonverbal und unbewusst. Manchmal können Sie es offen legen. Die Verantwortung der Beeinflussung trägt ein Peer Counselor immer, bewusst oder auch unbewusst. Darum ist es auch wichtig, dass die Peer Counselor sich und ihr Tun permanent reflektieren.

Mir geht es außerdem darum, dass ich den Menschen, der mir da in der Beratung gegenüber sitzt mit seinem Anliegen möglichst unvoreingenommen annehmen kann. Wenn er ins Heim will, oder wenn er sich scheiden lassen will, und ich es nicht in Ordnung finde, muss ich offen eingestehen: „Damit kann ich jetzt nicht umgehen. Das widerspricht meiner Wertehaltung. Gehen Sie besser zu jemandem anderen in die Beratung!“ Mir ist wichtig, dass die Parteilichkeit im Peer Counseling unbedingt gewahrt bleibt. Das ist heute auch in anderen Beratungssituationen Standard.

Barbara Combrink-Souhjoud:
Da muss ich Ihnen noch einmal ein bisschen Widerworte geben. Viele Menschen mit Behinderung – auch ich habe das in meiner eigenen Kindheit und Jugend erlebt – geraten an Ratgeber, die meinen, genau zu wissen, was gut für den Ratsuchenden ist. Mir wurde häufig gar nicht richtig zugehört. Da gab es Mitarbeiter vom Arbeitsamt, die mich in meiner Berufswahl beraten sollten. Ich sagte: „Ich will in den sozialen Bereich!“ Als Antwort kam: „Ne, bei ihnen geht nur Büro. Fertig.“ Ich war später dann bei einer Berufsfindung in Heidelberg. Sechs Wochen sollte ich dort bleiben. Nach vier Tagen bin ich abgereist, weil die partout nicht das wollten, was ich wollte. Dieselbe Schublade. Die haben also alles versucht, um mir meine eigenen Pläne auszureden. Von daher finde ich schon, dass nicht immer selbstverständlich parteilich beraten wird...

Tanja Bauer:
Interessant! In Heidelberg war ich auch. Das ist tatsächlich so. Der Rollstuhl wurde auch bei mir automatisch mit „Büro“ gleichgesetzt.

Klaus Peter Pfeiffer:
Diesen Typ Mitmensch kenne ich natürlich auch. Der sieht nur: Da ist ein Mensch „behindert“; also ist der schwach; also kann über ihn bestimmt werden. Darauf wollte ich aber nicht hinaus. Vielleicht ist Beratung auch nicht das richtige Wort. Beratung suggeriert immer auch einen Wissensvorsprung. Der Steuerberater weiß mehr über Steuern als ich. Der Rechtsanwalt weiß mehr über die Gesetze als ich. Ich zielte eher auf die Situation im Coaching ab. Dort sind Augenhöhe und Parteilichkeit doch längst Standard. Aber es mag sein, dass es im Umgang mit Behinderten mal wieder

länger braucht, bis eine theoretische Selbstverständlichkeit zur alltäglichen Gewissheit wird.

Bettina Jahnke:
Gerade sprachen Sie, Herr Pfeiffer, die notwendige Bereitschaft der Peer Counselor an, ihre Arbeit und ihre Haltung fortwährend kritisch zu hinterfragen. Ich habe als Genesungsbegleiterin da schon Einiges in meiner EX-IN Ausbildung an Vorarbeit in Sachen Selbstreflexion geleistet. Dennoch lernte ich bei den sechs Schulungsblöcken des ZSL noch viel Neues und Notwendiges hinzu. Dazu zählen z. B. die an Carl Rogers angelehnten Gesprächsführungstechniken, die wir in Rollenspielen immer und immer wieder eingeübt haben. Ganz abgesehen von der Erfahrung, mit den Vertretern verschiedener Behinderungsarten zusammen lernen zu dürfen.

Mir ist die erste Gruppenarbeit im ersten Modul noch sehr präsent. Ich saß mit Teilnehmern zusammen, die eine Sehbehinderung hatten und Lernschwierigkeiten. Die Aufgabe lautete: „Was waren in der Vergangenheit Situationen, in denen ich mich ausgegrenzt fühlte?“ Ein Teilnehmer erzählte, dass ihm ein Mitbewohner im Heim keinen Kaffee kochen wollte. Da habe er sich ausgegrenzt gefühlt. Ein anderer Teilnehmer reihte sich sinngemäß mit den Worten ein: „Im Zug haben es bei einem Ausflug Kollegen abgelehnt, mit mir im selben Abteil zu sitzen.“ Und ich warf ein: „Leute, jetzt muss ich aus Sicht eines Menschen mit psychischer Behinderung kurz einschreiten. Für mich gibt es einen grundlegenden Unterschied zwischen Abgrenzung und Ausgrenzung. Und für mich sind das zwei Beispiele für erlaubte und gesunderhaltende Abgrenzung. Als Freund oder Bekannter bin ich nicht der Assistent!“ Und wie habt Ihr beide, Tanja und Barbara, diesen gemeinsamen Lern- und Erfahrungsraum erlebt?

Tanja Bauer:
Also, ich fand gerade dieses Zusammentreffen von Kollegen mit kognitiven Einschränkungen und solchen mit psychischen Einschränkungen ganz spannend, weil das für mich noch mal zwei voneinander getrennte Welten sind. Ich erinnere mich gut an Deinen Kollegen Thomas, dem es mitunter schwer fiel, die Dinge auf den Punkt zu bringen. „Der Mann mit den vielen

Tanja Bauer
Sozialpädagogin. Sie arbeitet im Integrationsbetrieb Bürger'z Deutz in Köln. Beraterin, Koordinatorin eines Peer Counseling-Teams. Sie hat eine Körperbehinderung.

Worten“ – sagte einer meiner Kollegen über ihn. Aber meine Kollegen erkannten auch das große Bemühen von Thomas, alles auf eine leichte Sprache herunter zu brechen. Die fanden das total toll und dies brachte dem besagten Kollegen viel Anerkennung ein. Ich fand das ganz faszinierend, diesen Prozess zu beobachten. Und ich glaube, Dein Kollege hat auch viel von meinen Kollegen profitiert, weil er von ihnen eine andere Sichtweise gespiegelt bekam. Meine Kollegen sind darüber hinaus im Ausdruck meist recht klar und prägnant. Sie bringen Dinge auf den Punkt, wo andere Leute sehr kompliziert um fünf Ecken denken.

Ich erinnere mich auch noch, wie am Anfang einer der Psychiatrie-Erfahrenen sich über einen Schulungsteilnehmer mokierte: „Wieso ist der jetzt da? Der ist doch gar nicht imstande, irgendwann als Peer Counselor zu arbeiten.“ Das fand ich etwas schwierig, von wegen: „Hat der jetzt eine Berechtigung dabei zu sein und der andere nicht?“ Aber das ist im weiteren Verlauf der Schulung völlig verloren gegangen. Inzwischen gehören wir – nach nur sechs Modulen! – wie selbstverständlich zusammen. Da hat sich Grundlegendes geändert in der Haltung von „Na ja, ich guck mir das mal an“ hin zu einem „Wir machen das jetzt!“

Barbara Combrink-Souhjoud:
Also für mich war oder ist das ebenfalls immer noch das größte Aha-Erlebnis festzustellen, wie gut diese bunte Mischung aufgegangen ist. Die Schulung war für uns im ZSL ein Experiment. Zuerst haben wir überlegt: Machen wir jetzt ein Angebot extra für Menschen mit Lernschwierigkeiten? Machen wir ein anderes Angebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen? Bieten wir jeweils etwas für Menschen mit und ohne Vorerfahrung im Peer Counseling an? Dann haben wir uns gedacht: Nee, wir mischen das jetzt einfach zusammen. Davon kann jeder profitieren. Jeder kann etwas vom anderen lernen. Nachdem wir die sechs Module drei Mal durchgeführt haben, fühle ich mich in meinem Eindruck bestätigt: Das Konzept ist aufgegangen!

Klaus Peter Pfeiffer:
Einen Tag lang durfte ich die Schulung als Gast unmittelbar miterleben und davon zehre ich heute noch. Die gemeinsame, behinderungsformübergreifende Schulung war ein Experiment. Lerninhalte mussten auf eine Leichte Sprache herunter gebrochen werden. Aber wenn man auf der einen Seite die Gefahr der Überforderung bannt, entsteht auf der anderen Seite schnell die Gefahr der Unterforderung. Aber beim Feedback hatte ich das Gefühl: Es läuft gut. Es bricht wirklich etwas auf, was es zuvor noch nicht gab! Menschen mit verschiedenen Behinderungsformen bilden eine Gemeinschaft. Das würde ich gern häufiger sehen. Denn viele unserer Grundthemen sind doch ganz ähnlich: Ausgeschlossensein, Ausgrenzung, Abgrenzung. Die Erfahrung behindert zu sein, stigmatisiert uns einerseits. Auf der anderen Seite verbindet sie uns miteinander. Mein Wunsch wäre, dass diese Bündnisse stärker werden. Dann werden auch wir stärker.

Bettina Jahnke
Peer-Counselerin und Koordinatorin im Projekt. Tätig bei der Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft in Viersen, wo es ein dreiköpfiges Peer Counseling-Team gibt.

Recovery im Maßregelvollzug

Genesungsbegleiterin Sabine Joel macht in der Forensik Schule

Aufgezeichnet von Bettina Jahnke

Ihre gelegentlichen Abstecher in die forensische Psychiatrie hat Sabine Joel streng genommen Holger Kemmer zu verdanken. Der Diplom-Psychologe [redacted], der heute für die LVR-Akademie in Solingen arbeitet, kennt sie aus früheren Arbeitszusammenhängen aus dem BTZ in Köln. Im Beruflichen Trainingszentrum leitete er den Psychologischen Dienst, als Sabine Joel 2009 dort eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation absolvierte. Beide blieben danach sporadisch in Kontakt. Für Kemmer war Joels Werdegang als EX-INlerin ab 2010 damals noch etwas ganz Innovatives.

Innovativ schien ihm auch die Idee, die er an der LVR-Akadamie in Solingen 2014 ausbrütete. Auf Initiative von Stefan Rogge, der als Fachgesundheits- und Krankenpfleger in der Forensik arbeitet und Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit studiert, entstand der Plan für ein Experiment: Ein EX-IN basiertes und maßgeschneidertes Kursangebot für den Maßregelvollzug zum Thema Recovery – so etwas gab es bislang noch nicht! Kemmer und Rogge gingen auf Joel zu, die einer Zusammenarbeit sofort zustimmte.

Als Trainertandem Erfahrungsexperte (Joel) plus Profi (Rogge)- nach dem Vorbild der EX-IN Kursleitungen – haben die beiden inzwischen im Fachbereich Forensik der LVR-Klinik Köln Fuß gefasst. Ihr Recovery-Schulungsangebot wendet sich zunächst an die Mitarbeiter. Im ersten Schritt sollen ihnen Wege aus der Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit aufgezeigt werden. Denn eine große Anzahl der Untergebrachten nimmt die Behandlungs- und Therapieangebote nicht an. Mittel- und langfristig führt dies zu Druck, Frustration und Entmutigung – und zwar bei allen Beteiligten.

Was Sabine Joel zusammen mit Stefan Rogge bei den Teilnehmern ihres Recovery-Angebotes erreichen wollen, ist eine ressourcenorientierte Haltung - weg von einem klinischen hin zu einem individuellen Verständnis von Recovery - mit einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis, das auch unliebsame Krankheitsphänomene versucht ins Selbstbild des Patienten positiv zu integrieren, statt negativ zu bewerten und abzuspalten.

Station 3 machte den Auftakt. Im Juni 2015 startete als Pilot die interdisziplinär angelegte Schulung. Das bedeutet: Das gesamte Stationsteam nahm an der Weiterbildung teil – nicht, weil es dies musste, sondern weil dies von den Mitarbeitern ausdrücklich so gewünscht war. Sechs Schulungstage, je einer pro Monat, wurden bis Dezember auf der Basis des Manuals von „Recovery-praktisch“, durchgeführt, je drei davon auf der Station und im Aulhof, Forum für Gesundheit und Bildung, dem Arbeitsplatz von Sabine Joel.
Dabei wurden folgende Themenschwerpunkte gesetzt:
Modul 1: Recovery verstehen
Modul 2: Sich selbst einbringen
Modul 3: Selbststeuerung ermöglichen
Modul 4: Personenzentrierte Unterstützung anbieten
Modul 5: Verantwortung und Risikobereitschaft teilen
Modul 6: Am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Zum Abschluss des ersten Schulungsdurchganges holten die beiden Trainer sich ein erstes Feedback von den Forensik-Mitarbeitern der Station 3. Demnach schien das Konzept voll aufgegangen zu sein, denn der Einbezug sowohl des gesamten Teams als auch einer EX-IN Genesungsbegleiterin fand viel Lob und Anerkennung. Dadurch sei der Perspektivwechsel besser gelungen. Mit den Selbstreflexionsübungen und Diskussionen konnten viele wertvolle Denkanstöße vermittelt werden. Auf die Frage, was davon in der Praxis gut umsetzbar ist, antworteten die Teilnehmer:

Sabine Joel
Tätig im Malteser-Johanniter-Johanneshaus, Genesungsbegleiterin und EX-IN Trainerin in Siegburg. Erfahrungsexpertin für Depression.

- „alte Regeln regelmäßig auf Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit überprüfen und gegebenenfalls anpassen;
- sich immer wieder auf die Sicht der Patienten einlassen und diese einnehmen;
- dem Patienten die Eigenverantwortung, auch in einem „totalen System“ (Goffman), zurückgeben;
- mehr Mut zum Risiko als Voraussetzung für einen gelingenden Recoveryprozess;
- Einbezug der Geschichte (Biographie, Erklärungsansätze) der Patienten;
- Erlernen einer bestätigenden Gesprächsführung.

Mindestens genauso wichtig wie die positiven Rückmeldungen aus der Mitarbeiterschaft waren Joel und Rogge aber auch die Reaktionen der Patienten in der Forensik. Wie sie in Gesprächen in Erfahrung bringen konnten, nahmen diese ebenfalls ausdrücklich positive Veränderungen in der Haltung der Mitarbeiter wahr.

Für die Pflegedienstleitung ist all dies Grund genug die Schulungsreihe fortzusetzen bzw. auszuweiten. In 2016 werden Station 1 (Forensik 1) und Station 9 (Forensik 2) geschult. Vorerst zwar wieder „nur“ die Mitarbeiter. Aber wenn es nach dem Wunsch von Sabine Joel geht, sind auf absehbare Zeit die Patienten auf der Forensik an der Reihe. Ein wenig Zeit für weitere innovative Durchbrüche in Sachen Recovery in der Forensik bleibt noch: Das gesamte Praxisentwicklungsprojekt „Recovery“ innerhalb der forensischen Abteilung der LVR-Klinik Köln ist bis 2019 angelegt.

Ein Gespräch mit Sabine Joel

Aus unserem gemeinsamen EX-IN Kurs weiß ich, dass Du selbst, genau wie ich, zwischenzeitlich auf der „Geschützten“ Station der Psychiatrie behandelt wurdest. Nun bist Du in ein „Forensik-Projekt“ eingebunden. Wie fühlt sich das an, wenn überall auf dem Gelände hinter Dir Türen ins Schloss fallen?

Sabine Joel:
Ich kann mich noch sehr an meinen Aufenthalt auf der Geschlossenen erinnern. Ich kam abends auf Station und wurde in einem Vierbettzimmer untergebracht. Mein Bett stand genau in der Mitte. Es gab keine Privatsphäre. Als ich meine Sachen einschließen wollte, traute ich mich nicht, Licht anzumachen. An Schlaf war nicht zu denken. Schließlich bin ich raus ins Raucherzimmer gegangen. Dort ging es ein bisschen besser. Ein Mitpatient beruhigte mich und schenkte mir eine Mandarine. Am nächsten Tag konnte ich aber wieder keinen Bissen herunterbekommen. Meine Gedanken kreisten immer nur um die eine Frage: Wie kommst du hier bloß wieder raus?

Die Anlage in Porz kannte ich bereits, bevor das Projekt startete. Ich war dort einmal am Tag der Offenen Tür auf dem Gelände. Damals empfand ich die Mauer rund herum – mit nur einem Ein- und Ausgang – beklemmend. Ebenso wie die dicken schweren Türen und die Geräusche der elektronischen Türöffner und Piepser. Aber während meiner neuerlichen Aufenthalte habe ich mich nie unsicher oder bedroht gefühlt. Ich bin ja auch nie alleine auf dem Gelände unterwegs. Es war wohl einmal so, dass ich einmal auf einen Raum hingewiesen wurde, der mit Tresortür verriegelt war. Dort hinein zu gehen, konnte ich nicht über mich bringen.

Bislang schulst Du „nur“ Personal. Wie sieht es mit direkten Kontakten zu den forensischen Patienten aus?

Sabine Joel:
Auf Station 3 konnte ich im Verlauf der ersten Mitarbeiterschulung schon hier und da mit einigen Patienten reden. Sie machten auf mich keinen anderen Eindruck als die Klienten, mit denen ich im Alltag zusammenarbeite. Die Begegnungen in der Forensik verliefen bislang auch immer freundlich und offen. Etwas gewöhnungsbedürftig ist für mich noch, dass dort ausschließlich Männer untergebracht sind. Über deren Delikte weiß ich nichts im Detail. Aber natürlich ist mir bewusst, dass dort alles vertreten ist, vom Patienten, der im psychotischen Wahn jemanden verprügelt hat bis hin zum Mörder.

Was müsste passieren, damit Du sagst: „Hier will ich nicht länger arbeiten?“

Sabine Joel:
Wenn ich mich ernsthaft bedroht fühlte.
Werdet Ihr auch Recovery-Schulungen für die forensischen Patienten anbieten?

Sabine Joel:
Das ist unser erklärtes Ziel. Nach der nächsten Mitarbeiterschulung werden wir vom Zeitplan her besser absehen können, wann es soweit ist. Auch müssen Stefan Rogge und ich überlegen, wie wir das Angebot dazu konzeptionell umstricken. Ich denke, es böten sich hier mehr EX-IN Inhalte aus den Modulen Salutogenese, Empowerment und Recovery an.

Es gibt auch in EX-IN Kursen vereinzelt Teilnehmer, die früher in der Forensik untergebracht waren. Macht es Sinn, deren besonderes Erfahrungswissen bei Angeboten wie Deinem mit einzubeziehen?

Sabine Joel:
Das macht auf jeden Fall Sinn! Ich bin überzeugt, dass diese Genesungsbegleiter mit ihrem besonderen Insiderwissen noch einmal ganz anders auf Station wirksam werden können. Sie wissen aus eigener Erfahrung, was es bedeutet, den Weg aus dem Maßregelvollzug in die eigene Wohnung zu überwinden. Sie haben die einzelnen Lockerungsstufen selbst durchlaufen. Wer kennt sich im System Forensik wohl besser aus?

Die Fragen stellte Bettina Jahnke.

Diagnose „depressive Störung“

Eine persönliche Krankheitsgeschichte

Hermann Mecklenburg
Dr., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er beschreibt die Geschichte seiner Erkrankung in Form eines Arztbriefs.

Dr. med. U. Kurtkowsky,
Arzt für Psychiatrie

Frau Dr. H. G.,
Ärztin für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Frau G.,
ich berichte über Herrn Dr. Hermann M., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Geboren am 28.11.1939

Diagnosen:
1. Wiederkehrende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung, gegenwärtig remittiert.
2. Anhaltende affektive Störung auf der Basis einer zwanghaft-abhängigen Neurose, derzeit milde Restsymptomatik.

Therapie: 30 mg Citalopram morgens.

Angaben des Herrn M.

Eine erste gravierende psychische Krise habe er durchgemacht, nachdem seine Frau sich 1982 von ihm getrennt habe, berichtet Herr M. Er ist Chefarzt einer psychiatrischen Klinik und in zweiter Ehe verheiratet. Die krankheitswertige Symptomatik sei mit einer Latenz von

zwei Jahren aufgetreten, nachdem er berufsbedingt seinen Lebensmittelpunkt verlegt habe. Gleich nach der Trennung sei er durch Antriebsstörungen im Freizeitbereich beschwert gewesen. Dieses habe sich über lange Jahre nie verändert. Er sei aber immer voll leistungsfähig im Beruf geblieben. Die Krise im Jahre 1984 ging einher mit Schlafstörungen und körperlichen Symptomen wie nächtlichen Schweißausbrüchen sowie mit hypochondrischen Ängsten, die zu häufigen Arztbesuchen führten, die auch zu vertiefter Diagnostik wie Darmspiegelungen und neurologischen Elektrountersuchungen Anlass gaben. Weitere zwei Jahre habe er versucht, allein damit zurecht zu kommen, bis er schließlich in tieftrauriger Verzweiflung psychotherapeutische Hilfe gesucht habe. Eine über fünf Jahre durchgeführte Gestalttherapie in der Gruppe habe ihm große Erleichterung verschafft. Er sei emotional entspannter geworden und er habe Gefühle von Scham, Schuld und Minderwertigkeit besser hinterfragen und so auch besser bewältigen können. Eine grundsätzliche und nachhaltige Besserung sei jedoch nicht eingetreten. Dieses habe sich regelhaft wie folgt gezeigt: Er habe im Beruf und in seinen sonstigen sozialen Kontakten sehr gut funktioniert, habe das selbst positiv erlebt, habe sich bei sich gefühlt und habe auch positive Rückmeldungen erhalten. Sobald er jedoch aus diesen Kontakten heraus getreten sei, sei das seit der Trennung bestehende Gefühl von Anspannung, Unglücklichsein und Antriebsminderung schlagartig zurückgekehrt. Das sei ein Gefühl von generellem seelischem Unwohlsein gewesen, dem er nur durch Ablenkung habe entgehen können: Lesen, Fernsehen oder soziale Kontakte. Immer sei das einhergegangen mit körperlicher Anspannung im Solarplexus und unter dem Brustbein. Er habe häufig Rückenschmerzen gehabt, nie aber einen manifesten orthopädischen Befund.

Lähmungsgefühl und reduzierte Erlebnisfähigkeit

Im Jahre 1995 habe er zum ersten Mal während eines Aufenthaltes in Rom eine über das bisher Erlebte hinausgehende schwere Antriebsstörung erlebt, die nur wenige Stunden angehalten habe. Er habe sich an diesem Tag morgens von der Gruppe getrennt, habe mit einem zähen Lähmungsgefühl und reduzierter Erlebnisfähigkeit einige Stunden im Stadtzentrum verbracht, sei früh in die gemeinsame Wohnung zurückgekehrt, habe für die Gruppe zu kochen begonnen. Unter dieser konzentrierten Beschäftigung sei die Symptomatik allmählich abgeklungen und abends sei er wieder beschwerdefrei gewesen.

Wegen der Mühsal der weiter oben geschilderten anhaltenden Symptomatik beim Alleinsein habe er erneut eine Psychotherapie gesucht und habe eine verhaltenstherapeutisch-systemische Behandlung begonnen. Diese sei nützlich aber weiterhin nicht nachhaltig hilfreich in Bezug auf die chronische Symptomatik gewesen. Eine erneute Krise sei aufgetreten im Jahre 2001.

Dem vorhergegangen seien wiederkehrende kränkende Erlebnisse im Umgang mit der Geschäftsführung des Krankenhauses. Nach Beratung mit einem Freund habe er sich aus dem Leitungsgremium der Gesamtklinik zurückgezogen und habe die Bereitschaft zurückgenommen, die Position des Leitenden Arztes einzunehmen. Die akute Krise habe er auf die Weise überwinden können. Er sei in der Krise sehr dünnhäutig gewesen, sei in Weinen ausgebrochen, sobald er darüber gesprochen habe. Er sei von großem Zorn erfüllt gewesen gegenüber dem Geschäftsführer und habe das in gemeinsamen Sitzungen auch gezeigt, so dass schließlich von Seiten der Geschäftsführung die Kontakte bis auf das Notwendigste eingeschränkt worden seien. Wegen dieser erhöhten Verletzlichkeit und um gut bis über den Zeitpunkt der Berentung hinweg zu kommen, habe er erneut psychotherapeutische Hilfe beim gleichen Behandler gesucht.

Als Arzt die eigene hypochondrisch befürchtete Erkrankung mit strengem diagnostischem Blick angeschaut

Ausgelöst durch den 70. Geburtstag seiner Schwester im Januar 2008, habe sich allmählich manifest depressives Erleben mit ratloser Traurigkeit, vermehrtem Weinen und verstärkten Antriebsstörungen eingestellt. 2009 habe er eine dritte Behandlungsphase beim gleichen Therapeuten begonnen. Im Mai 2011 sei die Psychotherapie an einen guten Punkt angelangt. Es habe folgende Konstellation gegeben: Er habe die Beendigung der Behandlung mit dem Therapeuten besprochen. Er habe dabei über die Restsymptomatik seiner weiter bestehenden, aber inzwischen deutlich besser zu bewältigenden hypochondrischen Ängsten berichtet mit dem Vorsatz, in Zukunft nicht mehr verschiedene Ärzte aus spontanen Angstattacken heraus aufzusuchen, sondern sich jeweils mit der Hausärztin zu beraten, für wie sinnvoll sie diese vertiefte fachärztliche Diagnostik halte. Die Antwort des Therapeuten sei folgende gewesen: „Das ist eine Möglichkeit. Aber Sie müssen bedenken, dass Sie damit die hypochondrische Symptomatik regelmäßig triggern, und im Übrigen haben Sie ja einen Arzt zu Hause. Der kann doch selbst entscheiden, ob vertiefte Diagnostik sinnvoll ist oder nicht."

