

# Neue Wege

zur Inklusion



Erfahrungen aus drei Jahren PIELAV  
und Perspektiven auf innovative Behandlungskonzepte der Gemeindepsychiatrie



Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.

**PIELAV**   
Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion



Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. ist der Interessenverband sozial-psychiatrischer Trägerorganisationen sowie freier Vereine und Initiativen von Bürgerhelfern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundesebene. Die Mitgliedsvereine haben sich zusammengeschlossen, um die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie zu fördern und ihre Kräfte zu bündeln. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. fördert die fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Weiterentwicklung seiner Mitgliedsorganisationen. Wir unterstützen den offenen Informations- und Wissenstransfer zwischen unseren Mitgliedsorganisationen durch Veranstaltungen, Tagungen und Veröffentlichungen.

## Unsere Projektpartner und ihre regionalen Angebote

*Das Dach e.V. (Detmold) | [www.das-dach-ev.de](http://www.das-dach-ev.de)*

*Der Paritätische - Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe (Detmold) | [www.selbsthilfe-lippe.de](http://www.selbsthilfe-lippe.de)*

*Gesellschaft für ambulante Betreuung und Begleitung GamBe gGmbH (Berlin) | [www.gambe-berlin.de](http://www.gambe-berlin.de)*

*Kölner Verein für Rehabilitation e.V. (Köln) | [www.koelnerverein.de](http://www.koelnerverein.de)*

*Bürgerhilfe in der Psychiatrie Landesverband Bayern e.V. (München) | [www.bpsy.de](http://www.bpsy.de)*

*Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR (Klingenmünster) | [www.pfalzkllinikum.de](http://www.pfalzkllinikum.de)*

1. Auflage 2016

### **Autoren:**

**Peter Heuchemer**

Dipl.-Politikwissenschaftler und als Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie verantwortlich für das Projekt PIELAV

### **Herausgeber:**

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richardtstraße 12

50667 Köln

Telefon: (02 21) 27 79 38 70

Telefax: (02 21) 27 79 38 77

E-Mail: [dachverband@psychiatrie.de](mailto:dachverband@psychiatrie.de)

Internet: [www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband)

### **Layout und Druck:**

thurm-design, [www.thurm-design.de](http://www.thurm-design.de)

### **Abbildungen:**

Abbildung Titel: [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com)

# 1 Einleitung

Was meinen wir eigentlich genau, wenn wir von Inklusion sprechen? „Soziale Inklusion“, das ist die Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft. Es ist somit das Gegenteil von Exklusion (Ausgrenzung). Die Forderung nach Inklusion ist dann verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben und teilzunehmen. Jeder Mensch – mit oder ohne Behinderung – soll überall dabei sein und mitmachen können: in der Schule, am Arbeitsplatz, im Wohnviertel, in der Freizeit. In einer inklusiven Gesellschaft ist es normal, verschieden zu sein. Sie ist geprägt von weniger Barrieren in den Köpfen, von mehr Offenheit, Toleranz und Verständnis füreinander sowie Solidarität mit jenen Menschen, die Unterstützung benötigen.

## Das Recht auf Teilhabe ist ein Menschenrecht

Die rechtliche Grundlage für diesen Anspruch bietet die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die auch die Bundesregierung im Jahr 2009 unterzeichnet hat. In diesem Vertragswerk wird das Recht auf die Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft als ein Menschenrecht definiert. Dem Ziel, die Inklusion umzusetzen, hat sich Deutschland mit der Unterschrift der Konvention verschrieben – daher sind nun Gesellschaft und Politik in der Pflicht, sie durch geeignete Reformen umzusetzen. Inklusion kann aber nicht allein von staatlicher Seite verordnet werden, sondern ist ein Prozess, der durch die Gesellschaft getragen werden muss.

Soweit die Theorie. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Teilhabe an der Gemeinschaft leider häufig noch nicht angemessen umgesetzt und viele Betroffene reagieren skeptisch, wenn die Sprache auf das Thema „Inklusion“ kommt. Für viele von ihnen ist es ein zweiseitiges Schwert: Natürlich unterstützen die Betroffenen die Forderung nach Teilhabe und Mitbestimmung in allen Lebensbereichen, andererseits sehen sie jedoch häufig in ihrem Alltag, dass wir von einer inklusiven Gesellschaft noch weit entfernt sind. Psychiatrie-Erfahrene, ihre Angehörigen und engagierte Bürger stellen kritisch fest, dass in der Diskussion um die Inklusion von Menschen mit Behinderungen noch zu oft die speziellen Barrieren psychisch erkrankter Menschen nicht berücksichtigt werden. Auch heute haben viele von ihnen weiterhin mit Vorurteilen und Stigmatisierungen zu kämpfen, beklagen Bevormundung in der Therapie bis hin zu traumatischen Erfahrungen von Zwangsbehandlung und den erheblichen Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu finden und damit auch finanziell abgesichert zu sein. Kurzum: Exklusion aus vielen Bereichen der Gesellschaft ist nach wie vor ein erhebliches Problem für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

## Inklusion als Vorhaben des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

Die Frage, die wir uns im Dachverband Gemeindepsychiatrie stellen, lautet: Was können die Träger der Gemeindepsychiatrie zur Inklusion beitragen? Die Antwort: eine ganze Menge! Denn Inklusion und Gemeindepsychiatrie, das geht seit Jahrzehnten Hand in Hand. Auch wenn der Begriff selbst erst durch die

UN-BRK bekannt wurde und seitdem viel diskutiert wird, so sind die Inhalte für die Gemeindepsychiatrie bekannte Grundwerte: Der Dachverband und seine Trägerorganisationen stehen seit nunmehr vier Jahrzehnten für das, was im Rahmen von Inklusion gefordert wird: Teilhabe und Mitsprache, Sozialraumorientierung, Empowerment, Nutzerbeteiligung und die Begegnung auf Augenhöhe zwischen Profis, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.

Es lag also nahe, dass der Dachverband und Partner aus dem Kreis der Mitglieder ein Projekt zu diesen Themen initiieren – mit dem Ziel, mehr Inklusion zu schaffen. So begann PIELAV im Jahr 2013. Der Projektname entstand aus der Abkürzung des methodischen Ansatzes: „Praktische Implementierung neuer, evidenzbasierter, leitliniengerechter ambulanter Versorgungsmodelle“. Oder kurz gesagt: In der Gemeindepsychiatrie gibt es ein breites Wissen über vielfältige Ansätze zur Behandlung und Unterstützung, die dazu geeignet sind, mehr Teilhabe und Mitbestimmung für Betroffene zu erreichen. Durchgeführt wurde das von der Aktion Mensch geförderte Vorhaben zusammen mit den fünf Trägern Anker Sozialarbeit (Schwerin), Das Dach e.V. (Detmold), der Gesellschaft für ambulante Betreuung und Begleitung GamBe gGmbH (Berlin), dem Bürgerhilfe in der Psychiatrie Landesverband Bayern e.V. (München) sowie dem Pfalz-klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR (Klingenmünster). Später kamen noch der Kölner Verein für Rehabilitation e.V. und das ZfP Südwürttemberg als Veranstalter hinzu.

## Wie die Gemeindepsychiatrie Inklusion schafft

Während der Projektlaufzeit haben wir gesehen, dass im Dachverband Gemeindepsychiatrie die Grundlagen für die Inklusion vorhanden sind. Die gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen und ihre Mitarbeiter, ehrenamtlich Tätige, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige stehen für Teilhabe und Begegnung auf Augenhöhe ein und setzen diese an vielen Orten in Deutschland Tag für Tag erfolgreich um – etwa indem sie die Selbstbestimmung in der Behandlung durch den „Offenen Dialog“ fördern und eine personensorientierte integrierte Versorgung anbieten, Inklusion in der Arbeitswelt durch Integrationsfirmen fördern, Selbsthilfeangebote zur Verfügung stellen, Recovery und Empowerment stärken oder sich in ihrer Freizeit bürgerschaftlich zum Wohl anderer Menschen engagieren.

Einen Ausschnitt dieser Themen und der vielfältigen Arbeit – also den einzelnen Mosaiksteinen des Gesamtbilds der Inklusion – haben wir mit PIELAV über mehr als drei Jahre einem breiten Publikum vorgestellt und öffentlich gemacht. Auf insgesamt sechzehn Tagesveranstaltungen konnten wir Fachwissen verständlich vermitteln, das Engagement der Projektpartner in den Regionen und ihr Fachwissen vorstellen und mit Fachreferenten, Psychiatrie-Erfahrenen, Mitarbeitern der Träger und Bürgern kritisch und im Dialog diskutieren. Vor Ort bei den Projektpartnern haben sich durch den Diskurs Netzwerke gestärkt, indem wir Menschen ins Gespräch gebracht haben, die sich für die Inklusion einsetzen. Begleitend dazu erschienen insgesamt neun Broschüren (eine davon halten Sie gerade in Händen), die die Themen des Projekts vertiefen.

## Erfahrungen aus drei Projektjahren und ein Blick über den Tellerrand

Neben den Broschüren bleiben am Ende des Projekts viele Ideen zum Weiterdenken, wunderbare persönliche Kontakte und ein paar grundlegende Erkenntnisse: Eine zwingende Voraussetzung für Inklusion ist die Überwindung jener altmodischen Vorstellung von Behinderung, die den Menschen mit seinen Einschränkungen als unvollkommen und fehlerbehaftet sieht. Die UN-BRK sagt hier unzweideutig: Eine „Behinderung“ ist kein Problem des einzelnen Menschen, sondern sie entsteht aus den Wechselwirkungen zwischen den Einschränkungen der Person und den gesellschaftlichen Barrieren. Daraus folgt: Alle in der Gesellschaft müssen mithelfen, Barrieren abzubauen. Politische Entscheider müssen geeignete Reformen umsetzen, Arbeitgeber sollen den Mut haben, Menschen mit Besonderheiten als Mitarbeiter zu akzeptieren, und wir alle müssen in unserem täglichen Miteinander mithelfen – in der Nachbarschaft, im Sport, in der Kultur und im Engagement für eine bunte Gemeinschaft, in der das Anderssein akzeptiert und als Bereicherung empfunden wird.

Eine Hürde bleibt allerdings eine Gesellschaft, die sich in weiten Teilen entsozialisiert und oft nur nach dem ökonomischen Nutzen eines Menschen fragt und so jene, die in der Leistungsgesellschaft nicht Schritt halten, zurückzulassen droht. Hier muss die Politik entgegensteuern und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen endlich umfassend umsetzen. Leider bietet die von der großen Koalition geplante Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes dazu momentan wenig Grund zum Optimismus.

In Sachen Inklusion tut sich deutschlandweit eine ganze Menge – weit mehr, als wir im Projekt abdecken konnten. Daher soll diese Broschüre neben einen Rückblick auf die drei Projektjahre auch einen kleinen „Blick über den Tellerrand“ bieten. Wir wollen einige Aktionen, Ideen und Konzepte von Mitgliedern und Kooperationspartnern des Dachverbands Gemeindepsychiatrie vorstellen, die uns im Zusammenhang mit der Inklusionsdebatte als innovativ und bemerkenswert aufgefallen sind und Menschen und ihre Perspektiven aufzeigen, die wir über die Jahre kennengelernt haben.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre!

Birgit Görres  
Geschäftsführerin

Peter Heuchemer  
Projektleiter

# 2 Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion! Erfahrungen aus dem Projekt PIELAV

Mit PIELAV hatten sich der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Projektpartner drei wesentliche Ziele gesetzt, die im Projektzeitraum von 2013 bis 2016 umgesetzt wurden:

- **Wissen und Kompetenzen vermitteln.** Wir wollen in neun Schwerpunkten Wissen zu relevanten und aktuellen Themen der Gemeindepsychiatrie vermitteln und insbesondere Betroffene, aber auch alle anderen interessierten Bürger dazu befähigen, mitreden und informierte Entscheidungen treffen zu können.
- **Ein Forum für kritische Diskussion bieten.** Um unsere Diskussion auf eine breite Basis zu stellen, wollen wir Träger der Gemeindepsychiatrie und Vertreter aus Politik, städtischer Verwaltung und Wirtschaft miteinander ins Gespräch bringen und Betroffene, Angehörige und interessierte Bürger in diesen Dialog/Trialog einbinden/integrieren.
- **Perspektiven entwickeln und Impulse setzen.** Wir wollen durch die Vermittlung von Fachwissen und die gemeinsame Arbeit in den trialogischen Foren herausfinden, was sich vor Ort ändern muss, um Menschen mit psychischen Erkrankungen eine gleichberechtigte Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

## Themen, die wir bewegt haben

Für jedes der drei Projektjahre hatten die Projektpartner die Möglichkeit, die thematischen Schwerpunkte ganz nach den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer und Mitarbeiter des Trägers vor Ort zu setzen. Folgende Themen haben wir diskutiert, zu denen jeweils auch eigene Broschüren erschienen sind:

### Jahr 1

#### „Meine Rechte aus der UN-Behindertenrechtskonvention“

Über die gesamte Projektdauer und an dem großen Interesse an der Broschüre zu diesem Thema haben wir gemerkt, dass die symbolische, aber auch praktische Bedeutung der UN-BRK für Menschen mit psychischen Erkrankungen außerordentlich wichtig ist. Durch die Konvention bekommen jene recht, die sagen: „Behindertenrechte sind keine Wohltat unserer Gesellschaft, sondern ein Menschenrecht, auf das sich Betroffene berufen können.“ Behinderung wird zudem in der UN-BRK, ganz im Gegensatz zu den deutschen Sozialgesetzen, neu definiert: Behindert ist man nicht durch ein durch die Erkrankung entstandenes Abweichen von der Norm, sondern man wird behindert – durch die Wechselwirkungen zwischen den eigenen Einschränkungen und der Lebenswelt um sich herum. Mit diesem Perspektivenwechsel geht eine Forderung einher: Barrieren müssen abgebaut werden, damit eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Behinderungen möglich wird.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/recovery.pdf](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/recovery.pdf)

## **„Inklusion in der Arbeitswelt“**

Fachleute aus Psychiatrie und Psychiatrie-Erfahrene sind sich einig: Das wichtigste Thema, das angepackt werden muss, um die Inklusion zu befördern, ist die Eingliederung von psychisch erkrankten Menschen in die Arbeitswelt. Für viele Betroffene ist die Situation heute alles andere als zufriedenstellend. Viele leben in Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen, werden frühverrentet oder haben eine Arbeit, die nicht zu ihnen passt. Das sorgt für Frust und mangelndes Selbstwertgefühl. Viele fühlen sich unterfordert und leben am Existenzminimum. Ihr soziales Umfeld wird eingeengt, weil sie gegen ihren Willen in Sonderwelten wie Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder andere Betreuungseinrichtungen ausgegrenzt werden. Längst ist bekannt: Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen machen auf Dauer psychisch krank. Einen Job zu haben, der den Menschen seinen Ansprüchen und Fähigkeiten gemäß fordert und erfüllt, ist hingegen einer der förderlichsten Faktoren, um die seelische Gesundheit zu unterstützen. Somit ist ein guter Arbeitsplatz in vielen Fällen besser als jede Medizin. Schlechte Arbeit macht heute immer mehr Menschen krank. Somit wird dieses Thema – leider – für einen immer größeren Teil der Bevölkerung relevant.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/arbeit.pdf](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/arbeit.pdf)

## **Jahr 2**

### **„Recovery für die Seele“**

Das Recovery-Konzept ist von Psychiatrie-Erfahrenen in den 1990ern in den USA entwickelt worden. Vorreiterinnen der Bewegung wie Patricia Deegan wollten sich nicht damit abfinden, dass Ärzte sie als „unheilbar krank“ oder „austherapiert“ bezeichneten. Aus eigener Erfahrung wussten sie: Genesung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich. Gemeinsam mit engagierten Fachleuten und Angehörigen setzten sie sich für eine alternative Art der psychiatrischen Behandlung ein, in der ein positiver, ganzheitlicher und gesundheitsfördernder Blick auf psychische Erkrankungen im Mittelpunkt steht. Auf unseren PIELAV-Seminaren haben wir viele Menschen kennengelernt, die Recovery für sich selbst gefunden haben, um Krisen zu überwinden und nun anderen dabei helfen, dasselbe zu schaffen. Dabei haben wir festgestellt: Es gibt keine in Stein gemeißelte Anleitung für Recovery, sondern eher eine Haltung. Persönliche Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. So wie viele Wege nach Rom führen, so gibt es auch viele Wege, den Recovery-Weg zu gehen.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/recovery.pdf](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/recovery.pdf)

### **„Bürgerhilfe in der Gemeindepsychiatrie“**

Eng verknüpft mit der Selbsthilfe und eine ebenso wichtige Säule beim Streben nach Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen ist das bürgerschaftliche Engagement für und mit psychiatrie-erfahrenen Menschen. „Ohne Bürgerengagement keine Gemeindepsychiatrie“. Auf diesen kurzen Nenner lassen sich die Erfahrungen der zurückliegenden Jahrzehnte bringen. Von den Erfolgen der Psychiatrie-Enquete in den 1970ern über die zunehmende Ambulantisierung

der Behandlung bis hin zu aktuellen Herausforderungen wie der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und der Inklusion – immer waren es auch engagierte BürgerInnen, die die Hilfen in der Lebenswelt für psychisch erkrankte Menschen in der Gemeindepsychiatrie weiterentwickelt und vorangebracht haben.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/buergerhilfe](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/buergerhilfe)

### **„Inklusion selbst in die Hand nehmen – Selbsthilfe psychiatrie-erfahrener Menschen“**

Die Gemeindepsychiatrie baut seit ihren Anfängen vor über 40 Jahren auf die Förderung der Selbsthilfe. Wo es anfangs noch wenige Fürsprecher und Verbände gab, da lautete das Motto der frühen Psychiatrie-Reformer, die sich im damaligen Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen zusammengeschlossen haben, „Hilf Dir selbst, sonst wird Dir geholfen“. Betroffenenbeteiligung, Empowerment und die Achtung der von psychisch erkrankten Menschen eingenommenen Perspektiven und gemeinsam erarbeitete Lösungsvorschläge sind für den heutigen Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitgliedsorganisationen nicht wegzudenken. Wenn wir uns im Rahmen von PIELAV gefragt haben, wie man die Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen voranbringen kann, dann war Selbsthilfe und ihre Förderung durch ambulante gemeindepsychiatrische Träger immer eines der Schlüsselemente. Durch die Selbsthilfe von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und vielen Engagierten wird heute schon an unzähligen Orten bundesweit das praktisch umgesetzt, was viele für eine funktionierende Teilhabe benötigen. Wir haben festgestellt: Selbsthilfe ist gelebte Inklusion. Denn überall dort, wo Selbsthilfe – sei es im Privaten, in Internetforen, in Verbänden und lokalen Selbsthilfegruppen – betrieben wird, sind Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht länger nur Patienten. Sie nehmen ihren Lebens- und Gesundungsweg selbst in die Hand und helfen so sich und anderen, mit seelischen Krisen umzugehen, Ausgrenzungen und Bevormundung zu überwinden und eine kritische und zugleich positive und handlungsorientierte Perspektive einzunehmen. Wir haben bei PIELAV viele Menschen kennengelernt, die Selbsthilfe auf unterschiedliche Art und Weise leben – sei es als GründerInnen von Selbsthilfegruppen, in Form von Kunst oder als Engagierte bei Organisationen wie dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen oder dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK).

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/selbsthilfe](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/selbsthilfe)

### **Jahr 3**

#### **„Wer denkt an die Angehörigen?“**

Psychische Erkrankungen betreffen meistens nicht nur den Kranken selbst, sondern das gesamte Familiensystem. Häufig leiden auch Eltern, Ehepartner, Kinder und enge Freunde mit unter einer psychischen Erkrankung. Angesichts der alltäglichen Probleme, die eine psychische Erkrankung für den Betroffenen mit sich bringt, werden Angehörige nahezu zwangsläufig zu Ersthelfern im Krisenfall. Um die Krankheit behandeln und Gesundung ermöglichen zu können, sollte auch der gesunde Partner in die Behandlung einbezogen sein, über Therapieansätze, Medikamente und förderliche Tagesstruktur Bescheid wissen und im Idealfall in eine klärende Open-Dialogue-Sitzung einbezogen werden. Zu oft wird



jedoch vergessen, dass Angehörige – so sehr sie es selbst auch wollen – nicht einfach nur bedingungslos helfen können, sondern oft auch selbst Hilfe benötigen. Exklusion betrifft damit auch nicht nur die psychisch erkrankten Menschen selber, sondern auch ihre Angehörigen. Kinder von psychisch erkrankten Eltern bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit, denn sie erkranken selbst deutlich häufiger als ihre Altersgenossen.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/angehoerige](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/angehoerige)

### **„Experten aus Erfahrung“ – Mitarbeit psychiatrie-erfahrener Menschen im Behandlungsteam**

Wie wäre es, wenn psychiatrie-erfahrene Menschen, die eine Krise überwunden haben, in Behandlungsteams mitarbeiten würden? Wenn sie ihre Perspektiven einbringen und die Behandlung so mitgestalten, dass sie näher an den Bedürfnissen und der Lebenswelt der Patienten ausgerichtet wird? Was für viele auch heute noch wie eine ungewöhnliche Idee klingt, wird nicht nur fachlich positiv diskutiert, sondern von vielen der Mitgliedsorganisationen des Dachverbands schon heute praktisch umgesetzt. Wo Psychiatrie-Erfahrung vorher als Makel, Stigma und Schwäche galt, wird sie plötzlich zur Stärke und zur Qualifikation und ermöglicht eine bezahlte Beschäftigung in einem multiprofessionellen Behandlungsteam. Programme zur Mitarbeit psychiatrie-erfahrener Menschen in Behandlungsteams läuft heute unter dem Namen Peer-Support und EX-IN-Genesungsbegleitung. Sie findet auch im Rahmen des Offenen Dialogs in Netzwerkgesprächen statt.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/mitarbeit](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/mitarbeit)

### **„Miteinander im Gespräch“ – Gemeindepsychiatrische Netzwerkarbeit**

Der Mensch ist ein soziales Wesen und befindet sich in vielfältigen Beziehungen zu anderen Menschen: sei es in der Familie, in der Schule, im Berufsleben, im Sportverein, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis. Diese sozialen Netzwerke, die jeder Mensch hat, erfüllen viele hilfreiche Funktionen, die jeder aus dem Alltag kennt. In der Behandlung bricht man mit Netzwerkarbeit die oft einseitige Zweierbeziehung zwischen Patient und Arzt auf und bindet in der Behandlung psychischer Erkrankungen und bei akuten seelischen Krisen ein breites Netzwerk von Personen mit ein, um zusammen zu Lösungen zu kommen. Dazu können Ärzte, Betreuer und psychiatrie-erfahrene EX-IN-Mitarbeiter, Verwandte und Freunde, Arbeitgeber gehören. Außerdem bedeutet Netzwerkarbeit, dem Menschen in einer Krise ein umfassendes, ambulantes und stets verfügbares Netz an Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören multiprofessionelle ambulante und mobile Teams sowie ein Krisendienst, der 24 Stunden am Tag ansprechbar ist, eventuell eine Krisenwohnung, Individualpsychotherapie sowie Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie. Nicht zuletzt soll Arbeit mit und ohne Unterstützung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Das Ziel der Netzwerkarbeit ist, Betroffenen mehr Teilhabe, Mitsprache und eine an ihren Wünschen und Bedürfnissen orientierte Behandlung bieten zu können. Erfolgreich angewendet werden die genannten Konzepte der Netzwerkarbeit in der „Integrierten Versorgung“, die der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitglieder in Modellen mit Unterstützung der Krankenkassen durchführen.

[www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/netzwerkarbeit](http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/pielav/netzwerkarbeit)

## Veranstaltungen mit starken Projektpartnern

So vielfältig unsere Themen rund um die notwendige Inklusion psychisch erkrankter Menschen mit ihren besonderen Bedarfen und Ressourcen waren, so unterschiedlich waren auch die Veranstaltungen, die der Dachverband Gemeindepсихiatrie zusammen mit seinen Projektpartnern vor Ort in den Projektregionen durchgeführt hat. Ob als Podiumsdiskussion, Vorträge mit anschließender Fragerunde, Workshops nach dem Prinzip des World Cafés: Immer war es uns wichtig, dass wir im Dialog mit Betroffenen, Angehörigen und Profis gemeinsam auf die Herausforderungen und Probleme schauen und Lösungswege aufzeigen. Wir haben es dadurch geschafft, sehr vielfältige Positionen kennenzulernen und in den Diskussionsprozess einzubinden.

An PIELAV mitgewirkt haben Psychiatrie-Erfahrene mit teils äußerst psychiatrie-kritischen Haltungen genauso wie Klinikbetreiber, Mitglieder lokaler Selbsthilfegruppen und deutschlandweit bekannte Praktiker aus der Sozialpsychiatrie, Anbieter von inklusiven Arbeitsangeboten und frühverrentete (aber hochmotivierte) psychisch erkrankte Menschen, die endlich wieder sinnvoller Beschäftigung nachgehen wollen. Hinzu kamen viele engagierte Bürger, Mitarbeiter der Träger und aus der kommunalen Verwaltung sowie oft auch Studenten. Sie alle einte das Interesse daran, Möglichkeiten für mehr Teilhabe und Nutzerbeteiligung für psychisch erkrankte Menschen zu finden und herauszufinden, wie sie konkret vor Ort umgesetzt werden können. Die Rückmeldungen auf die Veranstaltungen waren sehr positiv und das Interesse der Teilnehmer groß: Im Schnitt kamen zu den insgesamt 16 Terminen jeweils ca. 35 Teilnehmer, wobei bei manchen Gelegenheiten bis zu 80 Personen engagiert mitdiskutierten.

Unsere Projektpartner haben durch ihr Engagement entscheidend zum Gelingen von PIELAV beigetragen. Mit der Organisation der Veranstaltungen in den Modellregionen, ihre fachliche Expertise und Vernetzung vor Ort sowie Vorträge in den Seminaren und Beiträge zu den Broschüren haben sie dafür gesorgt, dass das Projekt ein Erfolg wurde.

### **Ein großes „Dankeschön!“ geht daher an unsere Projektpartner:**

- Peter Baumotte, ehemaliger Geschäftsführer von ANKER Sozialarbeit Schwerin
- Gerd Schulze und Werner Brand vom Vorstand der Bürgerhilfe in der Psychiatrie, Landesverband Bayern
- Volker Schubach, Vorstand von Das Dach e.V. in Detmold und Anja-Katrin Schneider, stellvertretende Geschäftsführerin
- Rüdiger Mangel, ehemaliger Geschäftsführer der Gesellschaft für ambulante Betreuung und Begleitung GamBe und Dana Goldammer, Leiterin und Koordinatorin
- Klaus Jansen, ehemaliger Geschäftsführender Vorstand des Kölner Vereins für Rehabilitation
- Karin Marciniak und Julia Becker von der Selbsthilfe-Kontaktstelle des Paritätischen im Kreis Lippe
- Paul Bomke, Geschäftsführer des Pfalzkrankums Klingenmünster und Birgit Fuchs, Leiterin der Einrichtung Betreuen – Fördern – Wohnen
- Dr. Michael Konrad, Geschäftsbereichsleiter Wohnen Ravensburg-Bodensee des ZfP Südwürttemberg

Außerdem danken wir allen Referenten und Teilnehmern unserer Seminare für ihr Interesse und bei allen, die sich bei PIELAV durch Beiträge bei Veranstaltungen und Broschüren eingebracht haben! Nicht zuletzt bedanken wir uns natürlich auch bei der Aktion Mensch, die das Projekt finanziell gefördert hat und stets unterstützend zur Seite stand.

Auf der PIELAV-Website finden Sie unsere Broschüren zum Download sowie Informationen zu den Bestellmöglichkeiten der gedruckten Ausgaben:

[www.psychiatrie.de/dachverband/pielav/broschueren](http://www.psychiatrie.de/dachverband/pielav/broschueren)

## Impressionen aus unserer Veranstaltungen



# 3 „Türen öffnen – Inklusion im Stadtteil“

## Ein Projekt der Initiative für Soziale Rehabilitation e.V. in Bremen

Die Trägerorganisationen des Dachverbands beschäftigen sich auch neben dem Projekt PIELAV schon seit Jahren mit vielfältigen Ansätzen zur Förderung der Inklusion psychisch erkrankter Menschen. Das Projekt „Türen öffnen“ der Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. gehört dazu. Es öffnet zusammen mit zwölf Kooperationspartnern aus dem Bremer Westen und Norden viele verschiedene Türen und macht Begegnungen möglich, um die Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft in Bremen zu fördern. Insbesondere liegt das Augenmerk dabei auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und geistiger Behinderung. Über den Zeitraum von drei Jahren konnten im Rahmen des von Aktion Mensch geförderten Projekts viele Barrieren für Betroffene abgebaut und Teilhabe möglich gemacht werden.

„Unser Ziel ist es, die Mitwirkenden miteinander zu vernetzen und inklusive Angebote zu entwickeln und durchzuführen. Wir öffnen Türen in Bürgerhäusern, Sportvereinen, in kulturellen Einrichtungen bei Trägern der Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe, in den Nachbarschaften. Und wir öffnen Türen in den Köpfen aller Menschen, ob mit und ohne Behinderung, unabhängig von der Herkunft und dem Alter“, sagt Monika Möhlenkamp, Gesundheitswissenschaftlerin, Physiotherapeutin und Koordinatorin des Projekts.

Hinter dem Projekt steht ein großes und buntes Team. Neben den ProjektmitarbeiterInnen mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung tragen viele weitere Personen zum Erfolg von „Türen öffnen“ bei: Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, ihre Angehörigen und die KooperationspartnerInnen, die die Einbeziehung aller Menschen im Stadtteil voranbringen wollen. Hinzu kommen Nachbarn, die gern andere kennen lernen wollen und gute Beziehungen schätzen sowie engagier-

te BürgerInnen aus den Stadtteilen des Bremer Westens und Nordens. Sie bringen verschiedene Menschen im Stadtteil zusammen, öffnen Angebote für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, erhöhen deren Mobilität und ermöglichen ihnen, ihre Fähigkeiten und Potentiale in den Stadtteil einzubringen. „Unsere Erfahrung, dass jeder Mensch nicht nur etwas braucht, sondern auch etwas zu geben hat, ist Grundlage für unser Inklusionsprojekt“, sagt Monika Möhlenkamp.



Monika Möhlenkamp im Gespräch mit Bremer Bürgern

Foto: Initiative für Soziale Rehabilitation

## **Beratungen und Schulungen**

Die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. unterstützt ihre Kooperationspartner dabei, bestehende Angebote inklusiv zu gestalten und bietet gemeinsam mit ihnen neue Angebote an. Außerdem hilft sie Einrichtungen in der Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe, ihre Angebote offen für den Stadtteil zu gestalten.

In Schulungen wurden Unternehmen dabei unterstützt, mehr Sensibilität für das Thema „Seelische Gesundheit“ zu entwickeln und ein inklusives Umfeld für Kollegen und Kunden zu schaffen. Im Januar 2016 führte das Projektteam mit MitarbeiterInnen der Bremer Verkehrsbetriebe (BSAG) eine Fortbildung durch, die unter dem Motto „Abbau von Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit auffälligem Verhalten“ stand. Zwei Tage lang befassten sich die angehenden KontrolleurInnen und BusfahrerInnen mit psychischen Erkrankungen und setzten sich anhand von Rollenspielen und Gruppenübungen mit dem Thema in Bezug auf ihren Arbeitsalltag auseinander. Insbesondere die Zusammensetzung des Schulungsteams, welches aus einer Mitarbeiterin mit persönlicher Psychiatrie-Erfahrung und einer Fachkraft aus der Psychiatrie bestand, ermöglichte den TeilnehmerInnen der Schulung einen tiefen Einblick in das Thema, welches für sie eine wichtige Ergänzung zu den weiteren Ausbildungsinhalten darstellt.

## **Fachliche Treffen und Vernetzung**

Regelmäßig werden im Projekt sogenannte Netzwerktreffen durchgeführt. MitarbeiterInnen von Trägern der Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe, Kooperationspartnern und weiteren Einrichtungen setzen sich mit BewohnerInnen der Stadtteile mit und ohne Beeinträchtigungen an einen Tisch und arbeiten inhaltlich an der inklusiven Entwicklung der Stadtteile Gröpelingen und Vegesack.

Dreimal im Jahr finden Netzwerktreffen jeweils im Bremer Westen und im Bremer Norden statt. Diese Treffen sind offen für MitarbeiterInnen von Einrichtungen und Unternehmen, Betroffene, sowie für Bürger und Bürgerinnen der Stadtteile. Mehrfach fand außerdem der Teilhabe-Salon in Bremen-Nord statt. Hier wird über Inklusion und die Weiterentwicklung von Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen im Bremer Norden diskutiert.

## **Inklusion durch vielfältige Angebote**

Während der Projektlaufzeit sind eine beachtliche Zahl von verschiedenen inklusiven Angeboten entstanden: In der Kochgruppe bereiten acht TeilnehmerInnen und zwei KochgruppenleiterInnen regelmäßig alle 14 Tage interessante Gerichte zu. Die Gruppe ist inklusiv und für die TeilnehmerInnen zu einem festen Bestandteil des Alltags geworden.

Alle zwei Wochen trifft sich auch die Bowlinggruppe im Strikee's in Findorff. In der Büchertauschbörse im Café Klatsch können Besucher Lesestoff untereinander tauschen und im reichhaltigen Fundus stöbern – eine gute Alternative zum Neukauf.

Im Nähtreff wird Kleidung geändert, repariert oder ganz neu genäht. Es gibt dort keine Nähgruppen-Leitung, sondern das Wissen wird miteinander geteilt. „Frauen in Bewegung“ ist ein Angebot für Frauen, die Lust auf Bewegung und Choreografien haben. Über die Körperwahrnehmung wird erfahren, was angenehm und wohltuend ist und auch, wo die eigenen Grenzen in der Bewegung sind. Die Bewegungen werden in kleine Choreografien überführt, sodass Tänze entstehen, die den Körper kräftigen und stabilisieren. Die WestWurzeln sind eine Gruppe des Urban-Gardening-Projekts „Gemüsewerft“, des urbanen Gemeinschaftsgartens im Bremer Westen. Gemeinsam mit BewohnerInnen des Stadtteils und allen anderen Interessierten werden dort landwirtschaftliche Kompetenzen zurück in die Stadt geholt. Mit dem Nachba(r)zar hat die Initiative zur sozialen Rehabilitation außerdem eine Plattform geschaffen, auf der Angebote und Bedarfe der Nachbarn untereinander vermittelt werden. Dies funktioniert über Aushänge. Das Projektteam nimmt Angebote und Anfragen auf und vermittelt sie weiter, z. B. Bücher tauschen, Wasserkisten schleppen, gemeinsam spielen oder kochen – unter anderem in den genannten Gruppen.



*Der Verein Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. ist ein gemeinnütziger Verein in Bremen, welcher Menschen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und geistiger Behinderung ambulant betreut. In den verschiedenen Arbeitsbereichen setzen sie sich für eine selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung sowie für die Teilhabe an gesellschaftlichen Lebens- und Arbeitszusammenhängen der NutzerInnen ein. Die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. ist Mitglied im Dachverband Gemeindepsychiatrie.*

*Mehr Informationen unter:  
<http://inklusion-im-stadtteil.de> oder bei Monika Möhlenkamp, Projektkoordinatorin, Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V., [moehlenkamp@izsr.de](mailto:moehlenkamp@izsr.de)*



# 4 Das „Bunte Haus“ in Heide

## Im Kreis Dithmarschen geht die Brücke Schleswig-Holstein neue Wege

Manchmal ist es an der Zeit, neue Wege zu beschreiten, wenn die alterproben nicht zum Ziel führen. Genau dies ist es, was momentan in Schleswig-Holstein im gemeinsamen Modellprojekt der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH (Brücke SH) und dem Fachdienst Eingliederungshilfe des Kreises Dithmarschen in der Unterstützung psychisch erkrankter Menschen getan wird. Dadurch sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen künftig mehr Wahlmöglichkeiten haben und das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention stärker als bisher wahrnehmen können. Das Projekt möchte die Selbstständigkeit der Betroffenen fördern und ihnen zum Beispiel Alternativen zur stationären Versorgung aufzeigen – dazu gehört die Betreuung und Behandlung in den eigenen vier Wänden und im vertrauten sozialen Umfeld.

Ein wichtiger Baustein ist dabei im Kreis Dithmarschen das „Bunte Haus“ in der Kleinstadt Heide. Dort wollen Liane Junge, Verbundmanagerin für psychosoziale und berufliche Rehabilitation bei der Brücke SH, und ihr Team alten Strukturen aufbrechen, niedrigschwellige Hilfen anbieten und für mehr Teilhabe sorgen. „Wir wollen die Unterstützung der Menschen in den Sozialraum verlagern und den Kontakt zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und anderen Bürgern herstellen“, fasst Frau Junge das Ziel des Vorhabens zusammen.

## Mit kreativen Ideen die Schwächen des gegliederten Hilfesystems überwinden

Warum gerade dies in Deutschland bislang oft nicht funktioniert, macht ein Blick auf das gegliederte System der sozialen Hilfen deutlich: Oft behindern die strukturellen Probleme in der Sozialgesetzgebung die Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen dort, wo die Sozialgesetzbücher V und XII aufeinandertreffen. Während das SGB V die Zuständigkeiten und Finanzierungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit Leistungen wie ambulante und stationäre Krankenbehandlung, Arzneimittel und Soziotherapie regelt, betrifft das SGB XII die Vorschriften der Sozialhilfe und damit auch die Leistungen der Eingliederungshilfe. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig auf Leistungen aus beiden SGB angewiesen. Ihre Bedürfnisse sind meist komplex und machen nicht an Zuständigkeitsgrenzen von Kostenträgern halt. Das von vielen Betroffenen, aber auch gemeindepsychiatrischen Praktikern, gefürchtete „Zuständigkeitskarussell“ stellt Menschen mit psychischen Erkrankungen oft vor unüberwindbare bürokratische Hürden, die es ihnen schwer machen, ihren Alltag außerhalb stationärer Einrichtungen zu meistern. Daran hat auch das SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in der Praxis nur wenig geändert. Man kann also mit Recht behaupten: Die mangelnde Umsetzung des Teilhaberechts ist ein Hindernis für die Umsetzung der Inklusion in Deutschland.



Liane Junge vor dem Bunten Haus in Heide.  
Foto: Brücke SH

Welche neuen Wege man beschreiten kann, um dieses Problem zu lösen, zeigt das Modellprojekt in Dithmarschen auf, das von 2014 bis 2019 der Innovationsmotor für eine ambulante und umfassende Versorgung sein will. Das Vorhaben geht von der Prämisse aus, dass man das Rad nicht neu erfinden muss, sondern die Leistungen aus den verschiedenen Gesetzbüchern sinnvoll synchronisieren und gleichzeitig flexible und individuelle Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen schaffen kann. Befördert wird das Vorhaben durch das Regionalbudget der dortigen psychiatrischen Klinik mit den Tageskliniken, wovon sich eine in Trägerschaft der Brücke SH befindet und deren Auftrag zum „Home Treatment“ erfüllt. Mit dem Sozialleistungsträger wurde ein vereinfachtes Abrechnungssystem vereinbart. Dieses pauschale Abrechnungssystem ermöglicht mehr Flexibilität und Handlungsfreiheit für den Träger. So können zum Beispiel Doppelangebote vermieden werden und sich die Leistungserbringer besser in ihrer Arbeit austauschen. Ziel ist es langfristig – ganz im Sinne der Inklusion – die stationären Plätze in (gemeinde-) psychiatrischen Einrichtungen abzubauen und die dadurch frei werdenden Ressourcen verstärkt in eine breite Palette ambulanter und personenorientierter Angebote zu investieren, die stärker den Erfordernissen der Nutzer entsprechen.

### **Das Bunte Haus: vielfältige Angebote für alle Bürger**

Das Bunte Haus, gut gelegen in der Fußgängerzone in Heide, ist einerseits eine gemeindepsychiatrische Einrichtung: Neben dem Sitz der ambulanten Hilfen und Wohngruppen, dem Verbundmanagement der Brücke SH, wo auch Frau Junge ihr Büro hat, sind dort auch rund um die Uhr Kollegen flexibel, vernetzt und ortsgebunden für Menschen in akuten seelischen Krisen ansprechbar. Das Bunte Haus soll mit seinen niedrigschwelligen Angeboten dazu beitragen, dass nicht gleich jeder Mensch, der sich in einer seelischen Krise befindet, direkt ins psychiatrische Versorgungssystem gerät. Dazu wurde in Kooperation mit dem Kreis, dem Westküstenklinikum Heide (WKK) und der Brücke Dithmarschen ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum gebildet. Dort werden alle Anliegen von Betroffenen erst einmal gemeinsam mit ihnen betrachtet und beraten.

Richtig „bunt“ wird das Haus aber erst dadurch, dass es die Mitbürger aus dem Ort mit einer fair gehandelten Tasse Kaffee und einer Vielzahl von Aktivitäten anlockt. Angeboten wird dort unter anderem eine Bücher-Tauschbörse, die von Psychiatrie-Erfahrenen geleitet wird. Außerdem finden im Bunten Haus Konzerte, Kunstausstellungen, Lesungen, Yoga-Kurse und eine Schmuckwerkstatt statt. Die Räume können auch von Bürgern angemietet werden, was zum Beispiel der örtliche Filmclub regelmäßig nutzt, um dort nach dem Kino die Nachbesprechungen zu halten. Schnell hat sich gezeigt, dass die Einbindung des Hauses in den Stadtteil und die offene Struktur viele positive Effekte mit sich bringen. Dadurch, dass Bürger mit und ohne psychische Erkrankungen durch die vielen Aktivitäten miteinander ins Gespräch kommen, werden Vorurteile und Stigmatisierungen abgebaut. „Wir haben dann Erfolg, wenn wir im Bunten Haus mit einer Gruppe von Leuten zusammensitzen, Kaffee trinken, klönen und niemand mehr so wirklich zwischen Nutzern und normalen Bürgern unterscheidet“, erzählt Liane Junge.



## Leben und Wohnen außerhalb stationärer Einrichtungen möglich machen

Im Bereich Wohnen ist die Idealvorstellung einer inklusiven Gesellschaft, dass Betroffene einen eigenen Mietvertrag haben und bei Bedarf auf Hilfen in Konflikt- oder Krisensituationen sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung und Verpflegung zurückgreifen können.

Die Realität sieht für viele Betroffene aber immer noch so aus, dass sie doch sehr schnell in einer vollstationären Einrichtung „versorgt“ werden, wenn sie einmal nach einer akuten seelischen Krise und Klinikaufenthalt etwas mehr an Unterstützung, Assistenz und Begleitung benötigen. „Das heißt dann, auch mit Menschen zusammenleben zu müssen, die man sich nicht selbst ausgesucht hat. Viele empfinden diesen Schritt als Abstieg – auch wenn sie sich von uns gut begleitet fühlen. Letzte Woche hat ein Nutzer, der in eine eigene Wohnung gezogen ist, zu einem Menschen, den er sich mit ausgesucht hat, gesagt: „Ich habe endlich mal in Ruhe schlafen können, schon den dritten Tag ohne Störung“, erklärt Frau Junge.

Eine bestimmte Aussage, die Liane Junge von vielen stationär untergebrachten Psychiatrie-Erfahrenen im Kreis Dithmarschen gleichlautend hörte, machte sie in diesem Zusammenhang besonders nachdenklich: „Als wir die Menschen befragten, wie sie in Zukunft wohnen wollen, bekamen wir sehr häufig die Antwort: Ich würde gern in einer eigenen Wohnung leben. Aber um das zu schaffen, muss ich mich ja erst noch bewähren“, sagt die Verbundmanagerin der Brücke SH. Sich „zu bewähren“ heißt aktuell noch immer für viele Menschen, den mühevollen Weg von vollstationär über teilstationär zu einer eigenen Wohnung zu schaffen – oft gegen das eigene angeschlagene Selbstvertrauen und den Rat von Betreuern. Auch das will Liane Junge ändern: „Wir haben eine Situation, in der psychisch erkrankte Menschen sich dem System anpassen müssen, wenn sie mehr Lebensqualität wollen. Eigentlich sollte es doch genau andersherum funktionieren: Das Versorgungssystem muss sich an den Bedürfnisse der Menschen orientieren.“

Mit dem Modellprojekt wollen sie und ihr Team es schaffen, den NutzerInnen Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und mit ihnen zusammen Lebens- und Wohnkonzepte zu entwickeln, die ihre Teilhabemöglichkeiten unterstützen, gleichzeitig aber auch in Krisenfällen die nötige Sicherheit bieten und den Weg zurück in den Sozialraum ebnen. Dieser Wandel ist für alle Beteiligten ein Lernprozess. „Auch wir hatten so unsere Bedenken, als wir mit dem Modellprojekt begannen, das Denken auf den Kopf zu stellen – zumal viele der durch uns begleiteten Menschen etliche Jahre in unseren Wohnhäusern leben. Als kleiner Schritt wurde die Barauszahlung aus der Wohneinrichtung in die Süderstraße verlegt und einige Angebote mitten in den Ort verlagert. Klar ist für Frau Junge: „Wenn man mehr Wahl- und Entscheidungsfreiheit will, dann müssen auch die Profis umdenken und bereit sein, Risiken einzugehen, zu Mutmachern werden und auch an die Menschen mit ihren Wünschen und Kompetenzen glauben, die wir jahrelang begleitet haben. Wenn wir das nicht tun, wer denn dann?“ „Mut

zu Krisen“ nennen sie das bei der Brücke SH. Das bedeutet auch, konsequent präventiv zu arbeiten und sich mit vorangegangenen Krisen und alternativen Bewältigungsstrategien zu beschäftigen und gegebenenfalls das Umfeld auf ungewöhnliche Verhaltensweisen vorzubereiten.

### Durch innovative Modellprojekte Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen umsetzen

Mit dem Projekt wird im Kreis Dithmarschen also genau das Versprechen eingelöst, dass die Bundesrepublik Menschen mit psychischen Erkrankungen und hohem Unterstützungsbedarf mit dem SGB IX bereits im Jahr 2001 gemacht hat: Zwar wurde in der Theorie bereits damals ein Wandel von der einrichtungs- zur personenzentrierten Hilfe vollzogen und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen sowie deren Selbstbestimmung festgeschrieben. Die hohen Ansprüche wurden aber in der Realität oft durch das Fehlen eines flächendeckenden Unterstützungsangebots und die unübersichtliche Struktur der sozialen Sicherung konterkariert – genau an diesen Schwachpunkten setzt das Modellprojekt in Heide an. Im Lauf der nächsten Jahre sollen hier in einer lernfreundlichen, Mut machenden und visionären Atmosphäre in der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen, Bürgern und Profis gemeinsam auf Augenhöhe neue Wege im Sinne einer konsequenten Ambulantisierung mit Komplexleistungen gefunden werden. Sollte es Schule macht, dann zeigt dies: Wenn sich alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteure zusammenfinden und an Lösungen arbeiten, dann kann Inklusion gelingen.

Wenn Liane Junge in die Zukunft blickt, dann wünscht sie sich, dass das Bunte Haus ein Vorbild für weitere Projekte sein wird. „Es muss nicht immer ein ganzes Haus sein, es kann das gemeinsame Nutzen von Räumen in einer Gemeinde, einem Verein sein. Wir wollen vorhandene Einrichtungen zwar weiterhin bunt gestalten, sie aber vor allem auf das Maß reduzieren, das auch wirklich gebraucht wird. Die Hilfen müssen personenzentriert, individuell und flexibel erbracht werden können. Dazu haben wir uns auch von Eigentum getrennt, um flexibler im Sinne unser Nutzer und Nutzerinnen agieren zu können. Wir wollen den Schlüssel dorthin wieder zurückgeben, wo er hingehört – in die Hände der Menschen, die in der Wohnung leben. Bunt – und das bedeutet „inklusive“ – müsse es für Menschen mit psychischen Erkrankungen aber an noch viel mehr Orten in der Gesellschaft werden, sodass Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Zukunft umfassend möglich sein kann.



*Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Kiel bietet Menschen mit seelischen Erkrankungen, Psychiatrie-Erfahrenen, betroffenen Familien, Angehörigen und Interessierten vielfältige Hilfen und Angebote im nördlichsten Bundesland Schleswig-Holstein. Die Brücke ist Mitglied im Dachverband Gemeindepsychiatrie.*

Mehr Infos unter: [www.bruecke-sh.de](http://www.bruecke-sh.de)

# 5 Betreutes Wohnen in Familien

von Dr. Michael Konrad

*Zum zehnjährigen Bestehen des Gemeindespsychiatrischen Verbundes (GPV) Ravensburg fand im November 2014 der Fachkongress „Alle inklusiv – der gemeindespsychiatrische Verbund zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ statt. Auf der Veranstaltung beteiligte sich PIELAV mit vier Symposien zu den Themen Selbsthilfe, Suchttherapie, EX-IN und Zwangsbehandlung. Dr. Michael Konrad, Mitveranstalter des Kongresses, beschäftigt sich darüber hinaus seit vielen Jahren mit dem Betreuten Wohnen in Familien – einer Möglichkeit, ein Stück Normalität und Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen umzusetzen. Im folgenden Artikel erklärt er die Grundlagen dieser Wohnform.*

Betreutes Wohnen in Familien (BWF) bedeutet die Aufnahme und längerfristige Betreuung eines psychisch behinderten Menschen in einer Gastfamilie bzw. bei einer Einzelperson. Die Familie und ihr Gast werden von einer erfahrenen pädagogischen Fachkraft unterstützt, die als Ansprechpartner bei allen auftretenden Fragen und Problemen zur Verfügung steht. Für die Versorgung und Betreuung erhält die Gastfamilie ein festes monatliches Entgelt. Zunächst erfolgt die Aufnahme im Rahmen einer vereinbarten Probezeit. Der Aufenthalt ist auf Dauer angelegt, kann aber jederzeit von beiden Seiten gekündigt werden.

Im Hinblick auf die Inklusion von Menschen mit Behinderung bietet das Betreute Wohnen in Familien ein „Alleinstellungsmerkmal“: In keinem anderen Unterstützungsangebot ist ein Integrationsprozess in das Gemeinwesen zu finden, das der Integration in eine Gastfamilie gleicht. Durch die Integration in eine solche Familie erschließt sich dem Menschen mit Behinderung gleichzeitig der Zugang zu Verwandten, Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen. Dass Konflikte mit der Umwelt im Gegensatz zu Erfahrungen im ambulant Betreuten Wohnen nicht zum Ausschluss führen, ist durch den Schutz der familiären Zugehörigkeit gewährleistet. Das BWF schafft eine Beziehung mit umfassender Begleitung eines behinderten Menschen, über Dienstzeiten und erlerntes Berufsfeld hinaus. Menschen in Gastfamilien fühlen sich sicherer als in anderen betreuten Wohnformen.

Dennoch ist davon auszugehen, dass die in einer Delphi-Studie zu Enthospitalisierungsprozessen der Universitäten Bielefeld und Erlangen gefundenen Vorurteile von Fachexperten der Psychiatrie, die keine eigenen Erfahrungen mit dem BWF haben, immer noch vorherrschen:

**Vorurteil 1:** Die Entlohnung bewirkt eine ungünstige Auswahl. Das Gegenteil ist der Fall. Die Entlohnung bewirkt, dass Gastfamilien bereit sind, Konflikte auszutragen und damit therapeutisch wichtige Prozesse in Gang setzen. Wichtig ist jedoch, dass die Entlohnung weder zu niedrig noch zu hoch ist, was natürlich von Region zu Region verschieden ist. Im ersten Fall melden sich zu wenige Familien; im zweiten Fall melden sich zu viele Familien, die von der Entlohnung abhängig sind.

**Vorurteil 2:** BWF ist eine Betreuungsform für wenige ausgewählte Klienten. Auch hier gilt das Gegenteil. Gastfamilien haben sich nicht nur als geeignet für Personen erwiesen, die das professionelle Versorgungssystem überfordert haben. Sie haben sich auch bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Alkoholdemenz, Demenzkranken und bei psychisch kranken Eltern mit Kind als hilfreich erwiesen.

**Vorurteil 3:** Entmündigung der Klienten. Dieses Vorurteil wurde von der Psychiatrie-Erfahrenen Sybille Prins mit dem Argument entkräftet, dass sie bei ihren Klinikaufenthalten Entmündigung eher von Pflegepersonen erfahren hätte.

**Vorurteil 4:** Schwierige Qualitätskontrolle der Gastfamilien. Das ist zutreffend. Allerdings findet sie durch einen begleitenden Fachdienst in höherer Frequenz statt als in anderen betreuten Wohneinrichtungen. Nicht in Form des Abhakens einer Checkliste, sondern als qualifizierte systemische Beratung. Der Anspruch an die Mitarbeitenden im begleitenden Fachdienst ist hoch. Am besten eignen sich Fachkräfte, die längere Erfahrung in der direkten Arbeit mit schwer psychisch beeinträchtigten Menschen haben.

**Vorurteil 5:** Isolation in der Familie statt sozialer Teilhabe. Dies wurde in der vergleichenden Studie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe entkräftet. Demnach haben Klienten im BWF mehr Kontakte mit Nicht-Behinderten, häufiger genügend Kontakt zur Nachbarschaft und gestalten die Freizeit häufiger mit Nicht-Behinderten als Klienten in professionell betreuten Wohnformen.

Hinter dieser Skepsis steht ein verbreitetes Misstrauen gegenüber der (klein-)bürgerlichen Familie, die nach innen konfliktbeladen und nach außen abgeschottet ist und daher als Gastfamilie nicht zur Integration von Menschen mit Behinderung beitragen kann. Die Verabsolutierung der bürgerlichen Kleinfamilie als höchste Form von Familie hatte außer Acht gelassen, dass sich die Familienformen immer gewandelt und den gesellschaftlichen Anforderungen angepasst haben. Die in den westlichen Industrieländern bestehende Pluralisierung der Familienformen mit der Notwendigkeit, flexibel auf die ständigen Veränderungen einzugehen, passt trotz aller Vorurteile zu Versorgungskonzepten, die Inklusion, Diversität und Selbstbestimmung in den Fokus rücken.

Die Hauptlast der Betreuung tragen Bürger, die keine Fachkenntnisse und entsprechende „professionelle Haltung“ haben. Zwischen Gastgeber und Gast entstehen eine Interessengemeinschaft und partnerschaftliche Beziehung mit gegenseitigem Geben und Nehmen. Hier ist weniger wichtig, ob der Kranke Stimmen hört, sondern ob er Kartoffeln schälen kann und ob er sauber ist und gut riecht. Die Aushandlung alltäglicher Konflikte zwischen Unterstützer und Unterstütztem wird zum biografisch bedeutsamen Lernfeld und damit zum therapeutischen Wirkfaktor. Dass die Konflikte nicht künstlich hergestellt sind wie in einer Institution, sondern die „normalen“ Probleme des Alltags gemeinsam angegangen werden, ist der normalisierende Effekt des Betreuten Wohnens in Familien, das den Idealtyp des milieutherapeutischen Ansatzes darstellt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen BWF und anderen Angeboten der Wohnbetreuung liegt in der Einzigartigkeit der jeweiligen Gastfamilie und der Nicht-Austauschbarkeit der Personen. Jede Familie hat eine spürbar andere Wohnatmosphäre, ihre eigenen Tagesabläufe, Umgangsformen und Erwartungen an ihre Mitglieder. Je besser ein Fachteam jene Kunst beherrscht, eine zutreffende Einschätzung von Persönlichkeit, Umgangsformen, offenen und versteckten Erwartungen an die geplante Beziehung abzugeben, desto eher lassen sich individuell passende Lebensnischen für Menschen mit einem Handicap finden. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass im BWF die Themen Perso-

nenzentrierung und Sozialraum in einem System vereint sind. Für freiheitsliebende und gleichzeitig grenzüberschreitende Klienten ist das BWF manchmal die einzige Möglichkeit zwischen Wohnungslosigkeit und Heim. Aufgrund des Sozialisationspotentials von Familien kann BWF für sogenannte „junge Wilde“ ein Weg hin zu einem vollkommen selbstbestimmten Wohnen und Leben sein, der einen geeigneten Schutzraum bietet. Angesichts der geplanten gesetzlichen Änderungen, insbesondere in Bezug auf das Bundesteilhabegesetz, dürfte BWF für einen Teil schwer beeinträchtigter psychisch erkrankter Menschen die einzige personenzentrierte und die Selbstbestimmung fördernde Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein.

Während Gastfamilien in der Akutversorgung zunehmend in den Fokus genommen werden, wird BWF für die Rehabilitation von jungen chronisch psychisch erkrankten Menschen noch relativ wenig genutzt. Die Erfahrungen in Ravensburg zeigen, dass die Unterstützung durch Gastfamilien bei jungen Klientinnen und Klienten, insbesondere mit den Diagnosen Psychische Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung, als Weg der gesellschaftlichen Inklusion geeignet ist. Diese Personengruppen bevorzugen ambulante Hilfen und sind damit im BWF bestens versorgt. Sie sollte daher zur Standardversorgung gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme gehören und könnte durch die universelle Nutzung das funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung anreichern. Ganz im Sinne des deutschen Familienpflegepioniers Gustav Kolb: „Die Familienpflege ist das beste Mittel, in einen veralteten Betrieb einen frischen Geist hineinzubringen.“

*Dr. Michael Konrad ist Diplom-Psychologe und Geschäftsbereichsleiter Wohnen Ravensburg-Bodensee des ZfP Südwestfalen mit ambulant betreutem Wohnen, dezentral stationär betreutem Wohnen, beschützter Wohngruppe und Fachpflegeheim für betagte psychisch kranke Menschen. Er ist Mitglied im Vorstand des Dachverbands Gemeindepsychiatrie.*

[www.zfp-web.de](http://www.zfp-web.de)



# 6 Wie man im Pfalzkrlinikum der Wirkung von Resilienz auf der Spur ist

*Auf den jährlichen PIELAV-Veranstaltungen im Pfalzkrlinikum Klingenmünster wurden schwerpunktmäßig die Inklusion in der Arbeitswelt vor dem Hintergrund der UN-BRK, Recovery und neue Behandlungsformen besprochen. Auch darüber hinaus ist das Pfalzkrlinikum mit innovativen Ansätzen engagiert: Die Vision ist eine „resiliente“ Pfalz im Jahr 2025, in der die seelische Gesundheit bei Bürgern, Unternehmen und Politikern ganz oben auf der Agenda steht. Mit konkreten Maßnahmen wird dafür gesorgt, dass nicht noch mehr „Krankheitsmarketing“, sondern „echte“ Gesundheitsförderung, die öffentlichen Debatten in der Pfalz bestimmen.*

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: [www.pfalzkrlinikum.de/aktuelles/detail/resilienz-live-die-pfalz-macht-sich-dich-stark/](http://www.pfalzkrlinikum.de/aktuelles/detail/resilienz-live-die-pfalz-macht-sich-dich-stark/)

Die Tatsache, dass einige Menschen wie Stehaufmännchen auch nach großen psychischen Belastungen schnell wieder auf die Füße kommen, lässt den Schluss zu, dass ihre mentalen Schutz- und Selbstheilungsmechanismen einfach besser funktionieren. Die Stärkung der seelischen Widerstandskraft (Resilienz) gilt als eine erfolversprechende und nachhaltige Präventionsstrategie, die sowohl verhaltenspräventive als auch verhältnispräventive Maßnahmen gut verbinden kann. Denn wer gelernt hat, Herausforderungen erfolgreich zu meistern, wird auch in Zukunft ähnliche Situationen besser bewältigen können. Viele Experten arbeiten deshalb mit Hochdruck daran, dem Geheimnis der psychischen Widerstandskraft auf die Spur zu kommen und daraus wirksame Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung seelischer Krisen zu entwickeln.



Diese Entwicklung ist noch relativ neu. Lange Zeit hat sich die Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie stark an den Krankheitsbildern orientiert und sich weniger um die Prävention gekümmert. Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Sucht haben aber häufig lange Vorlaufzeiten, in denen chronische Stresssituationen oder kritische Lebensereignisse die seelische Belastbarkeit der Betroffenen Stück für Stück aushöhlen. Die öffentliche Kommunikation war und ist von Erklärungsmodellen zu den verschiedenen Krankheiten und „Besonderheiten“ sowie dem notwendigen Schutz der Betroffenen bestimmt. Heute wissen wir aber, dass Krankheitsverständnis nicht ausreicht, eine dauerhafte Gesundheitsförderung sicherzustellen. Hier könnte eine präventive Maßnahme rund um das Themenfeld Resilienz frühzeitig ansetzen und die Entwicklung einer Krankheit wirksam bekämpfen. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass auch nicht medizinische Behandlungs- und Betreuungsformen eine wiederherstellende und gesunderhaltende Wirkung entfalten.

Sicher scheint heute ferner zu sein, dass Resilienz eine Fähigkeit ist, die jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens aufbauen und trainieren kann – unabhängig von seiner genetischen Veranlagung. Dabei geht es vor allem um hilfreiche psychologische Faktoren wie positives Denken und die Fähigkeit, flexibel auf belastende Lebensereignisse zu reagieren. Weitere Merkmale von Resilienz sind die Kunst/Fertigkeiten, die eigenen Emotionen und Impulse kontrollieren und ein tragfähiges Netz aus sozialen Bindungen aufbauen zu können.

Die psychologischen Schutzmechanismen für seelische Gesundheit sind mittlerweile gut erforscht und anerkannt. Entsprechende Methoden werden in der Stressbewältigung schon seit langem erfolgreich angewandt. So können in speziellen Resilienz-Trainings kognitive Umstrukturierung und achtsame Selbstbeobachtung im Alltag eingeübt werden. Auch regelmäßige Meditation und Konzentrationsübungen haben eine positive Wirkung auf das geistige Vermögen und die innere Widerstandskraft.

Präventionsmaßnahmen rund um das Themenfeld Resilienz spielen im Arbeitsleben und in alltäglichen sozialen Situationen, aber auch im Rahmen von Ausbildung und Freizeitgestaltung eine wichtige Rolle.

Gerade am Arbeitsplatz ist die Gefahr groß, durch ständige Überforderung in einen Teufelskreis aus chronischem Stress und der damit verbundenen Gefahr einer psychischen Erkrankung zu geraten. Belastende Arbeitsbedingungen können auch Menschen krank machen, die von Natur aus eine robuste Gesundheit besitzen. Denn der angeborene und erlernte Stressschutz kann unter Dauerdruck versagen. Und die vorgefundenen und als erfolgreich erlebten Modelle zur Stressbewältigung von Kollegen und Vorgesetzten sind, meist unreflektiert übernommen, oft nicht besonders hilfreich. Es liegt daher in der Verantwortung nahezu aller gesellschaftlichen Institutionen und der Arbeitgeber, für gesunde sowie soziale Arbeitsbedingungen und positive Umweltfaktoren zu sorgen. Ganz im Sinne des neuen Präventionsgesetzes sollte in den Lebenswelten der Menschen in Maßnahmen investiert werden, die sich überwiegend auf die Verhältnisse konzentrieren, in denen Menschen wirken und agieren.

„Resilienz ist nicht nur eine Sache des Einzelnen, sie muss auf allen gesellschaftlichen Ebenen stattfinden. Auch Unternehmen, Schulen und Gemeinden sollten präventiv die seelische Gesundheit fördern und ihre Aktivitäten miteinander vernetzen“, so die Gruppe rund um das Pfalzkllinikum, das Ideengeber/Gründer der Initiative ist. Experten aus Medizin, Gesundheits-, Arbeits- sowie Sozialpolitik und der Kommunikationswissenschaften suchen gemeinsam nach Wegen, das Gesundheitssystem in der Pfalz nachhaltig in Richtung Prävention zu verändern.

[www.pfalzkllinikum.de](http://www.pfalzkllinikum.de)



Bild: Pfalzkllinikum

# 7 „Fair Media“

Ein Projekt gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien



Vorurteile, Ängste und Stigmatisierungen: Die größten Barrieren für eine erfolgreiche Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen häufig in den Köpfen der Menschen. Dazu tragen auch die Medien mit ihrer Berichterstattung bei. Stereotype Kategorisierungen – „Schubladen“ – und Klischees sind dort ein Versuch, die vielfältige Wirklichkeit zu vereinfachen, um sie „griffiger“ aufbereiten und vermitteln zu können. Journalismus bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Reduktion von Komplexität und adäquater Abbildung von Wirklichkeit. Auch wenn das journalistische Ziel eine möglichst objektive und neutrale Berichterstattung ist, machen es alltäglicher Zeit- und Aktualitätsdruck den Redaktionen oft zusätzlich schwer, Ereignisse oder Phänomene aus unterschiedlichen Blickwinkeln differenziert zu betrachten und nicht zu voreiligen Schlüssen zu kommen. Beim Thema psychische Erkrankungen kann dies allerdings sehr direkte und oft sicher ungewollte negative Folgen haben. Eine stigmatisierende Berichterstattung aus Unwissenheit, mangelnder Zeit, aber vielleicht auch, um die Sensationslust der Leser zu befriedigen, trägt maßgeblich zur Aufrechterhaltung diskriminierender Ansichten und Verhaltensweisen bei – mit der Folge, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden: Sie werden ungerechtfertigt als gefährlich, unberechenbar oder willensschwach wahrgenommen und gemieden, verlieren Freunde, finden keinen Arbeitsplatz oder werden von der Krankenversicherung ausgeschlossen.

Im mehrteiligen Medienprojekt „Fair Media“ zur Förderung der Aufklärung über psychische Erkrankungen im Bereich der Medien und des Journalismus, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, hat das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit mit verschiedenen Interventionen untersucht, wie die Voraussetzungen für eine nicht diskriminierende und nicht stigmatisierende Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern sind. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die Medienschaffenden durch Schulung, Begegnung und Aufklärung zu einer Vermeidung von stigmatisierenden Mediendarstellungen gewinnen lassen.

*„Eine stigmatisierende Berichterstattung aus Unwissenheit, mangelnder Zeit, aber vielleicht auch, um die Sensationslust der Leser zu befriedigen, trägt maßgeblich zur Aufrechterhaltung diskriminierender Ansichten und Verhaltensweisen bei – mit der Folge, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden: Sie werden ungerechtfertigt als gefährlich, unberechenbar oder willensschwach wahrgenommen und gemieden, verlieren Freunde, finden keinen Arbeitsplatz oder werden vom sozialen Leben ausgeschlossen. Dies gilt es zu verhindern und durch Schulung, Aufklärung und Begegnung für eine ausgewogene Berichterstattung zu sorgen.“*

*Prof. med. Wolfgang Gaebel, Vorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit*

Mit einem begleitenden Pressedienst wurden die Redaktionen kontinuierlich mit Informationen über Krankheitsbilder, Behandlungsmöglichkeiten und das Selbstverständnis psychisch kranker Menschen versorgt. Die Auswertung zeigte, dass vor allem Beiträge zu Krankheitsrisiken, denen weite Teile der Bevölkerung ausgesetzt sind, wie z. B. Stress am Arbeitsplatz, Leben in der Großstadt



oder moderne Süchte, in den Redaktionen aufgegriffen wurden, aber auch das Thema Inklusion und Teilhabe der Betroffenen an der Gesellschaft für eine ausgewogenere Berichterstattung platziert werden konnte.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) und dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) wurden zudem mit unterschiedlichen Schulungen die Medienkompetenz in der Selbsthilfe gestärkt sowie ein autobiografisches Peer-Interview-Projekt (Open Face) zur Veröffentlichung persönlicher Erfahrungsberichte von Betroffenen initiiert. Mit dem Ziel, die Potentiale der Selbsthilfeorganisationen zu fördern und sie auf die Zusammenarbeit mit den Medien vorzubereiten. Die Trainings zu verschiedenen Techniken der Medienarbeit, wie Interview, Bürgerfunk, Veranstaltungsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit, stießen bei den Teilnehmenden auf großes Interesse und führten nachweislich zu mehr Selbstkompetenz und auch zur Verbesserung der Selbstfürsorge. Zur Verstetigung der Inhalte des Projekts wurde ein Leitfaden für Journalisten und Redakteure entwickelt. Mit dem Aufruf „Fair Media – für die Menschen gegen Ausgrenzung“ stehen auf einer Onlineplattform, den Medienschaffenden Hilfestellungen für die Berichterstattung, relevante Kodizes, Dossiers und Expertenwissen zur Verfügung.

Mehr Informationen zu Fair Media finden Sie unter:  
[www.fairmedia.seelischegesundheit.net](http://www.fairmedia.seelischegesundheit.net)

*Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine bundesweite Initiative, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Zu den rund 80 Mitgliedsorganisationen zählen Verbände aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik sowie Selbsthilfeverbände der Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Gemeinsam setzen sie sich für einen offenen und toleranten Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft ein. Auch der Dachverband Gemeindepsychiatrie ist Mitglied und unterstützt aktiv die Arbeit des Bündnisses.*

*Mehr Informationen unter: [www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net)*



**Aktionsbündnis  
Seelische Gesundheit**

# 8 Kooperation und Begleitung in Krisen aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener

von Kerstin Riemenschneider

*Kerstin Riemenschneider, Jahrgang 1964, ist Diplom-Sportlehrerin. Sie unterbrach ihr Studium aufgrund einer eigenen psychischen Erkrankung. Später war sie pädagogische Mitarbeiterin in einem Wohnheim für psychisch Erkrankte sowie im ambulant betreuten Wohnen. Seit 2008 engagiert sie sich im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker als verantwortliche Honorarmitarbeiterin in dem Projekt „Selbsthilfenetz“. Sie ist Gastdozentin in Fort- und Weiterbildungen, Autorin und Selbsthilfeaktivistin im trialogisch-sozialpsychiatrischen Bereich. Seit August 2014 arbeitet sie in der Integrierten Versorgung in einem Team des ambulanten Krisendienstes. Auf dem PIELAV-Seminar bei Das Dach e.V. in Detmold berichtete Frau Riemenschneider im Januar 2016 als Referentin über ihre Erfahrungen als psychiatrie-erfahrene Begleiterin von Menschen in Krisensituationen. Der folgende Text ist eine gekürzte Fassung ihres Vortrags.*

Es gibt eine Fülle von Konzepten zur vermeintlich richtigen Krisenbegleitung durch psychiatrie-erfahrene Mitarbeiter im Behandlungsteam. Die seit einigen Jahren angebotene EX-IN-Qualifikation bzw. die Ausbildung als Genesungsbegleiter empfinde ich als eine sehr sinnvolle, notwendige und längst überfällige Ergänzung zum professionellen Helfersystem, wenn dieses es denn zulässt. Ich bin davon überzeugt, dass sich psychisch erkrankte Menschen gegenseitig in Krisensituationen unterstützen können und außerhalb der Krisenzeiten sehr voneinander profitieren können.

So unterschiedlich die Menschen sind, so unterschiedlich sind deren Krisen und das macht es schwer, Patentrezepte zu geben, was erfolgreich ist und was nicht. Was für den einen hilfreich sein kann, muss es für den anderen nicht unbedingt sein. Ich möchte Ihnen aber Informationen geben von der Art Mensch, die mir in den Krisen geholfen hat und es auch jetzt noch tut und was denn so hilfreich für mich gewesen ist, in der Begegnung mit diesen Menschen und der für mich so unterstützenden und hilfreichen Begleitung. Es sind keine Patentrezepte, es sind für mich vielmehr vielleicht hilfreiche Strategien, wie man mit Menschen in psychotischen oder depressiven Krisen besser umgehen könnte. Das, was mir eben selbst in meinen eigenen Krisen geholfen hat, und was mir als Begleiter – beruflich und privat – hilft, andere in Krisensituationen zu begleiten, möchte ich im Folgenden darstellen. Es gibt dazu noch viele Aspekte, die andere Mitstreiter in der Selbsthilfebewegung ausgearbeitet haben: Selbststabilisierungskonzepte, Tipps und Tricks, um Verrücktheiten zu steuern. Hilfreiches und interessantes Material dazu gibt es zum Beispiel vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW.

## Anforderungen an die Person des Begleiters

Menschen, die sich in schweren Krisen befinden, haben häufig ein Durcheinander von Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen, übersteigende Reaktionen auf äußere Reize und vielfältige Ängste. Sie empfinden Druck und Unsicherheit, welche sich gegenseitig bedingen und potenzieren, als unerträglich und zusätzlich noch als sehr destabilisierend. Und darauf sollte sich ein Begleiter einstellen können.

Was mir in meinen Krisen sehr geholfen hat und auch weiterhin hilft, sind Helfer und Begleiter, die sich in Verrücktheiten einfühlen und diese aushalten können; wirkliches Interesse an den Inhalten bzw. Stimmungen zeigen und keine Angst oder zu große Unsicherheit vor verrücktem Verhalten haben, sondern Sicherheit und Ruhe geben können. Meine Empfehlungen sind daher:

- Die Unterstützer sollten klar und strukturiert in ihren Standpunkten sein und sollten diese auch in Akutsituationen aussprechen. Das bedeutet: Sie sollen Menschen in ihrem Wahn nicht unterstützen, wenn ihre Wahrnehmung eine andere ist. Sie müssen nicht alles Kommentieren und Dinge zulassen können, etwa obskure Handlungen, und sich nicht unbedingt einmischen in laute Gedankengänge, sondern eher passiv derjenige sein, der Hilfe anbietet.
- Als Begleiter sollte man die eigenen persönlichen Belastungsgrenzen erkennen und sich nicht überfordern. Man muss auf die Bedürfnisse eingehen: die des Gegenübers, aber auch die eigenen. Es soll nicht so laufen, dass der andere raus ist aus der Krise und ich als Helfer (wieder) drin bin.
- Man sollte Hoffnung, Glaube und Vertrauen an das Herauskommen aus der Krise niemals aufgeben. Gleichzeitig muss man aber auch die Ablehnung des Hilfsangebotes akzeptieren und respektieren können, etwa den Wunsch nach Zurückgezogenheit, - außer natürlich in akuten Gefahrensituationen! Man muss Verantwortung abgeben können und sich selbst nicht für alles verantwortlich fühlen, für Entlastung sorgen. Fremdhilfe sollte man nicht ablehnen und Selbsthilfe und deren Strategien zulassen.



## Der eigentliche Kontakt mit dem Menschen in der Krise

Der Begleiter muss in der Krisensituation den Mut haben, den Wahn zu begleiten oder sich in Depressionen und Ängste hineinzufühlen und mitschwingen. Er sollte ein aufrichtiges Interesse an Inhalten und Gefühlen haben und das drastische Erleben aushalten. Ich habe dann das Gefühl, gesehen zu werden und mich vielleicht nicht mehr so allein mich zu fühlen. Ich fühle mich dann erkannt und anerkannt in meiner Person. Für die Kommunikation erscheinen mir folgende Punkte wichtig:

- Wichtig ist eine wohlwollende und ehrliche Kommunikation: „Du siehst oder hörst Geräusche. Ich höre sie nicht, sehe nicht die grünen Vorhänge. Für mich stellt sich das sehr beängstigend und schrecklich für dich dar. Ich sehe die Situation so ...“
- Fragen, die gestellt werden können, sind: „Was geht dir gerade durch den Kopf? Was macht dich misstrauisch oder ängstlich? Was ist passiert, was sagen z. B. die Stimmen?“ Der Begleiter kann aber auch seine eigene Situation

einbringen: „Ich merke gerade, dass ich mich unwohl fühle/es mit der Angst zu tun bekomme, wenn du/Sie davon erzählen oder mich so anschauen.“ Er sollte den Mut haben, auch seine eigenen Gefühle, Ängste und Grenzen mitzuteilen.

- Offenheit bzgl. geplanter Vorhaben und klare Absprachen bzgl. Verantwortlichkeiten und eigener Grenzen: „Ich mache mir große Sorgen und werde Hilfe holen. Ich werde jetzt einen Arzt anrufen, auch wenn du das nicht möchtest. Ich werde dafür sorgen, dass du heute nicht alleine bist.“
- Der Helfende sollte nach Ressourcen und Fähigkeiten beim Betroffenen suchen und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten, den Fokus auf die Selbsthilfekräfte richten, vor allem der Umgang mit Angst, Panik und Unsicherheit durch genannte Fähigkeiten, die einem schon mal Sicherheit gegeben haben oder einem zuvor bereits geholfen haben, eine Krise zu überstehen.

Geholfen haben mir auch „Realitätsinseln“, also klare und gesunde Gedankengänge, die für den Betroffenen den Bezug zur Wirklichkeit herstellen. Diese zu suchen und zu finden kann helfen, um an die Krankheitseinsicht und die eventuelle Notwendigkeit der Fremdhilfe (durch den Arzt, Medikamente oder eine Klinik) zu „appellieren“. Auch können sie dabei helfen, ein anderes Thema zu finden, das nichts mit der aktuellen Krisensituation zu tun hat und von der Krise ablenkt. Dies können alltägliche Dinge sein, wie das Mittagessen, Telefonate, der Einkauf, Gespräche über Aktuelles aus der Tagespresse oder Radiomeldungen. Die Bewegung in der Natur und der Kontakt mit Pflanzen und Tieren können ebenfalls dabei helfen, die Aufmerksamkeit der Wahrnehmung umzulenken, genauso wie die Beschäftigung mit dem Wohnumfeld. Jeder hat hier andere Bedürfnisse: beruhigende oder laute Musik, Entspannungsübungen, Naturheilkunde, taktile Kommunikation, Blickkontakte, Beobachtungen, intensive Gespräche oder „Small Talk“, Hausarbeit, baden, lesen oder vorlesen. Man sollte alle Möglichkeiten zur Stabilisierung nutzen, die sich einem bieten.

Auch der Ort, in dem die Krisenbegleitung stattfindet, ist ein wichtiges Element. Dazu muss ich feststellen, dass es in manchen SPZ nur ungeeignete Räume gibt und einige Wohnungen wenig einladend sind, wenn jemand in der Krise ist. Manchmal ist ein Ortwechsel besser. Man sollte als Unterstützer – wenn möglich – vorher erkunden oder mit anderen absprechen, wo ein Raum, eine Stadt oder eine Region sein kann, in der die Krise besten am durchlebt werden kann, sei es bei Freunden, Familie oder in Krisenzimmern. Es sollte ein Ort sein, der Sicherheit, Ruhe und Zeit bietet.

## Unterscheiden sich „Profis“ und Psychiatrie-Erfahrene?

Ich möchte kurz auf eine an mich oft gestellte Frage eingehen: Unterscheiden sich psychiatrie-erfahrene Begleiter von anderen Helfenden? Ich glaube, in einzelnen Situationen sind manche von ihnen gefährdeter als andere Helfende durch ihre Sensibilität und die Intensität, die Krisen anderer wahrzunehmen und zu erleben. Sie können sich oft schlechter abgrenzen und haben vielfach ein ausgeprägtes Helfersyndrom, was manche bis zur Selbstaufgabe führen kann.

Aber ich bin der Meinung: Zum einen geht es vielen Angehörigen und Professionellen genauso – auch sie können sich oftmals nicht davon freisprechen, dass sie zu „nah“ an der Situation und der betreffenden Person sind und ebenfalls ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Helfersyndrom haben. Zum anderen bin ich sicher, dass viele betroffene, psychiatrie-erfahrene Menschen eine Menge für sich selbst lernen können und immer noch dazu lernen, gleichermaßen Menschen in Krisen sehr effektiv zu begleiten und unterstützen zu können!! Eben weil sie sich in die Situation des anderen besser hineinversetzen können. Wer könnte einen besseren Zugang zu den Krisen haben als diejenigen, die sehr ähnliche Situationen bereits schon durchlebt haben?!! Und sich an jemanden wenden zu können, der eben diese Situationen schon erlebt hat, schafft eine unglaubliche Vertrauensbasis sowie meistens auch mehr Sicherheit und einen erheblich leichteren Zugang für denjenigen, der sich in der Krise befindet.

### Sind Sie „krisentauglich“?

Eine, wie ich finde, entscheidende Frage an die Helfer würde ich so formulieren: Sind Sie – als Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger oder auch „Profi“ – selbst eigentlich „krisentauglich“? Und die alles entscheidende Frage ist: Wie wird man krisentauglich? Meiner Ansicht nach sind folgende Punkte bedeutsam für ALLE Beteiligten, also nicht nur für Betroffene, sondern auch für Angehörige und den professionellen Helfenden:

- Eine Krise kommt (meist) nicht über Nacht, sondern sie bahnt sich an. Jeder kann dafür bzw. dagegen etwas tun. Sich zu schützen ist allerdings noch lange keine Versicherung, nicht wieder in eine Krise zu rutschen. Oft stellt sich eine vermeintlich sehr negative und schmerzvolle Krise auch als Fortschritt, als Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeit heraus.
- Alle sollten achtsam mit sich selbst umgehen. Eigene Grenzen akzeptieren – Selbstschutz – Hilfe holen und andere ins Boot holen. Ein soziales Netz in krisenfreier Zeit aufbauen.
- Oft ist es so, dass die Helfenden sich den „Schuh anziehen“, wenn es denn nicht erfolgreich geklappt hat, einen Menschen aus einer Krise zu holen und wenn letzten Endes nur noch die Einweisung in die Klinik übrigbleibt. Gerade Psychiatrie-Erfahrene – besonders die, die so sehr in der Selbsthilfebewegung aktiv sind wie ich – empfinden es als schmerzhaftes Niederlage und sehen sich als Verlierer, wenn man einen von „uns“ an eine Klinik verliert. Dabei muss man doch sehr aufpassen, dass man sich da mit seinen eigenen Mitteln nicht überschätzt!
- Man sollte daher vorsorgen und dafür sorgen, dass man im Netzwerk das Gefühl der Verantwortung auch einmal an andere Menschen abgeben kann. Eine Krise kann mehr als 24 Stunden dauern, manchmal Tage und Wochen. Das Abgeben der Verantwortung gestaltet sich schwer für Angehörige, auch für Profis mit Helfersyndrom und Psychiatrie-Erfahrene, da viele den Anspruch haben, anderen das Leid, das man selbst erlebt hat, zu ersparen.

## Die Chance in der Krise sehen

Als Helfender muss man also aufmerksam, sorgsam und interessiert gegenüber anderen, aber auch sich selbst sein – an 365 Tagen im Jahr und nicht erst, wenn etwas Außergewöhnliches im Leben passiert. In jedem Tag und in jedem Menschen liegt etwas Besonderes. Nun kann es sein, dass es trotz der oben besprochenen Maßnahmen und trotz „Krisentauglichkeitsprüfung“ zu einer Krise kommt. Das bedeutet nicht, dass man „gescheitert“ ist. Sie muss nicht zwangsläufig als Katastrophe enden und auch so aufgefasst werden. Eine Krise kann auch ein Entwicklungsfortschritt, eine Chance zur Veränderung sein, um zu wachsen und zu reifen. Auch wenn man oft erst im Nachhinein herausfindet, dass eine Krise ihren Sinn hatte, weil sie Veränderungen eingeleitet hat, die einem vorher vielleicht nicht bewusst waren, oder die man vorher immer wieder in eine Schublade getan hat. Übrigens: Im Duden wird das Wort „Krise“ als Entscheidung bzw. als eine entscheidende Wendung beschrieben. Jede Krise bietet eine Gelegenheit, weiter zu lernen und mit den eventuell danach folgenden Krisen besser umzugehen.

# 9 Psychisch erkrankte Flüchtlinge

## Wie Krieg und Flucht die Seele belastet und wie die Gemeindepsychiatrie hilft

Mit den zahlreichen Krisen und Kriegen rund um Europa haben sich Migrationsbewegungen in den letzten Jahren auch in Richtung Deutschland verstärkt. Damit ergeben sich nicht nur große Herausforderungen für die Gesellschaft im Allgemeinen, sondern auch für die psychiatrische Versorgung im Speziellen: Die Erfahrungen in den Krisengebieten und auf der Flucht bleiben bei vielen Flüchtlingen nicht ohne Folgen für ihre psychische Gesundheit. Hinzu kommt, dass geflüchtete Menschen nach ihrer Ankunft in Deutschland weiteren Stressfaktoren ausgesetzt sind: Sie müssen sich an neue Lebensumstände gewöhnen, dürfen häufig nicht arbeiten und ihr Aufenthaltsstatus bleibt lange ungewiss.

Flüchtlinge sind mit vielen Erlebnissen konfrontiert, die die Seele schwer belasten können. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) legte dazu im September 2015 erste Zahlen vor: Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge in Deutschland sei psychisch krank. Meistens leiden sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (40 bis 50 Prozent) oder unter einer Depression (50 Prozent). Beide Erkrankungen kommen häufig gemeinsam vor.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Rate für Posttraumatische Belastungsstörungen bis um das Zehnfache erhöht. Ereignisse, die als lebensbedrohlich oder als katastrophal erlebt werden und eine tiefe Verzweiflung verursachen, können zu einer schweren psychischen Erkrankung führen. PTBS tritt am häufigsten nach traumatischen Erlebnissen auf, die durch andere Menschen ausgelöst wurden. Etwa die Hälfte der Menschen, die Opfer von Vergewaltigung, Krieg, Vertreibung und Folter wurden, leidet unter einer PTBS. Auch bei Flüchtlingskindern in Deutschland sind Erkrankungen aufgrund traumatischer Erlebnisse besonders häufig. Jedes fünfte von ihnen ist an einer PTBS erkrankt. Das ist fünfzehnmal häufiger als bei Kindern, die in Deutschland geboren wurden. Die Bedingungen, unter denen die Flüchtlinge hier in Deutschland leben, erhöhen oft zusätzlich den Stress für besonders verletzte Gruppen. Psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen erreichen diese Menschen teils nur verzögert, oft auch gar nicht.

Die Barrieren für eine wirksame Behandlung liegen auf verschiedenen Ebenen: Bei der Erstaufnahme werden psychische Belastungen oftmals nicht erkannt, auch wenn sich Deutschland durch die EU-Aufnahmerichtlinie dazu verpflichtet hat. Auch bei diagnostizierten psychischen Störungen stehen oft keine adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, v.a. aufgrund von bürokratischen Hindernissen, Sprachproblemen, schwer zugänglichen Regelversorgungsstrukturen und fehlender sozialpädagogischer Begleitung.

Den BPTK-Standpunkt „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen“ finden Sie unter:

[www.bptk.de/publikationen/bptk-standpunkt.html](http://www.bptk.de/publikationen/bptk-standpunkt.html)

## Die Arbeit der Mitglieder und Kooperationspartner des Dachverbands mit Flüchtlingen

Auch beim Dachverband Gemeindepsychiatrie und seinen Projektpartnern ist man sich der Herausforderung bewusst, die Flucht und Migration stellen und sucht aktuell und für die Zukunft nach fachlich sinnvollen Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Für die Inklusion ist es wichtig, auch die kulturellen Hintergründe und spezielle Herausforderungen, die z.B. durch Sprachbarrieren entstehen, mitzudenken. Bei der Unterstützung im Rahmen von spezialisierten Netzwerken, Fachstellen sowie Psychosozialen Zentren existieren bereits qualitativ gute fachliche Konzepte, wie Flüchtlinge angemessen unterstützt und ggf. behandelt werden können, auch in der Regelversorgung werden neue Modellprojekte erprobt. Hier kann die Gemeindepsychiatrie oft bereits auf etablierte Strukturen zurückgreifen, die sich bereits seit längerem auf die Begleitung und Behandlung von Menschen spezialisiert haben, die aus anderen Ländern nach Deutschland gekommen sind.

Im Folgenden finden Sie eine kleine Auswahl an Angeboten von Trägern der Gemeindepsychiatrie im Dachverband und seinen Kooperationspartnern, die sich an Migrantinnen und Migranten richten:

### **Kompetenzzentrum Migration: Netzwerk für psychisch erkrankte Migranten des Psychosozialen Trägervereins Solingen**

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) fördert fünf Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren für Migration (SPKoM). Sie haben die Aufgabe, psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu gemeindepsychiatrischen Hilfen zu erleichtern. Auftrag dieser Stelle ist es, sozialpsychiatrische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund auf den Weg zu bringen, zu verbessern und den Zugang dieser Angebote für die Bevölkerung sicherzustellen. Migranten, die seelisch erkrankt sind, sollen nicht nur ein qualifiziertes Angebot erhalten, sondern auch den Weg in die Einrichtungen finden rund 30 Prozent der Klienten des PTV in Solingen stammen aus einer zugewanderten Familie. Vor diesem Hintergrund engagiert sich der PTV auch im Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration (SpKoM). Ziel ist es, die Hilfe für Menschen mit Migrationshintergrund weiter zu verbessern.

[www.ptv-solingen.de/spkom/](http://www.ptv-solingen.de/spkom/)

### **Arbeitskreis „Migration und Psychiatrie Bonn“**

Der Arbeitskreis „Migration und Psychiatrie Bonn“ hat sich zur Aufgabe gemacht, Informationen über Einrichtungen, Dienste und Angebote rund um das Thema „Migration und Psychiatrie“, einander vorzustellen, Kooperationsinteressen und konkrete Bedarfe zu ermitteln und auf dieser Grundlage die Vernetzung der Leistungsangebote anzuregen, um die Versorgungssituation von psychisch beeinträchtigten Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Stadt Bonn zu verbessern.



Die Teilnehmer/innen des Arbeitskreises sind Vertreter/innen von Institutionen, Vereinen und Initiativen, die sich für psychisch erkrankte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einsetzen. Zu den ständigen TeilnehmerInnen gehören u.a. neben dem Amt für Soziales und Wohnen der Stadt Bonn auch die Dachverbandsmitglieder Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie e.V. sowie Hilfe für psychisch Kranke e.V. Bonn/ Rhein-Sieg.

Wenn Sie allgemeine oder konkrete Ziele in den o.g. Handlungsfeldern verfolgen, allgemeine Fragen zu „Traumatisierung bei geflüchteten Menschen“ oder „Migration und Psychiatrie“ haben oder eine Beratung wünschen, scheuen Sie sich nicht davor, uns telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren. Der Arbeitskreis trifft sich i.d.R. alle 3 Monate. Die Termine und Veranstaltungsorte erfahren Sie bei den Sprecher/innen/n des AK:

Ligita Werth, E-Mail: [spkom@awo-bnsu.de](mailto:spkom@awo-bnsu.de)

Dr. Rodolfo Valentino, E-Mail: [valentino@bonner-verein.de](mailto:valentino@bonner-verein.de)

### **Flüchtlingsberatung, Betreuung und Alltagsbegleitung bei der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Duisburg gGmbH**

Die PHG Duisburg berät seit 2016 Flüchtlinge in Flüchtlingsunterkünften und stellt insgesamt vier Mitarbeiter, die in Kooperation mit Mitarbeitern anderer Träger dort arbeiten. Ziel der Beratung soll es sein, Flüchtlingen mit unterschiedlichem Status eine fachliche qualifiziert Beratungs- und Unterstützungsleistung zu bieten. Dadurch werden in Duisburg eingewanderte Flüchtlinge befähigt, ihre sozialen und aufenthaltsbezogenen Rechtsansprüche wahrzunehmen, eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Stadtgesellschaft zu gestalten, die Alltagskultur zu verstehen und nachzuvollziehen. Die eigene kulturelle und religiöse Identität soll erhalten und gepflegt werden. Die Hilfe soll die persönliche Existenzsicherung aus eigener Kraft zum Ziel haben, um sich nach Möglichkeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Darüber hinaus sollen der familiäre Zusammenhalt und die Fortsetzung der im Herkunftsland bestehenden Lebens- und Fürsorgegemeinschaften gefördert werden.

Hier gibt es aus Sicht der PHG Duisburg wesentlichen Bedarf, der am besten dadurch gedeckt wird, dass psychiatrisch kompetente Mitarbeiter Bestandteil der Flüchtlingsbegleiter-Teams sind. Die langjährig sozialpsychiatrisch erfahrenen Mitarbeiterinnen der PHG sitzen hier mit anderen Mitarbeitern in einem Büro in der Flüchtlingsunterkunft, eingebettet in das bestehende System. Sie wurden sehr schnell als die „Profis für schwierige Fälle“ genutzt, wirken deeskalierend und es gelingt zunehmend, Verständnis für „Anderssein“ innerhalb der Unterkunft aufzubauen. Nur so ließen sich neue „Sonderwelten“ vermeiden. Üblicherweise besteht nämlich eine hohe Tendenz in Flüchtlingsheimen zur Exklusion psychisch auffälliger Menschen

Im Rahmen eines Projektes werden außerdem Schulungen zum sensiblen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingsfrauen organisiert und durchgeführt. Auch hier legen wir den Fokus auf die Alltagsbewältigung und orientieren uns am Bedarf der jeweiligen Helfergruppe. In der Praxis zeigt sich, dass schon einfache grundsätzliche Erklärungen über Dramatisierungen einem angemessenem

Umgang im Alltag und das gegenseitige Verständnis äußerst positiv beeinflussen. Dies kann z.B. das Wissen sein, dass plötzliches „Nicht-Zu-Hören“ auch aufgrund dissoziativer Zustände geschehen kann – oder dass eine Wiederholung traumatisierender Fluchtereignisse zu Retraumatisierungen führen kann. Zudem hoffen wir, durch Kenntnisse um stabilisierender Faktoren im Alltag die Resilienz geflüchteter Menschen fördern können. Gleichzeitig stellen wir in diesen Schulungsangeboten immer auch einen hohen Bedarf der Helfer fest, der eigenen psychischen Belastung entgegenwirken zu können. [www.phg-du.de](http://www.phg-du.de)

**Info-Flyer in türkischer und arabischer Sprache des „Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.“ zu gemeindepsychiatrische Angebote**

Auf Initiative niedergelassener Nervenärzte und Psychiater, die vielfach zuvor schon längere Zeit in mehreren Qualitätszirkeln der KV und Ärztekammer zusammengearbeitet haben, hat sich 2003 der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (vpsg) in Berlin gegründet. Psychotherapie wird von den Gründungsmitgliedern ausdrücklich als integraler Bestandteil der Psychiatrie verstanden. Das vorrangige Ziel des Vereins ist die verbesserte ambulante Versorgung von Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen – dies gilt selbstverständlich auch für Migrantinnen und Migranten. Derzeit gibt es ein Beratungsprojekt in kirchlich-gemeindlichem Kontext mit besonderer Berücksichtigung muslimischer Gemeinden. Dazu sind Flyer nicht nur in deutscher, sondern auch in türkischer und arabischer Sprache erschienen, die häufig bestehende Sprachbarrieren überwinden helfen sollen. [www.psychiatrie-in-berlin.de](http://www.psychiatrie-in-berlin.de)

**Die BRÜCKE Lübeck – Fördermittel ermöglichen Hilfe für Flüchtlinge**

Im Rahmen eines neuen Projekts bietet die BRÜCKE Lübeck Beratung, Begleitung und Unterstützung von Flüchtlingen mit Traumatisierungen und psychischen Erkrankungen. Neben der Beratung, der Aufklärung und Fortbildung sowie der Vermittlung von Hilfen stehen außerdem das umfassende Therapie-spektrum der BRÜCKE Lübeck hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen zur Verfügung. Außerdem werden Schulungen durchgeführt, die Mitarbeiter von Trägern, Sozialarbeiter und Therapeuten aber auch ehrenamtlich engagierte Helfer über besonderen Anforderungen von Flüchtlingen aufklären. Diese Fortbildungen werden im hauseigenen Fortbildungsinstitut FoCus durchgeführt. Dazu gehören Grundlagen im Umgang mit traumatisierten Migranten, transkulturelle Psychiatrie und die Kompetenzvermittlung im Umgang mit hochotherregten Patienten. Außerdem ist geplant, Informationsangebote für Helferinnen und Helfer anzubieten, die sich inhaltlich mit der Aufklärung zu psychischen Krankheitsbildern und Verhaltensweisen bei der Begleitung traumatisierter Flüchtlinge befassen.

[www.diebruecke-luebeck.de/psychische-erkrankungen-durch-flucht-und-trauma](http://www.diebruecke-luebeck.de/psychische-erkrankungen-durch-flucht-und-trauma)

### **Das Engagement der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen**

Mit einem Positionspapier hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) im März 2016 die Bundesregierung zum Handeln aufgerufen und konkrete Maßnahmen gefordert: Screenings auf psychische Erkrankungen müssen bei Flüchtlingen im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchungen zur Regel werden. Um die Fachkräfte im Gesundheitswesen und in den Erstaufnahmeeinrichtungen für die psychosoziale Situation der Geflüchteten zu sensibilisieren, sind gezielte Schulungen unverzichtbar. Akute Symptome machen zudem ein zeitnahes Erstgespräch bei einem Facharzt notwendig, in welchem dieser den Behandlungsbedarf klären und falls notwendig die nächsten Schritte einleiten kann. Gleichzeitig sind der regelhafte Einsatz und die Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlern zu gewährleisten, um so die sprach- und kulturgebundenen Zugangsbarrieren zu senken. Um Psychiater beim Ausbau ihrer Fähigkeiten für den Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund zu unterstützen, bietet die DGPPN neu ein interaktives Fortbildungscurriculum an. Die erste Veranstaltung fand bereits vom 23. bis 24. September 2016 in Berlin statt. Auf ihrer Webseite stellt die DGPPN darüber hinaus aktuelle Informationen zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland, eine Übersicht transkultureller Versorgungsangebote sowie fremdsprachiges Diagnostikmaterial zur freien Verfügung.

[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)

### **Die Flüchtlingssituation aus Sicht des Bundesverbands der Berufsbetreuer/innen (BdB)**

Durch die anhaltend hohe Zuwanderung ergeben sich Herausforderungen auch für die rechtliche Betreuung. Denn bis zu zwei Drittel der Flüchtlinge leiden unter posttraumatischen Belastungsstörungen als Folge der Erlebnisse in ihren Heimatländern und auf der Flucht. Daraus kann man auf einen erhöhten Bedarf nicht nur an psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe, sondern auch an rechtlicher Betreuung schließen. „Fachlich ändert sich an der Arbeit der Betreuer/innen nichts“, sagt Klaus Förter-Vondey, ehemaliger Vorsitzender des BdB und Berufsbetreuer in Hamburg: „Die rechtliche Betreuung von Migrantinnen und Migranten stellt fachlich keine anderen Anforderungen als bei Einheimischen, lediglich der Versorgungsbedarf ist anders. Es gehört zum Job, sich auf andere, in diesem Fall kulturelle, Hintergründe bei der Besorgungsarbeit einstellen zu können. Das gilt bei Flüchtlingen, aber ebenso etwa bei Demenzerkrankten oder Borderlinern.“

Den ausführlichen Artikel „Fachlich keine zusätzlichen Anforderungen“ von Jörg Siebels finden Sie in der Ausgabe 1/2016 der Fachzeitschrift für Betreuungsmanagement „kompass“. [www.bdb-ev.de](http://www.bdb-ev.de)



Mit dem Projekt PIELAV trägt der Dachverband Gemeindepsychiatrie zur gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei. In trialogisch besetzten Informationsveranstaltungen, Diskussionsrunden und Workshops sowie in begleitenden Broschüren und Informationen im Internet werden aktuelle Themen und Entwicklungen der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert. Das Projekt wird von der Aktion Mensch gefördert und in Zusammenarbeit mit regionalen gemeindepsychiatrischen Partnern umgesetzt. Die Abkürzung PIELAV steht für das methodische Konzept des Projekts »Praktische Implementierung neuer, evidenzbasierter, leitliniengerechter, ambulanter Versorgungsmodelle«. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.psychiatrie.de/dachverband/pielav](http://www.psychiatrie.de/dachverband/pielav)



Unsere Projektpartner:

