

der Vielzahl engagierter BürgerInnen in allen gesellschaftlichen Bereichen getragen werden muss. Medizinische und soziale Unterstützung für Familien, für Kinder, deren Mutter oder Vater psychisch erkrankt ist, für junge oder alte Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ist ohne einen großen Bestand an ehrenamtlich Tätigen und einer verlässlichen bürgerschaftlich engagierten Gemeinde von unserem Gesundheitssystem nicht zu bewältigen. Dass es Menschen gibt, die für psychisch Kranke einen bedeutenden Anteil ihrer Freizeit zur Verfügung stellen, ist ein Schatz, dessen Wert unvergleichlich ist.

In diesem Band wird die Arbeit des Bürgerschaftlichen Engagements in der sozialen Psychiatrie in Bayern in zahlreichen Berichten und Beiträgen von Ehrenamtlichen, Betroffenen und Profis beleuchtet und aus dem Kreis von Insidern herausgeführt.

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen Lust und Mut, sich ebenfalls einzubringen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in die Mitte unserer Gesellschaft gehören und dort mit Ihrer Hilfe einen festen Platz finden können.

Die Autorinnen dieses Buches wollen auf diesem Weg den vielen ehrenamtlichen HelferInnen für ihren Einsatz danken. Und wenn nach der Lektüre der eine oder andere Vorbehalt gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgeäumt wurde und aus erster Neugier Lust zur Mitarbeit und Unterstützung wurde, dann haben wir unser Ziel erreicht – und Sie einen Schatz gefunden.

München, im November 2015

Gerd Schulze

ACHIM DOCHAT

Bürgerhilfe und die aktuellen Herausforderungen für die Gemeindepsychiatrie

Gemeindepsychiatrie und Bürgerhilfe könnten natürliche Verbündete sein. Und doch schwingen auf Seiten der Psychiatriefachleute in der Bewertung dieser Partnerschaft nicht selten auch besonders kritische Töne mit. Thematisiert werden zum Beispiel lastige Konfliktsfelder, die sich gelegentlich aus dem Nebeneinander von psychiatrischer Fachlichkeit und bürgerschaftlicher Engagementbereitschaft in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen ergeben, oder auch die Frage nach der Rolle freiwilliger HelferInnen angesichts steigender fachlicher Anforderungen.

Die beeindruckende Geschichte der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gemeindepsychiatrie hat ein Bild von guter Versorgung befördert, das die Antwort auf wachsende Herausforderungen allein in weiterer Professionalisierung sieht. Ehrenamtlichem Engagement kommt in diesem Verständnis der Part des Ausfallburgens, des Notnagels zu – eine Sicht, die der eigenständigen Bedeutung von Bürgerhilfe als ein Element moderner Gemeindepsychiatrie nicht gerecht wird.

Die erreichte Qualität der Angebote und Leistungen hat ehrenamtliche Mitarbeit nicht überflüssig gemacht, sie schafft vielmehr erst die Voraussetzung, sich ohne Not über ein angemessenes Verhältnis von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern und deren Aufgaben Gedanken zu machen.

Bürgerhilfe und Selbsthilfe sind keine Angebote minderer Qualität, die nur so lange gebraucht werden, bis im Erfolgsfall eines Tages ein voll-professionelles Angebot die Mitarbeit von Laien erubrigt. Ebenso wenig stellt umgekehrt ihr Gelingen professionelle Arbeit in Frage. In ihrem anderen Zugang liegt ein eigener Wert für die Qualität des Angebots, eine andere Form von Beziehung, von Normalität und Alltagsorientierung, als sie durch professionelle Konzepte hergestellt werden kann.

Über den Einsatz von ehrenamtlichen HelferInnen zu sprechen heißt nicht, die fachliche Entwicklung zurückzuschrauben, sondern Ehrenamtliche und Berufstätige in ein sinnvolles Ergänzungsverhältnis zu bringen, die spezifische Kompetenz der FachmitarbeiterInnen primär da einzusetzen, wo sie tatsächlich gebraucht wird (1).

Gemeindepsychiatrie oder Psychiatriegemeinde

Im Hinblick auf die Verwirklichung gesellschaftlicher Teilhabe steckt die professionelle Gemeindepsychiatrie in einem Zieldilemma, das sie allein gar nicht lösen kann. Die Aufgabe des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems ist im Prinzip die Verhinderung von sozialem Ausschluss und den damit verbundenen persönlichen Risiken. Behandlung und Betreuung in die alltägliche Lebenswelt zurückzuholen sowie die Rückkehr in die Wahrnehmungswelt der Anderen zu fördern sind wesentliche Therapieelemente.