Diese Intervention sei insofern sehr nützlich und hilfreich gewesen, sagt Herr M., als von diesem Moment an hypochondrische Ängste nie mehr ein paniknahes Ausmaß erreicht hätten. Er habe tatsächlich selbst als Arzt die eigene hypochondrisch befürchtete Erkrankung mit strengem diagnostischem Blick angeschaut und sei seitdem regelhaft selbst zu der Erkenntnis gekommen, dass ein Arztbesuch nicht nötig sei. Er sei damals sehr froh gewesen, auch über die gelungene Deutung des Therapeuten. Allerdings: Eine Woche später sei er in eine tiefe Depression versunken, und fast gleichzeitig habe sich ein gravierendes Schmerzsyndrom des Rückens eingestellt. Es sei ihm sehr rasch klar gewesen, dass es sich bei dieser psychischen und somatoformen Symptomatik um einen Symptomwandel bei weiter bestehendem neurotischem Konflikt handelte.

Die Kernsymptome dieses erneuten depressiven Leidens seien die bereits von früher bekannten Antriebsstörungen gewesen, jetzt in schwererer Ausprägung mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Der zweite, subjektiv schlimmere Symptomkomplex sei eine Mischung von depressiver Somatisierung gewesen mit unerträglichen Körpermissempfindungen und Druckgefühlen unter dem Brustbein sowie einer ebenfalls kaum erträglichen psychischen Verfassung, die er nie von ihrer Qualität und ihren Inhalten her habe in Worte fassen

können. Einzig der Begriff ‚Qual' habe sein Erleben wiedergegeben. In psychiatrischer Distanz zu sich selbst habe er zum ersten Mal verstanden, was Menschen mit schweren Depressionen zu erklären versuchten, wenn sie über ihre unerträglichen und nicht benennbaren Gefühle erzählten. Weitere Symptome waren Konzentrations- und formale Denkstörungen in Form zäher Denkverlangsamung. Eine autochthone tiefe depressive Symptomatik war nicht gegeben, wohl aber rezidivierende Gefühle von Verzweiflung mit Weinen bei den häufig wiederkehrenden Anfällen der Leitsymptomatik, die dann ihrerseits Gefühle von verstärkter Lähmung und Initiativlosigkeit auslösten. Es blieb bestehen eine erhöhte somatoforme Anfälligkeit mit Rückenschmerzen.

„Nur der Begriff ‚Qual' gibt das Erleben wieder."

Im Rückblick auf den Krankheitsverlauf habe er vorherige Phasen von Antriebsstörung in neuem Licht gesehen. Die erste (nach der kurzen Episode in Rom) von April bis Mai 2008. Die Symptomatik sei von einer Minute zur anderen aufgetreten und fünf Wochen später genau so plötzlich zu Ende gegangen. Mit gleichem Verlauf habe es im Jahre 2008 und im Frühjahr 2010 zwei Phasen von vier bzw. zwölf Wochen mit plötzlichem Beginn und Ende gegeben. Damals sei er zu den jeweiligen Zeiten der Empfehlung des Therapeuten zur Fortsetzung der Psychotherapie gefolgt und seinen eigenen Widerständen gegen eine medikamentöse antidepressive Behandlung. Im Juni/Juli 2010 habe er den gesamten Verlauf dann neu beurteilt unter der Hypothese der alten ICD 9-Diagnose einer endogenen Depression mit folgenden Symptombestätigungen: Plötzlicher Beginn und plötzliches Ende der Krankheitsphasen, Somatisierung der Depression mit Druck unter dem Brustbein, und es bestätigte sich darüber hinaus ein zirkadianer Verlauf mit Stimmungsaufhellung am Abend.

So habe er sich im August 2011 entschieden, einen Psychiater aufzusuchen. Dieser habe die Behandlung begonnen mit 20 mg Citalopram morgens und 50 mg Opipramol abends. Die Opipramol-Medikation (ein spannungs- und angstlösendes Medikament, welches nicht zur Tranquilizergruppe gehört und weniger suchtgefährdend ist) führte bereits nach wenigen Tagen zu einer eindrucksvollen Besserung der Symptomseite aus Qual und innerer Anspannung. Es blieben bestehen die Somatisierung und die Antriebsstörungen. Diese erste Besserung führte aber bereits zu einer sehr großen Entlastung. Nach drei Wochen erfolgte eine Erhöhung der antidepressiven Medikation auf 30 mg Citalopram. Nach drei weiteren Monaten (im Januar 2012) war auch der verbliebene Teil der Symptomatik wesentlich gebessert.

Im weiteren Verlauf kam es wiederkehrend sowohl zu Antriebsminderung als auch zu Körperstörungen. Insbesondere Letztere, die immer wieder auch einen Anflug der ursprünglichen Qual mit sich brachten, erzeugten regelhaft große Angst vor einem Rückfall in die manifeste depressive Erkrankung, der dann aber nie eintrat. Diese Zustände wechselten mit Phasen subeuphorischer Befindlichkeit. Ein Wechsel in eine manifeste manische Phase ereignete sich nicht.

Es lief zu diesem Zeitpunkt weiterhin die psychotherapeutische Behandlung. Es bestanden vor allem wiederkehrende hypochondrische Ängsten, die in der Regel nach wenigen Tagen der inzwischen gut gelernten eigenen Bewältigungskräften wieder abklangen. Ein von den depressiven Ängsten unabhängige Basisangst, die sich begleitend zu den hypochondrischen Beschwerden jeweils verstärkte, blieb als leichte generalisierte Angststörung erhalten. Diese hatte den Patienten seit der partnerschaftlichen Trennung 1982 nie mehr verlassen. Sie führte wiederkehrend zu Kontaktstörungen und reduzierter Lebensfreude, nicht aber zu gravierender Einschränkung der Funktionsfähigkeit. Es wurde das Ende der Psychotherapie im Herbst 2012 erneut Thema. Dann ereignete sich folgender Traum, der im Folgenden in wörtlicher Rede des Patienten wiedergegeben werden soll:

„Ich stand als kleiner Junge mit meiner Mutter in einem Raum. Diese war halb abgewandt von mir. Sie schwieg und nahm auch auf andere Weise keinen Kontakt zu mir auf. Ich bekam ständig steigende Angst und fühlte mich völlig verloren. Da veränderte sich das Gesicht meiner Mutter im Traum allmählich in das meiner Frau Friederike. Und ich sagte mir im Traum mit aller Entschiedenheit und Klarheit: ‚Friederike würde sich nie so verhalten'. Plötzlich fühlte ich mich kraftvoll und erwachsen und wurde wach. Im weiteren Nachdenken stellte sich mit völlig klarer Evidenz nicht nur die intellektuelle Erkenntnis ein, sondern auch die existenzielle Gewissheit, dass ich mein Leben lang einer ‚falschen' Angst aufgesessen sei, nämlich der des kleinen Jungen vor seiner schweigenden Mutter, eine Angst, die in der Lebenswirklichkeit des erwachsenen Mannes keinerlei Berechtigung besaß." Seitdem, berichtet Herr M., sei sein Lebensgefühl das eines kraftvollen erwachsenen Mannes. Die latente Dauerangst sei weg.

Seit der „Heilung" der Depression mit Hilfe von Medikamenten und der psychotherapeutischen Heilung der neurotischen Erkrankung im Gefolge des Traumes sei er beschwerdefrei, schildert Herr M. seine derzeitige Situation. Es gebe zwar wiederkehrend Zeiten von Antriebsminderung und körperlicher Symptomatik vor allem mit Druck- und Anspannungsgefühlen unter dem Brustbein und im Epigastrium, die dann wieder Angst erzeugten. Durch Aktivierung seiner inneren Kraft könne er diese Anflüge depressiver Symptomatik jedoch sofort oder nach zwei oder drei Tagen wieder ablegen. Er halte sich seit seinem 73. Lebensjahr für psychisch gesund. Inzwischen sei er 76 Jahre alt. Die Medikation von 30 mg Citalopram habe er bis heute weitergeführt. Zwei Absetzversuche seien nicht gelungen. Er plane eine Umstellung auf Elontril (Bupropion) in der Hoffnung, dann von den citaloprambedingten sexuellen Funktionsstörungen befreit zu sein. Die Opipramolbehandlung hatte Anfang 2012 nach einem halben Jahr beendet werden können, die Psychotherapie Ende 2012.

Kraft aus Defiziten

Wie Menschen mit seelischen Erkrankungen zu Lebenslehrern für Schüler werden

Von Manuela Richter-Werling und Dennis Riehle

Kein Lebensalter bietet so viel Vitalität, Neugier und Begeisterungsfähigkeit wie die Jugend. Gleichzeitig ist kein Lebensalter so anfällig für Probleme, die die eigenen Lösungsmöglichkeiten übersteigen: Seelische Krisen, Süchte und selbstschädigendes Verhalten beginnen in keiner Lebensphase so häufig wie in der Jugendzeit. Die Folge: Entwicklungsaufgaben wie die eigene Identität finden, Verantwortung übernehmen, Schulabschluss und Berufsausbildung schaffen können nur schwer bewältigt werden, Lebensträume zerplatzen! Dazu kommt das Stigma seelischer Krankheit, was auch Jugendlichen Angst macht, sich Hilfe zu suchen: aus Angst, ein Schwächling zu sein, als verrückt abgestempelt zu werden, aus Angst vor Medikamenten und davor, in einer Klinik eingewiesen zu werden.

Der Verein Irrsinnig Menschlich schafft mit seinem Schulprogramm „Verrückt? Na und!“ einen vertrauensvollen Rahmen, in dem Jugendliche und junge Erwachsene sich des Themas „Seelisches Wohlbefinden“ bewusst werden. Wir vermitteln Zuversicht, Mut und Perspektiven für Lösungswege in seelischen Krisen. Das Setting ist einfach und authentisch: Ein Schultag für Schüler und ihre Lehrer ab Klasse 8 aufwärts ergänzt durch Materialen wie z.B. dem regionalen Krisen-Auswegweiser. Ein Team aus einem fachlichen Experten aus der psychosozialen Versorgung und einem persönlichen Experten, d.h. ein Mensch, der seelische Krisen gemeistert hat, laden klassenweise ein zum Austausch über große und kleine Fragen zur seelischen Gesundheit.

Aus dem einstigen „Graswurzel“-Projekt ist inzwischen ein Programm geworden, das regionale und überregionale Akteure miteinander vernetzt und Menschen ermutigt, sich für die Stärkung der seelischen Gesundheit von jungen Menschen einzusetzen. Über 60 regionale Gruppen in Deutschland und mehrere in Tschechien, der Slowakei und Österreich (Stand 2015) arbeiten bereits nach dem Konzept von „Verrückt? Na und!“ Im Netzwerk engagieren sich über 600 Lebenslehrer: persönliche Experten, die Erfahrung mit psychischen Krisen und Gesundung haben und Fachexperten aus der psychosozialen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die besondere Wirkung von „Verrückt? Na und!“ entsteht in der Kombination aus klassischem Ansatz von fachlichen Experten und einer besonderen Interaktion mit persönlichen Experten.

„Schon immer faszinierten mich Geschichten von Menschen, die trotz schwierigster Umstände ihr Leben gut meistern. Gleichzeitig fragte ich mich, wie es kommt, dass die einen das gut wegstecken, die anderen hingegen daran zerbrechen. Und wieso es möglich ist, dass nicht wenige Menschen sogar gestärkt aus Krisen hervorgehen?“, sagt Manuela Richter-Werling. Im Jahr 2000 gehörte sie zusammen mit dem Stigmaforscher Matthias C. Angermeyer zu den Initiatoren des Vereins Irrsinnig Menschlich. Ziel war es, über seelische Gesundheit, Krisen und Erkrankungen aufzuklären und Vorurteile gegenüber Menschen mit seelischen Erkrankungen zu verringern.

Das Stigma ist einer der schwerwiegendsten Gründe, der Menschen mit seelischen Problemen davon abhält, sich rechtzeitig Hilfe zu suchen, selbst wenn wirksame Behandlungsmöglichkeiten da sind. Weltweit überlegten Mediziner, Betroffene und Angehörige wie man Stigma, Vorurteile und Diskriminierung gegenüber Menschen mit seelischen Erkrankungen verringern kann. Manuela Richter-Werling wusste aus ihrer eigenen Familie, wie wichtig es ist, früh damit zu beginnen. Ihr Bruder war bereits in der Schulzeit von seelischer Krankheit betroffen. Die Folge: Hilf-und Sprachlosigkeit in der Familie, in der Schule, im Umfeld, jahrelanges Leid, zerstörte Lebenschancen.

Manuela Richter-Werling
Dr. phil. Gründerin, Geschäftsführerin des Vereins „Irrsinnig Menschlich“

Dennis Riehle
„Verrückt? Na und“, Regionalgruppe Kreis Konstanz; Selbsthilfeinitiative Zwangserkrankungen, Phobien, psychosomatische Störungen und Depressionen im Kreis Konstanz.

Lebenslehrer werden

Von Manuela Richter-Werling

Persönliche Experten und fachliche Experten werden vor ihrem Einsatz in den Schulen von unseren Trainerinnen drei Tage zusammen ausgebildet: zwei Tage „Trockentraining“ (Konzept, Methoden, Kommunikation, Interaktion, Teambildung) und einen Tag Hospitation bei einem „Verrückt? Na und!“ – Schultag vor Ort. Diesen Schultag gestaltet die Trainerin bereits gemeinsam mit persönlichen Experten aus der Ausbildungsgruppe.

Das gemeinsame Ziel: Schülern dienen

Ausgangspunkt für alle Teilnehmer der Ausbildung ist unser gemeinsames Ziel: Schülern mit unseren Lebenserfahrungen, Fähigkeiten und Wissen als Lebenslehrer im besten Sinne des Wortes zu dienen. Deshalb ist es zunächst nicht wichtig, in welcher Rolle sich die Einzelnen beim Schultag einbringen wollen. Bereits das verändert Haltungen und Kommunikation. Persönliche Experten und fachliche Experten sind gleichermaßen gefordert, verunsichert, und zuversichtlich, was ihren Einsatz in den Schulen betrifft. Die Fragen, die sie haben, sind ähnlich. Am ersten Ausbildungstag geht es ausschließlich um das seelische Wohlbefinden von Schülern. Was bewegt sie? Wir können wir gut in Kontakt mit den „unbekannten Wesen“ kommen? Wie sind die eigenen Erinnerungen an die Schulzeit? Wie können wir den Schultag spannend gestalten, damit sich jeder Schüler am Ende des Tages bereichert fühlt? All das wird so praktisch wie möglich gemeinsam diskutiert und trainiert. Fachexperten und persönliche Experten sitzen tatsächlich in einem gemeinsamen Boot. Würde man mich als Trainerin nach dem ersten Ausbildungstag fragen, wer denn persönlicher Experte oder Fachexperte ist (manchmal trifft beides zu), läge ich zum großen Teil falsch. Die gemeinsame Aufgabe, mit Schülern zu arbeiten, ist für beide eine große Motivation und Herausforderung. Das prägt das Denken, Fühlen und Verhalten der gesamten Gruppe.

Alle sind Anfänger

Am zweiten Tag der Ausbildung werden insbesondere die Rollen trainiert: Als Trainerin bitte ich alle aus der Gruppe, die sich als persönliche Experten am Schultagt einbringen wollen, mit ihren Stühlen in den Innenkreis zu rücken. Die Fachexperten sitzen im Außenkreis. Am Anfang frage ich jeden einzelnen nach seiner Motivation. Dazu stelle ich einige das Gespräch strukturierende Fragen: Wieso haben Sie sich dazu entschlossen? Was möchten Sie gern einbringen und den Schülern vermitteln? Welche Hoffnung verbinden Sie mit Ihrem Engagement im Schulprojekt? Was brauchen Sie am meisten, dass sich diese Hoffnung erfüllt? Diese Fragen sind nützlich, weil die persönlichen Experten erfahrungsgemäß sehr viel zu erzählen haben, ganze Tage damit füllen könnten. Andererseits ist gerade diese Einstiegsfrage sehr prägend und eindrucksvoll für die ganze Gruppe, weil die persönlichen Themen und Geschichten in den Gruppen bis dahin meist noch keinen Raum hatten. Als Trainer haben wir gewissermaßen einen neutralen Status und können gut den Raum für die Experten-Lebensgeschichten öffnen. Daran schließt sich die nächste Frage an die persönlichen Experten an: Viele Schüler bewundern den Mut der persönlichen Experten, vor einer Klasse offen über die schweren Zeiten im Leben zu sprechen und was ihnen geholfen hat, da wieder herauszukommen. Deshalb nennen viele Schüler den persönlichen Experten „Lebenslehrer“. Daran schließen sich weitere Fragen an wie: Was könnten Schüler von Lebenslehrern lernen? Und was könnten persönliche Experten die Schüler lehren? Die Antworten sind spannend und weiten bei der gesamten Gruppe den Horizont: Persönliche Experten und Fachexperten sind auf die Schule bezogen erwachsene Menschen, von denen Schüler eine Menge über das Leben erfahren können.

Was lernen Schüler von persönlichen Experten?

Mit ihrem Verhalten sind sie auch Vorbild für die Schüler. Darum geht es. Und das verändert bestehende Rollenmuster der „Betroffenen“ und oft therapeutisch „Abhängigen“ und auch der Fachexperten, über die es noch viel zu sagen gäbe. Sie sind bezogen auf das gemeinsame Ziel, den Schultag zu gestalten, ebenfalls Anfänger. Fachexperten und persönliche Experten sind im besten Wortsinn bei „Verrückt? Na und?“ aufeinander angewiesen, arbeiten auf Augenhöhe als Lehrende und Lernende. Der Schultag gelingt nur zusammen, in dem jeder seine Fähigkeiten als Lebenslehrer einbringt.“

Die Herausforderung

Von Dennis Riehle

Dennis Riehle engagiert sich seit Jahren in der „Verrückt! Na und?“ – Regionalgruppe Kreis Konstanz als persönlicher Experte. Er hat schon viele Schultage mitgestaltet. Er beschreibt, wie er herangeht und was sich bei ihm verändert hat.

Persönliche Experten sind bei „Verrückt? Na und!“ in jeder Schulklasse neu gefordert, ihre eigene, oftmals durchaus sensible, vielleicht anspruchsvolle Geschichte so darzulegen, dass sie einerseits nichts beschönigt und andererseits nicht noch weitere Vorurteile über psychische Erkrankungen und Menschen, die davon betroffen sind, bestärkt. In der Frage, wie eine derartige Bindung zwischen dem Betroffenen und den Schülerinnen und Schülern entstehen kann, orientiere ich mich zumeist daran, wie ich in meiner Selbsthilfegruppe über mich spreche. Seit über zehn Jahren moderiere ich die Treffen von Betroffenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen, die sich austauschen und gegenseitig mit ihren Erfahrungen in der Bewältigung des Alltages unterstützen. Schon früh fragten mich dort Teilnehmer, wie ich es schaffen würde, so freizügig über mein Leben zu berichten. Mir kommt dabei die Frage einer Schülerin bei einem Schultag in den Sinn, die wissen wollte, ob ich denn in meiner Erkrankung auch irgendeinen Vorteil sehen könne? Ja, die Gelassenheit, die ich gewonnen habe, ist für mich bereichernd und hilft mir dabei, gelassen Menschen an meinem Alltag teilhaben zu lassen.

Sicher gehört ein großer Vorschuss Vertrauen dazu, jemandem dieses Privileg zukommen zu lassen. Und tatsächlich war ich am Anfang nicht immer sicher, ob ich es den Schülern zugestehen will. Ich wusste ja nicht, wie sie reagieren würden. Und mir war auch klar, dass Kommentare kommen könnten, die mir vielleicht nicht gefallen. Aber gehört nicht zu der von mir verstandenen Gelassenheit auch das Zugeständnis, gerade bei jüngeren Menschen einen anderen Maßstab anzulegen? Immerhin ist Diskriminierung auch stets eine beiderseitige Definition und hängt maßgeblich davon ab, ob ich sie als eine solche wahrnehme. Schließlich kann man bei Schultagen, die für seelische Gesundheit sensibilisieren wollen, nicht bereits im Vorfeld davon ausgehen, dass ein derartiges Feingefühl schon mitgebracht wird.

Mit Humor und Spontanität nachdenklich machen

Für mich gehört zu meiner Philosophie, wie ich auf ein Gespräch mit Schülern zugehe, ebenso eine gute Portion Humor. Möglicherweise liegt es an meiner lebensbejahenden Einstellung und auch am Auftrag, der mir aus der Selbsthilfe bewusst ist, wonach aus solch einer Begegnung niemand depressiver hervorgehen soll, als er es zu Beginn vielleicht schon war! Im Gegenteil: Nachdenklichkeit und Reflektion sind mir wichtig, nicht aber Mitleid zugesprochen zu bekommen. Ich kann Mitgefühl erhoffen – doch das sollte in solchen Momenten nicht im Vordergrund stehen. Mir gelingt es immer besser, mit manchem Grinsen, Kopfschütteln und Augenzwinkern auf meine Geschichte zu blicken, wenn ich sie der Klasse vortrage. Tatsächlich muss ich mir dann ab und zu selbst eingestehen, dass so einiges in meinem Leben ziemlich „psycho“ ist. Denn zumeist sind die gelingenden Schultage diejenigen, in denen mein Beitrag spontan bleibt.

Es könnten Kommentare kommen, die mir vielleicht nicht gefallen.

Übung macht den Meister

Schon bald nach meinem Einstieg bei „Verrückt? Na und!“ habe ich erkannt, dass es wenig Sinn hat, einen Vortrag über Krankheiten zu halten. Nur, wenn sie fernab von Lehrbüchern in eine Erzählung eingebunden werden, die ganz praktisch aufzeigt, welche Auswirkungen, Herausforderungen, Schwierigkeiten, und welche Chancen, Hoffnungen und Wünsche mit seelischer Beeinträchtigung lebendig werden, hinterlässt das einen bleibenden Eindruck. Gerade die Details, die im Redefluss und Austausch mit Jugendlichen zutage treten, bleiben im Gedächtnis der Schüler. Deshalb braucht es auch Selbstvertrauen, um nicht auf einen vorgeschriebenen Leitfaden zurückgreifen zu müssen, wenn es darum geht, auch mehrere zig Lebensjahre abwechslungsreich und informativ darzubieten. Übung ist dabei die beste Form, die eigene Art der Präsentation zu finden und das auch altersgemäß zu tun. Denn es ist schon ein Unterschied, ob ich 14-jährige oder 18-jährige Schüler habe. Neben einigen gedanklichen Stichworten gehe ich mittlerweile mit viel Vorfreude in jeden Schultag.

Betroffene repräsentieren die vielen Menschen, die still unter Diskriminierung leiden.

Therapie der anderen Art

Oft bin ich neugierig, was ich dieses Mal aus den Tiefen meiner Erinnerungen an Pointen hervorhole, die das Interview markieren werden. Es hat schon etwas von Eigentherapie, sich dem „kalten Wasser“ auszusetzen. Und wie wir es in der Verhaltenstherapie lernen, gelingt das Überwinden von Unsicherheiten dann, wenn wir ausprobieren, was passiert. Niemanden wird es überraschen, dass all meine bisherigen Schultage wie von selbst liefen. Nicht nur, dass die Wertschätzung der Schüler für den persönlichen Experten auch jeden „Black out“ nachsieht oder Grenzen der Privatsphäre respektiert – das Wissen darum, mit einer Botschaft von „Auch als ‚Psycho‘ kann man richtig gut leben!“ dazu beigetragen zu haben, Ängste und Vorurteile über die seelischen Krankheiten zu mindern, überwiegt schlussendlich einen tiefen Seufzer, wenn die Antwort einmal schwerfällt.

Wir sind Botschafter

Bei „Verrückt? Na und!“ stellen Betroffene nicht nur ihre Lebensgeschichte vor, sondern repräsentieren gleichsam die vielen Menschen, die mit ihrer Erkrankung hadern und still unter Diskriminierung leiden. Und dieser Grundsatz findet sich auch in der Selbsthilfe: Mir tut es nicht nur gut, dass ich unbefangen von meinen Problemen berichten und damit sprichwörtlich immer wieder so manchen „Müll“ von meiner Psyche loswerden kann. Ich helfe eben auch anderen: Schülerinnen und Schülern, die möglicherweise selbst zweifeln, wie sie mit ihrer gedrückten Stimmung umgehen sollen. Mitschülern, die einen betroffenen Freund kennen und nicht wissen, wie sie sich ihm gegenüber verhalten sollen. Alle zusammen sind wir Botschafter für Mut, Zuversicht und Perspektiven für Lösungswege in seelischen Krisen. Damit stärken wir die seelische Kraft von jungen Menschen, lindern persönliches Leid und reduzieren langfristig gesellschaftliche Folgekosten.

