

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

**WIR INFORMIEREN ÜBER:**

**Familienselbsthilfe Psychiatrie**

**die Arbeit des Landesverbandes**

**unsere Gesprächsgruppen**

**Projekte für psychisch Beeinträchtigte**

**die psychiatrische Versorgung  
in Berlin**

**Veranstaltungen des Landesverbandes**

**gesetzliche Neuregelungen**

## Aus der Arbeit des Vorstandes

### Freude und Entspannung für unsere Mitglieder durch die Konzerte mit dem Chor Camerata vocale

---

*Jutta Crämer*

Liebe Mitglieder,  
ein Jahr ist es her, dass ich Frau Etta Hilsberg anlässlich der Ehrung ehrenamtlicher Mitarbeiter durch den Bundespräsidenten beim Neujahrsempfang 2008 kennen lernte. Schnell tauschten wir uns über unsere so verschiedenen ehrenamtlichen Arbeiten aus. Das Resultat, wir sind im Jahr 2008 wiederholt von Frau Hilsberg eingeladen worden, an den so wunderbaren Konzerten ihres Chores Camerata vocale teilzunehmen.

Wir können damit besonders den Mitarbeitern des Verbandes danken, die seit Jahren motiviert und beständig in allen Bereichen unseres Verbandes ehrenamtlich sich einsetzen.

Frau Hilsberg hat es aber auch ermöglicht, dass wir dieses Geschenk teilweise auch an unsere Mitglieder weiter reichen konnten.

Wir danken Frau Hilsberg und den Chormitgliedern herzlich für die vielen entspannenden und Freude bringenden Konzertabende.

Falls Sie sich über die Veranstaltungen informieren oder Eintrittskarten per E-Mail

bestellen wollen, können Sie das unter [www.camerata-vocale.de](http://www.camerata-vocale.de).

Heute möchte ich Ihnen die Dirigentin Etta Hilsberg und Ihren Laienchor etwas näher vorstellen (entnommen dem Internet).

Seit 1985 lenkt und leitet Etta Hilsberg die Geschicke der Camerata vocale Berlin. Dabei legt sie Wert auf musikalisches Können, Qualität und Disziplin, und ohne dass der Spaß an der gemeinsamen Arbeit und am Musizieren verloren geht. Seit 1989 konzertiert der Chor regelmäßig in großen Konzerthäusern Berlins (Großer Saal der Philharmonie, Kammermusiksaal der Philharmonie, Großer Saal des Konzerthauses Berlin) mit vier Konzerten im Jahr.

Die Camerata vocale Berlin, der Chor hat 50 Mitglieder, hat sich zum Ziel gesetzt, nicht nur die bekannten klassischen Oratorien zu pflegen, sondern sich auch für weniger bekannte, aber bedeutende Werke alter und neuer Komponisten einzusetzen.

Seit Juli 2002 erhält der Chor auf Grund hervorragender Leistungen Basis- und Projektförderung durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Forschung und Kultur.

#### **Etta Hilsberg**

Im Norderdithmarschen geboren, wuchs Etta Hilsberg bereits mit der Musik auf. In der Gemeinde ihres Vaters war sie vom 14. Lebensjahr an als Organistin tätig. Nach dem Abitur studierte sie in Berlin Kirchenmusik. Ernst Pepping, Helmut Barbe und Martin Behrmann zählten zu ihren Lehrern.

Nach ihrem Studienabschluss wirkte sie insgesamt 15 Jahre als Organistin und Kantorin in Berlin. Seit 1985 ist sie freischaffende Musikerin, Dirigentin und Musikpädagogin für Klavier, Orgel und Stimmbildung.

Sie erwarb in zahlreichen Intensiv-Kursen für chorische Stimmbildung bei Prof. Hofbauer (Wien) umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet und gibt diese erfolgreich weiter.

Seit der Gründung der Camerata vocale Berlin leitet sie den Chor mit außerordentlichem Engagement und viel Idealismus. Regelmäßige und erfolgreiche Auftritte auf den großen Konzertpodien Berlins krönen ihre Arbeit.

Etliche Konzertreisen (Ungarn, USA, Japan) und CD-Einspielungen geben ein Zeugnis von ihrem hohen künstlerischen Niveau, was seit 2002 durch die Förderung des Chores



Frau Etta Hilsberg, Camerata vocale



Camerata vocale

seitens der Kulturverwaltung des Landes Berlin unterstrichen wird.

### **Die Stimmbildung**

Der hauptsächliche Grund für den kontinuierlichen Aufstieg der Camerata vocale Berlin zu einem festen Bestandteil des Musiklebens der Hauptstadt ist darin zu sehen, dass die Leiterin persönlich eine außerordentlich intensive Stimmbildung des Chores betreibt, die auch musikalischen Laien in den Stand setzt, den schwierigen Aufgabe gewachsen zu sein, die die Komponisten den Aufführenden stellen. Diese Stimmbildung findet nicht nur ausgiebig in den wöchentlichen Probestunden und den monatlichen Chorwochenenden statt, sondern darüber hinaus auch in der regelmäßigen Arbeit der Chorleiterin mit individuellen kleinen Gruppen von jeweils drei Sängerinnen oder Sängern im Turnus an zusätzlichen wöchentlichen Termi-

nen. Dabei wird die Stimmbildung immer auch speziell auf die Werke bezogen, die gerade einstudiert werden. Die Leiterin delegiert die Stimmbildung nicht, sondern arbeitet persönlich mit jedem Einzelnen an der Verbesserung der stimmlichen Qualität, wodurch über die Jahre die musikalische Qualität des Chores gestiegen ist.

Neben dieser intensiven musikalischen Arbeit auf den Berliner Konzertpodien hat die Camerata vocale Berlin im Interesse eines internationalen Kulturaustauschs auch Konzertreisen ins Ausland organisiert und mit anderen, ausländischen Chören zusammengearbeitet. Neben mehreren Reisen innerhalb Deutschlands sowie nach Ungarn und Polen hat 1994 die Camerata vocale Berlin eine dreiwöchige, sehr erfolgreiche Chorreise durch vier Staaten der USA unternommen. In acht Konzerten wurden die Johannespassion von J. S. Bach, die Schöpfung von J. Haydn, das Requiem von W. A. Mozart sowie der Messias von G. F. Händel in der Bearbeitung von W. A. Mozart aufgeführt. Begleitet wurde der Chor von den Brandenburger Symphonikern.

Im Oktober 2002 wurde die Camerata vocale auf einer 14tägigen Reise durch Japan in den großen Konzertsälen in Osaka und Tokio gefeiert.

Wir bitten unsere Mitglieder, die Freikarten erhalten, uns die Portokosten in Form von Briefmarken zukommen zu lassen.

Der Vorstand



# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## Vortrag über Angehörigen Arbeit

anlässlich der Berliner Psychiatrietage der Charité 15.–17.01.2009

---



Cornelia Hahn

Im Januar 2009 veranstaltete der Bereich Sozialpsychiatrie an der Charité die 4. Berliner Psychiatrietage mit den Themenschwerpunkten Borderline-Persönlichkeitsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung. Aus der Reihe der Vorträgen des Komplimentärbereichs in Berlin stammt der folgende Beitrag von dem Mitglied unseres Angehörigenverbandes Frau Cornelia Hahn.

Sehr geehrte Damen und Herren, was hätte ich mir 2003 gewünscht, eine Stimme als Angehörige zu haben! Heute, 5 Jahre später, habe ich eine Stimme.

Beinahe hätte man uns, die Angehörigen der an Borderline Erkrankten, trotz langfristiger Einladung zu diesem Vortrag vergessen.

Dennoch, ich bin dankbar, in diesem Forum die Gelegenheit zu haben, Sie um mehr Aufmerksamkeit für die Angehörigen von Borderline-Erkrankten zu bitten.

Ich habe mir lange Gedanken gemacht, wie ich Sie erreiche. Ich denke, dass Beispiele aus meinem Weg an der Seite einer Betroffenen unser Anliegen deutlich macht.

Ich leite seit 2006 die Angehörigen-Gruppe Borderline an der Charité am Campus Benjamin Franklin Eschenallee. Aber in erster Linie bin ich Mutter einer Tochter, bei der die Erkrankung 2003 ausbrach. Meine Tochter war zeit ihres Lebens introvertiert und unauffällig. Nach dem Abitur zog sie mit einem Freund zusammen, die Welt schien in Ordnung.

Nach ca. 2 Jahren, in denen meine Tochter immer weniger Kontakt zur Familie suchte, wurde ich von ihrem ersten Suizidversuch unterrichtet. Ein Schock ging durch die Familie und eine zermürbende Ursachensuche begann.

Ich bekam keine Antworten. Nicht von meiner Tochter, nicht von den behandelnden Ärzten. Schuldgefühle quälten mich. Auf den ersten Suizidversuch folgten lange Wochen in der Klinik, die Suche nach einer Diagnose und nach möglichen Behandlungen, Entlassung, Aufenthalt in Tageskliniken. Gespräche mit behandelnden Ärzten erfolgten immer in Anwesenheit meiner Tochter, meine Fragen konnte ich in ihrem Beisein nicht stellen. Dem ersten Suizidversuch folgten 4 weitere. Immer wieder bat ich um Gesprächstermine, immer wieder wurde ich abgewiesen. Ich galt als nervige Mutter und wurde ständig darauf hingewiesen, mich rauszuhalten. Man wollte sich kein Bild von meiner Tochter machen, wie ich sie als Mutter kenne, man wollte, wie man mir sagte, ein weißes Blatt, um sich ein eigenes Bild zu machen. Ich sollte einfach nur Mutter sein. Dieser Satz reizte mich aufs Äußerste, neue Energie erwachte in mir und die Phase der Ohnmacht und Lethargie wich einer kämpferischen Wut. Mutter sein heißt ja wohl, gerade in so einer Situation an der Seite seines Kindes zu sein, für dessen Wohl zu kämpfen. Aber ich wusste nicht, wer war der Feind, gegen den wir kämpfen mussten.

All' meine Versuche, mit den behandelnden Ärzten ins Gespräch zu kommen, dienten dazu, zu erfahren, gegen wen – gegen was müssen wir kämpfen. Ich bekam nicht einmal die Antwort, dass es in dieser Phase gar keine Antwort gibt. Die kämpferische Phase wandelte sich wieder in eine Phase tiefer Hilflosigkeit, Überforderung, Verzweiflung.

Und trotzdem, Resignation kam nicht infrage, das würde meiner Tochter nicht weiterhelfen.

Nach ca. einem Jahr Klinikaufenthalt (immer in der gleichen Klinik) wurde die Diagnose Bipolare Störung gestellt. Meine Frage danach, wo denn bei meiner Tochter die manischen Phasen sind, wurde nicht beantwortet. Ich zweifelte ganz massiv diese Diagnose an.

Ich bekam zum Trost gesagt, dass große Persönlichkeiten wie Goethe und Mozart an einer bipolaren Störung erkrankt waren und aus denen sei ja auch was geworden. Ich fühlte mich unendlich gekränkt.

Meine Tochter war mittlerweile bereit, alles dafür zu tun, zurück ins Leben zu finden. Wir besuchten Vorträge und eine Tagung über

---

Bipolare Störungen und . . . erkannten meine Tochter in diesem Krankheitsbild nicht.

Es erfolgte ein Suizidversuch, der eine Wende einleitete. Während man auf der Intensivstation darum kämpfte, meine Tochter ins Leben zurück zu holen, hatte ich das erste intensive Gespräch mit einem Arzt unter vier Augen. Er riet mir dringend, meine Tochter in einer anderen Klinik aufnehmen zu lassen, da die Psychiatrie dieser Klinik keinen guten Ruf hat.

