

PSYCHOSOZIALE  
Aktuelles aus Psychiatrie & Gemeinde  
**Umschau**

aus dem Inhalt

**Psychiatrie & Gemeinde**

See me. Anti-Stigma-Arbeit in Europa  
Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert

**Psychiatrische Praxis & Therapie**

Wie aus angeleiteten Gruppen Selbsthilfegruppen entstehen  
Erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmenhörern

**Kunst & Kultur**

Franz-Josef Limper malt innere und äußere Landschaften  
Künstler in der Irre

**Sozial- und Gesundheitspolitik**

Gegenwind für Pharmafirmen  
Betreutes Wohnen fördert Selbstständigkeit

**Arbeit & Rehabilitation**

DIA-AM - eine neue Maßnahme der Agentur für Arbeit  
Wie potenzielle Werkstattmitarbeiter reguläre Arbeit finden können

**Angehörigenbewegung**

Treffen von Geschwistern psychisch Kranker  
Friss, Vogel, oder stirb. Brief einer Mutter in großer Not

**Mitteilungen des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener**

BPE e.V. distanziert sich von S3-Leitlinie  
Kunstverbot als Therapie? Sorge um Art-Brut-Künstler Stief

**Kurz & knapp**

[www.psychose.de](http://www.psychose.de) gestartet  
Internet-Forum für Geschwister psychisch kranker Menschen

**Bücher & Medien**

Die Mitte finden: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten,  
Veränderungen ermöglichen



Franz-Josef Limper: Kleiner roter Kreis, 1992

**P**assend zur Jahreszeit haben wir in dieser Ausgabe ein sommerliches Potpourri zusammengestellt. Dieser etwas unzeitgemäße Begriff aus dem 18. Jahrhundert bezeichnet ursprünglich eine bunte Zusammenstellung meist bekannter und beliebter Melodien und im übertragenen Sinne beschäftigen sich die Beiträge dieser Umschau auch mit »Evergreens«. Ob es sich dabei um volkstümliches Liedgut, Schlager oder aktuelle Chart-Hits handelt, dürfte dabei sehr von der jeweiligen Betrachtungsweise und der eigenen Position abhängen.

In seiner beliebten Interviewreihe hat sich Christian Zechert diesmal mit Marianne Schumacher vom Berliner Landesverband der Angehörigen unterhalten und erfahren, wie breit gefächert die Projekte und Initiativen sind, die von der Selbsthilfe auf den Weg gebracht werden. Sie stößt immer wieder innovative Entwicklungen

an, z.B. mit der Berliner Krisenpension, die auf eine besonders von den Familien beklagte Lücke im Versorgungssystem zielt.

Wie man umgekehrt Selbsthilfe und Selbstheilungskräfte professionell unterstützen kann, damit befassen sich die Beiträge zur psychiatrischen Praxis und Therapie.

Ganz oben auf der Hitliste steht auch diesmal das Thema Arbeit. Es geht schwerpunktmäßig um Alternativen zur Werkstatt. Jörg Holke informiert über einen Gesetzesentwurf der Bundesregierung und Joachim Storck bringt in diesem Zusammenhang das Budget für Arbeit ins Gespräch.

Kreative Potenziale ausloten – das ist nicht nur Motto des Meckenheimer Künstlers Franz-Josef Limper, von dem die Bilder in dieser Ausgabe stammen, und den Cornelia Schäfer näher vorstellt, sondern auch ein Anliegen des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen und zwar auch und gerade unter den besonderen Bedingungen der Forensik.

Das heißeste Thema sind, wie könnte es anders sein, die Psychopharmaka. Hier sind neue Töne aufseiten der Ärzte zu hören, die z.B. in der Uni-Klinik Mainz klare Regeln für den Umgang mit Pharmavertretern einführen wollen und nun sagen »Mein Essen zahl ich selbst«.

Also ein Potpourri vertrauter Melodien, die dennoch ganz frisch und manchmal sogar frech klingen, meint

**Ihre Redaktion**

# PSYCHOSOZIALE Umschau

## Psychiatrie & Gemeinde

Viel mehr als Selbsthilfe. Angehörige engagieren sich vielfältig

*Interview Marianne Schumacher* 4

See me. Anti-Stigma-Arbeit in Europa  
Beate Lisofsky 5

Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: das kommunale Suchthilfenetzwerk  
Gerhard Längle und Anne Röhm 6

## Psychiatrische Praxis & Therapie

Wie aus angeleiteten Gruppen Selbsthilfegruppen entstehen

Torsten Flögel 10

Stimmenhören verstehen. Erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmenhörern  
Joachim Schnackenberg 13

## Kunst & Kultur

Ein kreativer Prozess, der Not wendet.

*Der Meckenheimer Künstler Franz-Josef Limper* Cornelia Schäfer 16

»akku« sucht Energiespender 17  
Künstler in der Irre 17

## Sozial- und Gesundheitspolitik

Gegenwind für Vorschläge der EU-Kommission zur Patienteninformation  
Dieter Lehmkuhl 18

»Mein Essen zahl ich selbst«. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte gibt Pharmaindustrie Kontra  
Cornelia Schäfer 18

Klare Regeln. Die Uniklinik Mainz definiert den Umgang mit der Pharmaindustrie neu 19

Betreutes Wohnen fördert Selbstständigkeit. Ergebnisse einer Befragung in Hessen  
Reinhard Peukert 20

Mehr als erwartet – aber weniger als wünschenswert: Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie  
Christian Zechert und Wolfgang Faulbaum-Decke 22

## Von den Betreuern lernen?

*Kompetentes Betreuungsmanagement muss auch in der Sozialpsychiatrie Standard werden* Wolf Crefeld 24

Erstes Bundestreffen der Sozialtherapeuten  
Hansgeorg Ließem 27

## Arbeit & Rehabilitation

DIA-AM – eine neue Maßnahme der Agentur für Arbeit. *Steuerinstrument oder Weg zu personenzentrierter Hilfe?*  
Joachim Storck 28

Gute Hilfen, gute Chancen? *Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke schaffen*  
Dominic Bruseberg 30

Gesetzentwurf für Alternative zur Werkstatt vorgelegt  
Jörg Holke 31

Das Budget für Arbeit macht Schule. *Wie potenzielle Werkstattmitarbeiter reguläre Arbeit finden können*  
Joachim Storck 32

## Angehörigenbewegung

Endlich kommen auch wir mal zu Wort!

*Treffen von Geschwistern psychisch Kranker*  
Reinhard Peukert 36

Der Lichterball 2008 in Leipzig 37  
Friss, Vogel, oder stirb. *Brief einer Mutter in großer Not*  
Roswitha Heinze 38

Zehn Jahre Nachhilfe für GABI 39  
Neuer Vorstand für Bundesverband gewählt 39

## Mitteilungen des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener

Kunstverbot als Therapie? *Sorge um Art-Brut-Künstler Stief in der Forensik*  
Susanne Lüftner-Haude 40

Das Atelier Eickelborn oder Kunst als ein Mittel zur Selbstheilung  
Thomas Hecht 41

BPE e.V. distanziert sich von der S3-Leitlinie  
Ursula Zingler 42

Treffen des Kulturnetzwerkes in Berlin  
Arnhild Köpcke 43

Hamlet goes hArt-Times  
Arnhild Köpcke 43

## Kurz & knapp

www.psychose.de gestartet 44

Der Weg aus dem Heim – aber wie? 44

Neue Auszeichnung für menschenwürdige Pflege vergeben 44

Neues Psychiatrie-Portal für Köln 45

Internet-Forum für Geschwister psychisch kranker Menschen 45

Betroffene beraten Betroffene 46

## Bücher & Medien

Differenziert und praxisnah. *Albert Lenz u. Johannes Jungbauer (Hg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen:*

*Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte.* Thomas Staschnik 47

Die Mitte finden. *Marie Boden, Doris Rolke: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen.*  
Michael Schulz 47

Im Gefühlschaos Strukturen schaffen. *Gefühlsmix-Spiel.* Detlef Rüscher 48

Respekt vor der Verschiedenheit.

*Manfred Jehle: Psychose und souveräne Lebensgestaltung.* Petra Gromann 49

Mutmachbuch. *Andreas Knuf:*

*Gesundung ist möglich! Borderline-Betroffene berichten.* Christiane Tilly 49

Impressum 46

Termine 50

# Viel mehr als Selbsthilfe

Angehörige engagieren sich vielfältig – Koordinatorenstelle notwendig  
Wie überleben Ideen in der Zeit knapper Kassen?

**D**ie Umschau interviewt in loser Folge engagierte Menschen aus der Gemeindepyschiatrie.

Für diese Ausgabe sprach **Christian Zechert** mit **Marianne Schumacher**, Vorstandsmitglied »Angehörige psychisch Kranker (ApK)«, Landesverband Berlin e.V.

1987 veröffentlichten Klaus Dörner u.a. das Buch »Freispruch der Familie« mit dem Ziel den Fundamentalvorwurf gegenüber Eltern aus der Welt zu schaffen, sie seien »die Ursache« für die Erkrankung ihres Kindes. War Dörners »Freispruch« im Rückblick gesehen erfolgreich?

**Marianne Schumacher:** Das kann ich so klar nicht beantworten. In der Selbsthilfe hat sein Buch zumindest dazu geführt, dass besonders Mütter leichter ihre diesbezüglichen Schuldgefühle loswerden und lernen, den Behandlern ihres betroffenen Kindes selbstbewusster gegenüberzutreten. Leider gibt es jedoch noch viele Ärzte und Therapeuten, die uns Angehörige in dieser Rolle sehen und uns das spüren lassen, ohne es direkt auszusprechen. Vorurteile haben leider ein langes Leben.

Die Berliner Angehörigen haben 1989 ihren Verband (siehe [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de)) mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensbedingungen der Familien und ihrer kranken Familienmitglieder gegründet. Wenn Sie diese fast 20 Jahre Verbandsarbeit überblicken: Hat es sich gelohnt?

**Marianne Schumacher:** Ja! So mühsam

es auch war, auf die Mitbetroffenheit der Familien, auf die Lücken im psychiatrischen Versorgungssystem usw. aufmerksam zu machen – es hat jeden Einzelnen von uns persönlich weitergebracht und dazu geführt, dass wir jetzt überschüttet werden mit Bitten um Information und Beteiligung an Gremien und Veranstaltungen. Unsere Erfahrung und Kompetenz ist erwünscht und findet Eingang in Veränderungen und Neuerungen im institutionellen Bereich.

Die Homepage des Berliner Landesverbandes informiert nicht nur über die klassische Selbsthilfe für Angehörige, sondern auch darüber, dass die ApK an einem Arbeitsprojekt beteiligt ist, sich für Migranten engagieren, über das persönliche Budget informieren, und gleichzeitig sind auch Betroffene bei Ihnen tätig. Dies ist ungewöhnlich viel: Wie schaffen Sie das?

**Marianne Schumacher:** Allerdings können wir das alles ehrenamtlich nicht mehr schaffen und brauchen dringend finanzielle Mittel für eine Koordinatorenstelle auf Dauer.

Zu den von Ihnen genannten Bereichen kommen noch Projektbeteiligungen wie u.a. »Starthilfe Arbeit« und die »Krisenpension und Hometreatment gGmbH« hinzu.

Wir haben zum Glück viele aktive Mitglieder, die bereit sind, unterschiedlichste Aufgaben verantwortlich zu übernehmen. Das sind Angehörige, die bei uns Hilfe suchten, Unterstützung bekamen und sich



Marianne Schumacher

nun ihrerseits einbringen, wofür wir sehr dankbar sind.

In einem Aufsatz von Thomas Bock zum Thema »Psychotherapie mit Angehörigen« (PID 2005), spricht er von der Notwendigkeit, Brücken zu bauen. Bekanntermaßen ist das Verhältnis von Angehörigen und Betroffenen nicht immer einfach. Wie sind Ihre Erfahrungen damit? Welche Brücken bauen Sie?

**Marianne Schumacher:** Diese Frage kann ich nur individuell aus meiner Situation heraus beantworten.

Mein Sohn entzieht sich seit Jahren allen Hilfsmöglichkeiten, hat alle Kontakte zur Familie abgebrochen, lebt total vereinsamt in seiner eigenen Wohnung. Keiner weiß, wie er seine Zeit verbringt, wie es ihm gerade geht. Er wird vom vielfältigen Hilfesystem nicht erreicht.

Ich schreibe ihm von Zeit zu Zeit Briefe, erzähle von mir, meinen Gedanken, meinen Erlebnissen mit anderen Betroffenen. Ab und zu lege ich ihm Informationen über Anlaufstellen oder Berichte bei. Ob er meine Briefe liest, die Hinweise aufnimmt – ich weiß es nicht.

Angehörige verhalten sich – ebenso wie Professionelle – sehr unterschiedlich zu der Frage, ob und wie sie Sponsorenmittel von der pharmazeutischen Industrie annehmen. Wie sieht hierzu die aktuelle Diskussion innerhalb der organisierten Angehörigen aus?

**Marianne Schumacher:** Zwiespältig. Einerseits brauchen die Verbände finanzielle Unterstützung für ihre Arbeit, weil Spenden und Mitgliedsbeiträge nicht ausreichen und Gelder der Krankenkassen nur mit großem bürokratischen Aufwand zu erhalten sind. Andererseits wird uns von den Medien schnell unterstellt, wir wären durch solche Sponsorenmittel nicht mehr unabhängig in unserer Meinung. Da Angehörige so gut wie keinen Einfluss auf die Verschreibungspraxis der Ärzte haben, geht dieser Vorwurf m.E. ins Leere. Auch bei uns wird hierüber immer wieder kontrovers diskutiert. In den letzten Jahren war es lediglich mal ein Flyer für eine Veranstaltung, der so finanziert wurde.



Franz-Josef Limper: Trauriger blauer Kopf, 1999

*Was ist das Wichtigste, was sich Angehörige von Professionellen wünschen?*

**Marianne Schumacher:** Wir wollen als Mitbetroffene ernst genommen werden und aufgrund unserer oft jahrelangen Erfahrungen und Beobachtungen dieses Wissen mitteilen, damit es in ein Behandlungskonzept einfließen kann.

Wir Angehörigen brauchen Hinweise auf dem Erkrankten zuträgliches, förderliches Verhalten unsererseits sowie Hinweise auf Hilfe und Unterstützung für uns selbst.

*Es scheint, als gebe es ähnlich wie bei der Bürgerhilfe auch in der Angehörigenbewegung ein Generationenproblem. Kennen Sie Beispiele, wie unter 30-Jährige für die Angehörigenarbeit gewonnen wurden?*

**Marianne Schumacher:** Das ist ein großes Problem, da Angehörige sich meist erst nach der eigenen Berufstätigkeit engagieren können. Wir haben auch Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder kranker Eltern. Deren Mitglieder sind häufig noch in der Ausbildung, im Studium. Von daher wird uns Engagement von einigen Jüngeren zuteil.

*Was ärgert Angehörige am meisten? Und was geht in die richtige Richtung?*

**Marianne Schumacher:** Dazu habe ich vorhin schon etwas geäußert. Doch einen bestimmten Punkt zu nennen für alle, finde ich schwierig, da vieles mit der individuellen Beziehung zu tun hat. Ich für mich ärgere mich am meisten darüber, dass es immer noch nicht gelingt, im psychiatrischen Versorgungssystem endlich Voraussetzungen für aufsuchende Hilfen zu schaffen, die es ermöglichen würden, sogenannten Ersterkrankten wie meinem Sohn die Chronifizierung der Erkrankung und traumatische Klinikerfahrungen zu ersparen.

Ein wichtiger Schritt zu mehr Verständnis und Wissen, das Lernen von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen untereinander ist der Dialog. Die Begegnung auf gleicher Augenhöhe kann allen Beteiligten nur förderlich sein und Gräben schließen. Schließlich eint uns doch alle das Bemühen um bessere Lebensqualität für psychisch Erkrankte.

*Und zum Schluss wie in allen Interviews die wichtigste Frage: Was außer Ihrem Engagement macht Ihnen sonst noch Spaß?*

**Marianne Schumacher:** Manchmal vergesse ich fast ganz mein Privatleben. Aber Zusammensein mit Freunden, Malen, Schreiben, klassische Musik, in die Oper gehen, ins klassische Theater oder einfach nur sich zu Hause einigeln mit einem guten Glas Wein vor sich hin zu träumen, ist etwas Wunderbares!

*Danke für das Gespräch! ■■■*

## See me

Anti-Stigma-Arbeit in Europa **Von Beate Lisofsky**

**O**utburst-Spieler werden diese Art von Fragen kennen: Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Schottland denken? Whisky, Witze, Dudelsack, Geiz und die unverwüstlichen Schottenröcke - ich geb's gern zu, so klischeehaft waren auch meine Vorstellungen, als ich Ende April nach Edinburgh zu einer Anti-Stigma-Konferenz »Approaches: taking action against stigma across Europe« gefahren bin. Eingeladen hatte die schottische Regierung und die WHO Europa. Vertreter aus den verschiedenen EU-Staaten und von Nicht-Regierungs-Organisationen diskutierten über Erfahrungen und Lösungsansätze, wie am besten gegen die Diskriminierung von psychisch kranken Menschen vorgegangen werden kann.

Als Problem wird die Stigmatisierung seelischer Leiden mittlerweile in allen Staaten gesehen, wobei die Ausgangssituation und die Ressourcen sehr, sehr unterschiedlich sind. So geht es in den neuen EU-Staaten in Ost- und Südosteuropa sicher in erster Linie um den Aufbau eines einigermaßen leistungsfähigen psychiatrischen Behandlungssystems. Überzeugungsarbeit bei Politikern und Regierungen ist vonnöten, um hier Entwicklungsarbeit leisten zu können.

Anti-Stigma-Kampagnen, die sich an die allgemeine Öffentlichkeit richten, gibt es in den meisten europäischen Ländern, mal mit mehr, mal mit weniger »Power«. Aber ganz ähnlich wie in Deutschland fehlt es oft an einem übergreifenden Bündnis, an dem die entscheidenden Partner beteiligt sind und an einer entsprechenden Finanzierung.

Dies sieht in Schottland anders aus und so war die Präsentation der schottischen Anti-Stigma-Kampagne auch nach der übereinstimmenden Meinung der Konferenzteilnehmer der Knüller der Tage in Edinburgh. Hier wird seit einigen Jahren, mit massiver finanzieller Unterstützung der schottischen Regierung, eine Anti-Stigma-Kampagne durchgeführt, die durchaus Vorbildcharakter haben kann für Europa. Auch in Deutschland könnte man davon einiges lernen.

See me – Anti-Stigma-Kampagne in Schottland

Schon das Anfangsbudget für das erste Jahr 2001 passt nicht zur sprichwörtli-

chen schottischen Sparsamkeit: 500.000 Pfund standen als Startkapital zur Verfügung.

Ganz wichtig für den Erfolg der Aktion war die dezidierte Unterstützung durch die schottische Regierung und das Parlament, wodurch nicht nur die materielle Basis und die Einbettung in einen gesamtgesellschaftlichen Prozess gesichert waren. Auch der unbedingt nötige »lange Atem«, der für eine angestrebte Änderung von Verhalten und Verhältnissen nun einmal unabdingbar ist, zeichnet die Kampagne aus.

Ansonsten waren die Voraussetzungen ganz ähnlich wie hierzulande. Unkenntnis, Vorurteile und Diskriminierung gegenüber psychisch kranken Menschen waren auch in Schottland weit verbreitet und die einheimischen Medien waren bestenfalls apathisch.

Aber, so zumindest mein Eindruck nach den Berichten: Die Schotten haben in puncto Anti-Stigma-Kampagne alles richtig gemacht. So standen die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen im Mittelpunkt aller Aktionen und das übergreifende Motto: »Sieh mich an. Ich bin ein Mensch, kein Etikett« fasst ganz gut zusammen, worum es geht.

Adressat war die allgemeine Öffentlichkeit, die aber gezielt in vielen verschiedenen Bereichen angesprochen wurde. So gab es Kampagnen im Arbeitsleben, sehr viele Aktionen für Kinder und junge Leute, jede Menge Schulungen, auch für die Mitarbeiter im psychiatrischen System, um hier gegen Stigmatisierung zu arbeiten und, und, und ...

Ebenfalls ein Novum war die umfangreiche Evaluation, die, kurz gesagt, gezeigt hat: Es wirkt! Das Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Lebenssituation der Menschen ist gewachsen, die Vorurteile sind zurückgegangen und, vielleicht das wichtigste Ergebnis: Durch die vielen ganz verschiedenen Maßnahmen ist ein Diskurs in Gang gekommen, der weiter wirkt.

Wer sich selbst einen Eindruck verschaffen will: Auf der Homepage [www.seemescotland.org](http://www.seemescotland.org) kann man sich ein anschauliches Bild von der Anti-Stigma-Kampagne made in Scotland machen. ■■■

# Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: **das kommunale Suchthilfenetzwerk** im Modell-Landkreis Reutlingen

Von **Gerhard Längle** und **Anne Röhm**

Bereits im Bericht der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages von 1975 wurde die damalige Versorgungssituation für Abhängigkeitskranke klar analysiert. Beklagt wurde, dass es keine Angebote für Prävention oder Frühintervention gäbe, kaum interdisziplinäre Zusammenarbeit praktiziert würden, dass lediglich die Behandlung der Folgeerkrankungen im Vordergrund stünde. Nur ganz vereinzelt würden fachspezifische stationäre Akutbehandlung sowie teilstationäre Behandlungsangebote vorgehalten werden. Auch der Mangel an Fachambulanzen wurde kritisiert, ebenso die fehlenden Nachsorgeangebote. Als zentrales Problem wurde bereits in diesem Bericht die wohnortferne, unverbundene und wenig vernetzte Entwöhnungsbehandlung benannt.

Gefordert wurde die Berücksichtigung der Grundsätze, die auch für die gemeinpsychiatrische Versorgung künftig gelten sollten: ambulant vor stationär, Versorgung vor Ort im normalen sozialen Umfeld, vorsichtige Einbeziehung der Selbsthilfe und die Festlegung von Pflichtversorgungsgebieten auch für ggf. notwendige überregionale Anbieter. Nach Vorstellung der Autoren der Psychiatrie-Enquete sollten die wesentlichen Elemente der integrierten Versorgung eine Fachambulanz sein sowie eine spezielle Aufnahmestation, eine Suchtabteilung am psychiatrischen Krankenhaus sowie eine Suchtfachklinik zur Entwöhnungsbehandlung. Spezialstationen für schwer geschädigte Abhängigkeitskranke, Pflegeheime aber auch Übergangseinrichtungen zur Wiedereingliederung sollten das Angebot ergänzen.

## Langsamer Paradigmenwechsel

Entgegen diesen Empfehlungen hat sich über drei Jahrzehnte die Suchtkrankenhilfe in Baden-Württemberg eher in die traditionellen Bahnen weiterentwickelt. Die Suchtberatungsstellen wurden ausgebaut, die Selbsthilfegruppen haben sich vervielfacht. Lediglich die Forderung nach

spezialisierten Suchtabteilungen an psychiatrischen Kliniken mit einem entsprechend differenzierten stationären Behandlungsangebot wurde erfüllt.

Während sich im Laufe der 80er- und insbesondere 90er-Jahre die allgemeinpsychiatrische Versorgung zunehmend in Form von gemeinpsychiatrischen Verbänden und in gemeinpsychiatrischen Zentren organisiert hat, arbeiteten die verschiedenen Institutionen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nur mäßig verbunden miteinander. Ambulante Schwerpunkt-

Franz-Josef Limper: Spanischer Hinterhof, 1999/2000



praxen entwickelten sich nur vereinzelt und dann vor allem im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung Opiat-abhängiger. Am Ende des Jahrhunderts konnten lediglich 10% der Abhängigkeitskranke durch fachspezifische Hilfe erreicht werden.

Im neuen Jahrtausend ergaben sich dann neue Entwicklungen:

- Die Rentenversicherungsträger ermöglichten den Betrieb tagesklinischer Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Bundesgesetzgebung erleichterte die Einrichtung von psychiatrischen Insti-

tutsambulanzen und damit auch spezialisierter suchtpsychiatrischer Institutsambulanzen.

- Die Idee der Frühintervention sowie der individualisierten suchtherapeutischen Behandlung finden durch Konzepte wie »motivational interviewing« oder »community reinforcement approach« immer häufiger Eingang in Suchthilfeeinrichtungen.

- Der Gedanke der wohnortnahen Versorgung und der regionalen Versorgungsverpflichtung wird zunehmend diskutiert.

Im Rahmen dieses vielfältigen Paradigmenwechsels in der Suchtkrankenversorgung entstand, unter Federführung des Sozialministeriums Baden-Württemberg, ausgearbeitet durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe, das Landkonzept »Kommunale Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg«.

Begleitet und gefördert wurde die Neuorientierung der Suchtkrankenhilfe durch die eine Verwaltungsreform in Baden-Württemberg und die dadurch entstandene tragende Rolle der Landkreise im Be-

reich Wiedereingliederungshilfe und soziale Teilhabe. Auch der Zusammenschluss der LVA und BfA zur Deutschen Rentenversicherung wird voraussichtlich die Abstimmung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern erleichtern.

## Das Konzept kommunale Suchthilfenetzwerke Baden-Württemberg

Zentrale Elemente des Konzeptes sind die Stichworte, wie sie im Ministerbrief an die Stadt- und Landkreise vom Oktober 2005 zu finden sind:

- niederschwelliger, wohnortnaher Zugang sowie rasche Einleitung von Hilfe;
- interdisziplinäre Fallkonferenzen bei Patienten mit komplexem Hilfebedarf;
- kooperative Mitwirkung aller an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter;
- Einrichtung von Konsiliar- und Liaisondiensten;
- Sicherstellung der zeitnahen Auf- und Übernahme von Hilfesuchenden;
- verbindliche Mitwirkung der psychosozialen Beratungsstelle und der psychiatrischen stationären Akuteinheit der Region im Suchthilfenetzwerk;
- Verfügbarkeit (teil-)stationärer und komplementärer Versorgung;
- Entwicklung einheitlicher Dokumentationssysteme;
- Existenz von Kooperationsvereinbarungen und Geschäftsordnungen;
- Vereinbarung verbindlicher Finanzierungsregelungen bei neuen Aufgaben;
- Zusammenarbeit bei Fortbildung, Qualitätssicherung und in der Öffentlichkeitsarbeit.

Diese Kriterien sind zu verstehen als Qualitätsmerkmale eines Suchthilfenetzwerkes einerseits sowie als Entwicklungsschritte eines solchen Netzwerkes andererseits. Bei der sehr unterschiedlichen Gestaltung der Suchtkrankenhilfe in den verschiedenen Regionen war von vornherein klar, dass die Entwicklungen sich an den regionalen Gegebenheiten orientieren müssen und damit eine gewisse Vielfalt im Lande erhalten bleiben wird.

#### Umsetzung des Landeskongzeptes im Modell-Landkreis Reutlingen

Im Modell-Landkreis Reutlingen wurde aufgrund einer Initiative des größten Einrichtungsträgers, der Münsterklinik Zwiefalten, schon während der Entwicklungsphase des Landeskongzeptes mit der Ausformung des Suchthilfenetzwerkes Reutlingen begonnen. Erste Treffen, zu denen alle an der Suchtkrankenversorgung Beteiligten eingeladen waren, fanden im Frühjahr 2005 statt. Neben den Einrichtungsträgern war der Landkreis zunächst als Gast eingeladen. Das gegenseitige Kennenlernen von Personen und ihren Vorstellungen, das Besprechen von Fallberichten, die Identifikation von Schnittstellen und -problemen sowie die Diskussion von Grundsatzproblemen standen im Vordergrund dieser Treffen.

Ab 2006 waren die Ausarbeitung des Kooperationsvertrages und der Geschäftsordnungen für die verschiedenen Gremien die zentralen Themen. Stark gefördert wurde dies durch die Einrichtung einer Stabstelle

Franz-Josef Limper, Straßen in Altendorf, 1997



am Zentrum für Psychiatrie, Münsterklinik Zwiefalten im Sommer 2006. Ende 2006 konnte dann die Kooperationsvereinbarung Suchthilfenetzwerk Reutlingen von den Beteiligten unterzeichnet werden.

Die Gründungsmitglieder des Suchthilfenetzwerkes Reutlingen sind

- die psychosoziale Beratungsstelle des baden-württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation,
- die psychosoziale Beratungsstelle des Kreisdiakonieverbandes,
- der Verein Hilfe zur Selbsthilfe,
- das Jakob-Albrecht-Haus des Lebenszentrums Ebhausen,
- die Tagesrehabilitation der Suchtkrankenhilfe der Zieglerschen Anstalten,
- die Münsterklinik Zwiefalten (Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie SWZ),
- der Qualitätszirkel substituierender Hausärzte
- niedergelassene Psychiater,
- niedergelassene Allgemeinärzte,
- der Landkreis Reutlingen.

Wie in der Kooperationsvereinbarung vorgesehen und erwünscht wurden im Jahr 2007 weitere Mitglieder aufgenommen:

- Vertreter der Selbsthilfegruppen,
- die AOK Neckar-Alb als Vertreter der Krankenkassen,
- die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg,
- das Jobcenter,
- die Servicestelle der Bundesagentur für Arbeit,
- die BruderhausDiakonie,
- der Verein für soziale Psychiatrie Zwiefalten.

#### Struktur des Suchthilfenetzwerkes

Getragen wird das Suchthilfenetzwerk von drei Elementen:

In der Steuerungskonferenz werden die Grundsätze der Versorgung gemeinsam erarbeitet. Die Versorgungsstruktur wird überprüft, eventuell vorhandene Versorgungslücken werden erfasst und eine gemeinsame Vorgehensweise zur Verbesserung der Versorgung zwischen den Mitgliedern wird besprochen und entschieden. Die Steuerungskonferenz bildet das umfassendste und größte Gremium des Suchthilfenetzwerkes.

In der Trägerkonferenz sind alle Einrichtungsträger versammelt. Sie dient dazu, Planungen der einzelnen Träger aufeinander abzustimmen, Schnittstellen zu optimieren, ein gemeinsames Profil zu entwickeln und letztlich die regionale Versorgung durch optimierte Zusammenarbeit zu sichern. Aufträge des Steuerungsgremiums können in der Trägerkonferenz bearbeitet werden.

Die Hilfeplankonferenz dient der Abstimmung der Einzelfallhilfe. Patienten werden mit vorbereitetem »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)« in der Hilfeplankonferenz vorgestellt. Dort werden dann die geplanten Hilfen noch einmal fachlich kritisch diskutiert und die Leistungserbringer ausgewählt.

Während in der Hilfeplankonferenz zunächst nur Vertreter der Leistungserbringer beteiligt waren, sind seit 2007 auch die Kassen, der Stadt- und Landkreis ständig sowie die Deutsche Rentenversicherung und die Servicestelle der Bundesagentur für Arbeit auf Anfrage vertreten.

Träger/Institution	Ambulant	Teilstationär	Stationär
Diakonieverband; BWLV gGmbH	Suchtberatung, ambulante Reha		
Hilfe zur Selbsthilfe e.V. Jakob-Albrecht-Haus	Betreutes Wohnen		Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften
Subst. Hausärzte; Psych. Fachärzte	Substitution Behandlung		
Zieglersche Anstalten		Tagesrehabilitation	
	Sucht PIAs	Tagesklinik	Qualifizierter Entzug
	Ergotherapie	- vertiefte Diagnostik	Doppeldiagnosen
Zentrum für Psychiatrie (Münsterklinik)	Werkstatt für behinderte Menschen	- Entzugs-u. Motivationsbehandlung	Rehabvorbereitung
	Betreutes Wohnen	- Krisenintervention	Suchtforensik
	Konsildienst Kreiskliniken	- Klärung u. Vorbereitung von Rehamaßnahmen	Wohnheim

Diese formale Organisationsstruktur des Suchthilfenetzwerkes bietet die Voraussetzung für eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ziel des Suchthilfenetzwerkes ist die Verbesserung der Versorgung Suchtkrankender jeden Ausprägungsgrades, d.h. die Sicherung einer individuellen, bedarfsgerechten, angemessenen, wohnortnahen Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe.

**Institutionelle Verflechtungen**

Die Behandlungsangebote, die von den jeweiligen Einrichtungsträgern im Landkreis Reutlingen vorgehalten werden, sind der Übersicht zu entnehmen

Eine enge Kooperation zwischen den Trägern wird über die strukturelle Kooperation hinaus erleichtert durch institutionelle und personelle Verflechtungen, wie sie ein Kennzeichen des Suchthilfenetzwerkes Reutlingen sind:

- der Sozialdienst der suchtpsychiatrischen Institutsambulanz wird per Gestellungsvertrag von der psychosozialen Beratungsstelle gestellt;
- die Gesundheitsberaterin arbeitet sowohl in der suchtpsychiatrischen Institutsambulanz als auch in der Tagesrehabilitation;
- Fachärzte der suchtpsychiatrischen Ambulanz der Münsterklinik sind aufsuchend in der Beratungsstelle der Drogenhilfe sowie im Obdachlosenheim tätig und führen suchtpsychiatrische Konsile am Kreiskrankenhaus durch.

Im Kompetenzzentrum für Abhängigkeits-erkrankungen in der Krämerstraße werden unter einem Dach neben der suchtpsychiatrischen Institutsambulanz eine Wohn-einheit für ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke, eine Ergotherapiepraxis für Abhängigkeitskranke, eine Institutsambulanz für suchtkranke fremdsprachige Mitbürger und eine Wohneinheit für die Belastungs-erprobung abhängigkeits-kranker Forensikpatienten betrieben.

Seit April 2008 wird die neu gegründete Tagesklinik für die Akutbehandlung von Abhängigkeitskranken der Münsterklinik Zwiefalten am Standort Reutlingen betrieben. Die zentral in der Stadt Reutlingen gelegene Immobilie beherbergt seit zwei Jahren bereits die Einrichtung für Tagesrehabilitation der Zieglerschen Anstalten. Beide Institutionen werden nun durch ein gemeinsames Team unter einer einheitlichen Leitung betrieben. Dies führt zu einer deutlichen Reduzierung der Hemmschwelle für Abhängigkeitskranke, eine Behandlung mit anschließender Rehamaßnahme aufzunehmen. Dieses neue Suchttherapiezentrum bildet ein Kernelement des Suchthilfenetzwerkes.

**Erste Erfahrungen aus den Hilfeplankonferenzen**

Mit ständigem Sitz in der Hilfeplankonferenz sind derzeit alle Trägervertreter des Suchthilfenetzwerkes sowie der Landkreis und die Krankenkassen vertreten. Künftig werden Vertreter der Servicestelle, ggf. der Deutschen Rentenversicherung und der Krankenkassen beteiligt sein. In

der Mehrzahl der Fälle waren die Patienten bei der Vorstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) anwesend. In der Hilfeplankonferenz vorgestellt wurden die meisten Patienten durch die Mitarbeiter der Münsterklinik. Die vorbereiteten Hilfepläne wurden von der Konferenz in der Regel bestätigt. Die Empfehlungen der Hilfeplankonferenz wurden auch überwiegend von den Kostenträgern umgesetzt.

Da ausschließlich Personen mit komplexem Hilfebedarf, d.h. mindestens mit dem Bedarf einer Betreuung im Wohnbereich in die Konferenz eingebracht wurden, waren im Wesentlichen die Anbieter aus diesem Bereich gefragt. In der Folge waren Träger aus dem sozialpsychiatrischen Bereich stärker an den Problemlösungen beteiligt und wurden häufiger mit Maßnahmen beauftragt als andere Mitglieder des Suchthilfenetzwerkes, da z.B. Beratungsstellen zur konkreten Versorgung bei komplexem Hilfebedarf wenig beitragen konnten. Da Überschneidungen mit Fallvorstellungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund erkennbar wurden, insbesondere was die Art der Hilfestellung anbetrifft, wurde eine gegenseitige Vertretung durch je ein Mitglied der Hilfeplankonferenzen in der anderen Konferenz vereinbart.

Langfristig ist die Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz zu überdenken. Eine Zusammenlegung der Hilfeplankonferenzen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und des Suchthilfenetzwerkes scheint sinnvoll und denkbar.

**Stand der Dinge**

Die verschiedenen Konferenzen haben sich etabliert, es wird nach den Geschäftsordnungen gearbeitet. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit auf Trägerebene und auch einzelfallbezogen auf Mitarbeiter-ebene ist inzwischen Routine. Die Kenntnis der Angebote der Partner ist bei allen Beteiligten gestiegen.

Franz-Josef Limper: Bräuderhäuser im Park, 2001



Von den Anforderungen an ein kommunales Sucht- und Hilfenetzwerk werden die meisten im Landkreis Reutlingen bereits realisiert: der niederschwellige, wohnortnahe Zugang und die rasche Einleitung von Hilfen sind die Regel, interdisziplinäre Fallkonferenzen sind Alltag. Alle an der Versorgung Suchtkranker Beteiligte wurden im Sucht- und Hilfenetzwerk eingebunden. Sucht- und psychiatrische Konsiliardienste sind an allen Kliniken im Landkreis realisiert. Über einen Kooperationsvertrag zwischen der Münsterklinik Zwiefalten und der Kreiskliniken GmbH ist geklärt, wo welche Personen behandelt werden. Die zeitnahe Auf- und Übernahme von Hilfesuchenden ist so sichergestellt.

Durch die Eröffnung einer suchtpsychiatrischen Tagesklinik im April 2008 wurde die ambulante und teilstationäre Versorgung in Reutlingen weiter verbessert. Mit dem Aufbau einer vollstationären Behandlungseinheit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2010 wird der Ausbau der Akutversorgung in Reutlingen abgeschlossen sein. Bereits jetzt besteht die Möglichkeit zur ambulanten und teilstationären Rehabilitation.

Gemeinsame Initiativen zur Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit wurden bereits durchgeführt und werden weiter ausgebaut.

Was noch ansteht, ist die Einführung ei-

nes einheitlichen Dokumentationssystems. Hier gibt es derzeit noch keine Einigkeit. Weiterentwicklungsbedarf besteht auch punktuell in der Optimierung der Schnittstellen zwischen den Kostenträgern, zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern sowie gelegentlich zwischen den Einrichtungsträgern selbst.