Der Schultag

1. Schritt: Ansprechen statt ignorieren
Sensibilisieren für seelische Gesundheit in Schule und Ausbildung: Das Team knüpft an den Lebenserfahrungen der Schüler an und ermuntert sie, sich mit ihren Erfahrungen, Fragen und Vorstellungen zum Thema einzubringen und auseinanderzusetzen.

2. Schritt: Glück und Krisen
Von Lebensschicksalen und eigener Verantwortung: Die Schüler beschäftigen sich in Gruppen mit Aufgaben von „Sich zu helfen wissen“ über „Wie Körper und Seele zusammenhängen“ bis zu „Neue Medien: Nützlich für die Seele?“ Das Team begleitet und unterstützt die Gruppen.

3. Schritt: Mut machen, durchhalten, Wellen schlagen
Erfahrungsaustausch mit jungen Erwachsenen, die schwierige Lebenssituationen gemeistert haben: Jetzt gibt sich der persönliche Experte als Betroffener zu erkennen. Das löst immer großes Erstaunen bei den Teilnehmern aus. Sie können es kaum glauben, dass ausgerechnet dieser Mensch psychische Krisen erlebt hat. Die Schüler erfahren, wie sich eine Depression oder Psychose anfühlt, wo man Hilfe bekommt und wie wichtig es ist, gute Freunde zu haben und nicht nur die guten Zeiten zu genießen, sondern auch gemeinsam Probleme zu meistern. Diese „unerwartete“ Begegnung ist der Schlüssel zur Veränderung von Einstellungen und bestenfalls Verhalten in eigenen Krisen.

Auf Bundesebene kooperieren wir mit der BARMER GEK und dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, auf Länderebene mit der Deutschen Rentenversicherung und der DGUV (Unfallkassen). Partner auf Landesebene sind die Kultus- und Sozialministerien und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung.

Du alleine schaffst es, aber du schaffst es nicht alleine

Von Andrea Sülzle

Als optimistischer Mensch mit großer Energie war ich lange davon überzeugt, dass mich nichts erschüttern kann.

Meine Geschichte beginnt im Jahr 2008: Beruflich leitete ich eine Schule für Heilerziehungspflege und Heilpädagogik und war zusätzlich in politischen Gremien tätig, weil darin schon immer mein Herzblut hing. Meine Eltern waren pflegebedürftig und die Erziehung unseres damals 8-jährigen Jungen gelang gut, weil mein Mann und ich uns die Aufgaben teilten. Dadurch sah ich Freiräume, mich zur Familienberaterin weiterzubilden und auch über mehrere Jahre als Gemeinderätin aktiv zu sein.

„Geht nicht, gibt's nicht" – das war lange Zeit mein Leitmotiv.

Verändert hat sich meine Situation nach und nach, und lange habe ich es nicht wirklich wahrgenommen: Ich verlor die Lust, mich in meiner Freizeit mit Freund_innen zu verabreden, mir fiel es schwer mich zu konzentrieren, ich hatte zunehmend das Gefühl, dass alles, was ich mache, unbedeutend und meine Leistungen im Verhältnis zu denen anderer wirklich schlecht sind. Schließlich erreichte mich nichts mehr, was mein Herz hätte erfreuen können und als ich schließlich zum Einschlafen mehr als zwei Stunden brauchte, war auch mein Konzentrationsvermögen dahin. Wirklich erklären konnte ich mir das alles nicht und wenn ich meinem Mann oder Freund_innen von meinem Zustand erzählte, ließen sie keinen Zweifel daran, dass sie sich sicher waren, dass dies lediglich eine vorübergehende Erschöpfung oder eine Schwächung des Immunsystems sei, welche bei meiner Energie sicher bald wieder vorbei sei.

Lediglich eine vorübergehende Erschöpfung oder eine Schwächung des Immunsystems?

Meine Zweifel wurden immer größer, denn ihre Wahrnehmung unterschied sich um Lichtjahre von meiner. Zunehmend hatte ich den Eindruck, dass ich eine Sprache spreche, die in meiner Umgebung niemand mehr verstand. Das vergrößerte meine Ängste, die sich nachts in Panik verwandelten und mich erst recht nicht mehr schlafen ließen. Niemand konnte mich verstehen, ich selbst mich letztendlich auch nicht mehr. Ist das die 1. Stufe auf dem Weg in den Wahnsinn, fragte ich mich immer wieder. Immer häufiger schlichen sich Gedanken in meinen Kopf, ob es möglicherweise besser wäre, aus dem Leben zu gehen, um die Menschen, die mir wichtig sind, nicht länger zu belasten.

Die nächsten 4 Jahre im Zeitraffer

Schließlich wurde eine schwere Erschöpfungsdepression diagnostiziert, die in den folgenden zwei Jahren zwei mehrmonatige Psychiatrieaufenthalte unumgänglich machte. Bedauerlicherweise scheiterte in den Phasen dazwischen ein Wiedereingliederungsversuch in meine bis dahin sehr geliebte Berufstätigkeit. Eine daran anschließende Psychoanalyse führte mich nach und nach zu mir zurück und ließ meine Kräfte wieder wachsen. Jedoch: Trotz großer Geduld, die mir seitens meines Mannes, im Freundeskreis und teilweise auch im beruflichen Umfeld entgegengebracht wurde, spürte ich, dass niemand wirklich nachvollziehen konnte, was in mir vorging und wie ich mich fühlte. Dies führte bei mir dazu, dass ich mich für mein „So-Sein" schämte. Ich erinnerte mich immer wieder daran, wie gut mich einige Mitpatient_innen in der Klinik verstanden hatten und wie gut mir das getan hatte. Da es in meinem Wohnort diesbezüglich keine Selbsthilfegruppe gab und ich erfuhr, dass der Freundeskreis Schussenried e.V., ein Verein, der auch Hilfsangebote für Menschen mit seelischer Erkrankung anbietet, es unterstützen würde, wenn sich eine Gruppe bildet, war ich motiviert, mich hier einzubringen.

Andrea Sülzle
Heilpädagogin, Familienberaterin, Qigong-Lehrerin, EX-IN-Trainerin

Mit einer Vorlaufzeit von ca. sechs Monaten hatten wir im März 2012 unsere Auftaktveranstaltung mit einem Vortrag eines Referenten, der selbst an einer schweren Erschöpfungsdepression erkrankt und inzwischen wieder genesen war. Anschließend fand ein Podium mit unterschiedlichen Fachleuten von der Krankenkasse, der Sozialdezernentin und einer Angehörigen statt.

Zur Veranstaltung waren weit mehr Leute gekommen, als ich gedacht hatte. Ich selbst wagte es die Moderation zu übernehmen. Eine Aufgabe, die ich mir seit meiner Erkrankung nicht mehr zugetraut hatte. Zu Beginn der Veranstaltung hatte ich riesiges Lampenfieber und machte mir Vorwürfe, dass ich (zu) wagemutig war, eine solche Aufgabe zu übernehmen. Bereits nach wenigen Minuten jedoch durfte ich die Erfahrung machen, dass ich wieder „voll in meinem Element" war. Fähigkeiten, die ich für längst verloren gehalten hatte, kamen zurück. Ein großes Glücksgefühl strömte durch meinen Körper.

Auch die Erfahrungen des Referenten zu hören, war für mich sehr hilfreich. So unterschiedlich unsere Charaktere als auch unsere Lebenswege waren, viele der Erfahrungen, die wir in der Depression gemacht hatten und machten, deckten sich. Ich spürte zum ersten Mal die Erleichterung und den Mut, die daraus entstehen. Zwei Wochen später war der Termin für das 1. Treffen der Selbsthilfegruppe. Viele Gedanken gingen durch meinen Kopf: Werden überhaupt Leute kommen? Wenn Leute

kommen, werden sie bereit sein von ihren Erfahrungen zu erzählen? Wenn die Leute erzählen, wird uns das viele Leid eventuell „erschlagen"?

Die Nacht vor dem Treffen schlief ich schlecht und mit sehr gemischten Gefühlen ging ich am Abend ins Café Rosenrot (mir war es ein Anliegen, dass die Treffen in keiner Einrichtung, sondern in einem schönen öffentlichen Raum stattfinden.) Das Café hat etwa 45 Plätze, die alle bis auf den letzten belegt waren. Diese Resonanz war für mich überwältigend und gleichzeitig auch eine Bestätigung, dass es viele Menschen gibt, die Interesse an einer Selbsthilfegruppe haben. Die gegenseitige Vorstellung dauerte den ganzen Abend und ich ging mit gemischten Gefühlen nach Hause und hatte keine Ahnung, wie wir das beim nächsten Mal machen sollten. Doch nach und nach spielte es sich ein, dass sich bei den monatlichen Treffen zwischen 7-14 Leute einfinden.

Gute Erfahrungen seit 4 Jahren

Im April 2016 werden es vier Jahre, dass unsere Selbsthilfegruppe besteht, wir uns einmal monatlich treffen und austauschen. Der Abend wird meistens von mir moderiert. Nach einem „Eingangsblitzlicht" tauschen wir uns über die Themen aus, welche die Teilnehmenden aktuell interessieren, wie z.B. Medikamente – ja oder nein, gehe ich offen mit meiner Erkrankung um oder verschweige ich sie besser, gibt es Möglichkeiten, das ständige Grübeln abzustellen, welche Fachliteratur ist empfehlenswert? Zwei Mal im Jahr laden wir Fachleute ein, die über Inhalte im Zusammenhang mit unserer seelischen Erschütterung referieren, z.B. Traumata, Zusammenhang körperlicher und seelischer Schwierigkeiten, Homöopathie bei Depressionen, Medikamente oder Integrationsfachdienst. Diese Veranstaltungen machen wir öffentlich, und sie sind stets gut besucht.

Im vergangenen Jahr trafen wir uns auf Anregung eines Mitglieds auch einmal zum Grillen, und wir haben ein gemeinsames Wochenende am Bodensee verbracht. Unser Arbeitsthema hier war die Erforschung der eigenen Krisengeschichte mit dem Blick auf Ressourcen und Wendepunkte. Im Herbst sind wir zu fünft zum Depressionskongress nach Leipzig gefahren. Zu den monatlichen Treffen kommt inzwischen immer ein fester Stamm an Personen und fast jedes Mal sind auch 1-2 neue Leute dabei. Viele erleben den Austausch in der Gruppe als hilfreich, wenngleich es auch Leute gibt, die bereits beim ersten Mal oder auch im Laufe der Zeit merken, dass ihnen der Austausch in der Gruppe nichts gibt.

Warum erleben wir den Austausch in unserer Gruppe als hilfreich?

Wichtig erscheint mir die Tatsache, dass die Gruppe vor allem von Menschen getragen wird, die seit Anfang an bei uns in der Gruppe sind. Dadurch gibt es ein Vertrauen in der Gruppe, von dem auch Neue profitieren, denn es ist spürbar. Es kommt vor, dass Gruppenmitglieder, denen es wieder gut geht, nicht mehr an unseren Treffen teilnehmen. Die meisten von uns kommen jedoch auch dann noch, wenn es ihnen wieder besser oder auch gut geht. Das gibt jenen, die tief in der Krise stecken, neue Hoffnung und macht Mut. Es wird deutlich, dass eine Krise bzw. seelische Erschütterung dynamisch ist und das Befinden nicht immer gleich.

Gruppenmitglieder, die über Wochen oder gar Monate krank waren, berichten z.B. davon, wie sie wieder an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehrten und dort voll integriert und leistungsfähig sind. Das tröstet, gibt Kraft und ermutigt. Wichtig für uns ist auch zu sehen, dass keiner von uns alleine ist mit seinem Leid. Es gelingt uns immer wieder zu thematisieren, immer wieder zu sehen, dass schwere Krisen und seelische Erschütterungen zum Leben von sehr vielen Menschen gehören. Dies führt häufig zur Akzeptanz und Annahme der schwierigen persönlichen Situation, was als solches dann oft einen Wendepunkt zum Positiven darstellt.

Gelingt die Aussöhnung mit der eigenen Geschichte und Person, kann dies eine Voraussetzung dafür sein, mit sich selbst wieder geduldiger und gnädiger zu sein. Das wiederum führt häufig zu mehr Selbstwert und einem besseren Umgang mit sich selbst, was ebenfalls zur Genesung beiträgt. Der Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Unterstützung führen zu einem positiven Gruppengefühl und einer hohen Solidarität. Dadurch lässt sich die Scham als auch die Stigmatisierung von außen und durch sich selbst reduzieren. Diese Kraft wiederum wirkt sich nicht nur positiv auf den Krankheitsverlauf einzelner aus, sie stärkt manche auch für sich und andere, die auch an einer Depression erkrankt sind, einzustehen.

Letztendlich hat jeder seine ganz eigene Geschichte und seinen eigenen Weg, aber wie schon in der Überschrift formuliert – du alleine schaffst es, aber in der Gruppe gibt es viele in der gleichen oder ähnlichen Lebenslage und sie ermutigen, geben Schutz, trösten und helfen in Situationen, die bisher von anderen, die nicht betroffen sind oder waren, nie verstanden wurden.

Du kannst den Wind nicht ändern, aber die Segel neu setzen

Die Selbsthilfegruppe alleine genügt nicht, um zu genesen. Es braucht ein gutes Netz, damit Erkrankte eine Basis zur Gesundung finden und irgendwann (wieder) ein zufriedenes Leben führen können. In der schwierigsten Zeit waren das mein Hausarzt, Medikamente und schließlich auch die Klinik. Bei meinem Genesungsweg nach der Klinik waren für mich persönlich mein Mann, der nie Zweifel daran ließ, dass er an meiner Seite bleibt und zu mir steht, mein Sohn, der mir ohne Worte immer wieder klarmachen konnte, dass er mich mag und auch braucht, als auch meine sozialen Kontakte, Menschen, die mich spüren ließen, dass ich ihnen wichtig bin, entscheidende Bausteine, ohne die ich möglicherweise keinen Zugang mehr zu meinen Ressourcen gefunden hätte. Auch die gute Begleitung durch meine Therapeutin (Psychoanalyse) gehört dazu.

Schließlich sind auch die monatlichen Treffen und der Austausch in der Gruppe bis heute wichtige Mosaiksteine, dass ich meine Segel immer wieder neu setzen kann, um dem Wind in meinem Leben Stand halten zu können. Furchtbar schwere Zeiten liegen hinter mir und gleichzeitig kann ich inzwischen sagen, dass ich heute mit dieser Erfahrung insgesamt ein zufriedeneres Leben führe als vor meiner Erkrankung.

Die Anonymen Alkoholiker

Die Anfänge der Selbsthilfegruppe liegen im Jahr 1935 in Akron, im amerikanischen Bundesstaat Ohio. Dort trafen der Börsenmakler Bill W. und der Arzt Bob S. aufeinander. Beide waren Alkoholiker. Bill war bereits trocken geworden. Er erhielt seine Trockenheit, indem er anderen Alkoholikern half, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen.

Als Bill und Bob sich gegenseitig ihre alkoholischen Suchtgeschichten erzählten, gelang es auch Bob trocken zu werden. Daraufhin setzten die beiden ihre Arbeit im lokalen Krankenhaus in Akron fort, wo ein weiterer Patient seine Trockenheit zurückerlangte. 1939 schrieb Bill das Buch „Alcoholics Anonymous“, in dem die Prinzipien und Methoden der Gruppen und 30 Lebensgeschichten niedergeschrieben waren. Der Titel des Buches gab der Gemeinschaft ihren Namen.
Diese drei Menschen stehen für die erste Kerngruppe und den Beginn der Anonymen Alkoholiker.

Das Programm war erfolgreich und breitete sich international aus. Am 1. November 1953 fand im Münchener „Hotel Leopold“ die erste Versammlung der „Alcoholics Anonymous“ auf deutschem Boden statt. Angeregt durch amerikanische alkoholkranke Soldaten, die die Genesungsbotschaft an deutsche Alkoholiker weitergaben, entstand die erste deutsche AA-Gruppe.

Persönliche Kapitulation

Nach über 30 Jahren Alkoholkonsum, von denen die letzten 20 Jahre durch zunehmende Exzesse gekennzeichnet waren, konnte ich endlich vor dem Alkohol kapitulieren. Von den Anonymen Alkoholikern hatte ich bereits gehört. Da ich aber nicht vor mir selber zugeben konnte, Alkoholiker zu sein, mussten mich die AA nicht weiter interessieren.

Es dauerte noch drei Monate, bis ich das erste Mal zu einer Versammlung der Anonymen Alkoholikern ging – und geblieben bin. Ich drückte mich eine Viertelstunde vor dem Gebäude herum, in dem ich mein erstes Meeting erleben sollte, ging schließlich hinein - und war zu Hause. Da saßen ganz normale Menschen, die mich begrüßten, mir Kaffee und einen Stuhl anboten und nichts von mir wollten.

Das erste Treffen

Das Gruppentreffen, bei AA „Meeting“ genannt, fing mit einer kurzen Vorstellungs- und Befindlichkeitsrunde an. Als ich als an die Reihe kam, hörte ich mich sagen: „Mein Name ist Sven, ich bin Alkoholiker“ – und damit war es endlich raus: Ich konnte nicht nur mir, sondern einer ganzen Gruppe von Frauen und Männern sagen, woran ich litt, ohne Scham oder Herabwürdigung. Ich war unter meinesgleichen.

Da saßen ganz normale Menschen, die mir Kaffee anboten und nichts von mir wollten.

Danach wurde die „Präambel der Anonymen Alkoholiker“[1] vorgelesen: „Anonyme Alkoholiker sind eine Gemeinschaft von Männern und Frauen, die miteinander ihre Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen, um ihr gemeinsames Problem zu lösen und anderen zur Genesung vom Alkoholismus zu verhelfen. Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. Die Gemeinschaft kennt keine Mitgliedsbeiträge oder Gebühren, sie erhält sich durch eigene Spenden. Die Gemeinschaft AA ist mit keiner Sekte, Konfession, Partei, Organisation oder Institution verbunden; sie will sich weder an öffentlichen Debatten beteiligen, noch zu irgendwelchen Streitfragen Stellung nehmen. Unser Hauptzweck ist, nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen.“

Danach begann das eigentliche Meeting, bei dem der Gruppenleiter die Beitragenden in der Reihenfolge der Meldung aufschrieb und aufrief. Das Treffen dauerte zwei Stunden und wurde mit dem Gelassenheitsgebet beschlossen: „Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Dieser Ablauf kann von Gruppe zu Gruppe variieren, es gibt keine Vorschriften bei den Anonymen Alkoholikern. Hier sind Frauen und Männer versammelt, die für sich entdeckt haben, dass Alkohol ein Problem für sie geworden ist. Hier gibt es keine Fremddiagnose „Alkoholismus“, jede und jeder kann und darf das für sich entdecken und ist bei den AA willkommen, wenn sie oder er das Trinken von Alkohol beenden will, der Wunsch alleine genügt dabei.

Meetings

Neben öffentlichen Informationsveranstaltungen gibt es bei AA zwei Formen der Gruppentreffen: Im geschlossenen Meeting bleiben die Alkoholiker unter sich. Das offene Meeting hingegen ist beispielsweise für Angehörige, Freunde, Kollegen von Alkoholikern, oder Interessierte gedacht. Die Themen sind in beiden Formen ähnlich – es geht um Alkohol. Ich kann jedes Problem in der Gruppe zur Sprache bringen, vorausgesetzt, ich spreche von mir, meinen eigenen Gefühlen und Gedanken. Hauptsächlich werden Alkohol, die Erlebnisse oder der Umgang damit und teilweise Rückfälle angesprochen. Genauso können Herausforderungen in Beziehungen oder am Arbeitsplatz zum Thema werden. Wahrscheinlich hat ein anderes Mitglied Erfahrungen mit einem ähnli-

chen Problem gemacht und teilt, wie sie oder er damit umgegangen ist. Ich kann mir dann das nehmen, was ich von den Erfahrungen der Anderen brauchen kann. Manchmal – wenn auch selten - trifft nichts davon auf meine Situation zu und ich muss selber eine Lösung finden.

12 Schritte und 12 Traditionen

Die Anonymen Alkoholiker definieren Alkoholismus als eine körperliche, seelische und geistige Krankheit. Die Genesungsschritte sind in den 12 Schritten und 12 Traditionen niedergelegt. Es ist ein spirituelles Genesungsprogramm, dessen Ziel die Abstinenz ist und zwar für heute. Es hilft dabei, im Hier und Jetzt zu leben.
Die 12 Schritte[2] sind Vorschläge, wie ich mit bestimmten Situationen in meinem Leben umgehen kann. Einige der AA-Freude kommen hervorragend durch ihr Leben, ohne sich weiter um die Schritte zu kümmern. Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass der erste und zwölfte Schritt erforderlich für die Abstinenz und den Erhalt der Nüchternheit sind.

Alkoholismus ist eine körperliche, seelische und geistige Krankheit.

Die 12 Traditionen[3] (siehe Tabelle) kodieren das Verhalten der Gruppen untereinander und nach außen. Sie haben eine Schutzfunktion für den Einzelnen. Deshalb verzichte ich auch auf die volle Namensnennung bei diesem Beitrag. Die Schritte und Traditionen sind keine Gebote oder Ratschläge, sondern Empfehlungen. Auch die Formulierung lässt viel Deutungsspielraum. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass ich mit einigen der Schritte nicht glücklich war. Es ist zum Beispiel von „Gott, wie wir ihn verstehen“ die Rede, und mit Gott wollte ich nichts mehr zu tun haben. Es hat einige Zeit gedauert, bis ich mir „mein Verständnis von Gott“ zurecht gedacht hatte. Für manche AA-Freunde ist es der Tisch, an dem geteilt wird, für andere der „liebe Gott“ und für wieder andere der eigene Goldfisch.

Gesprächskultur und Selbstverantwortung

Ich schätze die Gesprächskultur bei AA sehr. Es werden weder Ratschläge erteilt, noch wird nachgefragt (es sei denn, es handelt sich um ein akustisches Problem). Das lässt mich ganz und heil und stellt mich in meine Würde und Selbstverantwortung, ohne mich durch Nachfrage zu beschämen. Nachfragen hat mit Macht zu tun, die ich Demjenigen zugestehe, dem ich antworte (nicht dem, der fragt!). Auf Augenhöhe kann ich nur kommunizieren, wenn ich eigene Erfahrungen mitteile, und zwar genau in der Menge, die für mich zu diesem Zeitpunkt richtig sind. Dadurch entsteht der Raum, in dem ich mich sicher und angenommen fühlen kann und der mir neue Perspektiven eröffnen kann.

Ein zweiter Punkt, den ich bei den Anonymen Alkoholikern lernen durfte, ist Verantwortung dorthin abzugeben, wohin sie gehört und sie für mich, meine Gedanken und meine Taten zu übernehmen. Ich alleine bin für meine Trockenheit und Nüchternheit zuständig, niemand sonst. Rückfälle passieren zuerst in Gedanken. Und wenn ich in den Meetings die Watte aus den Ohren in den Mund getan habe, dann erinnere ich mich daran, was in diesem Fall zu tun ist. Rückfälle gehören zum Krankheitsbild, keine Frage. Aber das Wichtigste ist, die eigene Trockenheit zu erhalten. Wenn ich dazu nicht in der Lage bin, gibt es nichts mehr, was zweitwichtig ist.

Anmerkungen

1 https://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01prae.php

2 https://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php

3 https://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01trad.php

Weitere Informationen
zu den Anonymen Alkoholikern (AA)
im Internet: www.anonyme-alkoholiker.de

Die Zwölf Traditionen der Anonymen Alkoholiker

1. Tradition: Unser gemeinsames Wohlergehen sollte an erster Stelle stehen; die Genesung des Einzelnen beruht auf der Einigkeit der Anonymen Alkoholiker.

2. Tradition: Für den Sinn und Zweck unserer Gruppe gibt es nur eine höchste Autorität – einen liebenden Gott, wie Er sich in dem Gewissen unserer Gruppe zu erkennen gibt. Unsere Vertrauensleute sind nur betraute Diener; sie herrschen nicht.

3. Tradition: Die einzige Voraussetzung für die AA-Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören.

4. Tradition: Jede Gruppe sollte selbständig sein, außer in Dingen, die andere Gruppen oder die Gemeinschaft der AA als Ganzes angehen.

5. Tradition: Die Hauptaufgabe jeder Gruppe ist, unsere AA-Botschaft zu Alkoholikern zu bringen, die noch leiden.

6. Tradition: Eine AA-Gruppe sollte niemals irgendein außen stehendes Unternehmen unterstützen, finanzieren oder mit dem AA-Namen decken, damit uns nicht Geld-, Besitz- und Prestigeprobleme von unserem eigentlichen Zweck ablenken.

7. Tradition: Jede AA-Gruppe sollte sich selbst erhalten und von außen kommende Unterstützungen ablehnen.

8. Tradition: Die Tätigkeit bei den Anonymen Alkoholikern sollte immer ehrenamtlich bleiben, jedoch dürfen unsere zentralen Dienststellen Angestellte beschäftigen.