Inzwischen sind die in der Gemeinde entstandenen beschützenden Einrichtungen und Betreuungsverhältnisse ihrerseits zu einer eigenen Welt geworden. Schutz und Betreuung und das Fehlen von Belastungen und Anforderungen sind einerseits entlastend. Es sind Orte, wo man sein kann, wo das Leben aushaltbar ist. Gleichzeitig bestätigt sich dort die Besonderheit, die Marginalisierung, der Mangel an gesellschaftlichem Wert.

Es wäre aber zu einfach zu sagen, die Einrichtungen haben das Ziel der Teilhabe aus den Augen verloren. Vielmehr stecken sie in einem Dilemma, das aufzulösen leichter gesagt als getan ist. Gemeindepsychiatrische Institutionen sind für ihre NutzerInnen immer beides – ein Stück Gemeindeintegration und gleichzeitig ein sicheres Rückzugsgebiet, wo man im anforderungsreichen Alltag verschnaufen kann. Der Auftrag an die MitarbeiterInnen, Platz zu schaffen in der Gemeinde für psychisch kranke Menschen, ist doppelsinnig gemeint. Sie sollen helfen, den Platz in der Nachbarschaft, im Betrieb, im Verein zu erstreiten, und sie sollen einen eigenen Platz als Schutzraum bei Bedarf anbieten. Dies gilt umso mehr, als psychisch kranke oder behinderte Menschen bei ihren Schritten in die Gesellschaft keineswegs auf eine Willkommenskultur treffen.

Dennoch ist das Zwischenresultat der Gemeindepsychiatrie unter dem Blickwinkel des Ziels der Inklusion unbefriedigend. Gemeindepsychiatrische Versorgung findet oft mitten in der Gemeinde statt und wirkt doch nach außen irgendwie abgeschlossen, während sie nach innen eine eigene kleine Ersatzlebenswelt reproduziert. MitarbeiterInnen und Träger denken eben – in ihrer Funktion zu recht und doch manchmal verkürzend – in Kategorien von Therapie, Betreuung, Maßnahmen. Ergebnis ist dann die Schaffung finanzierbarer Surrogate für Teilhabe, Kontakt, Beschäftigung, Freizeit.

Die Alternative kann aber nicht der Abbau von Angeboten, der Verzicht auf spezialisierte Hilfsangebote und die Hoffnung auf die Inklusionsmotivation der Allgemeinbevölkerung sein. Ein Blick auf die

Erfahrungen mit der Verletzlichkeit und dem Unterstützungsbedarf der begleiteten Menschen zeigt, dass dies zu kurz greift. Die Wahrheit ist komplizierter. Die Aufgabe heißt vielmehr, unter Wahrnehmung der Verletzlichkeit der KlientInnen

- Berührung mit dem Leben in die Einrichtung zu bringen,
- Fragen der Richtung, dem Wert des Lebens, der Position in der Gesellschaft Raum und Zeit zu geben,
- Teilhabe möglich zu machen

Aber eben dies kann in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen naturgemäß nur begrenzt gelingen. „Solange ich von Profis umzingelt bin, bin ich nicht integriert“ (2). Es ist schon ein qualitativer und ein Beziehungs-Unterschied, ob PatientInnen von Profis Angebote der Alltagsgestaltung erhalten oder als BürgerIn von anderen BürgerInnen mitgenommen werden. In professionellen Gruppenangeboten dreht sich das ganze Leben um die psychische Anfälligkeit. Natürlich kann eine bestehende psychische Erkrankung das Leben beeinträchtigen. Sie muss es aber trotzdem nicht in jedem Moment beherrschen.

Man greift zu kurz, wenn man gemeindepsychiatrische Einrichtungen als Ghetto und ihre Mitarbeiter als Inklusionsverhinderer brandmarkt. Psychisch kranke oder behinderte Menschen brauchen Unterstützung beim Erobern der Welt draußen und die Möglichkeit eines sicheren Rückzugs. Manchmal ist eine Kontaktstelle ein beruhigender Ort als ein Verein oder ein öffentliches Café.

Bürgerhilfe hilft hier, die Verbindung herzustellen und zu halten. Sie setzt behutsam im sicheren Raum an. Sie schafft Verknüpfung, Anschluss an die Gesellschaft, bietet Chancen auf Teilhabe und soziale Anbindung und nimmt dabei das Bedürfnis nach Schutz und Unterstützung ernst. Wer nach Erfahrungen, zurückgewiesen zu werden oder nicht erwünscht zu sein den Weg in die Öffentlichkeit wagt, braucht Verbundene (Selbsthilfe, Bürgerhilfe). Bürgerhilfe bringt Gesellschaft auf behutsame Weise in dieses System ein, holt Menschen ab, bereitet Schritte nach draußen mit vor und unterstützt sie.

„Gemeindenaher Versorgung braucht eine Gemeinde, die sich sorgt.“ (3)

Wiederengliederung in die Gesellschaft ist ohne Gesellschaft nicht möglich. Gemeindepsychiatrie ist – ihrem eigenen Anspruch nach – Verknüpfung von Psychiatrie und Gemeinde, nicht nur der vorgelagerte Außenposten der Klinik. Der Bedarf an ehrenamtlicher Mitarbeit und Selbsthilfeförderung besteht nicht nur, weil mit weniger öffentlichen

Zuschussen zu rechnen ist, sondern weil Integration die Aufgabe ist. Hilfesuchende wollen neben sozialarbeiterischer Unterstützung auch Beziehung und Gesellschaft erleben. Und in Gemeinwesen gibt es Menschen, die helfen und sich engagieren wollen. Sie bringen Öffentlichkeit in die Psychiatrie.

Aus einem weiteren Grund können es sich gemeindepsychiatrische Institutionen gar nicht leisten, auf freiwilliges Engagement zugunsten einer 100%-Professionalisierung zu verzichten. Fehlender Kontakt zu den BürgerInnen und fehlende Verknüpfung mit der Gemeinde heißt nicht nur, dass die Engagementbereiten sich in anderen Bereichen engagieren, vor allem wächst mit dem Abstand wieder die Fremdheit, die Angst vor psychisch kranken Nachbarn. Ein Prozess, den die Träger nicht wollen können. Freiwillige MitarbeiterInnen, engagierte Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene können in der Öffentlichkeitsarbeit oft mehr bewegen als Voten von Fachleuten.

Und hierin liegt auch eines der größten Risiken. Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen haben sich in den vergangenen Jahren keineswegs verringert. Sie scheinen sogar auf dem Vormarsch und erschweren damit nicht nur die Arbeit der Anbieter psychiatrischer Hilfen, sondern auch die Umsetzung der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und vor allem das Leben jedes einzelnen Erkrankten. Antistigmaarbeit muss deshalb das große gemeinsame Zukunftsthema der Gemeindepsychiatrie sein. Und gerade hierbei kann ein eigenständiger Beitrag bürgerschaftlichen Engagements, verknüpft mit professionellen Hilfestrukturen, außerordentlich hilfreich sein.

„Ich glaube, die Schizophrenie wird mich immer zu einem Bürger zweiter Klasse machen.“

Von Schizophrenie oder auch einer anderen psychischen Krankheit betroffene Menschen haben neben der Belastung durch die Krankheitssymptome noch eine zweite Belastung auszuhalten – die in der Öffentlichkeit damit verbundenen Vor- und Werturteile, Verunsicherungen, Distanzierungen und Abwertungen. Sie tragen ein Stigma, ein nach außen erkennbares Wundmal. Die Krankheitsbezeichnung wird zur zusätzlichen Leidensquelle, zur zweiten Erkrankung. Und die Angehörigen werden von dieser Welle gleich miterfasst. Sie werden als schwierige Familie gemieden oder dem Verdacht ausgesetzt, für das Entstehen der Krankheit mitverantwortlich zu sein.

An einer Schizophrenie erkrankte Menschen leiden also an den Symptomen einer schweren, aber behandelbaren Krankheit, sie leiden

aber auch unter dem besonderen Klang dieses Wortes. Es steht für: nicht leistungsfähig, nicht teilhabefähig, nicht gesellschaftsfähig.

Außerdem steht es für die gesamte Person. Anders als bei anderen Diagnosen, scheinen hier die Eigenschaften der Person weitgehend an die Krankheit verlorengegangen zu sein. Und noch etwas ist anders: Man wird es nicht mehr los, es bleibt ein Teil der Biografie. SchizophreniepatientIn bleibt man irgendwie immer. Schizophrenie ist gleichzeitig ein Wort der Alltagssprache, eine Metapher für Verrücktheit. Es wird nicht selten auch zur Diffamierung oder als Schimpfwort genutzt. Es ist ein Träger von Vorurteilen, Fantasien, Mythen und Ängsten.

Das Stigma produziert zusätzliches Leiden in zweifacher Hinsicht. Zum einen sorgt es für Erfahrungen von Ausschluss, Diskriminierung, Zurückweisung, sogar Ächtung. Es bleibt aber nicht bei dieser äußeren Erfahrung. Innere, persönliche Folgen sind: Vertrauensverlust, d. h. auf sich selbst und auch auf andere nicht vertrauen können, Gefühle von Minderwertigkeit und von Scham sowie permanente Zweifel an sich und am eigenen Wert. Der Stigmatisierung durch das Umfeld folgt also die Selbststigmatisierung. Viele schämen sich für ihre Krankheit. Sie meiden Kontakte und ziehen sich zurück (4).

Einstellungen von Menschen zu psychischen Erkrankungen (5)

Schizophrenie	1990	2011
Gehirnkrankheit	43 %	62 %
Belastende Lebensereignisse	71 %	66 %
Medikamentöse Behandlung wichtig	30 %	53 %
Ablehnung als Arbeitskollege	20 %	31 %
Ablehnung als Nachbar	19 %	29 %
Ablehnung als Freund	39 %	53 %
Klinik notwendig zum Schutz der Gesellschaft	39 %	49 %

Zusammenfassend stellen die Autoren fest:

- Mehr Menschen glauben an biologische Ursachen der Krankheit, weniger an psychosoziale Erklärungen.
- Das Gefühl von Unbeeinflussbarkeit, Unverstehbarkeit, Gefährlichkeit steigt
- Der Wunsch nach Distanz wächst

- Die Akzeptanz von Zwangsbehandlung, Zwangseinweisung steigt
- Weniger Menschen sind bereit, abweichendes Verhalten zu akzeptieren.

Insgesamt entsteht das Bild einer zwiespaltigen Haltung. Es besteht Verständnis, gesellschaftliche Integration soll möglich sein, aber man möchte keinen Schizophrenen als Kollegen, Nachbarin, Schwiegertochter oder Schwiegersohn und auch keine Einrichtung in der Nähe der eigenen Wohnung. Besonders deutlich wird das noch zusätzlich in der ebenfalls erfragten Wertehierarchie von Arbeitgebern

Psychisch erkrankte Menschen im Arbeitsleben (6)

Wen würden Arbeitgeber einstellen?	Rangplatz
Gesund, nicht sehr zuverlässig	2,6
Insulinpflichtiger Diabetes	2,8
Rheuma	3,8
Chronische Darmentzündung	4,0
Harnblasenkrebs	4,8
Multiple Sklerose	6,0
Depression	6,1
Alkoholabhängigkeit	7,4
Schizophrenie	7,4

Der Kampf gegen Stigma und Vorurteile

Noch interessanter als die absoluten Größen sind die Veränderungen im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte. In der Zeit einer mit hohem Aufwand geführten Inklusionsdebatte, immer besserer Information, verbesserter Behandlung und vermehrter Erfahrung mit psychisch kranken Menschen im gesellschaftlichen Alltag hat das Ausmaß negativer Vorurteile weiter zugenommen

Die Forschungsergebnisse von Angermeyer, Matschinger und Schomerus irritieren umso mehr, als man eigentlich erwartet hat, dass sich

in ihnen die Effekte großer Antistigma- und Informationskampagnen zeigen werden. Sehr viel Geld und Manpower ist z. B. zu Beginn der 2000er-Jahre in die Kampagne „Open the doors“ geflossen, die mit Materialien, medialem Aufwand, öffentlichen Veranstaltungen und Vorträgen das Ziel hatte, dem Stigma der Krankheit Schizophrenie durch eine bessere Information der Bevölkerung zu begegnen.

Möglicherweise haben Information einerseits und gesellschaftliche Ressentiments, Distanzierungstendenzen andererseits gar nicht unmittelbar miteinander zu tun, sondern entwickeln sich unabhängig voneinander. Wachsendes gesellschaftliches Misstrauen mag andere Gründe haben als fehlende Information. Zur Zeit erleben wir z. B. eine große öffentliche Zustimmung zum Thema Inklusion, ohne dass dies in der Breite das Bedürfnis nach Distanzierung verringert oder konkrete Verhaltensfolgen zeitigt.

Es sieht so aus, als ob die Kampagnen auf das falsche Pferd gesetzt haben. Inhaltlich wurde sehr stark auf ein medizinisches Krankheitsverständnis abgestellt, das Schizophrenie als behandelbare Erkrankung in Analogie zu einem körperlichen Defekt vorstellt. Ein Grund übrigens, warum sich auch Pharmafirmen stark finanziell beteiligt haben. Diese Botschaft ist ja anscheinend zum Teil auch angekommen. Man hat aber in der Folge einerseits erwartet, dass eine biologische Krankheitsursache mit großem Behandlungsoptimismus verbunden wird. Andererseits hat man gehofft, dass die Tatsache, dass sie für ihre Gehirnerkrankung selbst nichts können, die Betroffenen entlastet und die Akzeptanz erhöht. Das ist offensichtlich nicht aufgegangen, beide Effekte konnten nicht nachgewiesen werden. Stattdessen zeigen die Befragungsergebnisse, dass die Annahme biologischer oder genetischer Ursachen mit einem höheren Maß an Verunsicherung und Furcht vor einer potenziellen Gefährlichkeit verbunden sind. Biologische Erklärungen haben nicht zu einer Normalisierung geführt, sondern verstärken die wahrgenommene Kluft der Andersartigkeit zwischen Gesunden und von einer psychischen Erkrankung Betroffenen (7). Bei der Annahme psychosozialer Faktoren wie die Furcht vor Gefährlichkeit geringer und die Bereitschaft zur sozialen Nähe größer.

Antistigmaarbeit ist dringlicher denn je

Es scheint so, als sind wir mit den Aufklärungskampagnen zur Bekämpfung von Vorurteilen so gut wie keinen Schritt weitergekommen. Vielleicht musste man sogar sagen im Gegenteil. Der Skandal, dass eine Diagnose nicht nur eine medizinische Information ist,

sondern neben der unmittelbaren gesundheitlichen Belastung zur zweiten Krankheit wird, besteht nach wie vor. Die Orientierung am Ziel der Inklusion macht Antistigmaarbeit dringlicher denn je. Dies gilt umso mehr, als es aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen gibt, die im Prinzip durchaus begrüßenswert sind, in der Konsequenz aber zur Stärkung gegenläufiger Tendenzen beitragen.

In einer auf Individualisierung aufgebauten Gesellschaft, in der es auf die Fähigkeit zur Selbstdefinition, Selbstbehauptung und Erfolgsorientierung ankommt, haben psychisch kranke Menschen nicht nur eine schlechte Ausgangsposition, sie komplizieren auch das gesellschaftliche Zusammenleben. Sie ecken an, gelten im Alltag als schwierig, die Interaktion mit ihnen als (zu) aufwendig (8).

Dazu passt die klare Tendenz in Ethik und Rechtsprechung, Autonomie und Selbstbestimmung zum obersten Maßstab zu machen. Für die Psychiatrie zeigt sich das u.a. in der Erhöhung der Hürden für Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung und in der Diskussion um das Recht der Betroffenen, sich selbst zu schädigen. In der Konsequenz steigen damit auch die Anforderungen und Zumutungen an die BürgerInnen moderner Gesellschaften.

Gleichzeitig gibt es mit Blick auf die Dynamik von Sozial- und Gesundheitshaushalten den Diskurs, nicht immer häufiger nach institutionellen Lösungen zu suchen, sondern die Probleme des Umgangs mit schwierigen Menschen wieder stärker an die Gesellschaft zurückzugeben. Wenn weitere SpezialistInnen und Spezialrichtungen nicht mehr bezahlbar sind, müssen die BürgerInnen selbst wieder mehr Zeit für Menschen mit Hilfebedarf opfern.

Man ist geneigt zuzustimmen, wenn die Notwendigkeit der Übernahme von Verantwortung für die Gemeinschaft und die Einbindung von psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft beschworen werden. Und doch bleibt dies eine abstrakte Forderung. Man kann BürgerInnen mehr Kontakt, mehr Berührung, mehr Belastigung zumuten. Dies erhöht aber nicht zwangsläufig deren Bereitschaft zu hilfreichen Verhalten.

Abweichendes Verhalten wird starker öffentlich wahrnehmbar, muss häufiger ertragen werden. Insgesamt sinkt aber die Bereitschaft, zusätzliche Belastungen auszuhalten, sich mit schwierigen Situationen oder Menschen auseinanderzusetzen. In der Folge kommt es zu mehr Abschlusstendenzen, Abwehrhaltungen, Wünschen nach Ruhe und Privatheit und schließlich auch hier zu konservativen „fremden“-feindlichen Haltungen. Sensations- und Horrormeldungen in den Medien von gefährlichen, unberechenbaren Menschen, das Bild psychisch Kranker in Spielfilmen u.a.m. sind als Begleitmusik geeignet,

solcherlei Meinungsbildungsprozesse emotional anzureichern. Man wird sich also kaum darauf verlassen können, dass gesellschaftliche Teilhabe ein von rationaler Einsicht getragener Selbstläufer sein wird.

Bildung und Information allein sind offensichtlich keine zuverlässigen Wege der Entstigmatisierung. Das lässt sich schon an der Tatsache erkennen, dass die Umfrageergebnisse für PsychiatriemitarbeiterInnen gar nicht so verschieden sind von den oben zitierten für die Allgemeinbevölkerung. Auch sie haben negative Einstellungen und wünschen sich psychisch kranke Menschen nicht zum Freund oder Kollegen.

„Von unzulässigen Vereinfachungen zu gemeinsamer Entängstigung.“ (9)

Die häufige Aufforderung, offen mit der eigenen Krankheit umzugehen, sagt sich leicht dahin: *Eigentlich musste man sagen, dass Schizophrenie gut beraten sind, sparsam mit Informationen über ihre Krankheit umzugehen.* Aber auch das ist schließlich keine Lösung. Der soziale Rückzug ist nur eine kurzfristige Erleichterung, er erhöht in der Folge die Belastung. Ein Teil der Probleme psychisch kranker Menschen liegt nicht in der Krankheitssymptomatik selbst begründet, sondern darin, dass man ihnen ihren Platz in der Gemeinschaft, ihre gesellschaftliche Verortung genommen hat. Zur Identitätsbildung gehört auch die Möglichkeit, sich selbst in Gesellschaft und im Licht anderer wahrzunehmen.

Wir wissen, dass psychische Erkrankungen immer gleichzeitig medizinisches und soziales Geschehen sind. Sie sind zu einem guten Teil Beziehungskrankheiten. Sowohl Krankheitsentwicklung als auch Behandlung vollziehen sich im Wesentlichen in Beziehungen. Wir wissen aus der Resilienzforschung und Recoverybewegung, dass soziale Eingebundenheit, Sinnerleben, Beziehungen wesentliche Förder- und Heilfaktoren sind. „Das beste Medikament. Funktionierendes soziale Netzwerk.“ (10)

Die Forschungsergebnisse bestätigen hier die praktischen Erfahrungen. Allgemeine Informationen informieren zwar, ändern aber wenig an Vorurteilen. Einstellungen gegenüber Menschen und Gruppen ändern sich am ehesten im persönlichen Kontakt, im praktischen Umgang miteinander, im Kennenlernen des Anderen als Mensch. Schließlich gibt es ja auf beiden Seiten Verunsicherung, Distanzierung und Rückzug – es geht also quasi um einen Akt gemeinsamer und gegenseitiger „Entängstigung“.

Will man wirksame Antistigmaarbeit machen, ist es zuallererst notwendig, Erfahrungen des gegenseitigen Erlebens möglich zu machen,

Kontakt zu organisieren, praktische Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich zu machen. Als weit wirksamer als medizinische Hochglanzaufklärung haben sich Orte der Begegnung, des Lernens voneinander auf Augenhöhe erwiesen. Im persönlichen Kontakt finden durchaus Aha-Erlebnisse statt. „Wenn . . . der Bürger, die Bürgerin Gelegenheit findet, dem psychisch Kranken von nebenan zu begegnen, funktioniert Antistigmaarbeit fast immer.“ (3)

Positive Beispiele für das Gelingen solcher lernenden Begegnungen sind die nach wie vor an vielen Orten laufenden Psychoseminare oder dialogische Präventions- und Informationsinitiativen wie „Antistigmaarbeit von unten“, „Es ist normal, verschieden zu sein“ oder „Insinnig menschlich“. In ihnen begegnen sich Laien, Fachleute, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige und tragen dadurch sehr viel zur Vorurteilsbeseitigung bei (z. B. in Schulen, in Betrieben, bei Journalisten/Medien, in Fortbildungen – auch bei der Polizei). Sie beweisen vor allem, dass Verständnis und Einstellungsänderungen in erster Linie durch praktische Erfahrung, durch Begegnung entstehen.

Es ist wichtig, nicht nur Stigmatisierung von außen zu bekämpfen. Fremdstigmatisierung trifft nur denjenigen wirklich, der sich auch selbst stigmatisiert, abgewertet, unweil findet. In der Begegnung sind Erfahrungen möglich, die das Selbstwertgefühl heben, die Mut zum Hinausgehen machen, die erleben lassen, dass das Leben nicht nur aus Krankheit, sondern auch aus Fähigkeiten besteht. (4)

Die Barrieren, die Körperbehinderten auf ihrem (Rück-)weg in die Gesellschaft im Wege stehen, sind nicht immer leicht zu beseitigen, aber zumindest leichter zu erkennen. Für psychisch kranke Menschen ist das Stigma eine unsichtbare, schwer zu greifende, aber dennoch umso wirksamere Barriere. Bürgerhilfe steht für das, worauf es beim Kampf gegen Stigmatisierung am meisten ankommt: Begegnung und Verständnis auf Augenhöhe. Sie unterstützt auf dem Weg aus der Psychiatrie heraus und ist selbst der erste Schritt auf diesem Weg. Sie ist Brückenbauer: hin zur Gesellschaft und behutsamer Vorbereiter und Begleiter auf dem Weg über die Brücke. Und BürgerhelferInnen sind ihrerseits Multiplikatoren in der Welt draußen. Sie betreiben nicht Antistigma von oben, nicht von unten, sondern quasi von der Seite.

Inklusion ist nicht Verzicht auf Unterstützung und besondere Räume, sondern schafft die Voraussetzungen zum Erobern des Sozialraums, ermöglicht Begegnung, sichert Rückzug und hilft beim Finden und Erschließen von Möglichkeiten. Getreu dem Prinzip: So viel Teilhabe wie möglich, so wenig Unterstützung wie nötig.

Dennoch erfreut sich die Aktivierung und fachliche Unterstützung von Selbst- und Laienhilfe als Aufgabe für MitarbeiterInnen in der

Gemeindepsychiatrie keineswegs uneingeschränkter Beliebtheit. Auch wenn der Gewinn unterschiedlicher Kompetenzen und Sichtweisen für die Praxis gern gelobt wird, machen sie gleichwohl die tagliche Kooperation schwierig.

Nicht alle zu ehrenamtlicher Mitarbeit Bereiten sind pflegeleicht. Manche solidarisieren sich gern mit den Betreuten in deren Kritik an KollegInnen und Einrichtung. Manchmal verbitten sich selbstbewusste Laien die Einmischung oder auch nur fürsorgliche Unterstützung durch die Hauptamtlichen. Dabei brauchen die ehrenamtlichen HelferInnen durchaus gelegentlich Unterstützung. Etwa wenn sie sich nicht gut genug abgrenzen können gegenüber den Wünschen und Bedürfnissen, die ihr Wunsch zu helfen auslöst. Und ganz schwierig wird es, wenn der Profi meint, Fehler zu erkennen. Er ist ja nicht der Chef oder die Chefin der Ehrenamtlichen. Und Menschen, die freiwillig und unentgeltlich Gutes tun, lassen sich mitunter nicht gern kritisieren. Und das hat auch seine Berechtigung. Die Stärke ihres Beitrags liegt gerade darin, dass sie nicht Teil der Institution sind, dass sie ihrer eigenen Motivation folgen. Freiwilliges Engagement ist immer ein Engagement für andere und für die eigene Person. Das ist nicht ehrenrührend. (11)

Manchmal tragen die Beteiligten selbst zur Verwirrung bei. Ehrenamtliche HelferInnen sind mitunter neidisch auf Position, Kompetenz und Verantwortungsbereich der Hauptamtlichen. Die Fachkräfte wiederum sind angesichts moderner Arbeitsanforderungen mitunter neidisch auf Zeit, Intensität, menschliche Begegnung, auf angenehme Aktivitäten ohne Zeitdruck. Und die KlientInnen nutzen unklare Verhältnisse auch schon mal zu ihrem Vorteil oder spielen Uneinige gegeneinander aus. (1).

MitarbeiterInnen, die denken, am eigenen Ast zu sagen, wegen der Gleichwertigkeit billiger Lösungen einen Teil ihrer Aufgaben zu verlieren, kann eindeutig gesagt werden, dass diese Angst unberechtigt ist. Erfolgreiche Beziehungsarbeit ehrenamtlicher MitarbeiterInnen, erfolgreiche Gruppenangebote von Angehörigen oder Psychiatrie-Erfahrenen bedrohen nicht die fachliche Identität oder Existenzberechtigung der Profis. Sie müssen nicht bessere Beziehungen zu den Hilfesuchenden haben, sondern ihre spezifischen beruflichen Fachkompetenzen gezielter einsetzen (z. B. in Form von Qualifizierung, Begleitung, Coaching, Unterstützung der Betreuungstätigkeit, Krisenintervention, Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen, Reha- und Hilfeplanung, Erschließung und Koordination von ergänzenden Hilfen und Maßnahmen). Ein zeitgemäßes Verständnis von Professionalisierung der Gemeindepsychiatrie schließt auch Hilfe zur Selbsthilfe und Hilfe für die HelferInnen zur Selbsthilfe ein.

Die Entwicklung des Bereichs Gemeindepsychiatrie und der Wandel der Anforderungen an psychosoziale Fachkräfte erzwingen eine klarere Rollenabgrenzung, die aber letztlich bessere Kooperationschancen für beide Seiten bedeutet, indem sie für förderliche Rahmenbedingungen sorgt, unter denen Selbsthilfe und ehrenamtliche Aktivitäten gut eingebunden sind.

Entwicklung und Förderung von Selbst- und Laienhilfe ist eine anspruchsvolle, fast paradoxe Aufgabe. Sie soll Rahmenbedingungen sicherstellen, Beratung und fachliche Unterstützung geben, die Aktivitäten koordinieren und fachlich kontrollieren und dabei so viel Autonomie wie möglich gewahren.

Diese Aufgaben und Ziele können sich zeitweise widersprechen und sind doch gleichzeitig notwendig. MitarbeiterInnen müssen versuchen, dieses Zieleviereck in Balance zu halten, indem sie, wann immer das Gleichgewicht bedroht ist, unterschiedliche Prioritäten setzen.

Fazit

Die Gemeindepsychiatrie kann auf Gemeinde nicht verzichten. Profis neigen dazu, alles zu professionalisieren. Sie verkennen häufig, dass manchmal normale nachbarschaftliche Angebote angebrachter sind als institutionelle Lösungen. Professionalisierung macht Gemeindepsychiatrie psychiatrienaher. Sie kann auf Fachlichkeit nicht verzichten, braucht daneben aber auch die Berührung mit dem Leben.

Es ist im übrigen gar keine Frage, ob die Psychiatrie selbst das Engagement von BürgerInnen, Angehörigen oder Psychiatrie-Erfahrenen für notwendig hält. Sie kann es sich nicht leisten und wird es auch nicht schaffen, ohne diese BündnispartnerInnen auszukommen. Die Frage ist vielmehr, ob es gelingt, zu einem akzeptierenden, respektierenden Miteinander, zu einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu kommen. Im Grunde sind die Voraussetzungen dafür gegeben. Beide Seiten haben ihre eigene, voneinander verschiedene Qualität. Sie stellen sich nicht gegenseitig in Frage, sondern brauchen sich, haben sich etwas zu geben.

BürgerhelferInnen sind hier nicht einfach preisgünstige Ergänzungskräfte. In ihrem anderen Zugang hegt ein eigener Wert für die Qualität des Angebots, eine andere Form von Beziehung, von Normalität und Alltagsorientierung, als sie durch professionelle Konzepte hergestellt werden kann. Bürgerhilfe und Selbsthilfe machen Profis nicht überflüssig, sondern setzen die funktionierende Organisation der professionellen Kernaufgaben voraus. Sie dürfen deshalb von Politik und Kostenträgern nicht als Chance für Einsparungen missverstanden werden.

In einem medizinisch-technischen Verständnis der Versorgung von psychischen Krankheiten hat man es für Fortschritt gehalten, das therapeutische und soziale Helfen möglichst weitgehend zu professionalisieren. Der Auftrag inklusiver, teilhabeorientierter Unterstützung ist auf diese Weise nur begrenzt erfüllbar. Deshalb braucht Gemeindepsychiatrie zur Erreichung ihres Zwecks Bürgerhilfe – auch wenn sie es selbst mancherorts gar nicht wahrhaben will. Die Zukunft liegt in einer Mischung aus Professionalität, Selbsthilfe und Bürgerhilfe.

Wenn die fachliche und gesundheitspolitische Bedeutung des Gelingens dieses Zusammenwirkens erkannt wird, werden auch die Kostenträger nicht mehr umhin kommen, Teile ihres Budgets bewusst für Selbst- und Bürgerhilfe bereitzustellen.

Achim Dochat

Leiter des Geschäftsfelds Sozialpsychiatrie bei der BruderhausDiakonie in Reutlingen

Literatur

- 1 Dochat, A., Das Lob des Ehrenamts hat seinen Preis – Bürgerschaftliches Engagement zwischen knapper werdenden Mitteln und wachsenden Anforderungen, in Psychosoziale Umschau 1/2007
- 2 Doinei, K., Begegnung und Gegeneinschaft, in Soziale Psychiatrie 1/2015
- 3 Junzen, A., Trotz Anti-Stigma-Kampagnen: Nehmen Vorurteile an?, in Psychosoziale Umschau 4/2013
- 4 Knuf, A., Das Stigma auf der Innenseite der Stirn: Sich-annehmen-Können trotz psychischer Erkrankung, in Soziale Psychiatrie 4/2005
- 5 Angeimeyer, M.C., Matschinger, H., Schomerus, G., Attitudes towards Psychiatric Treatment and People with Mental Illness: Changes over two Decades, in Brit J Psychiatry 203, 2013
- 6 Baer, N., Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld, in Kerbe 4/2010
- 7 Schomerus, G., Die Einstellungen zu Menschen mit psychischer Erkrankung ändern sich, in Kerbe 2/2014
- 8 Kaidorff, E.v., Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen, in Kerbe 4/2010
- 9 Bock, T., Dialog statt Monolog – Konzepte der Beteiligung von Anfang an. Vortrag im DoIt und 15.6.2011, <http://freiwohlfahrtspflege-nrw.de/veranstaltungen/dokumentationen/ansicht/detail/news/detail/News/dauerbrenner-in-der-sozialpsychiatrischen-diskussion/cache/n/> (Zugriff 10.7.2015)
- 10 Peukert, R., Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke, in Kerbe 2/2010
- 11 Keupp, H., Verworfenes Leben – Von den „Überflüssigen“ in der Spätmoderne durch den alltäglichen Ausschluss, in Soziale Psychiatrie 1/2015