

# **50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête Band 2**

Tagungsdokumentation  
08. September 2022  
in Berlin

Herausgegeben von  
AKTION PSYCHISCH KRANKE  
Kirsten Kappert-Gonther  
Peter Brieger  
Matthias Rosemann

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Kirsten Kappert-Gonther, Peter Brieger,  
Matthias Rosemann (Hg.).

50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête

Band 2

Aktion Psychisch Kranke, 49/2

1. Auflage

ISBN: 978-3-96605-241-2

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

AKTION PSYCHISCH KRANKE im Internet: [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

Psychiatrie Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2023

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ruth Forster

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Plump Druck & Medien, Rheinbreitbach

# Inhalt

## **A Selbsthilfetag**

### **»Partizipation als gemeinsame Aufgabe im Trialog – Denkanstöße für Teilhabe und Selbstbestimmung«**

#### **Begrüßung**

*Franz-Josef Wagner*

8

#### **Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit**

*Thomas Stracke*

12

#### **Partizipation aus UN-BRK-Perspektive**

*Sigrid Arnade*

14

#### **Partizipation und ihre Bedeutung für Bezugspersonen**

*Rüdiger Hannig, Myriam Bea*

20

#### **Patientenbeteiligung und Partizipation bei Planung und Steuerung**

##### **Projekt IPAGs in Baden-Württemberg – Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener und Angehöriger im Gemeindepsychiatrischen Verbund stärken**

*Heike Petereit-Zipfel, Harald Metzger und Christa Widmaier-  
Berthold*

27

#### **Der Trialog als Ausgangspunkt**

*Heike Petereit-Zipfel*

27

#### **Das Projekt IPAGs – Ziele und Aktivitäten**

*Harald Metzger*

30

#### **Partizipation im Gemeindepsychiatrischen Verbund**

*Christa Widmaier-Berthold*

35

## **Praxisnahe Workshops**

### **I. Partizipation im sozialpolitischen Raum: Gremienarbeit: regional, landes- und bundesweit**

*Sarah Schiffler* 40

### **II. Partizipation der Versorgung: Peerqualifizierung, Peer – Mitarbeit**

*Susanne Ackers* 45

### **III. Geschlechterspezifische Partizipation**

*Elisabeth Scheunemann* 51

### **IV. Zwangsvermeidung und Selbsthilfeförderung – Hessische Landesprojekte des Bundesnetzwerk seelische Gesundheit e. V. (NetzG)**

*Horst Harich, Hilde Schädle-Deininger, Ulrich Krüger* 61

## **B Perspektiven der Selbsthilfe zum 50-jährigen APK-Jubiläum**

### **Ist die Selbsthilfe und Selbstvertretung untereinander inklusiv? Selbsthilfe und Selbstvertretung im Widerspruch fehlender Wertschätzung und Respekt untereinander**

*Thomas Künneke* 68

### **Anti- und nichtpsychiatrische Selbstorganisation und Selbsthilfe in Deutschland ab den 1980er-Jahren**

*Peter Lehmann* 71

### **Recovery Colleges in Baden-Württemberg am Beispiel Stuttgart**

*Harald Metzger* 83

### **Die Selbsthilfebewegung in den »Neuen Bundesländern« Anfang der 1990er Jahre**

#### **Das Beispiel Durchblick e. V.**

*Thomas R. Müller* 89

### **Mosaiksteine auf dem Weg vom Patienten zum Experten aus Erfahrung**

*Hilde Schädle-Deininger* 95

<b>Selbsthilfe als Träger am Beispiel EUTB</b>	
<i>Walter Schäl</i>	102
<b>Psychiatrische Versorgung im Spannungsfeld von Bedarf und Bedürfnis</b>	
<i>Hermann Stemmler</i>	105
<b>Vergangenheit – Gegenwart und Zukunft der psychiatrischen Selbsthilfe</b>	
<i>Manfred Schneider</i>	109
<b>Selbsthilfe gestern – heute – morgen</b>	
<i>Franz-Josef Wagner, Hilde Schädle-Deiningner</i>	113
<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren</b>	125
<b>Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK</b>	127



**A Selbsthilfetag  
»Partizipation als gemeinsame  
Aufgabe im Trialog –  
Denkanstöße für Teilhabe  
und Selbstbestimmung«**

## Begrüßung

*Franz-Josef Wagner*

Guten Morgen, liebe Betroffene, Angehörige und Profis,  
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Wir begrüßen euch alle zum Selbsthilfetag, den wir jetzt schon zum sechsten Mal durchführen. Wir haben heute unerwarteterweise über 140 Anmeldungen. Da kann ich nur Allen Danke sagen für das Erscheinen. Das bedeutet für uns: Das Thema ist gut gewählt und wir vom Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG) fanden Partizipation ein aktuelles und visionäres Thema.

Wir haben mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranke e. V. (BApK), mit der Deutschen DepressionsLiga e. V. (DDL), ADHS Deutschland e. V. (ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung), dem Mut fördern e. V., der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V., dem GeschwisterNetzwerk und der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) diese Veranstaltung geplant und organisiert. Heute am Selbsthilfetag haben auch alle beteiligte Organisationen Selbsthilfestände im Foyer aufgebaut.

Unser heutiges Motto ist: »Partizipation als gemeinsame Aufgabe im Triolog – Denkanstöße für Teilhabe und Selbstbestimmung«. Warum haben wir dieses Thema »Partizipation als gemeinsame Aufgabe« gewählt? Wir wollen die Selbstständigkeit sowohl der einzelnen Person als auch die Selbstständigkeit der Organisationen darstellen und hinterfragen.

»In der Soziologie bedeutet Partizipation die Einbeziehung von Individuen und Organisationen in Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse. Aus emanzipatorischen, legitimatorischen oder auch aus Gründen gesteigerter Effektivität gilt Partizipation häufig als wünschenswert.« (<https://de.wikipedia.org/wiki/Partizipation> 2022)

Die Partizipative Qualitätsentwicklung fördert die Teilhabe der verschiedenen Beteiligten in Projekten und Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist im Rahmen der Tradition verschiedener unterschiedlicher Akteure mit unterschiedlichen teilhabeorientierten Richtungen entstanden. Das Ausmaß der Partizipation ist in der Regel unterschiedlich und wird im gemeinsamen Prozess individuell ausgehandelt.

Wright/Block u. a. definieren Partizipation: »Partizipation ist als Grundprinzip der Gesundheitsförderung zu gewährleisten, die Aktivitäten sind gut auf die



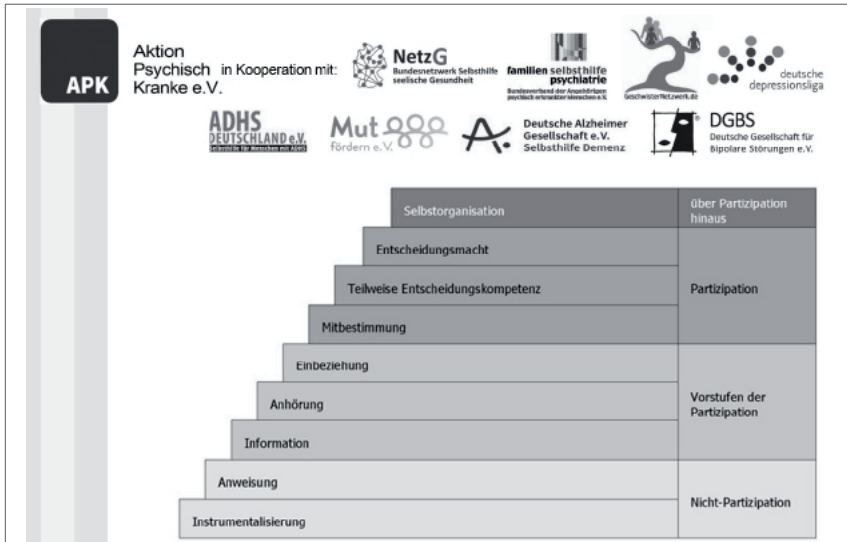


Abb. 1: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (WRIGHT, BLOCK, & VON UNGER, in: WRIGHT 2010)

Bedürfnisse der Zielgruppe, andere Akteure sowie Entscheidungsträger abzustimmen.« (In: Michael T. WRIGHT »Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention« Bern 2010).

Anhand der Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung von Wright 2010 will ich euch die Entwicklung der Selbsthilfe in den letzten 30 Jahren aufzeigen.

1990 haben wir mit der Selbsthilfe in der Psychiatrie angefangen, hier bestand noch »Nicht Partizipation« es hat mit Instrumentalisierung und mit Anweisung durch die professionelle Seite begonnen. Wir Menschen mit Krisen hatten zur Zeit der Gründung noch keine Entscheidungsmacht.

1992 gründete sich der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V. (BPE). Hier kam es zu den Vorstufen der Partizipation: Informationen, Anhörung und Einbeziehung in gelegentliche Ideen, Projekte, Tagungen und Gesetzesinitiativen auf Länderebene und kommunaler Ebene.

Heute befinden wir uns mit NetzG in der Stufe der Partizipation und vielleicht auch schon im Bereich der Selbstorganisation. Wir können uns selbstständig für Tagungen und Projekte entscheiden und diese Projekte organisieren, erhalten Anfragen zu Stellungnahmen einzelner Behörden und können auf Bundesebene

Stellung zu Gesetzentwürfen verschiedener Ministerien beziehen. Wir organisieren unsere Abläufe, Kommentare und Projekte selbst mit Hilfe von beauftragten, professionellen Organisationen und setzen das um. Wo hat sich NetzG seit 2017 beteiligt:

2017, im zweiten Jahr, hatten wir den ersten Selbsthilfetag mit der BApK und EX-IN Deutschland e. V. durchgeführt. Wir haben Stellungnahmen zum Bundesteilhabegesetz und zur Stationsäquivalenten Behandlung verfasst, Anregungen zur Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) gegeben und die Landesverbände Rheinland-Pfalz und Bayern haben sich an der EUTB-Ausschreibung beteiligt. Mitglieder von NetzG waren Teilnehmer an dem Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) zur Zwangsvermeidung und haben bei der Formulierung mit abgestimmt.

Wo hat sich NetzG 2018 beteiligt? Stellungnahme zur S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. NetzG e. V. war nicht nur Mitveranstalter der Fachtagung »Förderung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang«, sondern NetzG war auch an dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)« beteiligt. Erstmals fand ein Selbsthilfetag mit ca. 90 Beteiligten statt, auch wurde, unter starker Beteiligung von NetzG der Dialog der APK umgesetzt. Die Landesverbände Bayern und Rheinland-Pfalz haben ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen (EUTB) erhalten.

2019 haben wir den Selbsthilfetag in Kooperation mit der APK, der BApK, der DDL, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, der DGBS, dem GeschwisterNetzwerk, EX-IN Deutschland und der Mut-Tour (heute Mut fördern e. V.) organisiert. Thema unseres Selbsthilfetags war die ergänzende Teilhabeberatung (EUTB). Wir haben teilgenommen an der »AG Menschenrechte« der APK und bei dem »Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen« mitgewirkt. Mehrere organisatorische Veranstaltungen zum Dialog der AKTION PSYCHISCH KRANKE wurden organisiert und haben die Selbsthilfe gefragt, was soll in psychiatrischen Behandlungen in Zukunft verändert werden. Im gestrigen Vortrag von Professor Brieger wurde vorgetragen, was da geplant ist. Also, hier waren wir stark beteiligt.

Welche Aktivitäten wurden 2020 durchgeführt? NetzG hat eine Empfehlung zum neuen Versorgungskonzept und deren Strukturen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschickt. Das Bundesnetzwerk hat eine Stellungnahme zum Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsgesetzes an das Bundesministerium der Justiz (BMJ) verfasst und an das BMJ

weitergeleitet. Wir sind noch immer Mitglied in der »AG Menschenrechte« der APK sowie im Kontaktgespräch Psychiatrie der Spitzenverbände.

2021 fand der Selbsthilfetag unter dem Motto »Jahr der Vielfalt – Diversität in Selbsthilfe und Selbstvertretung« statt. Wir waren weiterhin noch beim Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen dabei und wir haben uns 2021 für zwei Projekte in Hessen beworben, die heute Thema in einer Arbeitsgruppe sein werden. Die Projekte laufen unter »Vernetzung der Selbsthilfe« und »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Hilfesystemen«. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg hat viele Recovery-Projekte durchgeführt. Der Landesverband Baden-Württemberg ist ebenso Mitglied NetzG sowie Mut fördern, DGBS, Betreuen-Fördern-Wohnen Pfalz-klinikum, Kellerkinder e. V., Initiative Psychiatrieerfahrener Main-Tauberkreis e. V., DDL, Initiative Psychiatrieerfahrener Bodensee, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Saar e. V. (LVPE-Saar), Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP), Apfelbaum e. V. (Verein für seelische Gesundheit im Landkreis St. Wendel) und die Alzheimer Gesellschaft NRW. So viel zu unseren Aktivitäten und Mitgliedsorganisationen im Jahr 2021.

Wie ist die Struktur bei uns? NetzG vereint 13 Selbsthilfeorganisationen, die bundes-, landesweit sowie regional organisiert sind. Wir haben aktuell einen Profiverband, der bei uns Mitglied ist und 66 Angehörige und Betroffene.

Und sie können sich jetzt Gedanken machen, ist das Partizipation oder schon Selbstorganisation? Es bleibt jedem frei, sich ein Bild von den Aktivitäten der Selbsthilfe seelischer Gesundheit zu entwickeln.

Partizipation bedeutet für uns, Partizipation erfolgt nur im Dialog. Mit der Abhandlung wollte ich das dokumentieren, wir von NetzG sind im Dialog mit Profis, Angehörigen und Betroffenen.

Ich wünsche Allen einen schönen Verlauf der Tagung und erkenntnisreiche Vorträge und Arbeitsgruppen.

## **Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit**

*Thomas Stracke*

Ganz herzlichen Dank Herr Wagner und Herr Krüger.

Ich glaube, vielen von Ihnen bin ich gestern bereits in Berlin vor Ort bei dem Fachtag der APK anlässlich ihres 50-jährigen Bestehens begegnet. Und NetzG feiert immerhin sein sechs-jähriges Bestehen, wenn ich es richtig gesehen habe. Ich wäre sehr gerne auch Ihrer Einladung gefolgt, nach Berlin zu kommen, aber Sie wissen, die Pandemie ist ja noch nicht vorbei und im Moment wird sehr intensiv über deren gesundheitliche Auswirkungen gerade für Kinder und Jugendliche diskutiert. Dies ist ein ganz wichtiges Thema, zumal der Herbst wieder vor der Tür steht. Dadurch bin ich leider heute in Bonn terminlich gebunden und kann nicht in Präsenz bei Ihnen sein. Das bedaure ich sehr.

Aber umso mehr einen herzlichen Dank für die Einladung. Sehr gerne beteilige ich mich hier auf diesem Wege. Ich bin wirklich begeistert, Herr Wagner, wie aktiv und dynamisch sich NetzG inzwischen entwickelt hat. Das war sehr gut, dass Sie einen kleinen Überblick über die letzten Jahre gegeben haben, weil man das sonst gar nicht in Gänze überblicken würde. Das ist wirklich beeindruckend. Einige von Ihnen waren bereits gestern hier und haben den Vortrag von Frau Dr. Kappert-Gonther, die jetzt die Vorsitzende der APK ist, gehört. Dieser war beeindruckend aktuell, stellte er doch insbesondere auch auf die großen Belastungen und Herausforderungen durch die drei Krisen ab. Ukraine-Krieg, Inflation, Energiekrise und auch der Klimawandel sind Krisen, die letztendlich eng zusammenhängen.

Frau Dr. Kappert-Gonther hat gesagt, dass wir uns für Partizipation Zeit nehmen sollen, um »kurativ« denken zu können. Das Gesundheitssystem allein wird es nicht leisten können, die Belastungen der Menschen durch die Krisen zu beheben. Das würde nicht funktionieren. Deshalb müssen wir überall dort, wo die Menschen leben, dafür Sorge tragen, dass die Menschen trotz der Krisen gesund und auch psychisch stabil bleiben. Dazu hat Frau Dr. Kappert-Gonther auch die große Rolle der Selbsthilfe betont. Dass Sie für den Selbsthilfetag das Thema Partizipation gewählt haben, passt auch sehr gut dazu. Heute sind sehr viele Vorträge angekündigt und Workshops zur Partizipation. Das steht für die große Bedeutung von Partizipation bei allen Aktivitäten. Das gilt für die Politik, für die Versorgungsplanung und die Versorgungssteuerung und ganz allgemein für die gesamte Gesellschaft.

Ich will ein Beispiel dafür geben, wie ernst wir das auch nehmen. Nehmen Sie den Koalitionsvertrag. Dort wurde eine Kampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen vereinbart. Wir setzen das um mit einem großen Förderschwerpunkt, mit dem wir viele Projekte unterstützen wollen. Wir haben in der aktuellen Ausschreibung dazu die Einbeziehung der Betroffenen zur Bedingung gemacht. Das ist anders auch gar nicht vorstellbar. Denn nur, wenn diese auf allen Ebenen gelingt, dann ist das psychiatrische Hilfesystem auch tatsächlich das Hilfesystem der Betroffenen, der Menschen mit psychischen Erkrankungen, welches sie dann auch akzeptieren und mit dem sie sich auch identifizieren. Das ist die Grundvoraussetzung dafür und dann – da bin ich mir sicher – steigt auch die Qualität der Behandlung. Wir wissen das aus der Peerberatung, aus allen Versorgungsansätzen, in denen Peers eine Rolle spielen. Solche Ansätze fördern Qualität und sie haben darüber hinaus sogar das Potenzial, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Zwang in der psychiatrischen Behandlung kommt immer noch viel zu häufig vor. Und ich glaube, da hilft nur, dass das Hilfesystem wirklich von Betroffenen und Peers mitgestaltet wird. In diesem Sinne bin ich sehr froh, dass die Selbsthilfe im Bereich der Psychiatrie so lebendig ist. Es wird immer wieder berichtet, dass die gesundheitliche Selbsthilfe allgemein große Probleme hat, gerade in der Nachwuchsgewinnung. Da fand ich es sehr erfreulich, Herr Wagner, dass sich heute über 100 Teilnehmende an der Veranstaltung beteiligen. Ich finde das wirklich respektabel und dies hat glaube ich auch etwas mit der guten Konzeption der Tagung zu tun.

Darüber freue ich mich sehr und ich wünsche für den heutigen Tag gute Begegnungen und Diskussionen. Soweit es geht, werde ich den Tag von hier aus weiterverfolgen. Ich wünsche allen eine schöne und ertragreiche Veranstaltung und grüße sehr herzlich aus Bonn!

Vielen Dank!

# Partizipation aus UN-BRK-Perspektive

*Sigrid Arnade*

## Vorbemerkung

Eigentlich hatte ich vorausgesetzt, dass eine Veranstaltung, in der es um Partizipation geht, selbstverständlich barrierefrei ist. Dem war nicht so, wie ich am 08. September 2022 im Humboldt-Carré erstaunt bis erschrocken feststellte. So musste ich als Rollstuhlfahrerin meinen Vortrag vor der unzugänglichen Bühne halten, während die drei moderierenden Männer auf der Bühne erhöht mir im Rücken saßen. Auch als ich auf dieses augenfällige Missverhältnis hinwies, zeigten die angesprochenen Herren nicht einmal genug Sensibilität, herabzusteigen und sich neben mich auf eine Augenhöhe mit mir zu begeben. Wie weit wir noch von echter gleichberechtigter Partizipation entfernt sind, hätte kaum anschaulicher demonstriert werden können.

## Partizipation – warum und wie?

Das Wort Partizipation setzt sich zusammen aus den lateinischen Begriffen »pars« gleich Teil und »capere« gleich fangen, ergreifen. Partizipation bedeutet also etwa »einen Teil fangen« oder »einen Teil ergreifen«.

Partizipation ist eine menschenrechtliche Verpflichtung. So wird bereits in der »Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte« von 1948 das Recht eines jeden und einer jeden auf politische Partizipation betont. Auch in der Frauenrechts- und in der Kinderrechtskonvention wie auch in weiteren Menschenrechtskonventionen ist die Partizipation verankert. Somit handelt es sich bei Partizipation um eine staatliche Verpflichtung.

Es gibt verschiedene Modelle der Partizipation, die meist in Stufen oder Leitern dargestellt werden. Ein einfaches dreistufiges Modell ist in Deutschland und Österreich verbreitet: Auf der ersten Stufe geht es um die reine Information, ohne dass die informierte Seite Einfluss auf die letztliche Entscheidung hat. Auf der zweiten Stufe ist man bei der Konsultation angelangt. Das bedeutet, dass Stellungnahmen abgegeben werden können. Aber erst auf der dritten Stufe, der Kooperation, wird gemeinsam entschieden.

Ein ausdifferenzierteres Modell zur Partizipation in der Wissenschaft mit neun Stufen hat Michael Wright mit Kolleginnen und Kollegen entwickelt: Die beiden untersten Stufen der Instrumentalisierung und Anweisung werden als

Nicht-Partizipation bezeichnet. Zu den Vorstufen der Partizipation zählen dann die Information, die Anhörung und die Einbeziehung. Mit Mitbestimmung, teilweiser Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht haben wir die drei Stufen der Partizipation erreicht. Die höchste Stufe, die Selbstorganisation, geht nach diesem Modell sogar über die Partizipation hinaus.

### **Partizipation und die UN-Behindertenrechtskonvention**

Was hat nun die Partizipation mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu tun? Die gesamten Verhandlungen zur UN-BRK standen unter dem Motto »Nothing about us without us!«, zu Deutsch: »Nichts über uns ohne uns!«. Damit betreten auch die Vereinten Nationen Neuland, denn noch nie zuvor war die Zivilgesellschaft in einem solchen Maße einbezogen worden. Bei den drei Verhandlungsrunden, bei denen ich auf Seiten der Zivilgesellschaft dabei sein konnte, waren jeweils etwa 400-500 Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft anwesend. Uns wurde signalisiert, dass nichts verabschiedet würde, was wir nicht mittragen könnten. Voraussetzung: Wir müssten mit einer Stimme sprechen. Und das war dann für uns die eigentliche Herausforderung, wie Sie sich sicherlich vorstellen können.

Dank der starken Partizipation der Zivilgesellschaft während der Verhandlungen ist das Prinzip der Partizipation auch in mehreren Artikeln des Konventionstextes verankert. Besonders ausführlich ist das in Artikel 4, Absatz 3 geschehen. Darauf wird Bezug genommen in Artikel 33, Absatz 3 und Artikel 35, Absatz 4. Insgesamt findet sich der Begriff der Partizipation 26-mal in der UN-BRK. Zum Vergleich: Die UN-BRK wird häufig mit dem Begriff Inklusion assoziiert, der aber nur zehn Mal im Konventionstext auftaucht.

Der englische Begriff der »Participation« ist in der amtlichen deutschen Übersetzung mit »Teilhabe« oder »Teilnahme« übersetzt worden. Partizipation ist aber mehr, denn es sind Elemente von Mitgestaltung und Mitbestimmung enthalten. Da die offizielle deutsche Übersetzung an mehreren Stellen falsch war, haben wir schon früh eine bessere Übersetzung, die sogenannte »Schattenübersetzung«, publiziert. In der dritten Auflage der Schattenübersetzung haben wir nun konsequent den Begriff der Partizipation verwendet. In der neueren wissenschaftlichen Literatur wird als Übersetzung von »Participation« teilweise auch von »Entscheidungsteilhabe« gesprochen.

Während der Verhandlungen zur UN-BRK fand auch in Deutschland eine gute Partizipation der Zivilgesellschaft statt: Der Deutscher Behindertenrat (DBR)

wurde regelmäßig über den Stand der Verhandlungen informiert und uns wurden die Reisekosten für die Teilnahme an den Verhandlungen in New York finanziert. Die gute Partizipation endete allerdings mit der Verabschiedung der UN-BRK durch die Vollversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2006. Die Übersetzung des Konventionstextes ins Deutsche fand quasi ohne Partizipation statt. Entsprechend enthält die amtliche deutsche Übersetzung etliche Übersetzungsfehler. Seitdem haben wir als Zivilgesellschaft die gemeinsame Erarbeitung von Partizipationsstandards gefordert, bislang leider ohne Erfolg. Partizipation braucht neben solchen Standards die rechtliche Verankerung und sowohl finanzielle als auch inhaltliche Ressourcen.

### **Partizipation bei der Umsetzung der UN-BRK**

Zunächst möchte ich auf die inhaltliche Umsetzung eingehen: Leider hat sich nur die Quantität bereits bekannter Beteiligungsformate erhöht, an der Qualität hat sich jedoch nichts geändert. Das heißt, dass es mehr Veranstaltungen gibt, dass mehr Gremien eingerichtet wurden, Festlegungen jedoch nach wie vor einseitig vorgenommen wurden und zwar nicht von uns als Zivilgesellschaft. Bislang hat es keine Partizipation auf Augenhöhe gegeben. Auch bei der Erstellung der Staatenberichte wurde die Zivilgesellschaft nicht beteiligt, und generell ist zu kritisieren, dass im gesamten UN-BRK-Umsetzungsprozess die Menschenrechtsperspektive fehlt.

Anders sieht es bei der strukturellen Umsetzung aus: Die Monitoringstelle zur UN-BRK ist beim Deutschen Institut für Menschenrechte eingerichtet worden, und ich denke, das war eine gute Wahl. Hier finden regelmäßig Verbändekonsultationen statt, was ich als gelungene Partizipation werte. Beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen ist der sogenannte Koordinierungsmechanismus angesiedelt. Daraus ist der Inklusionsbeirat entstanden. Das war im Prinzip eine gute Idee, ist aber bislang weitgehend wirkungslos geblieben. Auf Bundes- und Länderebene gibt es dann noch die sogenannten Focal Points, die staatlichen Anlaufstellen. Zumindest auf Bundesebene wird der Focal Point durch ein Gremium flankiert, das jedoch auch noch nicht viel Wirkung entfalten konnte.



## Neuere Empfehlungen der Vereinten Nationen

Erst ein einziges Mal wurde die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland vom zuständigen UN-Fachausschuss in Genf geprüft, und zwar im März 2015. Nach der Prüfung fasste der Ausschuss seine Erkenntnisse und Empfehlungen in den sogenannten »Concluding Observations«, den »Abschließenden Bemerkungen« vom Mai 2015 zusammen. Darin heißt es unter anderem: »Der Ausschuss empfiehlt, dass der Vertragsstaat Rahmenbedingungen entwickelt für die inklusive, umfassende und transparente Partizipation von Organisationen, die Menschen mit Behinderungen repräsentieren [...] Außerdem empfiehlt er dem Vertragsstaat, Mittel bereitzustellen, um die Beteiligung von diesen Organisationen, insbesondere von kleineren Selbstvertretungsorganisationen (DPOs), zu erleichtern.«

DPOs ist die Abkürzung von Disabled Persons Organizations, was mit »Selbstvertretungsorganisationen« übersetzt wird. Im Mai 2014 hat der UN-Fachausschuss in Genf Selbstvertretungsorganisationen folgendermaßen definiert<sup>1</sup>: »Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen sind solche, deren Mitgliedschaft mindestens zur Hälfte aus behinderten Menschen besteht und die von Menschen mit Behinderungen verwaltet, geführt und gelenkt werden.«

Von Zeit zu Zeit formuliert der UN-Fachausschuss sogenannte »General Comments« (Allgemeine Bemerkungen), um den Staaten zu verdeutlichen, wie die Konventionsregeln umzusetzen sind. Im Herbst 2018 verabschiedete er die Allgemeine Bemerkung Nr. 7 zum Thema Partizipation: Bei der Definition von Selbstvertretungsorganisationen bezieht sich der Ausschuss in diesem Text auf die eben vorgestellte Definition aus dem Jahr 2014. Der Ausschuss unterscheidet in der Allgemeinen Bemerkung des Weiteren zwischen Organisationen von Menschen mit Behinderungen und Organisationen für Menschen mit Behinderungen. Außerdem wird in dem Papier die Bedeutung von umfassender und effektiver Partizipation erläutert.

Da der Begriff der Selbstvertretung in der deutschen Behindertenszene recht neu und noch ungewohnt ist, möchte ich die Unterschiede zwischen Selbsthilfe und Selbstvertretung erläutern: Selbsthilfeorganisationen arbeiten meist diagnosebezogen, wie die MS-Gesellschaft, die Rheuma-Liga oder der Psoriasis Bund. Selbstvertretungsorganisationen dagegen arbeiten meist beeinträchtigungsübergreifend. Selbsthilfeorganisationen stellen meist die medizinischen Aspekte der

---

1 Guidelines on the Participation of Disabled Persons Organizations (DPOs) and Civil Society in the work of the Committee (CRPD/C/11/2/Annex II – Mai 2014)

jeweiligen Beeinträchtigung in den Vordergrund. Selbstvertretungsorganisationen verfolgen vor allem politische Ziele. Selbsthilfeorganisationen werden meist von nicht-betroffenen Professionellen dominiert. Selbstvertretungsorganisationen werden von den Betroffenen bestimmt. Selbsthilfeorganisationen sind in Deutschland anerkannt und erhalten finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen. Selbstvertretungsorganisationen sind international anerkannt, in Deutschland aber in ihrer Existenz bedroht.

Die deutsche Regierung hat längst nicht alle Empfehlungen des UN-Fachausschusses von 2015 umgesetzt. Aber sie hat im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) einen Partizipationsfonds zur Stärkung von Selbstvertretungsorganisationen eingerichtet. Das ist seit Sommer 2016 in Paragraf 19 BGG geregelt. In den Beirat wurden überwiegend Vertreterinnen und Vertreter von Selbstvertretungsorganisationen berufen. So weit, so gut. Aber es gibt auch Probleme: Die finanzielle Ausstattung dieses Fonds ist viel zu gering. Außerdem ist die Verwaltung so kompliziert, dass viele Organisationen von vorneherein abgeschreckt werden.

## **Handlungsbedarf**

Es gibt viel zu tun. Zum Beispiel müssen dringend Partizipationsstandards entwickelt werden. Dabei ist zu definieren, um welche Inhalte es gehen soll, wer die Beteiligten sind, um welche Ebene es geht (kommunale Ebene, Länder- oder Bundesebene) und wie genau das Verfahren ablaufen soll. Geklärt werden muss auch, wie die Transparenz des Verfahrens sichergestellt wird, wie die Kommunikation konkret realisiert wird, wer letztlich Entscheidungen trifft.

Für gelingende Partizipation braucht es außerdem Ressourcen, denn »Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz«, wie der US-amerikanische Psychologe Julian Rappaport es formulierte. Notwendig sind, wie weiter oben bereits ausgeführt, sowohl finanzielle als auch inhaltliche Ressourcen. Hinsichtlich der finanziellen Ressourcen ist mit dem Partizipationsfonds ein guter Anfang gemacht worden – die genannten Probleme sind noch zu überwinden.

Als inhaltliche Ressource bietet sich das Empowerment-Konzept an, zum einen zur Selbststärkung, zum anderen zur Kompetenzentwicklung. Man kann Empowerment als Schlüssel zur Partizipation bezeichnen. Empowerment kann in Empowerment-Trainings vermittelt werden. Bei der Definition von Empowerment kommt nun noch einmal Julian Rappaport mit einem Zitat aus dem Jahr 1984 zu Wort: »Bei Empowerment handelt es sich um Mechanismen, durch die Menschen, Organisationen und Gemeinschaften Kontrolle über ihr eigenes Leben

erhalten«. Empowerment beinhaltet verschiedene Elemente: Es geht darum, ein Bewusstsein für die eigene Würde zu entwickeln; eigene Stärken zu erkennen und einzusetzen; Entscheidungen bewusst zu treffen sowie Probleme als Herausforderungen zu begreifen mit dem Wissen, dass sie lösbar sind. Empowerment kann zu mehr Selbstbestimmung, Freiheit und Freude führen. Empowerment bedeutet aber auch mehr Verantwortung für das eigene Leben, was manchmal ziemlich anstrengend sein kann.

Nun bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit, bin gespannt auf Ihre Fragen und Kommentare und wünsche Ihnen allzeit gute Partizipation!

## Partizipation und ihre Bedeutung für Bezugspersonen

*Rüdiger Hannig, Myriam Bea*

*Hannig:* Guten Morgen sehr geehrte Diverse, Damen und Herren. Frau Myriam Bea und ich freuen uns sehr, uns heute gegenseitig über die Partizipation und deren Bedeutung für Bezugspersonen auszutauschen. Ich werde beim Du zu Myriam bleiben, weil wir beide gemeinschaftlich seit dem letzten Jahr die Angehörigen-sprecher des dialogischen Zentrums des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) sind, das sich derzeit in Gründung befindet. Myriam magst Du Dich bitte einmal kurz vorstellen?

*Bea:* Ja, ich bin sowohl beruflich als auch privat mit dem Thema ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) unterwegs, das ja auch als psychische Erkrankung gilt. Ich habe eine »persönliche« Betroffenheit, die Angehörigen-betroffenheit und bin Geschäftsführerin von ADHS Deutschland e. V. Seit über 20 Jahren bin ich in der Selbsthilfe aktiv, ehrenamtlich Präsidentin von ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, englische Bezeichnung für ADHS) Europe und inzwischen eben auch, wie hieß das eben, »sonst wo unterwegs«, konkret seit letztem Jahr zusammen mit Rüdiger Hannig Angehörigenvertreterin im Deutschen Zentrum für psychische Gesundheit. Ich denke, das ist sehr gut, weil wir sehr unterschiedlich sind, nicht nur weil er ein Mann ist und ich eine Frau bin. Wir haben sehr unterschiedliche Hintergründe. Ich bin von Hause aus Juristin. Wie sagt man, die können alles, und zwar besser, kleiner Scherz. Ich habe einen anderen Blick auf manche Sachen, gerade auch bei medizinischen Dingen. Ich glaube, wir sind wirklich sehr komplementär und es passt sehr gut. Ich denke, es ist auch ganz gut für die anderen Menschen, die mit uns zu tun haben.

*Hannig:* Mein Name ist Rüdiger Hannig. Ich bin Diplominformatiker und Angehöriger und seit Mitte des Jahres der offizielle Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., nachdem ich fast zwei Jahre interimsmäßig nach dem Tod von Frau Schliebener dieses Amt ausgefüllt habe. In der »Haltung« des BApKs von 2021 können sie lesen, dass nach unserem Verständnis Angehörige vertraute Personen sind, die sich auf Grund einer persönlichen Beziehung verantwortlich um psychisch erkrankte Menschen kümmern. Dazu zählen auch wir Bezugspersonen. Wir definieren uns nicht mehr nur über das ganz enge Familienband, sondern über die persönliche Beziehung zur betroffenen Person. Dieses ist auch unser Verständnis für die nachfolgende Diskussion und den Austausch. Auf Grund dieser Beziehung haben wir ein Ver-

antwortungsgefühl gegenüber der betroffenen Person, d. h. die betroffene Person ist uns definitiv nicht egal!

*Bea:* Ich denke, das ist ganz wichtig. Da kommt wieder die Juristin durch, denn »Angehöriger« ist im Gesetz genau definiert. Ich lese mal ganz kurz vor, zum Beispiel § 11 Strafgesetzbuch, das sind »Verwandte, Verschwägte in gerader Linie, dies sind Geschwister, Verlobte, Ehegatten oder Lebenspartner, auch die Ex-Ehemänner oder -frauen sowie als Besonderheit Pflegeeltern und Pflegekinder«. Wir kommen aus der Elternselbsthilfe, inzwischen machen wir Selbsthilfe »von der Wiege bis zur Bahre«. Wir haben zunehmend Betroffene, die Single sind. Die unter Umständen, wenn sie etwas älter sind, keine Eltern mehr haben, die keine Geschwister haben, die auch keine Kinder haben, die stehen allein da. Und wenn wir dann Angehörige suchen, ist da oft Fehlanzeige. So ein bisschen ist Selbsthilfe ja bei dem ein oder anderen auch Ersatzfamilie und deswegen finde ich ganz wichtig, so wie Rüdiger das definiert hat, nicht Angehörige, sondern Bezugspersonen. Und da ist rechtlich natürlich eine Grauzone, es sei denn, ich erteile entsprechende Bevollmächtigungen. Dazu möchte ich sie im Übrigen auch sehr zu ermuntern, weil rechtlich hat man außerhalb der Angehörigeneigenschaft, wo es schwierig genug ist, keine Rechte. Und es ist ganz wichtig, solche Sachen, wenn man alleinstehend ist, zu regeln. Ich habe auch noch eine ganz lebensnahe Metapher, ich fand das sehr passend. Für uns ist das Leben so ein bisschen wie das Spielen auf dem Fußballplatz. Es dürfen alle mitspielen, eben die Betroffenen, die Angehörigen, die Bezugspersonen und in dem Moment, wo es eine psychische Krise gibt, wenn jemand in das System kommt, da sind wir raus als Angehörige und Bezugspersonen. Wir kriegen sozusagen die rote Karte, müssen das Spielfeld verlassen und stehen am Rand ohne jegliche Einflussmöglichkeit. Das Spiel geht weiter, das ist unser Spiel, aber wir stehen da ...

*Hannig:* Nicht-Partizipation bedeutet dann in diesem Zusammenhang, wir stehen am Spielfeldrand und wir können brüllen und schreien, aber wir sind hilflos. Diese Hilflosigkeit hat Folgen: Wir machen uns Gedanken, wir entwickeln Vorstellungen und manchmal sind diese völlig kontraproduktiv. Besuche ich den Betroffenen in der Klinik oder ist das nachteilig? Wie rede ich mit ihm, wenn er aus der Klinik kommt? All diese Fragen treten auf und wenn niemand uns hilft, können wir z. B. Bücher lesen. Häufig sind wir aber auch einfach noch zu stark emotionalisiert, um das alles richtig zu verarbeiten.

*Bea:* Dem gegenüber bin ich nicht hilflos, wenn ich partizipieren kann. Ich bekomme das Gefühl der eigenen Wirksamkeit und ich kann aktiv werden, was ganz wichtig ist. Ich denke, das ist ein furchtbares Gefühl, das jeder von uns kennt, wenn man zur Passivität verdammt ist. Was wird man dann?

*Hannig:* Opfer?

*Bea:* Genau!

*Hannig:* Das ist häufig auch eine Rolle, in der viele Angehörige feststecken. Die Opferrolle ist eine passive Rolle. Für Eltern ist es z. B. ganz natürlich, dass man sich anfängt zu fragen, wo habe ich die Abzweigung verpasst? Wo habe ich nicht aufgepasst? Was ist mein Anteil daran? Also diese Gedanken kreisen, das gilt auch für eine Partnerschaft. Warum habe ich es nicht früher gemerkt? All diese Fragen kommen auf, und man weiß nicht, was man tun soll, was man tun kann. Man zieht sich zurück oder agiert aus Unwissen kontraproduktiv. Kommt man hingegen aus der Opferrolle heraus ...

*Bea:* ... dann wird man ja als Subjekt wahrgenommen. Dann merke ich, ich bin wirksam. Ich habe einen Selbstwert. Ich bin nützlich und bin eben nicht, was du wärst, wenn du nicht partizipieren darfst ...

*Hannig:* ... degradiert zum Objekt. Ein Objekt sein ist keine schöne Eigenschaft. Ich hatte vorhin einige klassische Fragen aufgeführt. Diese isolieren einen Angehörigen, da es schwierig ist, sich mit anderen Menschen darüber auszutauschen. Erwähnt sei, dass eines der höchsten Risiken für Angehörige die Isolation/Einsamkeit ist. Sie entsteht auch durch eine sehr enge Bindung zu dem Betroffenen. Daraus kann uns dann die Partizipation in das Gesamtnetzwerk heraushelfen.

*Bea:* Und ich denke, wir sind alle soziale Wesen, deswegen ist es wichtig, Teil von Netzwerken zu sein. Ich kann das natürlich schon gut bei ADHS Deutschland. Wir sind ein großer Verein, wir sind bunt gemischt mit Betroffenen und Angehörigen und Bezugspersonen. Wir haben jetzt auch gesehen, wirklich viele verschiedene psychiatrische Erkrankungen übergreifend, was Vernetzung bewirken kann. Wir verbringen sehr viel Zeit zusammen, gezwungenermaßen zwar, aber auch da ist zu sehen, man kann sich austauschen. Es ist gar nicht die bestimmte Erkrankung, sondern es ist das Netzwerk, was einen dann stärkt.

*Hannig:* Die Nicht-Partizipation bedeutet auch sinnlose Ressourcenverschwendung und sinnlose Aktivitäten. Werden wir hingegen frühzeitig eingebunden, dann können wir unsere eigenen Ressourcen gegebenenfalls auch gezielter und planerischer einsetzen. Deswegen fordern wir, in die Absprache von Behandlungsplänen im ambulanten Umfeld, die auch uns betreffen, verpflichtend mit eingebunden bzw. zumindest angefragt zu werden. Konkret muss hierzu der Betroffene gefragt werden: Möchtest du das? Auf jeden Fall müssen wir eingebunden sein, wenn er zu uns nach Hause zurückkehrt. Nicht immer wollen wir das und gerade das muss akzeptiert werden. Aber wenn wir das wollen, dann sollen wir auch Teil dieses Plans werden.

*Bea:* Wir haben zwei praktische Beispiele aus unserem Lebensumfeld mitgebracht. In der Elternselbsthilfe weiß jeder, solange die Kinder minderjährig sind, sind die Eltern verantwortlich. Das heißt, die werden für alles gefragt und nicht zuletzt, wenn es eine Unterschrift ist für die Behandlung. Ich habe das jetzt im Bekanntenkreis erlebt, da wurde lange eine diagnostizierte ADHS nicht wirklich behandelt. Der junge Mann ist jetzt Anfang 20 und fand es irgendwie »schicker«, sich erst mit Cannabis und dann mit Heroin selbst zu therapieren. Was gut war: Er hat sich schließlich mit seiner Drogenabhängigkeit geoutet. Er ist jetzt in einer Entzugsklinik einige Wochen gewesen und am Montag wieder nach Hause zurückgekehrt. Er lebt bei der Mutter; die Eltern sind geschieden. Der Vater rief mich an und sagte, angefangen von »Was haben wir denn falsch gemacht?« über »Wir sind so hilflos. Wir sind ja froh, dass er sich jetzt geoutet hat und dass er einen Platz kurzfristig in der Klinik bekommen hat. Aber was machen wir denn jetzt? Klar, solange er in der Klinik ist, das läuft. Die haben auch gesagt, wir sollen ihn nicht besuchen kommen. Ja, aber er kommt nächsten Montag raus ...« Ich habe empfohlen, sprech doch mal da mit den Ärzten, mit den Therapeuten. Das hatten die Eltern schon versucht, aber da fühlte sich keiner so richtig zuständig. Es hieß dann: »Naja, der kommt dann nachher ambulant in eine Maßnahme und das sind die Adressen und es wäre sicher auch gut, wenn Sie sich Hilfe holen.« »Ja«, sagt er, »wo kriege ICH denn jetzt Hilfe her?« »Ja«, sage ich, »hey, weißt du, hier in der Selbsthilfe«. Aber letztendlich, ich kann den Eltern doch auch nicht sagen, was sie tun sollen, wenn sie ihn am Montag in der Klinik abholen. Alles, was Rüdiger eben aufgezählt hat, war hier präsent. Die Hilflosigkeit, die Ressourcenverschwendung, wie viele Gedanken haben die Eltern sich jetzt in diesen Wochen gemacht? Machen sie auch zukünftig, wollen wirklich an einem Strang ziehen. Da kamen dann so Ideen wie: »Vielleicht sollten wir mit ihm gemeinsam mal zum Fußball gehen.« Ich habe gefragt: »Wie kommst Du denn da drauf? Dich interessiert doch Fußball gar nicht.« »Naja«, sagt er, »aber der neue Partner meiner Ex, den interessiert es und dann könnten wir mal was gemeinsames machen.« Diese Idee fand ich etwas seltsam und sagte dies auch. »Ja, aber«, sagt der Vater, »wir müssen doch irgendwas tun.« Das ist das Furchtbare: Das Gefühl, ich kann nicht helfen. Es gäbe Professionelle, die helfen könnten, wenn sie sich die Zeit nehmen würden, aber es gibt keine Anlaufstelle. Es heißt dann immer so schön: »Gehen Sie in die Selbsthilfe«, aber da sind wir bei solchen Situationen, zumindest bei uns, nicht die richtigen Ansprechpartner. Und du hast auch noch ein Beispiel Rüdiger.

*Hannig:* In einem Gremium, das ich kürzlich besucht habe, ging es um Kinder und Jugendliche. Auch Kinder und Jugendliche, die schwer psychisch erkrankt

sind, haben Eltern. Natürlich gibt es Familien, die in ihrer Gesamtheit behandelt werden müssen. Gleichwohl gibt es viele Familien, in denen die Eltern die eigentliche Ressource sind, die auch in die Behandlung einbezogen werden könnte. Ich schlug daher vor, ob diese Eltern dann nicht auch als Ressource wertgeschätzt und entsprechend sogar bezahlt werden sollten. Es gibt ja durchaus Modelle in Europa, in denen Angehörige geschult und für ihre Tätigkeit als ambulante psychiatrische Pflegekraft bezahlt werden. Die Fachleute erklärten mir darauf hin, dass dieses doch nicht der richtige Weg wäre, da die Eltern mitbehandelt würden. Mitbehandelt bedeutet für mich, schnell wieder in die Rolle des Opfers zu kommen und passiv zu werden. Sicher mag es auch andere Vorstellungen der Behandlung geben, aber häufig ist es eine »jemand tut etwas mit EINEM Situation«. Dieses entspricht nicht der Mitwirkung.

*Bea:* Ich glaube wir haben gezeigt, was Partizipation für Bezugspersonen bedeutet. Aber, wir hatten die Frage ja heute schon öfter: »Wie kann ich denn partizipieren?« Reicht es aus, Angehöriger oder Bezugsperson zu sein oder braucht es ein bisschen mehr?

*Hannig:* Wir sind der Meinung, dass wir dazu befähigt werden müssen, um überhaupt diese Rolle ausfüllen zu können. Dazu braucht es Aufklärung und Training. Wir beide sind z. B. beim Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit. Da gibt es noch ganz andere Hürden, wobei die englische Sprache vielleicht für den einen oder anderen die geringste Hürde ist. Gleichwohl stellt die Fachsprache schon eine große Herausforderung dar.

*Bea:* Aber ich denke, es ist auch kostengünstig möglich, wie bei dem geschilderten Beispiel der Eltern. Da würde es ja ausreichen, wenn eine Therapeutin bzw. ein Therapeut oder eine Ärztin bzw. ein Arzt Psychoedukation betreibt und sagt: »Das kann man ganz konkret machen«. Das heißt eben entsprechend der Situation des konkreten Einzelfalls oder auch wie bei uns jetzt beim DZPG. Wir müssen aufgeklärt werden, wir müssen Trainings haben, wir müssen wirklich entsprechend befähigt werden. Die Allerwenigsten sind von Hause aus befähigt, weil sie schon eine entsprechende Vorbildung oder sonstige Informationen haben.

*Hannig:* Es wurde zurecht auch hier vorhin erwähnt, dass die Angehörigen fehlen. Ein Blick auf die Psychischen Erkrankungen zeigt, dass sie eine Erkrankung der Jugend sind. 50% erkranken bis zum 14 Lebensjahr und 75% Prozent bis zum 24 Lebensjahr. Wer sind dann die Angehörigen? Ehepartner sind es selten in dem Alter. Die Geschwister sind Angehörige, aber meistens noch jung. Häufig sind die Angehörigen daher Eltern. Das sieht man auch in der Verteilung der Mitglieder



in manchen Angehörigenverbänden. So besteht der bayerische Verband zu 80% aus Eltern. Das heißt, die meisten Angehörigen sind Eltern zu dem Zeitpunkt, an dem die Erkrankung ausbricht, und erwerbstätig. Wir haben eine Erwerbsquote von zurzeit 80% in unserer Gesellschaft. Wie sollen dann Angehörige partizipieren können? Berufstätige müssen z. B. Urlaub oder Überstunden nehmen oder ihre Arbeitszeit reduzieren. Freiberufler verzichten auf Einkommen und müssen sich gleichwohl nach den Bedingungen ihrer Auftraggeber richten. Auch sie sind daher nicht beliebig verfügbar. Das führt dann häufig dazu, dass die Angehörigen Rentner sind und als diese die Gesamtheit der Angehörigen repräsentieren.

*Bea:* Aber das ist, glaube ich, generell das Problem. Wenn man direkt Angehöriger oder Bezugsperson ist, versucht man es möglich zu machen mit hohen persönlichen Kosten. Das sehen wir alle in der Selbsthilfearbeit, in der Ehrenamtsarbeit. Wir haben ein riesiges Nachwuchsproblem. Nicht weil die Leute nicht wollen, sondern weil sie nicht können. Die Rentner haben die Zeit, der ein oder andere, der berufsunfähig oder arbeitslos ist. In unserem Verband sind auch viele, die nicht arbeiten und sagen: »Dann habe ich wenigstens was Sinnvolles zu tun«. Und nur ganz wenige derer, die ganz normal berufstätig sind, sind wirklich aktiv, weil sie es sich nicht leisten können. Ich denke, da ist eben die Frage zum einen der Zeit und zum anderen die Frage des Geldes.

*Hannig:* Machen wir uns nichts vor. Angehörige von psychisch erkrankten Menschen, aber auch Rentner sind häufig finanziell vulnerabel. Dieses gilt also nicht nur für die psychisch erkrankten Menschen. Das Geld ist knapp und eine Fahrt nach Berlin, wie hier zu dieser Veranstaltung vorzufinanzieren, fällt nicht jedem einfach.

Wenn sie berufstätig sind, haben sie einen monatlichen Kostenblock zu bedienen. Der Schornstein muss rauchen oder die Solarpanels müssen bezahlt werden. Darüber hinaus müssen noch andere Dinge bezahlt werden. Eine Mutter von einem Sohn mit ADHS schilderte mir, wie viele Tausender sie in den letzten Jahren ausgegeben habe für kaputte Brillen, zerstörte Türen, verlorene Handys und dergleichen mehr. Auch das muss in irgendeiner Form von Angehörigen finanziert werden. Das ist nicht immer absetzbar.

*Bea:* Und es gibt ja auch gerade im psychischen Bereich manche Therapien, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Versicherungen, die man nicht abschließen kann, wo man dann selbst zahlen muss. Also die finanzielle Frage ist auch ein großes Thema, deswegen können wir, denke ich, zusammenfassen ...

*Hannig:* Wir müssen befähigt werden, indem wir aufgeklärt werden, indem uns Zeit gegeben wird, indem wir finanziell eine gewisse Absicherung erhalten

und natürlich werden wir dadurch befähigt, indem wir uns an Selbsthilfegruppen und Selbstvertretungsgruppen beteiligen und dort vieles lernen und erfahren.

*Bea:* Und deswegen natürlich auch wieder die Einladung an alle, die noch nicht an der Selbsthilfe teilgenommen haben, kommen sie zu uns. Es gibt ganz viele, ganz diverse Selbsthilfevereinigungen und Gruppen, Zusammenschlüsse. Ich denke, es ist in jedem Fall hilfreich, egal wie man involviert ist und es ist auch sehr entlastend.

## **Patientenbeteiligung und Partizipation bei Planung und Steuerung**

### **Projekt IPAGs in Baden-Württemberg – Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener und Angehöriger im Gemeindepsychiatrischen Verbund stärken**

*Heike Petereit-Zipfel, Harald Metzger und Christa Widmaier-Berthold*

### **Der Trialog als Ausgangspunkt**

*Heike Petereit-Zipfel*

Wir berichten in den folgenden Texten über das Projekt IPAGs, das im Frühjahr 2022 in Baden-Württemberg startete. Die Projektidee und zweijährige Konzeptentwicklung entstanden in einer Arbeitsgruppe Partizipation. Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige und Fachleute arbeiteten hierfür eng zusammen und stellten schließlich einen Förderantrag bei Aktion Mensch für das Projekt IPAGs. Die Zusage kam im Sommer 2021.

Insbesondere die sehr intensiven trialogischen Diskurse und Abstimmungen, die sich im Projekt IPAGs fortsetzen und damit ein spannendes Übungsfeld für das Engagement der Interessenvertretungen in Gemeindepsychiatrischen Verbänden bieten, motivierten mich zur ehrenamtlichen und sehr zeitintensiven Mitarbeit bei IPAGs.

In den zehn Jahren meines Engagements im Bereich der Interessenvertretung der Angehörigen von Menschen mit gravierenden psychischen Gesundheitsproblemen, hatte ich noch keine Gelegenheit, trialogisches Arbeiten in ähnlicher Intensität kennenzulernen und mitzugestalten. Hier flossen von Beginn an die unterschiedlichen Perspektiven ein, und diese prägten auch weiter den Prozess der Entwicklung und Ausgestaltung eines Projekts, mit dem Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige bei ihrem Engagement in Gemeindepsychiatrischen Verbänden gestärkt werden sollen und Fachleute die Chance bekommen, ihre Perspektiven zu erweitern, Haltungen und Strukturen zu überdenken und gegebenenfalls zu korrigieren.

Seit der Weg des Trialogs beim Weltkongress für Soziale Psychiatrie unter dem Motto »Abschied von Babylon« 1994 in Hamburg begann, ist viel Zeit vergangen.

Als zutiefst partizipative und gewaltfreie Form der Kommunikation zwischen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, ihren Angehörigen und Professionellen, will der Trialog einen Perspektivwechsel, Verstehen und Voneinander-Lernen ermöglichen. Er findet inzwischen in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung, auch der gemeindepsychiatrischen Versorgung statt und entwickelt sich mit Macht weiter. Gerade auf der Ebene von Gemeinde und Sozialraum ist gar eine Weiterentwicklung hin zum Quadrolog zu beobachten. Hier wird auch der »informelle Bereich«, also Nachbarschaften und Besuchsdienste, proaktiv in die psychosoziale Versorgung einbezogen. Heute kann der »Trialog« »für eine soziale Bewegung, einen individuellen Prozess sowie für die Ausrichtung einer zeitgemäßen psychiatrischen Dienstleistung stehen«<sup>1</sup>.

In Teilen der Gemeindepsychiatrischen oder Sozialpsychiatrischen Verbände hat sich der »Trialog« zwischenzeitlich zu einer professionellen Haltung weiterentwickelt. Die Erkenntnis, dass Hilfs- und Unterstützungsangebote nachhaltiger und gezielter wirken, wenn diese gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen entwickelt wurden und umgesetzt werden, setzt sich hierzulande mehr und mehr durch. Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene werden inzwischen als wichtige Säule, als Expert:innen in eigener Sache wahrgenommen und zumindest ansatzweise in verschiedenen Zusammenhängen auch bereits proaktiv eingebunden. Wobei sich Ziele, Erwartungen und Hoffnungen der Protagonist:innen unterscheiden können, je nach Kontext, in welchem der »Trialog« stattfindet:

- im Zusammenhang mit der stationären Versorgung in Kliniken, psychiatrischen Abteilungen in Allgemein-Krankenhäusern oder Wohn- und Pflegeheimen
- im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung durch Leistungserbringer der Gemeindepsychiatrie (Wohnen, Pflege, Assistenz, Teilhabe) in der Lebenswelt der Betroffenen
- in kommunalpolitischen Fachgremien und in Gemeindepsychiatrischen Verbänden
- in überregionalen Gremien und Verbänden der Gesundheits- und Psychiatrieplanung auf Landes-, und Bundesebene sowie
- in Forschung und Lehre.

---

1 Demokratische Öffentlichkeit und Trialog Neue Wege der Weiterentwicklung des subjektiven Erfahrungsaustausches in der Sozialpsychiatrie (Tam/Jung) [https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/dgsp/SP/SP\\_171/SP\\_171\\_Tamm\\_Jung\\_Demokratische\\_OEffentlichkeit.pdf](https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/SP/SP_171/SP_171_Tamm_Jung_Demokratische_OEffentlichkeit.pdf)

Ziele, Erwartungen und Hoffnungen bei allen Beteiligten können sich auch unterscheiden, abhängig

- vom individuellen Genesungsverlauf
- von der Resilienz eines psychisch erkrankten Menschen
- vom Alter eines psychisch erkrankten Menschen
- vom persönlichen Verhältnis zur erkrankten Person (Kinder, Eltern, Partner, Geschwister oder Freund),
- vom sozialen und ökonomischen Kapital des Erkrankten und den Ressourcen seiner An- und Zugehörigen
- von der Berufserfahrung und den Einstellungen der professionellen Begleiter:innen
- von der Stellung der Professionellen innerhalb der Hierarchie ihrer Organisation/Einrichtung
- und weiteren Faktoren.

Diese Einflussfaktoren müssen auch bei der Verbesserung der Partizipation von Interessenvertreter:innen in Gemeindepsychiatrischen Verbänden zusätzlich zu den im Beitrag von Harald Metzger genannten Faktoren, in den Blick genommen werden.

Die Zusammenarbeit in dialogischen Teams ist in jedem Fall ein Lernfeld für die Arbeit auf Augenhöhe, für mehr Gemeinsamkeit und auch für mehr Demokratie.

Mit dem Projekt IPAGs bringen wir diesen Prozess als Betroffene und Angehörige voran und gestalten ihn mit. Denn wie schon der Sozialpädagoge und Mitbegründer des BApK, Arndt Gschwendner, es in einem Interview auf den Punkt brachte: »Ich muss das eine tun, ohne das andere zu lassen. Nur politisch rumhobeln ist genauso blöde, wie nur in Selbsthilfegruppen zu sitzen.«<sup>2</sup>

In den vergangenen dreißig Jahren hat sich für unsere Familien vieles verbessert. Wir haben schon viel erreicht und es macht Spaß, in einem neuen frischeren Wind zu segeln. Die Psychiatrie ist sozialer und partizipativer geworden.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch, wenn wir in unseren Verbänden und Beratungsstellen die Not der Menschen erleben, die in sehr belastenden Situationen allein gelassen werden, ein anderes Bild. Dort zeigt sich, dass wir gleichzeitig noch

---

2 HUMMITZSCH, Sabine. Diplomarbeit. Eine Befragung von Zeitzeugen zu den Anfängen der Angehörigenbewegung psychisch kranker Menschen. Interview Arndt Gschwendner, S. 94-115, Fachschule Sozialwesen. Wiesbaden, 2002: zu finden unter: [https://angehoerigennetzwerke.de/wp-content/uploads/2019/01/2002\\_hummitzsch\\_zeitzeugen.pdf](https://angehoerigennetzwerke.de/wp-content/uploads/2019/01/2002_hummitzsch_zeitzeugen.pdf). Zuletzt aufgerufen, 15.12.2022, 20:32 Uhr.

weit entfernt sind von präventivem Gesundheitsschutz, auch für Angehörige im Übrigen weit entfernt von entlastenden verlässlichen Krisendiensten, von Transparenz und Aufklärung, weit entfernt von einer Verpflichtung zur Versorgung auch unserer schwersterkrankten Familienmitglieder. Die soziale Psychiatrie muss ihren Weg weitergehen. Gemeinsam müssen wir uns für eine gewaltfreie, flächendeckende sowie multi- und transdisziplinäre Versorgung zuhause und im Sozialraum weiter stark machen, und das erhoffen wir uns durch die selbstbewusste und starke Beteiligung unserer Interessenvertreter:innen im GPV.

## Das Projekt IPAGs – Ziele und Aktivitäten

*Harald Metzger*

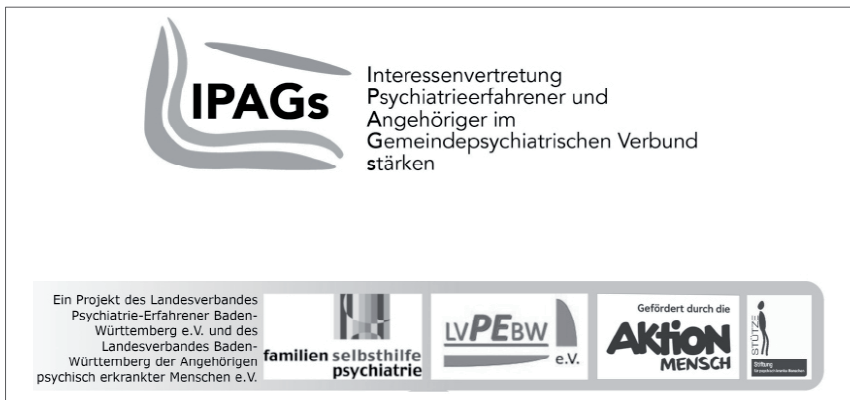


Abb. 1

Das Projekt IPAGs ist ein gemeinsames Projekt der Landesverbände Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg und der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Gemeinsam mit Heike Petereit-Zipfel übernehme ich gerne die Verantwortung für dieses Projekt. Mit zwei hauptamtlichen Mitarbeiter:innen mit insgesamt 100 % Stellenanteil und dem trialogisch besetzten IPAGs-Team arbeiten wir seit Mai 2022 an der Umsetzung der gesteckten Ziele.

**Ausgangslage und Motivation**

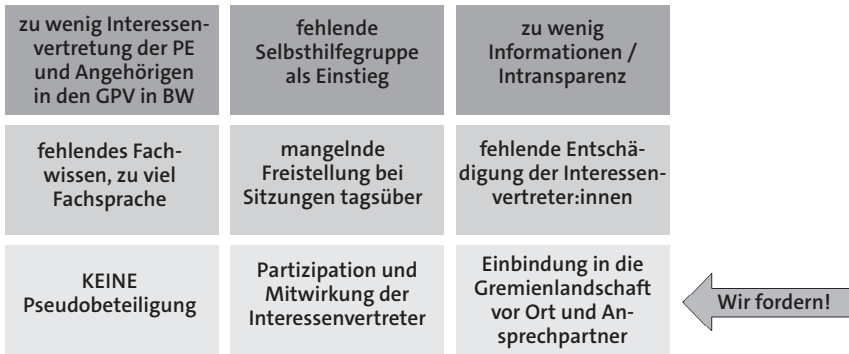


Abb. 2

Eine Besonderheit in Baden-Württemberg ist die Aufteilung in 44 Stadt- und Landkreise, die jeweils für die Eingliederungshilfe zuständig sind. D. h. es finden sich unterschiedliche Bedingungen und Voraussetzungen für die Interessenvertretung in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV). Insgesamt stellten unsere beiden Landesverbände fest, dass es zu wenig Interessenvertretung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden gibt. Zum Teil fehlen Selbsthilfegruppen vor Ort bzw. es besteht wenig Kontakt zu Menschen im Sozialraum, mit denen die Bedarfe und Themen besprochen werden können, die im GPV behandelt werden. Selten gibt es ausreichend Informationen durch Prozessverantwortliche und Prozesse sind häufig intransparent. Auch fehlendes Fachwissen und zu viel Fachsprache stellen häufig Hürden für gelingende Interessenvertretung dar. Bisher gibt es auch keine einheitlichen Regelungen zu Freistellung für Sitzungen, die tagsüber stattfinden. Monetäre und zeitliche Entschädigung für das Engagement der Interessenvertretung im Kontext Psychiatrie ist eher Ausnahme als Regel. Der Mangel an Entschädigung, betrifft nicht nur Geld für die Zeit während den Sitzungen sowie die Vor- und Nachbereitung, sondern auch Anfahrtskosten und Bürokosten. Vertreter:innen der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen wollen keine Pseudobeteiligung. Sie wollen nicht nur dabeisitzen und informiert werden, ab und zu mal was gefragt werden. Sie wollen wirkliche Mitsprache und Entscheidungsteilhabe. Dazu gehört auch die Einbindung in die Gremienlandschaft vor Ort und die Bereitstellung verbindlicher Ansprechpartner:innen. Selbsthilfe und Interessenvertretung sind keine Selbstläufer. Sie brauchen finanzielle Mittel, fachliche Ressourcen und eine aufgeschlossene Haltung.

## Projektziele

Aus dieser Ausgangslage heraus haben sich nun folgende Hauptziele für das Projekt ergeben:

- Wir wollen die Interessenvertretung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in den jeweiligen Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Baden-Württemberg stärken.
- Auch möchten wir Personen aus der Selbsthilfe motivieren und fördern, sich als Interessenvertreter:innen im GPV einzubringen.
- Und wir wollen die dialogische Zusammenarbeit im GPV stärken sowie uns für bessere Rahmenbedingungen für die Themen Partizipation und Mitsprache auf Landesebene einsetzen.

## Wie können diese Ziele erreicht werden?

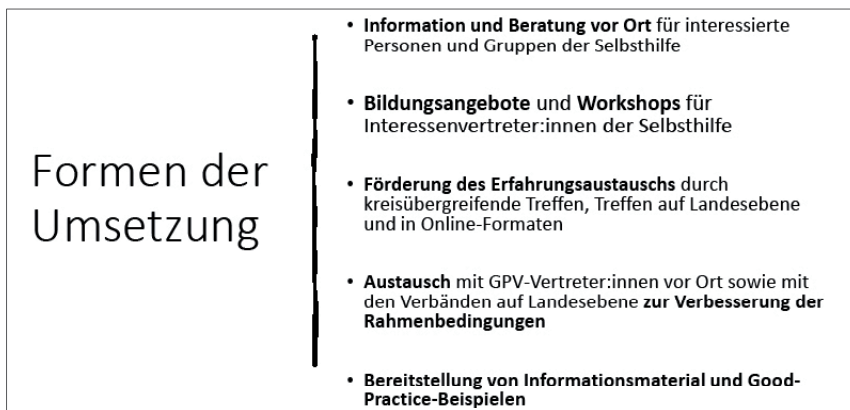


Abb. 3

Zum einen möchten wir durch eine individuelle Vor-Ort-Beratung interessierte Personen oder Gruppen vor Ort beraten und bei ihren Aufgaben in der Interessenvertretung unterstützen. Wir konzipieren Bildungsangebote und Workshops für die Selbsthilfe. Wichtig ist uns die Förderung des Erfahrungsaustausches, denn in unterschiedlichen Stadt- und Landkreisen gibt es bereits Personen, die Aufgaben der Interessenvertretung übernehmen. Hier können kreisübergreifende Treffen, Treffen auf Landesebene oder im Onlineformat organisiert werden. Auch der Austausch mit GPV-Vertreter:innen vor Ort sowie mit den Verbänden auf Landesebene, wird



zur Verbesserung der Rahmenbedingungen umgesetzt. Mit Informationsmaterial und Handreichungen sowie anhand von Good-Practice-Beispielen möchten wir die Beteiligten nachhaltig für gelingende Partizipation im GPV unterstützen.

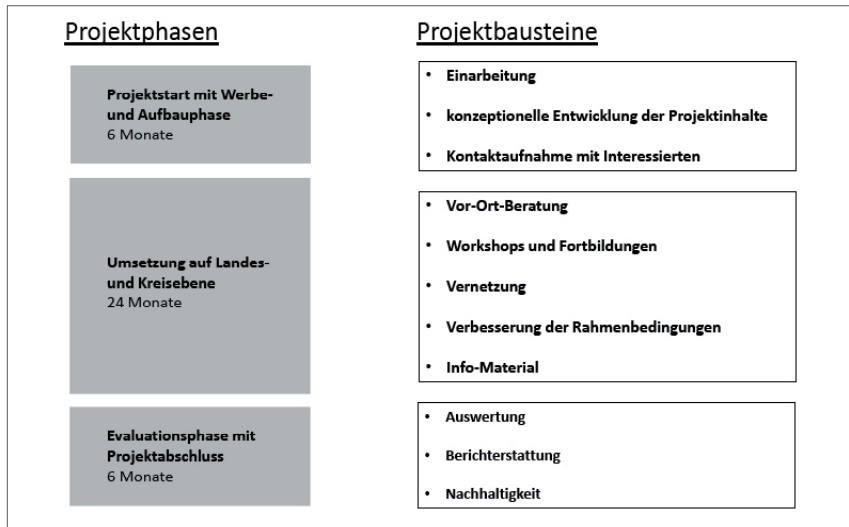


Abb. 4

Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt drei Jahre. Die ersten sechs Monate dienen dem Projektstart, also der Einarbeitung der Mitarbeiter:innen, der konzeptionellen Entwicklung der Projekthinhalte und der Kontaktaufnahme in die Selbsthilfeszene sowie zu den interessierten Stadt- und Landkreisen. Es folgen zwei Jahre Umsetzungsphase. Während dieser Zeit findet die individuelle Vor-Ort-Beratung statt, Workshops und Fortbildungen werden konzipiert und durchgeführt. Hierbei orientiert sich IPAGs stets an den Bedarfen der Zielgruppen vor Ort. Es werden Vernetzungstreffen organisiert, der Austausch auf Landesebene wird gesucht, um selbsthilfeförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen oder verbessern und wir werden Infomaterial sowie eine übersichtliche Homepage für Interessierte bereitstellen. Die letzten sechs Monate dienen dann der Evaluierung und zur Sicherung der Arbeitsergebnisse, Angebote und Materialien. Zur Unterstützung und Förderung aber auch zur Motivation für Interessenvertretung werden wir in den kommenden Jahren Bildungsangebote zur Verfügung stellen. Diese richten sich dialogisch an alle Akteur:innen im GPV, oder speziell an Selbsthilfegruppen der Psychiatrieerfahrenen oder der Angehörigen.

## Bildungsangebote und Workshops

### Mögliche Themen:

- Partizipation und Mitsprache im GPV – „das kleine ABC der Partizipation“ (trialogisch)
- Strukturen des Hilfesystems und sozialrechtliche Fragen
- Kommunikationsskills für Gremienarbeit
- Selbstfürsorge im Ehrenamt
- Recovery und Interessenvertretung



Abb. 5

## Wie geht's weiter?

- **Individuelle Vor-Ort-Beratung mit interessierten Kreisen, Städten und Gruppen**
- **Einführender Workshop – „Das kleine ABC der Partizipation“ ab März 2023 via Zoom trialogisch an PE, ApK und Profis gerichtet**
- **Sammeln von Erfahrungen, Good-practice-Beispielen und Berichten von Interessenvertretung**



www.ipags.de  
kontakt@ipags.de  
01520 4146 956

Abb.6

Wir freuen uns auf die zukünftige Arbeit mit Einzelpersonen, Selbsthilfegruppen und Akteur:innen vor Ort. Erste Kontakte bestehen bereits. Unsere digitale Auftaktveranstaltung stieß auf großes Interesse. Motiviert starten wir in die nächste Projektphase und freuen uns auf neue Erfahrungen und die Zusammenarbeit im trialogischen Team.

# Partizipation im Gemeindepsychiatrischen Verbund

*Christa Widmaier-Berthold*

Bei der Vorbereitung des Projekts versuchten wir, als Arbeitsgruppe dialogisch zu arbeiten, aufmerksam und respektvoll zuzuhören, die Positionen nebeneinander stehen zu lassen, wenn sie verschieden waren, und übereinstimmende Auffassungen und Ziele zu einem Ergebnis zusammenzufügen, bis alle Seiten – die Angehörigen, die Betroffenen, die Fachleute – sich darin wiederfanden. Es war eine Meinungsbildung, aber eine offener, persönlicher als in einem öffentlichen Gremium, wie es ein Verbund-Gremium darstellt. In dem Projekt IPAGs soll es drei Jahre lang darum gehen, die Mitsprache der Selbsthilfe in der Meinungsbildung der GPV-Gremien zu stärken, und damit den Dialog auch in der Meinungsbildung der GPV-Gremien zu verwirklichen. Auch wenn die Gemeindepsychiatrischen Verbände sehr unterschiedlich organisiert sind, so arbeiten die verschiedenen Leitungs- bzw. Steuerungsgremien doch stärker formalisiert als Arbeitsgruppen. Es geht um die kommunale Versorgung, um verbindliche Beratungen, Festlegungen bis hin zu Entscheidungen. Die Interessenvertreter:innen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen wollen in Zukunft auf dieser Ebene nicht weiterhin nur dabei sein und ab und zu gehört werden, sondern verbindlich mitwirken und mitsprechen, kontinuierlich, bis hin zu gemeinsamen Entscheidungen.

## Partizipation als Projektziel

»Partizipation bedeutet, an Entscheidungen mitzuwirken und damit Einfluss auf das Ergebnis nehmen zu können. Sie basiert auf klaren Vereinbarungen, die regeln, wie eine Entscheidung gefällt wird und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht«.

Diese Definition von STRASSBURGER/RIEGER<sup>3</sup> möchte ich an den Anfang stellen. Im Projekt IPAGs geht es um Entscheidungen, d. h. um die Beteiligung der Interessenvertreter:innen an den Entscheidungen im GPV.

So heißt es in der Konzeption des Projekts:

»Das Anliegen ist es, die Mitsprache und Mitentscheidung bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen auf der Ebene der Städte und Kreise zu fördern«.

---

3 STRASSBURGER, Gabi; RIEGER, Judith (2019), Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. 2. Aufl. Weinheim, S. 230

## **Woran können wir uns orientieren, wenn wir mehr Partizipation fördern wollen?**

- An Erfahrungen in anderen Arbeitsfeldern

Die Diskussion um Partizipation und um Bürgerbeteiligung wird in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen geführt: in der Stadtplanung, bei Verkehrsprojekten, bei Umweltfragen, im Klimaschutz, auch in der Sozialen Arbeit und in der Behindertenhilfe. Auch auf der Ebene der Bundesländer wird inzwischen viel getan. So existieren in einer Reihe von Bundesländern Portale für Beteiligung – z. B. Bürgerbeteiligung NRW, Sachsen, Brandenburg, Niedersachsen, Bayern. Diese Portale informieren über aktuelle Beteiligungsverfahren, über »Beispiele für gute Partizipation« und sie fördern »Partizipation«, indem sie Fortbildungen anbieten, Projekte finanzieren und in Verwaltungsakademien mitwirken. Es existiert also eine große Breite von Partizipationsformen und -projekten. Ihnen ist gemeinsam, dass es Standards gibt für die Vorbereitung der Bürger:innen auf die Themen, ebenso für einen transparenten Ablauf der Beteiligung, und nicht zuletzt für die Reichweite der Partizipation: ob es nur um Information geht, um einen unverbindlichen Austausch oder schon um verbindliches Beraten oder um Mitentscheiden.

- An Kriterien, wie eine möglichst starke Mitsprache beschrieben werden kann  
Um hier den Überblick zu behalten, noch besser: um als Bürger:in einen klaren, kritischen Blick zu entwickeln, hat sich in der Diskussion um Partizipation eingebürgert, mit Stufenmodellen zu arbeiten. Diese beginnen mit Schein- oder Nichtpartizipation, gehen weiter zu Information, Mit-Beraten bis Mit-Entscheiden. Bekannte Stufenmodelle sind die von Nanz/Fritsche<sup>4</sup> und von Michael Wright<sup>5</sup>. Sie reichen von »Instrumentalisierung« bis »Bürgermacht« bzw. »Selbstorganisation«. Für eine erste Orientierung und für die Diskussion, wohin wir uns in der Gemeindepsychiatrie hinbewegen sollten, kann es ausreichen, wenn wir in der Frage der Reichweite unterscheiden, zwischen

- Nichtbeteiligung
- Information

---

4 NANZ, Patrizia; FRITSCHÉ, Miriam, Handbuch Bürgerbeteiligung. Verfahren und Akteure, Chancen und Grenzen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2012, S. 33-35.

5 WRIGHT, Michael T. (Hg) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 42.

- Mit-Beratung
- Mit-Entscheidung
- Volle Entscheidung/Selbstorganisation

Diese Stufen lassen sich noch weiter verfeinern – wenn das für notwendig gehalten wird – z. B. nach der zeitlichen Dimension »gilt die Mitsprache-Verabredung zeitlich begrenzt – oder unbegrenzt?«, oder nach der inhaltlichen Dimension, d.h. nach einzelnen inhaltlichen Bereichen, für welche die Mitsprache gelten soll. Ein Beispiel für einen schwierigen Mitsprache-Bereich in der gemeindepsychiatrischen Versorgung könnte in Zukunft das Thema »Finanzierungsfragen« werden.

Wenn unterschiedliche Auffassungen zusammentreffen, was unter Partizipation zu verstehen ist, was sie im Kontext des GPV bedeuten kann, und wie weit sie reichen soll, dann kann die Verständigung zunächst schwierig erscheinen. Wenn sich daher ein GPV-Gremium darauf hinbewegen will, »mehr Mitsprache« zu entwickeln, und dafür eine gemeinsame Sprache zu finden, dann können diese Stufen ebenso wie die Definition von Straßburger/Rieger ein »Geländer« bieten: Es geht um klare Vereinbarungen, wie eine Entscheidung gefällt wird, und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht. Diese Fragen sollten sorgfältig miteinander besprochen werden, bevor dann Entscheidungen unter partizipativen Vorzeichen zustande kommen.

## **Partizipation im GPV – was wissen wir über die Ausgangssituation?**

Bei der Entwicklung der Ziele waren wir in der Arbeitsgruppe verallgemeinernd davon ausgegangen, dass es bestimmte Barrieren für »mehr Partizipation« gibt. Die Teilnehmenden der Gruppe leiteten sie aus ihren eigenen Erfahrungen ab und sahen sie in unklaren Situationen und Abläufen, unzureichenden Unterstützungsstrukturen, undeutlichen Rollen und unklaren Motivationen.

Direkt vor dem Start des Projekts wollten wir aber noch mehr darüber erfahren, wie die Selbsthilfegruppen selbst die Situation sehen. Daher wurde eine telefonische Umfrage durchgeführt, bei der Vertreter:innen von Selbsthilfegruppen gebeten wurden, ihre eigenen guten und schwierigen Erfahrungen zu schildern, auch eventuelle Hemmnisse, welche sie als Betroffene oder Angehörige erleben. Aus den Antworten seien hier je einige Beispiele für »Hemmnisse« und für »Good Practices« angeführt:

## Hemmnisse

- Im Jahr 2019 ging es nur um ein Thema und 2020 gab es gar keine Sitzung.
- Es fanden schon lange keine Sitzungen mehr statt.
- Das GPV-Steuerungsgremium tagt einmal im Jahr.
- Weder Angehörige noch Psychiatrie-Erfahrene wissen Näheres über ihren GPV.

Wir schlossen daraus unter anderem, dass über den GPV und evtl. Abstimmungsregeln teilweise wenig bekannt ist. So sagten manche der Befragten, dass sie vermutlich ein Stimmrecht haben, es aber noch nicht genutzt haben.

## Gute Beispiele

- In einem Landkreis sind die Angehörigen in ca. fünf verschiedenen Gruppen organisiert, ihre Vertreter:innen sind im GPV-Steuerungsgremium Mitglied und bringen sich erfolgreich ein.
- In einem anderen Kreis arbeiten drei Psychiatrie-Erfahrene als Interessenvertreter mit bezahlter Arbeit, wenn auch in Teilzeit, einer ist Vorsitzender des GPV-Steuerungsgremiums. Der Austausch findet auf Augenhöhe statt und ihre Beiträge haben ein großes Gewicht.
- In einer Kommune werden die Vertreter der Selbsthilfegruppen vor den GPV-Sitzungen zu vorbereitenden Treffen eingeladen – die Planerin informiert über die Tagesordnungspunkte und über die Zusammenhänge.

Aus den Antworten entstand ein uneinheitliches Bild der Ausgangssituation – manche Aktivitäten und Vereinbarungen, die in der Projektvorbereitung angedacht sind, kommen zwar schon vor – wie im Beispiel oben vorbereitende Treffen vor Sitzungen– manches aber erscheint unklar oder offen.

## Erste Gedanken, was nötig sein wird

### Selbstbewusstsein

Für Bürger:innen einer Stadt, die zur Teilnahme an einem Beteiligungsverfahren – z. B. für die Planung ihres Stadtteils – von Expert:innen eingeladen werden, ist es Standard, dass sie eine umfangreiche Vorbereitung erhalten, dass sie über den

vorgesehenen Ablauf informiert werden, ebenso über den Diskussionsstand, über den Umfang ihrer Mitsprache, und nicht zuletzt werden die Treffen professionell moderiert. Was wäre, wenn? Was hindert uns, diesen respektvollen Blick auf die beteiligten Bürger:innen und dieses Herangehen auf die Gemeindepsychiatrie zu übertragen?

Personen, welche Selbsthilfegruppen in GPV-Gremien vertreten und hier mitsprechen wollen, sind ebenso Bürger:innen wie jene Personen. Die Interessenvertreter:innen haben daher allen Grund, selbstbewusst einzufordern, dass solche Standards auch ihnen zugutekommen, und dass Spielregeln für eine partizipative Meinungsbildung entwickelt werden.

### **Ein kleines ABC der Partizipation**

Nach unseren Eindrücken scheint es an Basiswissen zu fehlen: was bedeutet ein »Stimmrecht«, wie sollten Abstimmungen verlaufen, um welche Formen, welchen Umfang der Mitsprache – bei welchen Themen – kann es in der Gemeindepsychiatrie gehen? Welche Standards für Beteiligung sollten eingefordert werden und was sehen wir als Erfolgskriterien für eine dann tatsächlich gelingende Beteiligung?

## **Praxisnahe Workshops**

### **I. Partizipation im sozialpolitischen Raum: Gremienarbeit: regional, landes- und bundesweit**

*Sarah Schiffler*

#### **Ausschnitt aus einer GPV-Sitzung (Gemeindepsychiatrischer Verbund)**

Ein mittelgroßer Landkreis in Baden-Württemberg. Alle drei Monate trifft sich das GPV-Steuerungs-gremium zum Austausch über die Belange, Bedarfe und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier treffen sich die wichtigen Akteur:innen der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Kreis. In dieser Runde sitzen auch ein Interessenvertreter der Psychiatrieerfahrenen und eine Bürgerhelferin. Zwei Tage zuvor hat die Psychiatriekoodinatorin die heutige Tagesordnung verschickt. Ein wichtiges Thema, das besprochen werden soll, ist die Planung einer neuen Einrichtung im Landkreis. Eine ausführliche Projektbeschreibung wird ausgeteilt und die zuständigen Personen berichten über die Fortschritte des Projektes. Es gibt Raum für Fragen und Rückmeldungen, der von den Teilnehmenden genutzt wird. Die Psychiatriekoordinatorin spricht den Vertreter der Psychiatrieerfahrenen an: »Herr Maier, sie freuen sich doch sicher, dass es bald so eine Einrichtung in unserem Landkreis geben wird. Gibt es von ihrer Seite aus noch Anregungen und Fragen zum Vorhaben?« Herr Maier: »Vielen Dank für die Vorstellung der neuen Einrichtung. Das waren sehr viele Informationen, die ich erstmal sacken lassen muss und natürlich werde ich mir noch genauer die Projektbeschreibung durchlesen. Mir ist aufgefallen, dass die Busanbindungen zu dem Standort schlecht sind, das ist doch ungut für die zukünftigen Bewohner:innen?!« Das Anliegen wird vom Projektleiter vom Tisch gefegt. Man müsse froh sein, dass überhaupt ein bezahlbarer Bauplatz gefunden wurde. Die Sitzung nimmt ihren Lauf.

Vielleicht haben Sie so eine Situation auch schon mal erlebt?! Zumindest einige Anwesende im Workshop bestätigten ähnliche Erfahrungen. Unter dem Thema »Partizipation im sozialpolitischen Raum« wurde auf die Besonderheit und die Herausforderungen der Vertretung der Selbsthilfe in kommunalen Gremien, wie z. B. den Gemeindepsychiatrischen Verbund, eingegangen. Heike Petereit-Zipfel und Harald Metzger informierten die Anwesenden über eigene Erfahrungen und aktuelle Entwicklungen aus der Perspektive der organisierten Selbsthilfe. Nach zwei Szenen aus einer GPV-Sitzung konnten die Teilnehmenden von eigenen



Erfahrungen in der Gremienarbeit berichten. Gemeinsam wurde über Ansätze für gelingende Partizipation gesprochen.

### **Arbeit auf Augenhöhe**

Heike Petereit-Zipfel vom Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Baden-Württemberg ging in ihrem Beitrag auf die Haltung der Arbeit auf Augenhöhe zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und professionellen Fachkräften ein. Sie berichtete von einer Professionalisierungstendenz der Selbsthilfe, die sie wahrnimmt. Und von einem neuen Selbstbewusstsein, mit dem Interessenvertreter:innen ihre Aufgabe in politischen Gremien wahrnehmen wollen und dabei oft auf Barrieren stoßen. Die organisierte Selbsthilfe bietet Raum für Erfahrungsaustausch untereinander, sie fungiert als wichtige Ergänzung der professionellen Hilfen, aber eben auch als politischer Raum. Als ein Ort, an dem Betroffene eine Stimme finden können, und über den sie die Chance haben, Strukturen zu beeinflussen. Auf Bundes- und Landesebene vertreten die Verbände diese Anliegen, sie gelten als wichtige Akteure in der Meinungsbildung, die Teilnahme von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen gilt sogar teilweise als Voraussetzung für die Finanzierung von Forschungsvorhaben. Sie leisten wichtige politische Arbeit. Genauso wichtig ist es aber auch, diese Stimmen in den regionalen und kommunalen Gremien zu vertreten. Diese Aufgabe können Interessenvertreter:innen übernehmen. Aber was braucht es für gelingende Mitsprache, für wirkliche Partizipation und Arbeit auf Augenhöhe? Dieser Frage wird das Projekt IPAGs dialogisch mit wichtigen Akteur:innen, vor allem mit Personen aus der Selbsthilfe, in den nächsten drei Jahren weiter nachgehen.

### **Interessenvertretung im GPV**

Harald Metzger arbeitet selbst seit Jahren als Interessenvertreter der Psychiatrieerfahrenen im GPV-Gremium in Stuttgart. Schon recht schnell merkte er, dass viel mehr dazu gehört, als sich nur in die Sitzungen zu setzen. Er vernetzte sich in Stuttgart mit anderen Selbsthilfegruppen, auch mit Angehörigengruppen, mit der IBB-Stelle (Information-, Beratung- und Beschwerdestelle), der EUTB (Ergänzende Unabhängige Teilhabe Beratung) und mit der Bürgerhilfe, aber auch mit sozialen Einrichtungen. Vernetzung ist für ihn ausschlaggebend. Denn nur so bekommt er auch mit, welche Themen den Betroffenen gerade wichtig sind und kann selbst Diskussionen im GPV anregen. Harald Metzger ging in seinem

Vortrag darauf ein, dass für ihn Interessenvertretung das Vertreten der Anliegen einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe bedeute. In seinem Fall vertritt er die Interessen aller Psychiatrie-Erfahrenen, bzw. Menschen mit Krisenerfahrungen, die Angebote der psychiatrischen Versorgung in der Region in Anspruch nehmen oder nehmen möchten. Der Grundgedanke der Interessenvertretung im GPV ist aber auch seiner Meinung nach die Mitbestimmung bei der Gestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Wie dieser Gemeindepsychiatrische Verbund aufgebaut ist, das ist nicht nur in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, sondern auch in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg. Hier ein Beispiel einer Zusammensetzung eines solchen Gremiums:

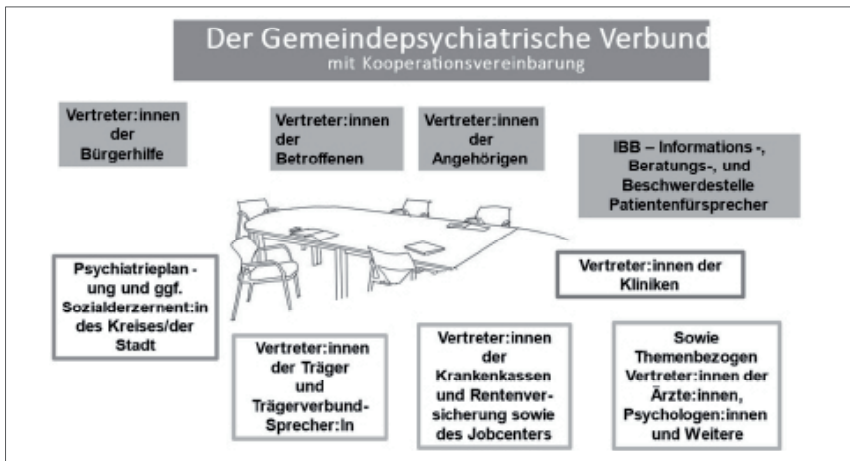


Abb. 1

Auch gibt es keine einheitlichen Standards für die Einbeziehung von Interessenvertreter:innen. Im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württembergs (PsychKhG) heißt es lediglich: »In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen« (§7 PsychKHG – Gemeindepsychiatrische Verbünde). Wie diese Kooperation aussieht, soll in einer Kooperationsvereinbarung festgehalten werden. Die tatsächliche Einbeziehung der Interessenvertreter:innen ist also sehr abhängig davon, wie die Bedingungen vor Ort sind, und welche Einstellungen und Haltungen die mitwirkenden Personen aufweisen.

## Arbeitsergebnisse aus dem Workshop

Den Teilnehmer:innen wurden zwei Szenen einer GPV-Sitzung vorgespielt. Ein positives und ein negatives Beispiel. Die Anwesenden sollten währenddessen darauf achten, was sie hören, sehen und wahrnehmen, welche Gefühle dabei entstehen und was die Szenen in Ihnen auslösen. Im lebhaften Austausch wurde von eigenen Erfahrungen in der Gremienarbeit berichtet und es wurden Ideen und Anregungen für gelingende Partizipation in Gremien gesammelt – das Übersichtsschema zeigt diese: Es konnten wertvolle Anregungen zusammengetragen werden:

Gegebenheiten	Was braucht es für gelingende Partizipation
Manchmal fehlen Interessenvertreter:innen in den GPV Sitzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Möglichst zwei Vertreter:innen</li> <li>➤ Akzeptanz und Rücksicht gegenüber dem Ehrenamt</li> <li>➤ Möglichkeiten auch bei Fehlen an Entscheidungen teilnehmen zu können</li> </ul>
Oftmals fehlende Vorbereitung	➤ Gute Vorbereitung der Sitzungen und Themen
Fehlende Professionen/ Perspektiven	➤ Vielfalt von Perspektiven berücksichtigen (auch die nicht-stationäre Perspektive)
Wo werden Entscheidungen getroffen?	➤ Transparenz schaffen in welchem Entscheidungsprozess man sich befindet
Wie können Anregungen aufgenommen werden?	➤ Anregungen zuverlässig ins Protokoll aufnehmen
Unklare Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klare Standards zur Strukturierung der GPV</li> <li>➤ Trialogische Grundhaltung erarbeiten</li> </ul>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gemeinsame Regeln besprechen</li> <li>➤ Zusammen erarbeiten wie gelingende Partizipation gemeinsam gelebt wird</li> <li>➤ Möglichkeit der Konsensfindung</li> <li>➤ Stimmen nach Gruppen verteilen: PE 1 Stimme, ApK 1 Stimme, Profis 1 Stimme</li> <li>➤ Kreise der Entscheidung (Methode)</li> </ul>
Klare Trennung von PE, ApK und Profis	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufweichen der harten Trennlinien</li> <li>➤ Entstigmatisierungsarbeit für Profis</li> <li>➤ Was bedeutet wirkliche Augenhöhe?</li> </ul>
Finanzielle Unklarheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klare Regeln, wie Fahrtwege, Verdienstausschuss usw. vergütet werden</li> <li>➤ Wer wird bezahlt und wer wird nicht bezahlt – Transparenz schaffen</li> </ul>
Fehlende Interessenvertretung der Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aktive Werbung und Schulung für Menschen aus der Selbsthilfe und Interessenvertretung</li> <li>➤ Sozialpsychiatrische Profis</li> <li>➤ INTERESSENVERTRETUNG MUSS BEZAHLT WERDEN!!!</li> </ul>

Abb. 2

Es zeigt sich, dass die Strukturen und Standards für Mitwirkung in Gremien eine ausschlaggebende Rolle für gelingende Partizipation spielen. Dies kann als gemeinsame Aufgabe verstanden werden. In dialogischer Zusammenarbeit sollen Strukturen, Kommunikationsregeln und gemeinsame Abläufe erarbeitet werden. Hier spielt das Thema Augenhöhe eine wichtige Rolle. Nach Strassburger und Rieger bedarf es dafür einer partizipativen Grundhaltung der Fachkräfte, »(...) Fachkompetenz und Lebensweltexpertise haben dabei den gleichen Stellenwert« (2019, S. 234). Zudem sollen interessierte Personen aus der Selbsthilfe durch Bildungsangebote in ihrer Aufgabe unterstützt und begleitet werden. Aber auch die Rahmenbedingungen für Interessenvertretung müssen angegangen werden. Es braucht beispielsweise dringend allgemeingültige Regelungen für finanzielle Entschädigung. Partizipation in sozialpolitischen Gremien muss also an unterschiedlichen Stellen angegangen werden. Das Projekt IPAGs wird diese Prozesse in Baden-Württemberg in einigen Regionen begleiten. Über die Fortschritte werden wir über unsere Homepage [www.ipags.de](http://www.ipags.de) laufend informieren. Hier können Sie auch unseren Newsletter abonnieren.

**Literatur:**

STRASSBURGER, Gabi; RIEGER, Judith (2019), Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. 2. Aufl. Weinheim.

## II. Partizipation der Versorgung: Peerqualifizierung, Peer – Mitarbeit

*Susanne Ackers*

In der Folge der im September 1975 fertiggestellten Psychiatrie-Enquête, die maßgeblich durch den in Bonn gegründeten Verein mit dem Namen AKTION PSYCHISCH KRANKE, abgekürzt APK, entstehen konnte, wurde durch engagierte Menschen die Aufmerksamkeit auf politischer Ebene auf das Thema der seelischen Beeinträchtigungen und der bis dahin in Form von Exklusion geprägter Umgangsweise mit krisenerfahrenen Menschen seitens der Regierung gelenkt. Die entstehende Gemeindepsychiatrie fiel durch das seit dem frühen 19. Jahrhundert in Deutschland bereits im Kunstkontext flächendeckend sich etablierende Vereinswesen auf fruchtbaren Boden, auf dem nicht nur ambulante Trägerorganisationen in Vereinsform, sondern auch sogenannte Selbsthilfvereine aufblühten und seither einen wesentlichen Teil der Versorgungslandschaft bilden.

Susanne Ackers und Thomas Künneke moderierten den Workshop zum Thema *Partizipation in der Versorgung: Peer-Qualifizierung und Peer-Mitarbeit*.

Dabei vertrat Susanne Ackers als Vorstandsmitglied den bundesweiten Verein mit dem Namen ›EX-IN Deutschland‹. Dieser 2011 gegründete Verein mit 280 Mitgliedern hat Themen der EX-IN Qualifizierung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleiter:innen im Blick und reflektiert diese auf verschiedenen Ebenen, um sie ständig fortzuentwickeln. Ziel ist es, die Perspektive von sogenannten ›Experten aus Erfahrung‹ in das Gesundheitssystem zu implementieren, um die dort vertretene Perspektive der ›Experten durch Studium und Ausbildung‹ im Sinne der Menschen mit Unterstützungsbedarf zu ergänzen und damit die Versorgungslandschaft zu bereichern. Ebenso gehört die Perspektive der ›Experten durch Begleitung‹, also der Angehörigen, Freund:innen, Arbeitgeber:innen, Nachbar:innen und so weiter, zum Vereinsziel. Das dialogische Miteinander wird im Verein gelebt. Seit 1998 ist Susanne Ackers Psychiatrieerfahrenere. Diese biographische ›Wende‹ wirkte sich beruflich aus. Aufgrund der EX-IN Qualifizierung 2013-2014 beendete die promovierte Kunstwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt auf Medienkunst ihre Tätigkeit im Kulturbereich und widmet sich seither in unterschiedlichen Zusammenhängen ganz dem Thema der seelischen Gesundheit.

Thomas Künneke stellte sich vor als ›aktiver Psycho‹ auf der Basis seiner biographischen Stationen als Sozialarbeiter mit mehreren therapeutischen Zusatzausbildungen inklusive Leitungserfahrung in mehreren Berliner Einrichtungen sowie eigener Krisenerfahrungen. Nach der Gründung des Vereins ›Kellerkinder‹,

den Thomas Künneke über viele Jahre als Vorstandsmitglied stark geprägt hat, ist er hier auch als Mitarbeiter der 1990 in Erlangen gegründeten Selbstvertretungsorganisation ›Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben‹ (ISL). Dieser Verein ist ausgerichtet auf die Diskriminierungserfahrungen aller Beeinträchtigungen, nicht nur der seelischen, sondern auch der körperlichen.

Hier wurde die Methode des ›Peer-Counseling‹ entwickelt. Eine Peerqualifizierung, die seit 2018 als Beratungsmethode der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB) bundesweit bekannt wurde. Menschen mit Behinderung beraten Menschen mit Behinderung (oder Beeinträchtigung). In der Peer-Counseling-Methode sind neben Selbsterfahrungseinheiten auch die Beratung als wichtiger Aspekt der Aufklärung der Menschen mit Behinderungen über ihre Rechte eine große Rolle. Diese Qualifizierung, ebenso wie die EX-IN Qualifizierung erfüllt jedoch derzeit noch nicht die für eine Anerkennung oder Zertifizierung nötigen Kriterien, sodass krisenerfahrene Menschen sich um die Finanzierung jeweils selbst kümmern müssen. In der Folge des Workshops sollen gemeinsame Überlegungen zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit den Zugang zu Peerqualifizierungen und in deren Folge dann auch zu Peerarbeit für die interessierten Personengruppen finanziell möglich werden lassen.

Das Konzept der EX-IN Qualifizierung weicht ab von den allermeisten Aus- oder Fort- oder Weiterbildungen. Bei EX-IN werden Inhalte als Impulsgeber vermittelt. Die Trainer:innen öffnen und halten einen (mental) geschützten Raum, in dem die Teilnehmer:innen sich vor allen Dingen über ihr ganz persönliches Erfahrungswissen austauschen. Es entsteht der Weg vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Letzteres befähigt zur Begleitung der Menschen, die diesen Weg noch nicht gehen konnten.

Subjektives Erfahrungswissen ist die ›mitgebrachte‹ Kompetenz in das neue Berufsbild der ›Genesungsbegleiter:in‹. Das subjektive Erfahrungswissen ist komplementär zum objektiven Theoriewissen. Ein Mensch mit Bungee-Jumping-Erfahrung unterhält sich mit jemandem, der diese Erfahrungen auch hat, auf einer anderen Ebene, als jemand, der diese Erfahrungen nicht hat. Ebenso ermöglichen eigene Krisenerfahrung und deren Überwindung schnell eine sehr intensive Beziehung zu denjenigen Menschen, die die Genesung oder die Überwindung der Krise – auch im Sinne von Reflexion durch welche Ausdrucksweise auch immer – noch vor sich haben.

Basierend auf einer Erfahrung von beispielsweise 20 Jahren Krisenerfahrung und damit der ›Erlernung‹ des psychiatrischen Versorgungssystems aus der Nutzerperspektive, entsteht die Herausforderung, dieses wertvolle Wissen in

das System der Eingruppierungslogik zu integrieren, etwa bei der Gewerkschaft Ver.di, wo dieses Wissen (noch) nicht anerkannt wird. Wir setzen uns dafür ein, dass Erfahrungswissen äquivalent zu einem Studium oder einer Berufserfahrung in den bisher etablierten Berufsgruppen wertgeschätzt wird, denn das Wissen um den langen Weg durch die Versorgungslandschaft dient der Genesung ebenso wie das Wissen der durch Studium und Beruf ausgebildeten Kolleg:innen: Wie gehe ich mit der Schwierigkeit um, einen passenden Therapieplatz zu finden, wie fühlt es sich an, eine Diagnose zugeschrieben zu bekommen oder über die Jahre hinweg auch mehrere und so weiter?

Das Buch ›Recovery‹ von Michaela Amering und Margit Schmolke trägt den Untertitel ›Das Ende der Unheilbarkeit‹. Dabei wird der Austausch zwischen Menschen mit vergleichbaren Erfahrungen als eine grundlegende und äußerst wirksame Strategie betont. Die (Er-)Findung der eigenen Sprache, die ›Entäußerung‹ und damit den ›Ausstieg‹ aus der Krise ganz bewusst und im Gespräch mit anderen ermöglicht.

Ein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater aus dem Publikum beschreibt seinen »allerwertvollsten Mitarbeiter« so: »[...] den kann ich zum Beispiel morgens losschicken, wenn ein Jugendlicher nicht in die Schule geht. Das kriegt er so gut wie sonst niemand hin. Obwohl der ja eine ganz andere berufliche Herkunft hat. Er ist eigentlich Gebäudereiniger. Dieser Mann ist ein Mensch für alle schwierigen Konstellationen, wo es einfach darum geht, Menschen zu zeigen: Es gibt einen Weg, es gibt noch eine Chance, einfach wunderbar. Ja, es gibt niemanden in meinem Team, den ich mit so Ideen losschicken kann. Und er musste manchmal nur einen Satz sagen: ›Ja, so habe ich auch mal gedacht, ja, dass es jetzt nicht weitergeht und dass das nichts bringt, aber wenn man will, kann man schon alles schaffen.‹ Das ist so überzeugend aus seinem Mund für die Jugendlichen, das kann ich nicht in Worte fassen, ja, das ist etwas ungeheuer Wertvolles.«

Der hier beschriebene »Nutzen« für den Arbeitgeber allerdings birgt auch eine Gefahr: Oft werden Peers als Ersatz für andere Berufsgruppen eingesetzt. Das ist eine Tendenz, die verschiedene Ursachen hat. Zum einen werden Peers momentan noch sehr viel schlechter bezahlt als ihre Kolleg:innen, obwohl sie nicht nur diese Kolleg:innen ersetzen, sondern, wie im Beispiel beschrieben, sogar Aufgaben übernehmen, die diese Kolleg:innen gar nicht leisten können. Jedermann im System würde wahrscheinlich sofort unterschreiben, dass wir Sozialarbeiter brauchen. Das Bild von Peer-Counselor- oder EX-IN-Kolleg:innen ist noch nicht so klar. Es ist noch nicht für alle nachvollziehbar, was für eine besondere Funktion sie haben, was sie mitbringen in diesen Kontext. Und nochmal: Es geht nicht um Konkur-

renz. Sie bringen eine neue Rolle mit und erweitern damit die Möglichkeiten der Genesung der Menschen, die in Krisen stecken und Unterstützung benötigen.

Neben den ambulanten Hilfsangeboten bietet das Bundesteilhabegesetz seit 2018 die Finanzierung einer persönlichen Assistenz an. Die Suche nach einer passenden Person allerdings ist oft beschwerlich. Im Zusammenhang mit einer Berentung und/oder einer Arbeit wird es noch komplizierter. Die behördlichen Informationskanäle greifen hier leider noch zu kurz und oft wissen Arbeitgeber und/oder Beratungsstellen nichts oder jedenfalls zu wenig über das Budget für Arbeit und die Assistenzleistungen.

Eine weitere Finanzierung ist das Budget für Bildung. Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben einen ›Bildungsknick‹, weil psychische Beeinträchtigungen oft zu Zeiten auftauchen, wo Bildung abgeschlossen oder begonnen wird. Dazu gehört auch eine Phase, wo es ein Stück Orientierung für die Menschen mit Unterstützungsbedarf braucht. Da geht es darum, Interessen und Fähigkeiten abzuwägen und zu schauen, wo es weiter gehen kann, möglicherweise eben in die Richtung von Peer-Aktivität. Aber es könnten auch andere Richtungen sein. Es ist ganz wichtig, dass diese Phase des Ausprobierens und Tastens auch gegebenenfalls nachgeholt werden kann, wenn diese in der Phase der Jugend oder der jungen Erwachsenenzeit nicht gelebt werden konnte. Damit ist nicht das 47. Bewerbungstraining gemeint. Es geht darum, eine Chance zu erhalten: »Mach' erstmal und wir begleiten Dich im Machen!« Learning-by-doing. Hands-on. Einfach Ausprobieren. Ins Handeln kommen. Selbstvertrauen spüren. Ein zweijähriges Vorbereitungstraining ist wie das Schwimmenlernen ohne das Schwimmbecken mit Wasser, das wie die Möhre vor die Nase gehalten wird, nutzen zu dürfen. Trockenübung. Theorie statt Praxis: Das funktioniert nicht!

Bei der EX-IN Genesungsbegleitung geht es um das Begleiten. Um das Dabeisein. Dabeisein beim Ankommen bei sich selbst. Wenn jemand gerade nicht reden kann oder mag, dann bietet die Genesungsbegleiterin möglicherweise ein Zitronenbonbon an und es entsteht ein Gespräch über Zitronenbonbons oder nicht und dann darf auch eine Stunde geschwiegen werden. Das ist aber vorher nicht abschätzbar. Vor jeder Begegnung weiß der Genesungsbegleiter nur, dass er eine Stunde Zeit zur Verfügung hat oder eventuell auch mehr, damit er das tun kann, was in dem Moment für den zu begleitenden Menschen passt. Bedürfnisorientiert eben. Und da seelische Krisen nie gleich und auch nicht vergleichbar sind, weiß eben niemand vorher, was gerade gut ist und guttut, und dem Menschen in der akuten Krise (auf einer Akutstation in der Klinik zum Beispiel) gerade dabei hilft, die eigenen Bedarfe und Wünsche und Nöte ausdrücken zu können. Also: Wir



wollen in der Versorgung als Peers vertreten sein, wir wollen aber nicht sagen, ich brauche zwei Minuten, um die Zähne zu putzen, drei Minuten, um die Haare zu kämmen, vier Minuten, um das Bett zu machen und fünf Minuten so und dann gehe ich wieder raus. So ist das in der Pflege leider gekommen, das wollen wir nicht. Dann können wir aufhören, da müssen wir gar nicht erst anfangen.

Das Bild vom Rucksack als gemeinsamer Nenner jedes Menschen hilft bei der Begleitung. Jeder Mensch hat einen Rucksack, der eine ist größer, der andere kleiner, die Inhalte sind total verschieden. Dieser Rucksack wird zu verschiedenen Zeiten des Lebens voller oder weniger und während der einjährigen EX-IN Qualifizierung packen die Teilnehmer:innen ihren eigenen Rucksack immer wieder aus und ein, damit sie egal, wo sie später als Genesungsbegleiter:innen hingehen, ihren Rucksack als Handwerkszeug dabei haben und dessen Inhalte in- und auswendig kennen. Vor jeder Begegnung wird da ein bisschen herum sortiert in dem Rucksack und überlegt, was möglicherweise in dieser anstehenden Begegnung passenderweise geteilt werden könnte. Nach jeder Begegnung wird der Rucksack wieder eingeräumt. Der Rucksack ist wieder zu. Die Genesungsbegleiterin ist wieder Susanne Ackers.

Das macht jede/r Therapeut:in und Arzt/Ärztin wahrscheinlich auch. Man öffnet einen Raum für die Begegnung und schließt ihn im Anschluss wieder. Die Menschen in der Krise werden in diesen Raum eingeladen. Es ist im besten Fall ein geschützter Raum. Eine Stolperfalle für Genesungsbegleiter:innen ist das kollegiale Miteinander. Genesungsbegleiter:innen sind in der Pause bzw. zwischen den Gesprächen mit Klient:innen ›ganz normale Kolleg:innen‹, mit denen spricht frau über das Wetter oder den schlechten Kaffee in der Kantine. Als Genesungsbegleiter:innen wissen wir, wie wichtig und wertvoll diese ›Pausenkultur‹ ist.

Wir haben ein Wissen, das ist schützenswert, das ist unser Kapital, das ist sehr privat und das stelle ich zur Verfügung und da komme ich mit der Selbstbestimmung, auch **Peers haben ein Recht auf Selbstbestimmung** und man sollte nicht vorschreiben, dass in jeder Session oder in jeder Begegnung dasselbe passiert. So funktioniert das Leben nicht. Peers sind Kolleg:innen wie alle anderen auch. Der Arzt/die Ärztin macht eine coole OP, und er/sie darf keinen schlechten Tag haben oder sich am Tag vor einer schwierigen OP übermäßig verausgaben. Der/die EX-IN'ler:innen wird (hoffentlich) wissen, wo die eigenen Grenzen sind und eine Einladung für eine bestimmten Aufgabe gar nicht erst annehmen, wenn die Woche schon voll ist mit anderen Herausforderungen. Und das gehört eben auch dazu, wir haben unsere Energiebatterie immer im Blick. Und das ist noch ein

Drittes, was wir noch gar nicht gesagt haben, wenn Peers im Team sind, lernen die anderen Kolleg:innen, die sogenannten Profis, das eben auch, weil die sich nämlich sehr oft im Hamsterrad abstampeln und irgendwann selbst aus dem Job rausfliegen, weil sie sich übernehmen und nicht gut abgrenzen.

Gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Selbsteinschätzung verlorengegangen, wenn man gemerkt hat, man hat manchmal nicht funktioniert und man sitzt da die ganze Zeit an seinem neuen Arbeitsplatz oder in seiner Ausbildung und denkt, ich muss das schaffen. Das ist wie eine Bombe, die sich langsam aufbaut. Und dann kommt die Krise. Es ist wichtig, wie viele Misserfolge haben Menschen, die frühzeitig in diese Krisenerfahrung kommen. Wie viele Misserfolge sie gerade in berufliche und schulische Bildung mitbringen, denn sie trauen sich dann in der Krise überhaupt nichts mehr zu. Und das ist das, was nötig ist: Menschen an der Seite zu haben, die einen da aufbauen, die einen unterstützen in diesem Kontext. Und zwar so lange, bis eine Selbstständigkeit wieder möglich ist.

### III. Geschlechterspezifische Partizipation

*Elisabeth Scheunemann*

#### Einleitung

Als ich den Titel dieses Workshops genannt bekam, habe ich in meiner Antwort darauf geschrieben, »dass beeinträchtigende und verletzende Lebenserfahrungen als m/w/d-Mensch – die oft zitierte Vulnerabilität – in Behandlungskonzepten häufig nicht angesprochen werden. So bleibt ausgespart, welche eingeschränkten/nicht hilfreichen Verhaltensmuster Betroffene entwickelt haben, die sie erheblich an umfassender sozialer Teilhabe behindern.« Das habe ich sowohl in der Selbsthilfe im Kontakt mit Betroffenen als auch in den acht Jahren erlebt, als ich Mitglied der Staatlichen Besuchskommission in NRW war.

Gender ist eine soziale Kategorie. Sie beschreibt die soziale Dimension von Geschlecht. »Gemeint sind damit die kulturspezifisch wie historisch variablen Rollen, Erwartungen, Werte und Ordnungen, die an das jeweilige bei der Geburt zugewiesene Geschlecht geknüpft sind. ... Wie sich diese soziale Dimension gestaltet, ist abhängig von der jeweiligen Kultur (wie Geschlecht mit Leben gefüllt wird ...) und der historischen Entwicklung. ... Obwohl es Idealvorstellungen von weiblich und männlich gibt, sind doch viel mehr Grauzonen dazwischen und darüber hinaus die Realität. Geschlechtliche Zuschreibungen befinden sich also kontinuierlich im Fluss.« (<https://www.uni-due.de/genderportal/gender.shtml>)

Ich bin Soziologin und Gerontosozialtherapeutin. Als Soziologin interessierte es mich seit langem, welche Daten und erklärende Konzepte es zu Teilhabe und Exklusion für langfristig psychisch erkrankte Menschen/seelisch behinderte Menschen gibt.

Bernd Eikermann, Barbara Eikermann-Zacharias, Dirk Richter und Thomas Reker haben in dem Artikel »Integration Psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am wirklichen Leben« im Deutschen Ärzteblatt 2005 die Ergebnisse einer Untersuchung zu Exklusionsmechanismen von arbeitsfähigen Erwachsenen in England veröffentlicht (Dtsch. Ärztebl. 2005;102:A1104-1110).

»Viele psychisch Kranke werden schon lange vor der ersten Behandlung vom Arbeitsmarkt und aus sozialen Beziehungen ausgeschlossen.« In der Studie wird festgestellt, dass Erwachsene mit psychischen Störungen in Großbritannien

- »nur zu 24% erwerbstätig sind,
- ein dreifach erhöhtes Risiko aufweisen, erheblich verschuldet zu sein,
- ebenso ein dreifach erhöhtes Risiko haben, geschieden zu werden,

- häufig Mietrückstände haben und in Gefahr stehen, ihre Wohnung zu verlieren.

Zu den Patienten, die im Kontakt mit gemeindepsychiatrischen Institutionen stehen, wird im Artikel festgehalten, dass 40% ausschließlich Kontakte zu anderen Patienten und Betreuern haben und sich 80% der Betroffenen gleichzeitig isoliert fühlen, dabei fällt die Situation junger Menschen aus ethnischen Minderheiten besonders negativ aus. Der Zugang zu Wohnungen, zum Sozial- und Rechtssystem gilt für diese Patienten als weitgehend verschlossen.«

Obwohl dieser Artikel vor 17 Jahren geschrieben wurde, finde ich, dass die genannten Items mit ihren Ausprägungen auch auf die Lebensverhältnisse langfristig psychisch Erkrankter in Deutschland vielfach zutreffen.

Richter beschreibt die Exklusionsmechanismen 2010 in einem Aufsatz in der Zeitschrift der evangelischen Behindertenhilfe »Kerbe« auf dem Hintergrund der soziologischen Systemtheorie ([https://www.Kerbe.info/files/Kerbe\\_ausgaben/2010-01-14\\_Kerbe1\\_10-Artikel-Richter.pdf](https://www.Kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/2010-01-14_Kerbe1_10-Artikel-Richter.pdf)). In diesem Denkansatz wird »das Verhältnis von Individuum und gesellschaftlichen Teilsystemen als In- und Exklusion konzipiert. Damit ist gemeint, dass der heutige Mensch immer wieder neu den Anschluss an verschiedene soziale Teilsysteme wie Wirtschaft, Bildung, Gesundheit, Intimbeziehungen oder Recht suchen muss, wenn er denn halbwegs erfolgreich durchs Leben gehen will.«

Wenn wir uns diese gesellschaftlichen Subsysteme ansehen, kommt in den Blick, dass psychisch erkrankte Menschen/seelisch Behinderte mit prekären Konstellationen zurechtkommen müssen wie geringen tragfähigen sozialen Kontakten, diversen Problemlagen wie oben in der englischen Untersuchung: fehlender Schulabschluss, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, schwierige Wohnsituation.

Besonders die Verschränkung von prekären sozialen Lagen und individuellen Unzulänglichkeiten/seelischen Behinderungen mindert die Handlungsfähigkeit von Menschen und verstärkt Exklusion. Mir gerät beim Gedanken an Menschen, denen es an Anschlussfähigkeit an relevante gesellschaftliche Subsysteme mangelt, das anschauliche Bild aus einem Songtext von Hanns Dieter Hüsch vor die Augen: »Ich sing für die Verrückten, die seitlich Umgeknickten«.

Das menschenrechtliche Verständnis von Behinderung entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention – Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie *in Wechselwirkung mit verschiedenen umweltbedingten Barrieren* an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (§1, Abs. 2 Behinder-

tenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK)), finden sich seit 2015 in ergänzenden Rechtsgrundlagen im deutschen Behandlungsrecht: SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung), §2 Leistungen.

#### § 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.

#### §2b Geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Katarina Stengler und Ina Jahn weisen in einem Artikel in der Psychiatrischen Praxis 2015; 42: 63-64 auf bisher weniger diskutierte Aspekte einer geschlechterdifferenzierten Versorgung hin: »Nach wie vor weniger dezidierte geschlechterspezifische Angaben lassen sich im Hinblick auf Diagnosestellung, Behandlungsverlauf oder Art des und Einflüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen bei Frauen und Männern finden [...] Dies interessiert aber, da auch hier relevante Unterschiede vermutet werden können. Zu den umweltbedingten Einflussgrößen, die zur Modifikation und Verlaufsbeeinflussung von psychischen Erkrankungen beitragen, gehört die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aus geschlechterspezifischer Sicht ist die unterschiedliche Inanspruchnahme von stationären, ambulanten sowie ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsleistungen von Frauen und Männern interessant, um Aspekte der Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzudecken. Dabei können Ergebnisse derart angelegter Studien wichtige Erkenntnisse liefern zu individuellen und kontextbezogenen geschlechterabhängigen Determinanten der Versorgung. Geschlechtersensible Implikationen für die Planung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung und Überlegungen für geschlechterdifferente Aspekte des zukünftigen Versorgungsmanagements können davon abgeleitet werden.« (S. 63)

### **Gendermedizin/Geschlechtssensible Medizin**

Eine Pionierin der Gendermedizin ist Prof. Vera Regitz-Zagrosek. An der Berliner Charité hat sie das bundesweit erste Institut aufgebaut, das sich mit geschlechterspezifischen Aspekten in der Medizin beschäftigt.

In einer Beilage der Süddeutschen Zeitung Plan W 1/2020 wurde Frau Regitz-Zagrosek interviewt, wie sie zur Gendermedizin gekommen ist.

»Meine erste Erinnerung an Geschlechterunterschiede bei Herzerkrankungen: der Tod einer Frau. Es war Mitte der 90er Jahre, ich arbeitete im Herzzentrum in München. Eine junge Frau wurde in einem sehr schlechten Zustand mit einem Kreislaufschock eingeliefert. Wir wussten nicht, was mit ihr los war und generell wenig über Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen. Möglicherweise hatte sie einen Herzinfarkt gehabt, sicher waren wir nicht. Ihr Krankheitsbild unterschied sich stark von dem, was Männer üblicherweise zeigen. Die Frau starb. Weil sie eine Frau war?« Das wurde zum Ausgangspunkt ihrer zukünftigen Forschungsaktivitäten. »Ich begann erst Jahre später zu verstehen, was damals passiert war. Als Oberärztin am Deutschen Herzzentrum sah ich es immer wieder: Frauen reagieren anders als Männer auf Krankheiten, Medikamente und Therapien. Männer stehen im Zentrum der medizinischen Forschung – es sind hauptsächlich ihre Symptome und Beschwerden, die in die Lehrbücher eingehen. Studien mit Frauen gelten wegen Schwankungen im Hormonhaushalt und der Möglichkeit einer Schwangerschaft zu Unrecht als zu komplex und zu teuer. So werden Frauen nach einem auf Männer ausgerichteten Standard behandelt. Das hat Folgen: Frauen leiden oft unter Nebenwirkungen, wenn sie Medikamente einnehmen. Manche Präparate und Therapien wirken gar nicht. Andere müssten anders dosiert werden.« Sie berichtet über die Reaktion ihrer Fachkollegen zu ihrer neuen Forschungsausrichtung: »Vera, du hast früher so tolle Forschung gemacht. Und jetzt machst du so komische Dinge.«

»Ich ließ mich nicht abbringen, fand UnterstützerInnen und gründete eine Arbeitsgruppe, die sich mit Herzkreislauf-Erkrankungen bei Frauen beschäftigt. ... Ich bekam eine Professur an der Charité und gründete das bundesweit erste Institut für Gendermedizin. Mein Team und ich etablierten Geschlechterforschung in der Pflichtlehre – zumindest dort.«

Nach ihrer Emeritierung hat Prof. Regus-Zagrosek zusammen mit der Wissenschaftsjournalistin Stefanie Schmidt-Altringer ein Buch mit dem Titel »Gendermedizin« veröffentlicht, in dem sie vor allem die Patientinnen als Nutzerinnen des medizinischen Versorgungssystems ansprechen wollten. Auch in diesem Buch haben sie biologische Unterschiede, differenziert nach den verschiedenen Organ-systemen des Körpers dargestellt, ebenso aber auch soziokulturelle Faktoren wie die gesellschaftlich vermittelten Vorstellungen und Prägungen der Geschlechter und deren Auswirkungen in unterschiedlichen Lebensphasen und –wirklichkeiten. Es war den Autorinnen wichtig, dass Frauen eigene Symptome besser einordnen und verstehen können und Ärztinnen und Ärzte gezielt nach passgenauen Therapien fragen können.

## Geschlechtsdifferente Prävalenz psychischer Krankheiten.

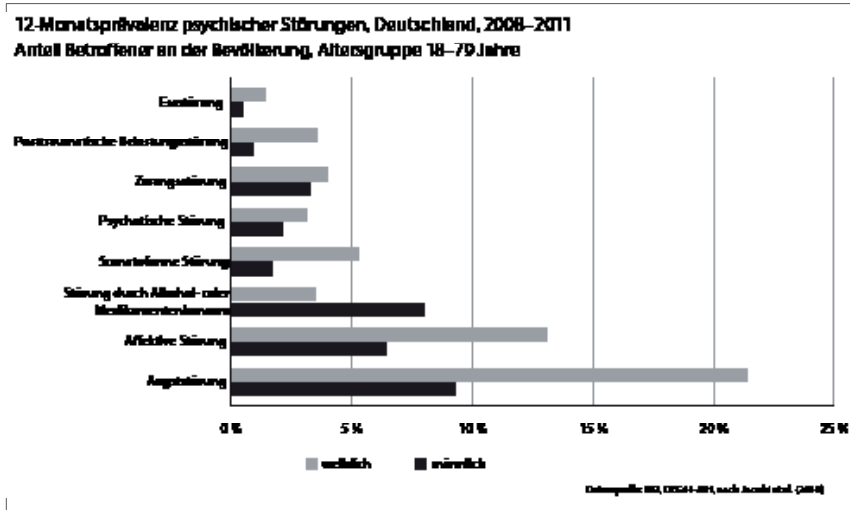


Abb. 1: Erster Bayerischer Psychiatriebericht S.30

»In Deutschland liegt die Einjahresprävalenz an mindestens einer psychischen Störung zu erkranken mit 33% leicht unter dem europäischen Durchschnitt von 38,2% (JACHERTZ 2013, S.1; WITTCHEN et al. 2011, S. 670). Die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen sind Angststörungen (16,2%); gefolgt von alkoholbedingten Störungen (11,2%) und unipolaren Depressionen (8,2%) (WITTCHEN & JACOBI 2012, S. 8). Bei diesen führenden psychischen Erkrankungen ist jedoch eine erhebliche Geschlechterdifferenz zu beobachten (ebd.). Frauen erhalten mehr als doppelt so häufig die Diagnose einer Angststörung oder unipolaren Depression als Männer. Alkoholstörungen hingegen werden bei Männern mit 18,3% wesentlich häufiger diagnostiziert als bei Frauen (3,9%).«<sup>1</sup>

Es sei allerdings in Frage zu stellen, »ob und inwieweit depressive Erkrankungen bei Männern mit den eingesetzten diagnostischen Instrumentarien vollständig erfasst werden können. Die deutlich höhere Suizidrate bei Männern kann

1 Prof. Dr. Claudia Hornberg : Geschlechterdifferenzen im Kontext psychischer Gesundheit und Krankheit in der Veröffentlichung: LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen: DER KLEINE UNTERSCHIED: Grund genug für eine geschlechtersensible Behandlung in der Psychiatrie. Dokumentation der Fachtagung vom 26. Mai 2014 in Köln, S.68.

z. B. als Indiz für eine mögliche Unterschätzung der Zahl depressiver Erkrankungen bzw. typisch männlicher Erkrankungen gewertet werden.«

### **Ein genderspezifisches Angebot für Männer**

Auf der Suche nach spezifischen Angeboten des Versorgungssystems für Männer bin ich nur einmal fündig geworden: bei der »Psychosozialen Arbeitshilfe Ambulante Gruppentherapie für Männer mit Depressionen« von Bartholomes und Schomerus aus dem Psychiatrieverlag Köln 2020.

Es hat mir gefallen, dass die Autoren bei der Erstellung ihres Buches drei Teilnehmer ihrer Gruppe dazu bewegen konnten, zu den einzelnen Kapiteln Stellung zu nehmen. Die Autoren beschreiben, dass die Anstöße für die Entwicklung dieses Angebotes sich aus ihren bisherigen Arbeitsfeldern ergaben. Sie arbeiteten zunächst auf einer Suchtstation, später gemeinsam in einer psychiatrischen Tagesklinik und Institutsambulanz. »Wir beobachten – wie andere Kolleginnen und Kollegen auch, dass viele unserer männlichen Patienten gerade in Gruppentherapien nicht im Gruppentherapieprozess ankommen. Einmal im wörtlichen Sinn: Männer sind als Patienten vor allem im Bereich ambulanter Psychotherapie unterrepräsentiert. Zudem kommen sie im übertragenen Sinn nicht richtig an: Wir nehmen häufig wahr, dass eine größere Zahl derjenigen Männer, die sich z. B. in einer Klinik für Gruppenpsychotherapie entschieden haben, in der Struktur der Gruppengespräche über die dort sehr frühzeitig therapeutisch eingeforderten Gefühls- und Befindensäußerungen und innerlichen Reflexionsbemühungen mit ihren Anliegen und Themen schnell untergeht. Einige ziehen sich ins Schweigen zurück. Andere wiederum kommen mit expressiven und ärgerlichen Affekten bei manchen Therapeuten und mancher Therapeutin – nicht so gut an. ... Wir hatten uns ... immer häufiger die Frage gestellt, welche inhaltliche Ausrichtung und Prozesse ein (ambulantes) Gruppenbehandlungsangebot bereithalten müsste, damit es auch den Bedürfnissen männlicher Patienten entgegenkommt.« (S. 19/20)

Das Angebot war eine Gruppentherapie mit neun Teilnehmern über 25 vierzehntägig stattfindende Treffen. Der Psychoedukationsteil, der theoretische Hintergrund rekurrierte auf die vier psychologischen Grundbedürfnisse von Menschen:

- Orientierung und Kontrolle (Autonomie, Einflussmöglichkeiten, Handlungsspielräume)
- Bindung (Nähe, Zugehörigkeit, Gemeinschaft, Beziehung)
- Selbstwert (Anerkennung, Wertschätzung, Erfolg positives Selbstbild)



- Lust und Schmerzvermeidung (Lustvolle Erfahrungen, Freiheit von Schmerzen) (S. 77/78)

Der Teilnehmer sagte dazu: «Mir gefiel am ganzen Vorgehen das mit den Grundbedürfnissen sehr gut. Das hat mir weiter geholfen. Wie es sich damit verhält, erfährt man ja sonst nirgendwo.» (S. 28)

Als zukunftsorientierter Anteil des Angebotes wurden nach der Betrachtung von Träumen und Wünschen auch aus früheren Lebensphasen die Patienten ermutigt, eigene konkrete Projekte zu entwickeln und außerhalb der Sitzung Umsetzungsschritte auszuprobieren. »In den Sitzungen stehen Mitpatienten und Therapeuten für Anregungen und Hilfestellungen zur Verfügung.« (S. 14)

Projekte waren unter anderem:

- Teilnahme am Rügenmarathon
- einen neuen Job heraus aus der Arbeitslosigkeit finden
- einen Kastenwagen umbauen für gemeinsame Reisen mit der Frau
- einen emotionalen Zugang zum Vater finden, der sich umgebracht hat, als der Teilnehmer noch ein Kind war

Ich kann mir gut vorstellen, dass das Projekt von Bartholomes und Schomerus, zu dem sie auch Module und Materialien in der Buchveröffentlichung zugänglich gemacht haben, die Entwicklung weiterer männerspezifischer Psychotherapieangebote befördern kann.

### **Teilhabe von Frauen**

Wenn man sich die Lebensläufe und die Vorgeschichte von Psychiatricpatientinnen ansieht, finden sich kritische Begebenheiten, die auf rechtliche und andere strukturelle Benachteiligungen verweisen, z. B. prekäre wirtschaftliche Lage von Herkunfts- und eigener Familie oder nach Scheidung. Bei Inanspruchnahme von längerer Elternzeit werden Frauen erhebliche Steine für weitere berufliche Tätigkeit und Qualifizierung in den Weg gelegt. Das ist wahrscheinlich auch ein Grund, dass Männer, wenn sie überhaupt eine Elternzeit in Anspruch nehmen, größtenteils zwei Monate einplanen. Linda Tutmann hat in einem Artikel bei ZEIT ONLINE vom 05.05.2022 »Keine Blumen für Mama« darauf hingewiesen, dass wenn Frauen Kinder bekommen, sich der Verdienstabstand zu Männern im Laufe des Lebens immer mehr ausweitet. Bei den über 50-Jährigen liegt er bei 28 Prozent. »Josef Zweimüller, Ökonomeprofessor in Zürich hat in einer Ländervergleichsstudie

aus dem Jahr 2019 mit anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Einkommensverluste von Frauen in Deutschland nach der Geburt des ersten Kindes in Dänemark, Deutschland, Österreich, Schweden, den USA und dem Vereinigten Königreich untersucht. Besonders stark sind demnach Mütter in Deutschland betroffen. Zehn Jahre nach der Geburt verdienen sie immer noch im Mittel 61 Prozent weniger als vor der Geburt.«

Kathrin Werner – Was Familien brauchen – zieht vor der Bundestagswahl 2021 in der Süddeutschen Zeitung (SZ) vom 19. August ein Resümee über die Situation von Familien: »Eltern zerreißen sich zwischen ihren Vollzeitjobs, ohne die sie sich die Miete kaum leisten könnten, und einer Kinderbetreuung und Beschulung, die in der Pandemie zusammenbrach und auch vorher nur mäßig funktionierte. In Wirklichkeit sahen die Jugendämter im Jahre 2020 das Wohl von ca. 60.000 Kindern innerhalb ihrer Familien in Gefahr, etwa wegen prügelter Eltern, neun Prozent mehr als im Vorjahr – neuer Höchststand. In Wirklichkeit gibt es in Deutschland 2,7 Millionen Alleinerziehende, die meisten von ihnen Frauen, die ein viermal so hohes Armutsrisiko haben wie Paarfamilien mit Kindern. Im neunten Familienbericht der Bundesregierung geben fast 40 Prozent von ihnen an, sich die Förderung für ihr Kind nicht leisten zu können, die sie sich eigentlich wünschen.«

Drei Viertel aller 3,41 Millionen pflegebedürftigen Menschen werden zuhause gepflegt, davon 1,76 Millionen, die nur durch Angehörige gepflegt werden. Weitere 0,83 Millionen Pflegebedürftige leben ebenfalls in Privathaushalten, werden jedoch teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt, Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes 2019 zum bundesweiten Aktionstag »Pflegerische Angehörige« am 8. September. Männer pflegen in der Regel Partnerinnen im häuslichen Umfeld, sonst pflegen immer noch überwiegend Frauen mit auf Dauer erheblichen, auch gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen. Auch hier wirkt sich aus, dass die finanziellen Einbußen für Familien geringer sind, wenn die Person mit dem geringeren Verdienst, die Frau zurücksteckt.

## **Gewalt gegen Frauen**

Deutschland hat 2018 die Istanbul-Konvention des Europarates ratifiziert. Das ist ein internationales Abkommen zur Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Für die beigetretenen Staaten ist verpflichtend, die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen zu treffen, um Opfern von Vergewaltigung und sexuellen Übergriffen medizinische und

gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anzubieten sowie die unabhängige Spurensicherung flächendeckend zu gewährleisten (Wikipedia). Die Staaten sind in Abständen berichtspflichtig und eine unabhängige Expertenkommission der Konvention berät zum Stand der Umsetzung in den Beitrittsländern.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. hat am 3. September 2021 zusammen mit dem Deutschen Müttergenesungswerk, dem Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit e. V. und der Diakonie Deutschland zu einem digitalen Fachtag zur psychischen Gesundheit von gewaltbetroffenen Frauen eingeladen.

In der Dokumentation dieser Tagung (<https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2020/08/23/save-the-date-gewalt-macht-frauen-seele-krank>) finden sich aus der Polizeilichen Kriminalstatistik 2020 folgende Angaben:

- 81 von 100 Opfern von Partnerschaftsgewalt sind Frauen, (in absoluten Zahlen 148.031 Frauen).
- 98 von 100 Opfern sexualisierter Partnerschaftsgewalt sind Frauen.
- 89 von 100 Opfern von Stalking/Bedrohung und Nötigung in der Partnerschaft sind Frauen.
- 98 von 100 Opfern von vorsätzlicher einfacher Körperverletzung in der Partnerschaft sind Frauen.
- 76 von 100 Opfern von Mord und Totschlag in der Partnerschaft sind Frauen.

In der Dokumentation ist auch angegeben:

- 70 von 100 Frauen in psychiatrischen Einrichtungen erlebten Partnerschaftsgewalt.
- 29 von 100 betroffenen Frauen begeben sich bei ihrer Suche nach Unterstützung in das Gesundheitswesen.

Bei dieser Veranstaltung hat Dr. Julia Schellong, Leiterin des Referates Psychotraumatologie der DGPPN und Oberärztin für Psychotherapie und Psychosomatik im Uniklinikum Dresden in einem Vortrag »Zur Relevanz psychischer Gesundheit gewaltbetroffener Frauen im Gesundheitswesen« u. a. aufgezeigt, wie vielfältig Fachpraktikerinnen und -praktiker des medizinischen Versorgungssystems gefragt sind, Patientinnen und Patienten **traumasensible Hilfe und Beistand zu leisten**. Das gilt für die somatische und psychotherapeutische Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen, die medizinische Dokumentation und gutachterliche Stellungnahme in rechtlichen Verfahren und bei Wiedereingliederung und Be-

rentung. Das kann bei Berufsgruppen zutreffen wie Fach-, Haus-, Durchgangs-, Notärztinnen bzw. -ärzten, Kriseninterventions- und Notfallteams, Krisendienste, Traumaambulanzen, stationäre und teilstationäre Therapeutinnen und Therapeuten und Selbsthilfegruppen.

Ich würde in stationären und teilstationären Behandlungssituationen noch ergänzen: Krankenpflegepersonen und Fachkräfte der sozialen Arbeit.

## Folgerungen

- Ich sehe es auch als Aufgabe von Selbsthilfe an, Gewalterlebnisse aus der Lebenswelt von Patientinnen und Patienten zum Thema zu machen und damit Selbsthilferevertreterinnen und -vertreter in die Lage zu versetzen, diesen Aspekt in Gremien auch zu vertreten. Es sollten positive Beispiele dafür, wie die Nachwirkungen solcher Lebensereignisse überwunden werden können, gesucht und einbezogen werden.
- Alle am Versorgungssystem beteiligten Profis sollten alle Unterstützungsmöglichkeiten kennen und sie den Betroffenen auch zugänglich machen können, besonders für Frauen wegen ihrer vielfältig belasteten Lebensverhältnisse.
- Forschung sollte mit gendersensiblen Daten arbeiten können, d. h. sie müssen aufgeschlüsselt und so entsprechend zur Verfügung gestellt werden.
- Wir sollten darauf drängen, dass vermehrt Angebote für Männer entwickelt werden, die ihre Art des Zugangs zum Versorgungssystem und ihre Art der Bewältigung von Lebenskrisen angemessen berücksichtigen.
- Wir sollten alle Bemühungen offensiv unterstützen, dass Pfade zur Behandlung und Eingliederung/Teilhabe über die Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher hinweg ganzheitlich geplant werden können.

## **IV. Zwangsvermeidung und Selbsthilfeförderung – Hessische Landesprojekte des Bundesnetzwerk seelische Gesundheit e. V. (NetzG)**

*Horst Harich, Hilde Schädle-Deininger, Ulrich Krüger*

Auf der Festveranstaltung zum 50jährigen Bestehen der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) vor zwei Tagen haben die APK-Vorstandsmitglieder Gudrun Weißenborn (Angehörigenselbsthilfe) und Hermann Stemmler (NetzG e. V.) in ihrem Beitrag unter dem Titel »Selbsthilfe und Partizipation – vom Schattendasein in den Fokus« die Bedeutung der Selbsthilfe für die Entwicklung der Partizipation herausgestellt: »Partizipation muss gewollt, ermöglicht und gestaltet werden, sie muss politisch unterstützt und finanziell gesichert werden«.

Seit den 1990er-Jahren hat die APK bei ihren Projekten und Veranstaltungen auch Personen mit Psychiatrie-Erfahrung und Angehörige psychisch erkrankter Menschen einbezogen. Im Jahr 2015 stand die APK-Jahrestagung unter dem Titel »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation« und seit 2016 wird die Jahrestagung um einen kompletten Selbsthilfetag ergänzt, der federführend von NetzG organisiert und gemeinsam mit diversen Selbsthilfeorganisationen durchgeführt wird. Die Kooperation hat also schon Tradition, doch auf dem 7. Selbsthilfetag konnte von einer neuen Stufe der Partizipation berichtet werden. Im praxisnahen Workshop »Partizipation in der Gesellschaft, Anti-Stigma Arbeit, gemeindenaher Selbsthilfefarbeit«, wurden zwei Projekte vorgestellt und diskutiert.

In Hessen wurden von NetzG 2022/2023 zwei landesgeförderte Projekte durchgeführt. Die APK war als Kooperationspartner beteiligt, die Verantwortung und die Leitung beider Projekte lagen bei NetzG und damit in der Hand der Selbsthilfe für seelische Gesundheit.

2021 hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration zwei Projekte ausgeschrieben:

1. Initiierung eines Prozesses zur Vermeidung von Zwang mit dem Instrument MoSy VeZ (Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem), Arbeitstitel des Projekts »Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang«. Diese wurden im Wetteraukreis mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Friedberg, Gesundheitszentrum Wetterau und Kreis Darmstadt-Dieburg mit dem Zentrum für Seelische Gesundheit Groß-Umstadt, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg durchgeführt.
2. Förderung der Selbsthilfe zur seelischen Gesundheit, mit dem Ziel die Selbsthilfe zu stärken und zu vernetzen.

## Projekt »Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang

In den Jahren 2016 bis 2019 führte die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV e.V.) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Projekt **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)** durch.

An dem Projekt waren als Kooperationspartner die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (APK), die Charité Berlin, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie die Universität Hamburg beteiligt. Den Projektbericht finden Sie unter [www.bag-gpv.de/projekte](http://www.bag-gpv.de/projekte).

Im Rahmen dieses Projekts gab es Teilprojekte. Im Teilprojekt 1 wurde ein Verfahren entwickelt, über das regionale Hilfen für psychisch erkrankte Menschen hinsichtlich der Stärkung der Selbstbestimmung und der Vermeidung von Zwang verbessert werden sollen. Dazu soll ein Bogen mit Manual dienen, das Mosy VeZ (Monitoringssystem zur Vermeidung von Zwang). An diesem Teilprojekt war NetzG beteiligt.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) hat diese Thematik aufgegriffen und dazu Projekte ausgeschrieben. NetzG hat sich beworben und für seinen Projektantrag den Zuschlag erhalten. Als Schwerpunktregionen wurden Darmstadt-Dieburg und Wetteraukreis festgelegt. Die Laufzeit war 01.01.2022 bis 31.03.2023.

In beiden Regionen wurde das MosyVez-Verfahren vorgestellt und durchgeführt. Dabei geht es darum gemeinsam festzustellen, was im Hinblick auf Zwangs- und Gewaltreduktion und zur Stärkung der Selbstbestimmung bereits erfolgreich praktiziert wird und auf welchen Gebieten und Prozessen Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden. Mit Hilfe des Mosy VeZ-Manuals sollen ein bis (maximal) drei Verbesserungsvorhaben festgelegt werden, die anschließend im Laufe eines Jahres umgesetzt werden sollen. Zunächst wurden dazu Veranstaltungen zur Bestandaufnahme und zur Zielbestimmung durchgeführt:

- Welche Zusammenarbeit besteht bereits im Kontext von Selbstbestimmung und Zwangsvermeidung?
- Durch welche konkreten Maßnahmen können Selbstbestimmung gefördert und Zwang besser vermieden werden?

In Darmstadt-Dieburg wurden als Ziele vereinbart:

- Entwicklung und Einführung einer Behandlungsvereinbarung als zwangsvermeidende und präventive Maßnahme

- Entwicklung und Einführung eines Krisenpasses bzw. Notfallausweises
- Trialogische Fortbildung zum deeskalierenden Umgang mit psychischen Krisen insbesondere zur Methode des Open Dialog

In der Folge wurde eine Vorlage zur Erstellung von Behandlungsvereinbarungen sowie ein Notfallausweis zum Mitführen erstellt. Die Fortbildung musste wegen der Corona-Pandemie aufgeschoben werden. Am 01. Februar 2023 konnten dann als Fortbildung eine öffentliche trialogische Veranstaltung zur Zielsetzung, Vorstellung und Einführung der Behandlungsvereinbarung sowie am 25. Februar ein ganztägiger trialogischer Workshop zum Thema ‚Deeskalation – Umgang mit Aggressionen und Gewalt in der Psychiatrie‘ – durchgeführt werden.

In einer Nachbesprechung wurde von den Beteiligten festgestellt, dass die Vernetzung ausgebaut wurde und dass die konkrete Auseinandersetzung und Diskussion über Behandlungsvereinbarung und Krisenpass zu mehr Präsenz in den Gremien beigetragen haben. Es bleibe zu hoffen, dass die Prozesse weiter auch künftig im Fokus bleiben.

Im Wetteraukreis wurden folgende Ziele festgelegt:

- Optimierung des Entlassmanagements zur Stärkung von Selbstbestimmung und zur Vermeidung von Zwang
- Qualifizierung der Mitarbeitenden durch Fortbildung
- Trialogische Fortbildung

Zu Beginn des Projekts wurde im Mai 2022 (wegen bestehender Corona-Vorschriften) eine zweitägige Online-Fortbildung zum Thema »Vorbeugung von Aggressionen und Gewalt sowie Selbstbestimmung« durchgeführt.

Im Februar 2023 wurden zwei jeweils sechsstündige trialogische Workshops zum Thema »Entlass-Management« durchgeführt. Es wurden zentrale Punkte der präventiven Bedeutung der Entlassung erarbeitet, vorhandene Prozesse in diesem Kontext identifiziert und anhand der Qualitätskriterien des Expertenstandards »Entlass-Management in der Pflege« des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) überprüft, dann in einer Matrix festgehalten, welche Aspekte in den einzelnen Bereichen (Stationen, Tagesklinik, Ambulanz ...) zeitnah weiterentwickelt werden können. So wurde das Entlass-Management in der Klinik, analysiert, systematisiert sowie insbesondere mit Blick auf Stärkung von Selbstbestimmung und Zwangsprävention intensiviert.

In der gemeinsamen Reflexion wurde betont, wie hilfreich die Bestandsaufnahme hinsichtlich des Entlassungsmanagements war. Die Mitarbeitenden

der unterschiedlichen Bereiche fühlten sich durch Vorhandenes bestätigt und motiviert weiter daran im Sinne einer Qualitätsverbesserung zu arbeiten. Künftig müsste in der psychosozialen Versorgung die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen verstärkt werden.

In beiden Regionen fanden regionale Arbeitstreffen statt, bei denen die psychiatrischen Kliniken, die Sozialpsychiatrischen Dienste und weitere relevante Akteure aus dem gesamten Spektrum der psychosozialen Versorgung mitwirkten. Auch die Selbsthilfe, einschließlich Angehörigenselbsthilfe, war immer einbezogen. Trotz der durch die Corona-Pandemie erschwerten Rahmenbedingungen konnten in beiden Regionen alle Teilziele umgesetzt werden. Das MosyVeZ-Verfahren hat sich bewährt. Danach werden in einem regionalen Abstimmungsprozess für jeweils ein Jahr gemeinsame Ziele festgelegt, die der Stärkung von Selbstbestimmung und der Vermeidung von Zwang dienen.

Dadurch soll im psychosozialen Alltag die immer präsenste Thematik um Vermeidung von Zwang und Selbstbestimmung hervorgehoben und zu einem dauerhaften Qualitätssteigerungsprozess verstetigt werden. Es ist bemerkenswert, dass ein solch erfolgreiches Projekt von NetzG als Selbsthilfeorganisation durchgeführt worden ist.

## **Förderung der Selbsthilfe**

Auch das zweite Projekt »Förderung der Kooperation von Selbsthilfeorganisationen« geht auf eine Ausschreibung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration zurück, zu der NetzG erfolgreich ein Angebot eingereicht hat. In diesem Projekt ging es darum, in einer ausgewählten Region die Zusammenarbeit von bestehenden Selbsthilfeinitiativen zu verbessern und dabei auch einen Impuls zur Intensivierung der überregionalen Kooperation der Selbsthilfe zu setzen. Als Region wurde Offenbach und Frankfurt/M ausgesucht.

Durch die Kooperation sollte im gemeinsamen Tun Koordination und Zusammenarbeit entwickelt werden. Als gemeinschaftliches Vorhaben wurde die Vorbereitung und Durchführung von zwei Veranstaltungen festgelegt: ein regionaler Selbsthilfetag in Offenbach und ein Hessen-weiter Selbsthilfetag in Frankfurt/M.

Der regionale Selbsthilfetag fand am 01.07.2022 unter dem Titel »Recovery und Peerarbeit« statt. Nach einigen Vorträgen zur Thematik gab es zahlreiche Praxisbeispiele aus Frankfurt und Offenbach, zum Beispiel »Peerarbeit in der Praxis«, »Recovery und Ex/In« und »Recovery in Einrichtungen«.



Der Hessen-weite Selbsthilfetag fand am 14.10.2022 unter dem Titel »Partizipation und seelische Gesundheit« statt. Nach einem Überblick zum Stand der Selbsthilfe zur seelischen Gesundheit in Hessen, wurden beispielsweise die Themen Beschwerdestellen, Beiräte und sonstige Gremien zur Stärkung der Partizipation, Angehörigenselfhilfe, Peer-Akademien und Recovery-College behandelt.

Die Teilnehmenden äußerten sich sehr zufrieden mit den Veranstaltungen und sprachen sich für eine Fortsetzung solcher praxisorientierten Zusammenarbeit aus. Betont wurde zudem, dass Betroffene und Angehörige künftig selbstverständlicher Bestandteil und in allen Versorgungskontexten sowie in der Gremienarbeit sind und ihre spezifische Sichtweise einbringen.

## **Fazit**

Die Durchführung der beiden Projekte hat gezeigt, wie wichtig es ist, die praktische Arbeit immer wieder auf den Prüfstand zu legen. Dabei bereits bewährte vorhandene Ansätze zu betrachten und Verbesserungspotenzial zu identifizieren und zu reflektieren. Die Selbsthilfe muss bei diesen Entwicklungen eine zentrale Rolle einnehmen.

Nur eine selbstbewusste Vertretung von Betroffenen, Angehörigen und sozialem Umfeld kann gemeinsam mit professionellen Helfern und Helferinnen die psychosoziale Landschaft so beeinflussen, dass sie Hilfebedürftigen eine individuelle Begleitung, Betreuung und Behandlung ermöglicht.



## **B Perspektiven der Selbsthilfe zum 50-jährigen APK-Jubiläum**

## **Ist die Selbsthilfe und Selbstvertretung untereinander inklusiv? Selbsthilfe und Selbstvertretung im Widerspruch fehlender Wertschätzung und Respekt untereinander**

*Thomas Künneke*

Prinzipiell möchte ich vorausschicken, dass auch ich, als Person und Vertreter unterschiedlicher Organisationen, in meinem Verständnis von Inklusion und Partizipation noch viel zu lernen habe. Ich richte die Forderungen dieses Artikels somit letztlich auch an mich.

Die Behindertenbewegung der 70er Jahre war geprägt durch die Forderung von Menschen mit Behinderungen nach Selbstbestimmung und Empowerment. Aus diesem Kampf haben sich Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen formiert bzw. gestärkt. Sie haben gelernt, sich in Zeiten des Umbruchs, unabhängig von sich teilweise widersprechenden Forderungen, zu unterstützen. Diese Stärke zeigte sich im gemeinsamen Engagement der Organisationen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland. Ohne diese Gemeinsamkeit gäbe es heute keine Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) und viele Menschen wären von Unterstützungsleistungen ausgeschlossen worden (5-von-9-Regelung<sup>1</sup>).

Die Psychiatrie-Enquête der 70er Jahre war geprägt durch engagierte Mediziner\*innen, die eine menschenunwürdige Psychiatrie kritisierten und Reformen auf den Weg brachten, die eine erhebliche Erleichterung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Folge hatte. Im Gegensatz zur Behindertenbewegung, wurden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aber aus dem politischen Kampf herausgehalten. Jede Forderung aus den Kreisen der Selbsthilfe wurde unserer sogenannten Diagnose zugeschrieben, also letztlich nicht sehr ernst genommen. Die Selbsthilfe hat sich größtenteils auf die Diagnosen zurückgezogen oder fundamental jede Unterstützungsleistung abgelehnt. Gemeinsames politisches Engagement in der Selbstvertretung hat sich nicht etabliert. Wir haben uns voneinander entfernt. Und das ist heute ein großes Hindernis in der mitbestimmenden Beteiligung von Krisenerfahrenen an der Umsetzung der UN-BRK im Unterstützungssystem.

---

1 Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, Deutscher Verein, eingesehen am 03.06.20 aus <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/beteiligen/fd-leistungsberechtigter-personenkreis/>

Die UN-BRK spricht von Inklusion, Selbstbestimmung und Partizipation. Viele von uns Nutzer\*innen kritisieren an Mitarbeitenden und Verantwortlichen der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung, dass sie die Menschenrechte innerhalb des Versorgungssystems nicht umsetzen. Aber erfüllen Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen untereinander diesen Anspruch?

Die Aktion Mensch beschreibt Inklusion unter anderen mit den Worten »*Gemeinsam verschieden sein*«<sup>2</sup>.

Diese Kompetenz ist unter uns leider immer noch gering ausgeprägt. Viele Organisationen sehen sich als Hüter\*innen der Wahrheit und verbrauchen viel Energie, diese Wahrheit gegenüber anderen Gruppen zu verteidigen. Wir sind verschieden, aber eben nicht gemeinsam. Wertschätzung und Respekt vor der Diversität des Einzelnen und den verschiedenen Gruppen mit den individuellen Erfahrungshintergründen, scheint die starren Grundsätze der einzelnen Organisationen in Frage zu stellen. Aber in wieweit unterscheiden wir uns dann von fremdbestimmenden Versorgungseinrichtungen, die glauben zu wissen, was für uns gut und richtig ist?

Paul Watzlawick schreibt in diesem Zusammenhang »*Jeder meint, dass seine Wirklichkeit die wirkliche Wirklichkeit ist*«<sup>3</sup>. Andere sprechen von der »*Abschaffung der Wahrheit*«<sup>4</sup>.

Lasst uns die eine Wahrheit abschaffen und uns erlauben, Wahrheiten oder sagen wir die Vielfalt, nebeneinander stehen zu lassen und sie gemeinsam nutzen.

Ich habe viele Psychiatrieerfahrene kennenlernen dürfen, die traumatische menschenrechtsverletzende Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht haben. Ich habe Psychiatrieerfahrene kennengelernt, die von guten Erfahrungen beim Aufenthalt im Krankenhaus berichten. Für die einen ist die Psychiatrie der Hort des Bösen und für die anderen ein Ort ihrer Lösungen. Und beide haben recht! Und trotzdem ist es in keiner Form akzeptabel, dass Menschenrechte verletzt werden. Und es ist gut, dass es Mitarbeitende oder Einrichtungen gibt, die gute Arbeit machen. Die uns in unser Selbstbestimmung unterstützen und die wir darum unterstützen müssen.

Diversität steht für das Recht auf Selbstbestimmung.

Ich glaube es ist möglich, wenn wir uns zuhören, uns unsere Geschichten erzählen und lernen uns mit unseren Positionen zu akzeptieren und zu respektie-

---

2 Was ist Inklusion?, Aktion Mensch, eingesehen am 03.06.20 aus: <https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion.html>.

3 »Anleitung zum Unglücklichsein«, Paul WATZLAWICK, 1983

4 Systemisches Coaching, Kirsten WEISKAT, eingesehen am 03.06.20 aus: <https://www.kirstenweiskat.com/%C3%BCber-mich/meine-arbeitsweise/systemischer-ansatz/>

ren, dass wir gemeinsam gegen Menschenrechtsverletzungen und für anständige Unterstützungsstrukturen kämpfen und sie fördern.

*»Dabei geht es nicht nur um die Unterschiedlichkeiten von Menschen und ihren Lebensentwürfen, sondern immer auch um die Entdeckung von Gemeinsamkeiten.«<sup>5</sup>*

Lasst uns unsere Gemeinsamkeiten entdecken. Das sogenannte Hilfesystem ist nicht unsere Vertretung gegenüber der Gesellschaft und Politik. Das Hilfesystem kann unser Verbündetes sein, aber vertreten müssen wir uns selbst.

Ohne Gemeinsamkeit erteilen wir dem Versorgungssystem eine Vertretungsvollmacht. Das Versorgungssystem hat aber neben der Wahrung unserer Interessen, die ich ihm nicht absprechen will, oft eigene wirtschaftliche Interessen, die den unseren widersprechen.

Wir haben füreinander die Verantwortung, diese Vollmacht zu entziehen. Wir können uns gemeinsam selbstvertreten. Dies gelingt uns aber nur, wenn wir untereinander unsere unterschiedlichsten Erfahrungen wertschätzen und sie nutzen. Diese Unterschiedlichkeit ist eine riesige Ressource an Erfahrungs- und Fachwissen, die unsere Position wesentlich stärken würde.

*»Diversity gestalten heißt Schritt für Schritt Handlungsweisen und Strategien zu entwickeln, hin zu einer diversitygerechten Gesellschaft (aber auch unter uns, d.A.). Vorurteile und Ideologien, welche Diskriminierung in gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen rechtfertigen, können erst dann überwunden werden, wenn wir die Initiative ergreifen, sie zu verändern.«<sup>5</sup>*

Es geht nicht um Opposition untereinander, sondern darum miteinander Positionen zu entwickeln.

Die Psychiatrie-Enquete war ein wertvoller Schritt in Richtung einer menschenrechtsorientierten Versorgung von Menschen mit seelischen Hindernissen. Es waren aber nicht unsere Schritte! Lasst uns gemeinsam auf den Weg machen, die nächsten Schritte selbst zu planen und mit Verbündeten aus dem Versorgungssystem und der Gesellschaft, die unsere Anliegen divers unterstützen, umzusetzen.

---

5 Diversity- Was ist das?, Eine Welt der Vielfalt e. V., eingesehen am 03.06.20 aus: <https://www.ewdv-diversity.de/diversity/diversity-was-ist-das/>

# Anti- und nichtpsychiatrische Selbstorganisation und Selbsthilfe in Deutschland ab den 1980er-Jahren

Peter Lehmann

Je nach Perspektive und Betätigungsfeld ergibt sich im Rückblick auf die Anfänge der Selbsthilfe im psychosozialen Bereich in Deutschland nach 1945 kein einheitliches Bild (LEHMANN 2009; BRÜCKNER 2015; STÖCKLE 2022). In meinem Beitrag konzentriere ich mich auf Entwicklungen und Brüche, die ich mitgestaltete und miterlebte und im Folgenden aus meiner Perspektive schildere.

## Wie es anfang

Die Psychiatrie-Enquête von 1975 blendete die psychiatrische Missachtung von Menschenrechten aus. Ging es um die »Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker«, waren nicht diagnoseunabhängige gleiche Menschen- und Bürgerrechte gemeint, sondern die Angleichung psychiatrischer Anstalten an medizinische Kliniken (LEHMANN 2016a). Dies war die Ausgangssituation, als ich 1980 mit anderen ehemaligen Psychiatrieinsassinnen und -insassen die Irren-Offensive e. V. gründete (LEHMANN 1981). In Tina Stöckles Diplomarbeit »Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen im psychosozialen (psychiatrischen) Bereich, aufgezeigt am Beispiel der Irren-Offensive« ist nachzulesen, welche Wirkung es hatte, dass wir als Betroffene unter uns waren. Ludger Bruckmann schwärmte:

»Die erste Irren-Offensive war so gut und so schön für mich. Da hatte ich ein solch starkes Verständnis gefunden. Jeder hat von sich und seiner Geschichte erzählt, jeder kam dran. Da war so viel Einfühlungsvermögen da, eine Gemeinsamkeit, da wir doch Ähnliches erlebt hatten, das hat gutgetan.«

(zitiert nach: STÖCKLE 2022, S. 179)

Ich lese an gleicher Stelle meine längst vergessene eigene Aussage, dass wir gerade mal fünf Personen bei der Gründung der Patientenselbsthilfegruppe waren. Dass aber der Austausch über die psychiatrische Misshandlung wesentlich für das gegenseitige Verständnis war, insbesondere da wir professionell Tätige ausgegrenzt hatten. Dies ermöglichte uns, rasch den Krankheitsbegriff über Bord zu werfen. Aus der Patientengruppe wurde ein Verein, der sich offensiv dem psychiatrischen Expertenmonolog mit seinem Anspruch auf Deutungshoheit widersetzte. Selbsthilfe im eigentlichen Sinn, sowohl gegenseitige Hilfe als auch psychiatriepolitische Selbstvertretung der eigenen Interessen, wurden wichtig (ebd., S. 181), insbesondere der Kampf um Menschenrechte, die Suche nach dem

Sinn des Wahnsinns sowie das Streben nach Autonomie und persönlicher Entfaltung (ebd., S. 176-189).

## Wie es weiterging

Schon bald suchte die Irren-Offensive den Kontakt zu anderen menschenrechtsorientierten Gruppen (ebd., S. 194), reiste gemeinsam mit (nichtbetroffenen) Mitgliedern des Berliner Beschwerde zentrums zu Veranstaltungen Psychiatriebetroffener nach Dänemark, Italien, Jugoslawien und in die Niederlande, pflegte Kontakte zu Betroffenenorganisationen in England und den USA und arbeitete am Aufbau internationaler Verbände mit: 1989 dem Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen e. V. (FAPI), 1991 dem Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen e. V. (ENUSP) und 1991 dem Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (WNUSP). Ziel von ENUSP, dem einige deutsche Selbsthilfeorganisationen angehören, war und ist die Vertretung gemeinsamer Interessen und die Unterstützung der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts Psychiatriebetroffener (LEHMANN & JESPERSON 2007).

ENUSP ist bis heute auf vielen Ebenen aktiv. Unter anderem vertrat ich ENUSP als dessen Vorsitzender bei der Consensus-Konferenz von WHO und Europäischer Kommission 1999 in Brüssel, als entschieden wurde, dass alternative Einrichtungen, Wahlmöglichkeiten und die Stärkung der Menschenrechte Psychiatriebetroffener unverzichtbare Bausteine zukünftiger Psychiatriereformen seien (WHO & EC 1999).

ENUSP war auch beteiligt am Aktionsprogramm der Europäischen Kommission gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (Aktionsprogramm 2005) sowie an der spontanen Verabschiedung der »Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa« 2007 auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP). In dem Manifest forderten die Vorstände der DGSP, von ENUSP und vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. unter anderem, das Recht von Psychiatriebetroffenen auf körperliche Unversehrtheit zu respektieren, sie und ihre Expertise in psychiatrischen Teams und bei der Aus- und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger maßgeblich mitwirken zu lassen, unabhängige Selbsthilfe und Alternativen zur Psychiatrie zu fördern und von Sponsoring durch Pharmafirmen unabhängige Psychiatriebetroffene und Angehörige als Experten anzuerkennen (LEHMANN 2008a, 2008b; »Dialog und Selbstorganisation« 2008). Allerdings distanzierte



sich der Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) 2008 von dieser Übereinkunft, da er an ihrem Zustandekommen nicht beteiligt war und dem Angehörigenverband misstraute (GV-BPE 2008). In der Folge wurde sie danach allseits ignoriert.

Zurück nach Berlin: Hier organisierten wir im Rahmen von Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen (FAPI) im Oktober 1990 gemeinsam mit der AG Ökologie & Menschenrechte von Netzwerk Arche (ehemalige DDR) in Ostberlin einen internationalen Kongress mit dem Thema »Alternativen zur Psychiatrie« (FAPI 1990). Unter anderem stellte Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven das Psychiatrische Testament vor, dessen Rechtswirksamkeit 2009 durch das Patientenverfügungsgesetz gestärkt wurde und das später als Grundlage für die Psychosoziale Patientenverfügung diente (LEHMANN 2015a).

Mitglieder der Irren-Offensive waren 1989 auch an der Gründung des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V. (VzS) beteiligt, dem Trägerverein des 1996 in Berlin eröffneten Weglaufhauses (Kempker 1998). 2002 waren es wir Ex-Mitglieder des VzS, die den »Für alle Fälle e. V.« (FaF) aus der Taufe hoben und uns betroffenenkontrollierte Fortbildung und Forschung auf die Fahnen schrieben (KLAFKI 2006, S. 136-138). Wir psychiatriebetroffenen Mitglieder des FaF waren 2005 auch Gründungsmitglieder der Berliner Organisation Psychiatrie-Betroffener und Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BOP&P). Diese übernahm als Landesverband sowohl die psychiatriepolitische Interessenvertretung im Bundesland Berlin als auch 2016 bis 2019 die Trägerschaft für vier Veranstaltungen der Psychexit-AG zum Zwecke der Entwicklung eines Kompendiums zur kompetenten Unterstützung beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika (BOP&P 2016, 2017, 2018, 2019).

Erfolge traten rasch ein. Kritische Stimmen konnten nicht mehr so einfach unterdrückt werden, Vereinzelung wurde aufgebrochen, kritisches Wissen und die erste Psychiatriepatientenverfügung wurden publiziert. Die Irren-Offensive erhielt einen senatsfinanzierten Treffpunkt mit gut bezahlten Halbtagsstellen, ihre Mitglieder fuhren zu betroffenengeleiteten Veranstaltungen im In- und Ausland und erfuhren von Weglaufhäusern und Soteria-Einrichtungen (STÖCKLE 1983; WEHDE 1991). Die Organisierung auch über Berlin hinaus begann, es kam zur Kooperation mit kritisch eingestellten psychiatrisch Tätigen, Juristinnen und Juristen sowie Angehörigen.

## Probleme, Probleme

Gleichzeitig mit dieser Entwicklung entstanden zuhauf Probleme, ohne dass diese andiskutiert oder gar konsensorientiert ausdiskutiert worden wären. Im Gegenteil, meist führten Interessenunterschiede zum Streit, zum Wettstreit um die größere Betroffenheit und zum Pochen auf die eigene Psychiatrie-»Erfahrung« als Maß der Dinge.

Hier spielt für mich die Frage eine zentrale Rolle, weshalb eigentlich psychiatrisierte Menschen besser als andere sein sollten und von vornherein und ausnahmslos aneinander interessiert, solidarisch, mitfühlend, kritikfähig und fähig zu »echten menschlichen Beziehungen« sowie zu offener Auseinandersetzung. Weshalb sollte die ursprüngliche psychiatrische Diagnostik, die zur Psychiatrisierung führte, ein Qualitätssiegel der »Erfahrung« und damit eine besondere Kompetenz vermitteln? Wieso sollten relativ nichtssagende psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose«, »Schizophrenie« oder »Depression« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnosen? Sitzen die Betroffenen durch eine angenommene Gleichheit oder Vergleichbarkeit beispielsweise der »Psychose«-Erfahrung nicht einer Illusion auf, die sie beim ersten Erleben einer unterschiedlichen Wahrnehmung oder Bewertung in heillose Streitereien und Enttäuschungen förmlich hineintreibt? Insbesondere wenn sie sich im sicher geglaubten Schutzraum einer Selbsthilfegruppe in ihren Schwächen geöffnet haben und nun Missgunst und Niedertracht untereinander als besonders verletzend erleben?

Da der psychiatrische Bereich von Psychotherapie bis Forensik reicht, also ein großes und heterogenes Feld abdeckt (LAUVENG 2018, S. 120f.), ist die Streitfrage programmiert, wer überhaupt »richtig« betroffen ist. Zudem ziehen Menschen aus ähnlichen Erlebnissen unterschiedliche Konsequenzen. Die einen wollen die Psychiatrie reformieren, die anderen wollen sie abschaffen. Viele behandeln diesen Konflikt als unlösbaren Widerspruch, bilden Fraktionen und ignorieren, verachten oder bekämpfen einander. Und wenn es darum geht, über die Verteidigung der Menschenrechte hinaus aktiv zu werden und etwas Neues zu gestalten, entfalten unterschiedliche politische und persönliche Ansichten ihre eigene Sprengkraft (LEHMANN 2009b).

Aktivistinnen und Aktivisten der Selbsthilfeszene, die sich eher an den Unterschieden von Haltungen orientieren als an Gemeinsamkeiten, finden unter Absolutsetzung der eigenen Überzeugungen ein großes Betätigungsfeld, andere zu mobben, herabzuwürdigen und auszugrenzen. Eine beliebte Methode der

Rufschädigung ist es, unter Außerachtlassung des Hintergrunds einer Aktion oder Äußerung einen willkürlich ausgewählten Inhalt bewusst misszuverstehen und zu skandalisieren, um sich selbst auf der moralisch und psychiatriepolitisch korrekten Seite zu präsentieren. Je redengewandter und manipulativer solche Aktivistinnen und Aktivisten auftreten, desto mehr tragen sie dazu bei, das Klima in Selbsthilfeverbänden zu vergiften, sie zu spalten und zu schwächen und engagierte Betroffene zu demotivieren oder gar zu demoralisieren.

## Risse und Brüche

In der Irren-Offensive traten schon früh erste Risse auf, ohne dass sie zu einer produktiven Diskussion geführt hätten. Bis heute spielen solche Konflikte in der Selbsthilfebewegung eine zentrale Rolle. Das Dokument »Warum ich aus der Irren-Offensive austrete« aus dem Jahr 1981 thematisiert exemplarisch den strittigen Anspruch auf Kompetenz, der im Begriff der Psychiatrie-Erfahrung enthalten ist:

»Ich finde es eine arrogante Anmaßung, wenn die Irren-Offensive so tut, als hätte sie – im Gegensatz zu den ›Experten‹ – das Patentrezept, wie psychische Probleme gelöst werden. Ich halte es auch für einen fatalen Irrtum zu glauben, nur weil wir Erfahrungen in der Klapse haben, seien wir unsere eigenen Experten und bräuchten die anderen nicht.« (Anonym 1981; zitiert nach: LEHMANN 2022, S. 295)

Leute, die nicht dem Stereotyp des abgewrackten Psychiatrieopfers entsprachen, sondern adrett gekleidet waren, »aus besserem Hause« stammten oder in ihrer eigenen Krisensituation erfahrenen Zwang als hilfreich definierten, wurden im Verein als Fremdkörper angesehen oder – wie heute noch in manchen Betroffenenorganisationen – als Verräter und Kollaborateure oder als von der Psychiatrie verführte Dummerchen betrachtet (LEHMANN 2015b, 2015c, 2016b).

Zwistigkeiten nehmen zu, wenn Tätigkeiten im Selbsthilfebereich bezahlt werden und über den Einsatz des Geldes entschieden wird. Die einen pochen darauf, dass mit Zeitaufwand und Verantwortlichkeit einhergehende Arbeit bezahlt werden muss, die anderen leiden unter abnehmender Transparenz der Geldflüsse und Entscheidungswege. Als der Gruppe, die das Weglaufhaus plante, Anfang der 1990er-Jahre eine Spende über 1 Million DM in Aussicht gestellt wurde, brach die Irren-Offensive auseinander (LEHMANN 1998a). Anfang der 2000er-Jahre erwirtschaftete das Weglaufhaus erhebliche Mehreinnahmen: Die einen wollten, dass die Entscheidungsbefugnis über die Finanzen beim betroffenenkontrollierten

Trägerverein blieb, die anderen wollten die Entscheidungsbefugnis der Belegschaft zusprechen; im Streit darüber kam es zum Bruch mit der Gründergeneration.

Inkompetenz, Überheblichkeit oder das Streben nach Selbstbereicherung sind weitere Probleme in Zusammenhang mit Finanzmitteln. So endete die Senatsfinanzierung des Treffpunkts und der Arbeitsplätze der Irren-Offensive, als Gelder zweckentfremdet worden waren (WINDEN 1994). Durch Versuche eines eigennützigen Zugriffs auf Finanzmittel für betroffenenkontrollierte Forschung blieb FaF auf der Strecke. Zuletzt stand die Psychexit-Veranstaltungsreihe durch monatelange Verzögerung seitens eines neuen Vorstands von BOP&P, über den die Tagungen abgerechnet wurden, kurz vor dem Aus (LEHMANN 2019a); Mitglieder der Psychexit-AG wurden vergrault oder ausgeschlossen (LEHMANN 2019b). Doch mit dem Landesverband Berlin – Angehörige psychisch erkrankter Menschen e. V. fand sich glücklicherweise ein Trägerverein, der uneigennützig an der Weiterführung der Arbeit am Thema interessiert war, wie man Menschen kompetent helfen kann, die sich entschlossen haben, ihre Psychopharmaka abzusetzen (Psychexit-AG 2020, 2021, 2022).

Zuletzt möchte ich noch strukturelle Probleme im Selbsthilfebereich benennen. Man kann schwer über Jahrzehnte nur die immer gleichen Erfahrungen austauschen. Menschen verändern sich, auch ihre Interessen. Neue Mitglieder kommen hinzu, und je älter man wird, desto jünger scheinen die neuen. Was jüngere Mitglieder an digitalem Wissen mitbringen, ist für manche beängstigend. Immer wieder werden Psychiatriebetroffene in Vorstände gewählt, obwohl sie für diese Aufgaben wenig Kompetenzen haben. Populistische Forderungen gehen bei Vorstandswahlen einher mit dem Wunsch so mancher, Verantwortung abzugeben. Man ist froh, wenn ein anderer den Job macht, und wenn er oder sie ihn gut macht, besteht die Gefahr, diesem Menschen mehr und mehr Aufgaben aufzuladen – bis hin zu dessen Burn-out.

Macht und Gegenmacht sind nicht nur zwei Pole im Verhältnis von Psychiatrie und Selbsthilfe, sondern auch im Innenverhältnis von Selbsthilfeorganisationen. So wie Organisationen Menschen brauchen, die Verantwortung, Führungspositionen und Repräsentation übernehmen, brauchen sie auch eine lebendige Demokratie und Transparenz, damit sich keine inneren Machtstrukturen verfestigen. Wozu eine mangelhafte Demokratiepraxis führt, zeigt sich, wenn Vorstandsmitglieder über Jahrzehnte am Hebel sitzen und Seilschaften aufbauen, die bei Mitgliederversammlungen mit formalen Tricks Entscheidungen durchdrücken. Dogmatische Haltungen, Unfehlbarkeitsanspruch, Ausgrenzungen und Ausschlüsse nicht konformer Mitglieder und vor allem ein respektloses Mit- oder besser: Gegeneinander

bekräftigen die Tendenz, dass solche Organisationen, auch wenn sie im Grunde über große Potenziale verfügen, mit der Zeit leider schwächer statt stärker werden (KAISER-BURKART 2021).

## **Empfehlungen für ein Miteinander**

Die Probleme der Selbsthilfebewegung im psychosozialen Bereich treten tendenziell weltweit auf. Um eine gemeinsame Haltung zu ihrer Begrenzung zu finden, wurden beim Weltkongress von ENUSP und WNUSP 2004 in Dänemark mit der »Deklaration von Vejle« Empfehlungen für ein Miteinander verabschiedet. Deren zentrales Thema ist gegenseitiger Respekt (LEHMANN u. a. 2004). Doch wie bei der UN-Menschenrechtserklärung oder der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist auch hier der Weg von der Proklamation bis zur Umsetzung steinig, und hier wie da ist die Zahl der Quertreiberinnen und Quertreiber groß. Wie könnte es anders sein?

## **P.S.**

So einiges wurde in den letzten vier Jahrzehnten erreicht, unter anderem eine Vielfalt von Selbsthilfegruppen in Ländern und Gemeinden; Selbsthilfeförderung (wenn auch immer noch zu bescheiden und aufwendig); die Institutionalisierung von Interessenvertretung in nationalen und internationalen Gremien und Kongressen; ein nach wie vor funktionierendes Weglaufhaus; die Empfehlung zum Unterstützen beim Absetzen von Antidepressiva (Bundesärztekammer u. a. 2022, S. 78-81) und Neuroleptika (DGPPN 2019, S. 59-65) in Behandlungsleitlinien (wenn auch mit mangelhaften Informationen versehen); erste stationäre Angebote zum Absetzen von Psychopharmaka (KAUFMANN & LEHMANN 2019; LEHMANN & NEWNES 2023); die juristische Stärkung des Psychiatrischen Testaments durch das Patientenverfügungsgesetz; die UN-BRK mit ihrem Paradigmenwechsel von stellvertretender hin zu unterstützender Entscheidungsfindung (LEHMANN 2017) und die Aufnahme der Forderung nach Unterstützungsprogrammen beim Absetzen von Psychopharmaka in die Richtlinie 14 (»Freiheit und Sicherheit der Person«) der UN-BRK (CRPD 2015).

Um mit einem positiven Beispiel zu schließen: In Deutschland strebt das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG) unter anderem nach der Beteiligung an psychiatriepolitischen Entscheidungsprozessen, der Stärkung der Selbstbestimmung in der Behandlung und der Verhinderung von Zwang und

Gewalt (NetzG 2015). NetzG gibt Stellungnahmen ab zu Behandlungsleitlinien und ist Mitglied der »AG Menschenrechte« der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. sowie vom »Kontaktgespräch Psychiatrie«, einem Zusammenschluss von psychiatrischen Verbänden und Organisationen. Allerdings sind die Bemühungen des NetzG, an Entscheidungsprozessen zu Aussagen zum Absetzen von Psychopharmaka in den Behandlungsleitlinien beteiligt zu werden, noch ausbaufähig – schließlich sollten diese dem Stand der Wissenschaft und den Anforderungen der UN-BRK entsprechen. Was NetzG bisher daran hindert, psychiatriepolitisch auf ein Ende der Menschenrechtsverletzung durch die Vorenthaltung von Informationen über Absetz- und Entzugsprobleme und auf Unterstützungsprogramme beim Absetzen (LEHMANN 2023) zu pochen, kann es nur selbst beantworten. Und natürlich ist diese Frage ständig auch der APK zu stellen, die in Anbetracht ihrer bisherigen Untätigkeit (LEHMANN 2016b, S. 58-60) die desolate Situation so vieler beim Absetzen alleine gelassener und fehlinformierter Betroffener anscheinend als Selbsthilfeproblem versteht: Wann wird sie sich endlich für industrieunabhängige und betroffenenorientierte Informationen über Absetz- und Entzugsprobleme und für Unterstützungsprogramme beim Absetzen engagieren?

## Anmerkungen

Dieser Artikel erschien original unter dem Titel »Anti- und nichtpsychiatrische Selbsthilfe ab den 1980er-Jahren« in: Soziale Psychiatrie, 46. Jg. (2022), Nr. 1, S. 30 – 32. Peter Lehmann hat den Text für dieses Buch aktualisiert. Sofern nicht anders vermerkt, erfolgten die Internetzugriffe am 14.2.2023.

## Quellen

Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (2005): Gemeinsame Empfehlungen von Mental Health Europe, LUCAS (Belgien), Pro Mente Salzburg (Österreich), MIND (England & Wales), Clientenbond (Niederlande), Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental – Spanien, BPE (BRD) und dem European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry – [www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf](http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf)

ANONYM (1981): »Warum ich aus der Irren-Offensive austrete« (S. 318). In: Tina STÖCKLE: »Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen im psychosozialen (psychiatrischen) Bereich, aufgezeigt am Beispiel der Irren-Offensive«. Diplomarbeit an der Technischen Universität Berlin, FB 22 – Erziehungswissenschaften 1982

- BOP&P e. V. (Hg.) (2016): »Psychexit – Auf dem Weg zum Curriculum ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika««. Berlin: BOP&P – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2016.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2016.pdf)
- BOP&P e. V. (Hg.) (2017): »Zweite Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika««. Berlin: BOP&P – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2017.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2017.pdf)
- BOP&P e. V. (Hg.) (2018): »Dritte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika««. Berlin: BOP&P – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2018.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2018.pdf)
- BOP&P e. V. (Hg.) (2019): »Vierte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika««. Berlin: BOP&P – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2019.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/doku-expertenrunde-2019.pdf)
- BRÜCKNER, Burkhard (2015): »›nichts über uns ohne uns!‹ Psychiatrie-Erfahrene im Prozess der deutschen Psychiatriereform, 1970-1990« (S. 138-147). In: Jürgen ARMBRUSTER, Anja DIETERICH, Daphne HAHN u. a. (Hg.): »40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Blick zurück nach vorn«. Köln: Psychiatrie Verlag
- Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften u. a. (Hg.) (2022): »Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression«. Langfassung, Version 3.0. Online-Ressource – [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2022-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf) [Kurz-URL: <http://bit.do/nv-dep>]
- CRPD – Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): »Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities«. Online-Ressource [www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc](http://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc) [Kurz-URL: <http://bit.do/crpd-14>]
- DGPPN e. V. (Hg.) (15.3.2019): »S3-Leitlinie Schizophrenie«. Langfassung. Online-Ressource <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009>
- FAPI – Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen (19.10.1990): Presseerklärung – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/fapi-pr-1990.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/fapi-pr-1990.pdf)
- GV-BPE – Geschäftsführender Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V. (2008): »Stellungnahme des BPE zu den Münchener Thesen – 18. Mai 2008«. In: BPE-Rundbrief, Nr. 2 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.2\\_muethe.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.2_muethe.htm)
- KAISER-BURKART, Barbara (1.2.2021): »Harsche Kritik an verheerender Vorstandspolitik und unverarbeiteten Problemen«. In: Newsletter Seelische Gesundheit, Nr. 5/6 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/bpe-baut-ab.htm#baut-ab](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/bpe-baut-ab.htm#baut-ab)

- KAUFMANN, Markus & LEHMANN, Peter (2019): »Überfällige ärztliche Hilfen beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«. In: *NeuroTransmitter*, 30. Jg., Nr. 12, S. 18-22 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/kaufmann-lehmann-ueberfaelligehilfen.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/kaufmann-lehmann-ueberfaelligehilfen.pdf)
- KEMPKER, Kerstin (Hg.) (1998): »Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus«. Berlin: Peter Lehmann Antipsychoiatrieverlag
- KLAFKI, Hannelore (2006): »Für alle Fälle e. V.« (S. 136-138). In: dies.: »Meine Stimmen – Quälgeister und Schutzengel. Texte einer engagierten Stimmenhörerin«. Berlin, Eugene & Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychoiatrieverlag (E-Book 2022)
- LAUVENG, Arnhild (2018): »Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte«. 6. Auflage. München: btb Verlag
- LEHMANN, Peter (1981): »Das Seelenheil des Patienten gebietet Schweigen« (S. 237-247). In: Birgit KERSTAN & Helga WILDE (Hg.): »Selbstbestimmung in der Offensive – Frauenbewegung Selbsthilfe Patientenrechte«. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/schweigen.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/schweigen.pdf)
- LEHMANN, Peter (1998a): »Zum Davonlaufen – Wie die Weglaufhausgruppe entstand« (S. 30-37). In: Kerstin KEMPKER (Hg.): »Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus«. Berlin: Peter Lehmann Antipsychoiatrieverlag
- LEHMANN, Peter (1998b): »Vielfalt statt Einfalt – Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung«. In: *Soziale Psychiatrie*, 22. Jg., Nr. 2, S. 9-13 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/vielfalt-einfalt.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/vielfalt-einfalt.pdf)
- LEHMANN, Peter (2008a): »Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa«. In: BPE-Rundbrief, Nr. 2, S. 13 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.2.13.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.2.13.pdf)
- LEHMANN, Peter (2008b): »Antrag an die MV auf Zustimmung zu den »Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa««. In: BPE-Rundbrief, Nr. 3, S. 24-25 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.3.24-25.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2008.3.24-25.pdf)
- LEHMANN, Peter (2009): »Psychiatriebetroffene auf der internationalen Bühne – eine aktuelle Zwischenbilanz«. In: BPE-Rundbrief, Nr. 1, S. 7-12 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2009.1.7-12.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2009.1.7-12.pdf)
- LEHMANN, Peter (18.12.2015a): »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«. Online-Ressource [www.antipsychoiatrieverlag.de/psychpav.htm](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/psychpav.htm)
- LEHMANN, Peter (2015b): »Are users and survivors of psychiatry only allowed to speak about their personal narratives?« (S. 98-104). In: John Z. SADLER, Kenneth William Musgrave FULFORD & Cornelius Werdie VAN STADEN (Hg.): »The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics«. Band 1. Oxford: Oxford University Press – [www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/only-allowed.pdf](http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/only-allowed.pdf)
- LEHMANN, Peter (2015c): »Nachruf auf Klaus Laupichler«. In: BPE-Rundbrief, Nr. 2, S. 16 – [www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2015.2.16.pdf](http://www.antipsychoiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2015.2.16.pdf)



- LEHMANN, Peter (2016a): »Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie – Wann wird die Aktion psychisch Kranke aktiv?« (S. 46-72). In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Peter WEIß & Andreas HEINZ (Hg.): »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation«. Köln: Psychiatrie Verlag – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-enquete-apk.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-enquete-apk.pdf)
- LEHMANN, Peter (2016b): »Ketzerische Gedanken zur Selbsthilfebewegung anlässlich des Todes von Klaus Laupichler« (S. 130-136). In: Hilde SCHÄDLER-DEININGER, Reinhard PEUKERT & Franz-Josef WAGNER (Hg.): »Triologisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen. Zum Gedenken an Klaus Laupichler«. Köln: Psychiatrie Verlag in Zusammenarbeit mit der DGSP e. V. – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann\\_ketzerische-gedanken.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann_ketzerische-gedanken.pdf)
- LEHMANN, Peter (2017): »Selbstbestimmung und Verantwortung in der Krise« (S. 101-126). In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Peter WEIß & Andreas HEINZ (Hg.): »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfe bei psychischen Erkrankungen«. Köln: Psychiatrie Verlag – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-selbstbestimmung-apk2016.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-selbstbestimmung-apk2016.pdf)
- LEHMANN, Peter (2019a): »Planungsstand am Tag 127 – Die Einladungen konnten 127 Tage nach Eingang des Bewilligungsbescheids verschickt werden«. Online-Ressource [www.peter-lehmann.de/127.pdf](http://www.peter-lehmann.de/127.pdf)
- LEHMANN, Peter (2019b): Offener Brief zu meinem Rückzug als Schirmherr von BOP&P e. V. In: BPE-Rundbrief, Nr. 3, S. 17 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2019.3.17.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2019.3.17.pdf)
- LEHMANN, Peter (2022): Nachwort (S. 291-295) zu: Tina Stöckle: »Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«. E-Book-Neuausgabe. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag – [www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/nachwort/9783925931819.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/nachwort/9783925931819.pdf)
- LEHMANN, Peter (2023): »Aktuelle Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie in Deutschland«. In: Rundbrief des Bayerischen Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., Nr. 2, S. 14-27 – HYPERLINK <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-menschenrechtsverletzungen.pdf> [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-menschenrechtsverletzungen.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-menschenrechtsverletzungen.pdf) (Zugriff am 27.6.2023)
- LEHMANN, Peter & JESPERSON, Maths (2007): »Psychiatrie, Käfighaltung und Internet« (S. 385-398). In: Peter LEHMANN & Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«. Berlin, Eugene & Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag (E-Book 2022)
- LEHMANN, Peter & NEWNES, Craig (Hg.) (2023): »Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige«. Köln: Psychiatrie Verlag / Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, Peter, STÅLSTRÖM, Olli, RIABOVA, Olga u. a. (20.7.2004): »Deklaration von Vejle – Empfehlungen für ein Miteinander« (S. 391). In: Peter LEHMANN & Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«. Berlin, Eugene & Shrewsbury: Peter Lehmann

- Antipsychiatrieverlag 2007 (E-Book 2022) – [www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/vejle-declaration-deutsch.htm](http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/vejle-declaration-deutsch.htm)
- NetzG e. V. (9.11.2016): Grundsatzerklärung & Satzung. Online-Ressource [www.netzg.org/ueber-netzg/grundsatzerklaerung-satzung](http://www.netzg.org/ueber-netzg/grundsatzerklaerung-satzung)
- Psychexit-AG (11.12.2020): »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika. 5. Expertenrunde zum Thema »Niederschwellige ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für Menschen, die beim Absetzen ihrer Psychopharmaka in eine Krise geraten««. Zoom-Expertentagung – [www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#5](http://www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#5)
- Psychexit-AG (5.11.2021): »Psychexit 6: Vom Modell(projekt) zur Regelversorgung: Der Gesundungsprozess des Absetzens von Psychopharmaka braucht eine reguläre solidarische Krankenkassenfinanzierung«. Zoom-Expertentagung – [www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#6](http://www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#6)
- Psychexit-AG (2.12.2022): »Psychexit 7: Die Vorenthaltung von Informationen über Absetz- und Entzugsprobleme und von Hilfen beim Reduzieren als menschenrechtliches Problem«. Zoom-Expertentagung – [www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#7](http://www.peter-lehmann.de/psychexit.htm#7)
- STÖCKLE, Tina (1983): »Kongress über alternative Psychiatrie«. In: Die Kleine Freiheit, 3. Jg., Nr. 10, S. 25 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/psychipol.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/psychipol.htm)
- STÖCKLE, Tina (2022): »Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«. E-Book-Neuauflage. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- »Trialog und Selbstorganisation – Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa« (2008). In: Soziale Psychiatrie, 32. Jg., Nr. 2, S. 21 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/muenchner-thesen-sp-2007.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/muenchner-thesen-sp-2007.pdf)
- WEHDE, Uta (1991): »Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene«. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- WHO – World Health Organization / EC – European Commission (1999): »Conclusions of »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care. Joint World Health Organization / European Commission Meeting«. Brussels, 22-24 April 1999« (S. 9-10). In: WHO / EC: »Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization / European Commission meeting. Brussels, Belgium, 22-24 April 1999. Report«. Broschüre MNH/NAM/99.2. Brüssel: WHO – [www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm](http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm)
- WINDEN, Dorothee (10.9.1994): »Irrenoffensive steckt in der Krise. Eine Mitgliederversammlung soll heute über die Auflösung der Anti-Psychiatriegruppe entscheiden / Gesundheitsverwaltung prüft Kassenbücher wegen manipulierter Rechnungen«. In: taz – Die Tageszeitung (Berlin), S. 36 – <https://taz.de/!1543933/>

# Recovery Colleges in Baden-Württemberg am Beispiel Stuttgart

*Harald Metzger*

Ich werde hier einen Überblick von Recovery Colleges aus meiner Sicht in Stuttgart als Beteiligter im Prozess der Entwicklung darstellen.

- Einleitung
- Welche Erwartungen haben wir an Recovery Colleges
- Beginn der Planungen und Vorbereitungen
- Experten durch Erfahrung und Experten durch Lernen
- Gemeinschaftliches »von und miteinander« lernen
- Zusammenwirken mit vorhandenen Angeboten der Selbsthilfe und der sozialpsychiatrischen Gemeindestruktur
- Beginn der Arbeitsgemeinschaft

## Einleitung

In Stuttgart besteht schon sehr lange eine sehr gute Kommunikation der Selbsthilfen untereinander und eine sehr gute Vernetzung der Selbsthilfe zu den weiteren Akteuren der Sozialpsychiatrie.

Der Austausch zwischen allen Beteiligten geschieht auf Augenhöhe. Die Selbsthilfevertreter sind nicht nur dabei, sondern sind in die Entscheidungsprozesse mit eingebunden. Die Psychiatrieselbsthilfe in Stuttgart ist durch Vertretende der Bürgerhilfe, durch Vertretende der Initiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart (IPE) und durch die beiden Beratungsorganisationen Erweiterte unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) sowie der Informations-, Beratungs- u. Beschwerdestelle (IBB) im Gemeindepsychiatrischen Verbund vertreten und gefragt. Im Gemeinderat der Stadt Stuttgart ist ein/eine Vertreter(in) der Selbsthilfeinitiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart als sachkundige Bürger(in) mit beratender Stimme vertreten. Die Sozialplanung und die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener stimmen sich regelmäßig ab.

Ebenso besteht Kontakt zu den Gemeindepsychiatrischen Zentren sowie zu den Kliniken und mit den Trägern in Stuttgart wird gut zusammengearbeitet. Der regelmäßige Austausch findet nicht nur in den Gremien des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) sondern auch außerhalb, in von Trägern und Selbsthilfe organisierten Treffen statt. Durch diese insgesamt sehr gute Zusammenarbeit gelingt es, möglichst viele Psychiatrieerfahrene zu erreichen und Kontakt zu halten.

Wir haben somit in Stuttgart eine gute Basis für Neues, für ein Recovery College!

### **Welche Erwartungen haben wir an Recovery Colleges?**

Ein Recovery College ist ein Ort des Lernens zu Themen der Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens. Es ist eine Bildungseinrichtung mit einer breiten Palette an Themen und Angeboten für alle Menschen. Aber auch eine Einrichtung, in der jeder von jedem lernen und dadurch Erfahrungen sammeln kann.

Der Fokus liegt auf der Gesundheit des Menschen, speziell der psychischen/seelischen Gesundheit und ist auf eine (Wieder-)Herstellung des aktiven Tuns und des aktiven Miteinanders gerichtet, mit einer breiten Palette an Themen und Angeboten für alle Altersgruppen und Bildungstufen.

Alle Teilnehmende, Lernende und Lehrende sind gleichberechtigt in der Gestaltung des gesamten Recovery Colleges. So können Angebote entstehen, die einen völlig neuen Modus des gemeinsamen Lernens, des gemeinsamen Miteinanders und der Gestaltung von Angeboten für alle Menschen erzielen. Hierbei ist es wichtig, die Ressourcen des Einzelnen, d.h. seine Fähigkeiten und die Quellen seiner Kraft anzuerkennen und zuzulassen.

Hierdurch wiederum kann jeder Einzelne für sich und die Gemeinschaft aller Einzelnen Ressourcen erkennen und neue Potentiale entwickeln.

### **Beginn der Planungen und Vorbereitungen**

In einer beginnenden neuen Welt der Psychiatrie ist das Zusammenwirken aller Menschen gefragt.

Es reichen nicht mehr länger klinische und ambulante Versorgung, die eine zwar sehr gute Versorgung gewährleisten aber dazu führen, dass sich alles in einer Welt der Psychiatrie bewegt. Es ist nun an der Zeit, mit einer stärkeren Einbindung in die Gesellschaft und mit mehr Verständnis von psychischen Erkrankungen zu beginnen. Die ansteigende Zahl der Menschen mit Erfahrungen im Umgang mit psychischen Problemen, dies sind Betroffene, Angehörige, Freunde, Nachbarn und viele mehr, macht es notwendig, eine Selbstverständlichkeit der psychischen Erkrankung inmitten der Gesellschaft zu etablieren.

Recovery Colleges ebnen den Weg zu einer offenen Gesellschaft, in der sich alle wohlfühlen können. Gerade Menschen mit psychischen und sozialen Schwierigkeiten werden hier zu Experten ihrer eigenen Erfahrungen und werden von

Teilnehmenden des Recovery College geschätzt und gebraucht. Aber auch Bürger, die sich bisher nicht mit (eigenen) psychischen bzw. seelischen Befindlichkeiten auseinandergesetzt haben, bekommen hier die Möglichkeit, sich zu öffnen und auch eine ihnen bisher verschlossene eigene innere Welt zu erleben und so ein besseres Leben zu erfahren.

Es braucht Räume, die allen zugänglich sind und in denen eine Kommunikation aller Menschen, mit und ohne psychische, körperliche Einschränkungen in einem selbstverständlichen Miteinander stattfindet. Recovery Colleges stellen einen wichtigen Baustein für eine offene Gesellschaft, in der das Stigma durch gegenseitiges Verstehen ersetzt wird.

### **Experten und Expertinnen durch Erfahrung und Experten und Expertinnen durch Lernen**

Jeder Mensch ist in seinem eigenen Leben Erfahrungsexperte oder -expertin und wird im Recovery College in die Lage versetzt, einen Bezug zu seiner eigenen Lebenslage und seinen psychischen Verletzlichkeiten herzustellen. Dies geschieht durch Austausch, durch Lernen von und mit Erfahrungsexperten und -expertinnen. Diese wiederum erfahren hierdurch Wertschätzung. Wir sehen hier eine Wechselseitigkeit der Beziehungen, die positiv wirkt. Erfahrungswissen ist ein wertvoller Schatz, von dem alle Beteiligten profitieren können.

Der Beginn eines neuen Lernens in einer Gemeinschaft aller Bürger, gleichwertig und respektvoll im Umgang miteinander. Jeder Mensch hat seine eigenen Ressourcen, die es unabhängig von der jeweiligen körperlichen oder psychischen Situation zu entdecken gibt. Um diese Ressourcen für die Person selbst und für andere zu nutzen, ist es erforderlich, von der herkömmlichen Form des Unterrichtes »Lehrender-Lernende« Abstand zu nehmen. In Recovery Colleges sind alle Lernenden und alle Lehrenden durch Ihre eigenen persönlichen Erfahrungen Experten und geben so der Gemeinschaft die Möglichkeit der Weiterentwicklung.

### **Gemeinschaftliches »von und miteinander« lernen**

Lerneinheiten werden vom Erfahrungsexperten und dem zweiten Lehrenden gemeinsam im Tandem durchgeführt. Das Ziel ist immer, dass alle Teilnehmenden, mit den beiden sich ergänzenden Dozenten und Dozentinnen zu einer neuen Gestaltungs- u. Unterrichtsform gelangen. Es sollen alle Teilnehmenden (auch die Unterrichtenden im Tandem) für sich möglichst das Positive der Unterrichts-

einheit, mitnehmen und erfahren können. Das gilt nicht nur für den Lehrstoff, sondern auch für die Beziehungen und den Austausch im Miteinander während des Unterrichtes. Innerhalb der Bildungsprozesse spielt das Erfahrungswissen und eine wertschätzende Kommunikation eine zentrale Rolle.

Die Seminare und Workshops dienen dazu

- ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben auch mit einer Erkrankung zu führen,
- sich selbst anzunehmen, mit seinen eigenen Ressourcen, diese zu erkennen und auch anderen nutzbar zu machen,
- Lebensziele und Wünsche zu erkennen und diese wieder leben zu können,
- sich selbst ganzheitlich zu verstehen.
- eine Offenheit für die Vielfältigkeit von Realität, Wirklichkeit und Wahrnehmung zu entwickeln. Im Rahmen der Bildungsprozesse spielt die Dimension des Erfahrungswissens eine zentrale Rolle.

Das Recovery College ist

- ein lebendiger und lernender Organismus, der die Recoveryprinzipien (Sinn, Zuversicht, Hoffnung, Veränderung, Steigerung der Selbstmanagementkompetenz, persönliche Entwicklung) lebt.
- post-trialogisch. Jeder wird jenseits seiner Rollen als Angehörige(r), Profi oder Nutzerer bzw. Nutzerin verstanden. Jeder kann Teilnehmer\*in, Lehrender oder Lernender sein.
- für alle zugänglich und ist für alle offen. Es ist ein Lernort für die gesamte Bevölkerung. Dies schließt explizit auch Menschen aus anderen Kulturkreisen und Menschen mit körperlicher Behinderung ein.
- ein lebendiger und lernender Organismus, der die Recoveryprinzipien lebt.

**Zusammenwirken mit vorhandenen Angeboten der Selbsthilfe und der sozialpsychiatrischen Gemeindestruktur.**

Auch ist klar geworden, dass es schon Angebote gibt, die in das Recovery College passen, so haben wir ein monatliches Clubabendangebot gestaltet durch Offenen Herberge und Initiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart mit Referenten aus den verschiedensten Bereichen. Diese Angebote werden von Psychiatrieerfahrenen oder Akteuren der Sozialpsychiatrie oder Menschen aus anderen für uns relevanten Bereichen abgehalten. Dies geschieht immer auf Augenhöhe, ein Mitwirken bei der organisatorischen Vorbereitung und der Durchführung ist erwünscht. Begleitet

wird der Clubabend von einem Abendessen, das gemeinsam mit den jeweiligen Referenten eingenommen wird.

Des Weiteren haben wir im Treffpunkt Süd Spaziergänge, Theaterbesuche und Besuche von Museen und Ausstellungen mit begleitender Führung oder Erklärung durch Teilnehmende des Treffpunkt Süd selbst. Ein bzw. zweimal im Jahr finden mehrstündige Malstunden durch eine Maltherapeutin, die sehr recoveryorientiert arbeitet, statt.

Auch die professionellen Akteure in der Stuttgarter Sozialpsychiatrie bieten immer wieder Informationsabende, die so gestaltet sind, dass alle Teilnehmenden einbezogen werden.

### **Beginn der Arbeitsgemeinschaft**

Im Vorfeld der Arbeitsgemeinschaft fanden schon Treffen gemeinsam mit dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrene BW statt. Gemeinsam mit verschiedensten Vertretern und Vertreterinnen der Selbsthilfe, aber auch der Sozial-Psychiatrie wurden hier erste Schritte zu Recovery Colleges angedacht.

Nach einer Präsentation von Herrn Prof. Schulz aus Gütersloh zu Recovery war klar, dass wir in Stuttgart damit beginnen wollen, ein Recovery College aufzubauen und wir gründeten eine Arbeitsgemeinschaft.

Die Akteure, die in die Arbeitsgemeinschaft eingebunden wurden, hatten sich schnell gefunden.

Hierzu gehören: EX-IN-Stuttgart, Offene Herberge, eva-Stuttgart und IPE-Stuttgart. Die Arbeitsgemeinschaft ist offen für weitere Teilnehmende und Interessierte, die sich einbringen können. So haben wir von Anfang an beschlossen, auch Bürgerhelfer und weitere Interessierte anzusprechen und in die Arbeitsgemeinschaft, zur Ideenentwicklung mit hereinzunehmen. Leider hat uns dann die Corona-Krise erreicht und wir konnten keine persönlichen Treffen mehr stattfinden lassen. Da wir aber unbedingt weitermachen und unsere Ideen zu einer schnellen Umsetzung verwirklichen wollten, haben wir sehr schnell begonnen uns per Telefonkonferenzen und per Mail auszutauschen.

### **Die Finanzierung**

Die Ziele von Recovery in Stuttgart sind klar. Es ist nun an der Zeit, mit der Finanzierung zu beginnen, wir haben schnell eine Stiftung gefunden, die bereit ist, uns finanziell für die Beginn- und Planungsphase zu unterstützen. So erhalten

wir zu Beginn von Recovery Colleges in Stuttgart für bis zu sechs Monate für eine 450€ Stelle Mittel, die uns befähigen, mit einem oder zwei Mitarbeiter\*innen, die sich diese Stelle auch teilen können, die ersten Planungen umzusetzen. Parallel entwickeln wir gerade einen Aktion Mensch-Antrag für unser Recovery College, den wir mittlerweile konzeptionell schon angegangen sind.



# **Die Selbsthilfebewegung in den »Neuen Bundesländern« Anfang der 1990er Jahre Das Beispiel Durchblick e. V.**

*Thomas R. Müller*

Die psychiatrische Selbsthilfe in den fünf ostdeutschen Bundesländern konnte sich erst mit der politischen »Wende« 1989/90 institutionalisieren. Ein umfassender Überblick über die Wurzeln und die Entwicklung der Selbsthilfe seit Anfang der 1990er Jahre steht noch aus. Daher sollen in diesem Beitrag zunächst eine Standortbestimmung gewagt und im Folgenden beispielhaft die Geschichte des Leipziger Psychiatriebetroffenenvereins Durchblick e. V. dargestellt werden.

## **Selbsthilfe in der DDR**

Eine institutionalisierte Selbsthilfe konnte sich in der DDR vor 1989 nicht herausbilden, da nach der Vereinigungsordnung (1975) die Bildung von Interessenverbänden und Zusammenschlüssen nur innerhalb staatlicher Vereine und Massenorganisationen möglich war. Nichtsdestotrotz hat es Initiativen der Selbsthilfe auf verschiedenen Ebenen gegeben. So wurde bereits 1963 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig ein Patientenrat gegründet, der als Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten fungieren sollte. Seit 1965 bestanden Angehörigen-Gruppen und 1967 wurde in einem Jugendklubhaus außerhalb der Klinik ein Patientenklub eröffnet, dessen Klubrat Patienten und Patientinnen bildeten. In der ersten Hälfte der 1970er Jahre wurde eine »therapeutische Gemeinschaftsarbeit« angestrebt, die zu einer »demokratischen Leitung mit einem weiten Spielraum der Mitsprachemöglichkeiten aller Beteiligten, vor allem auch der Patientinnen und Patienten« führen sollte. (1) Klaus Weise, damals Direktor der Klinik, musste jedoch im Rückblick resümieren, dass die Versuche, den »psychisch Kranken Freiraum zur Selbstbestimmung und zur kritischen Auseinandersetzung mit den Lebens- und Behandlungsbedingungen zu geben ... immer wieder an Passivität und Desinteresse« (2) scheiterten. Dieses Verhalten sei, so Weise, im wesentlichen Folge der allgemein repressiven Bedingungen der Gesellschaft gewesen. (2) Auch lassen sich die begrenzten Erfolge dieser Bemühungen damit erklären, dass es sich – wie auch bei den u. a. an den Polikliniken angebotenen Gruppen zur Langzeitbetreuung von Alkoholkranken – um von Professionellen angeleitete Gruppen handelte. (3) Als Alternative zu den staatlichen Maßnahmen gab es zudem Gruppen unter dem Dach der Kirchen. (4)

Für den hier darzustellenden Kontext aufschlussreicher mögen spezifische Ausprägungen von Selbsthilfeaktivitäten sein, die sich in den »Nischen« der DDR-Gesellschaft bildeten. Herbert Loos spricht für Berlin von »illegalen« Selbsthilfegruppen«. (5) Interessant ist in diesem Zusammenhang die Geschichte des psychiatriekritischen Buches »Flucht in die Wolken« von Sibylle Gerstner, das die Autorin unter dem Pseudonym Sibylle Muthesius veröffentlichte. Das Buch erschien 1982 nach einem jahrelangen Zulassungsverfahren, in dem die Autorin letztendlich der Anonymisierung von Personen und Institutionen zustimmen musste. Im Vorfeld hatte der Verlag »Der Morgen« Gutachten bekannter DDR-Psychiater eingeholt, die das Buch wie Prof. Höck aufgrund seiner Darstellung aus der Sicht der Betroffenen begrüßten oder wie Prof. Wendt als »antipsychiatrischen« Buch ablehnten. In »Flucht in die Wolken« setzt sich die Autorin mit dem Suizid ihrer Tochter auseinander und beschreibt die aus ihrer Sicht unzulängliche Behandlung in verschiedenen psychiatrischen Kliniken. (6) Das Buch war in der DDR ein großer Publikumserfolg und die Autorin erhielt zahlreiche Leserbriefe von anderen betroffenen Eltern, die sich Rat und Unterstützung erhofften und die Sibylle Gerstner bei der Bewältigung ihrer Erfahrungen unterstützte. (7)

Sehr wahrscheinlich ließen sich auch andere Beispiele für informelle Selbsthilfe in der DDR finden und darstellen. (8) Im Folgenden soll etwas ausführlicher auf die Wurzeln und die Geschichte der Leipziger Psychiatriebetroffeneninitiative Durchblick e. V. eingegangen werden.

## **Der Leipziger Psychiatriebetroffenenverein Durchblick e. V.**

### **Die Wurzeln**

Der Durchblick e. V. hat seine Wurzeln in bereits vor 1989 in Leipzig bestehenden informellen Gruppen und Initiativen. Seit 1984 organisierte die Diplom-Grafikerin Rosi Haase einen Kunstzirkel auf einer geschlossenen Station im damaligen Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Leipzig-Dösen, in dem auch Kontakte in die autonome Leipziger Kunstszene gepflegt wurden. Im privaten Rahmen trafen sich ab Mitte der 1980er Jahre Betroffene in der »Schizeria« und unterstützten sich gegenseitig bei der Bewältigung psychischer Krisen und während stationärer Aufenthalte. Zu den Treffpunkten der Leipzig »Psychoszene« gehörte das stadtbekanntes Café Corso. Hier gab es den »Schizotreff«, einen Stammtisch Psychiatrieerfahrener, an dem der »Schizofürst«, ein berenteter Lehrer, u. a. über die Wirkung von Medikamenten aufklärte.

Im Rahmen der Bürgerrechtsbewegung Neues Forum bildeten sich 1989 zwei Gruppen, die sich für die Rechte von Psychatriepatienten einsetzten. Neben der Gruppe »Anti-Psychiatrische Initiativen« gründete sich am 3. November 1989 die »Basisgruppe Psychiatrie-Betroffene«. Diese Gruppe ging mit dem Aufruf »Glasnost auch in der Psychiatrie« an die Öffentlichkeit. Der Aufruf richtete sich an »ehemalige und derzeitige Psycho-Behandelte, Angehörige von Behandelten, Noch-zu-Behandelnde und Behandlungsverweigerer«, beklagte u. a. die »Gewalt und Menschenrechtsverletzungen an Psycho-Behandelten, die Tragödie der neuroleptischen Dauerbehandlung« und forderte das sofortige Verbot der Elektroschockbehandlung, eine Rechtsvertretung bei Zwangsbehandlungen und das Recht auf eine psychopharmakafreie Behandlung. Bei der Formulierung der Forderungen dürfte die Nähe zu antipsychiatrischen Initiativen in der BRD eine Rolle gespielt haben. In der DDR konnten Frührentner »in den Westen« reisen, und eine Leipziger Betroffene hatte bei einem Besuch in West-Berlin Kontakt zur »Irrenoffensive«.

Bemerkenswert ist, dass viele der in dem Aufruf angesprochenen Themen wie Zwang und Gewalt, die Kritik an Medikamenten und Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sowie Fragen der Stigmatisierung bis heute nichts von ihrer Aktualität verloren haben!

Im Frühjahr 1990 organisierte die Basisgruppe in einem Hörsaal der Universität Leipzig Hearings zu individuellen Erfahrungen mit der Erkrankung und der Institution Psychiatrie und dem vermeintlichen politischen Missbrauch. Dabei geriet besonders die Nervenklinik Waldheim in den Fokus, eine Spezialeinrichtung für »kriminell auffällige und besonders gefährliche« psychisch Kranke. Nach einer dreiteiligen Reportage des Magazins »Stern« befasste sich auch die Politik mit den Vorwürfen, und es wurden Untersuchungsausschüsse zunächst von der Volksammer der DDR und nach dem Ende der DDR von den jeweiligen Landesregierungen eingesetzt. (9)

## **Gründung**

Am 18. April 1990 fand die Gründung des Vereins Durchblick e. V. (zunächst unter dem Namen Lichtblick e. V.) statt. Der Gründungsversammlung waren zahlreiche Treffen vorausgegangen, in denen über die Ziele des Vereins diskutiert wurde. Eine der Gründerinnen und langjährige Vorständin Rosi Haase erinnert sich, dass die Schaffung dieser Vereinsstruktur eher pragmatische Gründe hatte, da sich dadurch die Beschaffung finanzieller Mittel und die Anstellung von Mitarbeitern

ermöglichen ließ. In der Satzung war als Zweck des Vereins formuliert, »psychiatrisch Betroffene und deren Angehörigen durch Eingliederung in eine solidarische Gemeinschaft, gegenseitige Hilfe, soziale Unterstützung und moralischen Rückhalt zu ermöglichen und zu gewähren.« Diese sollte u. a. durch Öffentlichkeitsarbeit zur Vermeidung von Diskriminierung und die Aufklärung über psychiatrische Behandlungsmethoden erreicht werden. Als eine der Wurzeln des Vereins sollte auch das künstlerische und kreative Engagement fortgesetzt werden, das als Möglichkeit betrachtet wurde, auf eine spezifische Weise in die Gesellschaft zu wirken und für die Problematik psychischer Erkrankungen zu sensibilisieren. Dazu trugen und tragen die »durch blick galerie«, das Festival »kunst: verrückt« (1994-2014) und das 2001 eröffnete Sächsische Psychiatriemuseum bei.

### **Politisches Engagement**

Auch wenn es in der Gründungssatzung nicht explizit formuliert war, verstand sich der Durchblick e. V. nicht nur als ein Verein, in dem »Hilfe zur Selbsthilfe« geleistet wird, sondern auch als ein Interessenvertreter der Psychiatriebetroffenen gegenüber der Politik und der Psychiatrie. Anfang 1991 wandte sich die erste Vereinsvorsitzende Giesela Riedel an den Sächsischen Sozialminister Hans Geisler und forderte ein Mitsprache- und Beratungsrecht bei der Erstellung eines Planes zur Humanisierung der Psychiatrie und bei der Erstellung eines Psychiatriegesetzes für Sachsen. In den folgenden Jahren mischte sich der Verein aktiv in die sächsische Psychiatriepolitik ein und verfasste u. a. ein Positionspapier zum Maßregelvollzug in Sachsen. Auch war der Durchblick an den Protesten gegen die geplante Verlegung der Tagesklinik der Unipsychiatrie beteiligt: »Eh´ sie uns versetzen, werden wir besetzen.«

### **Hilfe zur Selbsthilfe**

Nachdem sich die Vereinsmitglieder zunächst im privaten Rahmen und bei einem psychosozialen Verein getroffen hatten, bekam die Vereinsarbeit mit dem Bezug eigener Räume im September 1991 eine neue Qualität. Die 1,5 Räume beherbergten die Geschäftsstelle, waren Anlaufstelle und offener Treff für Mitglieder und Besucher und Standort der Firma DurchblickDesign. Mit dem Umzug des Vereins 1996 in eine komfortable Stadtvilla vergrößerten sich die Möglichkeiten und das Spektrum der Angebote. Es konnten u. a. künstlerische Werkstätten (Siebdruck, Keramik, Steinwerk), ein Kunstgruppen- und Galerieraum, das Sächsische Psy-

chiatriemuseum und ein Notwohnen etabliert werden. Außerdem koordiniert der Verein die Patientenfürsprecher der Stadt und ist Mitveranstalter der Psychoseseminare.

### **Arbeit und Beschäftigung**

Als großes Defizit der mit der »Wende« verbundenen tiefgreifenden Umwälzung der politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse wurde von der Gründergeneration des Vereins der Verlust von Arbeit und Beschäftigung wahrgenommen. Mit dem Ende der DDR war das System der Rehabilitation zusammengebrochen, das es vielen Betroffenen ermöglichte, in einem geschützten Rahmen zu arbeiten, Geld zu verdienen und soziale Kontakte zu pflegen. Somit lag ein Fokus der Vereinsarbeit auf der Schaffung neuer Arbeits- und Beschäftigungsangebote. Psychiatriebetroffene wurden als Mitarbeitende angestellt und 1992 die Firma DurchblickDesign als eine der ersten Integrationsfirmen in den »Neuen Bundesländern« gegründet. Zwischen 1995 und 2000 führte der Verein zwei vom Europäischen Sozialfonds geförderte Aus- und Weiterbildungsprojekte durch, in deren Folge im Jahr 2000 die Integrationsfirma »SpielWerk« mit den Bereichen Holzdesign und einem Spielecafé gegründet und zahlreiche versicherungspflichtige Arbeitsplätze für Psychiatriebetroffene geschaffen wurden.

Nach Schließung der Firmen aus wirtschaftlichen Gründen bietet der Durchblick auch weiterhin Arbeits- und Zuverdienstmöglichkeiten u. a. in der Peer-Beratung, im Servicebereich (Küche, Reinigung) und im Sächsischen Psychiatriemuseum.

### **Resümee**

Trotz Restriktionen gab es in der DDR auf informeller Ebene Selbsthilfeinitiativen Psychiatriebetroffener. Hinzu kamen »expertengeleitete« Gruppen und Angebote unter dem Dach der Kirchen. Mit dem gesellschaftlichen Aufbruch 1989/90 gründeten sich in den fünf »Neuen Bundesländern« allerorten Initiativen und Vereine der Selbsthilfe, deren Geschichte und Entwicklung weiterer Forschung bedarf.

## Anmerkungen

- (1) Ulrich TRENCKMANN, Matthias UHLE: Zur Entwicklung der Betreuungspraxis psychisch Kranker durch die Leipziger Universitätspsychiatrie. Vom Stadtasyl zur sektorisierten Versorgung, in: *Wiss. Z. Karl-Marx-Universität Leipzig, Math.-Naturwiss. R.* 31 (1982) 2, S. 92-114
- (2) Klaus Weise stellt seinem Beitrag das Zitat eines Leipziger Psychiatererfahrenen voran: »Wir wurden bemuttert und befürsorgt – es wurde uns aber abgenommen, uns um uns selbst zu kümmern.« Siehe: Klaus WEISE: Fürsorge bis zur Entmündigung oder Freiheit bis zur Verwahrlosung, in: Martin BÜHRIG, Friedrich LEIDINGER, Martin WOLLSCHLÄGER (Hg.): *Herr Dörner hat eine Idee ... Zum 60. Geburtstag – Begegnungen mit Klaus Dörner*, Psychiatrie-Verlag, 1993, S.82-89
- (3) Schulz datiert die Bildung der ersten Gruppe Anonymer Alkoholiker in der DDR, die sich in Halle gegründet hat, auf das Jahr 1985. Siehe: Ronald SCHULZ: Der Aufbruch der Selbsthilfebewegung in der DDR, in: *psychosozial* 45 (1991), S. 115-118
- (4) Unter dem Dach der evangelischen Diakonie arbeitete die Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren (AGAS).
- (5) Herbert Loos: Psychiatrie braucht Öffentlichkeit, in: *Dtsch Arztebl* 2006; 103(51-52):A 3464-7
- (6) Zu den Gutachten und der Entstehungsgeschichte des Buches: Thomas R. MÜLLER: »Flucht in die Wolken« – Ein außergewöhnliches Kapitel der DDR-Psychiatriegeschichte, in: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*: Hrsg. W.J. BOCK und B. HOLDORFF, Band 12, Würzburg 2006, S. 427-440
- (7) Die Resonanz auf das Buch schildert der Ehemann der Autorin in seinen Memoiren. Siehe hierzu: Karl-Heinz GERSTNER. *Sachlich, kritisch, optimistisch*, edition ost 2002, S. 434
- (8) Die Onlinepräsentation »Psychiatrie in Sachsen - Das Jahr 1990« stellt u.a. die Vorgeschichte und Gründung von Vereinen und Initiativen in Sachsen im Jahr 1990 dar und ist als Ergänzung zu dem hier vorliegenden, bereits 2020 verfassten Beitrag zu betrachten. <http://psychiatrie-in-sachsen-1990.psychiatriemuseum.de/>
- (9) Siehe hierzu: Sonja Süß: *Politisch missbrauchte? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Ch. Links Verlag, Berlin 1998

## Weitere Literatur

- Ursula GRÜß: Das Prinzip »Selbsthilfe« bei der Krankheits- und Lebensbewältigung, in: Achim THOM/Erich WULFF (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1990, S. 378-392
- Ulrike HAHN: *Strukturtransfer und Eigensinn. Die Psychiatriereform in Sachsen nach 1990. Ein psychiatriehistorischer Beitrag*, in: *Schriften aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität Berlin*, Shaker Verlag, Aachen 2007

# Mosaiksteine auf dem Weg vom Patienten zum Experten aus Erfahrung

*Hilde Schädle-Deininger*

Das Einbeziehen und die Zusammenarbeit von psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und professionellen Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen zog sich durch meine gesamte berufliche Tätigkeit und ich habe mich gefreut, dass ich gefragt wurde, ob ich dazu in diesem Band etwas schreibe, wie sich die Beteiligung von Patienten in der psychiatrischen Versorgung von den 1960/70er Jahre bis heute aus meiner Sicht entwickelt hat und was künftig anstehen könnte und muss.

## Einleitung

Dieser subjektive Bericht einer psychiatrischen Krankenschwester beruht auf der mehr als 50-jährigen Tätigkeit und Erfahrung in unterschiedlichen Kontexten im psychiatrisch-psychosozialen Bereich. Meine Einsätze und mein Erleben während meiner Ausbildung zur Krankenschwester (in einer von Krankenhäusern unabhängigen Schule) Mitte der 1960er Jahre in der Erwachsenen und in der Kinder- und Jugend Psychiatrie sowie in der Neurologie, haben mich nach dem Examen 1968 bewogen, mich in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen zu bewerben. Meine erste Station war eine geschlossene Frauenstation.

In meinen nachfolgenden Schilderungen lege ich den Fokus auf meine Anfangszeit in der Psychiatrie, da diese die Weichen für meine berufliche Entwicklung gestellt hat.

## Frühe Prägung

Zunächst möchte ich eine von vielen Situationen schildern, die mir schon sehr früh nahegebracht haben, dass das individuelle Krankheitserleben mit der Lebensgeschichte des Menschen verwoben ist und viele Dinge nur darüber zu verstehen sind.

Nachdem ich 1968 kurze Zeit auf der geschlossenen Aufnahmestation gearbeitet habe, wurde eine Patientin (nennen wir sie Hanna) eingewiesen. Ich kannte Hanna aus privatem Zusammenhang seit einigen Jahren. Wir hatten häufig mit einer Studentengruppe Wochenenden beim Skifahren im Schwarzwald verbracht. Uns verbanden gemeinsame Erlebnisse und viele durchdiskutierte Nächte auf Skihütten mit politischen und privaten Themen. Wir wurden in der Zeit miteinander

vertraut und haben viele private Dinge übereinander erfahren. Wir trafen uns während des übrigen Jahres hin und wieder zum Kaffee oder zu einem Spaziergang, sie holte mich auch gelegentlich dazu nach dem Dienst aus der Klinik ab.

Hanna, kaum jünger als ich, kam in einer katatonen Krise auf die Station, reagierte kaum verbal, war sehr angespannt, registrierte jedoch alles mit wachen Augen usw. Sie erkannte mich sofort und als ich ihr meine Hand gab, hielt sie diese fest und ging mit mir in ihr Zimmer und wir konnten gemeinsam die Aufnahme gestalten.

Für mich war es selbstverständlich, dass ich Hanna duzte. Meine Kolleginnen (Männer gab es damals nicht auf der Frauenstation) fielen über mich her, das könne ich nicht tun, ich müsste sie ab sofort siezen. Ich widersetzte mich und begründete es inhaltlich, vor allem damit, dass ich einen Menschen in einer Krise nicht noch mehr Verunsicherung zumute und dass gewachsene Beziehungen auch vor einer Einweisung in die Psychiatrie nicht Halt machen.

Als Hanna langsam wieder aktiver wurde, stand sie jeden Abend, wenn die Lichter angingen, am Fenster des sogenannten Wachsaals und deutete hinüber zur Chirurgischen Klinik auf ein bestimmtes Fenster und sagte ganz unbeteiligt: »Guck, da ist Bethlehem.« Alle Mitglieder des Teams hielten das für eine Wahnidee. Ich überlegte, was da sein könnte und an einem Abend, als ich gemeinsam mit Hanna an dem kleinen Fenster stand, fiel es mir wie Schuppen aus den Augen. Hanna hatte mir einmal beim Gang durchs Klinikgelände erzählt, dass ihre Mutter in diesem Zimmer gestorben ist ... Ich fragte sie: »Wenn Du hier am Fenster stehst, musst Du dann immer an Deine Mutter denken?« Sie nickte und fing an zu weinen, lehnte sich an meine Schulter: »Sie fehlt mir«. Das war ihre erste emotionale Reaktion und eine Lockerung ihrer Erstarrung. Wir nahmen uns in die Arme. Nach einer Weile setzten wir uns und ich wollte ein Gespräch über ihre Mutter beginnen, was mir nicht gelungen ist. Wir schwiegen und teilten noch eine geraume Zeit einfach das füreinander Da-Sein.

Nach der Entlassung ging Hanna mit mir ins »Gericht« und erklärte mir, was sie während ihres Aufenthaltes an meinem Verhalten und in meinem Handeln als hilfreich und was als kontraproduktiv erlebt hat und wir überlegten, was wir beide aus der Situation mitnehmen können.



## **Weitere punktuelle Blicke in meine Tübinger Psychiatriezeit (1968 – 1975)**

Die Klinik war geprägt durch eine kommunikative Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten, was in der Atmosphäre zu spüren war. Wir in der Tübinger Universitäts-Nervenklinik hatten sicher den großen Vorteil, dass wir Prof. Dr. Walter Schulte zum Ärztlichen Direktor hatten, der zwar manches, was wir taten nicht (sofort) gut geheißsen hat, uns jedoch andere Wege gehen und Konzepte ausprobieren ließ. Ich bin heute noch dankbar, dass ich die Zeit der Psychiatrie-Reform von Beginn an in einem solchen Klima miterlebt habe.

Die Klinik hatte »nur« zwei geschlossene Stationen, alle anderen waren offen. Der Wachsaal im geschlossenen Bereich hatte durch eine Wand abgetrennt zwei Mal vier Betten. Die Zimmer in der Regel drei, es gab auch ein oder zwei Zwei-Bett-Zimmer.

Festzuhalten gilt es auch, dass es in der Tübinger Klinik in dieser Zeit auf den geschlossenen Stationen ganz selbstverständlich »normale« Messer und anderes Besteck gab, auch Porzellan und Glas. Die einzige Besonderheit war, dass am Abend die Messer gezählt und weggeschlossen wurden. Wir haben mit den Patientinnen gebacken und häufig abends die Reste vom Mittagessen, beispielsweise übrig gebliebene Kartoffeln zu Bratkartoffeln verarbeitet. Die Patientinnen hatten Zugang zur Küche und bekamen die notwendigen Utensilien, die am Ende wieder in den Küchenschrank eingeschlossen wurden.

### **Anstöße zu Veränderungen**

In den Morgenrunden wurden von Patienten und Patientinnen Anregungen eingebracht, die die Atmosphäre der geschlossenen Station und der Klinik verändert haben. Frau Maier sprach die Krankenhausatmosphäre in den Krankenzimmern an, während der Aufenthaltsraum der Station eher ein gemütlicheres Klima verbreite. Wir überlegten gemeinsam, was ohne finanzielle Möglichkeiten zu machen sei und entschlossen uns, die Eisengestelle der Betten zu entfernen, aus unserer »Stationskasse« Metallfüße zu kaufen und an die Bettröste zu schrauben. Gemeinsam mit den Patientinnen wurden Tagesdecken gefertigt und Bilder auf Spanplatten aufgezogen. Dadurch wurden die Zimmer gemütlicher. Es gab zwar Ärger, wir hatten vorher nicht gefragt. Es wurde jedoch geduldet, weil die Patient\*innen und wir gemeinsam die Veränderungen im Wohlbefinden aufzeigen konnten.

Herr Koch, der Mann einer Kollegin, regte gemeinsam mit seinem Onkel an, der im Stadtmuseum gearbeitet hat, dass wir gerne einen Besuch und eine Führung dort machen könnten. Durch das Wahrnehmen dieses Angebots ist eine regelmäßige Aktivität am Sonntagvormittag entstanden, beispielsweise Stadtführungen, die wir gemeinsam mit Patient\*innen vorbereitet haben, Kirchen-, Café- und Ausstellungsbesuche usw. Diese »Ausflüge« wurden sehr schnell gemeinsam mit der Männerstation durchgeführt und schon im Sommer 1969 feierten wir das erste gemeinsame Sommerfest im geschlossenen Garten der Frauenstation.

### **Die Tagesklinik**

Anfang 1972 konnten wir relativ kurzfristig die Tagesklinik in der Tübinger Neckarhalde in einem wunderschönen Verbindungshaus mit Jugendstilfenstern eröffnen. Für das Inventar gab es kein Geld. Einige Möbel können wir von den »Straßburger Germanen« übernehmen. Wir beiden Krankenschwestern mit Sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung sichtetten den Sperrmüll an der Straße und durchforsteten Keller und Dachböden der Klinik nach brauchbaren Möbeln. Um dann diese Möbel zu transportieren, mussten wir unseren Charme und gelegentlich auch eine kleine Flasche selbstgekauften Schnaps springen lassen. Unsere Kreativität war auf allen Ebenen gefragt.

Eine ehemalige Patientin, Frau Weiß, half uns dabei Möbel abzuschmiegeln, zu streichen und ggf. zu reparieren und die ersten drei regulär in der Tagesklinik aufgenommenen Patient\*innen haben mit den restlichen Streich- und Verschönerungsarbeiten als »Tagesstruktur« eine für uns alle entlastende und sinnvolle Tätigkeit ausgeführt. Wir waren, nachdem wir soweit fertig waren, gemeinsam sehr stolz auf unsere Arbeit. Dieses Gefühl »unsere Tagesklinik« auf den Weg gebracht zu haben, hielt bei den Patienten und uns eine beträchtliche Zeit an.

Inhaltlich war uns von Anfang an in unseren konzeptionellen Überlegungen klar, dass wir keine übliche Visite wollten, sondern Bezugspersonengespräche, aber auch Angehörigen-, Familien- oder Paargespräche anbieten. Selbstverständlich trugen wir keine Dienstkleidung (die wir auch teils in der Klinik schon abgeschafft hatten).

Durch Personalerweiterung wurde nach und nach die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ausgebaut sowie Erprobungsarbeitsplätze mithilfe von Bürgern eingerichtet und Betroffene bei den Wiedereingliederungsschritten am eigenen Arbeitsplatz begleitet.

In der Tagesklinik warben wir dann sehr schnell nicht nur um Student\*innen, sondern auch um Bürger\*innen, die unsere Arbeit unterstützt haben. Erstaunlich rasch haben sich auch entlassene Patient\*innen und ihre Angehörigen engagiert.

### Weitere berufliche Aspekte

1970 gründeten Asmus Finzen und ich in Tübingen die Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft III/1971 war eine der ersten Veröffentlichungen einer Psychiatrie-Erfahrenen: Ulla Urta (Pseudonym): »Wenn Dir ein Ziegel auf den Kopf fällt« – Ein Dokument. Im Klappentext ist zu lesen: »Es ist eine große Not, die diese Menschen ertragen müssen, und man sollte ihr Elend nicht vermehren, indem man sie jahrelang hinter Gitter sperrt und in Massen zusammenpfercht und ihnen kaum eine täglichen Gartenaufenthalt vergönnt. – Ich darf mir ein Urteil erlauben, denn mit Unterbrechungen bin ich insgesamt acht Jahre in psychiatrischen Krankenhäusern gewesen.«

Als Asmus Finzen 1975 ärztlicher Direktor im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf wurde, baute ich dort die Ambulanz auf, die wir sehr schnell in Betrieb nahmen, einen Patiententreff integrierten. Die tägliche Arbeit ließ keine Zeit für Zusätzliches, trotz immenser Überstunden und Arbeitstreffen an den Wochenenden, um zu überlegen, was als nächstes geplant werden sollte. Ohne die vielen Fähigkeiten unseren Ambulanzpatienten hätten wir zu Beginn der Wunstorfer Zeit die Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie nicht so reibungslos weiter auflegen und vertreiben können. Die stundenweise Arbeit in den Räumen der Bibliothek und Ambulanz von psychisch erkrankten Menschen reichte vom Manuskripte abtippen, teils mittels eines Diktiergeräts, bis zum Versand der Bestellungen. Eine Patientin, die als Sekretärin gearbeitet hatte und ich weiß nicht mehr genau, aber sicher 15 -20 Jahre im Landeskrankenhaus in einem Dachkämmerchen lebte, wurde über eine lange Zeit von mir wieder in eine eigene Wohnung schrittweise begleitet. Sie betreute die »Werkstattschriften-Gruppe« mit ihrer Fachkenntnis und großer Zuverlässigkeit. Sie führte auch das Ausgabebuch über den kleinen Verdienst, den wir bezahlten und bereitete die gemeinsamen Besprechungen vor.

Auf meine weiteren beruflichen Stationen wie den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Offenbach, das Berufsbildungswerk des DGB-Fortbildungszentrum im Gesundheitswesen in Frankfurt am Main, die Aus-, Fort – und Weiterbildung (AFW) am Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt und die Frankfurt University of Applied Sciences möchte ich an der Stelle nur insofern

eingehen und feststellen, dass seit gut dreißig Jahren Psychiatrie-Erfahrene, teils auch Angehörige, in Bildungsgängen und Arbeitsgruppen fest verankert waren und ich diese Zusammenarbeit, Erfahrung, Auseinandersetzung und das gegenseitige Lernen nicht missen möchte.

## **Gegenwärtiger Blick auf das Miteinander**

An unterschiedlichen Stellen hat sich eine partizipative Behandlung und Begleitung vor allem durch die Betroffenenbewegung entwickelt. Dass die professionelle Sicht auf Krisen, Krankheit und Gesundung nur ein Teilaspekt ist, war beruflich Tätigen, die ihr Tun reflektierten und im engen Austausch mit Patienten und Angehörigen waren, immer klar und sie handelten entsprechend und suchten ihre Freiräume, wenn die Institutionen, in denen sie arbeiteten, enge Grenzen setzten. Auf der anderen Seite gab und gibt es Einrichtungen, die das »fachliche Expertentum« in den Vordergrund stellen und die Chance des gemeinsamen Arbeitens unterschätzen.

Durch EX-IN ist einiges in Bewegung gekommen und das ist gut so. Ich beobachte derzeit öfter, dass es zu Konkurrenzen kommt, wer am hilfreichsten ist. Ich persönlich denke, dass das unterschiedliche Expertentum wichtig ist, um zu einem gemeinsamen Ganzen zu kommen.

Gleichzeitig steht ja auch fest, dass jeder von uns in unterschiedlicher Weise mit dem psychiatrisch-psychozialem System befasst ist, entweder weil er Hilfe benötigt oder Angehöriger im weitesten Sinn ist oder weil er in diesem Kontext arbeitet. Wenn wir genauer hinsehen, dann, und davon bin ich überzeugt, nehmen die meisten Personen nicht nur eine der genannten drei Rollen ein. Es ist mir jedoch auch wichtig festzustellen, dass die eine Rolle nicht durch die andere ersetzt werden kann und dass wir uns unserer jeweiligen Rolle bewusst sein müssen.

## **Visionen – drei Wünsche für die Zukunft**

- In Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller Berufe im psychosozialen Feld sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige fester Bestandteil, vor allem bei Themen wie Stigmatisierung, Krisen, Psychiatrisch-psychoziale Versorgung usw., da es ohne die triadische Sicht keine am einzelnen Menschen orientierte Hilfsangebote gibt.
- In allen Versorgungsangeboten, sei es im (teil-)stationären, komplementären

oder ambulanten Bereich sind bezahlte Peers/EX-IN-Absolventen selbstverständlicher Bestandteil des Teams.

- Alle Planungsebenen sind dialogisch besetzt, die unterschiedlichen Blickwinkel sind Grundlage des weiteren Vorgehens.

### Literatur

- FINZEN, Asmus; SCHÄDLE-DEININGER, Hilde (1976): Die Psychiatrie-Enquête – kurz gefaßt, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Heft 15, Deutsche Gesellschaft für Sozial Psychiatrie, Bethel; Sozialpsychiatrischer Freundeskreis, Wunstorf, Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation
- FINZEN, Asmus (1977): Die Tagesklinik – Psychiatrie als Lebensschule, Piper Verlag München
- LAUPICHLER, Klaus; SCHÄDLE-DEININGER, Hilde (2012): Arbeitsfelder für Experten aus Erfahrung, praxiswissen psychosozial Heft 8, 1. Quartal, Friedrich Verlag Seelze
- SCHÄDLE-DEININGER, Hilde; PEUKERT, Reinhard; WAGNER, Franz-Josef (2016): Trialogische Miteinander – Chance voneinander zu lernen – zum Gedenken an Klaus Laupichler, Vertrieb: DGSP, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
- SCHÄDLE-DEININGER, Hilde (2020): Bildung und Psychiatrische Pflege – Bildungsdurchlässigkeit – mögliche Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung, 1/2020 PADUA, Bern Hogrefe
- SCHÄDLE-DEININGER, Hilde (2020): Psychiatrische Pflege im Kontext der Psychiatrie-Enquete – Ein punktueller Rückblick, 1/2020 Geschichte der Pflege, hpsmedia Hungen

# Selbsthilfe als Träger am Beispiel EUTB

Walter Schäl

## Die Aufgabe EUTB

Die Ergänzende unabhängige Teilhabe-Beratung (EUTB) ist ein Programm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Umsetzung der UN-Behindertenrechts-Konvention, die 2009 von der Bundesregierung ratifiziert wurde. Sie ist im Bundesteilhabehilfegesetz (BTHG) § 32 festgeschrieben.

Die Beratung ist als Peer-Beratung ausgelegt (Peers sind Menschen mit vergleichbaren Erfahrungen) und für die Klient\*innen kostenlos. Die Beratung richtet sich an alle Menschen, unabhängig von der Art ihrer Behinderung, also an Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Einschränkungen sowie Sinnesbehinderungen (z. B. Menschen mit Seh- oder Höreinschränkungen). Ziel der Beratung ist, ratsuchende Personen in die Lage zu versetzen, weitgehend selbstbestimmt an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens teilzunehmen.

## Die Motivation

Die große Anerkennung und die Freude am Umgang mit Menschen in Krisen oder mit seelischen Belastungen motivierten Vorstand und Mitglieder der Oberbayerischen Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (OSPE) e. V., sich 2017 um die EUTB-Angebote beim BMAS zu bewerben.

## Vorhandene Strukturen

Die ideelle Basis für den Aufbau der sieben Beratungsangebote im Bezirk Oberbayern unter der Trägerschaft der OSPE waren die Unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen (UpB), die durch ein Netzwerk nicht nur untereinander, sondern auch mit Beschwerdestellen anderer Träger verbunden waren und sind. Die meisten ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter der Beschwerdestellen sind auch Peer-Berater im EUTB-Projekt.

### **Vorhandene Erfahrungen**

Die Mitarbeiter\*innen der OSPE, die in der Beratung tätig sind, haben langjährige Erfahrungen entweder mit eigenen Behinderungen oder im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Mehr als die Hälfte ist schwerbehindert, viele sind in Beratungsmethoden ausgebildet und geben ihr Wissen durch interne Weiterbildung oder Tandem-Beratungen an Kolleg\*innen weiter.

### **Probleme und Lösungen**

Hinsichtlich der Aufgaben einer Trägerschaft als Arbeitgeber waren die Erfahrungen in der Vorstandschaft begrenzt. Hier wurde einiges Lehrgeld bezahlt. Ein Beispiel: Der Verein gibt den einzelnen Beratungs-Teams sehr viel Freiheiten bei der Organisation der Arbeit und beim Schaffen der dazu notwendigen Rahmenbedingungen wie Teamstruktur, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeitregelungen und Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten. Hierarchien sollen vermieden werden, die Regeln im Team werden nicht von »oben« vorgegeben, sondern sind im Team zu verhandeln. Dazu gehören vor allem die Aufgabenteilung und die Zuordnung von Entscheidungskompetenzen. Das setzt ein hohes Maß an Eigenverantwortung und einen großen Vertrauensvorschuss des Arbeitgebers voraus. Die Erfahrungen der vergangenen eineinhalb Jahre zeigen, dass dies in einigen Teams zu erheblichen Konflikten führt und Intervention, Supervision und intensive Gespräche zwischen Team und Arbeitgeber notwendig sind. Besonders schwierig wird die Situation, wenn Mitarbeiter\*innen ihren Freiraum missbrauchen, die notwendige Abstimmung vernachlässigen oder gar verweigern. Ermahnungen oder gar Abmahnungen von außen setzen eine objektive Bewertung der Konfliktsituation voraus, was ohne eine enge Kontrolle nicht erreichbar ist. Dadurch sind z. B. Kündigungen aus persönlichen Gründen bei den hohen Hürden des Kündigungsschutzes für behinderte Menschen schier unmöglich.

Die Komplexität des Projekts und die großräumige Aufteilung der Beratungsangebote brachten die OSPE an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Die Beratungstätigkeit wird durch die Förderung des BMAS und die sich ergebenden Möglichkeiten finanziert. Räume, Gehälter, Verwaltungskosten und Fortbildungen sind abgedeckt. Belastend und im Grunde für eine Selbsthilfe-Organisation nicht finanzierbar ist der erwartete Eigenanteil von fünf Prozent der direkten Ausgaben für jedes Angebot. Die Aufgaben der OSPE als Träger werden nicht gefördert und müssen überwiegend ehrenamtlich geleistet werden. Dazu gehören Bereiche

wie Finanz- und Lohnbuchhaltung, Personalbetreuung, Vertragswesen (z. B. Arbeitsverträge, Mietverträge, Versicherungsverträge, betriebsärztliche Versorgung, Arbeitsplatzsicherheit), Dienstreise-Abrechnung, Fortbildung und Qualitätsmanagement. Hier wird es notwendig sein, die für eine Selbsthilfe-Organisation ausreichenden Strukturen an die Bedürfnisse eines Arbeitgebers mit über 30 Angestellten anzupassen und auszubauen.



# Psychiatrische Versorgung im Spannungsfeld von Bedarf und Bedürfnis

Hermann Stemmler

Idealerweise würde der erkannte Bedarf und der darauf basierende Handlungs- und Behandlungsprozeß dem Bedürfnis des zu Behandelnden entsprechen. Jedoch in der Versorgungspraxis sind in dem Spannungsfeld zwischen dem professionell festgestelltem Bedarf und dem individuellen Bedürfnis der Betroffenen oftmals scheinbar unüberwindbare und unsichtbare Barrieren versteckt, die die Handlungs- und Behandlung nicht zum erwünschten und nachhaltigen Erfolg führt. Um den Gründen in dieser Frage ein wenig auf die Spur zu kommen, will ich ein paar Akzente aus eigener Erfahrung setzen, ohne den Anspruch eines pauschalen »Rezepts« zu erheben. Aber vielleicht könnten einige kleine, jedoch wichtige Kurskorrekturen dabei behilflich sein, besser zu verstehen und den Versorgungscocktail etwas schmackhafter machen ...

Was verstehen wir den eigentlich unter dem Begriff »Bedarf« in der Psychiatrie?

Eine Person gilt im Familienrecht nach § 1577 Abs. 1 BGB als *bedürftig*, wenn und soweit sie nicht in der Lage ist, ihren Bedarf selbst zu decken. Über entsprechende Leistungen (z. B. Unterhalt) wird durch eine standardisierte Bedarfsermittlung der Bedürftigkeit begnet.

Diese ökonomische Perspektive lässt sich gut in die psychiatrische Versorgung übertragen. So übersetzt beispielsweise der Psychiater seine Einschätzung oder Feststellung eines Bedarfs (Diagnose) und die dazugehörige erforderliche Leistung in eine Leistungskennziffer, für die er die vorher verhandelte und festgelegte Vergütung von der jeweiligen Krankenkasse erhält. Alle im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen werden mit den Preisen der Gebührenordnung vergütet, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern vereinbart werden.

Doch nach welchen Kriterien erfolgt denn die Feststellung und -legung des Bedarfs?

## Es war einmal ...?

Dem Bedarf primär und alleine auf der Basis des erlernten theoretischen und praktischen Profi-Erfahrungswissens zu begegnen, sollte im letzten Jahrhundert gewesen sein. »Ich weiß auf Grund meiner langjährigen Berufserfahrung, was

richtig und gut ist für meinen Patienten« ist jedoch leider immer noch häufig die Aussage und/oder die Haltung der »Götter in Weiß«, wie Ärzte und Ärztinnen auch heute noch im Volksmund titulierte werden.

Auch hege ich den stillen Verdacht, dass sich hinter vordergründig notwendigen ärztlichen und therapeutischen Empfehlungen, ökonomisch lukrative Leistungsziffern verbergen, die dem permanenten Druck der Krankenkassen auf das Leistungsgeschehen und die Aufenthaltsdauer Paroli bieten.

Die moderne standardisierte, reglementierte und (über-)dokumentierte klinische Behandlung birgt – durch die vorgegebenen Rahmenbedingungen wie diagnosebedingte Behandlungs- und Aufenthaltsbegrenzung, Pauschalen, vorhandenes Personal – die erkennbare Gefahr den Patienten bzw. die Patientin auf das Niveau eines zu behandelnden »Mangelobjekts« per Diagnose zu hieven. Dessen Defizite »technisch« rasch zu beheben sind (Medikamenten- und Therapieverordnung) und wieder instand gesetzt – mit einer Diagnose und dem Auftrag versehen, sich in weiterführende ambulante ärztliche und/oder therapeutische Behandlung zu begeben, – zu entlassen.

Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten führte und führt diese Art und Weise zum gewünschten Behandlungs- und/oder Heilungserfolg (sog. paternalistisches Modell). Darum kommt diese Behandlungspraxis auch in der heutigen Zeit noch zur Anwendung – der Erfolg gibt der Behandlungsmethode Recht und sichert das Überleben der Leistungs- und Kostenträger.

Jedoch: Was ist mit denjenigen, die die Minderheit bilden, die allgemein hin als »schwierige Patienten«, »Systemsprenger« oder auch als austherapiert und/oder nicht kompliant« bezeichnet werden?

Ein erfahrener Oberarzt hat nach einer Visite bei einem chronisch Kranken zu mir gesagt » ... es ist wie vor einem großen Staudamm zu stehen und eine Leckage mit einem Pflaster zu versehen, wohlwissend, dass eine Grundsanierung die einzige Möglichkeit wäre, den Damm dauerhaft zu sichern«.

Leider greift das paternalistische Modell mit seinen standardisierten, normativen und allgemein regelhaft eingespielten Behandlungs-, Therapie und Betreuungsformen für den Personenkreis mit einem komplexen, besonderen Hilfebedarf nur kurzfristig und meist wenig nachhaltig. Nach dem ...zigsten Klinikaufenthalt und oder –abbruch, oftmals völlig überforderten Angehörigen, der Einsetzung einer gesetzlichen Betreuung, mehreren Kriseninterventionen, selbst- und/oder fremdgefährdetem Verhalten, endet die »Karriere« für den Betroffenen in einer der unterschiedlichen beschützenden Einrichtungs- oder Wohnformen, der Forensik, »unter der Brücke« oder im Suizid.

Welche Möglichkeiten und Ansätze gibt es, um neue Wege zu finden und die »Drehtürpsychiatrie« zu beenden und die »Endstation Sehnsucht« zu verlassen?

### Wie würde es heute sein, wenn ...

- der Zeit in Form einer adäquaten Krisen- und Akutversorgung und der Möglichkeit einer anschließenden medizinischen und therapeutischen Rehabilitation genügend Raum gegeben wird:
  - zur Deeskalation und Beruhigung (Angst- und Aggressionsbewältigung);
  - zur Realitätsfindung (begreifen der Situation);
  - zum Ankommen (Abbau von Misstrauen und Aufbau einer Vertrautheit);
  - zum Reden (Patient oder Patientin) und Zuhören (Behandler oder Behandlerin);
  - um gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine nachhaltige Perspektive aufzubauen;
  - um eine Vertrauensperson und/oder Angehörige mit einzubeziehen;
  - um gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten Hilfemaßnahmen (Medikations- und Therapieplanung, Behandlungsvereinbarung, Assistenz etc.) abzustimmen;
  - ein wohnortnahes Hilfenetzwerk (professionelle Angebote und Selbsthilfemöglichkeiten), also eine ambulante Komplexleistung vorzubereiten;
  - ein Normen-System zu verhandeln und zu finden, das sowohl die Bedürfnisse des Betroffenen, als auch die des sozialen Umfelds erfüllt.
- die Erklärung der Möglichkeiten (Information) und die Entscheidungsfindung mit betroffenen Menschen in eine einvernehmliche, verbindliche und individuelle Behandlungsplanung münden (partizipativen Entscheidungsfindung).

Dabei kommt der akzeptierenden **Haltung und Zugewandtheit** des professionellen Behandlers und der Beziehung zwischen Behandler und dem Patienten bzw. der Patientin entscheidende Bedeutung zu. Jeder (auch der psychisch gestörte) Mensch hat eine eigene Persönlichkeit und unterschiedliche Bedürfnisse, die die Art und Weise der Beziehung bestimmen müssen und eine hohe Flexibilität und Einfühlungsvermögen des Profis erfordern. Die individuelle, personenzentrierte Hilfe-Überlegung, -Diskussion, -Findung und Umsetzung muss unter kontinuierlicher Abstimmung (Klärung) mit dem betroffenen Menschen und auf Wunsch mit seinem sozialen Umfeld erfolgen (Eltern, Partner bzw. Partnerin, Freunde oder Freundinnen, sonstige Bezugsperson).

Viele seelisch behinderte Menschen haben im Laufe ihres psychiatrischen Lebenswegs »verlernt«, ihre Bedürfnisse zu spüren, zuzulassen oder zu äußern. Um diesen Zustand der undefinierten, oft suchtbetonten, emotionsarmen Lethargie, der Hospitalisierung zu überwinden, ist die Einbeziehung von Peers mit Erfahrungswissen und/oder Vertrauenspersonen des Betroffenen eine hilfreiche und notwendige Option in der »Übersetzung« zwischen dem vordergründig erkennbaren Bedarf und dem individuellen, verborgenen (oft verdrängten) Bedürfnis des Patienten. Dessen symptomatisches (äußerlich erkennbares) Verhalten, seine Emotionen und Traumata kurzfristig zu interpretieren und daraus Rückschlüsse auf den tatsächlichen (inneren) Gemütszustand des Patienten zu ziehen, führt zu Fehleinschätzungen, zu Fehlbehandlungen und oftmals zu einer unendlichen Verlängerung des Leidenswegs ohne Hoffnung, Perspektive und Sinn für den Betroffenen.

Nur durch die nachhaltige Intensivierung des Kontakts und der Kommunikation zwischen Patient bzw. Patientin, Behandlerin oder Behandler unter Einbeziehung von Peers und Bezugspersonen kann erreicht werden, dass die Bewusstheit, die Bereitschaft und der Mut des Betroffenen geweckt werden, dauerhaft so viel Eigenverantwortung und Selbstbestimmung wie möglich für sich zu übernehmen.

Dies muss das erklärte Ziel einer modernen, inklusiven und gemeindenahen Behandlung und Versorgung von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf sein.

Dann wäre eine hohe Kongruenz zwischen dem festgestellten Bedarf der professionellen Behandler bzw. Behandlerin, Versorgerin bzw. Versorger, Beraterin bzw. Berater und Betreuer oder Betreuerin und den Bedürfnissen des Menschen mit seelischen Problemen herstellbar – vielleicht sogar eine Durchbrechung des Prinzips der »Drehtürpsychiatrie« und eine Normalität, in der der betroffene Mensch sich wohlfühlt.

# Vergangenheit – Gegenwart und Zukunft der psychiatrischen Selbsthilfe

*Manfred Schneider*

## Früher

Liebe Mitglieder, Aktive und Freunde von NetzG Rheinland-Pfalz,

am 18.05.1996, einem Samstag, wurde der Landesverband Psychiatererfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE e. V., Mainz/Trier und Landau) von Bettina Rosch, Beate Liebscher, Franz-Josef Wagner und Hans-Winfried Krolla gegründet.

Seitdem waren wir im Landespsychiaterbeirat und seinem ständigen Arbeitskreis, einigen Psychiaterbeiräten der Kreis und kreisfreien Städte sowie in der Besuchskommission der stationären Einrichtungen vertreten.

Es entstanden erste Psycho Seminare und Seminare für Bioethik, Krisenpässe, Vorsorgebögen und Behandlungsvereinbarungen wurden von uns eingeführt.

Bedeutende Fachtagungen (Soteria, Krisenintervention, Frauen in der Psychiatrie, Traumatische Erlebnisse, Kindheitserfahrungen, Sucht und Psychose, innovative Entwicklung von Neuroleptika, 20 Jahre Psychiaterreform, Sucht und Psychose – Doppeldiagnose, die Herausforderung der Zukunft u. a.) wurden erfolgreich durchgeführt.

Weiter erfolgten wichtige Aktivitäten auf den Gebieten Kunst in der Psychiatrie, Aufsätze in der Fach- und Tagespresse, Einführung einer Beschwerdestelle, Mitarbeit bei Rheinland-Pfalz-Tagen, Schulprojekte wurden eingeführt und nicht zu vergessen die Erstellung von Aufklärungsbogen für Antidepressiva und Antipsychotika in normaler und leichter Sprache, die dialogisch entwickelt wurden, und in zehn verschiedene Sprachen übersetzt werden konnten.

Das erste »Leuchfeuer« als Fachjournal mit Schwerpunktthemen entstand.

2015 erhielt der LVPE den Brückenpreis Rheinland-Pfalz für Ideen und Kreativität, die in der Gesellschaft unverzichtbar sind und Brücken bauen zum Zusammenhalt innerhalb der Gesellschaft.

## Heute

2016 wurde der LVPE-Rheinland-Pfalz in NetzG-Rheinland-Pfalz umbenannt mit dem Ziel den Schwerpunkt der Betrachtung nicht mehr auf die Defizite der Personen, sondern richtungsweisend auf deren Gesundheit zu legen. Begriffe wie Empowerment, Recovery und Resilienz sind seitdem bestimmend.

Vier EUTB (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung)-Standorte in Trier, Daun, Landau und Ludwigshafen wurden in Verbindung mit IVITA (Netzwerk für Seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz und Saarland) und dem Pfalzkrinikum aufgebaut und bis heute betrieben.

EX-IN (Experienced Involvement)-Kurse wurden und werden mit Kooperationspartnern durchgeführt um den Abschluss als zert. Genesungsbegleiter zu erwerben.

Wir betreiben eine aussagekräftige Homepage ([www.netz-rlp.de](http://www.netz-rlp.de)) die sehr informativ gestaltet ist. Ein Forum zur aktiven Beteiligung besteht ebenfalls, neue Medienformate werden mit einbezogen. Seit April 2021 sind wir auch auf Facebook erreichbar und posten dort aktuelle Informationen zu psychischen Themen.

NetzG ist seit 2020 Vollmitglied bei Mental Health Europe (MHE) ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)), einem Zusammenschluss von europäischen Vereinen und Einrichtungen zur Förderung und dem Austausch zur psychischen Gesundheit in Europa.

NetzG ist derzeit Projektführer bei einem Filmprojekt von den Organisationen DGBS (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen), dem ABID (Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland) und dem BBV (Berliner Behindertenverband) zur Aufklärung von Arbeitgebern zu psychischen Erkrankungen vor allem in Hinblick auf den Gewinn durch betroffenen Personen im Arbeitsmarkt. Gewonnen werden konnte die, auf dem Gebiet der Filme zu Psychiatrie und Selbsthilfe, bekannte Filmemacherin Andrea Rothenburg ([www.psychiatriefilme.de](http://www.psychiatriefilme.de)).

NetzG betreibt beteiligt sich in Kooperation mit »Mein Seelentröpfchen« (Kaiserslautern) seit Mai 2020 bei einen Krisentelefon (16:00 bis 21:00 Uhr) zur Bewältigung der Corona-Krise.

Zurzeit haben wir ca. 150 Mitgliedschaften, nicht nur von Betroffenen, sondern auch von Institutionen, mit denen wir aktiv zusammenarbeiten. Unser Ziel ist es, die Mitgliedschaften zu erhöhen, damit unsere Aussagen noch mehr Gewicht entfalten und noch mehr Gehör finden.

Wir sind Mitglied der Fachkommission Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz nach § 10 (2) 6 Maßregelvollzugsgesetz Rheinland-Pfalz.

Wir sind aktiv im Landesteilhabebeirat zur Förderung der Belange behinderter Menschen, hier insbesondere der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Hierzu nahmen wir auch an den bisherigen Inklusionsmessen (teilweise mit Informationsstand) teil. Dies führt zu guten Möglichkeiten der Vernetzung mit landesweiten und regionalen Interessenspartnern.

Des Weiteren gilt das auch für unsere Mitarbeit im Landespsychiatriebeirat Rheinland-Pfalz.

In einigen Psychiatriebeiräten in Rheinland-Pfalz, z. B. in der Landeshauptstadt Mainz und Trier (in Trier ist ein Krisenerfahrener, stellvertretender Vorsitzender) sind wir ebenfalls kompetent vertreten und engagiert.

Wir nehmen an verschiedenen Kongressen und Tagungen (u. a. APK-Kongress Berlin, Depressionskongress Leipzig u. a.) und bringen uns mit unseren Ideen und Vorstellungen ein.

Die Eröffnung der Woche der seelischen Gesundheit in Berlin ist ein regelmäßiger Termin für uns. Auch dort stehen die Vernetzung und der Informationsaustausch für uns im Vordergrund.

Wir arbeiten mit dem Leibniz-Institut für Resilienz, Mainz, Prof. Lieb, zusammen.

Im Projekt BEMpsy geht es um das betriebliche/behördliche Eingliederungsmanagement psychischer Erkrankungen, wenn eine Person sechs Wochen am Stück oder zusammengezählt erkrankt ist und an den Arbeitsplatz zurückkehren kann. Hier gilt es das Verfahren zu entstigmatisieren und transparenter und persönlicher zu gestalten.

Im April erhielten wir die Möglichkeit, corona-bedingt virtuell, NetzG den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren in Rheinland-Pfalz und Frau Dr. Schwaben, Referatsleiterin Psychiatrie und Maßregelvollzug im Sozialministerium, und unsere Tätigkeiten und Ziele vorstellen zu dürfen.

Unsere regelmäßige Mitgliederversammlung, außer in Corona-Zeiten findet in der Jugendherberge in Hermeskeil statt. Hier werden wir in diesem Jahr, wegen Corona, auf die Jugendherberge in Trier ausweichen.

### **Zukunft**

Unsere Interessen von NetzG sollen in Zukunft eindeutig auf dem Thema Prävention (Empowerment, Recovery, Resilienz usw.) beruhen, ohne die Bedürfnisse der bisher schon Betroffenen zu vergessen oder zu vernachlässigen.

Die Situation der Aufenthalte in Kliniken und Unterbringungen wird sich möglicherweise noch verschärfen. Dies ist ein enormer Kostenfaktor, den die Gesellschaft tragen muss.

Hier sehen wir einen guten Ansatz mit Prävention entgegenzutreten.

Ein Aufenthalt, der nicht stattfinden muss, ist immer besser. Ein Vorausdenken, was führt zu einer psychischen Krise und das Anpacken dieser Gründe, kann die stationären Kosten senken, ohne eine Wirksamkeit für den Betroffenen zu minimieren.

Hier sollten die Gesellschaft und die Verantwortlichen jetzt schon weiterdenken.

Ein solches Konzept wird von uns in einer Kommunalverwaltung bereits praktiziert. Peerberatung durch Betroffene, wenn möglich mit EX-IN-Genesungsbegleitern.

Im eigenen Betrieb oder einer Behörde kann ein/e Mitarbeiter/in, der/die mit seiner/ihrer psychischen Einschränkung offen umgeht, umgehen kann, vieles an Unterstützung und Hilfen weitergeben. Er/sie trägt so zur Entstigmatisierung einer psychischen Einschränkung bei.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen diese gute Entwicklung als Erfolg.

Wir wollen uns noch etwas moderner ausrichten und beabsichtigen Podcasts, Interviews und einen Image-Film auf unsere Homepage zu bringen.

Die Vorbereitungen laufen bereits.

Auch die vorgeburtliche (prenatale) Depression und deren Ursachen, Gründe und Auswirkungen rücken wir in den Blickwinkel.

Die Kunst soll auch mehr Präsenz erhalten. Künstler, selbst betroffene, erhalten hierzu eine Rubrik in unserem NetzG-Forum.

Musiker, die ihre eigene Geschichte und ihre Musik vorstellen, Maler, die ihre Arbeiten und Gedanken präsentieren können; Dichter, die die Verarbeitung ihrer Situation darstellen können wollen wir mit ihren Medien Chancen geben.

Kreativität, als Ausdruck der Genesung, ihres Genesungsweges, wollen wir damit fördern und Anregungen zum EIGENEN MACHEN gerne weitergeben.

Die Künstler zeigen, wie es gehen kann und ermutigen mit ihren Werken es auch zumindest einmal zu versuchen. Ein Versuch der sich lohnen kann!

Ich habe garantiert noch vieles vergessen zu erwähnen und möchte hier trotzdem schließen mit dem Ausdruck unseres neuen Weges.

Statt dieses oft gehörten negativen Satzes

»Du musst dein Leben ändern!«

sollte für uns der motivierende Satz

»Du musst dein Ändern leben!«

Vorrang haben.

Zwei Worte werden nur getauscht, nicht mal verändert, und ein ganz anderer positiver Sinn entsteht.

Denken Sie mal darüber nach!

Ich wünsche uns NetzG-lern gutes Gelingen für unsere Vorhaben und hoffe, dass wir in 25 Jahren auf viele positive Änderungen im Bereich der psychischen Gesundheit schauen können.



## **Selbsthilfe gestern – heute – morgen**

*Franz-Josef Wagner, Hilde Schädle-Deininger*

### **Einleitung**

Die Selbsthilfe und Konzepte wie Empowerment, Recovery, Resilienz und Selbstbestimmung bekommen immer mehr Bedeutung im eigenen Interesse von Betroffenen. Die Auseinandersetzung mit Krisenerfahrungen und Erkrankung sind sowohl für den einzelnen Betroffenen als auch für professionelle Helfer von großer Bedeutung. Selbsthilfe bedarf der Entwicklung, deshalb soll der Versuch unternommen werden, Vergangenes zu betrachten, Gegenwärtiges festzuhalten und zukünftig Notwendiges daraus abzuleiten. Es geht dabei auch darum, zu verdeutlichen, dass die häufig festzustellende Konkurrenz zwischen den Beteiligten eher ein Hindernis für ein gedeihliches und förderliches Miteinander und eine Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe ist und dass die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung nur mit einem trialogischen und Selbsthilfe-Ansatz wirksame Hilfeangebote schaffen kann.

### **Eindrücke der Selbsthilfe in den vergangenen 25 Jahren**

Zunehmend hat sich seit Ende der 1950er Jahre die gemeinschaftliche Selbsthilfe entwickelt und ungefähr seit Mitte der 1970er Jahre zu einem zunehmend festen Bestandteil des Gesundheitswesens entwickelt. Beispielsweise entstanden bereits 1953 die »Anonymen Alkoholiker« in Deutschland und 1958 die »Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen«. Besonders in den 1980er Jahren erfuhr die Selbsthilfe einen enormen Aufschwung, vor allem durch die Gründung von Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Bereits in den frühen 1970er Jahren stellten Psychiatrie-Erfahrene das rein medizinische Krankheitsmodell in Frage und wehrten sich gegen die »Etikettierung« und Reduzierung auf Krankheits-symptome. Daraus entstand die Forderung in der Psychiatriepolitik, auch durch Öffentlichkeitsarbeit aktiv zu werden, auf Missstände aufmerksam zu machen sowie an ihrer Beseitigung mitzuwirken und in der Praxis mitzuarbeiten. Ein zentraler Gedanke ist in diesem Zusammenhang, Ausgrenzung und Bevormundung zu verhindern, zu überwinden und Inklusion in der Selbsthilfe zu leben. Das betrifft sowohl den individuellen privaten Gesundheits- und Lebensweg als auch die Arbeit in Gremien, in Selbsthilfe- und anderen Verbänden, aber auch

die konstruktiven, kritisch begleitenden Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten sowohl hinsichtlich der eigenen als auch der gemeinsamen Interessen aller Beteiligten. Dabei stehen die Bedürfnisse des Einzelnen sowie sein individueller Unterstützungs- oder Begleitungsbedarf im Mittelpunkt.

Selbsthilfe verstanden als selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein gleiches Anliegen haben und gemeinsam etwas unternehmen möchten, um Veränderungen anzustoßen oder Probleme zu beseitigen, wird dem gesamten sozialen System und dem Miteinander zugutekommen.

*Franz-Josef Wagner:*

### **Was war in der ganzen Entwicklung der Selbsthilfe und der psychosozialen Versorgung und Hilfsangebote aus Betroffenen­sicht in den 1990er Jahren besonders wichtig?**

Um die Entwicklung der 1990er Jahre erklären zu können, müssen die 1970er Jahre berücksichtigt werden. Die Aufbruchstimmung kritischer Psychiatriemitarbeiter der 1960er Jahre führte zu der Enquête-Kommission des Bundestages mit dem Bericht des Kommissionsleiters Prof. Dr. med. Caspar Kulenkampff, der die desolaten Zustände in den Psychiatrien beschrieb. Zur gleichen Zeit entstanden auch 1970 die Deutsche Gesellschaft für Sozialpsychiatrie e. V. (DGSP) (), 1971 die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) und 1973 der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP).

Neben der Entwicklung der Profiverbände entwickelte sich in den 1980er Jahre auch eine Aufbruchstimmung bei den betroffenen Menschen. Dorothea Buck – im Dritten Reich zwangssterilisiert – traf mit Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner einen engagierten Psychiater, der das schädigende medizinische Verhalten seiner Kollegen missbilligte und Zugang gefunden hatte zu den sozialen Problemen der Menschen in den Psychiatrien. Beide machten sich bei Rita Süßmuth – damals Gesundheitsministerin – für den Aufbau einer Selbsthilferevertretung stark, Dorothea Buck stellte den Antrag auf Gründung des »Arbeitskreises für mehr Mitbestimmung Betroffener in der Psychiatrie« – und Klaus Dörner forderte finanzielle Wiedergutmachung für Zwangssterilisierte wie Dorothea Buck. Dorothea Buck (74 Jahre) und 200 TeilnehmerInnen legten im schwäbischen Irsee 1991 den Grundstein für die Gründung der ersten Selbsthilferevertretung von krisenerfahrenen Menschen. Lange Diskussionen führten zu dem Namen »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V.«

Entscheidend für den Erfolg der Selbsthilfebewegung war die Persönlichkeit von Dorothea Buck, die in den 1990er Jahren noch – bei den Versammlungen

des BPEs – im Mehrbettzimmer der Jugendherberge übernachtete und kein Einzelzimmer beanspruchte. Auch die kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Psychologen Prof. Dr. Thomas Bock der Universität Hamburg führten zu den trialogischen Psychose-Seminaren. Ihr ganzes Leben widmete Dorothea Buck der Kommunikation, das heißt: Miteinander und nicht übereinander Sprechen. Sie stand für das Sprechen mit seinen Gegnern, Feinden und Freunden und das Finden von gemeinsamen Lösungen.

*Hilde Schädle-Deininger:*

### **Pflegerische Sicht auf die 90er Jahre der Selbsthilfe**

Ein besonderes »Highlight« in den 1990er Jahren war für mich der 14. Weltkongress für Sozialpsychiatrie, der zum ersten Mal nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland vom 05.06. bis 10.06.1994 in Hamburg stattgefunden hat. Er stand unter dem Thema »Abschied von Babylon« und nahm die Sprach- und allgemeine Verwirrung in der Psychiatrie in den Fokus. Schon in der Planung und in der Vorbereitung durch verschiedene Verbände wurde ein trialogischer Ansatz verfolgt. In meiner Wahrnehmung hat die Selbsthilfe einen beachtlichen Raum eingenommen.

Besonders beeindruckend war für mich auch der Vortrag von Dorothea Buck, die ich schon einige Zeit kannte, zum Thema »Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland – Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen«. Sie schilderte viele Dinge aus ihrem eigenen Leben und setzte diese in den jeweiligen geschichtlichen Kontext.

Am Ende ihres Vortrags ging sie dann auf die entstandenen Psychose-Seminare ein und endete mit den Sätzen: »Unsere Psychose-Seminare sind unser gemeinsamer Beitrag für eine einsichtigere, hilfreichere Psychiatrie, die auf Erfahrungen der Betroffenen gründet. Denn die Basis für eine empirische Wissenschaft, die die Psychiatrie sein will und sein muß, kann nur das Erleben der Patienten, können nur unsere Erfahrungen mit der Psychose sein. – Vor allem aber bedeutet Erfahrungsaustausch eine Befreiung von der psychiatrischen Abwertung unserer Psychosen als einem sinnlosen Erleben, die zur Verleugnung der eigenen Lebensgeschichte zwingt, eine Befreiung aus der inneren Isolierung des Schweigenmüssens.«<sup>1</sup>

---

1 BOCK, T.; BUCK, D.; GROSS, J.; MAß, E.; SOREL, E.; WOLPERT, E. Hrsg.: (1995). Abschied von Babylon – Verständigung über die Grenzen der Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn, Seite 51 und 52

Es waren vor allem Psychiatrie-Erfahrene, aber auch Angehörige, die mir schon sehr früh durch ihr Vertrauen und ihre Offenheit vermittelt haben, dass das subjektive Erleben unser professionelles pflegerisches Denken zentral bestimmen muss, um dann in der gemeinsamen Suche nach Lösungen gangbare Wege zu finden. Von daher bin ich überzeugt, dass ich von Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld sowie durch die Selbsthilfebewegung am meisten gelernt habe.

*Franz-Josef Wagner:*

**Was hat sich in den nächsten zehn Jahren verändert, was war an der Entwicklung ins Jahr 2000 und darüber hinaus positiv, was eher hinderlich?**

Die ersten zehn Jahre waren entscheidend für die aktuelle Selbsthilfebewegung der krisenerfahrenen Menschen. Dorothea Buck zog sich altersbedingt aus der Vorstandsarbeit zurück, andere Aktivist:innen der ersten Stunde, wie Wolfgang Völzke, wurden Profis oder wie Uschi Zingler, verstarben.

Neu hinzugekommene fundamentalistische Aktivist:innen übernahmen in ideologisch fundamentalistischer Manier Verantwortung und prägten die Selbsthilfe mit Wirkung bis heute. Andere dialogisch orientierte Selbsthilfeaktivist:innen, wie Klaus Laupichler, kamen neu dazu und versuchten, ihre soziale Entwicklung mit der aktuellen Selbsthilfebewegung in Einklang zu bringen. Andere Aktivist:innen wie Peter Lehmann, Brigitte Siebrasse, Sibylle Prins, Rainer Höflacher usw. gingen ihre eigenen Wege.

Die Kontroverse um die Zusammenarbeit mit den professionellen Mitarbeiter:innen in der sozialen Psychiatrie war auch der Beginn der Spaltung der Selbsthilfebewegung. Die Themen von Klaus Laupichler waren seine positiven und negativen Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie und den Heimen; Peter Lehmanns Schwerpunkte waren Psychopharmaka und Elektrokrampftherapie; Sibylle Prins wurde eine erfolgreiche und eigenständige Autorin von Büchern und Zeitschriftenbeiträgen, Rainer Höflacher praktizierte erfolgreich quodrologische politische Zusammenarbeit der Psychiatrie in Baden-Württemberg und Brigitte Siebrasse spezialisierte sich auf das Rezensieren und Portraitieren von Autor:innen und Künstler:innen mit Krisenerfahrung.

Diese sogenannten Einzelkämpfer:innen traten im üblichen Verbandswesen des BPE etwas aus der Reihe. Dadurch kamen neue Themen auf, für die der Vorstand des BPE nicht gewappnet war und hierfür keine Lösungen parat hatte. Es entstand in den angegliederten Landesverbänden wie: Der Landesverband

Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. (LVPE RLP), heute: Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz (NetzG RLP) e. V., und der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Baden-Württemberg e. V. (LVPEBW) eine Eigendynamik, was zur Gründung des Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG) führte. NetzG e. V. versteht sich als trialogisch arbeitender Selbsthilfverband im Sinne einer humanen Psychiatrie, ohne Ausschluss von unbequemen Kommunikationspartnern, ganz im Sinne von Dorothea Bucks Vermächtnis.

*Hilde Schädle-Deininger:*

### **Wie hat sich in der Selbsthilfe der 2000er Jahre weiterentwickelt und mit welchen Schwerpunkten?**

Mein subjektiver Eindruck in diesen Jahren ist, dass die Selbsthilfe sich in unterschiedlicher Weise weiterentwickelt hat und der Gegensatz zwischen »Profis als Feind und alles psychiatrische abzulehnen« und »professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und auch zeitweise als Hilfe zu erleben« auch zu großen Spannungen innerhalb der Selbsthilfe geführt hat.

Eine kritische Auseinandersetzung und Kontroversen mit und in der Psychiatrie sind notwendig und müssen möglich sein, vor allem auch, um eine Weiterentwicklung möglich zu machen und nicht in hindernden Strukturen zu verharren. Das sollte jedoch mit der notwendigen Achtung geschehen und mit der dazu gehörenden Selbstkritik.

Zunehmend konnte ich bereits in den 1980er und 1990er, aber verstärkt in den 2000er Jahren ganze Unterrichtselemente mit Betroffenen und auch Angehörigen planen und durchführen, das hat sowohl bei den Studierenden als auch bei Weiterzubildenden viel bewirkt. Eine Teilnehmerin drückt das unter dem Titel »Von Psychiatrie-Erfahrenen lernen« so aus: »Ich hatte das Glück, Klaus Laupichler in einem meiner ersten »Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung« (SPZA) -Seminarblöcke kennenzulernen und durch ihn eine Lektion zu lernen, die kein Fachbuch so nachdrücklich hätte vermitteln können. Eine Lektion über die Würde des Eigensinns. Freimütig erzählte Klaus Laupichler vom Erkrankten, vom Wütend-Sein und Hadern mit der Behandlung, von Unterstützungen, die hilfreich waren und solchen, die ohnmächtig machten, von Auseinandersetzungen – im Positiven wie im Negativen – mit dem Gesundheits- und Hilfesystem. [...] Prägend jedoch schienen mir die Kämpfe um Autonomie – Autonomie in der Lebensführung, der Deutungshoheit über die eigene Erkrankung, der immer wieder neu auszu-

handelnden Rolle als Mensch mit einer chronischen psychischen Erkrankung in der Gesellschaft [...].«<sup>2</sup>

Diese Erfahrungen haben dazu geführt, dass ich beispielsweise mit Klaus Laupichler gemeinsam einen Weiterbildungskurs SPZA der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) geleitet habe und auch die Fortbildung »Trialogische Beratungskompetenz«.

Wir hatten das Ziel formuliert, das fachliche Wissen und das Erfahrungswissen zusammenzubringen, um

- die eigene Wahrnehmung und die des anderen zu vervollständigen,
- den Kontext der Erkrankung aus betroffener und fachlicher Sicht zu sehen,
- ein individuelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis zu ermöglichen,
- um Barrieren im Kopf abzubauen,
- Bedürfnisse sowie die jeweiligen Ressourcen wahrzunehmen,
- selbstverständlich Miteinander-Reden und Von-Einander zu lernen.

Ich möchte den Psychiatrie-Erfahrenen, mit denen ich in den unterschiedlichen Zusammenhängen, vor allem auch in meiner Lehrtätigkeit, zusammenarbeiten konnte und durfte, dafür danken, dass sie mir viele neue Sichtweisen ermöglichten und zeigten, dass der Kopf rund ist, um auch mal die Denkrichtung zu ändern!

Selbstverständlich gab es auch Konflikte und es lief nicht immer alles glatt. diese Diskussionen und des Aushandelns waren wichtige Meilensteine auf dem Weg, sich gemeinsam und getrennt weiterzuentwickeln und waren auch Chancen des Voneinander-Lernens.

*Franz-Josef Wagner:*

### **Derzeitiger Stand und das Selbstverständnis in der Selbsthilfe und die unterschiedlichen Strömungen**

Aktuell gibt es zwei Strömungen in der Selbsthilfebewegung der Menschen mit Krisenerfahrung. Der Bundesverband Psychiatrie Erfahrener e. V. (BPE) mit seinen ideologischen Grundsätzen sowie das NetzG, mit dem Ansatz, mit allen Kooperationspartnern zu reden. Der BPE beansprucht die eigenständige, alleinige Vertretung der Menschen mit Psychiatrieerfahrung. NetzG hingegen sieht sich

---

2 SCHÄDLE-DEININGER, H.; PEUKERT, R.; WAGNER, F.-J. (Hrsg.): (2016). Trialogisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen – zum Gedenken an Klaus Laupichler, DGSP, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

als Koordinator eines Netzwerks von Selbsthilfeorganisationen und -Initiativen und als Selbsthilfeorganisation, die sich mit sozialpolitischen, fachspezifischen und gesellschaftspolitischen Schwerpunkten auseinandersetzt.

**Sozialpolitisch fördert NetzG.:**

- die Selbsthilfe zur seelischen Gesundheit durch das Angebot der Vernetzung unterschiedlicher Selbsthilfeorganisationen auf Orts-, Landes- und Bundesebene,
- unterschiedliche Interessen, Zielrichtungen und Strömungen, und respektiert die Vielfalt gemeinsamer Werte, die der Ausdruck demokratischen Verständnisses sind.

**Fachspezifisch fordert NetzG:**

- ein selbstverständliches Mitsprache- und Entscheidungsrecht bei der eigenen Behandlung,
- Behandlungsvereinbarungen und die Wahlmöglichkeit zwischen der stationären Krankenhaus- und häuslichen Behandlung,
- die Verhinderung von Zwang und Gewalt in allen Behandlung-, Betreuungs- und Pflegesituationen.

**Gesellschaftspolitisch setzt sich NetzG ein für:**

- eine gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion von Menschen mit psychischen Besonderheiten,
- die gesellschaftliche Toleranz gegenüber Andersdenkenden und Andersführenden.

*Hilde Schädle-Deininger:*

**Wenn ich an die derzeitige Situation der Selbsthilfe denke, gilt es Folgendes festzuhalten:**

Im Zusammenhang mit der Selbsthilfe geht es mir als professionelle Mitarbeiterin manchmal nicht besonders gut, denn es entsteht immer wieder der Eindruck Selbsthilfe in »gut« und Profis in »schlecht« aufzuteilen. Aus meiner Sicht wird da viel zu viel Energie investiert, die besser anders genutzt werden könnte. Ich bin davon überzeugt, dass alle Menschen in unterschiedlicher Weise mit der Psychiatrie verwoben ist, sei es als Mitarbeitende, sei es als Krisen-Erfahrene oder auch als Angehörige bzw. Miterlebende im Umfeld. Mir ist in meinem Alltag auch deutlich,

dass die meisten Personen nicht nur eine Rolle einnehmen. Worüber ich jedoch immer wieder nachgedacht habe, ist, dass ich nicht gleichzeitig mehrere Rollen einnehmen kann. Es ist gut, die unterschiedlichen Ebenen zu kennen, sich jedoch in Situationen klarzumachen, welches Rollenverständnis man in dieser Sachlage und Konstellation sachlich und fachlich vertritt oder vertreten will bzw. muss, bei aller Einfühlsamkeit in andere Sichtweisen. Im Kontext psychosozialer Arbeit und Entwicklung habe ich mich für meine berufliche Fachlichkeit entschieden, auch wenn ich Angehörige bin und auch krisenhafte Zuspitzungen erlebt habe. Ich bin stolz darauf und dankbar, dass ich mit meiner professionellen Identität in der Selbsthilfe, im NetzG im Vorstand mitarbeiten kann und darf.

Trialogisches Denken ist angesagt und es gilt sich der drei Positionen und gleichzeitig des Gemeinsamen bewusst zu sein, nämlich sich für eine humane, demokratische und hilfreiche psychosoziale Versorgung einzusetzen und diese zu verwirklichen. Professionelle und Erfahrene aus Erleben und Miterleben machen es sich oft gegenseitig schwer und vergessen darüber die gemeinsamen Zielsetzungen und damit verbundenen Aufgaben.

Dass es Erlebnisse bei allen Beteiligten gibt, die im Einzelnen zu Kränkungen, Nicht-Verstanden-Sein, Wut und Trauer geführt haben, darf uns nicht daran hindern, immer wieder aufeinander zuzugehen, lösungsorientiert zu handeln und bereit zu sein, andere, neue Erfahrungen zu machen und gleichzeitig Grenzen zu setzen, welcher Umgang unerwünscht ist. Deshalb ist es notwendig, die gemeinsame Arbeit zu beleuchten und zu reflektieren und im Gespräch zu bleiben, Konflikte anzusprechen, zu analysieren und wo immer es geht zu bewältigen.

*Franz-Josef Wagner:*

### **Wünsche und Anregungen für die nächsten zehn Jahre aus dem Blickwinkel der Selbsthilfe**

Die Selbsthilfe will visionär und bodenständig sein mit dem Ziel der seelischen Gesundheit. Es sollen alle Kräfte der seelischen Gesundheit gebündelt werden, um soweit wie möglich psychiatrische Zukunft zu gestalten. Hier stehen die Begriffe Empowerment, Recovery und Resilienz im Zentrum der trialogischen Arbeit. Um dieses Ziel lösungs- und bedürfnisorientiert zu erreichen, sind vertrauensvolle, lösungsorientierte Gespräche notwendig. Damit kann eine Verbesserung der Lebensrealität für Menschen mit psychischen Besonderheiten verwirklicht werden. Die Selbsthilfe ist bekannt für die leidenschaftlichen Debatten, Gespräche und Diskussionen, dieses wollen wir respektvoll, partizipativ und selbstbestimmt in einer



inklusiven Gesellschaft vertreten. Nicht zu vergessen ist der respektvolle Umgang mit dem Gegenüber und das Akzeptieren anderer Meinungen und Positionen.

*Hilde Schädle-Deininger:*

### **Wünsche und Anregungen für die nächsten zehn Jahre aus dem Blickwinkel der professionellen Pflege**

Trialogische Arbeit ist spätestens in zehn Jahren auf allen Ebenen umgesetzt und selbstverständlich, sei es in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Schulprojekten, in Gremien und in allen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sowie in Planungsausschüssen und Arbeitsgruppen oder auch in der (Versorgungs-) Forschung.

Die Zusammenarbeit gestaltet sich im Bewusstsein der notwendigen unterschiedlichen Teilaspekte und nicht in Rivalität oder gar Gegnerschaft, sondern zielorientiert mit unterschiedlichen Sichtweisen.

Die Anerkennung der Gleichwertigkeit von fachlichem und Erfahrungswissen hat sich durchgesetzt und geht in die konzeptionelle Arbeit der unterschiedlichen Bereiche ein. Psychiatrie-Erfahrene Mitarbeitende werden in ihrer Fachlichkeit anerkannt. Das Bewusstsein, dass jeder Mensch psychisch erkranken kann, hat Eingang ins allgemeine Denken gefunden und gehört zur Grundhaltung.

Pflegekonzepte sind am Bedarf und den Bedürfnissen Hilfesuchender ausgerichtet und Pflegeexperten stellen ihr Wissen auf unterschiedlichen Ebenen zur Verfügung, orientieren sich an Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere in der alltäglichen Begleitung und Unterstützung bei den unterschiedlichen Lebensaktivitäten.

»Pflege« als mitmenschliche Tätigkeit und »professionelle Pflege« werden in ihren jeweils spezifischen Aufgaben und im Rahmen eines abgestuften Hilfeangebotes mehr berücksichtigt und tragen zu einem differenzierten Hilfs-, Betreuungs- und Begleitungsangebot bei. Die Hilfe wird, wo immer möglich, im gewohnten Umfeld angeboten.

*Franz-Josef Wagner:*

### **Wünsche an die Gesundheits-, Sozial- und Psychiatriepolitik**

Meine Wünsche an die Gesundheits-, Sozial- und Psychiatriepolitik möchte ich wieder in sozialpolitische, fachspezifische und gesellschaftspolitische Schwerpunkte gliedern:

### **Wir wollen sozialpolitisch**

- aktive Teilnahme an Diskussionen und fachspezifischen Stellungnahmen und diese konstruktivkritisch begleiten,
- Einfluss auf die politischen Entscheidungen und Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung und Behandlung nehmen,
- gemeinsam mit den Verantwortlichen aus der Fachwelt, Politik und den Verbänden psychiatrische Zukunft gestalten,
- Einfluss auf Information und Beteiligung (Partizipation) der Betroffenen nehmen,
- das Grundrecht auf Selbstbestimmung einfordern.

### **Wir wollen fachspezifisch**

- auch nichtmedizinische Alternativen und begleitende Angebote zur aktuellen psychiatrischen Behandlung unterstützen,
- ein flächendeckendes, gemeindenahes, stets präsent und erreichbares, niederschwelliges Krisenhilfe- und Behandlungsangebot unter Beteiligung von selbsterfahrenen Peers erreichen,
- unsere eigenen Erfahrungen mit psychischer Erkrankung, (Recovery, Empowerment und Resilienz) in die tägliche Versorgungs- und Behandlungsarbeit professionell tätiger Einrichtungen, Dienste und Kliniken integrieren,
- eine akzeptierte, personenzentrierte Versorgungs- und Behandlungsqualität erreichen.

### **Wir wollen gesellschaftspolitisch**

- keine Form von Stigmatisierung,
- keine Diskriminierung, egal welcher Herkunft, Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Behinderung, finanzieller Situation, Anschauung und sexueller Orientierung,
- achtsam und verantwortlich für das gesellschaftliche Miteinander in der Nachbarschaft und in der Gemeinde eintreten.

*Hilde Schädle-Deininger:*

### **Wünsche an die Gesundheits-, Sozial- und Psychiatriepolitik**

Gemeinsam hätten Selbsthilfe, Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle viel zu bewegen, wenn wir nur die folgenden Fragen stellen:

- Lässt sich ein Gesundheits- und Sozialwesen nur privatwirtschaftlich rechnen?
- Hat sich durch die stetige Privatisierung im Krankenhausbereich und darüber

hinaus das »Profitdenken« in »Notprofit-Organisationen« wie eine Geschwulst einnistet: »Gesundheit und Krankheit ist keine Ware«?

- Wo und wie werden die genannten Folgen offen diskutiert und nachverträglichen und sozial-menschlichen Lösungen gesucht?
- Wenn wir an die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquête denken, z. B. überschaubare Einheiten zu bilden, sind dann die wieder größer werdenden Stationen in den Kliniken nicht »kontraproduktiv«?

Diese Fragen lassen sich weiter fortsetzen ...

Die gemeinsame dialogische politische Arbeit ist angesichts solcher Fragen dringend zu intensivieren und im Konsens öffentlich zu vertreten.

Dabei ist zu bedenken, dass eine Individualisierung von Leid, Krankheit und Sozialen nicht die Lösung sein kann, sondern solidarisches Handeln gefragt ist. Christian Felber konstatiert in diesem Zusammenhang, dass aus seiner Sicht erfüllte Gemeinschaftswerte Solidarität, Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und ähnliche wichtige Voraussetzungen für individuelle Freiheiten sind, wie die Achtung der Menschenrechte, die Garantie individueller Grundrechte oder die Gewährung von Wirtschaftsfreiheiten. Er betont allerdings, dass letztere nur instrumentelle Freiheiten sind und daher stets begrenzt und bedingbar bleiben müssen.<sup>3</sup>

Die Privatisierung im Gesundheits- und Sozialwesen hat zu mehr privatwirtschaftlichen Denken in der gesamten Daseinsorge geführt und Einzug gehalten. Dem setzt Ulrich Schneider, Geschäftsführer des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands entgegen: »Wie weit ist dies ethisch und fachlich noch zu legitimieren und zu verantworten? Diese Frage darf man sich nicht stellen, will man an Marktmechanismen orientiert bleiben. Quantifizierung, Messbar-Machen, Vergleichen, in Entgelten ausdrücken, das ist eine Kette, die die Sichtweise vorgibt. Wir sind beim eigentlichen Problem der Ökonomisierung des Sozialen angekommen: die Vereinfachung des Komplexen, die Banalisierung des Besonderen. Und wir sind damit auch bei der alles entscheidenden Frage angekommen: Ist nämlich das, womit wir es in der sozialen Arbeit, in der Pflege und in der Erziehung zu tun haben, ökonomischen Prinzipien überhaupt zugänglich, ohne Pfusch zu betreiben? Die Antwort ist ein klares Nein!«<sup>4</sup>

---

3 FELBER, C.: (2015). Die innere Stimme – wie Spiritualität, Freiheit und Gemeinwohl zusammenhängen. Publik Forum Verlagsgesellschaft Oberursel

4 SCHNEIDER, U.: (2014). Mehr Mensch – Gegen die Ökonomisierung des Sozialen, Westend Verlag Frankfurt am Main

## Fazit

Wenn wir unsere jeweilige Sicht nochmals betrachten, wird uns wieder einmal deutlich, wie viel wir beide voneinander profitieren und dass es Spaß macht miteinander zu arbeiten. Aufgefallen ist uns, dass einzelne Personen aus der Selbsthilfe schon seit Jahrzehnten mit der professionellen psychiatrischen Pflege zusammenarbeiten und auch gemeinsam einzelne Aspekte vorangebracht haben. Es gilt immer wieder, diese Fäden aufzunehmen, gemeinsam am Ball zu bleiben und so kleine Dinge zu verändern.

»Das Leben kann nur in der Schau nach rückwärts verstanden, aber nur in der Schau nach vorwärts gelebt werden.« (Sören Kierkegard – 1813-1855, dänischer Philosoph, Theologe und Schriftsteller)

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Susanne ACKERS, eines von drei gleichberechtigten Vorstandsmitgliedern im bundesweiten Verein EX-IN Deutschland, Karlsbad

Prof. Dr. Sigrid ARNADE, Vorsitzende des DBR-Sprecherinnenrates (Deutscher Behindertenrat) im Jahr 2023, Mitglied des Beirats der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL e. V.), Sprecherin für »Gender & Diversity«, Sprecherin der LIGA Selbstvertretung, Berlin

Dr. Myriam BEA, Geschäftsführerin ADHS Deutschland e. V., Bundesgeschäftsstelle, Berlin

Dr. Rüdiger HANNIG, Vorsitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK), Kiel

Horst HARICH, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), 2. stellvertretender Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGSB), Bad Sachsa

Ulrich KRÜGER, Projektleiter, AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK), Köln

Thomas KÜNNEKE, Inklusionsbotschafter, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V., Systemischer Einzel- und Familientherapeut, Kellerkinder e. V., Berlin

Dr. Peter LEHMANN, Dipl.-Päd., Autor, Verleger und Fortbildner, 1986 Gründer des Antipsychiatrieverlags, bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatrie-Betroffenen (ENUSP), Berlin

Harald METZGER, IPAGs-Projektverantwortung, 2. Vorsitzender Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. (LVPEBW), Vorstandsvorsitzender RecoveryCollege Stuttgart. IPE-Stuttgart-psychiatriepolitische Selbsthilfe, Stuttgart

Thomas R. MÜLLER, Leiter des Sächsischen Psychatriemuseums der Interessengemeinschaft Psychiatriebetroffener »Durchblick« e. V., Leipzig

Heike PETEREIT-ZIPFEL, IPAGs-Projektverantwortung, Psychosozial-Therapeutin, stellv. Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK), Vorsitzende Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., Emmendingen

Hilde SCHÄDLE-DEININGER, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Pflegewissenschaftlerin, Fachkrankenschwester in der Psychiatrie, freiberufliche Dozentin, Offenbach

Walter SCHÄL, 1. Vorsitzender Oberbayerische Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e. V. (OSPE), Haar

Elisabeth SCHEUNEMANN, Psychiatrieerfahrene, Diplom-Soziologin, Geronto-Sozialtherapeutin, Höhenkirchen-Siegertsbrunn

Sarah SCHIFFLER, Projektleitung IPAGs (Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener und Angehöriger im Gemeindepsychiatrischen Verbund stärken), Esslingen

Manfred SCHNEIDER, Vorsitzender Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V.« (NetzG-RLP e. V.), Bad Kreuznach

Hermann STEMMLER, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Hochheim am Main

Dr. Thomas STRACKE, Leiter des Referates Psychiatrie, Neurologie, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Franz-Josef WAGNER, Vorsitzender Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Trier

Dr. Christa WIDMAIER-BERTHOLD, Psychiatrieplanerin, Schwerpunkt Partizipation im GPV, Mitglied im IPAGs-Projektteam, Stuttgart

## Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 48** »Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang«  
Tagung am 06./07. und 08. September 2021 in Berlin
- Band 47** »Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern«  
Tagung am 05./06. und 07. Oktober 2020 in Berlin
- Band 46** »Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung«  
Tagung am 28./29. und 30. Oktober 2019 in Berlin
- Band 45** »Planen - umsetzen – bewerten: Psychiatriepolitik gestalten«  
Tagung am 05. und 06. November 2018 in Berlin
- Band 44** »Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen«  
Tagung am 29. und 30. Mai 2017 in Berlin
- Band 43** »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen«  
Tagung am 07. und 08.11.2016 in Kassel
- Band 42** »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation«  
Tagung am 03. und 04.11.2015 in Berlin
- Band 41** »Qualität therapeutischer Beziehungen«  
Tagung am 24. und 25.09.2014 in Berlin
- Band 40** »Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«  
Tagung am 24. und 25.09.2013 in Berlin
- Band 39** »Gleichberechtigt mittendrin  
Partizipation und Teilhabe«  
Tagung am 06. und 07.11.2012 in Berlin
- Band 38** »Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum«  
Festakt am 17.10.2011 und  
Fachtag am 18.10.2011 in Berlin
- Band 37** »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern  
und Jugendlichen braucht Hilfe!«  
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel
- Band 36** »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person  
zur integrierten Hilfe im Verbund«  
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin

- Band 35** »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«  
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«  
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 33** »Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen  
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«  
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!  
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«  
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 31** »Prävention bei psychischen Erkrankungen –  
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«  
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
- Band 30** »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,  
Erfahrungen und Perspektiven«  
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 29** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung  
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«  
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 28** »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung  
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«  
Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«  
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen  
Versorgung«  
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«  
*vergriffen* Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«  
*vergriffen* Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«  
*vergriffen* Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn
- »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen  
mit Alkoholproblemen«  
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn



Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.):  
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,  
Freiburg i. Br. 1997

- Band 22**  
*vergriffen* »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die  
gemeindepsychiatrische Versorgung«  
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck**  
*vergriffen* »Personalbemessung im komplementären Bereich –  
von der institutionszur personenbezogenen Behandlung und  
Rehabilitation«  
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck**  
**Selbstverlag** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«  
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21**  
*vergriffen* »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale  
Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstruk-  
turen«  
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20**  
*vergriffen* »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«  
Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- nicht*  
*dokumentiert* **Regionalkonferenzen über den Bericht**  
»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«  
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991  
in Neubrandenburg  
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt  
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf  
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg  
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 19**  
*vergriffen* »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung  
psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf  
dem Gebiet der ehemaligen DDR«  
Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
- Band 18**  
*vergriffen* »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von  
antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«  
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 17**  
*vergriffen* »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«  
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 16**  
*vergriffen* »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der  
Empfehlungen der Expertenkommission«  
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn

- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«  
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 14**  
*vergriffen* »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«  
Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 13**  
*vergriffen* »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«  
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 12**  
*vergriffen* »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«  
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 11**  
*vergriffen* »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«  
Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«  
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 9**  
*vergriffen* »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«  
Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
- Band 8**  
*vergriffen* »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«  
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Sonderdruck**  
*vergriffen* »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«  
Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 7**  
*vergriffen* »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«  
Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Band 6**  
*vergriffen* »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«  
Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 5**  
*vergriffen* »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«  
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- Band 4**  
*vergriffen* »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«  
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«  
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 3**  
*vergriffen* »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«  
Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn

- Band 2**  
*vergriffen* »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«  
Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«  
Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«  
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«  
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt  
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- Band 1**  
*vergriffen* »Gemeindenaher Psychiatrie«  
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.  
Oppelner Str. 130  
53119 Bonn

Download unter: [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)