9. Tradition: Anonyme Alkoholiker sollten niemals organisiert werden. Jedoch dürfen wir Dienst-Ausschüsse und -Komitees bilden, die denjenigen verantwortlich sind, welchen sie dienen.

10. Tradition: Anonyme Alkoholiker nehmen niemals Stellung zu Fragen außerhalb ihrer Gemeinschaft; deshalb sollte auch der AA-Name niemals in öffentliche Streitfragen verwickelt werden.

11. Tradition: Unsere Beziehungen zur Öffentlichkeit stützen sich mehr auf Anziehung als auf Werbung. Gegenüber Presse, Rundfunk, Film und Fernsehen ist stets unsere persönliche Anonymität zu wahren.

12. Tradition: Anonymität ist die spirituelle Grundlage aller unserer Traditionen, die uns immer daran erinnern soll, Prinzipien über Personen zu stellen.

© Copyright AA-Grapevine Inc. New York / Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e. V.

Selbsthilfe und Empowerment

Grenzen und Herausforderungen der Profis

Von Uwe Bening

In vielen Bereichen des Gesundheitssystems wird die Selbsthilfe heute als wichtige Ergänzung zum professionellen Versorgungssystem gesehen. Für die psychiatrische Versorgung ist es gleichwohl noch Neuland. Zu tief verankert ist bei vielen Beteiligten immer noch der Glaube an Chronizität und Unheilbarkeit und damit auch die Idee einer Notwendigkeit von Fremdbestimmung. Erst die noch junge Recovery- und Empowerment-Bewegung hat hier neue Impulse gesetzt und Möglichkeiten der Selbstverantwortung und Gesundung aufgezeigt. In dieser Bewegung zeigt sich vor allem eine Haltungsänderung, die sich in der Hoffnung und dem Glauben an Gesundungsmöglichkeiten offenbart. Können psychiatrische Profis diese Bewegung unterstützen und selbst eine Recovery-orientierte Haltung gewinnen? Was sind Herausforderungen, wo liegen Grenzen?

Mit der Veröffentlichung einzelner Recovery Geschichten vor gut 20 Jahren, als Ausgangspunkt der Recovery- und Empowerment-Bewegung, begann neue Hoffnung bei psychisch erkrankten Menschen zu keimen. Diese Hoffnung entfachten Menschen, die in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung einen Weg durch diese dunkle Nacht der Seele gefunden haben, Menschen wie Dan Fisher, Patricia Deegan, Helen Glover, Ron Colemann, Mary Ellen Copeland oder Dorothea Buck, um nur einige zu nennen. Sie haben ihren eigenen Recovery-Weg öffentlich gemacht, damit Hoffnung gesät und andere Betroffene durch ihre persönlichen Gesundungswege ermutigt und ihre Erfahrungen somit für andere nutzbar gemacht. Sie haben aufgezeigt, dass es möglich ist zu gesunden, wieder Vertrauen in die eigene Lebendigkeit zu gewinnen und darüber wieder zu aktiver, selbstbestimmter Teilhabe am Leben zu gelangen.

Diese Ermutigung ließ immer mehr betroffene Menschen sich auf den Weg machen, gemeinsam Fragen zu stellen, sich auszutauschen und Wege zur Gesundung zu erproben. Die eigenen Erfahrungen zu teilen, dabei Wertschätzung und Zugehörigkeit zu erleben, hat eine sehr heilsame Wirkung für alle Beteiligten. Und es ist ein wichtiger Beitrag, psychische Erschütterung aus dem Dunkel der schamvollen Tabuisierung zu befreien. Dieser Impuls ist auch als Kritik am defizitorientierten Krankheitsverständnis psychischer Erkrankung und den daraus resultierenden Behandlungsgrundlagen zu verstehen. Gerade dieses defizitorientierte Verständnis psychischer Erkrankung, das vor allem Anpassung und Vermeidung verlangt und damit zu Fremdbestimmung beiträgt, bringt am Ende psychisch behinderte Menschen hervor. Thomas Bock benutzt hier das Bild von den „Höllenhunden am Eingang der Psychiatrie“: „Krankheitseinsicht und Compliance“. Die daraus resultierende erlernte Hilflosigkeit (als Gegenteil von Empowerment) macht „widerspenstige“ Patienten im ersten Augenblick für die Profis pflegeleichter (compliant), lässt sich aber zu einem späteren Zeitpunkt schlecht umkehren, wenn sich Patienten erst einmal in die Opferrolle gefügt haben. Sinnsuche und Genesung bleiben dabei auf der Strecke.

Hier zeigt sich die eigentliche Herausforderung für psychiatrische Profis. Wenn sie Menschen zu Empowerment und Recovery ermutigen wollen, müssen sie ihre eigenen Haltungen und Glaubenssysteme überprüfen und in Frage stellen. Aus der psychiatrischen Geschichte der letzten 100 Jahre wird erkennbar, dass das psychiatrische Krankheitsverständnis und daraus resultierende Behandlungsstrategien wesentlich zu Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankung beigetragen haben. Schwere psychische Erkrankung war und ist ein Defekt, der zu gesellschaftlicher Ausgrenzung führte und immer noch führt. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass betroffene Menschen nicht darüber gesprochen haben, das Erleben sich so mit Angst und Scham verknüpft und von außen Negatives hineinprojiziert wird. Zwei wichtige allgemeine Aspekte psychischer Erkrankung sind der Kontrollverlust und die Angst.

Uwe Bening
Dipl.-Psychologe – Fachverantwortung Recovery, Stiftung Pro Mente Sana Schweiz. EX-IN Dozent.

Das unverstandene Fremde wird durch psychiatrische Theorien und Modelle handhabbarer. Die Psychiatrie nutzte hier ihre Definitionsmacht und bannte das symptomatisch auftretende Erleben in einem defizitären Krankheitsverständnis. So konnten sich letztendlich auch Tabuisierung und Stigmatisierung ausbreiten. Menschen haben auf diesem Hintergrund eben nicht mehr freiwillig über ihr Erleben gesprochen, das meiste für sich behalten, verleugnet und/oder sich zurückgezogen. Eine Auseinandersetzung hat nicht stattgefunden und neue Erkenntnisse konnten nicht gewonnen werden. Psychische Krankheit erscheint auch heute noch als Feindbild, Begegnung und Auseinandersetzung sind nicht wesentlich. Hier hat Recovery/Empowerment/Selbsthilfe sich auf den Weg gemacht, alte Glaubenssysteme in Frage zu stellen und subjektive Krankheitsmodelle zu erschließen, die Gesundung fördern und neues Vertrauen in die eigene Lebendigkeit ermöglichen. Hier zeigt die Empowermentbewegung der Psychiatrie auf, dass eine Änderung des Krankheitsverständnisses und ein Wechsel der Perspektive neue Genesungsmöglichkeiten eröffnen. Dazu gehört auch, dass in der Psychiatrie die eigene Rolle kritisch reflektiert wird.

Im Folgenden soll solch ein Perspektivwechsel gewagt werden, mit der veränderten Sichtweise, dass die psychische Erschütterung möglicherweise eine konstruktive Fähigkeit des Lebens ist. Dieser Wechsel zeigt einen Gegensatz zur bisherigen Auffassung, dass es sich dabei um einen Defekt handelt, den es zu beseitigen gilt. Diese bisherige Auffassung ist über ein Jahrhundert gewachsen, Aus-

gangspunkt ist die Zeit der Industrialisierung, insbesondere im mechanistischen Verständnis wird dieses außergewöhnliche Erleben als Defekt definiert. Ein Defekt, der den Menschen daran hindert, in den wirtschaftlichen Strukturen der Gesellschaft zu funktionieren. Da diese Störungen sich so fremd, bedrohlich, nicht kontrollierbar und wiederkehrend zeigten, hat die Medizin wie auch die Gesellschaft diese Menschen (als chronisch krank und unheilbar) abgeschrieben. Gefordert war und ist von den betroffenen Menschen Anpassung und Vermeidung, damit sie, i.d.R. in psychiatrischen Versorgungsstrukturen ihren Alltag möglichst störungsfrei verbringen können, dabei möglichst wenig Betreuungsaufwand erfordern und gegebenenfalls in geschützten Werkstätten ihre wirtschaftlich verwertbare Arbeitskraft dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen.

Diese Perspektive des Defektes und der Störung bestimmt auch heute alle Suchbewegungen, so auch das wissenschaftliche Fragen und Forschen. Und vor allem bestimmt sie die Bewältigungsmuster, die Hoffnungen und Perspektiven der betroffenen Menschen. Diese Muster führen tiefer in Anpassung und Vermeidung, damit auch in Stressanfälligkeit und Unselbstständigkeit. Auch werden so Angst und ein gewisses „der Erkrankung ausgeliefert sein“ zum ständigen Wegbegleiter des betroffenen Menschen. Keine Frage, wer in dieser Weise sehr gut angepasst ist und in den umgebenden Strukturen gut funktioniert, wird sich selbst als zufrieden erleben und einen „gesunden“ Umgang mit seiner Erkrankung gefunden haben.

Wenn wir die Perspektive jedoch, wie eingangs benannt ändern, taucht unmittelbar eine neue Frage auf: Was findet Ausdruck in der Erschütterung, in diesem Erleben? Wie z.B. bei einem Erdbeben ist davon auszugehen, dass es sich ursächlich um Bewegungen im Innern handelt. Es ist naheliegend, dass diese Bewegungen emotionaler und kognitiver Natur sind. Konkret, dass viele im bisherigen Leben zurückgehaltene Gefühle, wie auch gewordene Überzeugungen und Glaubenssysteme diese Erschütterungen auslösen. Es handelt sich dabei um einen sich verselbstständigenden Prozess. Das bedeutet, dass das Individuum diesen Prozess, sobald ein kritischer Punkt überschritten ist, nicht mehr steuern oder kontrollieren kann.

Wenn wir die Erschütterung als sinnvolle Möglichkeit des Lebens ansehen, ist davon auszugehen, dass es das Ziel dieses Prozesses ist, die individuelle Lebendigkeit neu zu balancieren. Und es zeigt sich individuell, wie auch kollektiv, dass es nicht gleichgültig ist, wie wir mit dem Leben umgehen. Nun lässt die erschütternde Erfahrung den Menschen spüren: „so nicht weiter“ und auf der anderen Seite sagt die vom ökonomischen Denken bestimmte Gesellschaft ihnen: „So brauchen wir dich nicht mehr“.

In dieser Polarität werden die verschiedenen Möglichkeiten von Gesundung sichtbar, in Abhängigkeit davon, welche Aussage zur Grundlage des Gesundungsprozesses gewählt wird: Die Chance zur Entfaltung der individuellen Lebendigkeit zu finden, wahrzunehmen und umzusetzen auf der einen Seite und andererseits die Anforderung, wenn möglich wieder so zu funktionieren, dass ein der Wertschöpfung dienender Platz in der Gesellschaft (wieder) eingenommen werden kann. Es zeigt sich aber auch: Wir Menschen kontrollieren das Leben nicht wirklich, vielmehr modifizieren wir es nach gesellschaftlich und individuell gewachsenen Glaubenssystemen. So prägen und gestalten unsere Lebenserfahrungen unseren Umgang mit dem Leben. Dabei sind wir Teil vom Leben (abhängig) und gleichzeitig ein individuelles lebendiges System (autonom). Diese Haltung findet sich auch wieder in dem Satz: Das Leben wird sich im Menschen seiner selbst bewusst – oder anders formuliert: Der Mensch ist Ausdruck des sich seiner selbst bewusst werdenden Lebens. Die psychische Erschütterung ist dann ein unerwarteter und heftiger Anstoß, sich seiner selbst bewusster zu werden, neues Vertrauen in die eigene Lebendigkeit zu gewinnen und damit ein gravierender Impuls zur Entfaltung der individuellen Lebendigkeit.

Aktuell sehen wir die Anpassungsschwierigkeiten der Psychiatrie an die neue juristische Ausgangssituation nach der UN BRK (juristische Stärkung der Menschenrechte, Ärztlicher Paternalismus vs. Patientenrechte). Es stellt sich die Frage: wird es in der Psychiatrie die Bereitschaft geben, die eigene Haltung kritisch zu reflektieren? Gibt es die Bereitschaft zu fragen, welchen Beitrag man zu Tabuisierung und Stigmatisierung mit dem defizitorientierten Krankheitsmodell und daraus resultierenden Behandlungsstrategien geleistet hat? Gelingt es, eine neue Haltung und damit verbunden eine potentialorientierte Verständnisgrundlage zu schaffen? Und wird es gelingen, die (Selbst)stigmatisierung von betroffenen Profis zu beenden? Sie werden in der Regel nicht in ihrer Doppelqualifikation abgerufen als Lehrbuch- und krisenerprobten Lebenserfahrungsexperten. Anders als in der Körperbehindertenszene, in der hauptberuflich fast ausschließlich Doppelqualifizierte als Peer Berater arbeiten.

Erst Sinnsuche und Genesung eröffnen die Chance, neue Erkenntnisse zu gewinnen, dies ist ein wesentlicher Beitrag, den die Recovery- und Empowerment-Bewegung leistet. Sie erschließt so Erkenntnisse, die sicher einen Wandel im Verständnis psychischer Erkrankung bewirken und damit einladen zur Auseinandersetzung mit dem Erleben, der eigenen Lebensgeschichte und damit zu konstruktiver Veränderung. Für psychiatrische Profis wird es hier besonders herausfordernd, die Menschen wieder zu ermutigen, die die psychiatrischen und gesellschaftlichen Botschaften verinnerlicht haben: Wir brauchen dich nicht mehr, du bist nicht mehr leistungsfähig, bist chronisch psychisch krank, du brauchst Medikamente und musst Stress vermeiden.

Hier wird meiner Auffassung nach ein Entscheidungspunkt markiert, an dem sich zeigen wird, ob psychiatrische Profis und Recovery- und Empowerment-Bewegung sich gegenseitig konstruktiv ergänzen können. Und ich hoffe, dass die Betroffenen-Bewegung das Potenzial hat, nicht nur einzelne Profis, sondern langfristig die gesamte psychiatrische Versorgung zu einer nachhaltigen Haltungsänderung zu bewegen. Dazu braucht es eine Abkehr vom Konsumdenken mit der Symptombekämpfung als wirtschaftlich-tragfähige Lösung hin zu absichtsloser Ursachenforschung als philosophisch-reflektierte, ethisch-menschenfreundliche Grundhaltung. Man könnte aus der Not eine Tugend machen und neue Begegnungs- und Reflexionsräume schaffen. Dann wäre eine Haltungsänderung wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit, wie beispielsweise in der EX-IN Bewegung. Das kritische Infragestellen und Infragestellenlassen der eigenen professionellen Haltung durch lebens- und krisenerfahrene Recoveryexperten ist hier gar nicht zu vermeiden.

Selbsthilfe als Arbeits- und Genesungsperspektive

Von Rainer Höflacher

In der schwersten Zeit meines Lebens sagte meine Psychiaterin zu mir: „Rainer, willst du deine langjährigen, vielfältigen Erfahrungen mit der Psychiatrie nicht nutzen?“ Ich verstand nicht, was sie meinte. Später tat ich es dann.

Lebensstationen

1981 bekam ich mit 19 Jahren die Diagnose schizoaffektive Psychose. Der erste Klinikaufenthalt war ein unvergesslicher Schock. Einerseits was die Schwere der Psychose anbelangt. Andererseits die Konfrontation mit der Psychiatrie der 80er-Jahre, als die Patienten in der Begegnung mit dem Personal, aber vor allem was die Gabe von Psychopharmaka anbelangt, noch ungleich mehr zu erdulden hatten als heute. Von einem rein schizophrenen ersten Schub, hat sich meine Psychose über die Jahre hin zur bipolaren Störung entwickelt, was selten vorkommt, wie mir ein Psychiater sagte.

Es würde den Rahmen dieses Textes sprengen, ausführlicher auf meinen Lebenslauf einzugehen. Es sei nur so viel gesagt. Ich habe inzwischen 17 Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik hinter mir – meist anfänglich auf der Geschlossenen, hatte ungefähr 25 akute Psychosen, war schon richterlich untergebracht und musste Zwangsmaßnahmen erleiden. Mitte der 90er-Jahre musste ich mehrere Jahre schwere Depressionen ertragen, die mich fast in ein Heim für psychisch erkrankte Menschen gebracht hätten. Erst mit dem neuen Jahrtausend ging es aufwärts mit mir. Hierfür war der wichtigste Grund mein Engagement in der Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener.

Im Folgenden möchte ich darauf eingehen, was es für mich persönlich und für mein Verhältnis zur Arbeit bedeutet diesen Weg gegangen zu sein. Erst seit ich seit 2010 geheiratet habe und zum ersten Mal mit einer Frau zusammenwohne, bin ich ausreichend psychisch stabil. Beruflich konnte ich auf einem längeren, mühevollen Weg noch ein paar Jahre als Softwareentwickler arbeiten. Im Alter von 35 Jahren musste ich die Maßnahme in einer Werkstatt für behinderte Menschen abbrechen und 1996 in die Frührente gehen.

Seit 1999 bin ich in vielen Funktionen und Ämtern in der Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener tätig gewesen und bin es noch. Zuletzt engagierte ich mich als Geschäftsführer beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.. Im November 2015 wurde ich vom Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg Geschäftsbereich Wohnen/Ravensburg als Berater im Qualitätsmanagement mit Minijob eingestellt. Hier bleibt es spannend, was auf mich zukommen wird.

Was ich unter Selbsthilfe verstehe

Selbsthilfe ist für mich – wie der Name schon sagt – das eigene Leben eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen und dabei gleichzeitig Menschen, die ähnliche seelische Probleme haben zu unterstützen. Konzepte wie Recovery, Empowerment und Salutogenese haben mir sehr dabei geholfen, eine optimistische Sichtweise zu bekommen und aktiv zu werden. Sie sind für mich die persönliche, theoretische Basis meiner Arbeit und ich kann Psychiatrieerfahrenen nur raten, sich damit auseinanderzusetzen.

Psychiatrische Angebote und Systemstrukturen und deren Prozesse aus Nutzersicht verbessern

Es gibt für mich zwei Arten der Selbsthilfe. Erstens die direkte Form, die persönliche Problematiken zum Thema hat, und zweitens die mehr indirekte, das heißt, die das Ziel hat, die psychiatrischen Angebote und die Systemstrukturen und deren Prozesse aus Nutzersicht zu verbessern. Einfach gesagt: aktiv die Psychiatrie zu verbessern, was letztendlich allen Beteiligten zu Gute kommt. Eine Möglichkeit ist dabei, als unabhängiger Interessenvertreter tätig zu werden, aber auch als

Rainer Höflacher
Informatiker, Psychiatrieerfahren seit 1981, EU-Rentner seit 1996, Geschäftsführer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg, Vorstand Offene Herberge.

Angestellter einer Organisation kann dies erreicht werden.

2008 absolvierte ich im ersten Train-the-Trainerkurs die Qualifizierung zum EX-IN-Ausbilder. Für mich liegt EX-IN, die Weiterbildung für Psychiatrieerfahrene, die dazu befähigt in der Psychiatrie bezahlt tätig zu werden, im Grenzbereich zur Selbsthilfe. Die Entscheidung sich als GenesungsbegleiterIn ausbilden zu lassen, ist nicht nur unter dem Aspekt des Geldverdienens zu sehen, sondern bedeutet persönliche Weiterentwicklung. Vor allem der intensive Austausch mit anderen Kursteilnehmern führt zu mehr Bewusstheit, Orientierung und nicht zuletzt zu wertvollen menschlichen Begegnungen. In dieser Hinsicht ist EX-IN praktizierte Selbsthilfe. In der späteren Tätigkeit geht es dann um bezahlte Arbeit, was eng gesehen nichts mit Selbsthilfe zu tun hat.

Ist Selbsthilfeengagement Arbeit?

Es stellt sich die Frage, inwieweit es sich beim Engagement in der Selbsthilfe überhaupt um Arbeit handelt? Dies möchte ich ganz klar mit „Ja“ beantworten. Ich war zwar elf Jahre ehrenamtlich tätig, aber mir war es wichtig verantwortlich, kontinuierlich und zuverlässig zu sein. Das bedeutet, dass man nicht frei entscheiden kann, sondern Verpflichtungen eingeht, die es gilt einzuhalten. Grundsätzlich sollte das was man tut Freude machen, aber das heißt nicht, dass man sich nicht

immer wieder auch überwinden muss und es auch Phasen des Motivationsverlustes gibt. Ich bin der Meinung „Arbeit muss auch immer wieder weh tun“. Es ist nachgewiesen, dass das Durchhaltevermögen der wichtigste Faktor für Erfolg ist – noch vor Kompetenz und Intelligenz. Ich war während meines Engagements oft in der Klinik, nicht selten auch deswegen, weil ich nicht auf meine Grenzen achtete. Trotzdem hielt mich das nicht davon ab immer wieder weiter zu machen. Ich hatte etwas für mich gefunden, woran mein Herz wirklich hing und das ist, von der Liebe abgesehen, die schönste Arbeits- vielleicht sogar Lebenserfahrung, die gemacht werden kann – was ich jedem wünsche.

Karriere und Konkurrenz in der Selbsthilfe

Hier schließt sich zugleich die nächste Frage an. Das Engagement in der Selbsthilfe ist unter anderem geprägt vom Wunsch andere Menschen mit Erfahrung mit seelischen Krisen zu unterstützen. Das verbindet alle in der Selbsthilfe Tätigen. Darf da Erfolgsstreben im Sinne einer Art geschäftlichen Karriere für Selbsthilfeaktivisten eine Rolle spielen? Zuerst klingt es unverständlich bei Selbsthilfearbeit von Karriere und Konkurrenz zu sprechen, denn der Gemeinschaftsgedanke widerspricht dieser Denkweise –nur: wir sind eben alle nur Menschen. Es gibt nur ganz wenige Personen – wenn überhaupt – die ohne Anerkennung an einem Ziel festhalten und uneigennützig tätig sind. Gerade wenn der übliche berufliche Weg zum Erfolg nicht mehr möglich ist, kann die Arbeit in der Selbsthilfe diesen ersetzen. Verlusterfahrungen und Misserfolge können dadurch kompensiert, gesellschaftlicher Status gewonnen und neuer Lebenssinn gefunden werden. Dazu kommt, dass es in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener relativ wenige Menschen gibt, die denselben Weg gehen und die Chance schnell weiter zu kommen ziemlich groß ist.

Erst in letzter Zeit werden es mehr, die in der Psychiatrie auch bewusst ihre berufliche Zukunft planen. Ich halte es für sehr wichtig, dass in der Selbsthilfe der finanzielle und persönliche Erfolg nicht die Basis aller Aktivitäten ist und vor allem, dass der zugrundeliegende Konflikt immer wieder reflektiert wird. Das erste Ziel, die Situation von Psychiatrieerfahrenen zu verbessern, sollte immer im Vordergrund stehen. Dass auf dem Weg dorthin auch persönlicher und finanzieller Nutzen gezogen wird, ist in Ordnung. Es ist noch relativ einfach – auch wenn eine gewisse menschliche Reife dazu gehört – den Anderen Erfolg zu gönnen, wenn alle ehrenamtlich tätig sind. Aber wie wird sich die Gemeinschaft der Psychiatrieerfahrenen entwickeln, wenn es ums Geld geht; wenn Psychiatrieerfahrene um Jobs konkurrieren? Nicht selten leben Psychiatrieerfahrene von Grundsicherung, Hartz IV oder einer kleinen Rente – da fällt es schwer, großzügig zu sein. Vielleicht ist das der Preis den wir dafür zahlen müssen mit Hilfe von Psychiatrieerfahrung in bezahlte Arbeit zu kommen. Das Gefühl, dass die Psychiatrieerfahrenen eine emotional verbunden Gemeinschaft sind, wird dann vielleicht vom Streben nach der Erfüllung individueller Bedürfnisse abgelöst. Wenn ich an die vielen Streits innerhalb der organisierten Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener denke, zweifle ich manchmal jetzt schon am Zusammenhalt dieser Gruppe.

Es gibt nur ganz wenige Personen, die ohne Anerkennung an einem Ziel festhalten.