Noch nicht zufriedenstellend ist auch die Außendarstellung des Sucht- und Hilfenetzwerkes. Ein gemeinsamer Flyer sowie ein gemeinsamer Internetauftritt sind in Vorbereitung. Erstes Ziel ist die einfache und konkrete Information von Betroffenen und professionellen Helfern einschließlich der Hausärzte. Langfristiges Ziel ist die Einrichtung eines Informationstelefonos, vermittels dessen anfragende Personen gezielt in die für ihren Hilfebedarf zuständige Institution vermittelt werden.

Noch intensiviert werden muss die Konsultierbarkeit in den Allgemeinkrankenhäusern. Zwar hat die Kooperationsvereinbarung zwischen den Kreiskliniken und der Münsterklinik Zwiefalten eine Grundlage geschaffen, die jedoch noch mit mehr Leben gefüllt werden muss.

Die Einbindung der Hausärzte ist ebenfalls noch nicht ausreichend gelungen. Hier ist jedoch eine Besserung erkennbar. In den letzten Monaten konnten 36 der 157 Hausärzte des Landkreises von der

Netzwerkkoordinatorin persönlich in ihrer Praxis aufgesucht und über das Sucht- und Hilfenetzwerk informiert werden. Diese aufwendige, aber effektive Maßnahme muss fortgeführt werden.

Insgesamt hat sich das Sucht- und Hilfenetzwerk seit seiner Gründung strukturell gut entwickelt und in der Alltagsarbeit etabliert. Voraussetzung war die Bereitschaft aller Leistungsträger und -bringer zur Kooperation. Zur raschen Umsetzung des Landeskonzeptes hat die Einrichtung einer von der Münsterklinik Zwiefalten finanzierten Netzwerkkoordinationsstelle wesentlich beigetragen.

So kann man schon zum jetzigen Zeitpunkt sagen, dass die Installation eines Sucht- und Hilfenetzwerkes sich bewährt und Strukturen für die stetige Weiterentwicklung und Optimierung der Suchtkrankenversorgung im Landkreis geschaffen hat.



Prof. Dr. med. Gerhard Längle ist Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychiatrie Münsterklinik Zwiefalten. Außerdem ist er zuständig für den Versorgungsbereich Sucht im Klinikverbund der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie.

Dipl.- Päd., Master of Public Health, Anne Röhm, ist Inhaberin der Stabsstelle Netzwerkkoordination und Gesundheitsmanagement am Zentrum für Psychiatrie, Münsterklinik Zwiefalten. Dort ist sie u.a. zuständig für die Koordination des kommunalen Sucht- und Hilfenetzwerkes in der Modellregion Reutlingen, Kontakt: ane.roehm@zfp-zentrum.de

**ALLTAG & EIGENSINN IN DER PSYCHIATRIE**

Fremdbestimmt? Selbstbestimmt?

**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.**

**2. bis 4. Oktober 2008 in Leipzig**

**Programm und Anmeldung:** DGSP-Geschäftsstelle  
Zeltlinger Straße 9  
50969 Köln  
Tel.: (02 21) 51 10 02  
Fax: (02 21) 52 99 03  
E-Mail: dgsp@netcologne.de

**DGSP**  
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

## Kleine Held(Inn)en in Not

Prävention und gesundheitsfördernde Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Interdisziplinäre Fachtagung für Mitarbeiter aus Gemeindepsychiatrie und Jugendhilfe

**Am 6. bis 7.11.2008 in Magdeburg**

Die Aktualität des Themas »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern« ist weiter gegeben und gewinnt in der Diskussion um Prävention psychischer Erkrankungen sowie in den Diskussionen um Kinderschutz eine neue Bedeutung. Die Verbesserung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gemeindepsychiatrie und der Aufbau von verbindlichen Netzwerken zur Unterstützung betroffener Familien stellt auch die Träger der Gemeindepsychiatrie vor neue Herausforderungen.

Die Tagung soll eine weitere Diskussionsplattform über die Fragen von Prävention und Kinderschutz bieten und die Vernetzung der Ansätze und Projekte fördern. Daneben wollen wir mit dieser Fachtagung den aktuellen Forschungsstand sowie Best-Practice Projekte aus den Bereichen Prävention und Vernetzung vorstellen und hoffen auf eine breite interdisziplinäre Diskussion.

Bei dieser Tagung handelt es sich um die Folgeveranstaltung der intensiven Fachdiskussion auf der Tagung »Kleinen Held(Inn)en in Not – Prävention und gesundheitsfördernde Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern« vom 7.–8.2.2008 in Lübeck.

Die Dokumentation der Lübecker Tagung finden Sie im Internet [www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband)  
Informationen: Birgit Görres, [goerres@psychiatrie.de](mailto:goerres@psychiatrie.de)

# Wie aus angeleiteten Gruppen Selbsthilfegruppen entstehen

Von **Torsten Flögel**

**Z**weimal habe ich Gruppen angeleitet, die mittlerweile nunmehr seit Jahren als Selbsthilfegruppen weiterarbeiten. Der Umstand, dass aus diesen Gruppen Selbsthilfegruppen wurden, war gar nicht von Anfang an beabsichtigt gewesen. Vielmehr entstand im Laufe der Jahre der Eindruck, dass die jeweiligen Gruppen auch ohne Anleitung weiterarbeiten könnten. Ich hatte Vertrauen in die Tragfähigkeit der Gruppen – und in beiden Fällen ist es auch gelungen, dass die Gruppen bestand- und arbeitsfähig blieben. Aber so, wie wenn man ein Kind ins Erwachsenenwerden entlässt, blieb auch bei mir ein Fragezeichen, ob dieser Prozess tatsächlich gelungen ist. Oder, um es in eine wissenschaftliche Fragestellung zu überführen: Wie kann dieser Prozess gelingen, und was fördert den Übergang von ehemals angeleiteten Gruppen in die Selbsthilfe?

## Suche nach Diskussionsteilnehmern

Um mehr über den Übergang zu erfahren, bot sich an, diejenigen zu befragen, die diesen Übergang selbst miterlebt haben, nämlich die Teilnehmer aus Patienten- sowie aus Angehörigengruppen. Mein Plan war, Erfahrene zu einer Gruppendiskussion zusammenzuführen, diese auf Band aufzunehmen und auszuwerten.

Um überhaupt Teilnehmer zu finden, habe ich im Sommer 2006 alle psychiatrischen Ambulanzen, psychosozialen Kontaktstellen (bzw. Begegnungsstätten) und

sozialpsychiatrischen Dienste in Hamburg angerufen und die Mitarbeiter gefragt, ob es bei ihnen angeleitete Gruppen gebe, die mittlerweile (in den letzten fünf Jahren) ohne Anleitung weiterarbeiteten (die Teilnehmer der ehemals von mir angeleiteten Gruppen habe ich nicht mit in diese Auswahl einbezogen). 16 von 28 Einrichtungen hatten Erfahrungen mit der Umwandlung von Gruppen gemacht, die jedoch nicht immer erfolgreich verliefen. In den letzten fünf Jahren sind es vornehmlich Angehörigengruppen, die in die Selbstständigkeit entlassen wurden. Direkt als Auftrag oder als Teil des Konzepts wird dies aber von kaum einer Einrichtung verstanden. Es ist im Gegenteil so, dass dort, wo dann doch dieser Prozess stattfindet, die betreffenden Mitarbeiter von der Skepsis ihrer Kollegen berichten. Interessant war, dass einige Mitarbeiter meinten, sie hätten keine Kapazität, um in Selbsthilfe überzuleiten; andere Mitarbeiter haben gerade aus Kapazitätsgründen in Selbsthilfe übergeleitet.

## Die Diskussionsgruppe

Der Einladung zur Gruppendiskussion, die ich in den Räumen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikums Eppendorf durchführen konnte, folgten sechs Interessierte: Fünf nahmen regelmäßig an Angehörigengruppen teil (vier von ihnen kamen aus derselben Angehörigengruppe); eine Teilnehmerin kam aus einer Gruppe für Menschen mit bipo-

larer Erkrankung. Interessant ist, dass die sechs Diskussionsteilnehmer aus drei Gruppen kommen, die in ihren Ausgangsbedingungen, unter denen sie zur Selbsthilfe gekommen sind, unterschiedlicher nicht sein könnten, wie die Tabelle verdeutlicht (siehe unten).

## Unterschiedliche Ausgangsbedingungen

Sowohl die Dauer der Anleitungphase als auch die Motivation dazu sind höchst unterschiedlich: Während z. B. die Bipolarengruppe sich wie geplant nur neun Monate mit dem Anleiter trifft, entsteht die Selbsthilfe der Angehörigengruppe 2 aus sich heraus: Die Anleiterin kündigt an, dass sie sich langsam zurückzieht. Ein Unterschied, der in der Tabelle nicht festgehalten ist: Während die beiden Teilnehmer der Angehörigengruppe 2 und Bipolarengruppe sich von ihren Anleitern gut unterstützt fühlten, erlebten die vier anderen (Angehörigengruppe 1) ihre Anleiter als nicht sehr unterstützend, sind aber trotzdem für den Anstoß zur Selbsthilfe dankbar. Gleichwohl ist festzuhalten, dass alle drei Gruppen laut Aussagen der Diskussionsteilnehmer stabil sind und regelmäßig zusammenkommen.

## Entdeckung der eigenen Stärke

Alle Teilnehmer berichten von Erlebnissen im Gruppenprozess ohne Anleitung, in denen sich die Mitglieder als kompetent und hilfreich füreinander erfahren. »Ich fand es ganz erstaunlich, wozu eine Gruppe auch ohne Anleitung fähig sein kann«, sagt ein Teilnehmer und berichtet von einer Angehörigen, die von der Gruppe über Monate hinweg unterstützt wurde, eine schwierige Situation zu meistern. Ein anderes Beispiel, das das Gefühl von Selbstwirksamkeit erhöht: Die Gruppen fühlen sich in der Lage, mit den Mitglie-

	Angehörigengruppe 1	Angehörigengruppe 2	Gruppe für Menschen mit bipolarer Erkrankung
Einrichtung	Psychiatrische Tagesklinik	Psychosoziale Kontaktstelle (Begegnungsstätte)	Sozialpsychiatrische Ambulanz
Dauer/Frequenz der Anleitungphase	6-mal	seit 6 Jahren	von vornherein auf 9 Monate befristet
Prozedere der Überleitung	Anleitung war auf 6 Treffen beschränkt	Anleiterin hat überraschend ihren Rückzug angekündigt und »schleicht sich langsam aus«	Anleitung war auf 9 Monate befristet
Dauer der Arbeit in Selbsthilfe	seit 1 1/2 Jahren	seit 1/2 Jahr	seit 1 Jahr
Wie viele Teilnehmer?	6	6	5 – 7
Wo trifft Gruppe sich?	Bei KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe-Gruppen in Hamburg)	Weiter in der Einrichtung	Weiter in der Einrichtung
Frequenz der Gruppentreffen	1x monatlich	14-tägig	14-tägig

dem, die für sie schwierig sind, »fertig zu werden«: Die »Viel- und Schnellredner« können integriert, aufgefangen und zugleich im Redefluss gebremst werden. Auch fühlen sich die Gruppen Mitgliedern gewachsen, die immer wieder von negativen Gefühlen berichten und »auf der Stelle treten«. Weiter berichten die Teilnehmer, dass es ihnen gelingt, ihren Sitzungen eine Struktur zu geben, an der sie aber nicht starr festhalten müssen: Hat jemand ein akutes Problem, sind die Gruppen flexibel genug, dem Vorrang zu geben.

Franz-Josef Limper: Melkeller mit 3 Bögen, 2001



### Wo die Profis fehlen

Auch wenn die Gruppen sich als arbeits- und tragfähig erleben, bemerken gleichwohl einige, dass es Themen und Situationen gibt, in denen ihnen die Profis fehlen. Dies betrifft vor allem zwei Bereiche:

Angehörige sind manchmal unsicher, wie es um den kranken Angehörigen steht und welche Verhaltensweisen förderlich sind. Sie würden sich gerne manchmal rückversichern und eine distanzierte Meinung von professioneller Seite hören. »So'n Anstoß zum Nachdenken von jemandem, der also wirklich von der Sache viel versteht, wäre bestimmt manchmal ganz hilfreich«, sagt ein Teilnehmer. Auffallend ist hier, dass die Diskussion an dieser Stelle um zwei Pole kreist: Zum einen wirft die Teilnehmerin aus der Bipolarengruppe ein, dass es für den Umgang mit einem akut psychisch erkrankten Menschen »keine fertigen Rezepte und Konzepte« gebe. Auch ein Angehöriger ist der Meinung, dass man im akuten Krisenfall immer »im Nebel herumstochern« müsse. Eine Teilnehmerin sagt: »Es ist wohl wirklich etwas, das man auch gemeinsam herausfinden muss.« Diese Meinungen korrespondieren sehr mit dem Begriff der »Suchhaltung«, wie ihn Klaus Dörner und Ursula Plog in »Irren ist menschlich« entwickelt haben.

Zum Zweiten sagt ein Angehöriger, die Gruppe sei nicht dazu da, dem kranken Angehörigen, sondern sich selbst zu helfen. Dies wiederum nimmt eine andere Teilnehmerin zum Anlass, doch noch einmal die Bedeutung der Profis herauszustreichen: »Das konnte nur von der Fachkraft kommen und nicht aus den Leuten selbst: Dass da zum ersten Mal gesagt wurde, dass wir uns sehr wohl auch als Angehörige um uns selbst kümmern müssen, dass also diese Selbstpflege auch noch mal hochgestellt wurde ... Und das fand ich ganz wichtig, dass das eben doch mal von

nem Fachmann kommt.« Diesen Impuls vermisst sie manchmal in der Selbsthilfegruppe.

Distanz und Kompetenz der Profis werden als wohltuend und hilfreich empfunden und manchmal vermisst. Zugleich ist interessant, dass keiner der Teilnehmer aktiv von sich aus die (ehemaligen) Anleiter um Hilfe ersucht hat. Dies spricht auch dafür, dass die Gruppen bislang ihre Schwierigkeiten allein gemeistert haben. In der Bipolarengruppe wurde auch vor der Gruppenumwandlung mit dem Anleiter besprochen, welche Strategien bei Ausnahmezuständen greifen könnten. Die Teilnehmerin berichtet: »In der geleiteten Gruppe haben wir auch darüber gesprochen: Wie werden wir uns verhalten, wenn jetzt jemand akut manisch wird? Und da meinte eben auch Dr. (Name des Anleiters, Anm. TF): Ja also, wenn's so störend für die Gruppe wird oder aber derjenige sich bloßstellt, wofür er sich später sehr schämen würde: Dann würden wir ihn nehmen und mit ihm nach draußen gehen und dort mit ihm sprechen. Aber es ist nicht vorgekommen. Und jetzt hier in der nicht-geleiteten Gruppe ist es auch nie vorgekommen. Und ich denk, wir würden es überleben.«

### Wo Profis stören

Die Frage, ob es auch Gesprächsthemen gibt, bei denen Profis eher hinderlich sind, wird auf zwei Ebenen beantwortet. Erstens: Ein Teilnehmer kritisiert den Unfehlbarkeitsanspruch von ärztlichen Mitarbeitern und bemerkt: »Systemkritik ist umso einfacher, je weniger vom System (in der Gruppe) dabei ist.« Dieser Teilnehmer beschreibt, dass er manche Ärzte als wenig dialogisch und autoritär erlebt.

Ein Gruppentreffen, an dem ein Arzt als Experte einmalig teilnahm, erinnert er als schwierig. Daraus schließen sich zweitens weitere Kritikmomente an, die über das Erleben der Gruppenarbeit hinausgehen. Derselbe Teilnehmer kritisiert, dass Ärzte sich nicht immer die Mühe machen zu verstehen, was ihnen die Patienten sagen wollen. Und eine andere Teilnehmerin hat Hilfestellung vermisst, wie sie die psychische Erkrankung ihres Ehemannes der kleinen Tochter erklären soll. Bei den Mitarbeitern in der Psychiatrie gab es, so erzählt sie, nicht einmal ein Problembewusstsein dafür, dass die kleine Tochter unter der Situation leiden könne und Erklärung brauche. Zusammenfassend wird deutlich, dass die Diskussionsteilnehmer in der Lage sind, Mitarbeiter in der Psychiatrie auch mit ihren blinden Flecken und Fehlbarkeiten wahrzunehmen.

### Gruppenprozesse nach der Überleitung in Selbsthilfe

Übereinstimmend erwähnen die Teilnehmer, dass ihre Gruppen kurz vor, während und nach der Überleitungsphase jeweils auf einen »harten Kern« von ca. sechs Teilnehmern geschrumpft sind, die seitdem verlässlich und regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen. Offensichtlich fühlten sich nicht alle Teilnehmer in der Lage, weiter in Selbsthilfe zu arbeiten oder ihr Bedürfnis nach Unterstützung war gesättigt – über die Gründe kann nur spekuliert werden. Der Schrumpfungsprozess wird von den verbliebenen Teilnehmern durchaus auch als gut erlebt: »Dadurch ist es ein bisschen einfacher zu reden, weil man nur vier oder fünf Zuhörer hat«, sagt ein Angehöriger.

In keine der drei Gruppen konnten bis

## DGSP-Kurzfortbildungen 2008 August – Dezember

*In folgenden DGSP-Kurzfortbildungen sind noch einige Plätze frei:*

- **Gesund und heil trotz alledem**  
29./30. August in Fulda. Referentin: Petra Klein
- **Genogrammarbeit**  
5./6. September in Mainz.  
Referentin: Andrea Döring
- **Manisch-depressive Erkrankungen**  
26./27. September in Berlin.  
Referent: Prof. Dr. Thomas Bock
- **Kommunikation und Aggression**  
29./30. September in Mainz.  
Referent: Georg Milzner
- **Das progressive therapeutische Spiegelbild**  
6./7. Oktober in Hannover.  
Referentin: Kerstin Harkensee
- **Wanderer zwischen den Welten**  
10./11. Oktober in Fulda.  
Referent: Thomas Hax-Schoppenhorst
- **Zu wenig Supervision?** 17./18. Oktober in Weimar.  
Referentin: Andrea Döring
- **Mad or bad?!** 17./18. Oktober in Köln.  
Referent: Wolfgang Stinshoff
- **»Störfälle«** 17./18. Oktober in Bielefeld.  
Referentin: Petra Klein
- **Auf die Bühne – fertig – los!**  
27./28. Oktober in Hannover.  
Referentin: Sonja Berning
- **Angehörigengruppen in der Psychiatrie**  
7./8. November in Hannover.  
Referentinnen: Susanne Heim, Ruth Vogel
- **(Auch) jenseits der Erwerbsarbeit ...**  
14./15. November in Bielefeld.  
Referent: Karsten Groth
- **Die klingende Klinik**  
14./15. November in Erfurt. Referent: Lutz Debus
- **Therapie für Therapeutinnen – Hilfe für Helfer**  
21./23. November in Hamburg.  
Referent: Matthias Kriesel
- **Konfliktmanagement**  
28./29. November in Hannover.  
Referent: Hans-Jürgen Nötzel
- **Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten**  
28./29. November in Bielefeld.  
Referent: Dr. phil. Hardy Gutknecht
- **»Eine Idee ist das, was noch nicht genügt«**  
28./29. November in Dresden.  
Referent: Christian Gredig

**Fordern Sie unser ausführliches Programmheft an:**

DGSP-Geschäftsstelle  
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln  
Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03  
E-Mail: dgsp@netcologne.de,  
Internet: www.psychiatrie.de

lang neue, von außen kommende Teilnehmer integriert werden. Die vier Teilnehmer aus Anhängigengruppe 1 haben sich nicht aktiv bemüht – ein Teilnehmer sagt ja auch, dass ihm vier bis fünf Zuhörer bzw. Gesprächsteilnehmer reichen. Der Diskussionsteilnehmer aus Anhängigengruppe 2 berichtet, dass neue Anhängige schnell wieder fernblieben. Daraus hat die Gruppe den Schluss gezogen, dass sie bei kommenden neuen Interessenten diesen zunächst mehr Raum geben will, damit sich besser ein Zugehörigkeitsgefühl entwickeln kann. Die Teilnehmerin aus der Bipolarengruppe wäre offen für neue Teilnehmer; zwei andere Gruppenteilnehmer möchten aber vorerst lieber unter sich bleiben.

In allen drei Gruppen hat es sich als hilfreich erwiesen, dass jeweils eine Teilnehmerin sich für Organisation und Ablauf verantwortlich fühlt. Dies ist in zwei Gruppen auch besprochen worden; in einer Gruppe ist die Leitung eher informell und wird als sehr angenehm erlebt. Die inoffizielle Leiterin achtet darauf, dass »es nicht ein reine Klönrunde wird« und hat auch die zeitliche Struktur im Blick.

### Schlussfolgerungen und Vorschläge für die Überleitung zur Selbsthilfe

Vorausschicken möchte ich noch, dass ich nicht glaube, dass die Überleitung in die Selbstständigkeit um jeden Preis bei jeder angeleiteten Gruppe in der Sozialpsychiatrie erfolgen sollte, dass ich aber glaube, dass hier durchaus Ressourcen liegen, die allzu oft ungenutzt bleiben.

Es scheint nützlich, dass die Gruppen jemanden aus ihrem Kreis bitten, verantwortlich für den Ablauf der Gruppensitzung zu sein. Die informelle Leitung wird von allen Diskussionsteilnehmern positiv erlebt. Dies könnte natürlich auch in der Form geschehen, dass die Rolle des Moderators von Sitzung zu Sitzung rotiert.

Es steht jeder Selbsthilfegruppe frei, ob sie geschlossen bleibt oder sich neuen Teilnehmern öffnen will. Im letzteren Falle wäre zu überlegen (da die Integration neuer Mitglieder oft scheitert), wie eine Selbsthilfegruppe die Aufnahme gestalten könnte, um die Integration zu verbessern, z.B. dadurch dass Erwartungen des neuen Teilnehmers und Möglichkeiten der Gruppe benannt werden. Andererseits ist zu bedenken, dass auch in angeleiteten Gruppen nicht alle neuen Mitglieder in der Gruppe bleiben.

Dass die Gruppen schrumpfen, wird von den Diskussionsteilnehmern nicht negativ erlebt. Es könnte aber für alle von Vor-

teil sein, wenn der Anleiter in der Übergangsphase offen benennt, dass die Fortsetzung der Arbeit in Selbsthilfe nicht für alle das passende Angebot sein muss und mit den Nicht-Interessenten anspricht, ob und welche Unterstützung sie sich wünschen.

Zwei der drei Gruppen hätten prinzipiell im Falle einer überfordernden Situation in der Gruppe die Möglichkeit, sich Hilfe von den ehemaligen Anleitern zu holen; die Anhängigengruppe 1 könnte Hilfe von den Mitarbeitern von KISS bekommen. Keine der Gruppen hat bislang von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Das Bedürfnis, sich bei Bedarf an die Profis wenden zu können, wird aber verschiedentlich in der Gruppendiskussion genannt. Vielleicht – das ist meine Vermutung – ist allein das Wissen, jemanden als Rückhalt zu haben, stärkend für die Selbsthilfe. Denn es hat sich erwiesen, dass die Selbsthilfegruppen sich selbst tragen können und gut funktionieren. Ein Vorschlag an die Anleiter ist, die für eine Gruppe möglichen kritischen Situationen vorab ausdrücklicher zu identifizieren und eine bestimmte Haltung (z.B. die der Selbstpflege und -sorge für Anhängige psychisch Kranker; die des Reagierens auf Ausnahmezustände wie im oben erwähnten Beispiel aus der Bipolarengruppe; die des Umgangs mit Leitung, um einen Konkurrenzkampf um diese Position zu verhindern) noch expliziter beim Übergang in die Selbsthilfe zu implementieren und zu thematisieren. Auch spricht nichts gegen einen losen Kontakt zu den Profis, um sich bei Fragen rückversichern zu können.

Nebenbei bemerkt: Der Austausch der Systeme, nämlich der Dialog zwischen der psychiatrieeerfahrenen Teilnehmerin und den Anhängigen wurde auch in unserer Diskussion fruchtbar, nämlich als es darum ging, Ausnahmezustände in akuten Psychosen besser zu verstehen. Vielleicht wäre ein nächster Forschungsschritt die Auswertung einer dialogischen Gruppendiskussion, an der neben Patienten und Anhängigen auch Profis teilnehmen und man diskutieren könnte, an welchen Punkten Selbsthilfegruppen Unterstützung von Profis brauchen.

Unsere Diskussion zeigt schon mal, dass es keine fertigen Konzepte im Krisenfall gibt und dass auch Profis nicht allwissend sind, sondern dass die Gruppenteilnehmer im Sinne der Suchhaltung sich auf ihrem Weg gegenseitig begleiten. ■■■

Dr. Torsten Flögel ist Psychologe im berufsbegleitenden Integrationsfachdienst in Hamburg und u.a. Co-Leiter einer Aurnyn-Gruppe für Kinder von psychisch erkrankten Eltern.

# Stimmenhören verstehen

Erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmenhören

Von **Joachim Schnackenberg**

Stimmenhören wird in der Psychiatrie gemeinhin mit akustischen Halluzinationen gleichgesetzt, der häufigsten Form der Halluzinationen. Die Selbsthilfebewegungen der Stimmenhörer-netzwerke in den verschiedensten Ländern haben in den letzten 20 Jahren festgestellt, dass die Erfahrung des Stimmenhörens sich auf verschiedenste Weise ausdrücken kann. Die erfahrungsfokussierte Beratung macht sich dabei unter anderem die Einsichten dieser Bewegungen in einem professionellen Ansatz zu Nutze.

Neuer Name, neuer Ansatz?

In gewisser Weise schon. Die erfahrungsfokussierte Beratung geht auf die Forschungsarbeiten um Professor Marius Romme und Dr. Sandra Escher zurück. Diese machen deutlich, dass ein verständliches Arbeiten mit ungewöhnlichen Erfahrungen oder Phänomenen wie dem Stimmenhören durchaus möglich, ja sogar wünschenswert ist. Erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmenhören erzeugt regelmäßig gute Ergebnisse. Dabei ist gerade die systematische Fokussierung auf die Stimmen unheimlich wichtig und vielversprechend. Es gilt, die Stimmen kennenzulernen, über sie zu sprechen, und mit ihnen umgehen zu lernen. Aber – sagt die Psychiatrie nicht, dass das nicht möglich, ja sogar schädlich sei? Es gilt in der Tat weiterhin als weitestgehend anerkanntes Paradigma in der Psychiatrie, dass man nicht weiter auf die Stimmen eingehen soll, außer für diagnostische Zwecke. Allerdings sprechen bereits die unzureichenden Erfolgsquoten der konventionellen Psychiatrie für eine kreativere Herangehensweise und nicht für ein einfaches Aufrechterhalten dieses konventionellen Ansatzes.

Ich will dies im Folgenden anhand eines Beispiels deutlich machen. Vorab werde ich noch ein paar grundsätzliche Sachen zur erfahrungsfokussierten Beratung klarstellen.

Grundsätzliches

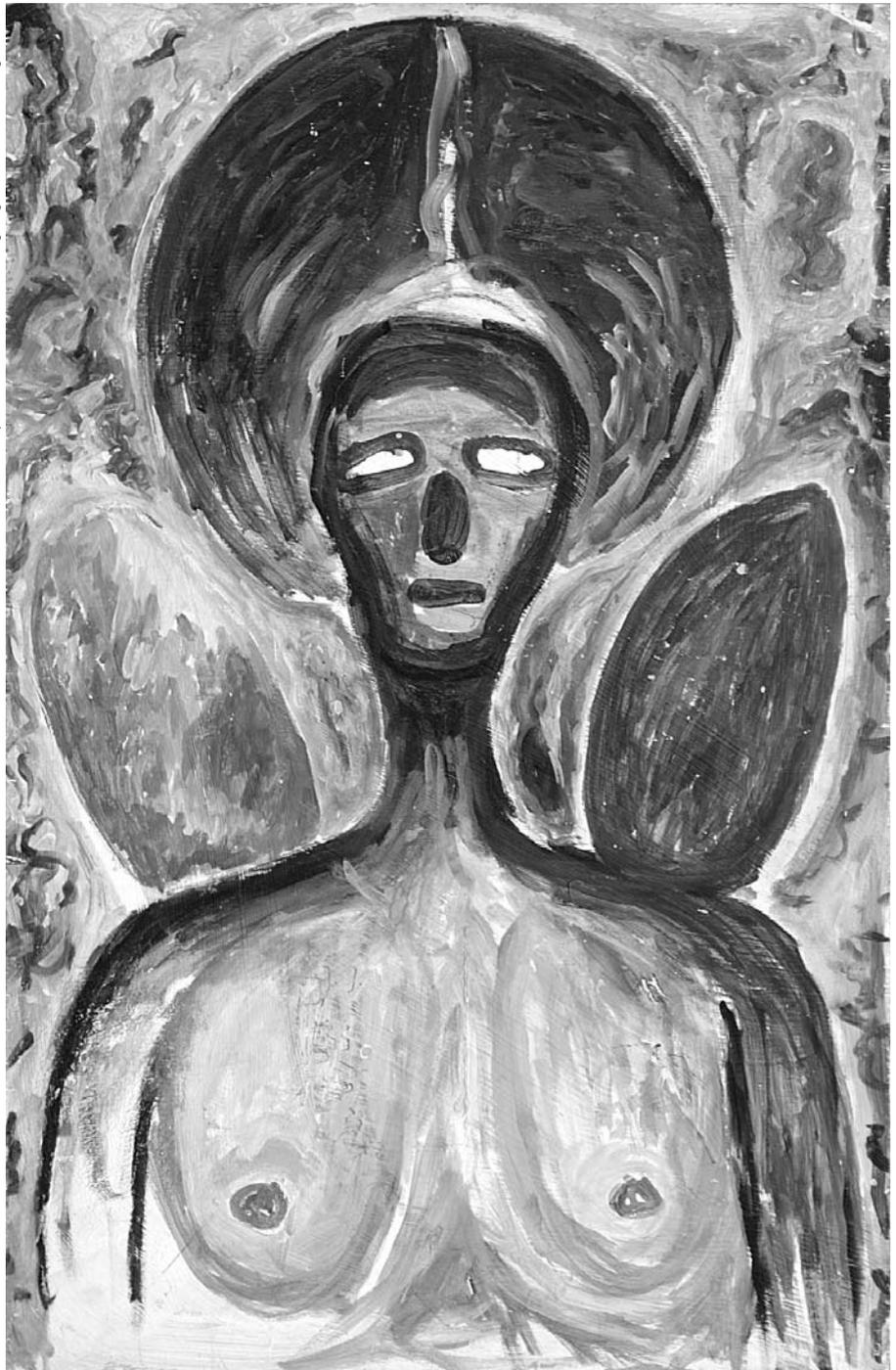
In der erfahrungsfokussierten Beratung arbeiten Stimmenhörer und Berater systematisch gemeinsam an einem einvernehmlichen Verständnis der Erfahrung

des Stimmenhörens. Im Gegensatz zu verschiedenen Versuchen in der Vergangenheit arbeitet die erfahrungsfokussierte Beratung auf systematische und fokussierte Weise, um ein Verständnis für die Stimmen innerhalb des gegenwärtigen als auch lebensgeschichtlichen Kontextes zu schaffen. Diese Arbeit ist deshalb von einer solch großen Bedeutung, weil sie gewöhnlicherweise nur selten von Stim-

menhörern oder Fachleuten in der Psychiatrie unternommen wird. Oft wird sogar aktiv davon abgeraten.

Was passiert aber, wenn man so tut, als wenn ein Problem nicht wirklich da ist, wenn man versucht, ein Problem zu ignorieren und nicht zu akzeptieren? Es will einfach nicht verschwinden. Genauso passiert es auch oft in der Psychiatrie. Deshalb geht die herkömmliche Psychiatrie bei Erkrankungen wie etwa der Schizophrenie auch zunehmend nicht mehr wirklich von einer echten Heilungsmöglichkeit aus. Im Gegenteil, es wird von chronischen Erkrankungen mit dem Bedarf einer Erhaltungstherapie gesprochen. Wenn überhaupt von Genesung gespro-

Franz-Josef Limper, Timm Ulrichs hat immer gesagt, das ist der Todesengel, 1982



chen wird, dann im Regelfall nur in Verbindung mit der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten.

#### Genesung ist möglich

Ich will an dieser Stelle nicht die konventionelle Psychiatrie kritisieren. Die erfahrungsfokussierte Beratung zeigt nur, dass die aktive Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Stimmenhörens durchaus positive Resultate erzielen kann. Ich persönlich kenne mittlerweile viele Menschen, die es mithilfe dieses Ansatzes geschafft haben, völlig zu genesen, selbst ohne die weitere Einnahme von Medikamenten. Noch wichtiger ist vielleicht sogar die Tatsache, dass diese Menschen durch die aktive Auseinandersetzung mit den Stimmen nicht nur einen Gesundungsprozess einschlugen, sondern auch feststellten, dass dieser Prozess einen wichtigen, individuellen Entwicklungsschritt förderte. Ich spreche hier nicht von Menschen mit »kleineren« psychischen Erkrankungen, sondern von Menschen mit Diagnosen der chronifizierten Schizophrenie. Von Menschen, die mit dem Leben abgeschlossen hatten, die irgendwo im Hilfesystem der Psychiatrie verloren gegangen zu sein schienen. All diesen Menschen, denen ich immer wieder begegne, ist gemein, dass sie sagen, dieser Ansatz der erfahrungsfokussierten Beratung habe für sie den Wendepunkt in ihrem Leben dargestellt.

#### Erfahrungen

Im Folgenden soll die erfahrungsfokussierte Beratung anhand von Fallbeispielen verdeutlicht werden. Ein einfaches Beispiel am Anfang: Herr W. ist ein 60-jähriger Mann, der sich seit einigen Jahren nicht mehr alleine aus dem Haus traut. Er hat das Gefühl, dass alle Leute um ihn herum böse und gegen ihn sind. In den letzten fünf Jahren hat er auch seine Arbeit als Fabrikarbeiter aufgeben müssen. Seine Diagnose ist die einer Depression mit psychotischen Symptomen, denn Herr W. sagt auch immer wieder, dass er Stimmen hört. Das letzte Mal, als er unter seinen Stimmen litt, schrieb er einen Brief an seinen behandelnden Psychiater und sagte, die Stimmen trieben ihn dazu, jemanden umbringen zu wollen. Er habe bereits angefangen, zu Hause zu üben. Er hat insgesamt zwei Krankenhausaufenthalte sowie Zeiten mit dem Kriseninterventionsteam hinter sich, immer im Zusammenhang mit den schlimmer werdenden Stimmen.

#### Die Behandlung in der Psychiatrie

Herr W. wurde mit Antidepressiva behandelt sowie mit einem Antipsychotikum gegen seine Stimmen. Es wurden verschiedene Antipsychotika ausprobiert, und keins funktionierte so richtig. Die Stimmen wurden außerdem als Pseudohalluzinationen behandelt, da sie einigen wahren Stimmen von Menschen aus seinem Leben ähnelten. Im Gespräch mit den Psychiatern wurde deutlich, dass sie nicht das Gefühl hatten, diese Stimmen seien aus diagnostischer Sicht von großer Bedeutung. Da sie als nicht klassisch psychotisch wahrgenommen wurden, konnte man davon ausgehen, dass sie nicht »schizophrener« Natur sind. Da aber nur die »schizophrenen« Stimmen wirklich besorgniserregend sind, da sie ja das spezialisierte Eingreifen des Psychiaters in Form einer Diagnose und der Behandlung insbesondere mit Antipsychotika bedürfen, waren diese Stimmen nicht weiter wichtig. Der behandelnde Psychiater hatte außerdem den Verdacht auf eine sich stetig verschlimmernde Gehirnerkrankung, die er aber zunächst einmal nicht weiter bestimmte.

#### Die erfahrungsfokussierte Beratung

Im Gespräch mit Herrn W. wurde sofort deutlich, dass er diese Stimmen im Gegensatz zu den Fachleuten der Psychiatrie als sehr relevant betrachtete, da sie ihn fast dazu getrieben hatten, jemanden zu erstechen. Sie erschienen ihm sehr wohl als fremdartig und es fiel ihm schwer, eine offensichtliche Verbindung zu seinem Leben zu sehen, obwohl aus diagnostischer Sicht diese Verbindung bereits zu bestehen schien. Er beschrieb sie als sehr negativ, aufdringlich und nicht kontrollierbar. Er hatte das Gefühl, dass sie sein ganzes Tun bestimmten und empfand dies als »absolut furchtbar«. Auch wusste er nicht wirklich, wie er sie für sich einordnen sollte. Beim Nachfragen hatte er das Gefühl, dass sie vielleicht eine Art Geist oder Ähnliches darstellen konnten. Er wollte die Stimmen einfach nur los sein. Er hatte die Stimmen auch nicht konstant, sondern mal mehr, mal weniger.

#### Die Stimmen wichtig nehmen

Ganz im Sinne der erfahrungsfokussierten Beratung begannen der Berater und Herr W. gemeinsam zu erforschen, wann die Stimmen jeweils aufgetreten waren und wie sie sich ausgewirkt hatten. Herr W.

hatte das Gefühl, dass sie ihn von allem abhielten, unter anderem davon rauszugehen.

Es stellte sich auch heraus, dass er Stimmen hatte, die regelmäßig im Traum auftraten und ihn dann im Wachzustand weiter verfolgten. Zum anderen hatte er eine Stimme, die im Wachzustand auftrat und ihn immer wieder dazu aufforderte, es einfach zu tun (Messerattacke), damit er »Blut lecken« konnte.

Innerhalb der Beratung zeigte sich ziemlich schnell, dass die Stimmen kurz nach der Erfahrung eines sexuellen Übergriffs zum ersten Mal auftraten. Dieser Übergriff hatte bei der Arbeit stattgefunden, und Herr W. musste seinem Übergreifer weiterhin täglich bei der Arbeit begegnen. Nach kurzer Zeit wurde er ins Krankenhaus eingeliefert, wo er kurz über seine Stimmen befragt wurde, es wurde aber nicht weiter auf sie eingegangen.