Nach vielen persönlichen Nachforschungen und Gesprächen gelang mir dies. Man nahm meine Tochter in einer anderen Klinik auf. Atmosphäre und Umgang mit Patienten und Angehörigen war ein ganz anderer; offen, freundlich. Nach einigen Wochen Klinikaufenthalt, Tagesklinik, Krise, Wiederaufnahme in der Klinik wurde meiner Tochter von einem jungen Arzt geraten, sich zu einem Diagnoseverfahren an der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus BF in der Eschenallee anzumelden. Von da an ging alles sehr schnell. Nach zwei Wochen stationärem Aufenthalt stand fest, meine Tochter hat Borderline. Es folgte eine dreimonatige Therapie. Vor Entlassung war ein Rehaplan erstellt worden, noch vor dem Entlassungstermin kannte meine Tochter ihren Reha-Betreuer, von dem sie hervorragend an die Hand genommen wurde und der ihr Hilfe zur Selbsthilfe war. Bis zur Aufnahme einer ambulanten Therapie verging allerdings ein Jahr vom Zeitpunkt der Anmeldung. Ein großes, dunkles Loch für Betroffene.

Im September 2008 konnte meine Tochter die 2003 abgebrochene Ausbildung wieder aufnehmen.

Heute weiß ich, dass die Qualität der Behandlung in den Psychiatrien der Berliner Kliniken immens auseinanderdriften kann, die Unkenntnis über Borderline noch immer selbst unter Medizinern groß ist, aber dass unser Weg ein positiver war und ist.

Die Diagnose wurde „schon“ nach zwei Jahren gestellt. Meine Tochter war krankheits-einsichtig, und ist auf dem Weg in ein Leben, in dem nicht die Krankheit sie in der Hand hat, sondern sie die Krankheit.

Was ziehe ich für ein Fazit aus meinen ganz persönlichen Erfahrungen:

Ich möchte an sie appellieren, schenken Sie Angehörigen mehr Aufmerksamkeit! Das

können Sie tun, ohne ihre Schweigepflicht zu verletzen.

Informiert sein ist für Angehörige am Anfang der Erkrankung das A und O. Unsere erkrankten Angehörigen verschwinden von einer Stunde auf die andere aus ihrem normalen Leben. Nichts ist in der Familie mehr wie es war.

Für mich wäre es im ersten Schritt hilfreich gewesen, wenn man mir, die, noch nie im Leben Berührung mit psychischen Krankheiten hatte, ganz lapidar gesagt hätte

- es handelt sich wahrscheinlich um eine psychischen Erkrankung
- die Diagnose ist eine schwierige Angelegenheit – geben Sie uns Zeit
- der Verlauf von psychischen Krankheiten ist nicht vorhersehbar und oft ein sehr langwieriger Prozess, nicht zu rechnen in Wochen und Monaten
- suchen sie sich Hilfe – es gibt einen Angehörigen Verband für Psychisch Kranke in Berlin, es gibt Selbsthilfegruppen.

Ich appelliere an Sie:

Beziehen Sie Angehörige ein – sie können ihnen wertvolle Informationen über ihre Patienten geben.

Angehörige sind nur Störenfriede, wenn sie sich einmischen und alles besser wissen wollen. Je aufgeklärter Angehörige jedoch sind, desto weniger störend werden sie sein. Sachliche Informationen über das Wesen psychischer Erkrankungen, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, über grundlegende Regeln für den Umgang mit dem Borderline-Kranken schaffen erste Orientierung für Angehörige.

Versuchen Sie den Umgang mit der Schweigepflicht mit den Betroffenen am Anfang der Erkrankung zu regeln, damit dass Spannungsfeld zwischen Arzt, Patient und Angehörigen möglichst gar nicht erst entsteht!

Noch immer wird unterschätzt, dass unterstützte und informierte Angehörige kompetente Partner im Gesundungsprozess des psychisch Kranken sein können. Für die meisten an Borderline-Erkrankten sind die Familienangehörigen die Bezugspersonen, die sie auch nach einem emotionalen und oft finanziellen Kahl-schlag während der akuten Krankheitsphasen nicht alleine lassen und die sie unterstützen, wenn eine professionelle Betreuung lange beendet ist.

Ich weiß, dass für eine mögliche Gesundung

---

eines Borderliners (und an die glaube ich seit der Veröffentlichung des Buches von Andreas Knuf „Gesundung ist möglich“) die positive Gestaltung aller möglichen sozialen Komponenten eine entscheidende Basis darstellt. Und ich betrachte es als meine Mitverantwortung als Angehörige und Mutter, an dieser Basis mit zu arbeiten.

Und: Der Wille und die Erkenntnis, dass niemand einem hilft, wenn man sich nicht selbst hilft oder es zumindest versucht, diese Erkenntnis ist schmerzlich, aber unumgänglich. Und sie ist auch der erste Schritt auf dem Weg zu einer inneren und äußeren Emanzipation der Angehörigen.

Aber nun gibt es auch die Gruppe der Angehörigen, die nicht in der Lage sind, sich Informationen zu beschaffen. Sie leben in einem permanenten Stresszustand. Nicht wenige werden selbst krank. Ja – selbst Familien gehen in anbetracht der permanenten Überforderung förmlich kaputt, Ehen zerbrechen, familiäre Bindungen werden zerstört. Nur einen Bruchteil dieser Angehörigen können wir in unserer Gruppe auffangen, die meisten wagen sich nicht aus der Deckung. Über ein Telefongespräch hinaus kommt kein Kontakt zustande.

Ich appelliere an Sie – verweisen Sie Angehörige darauf, eine Gruppe zu besuchen. Leider wird das viel zu selten getan.

Die Gruppe kann erste Hilfe in einer extrem angespannten und schwierigen persönlichen Lage sein. In einer Gruppe hat man Zugang zu vielen ganz praktischen und hilfreichen Informationen zur Borderline-Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Erfahrungen mit Ärzten, Einrichtungen, Medikamenten etc. In einer Gruppe erfährt man, dass andere ähnliche oder sogar manchmal größere Probleme haben. Das kann niederdrückend sein, aber man kann auch daraus lernen, wie andere mit ihrem Schicksal umgehen. Man lernt auf jeden Fall dazu und entwickelt sich weiter.

Die Arbeit „an sich selbst“ ist dabei das wichtigste. Das heißt, man lernt mit den eigenen Kräften umzugehen, Solidarität mit anderen Gruppenmitgliedern und nicht zuletzt hilft die Gruppe aus oft einspurigem Denken durch kritisches Hinterfragen.

Patentrezepte hat eine Gruppe nicht. Ein einmaliger Besuch kann Probleme nicht lösen. Man muss sich auf einen Prozess einlassen, in

dem jeder nimmt und gibt und jeder vom anderen lernt. Diese Gegenseitigkeit macht die Gruppe zu einem wichtigen Rückhalt für viele ihrer Mitglieder.

Viele Angehörige kennen das Gefühl der Stigmatisierung, die vermeintlich guten Ratschläge von Verwandten und Freunden, die Herablassung von Profis und Behörden, die Verdächtigungen und Zumutungen, denen jeder ausgesetzt ist. Das kratzt an unserem Selbstwertgefühl und unserer Würde. Die Gruppe stärkt uns den Rücken und gibt uns Selbstvertrauen zurück. Sie hat damit auch eine präventive und therapeutische Wirkung, damit Angehörige nicht selbst krank werden.

Es gibt keine andere Einrichtung oder Methode die eine so nachhaltige und umfassende Begleitung der Angehörigen leisten könnte wie eine gut funktionierende Angehörigen-gruppe.

Aber in einer Gruppe kommen auch Themen zur Sprache, bei denen alle Beteiligten feststellen, wir stoßen an Grenzen und Unzulänglichkeiten des gesundheitlichen und sozialen Hilfesystems. Man kann Veränderungen nur dort erreichen, wo die Bedingungen geschaffen werden. Auf diese Weise sind die Angehörigen Verbände in den einzelnen Ländern und der Bundesverband für Psychisch Kranke entstanden. Es geht darum, die Stimme der Angehörigen, ihre Forderungen und Wünsche in Gesellschaft und Politik vernehmbar zu machen. Der Landesverband für Angehörige Psychisch Kranker Berlins informiert Sie gern zu seiner Arbeit, bitte besuchen Sie unseren Infostand.

Am Ende meines Vortrages möchte ich ein großes Dankeschön aussprechen. Ein Dankeschön an die Unterstützung der Angehörigen-Gruppe durch die Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité am Campus Benjamin Franklin in der Eschenallee.

Die Gruppe ist oft auf Themen gestoßen, für die wir fachliche Unterstützung brauchten. Ein kurzes Telefongespräch – der kleine Dienstweg sozusagen - war immer ausreichend und man stellte uns hervorragende Referenten zur Seite, die uns zu einem kleinen Spezialwissen zum Thema Borderline verholfen haben, zu wertvollen Informationen im Umgang mit unseren betroffenen Angehörigen. Unser Dank gilt besonders Frau Thill und Herrn Stulich.

# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## Leib und Seele fit machen Prävention im Dialog



Prof. Dr. Andreas Ströhle und Frau Jutta Crämer

Unter diesem Titel führte am 24. Januar 2009 unser Verband gemeinsam mit dem St. Joseph-Krankenhaus in Berlin Weißensee einen Fortbildungstag durch, der Sport, Bewegung und Wellness in den Mittelpunkt stellte. Mehr Fitness – das ist das Thema der Zeit und warum dies bisher bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen so wenig eine Rolle gespielt hat, ist eigentlich schwer nachzuvollziehen. Hier einen ersten Einstieg zu ermöglichen und auch dem Reha-Sport als medizinische Leistung mehr in das Blickfeld aller Beteiligten zu rücken, war das erklärte Ziel der Veranstalter, die gleichzeitig der Frage nachgehen wollten, wie auch der Prävention seelischer Störungen durch gezielte Maßnahmen eine größere Bedeutung zukommen kann. Besonders wichtig ist das auch bei Angehörigen, die oft sehr belastet sind und ein höheres Risiko für das Burn-out-Syndrom haben.

Seit einigen Jahren bietet der Landesverband der Angehörigen mit seinem Projekt „Starthilfe Sport“ gemeinsam mit der Pinel-Gesellschaft, kostenlose Sportangebote für psychisch Kranke und Angehörige, wie z.B. Laufgruppen, Badminton oder Tischtennis. Wie Jutta Crämer, Vorsitzende des Berliner Landesverbandes der Angehörigen, in ihren Grußworten betonte, erfreuen sich diese Angebote zunehmender Beliebtheit und ermöglichen Entlastung und Begegnung für Angehörige und Betroffene gleichermaßen. Jedoch bemängelte Frau Crämer, dass es noch viel zu wenig Sportangebote für psychisch Erkrankte gibt und in Berlin kein Rehabilitationssport für Betroffene angeboten wird. Und auch das St. Joseph-Krankenhaus ist mit seinen Angeboten in der Sport- und Physiotherapie, die zurzeit vorwie-

gend für stationäre Patienten angeboten werden, durchaus Vorreiter in Berlin.

Wie sieht es nun in Deutschland aus? Eingeladen dazu waren „die“ Experten zum Thema Sport und Bewegung bei psychischen Störungen, eine Spezies, die in hierzulande noch nicht weit verbreitet ist. Prof. Brooks, HELIOS Kliniken Schwerin, ging auf die noch immer eher dünne Studienlage zur therapeutischen Behandlung von körperlichem Training bei psychischen Störungen ein. Recht gut erforscht ist der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und depressiven Erkrankungen. So z.B. ergab eine Studie von 1988, dass eine geringe körperliche Aktivität eine doppelt so hohe Inzidenz depressiver Erkrankungen im Vergleich zu sportlich aktiven Personen bedeutet. Weitere Studien legen nahe, dass (Ausdauer-)Sport bei der Behandlung von moderaten Depressionen ebenso effektstark sein kann wie eine medikamentöse Behandlung.