Krankheits- und Genesungserfahrung als Berufsqualifikation

Wenn wir gerade dabei sind, Psychiatrieerfahrene als Arbeitnehmer zu betrachten, dann stellt sich auch die Frage, ist es legitim eine berufliche Laufbahn auf eine Weiterbildung von etwa 300 Stunden aufzubauen? Ist es legitim Erfahrungswissen als einzige Kompetenz für beruflichen Erfolg anzusehen? Die EX-IN-Weiterbildung verzichtet bewusst weitgehend auf die Vermittlung von theoretischem Fachwissen, sondern legt den Fokus auf Selbsterforschung, den Übergang vom ICH-Wissen zum WIR-Wissen und der Fähigkeit dieses Erfahrungswissen für andere nützlich anzuwenden. Es ist eine ganz andere Sicht der Welt, Erfahrung als berufliche Qualifikation zu werten und nicht Diplome oder Doktortitel. Einige von uns haben sich durch jahrelange Beschäftigung mit psychiatrischen Themen ein beachtliches Wissen angeeignet, aber grundsätzlich befähigt die EX-IN-Qualifikation je nach Einsatzort nicht zu fachlich anspruchsvollen Tätigkeiten. Viele EX-INlerInnen nutzen frühere Ausbildungen, wenn sie in Organisationen arbeiten. Leider gibt es viele unter uns, denen es nicht gelungen ist mit oder vor der Erkrankung sich qualifiziert ausbilden zu lassen. Diesen Menschen kann EX-IN eine Basis sein weitere Schulungen anzustreben. Vielleicht könnten für diesen Personenkreis sogar spezielle Kurse entwickelt werden. Der bisherige Erfolg gibt EX-IN Recht. Schon jetzt hat Peer-Support, was so viel wie „Unterstützung durch Gleiche“ bedeutet, die deutsche Psychiatrie verändert und wird es weiter tun.

„Wie ist es, wenn ich meine Erkrankung zu meinem Beruf mache?“

Neben Arbeitsmarktfragen tun sich aber auch ganz persönliche auf. Wie ist es, wenn ich meine Erkrankung zu meinem Beruf mache? Werde ich da nicht immer wieder schädlich für mich mit meiner Krankheit konfrontiert? Definiere ich mich selbst dann hauptsächlich nur über meine Erkrankung? Ist so Inklusion überhaupt möglich? Dies sind Fragen, die individuell zu klären sind. Ich kann nur sagen, wie ich sie für mich selbst beantwortet und teilweise auch verdrängt habe.

Für das Wichtigste halte ich meine feste Überzeugung, dass ich von meinem Weg sehr profitiert habe und immer noch profitiere - und dass Andere ebenfalls davon profitieren. Sei es dadurch, dass wir beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener als Interessenvertreter aus der Betroffenensicht positiven Einfluss auf die Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen genommen haben, dass wir durch den nutzergeführten Selbsthilfeverein Offenen Herberge die Psychiatrie um alternative, psychosoziale Angebote wie Ambulant Betreutes Wohnen und eine Kontakt- und Begegnungsstätte ergänzt haben oder nicht zuletzt EX-IN in Baden-Württemberg etabliert haben. Hier könnte ich noch viele weitere Projekte und Initiativen nennen.

Es stimmt, dass die intensive Arbeit

in der Selbsthilfe mir die Inklusion erschwert hat - manchmal nenne ich mich scherzhaft „Inklusionsversager“. Mein Bekannten- und Freundeskreis setzt sich ausschließlich aus Psychiatrie-Erfahrenen zusammen. Sicherlich entgehen mir da ganz viele Themen und Impulse, aber ehrlich gesagt vermisse ich das nicht wirklich. Ich fühle mich wohl in meiner Nische und meinem Schutzraum. Und ist die Welt, die uns angeboten wird, wirklich so lebenswert und attraktiv? Ich will nicht falsch verstanden werden, ich bin nicht gegen Inklusion und viele Psychiatrieerfahrene wünschen sich diese sehr. Aber inzwischen habe ich mir mein Leben so eingerichtet, dass es mir gut geht und das mit der Inklusion gehe ich ganz langsam an – wenn überhaupt. Und ich will nicht zur Inklusion gönnerhaft gezwungen werden.

„Das mit der Inklusion gehe ich ganz langsam an – wenn überhaupt.“

Dass ich immer wieder mit meinen seelischen Problemen konfrontiert werde, schadet mir meines Erachtens nicht. Ich erleide weder Retraumatisierungen, noch wühlt es mich sonderlich auf von meinen Erlebnissen zu sprechen. Im Gegenteil, ich bemühe mich, manche Erfahrungen nicht zu vergessen, da ich mir dadurch ein Gefühl für die Leiden anderer Menschen erhalte, was auch meiner Empathiefähigkeit nutzt.

So kritisch das auch gesehen werden kann, so ist meine Arbeit in der Selbsthilfe ein Lebensinhalt geworden, auf den ich nicht mehr verzichten will und kann. Ich habe dadurch so viel an Selbstbewusstsein und Selbstwert erlangen können und eine für mich sinnvolle Aufgabe gefunden, wo ich mir Kompetenzen erworben habe, dass ich mir nicht mehr vorstellen kann, mich vergleichbar intensiv mit etwas anderem zu beschäftigen. Es ist wichtig, dass dies in unserem Gesundheitswesen möglich ist und ich bin mir sicher, dass das allen nutzt.

Kritische Haltung und Instrumentalisierung

Sehe ich eigentlich bei den vielen Jahre in der Nähe zu Fachpersonen Psychiatrie immer noch kritisch? Mein Weg ist es, andere Meinungen und Standpunkte zu reflektieren und zu akzeptieren und dahinter immer auch den Mensch in seiner persönlichen (Zwangs-)Lage zu sehen. Allerdings muss ich aufpassen, aufgrund eines übergroßen Wunschs Verständnis aufzubringen, nicht dem Konflikt auszuweichen. Faktoren wie eine gewisse Verehrung von Autoritäten und die Angst nicht mehr geschätzt zu werden, spielen dabei auch eine Rolle. Darüber hinaus haben sich Sympathien und persönliche Wertschätzung zu Fachpersonen ergeben, die es schwer machen, sich vom System nicht vereinnahmen zu lassen.

Die Gefahr der Instrumentalisierung darf nie außer Acht gelassen werden. Vor allem seit der politische Trend immer mehr in Richtung Partizipation und Nutzerbeteiligung geht, werden sich Fachpersonen zunehmend bewusst, dass Psychiatrie-Erfahrene starke Bündnispartner sein können und versuchen diese manipulativ für sich zu gewinnen. Es gibt auf der anderen Seite Stimmen aus dem Profilager, die sagen, der Einfluss der Psychiatrieerfahrenen darf gerade deswegen nicht zu groß werden. Dieses Argument ist für mich der Beweis, dass Psychiatrieerfahrene nicht ernst genommen und unterschätzt werden. Solange wir, die Psychiatrieerfahrenen, uns der Gefahr bewusst bleiben ausgenutzt und manipuliert zu werden, können wir solche Versuche durchschauen und dementsprechend reagieren. In vielen Fällen sind meine psychiatriepolitischen Ziele nämlich identisch mit denen der Profis. Was spricht da dagegen, sich zu verbünden und diese gemeinsam anzugehen?

Nutzerperspektive und Tetralog als Arbeitsbasis

Meine ganze psychiatriepolitische Arbeit beruht auf zwei Grundannahmen. Erstens, dass die Integration der Nutzerperspektive notwendig ist und die Psychiatrie zum Nutzen aller besser macht. Und zweitens, dass nur das Arbeiten im Tetralog Sinn macht, das heißt, indem die Fachpersonen, die Angehörigen psychisch eingeschränkter Menschen, engagierte Bürger und die Psychiatrieerfahrenen sich auf gleicher Augenhöhe austauschen und gemeinsame Ziele gemeinsam durchsetzen. Diese Sichtweise ist die Basis meiner Arbeit seit 16 Jahren.

Nachtrag

Das Geschriebene liest sich wie eine einzige Erfolgsgeschichte, aber auch heute noch gibt es für mich Phasen, in denen ich psychisch – ich denke schon überdurchschnittlich – leide. Trotz aller Leistungsbereitschaft und Erfolg verdanke ich der finanziellen und psychischen Entlastung durch meine Rente einen Großteil meines Wohlergehens. Dafür bin ich dankbar. Viele haben dieses Glück nicht.

Betroffene in der psychiatrischen Forschung

Infragestellung oder Erweiterung des biomedizinischen Diskurses?

Von Jasna Russo

Menschen, die als verrückt oder psychisch krank bezeichnet werden, haben in der Forschung für gewöhnlich die Rolle der zu beforschenden Subjekte. Es sind immer die anderen – die Experten – die die Theorien bilden und das Deutungsmonopol auf menschliche Krisen und Zustände haben. Dieser Beitrag untersucht die Art und Weise, wie sich diese Rollenaufteilung in der Wissensproduktion um Verrücktheit auch in Zeiten der Inklusion und innerhalb der Partizipationsmodelle fortsetzen kann. Der besondere Fokus liegt auf der Frage, inwieweit Beteiligungsmethoden à la EX-IN zu substanziellen Änderungen in der Forschung führen können.

Jasna Russo
Langjährige Aktivistin in der internationalen Bewegung von Psychiatriebetroffenen. Sie ist Diplom Psychologin und arbeitet selbständig in den Bereichen Forschung und Fortbildung. Email: contact@jasnarusso.com

Die herkömmlichen Umgangsweisen mit Verrücktheit, die sich von Gesellschaft zu Gesellschaft und durch historische Epochen unterschieden haben, werden durch die globale Psychiatrisierung immer ähnlicher. Trotz seiner kaum vorhandenen wissenschaftlichen Fundierung bleibt der biomedizinische Diskurs um ‚psychische Krankheit' der deutliche Gewinner – gestützt von der Pharmaindustrie. Parallel dazu existiert in allen Gesellschaften und durch alle Epochen hindurch, das Wissen der Menschen, die als verrückt oder psychisch krank bezeichnet werden.

Psychiatriebetroffene wechseln von Objekten der Behandlung zu Träger und Trägerinnen der subjektiven Erfahrungsgeschichten.

Da dieses Wissen mit diversen Mitteln vereinzelt, marginalisiert und auch zum Schweigen gebracht wird, kann nicht von einem einheitlichen Gegendiskurs gesprochen werden. Wenn die Schriften von psychiatrisierten Autoren und Autorinnen in der offiziellen Wissensproduktion überhaupt Beachtung finden, werden sie als biographisch oder subjektiv bezeichnet und dienen als Ergänzung der klinischen Sichtweisen. Auch Psychiatriebetroffene akzeptieren zunehmend diese Anordnung in subjektiv und objektiv, in persönlich und wissenschaftlich und wechseln von Objekten der Behandlung zu Träger und Trägerinnen der subjektiven Erfahrungsgeschichten. Das magische Wort ‚Peer' taucht in diesem Zusammenhang auf als Korrektiv für all die historischen Ungerechtigkeiten. Peers sollen das psychiatrische System humanisieren und die psychiatrische Forschung demokratisieren. Geht das wirklich? Oder ist diese neuerlich erfundene Rolle möglicherweise viel zu klein und viel zu vor-definiert, um die Breite und Tiefe des Erfahrungswissens zu fördern? Ist sie vielleicht sogar gar nicht dafür geeignet, das Potenzial von Erfahrungswissen frei zu machen, uns dorthin zu bringen, wohin uns die Psychiatrie nicht bringen kann?

Von anderen diskriminierten gesellschaftlichen Gruppen wissen wir, dass es Akademiker und Akademikerinnen aus ihren eigenen Reihen und aus ihren jeweiligen politischen Bewegungen waren, die letztendlich die Wissenschaft über ihr Leben umdefiniert und endgültig geändert haben. So entstanden Frauenstudien, Queer Studies, Black Studies und nicht zuletzt Disability Studies. In Zeiten, wo sich auch Mad Studies (LeFrancois et al., 2013) trotz vieler Hindernissen rapide verbreiten – beginnt die deutsche Psychiatrie erst einmal, uns in die Forschung zu „holen" (Hinrichs, 2015).

Verführerische Beteiligungsmodelle und Peer Industrie

Die Zeitdiskrepanz zwischen Entwicklungen in Deutschland und einigen anderen Ländern ist nichts Neues. Was dabei jedoch erstaunt, ist, dass 20 Jahre später genau die Wege beschritten werden müssen, die sich als fragwürdig erwiesen haben und als solche auch bilanziert und analysiert wurden. So wird die britische Situation, wo die Mitwirkung von Psychiatrieerfahrenen eine der Voraussetzungen für Forschungsfinanzierung darstellt, als ausschließlich positiv und erstrebenswert hervorgehoben. Solche plakativen Darstellungen ignorieren die Realität, dass auf solche Art angeordnete Partizipation in einem ohnehin kompetitiven Feld wie der Forschung auch zu problematischen Entwicklungen füh-

ren kann. Häufig mündet eine solche Vorschrift in Alibi-Beteiligungen, die hauptsächlich zum Zwecke der Antragstellung entstehen und weder eine substanzielle Auseinandersetzung mit dem möglichen Beitrag der Betroffenen beinhalten, noch die dafür notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Wenn aus deutscher Perspektive in die Richtung anderer Länder geblickt wird, dann ist wichtig nicht nur Modelle zu übernehmen, die vor zwei Jahrzehnten vielversprechend waren – sondern auch in Betracht zu ziehen, wie sich diese Modelle in der Praxis bewährt haben. Darüber stehen genügend Berichte und Analysen zur Verfügung sowie die jüngsten Bemühungen, Beteiligungsstandards zu entwickeln (Faulkner, 2015).

Wozu die Trennung zwischen Forschern und Forscherinnen auf der einen und Psychiatriebetroffenen auf der anderen Seite?

Bereits im Jahr 2002 unterscheidet Peter Beresford zwischen demokratischem und konsumierendem Verhalten in Bezug auf die Beteiligung von Betroffenen in Forschung und Evaluation. Auf ein endgültiges Werturteil verzichtend, plädiert dieser Autor vielmehr für die Wichtigkeit der Differenzierung dieser beiden Herangehensweisen angesichts ihrer unterschiedlichen Entstehungsgeschichten und Leitgedanken. Was er mit Konsumverhalten in diesem Zusammenhang bezeichnet, hat seinen Ursprung in der Marktforschung, zielt auf ‚Produktverbesserung' und setzt Betroffene in erster Linie in einer beratenden Rolle ein, sowie ausschließlich in der Phase der Datenerhebung.

Ein demokratisches Verständnis von Beteiligung kommt eher von Organisationen der Betroffenen und entspricht ihren allgemeinen politischen Forderungen. Bezogen auf Forschung bedeutet das Bestimmung und Handlungsmacht in allen Entscheidungsprozessen und Forschungsphasen. Diese beiden Grundeinstellungen sind in ihrer praktischen Umsetzung häufig nicht klar trennbar. Der Versuch sie zu trennen, war jedoch ein relativ frühes und klares Plädoyer für die Überprüfung von Zielen und Methoden der Partizipation. Ein Jahrzehnt später bietet die Buchpublikation Mental Health Service Users in Research (Staddon, 2013) einen umfangreichen Einblick in die Entwicklung und die konkrete Umsetzung verschiedener Partizipationsmodelle in der psychiatrischen Forschung. Diese wertvolle Sammlung befasst sich mit der zentralen Frage, ob die Mitwirkung von Betroffenen in der Forschung sich in der Lage gezeigt hat, neues Wissen zu generieren. Eine Vielzahl der Projektberichte und ihre Auswertung ist ernüchternd. So weist zum Bespiel der klinische Forscher Hugh Middleton auf die Parallelen hin zwischen der Rollenverteilung in der psychiatrischen Behandlung und in der Forschung. Er beschreibt, wie die klassische Rolle der „Kranken" ihre Fortsetzung in der Rolle als Peer in der Forschung findet. Aus vielen Beiträgen wird klar, dass die Beteiligungsinitiativen von bestehenden Machtverhältnissen entscheidend geprägt werden und dass akademische Strukturen an sich nicht für einen ernsthaften Einbezug des Erfahrungswissens geeignet sind. Patsy Staddon, psychiatriebetroffene Forscherin und Herausgeberin dieses Buches, schreibt in ihrem Schlusswort: „Wir werden uns eher damit befassen müssen, wie wir ‚den Betrieb übernehmen' und die Produktionsmittel, als andere darin zu beraten, welche Werkzeuge sie am besten anwenden sollen. (Marx, 1967, 172)."

Die Mitarbeit von Psychiatriebetroffenen in der Forschung begann eigentlich mit der ‚Übernahme des Betriebs' und der Gründung von eigenen Projekten. Betroffenenkontrollierte Forschung war sowohl in Großbritannien als auch in Deutschland die erste Form der Mitarbeit von Betroffenen in der Forschung (Faulkner, 1997; Faulkner und Layzell 2000; Rose, 2001; Russo und Fink, 2003; Lorenz et al. 2007; Russo et al. 2009). Die Erfolge der ersten Projekte in Großbritannien wurden schnell durch den Trend zur Beteiligung ersetzt. Da diese Entwicklung samt ihrer positiven und negativen Konsequenzen bekannt ist, könnte man annehmen, dass sich die Geschichte in Deutschland nicht wiederholen müsste.

EX-IN reproduziert bestehende Hierarchien

Mit der Erweiterung von EX-IN im Forschungsbereich setzt jedoch genau die gleiche Strategie ein: Statt darauf aufzubauen, was die betroffenenkontrollierten Studien methodisch und inhaltlich schon erreicht haben, bevorzugt das Projekt EmPeeRie den Trialog und fängt von Null an. Es zielt explizit auf Psychiatrieerfahrene ohne Forschungskenntnisse und ohne entsprechende Ausbildung ab. Ist das ein Zufall? Ohne die akademische Ausbildung zu idealisieren oder ihr einen höheren Stellenwert zu geben – es stellt sich die legitime Frage, wozu die Trennung zwischen Forschern und Forscherinnen auf der einen und Psychiatriebetroffenen auf der anderen Seite. Und wozu überhaupt die Annahme, dass es sich hierbei zwangsläufig um zwei getrennte Gruppen handeln muss?

Die Ideologie von EX-IN – ob beim Einbezug von Psychiatrieerfahrenen in Praxis oder Forschung – basiert auf der konsequenten Aufteilung in Professionelle und Peers. Für Letztere werden gesonderte Ersatzschulungen vorgesehen, die sie an eine niedrigere Anerkennung und Bezahlung festnageln. Auch wenn angeblich auf Änderungen ausgerichtet, reproduziert EX-IN auf diese Weise bestehende Hierarchien und sichert sie sogar ab. Für diejenigen, die über tatsächliche Qualifikationen verfügen und bei der Offenlegung ihrer Psychiatrieerfahrung mit den üblichen Vorurteilen zu kämpfen haben, ist das Angebot, ihren Beitrag auf den persönlichen Hintergrund zu reduzieren und als Paraprofessionelle zu agieren, nicht akzeptabel.

Dieses Szenario erinnert an den Spruch – „Wenn das die Lösung ist, möchte ich mein Problem zurück". Im Forschungszusammenhang bedeutet dies, auf die „Lösung" in Form der gesonderten Peer-Rolle zu verzichten und sich der Konkurrenz mit der konventionellen Forschung auszusetzen – in Bezug auf Fragestellung, methodische Herangehensweisen, Ethik und vor allem der Qualität der Beweisführung. Auch wenn es hierbei um einen ungleichen, schwierigen und alles andere als fairen Kampf um Anerkennung und Zugang zu Ressourcen geht – bleibt zumindest das langfristige Ergebnis offen, da unser Platz und die Reichweite unserer Arbeit nicht bereits im Vorhinein definiert und strukturell begrenzt werden.

Das Spiel ändern: emanzipatorische Forschung

Die Mitarbeit derjenigen, die seit Entstehung der Psychiatrie aus der organisierten Wissensproduktion um Verrücktheit prinzipiell ausgeschlossen wurden, birgt in sich das Potenzial, die Wissensbasis um Verrücktheit nicht nur zu ergänzen, sondern vollständig zu transformieren. Dass dies keine bloße Behauptung ist, zeigen die Ergebnisse unserer seltenen Forschungs-, konzeptionellen und Praxisarbeiten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine vollständige Transformation des biomedizinischen Krankheitskonzeptes in eine soziale Betrachtungsweise von menschlichen Krisen für die Disziplin Psychiatrie überhaupt zulässig ist. Alles spricht dafür, dass dies nicht der Fall ist und dass nur Erweiterungen und Innovationen denkbar sind, die das biomedizinische Modell nicht sprengen. Somit ist auch die Reichweite von Beteiligungsinitiativen im Voraus definiert. Sich darüber im Klaren zu sein, wäre schon mal ein wichtiger Schritt für alle Beteiligten. Er würde jedoch voraussetzen, dass die dominante psychiatrische Sichtweise überhaupt als solche gesehen wird und sich nicht als einzige Möglichkeit versteht.

Das biomedizinische Paradigma besteht nicht nur in der Annahme von biologischen Ursachen der Verrücktheit, sondern auch in der tradierten Trennung zwischen Expertise und Erfahrung. Dieser Aspekt ist von besonderer Bedeutung für die Forschung. Der Disability Theoretiker Mike Oliver betont die „sozialen Relationen der Forschungsproduktion“ (1992) und unterscheidet drei Hauptetappen in der Geschichte der Forschung: positivistische, interpretative und emanzipatorische. In diesem Zusammenhang bezweifelt er auch das Potenzial der qualitativen Forschung, gegen die positivistischen Paradigmen zu wirken: „Während sich mit dem interpretativen Paradigma die Spielregeln änderten, tatsächlich änderte sich nicht das Spiel selbst. Die interpretative Forschung hat noch immer eine relativ kleine Gruppe mächtiger Experten, die an einer relativ großen Gruppe entmachteter Subjekte arbeitet.“ (1992, 106)

Die Frage der ultimativen Deutungsautorität ist die zentrale Frage für alle, die in der Forschung arbeiten. Alleinige Identitätspolitik kommt hier zu kurz, da Psychiatrieerfahrene keine homogene Gruppe darstellen. Unsere Sichtweisen unterscheiden sich erheblich, nicht zuletzt bezüglich des Krankheitsmodells. Es gibt Selbstvertretungsorganisationen, die das biomedizinische Erklärungsmodell grundsätzlich akzeptieren und es gibt politische Selbsthilfe, die jenseits der einzelnen Diagnosen arbeitet und für soziale und rechtliche Änderungen im größeren Rahmen eintritt. Letztere scheint es immer weniger zu geben.

Die Zusammenarbeit mit Psychiatriebetroffenen strebt an, neues Wissen zu erlangen.

Wenn die Zusammenarbeit mit Psychiatriebetroffenen anstrebt, neues Wissen zu erlangen und das emanzipatorische Potenzial zu eröffnen, dann müssen die Arbeitsprämissen in einem gemeinsamen Prozess gründlich überprüft werden. Unter anderem schließt das die Fragen der Ethik, Rollenaufteilung und Methoden mit ein. Forschungspartnerschaften, die sich nicht nur um Identitäten der Forschenden, sondern vor allem um gewisse Grundsätze und Prinzipien bilden – und die auch nichtpsychiatrische Disziplinen einbeziehen – sind vielleicht ein guter Weg, den Flirt mit den Peers zu beenden und Wissensproduktion um Verrücktheit und psychische Not auf ein anderes Niveau zu heben.

Literatur

Beresford, Peter (2002), User involvement in research and evaluation: Liberation or regulation, in: Social Policy & Society 1(2), 95–105.

Das EmPeeRie Projekt – Empower Peers to Research (2015), http://www.psychenet.de/

Faulkner, Alison (1997), Knowing our own minds, Mental Health Foundation, London

Faulkner, Alison; Layzell, Sarah (2000), Strategies for living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress, Mental Health Foundation, London

Faulkner, Alison (2015), 4PI National Involvement Standards, National Survivor User Network (NSUN), London

Hinrichs, Anke (2015), Forschung von Betroffenen für Betroffene, in Eppendorfer 11, S.4

LeFrancois, Brenda; Menzies, Robert; Reaume, Geoffrey, Hrsg. (2013), Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies, Canadian Scholars' Inc, Toronto

Lorenz, Annette; Russo, Jasna; Scheibe, Florian (2007), Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe, Für alle Fälle e. V. Berlin

Marx, Karl (1967), Capital. Vol. 1. New York: International Publishers.

Middleton, Hugh (2013), Mental health service users' experiences and epistemological fallacy, in: Staddon, Patsy (Hrsg.) Mental Health Service Users in Research. Critical sociological perspectives, Policy Press, Bristol, 11–23.

Oliver, Mike (1992), Changing the social relations of research production, in: Disability, Handicap & Society 7 (2), 101–114.

Rose, Diana (2001), Users' Voices. The perspectives of mental health service users on community and hospital care, The Sainsbury Centre for Mental Health, London

Russo, Jasna; Fink, Thomas (2003), Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen, Der PÄRITÄTISCHE Berlin

Russo, Jasna; Scheibe, Florian; Hamilton, Sandra (2009), Versuch einer Einmischung. Bericht der Praxisarbeit, Für alle Fälle e. V. Berlin

Staddon, Patsy, Hrsg. (2013), Mental Health Service Users in Research. Critical sociological perspectives, Policy Press, Bristol

Selbsthilfe bei Angehörigen

Von Irmela Boden

Dieser Artikel beleuchtet die Selbsthilfe für Angehörige. Von den Wurzeln der Selbsthilfebewegung, über Reformbestrebungen der Psychiatrie durch Einführung des Trialogs, bis hin zur Ausbildung von Angehörigen zum EX-IN Angehörigenberater. Dabei wird der Fokus auf den Gedanken der mitmenschlichen Bindung und Beziehung gelegt und der Frage nachgegangen, inwiefern EX-IN für Angehörige diesen Gedanken aufgreifen und vertiefen kann.