In der weiteren Entschlüsselung stellte sich heraus, dass der sexuelle Übergriff einen Auslöser für Herrn W. darstellte, den er nie ganz verarbeitet hatte. Die Stimmen sprachen aber im Prinzip noch stärker über das jahrelange Mobbing, das er in körperlicher und verbaler Form immer wieder bei der Arbeit erlebt hatte und das letzten Endes auch zu dem sexuellen Übergriff auf ihn geführt hatte. Er hatte mit niemandem über den Übergriff reden können. Die Ärzte hatten nicht weiter nachgefragt und seine Frau wollte es nicht wirklich hören. Abgesehen davon kannte er niemanden, dem er sich anvertrauen konnte.

#### Wofür die Stimmen stehen

Der Unterschied, den die erfahrungsfokussierte Beratung für ihn machte, war der, dass er sich jetzt nicht mehr vor den Stimmen fürchten musste. Wenn sie wiederkämen, wusste er, wie er mit ihnen umgehen konnte. Er konnte sie jetzt als einen Ausdruck seiner unterdrückten Emotionen verstehen, und durch die Beratung wusste er, wie er mit ihnen umgehen konnte. Ein großer Teil seines Gefühls, des psychischen Behindertseins im Alltag, war damit gelöst.

Interessanterweise brachte die erfahrungsfokussierte Beratung außerdem ein unverarbeitetes belastendes Ereignis aus der Kindheit zutage, das ihn sehr geprägt hatte und dessen Nichtverarbeitung maßgebend dazu beigetragen hatte, dass auch das Mobbing und der sexuelle Übergriff verdrängt wurden. Auf diese Weise konnte Herr W. nunmehr den Gesundungsprozess der Versöhnung mit seinem eigenen Leben beginnen.

## Verstehen ist auch in schweren Fällen möglich

Komplizierter liegt der Fall bei Herrn G. Dieser junge 21-jährige Mann, war seit eineinhalb Jahren auf der geschlossenen Psychiatrieintensivstation. Es war eine Station mit hohem Personalaufwand und sehr engagierten Mitarbeitern. Die ganze Zeit über war er sehr psychotisch. Man bekam oft kein vernünftiges Wort aus ihm heraus. Oft lief er nackt über die Station, warf mit Essen um sich, schlief schlecht und nur mit Medikamenten, schlug hin und wieder zu und schien wirklich völlig in seiner eigenen Welt verloren. Er hatte natürlich bereits alle klassischen antipsychotischen Medikamente genommen. Selbst Elektrokrampftherapie war versucht worden. Experten aus anderen Städten wurden zu Rate gezogen. Das Personal auf der Station gehörte zu den Anerkanntesten ihrer Zunft im Land und bemühte sich sehr, kreativ und konstruktiv mit Herrn G. umzugehen. Aber er blieb einfach sehr psychotisch.

Die erfahrungsfokussierte Beratung dauerte einige Wochen. Der Berater fing an, auf Herrn G. einzugehen, indem er zunächst einmal versuchte, einzelne Wörter zu erkennen. Durch seine Ausbildung wusste er einzuschätzen, dass Herr G. wahrscheinlich viele Stimmen gleichzeitig hörte, nicht wusste, wie er mit ihnen umgehen sollte und sich deshalb von ihnen völlig überwältigt fühlte.

Es entwickelte sich allmählich eine Gesprächsbasis mit Herrn G. Sobald fest stand, dass er in der Tat Stimmen hörte, konnte der Berater mit der formellen Entschlüsselung der Stimmenhörfahrung beginnen. Dazu bot sich ihm insbesondere die Anwendung des Maastrichter Interviews an.

Die Durchführung des Maastrichter Interviews dauerte eine gewisse Zeit und erfordert viel Geduld und Liebe zum Detail. Der Berater kam dem Grund für das sexuell enthemmte Verhalten und die scheinbar völlig wahllosen Gesprächsfetzen des Herrn G. allmählich auf die Spur: Herr G. hörte ca. 12 – 13 dominante Stimmen (dazu kamen weitere weniger dominante Stimmen), die – oft zugleich – auf ihn einredeten und die er kaum kontrollieren konnte. Was sie sagten, gab er oft einfach ungeprüft wieder. Zunehmend stellte sich heraus, dass auch diese Stimmen einen direkten Bezug zu seinem Leben hatten. Die Entschlüsselung zeichnete das Bild eines

isolierten jungen Mannes, der es schwer gefunden hatte, gesellschaftlich zurechtzukommen und deswegen an der Universität einen Nervenzusammenbruch erlitt. Außerdem wurde deutlich, dass er wahrscheinlich eine sexuelle Missbrauchserfahrung erlebt hatte. Obwohl er nicht bereit war, diese Realität sowie andere unverarbeitete Erlebnisse zu dem Zeitpunkt zu diskutieren, war die Intervention trotzdem



Franz-Josef Limper: Im Malkeller, 1994

ein voller Erfolg. Herr G. wurde zunehmend weniger psychotisch und ruhiger. Er bekam seinen Schlaf zurück und war in der Lage, normal zu kommunizieren. Er war zum ersten Mal seit eineinhalb Jahren nicht mehr psychotisch.

## Schlussfolgerung

Die Beispiele aus der Praxis der erfahrungsfokussierten Beratung zeigen deutlich auf, dass bereits der Prozess der Entschlüsselung der Stimmen zentral für den Gesundheitsprozess beider Menschen war. Das ist deshalb von Bedeutung, weil Stimmen in der Psychiatrie im Regelfall mit psychotischem Erleben gleichgesetzt werden. Psychotisches Erleben ist aber bereits per Definition nicht wirklich verständlich im Lebenszusammenhang der Person. Wie hier aufgezeigt, können Stimmen aber sehr wohl viel Sinn ergeben. Dies ist grundlegend wichtig, weil eine Erfahrung, die verstanden werden kann, auch akzeptiert werden kann. Ein Umgang mit ihr ist möglich. Ein Mangel an

Verständnis wiederum kann dazu führen, dass sich das Problem verschlimmert.

## Stimmenhören als Chance?

Die Erfahrung von erfahrungsfokussierten Beratern und Stimmenhörern in verschiedenen Ländern zeigt immer wieder, dass diese Frage mit »Ja« zu beantworten ist. In beiden Fallbeispielen wird deutlich, dass die Stimmen auf eine schwer verständliche und schwierige Realität hinwiesen und sie somit zugänglich, verständlich, akzeptierbar und verarbeitbar machten. Stimmenhören als Chance zu sehen, ist ein Weg, der von der konventionellen Psychiatrie weitestgehend abgelehnt wurde. Die Erfahrung in der erfahrungsfokussierten Beratung hingegen bezeugt Stimmen als Chance, quasi als Überbringer einer oft verschlüsselten Botschaft.

Mit der Entschlüsselung ist natürlich nicht automatisch alles getan. Die Erfahrung des Stimmenhörens ist für viele Betroffene zunächst sehr angsteinflößend und verwirrend. Sie würden die Stimmen gerne einfach nur loswerden. Aber: Ungelöste Konflikte oder Erlebnisse sowie der negative Einfluss der nicht kontrollierten Stimmen werden nun, im Gegensatz zu vorher, leicht verständlich und von daher auch gezielter bearbeitbar. Außerdem bezeugen sowohl der gesunde Menschenverstand als auch die psychiatrische Praxiserfahrung, dass schwierige Erfahrungen nicht immer auch negative Erfahrungen sein müssen. Im Gegenteil – die Erfahrung mit der erfahrungsfokussierten Beratung zeigt auf, dass vormals als negativ eingestufte Stimmen oft eigentlich einen positiven Beitrag im Leben der Person beizusteuern hatten. Das Positive an der Erfahrung des Stimmenhörens wird aber regelmäßig erst dann erkannt, wenn die Stimmen nicht mehr ignoriert sondern ernst genommen werden. Das heißt nicht, alles zu glauben, und zu tun, was die Stimmen der Person sagen. Es heißt vielmehr, sich aktiv mit den Stimmen auseinanderzusetzen und zu überlegen, wie mit dieser Erfahrung konstruktiv umgegangen werden kann. ■■■

Joachim Schnackenberg, ist englischer Fachpfleger für Psychiatrie (Dip HE in Mental Health Nursing) und Diplom Sozialarbeiter (FH). Er arbeitet derzeit in der Gemeindepsychiatrie in London und in Hannover sowie im Leitungsteam des efc Instituts. Das efc Institut bietet regelmäßig Fortbildungen und Beratungen zum Umgang mit Stimmenhören an. Informationen und Termine unter [www.efc-institut.de](http://www.efc-institut.de).

**Literaturtip:** Romme und Escher. Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern. Bonn 2008.

# Ein kreativer Prozess, der Not wendet

Der Meckenheimer Künstler Franz-Josef Limper malt innere und äußere Landschaften

Von **Cornelia Schäfer**

**D**as Ölbild zeigt vier Porträts: Mit energischem Pinselstrich sind jeweils zwei Ansichten eines Frauen- und eines Männerkopfes festgehalten. Schaut man sich die eine Version des Paares an, steht die andere auf dem Kopf. »Kraftvoll und sensibel« ist eines der

Ulrichs studierte, wurde bereits mehrmals in seinem Leben durch Psychosen aus der Bahn geworfen worden. Die Erkrankung hat auch Limpers künstlerischen Werdegang geprägt. Zwar hat er seine Werke gut ein Dutzend Mal in Ausstellungen der Öffentlichkeit präsentie-



Franz-Josef Limper: kraftvoll und sensibel, 2000

Lieblingsbilder Franz-Josef Limpers, denn es ist ihm nicht nur besonders gut gelungen, es stellt vor allem auch seine Eltern dar. »Das habe ich im Jahr 2000 gemalt, und kurz danach ist mein Vater gestorben«, erzählt der Künstler mit leiser Stimme. »Das würde ich nur meinen Geschwistern geben«, der 50-Jährige zögert und lächelt dann leicht, »aber man soll ja an den Dingen nicht so hängen ...«

## Die Bilder sprechen lassen

Rund 200 Öl- und Acrylbilder sowie etwa 400 Kreide- und Bleistiftzeichnungen hat Franz-Josef Limper in den vergangenen 20, 30 Jahren geschaffen, innere und äußere Landschaften, Porträts und immer wieder auch Szenen aus der Psychiatrie. Denn der Meckenheimer, der einst an der Kunstakademie Münster bei den Professoren Ludmilla von Arseniew und Timm

ren können, zuletzt 2007 in Münster, aber: »Ich habe schlicht und einfach gemerkt im Laufe der Jahre, dass ich davon nicht leben kann. Und besonders seit dem Klinikaufenthalt 2004 ist mir klar geworden, dass, wenn ich's vernünftig betrachte, das Malen nicht mehr als ein Hobby ist«, sagt der Mann mit den grau werdenden Haaren nüchtern. Dabei ist Malen und Zeichnen ihm mit der Zeit zur »zweiten Haut« geworden, wie er das ausdrückt. »Ich bin jetzt seit zwanzig, dreißig Jahren gewohnt, mich so auszudrücken.« Besonders reizen ihn schöne Landschaften, etwa in Italien oder Marokko, Bauwerke wie das Bonner Münster oder Gesichter, bevorzugt von alten Menschen, »weil die mehr Struktur haben«. Aber auch eine bestimmte Anordnung von Kannen, Flaschen oder Tassen kann ihm den Kick geben: »Das willst du jetzt festhalten.«

## Die Stimme sagt: Mach mal!

Wenn Franz-Josef Limper solche gegenständlichen Szenen malt, zeichnet er das Motiv zuerst mit Bleistift auf die Leinwand und lässt das angefangene Werk dann liegen. »Ich habe dann vielleicht fünf, sechs, sieben Motive aufgezeichnet, und irgendwann im Laufe der Zeit kommt immer der Impuls und ich geh an das Bild ran, und dann dauert es in der Regel zwei, drei Wochen, und das Bild ist fertig. Die andere Gruppe sind abstrakte Bilder, wo ich keine Vorzeichnung brauche, und da kann es passieren, dass ich plötzlich aus dem Mittagsschlafchen aufwache und die Stimme höre: Mach mal. Und dann fange ich an zu improvisieren, und es läuft ziemlich schnell ab«, beschreibt Limper seine unterschiedlichen Schaffensprozesse. Damit ein Werk gelingt, muss die Zeit dafür »reif« sein. Auch bei den abstrakten Bildern stauet sich vorher, manchmal über Wochen und Monate, die Energie an, die sich schließlich im Malen entlädt. »Da will irgendwas raus, und ich bin immer ganz überrascht, was dann da rauskommt.« Seine Grubensee-Reihe ist so entstanden: fünf Bilder, die Limper im Sommer 2003 malte. Die Ölgemälde mit so poetischen Titeln wie »Wiederaufstieg des Herzmondes«, »Pacha Mama« und »Wer schlachtet die Kuh, oder: der Kampf mit der kleinen Krake« zeichnen sich durch intensiv leuchtende Farben und eine organisch wirkende Struktur aus und beweisen nebenbei, dass der Künstler – obwohl er das abstreitet – auch sprachlich recht kreativ sein kann.

## Von Ostereiern und Rotwein

Von großer Bedeutung in Limpers Werk sind die Farben. Die Grüntöne in seinem Herzmond-Bild beschwören den Duft von Gras und üppiger Vegetation herauf. Der Himmel über der marokkanischen Berglandschaft leuchtet in aufwühlenden Rottönen, der kleine Fluss im unteren Bilddrittel schimmert silbrig weiß. Die Farbentscheidung komme oft, genauso wie die Stimmen, die er hört, aus dem Unterbewussten, erzählt der Künstler. »... und während ich die Farbe auftrage, kommt ganz intuitiv, wie wenn man läuft und einen Schritt nach dem anderen setzt, eine Abschwächung mit Weiß oder mit Schwarz oder mit Blau, ganz spontan, wie man auf einem Instrument improvisiert.« Bei seinen gegenständlichen Bildern setzt er die Farben bewusster, aber dann ringt er mit Bewusstsein und Stimme aus dem Unterbewusstsein schon mal

miteinander, und was herauskommt, ist ein Kompromiss, »wie in der Politik«. Er freue sich über die Farben, wie Kinder sich an Ostern über Schokoladeneier freuten, sagt Franz-Josef Limper, und die blaugrauen Augen hinter der Brille funkeln verschmitzt, oder erwachsener gesagt: Die Freude an den Farben gleiche dem Genuss eines guten Glases Rotwein.

Franz-Josef Limper: Berggarten, 2004



### Malen gegen den Rappel

Aber der kreative Prozess berührt ihn auch noch auf einer viel tieferen Ebene. »Einen Gegenstand, ein Spielfeld zu haben, auf dem ich mich abrackern und arbeiten kann, ist für mich lebenswichtig«, hatte Franz-Josef Limper vor einiger Zeit schon einmal einer Sozialarbeiterin in der sozialpsychiatrischen Tagesstätte erzählt, die er regelmäßig besucht.

Früher hat das Malen ihm oft geholfen, wenn er einen »psychotischen Rappel« kriegte, wie er sagt, denn bis die Bedarfsmedikation wirkte, vergingen gerne mal zwei Stunden. »Hätte ich nur die Medikamente genommen, hätte ich ein, zwei Stunden unter Hochspannung gesessen und wäre vielleicht noch auf dumme Gedanken gekommen, auch die Autoaggression überhaupt aushalten zu können, war schwer. Und so hat das Malen dem 'ne Bahn verschafft, und weil es einfach als wertvolle Tätigkeit in mir fixiert war, hat das dann ein Erfolgserlebnis gegeben, und das war auch schon Balsam.«

### Ein kontrollierter Rausch

Heute, wo er sich auch andere Wege sucht, seine Not zu wenden, psychotherapeutische zum Beispiel, empfindet Franz-Josef Limper das künstlerische Schaffen vor allem als einen kontrollierten Rausch, der nebenbei auch Ehrgeiz und Eitelkeit befriedigt. Da wundert es schon, dass er in seinem ländlichen Domizil, das er mit Mutter und Bruder bewohnt, kaum eigene Werke an der Wand hängen hat. »Die halten bei mir sowieso nie lange an der Wand«, wehrt er ab, »weil ich dann unzufrieden werde und das als Stagnation empfinde. Außerdem muss ja auch der Hunger nach Neuem wach bleiben.«

Einfach genießen und sich zufrieden zurücklehnen mag Limper nicht. Er wäre wohl nicht der sensible und manchmal gequälte Mensch, der er ist, wenn er nicht immer wieder mit starken Ambivalenzen ringen müsste. Auch beim Malen selbst: Auf den Rausch folgt in den letzten Jahren unweigerlich der Kater und der Wunsch, in Zukunft nüchterner agieren zu können.

Doch das wäre wohl das Ende der Kunst. Also? Der Maler lächelt ein wenig schief: »Man macht sich die Mühe, die Umkehr zu gehen, die Eitelkeit und die ganzen schlechten Gefühle, die damit verbunden sind auszuhalten und wieder sauber zu machen, genauso, wie man wieder aufräumen muss, wenn man gefeiert hat, damit man wieder feiern kann, wieder aufräumen muss und wieder feiern kann ...« ■■■

## »akku« sucht Energiespender

Die Initiative für autistische Kunst und Kultur (»akku«) des Vereins »Autismus Deutschland e.V.«, sucht Kunstwerke von autistischen Künstlerinnen und Künstlern für eine Ausstellung zum 40. Vereinsjubiläum im Jahre 2010.

Kunst und Kultur seien Energiespender für das gesellschaftliche Leben, heißt es in der Ankündigung des Vereins, und »akku« stehe für den Energiespeicher, der immer wieder aufgeladen werden müsse.

Noch ist Platz im Speicher, und deshalb bittet die Initiative um die Zusendung von Kunstwerken oder deren Abbildungen, die sorgfältig katalogisiert und dokumentiert werden. Eine künstlerisch versierte Jury soll später aus den eingesandten Arbeiten für die Ausstellung geeignete auswählen. Wo diese sein wird, steht bislang nicht fest, die Initiatoren sind noch auf der Suche nach einem öffentlichen Ausstellungsraum oder einem Museum.

Ziel von »akku« ist es, Kunst und kulturelle Ausdrucksformen von Menschen mit Autismus in Deutschland zu fördern. Mit der Ausstellung sollen hierfür auch Struk-

turen und Netzwerke ausgebildet werden. Informationen: [info@autismus.de](mailto:info@autismus.de), Tel 040/5115604. ■■■

Cornelia Schäfer, Köln

## Künstler in der Irre

Die Sammlung Prinzhorn in der Universitätsklinik Heidelberg hat erstmals Werke von Künstlern zu einer Ausstellung zusammengefügt, die vor ihrem Psychiatrieaufenthalt Anfang des 20. Jahrhunderts eine professionelle künstlerische Ausbildung genossen hatten. Zu entdecken sind Werke von siebzehn Malern, Grafikern und Bildhauern, deren Erfolge »draußen« durch ihre Anstaltskarrieren bald aus dem öffentlichen Gedächtnis gelöscht waren. Der Arzt und Sammler Prinzhorn wiederum interessierte sich nicht für diese Kunst, da sie für ihn nicht »ursprünglich« genug war.

Viele der bisher nie ausgestellten Zeichnungen und Gemälde sind von den Strömungen zwischen Realismus und Dadaismus beeinflusst. Manches wurde zerstört oder konnte erst gar nicht entstehen. Entstanden in der Anstalt, deren Milieu kaum Privatheit und Würde erlaubte, weisen die erhaltenen Werke jedoch über die Ausweglosigkeit hinaus auch auf Möglichkeiten kreativen Handelns. Für Besucher und Wissenschaftler eine spannende Spurensuche: Wer waren die Künstler? Warum scheiterten sie? Wie verwandt ist ihr einstiges Werk »draußen« mit dem »Drinnen«? ■■■ Cornelia Schäfer, Köln

Die Ausstellung »Künstler in der Irre« ist noch bis zum 15.9.08 in den Räumen der Prinzhorn-Sammlung in Heidelberg, Vossstr. 2, zu sehen. Informationen unter [www.prinzhorn.uni-hd.de](http://www.prinzhorn.uni-hd.de), Tel 06221/56 44 92.

# Gegenwind für Vorschläge der EU-Kommission zur Patienteninformation

Die EU Kommission plant für Herbst 2008 eine Gesetzesänderung zur Patienteninformation. Ursprünglicher Auftrag war neben einer Harmonisierung der unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Mitgliedsländern eine Informationsstrategie zu qualitativ hochwertigen, objektiven, zuverlässigen Informationen für Arzneimittelprodukte und andere Behandlungen, die sich von Werbung unterscheiden.

Die bisherigen Vorschläge der zuständigen »EU-Kommission Unternehmen und Industrie« wollen der Pharmaindustrie erlauben, sich mit »Informationen« zu Gesundheit, Krankheit und rezeptpflichtigen Arzneimitteln direkt an die Verbraucher zu wenden. Damit ist zu befürchten, dass unter dem Deckmantel der Patienteninformation das Direktverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel gelockert wird. Ein erster Versuch der Kommission war vom Europäischen Parlament 2002 mit überwältigender Stimmenmehrheit zurückgewiesen worden.

In den meisten EU-Ländern besteht nicht ein Mangel an Informationsangeboten, sondern es fehlt an einer für die Nutzerorientierung notwendigen Verlässlichkeit, Relevanz und Übersichtlichkeit derselben. Es kommt vor allem auf unabhängige indikations- und nicht produktbezogene evidenzbasierte Informationen an, die neben Angaben zu Krankheiten, auch den Vergleich unterschiedlicher Therapieoptionen ermöglichen.

Wesentlicher Einwand der meisten Stellungnahmen im Rahmen des öffentlichen Konsultationsverfahrens ist: Die Arzneimittelhersteller können aufgrund ihrer spezifischen Interessenslage nicht unabhängig über Arzneimittel informieren, da sie ihre Produkte verkaufen wollen. Eine verlässliche Unterscheidung von Werbung und Information, wie von der Kommission vorgeschlagen, ist daher kaum durchführbar.

Die bisherigen Vorschläge der EU-Kommission sind, was die Beteiligung der Arzneimittelhersteller anbetrifft – von der Industrie abgesehen – auf breite und eindeutige Ablehnung gestoßen, darunter der Europäische Verbraucherverband (BEUC), der National Health Service Großbritan-

niens, die British Medical Association, Mental Health Europe und Mind, for better mental health. In Deutschland sind es u.a. der Deutsche Ärztetag, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die Bundeszentrale der Verbraucherverbände. Eine von AkdÄ, Buko Pharmakampagne, IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung und der Bundesar-

beitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BGAP) initiierte gemeinsame Erklärung wurde inzwischen von 14 weiteren Organisationen mitgezeichnet, darunter DGSP, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V. Er ist für weitere Mitzeichnung offen (s. [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de) unter Aktuelles, 9.5., »Patienteninformation muss ...«).

Auch die Bundesregierung sieht die bisherigen Vorschläge der Kommission kritisch und setzt auf unabhängige Akteure, explizit das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in der Bereitstellung von Patienteninformationen. ■■■

*Dieter Lehmkuhl, Berlin*

## »Mein Essen zahl ich selbst«

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte gibt Pharmaindustrie Kontra

Inspiziert von der US-Bewegung »no free lunch« hat sich im Januar 2007 auch in Deutschland ein Netzwerk unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte gegründet, die ihr Verschreibungsverhalten ausschließlich am Patientenwohl orientieren wollen. Ihr Motto »Mein Essen zahl ich selbst« (MEZIS), ist eine Anspielung auf die Einflussnahme der Pharmaindustrie nicht zuletzt durch Geschenke und Einladungen zum Essen, zum Beispiel auf regionalen Fortbildungen.

»Wir sind es leid, dass Essen und der passende Wein uns in Stimmung bringen sollen. Wir ärgern uns, dass Rednerinnen und Redner ständig von neuen Medikamenten berichten – manchmal werden sie von Sponsoren ja auch gleich mit den richtigen Powerpoint-Folien bestückt«, heißt es auf der Homepage der Initiative.

Zwar gäbe es in Deutschland die sichersten Medikamente der Welt, sagt MEZIS-Sprecher Dr. Arne Schäffler, aber durch die Praktiken der Pharmaindustrie würden enorme Summen verschleudert und Patienteninteressen vernachlässigt. Aus Profitinteresse brächten die Pharmaunternehmen so – aufwendig beworben – immer wieder dieselben Wirkstoffe in etwas neuer Formulierung auf den Markt, anstatt die Mittel für die Erforschung wirklich neuer und dringend benötigter Medikamente einzusetzen. Rund 15.000 Pharmareferenten besuchten 20 Millionen Mal pro Jahr deutsche Praxen und Kranken-

häuser. Ohne Zustimmung der Ärzte analysierten sie deren Verschreibungsverhalten und versuchten, es durch Gespräche, Muster und andere geldwerte Leistungen zu beeinflussen. Objektive Informationen über Medikamente seien Mangelware. Planung und Datenauswertung von Arzneimittelstudien lägen zu 90% in der Hand von Herstellern, viele Zeitschriften und Fachgesellschaften seien komplett von Anzeigenerlösen und Herstellersubventionen abhängig.

Rund 100 zahlende Mitglieder hat MEZIS bis jetzt, aber über diesen noch recht kleinen Kreis hinaus gäbe es eine riesige Resonanz, sagte Sprecher Schäffler. Viele niedergelassene Ärzte empfangen schon keine Pharmavertreter mehr, nähmen weder Arzneimittelmuster noch Geschenke oder kostenloses Essen an und besuchten möglichst herstellerunabhängige Fortbildungen. Im Bereich der Kliniken sei es schwieriger, die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie auf das Sinnvolle zu begrenzen, meinte der MEZIS-Vertreter, der die Initiative der Mainzer Uniklinik für Psychiatrie (s. nächste Seite) begrüßt.

Das Netzwerk, das bereits in vier Ländern vertreten ist, will nun intelligente Strategien erarbeiten, wie man im Pharmabereich mehr Objektivität installieren kann. ■■■ *Cornelia Schäfer, Köln*

Weitere Informationen unter [www.mezis.de](http://www.mezis.de).

# Klare Regeln

Die Uniklinik Mainz definiert den Umgang mit der Pharmaindustrie neu

In einem offenen Brief an Pharmahersteller und Pharmavertreter hat der Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz, Prof. Dr. Klaus Lieb, gemeinsam mit seinen Mitarbeitern erar-

beitete Richtlinien für Vertreterbesuche, Fortbildungsveranstaltungen und Medikamentenstudien dargelegt. Die Umschau druckt sowohl den Brief als auch die Richtlinien ab.

Mainz, 14. April 2008

## Umgang mit pharmazeutischen Herstellern in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz hat sich nach intensiver Diskussion der Ärzteschaft für die Aufstellung von Richtlinien (siehe Anlage) für einen transparenten und unabhängigen Umgang mit pharmazeutischen Herstellern entschieden.

Diese Richtlinien integrieren Vorschläge anderer akademischer universitärer Einrichtungen (z. B. in den USA) und gehen dabei über das hinaus, was der Verein der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) in seinem Kodex formuliert hat (FS Arzneimittelindustrie e. V., 2004). Unser Ziel ist, positiv die Rahmenbedingungen zu definieren, innerhalb derer wir als öffentlicher Träger von medizinischer Forschung und Krankenversorgung mit Herstellern kommunizieren und kooperieren wollen.

Uns geht es dabei explizit nicht darum, die Kontakte mit Ihnen abzubrechen, sondern diese vielmehr auf eine rein sachliche und wissenschaftlich orientierte Basis zu stellen und damit die Zusammenarbeit in den Bereichen zu festigen und zu stärken, in denen Ärzte und Hersteller am meisten voneinander profitieren, nämlich in der wissenschaftlichen Zusammenarbeit und Entwicklung von neuen Medikamenten für eine bessere Patientenversorgung. Dies erfordert, so ist unsere Überzeugung, klare Regeln für den Diskurs der beteiligten Partner.

Wir sind davon überzeugt, dass auch Sie von der dadurch gegebenen Rechtssicherheit in der beiderseitigen Zusammenarbeit und von der höheren Effizienz unserer Kommunikation profitieren.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Univ.-Prof. Dr. K. Lieb  
Direktor

### Anlage: Umgang mit pharmazeutischen Herstellern in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz

Am 14. April 2008 hat sich die Ärzteschaft der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz auf folgende Richtlinien zum Umgang mit pharmazeutischen Herstellern geeinigt:

#### Richtlinien zu Vertreterbesuchen

Vertreter pharmazeutischer Hersteller möchten die Ärzte auf den Stationen bitte nicht mehr direkt kontaktieren. Die Kontaktaufnahme mit der Klinik soll vielmehr über das Chefsekretariat der Klinik (Frau Mäbert, Tel. 06131/17-7336) oder – nach Rücksprache mit Prof. Lieb – auch direkt bei den Oberärzten erfolgen, die für das entsprechende Fachgebiet zu-

ständig sind. Wir wünschen nur dann einen Kontakt, wenn die Vertreter über neue klinische Studien diskutieren oder wenn sie über Neueinführungen/Indikationserweiterungen oder relevante Neuigkeiten bei Substanzen berichten werden. Mit Prof. Lieb bzw. dem zuständigen Oberarzt kann dann vereinbart werden, dass der Pharmavertreter bei solchen Neuerungen oder Neueinführungen in der Ärztekonzferenz über die neue Substanz oder Indikationserweiterung berichtet. Damit werden zum einen in effektiver und arbeitszeitschonender Weise alle Ärzte auf einmal erreicht, zum anderen können die präsentierten Inhalte gleichzeitig nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin diskutiert und in den gesamtklinischen und ökonomischen Kontext eingebunden werden. Die Terminvergabe für Vorstellungen in der Frühkonzferenz erfolgt über das Chefsekretariat der Klinik.

Darüber hinaus haben sich die Ärzte darauf geeinigt, keine Geschenke (z. B. Kugelschreiber, Notizblöcke oder Kalender), Arzneimittelmuster oder Reisekostenerstattungen zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen oder Kongressen ohne eigenen Beitrag mehr anzunehmen.

#### Richtlinien zu Fortbildungsveranstaltungen

Fortbildungsveranstaltungen in unserer Klinik werden grundsätzlich ohne Unterstützung pharmazeutischer Hersteller durchgeführt. Gleichzeitig werden unsere Mitarbeiter bei Veranstaltungen außerhalb des Hauses nur dann teilnehmen, wenn deren Inhalte nicht von den pharmazeutischen Herstellern vorgegeben sind. Beraterverträge werden nur in seltenen Fällen eingegangen, in denen eindeutig ein wissenschaftlicher Austausch erfolgt und in denen Leistung und Gegenleistung angemessen und transparent sind.

#### Richtlinien zu Medikamentenstudien

Unsere Klinik ist sehr an einer wissenschaftlichen Kooperation mit den pharmazeutischen Herstellern interessiert. Daher ist es uns ein besonderes Anliegen, mit unserem Studienzentrum an der Prüfung neuer Arzneimittel teilzunehmen. Dabei werden wir jedoch nur an Studien teilnehmen, in denen Substanzen geprüft werden, die einen erkennbaren Fortschritt gegenüber bereits auf dem Markt befindlichen Substanzen erwarten lassen. Eine Teilnahme an industriefinanzierten Anwendungsbeobachtungen kann nicht erfolgen. ■■■

# Betreutes Wohnen fördert Selbstständigkeit

Ergebnisse einer Befragung in Hessen **Von Reinhard Peukert**

Seit Juli 2005 werden in Hessen behinderte Menschen, die Hilfen des Betreuten Wohnens (BeWo) in Anspruch nehmen, mit ihrem Einkommen und Vermögen zu den Kosten herangezogen. Als Reaktion darauf haben sich bei der Gruppe der seelisch behinderten Menschen 20,7% der Nutzer abgemeldet, ca. die Hälfte von diesen bereits nach der bloßen Ankündigung der Heranziehung.

Die Gründe und die Folgen der Abmeldung wurden ein Jahr nach dem Ausscheiden aus dem BeWo anhand einer Fragebogenerhebung sowie Leitfaden gestützter Interviews untersucht. Der Zugang zu den Befragten erfolgte über deren bisherige BeWo-Betreuer, die den noch erreichbaren ehemaligen Klienten die Fragebögen und einen frankierten Rückumschlag übergaben.

Von den 734 Personen, die sich abgemeldet hatten, konnten 144 per Fragebogen erreicht werden; dies entspricht einer Durchdringung von 19,6%. 40 dieser Personen stellten sich darüber hinaus für die Interviews zur Verfügung.

## Hohe Zufriedenheit mit dem Betreuten Wohnen

Mehr als 80% aller Befragten geben an, mit den Mitarbeiterinnen und den Angeboten zufrieden gewesen zu sein.

Neben den Hilfen im Alltag spielte die Unterbrechung der alltäglichen Tristesse für chronisch erkrankte Menschen eine wesentliche Rolle. So waren die geschenkte Aufmerksamkeit und ein anregender Austausch mit dem Betreuer eine vom Alltag willkommene Abwechslung, die nach der Abmeldung schmerzlich vermisst wird.

Frau Seidenmann: *»Ich hab' niemanden mehr, wo mir was erledigt. Banksachen, Befreiung von der Krankenkasse, von den Rundfunkgebühren. Beim Einkaufen hat sie mir geholfen.«*

Frau Tiefensee: *»Ich krieg' meinen Haushalt schon geregelt, aber zum Beispiel mal aufs Fahrrad zu gehen ... Ich wurde durch das Beratungsgespräch unterstützt, solche Sachen anzugehen.«*

Frau Selina: *»Ich bekomme Rente. Manchmal komme ich mit dem Schriftverkehr nicht zurecht, dann hilft sie mir, auch bei Banksachen.«*

Frau Dachs: *»... man kann nicht alles medikamentös machen und deshalb bin ich auf die Gespräche im BeWo immer angewiesen gewesen.«*

Herr Lukas: *»Auf den Tag, wo die Bezugsperson immer kam, habe ich mich immer sehr gefreut! Die war so ein Aufgabebereich für mich.«*

Nach einem halben Jahr ohne BeWo fühle er sich alleingelassen.

Frau Seidenmann: *»Die hat mich auch mal rausgeholt hier. Die hat mir überhaupt auch viel geholfen, dass ich wieder selbstsicherer geworden bin. Dass ich mich überhaupt auch wieder mehr getraut hab, mich auch wieder ein bisschen zu wehren.«*

Herr Ringel: *»Schlechter ist, dass ich nicht mehr so die Möglichkeit habe, meine eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren und Hilfestellung in Anspruch zu nehmen, wenn ich sie in manchen Situationen benötige.«*

## Betreutes Wohnen ermöglicht Unabhängigkeit von der Herkunftsfamilie

Betreutes Wohnen setzt auf Verselbstständigung in der alltäglichen Lebensführung, beginnend beim selbstständigen Wohnen.

Tabelle 1:

### Gegenüberstellung des Wohnens vor dem und im Betreuten Wohnen

Wohnen vor BeWo*	
allein	76 52,8 %
mit Partner(ggf. mit Kind)	14 9,7 %
mit Eltern	17 11,8 %
mit Kind/ern ohne Partner	3 2,1 %
WG 2-6	5 3,5 %
WG 6 und mehr	4 2,8 %
Klinikaufenthalt	10 6,9 %
Pflegeheim	1 0,7 %
wohnungslos	4 2,8 %
Wohnen in BeWo*	
allein	11 982,6 %
mit Partner	1 913,2 %
mit Eltern	5 3,5 %
WG - 2-6	2 114,6 %
WG - 6 und mehr	3 2,1 %

Die Gegenüberstellung, wo die Befragten vor dem und im BeWo wohnten, zeigt für die Abmelder:

- das BeWo hat 30 % von ihnen erst ein Leben allein ermöglicht (von 52,8 % auf 82,6 %),
  - mindestens fünf Personen haben offensichtlich eine Partnerin bzw. einen Partner gefunden,
  - und 13 Personen (9 %) wurde ermöglicht, unabhängig von ihren Eltern zu leben: für 13 Familien, so darf angenommen werden, führte das Betreute Wohnen zu einer deutlichen Entlastung.
- Bei der Betrachtung der Veränderungen durch die Aufgabe des BeWo hat sich in den Interviews gezeigt, dass für einige der ehemaligen Klienten nun wieder die Familien einstehen müssen.

## Zurück zu den Eltern

Vornehmlich männliche Befragte nehmen seit der Abmeldung vom Betreuten Wohnen wieder stärker die Hilfe der Eltern in Anspruch.

Herr Kröll: *»Ich war dann halt noch ein bisschen in diesem Wohnheim und habe halt dann gemerkt, dass es nicht so gut ist, wenn ich dann halt wirklich komplett alleine bin und bin dann zu meinen Eltern, sodass ich wenigstens etwas Leute um mich habe, die vielleicht etwas mehr Verständnis haben.«*

Herr Kröll begründet den Rückzug ins Elternhaus mit dem Wegfall des Betreuten Wohnens.

*»... Das war dann auch direkt der Grund, warum ich ..., weil ich hätte es nicht ganz alleine schaffen können, weil das ist ja, das Betreute Wohnen ist weggefallen und ich wusste halt nicht ... also hab' ich mich dann halt entschieden, bei meinen Eltern wieder einzuziehen.«*

Herr Moser kehrte nicht zu seinen Eltern zurück. Dennoch stellte sich im Gespräch heraus, dass seine Eltern nach der Beendigung des Betreuten Wohnens wieder stärker praktische Unterstützung leisteten. Sie begleiten ihn beim Einkaufen, seine Mutter sorgt für ein tägliches warmes Mittagessen und erkundigt sich jeden Tag telefonisch nach ihm.

Die nun wieder genutzten Hilfen der Herkunftsfamilie werden geschätzt – soweit sie sich auf das Instrumentelle beschränken und nicht mit krankheitsbezogenen Interventionen oder familiären Debatten verbunden sind.

Herr Glockengießler schätzt es sehr, dass seine Mutter die Bügelwäsche besorgt und ihm beim Aufräumen hilft, denn, *»Nen Sauberkeitsfimmel hab' ich halt auch net.«*

Sein Vater übernimmt für ihn den »Fahrdienst«: Auto und Führerschein stehen ihm nicht mehr zur Verfügung. Allerdings: Seine Krankheit und die von ihm vorgetragene Einschränkung würden seine Eltern nicht verstehen, und die aus diesem Missverstehen resultierenden Forderungen kann und will er nicht akzeptieren.

Er zitiert seinen Vater: »Du kannst doch nicht schon wieder krank mache! Dir fehlt doch nix. Die werfe' dich ja bald raus!«

Darum schätzte er professionelle Helfer sehr, »denen muss ich nichts vormachen.«

Hier darf eine für alle Beteiligten schwierige häusliche Situation unterstellt werden, die sich bisher dank des Betreuten Wohnens nicht aktualisiert hatte.

In der schriftlichen Befragung haben sich 30,6 % der Befragten u.a. wegen der Befürchtung, ihre Angehörigen könnten herangezogen werden, abgemeldet.

Die Interviews zeigen, welche vielfältigen Lebenssituationen sich hinter der Aussage verbergen können, die u.a. von guten und gewünschten, aber auch von schlechten und gemiedenen Kontakten mit der eigenen Familie gekennzeichnet sind.

.....  
 ... die Familie schützen  
 .....

Bei Frau Tiefensee ist es ihre alte Mutter, der sie schützen will; der Geldbetrag spielt dabei nicht die wesentliche Rolle.

Frau Tiefensee: »Ich bin nicht bereit, die Adresse meiner Mutter rauszugeben. Meine Mutter ist alt und sehr krank. Die würde sich aufregen.«

Für Frau Ackermann würde eine finanzielle Heranziehung ihre Rolle als großzügige Mutter unterminieren.

Frau Ackermann: »Ich möchte mir ein kleines bisschen Handlungsfähigkeit noch gegenüber meinen Kindern behalten, indem dass ich ihnen helfen kann, und dass ich nicht nur Hilfsempfänger bin, ja. Ich werde damit reduziert, ich bin jetzt im Alter von 64 zum totalen Hilfsempfänger in einem Umfang, wo mir meine ganze Autorität in der Familie genommen wird, die ich so noch ein bisschen habe, nicht.«

Bei geerbten Grundstücken oder Immobilien spielen Erinnerungen eine Rolle, oder die Vorstellung, eine Abgabe des Erbes könne nicht im Sinne des Erblassers sein.

Frau Schmelz: »... Dann habe ich ein Sechstel geerbt und das wollten die (ge-

meint ist der LWV) halt haben. Und dann hab' ich die Einzelbetreuung abgebrochen. – Obwohl ich sie eigentlich noch gebraucht hätte, oder auch noch brauche; aber das wollt' ich meiner Mutter dann nicht antun und meinen Geschwistern



Franz-Josef Limper: Negative Krankenhaushandschaft, 1999

nicht. Von daher hab' ich's halt dann abgebrochen.«

Frau Ringsdörfer verließ das BeWo nicht, um ihrer Familie die ohnehin geringe finanzielle Belastung zu ersparen, sondern sich selbst den Druck der Familie.

Frau Ringsdörfer: »Ich hab' oft solche Panik. Ich lass' sonst (außer dem BeWo) hier niemand' rein ... Ich hätte das BeWo noch gut gebrauchen können...«

Meine Familie, die macht mir Druck: ich soll mich behandeln lassen, soll in die Klinik. Die können mir auch nicht helfen.

...

Ich hab' mich abgemeldet, weil ich nicht wollte, dass die was damit zu tun kriegen.«

.....  
 ... sich vor der Familie schützen  
 .....

Frau Schulze: »Bei meiner Familie muss ich immer Bitte, Bitte machen, das muss ich im Betreuten Wohnen nicht, da hab ich meine Termine und da kommt jemand ins Haus und da muss ich keinen Kniefall machen, wenn ich mal etwas will oder nicht will und das ist der Unterschied zwischen dem Betreuten Wohnen und meiner Familie. ... Das Betreute Wohnen gibt mir einfach das Gefühl, ein Stückchen unabhängiger zu sein von anderen Leuten.«

Auch bei Frau Oswald spielte das mangelnde Verständnis der Angehörigen für

ihre Erkrankung bei der Bewertung des BeWo mit:

»Einen Menschen zu haben, der die Krankheit versteht, ja und der auch mich versteht, wie ich auch im Umgang mit meiner Tochter hab' oder hatte. Und das war mir sehr wichtig,... dass ich also mal mit einem Menschen spreche – sie können ja die Verwandtschaft oder so, kümmert oder bemüht sich nicht, diese Krankheit zu verstehen, ja ...Da war mir's wichtig außer der Tagesstätte auch mal in der Woche mit jemand 'ne Stunde, ... Das war halt schön mal mit Menschen zu sprechen, die eben die Krankheit kennen, die eben das studiert haben, es sind immer nette Stunden gewesen.«

Noch weitere Klienten erklären den Wert des BeWo unter anderem damit, dass sie in den Betreuungspersonen Gesprächspartner gefunden haben, mit denen sie wichtige Fragen auf dem Hintergrund deren Verständnisses für ihre Krankheit führen könnten – und das sie genau dies bei ihren Angehörigen schmerzlich vermissen würden.

Das Betreute Wohnen hat bei die Befragten dabei unterstützt, von der Herkunftsfamilie unabhängiger zu werden und für die Familien – so dürfen wir annehmen – ist damit eine deutliche Entlastung verbunden.

Nach der Beendigung der Hilfen müssen einige Familien wieder in ihre »alte Rolle« als Anbieter von Betreuungsleistungen einsteigen – obwohl es deutliche Hinweise darauf gibt, dass auch die ehemaligen Nutzer des Betreuten Wohnens lieber auf die Unterstützung der Familien verzichten würden:

- sie sehen die Belastungen, die sie für ihre Angehörigen bedeuten;
- sie benennen aber auch Belastungen, die die Angehörigen für sie darstellen.

Dabei scheint es sich vorwiegend um Ansprüche seitens der Familien zu handeln, die die Erkrankten – aus ihrer Sicht – aufgrund ihrer Erkrankung nicht erfüllen können und die sie als »mangelndes Verständnis« für ihre Situation wahrnehmen.

Nur für einige der ehemaligen Klienten werden die Familien wieder zu ihrer »Betreuungseinrichtung«; vielen der Abmeldern ist es gelungen, ein Leben unabhängig von sowohl professionellen als auch familiären Hilfen zu beginnen, andere kompensieren den Verlust des BeWo und nutzen nun Angebote der Gemeindepsychiatrischen Versorgung intensiver oder erstmals: die Tagesstätten, die Kontaktstellen, die Institutsambulanzen und in geringem Umfang auch die Sozialpsychiatrischen Dienste. ■■■

# Mehr als erwartet – aber weniger als wünschenswert: Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie

Von Christian Zechert und Wolfgang Faulbaum-Decke

**A**uf der Gründungsversammlung des SGB V BundesNetzwerkes am 24.10.2007 in Bremen (s. PSU 4/2007) wurde der Dachverband Gemeindepsychiatrie beauftragt, eine Erhebung zur Umsetzung der IV-Verträge, die die Integrierte Versorgung regeln, bei gemeindepsychiatrischen Anbietern durchzuführen. Ziel der Befragung sollte sein, sich einen Überblick über die Entwicklung abgeschlossener IV-Verträge auf Grundlage des § 140 a des SGB V bei den nahezu ausschließlich ambulant tätigen Trägern zu verschaffen. Gleichzeitig hat der Dachverband den Vorschlag aufgegriffen, auch die sonstigen SGB Finanzierungen, also alle Leistungsverträge zwischen SGB I (Allgemeiner Teil) bis XII (Sozialhilfe/Eingliederungshilfe) zu erheben. Das Ergebnis wird hier vorgestellt. Trotz methodischer Einschränkungen stellt dies die erste Erhebung zur Struktur der Finanzierung der Gemeindepsychiatrie seit Einführung der Integrierten Versorgung dar.

## Methodik

Der Versand des Erhebungsbogens erfolgte im Januar 2008 an N = 120 Mitgliedsorganisationen, die in 2007 Dienstleistungen nach SGB I – XII angeboten haben. Rein ehrenamtliche Mitgliedsorganisationen wurden nicht angeschrieben. Über ein Drittel (39,2%, n = 47 von 120) der Organisationen sandte den Bogen zurück. Die (n = 73) Non-Responder dürften vorwiegend Organisationen sein, die sich von der v.a. auf SGB V konzentrierten Erhebung nicht angesprochen fühlten, weil sie vorwiegend oder ausschließlich SGB XII oder andere »Nicht-SGB V« Leistungen anbieten. Eine Hochrechnung oder prozentuale Verteilung mit Bezug auf »alle« gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen oder auf »die Gemeindepsychiatrie« ist demnach unzulässig. Dennoch erlaubt die Kurzerhebung erste Rückschlüsse auf die Einbindung der Integrierten Versorgung bei gemeindepsychiatrischen Trägern Ende 2007.

## Ergebnisse

47 Träger benannten insgesamt 145 SGB Finanzierungsgrundlagen auf vertraglicher Basis mit den öffentlichen Kostenträgern. Bis auf das SGB X (eine Nennung, Sozial-

verwaltungsverfahren) wurden alle Elemente des Spektrums zwischen SGB I und SGB XII jeweils mind. zweimal benannt.

Neben der zu erwartenden hohen Beteiligung des SGB XII (39 von 47 Organisationen mit hier 26,9% aller Verträge) finden sich überraschend häufig SGB V Dienstleistungsangebote bei 23 der 47 Organisationen, also fast der Hälfte. Diese basieren vornehmlich auf Ergotherapie, Ambulanter Psychiatrischer Pflege sowie Soziotherapie und stellen damit 15,9% aller Verträge dar.

Im zweiten Schritt wurde gefragt, in welchem Umfang die SGB Leistungsbereiche die Finanzierung des Trägers absichern.

Gut erkennbar zeigt die Tabelle 2, dass sich die Anbieter mehrheitlich, nämlich 26 von 36, mit SGB XII Hilfen zu 67% – 100%

Tabelle 1: Verteilung von 145 Leistungsverträgen bei 47 Trägern auf das SGB

	Detaillierte Gesetzesübersicht siehe <a href="http://www.sozialgesetzbuch.de">www.sozialgesetzbuch.de</a>	Ja, bieten wir an	%-Anteil
SGB I	Allgemeiner Teil	2	1,4
SGB II	Grundsicherung für Arbeitsuchende	13	9,0
SGB III	Arbeitsförderung	9	6,2
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung	2	1,4
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung	23	15,9
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung	7	4,8
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung	4	2,8
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe	13	9,0
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	17	11,7
SGB X	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz	1	0,7
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung	11	7,6
SGB XII	Sozialhilfe/Eingliederungshilfe	39	26,9

Tabelle 2: SGB Anteile in % (gruppiert) am gesamten Finanzvolumen des Trägers.

N = 41 Träger, 113 Nennungen des SGB Volumens in %.

SGB	min – max. %*	Deckt den Haushalt des Trägers			Gesamt
		bis 33%**	34–66%**	67–100%**	
I Allgemeiner Teil	2,0 – 2,0	1	-	-	1
II Grundsicherung	1,0 – 13,0	8	-	-	8
III Arbeitsförderung	0,5 – 10,6	6	-	-	6
IV Sozialversicherung	5,1 – 5,1	1	-	-	1
V Krankenversicherung	0,2 – 100,0	19	1	1	21
VI Rentenversicherung	2,0 – 25,0	5	-	-	5
VII Unfallversicherung	0,9 – 0,9	1	-	-	1
VIII Kinder & Jugendliche	0,5 – 90,0	11	-	1	11
IX Reha & Teilhabe	1,0 – 100,0	12	-	3	12
X Sozialverwaltung	-	-	-	-	-
XI Pflegeversicherung	0,2 – 20,0	7	-	-	7
XII Sozialhilfe	6,0 – 100,0	3	7	26	36
113 Nennungen		74	8	31	113

\* Alle, die diese Leistungen anbieten, also mehr als »null« Prozent haben.

\*\* Abweichungen zu Tab. 1, wenn die Leistung angegeben wurde, aber nicht der %-Anteil.

Tabelle 3: Welche SGB V Dienstleistung bei 22 Trägern mit 46 SGB V Verträgen?

SGB V	Leistung	N = 46 Verträge	€-Volumen ab 1000 und > 100.000 €**
§ 37 a	Amb. Soziotherapie*	13	1.000 > 100.000
§ 32	Amb. Ergotherapie	10	5.000 > 100.000
§ 37	APP	9	5.000 > 100.000
§ 140 a – 140 d	Integrierte Versorgung	7	2.000 > 100.000
§ 40	Med. Rehabilitation	4	k.A. > 100.000
Andere	Häusliche Pflege	2	k.A.
§ 95	MVZ	1	k.A.
Andere	(TK und PIA)	(1)	> 100.000

\* Gelegentlich Angabe der Stundensätze statt des Jahresvolumens. Diese konnten nicht auf Jahressummen hochgerechnet werden, da die Fallzahlen unbekannt sind.

\*\* Die Maximalsummen liegen in Einzelfällen erheblich über 100.000.– Euro, werden aber aus Datenschutzgründen hier nicht konkret benannt.

aus dem SGB XII finanzieren. Hingegen erlaubt SGB V lediglich 19 von 21 Anbietern, maximal ein Drittel ihres Haushaltes daraus zu decken. Dies belegt: Es gibt zwar mehr als erwartet Anbieter der ambulanten gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen, die über SGB V Verträge verfügen. Deren Volumen macht mehrheitlich jedoch nur einen kleinen Teil, nämlich weniger als ein Drittel ihres Haushaltes aus. Nur ein bzw. zwei Anbieter mit SGB V Hilfen fallen (positiv) aus diesem Rahmen heraus. Sie verfügen nicht nur prozentual, sondern auch absolut (vereinbarungsgemäß hier nicht veröffentlichte absolute Daten) über einen vergleichsweise hohen Haushalt durch SGB V Leistungen. Die Mehrheit der Anbieter nutzen zwei bis drei Finanzierungsgrundlagen im Mix. Drei Anbieter decken nahezu das gesamte Spektrum des SGB ab.

Geprüft wurde auch die Frage, welche Leistungen es denn waren, die die Träger

aus dem SGB-V-Spektrum 2007 angeboten haben.

Bei den 22 Anbietern mit 46 Verträgen ambulanter SGB V Leistungen befinden sich sieben mit Verträgen zur Integrierten Versorgung. Bei diesen Verträgen liegt eine erhebliche Streuung hinsichtlich des Vertragsvolumens vor. Minimalbeträge von 2000.- € bis zu deutlich über 1 Mio. € wurden benannt. Insgesamt zeigt sich, dass trotz der einen oder anderen höheren Summe die Volumina im Vergleich zu klinischen Behandlungskosten nur als marginal bezeichnet werden können. Auch wenn diese Erhebung keine Repräsentativität beinhaltet, lässt sich doch behaupten, dass eine ähnliche Umfrage bei klinischen Anbietern zu völlig anderen Volumina kommen würde.

Die beteiligten Krankenkassen, mit denen ambulanter Trägerorganisationen SGB V Verträge abgeschlossen hatten, spiegeln hier nur ausschnittsweise das große Spek-



Franz-Josef Limper: Indio beim Fischfang, 1995

trum der Kassen wider: Mit AOK, BKK, DAK, IKK, Techniker und VDAK sind immerhin alle großen Kassen beteiligt. Direkte IV-Verträge wurden mit der AOK Bremen/Bremerhaven, hkk Bremen, AOK Berlin, Hamburg-Mannheimer sowie der Techniker Krankenkasse abgeschlossen.

Diskussion

IV-Verträge gemeindepsychiatrischer ambulanter Anbieter stellen bei den Trägerorganisationen noch eine Ausnahme dar. Das Ziel der Befragung, sich einen ersten Überblick über die Entwicklung abgeschlossener IV-Verträge auf Grundlage des § 140 a des SGB V zu verschaffen, wurde hier erstmalig umgesetzt. Allerdings sollte man bei einer weiteren Erhebung, geplant für Juli 2008, über die Mitgliedsorganisationen des Dachverbandes hinausgehen und eine höhere Zahl der Träger ansprechen, unabhängig davon, ob sie SGB V Leistungen anbieten oder nicht.

Damit kann erstmalig deutlich werden, auf welcher SGB-Basis sich ambulante gemeindepsychiatrische Träger finanzieren und welche Finanzierungsstrukturen überhaupt vorliegen. Dies ist ein unabdingbarer Schritt zur professionellen Repräsentanz gemeindepsychiatrischer Träger, wie er z.B. für die klinischen Anbieter in der Deutschen Krankenhausgesellschaft seit Langem selbstverständlich ist. ■■■■

Christian Zechert ist Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn, (E-Mail: zechert@psychiatrie.de), Wolfgang Faulbaum-Decke Geschäftsführer der Gesellschaft für ambulante psychosoziale Dienste, Bremen (E-Mail: faulbaum-decke@psychiatrie.de)

Franz-Josef Limper: Landschaft mit Häuschen, 2001



# Von den Betreuern lernen?

Kompetentes Betreuungsmanagement muss auch in der Sozialpsychiatrie

Standard werden **Von Wolf Crefeld**

**E**inen für die psychosoziale Praxis möglicherweise weitreichenden Beschluss hat der 5700 Mitglieder starke Bundesverband der Berufsbetreuer (BdB) auf seiner Jahresversammlung 2008 in Bad Honnef gefasst. Waren es bisher die von einem Gericht verfügte Aufträge der Betreuung, aus denen der Beruf des Betreuers definiert wird, so soll diese Berufsbezeichnung künftig eine besondere Fachkompetenz für das »Betreuungsmanagement« signalisieren. Was ist nun Betreuungsmanagement und welche Bedeutung hat es für die Sozialpsychiatrie?

In Zusammenarbeit mit Hochschulen hat der BdB in den letzten Jahren auf der methodologischen Basis des Case Managements die Weiterentwicklung der Theorie, Verfahrensweisen und Berufsethik des Betreuungsmanagements engagiert gefördert (s. z.B. die Hefte 3/2007 und 1/2008 der Zeitschrift BtPlus und Bd. 4 der Reihe bdb-argumente des Bundesanzeiger-Verlages). Dazu gehört auch die Entwicklung eines Curriculums für einen entsprechenden Masterstudiengang. Berufsbetreuer wollen nun ihre Fähigkeiten für ein professionelles Betreuungsmanagement einschließlich der dafür notwendigen sozialdiagnostischen Kompetenzen auch für andere Betreuungsaufträge mit fachlich ähnlichen Anforderungen einsetzen. Dazu

dürfte zunächst die für betreute Menschen evtl. notwendige Assistenz bei der Wahrnehmung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets gehören. Aber z.B. auch Aufgaben in den Pflegestützpunkten werden genannt, die im Rahmen der Pflegeversicherungsreform vorgesehen sind. Weitergehend sind die Forderungen einiger Experten wie des Münchener Juristen Rolf Marschner, der seit Jahren die Möglichkeit eines Betreuungsmanagements auf der Basis einer Sozialleistung – also ohne Eingriffe in die Autonomie der Betroffenen – fordert.

## Selbstsorge und Versorgung

Lange Zeit war die jetzt vom BdB als Betreuungsmanagement bezeichnete Arbeitsform kaum Gegenstand wissenschaftlicher Befassung, obwohl sie für sozialpsychiatrische Aufgabenfelder eine große Bedeutung hat. Peter Pantucek, Professor für Soziale Arbeit in St. Pölten, benutzt in seinem Lehrbuch (Lebensweltorientierte Individualhilfe, Lambertus-Verlag) für langfristig angelegte Unterstützungsprozesse den Ausdruck »Alltagsbegleitung«. Diese sei ebenso im Rahmen sozialpsychiatrischer Hilfen (hier verweist er auf Hildegard Weigands Arbeiten in den 80er-Jahren) wie bei rechtlicher Betreuung gebo-

ten. Wolf R. Wendt, Professor und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, unterschied nun in einem viel beachteten Vortrag auf der genannten Jahrestagung zwei Formen einer Alltagsbegleitung: Das »Besorgen« und das »Versorgen«.

Der Begriff »Besorgen« zielt auf die Sorge eines jeden um seine eigenen Alltagsangelegenheiten. Pflegewissenschaftliche Theorieansätze regen dazu an, das Besorgen eigener Angelegenheiten auch als »Selbstsorge« zu bezeichnen, weil man sie normalerweise selbst wahrnimmt. Man sorgt z.B. für seine Wohnung, seinen Lebensunterhalt und seine Gesundheit. Zu dieser Selbstsorge gehört, dass man dem eigenen Bedarf und den eigenen Möglichkeiten entsprechend andere Dienste und Unternehmen für sich in Anspruch nimmt, deren Leistungen kontrolliert und soweit erforderlich koordiniert. Hier beginnt nun nach Wendt der Bereich des Versorgens. Ärztliche, pflegerische, soziale oder hauswirtschaftliche Dienste übernehmen bestimmte Dienstleistungsaufträge und leisten dementsprechend bestimmte pflegerische, therapeutische oder fachärztliche Aufgaben. Andere reinigen oder verschönern die Wohnung oder beraten zwecks Schuldentilgung usw. Über solche Aufträge hinaus aber sind diese »Versorger« für das Wohl des Auftraggebers nicht zuständig.

Manche Menschen sind nun zu ihrer Selbstsorge vorübergehend oder langfristig nicht oder nur eingeschränkt in der Lage. Sie können sich aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung nicht um ihre Gesundheit, ihre Wohnungsangelegenheiten, ihre Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern usw. im notwendigen Maße sorgen. Oft übernehmen dann Partner, Angehörige oder ehrenamtlich engagierte Mitbürger stellvertretend Aufgaben der Selbstsorge für den kranken oder behinderten Menschen. Sie sorgen für die notwendigen Einkäufe, bestellen einen Putzdienst, stellen die Zahlung der Miete sicher, sorgen für Arzttermine usw. Wenn sie in diesem Zusammenhang Dienste oder einzelne Personen in Anspruch nehmen, sorgen sie auch dafür, dass ihre Aufträge angemessen durchgeführt werden.

Zur Wahrnehmung bestimmter Aufgaben wie dem Abschluss eines den besorgten Menschen bindenden Vertrages bedürfen sie einer Vollmacht, die betroffene Person rechtlich vertreten zu können. Diese Vollmacht haben sie eventuell früher vorsorglich von der betroffenen Person oder aber im Rahmen eines Betreuungsverfahrens vom Gericht erhalten.

## Betreuungsmanagement durch eine Betreuerin

Die 89-jährige frühere Pianistin Karla lebt allein in ihrer völlig verwahrlosten Wohnung. Einmal in der Woche bringt ihr Vermögensverwalter ihr Lebensmittel in die Wohnung. Eine Sozialarbeiterin der Kirchengemeinde findet Zugang zu ihr und erkennt ihren fast desolat erscheinenden gesundheitlichen Zustand. Doch der frühere Hausarzt von Karla macht keine Hausbesuche, solange sie nicht von der Patientin selbst angefordert sind, und die ungeschickt auftretenden Pflegedienste wirft Karla, ihre eigene Lage völlig verkennend, gleich wieder aus der Wohnung. Mit dem Ziel, dass die desorientierte Karla auch gegen ihren Willen in einem Pflegeheim versorgt wird, regt die Sozialarbeiterin eine rechtliche Betreuung an.

Die Betreuerin erstellt ein umfassendes Assessment (Sozialdiagnose) bezüglich des

Hilfebedarfs und der dafür verfügbaren Ressourcen. Besonderes Geschick im Umgang mit demenziell stark beeinträchtigten Menschen ist notwendig, um Karla ständig neu zu einer Art Zusammenarbeit zu gewinnen. Ihr Vermögen reicht, um pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen zu finanzieren, und ihr Vermögensverwalter wird jetzt durch die Betreuerin als die Vertreterin Karlas kontrolliert. Ein Pflegedienst wird bestellt, der im Umgang mit demenziell beeinträchtigten Menschen geschickt ist. Besondere Durchsetzungskraft der Betreuerin erfordert es, Karlas Hausarzt zu einem Hausbesuch zu bewegen. Ferner ist für das Aufräumen und Reinigen der Wohnung jemand zu bestellen und für ihre tägliche Ernährung durch Essen auf Rädern zu sorgen. Fazit nach einem Jahr: Dank des Betreuungsmanagements der Betreuerin kann Karla weiter in ihrer gewohnten Umgebung leben. ■



### Verantwortung und Professionalität

Wer Aufgaben der Selbstsorge stellvertretend besorgt, trägt damit besondere Verantwortung für das Wohl und die Wahrung der Interessen und Rechte des zur Selbstsorge nicht fähigen Menschen. Dementsprechend kann er für Schäden infolge falscher Entscheidungen oder Untätigkeit haftbar gemacht werden. Er kann das ihm vom Betroffenen oder vom Gericht übertragene Mandat nicht kurzerhand aufkündigen. Erst muss ein Nachfolger für ihn gefunden sein, es sei denn, die betroffene Person vermag selbst wieder ihre Angelegenheiten zu besorgen. Jedenfalls erfordert die Übernahme von Aufgaben der stellvertretenden Selbstsorge eine entsprechende Eignung der betreuenden Person. Mit der Verantwortung für das Wohl und die Interessen der besorgten Person unterscheidet sich ihre Rolle von der versorgender Dienstleister, die vertraglich bestimmte Aufträge zu erfüllen haben.

In manchen Fällen ist die Lebenslage eines beeinträchtigten Menschen so komplex, dass das Besorgen seiner Angelegenheiten nur mit besonderer Fachkompetenz und professioneller Erfahrung geleistet werden kann. Nach einer groben Schätzung (verlässliche Zahlen hat bisher niemand ermittelt) dürften 30% der 1,2 Millionen rechtlich betreuten Menschen deshalb ein professionelles Betreuungsmanagement benötigen. Zum Beispiel können Angehörige oder ehrenamtliche Betreuer überfordert sein aufgrund besonderer Kommunikations- und Beziehungsschwierigkeiten des beeinträchtigten Menschen. Aber auch die Folgen traumatisierender oder gesellschaftlich ausgrenzender

Ereignisse und biografischer Entwicklungen, Schwierigkeiten des Durchsetzens vorhandener Rechte gegenüber Sozialleistungsträgern sowie besondere Kenntnisse des Betreuers bezüglich verfügbarer Hilferessourcen erfordern oft ein professionelles Betreuungsmanagement. In diesen Fällen bedarf das stellvertretende Besorgen der Alltagsangelegenheiten der psychisch beeinträchtigten Person eines professio-

### Betreuungsmanagement durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst

Der 83-jährige fast blinde und schwerhörige Konrad lebt nach dem Tod seiner Frau mit seinem geistig behinderten Sohn zusammen im eigenen Haus. Nach einem Kreislaufzusammenbruch wird er in einem überaus ungepflegten und unterernährten Zustand aus seiner völlig verwahrlosten Wohnung ins Krankenhaus gebracht. Dort stellt man ein inoperables Darmkarzinom fest. Ist doch inoperabel, dann kann es nicht weitergehen mit: nach der Operation! Nach der Operation weigert sich Konrad beharrlich, seine nach der Entlassung notwendige weitere Pflege durch ein Pflegeheim oder einen ambulanten Dienst zu akzeptieren. Schließlich bemüht man Ordnungsamt und Betreuungsbehörde in der Absicht, den dickköpfigen Alten zwangsweise in ein Pflegeheim zu schicken.

Auch gegenüber dem im Landkreis ansässigen Sozialpsychiatrischen Dienst für alte Menschen (genannt »SOFA«) verweigert Konrad zunächst jede Kooperation: Er brauche niemanden und wolle sterben. Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes wenden sich an die Nachbarn

nellen Betreuungsmanagements. Um dessen methodologisch fundierte Entwicklung bemüht sich der BdB seit Jahren.

### »Nachgehend-aufsuchende Hilfen«

Was aber bedeutet das für die Sozialpsychiatrie und ihre Hilfekonzepte? Während der Bemühungen um die Reform der bundesdeutschen Psychiatrie forderten Experten für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen »nachgehend-aufsuchend« arbeitende ambulante Dienste mit einem »umfassenden« Hilfeangebot. Das bedeutete, dass die Hilfen nicht nur dann zu leisten seien, wenn der Hilfebedürftige aus eigener Besorgtheit darum nachsuchte, und dass die Hilfen nicht auf medizinisch-therapeutische Leistungen beschränkt sein sollten. Damit aber rückte die Unterstützung bei der Selbstsorge und die lebensweltlich orientierte Hilfe zur Bewältigung des Alltags ins Aufgabenspektrum sozialpsychiatrischer Hilfen.

Es gab im Rahmen dieses Reformprogramms eine Fülle von Aktivitäten und manches erfolgreiche Modell. Um Hilfeansätze des Besorgens und des Versorgens zu bündeln, konzipierte man den Gemeindepsychiatrischen Verbund und den

Konrads und verstehen allmählich aus biografischen Zusammenhängen, warum Konrad sich hartnäckig weigert, fremde Hilfe anzunehmen. Mit diesen Kenntnissen gelingt es den Mitarbeitern schließlich, zu Konrad eine tragfähige Beziehung herzustellen und mit ihm zu verhandeln. Sein dringendster Wunsch ist, zu Hause zu sterben. Schließlich schaffen sie es durch behutsames Vorgehen, mit Konrad einen Hilfeplan auszuhandeln. Konrad lässt zu, dass ihn täglich die Gemeindegemeinschaft besucht und dass zur Ernährung von Vater und Sohn Essen auf Rädern gebracht wird. Zur Regelung der Vermögensverhältnisse erteilt Konrad mit Hilfe eines Notars eine Vollmacht. Schließlich wird mit seinem Hausarzt eine Vereinbarung getroffen, dass dieser sich bei Zeiten um die notwendig werdende Schmerztherapie kümmert und Konrad bis zu seinem Tod zu Hause behandelt. 18 Monate nach dem Krankenhausaufenthalt, der fast zu einer Zwangseinweisung in ein Pflegeheim geführt hätte, ist Konrad seinem Wunsch entsprechend zu Hause gestorben. Dazu bedurfte es eines in seinem Fall behutsam und kompetent von dem Sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommenen Betreuungsmanagements. ■

trägerübergreifend konzipierten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Im Kontext dieser sozialpsychiatrischen Versorgungskonzepte zeigt sich also, dass die mit dem Begriff Betreuungsmanagement versehene Zielsetzung für die sozialpsychiatrische Praxis eigentlich nicht etwas prinzipiell Neues ist. Ein eindrucksvolles Fallbeispiel findet man bei



Franz-Josef Limper: Malkeller mit Deckenrohr, 1999

Klaus Obert (Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns, Psychiatrie-Verlag).

An einer flächendeckend wirksamen Finanzierung dieser Hilfeform fehlt es allerdings bis heute. Und mindestens ebenso schlimm: Hinsichtlich der Gestaltung eines solchen Unterstützungsprozesses hat man sich bisher wenig um professionelle methodische Standards gekümmert. So kommt man bei nüchterner Betrachtung nicht an der Erkenntnis vorbei, dass das Resultat dieser sozialpsychiatrischen Programme vielerorts nicht mehr als fragmentarisch ist. Die Folge ist, dass nicht wenige Menschen mit Selbstversorgungsdefiziten aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung verwahrlosen, ihren Tagesablauf nicht steuern können, ihre Wohnung verlieren oder schließlich in Heimen abseits des gesellschaftlichen Alltags landen.

#### Betreuer füllen die Lücken

Vierorts sind es deshalb Berufsbetreuer, die, soweit sie über die dafür notwendigen fachlichen Kompetenzen verfügen, einen Teil dieser Lücke im Hilfesystem ausfüllen. Kliniken regen bei Gericht Betreuungen an in der Hoffnung, dass nach der Entlassung ihres Patienten dieser von einem Betreuer bei der Sorge um die Bewältigung seines Alltags unterstützt wird. Das war bei der Konzipierung des Betreuungsrechts so nicht gedacht, ist aber vielerorts Faktum. Rechtliche Betreuer sollten nicht Leistungserbringer der Soziothera-

pie nach SGB V entbehrlich machen. Infolgedessen werden die Justizpolitiker immer unwilliger, die damit verbundene Kostenverlagerung aufgrund psychiatriepolitischer Defizite zulasten der Justizhaushalte unbegrenzt weiter zu akzeptieren. Sie suchen nach immer weiteren Sparmaßnahmen im Betreuungswesen, auch auf die Gefahr hin, dass die Philosophie des Betreuungsrechts zunehmend »unter die Räder kommt«. Umso wichtiger ist, dass aus der Sozialpsychiatrie Impulse kommen, damit für ein professionelles Betreuungsmanagement geeignete Dienste zur Unterstützung der Selbstsorge psychisch beeinträchtigter Menschen künftig regelhaft zur Verfügung stehen. ■■■

.....  
**Wolf Crefeld** ist (emeritierter) Professor für Sozialpsychiatrie und Vorstandsmitglied des Vormundschaftsgerichtstages sowie Vorsitzender des Beirats für Qualitätsentwicklung beim Bundesverband der Berufsbetreuer.

## Erstes Bundestreffen der Soziotherapeuten

Von Hansgeorg Ließem

Das erste Treffen der Soziotherapeuten am 26. und 27. Mai 2008 in Fulda führte mehr als 10% der Leistungserbringer aus der ganzen Bundesrepublik zusammen. Wichtigstes Ergebnis der Konferenz: Beim nächsten Treffen im Mai 2009 soll sich der Verein für Soziotherapie in einen Berufsverband der Soziotherapeuten umwandeln.

Der Soziotherapie weht seitens der Krankenkassen immer noch der Wind ins Gesicht. Trotz ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit – bei mehr als 80% der psychisch schwer erkrankten Menschen kann durch Soziotherapie eine stationäre Behandlung ganz vermieden oder deren Häufigkeit spürbar vermindert werden – behindern die Kassen ihre Arbeit in vielfacher Hinsicht. In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden die Problemschwerpunkte analysiert und Lösungen erarbeitet. Diese Problembereiche sind: das Anforderungsprofil für Soziotherapeuten, die Leistungsvergütung und die mangelhafte Zusammenarbeit mit Ärzten Krankenkassen sowie untereinander.

Die für das Anforderungsprofil geltende Rechtsgrundlage (§ 132b Abs. 2 SGB V) entfällt am 1. Juli 2008. Es ist damit zu rechnen, dass sich die Krankenkassenverbände auch ohne diese Basis auf gemeinsame Empfehlungen zur Anerkennung von

Soziotherapeuten verständigen werden. Damit die bisher geltenden Kriterien nicht in anderer, aber ebenso negativer Form fortgeschrieben werden, wurden beim Treffen eigene und damit praxisnahe Kriterien erarbeitet. Der weitestgehende Vorschlag, die Vereinbarungen zur Soziotherapie nicht mehr an Ausbildung und Berufserfahrung und damit an Kriterien der Strukturqualität, sondern an Kriterien der Ergebnisqualität, also der Wirksamkeit zu koppeln, fand breite Zustimmung.

Das Konferenzergebnis soll den Bundesverbänden der Krankenkassen mit der Anforderung vorgestellt werden, diese Vorschläge im Rahmen eines runden Tisches mit Vertretern des Vereins für Soziotherapie zu beraten.

Die Vergütungen für Soziotherapie schwanken je nach Bundesland zwischen 24,00 und 39,50 Euro pro Stunde. Das deckt nirgendwo die Kosten. Einige Leistungserbringer haben deshalb ihre Vereinbarungen mit den Kassen gekündigt, um angemessene Vergütungen auszuhandeln. Als Alternative zum bisherigen Verfahren diskutierte die Konferenz die Abrechnung gemäß § 13 SGB V auf dem Erstattungswege. Dies könnte in manchen Übergangssphasen Vorteile bringen.

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten hängt sehr davon ab, ob sie sich zumindest probeweise auf die Zusammenarbeit mit Soziotherapeuten einlassen. Wenn sie dies tun, erleben sie die Kooperation mit den Soziotherapeuten als deutliche Steigerung von Wirksamkeit und Zeiteffizienz. Doch ignorieren viele Ärzte von vornherein diesen Ansatz, weil ihnen wirtschaftliche Anreize fehlen.

Was die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen anbetrifft, so setzt der Verein für Soziotherapie die vom Dachverband Gemeindepsychiatrie begonnene Tradition fort, auf Länderebene runde Tische einzurichten, um den Dialog mit den Kostenträgern weiter zu pflegen. Der Gestaltungsrahmen auf Landesebene bleibt jedoch eng, wenn diese Gespräche nicht auch auf Bundesebene gepflegt werden.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Soziotherapeuten untereinander hält die Konferenz die vom Verein angebotene Möglichkeit, einzelne Landessektionen zu bilden, die als regionale Berufsverbände agieren, für einen bedeutenden Fortschritt. Damit würde die beabsichtigte Umwandlung des Vereins in einen Berufsverband der Soziotherapeuten auch auf Landesebene Schlagkraft erhalten. ■■■

.....  
**Hansgeorg Ließem** ist stellvertretender Vorsitzender des Vereins für Soziotherapie e.V., Kontakt: liessem@verein-soziotherapie.de

# DEPRESSION UND MANIE

## Früherkennung und Frühintervention bei Bipolaren Erkrankungen

Teilnehmer: Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Betroffene, Angehörige



### 8. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

in Kooperation mit

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden

Bipolar Selbsthilfe Netzwerk e.V. (BSNe e.V.)

Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde e.V. (SWGNe e.V.)

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

**11.–13. September 2008, Dresden**

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer, Dresden



#### Programmauswahl

#### 11. September – Auftaktveranstaltung im Deutschen Hygiene-Museum, u.a.:

##### „Manisch-depressiv“: weit mehr als eine psychische Erkrankung

Festvortrag: „Bipolare Störungen: Was wissen wir heute, hundert Jahre nach Emil Kraepelin's Erstbeschreibung der manisch-depressiven Erkrankung?“

Referent: Prof. Dr. Jules Angst (Zürich/Schweiz)

Kunst und Musik Multimediashow

Podiumsdiskussion: „Bipolare Störungen: Brauchen wir mehr Aufklärungsarbeit und Öffentlichkeit?“

#### 12., 13. September – Symposien, u.a.:

Bedeutung von Früherkennung und Frühintervention

Neurobiologie und Genetik

Kinder psychisch kranker Eltern

Partnerschaft und Kinderwunsch

Frühdagnostik und Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen

Angehörige in der psychiatrischen Versorgung - Situation und neuere Ansätze in der Unterstützung

Für und Wider von Leitlinien

Neue Optionen in der Behandlung der bipolaren Störungen mit modernen Antipsychotika

#### Workshops, u.a.

Differentialdiagnosen und Komorbidität

Frisch diagnostiziert – wie geht es jetzt weiter?

Medikamentöse Behandlung – Frag' die Experten

Selbstmanagement in den verschiedenen Phasen der Erkrankung

Psychotherapie und Psychoedukation

Informationen unter [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)

DGBS e.V., Postfach 920249, 21132 Hamburg, Tel.: 040/85408883

Fachgesellschaft für Professionelle, Betroffene, Angehörige

### Mahn- und Gedenkveranstaltung für die Opfer der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus

# Blick zurück nach vorn!

**Gleichstellung der NS-Opfer umsetzen! Gleichstellung kranker und behinderter Menschen jetzt!**

*Samstag, den 06.09.08 von 14.00 – 16.00 / Tiergartenstraße 4 in Berlin  
an der Rückseite der Philharmonie, Nähe S-Bahnhof Potsdamer Platz*

Der Aktionskreis »T4 Opfer nicht vergessen« lädt ein zur zweiten Gedenkveranstaltung für die Opfer der Erbgesundheitsgesetze der NS-Zeit am 06.09.08 in Berlin.

Gemeinsam mit dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) haben sich die unten aufgeführten Verbände und Organisationen zusammengeschlossen, um jeweils am ersten Samstag im September (der Zweite Weltkrieg begann am 1.9.1939) den Opfern der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus zu gedenken, am Ort der damaligen, zur »Reichskanzlei« in Berlin gehörenden Dienststelle in der Tiergartenstraße 4, die die planmäßige Tötung von psychisch Kranken und Menschen mit Behinderungen organisierte.

In der Veranstaltung am 6.9.2008 wird die Opfergleichstellung aus verschiedenen Blickwinkeln heraus beleuchtet und thematisiert werden, eine Forderung, die auch die Entschädigung für die immer weniger werdenden Überlebenden der Euthanasie und ihrer Familien beinhaltet.

Zudem soll betrachtet werden, inwieweit in der NS-Zeit geprägte stigmatisierende Denkmuster, Begriffe und Einstellungen gegenüber kranken und behinderten Menschen heute im gesellschaft-

lichen Denken und auch in den Medien zumindest implizit und versteckt weiter wirken.

**Redner:** Bezirksbürgermeister Berlin-Mitte Dr. Christian Hanke, Jutta Limbach (angefragt) Helga Kühn-Mengel, Michael Wunder

**Musik:** Kulturnetzwerk des BPE

**Der Aktionskreis T4-Opfer nicht vergessen:** Aktion Psychisch Kranke, Aktionsbündnis seelische Gesundheit, Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern, AWO Bundesverband e.V., Bundesdirektorenkonferenz, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. BAG-GPV, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Diakonisches Werk der EKD, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung Berlin, Lebenshilfe, Parität Gesamtverband.

# DIA-AM – eine neue Maßnahme der Agentur für Arbeit

Steuerinstrument oder Weg zu personenzentrierter Hilfe?

Von **Joachim Storck**

Mit einer neuen, relativ kurzfristig ausgeschriebenen und am 1. Juli startenden Maßnahme hat die Agentur für Arbeit (AA) die Fachwelt überrascht und heftige Diskussionen über deren Sinnhaftigkeit ausgelöst. Mit der maximal drei Monate dauernden »Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen (DIA-AM)« soll geprüft werden, ob für behinderte Menschen, bei denen »Potenziale im Grenzbereich der Anforderungen des Allgemeinen Arbeitsmarkts« vermutet werden, eine »Werkstattbedürftigkeit« vorliegt. Zur Zielgruppe der Maßnahme gehören auch »Menschen mit nachhaltigen psychischen Störungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten« (Produktinformation der Bundesagentur für Arbeit, BA).

Ist DIA-AM ein bloßes Steuerinstrument, um den weiteren Anstieg der Platzzahlen in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zu verhindern, oder ein Schritt hin zu einer personenzentrierten Hilfeplanung?

Die Guten ins Töpfchen ...

Mit der Einführung von DIA-AM stellt die Agentur ihren eigenen Anspruch und die bisher geübte Praxis, allein durch ihre Fachdienste und Reha-Berater feststellen zu können, ob die WfbM der richtige Platz zur beruflichen Rehabilitation und Integration ist, infrage. So heißt es auch in einem Schreiben der Regionaldirektion Hessen: »Mit dem Vorgehen greift die BA auch die Kritik auf, sie gliedere behinderte Menschen »vorschnell« in WfbM ein und die Feststellungen der AA über die »Werkstattbedürftigkeit« der jeweiligen behinderten Menschen seien nur bedingt nachprüfbar.«

Ziel der jeweils maximal drei Monate dauernden Maßnahme zur »Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffe-

ner behinderter Menschen (DIA-AM)« ist es, »realistische und belastbare Aussagen zu erhalten, inwieweit Art und Schwere der Behinderung einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entgegenstehen« und deshalb zu prüfen, ob »ggf. die WfbM für die Person notwendige Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist.«

Franz-Josef Limper: Italienische Landschaft, 1989



Diese Aussage sollen nun externe Dienstleister treffen. Darüber hinaus ist es ihre Aufgabe, die eventuell vorhandenen Potenziale für eine Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt zu identifizieren sowie die dazu notwendigen konkreten Schritte und Teilhabeleistungen zu klären. Zunächst wurden die Maßnahmen für die Dauer von zwei Jahren ausgeschrieben und von den regionalen Agenturen entsprechende Teilnehmermonate eingekauft. Aufgrund der Ausschreibungen kann man von ca. 3000 Teilnehmern in den nächsten beiden Jahren ausgehen. Das sind ca. 10 % der Menschen, die man in diesem Zeitraum voraussichtlich in eine WfbM aufnehmen wird.

Diagnose von Eignung und Leistungsfähigkeit

Letztendlich entscheiden wie bisher die Reha-Berater der Agenturen, ob eine berufliche Rehabilitation im Berufsbildungsbereich eine WfbM genehmigt wird. Dabei geht es um »behinderte Menschen, bei denen die durchgeführte Eignungsdiagnostik ein berufliches Potenzial im Grenzbereich der Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und der Zugangsvoraussetzungen von WfbM aufzeigt, eine abschließende Entscheidung aber zusätzlicher praxisnaher Feststellungen bedarf« (Produktinformation der BA). Die »praxisnahen Feststellungen« sollen in zwei Phasen erfolgen. Zunächst werden in den Räumlichkeiten des Trägers individuell für jeden Teilnehmer einzeln und in der Gruppe durch Testungen, Erprobungen und Beobachtungen die unterschiedlichen Kompetenzen erhoben. Wird am Ende dieser ersten Phase der Eignungsanalyse festgestellt, dass keine ausreichenden Potenziale für den allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden sind und »Werkstattbedürftigkeit« besteht, endet für den Teilnehmer die Maßnahme.

Bei »voraussichtlich vorhandenem Potenzial für einfachste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt« wechselt der Teilnehmer in die »Betriebliche Erprobung« (Phase 2). Dabei geht es nicht um ein Praktikum im herkömmlichen Sinn, sondern um die Feststellung der Leistungsfähigkeit durch Veränderung und Steigerung der Anforderungen und Belastungen. Das Ziel ist, festzustellen, »welches berufliche Potenzial unter welchen stützenden/ fördernden Gegebenheiten für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden ist« (Produktinformation der BA).

Die Anforderungen an die Teilnehmer sind hoch. Ausgegangen wird von einer Arbeitszeit von 39 Stunden wöchentlich. Eine Reduzierung auf bis zu 15 Stunden wöchentlich ist möglich, wenn der Reha-Berater zustimmt und das Maßnahmeziel nicht gefährdet ist.

Hohe Anforderungen bei geringem Entgelt für die Maßnahmeerbringer

Insbesondere die »Betriebliche Erprobung« stellt hohe Anforderungen an die Maß-

nahmeträger. Sie müssen in kurzer Zeit für die Maßnahmeteilnehmer »passgenaue« Betriebe finden, die bereit sind, sich intensiv mit den Teilnehmern und der Feststellung ihrer Kompetenzen und Defizite zu beschäftigen. In beiden Phasen sollen sie ein Bündel von Diagnoseverfahren, Tests, Beobachtungsbögen einsetzen. Die im Schlüssel 1:12 beschäftigten Sozialpädagogen müssen eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der beruflichen Bildung mit der Zielgruppe haben, die Psychologen (1:6) zwei Jahre. Auch sind eine Reihe von Räumen, unter anderem ein »multifunktionaler Simulationsraum«, in dem handwerkliche Fähigkeiten getestet und Arbeitssituationen erprobt werden sollen, vorzuhalten.

Da der Einstieg in die Maßnahme alle 14 Tage erfolgen kann und die Teilnehmerzahlen schwanken, ist hier eine hohe Flexibilität gefordert.

Ob die hohen Anforderungen auch entsprechende Vergütungen für die Maßnahmeerbringer bedeuten, weiß man nicht. Die Aufträge werden nach den Kriterien der Ausschreibung vergeben. Bewertet werden Konzept und Preis. Geht man davon aus, dass die Bewerber alle gute Konzepte schreiben können, bleibt der Preis als entscheidendes Kriterium.

#### Viel Kritik vonseiten der Werkstätten

Die Kritik aus den Werkstätten konzentrierte sich zunächst darauf, dass sie von der Teilnahme an den Ausschreibungen ausgeschlossen sind. Die Regionaldirektion Hessen der BA begründete dies mit dem Wunsch nach einer möglichst objektiven Durchführung der Maßnahme. Man wolle einen Interessenkonflikt bei den Werkstätten vermeiden, denn »die gutachterlichen Feststellungen in DIA-AM haben in jedem Falle unmittelbare Auswirkungen auf die Zugangszahlen und somit auf die ›Geschäftsentwicklung‹ in den WfbM«.

Abgesehen davon, dass die Fallzahlen, um die es hier geht, die »Geschäftsentwicklung« der WfbM nicht wesentlich tangieren, bleibt die Frage, ob nicht auch ein Berufsbildungswerk, ein Berufliches Trainingszentrum, ein Anbieter berufsvorbereitender Maßnahmen oder ein Träger eines Integrationsfachdienstes seine »Geschäftsentwicklung« durch entsprechende Empfehlungen und Steuerungen in DIA-



Franz-Josef Limper: Peter und Paula, 1985

AM nachgelagerten Maßnahmen positiv beeinflussen kann.

Auch weisen die WfbM darauf hin, dass sich gerade in den letzten Jahren der Eingangsbereich, der Berufsbildungsbereich und die Arbeit der Fachausschüsse entscheidend weiterentwickelt habe. Den Werkstätten liege nicht nur an einer ergebnisoffenen Feststellung, ob die WfbM die geeignete Maßnahme ist, sondern sie arbeite einer beruflichen Rehabilitation und beruflicher Bildung, die auch die Förderung des Übergangs in den ersten Arbeitsmarkt im Fokus habe.

Befürchtet wird vielmehr, dass ein Teil der Teilnehmer nach der Maßnahme sehr schnell in Einfachstjobs untergebracht werden solle. Hier werde man sie nur für ganz konkrete Tätigkeiten einarbeiten und qualifizieren. Wie lange sie diese Jobs – beim ständigen Wandel der Arbeitsplatzanforderungen – behalten könnten, sei mehr als fraglich. Die WfbM sehen die große Gefahr, dass psychisch erkrankten Menschen, die einen Anspruch auf eine zweijährige berufliche Bildung haben, diese zugunsten einer kurzfristigen Platzierung im Arbeitsmarkt verweigert wird.

#### Maßstab personenzentriertes Assessment

Im Rahmen des Projekts »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB)« der Aktion Psychisch Kranke, wurden Kriterien erarbei-

tet, wie bei unklaren Hilfebedarfen eine eingehende berufsbezogene Diagnostik gestaltet werden sollte.

Mit den hier geforderten Qualitätskriterien hat DIA-AM wenig gemein. Ausgangspunkt (und im Wesentlichen auch Schlusspunkt) von DIA-AM ist die Frage »Werkstattbedürftigkeit« Ja oder Nein. Personenzentriertes Assessment klärt jedoch den aktuellen Leistungsstand, plant mit dem Klienten gemeinsam berufliche Perspektiven und – wenn notwendig – Trainings- und Rehabilitationsmaßnahmen. Ausgangspunkte sind immer die Bedürfnisse, Erwartungen und Zielvorstellungen des Klienten. Endpunkt ist immer eine entsprechende Hilfeplanung und die Einleitung des nächsten Schritts. Dabei »ist zu beachten, dass die beruflichen Fördermaßnahmen immer ein Teil eines übergreifenden, integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans« sind.

All diese Ideen scheinen den »Erfindern« von »DIA-AM« fremd. Man muss schon befürchten, dass es sich bei DIA-AM zwar um ein neues Sortierverfahren handelt, dass sich für die betroffenen Menschen aber kaum neue Möglichkeiten und Perspektiven eröffnen. Stattdessen haben wir nur ein neues Steinchen im Maßnahmen-Hopping, zumal noch lange nicht genügend passgenaue Alternativen zur WfbM zur Verfügung stehen.

#### Gibt es nicht nutzbare Ansätze?

Selbst viele Agenturen sind mit DIA-AM nicht glücklich, das zeigt ihre zum Teil sehr deutliche Zurückhaltung, »Teilnehmermonate« einzukaufen. Dennoch, gibt es nicht nutzbare Ansätze? Gemessen am Personenzentrierten-Assessment-Ideal scheint alles schlecht. Es wird an der Zusammenarbeit von Reha-Beratern und Maßnahmeträgern, an der Einbindung der Maßnahmeträger in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem und am gemeinsamen Willen, keine Maßnahme ohne die Entwicklung einer belastbaren Perspektive für die Teilnehmer zu beenden, liegen, ob DIA-AM zu mehr genutzt werden kann als ursprünglich geplant. Auch aus diesem Grund haben wir uns als Anbieter beruflicher Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen an der Ausschreibung beteiligt.

Schau'n wir mal. ■■■

Joachim Storck ist Geschäftsführer der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe), Mainz.

# Gute Hilfen, gute Chancen?

Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke schaffen

Von **Dominic Bruseberg**

Der Psychiatrie-Verlag hatte am 30.04.08 zu einer ganz besonderen Veranstaltung im Beruflichen Trainingszentrum Köln (kurz: BTZ) geladen: der Präsentation seines neuen Handbuchs zur beruflichen Integration und Rehabilitation.

Da an diesem Tag auch eine kleine Feier zum 30-jährigen Bestehen des Psychiatrie-Verlages angekündigt worden war, ließ es sich Geschäftsführerin Ute Hüper nicht nehmen, zur Einleitung die Mitbegründerin Ulrike Siepelmeier-Müller ein paar Worte zur Verlagsgeschichte aus erster Hand erzählen zu lassen.

## Stunde der Ahnungslosen

Bei der Verlagsgründung, die 1977 im Keller einer Suchtstation in Wunstorf erfolgte, wollte man zunächst vor allem eines erreichen: Das bis heute erfolgreichste Buch des Psychiatrie-Verlages »Irrren ist menschlich« sollte zu einem erschwinglichen Preis unter die Leute gebracht werden. Während andere Verlage einen Verkaufspreis von 60 DM erwogen, brachte der junge Psychiatrie-Verlag das bahnbrechende Werk von Klaus Dörner und Ursula Plog für 16 DM in den Handel. Gleichzeitig wurde so eine Beschäftigungsmöglichkeit für psychisch Kranke geschaffen. Das damalige Gesundheitssystem hatte noch keinerlei Angebote für Betroffene, sich wieder ins Berufsleben zu integrieren. Es war eine Zeit des Aufbruchs und Wandels in der Geschichte der deutschen Psychiatrie. Und die Verlagsgründer waren vor allem engagiert und weniger betriebswirtschaftlich fit.

Zeitweise am Rand einer Pleite balancierend, gelang es dem Verlag aber doch zu überleben. Dafür waren einige Umstrukturierungen nötig, die den Verlag professionalisierten und ihn zu einem erfolgreichen Anbieter von Fach- und Erfahrungsbüchern vor allem zu psychiatrischen Themen und heute auch darüber hinaus machten. Aufgrund seiner Leitbilder stellt der Psychiatrie-Verlag bis heute grundsätzlich einen festen Arbeitsplatz für Menschen mit psychiatrischer Erkrankung zur Verfügung, Praktika oder Trainingsmaßnahmen sind ebenso möglich. Von den Ahnungslosen zu den Ahnungsspendenden: Eine respektable Entwicklung!



## Podiumsdiskussion mit Betroffenen

Nach der humorvoll-informativen Einführung berichtete Kerstin Riemenschneider (Sozialarbeiterin in einem Wohnheim für psychisch Erkrankte in Köln), ausgehend von ihrem Beitrag für das Handbuch über Faktoren wie Zeit, Geduld und Eigeninitiative, die bei der beruflichen Wiedereingliederung eine Rolle spielen. Parallel brachten einige der im Buch vorgestellten Psychiatrieerfahren, Axel H., Bärbel L. und Martin M., ihre eigenen Reha-Erfahrungen ein.

## Durchhaltefähigkeit

Rückschläge im Integrationsprozess seien völlig normal, erfuhren die Zuhörenden, nicht alles verlaufe geradlinig. Manchmal seien Umwege, Irrwege oder auch Auswege (zum Beispiel eine Arbeitserprobung, die einem überhaupt nicht liegt) in Kauf zu nehmen, um den eigenen Weg zu finden. Damit müssen die Betroffenen offenbar umzugehen lernen. Neue Chancen lauern oftmals an den entlegensten Orten, Mut und Zuversicht sind unablässig für das persönliche Weiterkommen. Entscheidend sei aber auch die notwendige Portion an Eigeninitiative. Kerstin Riemenschneider warnte davor, sich auf Managementleistungen institutioneller Einrichtungen auszurufen. Diese seien keine Garantie für das eigene Weiterkommen, sondern eben nur eine Hilfestellung.

Stolpersteine auf dem Weg (zurück) in den Beruf können dagegen die Nebenwirkungen eingenommener Psychopharma-

ka sein und auch ungünstige Arbeitsbedingungen wie z.B. Zeitdruck. Es sei nicht einfach für die Betroffenen, sich mit ihrer veränderten Lebenssituation abzufinden und zu begreifen, dass sie häufig nicht wie vormals 100 Prozent der Leistung erbringen können, sondern eventuell nur noch 50–75. Da kann es sinnvoll sein, eine Teilzeittätigkeit zu suchen oder eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, um etwas Spielraum zu gewinnen. Damit hat auch das BTZ Erfahrung, in dessen Räumen in Köln die Veranstaltung ja stattfand. Es arbeitet so, dass es die Teilnehmer stufenweise, je nach individuellem Bedarf und Vermögen, wieder an den allgemeinen Arbeitsmarkt annähert. Die richtige Mischung aus Eigensinn und Anpassungsfähigkeit der Betroffenen erleichtere diesen Prozess maßgeblich, war von Riemenschneider und Co zu erfahren.

## Individuelle Wege gehen

Spannend waren die unterschiedlichen Werdegänge der im Buch Interviewten:

Axel H. beispielsweise hat durchweg gute Erfahrungen mit dem Integrationsfachdienst. Für ihn war entscheidend, hartnäckig zu bleiben und Arbeitserprobungsplätze zu wählen, auf denen er sich persönlich gut aufgehoben fühlte. Die wichtigsten stabilisierenden Faktoren für ihn: Freie Einteilung der Arbeitszeit und langsame Heranführung an anspruchsvollere Tätigkeiten. Dank eigenem Büro und klar definierter Arbeitsfelder in dem Verlag, in dem er heute tätig ist, könne er sich mittlerweile entspannt und motiviert in den Arbeitsprozess einbringen. In seiner Zeit als Augenoptiker empfand er die ständig wechselnden Arbeitseinsätze in unterschiedlichen Filialen als besondere Belastung. Mobbing durch Kollegen, die nur den Misserfolg sahen und nicht die Ursachen für seine Schwächen kannten, hatte seine Erkrankung zusätzlich geschürt. Axel H. gab allerdings auch zu, dass eine offene Aussprache seiner persönlichen Probleme wahrscheinlich die Situation nicht entschärft hätte.

Die Psychiatrieerfahrene Bärbel H. hat es als wohltuend empfunden, sich eine Aufgabe zu suchen, bei der das Leben wieder an Attraktivität gewinnt. Für sie sei es viel wert, sich als Rentnerin ihren Tag frei einteilen zu können und trotzdem einen Halt in ihrer Selbsthilfearbeit mit Demenzzkranken gefunden zu haben. Ihre ehrenamtliche Tätigkeit bei SEGEL Köln (Seelische Gesundheit Köln) ist eine Berufung geworden, aus der sie zusätzlich neue Lebenskraft schöpft.

### Nicht jede Arbeit tut gut

Martin M. dagegen wollte unbedingt wieder in die Erwerbsarbeit. Bis vor Kurzem musste er dafür in Kauf nehmen, unter sehr schlechten Bedingungen in einem Callcenter zu arbeiten. Manche Unternehmen stellten psychisch Kranke bevorzugt ein, da diese aufgrund der langen Arbeitslosigkeit oftmals nicht mehr über den Handlungsspielraum verfügten, sich einen Job aussuchen zu können, wusste er zu berichten. Nach erfolgter Trainingsmaßnahme mache die ARGE zusätzlichen Druck, da im Falle einer Übernahme sachgemäß jede zumutbare Arbeit angenommen werden müsse, ganz gleich ob die Arbeitsbedingungen dort nun stabilisierend oder eher destabilisierend sind. So kann die berufliche Integration natürlich auch zum Scheitern kommen. Für Martin M. ist die Sache aber zum Glück gut ausgefallen. Er hat mittlerweile eine zufriedenstellende Erwerbsarbeit im kaufmännischen Bereich finden können.

### Gute Beratung muss am Anfang stehen

Nach einer kurzen Kaffeepause, befragte der Journalist Ludwig Janssen den Herausgeber Hermann Mecklenburg zur Philosophie und Intention seines Handbuchs. »Wenn ein Patient vor 40 Jahren das dritte Mal in Folge eingeliefert wurde, so konnte man sicher sein, er hatte seine Arbeit verloren«, berichtete der ehemalige

Chefarzt. Schon damals nahm er diese deprimierenden Zustände zum Anlass, seinen Patienten zu helfen. Arbeit habe nun mal eine Reihe positiver Wirkungen: Gestärktes Selbstwertgefühl, strukturierter Alltag, Kontakte, Aktivität und Identität.

Christiane Haerlin (ehemalige Leiterin des BTZ Köln) betonte, wie wichtig eine frühzeitige Reha-Beratung sei, da die berufliche Orientierung einfach sehr lange dauere, nicht zuletzt aufgrund oftmals langwieriger Antragsphasen. Versucht werden müsse auch, Menschen, welche noch in Arbeit stehen und erkranken, in ihrem Job zu halten. Erschreckender Weise sei selbst großen Unternehmen bisweilen nicht mal der Integrationsfachdienst bekannt, der dabei unterstützend wirken kann.

### Vertrauen schafft Erfolg

Ein Paradebeispiel gelungener Integration zeigte der im Anschluss an die Podiumsdiskussion präsentierte Beitrag aus der ZDF Reihe »sonntags – Menschen & Projekte«. Vorgestellt wurde darin die Supermarktkette CAP, die Arbeitsplätze für Menschen mit einem Handicap anbietet, und zwar bei humanen Arbeitsbedingungen und zu tariflichen Vergütungen. Die Erfahrung hier: Mit entsprechender Unterstützung vor allem am Anfang kann den Betroffenen viel zugetraut werden, ohne dass der Betriebsablauf zusammenbricht. Und die Kunden begrüßen das Konzept.

### Sternschnuppen auf Orangenbaumblättern

Zum Abschluss an diesem Nachmittag gab es noch eine kleine Überraschung für die Psychiatrie-Verlags-Crew: Ein Geburtstagsständchen mit Geburtstagskuchen und zartschmelzender Schokolade sowie selbstleuchtende Sternschnuppen und eine Orangenbaumpflanze. Was das wohl bedeuten mag?! Nun: Spaß, Kraft, Inspiration und ein glückliches Händchen für weitere 30 Jahre Verlagsengagement für Integration und eine soziale Psychiatrie!

■■■

## Gesetzentwurf für Alternative zur Werkstatt vorgelegt

Von Jörg Holke

Mit dem Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Einführung »Unterstützter Beschäftigung« nimmt die Ankündigung der Bundesregierung im Koalitionsvertrag, Alternativen zur Werkstatt zu ermöglichen, konkrete Formen an. Bereits Mitte 2007 waren vom Ministerium Eckpunkte zur Unterstützten Beschäftigung zur Diskussion gestellt worden.

Mit der »Unterstützten Beschäftigung« soll die Leistungsfähigkeit von Menschen mit (seelischen) Behinderungen bei individuell angepassten Bedingungen im betrieblichen Umfeld durch Begleitung und Unterstützung so verbessert werden, dass eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich wird. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung. Berufsbegleitung meint hier die Unterstützung durch ausgebildetes Fachpersonal bei Problemen am Arbeitsplatz. Die Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger, entweder der Bundesagentur für Arbeit oder der Rentenversicherung für bis zu zwei Jahren erbracht. Mit der Durchführung werden Träger beauftragt, die den Anforderungen einer noch zu verabschiedenden Empfehlungsvereinbarung der Rehabilitationsträger entsprechen.

Der dieser Förderungsmöglichkeit zugrunde liegende Grundsatz »erst platzieren, dann rehabilitieren« erhöht bei psychisch kranken Menschen deutlich die Chance einer langfristigen Betriebsinte-



Ludwig Janssen (rechts) im Gespräch mit Hermann Mecklenburg

gration. Dies wurde in US-amerikanischen bzw. europäischen Studien (Rössler et al. 2006) nachgewiesen und im Rahmen eines BMAS geförderten Projektes der Aktion Psychisch Kranke auch in Deutschland erfolgreich praktiziert.

Die Möglichkeit der Betriebsintegration zeigt sich auch bei Menschen mit seelischer Behinderung bzw. psychischen Erkrankung, deren Leistungsfähigkeit an der Grenze der Werkstattbedürftigkeit liegt.

Nach den Erfahrungen der Aktion Psychisch Kranke kommt diese Fördermöglichkeit bei einer Vielzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Betracht



Franz-Josef Limper: In der Schule, 1993

– und hat bei bedarfsgerechter psychosozialer Begleitung gute Erfolgsaussichten. Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist es jedoch von besonderer Bedeutung, den fluktuierenden Krankheits- und Behandlungsverlauf zu berücksichtigen und auf den individuellen Bedarf flexibel zu reagieren. So unterliegt die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit häufig Schwankungen, stabilisiert sich zwischenzeitlich und wird dann im Einzelfall möglicherweise wieder schwanken. Flexible Teilzeitarbeitsplätze, Arbeitszeitkonten oder andere innovative Regelungsformen sind hier erforderlich.

Im Gesetzentwurf ist die Möglichkeit verankert, bei Unterberechnungen aufgrund von Krankheit oder anderen Gründen die Gesamtdauer in Einzelfällen verlängern zu können. Dies ist von großer Bedeutung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Allerdings wäre auch eine Verlängerung sinnvoll, wenn aufgrund von Teilzeitregelungen bzw. Arbeitszeitkonten und der entsprechend geringeren Maßnahmenanwesenheitszeiten die Maßnahmeziele nicht in den vorgesehenen 24 Monaten erreicht werden können.

Eine entscheidende Frage in der Umsetzung wird noch sein, wie die Entscheidungswege aussehen werden und für wen diese neue Fördermöglichkeit infrage kommt.

Mit der Fördermöglichkeit der »Unterstützten Beschäftigung« ist prinzipiell eine geeignete Alternative zur Werkstattförderung gegeben und damit ein wichtiger Schritt in Richtung einer Teilhabe psychisch kranker Menschen am betrieblichen Arbeitsleben. ■ ■ ■

## Das Budget für Arbeit macht Schule

Wie potenzielle Werkstattmitarbeiter reguläre Arbeit finden können

Von Joachim Stork

**M**enschen mit Behinderungen und psychisch Erkrankte, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder im allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden konnten, blieb bis vor kurzer Zeit nur die Alternative Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder Arbeitslosigkeit – von den wenigen Zuverdienstprojekten abgesehen. Notwendige Teilhabeleistungen aus der Eingliederungshilfe waren an den WfbM-Platz gebunden. Dabei ist schon lange klar: Auch diese Menschen können – bei entsprechenden Rahmenbedingungen – im allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Ausgelagerte Einzelarbeitsplätze der WfbM und die »Virtuelle Werkstatt« in Saarbrücken sowie die Beispiele unserer Nachbarländer haben es lange bewiesen.

Auch das Persönliche Budget kann helfen, »normale« Arbeitsplätze für potenzielle Werkstattmitarbeiter zu schaffen. In Mainz sind mehr als 80 reguläre Arbeitsverhältnisse in den letzten Monaten entstanden. Das Modell »Budget für Arbeit« macht Schule – auch in anderen Bundesländern!

Geht nicht gibt's nicht!

Herr K. (50 Jahre) kommt aus der Türkei, lebt seit mehr als 30 Jahren in Deutschland und hat viele Jahre als Kellner gearbeitet, bis er 1993 wegen massiver Alkoholprobleme arbeitslos wurde. Hinzu kamen ausgeprägte psychosoziale Probleme

und Depressionen. Er war lange arbeitslos oder in kurzfristigen Jobs. Der Versuch über eine ambulante »Berufliche Rehabilitationsmaßnahme« der »Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe)« wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, scheiterte. Nach Feststellung der zuständigen Rentenversicherung, war er den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht gewachsen.

Günstig war, dass Herr K. nahtlos in den Berufsbildungsbereich der WfbM, dem Service-Centers der gpe, wechseln konnte. Nach kurzer Zeit wurde die berufliche Rehabilitation ambulant weitergeführt. Herr K. konnte als Fahrer eines großen Altenzentrums seine Fähigkeiten einsetzen und weiterentwickeln, unterstützt von den Fachkräften des Service-Centers.

Aber auch nach Abschluss des Berufsbildungsbereichs kamen Herr K., der Reha-Berater der Rentenversicherung und der Fachausschuss der WfbM zu der Feststellung: Herr K. ist den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht gewachsen. Sein Leistungsvermögen liegt unterhalb der Schwelle von drei Stunden, gemessen an der Leistung eines vergleichbaren Arbeitnehmers. Selbst wenn Herr K. sechs Stunden im Altenzentrum tätig war. Das Resultat: Herr K. sollte in den Arbeitsbereich der WfbM wechseln. Das wollte aber keiner der Beteiligten. Herr K. fühlte sich wohl auf seinem »Arbeitsplatz«. Der Arbeitgeber war zufrieden mit der zusätzlichen Kraft. Ein Verbleib sollte unter diesen Umständen möglich sein. Geht nicht, wollte keiner akzeptieren. Die Frage war nur, wie? Der Schlüssel war das kurz zuvor »erfundene« rheinland-pfälzische Budget für Arbeit.

Einfach machen

Mit dem rheinland-pfälzischen Budget für Arbeit eröffnet sich die Möglichkeit, in einem Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes als »normaler« Arbeitnehmer angestellt zu werden, ein für den Lebensunterhalt ausreichendes Einkommen zu erzielen und die notwendigen Unterstützungsleistungen im Arbeitsleben zu bekommen. Aus Mitteln der Eingliederungshilfe und des Integrationsam-



Franz-Josef Limper: Zigeunerin mit 2 Hunden, 2001

# KOOPERATION UND VERANTWORTUNG IN DER GEMEINDEPSYCHIATRIE

AKTION  
PSYCHISCH  
KRANKE e.V.

Tagung der Aktion Psychisch Kranke  
am 3. – 4. November in Kassel

Vorläufiges Programm

## Vorträge Montag

- 1 Die Verantwortung der Politik für die Rahmenbedingungen der Gemeindepsychiatrie  
*Klaus Theo Schröder*
- 2 Die Kommune muss die Verantwortung für die Daseinsvorsorge behalten und mit Leben erfüllen  
*Hans-Jochen Vogel* (angefragt)
- 3 Wettbewerb geht nicht vor Qualität – Vergaberecht und Qualität  
*Evelyne Gebhardt*
- 4 Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region  
*Ulrich Krüger und Niels Pörksen*

## Impulsbeiträge und Diskussionen in Parallelsymposien

- 1 Daseinsvorsorge im Sozialraum: Prävention und Zugang zu Hilfen
- 2 Personenbezogene und lebensweltbezogene Finanzierung von Eingliederungshilfe
- 3 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- 4 Selbstbestimmung und Schutz vor übergriffiger Fremdbestimmung
- 5 Altenhilfe und psychiatrisches Hilfesystem
- 6 Weiterentwicklung der Hilfeplanung
- 7 Persönliches Budget
- 8 Steuerung des regionalen psychiatrischen Hilfesystems

## Vorträge Dienstag

»Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen«

### Verantwortung kooperativ wahrnehmen

- 1 Mitwirkung an der Entwicklung des Sozialraums  
*Klaus Dörner*
- 2 Wettbewerb um Qualität und Effizienz bei der Erbringung von Komplexleistungen im regionalen Hilfesystem
  - Rechtliche Aspekte regionaler Qualitätssteuerung *Jörg Holke*
  - Engagierte Leistungserbringer übernehmen Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund  
*Matthias Rosemann*
- 3 An der Wegscheide: Das psychiatrische Hilfesystem auf dem Weg ins Chaos oder zu einem geordneten Qualitätswettbewerb?
  - Gefahren – gewachsene Vernetzung durch unregelmäßige Konkurrenz zerstören  
*Peter Kruckenberg*
  - Chancen – verbindliche Festlegung der Qualitätskriterien für die Erbringung von Komplexleistungen und Sicherstellung durch kooperatives regionales Qualitätsmanagement  
*Ulrich Krüger*

## Entscheidungsträgerunden

- 1 Diskurs mit Leistungsträgern und Selbstverwaltung (SGB V und SGB IX): Wie können die Leistungsträger und die Selbstverwaltung Verantwortung für die Umsetzung wahrnehmen?
- 2 Diskurs mit Vertretern von Politik, Verwaltung und Gesetzgebung (Bund, Land, Kommune): Wie kann die Politik in Parlament und Verwaltung verantwortlich sicherstellen, dass ihre Vorgaben durch die Leistungsträger und Selbstverwaltung auch umgesetzt werden?

Das vollständige Tagungsprogramm erhalten Sie bei der  
Aktion Psychisch Kranker, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn, Telefon (0228) 67 67 40/41, Fax (0228) 67 67 42,  
E-Mail [apk@psychiatrie.de](mailto:apk@psychiatrie.de), oder im Internet unter: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)

tes erhält der Arbeitgeber unbürokratisch einen dauerhaften und ausreichenden Nachteilsausgleich als Zuschuss zum Tariflohn. Darüber hinaus wird die notwendige Unterstützung und Begleitung finanziert. Und: Wenn es nicht klappt, kann Herr K. immer noch in die WfbM zurückkehren.

Herr K. stellte beim zuständigen Träger der Eingliederungshilfe einen Antrag auf Bewilligung eines »Persönlichen Budgets für Arbeit«. Der Träger des Altenzentrums bestätigte, dass er mit Herrn F. einen Arbeitsvertrag abschließen wird. Der für die WfbM zuständige Fachausschuss unter-

Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese ist über das Persönliche Budget als Geldleistung anstelle der Sachleistung WfbM nun finanzierbar. Die Unterstützung von Arbeitgeber und Herr K. wird weiterhin durch eine Fachkraft des Service-Centers geleistet. Zurzeit reicht eine über das Budget finanzierte Stunde in der Woche aus.

#### Man muss auch wollen

Das Budget für Arbeit hat in Rheinland-Pfalz den Übergang von der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt deutlich erleichtert. Mit dem Budget wurde eine

auf sowie die Begleitung in den ersten Arbeitsmarkt ist fester Bestandteil des Rehabilitationsprozesses in der WfbM. Diesen Managementprozess nennen wir »Integrationsmanagement«, das zugrunde liegende Unternehmensziel Integration.« (LAG WfbM Rheinland-Pfalz)

Das Ergebnis: Über 80 Budgetnehmer arbeiten nun innerhalb weniger Monate in den unterschiedlichsten Betrieben und Verwaltungen, nur wenige in Arbeitsstellen der WfbM-Träger oder deren Integrationsprojekte. Eine aktuelle Abfrage bei den WfbM hat ergeben, dass in nächster Zeit weitere 60 WfbM-Mitarbeiter das Budget in Anspruch nehmen wollen.

#### Die Rahmenbedingungen müssen stimmen

Das persönliche Budget für Arbeit ist ein erfolgreicher Weg zur Verbesserung der Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen, weil es den von der Selbsthilfe und den Fachverbänden (Deutscher Verein, Lebenshilfe, Wohlfahrtspflege etc.) entwickelten Anforderungen an ein »gelungenes« Budget entspricht, selbst wenn man trefflich darüber streiten kann, ob es ein »richtiges« Budget ist. Dies zeigt sich an folgenden Punkten:

**Echte Alternative zur Sachleistung:** Das Budget bietet durch die Möglichkeit der Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt eine echte Alternative zur Sachleistung »WfbM«. Es ist nicht – wie noch allzu häufig – nur eine andere Finanzierungsform »klassischer« Sachleistungen.

**Wahlmöglichkeiten – Personenzentriert:** Die Werkstattmitarbeiter haben in den meisten WfbMs in Rheinland-Pfalz viele Wahlmöglichkeiten: WfbM-Arbeitsgruppe, Außenarbeitsgruppe, ausgelagerter WfbM-Arbeitsplatz, Budget für Arbeit. Sie können die Form der Leistungserbringung »Teilhabe am Arbeitsleben« wählen, die zu ihrer aktuellen Situation und zu ihren Zielen und Wünschen passt.

**Informierte Budgetnehmer:** Die WfbM-Mitarbeiter sind gut über Vor- und Nachteile des Budgets informiert. Über Praktika und ausgelagerte Arbeitsplätze können sie herausfinden, ob das »Budget« und die damit verbundenen Form der unterstützten Arbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt für sie das Passende ist.

**Budgetberatung und Budgetbegleitung:** Vor der Inanspruchnahme ist eine umfassende Beratung und Unterstützung gewährleistet. Dies setzt sich auch bei der Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt fort. Meist erfolgt dies über Fachkräfte aus den WfbMs. Andere Unterstützungsformen, z.B. durch



Franz-Josef Limper: Rentner am Tisch, 1998

stützte den Antrag und legte den notwendigen Betreuungsaufwand fest.

Herr K. bekam einen Bewilligungsbescheid, in dem die Höhe des Budgets (70% der Lohnkosten) und Mittel für Begleitung und Unterstützung aufgeführt werden. Die Zahlung des Lohnkostenzuschusses erfolgt direkt an den Arbeitgeber. Herr K. wird Arbeitnehmer mit allen Rechten und Pflichten und einem Lohn, von dem er unabhängig von weiteren Leistungen leben kann.

Die Budgetleistungen sind unbefristet, solange sich die entscheidende Voraussetzung nicht ändert: Wegen Art und Schwere seiner Behinderung hat Herr K. einen Anspruch auf eine Beschäftigung in einer WfbM.

Was zum Gelingen solcher neuer Formen der Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist, ist bekannt und erprobt: Zentral ist die Motivation des Psychiatrieerfahrenen. Wenn Mensch und Arbeitsplatz zueinander »passen«, stimmt sie meistens. Notwendig sind ferner verlässliche, dauerhafte und qualifizierte Unterstützung von

zentrale Erkenntnis des rheinland-pfälzischen Modellprojektes AIM (Arbeitsweltbezogene Integrationsmodelle) umgesetzt: Arbeitgeber brauchen einen transparenten, zeitnahen, bedarfsgerechten und dauerhaften Nachteilsausgleich »aus einer Hand« für die Beschäftigung von (ehemaligen) Werkstattbeschäftigten.

Das persönliche Budget für Arbeit in Rheinland-Pfalz ist auch ein Erfolgsmodell, weil es die Werkstätten von Anfang an aktiv unterstützt haben. Sie haben das getan trotz etlicher, nicht unbedeutender Unklarheiten zu Beginn des Projekts. Sehr viele Werkstätten haben in einem weiteren gemeinsamen von der Landesarbeitsgemeinschaft WfbM und dem MASGFF unterstützten, zweijährigen Projekt Strukturen eines internen Integrationsmanagement geschaffen, die die Motivation und Vorbereitung auf sowie die Begleitung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zum festen Bestandteil der Werkstattarbeit machten: »Die Förderung der Übergangschancen von Beschäftigten und die Vorbereitung

den Integrationsfachdienst sind ebenso möglich.

**Einheitliche, transparente Form der Feststellung des Unterstützungsbedarfs:** Mit den Fachausschüssen der Werkstätten und dem einheitlichen Instrument der Hilfeplanung (IHP) gibt es ein einfaches, transparentes und einheitliches Verfahren der Feststellung des Unterstützungsbedarfs und der Leistungsgewährung.

**Bedarfsgerechte Höhe des Budgetbetrags:** Die Höhe des Budgets (70% Arbeitgeberbruttolohn & Kosten der begleitenden Betreuung) sind grundsätzlich ausreichend, um das Ziel der Leistung (dauerhafte Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt) zu sichern. »Grundsätzlich ausreichend«, weil über die Höhe der Vergütung der Betreuungsleistung noch gestritten wird.

**Sicherheit der Leistung:** Die Budgetnehmer können sicher sein, dass ihnen die Leistung »Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder im allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können« (Werkstattanspruch!) als gesetzlicher Anspruch bleibt – als Budgetnehmer im allgemeinen Arbeitsmarkt oder als Sachleistungsempfänger in der WfbM.

**Qualitätssicherung:** Die dauerhafte Begleitung der Budgetnehmer durch Fachkräfte und die regelhafte Überprüfung des Unterstützungsbedarfs durch die Fachausschüsse sichert sowohl die Qualität der Leistung des Arbeitgebers gegenüber dem Budgetnehmer (Stichwort: Ausbeutung) als auch die der fachlichen Begleitung. Alle bisherigen Erfahrungen zeigen ein hohes Maß an Verantwortung der Arbeitgeber gegenüber den Budgetnehmern.

Kurz: Das Budget für Arbeit in Rheinland-Pfalz kann dem Kunden »behinderter Mensch« bieten, was er unbedingt braucht: Wahlmöglichkeiten, einfacher Zugang, angemessene Budgethöhe, Beratung und Qualitätskontrolle. Und wenn er nicht zufrieden ist, gibt es ein Umtauschrecht: Zurück zur Sachleistung!

#### Achtung: Risiken und Nebenwirkungen!

Auch wenn das Budget für Arbeit greift, Risiken und Nebenwirkungen bleiben. Tatsächlich ist es so, dass manchen rheinland-pfälzischen Kommunen die mit dem »Budget« verbundenen Einsparungen nicht ausreichen. Auch wenn die Budgetlösung deutlich kostengünstiger als ein WfbM-Arbeitsplatz ist, scheint ihnen der unbedingte Sparwille mehr zu bedeuten, als gelungene Teilhabelösungen. Einige Kommunen lassen ganz schnell die dauerhafte Erwerbsminderung potenzieller Bud-

getnehmer überprüfen, zum Teil mit sehr fragwürdigen Methoden. Das Ziel dabei ist deutlich: Bei dem geringsten Zweifel an einer Anspruchsberechtigung auf einen WfbM-Platz sollen diese Menschen aus der Eingliederungshilfe gestoßen werden. Doch dann funktioniert auch die Budgetlösung nicht mehr und es bleibt nur die Arbeitslosigkeit.

Nebenwirkungen gibt es auch für den Budgetnehmer. Wechselt er in einen normalen Betrieb, bleiben zwar seine Rentenversicherungsansprüche denen der WfbM-Mitarbeiter gleichgestellt, die Höhe des Rentenbeitrags und damit der Altersrente ist aber in der Regel geringer. Seine Rentenbeiträge richten sich nach seinem tatsächlichen und nicht nach einem – in der Regel – höheren fiktiven Lohn als Werkstattmitarbeiter. Auch werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung bezahlt. Wird der Budgetnehmer arbeitslos und kehrt nicht in die WfbM zurück, hat er keinen Anspruch auf Leistungen aus dem Bereich des SGB III.

Andere, von manchen befürchtete Nebenwirkungen, es würden billige Arbeitskräfte eingekauft und ausgebeutet sowie andere Arbeitnehmer verdrängt, konnten wir bisher nicht feststellen. Arbeitgeber, die sich auf ein solches Modell einlassen – und es sind in der Regel kleine und mittlere Betriebe – sind sich ihrer Verantwortung bewusst. Auch die Budgetnehmer sind in der Lage einzuschätzen, ob der Arbeitsplatz ihren Interessen und Möglichkeiten entspricht. Zudem sorgt die dauerhafte Begleitung für die notwendige Transparenz und Kontrolle.

Die Höhe der Leistung an den Arbeitgeber – 70% des Arbeitgeberbruttolohns – ist angemessen. Sie ist der Nachteilsausgleich dafür, dass der Budgetnehmer entsprechend leistungsgemindert ist. Sonst wäre er kein »WfbM-Fall«!

#### Den Stein ins Rollen bringen

Das war das Motto, unter dem sich die rheinland-pfälzischen WfbMs aufgemacht haben, neue Wege im Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu entwickeln und zu beschreiten.

Der Stein ist natürlich nicht nur in Rheinland-Pfalz ins Rollen gebracht worden. Auch in Niedersachsen gibt es eine eigene »Budget-für-Arbeit-Variante«. In Baden-Württemberg haben alle relevanten Leistungsträger, Leistungserbringer und



Franz-Josef Limper: Totemtier mit Hühnern, 1982

Wohlfahrtsverbände ein deutliches Zeichen gesetzt. Nach dem Motto »Warum soll für einen behinderten Menschen der Unterstützungsbedarf geringer sein, wenn er statt in der WfbM auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig ist?«, sollen auch aus den Mitteln der Eingliederungshilfe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im allgemeinen Arbeitsmarkt finanziert werden.

Die Kopplung der Eingliederungshilfe an die WfbM-Plätze gibt es nicht mehr oder doch wenigstens immer weniger!

#### Das Modell weiterentwickeln

Die bislang erprobten Modelle sind erste und richtige Schritte. Aus den gemachten Erfahrungen müssen sie so weiterentwickelt werden, dass für Menschen mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen die Leistungen erbracht werden können, die sie brauchen, um auch im allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Dazu braucht es sichere (leistungs-)rechtliche Rahmenbedingungen. Die bestehenden Modelle stehen nach auf den wackligen Beinen einer »Experimentierklausel« im SGB XII (welche?). Auch vertritt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Auffassung, dass (Teil-)Leistungen der WfbM als Budgetleistungen nur von einer WfbM erbracht werden dürfen und WfbM-Mittel nicht als Nachteilsausgleiche für Arbeitgeber eingesetzt werden können.

Die Entwicklung, den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt auch für besonders betroffene behinderte Menschen zu öffnen, wird dies letztlich nicht aufhalten. Der Stein wurde ins Rollen gebracht. ■■■

**Joachim Storck**, ist Geschäftsführer der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe), Mainz, und zusammen mit Hermann Mecklenburg Mitherausgeber des Buches »Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation« (Psychiatrie-Verlag 2008). Das ausführliche Handbuch zum Budget für Arbeit in Rheinland-Pfalz gibt es als Download, [www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de)

# Endlich kommen auch wir mal zu Wort!

Treffen von Geschwistern psychisch Kranker auf Einladung des Hamburger Landesverbandes **Von Reinhard Peukert**

**A**m 19. Mai trafen sich mehr als 20 Geschwister (davon drei Brüder), um einen Tag lang ihre Situation unter dem Motto: »Und wo bleiben die Geschwister?« zu besprechen.

Ich selbst war als Bruder eines an schizoaffectiver Psychose erkrankten Familienmitgliedes als »Referent« eingeladen worden, war jedoch faktisch als Moderator und als Gleicher unter Gleichen dabei.



Franz-Josef Limper: Landschaft am grünen See, 1992

Den Tenor der Vorstellungsrunde drückt der Titel dieses Beitrages aus: Alle waren dankbar, dass sich endlich mal jemand für sie, die Geschwister, ihre Gefühle und ihre Belange interessiert. Die emotionale Dichte des Treffens kann kein Bericht vermitteln und schon gar nicht in einem Artikel wiedergegeben werden; es wurde geweint und gelacht, es wurden Verzweiflung und Entlastung erlebt.

## Am Anfang war die Verstörung ...

Wird eine Schwester oder ein Bruder krank, führt dies aufgrund der geschwisterlichen Nähe bei den Mitgeschwistern zu einer tiefen Verstörung und zu einem sehr intensiven Mitleiden.

Gefühle von Schmerz, Trauer und Hilflosigkeit sind für diese frühe Erfahrung prägend – verbunden mit der Erfahrung, dass es in der Regel bei den ohnehin belasteten Familienangehörigen keinen An-

sprechpartner gibt. Obwohl sie sich selbst als schwach erleben, geraten viele der gesunden Geschwister in die ungute Situation, als die »Unproblematischen« in die Rolle des »starken Geschwisters« gedrängt zu werden.

Einige Teilnehmerinnen kannten bereits den Preis, den diese Rolle kostet. Sie konnten – heute zwischen 40 und 50 Jahren alt – von der damit ausgelösten heillosen Überforderung berichten und vom persönlichen Tribut, den dies im Laufe der Zeit fordert: Obwohl sie gern ihrem Alter entsprechend aktiv am Leben teilnehmen würden (Tanzen gehen, Theater und Konzerte besuchen, Freunde einladen) müssen sie für sich feststellen, dazu zu müde geworden zu sein.

## Was passiert in der Familienbeziehung?

Die Geschwister müssen viele Situationen und ein Erleben verarbeiten, das deutlich von Normalbiografien abweicht: Viele von ihnen sehen, wie sie selbst ältere Geschwister überholen, in Bezug auf die Ausbildung und dann oft auch bei der Familiengründung, die für viele Erkrankte zu den unerreichbaren Zielen gehört. Wenn sie »Glück haben«, ist ihr krankes Geschwister stolz auf sie und partizipiert so an ihrem Leben; wenn sie »Pech haben«, plagt sie ein schlechtes Gewissen, vor allem dann, wenn sie offen oder verdeckt Neid zu spüren meinen.

## Die Angst, etwas falsch zu machen

Ein weiteres Problem ist die tief verwurzelte Angst, womöglich etwas falsch zu machen, und dass der Bruder, die Schwester dann wieder krank, aggressiv oder suicidal werden könnte. Das führt dazu, dass die gesunden Geschwister dazu neigen, ihre Reaktionen auf das Verhalten des erkrankten Bruders, der Schwester zu kontrollieren und überhaupt ihre Gefühle eher für sich zu behalten. Wenn sie ärgerlich und wütend sind, weil die Schwester, der Bruder sich egozentrisch verhält, schlucken sie diese Gefühle herunter. Und wenn er oder sie passiv und scheinbar antriebslos vor sich hin lebt und sie ihn oder sie am liebsten aufrütteln, aktivie-

ren oder sogar zu Unternehmungen »zwingen« würden, wagen sie auch das nicht aus Angst, das könnte ihn oder sie veranlassen, sich noch weiter in sich zurückzuziehen, »umzufallen oder zu zerbrechen«. Sie sehen sich mit dieser Angst alleingelassen; so wie es in der Zeit der ersten tiefen Schmerzen niemanden gab, so können nun die Wut und der Ärger nirgendwo hin getragen werden.

Einige Geschwister erzählten was pasierte, als sie dieses Muster ein- oder zweimal nicht mehr durchhalten konnten und – über sich selbst erschrocken – ihre Wut bzw. Ungeduld »herauslassen mussten«. Zu ihrer großen Überraschung war ihr Bruder, ihre Schwester plötzlich sehr präsent, sie fühlten sich einander sehr nahe.

So war ein Ergebnis der diskutierten Erfahrungen: Mut zur Äußerung auch der eigenen negativen Gefühle! Der Bruder, die Schwester spürt voraussichtlich ohnehin, was Sache ist und könnte sich sogar beim angstmotivierten Verbergen der Emotionen und Regungen manipuliert, hintergangen, nicht ernst genommen fühlen. Die Geschwister berieten sich wechselseitig, wie sie die offene Äußerung in der gebotenen Form bewerkstelligen könnten, ohne die Gefahr eines Beziehungsabbruchs heraufzubeschwören.

## Verschiedene Lebenswelten

Bei aller Nähe verändert sich im Zeitlauf die Beziehung zum Geschwister auch in einem weiteren Aspekt. Das eigene Leben beginnt sich von dem des Bruders bzw. der Schwester zu lösen, eigene Freundschafts- und Liebesbeziehungen, Ausbildung und Arbeit erfordern Zeit, Engagement und Kraft, und in dem Maße, wie sich das eigene soziale Kontaktfeld ausweitet, reduzieren sich in der Regel die außerfamiliären Sozialkontakte des kranken Geschwisters!

Diese Beobachtung schmerzt alle Beteiligten, auch die gesunden Geschwister, denen sich nun eine neue Frage stellt: Sollen sie ihren Bruder, ihre Schwester an ihrem Leben teilhaben lassen, und was würde das bedeuten? »Färbt« das Außergewöhnliche des Geschwisters auf sie ab, und wenn, wie?

Viele Teilnehmer des Treffens erzählten von eher misslungenen Versuchen. Eine Teilnehmerin berichtete, wie bedrängend es für sie war, als ihre Schwester von sich aus mit ihren eigenen Freunden telefonischen Kontakt aufnahm, sie erlebte es als Eindringen in ihre ureigenste Welt.

Eine weitere Frage, die sich stellt, ist: Soll ich dem Bruder, der Schwester von meinen

Erlebnissen, dem vergleichsweise bunten und reichen Leben erzählen? Will ich davon erzählen? Kann eigentlich eine Kommunikationsstruktur auf gleicher Augenhöhe aufrechterhalten werden, so wie in der gemeinsamen Kindheit und wie es bei anderen Geschwistern selbstverständlich ist? Auch hier war die Erfahrung der Teilnehmer: Wenn es ihnen gelang, etwas »Eigenes« einzubringen, kam es häufig zu einer positiven Begegnung.

Im Rückblick stellten einige Teilnehmerinnen fest, mit welchen Strategien es ihnen gelungen war, eine eigene, vornehmlich gesunde Entwicklung zu nehmen: Sie zogen sich für einige Jahre aus der erlebten Nähe und Verantwortung zurück, sie verließen die Herkunftsfamilie. Das ist ja eigentlich ein ganz normaler Prozess, und es ist auch nicht ungewöhnlich, in einer anderen Stadt zu studieren oder Erfahrungen im Ausland zu suchen. Als Geschwister eines psychisch Kranken wird dies jedoch als etwas Besonderes erlebt, nämlich als gezieltes Verlassen der Familie.

Aber warum wird das eigentlich Normalere als etwas Besonderes wahrgenommen? In unserem Zusammenhang bedeutet die Herkunftsfamilie zu verlassen – den kranken Bruder oder die kranke Schwester allein zu lassen, und es bedeutet auch, sich nicht länger um die sehr wohl gesehene Probleme der Eltern zu kümmern. Wen wundert es, wenn die Geschwister von Schuldgefühlen berichten, die sie seit dem Ausbruch der Erkrankung immer wieder einholen?

.....  
**Wenn die Verantwortung von den Eltern auf die Kinder übergeht ...**  
 .....

Eine völlig neue biografische Situation tritt ein, sobald den gesunden Geschwistern klar wird, dass ihre Eltern vielleicht nicht mehr lange leben werden bzw. sich nicht endlos um das erkrankte Kind werden kümmern können. Dann sehen sie sich in der Verantwortung für ihren kranken Bruder, ihre Schwester, wobei hier »Verantwortung« sehr Unterschiedliches heißen kann: die Sorge für den Lebensunterhalt, ein Dach über dem Kopf etc.

Was beim Treffen besonders deutlich wurde: Die Geschwister sind auf diese Situation keinesfalls vorbereitet (u.a. deshalb kamen sie ja auch zum Treffen!). Viele Geschwister sehen mit großen Befürchtungen das Erfordernis auf sich zukommen, ihre kranke Schwester, ihren kranken Bruder bei sich aufzunehmen (da sie, er bei den Eltern wohnt), eigenes Vermögen für Wohnung und Unterkunft aufzubringen, als Person selbst für die wenigen

noch übrig gebliebenen sozialen Kontakte zur Verfügung stehen zu müssen (was bisher von den Eltern geleistet wurde) etc.

Das Problem: In vielen Familien hat es bis ins hohe Alter der Eltern noch keinen hinreichenden oder »akzeptablen« Kontakt zum professionellen Hilfesystem gegeben, oder dieser ist aus welchen Gründen auch immer eingestellt worden. Den Geschwistern ist völlig unbekannt, welche Hilfen es für ihren kranken Bruder/ihre kranke Schwester geben könnte – und das unmittelbar bevor sie in die Verantwortung hinein geraten!

.....  
**Welcher Hilfebedarf ist erkennbar?**  
 .....

Diese Geschwister, die kurz vor der für sie unabwiesbaren Verantwortungsübernahme stehen, haben sehr oft klare Vorstellungen, welche Hilfen ihrem Geschwister dienlich wären. Sie benötigen nun dringenden Kontakt zum Hilfesystem der Gemeindepsychiatrie – denn dort könnten die Leistungen schon bestehen oder entwickelt werden, die es ihnen ermöglichen würden, als Bruder oder Schwester dem kranken Geschwister neu oder weiterhin zur Verfügung zu stehen anstatt von den Leistungserfordernissen überrollt zu werden oder vor ihnen zu kapitulieren.

Daher sollten auch die gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieter (und nicht nur die jeweiligen Angehörigenverbände) in ihrer Region Geschwister einladen, um den von ihnen gesehene Hilfebedarf für die Brüder und Schwestern zur Kenntnis zu nehmen. Es werden viele Geschwister von seelisch behinderten Menschen kommen, von denen die Gemeindepsychiatrie bisher nie etwas gehört hatte, und die bis dahin von der größten gemeindepsychiatrischen Einrichtung betreut wurden: von der Herkunftsfamilie.

Daneben gibt es einen ganz dringenden Hilfebedarf für die Geschwister zum Zeitpunkt der Ersterkrankung und in der Frühphase der Erkrankung. Sie brauchen eine individuelle Unterstützung, um die Möglichkeit zu haben, die krank machenden Beziehungsstrukturen und Rollenzuschreibungen zu vermeiden!

.....  
**Und der Angehörigenverband?**  
 .....

Wir als Angehörigenverband müssen noch stärker als heute neben den Eltern und den Kindern von psychisch kranken Menschen deren Geschwister in den Blick nehmen. Aus der Perspektive der Eltern in unserem Verband sind das die Menschen, die – wenn alles gut geht – die eigene Rolle übernehmen können und

werden. Wir sollten sie nach ganzen Kräften unterstützen, dazu in der Lage zu sein, ohne ihr eigenes Leben aufgeben oder auch nur reduzieren zu müssen.

.....  
**Gesprächskreis für Geschwister**  
 .....

Aus dem Teilnehmerkreis wurde der vielfache Wunsch geäußert, die begonnenen Diskussionen in irgendeiner Form fortzuführen und wieder zusammenzukommen. Der Landesverband Hamburg der Angehörigen wird, voraussichtlich noch vor dem Sommer, zu einem Folgetreffen einladen, um einen Gesprächskreis für Geschwister zu gründen. Einzelheiten sollen bei diesem Treffen besprochen werden, z.B.: Wie oft möchte man sich treffen? Wird, zumindest zu Anfang, ein externer Moderator gewünscht? Wer übernimmt die Organisation? Gibt es einen Bedarf an externen Referenten zu speziellen Themen? Der Landesverband wird sich bemühen, organisatorische Hilfe zu leisten. ■■■

.....  
**Nähere Informationen** bei Dr. Hans Jochim Meyer, Vorsitzender des Landesverbandes, 25421 Pinneberg, Amselestieg 33, 04101/65863, E-Mail: drhjmeier@t-online.de  
**Neues Internetforum** für Geschwister s. S. 45

## Der **Lichterball** 2008 in Leipzig

.....  
**Ein voller Erfolg für seelische Gesundheit**  
 .....

**D**er erste Lichterball am 11. April 2008 im ausverkauften Ballsaal im Renaissance Leipzig Hotel war in jeder Hinsicht ein voller Erfolg. Initiiert und organisiert hatte das Benefiz-Event der Leipziger Angehörigenverein WEGE e.V.

Mädchen und Jungen des Vereins überreichten den über 250 Gästen Hoffungslichter, die Speisen wurden mit raffinierten Lichtelementen serviert, so machte der Lichterball seinem Namen alle Ehre und beeindruckte auch hochrangige Gäste.

Das Grußwort kam von Wolfgang Tiefensee, Bundesminister und Schirmherr des WEGE e.V.: »In unserer Gesellschaft gilt es als normal, gesund zu sein. Abweichungen von dieser Norm verfolgen wir besonders bei unseren Angehörigen mit Sorge, Mitgefühl und oft auch mit Angst um den geliebten Menschen. Mit Erkrankungen und Verletzungen der Seele tun wir uns oft besonders schwer. Menschen,



die uns etwas bedeuten, verhalten sich nicht mehr so, wie wir es gewohnt sind, sie reagieren anders, sie verändern sich.

Es ist für die Angehörigen von psychisch Kranken oft nicht leicht, mit diesen Veränderungen umzugehen und sie zu akzeptieren. Deshalb beeindruckt mich die Arbeit des WEGE e.V. schon seit vielen Jahren sehr, denn hier wird die eigene schmerzhafteste Erfahrung nutzbar gemacht, um anderen und einander zu helfen.«

Die wunderbare Atmosphäre dieses besonderen Events sowie das Mitwirken von Prof. Dr. Biedenkopf, Dr. Hauser und von Moderators Roman Knoblauch haben wesentlich dazu beigetragen, das stigmatisierte Thema psychische Erkrankungen in ein positives Licht zu rücken. Sowohl die Wiener Kaffeehaus-Musik des Salonorchesters Cappuccino, die getanzte Modenschau wie auch die feurigen Firebirds sorgten für ein exzellentes Programm. Die Versteigerung der textilen Kunstwerke war ein kabarettistischer Knaller, nicht zuletzt durch den spritzigen Auktionator Lars Johansen. Mit viel Enthusiasmus haben Betroffene und ehrenamtlich Näherinnen über 40 textile Kunstwerke geschaffen. Durch die Versteigerung und den Verkauf der von namhaften Künstlern und Prominenten signierten Kunstwerke sowie einer Verlosung sind über 4000 € zusammengekommen, die zum Ausbau zweier Therapieräume verwendet werden.

Auch die Gäste äußerten sich begeistert über den außergewöhnlichen Abend in warmherziger Stimmung und immer wieder kam die Frage nach dem nächsten Lichterball auf.

Am meisten freuen sich die Vereinsmitglieder des WEGE e.V. mit ihrer Vorstandsvorsitzenden Monika Schöber über den

rundum gelungenen Benefizball – sie hoffen, dass die vielen »Hoffnungslichter für seelische Gesundheit« möglichst lange leuchten. ■■■

## Friss, Vogel, oder stirb

Brief einer Mutter in großer Not

Von Roswitha Heinze

Ich bin Mutter eines bald 44-jährigen Sohnes, der seit über 25 Jahren psychisch krank ist. Er leidet an Beeinträchtigungen »aus dem schizophrenen Formenkreis«; eine genauere Diagnose habe ich nie erfahren und habe als Mutter eines erwachsenen Sohnes auch keine Akteneinsicht bekommen.

Mein Sohn lebt seit 1999 allein in einer kleinen Wohnung in Berlin und lehnt seit einigen Jahren nach anfänglichen Therapieversuchen – einigen kürzeren Aufenthalten in der Psychiatrie und zeitweiliger Medikamenteneinnahme (davon wurde er furchtbar dick) jegliche Hilfe von Betreuern ab. Auch Kontakt zur Familie und zu Freunden, der anfangs noch recht intensiv war, gibt es nicht mehr.

Durch meinen auf Anraten des Sozialpsychiatrischen Dienstes gestarteten Versuch eines Betreuungsantrages ist der Kontakt vollends abgebrochen.

Mein Sohn hat mich wegen des Betreuungsantrags massiv bedroht, und ich habe daraufhin den Antrag wieder zurückgezogen.

(Ich sehe in einer solchen Beratung den Versuch der Behörde, die schweren Kon-

flikte in der Familie zu belassen. Jetzt war ich plötzlich gefragt, sonst verweigert man mir die Zusammenarbeit.)

Das Verhältnis zu den anderen Mietern im Haus spitzte sich immer mehr zu. Anzeigen wegen Bedrohung oder Sachbeschädigung wurden zwar polizeilich aufgenommen, aber von der Staatsanwaltschaft immer wieder eingestellt, sodass sich eine hoffnungslose Wut bei den anderen Mitbewohnern einstellte.

Die letzte Auseinandersetzung gab es Ende Januar dieses Jahres, als wegen eines fahrlässig verursachten Schwelbrandes in der Wohnung die Feuerwehr und die Polizei vor Ort waren. Die fanden eine total verwehrte Wohnung vor und gaben den Bericht an den Sozialpsychiatrischen Dienst weiter, um das Gesundheitsamt einzuschalten. Meine Nachfrage ergab, dass das Amt keinerlei Möglichkeiten sieht, die Wohnung gegen den Willen des Mieters zu betreten. Also geht die Vermüllung weiter.

Ich bin Eigentümerin der Wohnung und konnte mir erst durch richterlichen Beschluss Zugang zur Wohnung verschaffen. Allerdings behielt mein Sohn alle drei Schlüssel des ausgewechselten Schlosses für sich. So werde ich weiterhin Probleme haben, meine im Mietvertrag festgelegten Rechte zu nutzen.

Auch werde ich für alle Schäden am Gemeinschaftseigentum haftbar gemacht, die mein Sohn verursacht. Dies war schon der Fall. Von meinem Sohn kann ich die Kosten nicht erstattet bekommen – er lebt von der Grundrente.

Ein Verkauf der Wohnung ist nicht realisierbar. Wer kauft eine Wohnung mit einem krankheitsuneinsichtigen Mieter?

Man rät mir, mich da rauszuhalten, mir doch lieber etwas Gutes zu tun und gelassen meinen finanziellen Ruin abzuwarten.

Das Schicksal meines Sohnes ist leider kein Einzelfall, sondern kann als exemplarisch gelten für ein sehr teures und in diesem Fall versagendes Versorgungssystem. Man könnte auch sagen, es wird Aktenpflege betrieben: »Wir haben geschrieben« – obwohl die Briefe nicht beantwortet werden, »wir haben geklingelt« – obwohl niemand aufmacht.

Alle tangierten Stellen handeln damit grundgesetzlich wasserdicht – sie berufen sich auf das zu Recht in unserer Demokratie so hoch bewertete Gut der persönlichen Freiheit. Hier wird allerdings m.E. nur der Buchstabe des Gesetzes und nicht der Geist dieses Gesetzes bemüht.

Zwei wichtige Aspekte sollten m.E. diskutiert werden:

Muss nicht berücksichtigt werden, dass Krankheitsuneinsichtigkeit zum Krank-

heitsbild bestimmter psychisch Kranker gehört, d.h. krankheitsbedingt der freie Wille eingeschränkt ist? Bei Verelendung und Vermüllung von frei gewählten Lebensumständen zu sprechen, halte ich für zynisch.

Müsste nicht ein anderer, ganzheitlicher Ansatz gefunden werden, der auch die einzelnen Stationen des Weges in die Krankheit berücksichtigt und auch vorurteilsfrei die Erfahrungen dieser Menschen mit Helfern und Hilfen überprüft?

Um diese Menschen und ihre Angehörigen nicht einfach im Paragrafendickicht verschwinden zu lassen, würde eine Art Fall-Management gebraucht, bei dem alle betroffenen Stellen und Personen bereit sind, sich auch mit unkonventionellen Mitteln des Kranken anzunehmen. Bisher gilt der Grundsatz: »Friss Vogel, oder stirb« – und das im ganz konkreten Sinne des Wortes.

Eine vollkommen verzweifelte Mutter, die keinen Ausweg weiß. ■■■

Kontakt: E-Mail: r.heinze@t-online.de, Tel. (AB): 0421/217037, Fax 0421/2230882

## Zehn Jahre Nachhilfe für GABI

Eine besondere Initiative von »Hilfe für psychisch Kranke e.V. Bonn/Rhein-Sieg« sind die Informationsveranstaltungen für Beamte von Polizei, Ordnungsamt und Feuerwehr zum Umgang mit psychisch Kranken und Suchterkrankungen. Die Bonner Wache GABI (Gemeinsame Anlaufstelle Bonner Innenstadt) nimmt dabei eine besondere Stellung ein, weil sich im sogenannten »Bonner Loch«, in der Unterführung des Bahnhofs, eine besondere Klientel von Obdachlosen und Drogenabhängigen versammelt, und dort Vertreter des Ordnungsamtes gemeinsam mit der Polizei ihren Dienst verrichten.

Polizei, Ordnungsamt und Feuerwehr werden in Bonn in vielen Krisensituationen herbeigerufen, weil sie einerseits rund um die Uhr erreichbar sind und andererseits bis heute kein entsprechender Notfalldienst durch professionelle psychiatrische Fachkräfte eingerichtet wurde. Bei Krisensituationen, wie z. B. Zwangseinsweisungen, besteht jedoch aufseiten der Einsatzkräfte eine große Verunsicherung, wie man sich zweckmäßigerweise verhält. Deshalb war von der ersten Schulung an bis heute war jedes Mal ein Psychiater der Rheinischen Kliniken als Fachreferent an-



v.l.n.r.: Dr. Ingrid Bräunlich, Paul Peghini, Eva Straub, Gudrun Schliebener, Dieter Otte, Dr. Alfred Speidel, Karl-Heinz Möhrmann

wesend, um psychiatrische Krankheitsbilder und die gesetzliche Rahmenbedingungen darzustellen. Gleichzeitig geht es ganz konkret um die Verarbeitung der in den Einsätzen gemachten Erfahrungen. Grundsätzlich wird bei den Seminaren viel Zeit für die Diskussion persönliche Erlebnisse eingeräumt. Auch die Betroffenen kommen zu Wort, wenn sich Freiwillige finden. Deren Schilderung des Erlebens einer Zwangseinweisung hat sich als sehr positiv herausgestellt.

In den letzten zehn Jahren wurden insgesamt 45 Veranstaltungen mit 830 Personen durchgeführt – ein Grund sich zu freuen und weiterzumachen. ■■■

Uwe Flohr, Bonn

## Neuer Vorstand für Bundesverband gewählt

Auf der Mitgliederversammlung des BApK am 1. Juni in Jena stand die turnusmäßige Neuwahl des Bundesvorstands auf der Tagesordnung. Gudrun Schliebener aus Herford wurde als neue Vorstandsvorsitzende gewählt. Eva Straub, die den Verband in der letzten Wahlperiode leitete, ist jetzt Stellvertretende Vorsitzende. Nachdem Dieter Otte aus Berlin im letzten halben Jahr die Funktion des Schatzmeisters bereits kommissarisch wahrgenommen hatte, ist er nunmehr in diesem Amt bestätigt worden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Paul Peghini, Vorsitzender des baden-württembergischen Landesverbandes, als Schriftführer. Ein weiterer Neuzuwachs

kommt aus Bayern mit Karl-Heinz Möhrmann. Der Vorsitzende des bayerischen Landesverbandes steht dem Vorstand als Beisitzer zur Verfügung. Weitere Beisitzer sind Dr. Ingrid Bräunlich aus Thüringen und Dr. Alfred Speidel aus Rheinland-Pfalz, die beide schon in den vergangenen Legislaturperioden im Bundesvorstand mitgearbeitet haben.

Nicht mehr kandidiert haben Leonore Julius, die in die Geschäftsführung des Verbandes gewechselt ist, und Jutta Seifert, die langjährige stellvertretende Vorsitzende. Ihnen galten herzlicher Dank und viel Anerkennung für die geleistete Arbeit durch die Mitglieder und ihre Vorstandskollegen. ■■■ (li)

### Selbsthilfberatung für psychisch Erkrankte und deren Angehörige

Als Familien-Selbsthilfe Psychiatrie bietet der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Selbsthilfberatung an:

Telefonisch:  
**0180 / 5 95 09 51** (14 ct/min).

Für Angehörige:  
Montag, Dienstag, Donnerstag  
15 bis 19 Uhr

Für Betroffene:  
Mittwoch und Freitag 14 bis 17 Uhr

Mail:  
**beratung.bapk@psychiatrie.de**

Auch Anfragen per Brief  
(Familien-Selbsthilfe Psychiatrie,  
Oppelner Str. 130, 53119 Bonn)  
sind jederzeit möglich.

# Mitteilungen des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener

## Kunstverbot als Therapie?

Sorge um Art-Brut-Künstler Stief in der  
Forensik **Von Susanne Lüftner-Haude**

Der Art-Brut-Künstler Alfred Stief, heute 56 Jahre alt, lebt seit 25, 30 oder mehr Jahren in verschiedenen Einrichtungen der Psychiatrie, mindestens seit 1990 im Maßregelvollzug.

Er selbst hat erklärt, dass er in den 70er- oder 80er-Jahren unter Einfluss von Alkohol Kontakt zu minderjährigen Mädchen gesucht habe. Er sei deswegen zu einer Bewährungsstrafe verurteilt worden. Nach Verstößen gegen die Bewährungsauflage – er habe wieder Alkohol getrunken und ein Fahrrad gestohlen – sei er auch zur Behandlung seiner Alkoholabhängigkeit im Maßregelvollzug untergebracht worden.

In der Psychiatrie »vergessen«?

1992 wurde Alfred Stief von mir »entdeckt«. Seitdem unterstütze ich ihn, gemeinsam mit dem 1996 gegründeten gemeinnützigen Förderverein der Kunst-Praxis Soest e.V., der sich die Förderung künstlerischer Arbeit und kreativer Begabung sowie die Erhaltung, Pflege und Ausstellung entsprechender Kunstwerke, insbesondere von Menschen mit abweichenden Erlebens- und Sichtweisen auf die Fahnen geschrieben hat. Werke aus Stiefs ungewöhnlich originellem Oeuvre wurden bereits im nationalen und internationalen Raum mit großem Erfolg vorgestellt (Düsseldorf, Köln, Hamburg, Zürich, Paris, New York usw.). Doch der Künstler scheint in der Psychiatrie regelrecht »vergessen« worden zu sein. Nach den uns vorliegenden Informationen hat Herr Stief niemals irgendwelche Therapien erhalten, mit Ausnahme von Arbeitstherapie. Vor einem Jahr hat er zudem eine Sprachtherapie bekommen, da er sich nach einer Kehlkopfkrebserkrankung im Jahre 2004 nur schwer verständigen kann. Seine Kunstwerke lösen bei Arzt oder Therapeut lediglich Befremden aus. Es gibt keine geeigneten Aufbewahrungs-

möglichkeiten für seine Arbeiten. Seine Ausstellungen durfte Herr Stief 13 Jahre lang aus »therapeutischen Gründen« nicht besuchen.

Vernachlässigung, Verbote und Drohungen

Abgesehen von unserem Praxisteam hat Alfred Stief keinerlei Kontakte nach außen, nicht einmal zu seiner Familie, von der er auch nicht weiß, ob und wo es möglicherweise noch Angehörige gibt.

Auch die Kontakte zu uns waren für die Dauer von elf Jahren unterbrochen. Angeblich zu meinem Schutz durfte ich Herrn Stief nicht mehr besuchen. Erst seit 2004 war das wieder möglich, und



wir besuchten ihn regelmäßig. Vor Kurzem hat der Fotograf und Hochschuldozent Hendrik Lietmann mich zu Herrn Stief begleitet, der für einige Zeit in einer geschlossenen Pflegeabteilung nahe Bad Pyrmont untergebracht war, und ein fotografisches Porträt des Künstlers gemacht – ein wichtiges Dokument. Denn wenige Tage später, am 14.4.2008, wurde ein neuerliches Besuchsverbot ausgesprochen und der Künstler zurück in die Forensik nach Rheine verlegt.

Als Hendrik Lietmann und ich Herrn Stief dort das letzte Mal sahen, waren wir erschüttert: Bereits seit mehreren Tagen durfte er sein (Mini-)Zimmer nicht verlassen. Im Vorfeld dieser »Maßnahme« hatte Alfred Stief tagelang gebettelt, spazieren gehen oder Fahrrad fahren zu dürfen. Das habe man ihm versprochen. Allerdings fehlte das Begleitpersonal. Nach Aussagen von Mitbewohnern steigerte sich Herr Stief in weiteren bewegungsarmen Tagen in einen »Budenkollekt«. Als er sich im Aufenthaltsraum sei-

ner Kleidung entledigte, Mitbewohnerinnen und Bewohner, die ihn sonst als fürsorglich und harmlos kannten, damit schockierte und eine Pflegerin belästigte, wurde er zu Zimmerarrest, ohne absehbares Ende, verurteilt. Neben seinem Bett hing ein Zettel. In den darauf aufgeführten »Vereinbarungen mit Herrn Stief«, die er unterschreiben musste, wurde ihm der Einkauf von Wolle verweigert - Wolle ist das Material, das Herr Stief zur Herstellung seiner Kunstwerke benötigt –, wenn er sich an die angeführten Weisungen nicht halte, was ihn zum Nichtstun verurteilt hätte: Kunstverbot als Strafe. Beim Abschied bat mich Herr Stief, ihm Wolle mit der Post zu schicken.

Engagement »unerwünscht«

Der Förderverein der Kunst-Praxis e.V. setzt sich schon seit Langem nicht nur für den Künstler, sondern auch für den Menschen Alfred Stief ein. Wir haben den Eindruck, dass er in der Forensik physisch und psychisch vernachlässigt wird und fürchten um Leben und Gesundheit von Herrn Stief. Als seine Freunde und Unterstützer konnten wir bisher nichts ausrichten – der behandelnde Arzt bezeichnete unser Engagement am Telefon, nach den Vorfällen im o.g. Pflegeheim, wörtlich als »unerwünscht« und schädlich für Herr Stiefs Gesundheit (der angeblich »manische« Herr Stief soll – so der Arzt, – bei dieser Maßregelung meiner Person neben ihm gesessen haben). Unsere Fragen nach dem Sinn des Besuchsverbots, warum seine künstlerische Arbeit behindert werde und warum Herr Stief bereits seit über einem Jahr (!), gegen seinen Willen, das Beruhigungsmittel Diazepam bekommt, wurden mit Hinweis auf die Schweigepflicht nicht beantwortet. Und auch die Betreuerin beantwortete unsere Fragen nicht und ließ keinerlei Engagement erkennen. Deshalb haben wir schließlich den Rechtsweg beschritten.

Anzeige ermöglichte erstes Gespräch

Vertreten durch eine Rechtsanwaltskanzlei haben wir eine Dienstaufsichtsbeschwerde erstattet, einen Betreuerwech-

sel beantragt und Strafanzeige wegen Misshandlung Schutzbefohlener, Freiheitsberaubung und sonstiger in Betracht kommender Delikte gestellt.

Und nun ist auf einmal möglich geworden, was all die Jahre undenkbar schien: Wir werden als Gesprächspartner ernst genommen und wurden 28 Tage nach Abschicken von Anzeige und Beschwerde zu einem Gespräch eingeladen. Monika Gerke, vom Kunst-Praxis-Vorstand, unsere Rechtsanwältin und ich lernten dabei erstmals die therapeutische Leiterin und die Oberärztin kennen. Dabei haben wir einige Erklärungen erhalten und erfahren, dass angeblich vieles nicht wirklich bekannt ist, bzw. offenkundig zwischen Kliniken, Personal, Betreuern usw. nicht kommuniziert wurde. So war angeblich die Rolle unseres Vereins in Bezug auf Herrn Stiefs künstlerische Arbeit und seine Person nicht bekannt. In Zukunft – so wurde uns versprochen – sollen wir in Überlegungen einbezogen und ausreichend informiert werden. Ferner wurde erklärt, dass Herr Stief erst (!) seit 1990 nach §63 StGB verurteilt in der Forensik lebe, dabei liege kein schwerwiegendes Delikt vor. Seine jahrzehntelange vorausgehende Internierung soll aufgrund seines Alkoholismus und seiner psychischen »Auffälligkeit« erfolgt sein, was aber nicht wirklich bekannt zu sein schien. Unser guter Eindruck von Herrn Stiefs Persönlichkeit wurde seitens der Ärztin und der therapeutischen Leiterin bestätigt. Wir erlebten sogar – im Beisein von Alfred Stief – eine Entschuldigung des behandelnden Arztes mir gegenüber.

#### Happy End nicht in Sicht

Was unbefriedigend, ja, alarmierend bleibt: Viele Widersprüche konnten im Gespräch nicht geklärt werden. So bleiben konkrete Fakten über Herrn Stiefs jahrzehntelanges (Klinik-) Leben nach wie vor im Dunkeln. Die Behandlung seiner körperlichen Versehrtheiten, z.B. mit der Trachealkanüle, die uns nicht als »beste ärztliche Versorgung« einleuchten will, die Tatsache, dass Herr Stief im Laufe von zwei Jahren ein zahnloses Greisengesicht bekommen hat, weil ihm die Prothese nicht passt und er sich deswegen weigert, sie zu tragen, macht uns nach wie vor Sorgen. Ärztin und Therapeutin versprachen eine Überprüfung. Ihre weitere Erklärung, Herr Stief erhalte seit Mai 2007 Diazepam, um ihn vor epileptischen Anfällen zu schützen, die er bekommen könnte, wenn die zurückliegende Kehlkopfkrebserkrankung eine

Wucherung im Gehirn verursachen würde, ist für uns nicht einleuchtend.

Das Schrecklichste: Herr Stief bekommt, wie wir befürchtet haben, seit der Rückkehr in die Maßregelvollzugsanstalt, erstmals in seiner Psychiatrie-Verwahrung, zusätzlich zum Diazepam Haldol. Wir durften ihn sehen: Er war stark sediert, starr. Trotzdem spürten wir seine Freude, uns zu sehen. Die Erklärung der Ärztin zu dieser medikamentösen »Therapie« hat uns sehr nachdenklich gemacht; denn sie gibt Einblick in eine Gesellschaft und Politik, die einen das Fürchten lehren kann: Um Herrn Stief aus der Forensik in eine »normale Heim-Betreuung« entlassen zu können, was die Klinik Rheine schon seit einiger Zeit forcieren (seit einiger Zeit stellen wir laut unangenehme Fragen), müsse er vorher eine gewisse Zeit (1/2, 1, 2 Jahre?) ohne Komplikationen« in einem Pflegeheim leben. Pflegeheime, die ehemalige Forensiker aufnehmen, seien aber rar. Keines wolle seinen guten Ruf verlieren, und ehemalige forensische Patienten böten diesen Sprengstoff, u.a. auch wegen der Vorbehalte in der Bevölkerung. Ein Politikum eben. Das Pflegeheim bei Bad Pyrmont sei ein Glücksfall gewesen und Herr Stief solle auch wieder dorthin zurück. Allerdings könne er nur aufgenommen werden, wenn er garantiert pflegeleicht sei; denn in der Einrichtung fehle wie üblich das Personal zu Gesprächen, Beschäftigung, begleitenden Spaziergängen usw. Deswegen bekomme Herr Stief bis auf weiteres außer Diazepam noch Haldol, damit er in die Einrichtung passe und wieder aufgenommen werden könne. Dies sei seine einzige Chance in Freiheit zu kommen und in eine ihm mehr gemäße Art der Unterbringung verlegt zu werden. Auf meine Frage, warum sich die Klinikleitung über solche grausamen »Rahmenbedingungen« nicht beschwere, meinte die Ärztin, sie sei schon »beim Minister« gewesen.

#### Wir bleiben am Ball

So kann es nicht bleiben und nicht weitergehen! Deswegen werden wir unsere Anzeige und auch die Beschwerde nicht zurück ziehen. Es soll – zum Wohle von Herrn Stief und evtl. anderen Patienten in vergleichbarer Situation – eine gründliche Überprüfung von möglichst unparteiischer Seite erfolgen.

Als wir jetzt anlässlich des Gesprächs mit den Ärztinnen auch Herrn Stief sehen konnten, das erste Mal nach dem Verbot vor zwei Monaten, erhielten wir von ihm ein neues »Kunstwerk«, entstan-

den unter dem Einfluss von Diazepam und Haldol. Es ist ein kleines, einfarbig-beiges gehäkeltes »Rentnerkäppi«, ein Biederhütchen, nicht mehr die phantasievolle, ausladende, mit Figuren und Symbolen reich bestückte Kopfbedeckung, die Herr Stief bis noch vor kurzem in großer Zahl anfertigte und selber auch trug.

Die Ärztin klärte uns auf, dass ein direkter Bezug zwischen der Gabe von Psychopharmaka und dem Verlust der Kreativität (bei Künstlern) nicht (wissenschaftlich) nachgewiesen sei. Ehrlich gesagt macht uns dieser fehlende Nachweis vergleichsweise wenig Kopfzerbrechen.

Unser Ziel bleibt, Herrn Stief einen glücklichen, gesunden, gut betreuten Lebensabend zu ermöglichen. Seine Kunst, die ihn all die Jahre lebendig und freundlich erhalten hatte, sollte ihm nicht nur wieder »gestattet« sein, sondern auch die verdiente Anerkennung bringen – und könnte ihren Betrachtern Respekt und Einblicke in die Weisheit und Heilsamkeit menschlicher Kreativität und Phantasie ermöglichen – allen widrigen Umständen zum Trotz. ■

Susanne Lüftner-Haude ist freischaffende bildende Künstlerin und Kunsttherapeutin sowie Gründerin der Kunst-Praxis und Mitbegründerin des gemeinnützigen Vereins Kunst-Praxis Soest e.V., Info und Kontakt: [www.kunstpraxis-soest.de](http://www.kunstpraxis-soest.de), [kunstpraxis.soest@t-online.de](mailto:kunstpraxis.soest@t-online.de). Der Verein wird u.a. seit vielen Jahren von der BPE-Ehrenvorsitzenden und Trägerin des großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland, Dorothea Buck, in ihrer Eigenschaft als Schirmherrin unterstützt.

## Das Atelier Eickelborn oder Kunst als ein Mittel zur Selbstheilung

Von Thomas Hecht

Ich habe etwa dreieinhalb Jahre in der Forensik in Eickelborn als Patient verbracht und unter dem auf engem Raum in einer Zwangsgemeinschaft Eingesperrtsein, der sehr strengen Reglementierung und den strengsten Sicherheitsvorkehrungen sehr gelitten. Das künstlerische Arbeiten war für mich schon seit langer Zeit eine existenzielle Notwendigkeit geworden, ein Mittel, um meinem Leben einen Gehalt und eine Form zu geben sowie Belastendes und Leidvolles in meinem Leben zu verarbeiten. Es gab mir ein Stück weit wieder Autonomie, Zufriedenheit sowie Ausgeglichenheit und

steigerte mein Selbstwertgefühl, nachdem ich sowohl mit meinem Germanistik-Romanistik-Studium als auch mit meiner Suche nach Möglichkeiten, mich künstlerisch fortzubilden und zu arbeiten, gescheitert war und am Sinn meiner Existenz zweifelte.

So ging ich während meines Aufenthalts in Eickelborn am liebsten in die weitgehend »therapiefreie Zone« des Ateliers im Haus 6, wohin ich nach ca. eineinhalb Jahren gehen durfte. Die Leiterin des Ateliers, Frau Brigitta Lenfert, setzte einen in keiner Weise unter einen wie auch immer gearteten Leistungsdruck. So konnte man dort auch mal stundenlang sitzen und rauchen, Kaffee trinken und sich unterhalten, wenn man keine Idee für ein Bild oder einfach keine Lust zum Malen hatte. Die geschaffenen Werke wurden nicht pathologisch ausgewertet, sondern unter den künstlerischen, gestalterischen Gesichtspunkten von der Leiterin betrachtet, die den Schaffensprozess nicht anleitete, sondern nur unterstützend begleitete. Das Atelier war einer der wenigen Räume und Gelegenheiten, wo man im offenen Gespräch mit der Leiterin als auch mit Mitpatienten seine Kritik an der Forensik und auch mal seinen Frust am Maßregelvollzug anbringen konnte. Die Leiterin war sehr einfühlsam und stets um das Wohl und die Förderung ihrer Teilnehmer bemüht. So ging sie auch zu den sogenannten Behandlungskonferenzen der Patienten, bei denen halbjährig deren weiterer Werdegang besprochen wurde, um bei Problemen unterstützend einzuwirken. Zudem förderte sie die künstlerische Arbeit und die öffentliche Präsenz der dortigen Teilnehmer durch Angebote zur Teilnahme an Ausstellungen und Projekten, um auf diese Weise für mehr Transparenz der Forensik nach außen zu sorgen und die gesellschaftliche Reintegration sowie Entstigmatisierung der Insassen zu fördern.

Mit ihr besprach ich auch meine schriftstellerischen Arbeiten, konnte im Atelier an meinem Laptop schreiben, den ich auf der Station aus »Sicherheitsgründen« nicht haben durfte. Sie informierte mich über den Schreibauftrag »Gefangenensliteratur«, der erst der eigentliche Anlass für diesen Text gewesen ist. Doch lag nach meinem Empfinden auch eine gehörige Ironie darin, dass ich all die Wertschätzung, Anerkennung als Künstler, nach der ich mich außerhalb der Zäune der Forensik so gesehnt hatte, ausgerechnet als psychisch kranker Straftäter in der Forensik bekam. Lässt sich vielleicht das Bild eines Sexualstraftäters mit Tötungs-

delikt viel besser verkaufen als das Bild eines »unauffälligen, harmlosen« noch namenlosen Künstlers?

Nirgendwo habe ich so viel Wertschätzung, Förderung und Toleranz im Besonderen in Bezug auf meine künstlerische Arbeit erlebt wie im Atelier der Forensik.

In dieser Zeit sind auch einige sehr schöne Freundschaften entstanden, sowohl zu zwei ehemaligen Mitpatienten (mit dem einen mache ich mit anderen befreundeten Künstlern jetzt eine Online-Ausstellung im Internet), als auch zu der ehemaligen Leiterin und Begründerin des Ateliers in Eickelborn, Frau Brigitta Lenfert, die jetzt seit einigen Jahren im Ruhestand ist. So habe ich begonnen, mir im Atelier ein soziales Netz zu schaffen, welches mich jetzt noch über die Zeit meines Forensikaufenthaltes hinaus mit trägt.

Ich fände es daher sehr gut und wichtig, wenn Ateliers wie das in Eickelborn, auch in anderen Forensiken Schule machen könnten – oder auch in Wohnheimen und anderen psychiatrischen Einrichtungen. Das freie künstlerische Arbeiten kann sehr zur Gesundung von psychisch Kranken beitragen kann, da es unterstützend dahingehend wirkt, trotz eines schweren Schicksals bzw. einer schweren seelischen Erkrankung, dem eigenen Leben wieder einen Sinn zu verleihen. ■

## **BPE e.V. distanziert sich von der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen**

*Von Ursula Zingler*

Im Auftrag der DGPPN wurde o.g. Leitlinie gemeinsam mit einer Konsensgruppe entwickelt. Sie dient zur Vorbereitung der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression (NVL). Die erste Konsensrunde tagte am 1. Juni 2005. Obwohl die »Methodischen Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland« die Repräsentanz gesundheitspolitisch tätiger Patientenverbände im Leitliniengremium vorsehen, wurde der BPE nicht eingeladen. Und das, obwohl ich

(Ursula Zingler) im August 2005 in Abstimmung mit dem geschäftsführenden Vorstand des BPE e.V. darum bat, mich als ehemals an einer schweren Depression erkrankte, seit über 20 Jahren psychisch stabile Person als Vertreterin des BPE e.V. hinzuzuziehen.

Die Rückmeldung der Professoren Martin Härter und Mathias Berger lautete: »Angesichts der Erfordernisse der NVL mussten wir ... eine Auswahl von Fachgesellschaften und Berufsverbänden treffen, auch um die Konsensgruppe arbeitsfähig zu halten.« Dem BPE wurde lediglich die Mitarbeit in der nachgeschalteten Peergruppe angeboten. Im Rahmen dieser sollte die Möglichkeit bestehen, »Kommentare, Ergänzungswünsche oder kritische Anmerkungen zu der Leitlinie zu geben und als Experten zu bestimmten Themen eingeladen zu werden« (Zitate, Brief aus Freiburg vom 13.10.2005).

Damit gab ich mich, gaben wir uns nicht zufrieden und wiesen im November 2005 darauf hin, dass »alle in die Konsensgruppe berufenen Vertreter der 14 Fachgesellschaften, 8 Berufsverbände, 4 Patienten- und Angehörigenorganisationen und 5 sonstigen Vereinigungen und Organisationen sowie die Vertreter der neben dem BPE für die Peergruppe vorgesehenen 13 Vereinigungen vermutlich keine Erfahrungen mit derartigen Störungen aufgrund eigener Betroffenheit haben« die hinzugezogene »Deutsche Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen e.V.« und Vertreter des »Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.« sowie der »Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.« wohl nicht sachkundiger sein können als Menschen, die Phasen einer unipolaren depressiven Störung durchlitten bzw. eine solche Störung dauerhaft überwunden haben.

Wir baten, die Entscheidung zu überdenken. Eine Korrektur des Beschlusses erreichten wir nicht, sodass ich mich im Januar 2006 bereit erklärte, »in der Peer-Gruppe für den BPE e.V. mitzuarbeiten«. Im Dezember 2007 lag das Papier dann vor. Der erweiterte Vorstand des BPE hat während seiner Sitzung im Januar 2008 einstimmig beschlossen, sich davon zu distanzieren (s.u.).

Einen sachlichen Grund für die Ausgrenzung des BPE gibt es nicht. Eine Antwort oder gar ein Wort des Bedauerns für die Reaktionsweise des BPE-Vorstandes von Herrn Prof. Berger, dem das Distanzierungsschreiben mit Brief vom 26.3.2008 zugeht, liegt nicht vor. ■

Ursula Zingler ist Mitglied des BPE-Vorstandes

# Treffen des Kulturnetzwerkes in Berlin

Am 10. und 11.05., an Pfingsten, trafen sich ca. 15 bis 20 Leute des Kulturnetzwerkes, das Ruth Fricke ins Leben gerufen hat, im Berliner S-Bahnhof Schöneberg. Es war das dritte Treffen nach 2006 in Herford und 2007 in Trier.

Die Teilnehmer kamen aus allen Winkeln der Republik, und es herrschte vom Anfang bis zum Schluss eine heitere und wohlwollende Atmosphäre. Alle waren freundlich und einander zugewandt.

Der erste Tag war der Planung von Aktivitäten für das kommende Jahr und einer Webseite im Internet gewidmet. Ruth hatte die Moderation an diesem Wochenende inne und führte professionell durch den Tag.

Der S-Bahnhof Schöneberg wird von Pinelli, einem Restaurant mit Tagungsräumen und psychiatrie-erfahrenen Mitarbeitern, geführt. Direkt vorm Eingang in den Bahnhof standen Tische und Stühle, wo wir in netter Runde unser Abendessen einnahmen. Es herrschte ein warmes Sonnenwetter.

Am Pfingstsonntag hatte das Restaurant Pinelli geschlossen, wir stellten die Gartenstühle zu einem Auditorium zusammen und trugen uns gegenseitig Gedichte und Texte vor. Es begann mit gemeinsamem Singen zu Reinhardts Gitarrenbegleitung, Christine aus Regensburg sang noch einige Volkslieder, dann lasen Fanni, Karla, Thomas und ich Gedichte, die viel Applaus fanden. Und Annette Wihelm begeisterte uns mit ihrem Kabarett: Erna Krautwickler, die Putzfrau mit Kopftuch und buntem Kittel, die in besenschwingender Weise vor sich hin philosophiert. Es war urkomisch.

Karla, Gangolf und Renée hatten einen Tisch aufgebaut, auf dem sie Bilder, Postkarten und Textbände zum Verkauf anboten.

Ab und zu blieb einer der Passanten stehen, um zu gucken, was wir da treiben, aber wir blieben weitestgehend unter uns.

Für mich war es ein rundum schönes Wochenende.

Das nächste Treffen soll 2009 in Trier stattfinden aus Anlass der dortigen Kulturwoche. Wir wollen dort unsere Werke präsentieren. ■

*Arnhild Köpcke, Hamburg*

## Angenommen werden! Sich selbst annehmen!

BPE-Jahrestagung vom  
10.–12. Oktober 2008  
in Kassel

Detaillierte Tagungsinformationen  
im Internet:

[www.psychiatrie.de/dachverband/  
article/BPE\\_Jahrestagung\\_2008.html](http://www.psychiatrie.de/dachverband/article/BPE_Jahrestagung_2008.html)

## Hamlet goes hArt-Times

Wieder einmal glänzt das hART-Times-Theater, ein Ableger der Kontaktstelle Gruppe Soziale Selbsthilfe in Hannover, mit einer neuen Inszenierung: »Hamlet goes hArt Times« heißt es und basiert natürlich auf dem Shakespeare-Stück, aber ebenso sind Passagen aus Heiner Müllers »Hamletmaschine« eingewoben sowie Lebenserfahrungen und Assoziationen der psychiatrie-erfahrenen Schauspielerinnen und Schauspieler.

Die Bühne ist ein großes Matratzenlager, das immer wieder umarrangiert wird und den darauf herumsteigenden Schauspielern etwas Unbeholfenes und Stolperndes verleiht. Ein dänisches Bettenlager, auf dem Brudermord, Blutschande und ehebrecherischer Beischlaf angedeutet werden.

Die Schauspieler – alles Laien – werden ihren schwierigen Rollen jedoch gerecht: Allen voran Johannes Laake als Hamlet und seines Vaters Geist in der Darstellung von Gisela Rusheweyh, deren sprechende untere Gesichtshälfte auf einen weißen Vorhang hinter der Bühne gebeamt wird. Ophelia, begehrt von Vater und Bruder (Franz Matzke und Thorsten Christiansen in den Rollen des Polonius und Laertes) und von Hamlet selbst, wird überzeugend von Julia Amara dargestellt, ausdrucksstark in ihrer Verzweiflung bis zum Tode. Auch die kleineren Rollen, die drei Verflorenen Hamlets, das Königspaar Claudius und Gertrud sowie Horatio sind mit begabten Menschen besetzt, die ihre Sache gut machen, was sicher auch der Regie von Frank Matzke und Anna Drescher zu danken ist.

Musikalische Einspielungen von Ulrich Ahrens, Jörg Lichtenberg, Jörg Hering und den beiden Sängerinnen Miriam Wobbe und Majda Skopljanac geben dem Schauspiel einen dramatischen und mystischen Rahmen.

Nicht zufällig stammt die Musik von der Gruppe Nirvana, deren Frontmann Kurt Cobain sich vor einigen Jahren umgebracht hat. Dessen Biograf Ethan Hawke spürt hier eine Wesenverwandtschaft auf: »Hamlet ist wie Kurt Cobain. Er hat Probleme mit seinen Eltern, eine Identitätskrise und eine schwierige Freundin. So geht es doch allen Jungs, oder?«

Die Mischung aus Familiengeschichte und gespieltem wie auch echtem Wahnsinn kam dem hART-Times-Ensemble jedenfalls sehr entgegen und so zeigte es sich dem schwierigen Stoff mehr als gewachsen.

Alles in allem eine spannungsreiche, anregende und gelungene Aufführung! ■

*Arnhild Köpcke*

.....  
Weitere Informationen und Buchungsmöglichkeiten unter Tel. 0511 813993.

### Service-Nummern für Psychiatrie-Erfarene

#### Telefonischer Erstkontakt

Gibt Auskunft über den BPE, über Selbsthilfegruppen vor Ort, leitet Anfragen weiter und versendet Infomaterialien:

Tel. (0234) 68 70 55 52, Fax: 640 51 03,  
E-Mail: [kontakt-info@bpe-online.de](mailto:kontakt-info@bpe-online.de).

#### Psychopharmaka-Beratung

Matthias Seibt berät Montag bis Donnerstag von 11.00–17.00 Uhr unter Tel. (0234) 6 40 51 02.

Weitere Informationen:

Psychopharmaka-Beratung des BPE,  
Wittener Str. 87,  
44 789 Bochum,  
E-Mail: [Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de](mailto:Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de),  
Internet:  
[www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de](http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de).

#### Sozialhilfe-, Rechts- und Computerberatung

Der BPE bietet seinen Mitgliedern (und nur diesen!) eine kostenlose Sozialhilfeberatung, Rechtsberatung und Computerberatung an. Die Telefonnummern stehen im Mitgliederrundbrief des BPE.

#### Adresse des BPE

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener  
(BPE), Wittener Str. 87,  
44 789 Bochum,  
E-Mail: [kontakt-info@bpe-online.de](mailto:kontakt-info@bpe-online.de) oder  
[vorstand@bpe-online.de](mailto:vorstand@bpe-online.de) oder  
[beratung@bpe-online.de](mailto:beratung@bpe-online.de),  
Internet: [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de).

Die Wittener Str. 87 liegt 12 Fußminuten vom Hinterausgang des Bochumer Hbf entfernt. ÖPNV Linien 302, 310, 345 und 368 bis H Loehring.

# Kurz & Knapp



## www.psychose.de gestartet

Bislang gab es zwar diverse Chatrooms, ein paar Eintragungen auf Wikipedia und auf [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de) brauchbare Informationen zu Psychiatriestrukturen und -politik. Doch umfassende Informationen zum Thema »Psychose« gab es nicht – mit trialogischer Perspektive schon gar nicht. Die neue Website will mittelfristig genau das: Breite Informationen über medizinische und anthropologische Aspekte, über Verständnis und Therapie der Psychosen ins Netz stellen. Angesprochen werden Profis und interessierte Laien, vor allem aber Menschen, die eigene Erfahrungen mit Psychosen gemacht haben – selbst oder mit anderen. Das ist eine breite Zielgruppe und entsprechend breit ist die Seite angelegt Stichworte wie »Verständnis«, »Wissen«, »Früherkennung« »Therapie«, »Hilfen«, »Wichtiges für Angehörige« lassen sich ihrerseits aufblättern und laden ein, so tief einzusteigen wie man möchte.

Finanziell half beim Start die Firma AstraZeneca. Eine inhaltliche Einflussnahme ist rechtlich ausgeschlossen. Die Hauptautoren repräsentieren

verschiedene Berufe, Sichtweisen und Hintergründe. Neben Mitarbeitern der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf beteiligen sich auch Angehörige und Psychose- sowie Bipolar-Erfahrene.

[www.psychose.de](http://www.psychose.de) will persönliche Hilfen und Therapien nicht ersetzen, sondern früher dorthin führen, will psychotische Erfahrungen entigmatisieren helfen, die Angst aller Beteiligten reduzieren und individuelle und soziale Ressourcen fördern.

Perspektivisch soll das interaktive Portal ausgebaut und mithilfe von Filmen und Texten von Erfahrenen noch authentischer werden. Auch an direkte Fragemöglichkeiten für Erfahrene, Angehörige und Profis ist gedacht. Vorschläge zur Ergänzung und zur Korrektur sind willkommen. ■

*Thomas Bock, Hamburg*

Kontakt: [website-psychose@uke.uni-hamburg.de](http://website-psychose@uke.uni-hamburg.de)

## Der Weg aus dem Heim – aber wie?

Unter dieser Überschrift hat der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. im Mai die zweite Tagung für

Heimbewohner veranstaltet. Über 80 Heimbewohner, Heimleiter, Mitarbeiter der Heime und der Gemeindepsychiatrie kamen in die Rheinessen Fachklinik nach Alzey. Erstmals veranstaltete ein Selbsthilfeverband der Psychiatrie eine kooperative Tagung mit einer Krankenkasse – hier die Techniker Krankenkasse – und einem Landesministerium, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Letzteres war auch vor dem Hintergrund der anstehenden Novellierung des rheinland-pfälzischen Heimgesetzes an dem Thema interessiert.

Neben Erfahrungsberichten zum Weg aus dem Heim in die eigene Wohnung wurde Wissen über rechtliche, finanzielle, logistische und emotionale Aspekte des Themas vermittelt. Ermutigend war das Grußwort des Behindertenbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz, Miles-Paul, der über seinen Heimauszug und die anschließende akademische Karriere bis zur heutigen politischen Verantwortung in Rheinland Pfalz berichtete.

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. hat die Tagung optisch, akustisch und schriftlich festgehalten und wird demnächst eine Dokumentation auf seiner Homepage [www.lvpe-rlp.de](http://www.lvpe-rlp.de) präsentieren. ■

*Franz-Josef Wagner, Trier*

## Neue Auszeichnung für menschenwürdige Pflege vergeben

Der »Pflege-Selbsthilfeverband e.V.« hat erstmals vier Pflegeheimen die »Auszeichnung menschenwürdige Pflege« verliehen. Die Einrichtungen »Stiftung St. Ludgeri« in Essen-Werden, »Marienhaus« in Essen, »Seniorenresidenz Elbtalau« in Hitzacker, Niedersachsen, sowie eine Abteilung des Altenzentrums Rodenbach in Hessen wurden an 120 Qualitätskriterien ge-



messen und für gut befunden. Analog zur bereits üblichen Hotelbewertung erhielten sie drei Sterne.

Geprüft wurden die Bereiche Miteinander (Lebens- und Arbeitsklima), Pflege & Behandlung sowie Wohnen & Service. Konkret ging es zum Beispiel darum, inwieweit sich die Einrichtung auf die Bedürfnisse ihrer Bewohner einstellt, ob deren Selbständigkeit gefördert wird und wie viel Privatheit möglich ist. Erfragt wurde auch, wie auf kritische Situationen und Beschwerden reagiert und wie mit Sterbenden und verstorbenen Bewohnern umgegangen wird. Im Bereich Pflege & Behandlung kontrollierten die Prüfer, ob Bewohner bei Unruhe angebunden oder medikamentös ruhig gestellt werden oder ob sie mit Zuwendung begleitet und gefördert werden. Die pflegerische und medizinische Versorgung der ausgezeichneten Einrichtungen sollte fachlich angemessen und gleichzeitig menschenwürdig geschehen. Auch die Wohn- und Dienstleistungsqualität spielt eine Rolle. So werden bei der Prüfung die räumliche Ausstattung, die Sauberkeit, Wäscheversorgung und die Qualität der Küche unter die Lupe genommen, aber auch geschaut, ob den Bewohnern beim Essen ohne Zeitdruck geholfen wird.

Die »Auszeichnung menschenwürdige Pflege« ist befristet und gilt jeweils für zwei Jahre. Damit das hohe Qualitätsniveau gehalten wird, hat der Pflege-Selbsthilfeverband das Recht auf unangemeldete Kontrollen, außerdem wurde ein Beschwerdesystem installiert.

In einer Presseerklärung der

Initiative für menschenwürdige Pflege heißt es, man reagiere mit dem neuen Gütesiegel auf eine sich zuspitzende Situation in der stationären Altenpflege und wolle einen qualitätsbezogenen Wettbewerb unter den Heimbetreibern in Gang setzen, der bislang in der Branche fehle. ■

Cornelia Schäfer, Köln

Weitere Informationen im Internet unter [www.heimauszeichnung.de](http://www.heimauszeichnung.de) sowie unter [www.pflege-shv.de](http://www.pflege-shv.de).

### Neues Psychiatrie-Portal für Köln

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln hat mit Unterstützung des Gesundheitsamtes ein regionales Psychiatrie-Portal aufgebaut. Unter [www.psychiatrie-koeln.de](http://www.psychiatrie-koeln.de) können sich Betroffene, Angehörige und interessierte Bürgerinnen und Bürger einen Überblick über die psychiatrischen Angebote in Köln verschaffen. Die Seiten bieten alle Informationen zu den Hilfsangeboten und liefern auf unkomplizierte

den Themen Behandlung, Beratung, Wohnen, Arbeit und Freizeit sowie Hilfen für spezielle Zielgruppen wie zum Beispiel ältere psychisch kranke Menschen oder psychisch kranke Migrantinnen und Migranten.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft konnte damit ein Pilotprojekt umsetzen, das, so hoffen die Kölner, vielleicht auch in anderen Regionen Schule macht.

Redaktionell wird das neue Portal übrigens vom Berufstrainingszentrum Köln betreut, das die Aufgabe in ihre arbeitsrehabilitativen Angebote für psychisch kranke Menschen einbinden wird. ■

Cornelia Schäfer, Köln

### Internet-Forum für Geschwister psychisch kranker Menschen

Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. hat ein Internet-Forum für Geschwister psychisch kranker Menschen eingerichtet. Moderiert und adminis-

triert wird dieses Forum von zwei Schwestern psychisch kranker Menschen, die seit ca. vier Jahren die Selbsthilfegruppe für Geschwister psychisch kranker Menschen in München leiten.

Die Anmeldung und Mitwirkung im Forum ist kostenfrei. Es soll als unabhängige Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen betroffenen Angehörigen dienen. Eine Mitglied-

schaft im Verband ist nicht Voraussetzung für die Teilnahme.

Was kann eine solche Plattform leisten?

- Sie ermöglicht Angehörigen, die keine Selbsthilfegruppe in ihrer Nähe haben, sich mit Gleichbetroffenen in einem geschützten Rahmen auszutauschen.
- Sie ermöglicht den Informationsaustausch und den Zugriff auf eine Sammlung vieler Erfahrungsberichte anderer Angehöriger.
- Die Anonymität der Plattform ermöglicht es den Teilnehmern, offen über die Erkrankungen des/der Betroffenen und über die damit verbundenen eigenen Probleme zu schreiben.

Selbstverständlich lebt und stirbt eine derartige Plattform mit den Beiträgen der Teilnehmer. Interessenten, insbesondere natürlich betroffene Geschwister, sind daher zur aktiven Beteiligung eingeladen.

Wie kann man an dem Forum teilnehmen?

Man kann alle vorliegenden Beiträge lesen, wenn man sich in das Forum unter <http://www.lvbayern-apk.de/forum> einwählt oder auf der Homepage unter <http://www.lvbayern-apk.de> den entsprechenden Link anklickt. Wenn man selbst Fragen, Antworten oder Stellungnahmen einbringen möchte, so muss man sich zunächst als Teilnehmer registrieren. Die Bedienung des Forums ist selbsterklärend und führt einen durch die erforderlichen Schritte für die Registrierung. Die Administratoren fragen lediglich nach der E-Mail-Adresse und den Benutzernamen, um Missbrauch vorbeugen zu können. Selbstverständlich werden die Angaben vertraulich behandelt.

Die Beiträge der Teilnehmer werden in aller Regel nicht »zensiert«. Ausnahme: Beiträge mit anstößigen, irreführenden oder strafbaren Inhalten werden gelöscht, da der Landesverband juristisch für die



Franz Josef Limper: Malleiler mit großer Schwester, 1994

triert wird dieses Forum von zwei Schwestern psychisch kranker Menschen, die seit ca. vier Jahren die Selbsthilfegruppe für Geschwister psychisch kranker Menschen in München leiten.

Die Anmeldung und Mitwirkung im Forum ist kostenfrei. Es soll als unabhängige Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen betroffenen Angehörigen dienen. Eine Mitglied-

schaft im Verband ist nicht Voraussetzung für die Teilnahme.

Was kann eine solche Plattform leisten?

- Sie ermöglicht Angehörigen, die keine Selbsthilfegruppe in ihrer Nähe haben, sich mit Gleichbetroffenen in einem geschützten Rahmen auszutauschen.
- Sie ermöglicht den Informationsaustausch und den Zugriff auf eine Sammlung vieler Erfahrungsberichte anderer Angehöriger.
- Die Anonymität der Plattform ermöglicht es den Teilnehmern, offen über die Erkrankungen des/der Betroffenen und über die damit verbundenen eigenen Probleme zu schreiben.

## Neu im Paranus Verlag



Brückenschlag Band 24/2008

### Jugend – Ich? Suche? Sinn?

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst

Was beschäftigt junge Menschen heute, was interessiert sie? Welches Lebensgefühl haben sie? Was stinkt ihnen? Was ist ihnen wichtig? Woran zweifeln sie? Was wünschen, hoffen, befürchten sie? Es ist schwierig, jung zu sein. Sind die heutigen Widersprüche der Gesellschaft für Jugendliche überhaupt auszuhalten? Ist Verrücktheit vielleicht eine angemessene Alternative zu einer brutalen, herzlosen, bloß materiellen Welt? Ist die heutige Psychiatrie gewappnet? Hat sie angemessene Hilfeangebote für Jugendliche in psychischen Krisen? Was kann die Psychiatrie von jungen Menschen lernen, von ihrer besonderen Eigensinnigkeit?

Viele Fragen.

Der neue Brückenschlag versucht Antworten – wie stets mit Essays, Erfahrungsberichten, Geschichten, Bildern, Gedichten ...

u. a. mit Beiträgen von Thomas Bock, Klaus Hurrelmann, Sibylle Prins, Hannes Wader



ISBN 978-3-926200-99-0  
15,- € - Abo-Preis: 12,80 € · 224 Seiten  
Im Buchhandel oder direkt beim:  
**Paranus Verlag**  
Postfach 1264 · 24502 Neumünster  
Tel. (0 43 21) 20 04-500  
[www.paranus.de](http://www.paranus.de) · [verlag@paranus.de](mailto:verlag@paranus.de)

**Impressum****Herausgeber:**

Aktion Psychisch Kranke,  
Dachverband Gemeindepsychiatrie  
e.V. und Familien-Selbsthilfe  
Psychiatrie (Bundesverband der An-  
gehörigen psychisch Kranker e.V.)

**Redaktion:**

Jörg Holke (jh), Bonn;  
Karin Koch (kk), Bonn (v.i.S.d.P);  
Beate Lisofsky (li), Berlin;  
Christian Zechert (chriz), Bielefeld  
Die Beiträge der Gastautoren sind  
keine Meinungsäußerung der  
Redaktion.

**Redaktionsanschrift:**

Psychosoziale Umschau,  
Thomas-Mann-Str. 49a,  
53111 Bonn,  
Tel. (0228) 7 25 34-14,  
E-Mail: umschau@psychiatrie.de

**Manuskripteinsendungen:**

Die Redaktion freut sich über  
Manuskripte und Informationen,  
am liebsten als unformatierte Text-  
dateien, die nicht mehr als 15 000  
Zeichen umfassen. Gleichzeitig  
behält sich die Redaktion das Recht  
der Bearbeitung, insbesondere der  
Kürzung, vor. Grafiken oder Bilder  
sollten getrennt abgespeichert und  
ein Ausdruck per Post geschickt  
werden.

**Redaktionsschluss** der nächsten  
Ausgabe ist der 15.8.2008.

**Verlag & Vertrieb:**

Psychiatrie-Verlag gGmbH,  
Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn,  
Tel. (0228) 7 25 34-14, Fax -20,  
E-Mail: umschau@psychiatrie.de.

**Anzeigenverwaltung**

im Verlag durch Cornelia Brodmann,  
E-Mail: cbrodmann@psychiatrie.de

**Anzeigenschluss** der nächsten  
Ausgabe ist der 1.9.2008.

**Bezugsbedingungen:**

Die Psychosoziale Umschau  
erscheint vierteljährlich, jeweils zu  
Anfang des Quartals.  
Ein Einzelheft umfasst ca. 50 Seiten  
und kostet 8 €, das Jahresabonne-  
ment kostet 27 €, im Ausland 32 €. Sozialhilfeempfänger und Studenten  
zahlen bei Vorlage einer entsprechen-  
den Bescheinigung 17 €.

Das Abonnement gilt jeweils bis zum  
Ende des Jahres und verlängert sich  
automatisch, wenn es nicht bis zum  
30.09. des laufenden Jahres  
schriftlich gekündigt wird.

**Layout:**

Hans Schlimbach AGD, Köln

**Druck:**

Ostfriesische Beschäftigungs- und  
Wohnstätten GmbH, Emden

ISSN 0930-4177

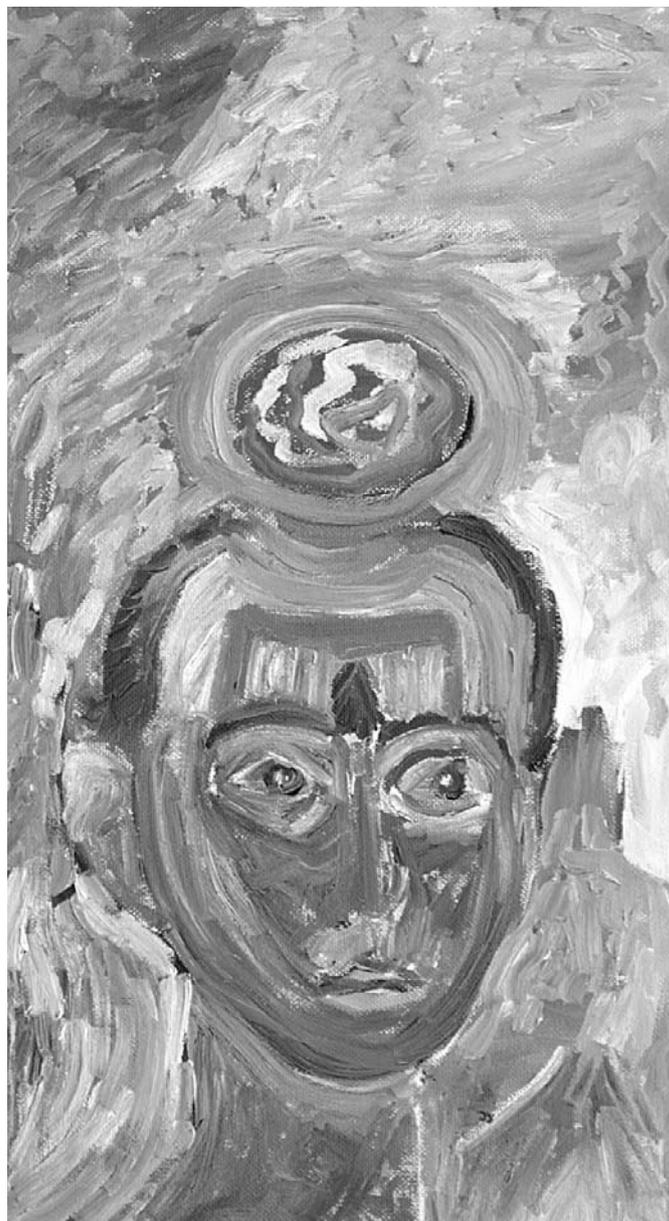
Postvertriebskennzahl 7044

Inhalte verantwortlich gemacht  
werden kann.

Die Moderatoren und Ad-  
ministratoren erhoffen sich  
eine rege Teilnahme an die-  
sem Forum und in der Folge  
die Entstehung persönlicher  
Bekanntschaften und vielleicht  
auch die Gründung realer  
Selbsthilfegruppen in einzel-  
nen Regionen. Auf Wunsch  
können die entsprechenden  
Kontakte vermittelt werden. ■  
(li)

**Betroffene beraten  
Betroffene**

Der Verein Psychiatrie-Erfahre-  
ner Bielefeld e.V. (VPE) hat im  
Dezember 2007 ein neues Pro-  
jekt gestartet, das sog. »Peer  
counseling – Betroffene berate-  
ten Betroffene«. Dieses Kon-  
zept geht davon aus, dass  
Menschen, die von ähnlichen  
oder gleichartigen Problemen  
betroffen sind, eine ganz ande-  
re Beratungskompetenz mit-  
bringen als »nur angelernte«  
Berater. Es ist in der Behinder-  
tensselbsthilfe bereits stärker  
etabliert als in der Psychiatrie,  
wird dort jetzt aber auch auf-  
gegriffen. Vier VPE-Mitglieder  
haben im Frühjahr 2007 eine  
Kurzfortbildung im Peer coun-  
seling absolviert und wollen  
nun eine regelmäßige Sprech-  
stunde anbieten, sowohl für  
aktuell in der Bielefelder psy-  
chiatrischen Klinik befindliche  
Patienten als für solche, die  
bereits entlassen sind. Neben  
den offenen Treffen des VPE,  
den eher informellen Einzel-  
beratungen und der Selbsthilfegruppe  
finden nun zusätzlich zweimal  
monatlich Sprechstunden direkt  
in den Räumen der psychiatrischen



Franz-Josef Limper: Kristina, 1990

Klinik statt. Neben einer allge-  
meinen Informationsvermittlung  
ist das Ziel, Klinikpatienten  
eine Gelegenheit zu geben,  
mit Menschen zu sprechen,  
die selbst psychische Krisen  
und Psychiatrie-Aufenthalte  
kennen, diese aber bereits  
mehr oder weniger verarbeitet  
haben. Die Beratungsgruppe,  
von der jeweils zwei Teilneh-  
mer gemeinsam die Sprech-

stunden durchführen, ist in-  
zwischen auf neun Personen  
angewachsen und wird von einer  
Diplompsychologin und  
Psychotherapeutin regelmäßig  
supervidiert. Das Projekt wird  
ein Jahr lang von der Aktion  
Mensch gefördert. ■

Sybille Prins, Bielefeld

Infos unter vpe-bielefeld@arcor.de  
sowie auf www.vpe-bielefeld.de

**Anzeige**

Eine neue Theorie erleichtert den  
Umgang mit der Krankheit

**Schizophrenie  
enträtselt**

Schizophrenie – ein Denkausbruch  
mit Folgen

Von Rief / Roggendorf

19,50 € ISBN 978-3-9803103-9-0

www.verlag-roggendorf.de

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT

Wohnen für behinderte Menschen e.V.

LAG  
Wohnen

**Wertewandel oder Werteverlust?**

Die richtigen Dinge tun – nicht nur die Dinge richtig tun!

Die soziale Arbeit im Wandel – wohin bewegt sich die  
Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung?

**Fachforum am 28. August 2008**

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim

Weitere Informationen unter [www.lagwohnen.de](http://www.lagwohnen.de)

# Bücher & Medien

## Differenziert und praxisnah

Albert Lenz u.  
Johannes Jungbauer (Hg.)  
**Kinder und Partner psychisch kranker Menschen**  
*Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*  
DGVT-Verlag, Tübingen 2008  
ISBN 978-3-87159-074-0  
368 Seiten, 28,00 Euro



Wenn ein Mensch psychisch erkrankt, ist dies ein einschneidendes Lebensereignis mit erheblichen Folgen für das Leben des Betroffenen. Doch auch das Leben der Familienangehörigen verändert sich stark. Einerseits wissen wir aus der psychiatrischen Forschung, dass die Familienangehörigen auf Dauer die wichtigste Unterstützungsressource des psychisch erkrankten Menschen darstellen – kein noch so gutes professionelles Angebot kann die sozialen Bindungen des Betroffenen in Familie und Partnerschaft ersetzen –, andererseits kommen die Angehörigen selbst oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, und benötigen manchmal selbst Hilfe und Unterstützung.

Im Mittelpunkt des von Albert Lenz und Johannes Jungbauer herausgegebenen Buches »Kinder und Partner psychisch kranker Menschen« stehen deren spezifischen Hilfebedarfe sowie dementsprechend differenzielle Unterstützungsangebote. Namhafte Autoren aus Wissenschaft und psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis geben in diesem Buch einen Überblick über den aktuellen Stand der fachlichen Diskussion.

Das Buch gliedert sich in zwei große Teile. Im ersten werden die spezifischen Belastungen

von Kindern psychisch erkrankter Eltern sowie entsprechende Interventionsmöglichkeiten unter verschiedenen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten beleuchtet. Dabei reicht die Spannweite von Eltern-Säuglings-Behandlungen bei postpartalen psychischen Krisen über spezielle Partnerschaften für Kinder psychisch kranker Eltern in der Jugendhilfe bis hin zur Einbeziehung der Kinder in die ambulante Psychotherapie. Eine bislang kaum behandelte Thematik findet sich in dem Beitrag über die Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil. Dass Jugendliche zum Teil ganz andere Belastungen erleben als jüngere Kinder, wurde meines Erachtens in der bisherigen Forschungsliteratur über Kinder psychisch kranker Eltern zu wenig berücksichtigt. Das Buch macht deutlich: Bei der Planung von Hilfeangeboten für Kinder muss das Alter der Kinder stärker berücksichtigt werden. Im Anhang des Buchs finden sich grafisch sehr ansprechend gestaltete Info-Karten zum Heraustrennen, die in der Arbeit mit Kindern psychisch Erkrankter genutzt werden können.

Im zweiten Teil des Buches stehen die (Ehe-)Partner psychisch kranker Menschen im

Fokus. Dargestellt werden verschiedene professionelle Unterstützungsangebote für die Partner depressiver und schizophrener Patienten sowie für Partner von Menschen mit Angst- und Zwangsstörungen. Dabei geht es immer auch um die Frage, inwiefern die Partner psychisch erkrankter Menschen in die psychiatrische Arbeit integriert werden können. Spannend zu lesen ist z.B. das ausführliche Beispiel über die Einbeziehung von Ehepartnern in die Psychotherapie von angsterkrankten Menschen. Besonders interessant finde ich auch das abschließende Kapitel, das eigentlich etwas vom Thema des Buchs abweicht, weil es auf die Situation von Geschwistern schizophrener Patienten eingeht. Angebote für diese »stillen Betroffenen« stellen ein Novum und damit eine große Herausforderung dar, nicht zuletzt deswegen, weil die Geschwister eine weite Altersspanne aufweisen können. Die Autoren des Beitrags stellen Spiel- und Interventionsgruppen für Geschwisterbetroffene im Kinder- und Jugendalter vor, Informationen für die Eltern zum Umgang mit den nicht-betroffenen Kindern sowie psychoedukative Gruppen zur Unterstützung der erwachsenen Geschwister.

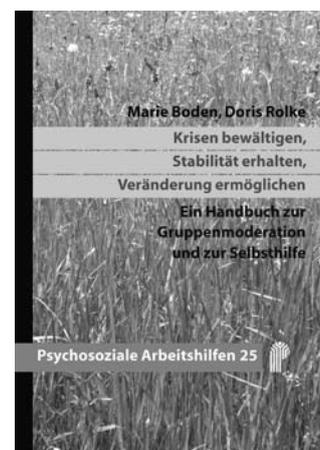
Fazit: Herausgebern und Autoren gehen sehr differenziert auf die Lebenssituation von Kindern und Partnern psychisch erkrankter Menschen ein. Die Interventionen einer professionellen Angehörigenarbeit werden sehr konkret und praxisnah dargestellt und können deshalb allen professionellen und ehrenamtlichen Helfern in der Gemeindepsychiatrie empfohlen werden. Da das Buch über weite Strecken allgemein verständlich geschrieben ist, ohne dass die Inhalte vereinfachend dargestellt sind, ist es insbesondere auch für betroffene (Ehe-)Partner und andere Angehörige eine lohnende Lektüre. ■

Thomas Staschik, Nideggen

## Die Mitte finden

Marie Boden, Doris Rolke  
**Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen** –  
*ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe*  
Psychiatrie-Verlag  
Psychosoziale Arbeitshilfen 25  
ISBN 978-3-88414-443-5  
199 Seiten + CD Rom,  
29,90 Euro

»Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht«, so lautet ein afrikanisches Sprichwort welches die Autorinnen ihren Ausführungen vorangestellt haben. Was folgt, ist ein sorgfältig ausgearbeitetes Konzept zur Durchführung einer Stabilisierungsgruppe. Das Gruppenkonzept richtet sich an Menschen in psychischen Krisen und ist in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel aus der Praxis heraus entwickelt worden. »Die Stabilisierungsgruppe«, so schreibt Renate Böhme in ihrem Geleitwort, »ist ein Angebot für Menschen, für die sich in der Landschaft der spezifischen Therapieformen nichts Passendes findet, die aber trotzdem Krisen haben und den Wunsch nach Ruhe und Veränderung in sich tragen.« Da das Ringen um Stabilität für Menschen in psychischen Krisen vielfach eine überlebensnotwendige zu leistende Arbeit des Betroffenen ist, richtet sich das Buch bewusst nicht an spezielle Diagnosen, sondern fokussiert vielmehr auf das (Pfleger-)Phänomen »Instabilität«.



Das Buch beginnt mit einer Einführung in die theoretischen Grundlagen, wobei der Gastbeitrag von Regina Ketelsen eine ebenso kurze wie lezenswerte Einführung in das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie – DBT sowie der Imagination nach Luise Reddemann darstellt. Als einen weiteren konzeptuellen Ansatz, der für Entwicklung der vorliegenden Gruppenintervention handlungsleitend war, werden Grundgedanken der Euthymen Therapie vorgestellt.

Als übergeordneten Rahmen setzen die Autorinnen einen Dreiklang aus Erkennen, Akzeptieren und Verändern. Das Erkennen eigener Schwierigkeiten, Akzeptanz der Realität als Ausgangsposition für Handlungsmöglichkeiten und Veränderung als Möglichkeit, aber auch als einzige Konstante im Leben eines jeden.

Die Darstellung der konkreten Vorgehensweise nimmt viel Raum in diesem Buch ein. Die Leser werden ausführlich in den Aufbau der einzelnen Stunde eingeführt, wobei auf die strukturellen Rahmenbedingungen ebenso eingegangen wird wie auf Fragen der Haltung und Hilfestellungen zur Gruppenmoderation. Anhand einer Vielzahl von ansprechend gestalteten Arbeitsblättern erwirbt man mit diesem Buch sehr praktische Hinweise zur Durchführung von Übungen zu Themen Achtsamkeit, Genießen, Krise, Stress, Akzeptanz der Realität und Atempausen. Die umfangreiche Sammlung an Materialien schließt mit einer »Schatzkiste«, in der Übungen, kleine Texte und Gedichte für das Ende einer Gruppensitzung aufgeführt sind.

Dieses Buch erweist sich gleich in mehrfacher Hinsicht als ein Glücksfall für all jene, die in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen in psychischen Krisensituationen oder schwierigen Lebensumständen zu tun haben. In einem Behandlungsbetrieb, der auch im

psychiatrischen Bereich therapeutische Fortschritte und Ergebnissen denken zunehmend in den Vordergrund stellt, birgt die Stabilisierungsgruppe in Abgrenzung zu den meisten anderen Angeboten auf dem Therapieplan die Möglichkeit, innezuhalten und in dem unruhigen Alltag eines Krankenhauses in sich hineinzuhören, die eigene Mitte zu suchen. Das Programm fokussiert auf die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen und fördert somit den Glauben der Menschen an sich selbst. Dies ist natürlich nicht nur in psychiatrischen Kliniken vonnöten. Vielmehr ist der angesprochene Dreiklang aus Erkennen, Akzeptieren und Verändern in allen Arbeitsfeldern psychischer Versorgung ein lohnendes Feld. Das Buch hebt sich durch seine ansprechend gestaltete wohlthuend von manch anderem Fachbuch ab. Die sorgsam zusammengestellten Materialien stellen einen großen Fundus an praktischen Hilfen dar. Berufsgruppenübergreifend und hinein in alle Arbeitsfelder der psychiatrischen Arbeit ist diesem Buch eine weite Verbreitung zu wünschen. Für psychiatrisch Pflegenden stellt die Stabilisierungsgruppe eine sinnvolle Erweiterung eines zukunftsfähigen Berufsprofils dar und lässt sich darüber hinaus wunderbar in pflegetheoretische Überlegungen einbinden. ■

Michael Schulz, Bielefeld

**Im Gefühlschaos Strukturen schaffen**

**Gefühlsmix-Spiel**  
84 Euro, zu bestellen über [www.mvsv.de](http://www.mvsv.de)

»Markus' Vater arbeitet viel und hat wenig Zeit für Markus. Heute Abend hat er ihm ein Geschenk mitgebracht. Wie fühlt sich Markus?« »Doreen läuft an einer Gruppe von Jungen vorbei und hört, wie sie laut pfeifen. Wie fühlt sich Doreen?«

Wenn Kinder und Jugendliche sich zum Gefühlsmix-Spiel zusammenfinden, ist Einführung gefragt. 130 sogenannte »Situationskarten« schildern Ereignisse zwischen Menschen, und die Spieler sind jeweils aufgerufen, die ihrer Meinung nach dazu »passenden« Gefühle zu benennen.

Auf dem schön gestalteten Spielbrett sind dafür die sechs primären Gefühle: Wut, Angst, Trauer, Freude, Überraschung und Ekel aufgeführt sowie jedem Gefühl 15 Begriffe zuge-

naue Anzahl abzulegender Chips wird auf jeder Situationskarte extra angegeben. Wer zuerst alle Chips aufgebraucht hat, der hat gewonnen.

Besonders spannend ist das Gefühlsmix-Spiel, wenn Spieler Situationen unterschiedlich bewerten, oder derjenige, der am Zuge ist, zwiespältige Gefühle formuliert. So üben die Teilnehmer nicht nur, Situationen zu durchdenken, sich in andere Menschen einzufühlen, Gefühle zu benennen und einzuordnen. Sie



ordnet, die unterschiedliche Stimmungen und Gefühle ausdrücken: zum Beispiel »Wut = sauer, genervt, aufgebracht, ärgerlich, ...« – »Freude = erleichtert, freundlich, glücklich, gerührt, begeistert, ...« oder »Überraschung = neugierig, irritiert, erschrocken, ...«. Dazu gibt es Spielchips, Symbol- und Farbwürfel sowie Aktionskarten.

Zwei bis sechs 8- bis 18-jährige Kinder bzw. Jugendliche können sich an dem Spiel beteiligen. Sie erhalten zu Beginn eine Anzahl Chips, die sie geschickt loswerden sollen. Mit Würfeln, Aufgabenerfüllungen (z.B.: mach ein wütendes Gesicht!) und originellem Beantworten von Fragen werden die Chips reihum immer weiter verringert. Die ge-

üben auch, Ambivalenzen zu akzeptieren und auszuhalten. Das Spiel aus dem Manfred Vogt Verlag vermittelt also jede Menge wichtiger Kompetenzen und ist pädagogisch vielfältig einsetzbar. Nebenbei lassen sich die Situationskarten und die hervorragende Auflistung so unterschiedlicher Gefühle auf dem Spielplan ebenso für das Einzelsetting in der Beratung nutzen.

Und bei aller Pädagogik ist das Spiel auch noch äußerst kurzweilig und vermittelt eine wohlthuende Leichtigkeit. Gerade die multiplen Einsatzmöglichkeiten und die äußerst gute Qualität rechtfertigen auch den Preis des Spiels, der ob der (noch) niedrigen Auflage als wirklich fair zu bezeichnen ist.

Möge das Gefühlsmix-Spiel von daher in vielen Beratungsstellen, Wohn- und Tagesgruppen sowie auch in anderen pädagogischen oder therapeutischen Einrichtungen reichlich genutzt werden, damit Gefühle zur Sprache kommen und das Gefühlschaos Struktur erhält. ■

*Detlef Rüsç, Freising*

## Respekt vor der Verschiedenheit

### Manfred Jehle Psychose und souveräne Lebensgestaltung

ISBN 978-3-88414-438-1  
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008  
260 Seiten, 29,90 Euro

Es lohnt sich, dieses Buch zu lesen! Spannend sind vor allem die Fallporträts, gewinnbringend die einfühlsame Art der Kommentierung.

Vor allem für Mitarbeiter in den verschiedensten Rollen gemeindepsychiatrischer Versorgung wird deutlich, dass Erfolgsgeschichten zur Bewältigung von Psychoseerfahrung sich vor allem über »passende« Rahmenbedingungen der Versorgung und gelingende Gestaltung menschlicher und professioneller Begleitung und Begegnung herstellt.

Was genau denn unter »souveräner Lebensgestaltung« zu verstehen sei, wird vor allem im Fallvergleich deutlich:

- mit dem eigenen Unterstützungsnetzwerk umgehen können,
- soziale Anerkennung erhalten und wieder aufbauen,
- eigene Sinnentwürfe gestalten und erzählende Zugänge zum eigenen Leben und der Psychoseerfahrungen,
- souveräne (ein- und ausgrenzende) Nutzung von psychiatrischen Hilfen.

Doch diese Zusammenfassung lässt verschwimmen, wie ausgezeichnet sich »Wertschätzung und Respekt von Verschiedenheit« in diesem Buch in den Fallporträts umsetzt.



Gratis dazu gibt es noch eine informative Zusammenfassung der gemeindepsychiatrischen Entwicklung, eine kluge und gute Überblick zum Forschungsstand von Patienten-/Klientenzufriedenheit, Lebensqualitäts- und Lebensverlaufsforschung (die Einführung in qualitative Methoden ist ebenfalls gelungen – ist aber für hier nicht speziell interessierte Leserinnen und Leser zu überspringen).

Wichtig ist, dass das Fazit nicht nur eine Zusammenfassung der Ergebnisse enthält. Der interessante Bezug zu theoretischen Konzepten (Selbstsorge, Souveränität, Salutogenese und Modernisierungstheorien) lässt selbst weiterdenken.

Spannend und gedankenaneuernd auch der Entwurf eines diese Bezüge aufnehmenden Konzeptes von »Kohärenzarbeit« im gemeindepsychiatrischen Alltag – das »Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit ...« und die Verbindungen zu den sozialräumlichen Konzepten von Nachbarschaften. ■

*Petra Gromann, Fulda*

## Mutmachbuch

Andreas Knuf  
**Gesundheit ist möglich!**  
Borderline-Betroffene berichten  
Balance buch + medien, Bonn 2008, ISBN 978-3-86739-034-7,  
250 Seiten, 14,90 Euro

Auf so ein Buch habe ich lange gewartet. Wir sprechen von

Betroffenen als »Experten in eigener Sache«, die Recovery-Bewegung boomt und die Öffentlichkeit wird immer besser über Krankheitsbilder, Therapie- und Heilmöglichkeiten informiert. Auch, und speziell was die Borderlinestörung betrifft.

Doch ein leiser Zweifel nagte in der allgemeinen Aufbruchstimmung immer an mir. Früher hieß es: Borderline ist nicht heilbar, aber man kann lernen, damit umzugehen. Jetzt heißt es: Gesundheit ist möglich, aber vollkommene Gesundheit gibt es nicht. Gesundheit definiert sich laut dem Herausgeber der Texte, Andreas Knuf, und dem Schweizer Forschungsprojekt »Sesam« heute folgendermaßen: »Gesundheit ist nicht ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten, sondern bedeutet vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können.« Also doch alles beim Alten, nur in neuer Verpackung?

Das könnte man denken, wenn da nicht die zwanzig Einzelberichte, die den Hauptteil des Buches ausmachen, wären. Hier kommen Borderlinebetroffene zu Wort, die wohl als der Heilung nahe und immer näher kommend, wenn nicht sogar als geheilt, angesehen werden können. Also doch ein echtes »Mutmachbuch«!!

Die ersten neun Berichte, die einen engen Bezug zu den neun Diagnosekriterien haben, sind unterteilt in »früher« und »heute« und beschreiben, wie sich mit den Symptomen die dahinterstehenden Probleme zwar nicht auflöst, aber doch sehr relativiert haben. Die weiteren Berichte sind aber nicht mehr so strikt in die Bereiche »früher« und »jetzt« getrennt, sondern beschreiben mal mehr, mal weniger den Weg, der ins »Jetzt« geführt hat. Im Stil sind diese Berichte ganz unterschiedlich, mal in Briefform, mal unterteilt in einzelne wichtige Schritte, mal wird eine kon-

krete Situation (Klinikeinweisung) benutzt, um die gravierenden Veränderungen, die eingetreten sind, verständlich und nachvollziehbar zu beschreiben.

Die Texte sind so individuell wie die Menschen, die sie verfasst haben, trotz ihrer gemeinsamen Diagnose »Borderlinepersönlichkeitsstörung« sehr individuell und einzigartig sind. Aber trotz aller Unterschiede sind auch sehr viele Gemeinsamkeiten auf dem stets langen und mühseligen Weg zur Besserung erkennbar. Immer wieder wird die Wichtigkeit der Übernahme von Verantwortung für sich selbst, die auch die Annahme der professionellen Hilfe mit einschließt, betont.



Ob dieses Buch Betroffenen, die noch ganz am Anfang ihres langen Weges zur Heilung stehen, Mut macht, kann ich als Angehörige einer Betroffenen kaum beurteilen, sondern nur hoffen. Ich bin aber ganz sicher, dass es allen Angehörigen Mut machen kann. Einerseits zeigt es, dass die Hauptverantwortung für das bessere Leben beim Betroffenen liegt und entlastet somit uns Angehörige etwas, andererseits macht es deutlich, wie wichtig Angehörige und Freunde als stabilisierend wirkende Hoffnungsträger sind.

Ich bedanke mich bei den Autoren, dass sie so tiefe Einblicke in ihr (Seelen-)Leben gewährt haben. ■

*Petra Thaler, Nürnberg*

# Termine

## Leidenschaft, die Leiden schafft

Süchtiges Verhalten und seine Komorbiditäten  
22.–23. August  
in Dortmund und Hemer  
Info: Medi-Office,  
Carsten Brall,  
E-Mail: brall@medi-office.de

## Es gibt nichts Gutes, außer man tut es

Erfolge und Stolpersteine bei der Implementierung von Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen  
26.–27. Juni in Dresden  
Info: E-Mail: weiterbildung. ehs@t-online.de,  
Internet: www.ehs-sofi.de und www.dgcc.de

## Früherkennung und Frühintervention bei bipolaren Erkrankungen

8. Jahrestagung der DGBS  
11.–13. September  
in Dresden  
Info: DGBS e.V.,  
E-Mail: info@dgbs.de,  
Internet: www.dgbs.de

## Glück

Erfurter Psychotherapie-wochen  
13.–17. September  
Info: Erfurter Psychotherapie-woche, E-Mail: afp-erfurt@t-online.de, Internet: www. psychotherapie-woche.de

## Sozialpsychiatrischer Dienst und gesetzliche Betreuung

Berührungspunkte, Konflikte, Kooperationsmöglichkeiten  
Jahresfachtagung der LAG SpD NRW  
18. September in Duisburg  
Info: www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de

## Transparenz im psychiatrischen Dschungel

Tagung des LVPE Rheinland Pfalz e.V.  
19. September  
in Idar-Oberstein  
Info: Franz-Josef Wagner,  
E-Mail: f.j.wagner@gmx.net,  
Internet: www.lvpe-rlp.de

## Weltalzheimertag

20.09.08  
**2. Kongress zur transkulturellen Psychiatrie**  
26.–28. September in Wien  
Info: Frau Dr. Solmaz

Golsabahi,  
E-Mail: s.golsabahi@gmx.net,  
Internet: www.transkulturellepsychiatrie.de

## Niemand bringt sich gerne um!

Krisendienste im Netzwerk der ambulanten und stationären Suizidprävention  
36. Jahrestagung der DGS  
26.–28. September  
in Nürnberg  
Info: Krisendienst Mittelfranken, E-Mail: info@krisendienst-mittelfranken.de,  
Internet: www.krisendienst-mittelfranken.de

## Arbeit und Gesundheit

Von den menschlichen Voraussetzungen des Arbeitenwollenkönnens  
14. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker-Gesellschaft  
1.–3. Oktober in Bielefeld  
Info: Birgitt Osenger,  
E-Mail: birgitt.osenger@evkb.de

## Fremdbestimmt? Selbstbestimmt?

Alltag und Eigensinn in der Psychiatrie  
Jahrestagung der DGSP  
2.–4. Oktober in Leipzig

Info: DGSP,  
E-Mail: dgsp@netcologne.de,  
Internet: www.psychiatrie.de/dgsp/

## Psychisch krank im Job. Was tun?

6. Oktober in Berlin  
Info: Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.),  
E-Mail: bapkp@psychiatrie.de,  
Internet: www.bapkp.de

## Gratwanderung Psychopharmaka

10. Oktober in Köln  
Info: DGSP,  
E-Mail: dgsp@netcologne.de,  
Kölner Verein für Rehabilitation e.V., E-Mail: klaus.jansen@koelnerverein.de

## Internationaler Tag der seelischen Gesundheit

10.10.08

## Angenommen werden! Sich selbst annehmen!

BPE-Jahrestagung  
10.–12. Oktober in Kassel  
Info: Dachverband Gemeindepsychiatrie, E-Mail: dachverband@psychiatrie.de,  
Internet: http://www.psychiatrie.de/dachverband/article/BPE\_Jahrestagung\_2008.html

## Multipler Substanzgebrauch, Opiatabhängigkeit und Komorbidität

Forschung, Behandlung und Betreuung  
23.–24. Oktober in Köln  
Info: Rheinische Kliniken Köln, Frau Martina Marino,  
E-Mail: martina.marino@lvr.de

## Wenn die Patienten nicht wären ...!

Personenorientierte Behandlung versus Mitarbeiterinteressen: Bedürfnisangemessenes Handeln in der psychosozialen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung  
28.–29. Oktober  
in Paderborn  
Info: Simone Büring, E-Mail: simone.buering@wkp-lwl.org

## Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie

Jahrestagung der APK  
3.–4. November in Kassel  
Info: Aktion Psychisch Kranker, E-Mail: apk@psychiatrie.de,  
Internet: www.psychiatrie.de/apk

## Kleine Held(Inn)en in Not

Prävention und gesundheitsfördernde Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern  
6.–7. November  
in Magdeburg  
Info: Dachverband Gemeindepsychiatrie, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn,  
Tel.: 0228 - 69 17 59, E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

## Sucht, Abhängigkeit, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten

DHS Jahrestagung  
10.–12. November  
in Bielefeld  
Info: www.dhs.de

## Internationaler Tag der Freiwilligen

5.12.08

## Nicht von schlechten Eltern

Kinder psychisch Kranker – Bilanz und Ausblick  
11. Dezember  
in Königswinter bei Bonn  
Info: Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.),  
E-Mail: bapkp@psychiatrie.de,  
Internet: www.bapkp.de

**Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.**  
Oppelner Str. 130  
53119 Bonn



**Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.**

**Broschüren**

Menge

- »Wenn Deine Mutter oder dein Vater in psychiatrische Behandlung muss... mit wem kannst Du dann eigentlich reden?«  
Information für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren  
(inkl. zwei Begleitblätter für Eltern und Betreuerinnen)  
(6501) 2,00 € .....
- »Wenn deine Mutter oder dein Vater psychische Probleme hat...« Information für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren (6502) 2,00 € .....
- »Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat... Wie geht es dann den Kindern?«  
Information für betroffene Eltern (6503) 2,00 € .....
- Broschürensatz 6501–6503 (6504) 4,00 € .....
- Mattejat, Lisofsky: Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker  
Restexemplare der 2. Auflage 2001 (6500) 5,00 € .....
- Trabert, Wessel u.a.: »Haste mal 'ne Mark?«  
Zwischen Platte und Psychiatrie,  
Materialien und Arbeitshilfen (6510) 2,00 € .....
- Schöck, Keupp u.a.: »Was nichts kostet, ist unbezahlbar!«  
Bürgerhilfe in der Psychiatrie – Europäische Perspektiven  
(6511) 2,00 € .....
- Görres, Zechert u.a.: »Der Chef bin ich« –  
Vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber  
Zur Diskussion um Heime und Nutzerrechte (6505) 3,00 € .....
- Bock u.a.: »Es ist normal, verschieden zu sein!«  
Verständnis und Behandlung von Psychosen (6506) 1,00 € .....
- Kolada u.a.: »Patientenrechte von psychisch erkrankten Menschen« (6507) 2,00 € .....

**Plakate**

Menge

- Plakaterie zur ehrenamtlichen Arbeit** (6509)
  - 1 »Claudia W. kann wieder arbeiten« 1,00 € .....
  - 2 »Martin S. hat seine Angst überwunden« 1,00 € .....
  - 3 »Clemens J. ist nicht mehr einsam« 1,00 € .....
  - 4 »Friedhelm M. kocht den besten Kaffee« 1,00 € .....
  - 5 »Silke G. hat eine Freundin gefunden« 1,00 € .....
- Plakatsatz 1–5** (6520) 4,00 € .....
- »Und das Kind ?« Beratung und Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern (6512) 1,00 € .....

**Ausgewählte Titel aus der Produktion unseres Mitglieds  
Brücke Neumünster, Paranus Verlag**

Menge

- Seikkula, Arnkil: Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis (6600) 19,00 € .....
- Dörner, Klaus: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem (6601) 19,00 € .....
- Schernus, Bremer: Tyrannei des Gelingens, Plädoyer gegen marktconformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern (6602) 16,80 € .....
- Kal, Doortje: Gastfreundschaft. Das niederländische Konzept Quartiermaken als Antwort auf die Ausgrenzung psychiatrieeffahrener Menschen (6603) 19,00 € .....
- Brückenschlag**, Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst: »Die Macht der Liebe« Band 23/2007 (6604) 15,00 € .....
- Verbandsinformationen** Die Stückzahl ist auf fünf Sätze begrenzt!  
Für Veranstaltungen senden wir Ihnen auf Anfrage gerne eine größere Menge Exemplare zu. ....

Den Betrag einschließlich Versandgebühren überweise ich nach Erhalt der Rechnung

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Unterschrift: ..... Datum: .....

**Bestellschein für die Psychosoziale Umschau**

Ich bestelle beim Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn

Ausgabe  für 8 € pro Einzelheft. Oder besser gleich  Jahresabo(s) für 27 €; im Ausland 32 € bei vier Ausgaben. Geringerverdienende zahlen 17 €, wenn sie Ausbildung, Studium, Zivildienst oder Sozialhilfe nachweisen.

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Unterschrift: ..... Datum: .....

## Alles was »Recht« ist ...

Das deutsche Sozialrecht bietet vielfältige und umfassende Möglichkeiten der Hilfe in (fast) allen Lebenslagen – doch selbst Experten haben Mühe, diesen Dschungel zu durchdringen. Umso wichtiger, dass psychisch kranke Menschen mit ihren komplexen und oft lange dauernden Hilfebedarfen einen Wegweiser an die Hand bekommen, der ihnen den Zugang zu Leistungen ungehindert ermöglicht.

Dieser Ratgeber stellt die aktuellen Entwicklungen vor bei: Kranken- und Rentenversicherungsrecht, Betreuungs- und Unterbringungsrecht, Teilhabe behinderter Menschen (Persönliches Budget) und Sicherung des Lebensunterhaltes.

Ein Leitfaden für Beratungsgespräche, Hintergrund- und weiterführende Informationen, ein Stichwortverzeichnis sowie ein umfangreicher Adressteil machen das Buch zu einem unentbehrlichen Begleiter für psychisch Kranke und alle, die sie unterstützen.

AUTOR: Rolf Marschner arbeitet in München als Rechts- und Fachanwalt für Sozialrecht mit den Schwerpunkten Behindertenrecht und Rechtsfragen der Psychiatrie.



### Aktualisierte Neuauflage

Rolf Marschner: Psychisch Kranke im Recht  
BALANCE ratgeber, 978-3-86739-035-4  
240 Seiten, 15,95 / 28,90 SFr