Wenig erforscht ist die Wirkung von sportlicher Betätigung bisher bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. In der Regel sind diese Patienten unsportlicher als die Normalbevölkerung. Häufige Gewichtszunahmen als Nebenwirkung von Medikamenten sind einerseits ein erschwerender Faktor für körperliche Betätigung, machen andererseits eine Aktivierung auch ganz besonders sinnvoll.

Bei der Exporax-Studie (2008) hat sich bei Panikstörungen eine Kombination aus Ausdauersport und Pharmakotherapie am erfolgreichsten erwiesen.

Im Anschluss gab Udo Lange, Sporttherapeut im St. Joseph-Krankenhaus einen Einblick in die aktuelle Sporttherapie der Klinik. Ziele der Behandlung sind dabei:



Dr. Iris Hauth

- Kompensieren, regenerieren, aktivieren
  - Förderung einer dauerhaften Gesundheitskompetenz
  - Schaffung von Erfolgserlebnissen
  - Entwicklung des eigenen Körpergefühls
  - Entängstigung, Ermutigung
  - Entspannung
  - Kraft-, Flexibilität- und Ausdauerschulung.
- Entspannung, sozusagen die andere Medaille zur körperlichen Aktivität, wird durch die Vermittlung von Techniken wie autogenem Training, Fantasiereisen, PMR nach Jacobsen, aber auch Massagen und Tai Chi nahe gebracht. Zugute kommen diese Angebote im Moment stationär behandelten Patienten. Ziel ist, dass diese auch danach weiterhin kostenlos genutzt werden können.

Prof. Gerhard Längle von der Münsterklinik zeigte in seinem Vortrag, wie unverzichtbar zielgruppenspezifische Bewegungstherapie bei der Behandlung psychischer Störungen ist. Je weniger akut die Erkrankung ist und je länger die Behandlungsdauer, desto wichtiger ist Bewegungstherapie. Prof. Längle betonte dabei auch ihre Bedeutung für die Diagnostik, z.B. beim Verhalten in Gruppen, beim Umgang mit Emotionen, Durchhaltevermögen, aber auch die Bewegungskoordination, zusätzliche neurologische Beeinträchtigungen und Nebenwirkungen der Medikation lassen sich gut beobachten.

So ergänzt die Sporttherapie die anderen „klassischen“ Therapieformen wie Medikamente, Psycho- und Soziotherapie sinnvoll und lässt sich gut mit anderen Therapieformen wie z.B. Reittherapie oder Musiktherapie ergänzen.

Leider spielt die Bewegungstherapie im ambulanten psychiatrischen Bereich heute noch eine untergeordnete Rolle, obwohl der Reha-Sport bei somatischen Krankheiten schon lange einen festen Platz erobert hat und selbstverständlich als Kassenleistung vergütet wird. Prof. Längle schilderte das Tübinger Modell für Reha-Sport, wo durch die finanzielle Unterstützung einer Stiftung eine anteilige Sporttherapiestelle in der Institutsambulanz gefördert werden konnte. Ein Förderverein bemüht sich heute darum, das Angebot in beschränktem Ausmaß aufrecht zu erhalten.

### **Laufen für die Seele**

Sport wirkt antidepressiv und angstlösend. Prof. Andreas Ströhle von der Charité in Berlin stellte

im Folgenden Studien vor, die diese Hypothesen näher beleuchteten und warnte zu voreiligen Schlussfolgerungen. So kann z.B. Sport in akuten Phasen der Erkrankung auch angst- und panikauslösend sein.

Michaela Schick Tanz, ebenfalls vom St. Joseph-Krankenhaus, stellte die umfangreichen Angebote der hauseigenen Pysiotherapie vor, was sich – erfreulicher Weise – eher nach einem guten Wellnesshotel denn einer psychiatrischen Klinik anhörte.

Auch alternative Behandlungsmethoden wie Akupunktur oder Klangschalenthherapie werden hier erfolgreich angewendet und bringen Patienten – und übrigens auch den Mitarbeitern Entspannung für Leib und Seele.

Dr. Winfried Reichwaldt, Janssen-Cilag, berichtete anhand eines Fallbeispiels, wie langwierig, steinig und auch kostenintensiv eine wirksame Umstellung auf eine gesundheitsbezogen Lebensführung sein kann.

Über die hervorragenden räumlichen Voraussetzungen für eine effektive Präventionsarbeit im Hause konnten sich die Teilnehmer in der Pause selbst ein Bild machen und zum Abschluss der Veranstaltung bei einem gesunden Imbiss erste Überlegungen über eigene Umsetzungsversuche der wissenschaftlichen Erkenntnisse wie auch der praktischen Beispiele anstrengen.

Zu wünschen ist, dass Bewegung, Entspannung und alles, was die Seele stärkt, verstärkt als Therapieergänzung und wichtiges Element der Behandlung gerade psychischer Störungen zum Einsatz kommt. Hier ist sicher noch viel Pionierarbeit zu leisten.



Auditorium

# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## Round table „Religion und Psychiatrie“



Teilnehmer an „Religion und Psychiatrie“

Eingeladen vom Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. ([www.psychiatrie-in-berlin.de](http://www.psychiatrie-in-berlin.de)) fand am 3.12.2008 in Berlin in der Friedrich-von-Bodenschwingh-Klinik ein erstes interreligiöses Treffen von psychiatrisch Tätigen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen statt.

Schon zwei Jahre zuvor hatte der Verein in Berlin eine Fachtagung zum Thema „Religion und Psychosen – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag“ und im letzten Jahr eine öffentliche Veranstaltung in der Urania-Berlin mit über 300 Teilnehmern zu dieser Thematik organisiert. Unter dem Titel „Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung“ liegt im Psychiatrie-Verlag ein erweiterter Tagungsband hierzu vor. Vor diesem Hintergrund war in Berlin von mehreren Seiten, von Psychiatern und vor allem auch von Krankenhaus-Seelsorgern psychiatrischer Kliniken der Wunsch nach einem strukturierten Dialog zwischen „Psychiatrie“ und „Religion“ artikuliert worden.

Schließlich kamen neben niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten, Klinikleitern und weiteren Psychiatrieprofessionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen mehrere Vertreter der christlichen Kirchen, der muslimischen Gemeinde und des jüdischen Wohlfahrtsverbandes zusammen. Bereichert wurde der Teilnehmerkreis des Weiteren durch zwei renommierte Religionswissenschaftler. In dem dreistündigen Treffen kristallisierten sich zwei Kernfragen heraus:

Erstens: Religiöses Leben und Spiritualität finden sich in vielgestaltiger Form auch in einer säkularen Metropole wie Berlin. Die Herausfor-

derung letzter Seinsfragen bewegt die Menschen, religiöses Erleben, spirituelle Orientierung und eine persönliche Seinsbegründung sind auch für Großstadtmenschen oft existenzielle Fragen. Die religiösen Gemeinschaften bieten darüber hinaus eine wichtige Möglichkeit der sozialen Vernetzung und der Integration. Dies alles gilt besonders für Menschen in psychischen Krisen. Es ist also zu fragen, wie „die“ Psychiatrie, d.h. wie die versorgende psychiatrische Klinik, der ambulant tätige Psychiater, der Psychotherapeut, der Sozialarbeiter, der Pfleger dem spirituellen Bedürfnis des Psychiatrie-Patienten ganz konkret besser gerecht werden kann. Anders gesagt: Wie kann „die“ Psychiatrie den religiösen Glauben und die individuelle Sinnggebung stärker als Bewältigungsressource in den Gesundheitsprozess einbeziehen?

Zweitens: Psychisch Kranke finden im Glauben, in den Kirchen und Glaubensgemeinschaften sehr häufig besonderen Trost und Hoffnung, Zuspruch, Sinnggebung, Ruhe, Entlastung und Vergebung u.a.m. Gleichzeitig zeigen psychisch kranke Menschen eine besondere Affinität zu den religiösen Kategorien Schuld, Scham und Strafe; eine Über-Identifizierung mit diesen Teilaspekten religiöser Glaubensinhalte kann zur Verstärkung psychiatrischer Symptome beitragen. Den religiösen Gemeinschaften kommt daher eine besondere Verantwortung für Menschen mit psychisch Krisen und Erkrankungen zu. Die sich daraus ergebende Frage ist, wie für Mitglieder von Glaubensgemeinschaften und Kirchengemeinden in psychischer Not die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessert werden kann. Diese Frage stellt sich



---

in besonderer Weise, wenn psychisch Erkrankte sich esoterischen Gemeinschaften bzw. Sekten angeschlossen haben.

Nach einer lebhaften, durch eindrucksvolle persönliche Erfahrungsberichte und theoretisch fundierte Beiträge geprägten Diskussion kamen die Teilnehmer darin überein, den begonnenen interreligiös-psychiatrisch-trialogischen Diskurs fortzusetzen. Handlungsbezogenheit und konkrete Ausrichtung auf die reale Versorgung psychisch Kranker sollen dabei die wesentlichen Vorgaben sein.

Konkret wurden bereits einige Aufgabengebiete definiert wie zum Beispiel die Erstellung einer Liste von kulturkundigen Ärzten, Betreuern, Ansprechpartnern sowie einer Literaturliste mit hilfreichen Texten. Darüber hinaus soll an Konzepten zur Wissensvermittlung über Religionen an Psychiatrie- Professionelle wie zum Transfer von psychiatrischem Wissen in die kirchlichen, Gemeinden und religiösen Gemeinschaften gearbeitet werden.

Das nächste Treffen findet Ende April 2009 statt. Die Gruppe hat sich entschieden, zunächst im kleinen Kreis weiterzuarbeiten, stellt Interessenten aber gerne die erarbeiteten Listen und Materialien zur Verfügung.

Norbert Mönter, Berlin

Kontakt: E-Mail: [dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de](mailto:dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de)



**Wir machen darauf  
aufmerksam, dass sich unsere  
E-Mail-Adresse geändert hat.**

**NEU: [info@apk-berlin.de](mailto:info@apk-berlin.de)**

# Aus der psychiatrische Versorgung in Berlin

## Expertenanhörung zu Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) nach dem Fünften Sozialgesetzbuch am 14. Okt. 2008

---

Sehr geehrte Mitglieder,  
im Oktober 2008 und im Februar 2009 bin ich, Jutta Crämer, von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zu einer Expertenanhörung zum Thema: „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Berlin“ eingeladen und um Stellungnahme gebeten worden.

### **Zur Situation in Kürze:**

Bundesweit und auch in Berlin gibt es für **körperlich** erkrankte Menschen ein funktionierendes Netzwerk von ambulanten medizinischen und beruflichen Rehabilitations-Einrichtungen. Psychisch beeinträchtigte Menschen können von einem derartigen Leistungsangebot in Berlin leider noch immer nicht profitieren, auch wenn auf die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ein Rechtsanspruch besteht. Wir fragen uns, warum in Berlin bis heute die Krankenkassen ihrer Pflicht, wohnortnahe ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch in Berlin bereitzuhalten, nicht nachgekommen sind, zumal es gilt, Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit von den Betroffenen abzuwenden und das Ziel, die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, umzusetzen.

Die Initiative der Senatsverwaltung, dieses Thema auf die Tagesordnung zu setzen wird von uns als Angehörigenverband sehr begrüßt. Über den Ausgang der Besprechungen werde ich Ihnen weiter berichten.

Im Rahmen dieser Anhörung haben verschiedene Experten Stellung bezogen. Besonders angetan bin ich von der gemeinsamen Stellungnahme der Berliner Psychiatriekoordinatoren, formuliert von Herrn Detlev Deter, Psychiatriekoordinator in Berlin – Reinickendorf.

Hier die Stellungnahme:

### **1. Fachlicher Bedarf**

Die Psychiatriekoordinatoren haben sich bereits vor zwei Jahren und auch danach noch einige Male mit dem Thema RPK auseinandergesetzt und ihre Einschätzungen dazu geäußert, die ich in meinem Vortrag eingearbeitet habe.

In Berlin wurde in den 90er Jahren mit dem Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) die Grundlage für ein ausdifferenziertes regionalisiertes Pflichtversorgungssystem für chronisch psychisch kranke Menschen geschaffen.

Ich erinnere, dass die Ursprünge u.a. auf eine Vereinbarung der Krankenkassen mit dem

Senat zurückzuführen sind, bei der es darum ging, Krankenhausbetten im Bereich Psychiatrie abzubauen und ein ambulant / komplementäres Hilfesystem zu errichten. Die Kassen stellten seinerzeit dem Land ca. 60 Mio. DM zur Verfügung.

Dieses daraus entwickelte Hilfesystem wurde, wie bereits erwähnt, in erster Linie für chronisch psychisch kranke Menschen aufgebaut. Zum Teil handelt es sich hierbei um Menschen die jahrelang, wenn nicht gar jahrzehntelang in einer psychiatrischen Anstalt gelebt haben. Für diese Menschen ist das vorhandene System sinnvoll und hilfreich. Diese Hilfemaßnahmen werden im Rahmen der Eingliederungshilfe vom jeweiligen Sozialhilfeträger finanziert. Hierzu ist, wie bei allen Sozialhilfeleistungen, im Rahmen der Subsidiaritätsprüfung, eine individuelle finanzielle Prüfung des Einzelfalles notwendig.

Auch der im Rahmen des PEP aufgebaute Zuverdienstbereich, aus Zuwendungen der Bezirke finanziert, ist keine Alternative zur beruflichen Reha, da dort eher Angebote für dauerhaft erwerbsgeminderte Menschen vorgehalten werden und keinerlei Zugangshürden vorhanden sind. Wenngleich die Zuverdienstfirmen durchaus einen wichtigen Baustein darstellen können, um Maßnahmen der med. Reha zu unterstützen und Maßnahmen der beruflichen Reha vorzubereiten.

Für manche psychisch kranke Menschen gibt es selbstverständlich auch die Möglichkeit, eine berufliche Reha im Rahmen der Arbeitsagentur oder der Rentenversicherungsträger zu machen. Diese Menschen verfügen meistens über die Ressource einer Krankheitseinsicht, sind körperlich fit und absprachefähig und bei ihrem niedergelassenen Hausarzt oder Psychiater (oder PIA) in ambulanter Behandlung. Auch für diese Gruppe gibt es also ein funktionierendes Hilfesystem, wenn diese Menschen es benötigen. Allerdings setzt das eben voraus, dass sie in der Lage sind, diese Angebote wahrzunehmen. Diese Anforderungen überfordern jedoch manche Menschen, die erst einmal die notwendige Hilfe erhalten müssen, um den Anforderungen einer beruflichen Reha gerecht zu werden. Für manche dieser Menschen wäre der Übergang von einer medizinischen Reha – wenn es die denn gäbe – zu einer beruflichen Reha in anderem Setting und mit anderen handelnden Personen möglich.

---

Mit Ausnahme der beruflichen Reha können psychisch kranke Menschen nur nach diesen Voraussetzungen eine Eingliederungshilfemaßnahme des Sozialhilfeträgers erhalten. Die berufliche Teilhabe bleibt schwerkranken Menschen allerdings in der Regel versagt, weil sie den hohen Anforderungen der Arbeitsagentur oder der Rentenversicherungsträger aufgrund ihrer Erkrankung gar nicht gewachsen sind. Die Anforderungen und Bedingungen für solche Maßnahmen oder Programme sind für diese Personengruppe nicht geeignet – zum Teil sind sie auf Grund der Diagnose definitiv ausgeschlossen.

Ich habe bisher nur zwei große Gruppen psychisch kranker Menschen beschrieben. Abgesehen von der viel zu groben, undifferenzierten Sichtweise gibt es jedoch noch eine weitere große Gruppe von psychisch kranken Menschen, für die wir differenziertere Zwischenlösungen zur Erfüllung ihrer Hilfebedarfe finden müssen.

Es liegt im Wesen einer psychiatrischen Erkrankung, dass es für die Betroffenen äußerst schwierig ist, Hilfen annehmen zu können. Die Unterscheidung ihrer inneren und der äußeren Realität ist ihnen in der Regel nicht möglich. Soziale Kontakte und das dazugehörige Umfeld sind meist gestört oder gar völlig zerrüttet. Um so mehr muss diese Schwierigkeit von Anfang an in alle Schritte einer Hilfemaßnahme einbezogen werden. Der Schlüssel einer Zusammenarbeit und somit einer Hilfeannahme liegt in erster Linie in der Betreuungskontinuität. Unterschiedliche Hilfemaßnahmen dürfen nicht auf verschiedene Bezugspersonen aufgeteilt sein, sondern müssen möglichst auf ganz wenige Personen kontinuierlich festgelegt werden. Es gibt Menschen, denen es nur möglich ist, sich unter Wahrung einer ausreichenden Beziehungskontinuität weiter zu entwickeln. Von daher ist eine Aufspaltung in medizinische und berufliche Reha für diese Menschen kontraindiziert.

Es zeigt sich hier, dass es unbedingt erforderlich ist, berufliche und medizinische Reha-Maßnahmen zusammen zu planen, anzubieten und durchzuführen.

Die üblichen Anforderungen an einen Teilnehmer, einer Teilnehmerin einer normalen Reha-Maßnahme sind, aufgrund der erwähnten Fakten, oft viel zu hoch, deshalb ist ein RPK-Modell sinnvoll, bei dem medizinische und berufliche Reha zusammen angeboten werden.

Die Grundvoraussetzung hierfür ist die festeingeplante und zum Therapieplan gehörende Betreuungskontinuität. Hier haben wir bisher in Berlin kein Angebot.

Bei den Diskussionen zu dem Thema zwischen den Berliner Psychiatriekoordinatoren ergab sich sehr eindeutig, dass es in allen Stadtbezirken psychisch kranke Menschen gibt, für die die vorhandenen Angebote nicht als ausreichend erachtet werden.

Es stellte sich heraus, dass gerade die ambulanten Komplexleistungen mit Blick auf die Herstellung der Erwerbsfähigkeit als nicht ausreichend angesehen werden.

Für diese Menschen, das sind nach Einschätzung der Psychiatriekoordinatoren insbesondere auch junge Ersterkrankte, brauchen wir das Angebot systematischen Trainings und medizinischer Reha, also therapeutische Angebote in Kombination zwischen Heilkunde und Arbeit, betreut von den selben Therapeuten. Ansonsten sind immer wieder erneute Beziehungsabbrüche zu befürchten, was langfristig Chronifizierung und dauernde Abhängigkeit von der Eingliederungshilfe bedeuten würde. Das Schlüsselwort ist m. E. Beziehungspersonenkontinuität! Gerade für die jungen Menschen muss sehr geduldig und mit ganz niedrigen Schwellen begonnen werden. Gelingt uns das nicht, „produzieren“ wir schon in ganz jungen Jahren Menschen, die langfristig oder dauerhaft erwerbsunfähig werden oder bleiben und auf Transferleistungen angewiesen sind. Es ist fachlich nicht vertretbar und volkswirtschaftlich katastrophal, wenn nicht mit jedem jungen psychisch kranken Menschen ein intensiver Versuch (auch mit Abbrüchen und Neubeginnen) zur Eingliederung in Arbeit unternommen wird.

Abgesehen davon, muss es selbstverständlich sein, dass Teilzeitarbeitsplätze und Therapiemöglichkeiten zum Programm gehören.

Vielleicht wäre noch anzumerken, dass mit psychisch kranken Menschen hier Menschen mit Psychosen gemeint sind, die von den Richtlinien zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ausdrücklich ausgeschlossen sind. Es gibt zwar eine Schnittmenge bei den Diagnosen, aber die Unterscheidung ist für das Verstehen m. E. wichtig.

## **2. Anzahl der Plätze im Land Berlin**

Aufgrund der Erhebung der Senatsverwaltung in

---

den anderen Bundesländern ist festzustellen, dass es nur in 4 von 16 Bundesländern keine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen gibt. Das heißt andererseits, dass immerhin 74 Mio. von 82 Mio. Menschen der Bundesrepublik ein RPK-Angebot erhalten könnten.

In jedem Fall sollte es für jeweils 500.000 bis 600.000 Einwohner eine RPK geben, d.h. ein Angebot sollte sich möglichst jeweils auf zwei Berliner Stadtbezirke beziehen. Für zwei Bezirke sind die Strukturen ausreichend übersichtlich zu gestalten, sodass eine RPK immer mit den bereits vorhandenen Versorgungsangeboten verknüpft sein kann. Auf diese Weise sind auch wirtschaftliche Risiken für die Anbieter überschaubarer, und personelle Ressourcen besser zu steuern.

In der jetzigen Beratungsphase halte ich es für ausgesprochen schwierig, bereits über tatsächliche Größenordnungen zu sprechen. In jedem Fall muss eine RPK so groß sein, dass die von der BAR geforderten Fachkräfte einschließlich des leitenden Arztes finanzierbar sein müssen. Jeder Einzelfall wird vom Kostenträger geprüft. Insofern sind Platzzahlen ja nur unter Qualitätsgesichtspunkten von Bedeutung, etwa, dass sich nicht zu viele Menschen in einem Raum drängen müssen oder dass ausreichend Mitarbeiterkapazitäten zur Verfügung stehen. Wenn jeder Einzelfall geprüft und bewilligt wird, sind vorher festgeschriebene Gesamtobergrenzen eigentlich verzichtbar.

Wenn es wirklich erforderlich ist, zu diesem Punkt bereits eine Zahl zu nennen, so gehe ich unter den genannten Gesichtspunkten davon aus, dass für die von mir gedachten zwei Bezirke ca. 30 Plätze eine verhandelbare Grundlage wäre, d. h. für das gesamte Land ca. 180 Plätze.

### **3. Konzeption, Organisationsform und -struktur**

Wenn wir eine enge Verzahnung der RPK-Leistungsanbieter mit dem vorhandenen Hilfesystem als Grundvoraussetzung annehmen, sollten auch die Anbieter einer RPK nicht mehr als zwei Bezirke versorgen. Wir müssen uns dann gemeinsam sehr genau ansehen in welchen Bezirken diese vorrangig tätig bzw. verankert sind und mit welchen Nachbarbezirken eine engere Zusammenarbeit sinnvoll erscheint. Ich kann mir vorstellen, dass man für eine definierte Übergangszeit auch einen dritten Bezirk mitversorgen kann. Gleichzeitig sollte für die Be-

zirkspaarung, in dem kein Anbieter zur Verfügung steht, noch ein weiterer Anbieter aus dem dortigen Hilfesystem angeworben werden. Wenn die Regionen sehr viel größer geplant würden, wäre die geforderte personelle Verzahnung im Sinne einer engen Bezugsbetreuung gefährdet.

Die Antragsteller und die Leistungsträger sind also auch aufgefordert, sich über die Zuständigkeiten in Hinblick auf die vielen bereits genannten Voraussetzungen kurzfristig zu verständigen.

### **4. Regionale Einbettung**

Die Psychiatriekoordinatoren/innen begrüßen grundsätzlich die Etablierung von regionalisierten RPK's für psychisch Kranke (RPK), die aus fachlicher Sicht eine notwendige Ergänzung zum bestehenden psychiatrischen Hilfesystem darstellen würden. Es wird als erforderlich angesehen, dieses Angebot als integrierte ambulante Komplexleistung anzubieten und vorzuhalten.

Die verbindliche Einbindung der Leistungsanbieter im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem bzw. Verbund der jeweiligen Bezirke muss sichergestellt sein und sich in der aktiven Mitwirkung in bezirklichen Gremien widerspiegeln.

Die Struktur muss letztlich gemeinsam mit den Psych.-Koord. und den anderen beteiligten Akteuren (Antragstellern, freien Trägern, Kliniken) aus diesem Bereich abgestimmt werden. Unter dieser Prämisse wären auch vernünftige Verknüpfungen zu den bestehenden Einrichtungen möglich.

Mit dem Ziel, Beziehungsabbrüche zu vermeiden und Beziehungskontinuität zu wahren, sollte die medizinische Behandlung durchaus weiterhin beim jeweils behandelnden niedergelassenen Psychiater oder der PIA bleiben.

Es müssen vernünftige Übergangsregelungen für die Menschen getroffen werden, die mit dem vollen Angebot überfordert sind, aber immer unter dem Gesichtspunkt, dass die ambulante Reha personbezogen, also auf den persönlichen Hilfebedarf abgestimmt, angeboten und durchgeführt wird.

Eine RPK muss die Betroffenen so früh wie möglich in eigene Arbeitsplätze integrieren und dort vor Ort trainieren und so viel Normalität wie möglich praktizieren. Dazu sollte es auch gehören, dass die RPK-Leistungsanbieter unmittelbar Kontakte zu regionalen Arbeitgebern herstellen bzw. entwickeln, um für die

---

Klienten entsprechende beschützte aber auch geförderte Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung stellen zu können.

## **5. Qualitätskriterien**

### **5.1. Angebotsqualität**

Das Hauptaugenmerk zu diesem Aspekt sollte anfangs in erster Linie auf die Strukturqualität gerichtet werden. Näheres habe ich bereits beschrieben.

Zum Einstiegstraining sollten die vorhandenen geschützten Arbeitsmöglichkeiten genutzt werden können, um Erfahrungen mit der Belastbarkeit zu sammeln. Die Orientierung sollte aber grundsätzlich auf den Arbeitsmarkt zielen und frühzeitige Platzierungen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes möglich machen. Grundsätzliche Orientierung sollte lauten, erst platzieren, dann trainieren. Dies gilt besonders in der Phase der beruflichen Reha.

Stationäre Plätze sind voraussichtlich nur in geringem Umfang bzw. in Ausnahmen erforderlich, das Angebot sollte zunächst sehr ambulant und d. h. eben auch ambulant am Arbeits- oder Praktikumsplatz aufsuchend ausgerichtet werden.

Die Einrichtung sollte für Gruppentrainingsangebote und für Einzelgespräche eigene Räume vorsehen. Es wäre aber auch denkbar, dass bestimmte Trainings, z. B. Gruppenpsychoedukation in Kooperation mit den schon vorhandenen Angeboten bzw. Leistungserbringern stattfinden, um hier wieder die Übergänge zum sonstigen Hilfesystem und damit auch zum Vorher und dem Nachher zu erleichtern.

### **5.2. Niedrigschwelligkeit**

Es muss eine ambulante niedrigschwellige Orientierung geboten werden. Sie muss Entwicklungsmöglichkeiten bieten, die betroffenen Menschen müssen hineinwachsen können, das muss in vertrauten Strukturen passieren. Ein Einstieg mit nur wenigen Stunden am Tag oder wenigen Tagen in der Woche in der Phase der medizinischen Reha sollte im Einzelfall möglich sein. Je niedrigschwelliger begonnen werden kann, desto größer die Chance, auch nachhaltig frühzeitige andauernde Chronifizierungen zu vermeiden.

### **5.3. Personalkontinuität**

Um eine entsprechende personelle Kontinuität zu gewährleisten müssen Mitarbeiter auf gesplitteten Stellen tätig sein können, eine Ergotherapeutin beispielsweise könnte ebenso gut in einer Tagesstätte wie auch in der RPK tätig sein, wenn es darum geht, z. B. ein ganz

bestimmtes Trainingsangebot in einer Gruppe durchzuführen.

Ich habe es bereits mehrmals betont:

Es soll vor allem kein Beziehungsabbruch durch personelle Veränderungen zwischen der Phase der medizinischen Reha und der beruflichen Teilhabe geben. Gerade das zeichnet die RPK ja aus, dass die Kostenträgerzuständigkeit ggf. wechselt, nicht aber die Personen der Leistungserbringer.

Im Übrigen funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern nach anfänglichen Problemen mit den Verordnungen im Bereich der Soziotherapie, insbesondere mit der AOK sehr reibungslos, mit anderen Kassen ist die Zusammenarbeit verbesserungswürdig.

Nach unseren Erfahrungen im Bezirk mit der Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer sind schriftliche Vereinbarungen immer eine Hilfe für die verbindliche und nachhaltige Zusammenarbeit.

## **6. Zusammenfassung:**

- Nach Einschätzung der Psychiatriekoordinatoren gibt es eine große Gruppe psychisch kranker Menschen, die noch nicht chronifiziert sind, dennoch aber aufgrund ihrer Erkrankung überfordert sind, die „normalen“ Angebote der beruflichen Reha annehmen zu können. Für diese Menschen müssen adäquate psychiatrische Hilfsangebote im Sinne medizinischer Reha aufgebaut werden.
- Insbesondere, aber nicht ausschließlich, sind hiervon erkrankte junge Menschen betroffen.
- Das RPK-Angebot muss unter der Prämisse einer Beziehungskontinuität aufgebaut werden.
- Unter dieser Voraussetzung sind medizinische und Teilhabeleistungen miteinander zu verzahnen.
- Die vorhandenen regionalen Strukturen müssen berücksichtigt und eingebunden werden.
- Das Angebot sollte immer für zwei Bezirke vorgehalten werden.
- Qualitätsanforderungen sind selbstverständlich – dürfen aber nicht als Verhinderungsargument genutzt werden!
- Erst mal anfangen, erfüllbare Bedingungen stellen, dann Details verhandeln.

Detlev Deter

## Leserbrief

### Bericht einer betroffenen Mutter „Hoffnung trägt“

---

Vor mehr als sieben Jahren wandte ich mich zusammen mit meinem Mann hilfeschend an den Verein Angehörige psychisch Kranker. Zu diesem Zeitpunkt lebten meine beiden Söhne, damals Anfang und Mitte Dreißig, nichtsesshaft in Berlin auf der Strasse. Bei dem Älteren hatte ein Sachverständiger eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie, bei dem Jüngeren eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Während dieser Zeit hatten wir hauptsächlich mit dem jüngeren Sohn Kontakt.

In den ersten Jahren nahmen mein Mann (der nicht der Vater meiner Söhne ist) und ich regelmäßig an einer Gesprächsgruppe teil, die Frau Crämer leitete. In meiner seelischen Not und in meinem großen Kummer machte ich zunächst die Erfahrung, Menschen zu begegnen, die sich in einer ähnlichen Situation befanden. Gegenseitiges Zuhören, Anteilnahme und Trost sowie die Liebe meines Mannes gaben mir zunächst die Kraft aus meiner Fassungslosigkeit über das Schicksal meiner Kinder herauszukommen. Sehr geholfen haben uns die Hinweise des Vereins auf verschiedene Einrichtungen und Vortragsveranstaltungen, in denen sich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige umfassend informieren konnten. Mit dieser kontinuierlichen Hilfestellung haben wir meine Söhne in den folgenden Jahren zunehmend erfolgreich behandeln können. Sie fanden als psychisch Kranke über den Sozial Psychiatrischen Dienst wieder in das soziale Netz zurück und waren zunächst in verschiedenen Wohnheimen untergebracht. Dabei mussten wir jedoch die Erfahrung machen, dass der Aufenthalt dort nur mit einer minimalen Beobachtung verbunden ist, was für meine Söhne in zum Teil chaotische Zustände mündete. Wir richteten unsere Aktivitäten, die im übrigen in allen Stadien unterschiedlich erforderlich waren, deshalb darauf, meine Söhne möglichst bald in ein ihrem Krankheitsbild entsprechendes Wohnen zu bringen. Dieses Ziel haben wir nach jahrelangen Kämpfen erreicht. Der jüngere Sohn lebt inzwischen in einer eigenen kleinen Mietwohnung. Eine gerichtlich angeordnete Betreuung konnte aufgehoben werden, während ihn ein Betreuer einer Reha- Einrichtung seit 3 Jahren hauptsächlich mit Gesprächen begleitet und ihn schon soweit gebracht hat, dass er in einem Küchenteam der Reha- Einrichtung 15-20 Stunden wöchentlich gut motiviert arbeitet. Der

ältere Sohn hat vor einem Jahr Aufnahme in einer 6-Personen-Wg der Pinel- Gesellschaft, also im Rahmen eines sog. betreuten Wohnens, gefunden. Leider ist er krankheitsbedingt antriebsschwach, (noch) nicht hinreichend in der Lage, die dort allgemein für die WG-Personen angebotenen Aktivitäten wahrzunehmen. Ob ihn eine Einzelbetreuung weiterführen könnte, muss derzeit offen bleiben.

Jedenfalls weiß ich meine beiden Söhne nach rund zehn Jahren wieder beruhigend untergebracht und darf zumindest bei dem jüngeren Sohn hoffen, dass er sich auf einem erfolgversprechenden Weg zurück in ein weitgehend selbstbestimmtes Leben befindet. (Im Gespräch ist z.Zt. eine Ausbildung als Sozialarbeiter.)

Daran hat der Verein der Angehörigen psychisch Kranker, persönlich vor allem dessen Vorsitzende, Frau Jutta Crämer, einen dankenswerten großen Anteil.

Betroffenen Eltern, die diese Zeilen lesen, möchte ich Mut zusprechen. Vieles ist möglich, vieles ist zum Positiven zu verändern. Wichtig ist aber auch,, ganz fest daran zu glauben.

Sabine Weitz

**Liebe Mitglieder  
Sollten Sie per E-Mail erreichbar sein, teilen Sie uns bitte  
Ihre E-Mail-Adresse für  
aktuelle Informationen mit.**

## Stimmenhören als Themenschwerpunkt

---

Empfehlung einer Ausgabe der Zeitschrift Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, hrsg. v. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), 4, 2008:

### „Stimmenhören – Krankheit oder Normalität? Vielleicht sogar Begabung?“

Dieser provozierende Titel der Zeitschrift verkündet: Es geht um eine ganz neue Sichtweise!

Und dieses Versprechen wird eingehalten: In 10 kurzen Aufsätzen zum Thema „Stimmenhören“ aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven wird uns eine neue Einschätzung des Stimmenhörens nahegelegt. Hierzu einige besonders neue Beispiele:

Da ist die internationale Recovery-Bewegung, bekannt durch Marius Romme und Sandra Escher: Sie machen darauf aufmerksam, dass Mitarbeiter in der Psychiatrie meistens mit denjenigen Stimmenhörenden zu tun haben, die nicht mit ihren Stimmen zurechtkommen. Das verstelle aber den Blick auf das Ausmaß des Stimmenhörens und die Gesamtzusammenhänge. Laut Forschungsergebnissen hören 2 bis 5 % der Weltbevölkerung Stimmen. Es wird berichtet, dass 25 % der Normalbevölkerung mindestens einmalig im Leben eine Stimme hören. Man weiß, dass z.B. der Verlust des langjährigen Lebenspartners, lebensbedrohliche Situationen, Schlafentzug, extremer Hunger oder Durst etc. zu vorübergehenden Halluzinationen führen können. Häufig hören die Menschen, wie ihr Name gerufen wird. Das alles ist schon in der Antike bekannt gewesen. Das zeigt, dass Stimmenhören eine verbreitete menschliche Erfahrung ist. Und viele werden davon nicht krank, weil sie damit umgehen können!