Irmela Boden
Mitverantwortliche EX-IN Trainerin in der laufenden Angehörigenfortbildung, Tanz-und Gestalttherapeutin, Heilpraktikerin

Das Angehörigsein sucht man sich nicht aus. Damit wird man konfrontiert, spätestens mit der Diagnose durch einen Arzt. Das war bei mir im Alter von 16 Jahren, 1964, als mein Vater an Schizophrenie erkrankte, in den Kliniken noch die Nachkriegszustände herrschten und die Geistesgestörtheit kein Thema für die Öffentlichkeit war. Die Familie mit einem kranken Mitglied verschwand einfach von der Bildfläche. Die Reformbestrebungen der Psychiatrie registrierte ich nur am Rande, wie die Unterbringung meines Vaters in einem modernen Teil – halb geschlossen – der Landesklinik oder die neuen Psychopharmaka.

Angehörige sind die ursprünglichsten Mitmenschen eines erkrankten Familienmitglieds.

Andere Angehörige kannte ich nicht. Meine Mutter erzählte später von ihren „Toilettengesprächen“ als einzige Möglichkeit während der Besuchsaufenthalte in der Klinik mit anderen Angehörigen Erfahrungen auszutauschen. Daraus ist leider nie mehr entstanden, weil mein Vater zeitlebens krankheitsuneinsichtig blieb und sich jede Einmischung in unser Familienleben verbat. Wir haben uns alle stumm unter das Diktat der Krankheitsverhinderung gebeugt.

Angehörige litten und leiden nicht zuletzt an der Entfremdung und Ablehnung durch den erkrankten Familienangehörigen. Sie brauchen Begleitung, wenn sie erstmals mit der Erkrankung konfrontiert sind oder wenn die Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt des erkrankten Angehörigen ansteht. Sie brauchen in einem Gesprächsangebot die Annahme durch ein verstehendes, mitfühlendes Gegenüber, damit Einsamkeit, Schuldgefühle, Erschöpfung, Mangel an Selbstachtung angesehen werden können. Betroffene Angehörige brauchen Ermutigung und Unterstützung, sich dem eigenen Leben wieder zuzuwenden, ohne den Kontakt zum erkrankten Familienmitglied aufgeben zu müssen. Es erstaunt betroffene Angehörige zutiefst, wenn sie nicht „mehr“ machen müssen, sondern „weniger“. Die Selbsthilfe durch Wohlfühlen kommt indirekt ihrem erkrankten Angehörigen zugute, der „am Bändel“ hängt. Solche Gesprächsangebote sind leider keine Selbstverständlichkeit. Bis dorthin erstreckt sich ein langer Weg.

Selbsthilfebewegung der Angehörigen

Als Begründer der Angehörigenbewegung gelten Fridburg Lorenz, Hildegunt Schütt, Lotte Mucha und Susanne Heim. In der Diplomarbeit von Sabine Hummitzsch „Angehörige machen sich auf den Weg“ (Wiesbaden 2002) werden diese Mütter von erkrankten Kindern interviewt. Mutig stellten sie sich gegen herrschende Krankheitstheorien, wie die der schizophrenogenen Mutter, die in der Kriegszeit / Nachkriegszeit vorherrschte und die Mutter-Kind-Bindung pathologisierte und noch nicht endgültig von der Bildfläche verschwunden ist. Sie beschreiben, wie sie Gelassenheit lernten und von dem Wunsch getrieben waren ihre Erfahrungen weiter zu geben. Durch die Interviews entfaltet sich ein vielschichtiges Bild der Wurzeln der Angehörigenbewegung. Man muss sie eingebettet in ihrem Zeitgeist der Aufbruchstimmung der 1968er-Jahre sehen. Diese Zeit war von gesellschaftlichen und studentischen Unruhen geprägt, die sich gegen starre Strukturen, den Vietnamkrieg, die bestehende Sexualmoral und die Nichtaufarbeitung des Nationalsozialismus richteten und für Toleranz und Liberalität für alle Menschen, auch der Randgruppen, eintraten.

Auch die Psychiatrie öffnete sich, bewegte sich weg von der menschenunwürdigen Verwahranstalt hin zu einem humanen Umgang mit den psychisch erkrankten Menschen. Anstöße dazu kamen aus dem Ausland: Frankreich, England, USA. Angehörige wurden Teil dieser Reformbewegung. 1970 gründete sich die erste Angehörigengruppe in Deutschland: der „Stuttgarter Aktionskreis von Angehörigen psychisch Kranker“. 1973 wurde durch Klaus Dörner in der Tagesklinik Hamburg Eppendorf eine expertengeleitete Angehörigengruppe gegründet. 1985 wurde dann in Bonn der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet, der sich 2015 zum „Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen“ umbenannte. Unter dem Leitgedanken: „Mit psychisch Kranken leben – selbstbewusst und solidarisch“ haben Angehörige viel bewegt: Selbsthilfe und Hilfe für den erkrankten Angehörigen stehen auf dem Programm,

dazu Lobbyarbeit und Aufklärung. Das Herz der Bewegung sind und bleiben die Selbsthilfegruppen. Hier erleben Angehörige Solidarität, Hilfe und Rat. Über die Verbandsstrukturen sind Angehörige auf Ortsebene, in jedem Bundesland und auf Bundesebene präsent. Man findet sie als Interessenvertreter in vielen Gremien der Gesundheitspolitik, in den Organisationen des psychiatrischen Gesundheitswesens und in gemeindepsychiatrischen Projekten. Insgesamt ist diese reichhaltige Aktivität als wichtige Basis für die Einbeziehung der Angehörigen in weitere Reformbestrebungen in der Psychiatrie unverzichtbar.

Neue Entwicklungen in der Psychiatrie – der Trialog

Vorurteile bestimmten lange Zeit den Blick der Fachkräfte auf die Angehörigen: Es herrschte das Bild der Mitschuld vor. Im Fokus stand der Erkrankte, der erst durch seine Familie krank gemacht wurde. Die Angehörigen sollten den richtigen Umgang mit der Erkrankung erlernen. Umgekehrt erlebten Angehörige die professionellen Fachkräfte oftmals als ungeduldig und gereizt. Im Trialog, dem Austausch an Erfahrungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Fachkräften, konnte und kann all das zur Sprache kommen und ein gegenseitiges Verständnis entstehen. Die subjektive Sicht auf psychische Krankheit weitet den Blick auf den Menschen hinter der Krankheit und damit auch den Blick auf die zwischenmenschliche Ebene im Lebenszusammenhang. Im Trialog spricht jeder von sich und seinen Erfahrungen. Ein jeder spricht über Erlebnisse, statt von Symptomen. So entwickelt sich ein Dreiklang an Sichtweisen aufgrund verschiedener Perspektiven. Dieses niederschwellige Angebot ist ein Türöffner und ein Erfahrungsraum für einen respektvollen Umgang miteinander.

EX-IN (Experienced Involvement) für Angehörige

Die EX-IN Qualifizierung für Psychiatrie-Erfahrene gibt es nun schon seit zehn Jahren, d.h. ein reichhaltiges Erfahrungswissen aus durchlebter Krisenerfahrung fließt in die Psychiatrie zurück und verstärkt die Hoffnung auf Genesung bei psychisch erkrankten Menschen. Aus dem trialogischen Grundgedanken heraus ist es nur folgerichtig, dass eine EX-IN Qualifizierung auch für Angehörige entwickelt wird, um diesem Hoffnungsansatz noch mehr Nachhaltigkeit zu verleihen.

In Hamburg ist 2013 ein erster Pilotkurs EX-IN für Angehörige innerhalb des Peer Projektes, unter der Leitung von Gyöngyvér Sielaff, im Psychenet-Programm erprobt worden. Derzeit läuft ein weiterer Kurs, und es wird ein Curriculum erstellt. Die Fortbildung führt zur Zertifizierung als Angehörigenberater und Angehörigenberaterin und hat das Ziel, ein qualifiziertes Angebot für die Begleitung betroffener Angehöriger zu schaffen. Damit ließe sich eine Lücke im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem schließen. Ein entsprechendes Angebot ist bereits erfolgreich in Hamburger Kliniken etabliert.

Die aktuelle Angehörigenfortbildung war ausgeschrieben für Väter, Mütter, Partner, Geschwister und auch erwachsene Kinder psychisch erkrankter Menschen. Auffällig ist bei Angehörigen die ständige Vergegenwärtigung des erkrankten Angehörigen, seine unsichtbare Präsenz. Angehörige brauchen die Erlaubnis, sich und den erkrankten Angehörigen im Blick zu haben, um das Gelingen oder Misslingen an Kommunikation anzuschauen. Darüber hinaus werden sie dazu befähigt zwischen den Perspektiven zu wechseln. Zur Qualifizierung gehört die Auseindersetzung mit den Konzepten Salutogenese, Empowerment und Recovery. Auch bei den Angehörigen ist der Glaube an und Hoffnung auf Gesundung ein zentrales Thema Sie können Hoffnungsträger für ihre eigene Familie werden - und ganz besonders auch für andere Angehörige, die sich in Not an sie wenden.

Fazit

DEN Angehörigen gibt es nicht. Es betrifft immer die ganze Familie. Als Vater, Mutter, Partner, Geschwister, Kind hat jeder sein eigenes Bindungsmuster mit dem erkrankten Familienmitglied, seine eigene Bindungsgeschichte. Jedes Mitglied in der Familie wird durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen anders in Mitleidenschaft gezogen. Nicht immer gelingt es die Bindung aufrechtzuerhalten. Ein für alle schmerzhafter Einschnitt. Angehörigenselbsthilfe ist in meinen Augen zunächst ein ganz persönlicher Weg zur Bewältigung. Alles zählt, was dazu beiträgt, eigene Lebensqualität zu erhalten, entwickeln und entfalten. Für mich führt die Arbeit mit Angehörigen im Rahmen von EX-IN zur Selbstannahme der eigenen Rolle in meiner Familie und meinem Gewordensein, sowie zum Gewahrsein der anderen Familienmitglieder ohne die Kategorien von Richtig und Falsch. Im Trialog spreche ich mit fremden Angehörigen, fremden Erkrankten, fremden Fachkräften, die nicht aufeinander bezogen sind. Durch EX-IN für Angehörige gelingt meines Erachtens die Übertragung des Miteinandersprechens in die Familie hinein, freier als je zuvor. Eine bessere Antistigma-Arbeit als der gelassene Umgang mit einem erkrankten Familienmitglied in der eigenen Familie kann ich mir nicht vorstellen.

Informationen zur Angehörigenfortbildung:

http://www.ex-in-hamburg.de, EX-IN Projekt Hamburg, Leitung Gyöngyvér Sielaff.
UKE – Akademie für Bildung & Karriere, Hamburg

Literatur

Sabine Hummitzsch, „Angehörige machen sich auf den Weg". Eine Befragung von Zeitzeugen zu den Anfängen der Angehörigenbewegung psychisch kranker Menschen. Diplomarbeit, Fachhochschule Wiesbaden 2002.

Internetseite des Bundesverbandes der Angehörigen: **www.psychiatrie.de**/familienselbsthilfe. Letzte Aktualisierung 08.05.2015

Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock, Andrea Winter (HG); „Experten aus Erfahrung", Peerarbeit in der Psychiatrie: Psychiatrie Verlag 2016.

S. Bolkan, M. Lamparter, „Angehörige als Peerberaterinnen". Artikel in Nervenheilkunde, Heft 4, 2015, S. 263

Themenheft „Auf Augenhöhe: Peerbegleitung – eine neue Chance"

Zuverdienstangebote für psychisch kranke Menschen

Ein Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft

Von Christian Gredig

Zuverdienstangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen bieten seit vielen Jahren die Möglichkeit, trotz Erwerbsminderung oder eingeschränktem Leistungsvermögen einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen und etwas Geld zur Rente oder zur Grundsicherung hinzu zu verdienen. Sie ermöglichen somit nicht nur einen Mehrwert für die in ihnen beschäftigten Personen (durch eine verbesserte Lebensqualität), sondern auch für eine inklusive Gesellschaft, in der „Anderssein“ nicht als Makel, sondern als Bereicherung erlebt wird.

Zielgruppe von Zuverdienstangeboten sind primär Menschen mit einer psychischen Behinderung, die

- erwerbsunfähig sind (Arbeitsfähigkeit unter 3 Stunden täglich) und/oder
- denen der strukturelle Rahmen der Werkstatt für behinderte Menschen sowohl zu regulierend (hinsichtlich der Ausgestaltung der Arbeitsprozesse) als auch zu umfassend (hinsichtlich der täglichen/wöchentlichen Anwesenheitsverpflichtung) ist.

Psychiatrische Anbieter zur Wohnbetreuung und Tagesstrukturierung sowie Selbsthilfeorganisationen weisen schon seit vielen Jahren auf einen zunehmenden Bedarf solcher niedrigschwelligen Zuverdienstangebote hin. Das hat mehrere Ursachen. Ein Grund ist die kontinuierlich steigende Zahl psychisch kranker und behinderter Menschen. So ist zum Beispiel der Anteil der psychisch bedingten Erwerbsminderungsrenten lt. Statistik der Deutschen Rentenversicherung in den Jahren 1996 bis 2013 von 20,1 % auf 42,7 % gestiegen. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer weist in einer Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in einer zusammenfassenden Betrachtung aller Krankenkassen auf die kontinuierlich steigenden Zahlen psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten hin. Ein weiterer Grund sind die zunehmend hohen Erwartungen und der Leistungsdruck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies erschwert eine (Wieder-) Eingliederung betroffener Menschen und verhindert somit die Teilhabe am Arbeitsleben.

Das Teilhabeangebot der WfbM kommt indes nur für einen Teil dieser Menschen als Alternative in Betracht. Zum einen, weil die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen u. U. als Stigmatisierung erlebt wird und zum anderen, weil das Beschäftigungsangebot hinsichtlich der Tätigkeiten und der Arbeitszeitregelungen in vielen Fällen nicht den Neigungen und Fähigkeiten der psychisch erkrankten Menschen entspricht. Auch die sozialpsychiatrischen Hilfsangebote und die Angehörigen der psychisch erkrankten Personen verfügen meist nur über begrenzte Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben. Das hat vielfach zur Folge, dass psychisch erkrankte Personen nicht beruflich teilhaben können, und ihr Leben ohne sinnstiftende Tätigkeiten verbringen müssen. Im Gegensatz zu den tagesstrukturierenden Angeboten der psychiatrischen Versorgungslandschaft steht in den Zuverdienstangeboten die sinn- und wertstiftende Tätigkeit im Vordergrund, innerhalb derer Produkte hergestellt oder Dienstleistungen erbracht werden. Beschäftigte im Zuverdienst „erleben“ somit die Arbeitswelt in einem für sie weitestgehend stressfreien Kontext. Dadurch wird ihnen die Gelegenheit gegeben, ihre Arbeitskompetenzen und ihre Belastungsfähigkeit in einem angepassten Tempo und in einer machbaren Intensität auszubauen und zu erweitern. Mit den erstellten Produkten oder den erbrachten Dienstleistungen wird zudem ein Mehrwert erwirtschaftet, der gleichzeitig der Mitfinanzierung der Betreuungsleistungen bzw. des „Zuverdienstentgeltes“ dient.

Mit der konsequenten Umsetzung des Artikels 27 der UN-Behindertenrechtskonvention steigt die Notwendigkeit von ergänzenden Teilhabeleistungen neben der WfbM, da auch den psychisch behinderten Menschen ein integratives und frei gewähltes Arbeits- und Beschäftigungsumfeld zur Verfügung gestellt werden soll. Bei der quantitativen Bestimmung der bundesweit notwendigen Zuverdienstplätze bleibt man derzeit auf Schätzungen von Fachleuten angewiesen. So wird die Zahl der potenziellen Werkstattbeschäftigten, für die eine Alternative im Rahmen einer Zuverdienstbeschäftigung sinnvoller erscheint, auf etwa 18 000 geschätzt. In Bremen, in dem es seit einigen Jahren ein gut ausgebautes Angebot an niedrigschwelligen Zuverdienstmöglichkeiten auf der Grundlage des SGB XII gibt, wurde ein Bedarf von 400 Zuverdienstplätzen auf eine Gesamteinwohnerzahl von 550 000 errechnet. Bezogen auf ganz Deutschland hieße dies ein Gesamtbedarf von etwa 58 000 Plätzen.

Christian Gredig
FAF gemeinnützige GmbH – Büro Köln.
www.soziale-unternehmen-nrw.de

Information

Mit dem Projekt „Zuverdienst – Ein Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft“ will die Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen (bag-if) mit Unterstützung der AKTION MENSCH und der Freudenbergstiftung bis Mai 2017 Aktivitäten entwickeln, um den Ausbau und die Weiterentwicklung solcher Angebote zu unterstützen. Um dies zu erreichen, werden im Rahmen des Projektes Vernetzungsstrukturen initiiert, Praxis- und Öffentlichkeitsmaterialien erstellt und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Auf der Internetseite „www.mehrzuverdienst.de“ werden die entsprechenden Informationen gebündelt und interessierten Personen und Institutionen zur Verfügung gestellt.

Den Worten Taten folgen lassen

Inklusion von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung. Ein Praxisbericht

Von Bettina Jahnke

Die Diakonie Deutschland bringt ein großangelegtes Modellprojekt „Wohnquartier und Zivilgesellschaft – Miteinander gestalten" auf den Weg. In drei Jahren werden an fünf Standorten deutschlandweit bei ausgewählten Diensten und Einrichtungen neue Ideen zur Inklusion in konkrete Handlungskonzepte überführt. Dreh- und Angelpunkt sind dabei neue Plattformen zur Netzwerkarbeit für lokale Akteure.

Was Cornelia Peterseim, Mitarbeiterin der Einrichtung Bodelschwingh-Hof Mechterstädt (BHM), augenfällig auszeichnet, ist die unbefangene Art, mit der sie Probleme offen und ohne Umschweife zur Sprache bringt. Als Botschafterin für Hörsel, ein 5.000-Seelendorf im Westen des Landkreises Gotha, reist sie im November 2015 zu einer von der Diakonie Deutschland ausgerichteten Fachtagung nach Kassel. Dort stellt sie bei der Auftaktveranstaltung des Modellprojektes „Willkommenskultur in Wohnquartier und Zivilgesellschaft" erste Projektideen ihres Trägers vor. Denn Hörsel will sich – neben Stuttgart, Düsseldorf, Wetzlar und Bremen –beispielhaft und vorbildlich um die Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verdient machen. Der von ihr repräsentierte Standort, erläutert Peterseim den übrigen Tagungsteilnehmern, sei zwar nur zehn Autominuten von Eisenach entfernt. Aber wer kein Auto besitze, habe denkbar schlechte Karten, um mal raus zu kommen. Denn Busse fahren am Wochenende selten, obwohl die kulturellen Angebote oder Einkaufsgelegenheiten vor Ort rar sind. Viel zu häufig rotten sich hingegen vor Ort Rechtsradikale zusammen, um Stimmung gegen Flüchtlinge zu machen.

In dem Bewerbungsschreiben, mit denen die Vorgesetzten von Cornelia Peterseim die Ausschreibung für ein Leuchtturmprojekt in Hörsel für sich entscheiden konnte, steht, es handle sich beim BHM um einen „etablierten Träger der Eingliederungshilfe mit hohem Innovationspotential (...). Ziel ist es, die stationären Strukturen aufzulösen und die im Moment dort lebenden Menschen ambulant so zu unterstützen, dass sie ihren Platz in der Gesellschaft (wieder)finden können."

Dies sei kein leichtes Unterfangen, stellt Cornelia Peterseim eindrücklich fest. Und dies sei auch nicht ohne engagierte Partner in einem tragfähigen Netzwerk zu stemmen. Im Rahmen des Projektes soll darum eine neue Arbeitsplattform ins Leben gerufen werden. Als mögliche Partner sind hier unter anderem angedacht: Mitarbeiter der Selbsthilfeorganisationen (Betroffenen- und Angehörigenvertreter), der Fachhochschule Erfurt und des Sozialdienstes. Auch eine personelle Anbindung aus den Reihen der Vermieter und der Verkehrsbetriebe böte sich an.

Lokale, mit trialogisch und zivilgesellschaftlichen Partnern besetzte Arbeitsplattformen sind das Herzstück dieses Modellprojektes.

Genau solche lokalen, mit trialogisch und zivilgesellschaftlichen Partnern besetzte Arbeitsplattformen sind das Herzstück dieses Modellprojektes. Diese Arbeitsplattformen werden über die Projektlaufzeit von drei Jahren an den fünf ausgewählten Standorten in Deutschland mit je 35.000 Euro gefördert und setzen idealerweise innovative Handlungskonzepte zur Inklusion von Menschen mit psychiatrischen Störungsbildern um. Für die Expertise der am Projekt beteiligten Psychiatrie-Erfahrenen ist ausdrücklich eine Entlohnung auf Honorarbasis oder eine Bezahlung im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung vorgesehen. Seitens der Diakonie erhalten die neuen Bündnisse zusätzliche organisatorische und fachliche Unterstützung durch Florian Hermann, der das Projekt bundesweit koordiniert.

Er ist es auch, der bei der Auftaktveranstaltung in seinem Eröffnungsvortrag in Kassel noch einmal die Eckdaten des Modellprojektes „Wohnquartier und Zivilgesellschaft – Miteinander gestalten" umreißt:

- Die Finanzierung von Mai 2015 bis April 2019 läuft über Stiftungsgelder der Deutschen Behindertenhilfe.
- Unter Federführung der Diakonie Deutschland sind auch die Landesverbände der Diakonie beteiligt, ebenso wie der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. Die Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld zeichnet für die wissenschaftliche Evaluation verantwortlich, wohingegen die Bundesakademie für Kirche und Diakonie im Rahmen des Projektes ein Curriculum entwickelt.
- Abschließend sollen die an den Modellstandorten gesammelten Erfahrungen in einer Buchpublikation der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Die Vorarbeiten für das ambitionierte Unterfangen hat Kathrin Ratzke geschultert, die auch die Leitungsverantwortung für das Projekt trägt. Genau wie Florian Hermann hat sie ihren Arbeitsplatz am Zentrum für Gesundheit, Rehabilitation und Pflege in Berlin. Sie wertete eingangs die Fachliteratur und renommierte Praxisprojekte aus. Danach adressierte sie die Ausschreibung an die diakonischen Dienste und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und konstituierte den trialogisch besetzten Fachbeirat, in dem über alle Maßnahmen des Projektes gemeinsam diskutiert und abgestimmt wird.

In Kassel stellt Kathrin Ratzke noch einmal heraus, was sie bewegt hat, das Projekt auf den Weg zu bringen: Zum einen war es die UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2009, mit der die gesellschaftliche Teilhabe als politisches Ziel verankert wurde. Zum anderen wurde sie von einer Promotionsschrift im Fach Philosophie inspiriert. Die Niederländerin Doortje Kal hatte darin 2001 in sozialpsychiatrischen Insiderkreisen mit dem Konzept des „Kwartiermaken“ von sich reden gemacht. Der Paranusverlag legte Kals Arbeit schließlich unter dem Titel „Gastfreundschaft“ auf.

Was bedeutet nun das „Kwartiermaken“ zu Deutsch und in der Praxis? Die Tagungsteilnehmer hatten in Kassel die seltene Gelegenheit, sich dies von der Autorin persönlich erklären zu lassen – sowohl im Vortrag, als auch im späteren kollegialen Austausch in kleiner Runde. Die Hauptrednerin aus den Niederlanden umschreibt das Kwartiermaken als die Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem Menschen mit und ohne seelische Erkrankung einander wertschätzend begegnen, um sich im gegenseitigen Vertrauen mehr füreinander zu öffnen. Die normativen Zwänge mit ihrem Anpassungs- und Selektionsdruck werden in diesem Prozess zurück gedrängt, um den Weg für mehr Selbstreflexion und Erfahrungsaustausch zu ebnen. Ein solches soziales und gastfreundliches Miteinander ist nach Auffassung von Kal allerdings kein Selbstläufer, sondern muss sorgfältig geplant und moderiert werden, denn „Psychiatrie-Erfahrenen fehlen die passende Sprache und die entsprechenden Rollenmuster“.

Soziales und gastfreundliches Miteinander

Hier fällt dem Kwartiermaker als gesellschaftlich-achtsames Bindeglied eine Schlüsselrolle zu, um ein Spannungsfeld entstehen zu lassen, in dem Nichthörbares hörbar wird und Nichtsichtbares sichtbar wird: „Der Kwartiermaker/Wegbereiter ist (...) derjenige, der alles ankurbelt, der Katalysator, der Motivierende, der Inspirierende, der Vermittler oder Makler, der Netzwerkentwickler und der Kampagnenleiter.“

An der Relevanz und Gemeinnützigkeit der Arbeit der Kwartiermaker oder Strippenzieher hat Kal keinen Zweifel. Ihr Appell lautet hingegen: „Macht die Gesellschaft sozialer und gastfreundlicher! Dadurch wird sie widerstandsfähiger und offener – inklusiver.“ Wie jedoch dieses hohe, aber auch abstrakte Ideal ins alltägliche Leben überführt werden kann, steht selbstredend auf einem anderen Blatt.

