

3 / 2006



INFO

FAMILIENSELBSTHILFE - PSYCHIATRIE
ANGEHÖRIGE PSYCHISCH KRANKER
IM LANDESVERBAND BERLIN E.V.

**Sonderausgabe zur Veranstaltung
am 11. November 2006:**

**Belastung der Angehörigen psychisch Kranker.
Wo sind Lücken im psychiatrischen System
und was kann Selbsthilfe leisten?**

im Rathaus Wilmersdorf

Vorwort und Grußworte



Frau Nabbeffeld

Liebe Mitglieder,
dieses Mal erhalten sie unsere INFO als Sonderausgabe mit dem Thema: „Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker. Wo sind Lücken im psychiatrischen System und was kann Selbsthilfe leisten?“

Die Veranstaltung fand am 11. November 2006 im Rathaus Wilmersdorf statt und sie wurde moderiert von Frau Marion Nabbeffeld.

In der vorliegenden Sonderinfo sind die Grußworte und Vorträge der Referenten chronologisch geordnet.

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben.

Dagmar Hasse

Grußwort zur Veranstaltung von Ulf Fink, Senator a.D.

Die Zunahme psychischer Erkrankungen stellt nicht nur in Deutschland oder in Europa, sondern in der ganzen Welt ein größer werdendes Problem dar. Von allen Krankheiten, die es gibt, hat die psychische Erkrankung die höchsten Zuwachsraten. Analysen der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) zeigen, dass seit 1997 sowohl die Krankheitsfälle als auch die Krankheitstage in Deutschland alarmierend zugenommen haben. Von 1997 auf 2004 stieg die Zahl der Fälle bei psychischen Erkrankungen um 70%.

In Deutschland haben wir es mit rund vier Mio. Behandlungsbedürftigen zu tun. Die Dunkelziffer ist jedoch weitaus höher. Es ist davon auszugehen, dass ein bis zwei Prozent der Gesamtbevölkerung im Alter von 20–30 Jahre mindestens einmal im Jahr eine bipolare Störung (Manische Depression) erleiden. 1% der Gesamtbevölkerung erkrankt an Schizophrenie, dies entspricht der Zahl der Diabetiker in Deutschland. Die Krankheitskosten für die



Behandlung psychischer Erkrankungen belaufen sich auf etwa 10 Mrd. EUR im Jahr.

Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen führte im Jahr 2001 in Deutschland zu einem Produktionsausfall von fast 3 Milliarden Euro, Tendenz steigend. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die viert häufigste Ursache für Fehlzeiten in deutschen Unternehmen. Jeder siebte Berufstätige ist oder war schon einmal wegen eines psychischen Problems in professioneller Behandlung. Mehr als zwei Drittel (70 Prozent) könnten sich ohne weiteres vorstellen, deshalb einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen. Dies ergab eine repräsentative Umfrage unter 1.000 Berufstätigen, die die DAK im Februar 2005 durchführen ließ. Das Ergebnis spricht auf den ersten Blick gegen eine fortbestehende Tabuisierung. Doch das gilt nicht ohne Einschränkung: Mehr als der Hälfte (56 Prozent) wäre es gegenüber dem Arbeitgeber unangenehmer, wegen psychischer Probleme am Arbeitsplatz zu fehlen als wegen anderer Krankheiten. Immerhin 26 Prozent meinen, dass psychische Erkrankungen „oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden“.

Fachleute aus Wissenschaft und Forschung kommen mehrheitlich zu dem Schluss, dass die zunehmende Zahl psychischer Erkrankungen sich daraus erklärt, dass psychische Erkrankungen offenbar von den Hausärzten häufiger entdeckt bzw. richtig diagnostiziert werden. Darüber hinaus meinen sie, dass Patienten heute wegen psychischer Probleme eher einen Arzt oder Psychologen aufsuchen als früher. Gerade in den jüngeren Altersgruppen ist ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 29jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 34jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen. Zwischen 1997 und 2004 wiesen die

jüngeren Altersgruppen zum Teil sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf. So hatten beispielsweise die Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren einen Anstieg um 106 Prozent. Bei den Frauen zwischen 20 und 24 Jahren gab es sogar eine Zunahme um 123 Prozent!

Ich fasse zusammen:

Beim Thema psychische Erkrankungen handelt es sich also nicht allein um ein individuelles, oder lediglich auf den Familienkreis begrenztes betreffendes, sondern um ein gleichermaßen gesellschaftliches, gesundheitspolitisches und auch volkswirtschaftliches Problem.

Was könnten Politik und Gesellschaft hier tun?

(1) In der deutschen Gesundheitspolitik und im gesamten deutschen Gesundheitswesen herrscht traditionell ein überwiegend krankheitsbezogenes Verständnis von Gesundheit. Gesundheit wird definiert als „Freisein von Krankheit“. Die Folge ist, dass nahezu alle gesetzlichen und finanziellen Regelungen von diesem einseitigen Gesundheitsverständnis ausgehen. Im eigentlichen „Krankheitsheilungssystem“, dem „Reparaturbetrieb“, liegt die beherrschende Stellung in der Medizin, der Forschung und Wissenschaft und der Politik.

Die Grenzen des gegenwärtigen Gesundheitswesens zeigen sich in der Hilflosigkeit gegenüber vielen chronischen Erkrankungen, im starken Anstieg psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, im Vorherrschen von Krankheiten, die stark von individuellen Lebensweisen beeinflusst werden.

Richtig und zutreffend erkannt wurde in der jüngeren Vergangenheit allerdings, dass unser Gesundheitssystem nur dann nachhaltig zu sichern ist, wenn künftig weitaus größerer Wert auf die Vermeidung, Früherkennung und Verkürzung von Krankheiten (Kompression) gelegt wird. Die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention gewinnt steil an Bedeutung. Und das ist auch gut so! Besonderes Augenmerk richtet sich aber auch auf die Stärkung der Selbsthilfe. Das darauf angelegte „Präventionsgesetz“ des Jahres 2005 war zumindest im Ansatz richtig und unterstützenswert, trotz zahlreicher anderer Mängel. Dass es nicht in Kraft getreten ist, lag vor allem an den vorgezogenen Bundestagswahlen im Jahre 2005. Die Bundesregierung wird nach eigenem Bekunden einen Neuanlauf im kommenden Jahr wagen. Aber auch in der aktuell diskutierten Gesundheitsreform finden sich beim Thema „Selbsthilfe“ einige Änderungen. Es betrifft die Neuregelungen zur Selbsthilfe im neuen § 20 c SGB V. Bislang sollten die gesetzlichen Krankenkassen Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen mit rund 40 Mio. EUR im Jahr fördern. Nach dem Willen des Gesetzgebers wird aus der bisherigen Soll-Vorschrift ab 2007 eine Muss-Vorschrift, wodurch sichergestellt ist, dass dieser Betrag auch wirklich erreicht wird. Dies war in der Vergangenheit leider nicht der Fall. Abgesehen davon, dass ab dem kommenden Jahr etwas mehr

Geld für die Selbsthilfe vorhanden sein wird, sieht man an dieser gesetzgeberischen Maßnahme, dass die Politik offenbar „lernfähig“ ist und sich der Bedeutung des Themas immer bewusster wird. Diese Entwicklung verdient Unterstützung und Lob zugleich, auch wenn es sich immer nur um die sprichwörtlichen kleinen Schritte handelt.

(2) Ungeachtet aller gesetzgeberischen Maßnahmen kommt eine ganz besondere Bedeutung der Familie und dem Umfeldes eines psychisch Erkrankten zu. Kompetenzen und Ressourcen zu stärken muss hier an oberster Stelle stehen. Es muss darum gehen, als Familie positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen zu können. Und hier ist vieles möglich, auch wenn man sich als Angehöriger zunächst absolut überfordert fühlen kann. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang die enge Kooperation zwischen Familie, Arzt und Betroffenen. Gemeinsam den Arzt aufzusuchen, gemeinsam die Therapie zu besprechen und den Betroffenen stets zu begleiten und zu unterstützen, verspricht auf Dauer weitaus bessere Heilungsaussichten, als das Problem allein auf das Arzt-Patienten-Verhältnis zu begrenzen. Klar ist aber auch: Ohne professionelle Hilfe geht es nicht. Jeder Laie wäre mit dem Problem in der Tat überfordert.

(3) Ganz wichtig ist zudem, die Früherkennung zu verbessern. Im Zentrum steht hier eine neue Form der Offenheit – es muss aufgeklärt werden, es muss darüber gesprochen werden, das Thema psychische Erkrankungen gehört weitaus stärker in den Fokus der Öffentlichkeit und der Medien. Ziel muss es sein, Stigmatisierungen und auch dadurch bedingte (spätere) Chronifizierungen von vornherein auszuschließen. Sie sehen, hierbei handelt es sich weniger um ein medizinisches als um ein gesellschaftspolitisches Problem.

(4) Familien dürfen mit den vielfältigen Problemen nicht allein gelassen werden. In Skandinavien gibt es beispielsweise das Modell der „aufsuchenden Dienste“, eine Zusammenarbeit des dortigen öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Hausärzten und den Angehörigen. Hier wird gezielt auf die Erkrankten zugegangen. Im Vordergrund steht zudem die personelle Kontinuität bei den Bezugspersonen, um ein dauerhaftes Vertrauensverhältnis untereinander zu schaffen. Die Förderung individueller Ressourcen bei der Problemlösung ist eine weitere Prämisse.

Ich denke, auch Deutschland kann von dem skandinavischen Vorbild lernen.

(5) Es gibt aber auch weitere gezielte Forderungen, nämlich:

a) Informationsaustausch

Es fehlt in Deutschland offenbar immer noch an vergleichender Wissenschaft und Forschung bei Medikamenten deren Wirkungen und Nebenwirkungen (Unverträglichkeiten). Dies kann so nicht bleiben, hier muss etwas in der forschenden Medizin geschehen.

b) Psycho-Eduktion

Unsere Gesellschaft muss lernen, Offenheit und Öffentlichkeit zu stärken. Als Folge daraus sollte das Ziel sein, die Angst sowohl der Familie als auch des Betroffenen vor Kontakt mit anderen zu überwinden. Die nachhaltige Integration in die Gruppe, die soziale Integration des psychisch Erkrankten ist der beste Weg, die Therapie erfolgreich zu gestalten und – was noch wichtiger ist – Rückfälle zu verhindern.

Sie sehen, die Handlungsoptionen sind vielfältig. Wenn man aber das Problem der psychischen Erkrankung nicht individualisiert, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht, wird es gelingen, auf diesem Feld künftig bessere Erfolge zu erzielen als bisher.

Ich wünsche der Veranstaltung einen guten Verlauf, konstruktive Gespräche und hoffe, dass das Thema dadurch auch an Bedeutung und Wichtigkeit hinzugewinnt.

Ulf Fink, Senator a.D.

Grußwort

H. Beuscher

Landesbeauftragter für Psychiatrie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Frage nach Lücken, nach Defiziten, nach Doppelstrukturen, nach ungeordneten Schnittstellen und das Finden und Abstimmen geeigneter Lösungsstrategien zählt zu meinen zentralen beruflichen Aufgaben. Daher spricht mich ihr diesjähriges „Leitthema“ besonders an.

In meiner Funktion als Landesbeauftragter für Psychiatrie habe ich das psychiatrische Versorgungssystem – möglichst auch immer unter Einbezug der Einflussfaktoren, die Auswirkungen auf das originäre Versorgungssystem haben – zu beobachten, Stärken und Schwächen zu identifizieren und gegenüber der Politik und der Verwaltung darauf zu drängen, dass gute Ansätze gestärkt und schlechte Strukturen überwunden werden.

Darüber hinaus trage ich – wie den meisten von ihnen auch bekannt ist – als Referatsleiter in der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung zusammen mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Verantwortung für zentrale Bereiche der psychiatrischen Versorgung im Land Berlin. Dies umfasst das Feld vom Maßregelvollzug bis zur Förderung ihres Verbandes im LIGA – Vertrag und von der Krankenhausplanung über den öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zur Festlegung von Grundlagen zur Steuerung von Hilfeleistungen für psychisch erkrankte und suchtkranke Menschen.

In einer Zusammenschau geht es bei diesen Aufgaben immer wieder um Fragen der Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems und seines strukturellen Zusammenwirkens. Auf einen kurzen Nenner gebracht heißt dies „wo sind die Lücken im psychia-



trischen System, wodurch entstehen sie oder wodurch werden sie beeinflusst und was muss getan werden um sie zu schließen oder sie zu überwinden.“

Und damit sind wir wieder beim Thema ihrer heutigen Veranstaltung. Über das was die Selbsthilfe dazu beitragen kann, werden sie im Laufe des Tages mit Sicherheit viele Anregungen und Forderungen zusammentragen. Für die Ergebnisse bin ich ihnen wie immer sehr dankbar und werde sie in den Prozess der permanenten Weiterentwicklung unseres Versorgungssystems einbeziehen.

In den verbleibenden Minuten meines Grußwortes möchte ich ihnen kurz darstellen, mit welchen Lücken – oder man könnte sie besser als Baustellen bezeichnen – wir uns im letzten Jahr insbesondere beschäftigt haben und welche wir für die nächsten Jahre schon jetzt als unsere Aufgabe identifiziert haben.

Die erste Baustelle: Die Fortschreibung der Krankenhausplanung aus diesem Jahr

Es ist uns dabei gelungen, dass die Bettenzahl in der Psychiatrie gehalten werden konnte und bei den sehr weitreichenden Strukturmaßnahmen im klinischen Sektor die Grundwerte der regionalisierten Verantwortung und Pflichtversorgung auch für die Folgejahre gesichert werden konnten.

Es bleiben aber noch mannigfaltige Aufgaben im Bereich der klinischen Versorgung in den nächsten Jahren bestehen.

Insbesondere das Problem der Unterschreitung der PsychPV in fast allen Kliniken bei durchgängiger Vollausslastung der Abteilungen und Fachkrankenhäuser bereitet mir Sorgen. Ich werde hier das mir

mögliche tun, damit dieses wichtige Qualitätskriterium auch in der Zukunft auf der Tagesordnung bleibt.

Weiterhin bemängele ich die unzureichende Transparenz der Leistungen in unseren psychiatrischen Abteilungen und Kliniken.

So haben wir nur wenige Informationen über Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach dem PsychKG oder sonstigen Gesetzen. Auch über besondere medizinisch-therapeutische Leistungen z.B. für spezielle Personenkreise wie traumatisierte Frauen oder Migranten/innen wissen wir nur sehr wenig. Die Aufzählung könnte um einige Punkte erweitert werden.

Meine Zielvorstellung ist eine Transparenzplattform, so wie sie schon in anderen Bereichen der Medizin von der Patientenbeauftragten Karin Stötzner erkämpft worden ist. Die Plattform sollte aber neben dem klinischen Bereich möglichst auch das außerklinische Behandlungs- und Betreuungsfeld unter Einschluss von Arbeit und Beschäftigung umfassen.

Die zweite Baustelle: Eine geschlechtssensiblere Psychiatrie

In einem sehr konstruktiven Prozess haben wir gemeinsam mit Anti-Gewalt-Projekten, dem Frauengesundheitsnetzwerk und Kolleginnen und Kollegen aus dem psychiatrischen Versorgungssystem Empfehlungen für eine deutliche Verbesserung der Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Frauen mit Gewalterfahrung im psychiatrischen Versorgungssystem erarbeitet. Die Ergebnisse werden wir in der ersten Hälfte des nächsten Jahres präsentieren und ich möchte damit auch den Startschuss für eine Initiative zur stärkeren Beachtung von geschlechtsorientierten Aspekten in der Psychiatrie starten.

Die dritte Baustelle: Defizite in der Kooperation von Jugendhilfe, Schule und Psychiatrie

Gemeinsam haben wir mit der Jugend- und Schulverwaltung in Erprobungsverantwortung der Bezirke Steglitz-Zehlendorf sowie Schöneberg-Tempelhof ein Modell der verbindlichen Zusammenarbeit für den Personenkreis der Kinder und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarf erarbeitet. Ich erwarte auch hier für das nächste Jahr die Vorlage der Ergebnisse und erhoffe hieraus eine Signalwirkung für Kooperationsstrukturen für ganz Berlin.

Die vierte Baustelle: Das niedrigschwellige bezirkliche Pflichtversorgungssystem

Die Sicherung und Neuverteilung der Mittel der Bezirke für Kontakt- und Beratungsstellen Psychiatrie, Zuverdienste und Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige ist mir ein dringendes Anliegen. Hier laufen noch die Verhandlungen mit den Bezirken und der Finanzverwaltung. Ich bin aber guter Hoffnung, dass die Mittel der Psychiatrie weiterhin ungekürzt bleiben und wir demnächst im Feld der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen erstmals eine berlinweite Planung, die den

Ordnungsprinzipien der Psychiatrie folgt, umsetzen können.

Die fünfte Baustelle: Das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe

Hierunter zu verstehen ist die Einbindung des Fallmanagements des Sozialhilfeträgers in die Steuerungsstrukturen der Psychiatrie. Ich hoffe, dass die Verhandlungen noch in diesem Jahr abgeschlossen werden können und das Fallmanagement gut in unsere Strukturen integriert werden kann. Wenn dies gelingt, wird die Qualität der Entscheidungen des Sozialhilfeträgers über die Gewährung, Änderung oder auch Versagung einer Leistung deutlich erhöht werden. Dies hätte insbesondere auch positive Auswirkungen für die Etablierung des persönlichen Budgets.

Dies ist lediglich eine unvollständige Übersicht über unsere Arbeit. Auf den ersten Blick keine spektakulären Geschichten. Doch wir wissen sehr gut, welche Auswirkungen eintreten können, wenn in solchen Themen die Weichen schlecht oder nicht gestellt werden. Es entstehen Versorgungslücken und Versorgungsbrüche, die für den psychisch erkrankten Menschen nicht selten schwerste Folgen nach sich ziehen.

Zum Schluss ein kurzer Blick in die Zukunft. Da haben uns die Koalitionäre in den Entwurf der Koalitionsvereinbarung klare und wie ich finde fachlich ausgewogene Aufträge in unser Aufgabenbuch geschrieben.

Ich zitiere aus dem Entwurf der Koalitionsvereinbarung:

Psychiatriepolitik

Das regionalisierte, an den Bezirken orientierte Pflichtversorgungssystem in der Psychiatrie wird gestärkt und weiter qualifiziert. Dabei sollen die Versorgungsstrukturen transparent sein und unter fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten gesteuert werden. Bei der Ressourcenzuweisung an die Bezirke sind sozialstrukturelle Indikatoren einzubeziehen. Der Psychiatrieentwicklungsplan (PEP) ist auf den Prüfstand zu stellen. Die Finanzierungsgrundlage des ambulant-komplementären Versorgungssystems ist im Rahmen des jetzt zugewiesenen Budgets den fachlichen Erfordernissen weiter anzupassen und angemessen sicherzustellen. Modelle wie das bezirksübergreifende Trägerbudget oder auch der Ansatz eines regionalen Bezirksbudgets im Psychiatriebereich sind weiter zu erproben und bei nachweisbarem Erfolg spätestens ab 2008 zu etablieren. Von der zuständigen Senatsverwaltung ist unter Einbindung der Bezirke, der Angehörigen psychisch Kranker sowie von Psychiatrieerfahrenen ein Modell zur Etablierung von Besucherkommissionen oder Beschwerdestellen zu erarbeiten.

Mit dieser Koalitionsvereinbarung hat die Verwaltung den eindeutigen Auftrag zur Etablierung von Besuchskommissionen oder Beschwerdestellen erhalten. Ich werde mit Freude diesen Auftrag

aufnehmen und gemeinsam mit ihnen und weiteren Partnern ein gutes und hörbares Kontrollgremium für die Psychiatrie entwickeln.

Sehr geehrte Damen und Herren,
psychische Erkrankung ist für die Betroffenen und auch die Angehörigen eine Entwicklung, die häufig ganze Lebensplanungen verändert. Für meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere auch für mich ist gerade dieses Wissen ein besonderer Ansporn immer weiter an einer Verbesserung der Versorgung zu arbeiten. Wie jedes Jahr, so bedanke ich mich auch heute bei Ihnen für ihre Anregungen und tatkräftige Unterstützung sowie konstruktive Kritik. Ich verbinde dies mit der ausdrücklichen Bitte, auch im nächsten Jahr kritisches Korrektiv und Ideengeber für uns zu sein.