Oder, wie die Studien aus Entwicklungsländern zeigen, wo es erstaunlicher Weise prozentual gesehen genauso viele psychische Erkrankungen gibt wie in den Industriestaaten: Es kommt seltener zu Depersonalisations-Erlebnissen mit Chronifizierung oder sie werden schneller wieder gesund, weil der familiäre Verbund größer und dichter ist. Die Stimmenhörenden werden dort viel seltener krank. Das alles ist bei uns in der Öffentlichkeit kaum bekannt.

Auch im Entwicklungsprozess von Jugendlichen spielt Stimmenhören eine große Rolle. Sandra Escher begleitete Kinder über 3 Jahre in Studien und stellte fest, dass bei 60 % der untersuchten Kinder die Stimmen wieder

verschwanden: Wenn das Stimmenhören von der Umgebung nicht problematisiert oder gar psychiatrisiert wurde, sondern normalisierend betrachtet und unterstützend angegangen wurde, war die Chance am größten, dass die Stimmen wieder verschwanden. Wo diese normalisierende Unterstützung nicht da war und Angst aufkam, entstanden anhaltende Probleme mit dem Stimmenhören.

Es wird auch zunehmend deutlich, dass die Hypothese über die Nichtverstehbarkeit akustischer Halluzinationen (Stimmenhören) im Lebenskontext nicht mehr haltbar ist. Es sind insbesondere die Stimmenhörenden selbst, die in der therapeutischen Arbeit auf der Verbindung des Stimmenhörens mit den eigenen Emotionen bestehen. In England und den Niederlanden werden diese Ansätze unter „Making Sense of Voices“ oder „Working with Voices“ vermittelt. In Deutschland und Österreich findet dieser Ansatz unter dem Namen „Stimmenhören verstehen“ in der „erfahrungsfokussierten Beratung“ zunehmend Verbreitung. Für die Stimmenhörenden kann diese neue Sichtweise gewaltige Folgen haben: Aus „verrückten“ Halluzinationen wird plötzlich eine psychische Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen und Erinnerungen, die das Stimmenhören verständlich macht. Eine Mutter berichtet, dass diese Erkenntnis für ihren Sohn zu einem Wendepunkt wurde. Er war völlig erleichtert. Seine Erfahrungen machten einen Sinn und er konnte sich endlich wieder normal fühlen und nicht irgendwie anders, weil er krank war: „Mein Sohn begann wieder aufzuwachen zu einem und seinem neuen Leben.“ Nach Jahren der Stagnation und der fortwährenden persönlichen und sozialen Rückschritte machte sich David Christian auf, seine gesellschaftliche Position zurückzugewinnen und seine Ehre wiederherzustellen. (Bericht bei Romme und Escher)

Auch vor Schizophrenie machen die neuen „systemischen“ Forschungsansätze nicht Halt, gehen aber zunächst in eine andere Richtung, weil die Distanz zwischen der Wirklichkeitskonstruktion des Therapeuten und der „verrückten“ des Patienten erhalten bleibt. Doch auch hier gibt es aufregende neue Erkenntnisse und Verfahren z.B. beim „systemischen“ Umgang mit Stimmenhören bei Schizophrenie. Dieser Ansatz fragt u.a. nach der Funktion der inneren

---

Stimmen mit dem zentralen Thema Schuld und Verantwortung. Schizophrene Patienten erhalten von ihren Eltern oft unmögliche und widersprüchliche Delegationen (Botschaften, Aufträge?) mit der Folge von Loyalitätskonflikten: Wenn sie dem einen Elternteil gehorchen, machen sie sich gegenüber dem anderen schuldig. Das Kind erlebt eigene ambivalente Strebungen und Wünsche als gefährlich, weil sie schuldig machen können und stellt sie zurück zugunsten einer Loyalität zur Familie. Bei Konflikten vermeidet es dann Entscheidungen und zieht sich zurück – bei wachsender innerer Anspannung. Seine Wünsche und Strebungen verwandeln sich schließlich durch Dissoziation von der eigenen Person in wesensfremd erlebte Phänomene (aggressive bzw. kommentierende Stimmen etc.). Aus seiner Innenperspektive macht der Betroffene nun die Erfahrung, dass er seinen Ansprüchen plötzlich wieder gerecht wird: Das soziale Umfeld erklärt ihn nun für krank, er wird für seine Handlungen nicht zur Verantwortung gezogen und nicht schuldig gesprochen. Gleichzeitig kann das der Loyalität zur Familie dienen, wenn zum Beispiel die vorher zerstrittenen Eltern in der Sorge um ihn wieder vereint sind. Diese positive Erfahrung der „Konfliktlösung“ verstärkt sich dann in zirkulären Prozessen noch weiter.

Bei der Behandlung wird auch bei dem systemischen Konzept auf das Etikett „Krankheit“ verzichtet: Bei der systemischen Therapie steht die Auflösung des Krankheitskonzepts (und nicht die Krankheitseinsicht) im Vordergrund. Die Denk- und Verhaltensmuster von dem Patienten und seiner Umgebung sollen durch (provozierende, verrückte) Beeinflussung „gestört“ und verändert werden. Beispiele: „Was müssten Sie (wie lange) tun, damit Ihr Vater nicht mehr denkt, Sie wären psychotisch?“ Oder: „Berichten Sie Ihrer Familie ab und zu, Sie würden gerade innere Stimmen hören. Beobachten Sie, wie ihre Familie reagiert.“ Oder, wenn der Patient wie hier, es gleichzeitig der Mutter und dem Vater recht machen will: „Verhalten Sie sich montags, mittwochs und freitags immer so, wie Ihre Mutter es von Ihnen erwartet. Dienstags, donnerstags und samstags verhalten Sie sich entsprechend der Erwartung ihres Vaters. Sonntags haben Sie frei. Beobachten Sie Unterschiede.“ Mit dieser therapeutischen Störung der krank-

haften psychosozialen Muster und der Eröffnung von anderen Konfliktlösungsstrategien statt des Rückzugs in die Psychose hat die systemische Theorie in vielen Studien nachgewiesene Erfolge zu verzeichnen. (Aber sie ist bei den Kassen noch nicht zugelassen!)

Hat Sie dieser kurze Einblick in neueste Trends bei den Forschungsansätzen zum Stimmenhören neugierig gemacht? Die Zeitschrift KERBE Nr. 4/2008 mit dem Schwerpunktthema „Stimmenhören“ enthält noch weitere interessante Beiträge aus neurobiologischer, sozialpsychiatrischer, ethnopsychiatrischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht. Auch Betroffene, Angehörige und Praktiker berichten vom ihrem neuesten Erkenntnisstand.

Die hier empfohlene Ausgabe der „Kerbe“ liegt bei ApK in der Geschäftsstelle zur Ausleihe bereit. Sie kann auch für 6 Euro bestellt werden bei: Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon: 0711 601000. Email:

Regina.schulller@evangemeindeblatt.de

Eleonore Fink



## Aus der Arbeit des Landesverbandes

### Reise nach Indien, Konferenz Schizophrenie in Chennai 2008

---



#### *Janine Berg-Peer*

Ich habe mir einen lange gehegten Wunsch erfüllt und wollte mit meiner Tochter nach Indien fahren. Diese Reise sollte auch ein Geschenk an sie sein, weil es ihr schon eine lange Zeit wieder sehr gut ging, sie arbeiten konnte und sich nun für unsere 4-wöchige Reise nach Indien Urlaub nehmen konnte. Warum Indien? Meine Tochter ist zur Hälfte Inderin und wollte das Land ihres Vaters kennen lernen.

Wenn ich auf Reisen gehe, erkundige ich mich immer, ob es interessante Projekte für psychisch Kranke oder einen Verband der Angehörigen gibt. Und durch das Internetsurfen wurde ich in Chennai, dem ehemaligen Madras im Südosten von Indien, auf den Kongress „Scarf Conference on Schizophrenia, 17.–19.10.2008“ aufmerksam. Nachdem ich mich angemeldet hatte, wurde ich von der Direktorin, Dr. Thara, sofort gebeten, doch einen Vortrag über die Situation der Angehörigen in Deutschland zu halten.

SCARF ist die Abkürzung für Schizophrenia Research Foundation (Forschungseinrichtung für Schizophrenie), ein NGO, das nicht profitorientiert arbeitet und das sich seit 1984 auf Therapie und Forschung von Schizophrenie spezialisiert hat. Das Team von SCARF wird geleitet von der Direktorin, Frau Dr. R. Thara (Psychiaterin) und setzt sich zusammen aus Psychiatern, Psychologinnen, Sozialarbeitern und Reha-Fachkräften. Seit mehreren Jahren arbeitet SCARF federführend zusammen mit Universitäten und Forschungsinstitutionen in Canada, Großbritannien und Australien an einer Langzeitstudie über die genetischen Ursachen für Schizophrenie.

Bei der Konferenz gab es interessante Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen:

Genforschung, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Ausprägung der Krankheit und der Akzeptanz von Therapien/Medikamenten, Schizophrenie und Kriminalität, psychische Erkrankungen von Ärzten, Schizophrenie und Film, Nebenwirkungen von Medikamenten, Wirksamkeit von Medikamenten, Psychiatrie und Ethnologie, Krankheitsverläufe, Programme zur Reduzierung der Gewichtszunahme bei Medikamenten, rechtliche Bedingungen für psychisch Kranke. Es wurden zahlreiche Projekte für die Integration von psychisch Kranken vorgestellt und die Situation der Psychiatrie in Indien vorgestellt. Die World Health Organisation (WHO) unterstützt SCARF seit langer Zeit und war auch durch Dr. Benedetto Sarazene aus Genf vertreten. Vortragende kamen aus vielen Ländern der Welt, wobei Europa nur durch Londoner Forschungseinrichtungen vertreten war, Österreich durch einen Referenten und Deutschland durch mich (!). Mein Vortrag wurde sehr positiv aufgenommen – es kamen unzählige Angehörige und Ärzte auf mich zu uns meinten, dass ich bei allen Aussagen nur das „Deutschland“ streichen müsse und stattdessen „Indien“ einsetzen könnte – die Situation für Angehörige sei ebenso in Indien. Ich wurde von einem bekannten indischen Schauspieler, der auch Psychiater ist, gefragt, ob ich nicht seinen Film über Psychiatrie in Berlin zeigen können – er kooperiert schon mit dem Grips-theater in Berlin und von jungen social activists, ob wir nicht Projekte zusammen machen könnten.

Für mich und meine Tochter war es äußerst interessant, dabei zu sein. Nicht nur die anregenden Vorträge, sondern die vielen informellen Kontakte während des Essens, der Abendveranstaltungen und in den Pausen. Es gibt dort sehr beeindruckende Frauen, die als Psychiaterinnen, Forscherinnen, Sozialarbeiterinnen, Angehörige und sozial activists arbeiten. Diese oft jungen social activists sind Rechtsanwältinnen oder Psychologinnen, die in Krankenhäuser und Beratungsstellen gehen und dort für die Verbesserung der Bedingungen vor allem für Frauen kämpfen. Auf meine Frage, weshalb denn so viele Frauen sich derart militant und ehrenamtlich für die Rechte der Frauen einsetzen, wurde mir gesagt, dass die Lage der Frauen und insbesondere die Lage der psychisch kranken Frauen in Indien so furchtbar sei, dass den

---

Frauen gar nicht anderes übrig bliebe, als sich stark zu machen. Man muss sich dazu auch vorstellen, dass Indien mit ca. 1,2 Milliarden Einwohnern das zweitbevölkerungsreichste Land der Erde ist. Wenn man den Zahlen glaubt, dass ca. 1 % der Bevölkerung in jedem Land der Welt an Schizophrenie leidet, dann kann man sich vorstellen, für welche Anzahl von psychisch erkrankten Menschen die 3.000 (!) indischen Psychiater sorgen müssen (Vergleich: in Deutschland gibt es ca. 5.000 Psychiater).

Aber neben diesen sehr deprimierenden Aspekten war es schön zu sehen, wie viele starke und kompetente Frauen es dort gibt, wie wohl sich meine Tochter gefühlt hat, die dort für mich oft nicht zu finden war, weil sie mit dickem schwarzen Zopf und indisch-bunt gekleidet völlig in der Menge untertauchte. Wir haben viel gelernt, neue Freundinnen gewonnen und sehr interessante Erfahrungen gemacht.

Berlin, 16.02.2008

### **Situation der Angehörigen von psychisch Kranken in Deutschland**

Vortrag anlässlich der Scarf Conference on Schizophrenia, 17.–19.10.2008, Chennai, Indien  
Janine Berg-Peer

Ich möchte zunächst Dr. Thara und ihrem Team von SCARF dafür danken, dass ich an dieser interessanten Tagung in Chennai teilnehmen kann. Als Angehörige werde ich weniger über Schizophrenie als darüber reden, wie diese Krankheit das Leben und die Persönlichkeit von Angehörigen beeinflusst. Und ich hoffe, dass ich diejenigen unter Ihnen, die Patienten behandeln, davon überzeugen kann, wie wichtig es für den Recoveryprozess ist, Angehörige zu berücksichtigen und mit einzubeziehen.

Die Situation für Angehörige war immer schwierig in Deutschland, wie wahrscheinlich in allen Ländern. Aber sie wird sich verschlechtern. Warum:

1. Die Zahl der psychisch Kranken in Deutschland steigt und die finanziellen Ressourcen werden geringer,
2. finanzielle und soziale Hilfe für Consumer ist in einer äußerst bürokratischen Weise organisiert,
3. die Unterstützung durch Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen fehlt weitgehend.

Die Anzahl der psychisch Kranken in Deutsch-

land steigt, wie es in vielen Ländern zu beobachten ist. Besonders betroffen sind junge Menschen, Großstädte und ganz besonders Berlin.

Die medizinische Versorgung mag in Deutschland besser sein als in anderen Ländern, aber für psychisch Kranke war sie niemals ausreichend. Die ca. 5.000 Psychiater in Deutschland decken den Bedarf nicht. Vor allem in ländlichen Gebieten ist der Versorgungsnotstand besonders groß. Berlin, woher ich komme, ist besser versorgt als andere Regionen. Gleichzeitig haben finanzielle Einsparungen durch das Gesundheitssystem u.a. dazu geführt, dass etwa die Verweildauer für Patienten in der Psychiatrie sich verringert hat und dass Psychiater (wie andere Ärzte auch) immer weniger Geld zur Verfügung haben. Das führt häufig zu weniger Zeit für die Patienten und zur Verordnung von Medikamenten nach Preis.

Bürokratische Organisation der finanziellen und sozialen Hilfe für psychisch Kranke. Es gibt Hilfe für diese Patientengruppe – vor allem in Berlin, aber Sie müssen schon eine sehr erfahrene Angehörige sein, um zu wissen, welche Art von Hilfe Ihnen zusteht und wie Sie daran kommen. Aus unserer Erfahrung mit Beratung von Angehörigen wissen wir, dass es sehr lange dauern kann, bis psychisch Kranke die Hilfe bekommen, die ihnen zusteht – wenn überhaupt. Und Sie können sich vorstellen, wie viel schwieriger es für einen psychisch Kranken sein muss, diese Hilfen zu organisieren.

Fehlende Unterstützung durch Psychiater und Psychotherapeuten: (Ich kann mir vorstellen, dass Sie diesen Vorwurf nicht zum ersten Mal hören!) Es existiert eine große Anzahl von Veröffentlichungen, die die Bedeutung der Kooperation von Psychiatern, Kranken und Angehörigen im Recoveryprozess belegen. In der Praxis ergibt sich allerdings ein anderes Bild. Obwohl wir eine immense Verantwortung für unsere psychisch erkrankten Familienmitglieder tragen, finden wir selten Psychiater oder Psychotherapeuten, die uns angemessen über die Krankheit informieren und uns bei einem adäquaten Verhalten gegenüber unseren Kindern oder Partner/innen helfen. Die Gründe – so erfahren wir – liegen in der Schweigepflicht des Arztes, der Befürchtung, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört werden können und – last but not least – in der

---

fehlenden Zeit, was Geld bedeutet. Alle diese Gründe können nicht von der Hand gewiesen werden. Aber es gibt positive Beispiele von Unterstützung und Kooperation und die Resultate hinsichtlich der Gesundung des psychisch Erkrankten sind äußerst ermutigend.

Während Psychiater und Therapeuten keine Zeit haben, uns zu sagen, was wir tun sollen, haben sie durchaus Zeit, uns zu sagen, was wir falsch machen. Unsere Beziehung zu unserem erkrankten Familienmitglied ist zu eng, wir haben zu wenig Distanz, wir vertrauen ihnen nicht, selbst für sich zu sorgen. Das kann in vielen Fällen richtig sein. Aber eine bessere Kooperation zwischen Psychiatern und Angehörigen würde uns dabei unterstützen, eine angemessene Balance zwischen der Sorge um unsere Kinder oder Partner/innen zu finden und dem Vertrauen darauf, dass sie trotz der Erkrankung richtige Entscheidungen für ihr eigenes Leben treffen können.

### **Wie beeinflusst all das die Situation von Angehörigen?**

Die Belastung für Angehörige war immer schon extrem. Zunächst ist es eine furchtbare Erfahrung, mitgeteilt zu bekommen, dass das eigene Kind an Schizophrenie erkrankt ist. Und manchmal ist es eine furchtbare Erfahrung, mit einer an Schizophrenie erkrankten Person zusammen zu leben.

Ungefähr 60% aller Erkrankten leben kürzer oder länger bei ihren Eltern. In vielen Fällen kümmern sich die Eltern um bürokratische Angelegenheiten, Essen und medizinische Hilfe. Und zusätzlich tragen sie häufig alle Ausgaben. Psychisch Kranke weigern sich oft, medizinische Hilfe zu akzeptieren (Weil sie nicht krank sind!), was die Situation für Angehörige und Erkrankte noch schwieriger macht. Oft wollen sie (weil sie nicht krank sind!) oder können sie die notwendigen bürokratischen Schritte nicht unternehmen, um finanzielle oder andere Formen von Unterstützung zu erhalten, was die finanzielle Belastung durch uns noch erhöht. In vielen Fällen sind wir Angehörige mit der Wahl konfrontiert: Entweder ich „manage“ weiterhin mein erkranktes Familienmitglied oder ich höre damit auf und akzeptiere, dass sie oder er obdachlos werden könnte.

Als Resultat leiden viele Angehörige selbst unter psychischen und physischen Krankheiten

und anderen ernsthaften Belastungen:

- Herz- Kreislauferkrankungen, chronische Schmerzen, Schlafstörungen und Depression
- Finanzielle Belastungen: Viele Angehörigen gehen in den vorgezogenen Ruhestand, was verringerte Rentenbezüge nach sich zieht. Oft führt auch die mangelnde Fähigkeit vieler Erkrankter, mit Geld umzugehen, dazu, dass Angehörige die Schulden übernehmen müssen.
- Soziale Isolation: In vielen Angehörigenfamilien kommt es zu Trennungen und i.d.R. sind es die Frauen, die bei den erkrankten Familienmitgliedern bleiben. Freunde und Familie distanzieren sich, vielleicht weil sie nicht wissen, wie sie mit der Krankheit umgehen sollen. Einige von Ihnen haben heute darauf hingewiesen, wie wichtig eine erweiterte familiäre Gemeinschaft für psychisch Kranke ist. Die Realität in Deutschland zeigt aber, dass viele Angehörige sehr isoliert leben.

Die Zunahme an psychischen Erkrankungen und die Reduzierung der finanziellen Mittel für die medizinische Versorgung werden längerfristig zu einer Erhöhung der Belastungen für Angehörige führen. Wenn Patienten für kürzere Zeit im Krankenhaus bleiben aufgrund von der Verknappung der Ressourcen, dann bedeutete das, dass die Angehörigen anschließend die Betreuung der Patienten übernehmen müssen, unabhängig davon, ob seine oder ihre Gesundheit sich verbessert hat oder nicht. Und da es Monate dauern kann, bis für die Erkrankten eine Tagesklinik, eine betreute Wohnung, eine angemessene Therapie und eine Arbeit gefunden wurde, bleiben unsere erkrankten Familienmitglieder für eine sehr lange Zeit bei uns ohne Behandlung und ohne etwas zu tun zu haben. Die Angehörigen unter Ihnen wissen genau, wovon ich spreche.

### **Die Arbeit des Verbandes der Angehörigen in Deutschland**

Nach den Beiträgen der Vertreterinnen der Angehörigenverbände in Indien möchte ich nicht länger auf unseren Verband eingehen. Wir tun das, was Sie auch tun: Als Angehörige unterstützen wir uns gegenseitig, bemühen uns um Einfluss auf Politik, Verwaltung und das Gesundheitssystem und darum, zur Destigma-

---

tisierung psychischer Erkrankungen beizutragen. Wir können stolz auf das sein, was wir erreicht haben, aber es ist sicher noch nicht genug: Besonders die Einflussnahme auf Politik, Verwaltung und Gesundheitssystem ist ein täglicher Kampf: Es gibt die Tendenz, uns zu vergessen. Es gibt auch schon Erfolge bei der Reduzierung des Stigmas, allerdings ist das einfacher bei Depressionen als bei Schizophrenie, wo wir immer noch mit der verbreiteten Annahme zu kämpfen haben, dass Schizophrenie zu Gewalt und kriminellen Taten führt. Auch dazu haben wir gestern einen interessanten Vortrag dazu gehört.

Zwei Faktoren erschweren unsere Verbandsarbeit: Wir haben nicht genug Mitglieder, vor allem nicht genug junge Mitglieder und uns fehlt das Geld. Vielleicht werden wir längerfristig von der Verschlechterung der finanziellen Situation in der Gesundheitsversorgung profitieren. Das Gesundheitssystem klagt über die hohen Kosten für chronisch Kranke, zu denen die psychisch Kranken gehören. Da es belegt zu sein scheint, dass die Einbeziehung von Angehörigen den Recoveryprozess beschleunigt, sind wir von den Krankenkassen als Kosten reduzierende Resource entdeckt worden. Vielleicht wird das künftig zu mehr Förderung unserer Projekte führen.

Ich würde Sie gerne etwas fragen: In vielen Beiträgen wurde die Notwendigkeit einer angemessenen qualifizierten Ausbildung für Menschen betont, die sich um psychisch Kranke kümmern. Wir haben gehört, dass zwei Tage bei weitem nicht genug sind, sogar vier Wochen sind ohne kontinuierliche Weiterbildung nicht genug. Vielleicht irre ich mich, aber ich habe nie gehört, dass es wichtig ist, Angehörige weiterzubilden. Ist es nicht unverantwortlich, psychisch Kranke für lange Zeit unqualifizierten Personen zu überlassen, die selbst unter enormem Stress leiden?

Ich bin überzeugt, dass es wichtig ist, Angehörige weiter zu bilden. Psychoedukation konzentriert sich in erster Linie auf die Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen und fügt einige allgemeine Module über Kommunikation hinzu. Das ist nicht genug. Ich glaube, dass wir mehr Weiterbildung dahingehend brauchen, wie wir mit unseren erkrankten Angehörigen umgehen sollten, wie wir uns angemessene Bewältigungsstrategien aneignen

können und mehr über den Umgang mit Konflikten wissen, Vor allem aber müssen wir lernen, wie wir mit unseren eigenen Emotionen umgehen können, z. B. mit Aggressionen gegenüber unseren erkrankten Familienmitgliedern. Und für besonders wichtig halte ich es, dass wir lernen, wie wir auf unsere eigene Gesundheit achten und lernen, ein glückliches Leben zu leben trotz der Krankheit in der Familie. Natürlich bleibt auch hier die Frage: Wer soll das tun?

Als letzten Punkt möchte ich auf eine besondere Belastung für Angehörige hinweisen, die nichts mit der Knappheit von Mitteln zu tun hat.

1. Zurückweisung durch unsere erkrankten Familienmitglieder selbst: Oft werden wir mit Aggressionen unsere erkrankten Familienmitglieder konfrontiert, müssen aber gleichzeitig verstehen, dass dieses Verhalten ein Symptom der Krankheit ist. Trotz unserer Frustration müssen wir weiterhin unser Kind oder unsere Partner/innen unterstützen. Wie Karp in seinem wunderbaren Buch „The Burden of Sympathy“ zeigt: Wir müssen uns einfühlsam um Personen kümmern, die uns manchmal hassen.
2. Stigmatisierung der Eltern: Nicht nur die Betroffenen leiden unter Stigmatisierung. Als Angehörige leiden wir unter dem Stigma, ein Kind mit einer Schizophrenieerkrankung oder Depression zu haben. Implizit und häufig auch explizit wird uns gesagt, dass es doch etwas im Verhalten der ganzen Familie oder vor allem dem der Mutter geben muss, das zum Ausbruch der Krankheit geführt hat. Die Tatsache, dass die bekannten Hypothesen über Mütter als Ursache für Schizophrenie nicht belegt werden konnten, hat uns nicht viel geholfen.

Und wir reagieren darauf: Viele von uns sind permanent unsicher, wie wir uns gegenüber unseren erkrankten Kindern oder Partner/innen verhalten sollen. Was immer wir tun, es ist falsch und wir fühlen uns entsprechend schuldig: Entweder wir tun zu viel oder zu wenig. Wir neigen dazu, unsere erkrankten Angehörigen zu kontrollieren, weil wir befürchten, dass etwas Furchtbares passieren wird, wenn wir das nicht tun. Wir konzentrieren uns anhaltend auf die erkrankten Angehörigen und vernachlässigen unsere anderen Kinder, unsere Partner oder

---

Freunde und – last but not least – vernachlässigen wir uns selbst und achten nicht auf unsere Gesundheit oder unsere eigenen Interessen. Wie kann ein Mensch, der permanent unter Stress steht und unter physischen und psychischen Gesundheitsproblemen leidet, eine angemessene und unterstützende Umwelt für eine psychisch erkrankte Person sein?

Ich möchte mit etwas schließen, was ich gestern gehört habe. Dr. Saraceno von der WHO hat sich für Menschenrechte für psychisch Kranke stark gemacht. Er ist überzeugt, dass Menschen in erster Linie Bürger/innen seien und erst in zweiter Linie – manchmal psychisch krank. Ich möchte das auf uns Angehörige beziehen: Auch wir sind in erster Linie Bürger/innen und erst in zweiter Linie – manchmal – Angehörige. Auch wir haben das Recht, ein glückliches und erfülltes Leben mit unseren Kindern, unseren Freund/innen und unseren beruflichen Inter-

sen zu führen. Daher müssen wir Partner/innen im Recoveryprozess sein, brauchen eine intensive Weiterbildung und unbürokratischen Zugang zum medizinischen, finanziellen und sozialen Unterstützungssystem.

Mir gefällt die Idee des Königs von Bhutan, der – wie wir heute gelernt haben – sein Parlament angewiesen hat, das Glück seiner Untertanen zu fördern und einen Gross Happiness Product - GHP einzuführen. Davon können wir lernen: Nicht nur Betroffene sollten das Recht haben, ein glückliches und lebenswertes Leben zu führen. Auch Angehörige wollen glücklich sein. Und das ist kein egoistisches Ziel: Ich bin überzeugt davon, dass glückliche Angehörige bessere Angehörige sind.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

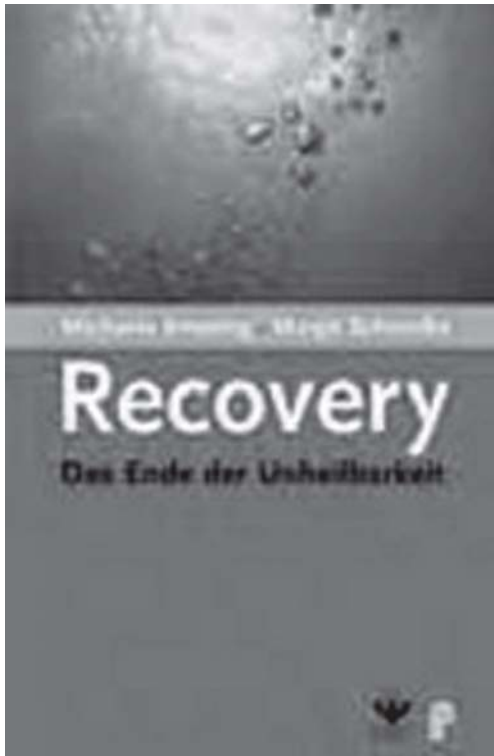
Janine Berg-Peer



# Buchbesprechung

## Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit

---



Eigentlich wollte ich Ihnen dieses Buch nicht vorstellen. Der Untertitel mit dem Versprechen, die Unheilbarkeit am Beispiel der Schizophrenie sei besiegt, kam mir vor wie ein Versprechen von Wunderheilern. Und auf Wunder zu warten ist sicher nicht der richtige Ansatz, mit einer schwierigen Situation im Leben fertig zu werden. Schon auf den ersten 30 Seiten des Buches wuchs mein Interesse zunehmend und ich stellte fest, dass „Recovery“ genau das Gegenteil von untätigem Warten ist.

Dann kam ein Ereignis hinzu, das meinem Zögern ein für allemal ein Ende setzte. Ein Vater beschrieb die schwere Erkrankung seiner Tochter (Sucht und Psychose) und seine Suche nach Hilfe. Er kaufte dieses Buch, war gefesselt von den Gedanken – und nicht nur er allein, wie sich herausstellte. Seine Tochter las darin herum, dann geschah, nach vielen Jahren voller Rückfälle, so etwas wie ein Wunder; sie sagte ihrem Vater, dass sie nun voller Hoffnung an eine sinnvolle und erstrebenswerte Zukunft den Kampf gegen die Krankheit selbst und in Zusammenarbeit mit den Ärzten in die eigene Hand nehmen wolle.

„Recovery“ ist keine neue Behandlungsmethode, sondern eine veränderte Einstellung zur Krankheit und zum Umgang damit, auch

von denen, die eng mit dem erkrankten Menschen zusammenleben und die mit ihm zusammen an der Bewältigung der Krankheit arbeiten. Die Grundlage ist Hoffnung und Zuversicht auf Genesung und eigene Mithilfe bei der Genesung, Vertrauen in sich und andere Bezugspersonen und das auch bei schwierigen Krankheiten, wie z.B. der Schizophrenie.

„Recovery“ ist kein Lesebuch, es beschreibt anfangs die vielen bisherigen mehr oder weniger erfolgreichen Behandlungskonzepte. In den folgenden Kapiteln beschreiben die Autorinnen das Lebenskonzept „Recovery“ und begleitenden drei wichtigsten Basis-Einstellungen „Empowerment“ – Wiedererstarben des Selbstbewusstseins und des Mutes zur Selbsthilfe, d.h. Einfluss nehmen auf die Gestaltung des eigenen Lebens, „Coping“ – Bewältigung von Stress beladenen und verunsichernden Situationen, „Resilienz“ – Die Fähigkeit, Schwierigkeiten zu meistern und sich zu entfalten trotz widriger Umstände.

Darüber hinaus werden auch Anregungen für Verhaltens- und Bewusstseinsveränderungen nach dem „Recovery-Konzept“ für Behandelnde gegeben. Und Beispiele aus anderen Ländern weltweit bestärken den Leser in dem Gefühl, an einem Umdenkungsprozess im Umgang mit unheilbaren Krankheiten und unlösbar erscheinenden Lebenssituationen teilzuhaben.

Es geht nicht um Heilung. Es geht um bewussteren Umgang mit seinen Fähigkeiten und Einschränkungen, und daraus kann Gesundheit entstehen. Uns Angehörige geht das natürlich alles etwas an, wie alles, was unsere Kranken betrifft. Doch es geht auch uns persönlich und hautnah etwas an. Auch unsere eigene Lebenssituation gibt nicht selten Anlass zu Hoffnungs- und Mutlosigkeit und zu dem Gefühl, nichts geht mehr. Dann nehmen Sie dieses Buch zur Hand und ersetzen Sie „Patient“ durch „Angehörige oder Angehöriger“.

Gelesen von Eva Straub

Entnommen der Zeitschrift „unbeirrbar“,  
Dezember 2008

M. Amering, M. Schmolke:

Recovery- Das Ende der Unheilbarkeit,  
Psychiatrie Verlag, Bonn 2007; 304 Seiten;  
ISBN 978-3-88414-421-3; 24,90 Euro

# Veranstaltungen

---

## Veranstaltungen

### im Rahmen der Informationsreihe des Sozialpsychiatrischen Dienstes Spandau im 1. Halbjahr 2009

**Veranstaltungsort:** Rathaus Spandau, Carl-Schurz-Str. 2-6, 1. Stock, Raum 128 a  
**Anmeldungen** und weitere Informationen: Herr Keller, Tel.: 90279-3354 / -2355,  
E-Mail: w.keller@ba-spandau.berlin.de

- 30. April 2009**      **„Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom („by proxy“)**
- 14. Mai 2009**      **Das Fairkaufhaus Spandau**  
18.00–19.30 Uhr      Ein Beispiel für Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke  
Referentin: Katrin Faensen, Sozialtherapeutin, Projektleiterin
- 28. Mai 2009**      **Als Junge sexuell missbraucht!**  
18.00–19.30 Uhr      Beratung und Selbsthilfe für Männer, die als Kinder / Jugendliche  
sexualisierte Gewalt erfahren haben.  
Referent: Thomas Schlingmann, Traumafachberater, Tauwetter e.V.
- 11. Juni 2009**      **Ich muss hier sofort raus!**  
18.00–19.30 Uhr      Panikattacken und Platzangst:  
Diagnostik und therapeutische Strategien  
Referenten: Mitarbeiter der Spezialambulanz für Angsterkrankungen  
an der Charité Mitte, Leiter: OA PD Dr. med. Andreas Ströhl
- 25. Juni 2009**      **„Stop-Stalking“ – 1. Beratungsstelle für Stalker**  
18.00–19.30 Uhr      „Stop-Stalking“ bietet Menschen, die stalken, eine Möglichkeit,  
sich jemandem mitzuteilen und einen Ausweg aus dem Stalking-Verhalten  
zu finden. Die erfolgreiche Arbeit mit den Tätern ist der wirksamste  
Opferschutz!  
Das Team stellt die Konzeption vor und berichtet von den Erfahrungen  
aus dem ersten Jahr.  
Referent: Wolf Ortiz-Müller, Diplom-Psychologe, Leiter d. Beratungsstelle  
Die Teilnahme ist kostenlos!  
Auf Wunsch erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung.

### Liebe Mitglieder und Gäste, bitte merken Sie sich folgenden Termin vor:

- 09. Oktober 2009**      **„20 Jahre Berliner Landesverbandes e.V. der Angehörigen  
psychisch Kranker – Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke“**

---

**Herausgeber:** Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.  
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)  
Tel.: 030-863 957 01/03, Fax: 030-863 957 02  
Internet: [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de), E-Mail: [info@apk-berlin.de](mailto:info@apk-berlin.de)

Redaktion: Beate Lisofsky, Dagmar Hasse, Eleonore Fink

Fotos: Dagmar Hasse, Roland Mertens u.a.

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

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337 36 00, BLZ 100 205 00

---