Kal hat in den Niederlanden u.a. gute Erfahrungen mit „Paten“ gemacht, die psychisch Schwerkranke darin unterstützen, Nachbarschaftskontakte aufzubauen und zu pflegen. Wichtig sei in diesem Kontext weniger eine berufliche Professionalität als vielmehr die richtige Grundhaltung: „Ein Pate kann im Hintergrund bleiben und unbemerkt seine Arbeit tun. Manchmal ist es allerdings auch nötig, offen zu agieren. Pate sein, darf nicht bedeuten, jemanden zu bevormunden.“ Weiter empfiehlt Kal Freundes- und Freundschaftsdienste: „Ein Freundschaftsdienst ist eine Art 'Buddyprojekt' für Psychiatrie-Erfahrene. Klienten und ehrenamtliche Mitarbeiter (Buddys) bilden feste Paare. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter besuchen die Klienten regelmäßig, um zusammen die Hürden der Außenwelt abzubauen.“

Fest etabliert sind inzwischen in den Niederlanden auch so genannte Kwartiermakersfestivals und Multilog-Treffen, die Kal in ihrer Promotion gedanklich vorgezeichnet hat. Sicher können die Vertreter der fünf Modellstandorte bei der Tagung in Kassel beim Blick über die Grenze hinüber zu den Niederlanden lernen. Aber auch hierzulande ist in den letzten Jahren die Diskussion um die Inklusion von psychisch erkranken und behinderten Menschen fortgeschritten.

Kathrin Ratzke präsentiert den Teilnehmern dieser Auftaktveranstaltung einen bunten Strauß an Ideen und Handlungsmöglichkeiten, indem sie unterschiedliche Konzeptbausteine, Ansätze und Aktivitäten inklusiven Stichworten zuordnet:

1. Empowerment
Als exemplarische Maßnahmen dazu sind u.a. Peer-Counseling, EX-IN, trialogische Seminare, Protest- und Informationsverannstaltungen zu nennen. Hier lassen sich auch Parallelen zu den Multilog-Treffen und den Kwartiermakenfestivals erkennen.

2. Community Care und Community Living
Informations-, Aufklärungs-, Unterrichts- und Präventionsprojekte in Schulen und bei Vertretern unterschiedlichster Professionen (Polizei, Kirche, Justiz, Gesundheitswesen, Wirtschaftsunternehmen...) korrespondieren mit den klassischen Aufgaben der Kwartiermaker.

3. Supported Living
Im Fokus stehen selbstbestimmte Wohnarrangements, die im Projektrahmen durch gute Nachbarschaftsbeziehungen gefördert werden könnten. Inhaltlich knüpft das Supported Living an die Freundschaftsdienste und Buddys beim Kwartiermaken an.

4. Community organizing und Enabling Community
Es geht dabei um die Arbeit von politisch verantwortlich denkenden und handelnden Bürgern an diversen Runden Tischen (Bürgerplattformen, Quartiersprojekte, Lokale Teilhabekreise, Stadtteilkonferenzen etc.)

5. Index oder Verzeichnis für Inklusion
Um Inklusion unmittelbar messbar zu machen bieten sich auf der institutionellen und organisatorischen Ebene z.B. Aktionspläne, Bündnisse, Fachtage, Inklusionspreise etc. an.

Viel theoretischer Input also wurde dem praktischen Teil der Fachtagung vorangestellt. Danach setzten die Vertreter der fünf Modellstandorte sich gegenseitig über den vorläufigen Stand ihrer Planungen ins Bild. Die Schwerpunkte sind je nach Projekt und Region recht unterschiedlich gelagert:

- Das Gemeindepsychiatrische Zent-

rum der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart-Vaihingen setzt bei seiner lokalen Projektgruppe auf kulturelle Veranstaltungen. Warum werden diese so selten von Psychiatrie-Erfahrenen besucht? Worin bestehen deren Hürden? Lassen sich die Betroffenen vielleicht in die Veranstaltungsplanung einbinden?

- In Düsseldorf zeigt sich die Graf-Recke-Stiftung politisch ambitioniert. Das bestehende lokale Netzwerk der Kooperationspartner soll strukturiert erweitert werden. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Kontakten zum Bürgerverein und zur Bezirksregierung, die sich z.B. im Rahmen einer Quartierskonferenz pflegen ließen.
- Der Verein für die Innere Mission in Bremen führt bei seinen Projektideen an erster Stelle das inklusive Wohnen an. Nach Berliner Vorbild schwebt den Mitarbeitern ein Appartmenthaus mit integriertem Café vor. Über die Rezeption könnten dort gleich praktische Alltagshilfen vermittelt werden.
- Das Evangelische Werk für Diakonie und Entwicklung wiederum ist in Niederbiel bei Wetzlar mit einem inklusiven Teilhabezentrum am Start. Neben den tagesstrukturierenden Angeboten für chronisch Erkrankte, könnten sich dort EX-IN Genesungsbegleiter mit neuen Angeboten profilieren. Mit einem Café und einem Dorfbuchladen wollen die Initiatoren zudem zielgruppenübergreifende Begegnungsräume schaffen.

Womit die gedankliche Rundreise durch die Modellregionen schließlich auch wieder dort angelangt ist, wo sie auch ihren Ausgangspunkt hatte: in Hörsel. Cornelia Peterseim vom Bodelschwingh-Hof Mechterstädt sitzt in Kassel in der ersten kollegialen Beratungsrunde zunächst mit Monika Möhlenkamp von der Initiative zur Sozialen Rehabilitation, F.O.K.U.S. (Bremen) zusammen. Wie findet man geeignete Kooperationspartner?, lautet die Frage von ostdeutscher Seite in norddeutsche Richtung. Menschen finden sich immer dann zusammen, wenn sie gemeinsame Interessen verbinden, so lautet Möhlenkamps Tenor. Auf Unternehmen und Verbände, die die Region stärken wollen, könne man ruhig zielstrebig zugehen. Aber auch die Beziehungspflege sei nicht zu vernachlässigen, vor allem bei Kooperationspartnern, mit denen man sich gut versteht.

Im fachlichen Austausch mit Doortje Kal dreht es sich danach dann wortwörtlich und sehr konkret um Begegnungsräume. Wo könnten sich betroffene Menschen und Bürger gemeinsam (ver-) sammeln? Soll man die Idee von einem offenen Zentrum verfolgen? Eine Art „Stützpunkt“ findet Frau Kal gar nicht schlecht. Oder könnte man den betroffenen Bewohnern auch schon direkt an der Haustür mit inklusivem Gedankengut aufwarten? Vielleicht braucht es ja erst einmal Busse, um die Menschen von Daheim abzuholen und zusammenzubringen? Oder sollte man nicht lieber noch einen Schritt eher ansetzen und erst eine Umfrage initiieren, um in Erfahrung zu bringen, was die Psychiatrie-Erfahrenen sich überhaupt wünschen? Mit einem Mal stehen mehr Fragen als Antworten im Raum. Das vorläufige Fazit zum Abschluss der zweiten Beratungsrunde lautet darum: Vielleicht ist der Prozess selbst ja das Projekt?

Als nächstes finden sich Fritz Bremer und Sigismund Oheim von der Brücke Neumünster bei Cornelia Peterseim ein, begleitet von Florian Hermann. Fritz Bremer wird sehr schnell sehr konkret und regt spontan den Aufbau einer Gesprächsgruppe an: Was fördert die psychische Gesundheit? Als Treffpunkt eigne sich dazu gut ein allgemein bekannter Ort, wie z.B. in der Kirchengemeinde. Von Anlaufschwierigkeiten solle man sich keineswegs entmutigen lassen, bekräftigt Bremer. Selbst wenn man zunächst nur mit drei bis fünf Personen zusammensitzt, sei damit ein Anfang gemacht. In Neumünster habe sich auch die Gründung einer trialogischen Vorbereitungsgruppe bewährt, bestehend aus Mitarbeitern, Angehörigen und Betroffenen.

In der vierten Beratungsrunde begeben sich Ulrich Nicklaus von der Bundesakademie für Kirche und Diakonie sowie Professor Tim Hagemann von der FH Bielefeld gedanklich nach Hörsel. Beide liefern viel Hintergrundwissen zum Bereich Projektmanagement. Es gehe darum, das Modell vor Ort erst einzugrenzen und dann fassbar zu machen. Was ist die Vision? Welche konkreten Ziele will man in zwei Jahren am Standort erreicht haben? Erst brauche es einen Rahmen, ehe man konkrete Schritte einleiten und ins Handeln kommen kann. Man dürfe auch nicht vergessen, im Prozess regelmäßig Reflexionsschleifen einzubauen. Schließlich sei es entscheidend, innere und äußere Strukturen gerade bei inklusiven Handlungskonzepten permanent in Einklang zu bringen. Dies jedoch könne nicht losgelöst von der Chefetage funktionieren. Durch gezielte Befragungen könne man vielleicht auch vielbeschäftigtes Personal dazu bewegen, über das Modellprojekt nachzudenken.

Abschließend, in der vierten und letzten kollegialen Beratungsrunde gibt es dann noch einige Hinweise aus dem berufenen Munde von Tabea Rössig, Quartiersmanagerin des Modellprojektes „Ruhrort: Inklusiv!“, und Professor Rüdiger Noelle, ebenfalls von der FH Bielefeld. Frau Rössig skizziert aus ihrer Arbeit im Ruhrgebiet das methodische Vorgehen im Rahmen der Stadtteilplanung. Man habe in Duisburg eingangs die unterschiedlichsten Akteure zu einer Zukunftswerkstatt zur Bedarfsanalyse eingeladen. Zu diesem frühen Zeitpunkt wurden Kritikpunkte und Utopien benannt. Erst später folgte dann die Realisierungsphase.

Wie sich so eine Realisierungsphase für eine gute inklusive Praxis demnächst in Hörsel – und auch an den vier anderen Modellstandorten – anlässt, darauf dürfen nun alle gespannt sein. Die eingeladenen Teilnehmer der Tagung in Kassel, ebenso wie die betroffenen und nichtbetroffenen Bürger vor Ort. Wir wünschen den Macherinnen und Machern der fünf Inklusionsprojekte, dass ihre Vorstellungen sich wie geplant realisieren lassen.

Weitere Informationen

zu dem Modellprojekt sind bei Florian Hermann zu erhalten unter E-Mail: florian.hermann@diakonie.de.

Leben ohne Heim

Vermeidung von Heimplätzen durch den Aufbau intensiv ambulant betreuter Wohnangebote: das Wohnprojekt Hechingen

Von Michael Mennel

Das Ziel der gemeindeintegrierten Versorgung im natürlichen Wohnumfeld von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist von Beginn an ein zentrales Thema der deutschen Reformpsychiatrie gewesen. Schon sehr lange wird dabei das Ziel formuliert, Heimplätze zu reduzieren zu Gunsten ambulanter, wohnortnaher und personenzentrierter Hilfen (vgl. Koenning; Kauder; Schmidt-Zadel; Konrad/Rosemann). Tatsächlich erfolgte seit den 80er-Jahren bis heute in Deutschland ein kontinuierlicher Aufbau von ambulant betreutem Wohnen. Gleichzeitig ist aber festzustellen, dass die Platzzahlen stationärer Wohnformen in den vergangenen Jahrzehnten nicht gesunken, sondern sogar leicht gestiegen sind. Auf diesen Befund, der im Widerspruch zu den erklärten Zielen einer gemeindeintegrierten, personenzentrierten Hilfe für psychisch erkrankte Menschen steht, wurde wiederholt hingewiesen (für Baden-Württemberg z.B. KVJS 2013). Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden über ein Projekt berichtet, mit dem ausdrücklich beabsichtigt war, ambulante Betreuung auszubauen, um eine eigentlich notwendig erscheinende Vermehrung von Heimplätzen zu vermeiden.

Die Lage im Zollernalbkreis zu Beginn des Projektes

Im Zollernalbkreis mit seinen rund 190.000 Einwohnern bestand im Jahr 2009 im Betreuten Wohnen eine übersichtliche Versorgungs- und Trägerstruktur. Im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens wurden ca. 75 Personen betreut, hinzu kamen 32 in Heimen stationär betreute Menschen sowie ca. 13 Plätze im Betreuten Wohnen in Familien. Die ersten stationären Plätze im Landkreis waren erst ab 1997 aufgebaut worden. Damit wurde die langjährig ausschließlich landkreisauswärtige Versorgung von Menschen, die ein stationäres Wohnangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigten, beendet. Im Jahr 2009 waren immerhin 42 % der von der Eingliederungshilfe des Zollernalbkreises für psychisch Kranke finanzierten stationären Wohnplätze in Einrichtungen innerhalb des Landkreises (vgl. KVJS 2011); bis 2013 erhöhte sich dieser Anteil auf 53 % (vgl. Landratsamt Zollernalbkreis, S.44). Fast 50 % der stationären Eingliederungshilfe-Maßnahmen finden also immer noch kreisauswärtig statt, dabei handelt es sich vor allem um Personen, bei denen bereits vor der Eröffnung der ersten landkreisinternen stationären Angebote im Jahr 1997 eine Heimunterbringung erfolgte. Stationäre Wohnangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege sind bis heute nur außerhalb des Landkreises verfügbar.

Die Bruderhaus-Diakonie als Träger der stationären Wohnangebote im Bereich der Eingliederungshilfe nahm von Beginn an fast ausschließlich landkreisbezogen auf. Die Wohnheimplätze im Zollernalbkreis sind mit 90 % von Personen aus dem Zollernalbkreis belegt.

Im Zollernalbkreis war (und ist) das Verhältnis der Anzahl ambulanter zu stationären Maßnahmen im Gegensatz zur Gesamtsituation in Baden-Württemberg eindeutig zu Gunsten der ambulanten Hilfeformen geprägt. Auch die absolute Zahl stationärer Eingliederungshilfemaßnahmen in Relation zur Einwohnerzahl war und ist bis heute mit 0,31 Personen je 1 000 Einwohner gegenüber 0,45 im Landesdurchschnitt (2013) sehr gering (siehe Landratsamt Zollernalbkreis, S.53).

Im Jahr 2006 waren im Kreis Hilfeplankonferenzen und damit einhergehend die Hilfeplanung mit dem „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke eingeführt worden. Dies trug wesentlich dazu bei, das Primat wohnortnaher Versorgung im Landkreis zu stärken und schärfte den Blick auf bestehende Versorgungslücken. Im Jahr 2009 zeigte sich dabei, dass die 32 stationären Wohnplätze im Landkreis nicht ausreichend waren und wieder eine Versorgung von Personen mit einem intensiven Hilfebedarf außerhalb des Landkreises drohte.

Michael Mennel
Diplompädagoge, Bruderhaus-Diakonie, Sozialpsychiatrische Hilfen Zollernalb Balingen.
E-Mail: michael.mennel@bruderhausdiakonie.de

Wohnprojekt Hechingen

Die Bruderhaus-Diakonie als Träger und die Sozialverwaltung des Landkreises waren nun vor die Frage gestellt, ob ein weiteres Heim im Landkreis gebaut werden sollte. Träger und Verwaltung wurden sich rasch darin einig, dass es keinen Aufbau von Heimplätzen geben und statt dessen ein Angebot geschaffen werden sollte, in dem der genannte Personenkreis in einem ambulanten Rahmen intensiv betreut werden könnte. Zwischen dem Zollernalbkreis und der Bruderhaus-Diakonie wurde zunächst auf drei Jahre ein „Wohnprojekt Hechingen“ vereinbart.

Zentrale Inhalte waren dabei:

- Das Angebot richtete sich an eine Klientel, welche nach bisherigen Maßstäben im Landkreis stationär versorgt worden wäre. Mit dem Hilfeangebot sollte verhindert werden, dass Menschen überhaupt in Heimstrukturen kommen. Mit einem Heimaufenthalt verbundene Nachteile wie Heimstatus und Hospitalisierungsgefahren sollten vermieden werden.

• Das bisherige System beinhaltete, dass bei gut verlaufender Rehabilitation mit dem Auszug aus dem Heim wieder eine Ausgliederung aus einem mittlerweile gewohnten Umfeld notwendig wurde. Im Gegensatz dazu sollte im Projekt die eigene Wohnung auch bei Veränderungen des Hilfebedarfes und erst recht bei Ausscheiden aus dem Wohnprojekt erhalten bleiben.
• Die Projektbeschreibung sah bewusst eine Verringerung der notwendigen Hilfe nach zwei bzw. drei Jahren vor.
• Das Hilfeangebot wurde in der Projektphase bewusst auf die Raumschaft Hechingen (ca. 60.000 Einwohner) begrenzt. Die beiden Mittelzentren Albstadt und Balingen waren zu diesem Zeitpunkt gut mit psychiatrischen Hilfebausteinen versorgt. Die Stadt Hechingen mit ihrem Umland wies dagegen wenig psychiatrische Hilfestrukturen auf. Mit dem Wohnprojekt sollte deshalb die bisherige Schwerpunktbildung nicht fortgeschrieben, sondern auch am Standort Hechingen Hilfe beim Wohnen für psychisch kranke Menschen implementiert werden.

Merkmale der Hilfeerbringung

Im Wohnprojekt sollten in einem ambulanten Rahmen Hilfeleistungen, die sonst nur im stationären Setting üblich sind, vorgehalten werden:

• Verfügbarkeit der Mitarbeitenden an sieben Tage die Woche.
• Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit der Mitarbeitenden, nachts über eine telefonische Rufbereitschaft, welche im Bedarfsfall auch vor Ort geht.
• Rasch zugehende Krisenintervention
• Das Angebot einer verlässlichen täglichen Tagesstruktur und in diesem Zusammenhang die
• Tägliche Möglichkeit am Mittagessen teilzunehmen

Die individuellen Hilfen wurden mit dem IBRP gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten geplant. Die Mitarbeitenden wurden in Methoden der Sozialraumorientierung geschult, um am neuen Wirkungsort die Teilhabe der Klientinnen und Klienten zu befördern.

Finanzierung als Gruppenbudget

Bei der Finanzierung wurde ein neuer Weg beschritten – es wurde ein Gruppenbudget gebildet. Der Hintergrund hat auch mit Veränderungen auf der Landesebene zu tun. Seit 2005 sind in Baden-Württemberg die Kreise umfassend zuständig für die Eingliederungshilfe. Viele Landkreise haben sich danach über Jahre hin schwer getan, im Rahmen der für sie neuen Zuständigkeit die eigentlich im Zuge der Personenzentrierung notwendige stärkere Differenzierung der ambulanten Eingliederungshilfe mitzuvollziehen – es gab zunächst jahrelang in den meisten Kreisen ambulant betreutes Wohnen nur mit dem gewohnten einheitlichen Kostensatz. In diesem Kontext hatte sich bereits im Nachbarlandkreis Reutlingen die Bildung eines Gruppenbudgets bewährt, mit dem eine dreijährige Erprobungsphase für Formen von differenzierter, intensiv-ambulanter Betreuung ermöglicht wurde[1]. Für den Projektzeitraum wurde die bisher gezahlte stationäre Vergütung (mit Abschlägen im Zeitverlauf) weitergezahlt und damit ein je individuelles Setting von intensiver ambulanter Betreuung aufgebaut. Die Bildung eines Gruppenbudgets ermöglichte dabei ein hohes Maß an Flexibilität. Zu Projektende erfolgte der Übergang in ein zwischenzeitlich ausgehandeltes System gestufter Vergütung von ambulanter Betreuung.

Während es in Reutlingen um den tatsächlichen Übergang aus teilweise langjähriger stationärer in intensive ambulante Betreuung gegangen war, wurde in Hechingen ein fiktives Heimbudget gebildet, auf der Basis der Annahme, dass die beteiligten Personen alle „eigentlich“ eine Betreuung von stationärer Intensität benötigen würden, und mit dem Ziel, dies von vorneherein zu erübrigen. Es erfolgte eine Einstufung der einzelnen Klienten nach dem Personalbemessungsverfahren nach Metzler, auf dieser Basis wurde in den ersten zwei Jahren (Phase 1) jeweils eine volle, im dritten Jahr (Phase 2) eine um 10 % reduzierte Heimvergütung gezahlt. Nach drei Jahren individueller Projektteilnahme erfolgte schließlich eine Überprüfung, ob eine Hilfe mit dem im Landkreis üblichen pauschalen Betreuungssatz im Ambulant Betreuten Wohnen möglich oder eine Finanzierung nach gestuften ABW-Betreuungssätzen notwendig sein würde. Die gestuften Betreuungsätze wurden zunächst nur für das Wohnprojekt im Landkreis eingeführt, dadurch bekam das Wohnprojekt eine dritte Phase. Es erfolgte dabei eine Einteilung in vier Hilfebedarfsgruppen. Eine Überprüfung des Hilfebedarfs und der Notwendigkeit der weiteren Projektteilnahme durch den Kostenträger war jederzeit möglich.

Das Projekt war zunächst auf drei Jahre angelegt und wurde zweimal verlängert. Grund hierfür war der Wunsch, die im Landkreis für 2014/2015 vorgesehene Teilhabeplanung für den Bereich seelische Behinderung abzuwarten, bevor über eine Fortführung des Projekts bzw. einen etwaigen Übergang in Regelbetrieb entschieden wird. Somit hatte das Projekt letztlich eine Laufzeit von Oktober 2009 bis Juli 2015. Mit dem Abschluss des Projektes wurde das Angebot in ein Regelangebot – unter Beibehaltung der im Projekt erprobten dreiphasigen Finanzierung – überführt.

Unterstützungszentrum Hechingen

Um die Hilfen vor Ort erbringen zu können, wurde am Standort Hechingen ein eigenes Unterstützungszentrum aufgebaut. Das Team des Unterstützungszentrums erbringt neben den Hilfen im Rahmen des Wohnprojektes auch für weitere Personen Unterstützungsleistungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens, des Persönlichen Budgets sowie des ebenfalls neu konzeptionierten Ambulant Betreuten Wohnens Sucht. Im Unterstützungszentrum werden auch tagesstrukturierende Hilfen und ein tägliches Mittagessen angeboten.

Die Mitarbeitenden des Unterstützungszentrums erbringen somit alle sozialpsychiatrischen Hilfen für die zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt 25 Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Maßnahmearten der BruderhausDiakonie in der Raumschaft Hechingen aus einem Mitarbeiterteam heraus. So ist es möglich, auch bei Wechsel von Maßnahmearten die Betreuungskontinuität zu gewährleisten und zudem wird der sozialräumliche Zugang für die Mitarbeitenden erleichtert.

Die betreuten Personen leben in eigenen Mietwohnungen oder in vom Träger angemieteten Wohnungen. Die angemieteten Wohnungen befinden sich größtenteils in fußläufiger Entfernung zum Unterstützungszentrum

bzw. sind mit dem Bus sehr gut zu erreichen. Im Unterstützungszentrum selbst gibt es 10 Einzelappartements für Personen, welche die unmittelbare Nähe zu den Mitarbeitenden brauchen. Außerdem gibt es insgesamt 16 vom Träger angemietete Wohnplätze, meist in Zweierwohnungen. Die Belegung der Wohnungen erfolgt nicht nach Maßnahmeart, sondern auf Grund persönlicher Passung, Hilfebedarf und Wunsch der Menschen. Derzeit werden nur 3 Klientinnen und Klienten in deren eigenen Mietwohnungen betreut. Diese relativ geringe Zahl verdeutlicht, wie schwierig es für den betroffenen Personenkreis ist, auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt erfolgreich zu sein.

Projektergebnisse

Im Projektzeitraum wurden 23 Personen im Rahmen der Maßnahmeart Wohnprojekt betreut. Im Herbst 2015 befinden sich neun Personen in den Betreuungsphasen 1 und 2 und sind somit seit drei Jahren und kürzer in der Betreuung. Insgesamt sieben Personen befinden sich schon länger als drei Jahre in der Betreuung und werden jetzt in der dritten Phase im Rahmen des gestuften ABW betreut. Sieben Personen sind aus der Betreuung ausgeschieden.

Es ist als ein großer Erfolg des Projekts zu werten, dass es gelungen ist, Menschen mit einem hohen Hilfebedarf in dem beschriebenen Setting tragfähig zu betreuen. Der Übergang in das gestufte ABW nach drei Jahren ist bei den 16 Personen im Projekt ausnahmslos geglückt. Die Klienten konnten an ihrem vertrauten Wohnort wohnen bleiben und bekamen weiterhin vom vertrauten Betreuungsteam ihre individuell abgestimmte Hilfe. Es war für das Unterstützungszentrum möglich, die Klienten in diesem Rahmen – trotz nach drei Jahren geringer werdenden finanziellen Mitteln – fachgerecht zu betreuen.