Für ihre Tagung, wünsche ich ihnen viele neue Erfahrungen, angeregten Austausch und möglichst viele Anregungen für eine weitere Schließung von Lücken im Hilfesystem der Psychiatrie.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

H. Beuscher

Landesbeauftragter für Psychiatrie



Grußwort **Karin Stötzner**

Patientenbeauftragte für Berlin
SEKIS Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Aktive im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker

Ich wurde gebeten, Sie bei dieser Veranstaltung zu begrüßen. Das tue ich sehr gerne - zumal in meinen beiden Rollen: als Patientenbeauftragte für Berlin und als Leiterin von SEKIS der zentralen Berliner Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle. Denn die Zusammenarbeit mit Ihrem Verband besteht lange und war immer eng, intensiv und sehr produktiv.

Ich erinnere mich noch an ein Plakat, das vor mehr als 20 Jahren ein fester Bestandteil der Informationswände bei SEKIS war: auf dem Bild sieht man abgewandte Personen, sie sind nicht erkennbar. Der Tenor des Textes war: „Es soll keiner merken, dass wir einen psychisch Kranken in der Familie haben“. Sie haben damals dagegen angekämpft, dass sich die Familien zusätzlich zu der seelischen und sozialen Belastung, die kranke Angehörige bedeuten, auch noch die Scham, die Schuldgefühle und den Stress des „Verbergens“ aufladen.

Heute hat Ihre Arbeit noch immer diese Richtung, aber von Verbergen und Verstecken kann keine Rede sein.

Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Berlin ist zu einem der aktivsten Partner in der Versorgung von Menschen im so genannten

psychiatrischen Umfeld geworden. Der Landesverband und die zahlreichen Mitglieder kümmern sich nicht nur um Gesprächsgruppen oder die Aufrechterhaltung eines Beratungsangebotes, sondern sie machen inzwischen eigen Vorschläge für eine andere, bessere Versorgung, sie zeigen Defizite auf und initiieren Modellprojekte.

Der Beitrag, den diejenigen, die eigentlich durch die ständigen Sorgen um ihre „unberechenbaren“ oder „ökonomisch unselbständigen“ Kinder, ihre „seelisch verschwundenen Eltern“ oder „manischen“ Partner alle ihre Kräfte für sich selber bräuchten, für andere leisten, ist ungeheuer.

Die Ausweitung, die der Verein erfahren hat, der seit vielen Jahren von einem sehr aktiven Kern Ehrenamtlicher getragen wird, ist enorm. Mit großem Respekt vor Ihrer Leistung betrachte ich die Liste der Angebote, die Sie im vielen Bereichen modellhaft aufgebaut haben:

Besonders hervorheben will ich nur – neben vielem anderen – das Projekt „Starthilfe Arbeit – Angehörigen-Selbsthilfeinitiative zur Wiedereingliederung psychisch Beeinträchtigter in den Arbeitsprozess“, die Beratungsangebote zum persönlichen Budget und nun das Modellvorhaben für eine Krisenpension.

Besonders hervorheben muss man bei Ihrer Arbeit, dass Sie sehr schnell auch die psychisch Kranken selber mit in Ihre Arbeit einbezogen haben, ihnen Arbeitsgelegenheiten eingeräumt haben und sich politisch dafür eingesetzt haben, dass auch seelisch beeinträchtigte Menschen ein Recht auf Arbeit haben.

Ich frage mich manchmal, wie Sie das alles schaffen, denn Ihre Ressourcen sind ja auch nur so wie sie für kleine freie Träger in dieser Stadt bei

einer so angespannten Haushaltssituation nun mal sind.

Neben alle den Routineangeboten und Modellprojekten gehen Sie ja auch noch in die Krankenhäuser, werben für Ihre Sache, greifen neue Themen auf und machen damit deutlich, dass Sie diejenigen sind, die sehen wo Veränderungsbedarf ist: Sie thematisieren Zusammenhänge von psychischer Erkrankung und Sucht, verweisen auf besondere Hilfebedarfe für seelisch kranke alte Menschen und machen deutlich, dass personenorientierte Hilfeangebote konkretisiert werden müssen.

Selbst als wir bei SEKIS feststellten, dass die Zunahme von Menschen mit Depression dazu führt, dass immer mehr Selbsthilfegruppen dazu gesucht werden und Unterstützung brauchen, konnte ich mich der Zusammenarbeit des Landesverbandes vergewissern und z.B. mit Frau Crämer klären, dass wir gemeinsam Selbsthilfegruppen für Angehörige von Depressionskranken auf den Weg bringen müssen.

Ich möchte Ihnen hiermit meinen Dank, meine Anerkennung und meinen Respekt vor ihrer Leistung aussprechen. Ich bin sicher, dass ich auch in Zukunft auf Ihre Hilfe bauen kann.

Als Patientenbeauftragte habe ich ein anderes Themenfeld, das mich in der Zusammenarbeit mit Ihnen zur Zeit besonders beschäftigt.

Immer wieder thematisieren Sie und Betroffene, dass die Übergänge zwischen den Versorgungssystemen nicht funktionieren, dass es Drehtüreffekte gib, dass Kranke nach einer institutionellen Versorgung z.B. im Krankenhaus nur sehr holprig in die ambulante Versorgung eingebunden werden, dass auf die individuelle Hilfesituation zugeschnittene Unterstützung fehlt usw.. Wenn man dann auf die Suche nach konkreter Hilfe geht, stellt man fest, dass Berlin eigentlich ein sehr komplexes und umfassendes Hilfenetz hat. In manchen Bereichen gibt es sogar eine Versorgung, die man in anderen Bundesländern als Überversorgung bezeichnen würde.

Das Problem ist aber, dass diejenigen, die in einer konkreten Situation eine konkrete Hilfe brauchen, diese oft nicht finden, weil sie davon nicht wissen und manchmal auch die Professionellen nur rudimentäre Kenntnisse zur Verfügung stellen können. Es entsteht der Eindruck eines unvollständigen und unzulänglichen Hilfesystems. Zu klären ist nun, ob das in konkreten Fällen zutrifft und wie man das Wissen über die angemessenen und verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten so öffentlich und verfügbar macht, dass es nicht zu diesen Suchbewegungen kommen muss.

Als Patientenbeauftragte habe ich mich daher dafür eingesetzt, dass Berlin eine so genannte Transparenzplattform bekommt. Die Landesgesundheitskonferenz hat im Juni dieses Jahres den Beschluss gefasst, eine solche Initiative auf den Weg zu bringen. Wir wollen Informationen darüber bündeln und zentral zugänglich machen für Frage-

stellungen, die gerade auf Patientenseite im Gesundheitsbereich auftauchen können. In einem zweiten Schritt soll dann auch dafür Sorge getragen werden, dass solche Strukturinformationen auch Auskunft über die Qualität der Leistungsanbieter (z.B. von Krankenhäusern) enthält. Das wird sicher eine Weile dauern, aber jeder Strom fängt als kleine Quelle an.

Für ein solches Vorhaben bin ich auf die Zusammenarbeit mit denjenigen angewiesen, die ihr Ohr an den Problemen des Alltags haben.

Das gilt auch für die Zusammenarbeit mit den „sachverständigen Personen“, die sich als Patientenforscher/innen in der Psychiatrie engagieren und deren Erfahrungen wichtige Quellen für eine Verbesserung der Versorgung sein können.

Ich bin froh, dass ich im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischen Erkrankungen einen so kompetenten und lebendigen Partner in der Stadt habe.

Ich habe ja nun eine neue „Chefin“, seit der Neubildung der Senatsressorts wurde Gesundheit vom Fachbereich Soziales getrennt. Mit großer Neugier warte ich auf die politischen Schwerpunktsetzungen der neuen Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Frau Katrin Lompscher.

Ich verspreche Ihnen jedoch, das ich mich in meiner Rolle als Patientenbeauftragte gemeinsam mit dem Psychiatrie-Beauftragten Herrn Beuscher mit großem Nachdruck dafür einsetzten werde, dass Ihr Handlungsfeld, die Hilfen für psychisch Kranke und ihre Angehörigen die Aufmerksamkeit erhält, die Sie für die Erreichung Ihrer Ziele brauchen.

Ich weiß, dass Selbsthilfe, so wie Sie sie verstehen, weit mehr ist als das Angebot zum Gespräch und zum Erfahrungsaustausch von Betroffenen.

Selbsthilfearbeit, so wie Sie sie betreiben, ist gesellschaftliche Teilhabe und lebendige Zivilgesellschaft. Ich wünsche, ich hätte andere Ressourcen zur Verfügung, um Ihre Arbeit zu unterstützen, als freundliche Worte und das Versprechen auf aktive Unterstützung im Rahmen meiner Möglichkeiten. Ich werde mein bestes versuchen.

Ich danke Ihnen für Ihr Engagement und wünsche Ihnen bei dieser Tagung anregende Diskussionen.

Karin Stötzner

Und wer fragt nach mir?

Angehörige zwischen Verantwortung und Selbstbestimmung



Eva Straub

Vorsitzende Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Wohl jeder der anwesenden Angehörigen wird sich schon einmal gefragt habe „Und wer fragt nach mir?“ „Wen interessiert es eigentlich, wie es mir geht?“ „Wen kümmert es, ob ich Angst vor dem Entlassungsmoment unserer Tochter, des Sohnes, meines Partners, meiner Mutter aus dem Krankenhaus habe?“

Wer diesen stummem Vorwurf in sich trägt, steckt in einer schwierigen Lebensphase, fühlt sich vergessen und allein gelassen, ist frustriert.

Diese Fragen zeigt: dieser Mensch, hat sich zu viel zugemutet, ist in Gefahr sich zu überfordern, sich aufzuopfern bis den Rand der Erschöpfung. Psychotherapeuten und Psychosomatiker haben dafür einen Begriff: Erschöpfungssyndrom. Grund dafür ist fast immer das aus der Balance geratene Verhältnis von Selbstbestimmung und dem Sich-verantwortlich-fühlen.

Vor etwa 10 bis 20 Jahren war das Wort Selbstverwirklichung in aller Munde. Vor allem Frauen redeten bei jeder passenden und unpassenden Gelegenheit davon. Ich empfand das damals eher peinlich. Alles was das Selbst in den Vordergrund stellt, empfand ich als unsozial.

Das ist lange her, und das war bevor unser Sohn krank wurde. Inzwischen weiß ich, dass das Denken an einen selbst – insbesondere in belastenden Situationen – selbsterhaltend, d.h. lebenserhaltend sein kann – ja, ist!

Es gibt eine Menge von „Selbst-Wörter“ die die Notwendigkeit, für sich selbst Sorge zu tragen, wiedergeben: Selbsterkenntnis, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Selbstwertgefühl, Selbstbesinnung, und das Thema-Wort Selbstbestimmung.

Wir Angehörigen müssen die Haltung, die dahinter steckt, zumeist erst wieder lernen. Dann können wir dem anderen, dem Kranken, eine Stütze sein, und dann gelingt es, uns selbst gesund und hilfefähig zu erhalten:

Am Ende meines Vortrags werden Sie, sehr geehrte Damen und Herrn, liebe Angehörige, vielleicht mit mir sagen – ja, es ist in unserer Situation wichtig, an uns selbst zu denken und Verantwortung für uns selbst zu übernehmen. Und wenn es notwendig ist, auch für den Betroffenen. Zu erkennen, ob es notwendig ist und wann es notwendig ist, sich verantwortlich zu fühlen für den anderen, macht uns Angehörigen von psychisch kranken Familienmitgliedern die Entscheidung zwischen Verantwortung und Selbstbestimmung zu einer Gratwanderung.

Verantwortung

Wegen der Liebe untereinander innerhalb der Familie, wegen der Familienbande, ist es ganz natürlich, dass wir uns verantwortlich fühlen einer für den anderen. So war es bisher immer! Das ist das Grundprinzip für den Bestand einer Gemeinschaft.

Diese selbstverständliche Umgangsweise galt, bis einer von uns psychisch krank wurde. Von da ab ist es mit der Selbstverständlichkeit in Bezug auf Verantwortung übernehmen, nicht mehr so einfach. Sie löst immer wieder Diskussionen mit dem Kranken und unter den mitbetroffenen Familienmitgliedern aus.

Wie entscheidungsfähig ist der Kranke?

Wie viel Selbstbestimmung kann er wahrnehmen?

Wie viel Verantwortung müssen/können wir, die nahen – vielleicht einzigen – Bezugspersonen übernehmen für denjenigen, der sie unserer Meinung nach am meisten braucht?

Der Betroffene fühlt sich u. U. dadurch gegängelt!

Wir stecken in einem Dilemma!

Dazu möchte ich Ihnen von einem Erlebnis berichten, das ich als neubetroffene aber engagierte Angehörige hatte:

Ich war bei einer Diskussion an der auch PE teilnahmen, und meldete mich zu Wort mit dem Hinweis auf die Verantwortung der Angehörigen. Was meinen Sie, geschah dann? Eine Betroffene sprang auf und rief: „Ihr immer mit Eurer Verantwortung, Ihr Angehörigen habt überhaupt keine Verantwortung für uns zu übernehmen!“ Punkt! Ich stand da, wie ein begossener Pudel und verstand die Welt nicht mehr. Meinte ich es doch wirklich gut.

Heute habe ich eine sehr differenzierte Meinung dazu. Wie kam ich damals dazu, uns Angehörige ganz selbstverständlich in der Verantwortung für fast alles, was den Kranken betrifft, zu sehen? Unser Sohn war noch sehr psychotisch, mir fehlte die Erfahrung und die Gelassenheit, auch dem Kranken mal Fehler zugestehen zu können, und es fehlte mir das Vertrauen in seine verbliebenen Fähigkeiten. Vor allem aber fehlte es mir am nötigen Einblick in die Zusammenhänge der Erkrankung.

Es hat Jahre gedauert bis sich unser Zusammen-

leben in der Familie entspannte und ich die Sache mit der Verantwortung lockerer sehen konnte. Wie alle Angehörigen musste ich lernen, mich nicht immer einzumischen, nicht alles vorher regeln zu wollen und nicht ehrgeizig und mit vollem Einsatz – eigentlich mit mehr als ich geben konnte – eine schnelle Besserung, vielleicht Heilung, herbeizuführen.

Bei einem körperlich Kranken ist das einfach, da übernimmt man die Verantwortung dafür, dass – beispielsweise – einem Blinden nichts im Wege steht, worüber er stolpern könnte, dass ein Farbenblinder, der seine falsche Wahrnehmung nicht von Anfang an erkennt, nicht eher Auto fährt, bis er gelernt hat, wo die Ampel rot zeigt.

Es ist sehr, sehr, sehr viel schwieriger zu erkennen, wieweit ein psychisch kranker Mensch, unserer Hilfe bedarf, und wenn wir – die „Experten des Alltags“ – das schon nicht wissen, wie sollte das der Mitarbeiter auf dem Sozialamt, oder der Politiker oder die Krankenkasse oder auch der Sozialpädagoge das wissen?

Zur unrechten Zeit und bei der falschen Gelegenheit bewirkt u.U. unsere wohlgemeinte Hilfe bei dem Betroffenen genau das Gegenteil, von dem was wir als Ziel unserer Anstrengungen im Auge haben: nämlich möglichst viel Selbständigkeit! Er wird unselbstständiger, verliert Selbstvertrauen. Niemand muss ich schämen, wenn er diese wirklich schwierigen Unterscheidungen nicht so bald hinkriegt.

Gerade bei psychisch Kranken stellt sich immer wieder die Frage: Wie erkennen wir „Will er nicht oder kann er nicht?“ Will er nicht, dann kann er ja selber Verantwortung übernehmen, kann er nicht, dann sind wir dran. Und um das Maß der Verwirrung noch zu steigern: Sieht der Betroffene überhaupt ein, dass er krank ist und Hilfe braucht, dass die Bezugsperson handeln muss, um Schaden abzuwenden?

Hilfe Widerwillen – ist das dann noch Hilfe?

Viele Familien sehen sich diesem Konflikt gegenüber – allein mit sich und dem eigenen Gewissen. Die Verantwortung kann den Familien niemand abnehmen. Wenn professionelle Helfer eine Legitimation sehen einzugreifen, ist oft viel passiert, ist vielleicht viel versäumt.

Im Rückblick auf vergangene Situationen wird sich so manch ein Angehöriger fragen, wie wir uns damals nach qualvollen Überlegungen entschieden haben zwischen Hilfe oder Nichthilfe, war es gut so? Und er wird feststellen, dass man die Antwort meist erst hinterher geben kann.

Vom Ergebnis her durchschauen wir den Wert unserer Hilfeleistung. So bleibt uns Angehörigen – und nicht nur ihnen – häufig nur, die Probe aufs Exempel zu machen mit ungewissem Ausgang – jedes mal von Neuem: Versuch und Erfolg oder Versuch und Irrtum auszuhalten.

Schmerzvoll ist der Gedanke schon: „Wir verausgaben uns, wir opfern uns auf, wir verzichten

auf die Fortsetzung unseres gewohnten Lebensstils, wir wollen nur das Beste, und dann müssen wir erleben: Der Betroffene weist unsere Hilfe schroff zurück, fühlt sich gedemütigt. Das war es also nicht!!!! Das war zu gut gemeint!

Ein guter Angehöriger zu sein, alles im Griff haben zu wollen, ist ein Anspruch, den wir besser nicht haben sollten. Übertriebene Selbstverpflichtung setzt uns unter Druck, sie bringt uns an den Rand der nervlichen und psychischen Erschöpfung und lässt uns innerlich ausbrennen.

Außerdem wissen wir denn, was das eigentlich ist ein guter Angehöriger zu sein?

Wir wissen, wie ein guter Angehöriger nicht aussieht: Wenn er nach Jahren der Erkrankung immer noch

- das Verhalten des Erkrankten an dem von Gesunden, von gesunden Familienmitgliedern misst,
- wenn er glaubt, die Krankheitszeit einfach auslöschen zu können aus der Biografie des Betroffenen,
- wenn er meint, der Betroffene könne den beruflichen Werdegang da wieder aufnehmen, wo er unterbrochen wurde,
- wenn er meint, der Kranke würde nach einer Genesung wieder so, wie er einst war,
- und wenn er meint, er könne durch Druck und immer neue Rehabilitations-Vorschläge die Heilung beschleunigen,

dann hat er nichts begriffen und die Krankheit für sich nicht verarbeitet, hat die veränderte Lebenssituation nicht akzeptiert.

Er hängt einem Idealbild nach. Konsequenter Weise muss er immer wieder enttäuscht werden. Er wird von seinen vermeintlichen Misserfolgen bestimmt und fühlt sich verantwortlich dafür. Womöglich braucht er die Hilfe anderer Angehöriger, – derer, die dieses Stadium bereits hinter sich gelassen haben –, um zu erfahren, dass der erste Schritt zu einem selbstbestimmten Leben im Annehmen liegt. Das ist kein passiver, resignierender Akt, sondern geschieht aufgrund einer rationalen Entscheidung: „Ich nehme das Schicksal an, aber ich lasse mich nicht von ihm unterkriegen“.

Zur Verantwortlichkeit der nahen Bezugsperson gehört unbedingt, sich über sich selbst, über die Rolle, die sie einnehmen will und die eigene Einstellung zur Krankheit Rechenschaft abzulegen. Wie viel Fürsorge kann, will – sie geben? Was ist das richtige Maß?

Überfürsorglichkeit kann sich genauso ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken wie hängen lassen.

Sinnbildlich gesprochen sollte der Angehöriger nicht die Beine des Patienten sein zu wollen. Die Krücken ja, für eine bestimmte Zeit, solange sie der Betroffene braucht. Die er aber wieder ablegen kann, wenn er zum „Selber-Gehen“ im Stande ist, und wieder aufnehmen kann, wenn das selbständige Gehen schwer fällt. Was für den Angehörigen auf

den ersten Blick nach Beliebigkeit aussieht, ist doch innere Stärke und macht den bewusst Handelnden freier.

Verantwortung hat noch einen anderen Gegenpol: den der unterlassenen Hilfeleistung.

Ein Beispiel, dass vielleicht der eine oder andere aus der eigenen Erfahrung kennt: Ein junger Mann, leidet an Schizophrenie und äußert immer wieder den Gedanken sein Leben so nicht mehr ertragen zu können. Aber behandeln lassen will er sich auf gar keinen Fall: Verantwortung übernehmen? Oder die Selbstbestimmung des Betroffenen achten? Übernimmt er dann die Verantwortung, kann er das überhaupt? Diese Frage habe ich in einem Interview Dr. Bäuml (Itd. Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München) gestellt:

„Ich stelle mir vor, wie ich es mir wünschen würde, wenn ich selber in solch einen Zustand geraten würde. Ich würde mir dringendst wünschen, dass meine Angehörigen und Freunde rasch und energisch einschreiten würden, um mich in die Behandlung zu bringen, die ich bräuchte. Ich würde nicht wollen, dass man mich unter der Begründung, er will's ja nicht anders, wochen- oder monatelang in einem psychisch sehr krankhaften Zustand einfach belässt. Das wäre mir eine grauenvolle Vorstellung.

Ich würde mir wünschen, dass jemand da ist, der Courage hat, mich in Behandlung zu bringen, notfalls auch gegen meinen Willen. Das ist meine feste Überzeugung.“

Und zum Thema „unterlassene Hilfeleistung“:
„Nur einfach ein kurzes Angebot zu machen und zu sagen, wenn Sie nicht wollen, ist das Ihre Sache, das finde ich, grenzt an unterlassene Hilfeleistung.

Ich käme mit meinem Vortrag in Teufelsküche und weit ab vom Thema, wenn ich uns die Frage stellte, entspricht der Einsatz, der von uns gerufenen Polizei in einer psychotischen Krise, der Wahrnehmung unserer Verantwortung? Ist es eine Hilfeleistung – und für wen?!

Wieder Bäuml: „Ich habe absolutes Verständnis dafür, wenn Angehörige sagen, ich kann nicht mehr. So kann es nicht mehr weitergehen, wir geraten als Familie in Gefahr unterzugehen.“

Wie kann man diese vielen Unsicherheiten, diese vielen uns täglich abgeforderten Entscheidungen zwischen Selbstbestimmung und Verantwortung verringern? Nur in dem sich Angehörige so schlau wie irgend möglich machen, sich so viel wie möglich Informationen in Bezug auf die Krankheit holen bei allen Beteiligten:

- bei Profis,
- im Trialog, d.h. bei Gesprächen zwischen Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und professionell Tätigen
- und ganz besonders auch im Gespräch mit dem eigenen psychisch kranken Familienmitglied selbst.

An Sachinformationen von Profis ist schwer zu kommen.

Die Frage sei erlaubt, wie es denn mit der

Verantwortlichkeit der Profis in dieser Hinsicht aussieht? Dörner (Prof. Dr. med Klaus Dörner, ehem. Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Gütersloh, sagt dazu: „Vom Grundsatz her gibt es keine psychiatrische Situation mehr mit nur zwei Menschen, es sind immer mindesten drei: Patient, Profi, Angehöriger (Freund). Noch immer aber fehlt dieses Bewusstsein bei vielen Professionell Tätigen.“

Brauchbaren Rat, wie wir mit Verantwortung und Selbstbestimmung umgehen, gibt es bei gleichbetroffenen Familien, in der Angehörigengruppe und in Einzelgesprächen. Das ist ein wesentlicher Teil der Selbsthilfe!

Nur – Patentlösungen gibt es nicht!

Je mehr der Angehörige bei der Betreuung des psychisch Kranken Verantwortung übernimmt – übernehmen zu müssen meint – oder aus Selbstüberschätzung an sich zieht, umso weniger Selbstbestimmung bleibt ihm. Gefangen in den eigenen Ansprüchen und nicht selten in gesellschaftlichen Konventionen kümmert er sich schließlich um alles, verliert das Gefühl für sich selbst und seine Belastungsgrenzen. Es gehört eine gehörige Portion Selbstbewusstsein dazu, zu seinen Bedürfnissen zu stehen ohne Schuldgefühle zu entwickeln.

Schuldgefühle führen zu Wiedergutmachungsbemühungen der Angehörigen bis zur Selbstaufgabe. Dadurch wird nichts besser, sondern alles nur noch verkrampfter und unfreier im gemeinsamen Zusammenleben mit psychisch Kranken. Eine Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten kann so nicht entstehen. Wegen dieser Erfolglosigkeit erhalten sich die Schuldvorwürfe ständig selber, und irgendwann besteht unser ganzes Leben aus Verantwortungsgefühl. Wir verlieren uns selbst. Selbstlosigkeit, in der wir uns für den Kranken aufopfern, lässt unser Selbst verschwinden, macht uns für den Kranken bedeutungslos und gibt ihm keinen Halt.

Schuld hat gemeinhin in der Psychiatrie wenig zu suchen, wohl aber Verantwortung. Wie steht es mit der Verantwortung des Gesetzgebers für eine für alle gleiche Gesundheitsversorgung, wie mit der des Staates, wie mit der Verantwortung für bedarfsgerechte und unterschiedslos allen zugute kommenden Hilfe-Leistungen aus?

Der Staat hat eine Fürsorgepflicht für Kranke und Behinderte. In dieser Fürsorgepflicht stehen auch Kommunen und Landkreise. Leid und Not zu lindern, Familien zu schützen und behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen – diese Normen sind in unserer Verfassung, den Gesetzen und im Bewusstsein der Gesellschaft verankert. Dieser Schutz gilt auch für Familien mit psychisch kranken und behinderten Menschen.

„Und wer fragt nach mir?“ war die Ausgangsfrage! „Und wer fragt nach uns, den Familien?“

Die Rolle der Angehörigen in der Psychiatrie hat sich gewandelt

Trotz einer erheblichen Therapieverbesserung

bei der Behandlung von psychischen Krankheiten gelingt es vielen Patienten nicht, wieder ein selbständiges Leben zu führen. Zweidrittel aller psychisch Kranken leben in der Familie. Und trotz moderner Medikamente und sozialpsychiatrischer Betreuung muss immer wieder mit Rückfällen gerechnet werden.

Es käme noch viel häufiger zu Rückfällen, würden die Familien nicht stützend, ermutigend und zur Behandlung motivierend mithelfen.

Angehörige wollen und können bei der Krankheitsbewältigung mithelfen, sie wollen das freiwillig tun, und sie wollen nicht das Gefühl haben, zu müssen, ungefragt verplant zu werden. Selbst entscheiden und mitentscheiden wollen sie, was in der Nachsorge ihres psychisch Kranken geplant wird. Wenn Sie heute als Co-Therapeuten bezeichnet werden, heißt das so viel wie, sie müssen mithelfen, sie sind mitverantwortlich für den Verlauf, sie werden nicht gefragt. Freilich, Sie bekommen eine Rolle und Verantwortung zugeschoben, um die uns unsere Vor-Vorfahren beneidet hätten. Aber es ist eine Rolle, die sie bei den heutigen geringen Unterstützungsangeboten für betroffene Familien kaum tragen können.

Die Gesundheitsökonomie mit den Zwängen zum Sparen, sieht solche Pflichtenteilung gerne.

Wir wissen es: Angehörige sind unverzichtbar. Sie erwarten aber Mitsprache bei Entscheidungen. Sie erwarten die Rücksichtnahme auf ihre, den Lebensumständen entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten. Das hieße die Selbstbestimmung der betroffenen Familien zu wahren!

An dem Beispiel der Entlassungspraxis aus dem psychiatrischen Krankenhaus möchte ich das erklären: Jeder Ortswechsel und Wechsel der Bezugspersonen macht psychisch kranken Menschen zu schaffen, ist ein kritischer Moment. Die Entlassung aus der Klinik erst recht – und das nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihre Angehörigen. Soll dieser Schritt gut gelingen, bedarf es der Miteinbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsvorbereitungen.

In der Praxis hieße das, die Familien vor allem zu fragen, ob sie sich praktisch, räumlich, psychisch in der Lage fühlen, die Betreuung ihrer Kranken zu übernehmen. Das hieße, die Angehörige ernst nehmen und ihnen ihre Selbstbestimmung zu lassen, ohne ihnen eine Verantwortung aufzuladen, auf die sie nicht vorbereitet sind.

Es gibt unbestritten eine Kommunikationslücke zwischen Krankenhaus und Familie, aber auch – und die ist vielleicht noch größer – zwischen niedergelassenen Psychiatern und Angehörigen!

Mit der Versorgungsform der „Integrierten Versorgung“ sollen diese Gräber zwischen Versorgungsebenen geschlossen werden. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. setzt sich dafür ein, dass auch die Familien durch mehr Einbeziehung davon profitieren

Denn, Krankenhaus–Angehörige ist eine Schnittstelle, die bei weitem tiefer ist und dramatischere Folgen hat, als die Schnittstellen zwischen Profieinrichtungen untereinander. Die Beseitigung dieser Kluft ist ein „Muss“ Es ist die notwendige Folgerung aus der Psychiatrie-Reform und die unabdingbare Voraussetzung für die Fortsetzung „ambulant vor stationär“.

Patienten nach längerem stationärem Aufenthalt in die unvorbereitete Familie zu entlassen, ist ein Kunstfehler! Entlassungen ohne Einbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsplanungen oder in Hilfeplankonferenzen sind von gestern und entsprechen nicht mehr der heutigen, d.h. der modernen Psychiatrie.

Die Mit- und Selbstbestimmung der Familien eines behinderten Menschen zu achten, ist nicht nur eine moralische und dem Grundgesetz entsprechende Pflicht, sie ist vor allem vernünftig! Sie erhält die Leistungsfähigkeit dieser Familien und ihre Gesundheit, und damit ist sie eine volkswirtschaftlich vernünftige Maßnahme. „Jeder will gefragt werden, selbst dann, wenn er eigentlich keine Möglichkeit hat nein zu sagen!“

Psychische Krankheiten sind, volkswirtschaftlich gesehen, teure Krankheiten. Dabei sind es nicht einmal die direkten Krankheitskosten, wie Arzthonorare, Medikamente Krankenhausaufenthalte, die den größten Kostenanteil daran haben. Diese direkten Kosten verursachen höchstens ein Drittel der Gesamtkosten, die durch psychische Krankheiten entstehen. Die indirekten Kosten, wozu diejenigen durch Arbeitsausfall, durch Frühverrentung, durch Arbeitstrainingsmaßnahmen usw. zählen, machen zwei Drittel der Kosten aus. Wie hoch würden wohl die indirekten Kosten klettern, wenn nicht die Angehörigen dem Staat einen großen Teil gerade dieser Ausgaben, durch kostenlose Betreuung ihrer Kranken abnähmen? Millionenbeträge sind das!

Man stelle sich die Mehrbelastung des Sozialhilfebudgets vor, wenn allein alle die Familien, die in die Entlassungsplanung ihres kranken Familienmitglieds aus dem Krankenhaus nicht miteinbezogen wurden – vielleicht weil der Betroffene das nicht wollte, oder weil es so sehr eilte mit der Entlassung, wenn also allein diese Familien sich weigern würden, den Patienten nach der Krankenhausbehandlung wieder *zu* Hause aufzunehmen? In Anbetracht dieser und vieler anderer Leistungen der Angehörigen können wir sehr selbstbewusst zu uns stehen.

Weil die öffentlichen Mittel nicht ausreichen, bleibt es meistens den Familien überlassen in die Bresche zu springen und sich um die alltägliche Krankheitsbewältigung zu kümmern, für die Behandlungskontinuität Sorge zu tragen, einen beschützten Wohnraum zu stellen usw. Sie tun es dem Kranken zu liebe, und oftmals bis an die Grenzen ihrer Kräfte und darüber hinaus. Sie wollen aber wenigstens das Gefühl haben, frei zu sein in

ihrer Entscheidung. Sie sind nicht die natürlichen Lückenbüßer für unzureichende, nicht bedarfsgerechte, nicht funktionierende Versorgungsstruktur. Noch einmal: die meisten Familien lieben ihre psychisch kranken Angehörigen so sehr, dass sie alles tun würden, das Schicksal umzudrehen, ja, sie tun meistens zu viel.

Daher die Frage an die Politik und die Planer der psychiatrischen Versorgung. Wer fragt nach der Belastbarkeit der Familien? Danach, wie viel kann die Gesundheitspolitik noch auf die Familien abwälzen? Hier genauer hinschauen, Lücken in der Versorgung und Fehlplanungen aufzudecken, die Interessen der Familien zu vertreten, und auf einer patientengerechten und familiengerechten Versorgungslandschaft und Gesellschaftsordnung zu bestehen, das sind auch Aufgaben der organisierten Angehörigen-Selbsthilfe auf Landes- und Bundesebene. Dafür setzt sich der BApK bei allem was er tut ein!

Selbstbestimmung

Nur bedingt ist Selbstbestimmung ein Wert an sich und ganz bedingt kann man Selbstbestimmung in Gegensatz stellen zu Verantwortung.

Niemand kann völlig selbstbestimmt leben. Immer gibt es Umstände, die einen zu Handlungen – zu Haltungen – zwingen, es gibt Lebensumständen, die der Menschen nicht in der Hand hat – wie Krankheit z.B. –, über die er also nicht bestimmen kann.

Das Gefühl selbstbestimmt zu leben, hängt vom Verhältnis von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung ab. Wenn ich zu 90 Prozent von äußeren Umständen, seien von außen auf mich einwirkende oder solche, die mir mein Körper vorgibt, gesteuert werde, fühle ich mich unfrei. Es bleibt einem anscheinend nur eine sehr kleine Handlungsfreiheit.

Freiheit des Handelns?

Das ist ein Thema mit dem sich die Neurologie zunehmend beschäftigt – das hat die Menschheit immer beschäftigt! – Mit der modernen Technik der bildgebenden Verfahren (PET Positronenelektronen-Computertomografie) können Forscher dem Gehirn bei der Arbeit zuschauen. Und nun sind sie gar nicht mehr so sicher, ob die freie Entscheidungsfähigkeit eines Menschen nicht eine Illusion ist. Bereits bevor wir den Arm heben wollen, haben sie herausgefunden, vollzieht das Gehirn die dafür notwendigen Schaltungen.

Kurze Zeiten der Unfreiheit, in denen wir nicht selbst bestimmen oder wenigstens mitbestimmen können, ertragen wir recht gut. Ja, wir fühlen uns sogar besonders tüchtig, als „Helden“. Bedingung dafür ist ein Licht am Ende des Tunnels. Und ganz wesentlich ist es, das Unvermeidliche selbstbestimmend anzunehmen.

Wenn ich jetzt darüber nachdenke, weshalb gerade Angehörige psychisch Kranker sich so deutlich bewusst werden und darunter leiden, nicht Herr ihrer selbst sein zu können – noch einmal, wer

kann das schon? – sind nicht nur die Alltagsbelastungen allein Schuld daran. Angehörige psychisch Kranker Menschen sehen sich einer versunsichernden Situation gegenüber und ausgeliefert. Und das voraussichtlich für längere Zeit. Muss das so sein? Müssen sich die Bezugspersonen wie Schachfiguren beim Schachspiel, deren Regeln sie nicht kennen, fühlen? Und dessen Ausgang sie nicht kennen? Mit dem Schicksal können die Schachfiguren hadern und langsam depressiv werden, das ändert nichts an ihrer Situation! Aber sie können ihre Rolle auch annehmen und im Vertrauen auf sich selbst und den Schachspieler mitspielen. Hadern, Revoltieren nützt nichts – schadet uns nur! Wenn der Angehörige die Krankheit als solche akzeptiert hat, d.h. wenn er krankheitseinsichtig ist und einiges weiß über die Krankheit, hat er sehr wohl die Möglichkeit zu entscheiden, in wie weit er sein Leben von den Symptomen seines psychisch kranken Angehörigen bestimmen oder selbst bestimmen will. Je mehr wir uns in alles einmischen oder verwickeln lassen, um so weniger sind wir frei, Entscheidungen zu treffen. Wir haben auch eine Verantwortung für uns selber haben, das steht außer Zweifel!

Dörner sagte einmal so: „Tun Sie nur so viel, wie Sie meinen, dass es in erster Linie für Sie gut ist und erst dann für den Kranken“.

Die Kunst für uns Angehörige besteht darin,

- zu den eigenen Bedürfnissen zu stehen, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben.

- sich als Bezugsperson zu fühlen und doch die Verantwortung auf mehrere Schultern zu legen,
- zu akzeptieren aber nicht zu resignieren
- mit zu leiden aber nicht mitleidig zu sein
- sich als Helfer zur Verfügung zu stellen, aber sich nicht vereinnahmen zu lassen!

Wir sind es dem Betroffenen und uns selber schuldig, stark zu bleiben. Er braucht uns!

Und nebenbei bemerkt: Dem psychisch kranken Familienmitglied bekommt es gar nicht gut, wenn es das Gefühl hat, es sei Schuld, dass wir uns aufarbeiten, es sei der Grund für unsere geopferte Hobbys, es verursache unsere gesundheitlichen Probleme. Das belastet gerade die doch so sensiblen Familienmitglieder. Auch ein psychisch kranker Mensch hat lieber einen ausgeglichenen in sich ruhenden, entspannten und mal lächelnden Menschen in seiner Nähe.

Nun fasse in großen Zügen zusammen: Wenn ich selbstbestimmt leben will, muss ich das auch anderen zugestehen, d.h. meine Selbstbestimmung hat da ihre Grenzen, wo sie die der anderen berührt oder gar einschränkt. – Das gilt auch für die Selbstbestimmungsforderungen der psychisch kranken Menschen, sonst können sie nicht ernst genommen werden. Verantwortung und Selbstbestimmung müssen keine Gegensätze sein.

Folgende Voraussetzungen gehören zu beidem dazu:

- Informiert sein,

- wenn es notwendig ist, Distanz wahren zum eigenen Schicksal und zum täglichen Belastungen,
- sich frei machen von hohen Erwartungen,
- sich keine zu ehrgeizigen Ziele stecken,
- lernen Vertrauen zu haben in die eigenen Fähigkeiten,
- sich selbstbewusst Partner suchen zur Bewältigung der täglichen Belastung und bei der Entscheidungsfindung und als Rückenstärkung.

Selbstbestimmung heißt, sich nicht von eigenen, anerzogenen bürgerlichen (spießigen) Wertvorstellungen und Vorstellungen in Bezug auf ein erstrebenswertes Leben für den Betroffenen abhängig machen: Nicht Sauberkeit, nicht Wohlstand, nicht ein nach Haaröl duftender Typ im schneien Anzug sollte unser Ziel sein, sondern die Zufriedenheit des Betroffenen mit dem Nischenplatz; den er sich ausgesucht hat. Nicht die zugemüllte Wohnung ist eine Katastrophe, sondern die Verzweiflung des Menschen, sein „Reich“, seine „Heimat“ zu verlieren, wenn Angehörige unbedingt aufräumen oder ihn da rausholen wollen.

Nicht wir müssen sein Leben meistern, sondern er!

Welche Konsequenzen können wir daraus ziehen?

- Ehrlich Abschied nehmen vom Idealbild des Kranken.
- Akzeptieren lernen. Das spart Kräfte, ermöglicht größtmögliche Gelassenheit und erhält uns unsere Gesundheit!
- Nicht hadern, nicht wegleugnen, nicht resignieren, und nicht an Wunder glauben – die Enttäuschung könnte uns umwerfen.
- Lernen Sie wieder zu genießen. Mal abschalten und sich der Musik, einem guten Essen, einem Frühlingmorgen hingeben und wieder erkennen: das alles gehört auch zum Leben!!!!
- Weder sich noch ihm immer wieder vorbeten, was hätte sein können. Auch der Erkrankte leidet unter der veränderten Perspektive, und so manche abrupte Reaktion kommt vielleicht aus der Diskrepanz; zu wissen, du könntest eigentlich ..., aber du wirst es nie können!!!!
- Dem Betroffenen mehr Freiheit geben, wenn er sie will. Zeigen Sie ihm Vertrauen. Auch der psychisch kranke Rekonvaleszent hat ein Recht auf eigene Erfahrungen und ein Recht daraus zu lernen.
- Angehörige informiert und selbstbewusst werden, die auf ihren Rechten und auf dem Schutz der Familie bestehen und selbstbewusst Hilfen fordern.

Schluss

Unbemerkt und ungewollt schlittern betreuende Angehörige in eine Lage, die Ihnen persönlich schwer zu schaffen machen kann. Sie werden unfrei, sie haben keinen anderen Lebensinhalt mehr als die Pflege, sie gönnen sich keine Verschnaufpause, keinen Tapetenwechsel, sie leben mit den Krankheitsphasen. Hellhörig sollte jeder werden,

wenn er seine Familiensituation mit „Wenn es meinem psychisch Kranken gut geht, geht es mir gut!“ beschreibt. Das ist ein gefährlicher Ausspruch, der bedeutet, dass Angehörige, die das sagen, ihr ganzes Sein und ihren Lebensinhalt vom Wohlergehen des psychisch kranken Menschen abhängig machen – das geht mal, aber nicht bei der Begleitung eines chronisch, über lange Zeit erkrankten Menschen

Umformuliert in: „Nur wenn es mir gut geht, kann ich dafür sorgen, dass es unserem psychisch Kranken gut geht!“, spiegelt der Satz einen schwer erworbenen Erfahrungsschatz der Angehörigen wider, nämlich: pass auf Deine Gesundheit auf in Deinem Interesse und in dem Deines Kranken.

Das Selbstbewusstsein zu stärken oder wieder zu erlangen ist die Voraussetzung dafür, dass Angehörige sich nicht ausgeliefert fühlen, dass sie agieren können und nicht nur reagieren müssen und insgesamt unabhängiger in der Denkweise und bei Entscheidungen werden. Und wenn dann Stolpersteine – ja dicke Brocken – im Weg liegen, die Kraft und den Mut haben, selbstbestimmt –nach Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Informationsquellen –, entscheiden zu können, sie wegzuräumen, sie zu übersteigen, oder sie links liegen zulassen, gibt uns Angehörigen das Gefühl freiwillig, wohlüberlegt Verantwortung übernommen zu haben, uns einen Teil Selbstbestimmung erhalten zu haben. Zu einer solchen „Angehörigenweisheit“ zu kommen ist ein langer Weg.

An alledem können wir arbeiten, *an uns arbeiten!* Und es lohnt sich auch wegen der eigenen Zufriedenheit und Gesunderhaltung.

Anmerkungen und ein Lebens-Gefühl zum Thema:

Was wirkt – hilft auch! Gesundheitliches Denken und Praxis der Selbsthilfe Psychiatrie-Betroffener



Dipl.-Päd. Carmen Gellrich, M.A.
(gekürzt und in Auszügen zusammengestellt)

Selbst – wenn wir schweigen – sprechen wir! Und viele von uns (Betroffenen) fragen sich: Was ist das für ein Leben?

Wer ins Leben nicht wieder zurück findet: in ein freies und unabhängiges Leben... mit bezahlter Arbeit, sinnvoller Beschäftigung, klaren Zielen, stabilen Lebensverhältnissen und sozialer Anerkennung... der stürzt tief ab – fällt in ein soziales Sicherungs-Netz (aus Grundsicherung, Frühverrentung, Hartz vier, Zuverdienst, betreuten Wohnformen) und landet im sozial-psychiatrischen Milieu!

Ein Leben: ganz sicher und „grund-versorgt“...!

Andere wiederum leben „im freien Fall“: durch nichts gesichert: auf der Straße – den Angriffen und bloßer Verachtung ausgesetzt – und lehnen psychiatrisch-/sozial-psychiatrische Behandlung ganz ab!

Wer sich gegen diese „Lebensformen“ wehrt: sich der Psychiatrie und Sozial-Psychiatrie verweigert – und sich sicher schützt vor Stigmatisierung und den offenen Angriffen aus der Gesellschaft, der meidet sie und zieht sich ganz und in sich selbst zurück und geht – wie so oft von Freunden und Bekannten verlassen – den Weg in die Selbst-Isolation.

Das heißt: er nimmt seinen *sozialen Tod* in Kauf – ein langer, trauriger und schmerzhafter Tod: da keine „Aussicht auf Leben“ besteht.

Der *soziale Tod* als dis-soziale Lebensform... steht für einen düsteren Lebensstil, Lebensprozess

und eine bittere Lebens-Erkenntnis manch eines Chronikers und Betroffenen, der sich selbst aufgegeben hat und aufgegeben wurde, Bedürfnisse verneint: ohne Selbstwert ist, sich schämt... und in der Welt eines Versagers lebt und Ausgeschlossenen: im „Heer der Überflüssigen“ zu Hause ist.

Es ist das Lebensgefühl eines Menschen, der spürt, dass er sein Leben und seine Krankheit nicht mehr bewältigen kann... und das auch nicht ändern kann...!

Selbst – wenn wir schweigen – sprechen wir und leiden: als Betroffene mit unseren Angehörigen!

JA! Vielen von uns geht es wirklich nicht gut! Wir leiden: trotz Behandelbarkeit seelischer Störung und Grundversorgung... und stellen fest:

Wir sind schon in Ordnung, aber unser Leben ist es nicht: unser Lebens- und Grundgefühl ist schwer gestört und manchmal sind wir selbst zerstört und der Selbstwert tief verletzt!

Wir leiden! Und das gleich 3-fach:

1. an der Krankheit selbst und ihrer Belastung
2. an einer Gesellschaft, die uns zwar duldet, aber noch nie gewollt hat.

Wir leiden unter einer Gesellschaft und ihrem Menschenbild, die sich demokratisch nennt und den Wert des Lebens „heilig“ spricht, aber unser Recht (auf Akteneinsicht und Gleichbehandlung) mit Füßen tritt und Diskriminierung, Stigmatisierung, Negativ-Attribution (Ausgrenzung und Verachtung) zur Option macht:

Betroffene und Angehörige leiden unter einer Gesellschaft, die sich nicht in Frage stellt: mehr an Funktionalität und Rollenerwartung interessiert ist und den Wert von Ökonomie und Kapital höher ansetzt – als den Wert der von Handicap und seelischer Störung betroffener Menschen!

Wir leiden weiter und

3. unter der Psychiatrie selbst und ihrem defizitären und symptom-fixierten Krankheitsbegriff und Menschenbild, was uns selbst *ganz krank* macht, weil so gar nicht nach uns als Mensch und Person gefragt wird und „nur“ nach Symptomen und niemand wissen will: Wie gesund wir noch sind? – Was wir noch alles können? Und: Wozu wir noch fähig sind? (wenn man uns fördert und lässt!)

Wir leiden unter einer Psychiatrie, die sich mit dem Einordnen unserer Symptome und Zustände befasst und dem Klassifizieren gemessener Normabweichung und Funktionsschwäche... und die Gründe für unsere soziale Aussortierung und Etikettierung „ganz krankhaft“ und „symptom-fixiert“ erklärt: ein Irrsinn mit dem Etiketten-Wahl!

Wir leiden unter einer Psychiatrie, die uns Betroffene „negativ“ beurteilt und auf die „untersten Ränge“ verweist und unsere Angehörigen gleich mit: alles in der „Heiligen Ordnung“ der Hierarchie im Namen der Psychiatrie: ... einer Psychiatrie, die sich am Krankheitsbegriff und an klar definierten Krankheitsmodellen orientiert und Anpassung verlangt und nach Defiziten fragt - statt nach uns und

unseren Lebenschancen und Fähigkeiten und *potentiellen Möglichkeiten* nämlich:

Wie Leben mit Handicap, Behinderung und einem Minus auf dem Haushaltskonto (in Fragen: Konzentration, soziale Kontakte, Antrieb, Belastbarkeit, Stresstoleranz, Selbstwert) *trotzdem* gelingen kann... und Krankheit zu bewältigen ist (mit etwas Unterstützung und „Bewegung“ der Gesundheitsförderung)?

Selbst – wenn wir schweigen – sprechen wir und fragen nach einem Menschenbild und Personbegriff, das auch nach uns fragt: als Person und nicht nach Funktion!

Wir (Betroffene) stellen die Fragen, auf die es wirklich ankommt!

Wir haben unseren Wert sicher im sozialen Kapital angelegt. Aber man muss danach fragen: differenziert und personhaft und das auch wollen!

Aber ganz sicher haben wir unseren Wert in einem humanen Kapital angelegt, das nicht nur sozial, sondern existentiell ist! Man muss das Kapital aber anfragen und tatsächlich anfordern und das (als Gesellschaft) auch wollen.

Das heißt: Wir fragen „*grundsätzlich*“ und nicht nur im Verständnis, dass Psychosen existentielle Grund-Erschütterungen und Grenzerfahrungen sind, sondern fragen *grundsätzlich* und provozieren Gesellschaft und eigenes Leben, sich selbst „in Frage“ zu stellen und auf *Sinn und Werte* zu überprüfen!

Einübung ins „*existentielle Fragen*“:

- Wer bin ich und warum „*anders*“?
- Was ist „*Identität*“? Was hält sie zusammen? Wann bricht sie auseinander?
- Welche „*Tiefen und Gründe*“ hat das Leben?
- Grenzerfahrung: Gehört sie zum Leben?
- Wie „*wirklich*“ ist die Wirklichkeit?
- Stimmung: Trägt sie mich noch? Hält sie mich aus?
- Wie verletzbar ist die Seele? Und hat sie „*Gründe*“?
- Wie zerbrechlich bin ich, aber auch stark?
- Habe ich Anspruch auf *Sinn und Bedeutung*?
- Wozu bin ich „*eigentlich*“ da?
- Bin ich *Subjekt* mit Eigen-Sinn?

oder nur *Objekt* und ohne Sinn?

Bin ich *Subjekt*: dann auch *Person*... heißt:

Ich bin „*von Wert*“ und „*wesentlich*“! Aber:

- Was bestimmt den Wert: Kurswert oder Selbstwert?

Liegt mein Wert in meiner *Personalität* oder *Funktionalität*?

Liegt er in meiner *Funktionalität*, dann bin ich genormt und messbar und muss störungsfrei sein und reibungslos laufen: im „*Dogma der Normalität*“ antreten und im System hochfunktionaler Betriebsabläufe... in einer auf Produktivität und Hochleistung und Hightech getrimmten Gesellschaft: dann kann ich mir keine Funktionsschwächen und „*Abstürze*“ leisten und muss „*funktionieren*“!

Als *Person* habe ich andere Eigenschaften und „*potentielle Fähigkeiten*“ und bin *grundsätzlich* „*frag-würdig*“ und will „*angefragt*“ (nicht abgefragt) sein und selbst antworten und *nein* sagen können und mich verändern und das „*Recht*“ haben, mich zu schützen und selbst verstehen und nach *Sinn und Werten* fragen und selbst verwirklichen...

und bin *grundsätzlich* *begegnungsfähig*: nicht immer, aber „*im Grunde*“ schon und bin kein „*Fall*“ mit „*Fall-Eigenschaft*“, sondern habe ein Gesicht und eine Geschichte..., die nicht immer einfach ist und gleich zu verstehen und lasse mich nicht zwischen zwei Aktendeckel stecken: auch nicht „*zusammenfallen*“ zur Kartei (wie soll das gehen?), sondern will wissen und fragen: Wie kann mein Leben gelingen? Wie kann ich *Sinn und Werte* schaffen? Wie kann ich meine Krankheit bewältigen? Und was kann ich selbst tun?

Fragen an die psychosoziale Gesundheitsförderung:

Gesundheit ist (nach BADURA): „*die Fähigkeit des Menschen zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk aus sozialen Beziehungen erhalten – wieder hergestellt oder neu aufgebaut wird*“.

Der Medizinsoziologe und Begründer moderner Gesundheitsförderung ANTONOVSKY sagt: „*Gesundheit ist nicht messbar oder objektiv feststellbar (z.B. im Verfahren ‚psychiatrischer Seizierung‘), sondern subjektiv feststellbar, sehr individuell und stark abhängig vom persönlichen ‚Kohärenz-Sinn‘ des Menschen, d.h.: davon, ob ein Mensch sein Leben 1. als sinnvoll erlebt, 2. es für ihn verstehbar und 3. von ihm zu bewältigen ist.*“

Aktualisiert und auf die Situation vieler Betroffener übertragen heißt *Kohärenz*:

1. Gelingt es, Leben und Alltag erfolgreich auf *Sinn und Werte* hin auszurichten und auf *Lebensziele*, die erreichbar sind?

2. Gelingt es, das eigene Leben „*verstehbar*“ zu machen und Krankheit, Stigma, Psychiatrie, zerbrochene Lebensentwürfe, Verlust-Erfahrung, das Trauma der „*beschädigten Identität*“ aufzuarbeiten und erfolgreich in einen neuen Lebenszusammenhang einzubauen?

3. Gelingt es Betroffenen, ihr Leben auch praktisch in den Griff zu bekommen: zu handhaben und zu bewältigen?

oder: um im Sinne des Wiener Psychiaters und Logotherapeuten Viktor FRANKL weiter zu fragen:

4. Gelingt es Betroffenen, sich „*Sonneninseln*“ und „*Kraftquellen der Lebensfreude*“ in den Alltag einzubauen?

5. Haben Betroffene jene „*Spannung*“ im Leben, die sie brauchen, um sich in ihrem Leben wohl zu fühlen?

6. Gelingt es Betroffenen, ihr eigenes „*Lebenswerk*“ zu schaffen?

7. Bei Verlust, Krankheit und Leid: Schaffen es

Betroffene, sich stark und widerstandsfähig zu machen, um „trotzdem Ja! zum Leben“ zu sagen?

Nach ANTONOVSKY lässt sich Gesundheit strategisch umsetzen durch:

- ein feines bis grobmaschiges soziales Beziehungsgeflecht gegenseitiger Unterstützung
- verlässlicher, ehrlicher Beziehungen
- sozialer Anerkennung
- gemeinsamer Überzeugungen und Orientierung am emanzipatorischen Selbstanspruch (Ergänzung des Referenten!)

Die Instrumente zur strategischen Umsetzung von Gesundheit mit *Kohärenz-Sinn* sind:

- das Prinzip der eigenen „Selbst-Wirksamkeit“
- aktives „Stressmanagement“
- soziale Netzwerk-Förderung

und dürfen sich nicht in speziellen *sinn- und wertorientierten* Kommunikations- und psychoedukativen Verhaltenstrainings-Programmen erschöpfen und müssen sowohl konzeptionell als auch durch Angebotsvielfalt ergänzt werden.

Wir lassen uns nicht einzementieren in alten psychiatrischen Krankheitsbegriffen, die uns ohnmächtig machen und ganz krank, sondern erfinden uns und unsere Rolle neu: durch Befreiung und Emanzipation!

Und müssen uns und unsere Gesundheit selbst definieren und in ein „*anderes Selbstverständnis*“ bringen und uns an den Zielen der Gesundheitsförderung orientieren:

Und, was wir sonst noch wollen:

1. *im Dialog* sein, den *Dialog führen* und zum *Multilog angreifen*: zur Kommunikation „horizontal“ auf allen Ebenen, wo immer es um uns geht und wir die Bedingungen stellen, d.h.: *Gleichstellung mit Blick in Augenhöhe!*

2. gesunde und auf *Sinn und Werte* zu überprüfende Lebenswelten und Kulturen der organisierten Selbsthilfe in die gesellschaftliche, aber auch politische Landschaft setzen!

3. „*Bewegung*“ bringen in die Ansätze und Praxis einer nahezu stillgelegten Betroffenenkontrollierten Forschung: Betroffene wollen nicht verplant oder ein bisschen einbezogen werden, sondern „*ganz*“ und politisch mitmischen: selbst aktiv werden und das nicht nur in der kreativen Mal- und Bastelgruppe!

4. das „Geschäft“ mit dem Markt psychiatrischer Angebote für uns durchschaubar machen und selbst überprüfen: evaluieren und Qualitätsstandards (nach unseren Vorstellungen) festlegen!

5. uns nicht-psychiatrisch orientieren und verlangen eine Verordnung über eine „*gute Auswahl*“ nicht-psychiatrischer Mittel und eine „*Überdosis*“ des Stärkungs- und Aufbau-Mittels „*Normalität*“ ... zu verabreichen als Lebensfreude und Beimischung in Alternativen zur Tristesse in unserem Alltag!

Angehörige, Betroffene und Professionelle – Die dritte Dimension in der Psychiatrie?

Wo sind noch immer Lücken im psychiatrischen System?



Dr. Werner Binder

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Angehörige,

Ich möchte mich zunächst bei Frau Crämer, die ja heute krankheitsbedingt leider nicht anwesend sein kann, sehr herzlich für die Einladung zu dieser Tagung in Berlin bedanken!

Bevor ich auf mein Thema zu sprechen komme, möchte ich mich selbst kurz vorstellen:

Ich bin Leiter der Institutsambulanz und der Zentralen Patientenaufnahme im Bezirkskrankenhaus Haar bei München. Dabei handelt es sich um ein psychiatrisches Großkrankenhaus mit rund 1200 Betten, in dieser Zahl sind ca. 800 Betten Akutpsychiatrie (incl. Sucht und Gerontopsychiatrie) sowie 300 forensische Betten enthalten. Lieber würde ich aber über die ambulant behandelten Patienten berichten, das sind immerhin 3000 pro Quartal. Ich bin im Bezirkskrankenhaus Haar seit über 27 Jahren als Arzt beschäftigt, dabei seit 13 Jahren als Leiter der Institutsambulanz tätig. Gleich zu Beginn meiner Arbeit in der Institutsambulanz habe ich mein Herz für die professionelle Angehörigenarbeit entdeckt und möchte Ihnen nun aus eigener Erfahrung und aus der Diskussion mit vielen Kolleginnen und Kollegen einiges über Schwachstellen und Lücken im professionellen psychiatrischen System berichten.

Zunächst einmal zur dritten Dimension in der Psychiatrie. Was ist damit gemeint? Es handelt sich

hierbei um die Einführung der Angehörigenarbeit in die Psychiatrie, um eine neue Betrachtungsweise und um einen neuen Ansatz, der zur Horizonterweiterung insbesondere auf Seiten der Professionellen führen kann. Neben der schon lange fest verankerten Psychopharmakotherapie und der ebenfalls etablierten Psycho- und Soziotherapie wird damit in das professionelle psychiatrische System eine neue Vorgehens- und Betrachtungsweise eingeführt. In meinem Buch „Die dritte Dimension in der Psychiatrie – Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg“ wird darüber berichtet.

Wenn nun tatsächlich eine dritte Dimension in die Psychiatrie eingeführt worden ist oder zumindest deren Einführung beabsichtigt ist, warum gibt es dann dennoch Lücken in unserem professionellen psychiatrischen System und worauf sind diese zurückzuführen? Oder auf die spezielle Berliner Situation bezogen, wenn wir in den vorherigen Vorträgen gehört haben, dass hier vor Ort ein personell gut ausgestattetes professionelles Hilfesystem sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich existiert, warum gibt es dann dennoch Schwachstellen in der Versorgung? Könnten wir nicht die anscheinend reichlich vorhandenen personellen Ressourcen einfach umverteilen und durch eine kluge Organisation zu einer gleichmäßigen, flächendeckenden psychiatrischen Versorgung kommen? Handelt es sich also primär um ein Organisationsproblem, es ist ja bekannt, dass Berlin neben München die Stadt mit der größten Dichte an niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten ist. Wenn dem tatsächlich so wäre, es sich also vorwiegend um ein Organisationsproblem handeln würde, dann müsste ich in der Tat meinen Vortrag umschreiben und mit Ihnen heute ein Organisationsseminar abhalten.

Die folgenden Ausführungen werden Ihnen aber zeigen, dass es sich hier nicht primär um ein Organisationsproblem handelt, wenngleich organisatorische und strukturelle Fragen zusätzlich eine Rolle spielen mögen.

Hierzu möchte ich zunächst einmal – bewusst provokativ und pointiert, um den Kern meiner Aussage hervorzuheben – ein kognitives oder gar mentales Defizit bei den Professionellen gegenüber den Anliegen der Angehörigen unterstellen. Lassen Sie mich das einmal anhand zweier Abbildungen verdeutlichen. Zunächst zeige ich Ihnen eine Abbildung mit Kreisen, in deren Mitte die Angehörigen stehen, die die vielfältigen Interaktionen und Beziehungen der Angehörigen darstellen soll.

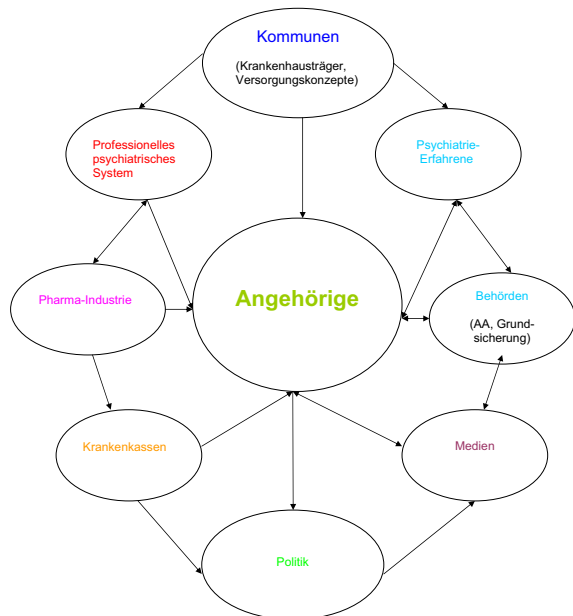


Abbildung I

Betrachtet man die Abbildung I genauer, wird deutlich, dass die Angehörigen – ob es ihnen nun immer bewusst ist oder nicht – in vielfältigen Beziehungen und vielleicht auch Abhängigkeiten stehen. Sie müssen sich mit Krankenkassen und Behörden auseinandersetzen, natürlich auch mit dem professionellen psychiatrischen System. Darüber hinaus sind sie von Entscheidungen der Kommunen tangiert (wenn diese z.B. als Krankenhausträger fungieren), ebenso bestehen Beziehungen zu den Psychiatrie-Erfahrenen. Die Medien beeinflussen in vielfältiger Weise das Bild, das die Öffentlichkeit von den Angehörigen psychisch Kranker hat. Nicht zuletzt spielt auch die Pharmaindustrie eine Rolle. Denken Sie nur daran, dass Unternehmen der pharmazeutischen Industrie als Sponsoren auftreten, aber z.B. über ihre Preispolitik auch darüber entscheiden, ob innovative Medikamente für jedermann zugänglich sind bzw. in Zukunft bleiben werden. Ob die Angehörigen es wollen oder nicht und unabhängig davon, ob sie in Verbänden organisiert sind oder nicht, sie werden nicht umhin kommen, sich mit all diesen verschiedenen Interessensgruppierungen auseinander zu setzen.

Zur Verdeutlichung der Problematik zeigen wir dagegen in der nächsten Abbildung II das professionelle psychiatrische System. Auf dieser Abbildung wird Ihnen auffallen, dass hier die „Verbindungspfeile“ fehlen. Damit soll nicht ausgesagt werden, dass nicht auch die Professionellen vielfältigen Einflüssen, z.B. von Politik, ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenkassenverbänden, Behörden, usw., ausgesetzt wären. Selbstverständlich unterliegen auch Professionelle und insbesondere Ärzte vielfältigen Zwängen, denen sie nicht ohne weiteres enttrinnen können. So spielen gesetzliche Vorgaben, Entscheidungen der Krankenkassen, der

Krankenhausträger, Maßnahmen der ärztlichen Selbstverwaltung, die Preispolitik der Pharmaindustrie sowie Restriktionen und Auflagen von Seiten der Politik eine große Rolle. Es soll mit dieser Abbildung aber doch die außerordentliche „Selbstzentrierung“ des professionellen psychiatrischen Systems betont werden. Professionelle scheinen zu sehr mit sich selbst beschäftigt, auf die eigenen Schwierigkeiten und Hindernisse „zentriert“ zu sein. Das professionelle psychiatrische System scheint in der Tat wenig „durchlässig“ für die Anliegen anderer Interessensgruppen zu sein, sodass oben erwähnte „kognitive Lücke“ entsteht. So möchte ich als eine erste These formulieren: In der „Selbstzentrierung“ fällt es schwer, die Anliegen anderer wahrzunehmen.

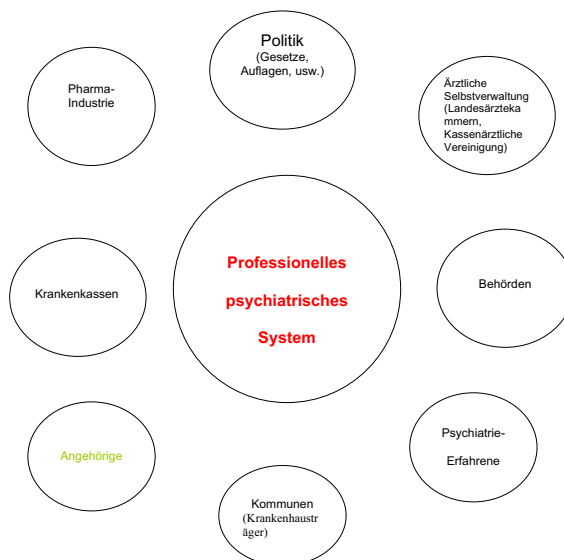


Abbildung II

Womit könnte dies zu tun haben? Zunächst einmal ist in der Medizin im Allgemeinen, aber durchaus auch in der Psychiatrie, seit vielen Jahren eine zunehmende fachliche Spezialisierung, darüber hinaus aber auch Formalisierung und Bürokratisierung vieler Abläufe festzustellen. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung in den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen, können sich z.B. Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen nur noch eingeschränkt verstehen und miteinander kommunizieren. Lesen Sie einmal als Psychiater einen Arztbrief einer internistischen Klinik. Häufig sind diese Briefe voller Abkürzungen (z.B. Blutung im OG, COPD, usw.), sodass wesentliche Informationen immer mehr in Form von Kürzeln ausgedrückt werden. Fällt es schon Ärzten verschiedener Fachrichtungen schwer, sich gegenseitig fachlich auszutauschen, um wie viel mehr muss der Gedankenaustausch zwischen Ärzten und Angehörigen erschwert sein.

Darüber hinaus scheint aber die oben erwähnte „Selbstzentrierung“ auch etwas mit der beruflichen

Sozialisation der Ärzte und der mit ihnen zusammenarbeitenden Professionen zu tun zu haben. Das ärztliche Denken ist durch die berufliche Sozialisation zu sehr auf biologisch-naturwissenschaftliche Kategorien eingeeengt. Dies beginnt schon im Medizinstudium. Alexander Mitscherlich, der berühmte deutsche Psychoanalytiker der Nachkriegszeit und frühere Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, hat einmal kritisiert, das Medizinstudium beginne mit dem Präparierkurs an der Leiche. Der junge angehende Mediziner erhalte dadurch eine bleibende berufliche Prägung in Richtung einer vorwiegend an somatischen Krankheitsmodellen orientierten Medizin ohne Berücksichtigung der psychologischen und sozialen Faktoren. Alexander Mitscherlich erntete damals viel Kritik, es kann aber nicht verhehlt werden, dass bis heute das Medizinstudium zu wenig die „soziale Dimension“ berücksichtigt. Zwar wurden im Rahmen einer Studienreform medizinische Psychologie, Soziologie und Psychosomatik in den Studienplan aufgenommen. An der grundsätzlichen biologisch-somatischen Ausrichtung des Medizinstudiums hat sich aber nicht viel geändert. Bei dem Interesse für das „soziale Umfeld“ handelt es sich oft nur um Lippenbekenntnisse, in Wirklichkeit fehlt schon im Studium eine Sensibilisierung für die soziale Dimension von Krankheiten. Wie aber soll der spätere Psychiater für die Anliegen der Angehörigen, also das soziale Umfeld seiner Patienten, sensibilisiert und aufnahmefähig sein, wenn schon im Studium dafür keine Grundlagen gelegt wurden?

In wenigen Tagen wird in dieser Stadt der größte deutsche Fachkongress für Psychiatrie stattfinden, der jährlich abgehaltene DGPPN-Kongress (Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde). Machen Sie sich einmal die Mühe und blättern Sie das umfangreiche Kongressprogramm durch. Sie werden feststellen, dass biologisch-somatisch-naturwissenschaftliche Themen weit überwiegend sind und Beiträge aus dem psychologischen bzw. sozialen Bereich (wie z.B. Angehörigenarbeit, Psychoedukation) zahlenmäßig eine nur untergeordnete Rolle spielen.

Eine Anekdote aus einem benachbarten Krankenhaus mag die Situation noch mehr verdeutlichen. Dort befragten Sozialpädagogen Angehörige nach der Entlassung der betreffenden Patienten aus der stationären Behandlung nach ihrer Einschätzung der von der Klinik geleisteten professionellen Angehörigenarbeit. Von Seiten der Angehörigen wurde berichtet, dass gar keine Angehörigenarbeit bzw. Wissensvermittlung stattgefunden habe. Eine Rücksprache mit den betreffenden behandelnden Ärzten ergab, dass sehr wohl im Rahmen der stationären Behandlung auch den Angehörigen Informationen zu Krisenmanagement, Frühsymptomen, Krankheitsbild, usw., vermittelt worden seien. Dennoch hatten die Angehörigen das Gefühl und berichteten dies auch

so, dass ihnen keine entsprechenden Informationen gegeben worden seien. Daraus kann man zunächst einmal nur schließen, dass Professionelle und Angehörige aneinander vorbeigeredet haben. Eine tiefer gehende Analyse würde allerdings wohl aufzeigen, dass es offensichtlich sehr schwierig ist, im Rahmen eines „stressigen“ Stationsalltags Informationen so verständlich an Angehörige weiterzugeben, dass diese sich wirklich informiert fühlen und damit etwas anfangen können.

Was müssen wir aus allem bisher Gesagten schließen? Offensichtlich haben Professionelle (und insbesondere Psychiater), Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene jeweils ihre durchaus unterschiedliche Denk- und Ausdrucksweise. Psychiater – sie seien hier stellvertretend für alle Professionellen aufgeführt – denken offensichtlich zuallererst in medizinischen Kategorien und drücken sich (meist) auch so aus! Fachwörter wie Compliance und Coping sind nicht jedermann auf Anhieb verständlich zu machen!

Angehörige denken dagegen in Kategorien des praktischen Alltagslebens. Sie interessieren sich dafür, ob der Patient im Bett liegen bleibt, ob er seine Medikamente einnimmt, ob er etwas mit sich anzufangen weiß im Laufe des Tages oder nur untätig und ohne Struktur in den Tag hinein lebt.

Psychiater mögen primär in biologisch-naturwissenschaftlichen Kategorien denken, sich mit Genetik, Pharmakologie, Compliance, Prognose, diagnostischen Klassifikationen, Bewältigungsstilen und Verlaufskriterien psychischer Erkrankungen beschäftigen. Angehörige dagegen möchten primär etwas über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen wissen, wie sie damit ganz konkret in ihrem täglichen Leben umgehen sollen.

Die Psychiatrie-Erfahrenen dagegen haben wiederum eine ganz eigene Denkweise und Erlebenswelt. Sie denken in individuellen Kategorien, in Gesprächen mit Ihnen wird man mit Formulierungen wie „Psychose als Chance“, „Psychose als Selbstheilungsversuch“, usw., konfrontiert. Psychiatrie-Erfahrene haben ihre eigene Erlebniswelt, haben als unmittelbar Betroffene eine eigene Authentizität, die andere so nicht für sich in Anspruch nehmen können.

Aus all dem bisher Gesagten wird deutlich, es sind große Lücken vorhanden, Lücken in der Sensibilisierung füreinander, in der Wahrnehmung der Interessen der Anderen. Lücken sind aber immer zugleich auch Chancen es besser zu machen. Verbesserungsbedarf besteht reichlich. Die wichtigsten Punkte seien nachfolgend erwähnt:

1. Überwindung unterschiedlicher Denk- und Sprechweisen zwischen Angehörigen, Betroffenen und Professionellen. Die schon auf dem Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg 1994 beklagte „babylonische Sprachverwirrung“ muss ein Ende finden. Eine gemeinsame Sprache ist unabdingbar um die Anliegen anderer Personen überhaupt wahrnehmen zu können.

2. Unterschiedliche Interessen sind durchaus

gegeben, sie sollten jedoch keine unüberwindbaren Hindernisse sein um aufeinander zuzugehen. Professionelle denken primär institutionsbezogen und sind vielfältigen Zwängen ausgesetzt (zeitliche Belastung, Budgets, Finanzierung, usw.).

Angehörige denken dagegen primär klientenbezogen (wie geht es meinem Sohn oder Tochter?) und sie sind vielfältigen Alltagsbelastungen ausgesetzt (wie bekomme ich das mit meinem Job noch hin?).

Unterschiedliche Interessen dürfen keine unüberwindbaren Mauern darstellen. Das Denken der Professionellen darf nicht an der Kliniktüre oder Praxisschwelle enden. Vielmehr müssen sich konkrete Hilfen und Handlungsansätze in das soziale Umfeld hinein, in das Interessensfeld der Angehörigen hineinbewegen.

3. Nur wer die Anliegen der Angehörigen an sich heranlassen kann, sie damit erst richtig wahrnimmt, wird diese Anliegen auch richtig gewichten können. In vielen psychiatrischen Einrichtungen ist zwar Angehörigenarbeit etabliert, meist aber in der Hierarchie der „professionellen Kette“ ziemlich weit hinten angesiedelt. Angehörigenarbeit sollte daher immer Chefsache sein, zumindest von dem Leiter der jeweiligen Einrichtung direkt gefördert werden.

Welche Lösungen können daher aufgezeigt werden? Es gibt viele interessante Ansätze zur Verbesserung der Situation. So hat man gute Erfahrungen damit gemacht, wenn an stationären oder ambulanten Einrichtungen Angehörige für andere Angehörige selbst eine eigene Sprechstunde abhalten. Im professionellen System sollte Angehörigenarbeit fest verankert sein und es sollten dafür auch Standards formuliert werden. Schließlich gehören Angehörige in beratende Gremien, wie z.B. für die Planung von Versorgungskonzepten. Insgesamt ist ein Fehlen an Standards festzustellen. Von daher möchte ich als erste Maßnahme die Formulierung von Standards empfehlen, wie nachfolgend dargestellt:

1. Einzelberatung als Standard (im Wochenplan fest verankert)

2. Angehörigengruppe als Zusatzangebot

3. Beteiligung der Angehörigen an beratenden Gremien

4. Berücksichtigung von Angeboten der professionellen Angehörigenarbeit bei der Zertifizierung von ambulanten und stationären Einrichtungen (Qualitätsmanagement-Maßnahmen).

Schließlich sollte die Aufgeschlossenheit von psychiatrischen Einrichtungen, speziell Krankenhäusern, gegenüber Angehörigenarbeit und Selbsthilfeaktivitäten im Tagespflegesatz Berücksichtigung finden. Die Krankenkassen sollten bei Pflegesatzverhandlungen darauf drängen, schließlich liegt es im Interesse der von Ihnen vertretenen Versicherten, wenn eine qualifizierte professionelle Angehörigenarbeit stattfindet. Sollte die Berücksichtigung dieser Leistung im Tagespflegesatz nicht

möglich sein, wäre es zumindest wünschenswert, wenn Angebote der professionellen Angehörigenarbeit Berücksichtigung fänden über die Zertifizierung von Krankenhäusern im Rahmen von Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

Wenn Lücken – wie ich oben schon sagte –, auch zugleich Chancen sind, die Situation zu verbessern, dann lassen Sie uns dazu aufbrechen! Ich persönlich würde mir wünschen, dass das professionelle psychiatrische System möglichst durchlässig wird für die Anliegen der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen, dass wir in der oben gezeigten Abbildung möglichst viele „Verbindungspfeile“ ziehen und in einen echten Dialog eintreten können!

Dr. Werner Binder

Haar, den 23.11.2006

Hilfe zur Selbsthilfe oder Hilfekonsum – Wer trägt wofür die Verantwortung?

Dr. med. Ursula Grüß, Berlin

... lassen sie uns gemeinsam einige Überlegungen zum Thema Hilfe anstellen.

Unter „Hilfe“ wird im allgemeinen die Hilfe verstanden, die man von anderen erwartet und erbittet. Hilfe, von der man vielleicht meint, dass sie einem zusteht. Im Alltag wird sie zunächst bei Nahestehenden gesucht, bei Familienmitgliedern, Partnern, vielleicht auch bei Nachbarn oder Arbeitskollegen. Wir wollen sie „Fremdhilfe“ nennen. Fremdhilfe – das sind Rat und Tat für jemanden, der Hilfe braucht. Auch die Hilfe, die man auf irgendeine Weise von Professionellen kauft, von der Autowerkstatt bis zur Medizin.

Wir alle brauchen irgendwann einmal Hilfe. Manchmal merke ich das erst, wenn ich schon eine Zeitlang versucht habe, mir selbst zu helfen, gestehe mir das erst ein, wenn ich nicht weiterkomme oder alles nur noch schlimmer gemacht habe.

Fremdhilfe in der Medizin – das sind alle diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten, sind Pflege und Sozialarbeit. Sozialarbeit im engeren Sinne verstand sich einmal als „Fürsorge“ und nannte sich auch so. Behandlung, Pflege, Sozialarbeit tragen aber auch dazu bei, dass der mehr oder weniger hilfsbedürftige Kranke sich selbst am gesund werden, also an der Hilfe beteiligen kann. Besonders deutlich wird das z.B. in der Physiotherapie und in der Psychotherapie, wo die Mitarbeit Voraussetzung für das Gelingen ist. Aber die Mithilfe eines Kranken hängt auch schon da an, wo er regelmäßig und nach Vorschrift seine Medikamente einnimmt. Eine Medizin, die auf die Mithilfe der Kranken setzt, sie fordert und fördert, ist Hilfe zur Selbsthilfe.

Fremde Hilfe wird mehr und mehr überflüssig, wenn man lernt, wie man sich selber helfen kann.

Fremde Hilfe kann vielleicht bequemer, Selbsthilfe mühevoller sein. Es ist auch zu beobachten, dass Hilfe nicht nur immer wieder gesucht und in Anspruch genommen, sondern von anderen auch bereitwillig und gern geleistet wird.

Hilfe und die Gratifikationen, d.h. die Belohnungen für Hilfe – Lob, Anerkennung, Selbstbestätigung, Zurücktreten von Schuldgefühlen, Einfluss und Macht – bringen es mit sich, dass die Hilfsbedürftigkeit oft überschätzt, vorhandenes Selbsthilfepotential verkannt, missachtet oder zumindest unterschätzt wird.

Es gibt eine Versuchung zur missbräuchlichen Inanspruchnahme von Hilfe, Hilfe da und dann, wo und wenn man sich schon selber helfen könnte. Andererseits kennen wir alle das Abgelehnt werden von Hilfe, das ebenso problematisch ist. Die Angehörigen wissen, wovon ich rede.

Im allgemeinen wird der missbräuchliche Gebrauch fremder Hilfe – immer und immer wieder Hilfe erwarten und geradezu konsumieren – in der Gesellschaft eher geduldet, als der Widerstand gegen

fremde Hilfe. Dieser ist meist schwer verständlich, nicht einfühlbar, manchmal auch kränkend. Dieser Widerstand kann diejenigen, die helfen wollen oder auch müssen, zur Verzweiflung treiben.

Längere Zeit auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, ist meist deprimierend und demütigend; denn es bedeutet Abhängigkeit. Bin ich aber in der Lage, mir selbst zu helfen, dann bin ich Herr meines Willens und Tuns. Das stärkt mein Selbstvertrauen und mein Selbstbewusstsein. Ich kann Probleme richtig erkennen und Lösungen dafür finden, kann richtige Entscheidungen treffen und diese erfolgreich in die Tat umsetzen. Aber manchmal ist Selbsthilfe schwierig, oft zu schwierig. Und – sie will gelernt sein.

Angehörigengruppen sind Selbsthilfegruppen, auch dann, wenn sie professionell geleitet werden. Das Wirkungsprinzip heißt: gleiche Erfahrung. Die Erfahrung heißt: Mit-Betroffensein durch die Krankheit eines Familienmitgliedes oder Partners.

In Selbsthilfegruppen kommen Experten dieses Mit-Betroffenseins zusammen. Die gemeinsame Erfahrung von Krankheitsgeschehen, die Erfahrung mit den eigenen Reaktionen auf solches mitunter dramatische Geschehen, aber auch die Erfahrung von Ressourcen und Besserungsmöglichkeiten bildet die Grundlage aller Hilfe in den Gruppen. Die Summe aller dieser Erfahrungen nenne ich „Angehörigenkompetenz“. Wer kompetent ist, kann sich selbst und anderen helfen.

Allein die Bildung einer Angehörigengruppe ist ein Akt der Selbsthilfe, der Selbsthilfe kompetenter Mitbetroffener mit einer einschlägigen Erfahrung. Selbsthilfegruppen bilden sich, wenn andere – auch professionelle – Hilfen nicht ausreichen.

Sie bilden sich aber auch, weil es Grenzen professioneller Wahrnehmung und professionellen Verstehens gibt. Ich kann mich auch als Professioneller – und sei ich noch so erfahren – eben nur annähernd in eine andere Erfahrungswelt hineinversetzen. Ich bin selbst nicht betroffen und nicht mit betroffen, daher hat auch mein Verständnis trotz allem Bemühen Grenzen.

Andererseits ist diese andere – distanziertere – Wahrnehmung meines Gegenüber aber auch Grundlage meiner professionellen Hilfe, weil zu starke Anteilnahme mich nicht handlungsunfähig macht.

Seit einigen Jahren supervidiere ich die Leiter/innen von Angehörigengruppen im Landesverband. Im Frühjahr wurde ich eingeladen, mich an einem Entwurf für einen Flyer zu beteiligen. Ich meinte es mit meinem Text so ziemlich getroffen zu haben. Als ich Frau Crämers Entwurf in der Mailbox sah, habe ich meinen sofort gelöscht. Mein Entwurf war der eines professionellen Zaungastes, der Entwurf von Frau Crämer – Angehörigenkompetenz bei einer Selbsthilfe-Aktion.

Nun zu Hilfe und Selbsthilfe in den Angehörigengruppen:

Wer in großer Not ist, braucht zunächst einmal die Hilfe von anderen. Die Angehörigen-Gruppen

bieten neben der Fremdhilfe Hilfe zur Selbsthilfe an.

Jeder Mensch verfügt über ein bestimmtes Selbsthilfepotential und bestimmte Strategien der Selbsthilfe, der eine mehr, der andere weniger bzw. in der einen Notlage mehr, in der anderen weniger. Mal sehen Selbsthilfemechanismen so aus, mal so.

Selbsthilfe – das sind nicht nur die auch für andere verständlichen Aktivitäten, um mit einem Problem fertig zu werden. Auch Rückzug, „sich in einem Mauselloch verkriechen“, Alkohol, die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind – wenn auch problematische – Versuche der Selbsthilfe. Gar nicht so selten sind körperliche Beschwerden oder Erkrankungen oder psychische, z.B. depressive Veränderungen unbewusste und verkappte Selbsthilfestrategien, eine Art Appell – jetzt brauche ich Hilfe! Nur im Zustand der Bewusstlosigkeit ist die Fähigkeit zur Selbsthilfe aufgehoben.

Auch psychisch Kranke haben Selbsthilfepotential und Selbsthilfestrategien. Ich erinnere mich an eine junge Frau mit bedrohlichen Halluzinationen. Wir meinten, ihr zu helfen, wenn wir sie aus ihrer Isolation im Krankenzimmer herausholten und soweit wie möglich am Stationsleben und am Therapieprogramm beteiligten. Die Patientin bat uns flehentlich, sie im Bett liegen zu lassen, weil sie auf diese Weise die Stimmen am besten aushalten, sich selbst am besten schützen könne. Nur sie allein konnte wissen, was in dieser bedrängenden Situation für sie wirklich hilfreich war. Helfer wissen eben nicht alles. Sie konnte in ihrem Bett bleiben.

Auch Verhaltensweisen, die meist als krankheitsbedingte Veränderungen negativ bewertet werden, können sich bei näherem Zusehen als Selbsthilfestrategien erweisen: z.B. das Vermeiden von Kommunikation, von emotional belastenden Situationen, von Überforderung und Stress. Man kann dies auch als verantwortlichen Umgang mit den eigenen, zu einem bestimmten Zeitpunkt noch verfügbaren Ressourcen interpretieren.

Wir stellen fest: Hilfe und Selbsthilfe können vielerlei Formen zeigen.

Wie sehen Hilfe und Selbsthilfe in den Angehörigengruppen aus?

Hilfe in Angehörigengruppen scheint ganz einfach:

- den Druck von der Seele **reden lassen**,
- **zuhören**, so lange wie nötig und immer wieder, und
- **verstehen**.

Aufgrund der gleichen Probleme und Erfahrung wissen die Gruppenmitglieder genau, worum es sich handelt und wie groß die Not ist. So können sie andere **entlasten**,

entlasten wann immer und sooft es nötig ist.

Auch bringt der Austausch gleicher oder ähnlicher Erfahrungen es mit sich,

dass sich die Gruppenmitglieder untereinander **solidarisieren können**. Das schafft ein Gefühl von Vertrautheit und Geborgenheit in der Gruppe.

Hilfe heißt auch: **Informieren** über Erfahrungen mit Behandlung, sozialen und rechtlichen Hilfsmöglichkeiten, heißt auch: ermutigen und **Hoffnung wecken**: die Hoffnung – es gibt Lösungen.

Hilfe heißt aber auch einfach – **Kommunikation in und außerhalb der Gruppenstunden**.

Aus **gesprächspsychotherapeutischer Sicht** bringt das „sich verstanden Fühlen“ Entlastung und ist die Voraussetzung dafür, dass ein Klient eigene Ideen für die Lösung seiner Probleme und Zielvorstellungen für Veränderungen entwickeln kann. Dass er einzelne Lösungsschritte ins Auge fassen und diese realisieren kann. Also: reden lassen, zuhören, verstehen, aber auch informieren, aus der gemeinsamen Erfahrung heraus Hoffnung machen heißt helfen und Selbsthilfe ermöglichen.

Das Kernstück aller Hilfen in Angehörigengruppen ist: **jeder Angehörige wird als Problemtäger wahrgenommen und ernst** genommen. Es geht vor allem darum, dass er sich **nicht nur um und für den kranken Angehörigen sorgt**, sondern **vor allem auch um sich selbst**. Das mag zunächst irritieren, ist nicht Selbstlosigkeit eine Tugend und unumgänglich im Zusammenleben mit Hilfsbedürftigen?

Eine manchen von Ihnen bekannte Psychologin erinnert immer wieder an das Beispiel aus dem Flugzeug. Wenn bei Abfall des Sauerstoffdruckes in der Kabine automatisch die Sauerstoffmasken herabfallen, soll jeder erwachsene Passagier zuerst sich selbst die Maske aufsetzen, erst danach seinen Kindern oder hilfsbedürftigen Personen. Man muss selbst handlungsfähig sein, um anderen helfen, für andere Verantwortung übernehmen zu können.

D.h. Angehörige können nur dann ihren psychisch Kranken helfen, wenn sie für sich selbst gesorgt haben, wenn sie selbst so stark geworden sind, dass sie sich dem Krankheitsgeschehen nicht mehr rat- und hilflos ausgeliefert fühlen. Wenn es ihnen gut geht. Wenn sie für sich selbst die Verantwortung übernehmen. Wenn sie sich nicht aus Angst und Schuldgefühl verzweifelt immer wieder einmischen, sich überfürsorglich oder auf andere Weise problematisch verhalten. Wenn sie – die Kranken auch ihre eigenen Entscheidungen treffen, ihre eigenen Wege gehen lassen können – auch wenn diese Wege ihnen fremd und unheimlich sind. Wenn sie erst dann eingreifen, wenn Gefahr im Verzug ist. Auch psychisch Kranke haben eine Verantwortung für sich selbst.

Erst wenn die Angehörigen gelernt haben, auf sich selbst zu achten, ihren eigenen Weg zu gehen, werden sie eine für alle erträgliche Distanz herstellen können und nur in wirklichen Notfällen und gefährlichen Krisen eingreifen. Wer nicht ein Mindestmaß an innerem Abstand zur Krankheit und dem kranken Angehörigen entwickeln, die enge Bindung zu ihm einigermaßen lösen kann, wird auch nicht wirklich helfen können. Und er wird oft nicht erreichen, was er so sehnlich wünscht: dass seine Hilfe angenommen wird.

Die Bereitschaft, für andere Verantwortung zu übernehmen und die Bereitschaft zu helfen sind bei Angehörigen unglaublich stark.

Bei der Supervision erlebe ich das immer wieder. Ich erlebe auch das unglaubliche Verantwortungsbewusstsein der Gruppenleiter, ihr Bestreben, allen Teilnehmern zu helfen, sie von Angst und Druck zu entlasten, für alle Lösungen zu finden. Warum signalisieren sie den anderen so wenig, dass auch sie – hier und jetzt – deren Erfahrungen mit Krankheit und mit Hilfe, d.h. deren Unterstützung brauchen?

Angehörigengruppen sind Selbsthilfegruppen. Der Leiter ist kein Therapeut und auch kein Quasi-Therapeut, kein Therapeutenersatz. Er ist verantwortlich dafür, dass diejenigen, die es hier und heute brauchen, zu Wort kommen, dass dafür eine bestimmte Zeit zur Verfügung steht, dass pünktlich begonnen und geendet wird und Verlängerungen von allen beschlossen werden, Termine bekannt gegeben werden und über die Aktivitäten des Verbandes informiert wird.

Dass eine einfühlsame und akzeptierende Gruppenatmosphäre entsteht, die Entlastung = Hilfe, Zielformulierungen, Entwicklung von Lösungsschritten = Hilfe zur Selbsthilfe zulässt und ermöglicht, ist **Aufgabe aller Gruppenteilnehmer** und ihre gemeinsame Verantwortung. Der Leiter kann das nur anregen. Es werden die prinzipiell gleichartigen, im Detail jedoch unterschiedlichen Erfahrungen aller gebraucht. Ein einzelner ist da – seien er oder sie noch so erfahren und noch so kompetent – überfordert. Das Zauberwort für den Gruppenleiter heißt: ich brauche Eure Hilfe.

Die Erfahrungen der „alten“ Gruppenteilnehmer, ihre Einfühlsamkeit, ihr Verständnis, ihre Kenntnis des verfügbaren Hilfesystems, m.a.W. ihre Angehörigenkompetenz ist der „Sauerstoff“, der das Weiteratmen für neue Teilnehmer möglich macht. Die Kenntnisse der „alten Hasen“ über die Bedienung der „Sauerstoffmaske“ macht Hilfe zur Selbsthilfe möglich. Dass in der Gruppe Selbsthilfe erfahren und gelernt werden kann, liegt in der Verantwortung aller Teilnehmer. Nur Hilfe zu erwarten und anzunehmen, ohne die eigenen Möglichkeiten von Selbsthilfe zu suchen und zu versuchen, ist akut und langfristig ineffektiv. Auch das Kind muss mit der Sauerstoffmaske umgehen lernen und selbst weiter atmen.

Jeder sollte lernen, vermeintliche Verantwortung abzugeben und sie zu lassen, wo sie hingehört – auch bei den Professionellen und auch bei den Kranken. Denn auch psychisch Kranke sind in der Lage, Verantwortung für sich, ihre Krankheit und ihren Lebensalltag zu übernehmen. Ihnen diese zu nehmen, ist Entmündigung.

Der Leitsatz für alle muss heißen: soviel Hilfe, wie nötig, soviel Selbsthilfe, soviel eigene Verantwortung wie möglich.

Zum Schluss ein anderes Beispiel von Angehörigen-Selbsthilfe:

Angeschlossen an eine Nervenarztpraxis in Hürth bei Köln, die Praxis von Frau Dr. Schreckling existiert eine Gruppe von Angehörigen Demenzkranker. Nachdem die Probleme ausgiebig besprochen waren, beschlossen die Gruppenmitglieder, ihre dementen Angehörigen mehrere Stunden täglich selbst zu betreuen. In einer Kirchgemeinde wurden Räume gefunden. Eine Angehörige war Krankenschwester. So entstand eine Art Tagesstätte für Demenzkranke, 5 Tage in der Woche 5 Stunden täglich. Eine Selbsthilfe-Tagesstätte. Die Behandlung der Kranken und Beratung der Angehörigen erfolgen durch die Nervenärztin. Hier ist Hilfe zugleich Selbsthilfe und Hilfe für andere.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Betreutes Wohnen in Familien



Marlies Preßmar

Dipl.-Sozialarbeiterin, Mediatorin

Eva Bohley

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung

Was ist „Betreutes Wohnen in Familien“?

Menschen mit seelischer und geistiger Beeinträchtigung können über längere Zeit oder auf Dauer in einer Familie leben und werden durch ein Fachteam begleitet. Im geschützten Rahmen kann der Gast alltagspraktische Fähigkeiten und soziale Kompetenzen wiedererlangen.

Betreutes Wohnen in Familien eignet sich...

für Menschen, die auf Grund einer Beeinträchtigung nicht oder nur teilweise selbständig leben können. Es ist eine Alternative zu einer Unterbringung in stationären Einrichtungen.

Vorteile für den Gast

Der Alltag in einer Familie ermöglicht dem Gast „so normal, wie möglich“ in einem nicht professionellen Umfeld am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Durch das Zusammenleben in einer Familie kann individuell auf die Bedürfnisse eines psychisch erkrankten Menschen eingegangen werden. Zwischen Gastbewohner und Familie können langfristige persönliche Beziehungen entstehen. Für Gastbewohner mit eigenem Einkommen oder Vermögen ist BWF deutlich kostengünstiger als ein Heim oder eine stationäre Einrichtung. BWF bedeutet mehr Lebensqualität und Eigenständigkeit.

Familien können sein...

Familien, Paare und Einzelpersonen, die bereit sind, Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen unvoreingenommen zu begegnen und sie in den Familienalltag mit einzubeziehen. Im ersten

Telefonat klärt sich meist, ob das Betreute Wohnen in Familien in Frage kommt. Unterschiedliche Grundbedingungen müssen erfüllt sein: Verständnis für die Situation und Besonderheiten des Gastbewohners, die Bereitstellung eines separaten Zimmers, ausreichend Zeit und Präsenz für die Begleitung des Gastbewohners und die Bereitschaft zur Kooperation mit dem Fachteam.

Vergütung / Kosten

Die Familie erhält für die Betreuung des Gastbewohners eine monatliche Aufwandsentschädigung. Hinzu kommt eine Pauschale für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung.

Vertragliche Vereinbarungen

Das Zusammenleben beginnt mit einem Probe-wohnen. Die Rechte und Pflichten aller Beteiligten werden vertraglich geregelt. Gastbewohner, Familie und das Fachteam sind die Unterzeichner des Vertrages. Zur Entlastung der Familie bei Urlaub oder bei Krankheit werden individuelle Lösungen gefunden.

Das Fachteam

Familie und Gastbewohner werden vom Fachteam ausgewählt und zusammengeführt. Der Familie und dem Gastbewohner werden regelmäßige fachliche Begleitung, Beratung und Unterstützung im Alltag und bei auftretenden Fragen und Problemen angeboten. Die Begleitung erfolgt in Form von Hausbesuchen und Telefonaten.

Ziele

Die Integration des Gastbewohners in die passende Familie ist ein Ziel des Betreuten Wohnens in Familien. BWF stellt ein individuelles Angebot für den jeweiligen Menschen dar und orientiert sich an seinen besonderen Fähigkeiten, Schwierigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten. Der Gastbewohner soll sich wohl fühlen und mit seiner neuen Lebenssituation zufrieden sein

1. Eignung der Gastbewohner

Grundlage für das Betreute Wohnen in Familien sind Wunsch und Entscheidung eines Menschen, diese Wohnform zu wählen. In ersten Kontaktgesprächen erörtert das Fachteam deshalb intensiv die Frage nach der Bereitschaft zu diesem lebensverändernden Schritt. Das Angebot richtet sich an erwachsene Menschen, die mit psychischen und/oder geistigen Beeinträchtigungen leben oder davon bedroht sind und umfassender Unterstützung bedürfen (SGB XII §53). Sie sind auf längere Zeit nicht zur selbständigen Lebensführung fähig, eine Unterbringung in eine stationäre Einrichtung wäre alternativ erforderlich.

Für wen eignet sich das Betreute Wohnen in Familien nicht?

Ausschlusskriterien bei der Aufnahme als Gastbewohner sind vor allem sozial nicht oder kaum zu integrierende Verhaltensweisen. Nicht geeignet sind Menschen mit einer akuten Suchtproblematik, mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten oder sexuellen Verhaltensauffälligkeiten.

Ziele für die Gastbewohner

Beschäftigung ist ein wichtiger Aspekt der Identitätsentwicklung des Menschen. Die Gastbewohner sollten die Chance erhalten, eine Beschäftigung zu finden. Dies kann innerhalb der Familie durch Mithilfe im gemeinsamen Haushalt geschehen, durch Aufnahme einer Arbeit, den Besuch einer geschützten Werkstatt oder einer Kontakt- und Begegnungsstätte. So erhalten die Klienten eine Tagesstruktur, sind unter Menschen und haben eine sinnvolle Beschäftigung. Die Gastbewohner werden ermutigt, an frühere Interessen, Wünschen und Fähigkeiten anzuknüpfen. Vieles davon ist in ihren vorigen Lebenszusammenhängen verloren gegangen. Mit Hilfe der Begleitung und Unterstützung der Familie und des Fachteams können sie ihre persönlichen Bewegungs- und Entscheidungsspielräume vergrößern und neue Lebensziele entwickeln.

Vorteile für den Gastbewohner

Der Alltag in einer Familie ermöglicht dem Gastbewohner so normal, wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Im Vergleich zum Leben in einer stationären Einrichtung hat der Gastbewohner hier die Möglichkeit, individuelle Wünsche und Vorstellungen zu äußern und zu verwirklichen. BWF bietet mehr Lebensqualität und fördert die Eigenständigkeit. Für Gastbewohner mit eigenem Einkommen oder Vermögen ist BWF deutlich kostengünstiger als ein Heim.

Passung von Gastbewohner und Familie

Das Fachteam bespricht regelmäßig die Informationen und Eindrücke der möglichen Familien und Gastbewohner. Es wird die optimale „Passung“ der Bedürfnisse und Vorstellungen des Zusammenlebens angestrebt. Aus diesem Grund werden Wünsche der Familien und des Gastbewohners, Betreuungsmöglichkeiten, Tagesstruktur und Besonderheiten diskutiert, miteinander verglichen und ausgewertet. Die am besten geeignete Kombination von Gastbewohner und Familie wird herausgefiltert.

Dauer und Umfang der Hilfe

Gastbewohner unterscheiden sich hinsichtlich ihres Alters, ihrer Erkrankungen und Beeinträchtigungen, ihrer Lebensperspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten. Das BWF kann für ältere oder stark beeinträchtigte Menschen ein neues Zuhause auf Dauer sein. Für diejenigen Menschen, die aufgrund ihrer individuellen Ressourcen zu mehr Stabilität und Selbständigkeit gelangen können, ist in der Regel ein Leben in der Familie für mindestens 2 Jahre sinnvoll. Es erfordert einige Zeit, bis sich Familie und Klient kennen gelernt und die Regeln für den gemeinsamen Alltag ausgehandelt haben. Erst dann kann ein Prozess im Sinne einer Selbstbestimmung beginnen, Defizite abgebaut, Fähigkeiten entwickelt, erprobt und gefestigt.

2. Familien

Bei nahezu allen Gastfamilien stehen unterschiedliche Motive im Vordergrund: die Suche nach

einer sinnvollen Aufgabe mit Aufwandsentschädigung, der Wunsch nach Kontakt und Anerkennung sowie Nutzung des freien Wohnraums.

Auswahl der Familien

Artikel und Anzeigen in der Presse, Informationsveranstaltungen, Flyer und Radiobeiträge informieren über die Arbeit und Aufgaben des Betreuten Wohnen in Familien.

Unterschiedliche Grundbedingungen müssen erfüllt sein: Verständnis für die Situation und Besonderheiten des Gastbewohners, die Bereitstellung eines separaten Zimmers, ausreichend Zeit und Präsenz für die Begleitung des Gastbewohners und die Bereitschaft zur Kooperation mit dem Fachteam. Die Auswahl der Familie erfolgt durch persönliches Kennenlernen. Hausbesuche vermitteln dem Fachteam einen Eindruck von Wohnmöglichkeiten, Motivation und Wünschen der Familie. In ausführlichen Gesprächen schätzt das Fachteam die Integrationsfähigkeit der Familie ein. Die Eignung der Familie zeigt sich erst im Alltag des Zusammenlebens.

Begleitung der Familien durch das Fachteam

Die Familien erhalten Unterstützung des Teams, da ihnen die Erfahrung im Umgang mit psychisch kranken Menschen in der Regel fehlt. Sie sind meist weder mit den chronischen Krankheitssymptomen noch mit den Medikamentenwirkungen oder den Folgen der Hospitalisierung vertraut.

Das alltägliche Zusammenleben

Bei der Familie kann ungewohntes Verhalten Besorgnis und Unsicherheit auslösen. Die Aufgaben des Fachteams bestehen darin, Information und Aufklärung zu geben und durch Beratung und Begleitung die Unsicherheiten der Familie zu vermindern. Familien und Gastbewohner brauchen Zeit, sich aneinander zu gewöhnen. Der normale Alltag muss erlernt werden. Außerdem bietet dies dem Gastbewohner die Möglichkeit seine verloren gegangenen Fähigkeiten wieder zu beleben. Die Mithilfe im gemeinsamen Haushalt ist in einigen Familien ein wichtiges Angebot zur Normalisierung des Lebensalltags.

Vertrag

Nach Einigung von Familie, Gastbewohner und Fachteam wird ein schriftlicher Vertrag geschlossen. In diesem werden die Aufgaben, Rechte, Pflichten aller, Haftpflicht, Urlaub, Kündigungsmodalitäten sowie finanzielle Grundlagen geregelt. Es ist mit mindestens zwei Jahren Betreuung in den Familien zu rechnen mit durchschnittlich sechs Wochenstunden der Begleitung und Betreuung durch das Fachteam.

Finanzierung

Die Finanzierung basiert auf Grundlage des SGB XII §§ 53ff. Die Gastfamilie erhält monatlich für ihre Betreuungsleistung vom Träger der Sozialhilfe eine Pauschale 410,- €. Für die Unterkunft bekommt die Familie 233,- € als Mietpauschale (nach Sachbezugs VO + 20% für die Mitbenutzung der Wohnräume).

Der Klient zahlt der Familie 186,- € für die Verpflegung gemäß dem aktuellen Satz der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter / bei Erwerbsunfähigkeit, abzüglich des Barbetrags (90,- €). Dieser steht ihm zur freien Verfügung. Erhält der Klient zusätzlich Pflegegeld gemäß SGB XII, § 64 oder SGB XI, §37, geht dies gegebenenfalls an die Familie.

3. Das Fachteam

Zu den Aufgaben des Fachteams gehören:

- Fachliche Unterstützung durch psychosoziale Familienarbeit
- Informationen der Familien über Krankheiten und die ungewohnten Verhaltensweisen
- Kriseninterventionen
- Klärung rechtlicher Fragen
- Vermittlung von weiterführenden Hilfen für die Gastbewohner
- Organisatorische Unterstützung bei Tagesstrukturierung im Alltag und Beschäftigung
- Kooperation mit Sozialämtern, Sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungsstellen, anderen psychosozialen Trägern, Ärzten etc.

Qualitätssicherung

Dem BWF liegt eine fachlich differenzierte Konzeption zugrunde, die anhand der praktischen Erfahrungen und Entwicklungen fortgeschrieben wird. Die Betreuungsverhältnisse sind vertraglich geregelt. Die ersten Gespräche mit Klienten und Familien, die Begegnungen während der Kontaktabahnung und die Hausbesuche bei bestehenden Pflegeverhältnissen werden fortlaufend vom Fachteam dokumentiert. Anhand der Dokumentation können Entwicklungen aufgezeigt werden, sie bildet die Grundlage für den Behandlungs- und Rehabilitationsplan. Vor der Aufnahme des Klienten in die Familie steht die individuelle Einschätzung des Hilfebedarfs und die darauf aufbauende Hilfeplanung, die unter folgenden Gesichtspunkten regelmäßig überprüft und angepasst werden soll:

- Miteinander von Klienten und Familienmitgliedern
- Entwicklungen des Zusammenlebens
- Erfolge und Ziele unter Berücksichtigung von Konflikten, Schwierigkeiten, Über- oder Unterforderung
- Aufzeigen von Lösungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten
- Angemessenheit der Betreuungsdichte und -intensität

Das Fachteam arbeitet im Sinne einer Vernetzung mit anderen Diensten und regionalen Versorgungsstrukturen insbesondere mit den Trägern des gemeindepsychiatrischen Verbundes zusammen. Teil der Vernetzung ist auch die Mitarbeit in den fachspezifischen Gremien. Die Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen und an einer monatlich stattfindenden Supervision teil. „Betreutes Wohnen in Familien“ wird von dem Projekt „ProFil“ in Königswusterhausen im Sinne

einer Patenschaft fachlich begleitet und unterstützt. Mit dem Fachausschuss Familienpflege der DGSP besteht eine enge Zusammenarbeit. Das Fachteam nimmt an der jährlichen Bundestagung „Betreutes Wohnen in Familien“ teil und tauscht sich dort mit Kollegen aus.

5. Historischer Hintergrund

Pflege in Familien ist die älteste Betreuungsform für seelisch und geistig behinderte Menschen. Im Zuge der Modernisierungsprozesse des 19. Jahrhunderts wurden „Irre“ in staatlich finanzierten Anstalten untergebracht. Die Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalten erforderte bald zusätzliche Betreuungsformen. So entstand die „Psychiatrische Familienpflege“ in Fremdfamilien. 1932 wurden in Preußen etwa 5000 Patienten familial betreut. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurden psychisch Kranke selektiert und ermordet. Nach dem Krieg verschwand die Familienpflege in beiden Teilen Deutschlands offenbar aufgrund der Versorgungsknappheit in den Familien. Mitte der 80er Jahre wurde die Psychiatrische Familienpflege von Mitarbeitern aus dem Landeskrankenhaus Weissenau (Träger Arkade e.V., Ravensburg) wieder neu ins Leben gerufen. Derzeit leben bundesweit über 1000 Gastbewohner in Familien.

Kontakt

Betreutes Wohnen in Familien ist ein Gemeinschaftsprojekt der Träger:
Einzelfallhilfe Berlin gGmbH und Pinel gGmbH.

Ansprechpartnerinnen:

Marlies Preßmar

Dipl.-Sozialarbeiterin, Mediatorin

Eva Bohley

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung

Anschrift:

Helmstr. 11, 10827 Berlin, Tel: 030-212 322 71,
mail: info@bwfberlin.de

Wegbeschreibung:

Unser Büro befindet sich in Berlin-Schöneberg:

Nahe U-Bhf Kleistpark

U-Bahnhof: Kleistpark, Bus: 148 und 204 und 187

Familienselbsthilfe im Landesverband Berlin – Aufbau neuer Strukturen



Fr. Weißenborn

Guten Tag, sehr geehrte Anwesende, ich möchte mich zunächst einmal vorstellen: Mein Name ist Gudrun Weißenborn, ich bin Diplomrehabilitationspädagogin und Angehörige. Diese beiden Rollen haben mich zum Landesverband geführt.

Mit Beginn des Projektes, über das ich gleich berichten werde – bin ich im Landesverband Berlin e.V. tätig. Gemeinsam mit meiner Kollegin, Frau Gommlich, die anschließend über unsere Arbeit berichtet, teile ich mir die Stelle einer Projektkoordinatorin.

Mit einem Team aus Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen begann die Projektarbeit im Januar diesen Jahres. Für die Umsetzung erhält der Landesverband Berlin e.V. ApK aus den Mitteln der ARD-Fernsehlotterie eine Projektförderung für 3 Jahre.

Einleitend werde Ihnen zunächst einmal den Rahmen vorstellen, in dem sich das Projekt bewegt. Anschließend wird Frau Gommlich noch näher auf unsere Arbeit eingehen.

Thema: „Familienselbsthilfe im Landesverband Berlin – Aufbau neuer Strukturen“

In Anbetracht der besonderen Zunahme psychischer Erkrankungen, gerade auch in Berlin, müssen wir feststellen, dass ein erheblicher Bedarf an Information und Beratung besteht und sich in Zukunft noch steigern wird.

Dies hat der Landesverband Berlin zum Anlass genommen, sein Angebot an Beratung und Information für Betroffene und Angehörige zu erweitern und neue Selbsthilfegruppen berlinweit zu initiieren.

Ziel des Projektes ist es, die Lebenssituation von Betroffenen und Angehörigen durch Information und Beratung zu verbessern und ihnen damit eine Stärkung der Selbsthilfekräfte und Eigenverantwortung zu ermöglichen.

In der Projektorientierungsphase ist uns bei der Zusammenstellung von Daten aufgefallen, dass der überwiegende Teil der Selbsthilfegruppen sich in den westlichen Bezirken der Stadt gegründet hat. Deshalb richten sich unsere Bemühungen zunächst stärker auf die östlichen Bezirke, letztendlich soll der Wirkungskreis aber die ganze Stadt beinhalten.

Zielgruppen unserer Planung sind

1. psychisch kranke Menschen
2. Angehörige psychisch Kranker, besonders allein stehende Eltern psychisch und an Sucht erkrankten Kindern und Jugendlichen, als auch erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern
3. Angehörige mit Migrationshintergrund

Mit der Initiierung von Selbsthilfegruppen werden zunächst einmal die strukturellen Voraussetzungen geschaffen, Information und Beratung in der Gesundheitsselfthilfe flächendeckend anzubieten.

Wir wünschen uns dabei eine Kooperation mit den psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Psychiatern und Psychologen, als auch weiteren im psychiatrischen System Tätigen. Damit strebt der Landesverband eine verbesserte Zusammenarbeit von professioneller Versorgung und der Gesundheitselfthilfe an. Gemeinsam bietet sich die Möglichkeit, gezielt an einer qualitativen Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung zu arbeiten. Erste neue Kontakte sind bereits geknüpft.

Mit der Vernetzung der verschiedenen Angebote verfolgt der Landesverband die Absicht, die Betroffenen und Angehörigen frühzeitiger und planvoller auf die Hilfemöglichkeiten in der Stadt hinweisen zu können.

Inhaltlich arbeiten die Selbsthilfegruppen selbständig und je nach ihren Bedürfnissen und ihrem Bedarf, der sich an verschiedenen Bedingungen wie den Symptomen, dem Status (Betroffene, Angehörige, Eltern, Partner, Kind), der Kultur und Sprache (Migrationshintergrund) orientieren wird.

Damit schließt die Selbsthilfe die Lücke innerhalb des Versorgungssystems, das in der Behandlung von psychischen Erkrankungen die soziale Komponente oft vernachlässigt, und bietet den Betroffenen und Angehörigen den persönlichen Beistand und die Anerkennung, die sie benötigen.

Unsere Aufgabe besteht darin, bei der Gründung und beim Aufbau, als auch bei der Durchführung von Selbsthilfegruppen den Beteiligten Unterstützung in Form von Beratung und Vermittlung, Organisation und Koordination anzubieten. Je nach Erfordernissen können weitere Unterstützungsleistungen, wie bspw. Supervision, Workshops, Gesprächstrainingskurse, Schulungen über den Landesverband abgefragt werden.

Mit dem einen Schwerpunkt, Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund aufzubauen, begeben wir uns auf ein neues Terrain. Dabei stellen die verschiedenen Kulturen und Sprachen die größte Herausforderung dar.

Um der Sprachbarriere zu begegnen, haben wir

bereits Kontakt mit dem Gemeindedolmetschdienst Berlin aufgenommen. Auch bestehen einzelne Kontakte mit Psychiatern und Psychologen, die als französische, türkische oder spanische Muttersprachler in Berlin tätig sind. Diese Kontakte wünschen wir uns in Zukunft noch zu intensivieren und auszubauen.

Doch um eine interkulturelle Kompetenz zu erreichen, brauchen wir den Kontakt. Deshalb möchte ich Betroffene und Angehörige mit Migrationshintergrund, ob mit oder ohne Deutschkenntnisse, auffordern, sich an den Landesverband zu wenden. Denn gemeinsam können wir weitere Barrieren abbauen in der Behandlung der psychischen Erkrankungen. Auch hier bestehen die ersten Kontakte.

In Kooperation mit der Charité wurde bereits eine Fachveranstaltung zum Thema: „Versorgungslücken bei psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund: Ausblicke und Perspektiven in der Selbsthilfe“ durchgeführt. Diese Fachveranstaltung erhielt eine sehr positive Resonanz, so dass wir davon ausgehen, dass auch die weitere Zusammenarbeit fruchtbar bleiben wird.

Die Projektarbeit beinhaltet darüber hinaus eine Beratung zur Eingliederungshilfe und zum trägerübergreifenden persönlichen Budget (TPB), für die ich zuständig bin.

Unter einem persönlichen Budget versteht man jede Form der Hilfeleistung für Menschen mit Behinderungen, die sie in die Lage versetzt, ihren notwendigen Hilfebedarf durch den unmittelbaren Einkauf von Dienstleistungen als Direktzahler zu decken.

In der Regel steht das persönliche Budget für einen Geldbetrag. Der behinderte Mensch nimmt also nicht ein mehr oder weniger geschlossenes Angebot einer stationären bzw. teilstationären Einrichtung in Anspruch, sondern er tritt seinen Helfern und Assistenten als Kunde oder Arbeitgeber gegenüber oder er beauftragt andere Leistungsanbieter mit der Organisation der erforderlichen Hilfen nach seinen persönlichen Wünschen.

Da das Persönliche Budget auf eine Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen abzielt, hat sich der Landesverband zur Aufgabe gemacht, interessierte Betroffene, Angehörige oder Betreuer zum Thema PB zu beraten.

Das Persönliche Budget ist im Sozialgesetzbuch IX geregelt. Es sieht eine dreieinhalbjährige Probezeit bis Ende 2007 vor. Während dieser Zeit werden Erfahrungen gesammelt, die über die Modellprojekte der einzelnen Bundesländer zusammengetragen werden. In dieser Phase sieht das Gesetz eine Ermessensentscheidung seitens der Behörde vor. Mit dem 1. Januar 2008 hat der Antragsteller einen Anspruch auf das PB, so denn er die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt hat.

In der Praxis stellt sich die Antragsbewilligung schwieriger dar, als es sein müsste. Die Sozialämter

sind noch nicht durchgängig auf die neue Form der Hilfestellung vorbereitet, auch findet keine ausreichende Öffentlichkeitsarbeit statt.

In diesem Zusammenhang arbeite ich mit dem Modellprojekt „TPB“ des Bezirksamtes Friedrichshain / Kreuzberg von Berlin innerhalb einer externen Projektgruppe, um mit den Erfahrungen aus der Beratung im Landesverband die Entwicklung des Modellprojektes TPB in Berlin zu befördern.

Hier möchte ich meine Ausführungen schließen.

Ein Platz an der Sonne



Aus der Arbeit des Vorstands

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie

Eva Weber-Schramm

Vorstandsmitglied ApK Landesverband Berlin e.V.
Vors. RichterIn LG Berlin

Im November 1995 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie veröffentlicht.

Dieser kurze Beitrag befasst sich mit der Bedeutung der Leitlinien und gibt auszugsweise einige Empfehlungen der Leitlinien wieder.

Seit Mitte der 90er Jahre sind die Medizinischen Fachgesellschaften verstärkt dazu übergegangen, Leitlinien zu entwickeln, die die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und in der Praxis bewährte Verfahren wiedergeben und bewerten. Anlass hierfür waren unter anderem eine wissenschaftliche Untersuchung über die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, aus der sich ergab, dass nicht einmal innerhalb eines Krankenhauses dieselben Behandlungsmethoden angewandt wurden – mit welchem Medikament, in welcher Dosierung und für wie lange Zeit man behandelt wurde, hing mit dem Stockwert des Krankenhauses zusammen und nicht mit der Art und Schwere der Erkrankung. Von dieser Feststellung bis zu der Erkenntnis, dass Leitlinien notwendig sind, um die Standards der Behandlung festzulegen, war es ein langer Weg. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als Dachorganisation medizinischer Fachgesellschaften fördert und begleitet den Prozess zur Erstellung von Leitlinien. Die DGPPN gründete 1993 ein „Referat Qualitätssicherung“ das die Entwicklung von Praxisleitlinien vorbereitete.

Methodisch werden 3 Stufen der Leitlinien – Entwicklung unterschieden. Am Ende steht die so genannte „S3-Leitlinie“, die neben einer Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse nach bestimmten Kriterien eine „formale Konsensusfindung“ zur Voraussetzung hat. Das bedeutet: eine Gruppe von Experten muss in Gesprächen, Diskussionen und abschließenden formalisierenden Beratungen die Zusammenstellung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erkenntnisse aus der praktischen Arbeit in den Leitlinien beschließen. Bei der jetzt veröffentlichten Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie handelt es sich um eine S3-Richtlinie. Sie gibt damit den Stand des Wissens über effektive und angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder. Sie stellt zwar keine verbindlichen Regelungen für die behandelnden Ärzte auf. Da der Arzt aber eine Behandlung schuldet, die dem Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Behandlung entspricht, besteht zunächst eine Vermutung dafür, dass dies eine richtlinienkonforme Behandlung sein muss. Der Arzt, der hiervon abweicht, muss begründen, weshalb aus seiner Sicht im konkreten Einzelfall eine andere Behandlung angezeigt ist. Es versteht sich von selbst, dass beispielsweise ein Ausschöpfen des Budgets für

Arzneimittel eine andere Behandlung nicht rechtfertigt.

Bei der Erstellung der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung der Schizophrenie

haben von der Betroffenenenseite unter anderem mitgewirkt: der Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und die Aktion Psychisch Kranke e.V.

Innerhalb der Leitlinie wird der Grad der jeweiligen Empfehlung unterschieden. Der stärkste Empfehlungsgrad ist „A“- er hat zur Grundlage eine bestimmte Anzahl von randomisierten kontrollierten Studien- das heißt: Studien, bei denen die Teilnehmer per Zufallsauswahl in Behandlungs- oder Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Es folgt der Empfehlungsgrad „B“, der ebenfalls noch aus einer wissenschaftlichen Studie hergeleitet wird und der Empfehlungsgrad „C“, der sich auf Berichte und Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Ableitungen von wenigster einer Studie stützen lässt. Der geringste Empfehlungsgrad ist „GCP“- das bedeutet „good clinical praxis“, also „gute klinische Erfahrung“. Sie bezieht auf die Aspekte der Behandlung, die in Experimenten nicht erforscht werden kann (zum Beispiel kann keine Studie darüber gefertigt werden, ob ein Patient, dem in seiner Erkrankung mit Respekt begegnet wird und dessen Menschenwürde gewahrt wird, einen besseren Krankheitsverlauf hat als einer, bei dem dies nicht der Fall ist) und bei denen einem schon der „gesunde Menschenverstand“ sagt, was richtig und was falsch ist.

Die Langversion der Leitlinie beträgt 159 Seiten im DIN A8 Format. Sie ist veröffentlicht auf der Homepage der DGPPN. Hier können nur einige Empfehlungen herausgegriffen werden, die besonders wichtig erscheinen und von denen wir wissen, dass sie in der Praxis noch immer nicht beachtet werden. In Klammern ist der jeweilige Empfehlungsgrad angegeben. Ich gebe nicht immer den vollständigen und genauen Wortlaut der Originalfassung wieder und versuche, die Bedeutung von Fremdwörtern zu erklären.

Leitlinie 2 (GCP): Bei einer Ersterkrankung sollten zum Ausschluss eines Tumors oder eines entzündlichen Prozesses immer eine Bildgebung des Gehirns (CT/MRT) vorgenommen werden. Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung ist durchzuführen, ein Blutbild und ein Differentialblutbild soll erstellt werden, die Leber- und Nierenwerte sind zu überprüfen und ein Drogen-screening ist vorzunehmen.

Leitlinie 12 (B): Bei schizophrenen Ersterkrankungen sollen aufgrund der vergleichbaren Wirkung auf die Positivsymptomatik und Hinweisen auf eine überlegene Wirksamkeit bezüglich der Negativsymptomatik und geringere dosisabhängige extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen in erster Linie Atypika eingesetzt werden - das heißt also eines der neueren Medikamente.

Leitlinie 16(A) :Bei der Behandlung der akuten schizophrenen Episode stellen atypische Antipsychotika ...Medikamente der ersten Wahl dar, falls nicht der Patient selbst konventionelle Antipsychotika präferiert (bevorzugt) oder er darauf bereits ohne relevante Nebenwirkungen remittierte- das heißt dass nach einer früheren Episode die Symptomatik zurückging und er keine nennenswerten Nebenwirkungen hat.

Leitlinie 33(C): Zur Langzeittherapie sollte dasjenige typische oder atypische Antipsychotikum beibehalten werden, unter dem eine Remission (Besserung der Symptome) in der Akuttherapie bei guter Verträglichkeit erzielt werden konnte.

Leitlinie 34(A): Bei der Auswahl des Antipsychotikums ist die überlegene rezidivprophylaktische (Verhinderung eines Rückfalls) Wirksamkeit als Gruppe der atypischen Antipsychotika gegenüber typischen Antipsychotika in der Langzeittherapie zu berücksichtigen.

Tabelle 4.5b nach Leitlinie 65: ein Blutbild soll alle drei Monate gefertigt werden, Leberenzyme ebenfalls alle drei Monate kontrolliert werden, EKG alle 6 Monate, unter Clozapin, Thioridazin, Pimozid, Perazin und Ziprasidon häufiger, EEG nur unter Clozapin und Zotepin alle 6 Monate.

Leitlinie 74(A): Es empfiehlt sich eine kognitive Verhaltenstherapie zur weiteren Reduktion des Rückfallrisikos zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie einzusetzen.

Leitlinie 75 (GPC): Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mit betroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollen daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.

Leitlinie 89 (GPC): Alle Hilfsansätze sollten zum Ziel haben, die Betroffenen in soziale Bezüge zu integrieren. Selbsthilfe der Betroffenen wie der Angehörigen sollte gefördert werden, das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt, ihr Wünsche nach Informationen und ihr Einbezug bei Therapieentscheidungen nachdrücklich unterstützt werden.

Die Leitlinien 90 bis 106 befassen sich mit Forderungen an die psychiatrische Versorgung, die aus wissenschaftlicher Sicht geboten sind, die aber derzeit nur in wenigen Fällen realisierbar sind, wie beispielsweise in Leitlinie 97 (C) , in der die Behandlung in einer Nachtambulanz oder anderen Einrichtung empfohlen wird, wenn ein Patient aufgrund von Ängsten oder in Ermangelung eines tragfähigen Milieus nicht zu Hause übernachten kann oder will.

Leitlinie 100 (A) fordert, dass psychiatrische Notdienste, sozialpsychiatrische Dienste, Netzwerke niedergelassener Fachärzte und/oder Ambulanzen von Kliniken die Funktion gut erreichbarer und möglichst mobiler Kriseninterventionsteams übernehmen. Dies deckt sich mit unseren Forderungen, ist aber von einer Realisierung noch weit entfernt.

Die Leitlinien 107 bis 169 befassen sich mit der Behandlung unter besonderen Bedingungen, unter anderem mit Früherkennung und Intervention, fehlende Krankheitseinsicht, gleichzeitigen Drogenkonsum, Erkennen und Behandeln von körperlichen Erkrankungen unter Behandlung mit Antipsychotika und mit Behandlung während einer Schwangerschaft und im hohen Alter.

Alle Betroffenen und Angehörigen sollten eine leitlinienkonforme Behandlung einfordern.

Angebote in Berlin an Gesprächsgruppen, Psychoseseminaren und Psychoedukation für Angehörige psychisch Kranker und Betroffene

Die Listen für Angehörige und Betroffene sind auf dem Stand vom Dezember 2006 und werden fortlaufend aktualisiert.

Die Angebote für Angehörige umfasst hier nur Selbsthilfegruppen. Weitere Angebote an Psychoedukation, Psychoseseminaren und professionell geleiteten Gesprächsgruppen können in der Geschäftsstelle des Landesverbandes ApK nachgefragt werden.

Angehörigenselbsthilfegruppen

Charlottenburg / Wilmersdorf

Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Psychiatrische Klinik
Eschenallee 3, 14050 Berlin
(030) 8445-0
Borderline-Gruppe, Leitung: Frau Hahn

Lichtenberg

Gesprächsgruppe in Kooperation mit dem Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Nachbarschaftshaus Kiezspinne Synapse Lichtenberg e.V.
Schulze-Boysen-Str.38, 10365 Berlin
Frau Steinbrück, Tel.: 513 88 88

Marzahn

Selbsthilfekontaktstelle
Alt-Marzahn 59 a, 12685 Berlin
Fr. Klaer, Tel.: 549 81 303
Stimmenhören
gemischte Gruppe B/A, bisher keine Angehörigen
Selbsthilfe-Kontakt- und Beratungsstelle Marzahn-Hellersdorf
Alt-Marzahn 59a, 12685 Berlin
Fr. Vedder, Tel.: 542 51 03
Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Auskunft: Fr. Vedder, Tel. 542 51 03

Neukölln

Selbsthilfezentrum Neukölln-Nord
Herzbergstraße 22, 12055 Berlin
Frau Eckstein, Tel.: 681 60 64
Zwang
Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Neukölln-Süd
Lipschitzallee 80, 12353 Berlin
Tel.: 605 66 00
Depression bei Kindern
2. Gruppe f. Suizidgefährdete i.d. Gründung

Pankow/Prenzlauer Berg

KIS - Kontakt- und Informationsstelle f. Selbsthilfe
Pankow-Prenzlauer Berg
Fehrbelliner Str. 92, 10119 Berlin
Tel.: 443 43 17
OCA - obsessive compulsive anonymus
Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Prenzlauer Berg, Winsstr. 32
Tagesstätte, Tel. 424 93 52
Frau Bredendiek, Frau Piek

Reinickendorf/Tegel

Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Tegel, Berliner Str. 14, Albatros e.V.
Frau R. Müller
Nur mit telefonischer Anmeldung unter 404 69 56

Schöneberg

Nachbarschaftshaus Schöneberg e.V.-SH-Treffpunkt
Holsteinische Str. 30, 12161 Berlin
1.Cristina 2.Herr Böntsch u.Frau Krüger
Tel.: 1. 31509744 u. 0160-2815026, 2. 85995130/33
Depression/Manie

Spandau

Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Mauerstr. 6 (Kulturhaus)
Herr L. Wast, Tel. 363 47 14
Selbsthilfetreffpunkt Siemensstadt
Hefnersteig 1, 13629 Berlin
Herr Lers, Tel.: 382 40 30 / 381 70 57

Steglitz-Zehlendorf

Selbsthilfekontaktstelle Steglitz-Zehlendorf
Nachbarschaftshaus Mittelhof e.V.
Königstr. 42/43, 14163 Berlin
Fr. Schünzel, Tel.: 801 975 14
Jugendliche mit sozialen Ängsten
Gesprächsgruppe des Landesverbands Berlin e.V.
Angehörige psychisch Kranker
Nachbarschaftshaus Mittelhof e.V.
Königstr. 42-43, Leitung: Frau Benckert
Tel.: 847 217 59
Psychose/Sucht

Treptow

Selbsthilfezentrum Eigeninitiative
Fennstr.31, 12439 Berlin
Tel.: 631 09 85
Borderline-Gruppe Angehörige v Depression i. Gr.

Wilmersdorf

Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Frau Schumacher u.Frau Diedler, Tel.: 863 95701
Charité Unimedizin Berlin
Tagesklinik Gerontopsychiatrie
Nussbaumallee 38, 14050 Berlin
Frau Domrös, Fr. Steffen Tel.: 331 55 93, 844 58 317
Ältere psychisch Erkrankte
Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str.32, 10713 Berlin
Frau Matzdorf, Tel.: 902 983 100
PartnerInnen
Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Frau Nabbefeld u. Frau Crämer, Tel.: 863 95701
Eltern/Geschwister
Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Tel.: 863 95701
Erw. Kinder psych.kranker Eltern
Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Tel.: 84 31 57 14 / 86 39 57 01
in Gründung: Angehörige mit Migrationshintergrund
Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Frau Peschel, Tel.: 863 95701
Eltern/Geschwister

Betroffenengruppen, Kontakt- und Beratungsstellen, Infokurse und Psychoseseminare

Charlottenburg

TUBFF e.V. Therapie und Beratung für Frauen

Mommsenstr. 52, 10629 Berlin

Tel.: 323 50 39 Zweigst. Mitte: 449 03 98

Selbsthilfetreffpunkt im Nachbarschaftshaus am Lietzensee e.V.

Angst und Panik, soziale Ängste – Selbsthilfegruppe

Herbartstr. 25, 14057 Berlin

Tel.: 30 30 65 12

Friedenau

Agoraphobie e.V.

Berliner Angstzentrum und Selbsthilfeprojekt

Dipl.-Psych. Frau A. Kropf, Dipl.-Psych. Frau B. Hartmann

Taanusstr. 5, 12161 Berlin

Tel.: 851 58 24

Friedrichshain

Selbsthilfe-Treffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg

Angst und Panik – Selbsthilfegruppe

Boxhagener Str. 89, 10245 Berlin

Tel.: 291 83 48

Hellersdorf

KBS - Das Floß

Depression - SHG

Martin-Riesenburger-Str. 14, 12627 Berlin

Tel.: Fr. Kissner: 99 41 267

Selbsthilfeunterstützungsstelle im Stadtteilzentrum

Pestalozzi-Treff

Ängste verstehen - SHG

Pestalozzistr. 1a, 12623 Berlin

Tel.: 56 77 838 / 56 58 69 20

Hohenschönhausen

Selbsthilfe Kontakt- und Beratungsstelle Lichtenberg-Weißensee

Depression - Selbsthilfegruppe

Ahrenshooper Str. 5, 13051 Berlin

Tel.: 962 10 33

Lichtenberg

Selbsthilfetreff Synapse Lichtenberg; „Kiezspinne“

SHG - Depression, Angst und Psychosen

Frau Steinbrück

Schulze-Boysen-Str. 38, 10365 Berlin

Tel.: 55 49 18 92, 513 88 88

Albatros e.V. „Der blaue Laden“, KBS

SHG - Depressionen und Ängste

Herr Dietrich

Hagenstr. 5, 10365 Berlin

Tel.: 557 84 84

Selbsthilfetreff Synapse Lichtenberg

Menschen mit Depressionen

Schulze-Boysen-Str. 38, 10365 Berlin

Tel.: 55 49 18 92

Total Banane – Selbsthilfegruppe

Herr Udo Blamberg

Leopoldstr. 21a, 10317 Berlin

Tel.: 517 38 417 / 0174 446 7175

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Psychose-Seminar

Gundelfinger Str. 52, 10318 Berlin

(in Albatros e.V. Tagesstätte)

Kontakt: Sybille Mateew

Tel.: 982 43 51

Lichterfelde-Ost

Haus der AWO, Sekis

Depressionen und Ängste - SHG

Ostdorfer Str. 121, 12207 Berlin

Tel.: 892 66 02

Mariendorf

Gemeinde Mariendorf Süd

Depressionen – Selbsthilfegruppe für Menschen ab 40 Jahren

Friedenstr. 20, 12107 Berlin

Tel.: 757 65 778

Marzahn

Selbsthilfe Kontakt- und Beratungsstelle Marzahn-

Hellersdorf

Depression – Selbsthilfegruppen I und II

Frau Görmar

Alt Marzahn 59a, 12685 Berlin

Tel.: 542 51 03 / Fr. Görmar: 92 40 86 03

Mitte

Campus Charité- Mitte

Bipolar-Selbsthilfegruppen manisch-depressiver Menschen

Schuhmannstr. 20/21, 10117 Berlin

Tel.: Steffen Di 44 62 716

Ev. Kirchengemeinde Sophien/Golgatha Löwenzahn

SHG für Menschen mit seelischen Erkrankungen

Herr Pfusch

Tiekstr. 17, 10115 Berlin

Tel.: Di-Fr. 19-20 Uhr erreichbar bei

Ansprechpartn.: Herr Pfusch: 972 62 54,

Bärbel: 444 88 11, Maria: 98 63 92 08;

Steffi: 555 39 089

c/o Für Alle Fälle e.V. BOP & P - Berliner Organisation

Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V.

Herr Reinhard Wojke, Frau Hannelore Klafki

Auguststr. 71, 10117 Berlin

Tel.: Wojke: 0171 2429 161/

Klafki: 0160 5931 358

Kontakt- und Beratungsstelle, Café Sonderbar

Erich-Weinert-Str. 37, 10439 Berlin

Tel.: 444 16 64

Brückentreff - Psychosoziale Kontakt- u. Beratungsstelle

Berlin-Mitte

Torstr. 158, 10115 Berlin

Tel.: 280 74 42/43

Neukölln

Selbsthilfezentrum Neukölln-Rixdorf

SHG - Wege aus Ängsten und Depressionen „Wir um die 40“

zunächst an Selbsthilfezentrum wenden

Hertzbergstr. 22, 12055 Berlin

Tel.: 681 60 64 SHZ

Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Neukölln-Süd

Depressionen I „Raus aus dem Alltagstrott“-Selbsthilfegruppe

Lipschitzallee 80, 12353 Berlin

Tel.: 605 66 00

NeST - Netzwerk Stimmenhören Bundesverband und

Berliner Selbsthilfegruppen

Trialog u. Stimmenhören

Herr Andreas Gehrke

Uthmannstr. 5, 12043 Berlin

Tel.: 78 71 80 68

Pankow

Volkshochschule Berlin Pankow Gesundheitshaus

Psychose-Seminar (2. Mi 18-19.30 Uhr)

Grunowstr. 8-11, 13187 Berlin

Kontakt: Annette Berg,

Psychiatriekoordinatorin, Bezirksamt Pankow

Tel.: 90 295 50 11

Albatros e.V. KBS - Pankow

SHG - Stimmen hören

Frau Wetzel

Breite Str. 2, 13187 Berlin, Tel.: 475 35 492

Gesindehaus Selbsthilfekontaktstelle Buch/Pankow

Ängste und Depressionen I, II und III

Alt-Buch 51, 13125 Berlin

Tel.: 941 54 26/27

Albatros e.V. KBS - Pankow

Gesprächsgruppen

Frau Wetzel

Breite Str. 2, 13187 Berlin

Tel.: 475 35 492

Prenzlauer Berg

KIS-Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

Pankow-Prenzlauer Berg

Soziale Ängste - Selbsthilfegruppe

Fehrbelliner Str. 92, 10119 Berlin

Tel.: 443 43 17

Reinickendorf

Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Reinickendorf Günter-Zemla-Haus

SHG - Angstzustände und Depression II

Eichhorster Weg 32, 13435 Berlin

Tel.: 416 48 42

Schöneberg

Krisenpension und Hometreatment Einzelfallhilfe e.V.

Eisenacher Str. 10, 10781 Berlin

Tel.: 78 71 76 73 (rund um die Uhr),

Träger Einzelfallhilfe e.V.: 23 63 38 10

Kiezoase

Selbsthilfegruppe Ängste und Depressionen

Barbarossastr. 65, 10781 Berlin

Tel.: 217 30 -202/-203

Selbsthilfetreffpunkt im Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.

SHG- Balance (Bipolare Störungen)

Holsteinische Str. 30, 12161 Berlin

Tel.: 85 99 51-30/-33, o. Anm. unter 79 70 33 58

Spandau / Siemensstadt

Selbsthilfetreffpunkt Siemensstadt

SHG - Borderline-Störung

Hefnersteig 1, 13629 Berlin

Tel.: 382 40 30; 381 70 57

SH-Treffpunkt „Mauerritze“ im Kulturhaus Spandau

Panikattacken und Angstzustände - 4 Gruppen

Mauerstr. 6, 13597 Berlin

Tel.: 333 50 26

Eulalia Eigensinn e.V.

Kommunikation und Aktion für Frauen

Frau Inge Scharf Krüger

Lutherstr. 13, 13585 Berlin

Tel.: 335 11 91

Steglitz / Zehlendorf

Kinder- und Jugendhaus Immenweg

Selbsthilfegruppe 2

Immenweg 10, 12169 Berlin

Tel.: 80 19 75 14 (Mittelhof)

REHA-Steglitz gGmbH Kontakt- und Beratungszentrum im Tageszentrum

Albrechtstraße - Psychosekurs

Albrechtstr. 15, 12167 Berlin

Tel.: 791 20 38/792 90 20

REHA-Steglitz gGmbH Tageszentrum Kamenzer Damm

Kamenzer Damm 1A, 12249 Berlin

Tel.: 76 67 97 76

Selbsthilfekontaktstelle Steglitz-Zehlendorf im Nachbarschaftsheim Mittelhof e.V.

SHG-Alltagsängste

Königstr. 42/43, 14163 Berlin

Tel.: 801 975 14

Teltow

Bibliothek der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA

Selbsthilfegruppe Bipolare Störung

Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow-Seehof

Tel.: Martina Gerl: 0177 68 96 574

Tempelhof

Die Kurve e.V.- Tagesbegegnungsstätte und Beratungsstelle im Gemeinschaftshaus

Lichtenrade - begleitete Psychosegruppe

Frau Wittkowski, Frau A. Kirsch

Lichtenrader Damm 212, 12305 Berlin

Tel.: 745 90 83

Nachbarschaftstreffpunkt Lichtenrade

SHG-Ängste und Depressionen

Christina Kettler, Tina Bolduan

Nahariyastr. 33, 12309 Berlin

Tel.: 765 89 661, Fr. Bolduan: 447 23 799

NUSZ-Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum in der ufa-Fabrik

SHG-Menschen mit Depressionen

Herr Detlef Lechner

Viktoriastr. 13, 12105 Berlin

Tel.: 75 50 31 22, Hr. Lechner: 68 97 54 37

Die Kurve e.V.- Tagesbegegnungsstätte und Beratungsstelle im Gemeinschaftshaus

Lichtenrade - Gesprächsgruppe Ängste

Frau Kirsch, Herr Fink

Lichtenrader Damm 212, 12305 Berlin

Tel.: 745 90 83

Tiergarten

Selbsthilfe Kontakt- und Beratungsstelle Mitte-StadtRand gGmbH

SHG-Ängste und Depressionen (Frauen ab 55 Jahre)

Perleberger Str. 44, 10559 Berlin

Tel.: 463 20 40, 394 63 64

Treptow-Köpenick

Eigeninitiative Selbsthilfezentrum Köpenick-Treptow

Borderline: „die Grenzgänger/innen“- Borderline

Selbsthilfegruppe im Südosten

Fennstr. 31, 12439 Berlin

Tel.: 631 09 85

Eigeninitiative Selbsthilfezentrum Köpenick-Treptow

Selbsthilfe Schwerpunkt Beratung-Depressionen

Frau Bettina Eden

Fennstr. 31, 12439 Berlin

Tel.: 631 09 85

Wedding

Institut für Klinische Psychologie (Außenstelle)/ FU

Psychose-Seminar

Prof. Dr. Zaumseil

Uferstr. 14, 13357 Berlin

Tel.: 465 60 6

Wilmersdorf

Kirchengemeinde zum Guten Hirten

Sekis

SHG- Depressionen und Ängste

Bundesallee 76a, 12161 Berlin

Tel.: Sekis: 892 66 02

SEKIS

SHG-Sucht und Angst (in Gründung)

Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin

Tel.: 892 66 02

Platane 19 e.V., Pinel gGmbH

Psychose-Seminar von PINEL gGmbH

Bezirksstelle Wilmersdorf und Platane 19

Marion Eggert, Volker Buschick

Knobelsdorffstr. 15, 14059 Berlin

Tel.: Eggert: 825 78 12, Buschik: 320 90 440

Danksagung

Dank für Unterstützung im Jahr 2006

**Wir danken herzlich für die Unterstützung
den Berliner Krankenkassen:**

- TK
- AOK Berlin
- BKK - Landesverband Ost
- Bundesknappschaft
- Barmer
- DAK
- KKH
- GEK

den Pharmafirmen:



The Lilly logo is written in a red, cursive script font.

Antworten, auf die es ankommt.

Herausgeber: Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)
Tel.: 030-863 957 01, Fax: 030-863 957 02
E-Mail: info@apk-berlin.de, Internet: www.apk-berlin.de

Redaktion: Dagmar Hasse

Fotos: Vittorio Ferrari, Mario Köpp

Druck: geesenberg druck, Verein zur Förderung und Hilfe psychisch Kranker, 15755 Teupitz

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337300, BLZ 100 205 00