Interessant ist es, den Personenkreis anzuschauen, welcher aus den verschiedensten Gründen aus dem Projekt ausgeschieden ist. Bei zwei Klientinnen war die Entwicklung so positiv, dass nach zwei bzw. drei Jahren im Projekt keine weiteren professionellen Hilfen mehr notwendig waren. Ein Klient entschied sich nach einem Jahr – bei gutem Verlauf – zurück zu seiner Familie zu ziehen. Bei lediglich einem Klienten musste nach fünf Jahren im Projekt ein Übergang in eines der beiden stationären Wohnheime im Landkreis eingeleitet werden. Eine Klientin musste wegen ihrer massiv verschlechterten körperlichen Verfassung in ein Fachpflegeheim wechseln, bei einer Klientin wurde in Folge stark eigengefährdenden Verhaltens eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung notwendig. Bei einem Nutzer des Projektes sorgte ein Bewährungswiderruf für die Beendigung der Maßnahme.

Im Projektzeitraum wurden von Seiten des Trägers alle Aufnahmeanfragen bedient. Auch über die Hilfeplankonferenz gab es im Projektzeitraum keine Anfrage auf ein intensiv betreutes Wohnangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe, welches nicht im Landkreis bedient worden wäre. Da im besagten Zeitraum die vor Projektbeginn vorhandenen stationären Wohnplätze im Landkreis durchgängig belegt waren, war es eindeutig, dass Personen, die bislang im stationären Wohnen betreut worden wären, nun im Rahmen des Wohnprojektes versorgt wurden und werden konnten. Im Vergleich zur Klientel im stationär betreuten Wohnen war die Klientel etwas jünger. In Bezug auf das Kriterium der Doppeldiagosen (Psychische Erkrankung plus Suchterkrankung) waren beide Gruppen mit rund 35 % vergleichbar.

Für den Erfolg des Projektes erwiesen sich verschiedene Faktoren als besonders wichtig. Hier ist zunächst ein hoch motiviertes und flexibel arbeitendes Mitarbeiterteam zu nennen, welches sich entsprechend auf die herausfordernden Aufgaben vorbereitet hat. Das Team erhielt konsiliarärztliche Beratung und Supervision und hat sich eingehend insbesondere in folgenden Themenbereichen geschult:

- Sozialraumorientiertes Arbeiten
- Umgang mit Suchterkrankungen
- Gewaltprävention

Zentral wichtig für das Gelingen dieser Form intensiv-ambulanter Begleitung war und ist die nächtliche Bereitschaft, die im Bedarfsfall vor Ort geht; unerlässlich ist ferner die Möglichkeit, tagesstrukturierende Aktivitäten anbieten zu können, um vor allem in der Anfangszeit und in Krisenzeiten den Klientinnen und Klienten eine sichere Kontaktmöglichkeit, Halt und eine Aufgabe im Tagesverlauf geben zu können.

Die Betonung der Sozialraumorientierung erleichterte den Aufbau von sozialen Netzwerken der betreuten Personen. Es gab enge Kontakte zu Kirchengemeinden, eine integrative Rehasportgruppe wurde initiiert. Die ehrenamtliche Tätigkeit von Klientinnen und Klienten wurde befördert, so dass sich bei vielen von ihnen der persönliche Sozialraum heute nicht ausschließlich auf das Subsystem der Sozialpsychiatrie beschränkt.

Eine Erfahrung des Projekts war, dass es häufig zu internen Wohnungswechseln kam. Hier wurde versucht, den Wünschen der Klientinnen und Klienten so weit als möglich zu entsprechen, da ein gutes Zusammenleben mit den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ein ganz zentraler Faktor für das Wohlbefinden ist.

Ein weiterer wichtiger Faktor für das Gelingen des Projekts war die gute Zusammenarbeit zwischen dem Kreissozialamt des Zollernalbkreises und der Bruderhaus-Diakonie. Das Projekt wurde von beiden Seiten im Verlauf mehrmals evaluiert. Das Projekt war auch eine vertrauensbildende Maßnahme, weil es der Sozialverwaltung mehr als sonst üblich Einblicke in die konkrete Ausgestaltung der Betreuung bot.

Fazit

Das zentrale Ziel des Projektes, psychisch erkrankte Menschen mit einem ursprünglich hohen Hilfebedarf in einem ambulanten Rahmen erfolgreich zu betreuen, konnte erreicht werden. Heimaufnahmen wurden vermieden und es konnte so den damit einhergehenden Hospitalisierungstendenzen im Ansatz schon entgegengewirkt werden. Wie erhofft ist es bei den meisten betreuten Personen gelungen, eine bessere Lebensqualität, weniger Krankheitsphasen und eine erhöhte Selbstständigkeit zu erreichen – was sich auch in einem messbar abnehmenden Hilfebedarf ausdrückte. Das Wohnprojekt Hechingen kann somit als ein Beispiel dienen, wie es möglich ist, auf Heimstrukturen zu verzichten, wenn es sowohl dem Kostenträger als auch dem Leistungserbringer damit ernst ist.

Anmerkung

1 Das Reutlinger Projekt „Selbstständig Leben" (ProSeLe) griff seinerseits zurück auf Erfahrungen des Wieslocher Klientenbudgets, einem Modellprojekt, das noch der damalige Landeswohlfahrtsverband Baden in Wiesloch initiiert hatte und das durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim evaluiert worden ist (siehe Zentralinstitut für seelische Gesundheit). Auch zu dem Reutlinger Projekt gab es eine ausführliche Begleitforschung, siehe dazu Jörg Michael Kastl.

Literatur

Kastl J. M. u.a.: 2011: Selbständig leben. Ambulantisierung mit anderen Mitteln. Ein Projekt des Landkreises und der Bruderhaus-Diakonie Reutlingen. Download über http://www.bruderhausdiakonie.de/aktuelles/dokumentationen-von-veranstaltungen/prosele/

Kauder, V. u.a. (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn 1997

Koenning, C. u. a (Hg.): Spät kommt ihr. Gütersloher Wege mit Langzeitpatienten. Gütersloh 1986

KVJS 2011: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden Württemberg: Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg. Stuttgart 2011

KVJS 2013: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden Württemberg: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2011. Stuttgart 2013

Konrad, M., Rosemann, M. (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn 2011

Landratsamt Zollernalbkreis: Teilhabeplan für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher Behinderung im Zollernalbkreis. Balingen 2015

Schmidt-Zadel u.a. (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Bonn 2004

Zentralinstitut für seelische Gesundheit: Versorgungslage und Lebensqualität enthospitalisierter chronisch psychisch Kranker bei Finanzierung durch bedarfsorientierte Pflegesätze. Mannheim 2002

Junge Menschen zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos

Positionspapier der Diakonie Deutschland

Die Diakonie Deutschland hat ein Positionspapier vorgelegt, in dem Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen in prekären Lebensverhältnissen und mit sozialen Schwierigkeiten in die politischen Debatten eingebracht werden sollen.

Seit Jahren steigt die Zahl junger Volljähriger in der Wohnungslosigkeit kontinuierlich an. Über die genaue Zahl wohnungsloser junger Menschen liegen keine statistischen Angaben vor. Die BAG Wohnungslosenhilfe schätzt die Zahl der betroffenen Kinder und minderjährigen Jugendlichen im Jahr 2014 auf 29.000, die Zahl der jungen Menschen unter 20 Jahren auf 66.000 und die der jungen Menschen unter 30 Jahren auf 98.000. Hierbei werden jedoch nur die Menschen erfasst, die Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen.

Genaue Zahlen über psychische Belastungen bzw. Erkrankungen (inklusive Suchterkrankungen) bei jungen Volljährigen in der Wohnungslosigkeit sind ebenfalls nicht bekannt. Das psychische Leiden bleibt oft unerkannt und trägt mit zu Hilflosigkeit und Verelendung bei. Ein Forschungsprojekt der Hochschule Koblenz zeigte bei wohnungslosen Menschen in der Altersgruppe von 20-40 Jahren ein überproportional hohes Auftreten psychiatrischer Krankheitsbilder, die einen stationären Aufenthalt erfordern. Eine Analyse der Daten der unter 25-Jährigen machte deutlich, dass 60 Prozent dieser Altersgruppe in direktem institutionellen Kontakt mit der Jugendhilfe standen bzw. stehen. Bemerkenswert auch, dass 33 Prozent dieser Altersgruppe Beratungskontakt mit der Sucht- bzw. Drogenhilfe haben. In der Gesamtstichprobe hatten 78 Prozent ein bis vier stationäre psychiatrische Behandlungen hinter sich.
Dass trotz bestehender Rechtsansprüche eine kontinuierlich wachsende Anzahl junger Menschen in prekären und zum Teil desolaten Wohn- und Lebensverhältnissen und mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne ausreichende und angemessene Hilfe und Unterstützung lebt, ist aus Sicht der Diakonie Deutschland nicht länger hinzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurde in einem zweijährigen Projekt zusammen mit den evangelischen Fachverbänden Gesamtverband für Suchthilfe (GVS), Evangelischer Bundesfachverband Existenzsicherung und Teilhabe (EBET), BAG Evangelische Jugendsozialarbeit (BAG EJSA) und dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) sowie einem bundesweiten Netzwerk bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus diakonischen Diensten und Einrichtungen der entsprechenden Arbeitsfelder das vorliegende Positionspapier entwickelt.

Die politischen Forderungen werden im Rahmen einer bundesweiten Fachtagung am 6. und 7. Juni 2016 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt und können unter folgendem Link bereits jetzt aus dem Internet heruntergeladen werden: http://www.diakonie.de/01-2016-junge-menschen-zwischen-den-hilfesystemen-16976.html

Katharina Ratzke

Fachtagung

„Junge Menschen von 18 bis 27 Jahren zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos"

6. – 7. Juni 2016

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung, Caroline-Michaelis-Str. 1, 10115 Berlin.

Aus dem Programm:

- Entkoppelt von den Systemen: Frank Tillmann, Deutsches Jugendinstitut, Halle
- Auf dem Weg ins Leben – Zur Situation junger Volljähriger mit psychischen Erkrankungen: Judith Arnscheid, Gutachterstelle Stuttgart
- Housing First für junge Erwachsene: Volker Busch-Geertsema

Organisation und Kontakt:

Juliane Donth, Gesamtverband für Suchthilfe e.V., Fachverband der Diakonie Deutschland, Invalidenstr. 29, 10115 Berlin

Tel. 030 83001 500

Fax 030 83001 505

E-Mail: donth@sucht.org

„Teilhabe fällt nicht vom Himmel!“

Aktionsplan des BeB – Ein verbandsspezifischer Beitrag zur Umsetzung der UN-BRK

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) tritt dafür ein, dass alle Menschen in Vielfalt leben können. Unabhängig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen soll es allen Menschen möglich sein, das Leben in größtmöglicher Freiheit selbst zu gestalten. Damit nimmt der BeB Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Er hat sich in der Vergangenheit mehrfach zu deren Umsetzung mit eigenen Leitgedanken geäußert.

Im Fakultativprotokoll zur UN-BRK werden nicht nur staatliche Institutionen, sondern auch Organisationen der Zivilgesellschaft aufgefordert, zur Umsetzung der UN-BRK Aktionspläne zu entwickeln. Dieser Forderung kommt der BeB mit dem im Mai 2014 abgeschlossenen Projekt „Aktionsplan des BeB als Handlungsmuster für seine Mitgliedseinrichtungen“ nach. In einem gemeinsamen Lern- und Erfahrungsprozess sind im Rahmen dieses Projektes Aktionspläne an neun Standorten in Deutschland entstanden, die in unterschiedlicher Weise Ziele und Vorgaben der UN-BRK in Alltagshandeln übertragen. Parallel dazu wurde mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW, Berlin) eine Handlungsanleitung mit dem Titel „Beteiligung verändert“ erarbeitet, die weitere Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe motivieren soll, eigene Aktionspläne zu erarbeiten. Dieser Aufforderung sind inzwischen weitere Mitgliedseinrichtungen gefolgt. U.a. wurde ein Arbeitskreis norddeutscher Einrichtungen zur Erstellung von Aktionsplänen in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gebildet. Sie verfolgen vernetzt das Ziel, die UN-BRK mit Leben zu füllen und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung zu verbessern.

Angeregt durch den Prozess hat der BeB-Vorstand entschieden, auch für den Verband selbst einen eigenen Aktionsplan zu erarbeiten. Der BeB ergreift mit der Erstellung dieses Aktionsplans die Chance, den Blick nicht nur auf die Mitgliedseinrichtungen zu richten, sondern auch nach innen, in den Verband zu schauen und zu reflektieren, wo er selbst beim Thema Inklusion und UN-BRK steht. Er leistet mit seinem Aktionsplan eigene, spezifische Beiträge zur Umsetzung der UN-BRK. Der BeB möchte als Verband ein Gespür dafür entwickeln, welche Veränderungen Inklusion erfordern. Er möchte durch die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen zur praktischen Umsetzung der UN-BRK zeigen, dass auch in einem kleinen Rahmen, einem Verband mit einer kleinen Geschäftsstelle, etwas bewegt werden kann. Die aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Entstehungs- und Umsetzungsprozess von Aktionsplänen stellt, insbesondere für einen Trägerverband, eine bedeutende Anforderung und zugleich Chance dar.

Seit 2013 traf sich zur Erarbeitung des Aktionsplans des BeB eine Arbeitsgruppe, bestehend aus zwei Vertretern des Vorstandes, jeweils einem Vertreter des Beirats der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer/innen, zwei Vertretern aus der Geschäftsstelle des BeB, einer Vertreterin einer Mitgliedseinrichtung, um konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK zu erarbeiten, die eine Signal- und Vorbildwirkung entfalten könnten. Der Erstellungsprozess des BeB-Aktionsplan erfolgte unter Beratung von Dr. Katrin Grüber (IMEW), die bereits das Aktionsplanprojekt mit den Mitgliedseinrichtungen des BeB begleitet hat. Ausgehend von den Fragestellungen: Was machen wir bereits? Wo wollen wir uns verbessern? nahm die Arbeitsgruppe eine Bestandsaufnahme vor. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme wurden die für den BeB wesentlichen Handlungsfelder festgelegt und erste Ziele und Maßnahmen zusammengestellt. Die Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppe wurden auf einer 2-tägigen Klausur im Juni 2014 mit den Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle intensiv diskutiert, beraten, weiter entwickelt und ergänzt.

Im April 2015 verabschiedete der Vorstand des BeB den Aktionsplan und im Oktober 2015 wurde er veröffentlicht. Die Umsetzung des Aktionsplans über einen Zeitraum von vier Jahren (Mai 2015 bis Mai 2019) ist ein zielgerichtetes Vorhaben zur strategischen Weiterentwicklung des Verbandes. Im Aktionsplan stehen insgesamt 16 Ziele und 35 Maßnahmen. Zu einigen Zielen gibt es mehrere Maßnahmen. Die Bandbreite der Maßnahmen ist groß. Die Ziele und Maßnahmen sind auf fünf Handlungsfelder verteilt, die mit den Kernaktivitäten des BeB korrespondieren. Die Handlungsfelder sind:

- Bewusstseinsbildung
- Partizipation
- Barrierefreiheit
- Austausch und Vernetzung im Verband
- BeB als Arbeitgeber

Die Steuerung des Projekts „Aktionsplan des BeB“ erfolgt durch die BeB-Geschäftsstelle bzw. durch die in einem Arbeitsplan festgelegten Verantwortlichen. Die Begleitung des Umsetzungsprozesses wird durch die bisherige AG „Aktionsplan des BeB“ unter der neuen Bezeichnung „Begleitgruppe Aktionsplan“ in einer leicht veränderten Zusammensetzung sichergestellt. Dr. Katrin Grüber (IMEW) wird gegebenenfalls situativ als begleitende Beraterin angefragt. Mindestens zwei Vorstands-Mitglieder und jeweils ein Vertreter der Beiräte des BeB gehören der „Begleitgruppe Aktionsplan“ an. Die Besetzung der Begleitgruppe verdeutlicht nach Außen einerseits das Zusammenwirken im BeB mit den Beiräten (im Sinne der Partizipation) und anderseits, dass eine Evaluation auch unter „schlanken“ Bedingungen realisiert werden kann. Zu den Aufgaben der Begleitgruppe zählen u.a. die Erhebung und Auswertung des aktuellen Umsetzungsstands des Aktionsplans und die Formulierung daraus resultierender Empfehlungen (eventuell weiterer Maßnahmen). Die Begleitgruppe trifft sich einmal im Jahr zur Verfassung eines Berichtes. Der Termin ist so zu koordinieren, dass der erarbeitete Bericht in die Vorstands-Klausur (jeweils November oder Dezember) einfließen kann. Unter Berücksichtigung der Umsetzungsplanung mit benannter Zeitstruktur ist davon auszugehen, dass die Begleitgruppe, beginnend im Jahr 2016, voraussichtlich bis zum Jahr 2019 zusammenarbeiten wird.

Die breite Auseinandersetzung mit dem Thema Inklusion unterstützt die Entwicklung einer inklusiven Kultur. Der

Aktionsplan des BeB stellt Partizipationsprozesse innerhalb des Verbandes auf den Prüfstand. Deshalb gibt der BeB-Aktionsplan Orientierung in der Arbeit des Vorstandes, der Beiräte, der Geschäftsstelle und für die Kooperation mit den Mitgliedseinrichtungen. Um der gemeinsamen Vision von einer inklusiven Gesellschaft ein Stück näher zu kommen, ist es notwendig, selbst aktiv zu werden. Ein Mitglied der Arbeitsgruppe zur Erstellung des Aktionsplans sagte treffend: „Wir machen einen Aktionsplan, weil Teilhabe nicht vom Himmel fällt!".

Thomas Schneider

Information:

Sowohl die Handlungsanleitung „Beteiligung verändert" (in schwerer und leichter Sprache) als auch der „Aktionsplan des BeB" stehen zum Download bereit unter www.beb-ev.de (Rubrik „Publikationen").

Eingliedern statt ausgrenzen

Landesverein startet Inklusionsprojekt „STELLWERK" zum Thema Arbeit

Um die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Behinderungen/mit psychischen Belastungsstörungen aus dem ersten Arbeitsmarkt zu verhindern und die Teilhabe für die o.g. Personengruppe am ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen, hat der Landesverein im Kreis Plön ein von der Aktion Mensch finanziell unterstütztes Vorhaben initiiert. Das Projekt „STELLWERK" bietet Betrieben und den dort Beschäftigten vielfältige Hilfen in Hinblick auf das Thema „Psychische Belastungen". Hierzu gehören u.a. Präventionsveranstaltungen für betriebliche Funktionsträger, die Unterstützung bei der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement/ betrieblicher Gesundheitszirkel, die Beratung von Funktionsträgern und betroffener Beschäftigter in Fällen von Sucht, Burnout und anderen psychischen Belastungsstörungen sowie die Unterstützung bei der Vermittlung in entsprechende Therapieangebote bei einer Behandlungsnotwendigkeit. Zudem vermitteln die Projekt-MitarbeiterInnen geeignete Bewerber bei Stellung von betrieblichen Praktikumsplätzen und begleiten diese während des Praktikums. Erste Schulungsveranstaltungen wurden in Zusammenarbeit mit der Plöner Kreisverwaltung bereits realisiert.

Bei der Umsetzung des Projektes erfährt der Landesverein für Innere Mission, der im Kreis Plön mehrere Suchthilfeeinrichtungen und ein Altenheim betreibt, tatkräftige Unterstützung. Kooperationspartner im Projekt sind die Kreisverwaltung Plön, die Diakonie des Kirchenkreises Plön-Segeberg sowie der Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk. Unterstützt wird das Projekt zudem von der Landesverwaltung. „Wir freuen uns, dass die Aktion Mensch unseren Antrag positiv beschieden hat und wir gemeinsam mit den Kooperationspartnern für die Menschen mit psychischen Einschränkungen in der Region ein neues Angebot im Bereich Arbeit vorhalten können", so der Diplom-Pädagoge Bodo Haßler, Leiter des Projektes. Ebenso wie seine Kollegin Julia Braun verfügt Bodo Haßler, der jahrelang die ambulante und teilstationäre Suchthilfe des Landesvereins (ATS) geleitet hat, über umfangreiche Erfahrungen im Bereich der betrieblichen Arbeit.

Bodo Haßler

Information:

Das Projekt „STELLWERK", das der Leitidee „Eingliedern statt ausgrenzen" folgt und Inklusion ermöglichen will, ist unter Telefon 04328-1706023 oder E-Mail: info@stellwerksvn.de erreichbar.

TAGUNGEN UND WEITERBILDUNG 2016

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde

Individueller Teilhabebedarf und regionale Steuerung:
Die Zukunft der Hilfeplankonferenz und das Bundesteilhabegesetz.
Fachtag am 19. Mai 2016 in Mainz

Informationen und Anmeldung unter www.bag-gpv.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGSP

Psychose-Begleitung und Neuroleptika
Über Möglichkeiten, in der Psychose-Begleitung und -Behandlung Neuroleptika möglichst niedrig zu dosieren und auf sie zu verzichten".
Fachtagung am 3.–4. Juni 2016 im Katholisch-Sozialen Institut in Bad Honnef

Psychiatrische Pflege im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit
Fachtag am 24. Juni 2016 im DGB-Haus – Haus der Gewerkschaften in Frankfurt am Main.

Informationen und Anmeldung unter www.dgsp-ev.de

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildung:

„Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung" bzw. „Sonderpädagogische Zusatzqualifikation" 2016 – 2018. Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischer Störung betroffen sind.
Beginn: 12. September 2016

Führen und Leiten: „100 x Zukunft plus" Konsequent leiten und weiterentwickeln. Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte.
September 2016 bis Juni 2018 (Münster)

Bitte fordern Sie bei Interesse die ausführlichen Informationsprospekte an.

Einteilige Fortbildungen:

Umgang mit Trauma-Folgen. Professionelle Kontakt- und Beziehungsgestaltung in der Sozialpsychiatrie
- 6./07.06.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst, Filderstadt (bei Stuttgart)
Leitung: Claudia Ehlert, Soziologin, M. A., Supervisorin (DGSv), Fortbilderin mit Schwerpunkt Psycho-Traumatologie/ Trauma- Pädagogik

Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und Migranten in der Sozialpsychiatrie
- 06./07.06.2016

Parkhotel Kolpinghaus, Fulda
Leitung: Manuela Ziskoven, Dipl.-Soziologin, Transaktionsanalytikerin (CTA/P), EMDR-Therapeutin (EMDRIA), Stuttgart

Psychopharmaka und psychotherapeutische Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit schizophrenen und affektiven Störungen
- 20./21.06.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst, Filderstadt (bei Stuttgart)
Leitung: Dr. Martin Roser, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Rudolf-Sophien-Stiftes, Stuttgart

Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen
- 30.06./01.07.2016

Parkhotel Kolpinghaus, Fulda
Leitung: Dr. Matthias Hammer, Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Stuttgart

Selbstsorge statt Burnout. Wie schaffe ich mir sinnvolle und lösbare Aufgaben im beruflichen Alltag
- 04./05.07.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst, Filderstadt (bei Stuttgart)
Leitung: Dr. med. Manuel Rupp, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Basel (CH), Supervisor, Lehrbeauftragter der Fachhochschule für Soziale Arbeit in Bern, Buchautor

„Schwierige" Klienten verstehen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen unterstützen
- 21./22.07.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst bei Stuttgart
Leitung: Dr. Irmgard Plößl, Dipl.-Psychologin, Werkstattleiterin im Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

„Das geht ja gar nicht!?" – Sozialpsychiatrie hinter geschlossenen Türen
Stationäre psychiatrische Versorgung in geschlossenen Einrichtungen unter dem Dach der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII
- 19./20.09.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst bei Stuttgart
Leitung: Monika Bachmeier, Dipl.-Sozialädagogin, Heimleiterin, Rudolf-Sophien-Stift gGmbH, Dienste für seelische Gesundheit Heidenheim
Klaus Masanz, Dipl.-Sozialpädagoge, ehemals Heimleiter des Hauses Maybachstraße in Stuttgart, Sozialpsychiatrischer Wohnverbund der eva Stuttgart

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit psychisch erkrankten jungen Erwachsenen
Bindung erfahren, Sicherheit erleben
- 26./27.09.2016

Tagungszentrum Bernhäuser Forst bei Stuttgart
Leitung: Ulrike Held, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin Psychologischer Fachdienst der „Stiftung Jugendhilfe aktiv", Stuttgart

Psychose und Sucht – double trouble
- 27./28.09.2016

Parkhotel Kolpinghaus, Fulda
Leitung: Frieder Niestrat, Dipl.-Psychologe, Essen
Harald Sadowski, Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Essen

Seminare und Weiterbildungen nach Maß:

Zu allen vorgenannten Themen können wir passende Inhouse-Angebote entwickeln. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Informationen

Bundesakademie für Kirche und Diakonie:
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin,
Telefon: 030-48837488; Fax: 030-48837300;
E-Mail: info@ba-kd.de

Programm und Onlineanmeldung im Internet: www.ba-kd.de

Ihr Ansprechpartner:
Ulrich Nicklaus, Telefon 0172-4207533
E-Mail: ulrich.nicklaus@ba-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Bettina Jahnke, Sankt Augustin; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Johannes Peter Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
29 Euro (einschließlich Versandkosten),
Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegen Informationen zum berufsbegleitendem Masterstudium „Systementwickung Inklusion" der Evangelischen Hochschule Darmstadt bei.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB