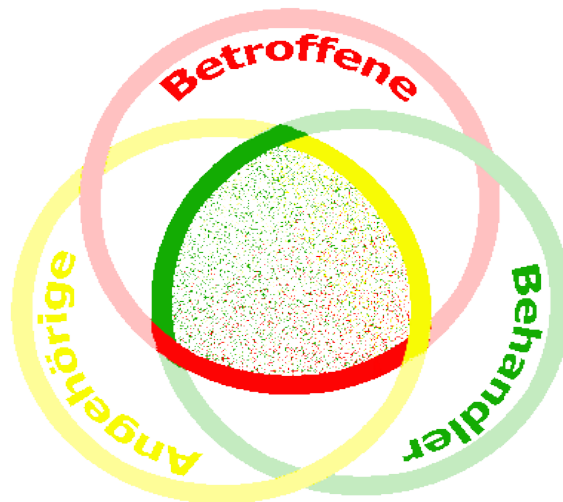




## Theoretische Fallstudie begleitend zum Filmmaterial

### Irre menschlich e.V. Hamburg – Dialog in Deutschland



© by Bernhard Dufornantel

Autoren und WP Leitung HAW Hamburg  
Andreas Langer, Simon Güntner, Gemma-Dorina Witt, Kerstin Müller  
Thomas Bock, Gyöngyvér Sielaff



QR-Code zu der Homepage und Video:  
Link zum Video: <http://www.inno-serv.eu/irremenschlich>

*This report is part of the research project „Social Platform on innovative Social Services“ (INNOSEV). INNOSEV investigates innovative approaches in three fields of social services: health, education and welfare. The INNOSEV Consortium covers nine European countries and aims to establish a social platform that fosters a europeanwide discussion about innovation in social services between practitioners, policy-makers, researchers and service users. This project is funded by the European Union under the 7th Framework Programme (grant agreement nr. 290542).*



## 1. Kurzprofil: Irre menschlich e.V. Hamburg

Dialogische Bürgerinitiative (Betroffene, Angehörige, Therapeuten; Bürger mit/ohne psychischer Erkrankung/Psychiatrie-Erfahrung)

- Öffentlichkeitsarbeit zu allen Aspekten seelischer Gesundheit,
- Informations-, Begegnungs-, Präventions-, Fortbildungsprojekte
- Vermittlung der Grundidee des Dialogs als „gleichberechtigte Begegnung von Experten“ auf alle Ebenen psychiatrischer/psychosozialer Versorgung
- Ringen um mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität mit sich selbst als Voraussetzung für Prävention und Inklusion
- Ringen um eine Psychiatrie ohne Vorurteile, mit gleichen Chancen, mit mehr Flexibilität, Kontinuität, Respekt und Partizipation
- Einsatz für Peer-Beratung (Psychiatrie-Erfahrene werden durch eine zwei semestrige Ausbildung und einem 60 Stunden Praktikum, zu DozentInnen oder MitarbeiterInnen in psychosozialen Diensten qualifiziert)

### Innovative Idee Irre menschlich: Der Dialog

Dialog meint hier die gleichberechtigte Begegnung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten im Sinne von wechselseitigem Lernen und gegenseitigem Respekt. Diese Idee hat ihren Ursprung in Deutschland in den sog. Psychoseseminaren, hat aber inzwischen auch eine Bedeutung für andere Krankheitserfahrungen und für andere Ebenen der Begegnung – für psychiatrische Praxis, Antistigmaarbeit, Beschwerdestellen, für Psychiatrieplanung und Qualitätssicherung sowie für Lehre, Tagungen, Fortbildungen und auch für Forschung.

- Gleichberechtigte Zusammenarbeit im Dialog. Betroffene als Experten der eigenen Krisenerfahrung, Angehörige als Experten des Miterlebens und Professionelle als berufliche Experten entwickeln gemeinsam ein Verständnis von seelischen Krisen und von seelischer Gesundheit.
- Veränderung der Definition psychischer Erkrankung, ihrer Diagnose und der Behandlungsplanung. Förderung von Chancengleichheit, Empowerment, Endstigmatisierung und Nichtdiskriminierung.
- Beteiligung, Empowerment und Fokussierung auf die Fähigkeiten von Betroffenen, Angehöriger und Profis. Neue Methoden der Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

### *Eigenschaften der Leistungen*

#### *Nutzer und Akteure*

Nutzer ist die allgemeine Öffentlichkeit, im Besonderen SchülerInnen aller Schularten, Polizei, Betriebe, Kirche... Akteure sind Psychiatrie Erfahrene, Angehörige und Professionelle in einem gleichberechtigten Team.

#### *Prinzip*

Auflösung gesellschaftlicher Stigmata, Selbststigmatisierung und Diskriminierung. Hier greifen Rehabilitation und Selbstrehabilitation ineinander. Durch die Begegnungsprojekte wird das erlernte theoretische Wissen mit Erfahrungswissen ergänzt.

#### *Keimzelle und Motor der Innovation*

Keimzelle war das 1. Psychoseseminar in Hamburg welches durch Engagement und prozedurale Offenheit seitens Betroffener, Angehöriger und Professioneller, entstand:

- Forderung der Niederlegung von alleiniger Entscheidungsmacht seitens der Professionellen
- Bedürfnis von Betroffenen und Angehörigen ernst genommen zu werden

## **2. Politische Rahmenbedingungen in Deutschland: Psychiatriereform auf halbem Weg – Partizipation als Chance**

### *Leitende Prinzipien:*

Die Situation psychisch erkrankter Menschen in Öffentlichkeit und Gesellschaft im sozialpolitischen System Deutschlands ist von Reformbemühungen geprägt, die auf halbem Weg steckengeblieben sind: War die Situation psychisch erkrankter Menschen früher von Ausgrenzung in Anstalten und großen Sälen ohne Privatsphäre geprägt, so drohen heute ein ambulantes Ghetto oder Akutstationen mit rein klinischer Atmosphäre.

Im Kern hat sich jedoch das Bild von psychischer Erkrankung in der Öffentlichkeit nicht ausreichend verändert. Deshalb kommt die soziale Einbindung mit allgemeinen Kontakten und sinngebenden Aufgaben kommt ebenso zu kurz wie die biographische Einordnung akuter Krisen mit ihrer Eigendynamik und somatischen Faktoren. Manche Hoffnung ruht auf dem Konzept der „Integrierten Versorgung“, das den Kassen die Freiheit gibt, modellhafte Verträge zu schließen, die neue Finanzierungs- und Versorgungsformen erproben. Notwendig ist aber auch ein anderes offenes Verständnis und eine andere trialogische Grundhaltung.

### *Maßgebliche Akteure und Organisationen*

Das System der Versorgung war lange Zeit gekennzeichnet von inhumanen Zuständen in den psychiatrischen Anstalten. Als Alternativen wurden sozialpsychiatrische Institutionen sowie Tageskliniken und Ambulanzen aufgebaut. Im nächsten Schritt wurde der Paradigmenwechsel von den institutionszentrierten hin zu den personenbezogenen Hilfen vollzogen mit dem Ziel, dass das ambulante betreute Wohnen Vorrang vor stationären Wohnformen hat und sich dieser Wandel allmählich auch auf andere Lebensbereiche, wie die Teilhabe an Arbeit, ausweitet. Die Leistungen werden von öffentlichen Trägern finanziert und koordiniert und von beauftragten Dienstleistern (zumeist freie gemeinnützige Organisationen) ausgeführt.

### *Leistungsformen*

Die augenblickliche Psychiatriereform ist durch Strukturprobleme bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung geprägt, die auch das Ausmaß der Partizipation entscheidend begrenzen (Bock 2011):

- Doppelungen und Spaltungen im Versorgungs- und Finanzierungssystem (zwischen Psychiatrie und Psychosomatik, Sozial- und Gesundheitshilfen, stationären und ambulanten Angeboten usw.) binden viele Ressourcen, verhindern Kontinuität und benachteiligen Schwerkranke.
- Übermacht großer Institutionen (Heime, Kliniken, Anstalten), deren Finanzierungsmodus auf stationäre Hilfen konzentriert ist.
- Probleme beim Angebot von Wohnraum und Arbeit; die Reform ist hier auf (kommunal-)politische Unterstützung angewiesen.
- Andauernde gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen, auch die fachliche Debatte wird bisweilen von einem eher reduktionistischen Krankheitsverständnis bestimmt.
- Begrenzungen im Leistungsspektrum: psychotherapeutische Hilfen Patienten mit bestimmten Diagnosen (schizophrene Psychosen und bipolare Störungen) stehen kaum zur Verfügung (Melchinger 2008).
- psychosoziale Hilfen drohen von den immer stärker werdenden Marktmechanismen zerrieben zu werden, zumindest wichtige Haltefunktionen zu verlieren

### 3. Staatlicher Kontext und Sozialstaatliche Rahmenbedingungen

#### 3.1 Patienten oder Bürger? – zur notwendigen Balance von pathologischen und anthropologischen Aspekten psychischer Erkrankung

Spezifische Daten über die Zielgruppe der seelisch/psychisch Erkrankten sind schwierig zu erhalten, weil diese Nutzerinnengruppe in unterschiedlichen Hilfesystemen verortet wird und keine einheitlichen Standards zur Datenerhebung vorhanden sind.

Das System der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist aber vor massive Herausforderungen gestellt. **Irre menschlich** bringt die Frage in das System, ob die Menschheit kränker wird oder die Krankheit menschlicher?

Es droht das Szenario, dass demnächst 30 oder 50% der Menschen als psychisch erkrankt erklärt werden.

Mit **irre menschlich** wird ein Paradigmenwechsel vorangetrieben mit dem Ziel, in der ernst psychischen Erkrankung das zutiefst menschliche zu erkennen. Die Herausforderung an das öffentliche Verständnis ist dabei, ob man neben den dysfunktionalen störenden auch die funktionalen Aspekte sehen kann, und ob neben die Suche nach Ursachen auch die nach Sinn und Bedeutung gestellt werden kann.

Das medizinische System der Versorgung psychisch kranker Menschen und die Öffentlichkeit wird mit der Botschaft von Begegnungsprojekten und dialogischen Fortbildungen von Irre menschlich Hamburg herausgefordert. Es geht um eine offene Sichtweise als Voraussetzung einer mobilen integrativen Psychiatrie, die per Hometreatment Krisenintervention zuhause ermöglicht und nicht mehr an stationärer Unterbringung „fesselt“.

Die Entstigmatisierungsarbeit von irre menschlich versucht anthropologischen Aspekte der verschiedenen Störungsbilder hervorzuheben

Eine der Hauptherausforderungen an die Sozialpsychiatrie aber noch viel mehr an die gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen ist das **Bedürfnis nach Bedeutung**. Es ist zutiefst menschlich. Gerade Menschen mit psychiatrischer Erfahrung wollen nicht nur als brave Hilfeempfänger dastehen; sie haben einen Hunger nach Bedeutung. Dazu gehören auch der Wunsch nach Arbeit und sinnvoller Tätigkeit

#### 3.2 Informationen über den spezifischen Wohlfahrtsstaat

Die deutsche Sozialpolitik ist im internationalem Vergleich weitgehend verstaatlicht. Eine große Anzahl staatlicher Leistungen werden von privaten Trägern, Akteuren, Verbänden und anderen Organisationen, erbracht (vgl. Bellermann 19).

Primär gewährt der Sozialstaat Schutz vor Risiken, die im Zusammenhang mit lohnabhängiger Arbeit entstehen, wie z.B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Berufsunfall sowie Mittellosigkeit im Alter (vgl. Bellermann:83).

Die Besonderheit von Sozialen Dienstleistungen besteht darin, dass sie kein eigenes System sozialer Sicherung darstellen sondern als Kategorie von Leistungen in dem Geld- Sach- und Rechtverteilenden Systemen enthalten sind (vgl. Bellermann: 87).

Das Gesundheitssystem für psychisch Kranke zeichnet sich ab 1900 stark durch medikamentöse Behandlung und institutionelle Versorgung aus. Psychisch Kranke mussten Aus-Gemeindung, körperliche Ausgrenzung, Zwangssterilisation und Tötung erleiden. Nervenärzte sowie Pflegekräfte prägten das Milieu der Anstalten nach einem medizinischen Modell.

Durch Sensibilität für Prozesse der Individualisierung, der Ausweitung von Persönlichkeitsrechten und der Ausweitung des psychologischen Verständnis erfolgte eine Etablierung der Sozialpsychiatrie, Psychotherapie und einer gemeindenahen Psychiatrie.

Im 20. Jahrhundert zeichnet sich die Psychiatrie durch Forderungen nach Hilfe zur Selbsthilfe, präventiven Leistungen und Nachsorge sowie Integration von psychisch Kranken, Familien, Nachbarschaft, Wohnbezirken, Gemeinden, Organisationen und psychiatrischer Einrichtungen, aus (vgl. Dörner et al: 501ff.).

<i>Bruttoinlandsprodukt (BIP) (European Union 2013</i>	<i>2011: 32721 USD curr. PPPs (cf.OECD 2013)</i>	<i>2004: 25707 USD curr.PPPs (cf.OECD2013)</i>
BIP in KKS (cf. Eurostat 2013)	Germany: 30300 2011	EU27: 25100 2011
<i>Sozialleistungen insgesamt (vgl. Bmas 2012)</i>	<i>767,6 Mrd. 2011</i>	<i>397,3Mrd. 1991</i>
<i>Sozialleistungsquote (BIP) (vgl. Bmas 2012)</i>	<i>29,9% 2011</i>	<i>25,9% 1991</i>
<b>Leistungen nach Funktionen</b>		
<i>Krankheit (vgl. Bmas 2012)</i>	<i>242.830Mio (9,4% BIP) 2011</i>	<i>120.251Mio. (7,8% BIP) 1991</i>
<b>Gesundheitsausgaben als Anteil im BIP Deutschland (vgl. DESTATIS 2012)</b>	11,64%	
<i>Ausgaben für psy. Gesundheit anteilig von den Gesundheitsausgaben (KOM 2005) Germany</i>	10%	
<i>Kostenanstieg für psy. Erkrankungen</i>	2002-2006: 3,3 Mrd. Euro	
<i>Kosten für psy. Erkrankungen 2006</i>	26,7 Mrd. Euro	
<i>Prognose des Kostenanstiegs bis 2030 (DESTATIS 2010:35)</i>	32 Mrd.Euro (+20%)	
<i>Kosten psy. Erkrankungen in der EU % vom BIP (KOM 2005)</i>	3-4%	
Frankreich: Gesundheitsausgaben in % vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) -Total, WHO estimates (HFA-DB 2012a)	12 %	
Norwegen: Gesundheitsausgaben in % vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) -Total WHO estimates (HFA-DB 2012b)	9 %	

Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben und die anteiligen Sachleistungen europäischer Länder dar.

### Sozialschutzleistungen: Aggregierte Leistungen und gruppierte Systeme - Millionen EUR

Zeit	Ausgaben für Sozialschutzleistungen in Millionen Euro		Erhöhte Sachleistungen in %	Anteil der Sachleistungen der Sozialschutzleistungen in %	
	1996	2010		1996	2010
EU 27	/	3.605.678,95	/	/	34,07%
Deutschland	565.683,07	765.717,82	52,53%	30,79%	34,69%
Dänemark	45.334,15	78.367,78	102,60%	34,13%	40,00%
Frankreich	379,396.42	654,238.65	84.47%	31.94%	34.17%

Quelle: Eigene Berechnungen nach Eurostat 2012

## 4. Der Dialog als Innovation, Ausgangspunkt und Charakteristika

### Strukturelle Schwächen des Systems:

#### 1) Starker Anstieg der Fallzahlen in Deutschland

Gründe für die steigende Diagnosestellung sind u.a.:

- altersassoziierter Anstieg psychischer Störungen und Erkrankungen, aufgrund des demografischen Wandels
- Wachsende Zahl von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapeuten
- Hausärzte stellen häufiger psychiatrische Diagnosen (vgl. Stolz 2007:7f.)  
Dörner et al (2002) sprechen hier vom somatischen und psychologischen Absolutheitsanspruch: Jede Befindlichkeitsstörung wird psychologisiert

#### 2) dominanter medizinischer Zugang (vgl. Dörner et al 501ff.)

#### 3) Reformbedarf im komplexen System sozialer Sicherung:

- Zur Bewältigung der demografischen und Globalisierungsprobleme
- Mangelnde Transparenz über die Sozialleistungsarten und Zuständigkeiten der Einrichtungen der sozialen Sicherung gekennzeichnet durch Unübersichtlichkeit im Leistungsrecht und Trägervielfalt. Schichtenorientierung im System durch Beitragsfinanzierung. Folge: Ausgrenzung der sozial und wirtschaftlich Schwacher, der nicht oder begrenzt Arbeitsfähigen, der nicht erwerbstätigen Frauen und der Menschen in Teilzeitarbeitsverhältnissen (vgl. Lampert; Althammer: 346ff.).

#### *Weitere hindernde Faktoren im Psychiatriebereich:*

- Sozialpsychiatrischer- oder Soziologischer Absolutheitsanspruch: Alle Ursachen liegen in den sozialen Bedingungen eines Individuums
- Institutions- Absolutheitsanspruch: Anstalten-Heime
- Moderner technokratischer Absolutheitsanspruch: multikonditionaler Ansatz: mehrere Bedingungen führen zu seelischer Krankheit.
- Versorgungstechnokratie: Jede Krankheitsgruppe hat ein eigenes Versorgungssystem (vgl. Dörner et al: 501ff.)

### **Innovation: Dialogische Grundhaltung in zehn Thesen**

Mit einer radikalen Subjektorientierung, Begegnung auf Augenhöhe und dem Bemühen um einen „herrschaftsfreien Diskurs“ stärken Psychose-Seminare den Weg in eine wohlverstandene Psychotherapie und formulieren zugleich Ansprüche für die Art der Begegnung dort (Bock, Priebe 2005).

- 1) „**Psychotherapie ohne Absicht**“ wirkt nachhaltig stärkend: Psychose-Erfahrung wird reflektiert, ohne Veränderungsdruck, eigenverantwortlich, im wohlwollenden Kontext. Eröffnung neuer Perspektiven durch die Erfahrung fremder Angehöriger. Die professionelle Erfahrung in besonderen Kommunikationsform kann vollständiges Wahrnehmen und Gelassenheit üben – wichtige Voraussetzungen für Psychosen-Psychotherapie.
- 2) Veränderung des **Bildes des Psychose-Erfahrenen** auch die Art der Behandlung in Richtung von mehr Respekt, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. In der Praxis durch die Umsetzung des Dialogs auf verschiedenen Ebenen (klini-

sche Praxis, Lehre, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Planung, Qualitätssicherung, Forschung u.a. Bock 2012b).

- 3) **Grundprinzipien des Psychoseseminars:** a) Empowerment wichtiger als Compliance, b) die Vielfalt der Erfahrung ist höher zu bewerten als die Standardbehandlung, c) der Zugang zur subjektiven Sicht nicht durch enge Krankheitsbegriffe zu erschweren, d) Angehörige selbstverständlich und flexibel einzubeziehen
- 4) **Umgang mit der ersten Psychoseerfahrung:** offener Dialog, offenes Verständnis, Behandlung im angstfreien Raum besonders wichtig. Die Methode des „open dialog“ ist sowohl als eine Form von Familientherapie als praktische Umsetzung des Dialogs, aber v.a. auch als eine eigenständige empirisch gut belegte Intervention (Aderhold et al 2003) zu verstehen.
- 5) Psychosen nicht nur pathologisch, sondern auch anthropologisch zu definieren, kann die Selbstverständlichkeit der Erkrankung und die Selbstverantwortlichkeit der Patienten stärken. Je weniger Angst die Diagnose verbreitet, desto mehr haben Mut auch für Psychotherapie – das gilt für Erfahrene, Angehörige und (!) Therapeuten.
- 6) Es gibt ein großes Bedürfnis, die Psychose-Erfahrung mit dem eigenen Leben zu verbinden, sie (wieder) anzueignen, statt sie abzuspalten. Dies gilt es ebenso zu stärken, wie offen zu sein für subjektiv positive Psychose-Erlebnisse und mögliche konstruktive Wendungen bei der Krankheitsverarbeitung.
- 7) Je mehr die Aneignung gelingt, desto konstruktiver wird der Blick auf die gegenwärtige Psychose-Erfahrung, desto optimistischer wird der Blick in die Zukunft. Das Hamburger SuSi-Forschungsprojekt liefert einen empirischen Beleg für die Relevanz einer biographisch orientierten Psychosen-Psychotherapie (Bock et al 2010, Klapheck et al 2011).
- 8) Psychose und Eigensinn stehen in einem mehrfachen Zusammenhang: Die Sinne gehen eigene Wege; die für jeden Menschen wichtige Suche nach Eigenheit und Sinn wird (körperlich) existentiell; die Suche nach dem eigenen Sinn der Symptome wird zur Leitschnur von Therapie und Genesung. Und das Verständnis für Eigensinn und für die Psychose als eine Rückzug in einen letzten Hort von Eigenheit schafft eine neue Behandlungskultur: Empirische Studien zeigen, dass Anpassung und Compliance - um jeden Preis gefordert - oft von Depression und Suizidalität begleitet werden. Menschen mit eigensinnigen Krankheitskonzepten hingegen haben oft eine höhere Lebensqualität (Roessler 1999).
- 9) Die Orientierung auf Recovery statt einer Fixierung auf Symptomreduktion, Respekt für subjektive Wahrnehmung, Erklärung und Sinnggebung, die flexible Einbeziehung von Angehörigen sowie die Integration von Peer-Beratung können der Psychosen- Psychotherapie neue Impulse geben.
- 10) Der Dialog fördert Empowerment. Psychoseseminare können eine konstruktive Krankheitsverarbeitung nachhaltig unterstützen; sie können die Bereitschaft zur Psychotherapie stärken, den Weg dorthin bahnen, den Prozess begleiten und absichern und im Anschluss an Psychotherapie nachhaltig wirken (Knuf 2010).

<b>Verschiedene Ebenen des Dialogs</b>	
<i>PsychoseSeminar</i>	Beginn 1989, Ausweitung bis heute, <a href="http://www.dialog-psychoseseminar.de">www.dialog-psychoseseminar.de</a>
<i>Dialog in der Praxis</i>	z.B. Behandlungsvereinbarung (Dietz 2009), open dialog, dialogische Methode für Ersterkrankte (Aderhold et al 2003)
<i>Dialog in Lehre und Fortbildung</i>	Viele Hochschulen und Verbände, z.B. DGSP
<i>Inhalte des Dialogs</i>	anthropologisches Verständnis als Ergänzung der pathologischen Ordnung (Bock 2011/2012)
<i>Öffentlichkeits-, Antistigmaarbeit</i>	z.B. Irremenschlich Hamburg, <a href="http://www.irremenschlich.de">www.irremenschlich.de</a>
<i>Dialogische Tagungen</i>	z.B. Weltkongress für Sozialpsychiatrie, „Abschied von Babylon“, 1994 in Hamburg
<i>Dialog der Verbände</i>	z.B. zwischen Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, BV der Angehörigen, Dt.Ges.f.Soz.Psychiatrie DGSP
<i>Dialogische Organisationen</i>	Netzwerk Stimmenhören, Dt. Ges. f. Bipolare Störungen, DGBS
<i>Ausweitung auf andere Diagnosen</i>	z.B. Borderline-Dialog, Zwangserkrankungen
<i>Psychiatriepolitik</i>	Beteiligung Betroffener und Angehöriger in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften/Ausschüssen, Beiräten
<i>Beschwerdestellen, Qualitätssicherung</i>	Regional unterschiedliche Beispiele (Uebele 2009, Bombosch 2009)
<i>Dialog/Partizipation in der Forschung</i>	z.B. Hamburger SuSi-Projekt zum Subjektiven Sinn (Bock 2010)

## 5. Soziale Dienste und Organisation: irre menschlich e.V. Hamburg - Dialog

Bereich	Health, Welfare, Education
Gründung	1998
Organisationsform	Nonprofit Organisation: association
Finanzierung	Fundraising, Donations, Mitgliedsbeiträge
Größe der Organisation / Mitarbeiter	Staff: 0,5 Position for Coordination; Ehrenamtliche Ärzte, Psychologen, ex-users of psychiatry and relatives
Mitglieder und Partizipation	Number of Members: 50, aktive Members about 25
Kontakt Name des innovativen Projekts Homepage	Irre menschlich Hamburg e.V., Martinisträße 52, 20246 Hamburg, Tel.: 040-7410-59259, <a href="mailto:info@irremenschlich.de">info@irremenschlich.de</a>

### *Pionierarbeit – Dialog von Anfang an*

*Irre menschlich Hamburg* gehört wie *Irrsinnig menschlich Leipzig* zu den Antistigmatisierungsprojekten der ersten Stunde, er ist ein gemeinnütziger Verein von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Profis aus dem psychosozialen Bereich. Hervorgegangen ist diese Initiative aus dem Hamburger *Psychoseseminar*. Im Vordergrund stehen alle Aspekte von „Anderssein“, seelischer Gesundheit und psychischer Erkrankung. Hier sollen Vorurteile abgebaut werden, durch Begegnung zwischen Schü-



lern und krisenerfahrenen Menschen und ihren Angehörigen und dadurch im Umgang mit Anderen und Sensibilität im Umgang mit sich selbst gefördert werden.

Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sind so verbreitet, dass die Zahl derer, die darunter leiden, beträchtlich ist. Angst und sozialer Rückzug sind die Folgen. Vorurteile gefährden individuelle therapeutische Fortschritte, die Ressourcen der betroffenen Familien und die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen schizophrene und affektive Psychose, unter ihnen besonders manisch-depressiv Erkrankte. Bezieht man die Angehörigen mit ein, sind fast 5 Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt von der Stigmatisierung dieser Krankheitsbilder betroffen. Einseitige Medienberichte, aber auch frühere Fehleinschätzungen der Psychiatrie halten Vorurteile aufrecht, die wissenschaftlich längst widerlegt sind: Die Patienten seien „gefährlich, unheilbar, unberechenbar“; ihre Persönlichkeit sei „gespalten“, die „Eltern schuld an der Erkrankung“, um nur einige der gängigen Klischees zu nennen. Um diesen Vorurteilen glaubwürdig und überzeugend entgegenzuwirken, braucht die Wissenschaft das Bündnis mit Patienten und Angehörigen, denn Vorurteile lassen sich am besten durch individuelle Geschichten und persönliche Begegnung beseitigen.

Antistigmaarbeit hilft so, Vorurteile zu reduzieren, soziale Räume zu erhalten, zu entwickeln oder wiederzugewinnen und damit therapeutische Erfolge abzusichern. Davon profitieren seelisch Beeinträchtigte, Angehörige und Profis gemeinsam. Die konkrete Arbeit dient der persönlichen Stärkung und Genesung: dem „Empowerment“. Schon jetzt zeigt sich, dass die beteiligten Erfahrenen/ Patienten durch die Antistigmatisierungsarbeit Entwicklungssprünge machen, die vorher niemand für möglich gehalten hätte.

Unter Jugendlichen sind Vorurteile gegenüber psychischem Erkranken immer noch so verbreitet, dass potenziell gefährdete junge Menschen schon vor einer konkreten Erkrankung stigmatisiert und ausgegrenzt werden oder sich aus Angst selber ausgrenzen. Diese Vorurteile sind aber noch nicht sehr verfestigt und Lernprozesse noch möglich. *Irre menschlich Hamburg* will durch seine Arbeit Toleranz fördern im Umgang mit anderen sowie Sensibilität im Umgang mit der eigenen Psyche. Beides sind wichtige Voraussetzungen für die eigene seelische Gesundheit. Damit hat die Antistigmaarbeit auch einen unmittelbaren präventiven Nutzen. Dies gilt umso mehr, als dass Jugendliche, die direkt oder indirekt von psychotischen Erfahrungen betroffen sind, auf schonende Weise entlastet werden. Sie erleben, dass über diese Themen angemessen gesprochen werden kann, ohne dass sie sich selbst zum Thema machen müssen. Der Vortrag von Erfahrenen als Referenten verringert die eigene Angst und eröffnet damit neue Möglichkeiten der Hilfe.

Das Projekt hat einen direkten und einen indirekten Nutzen für die Psychiatrie. Für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen im Allgemeinen ebenso wie für die unmittelbar beteiligten Referenten und auch für nachfragende Institutionen wie Schulen, die Polizei und Gesundheitseinrichtungen.

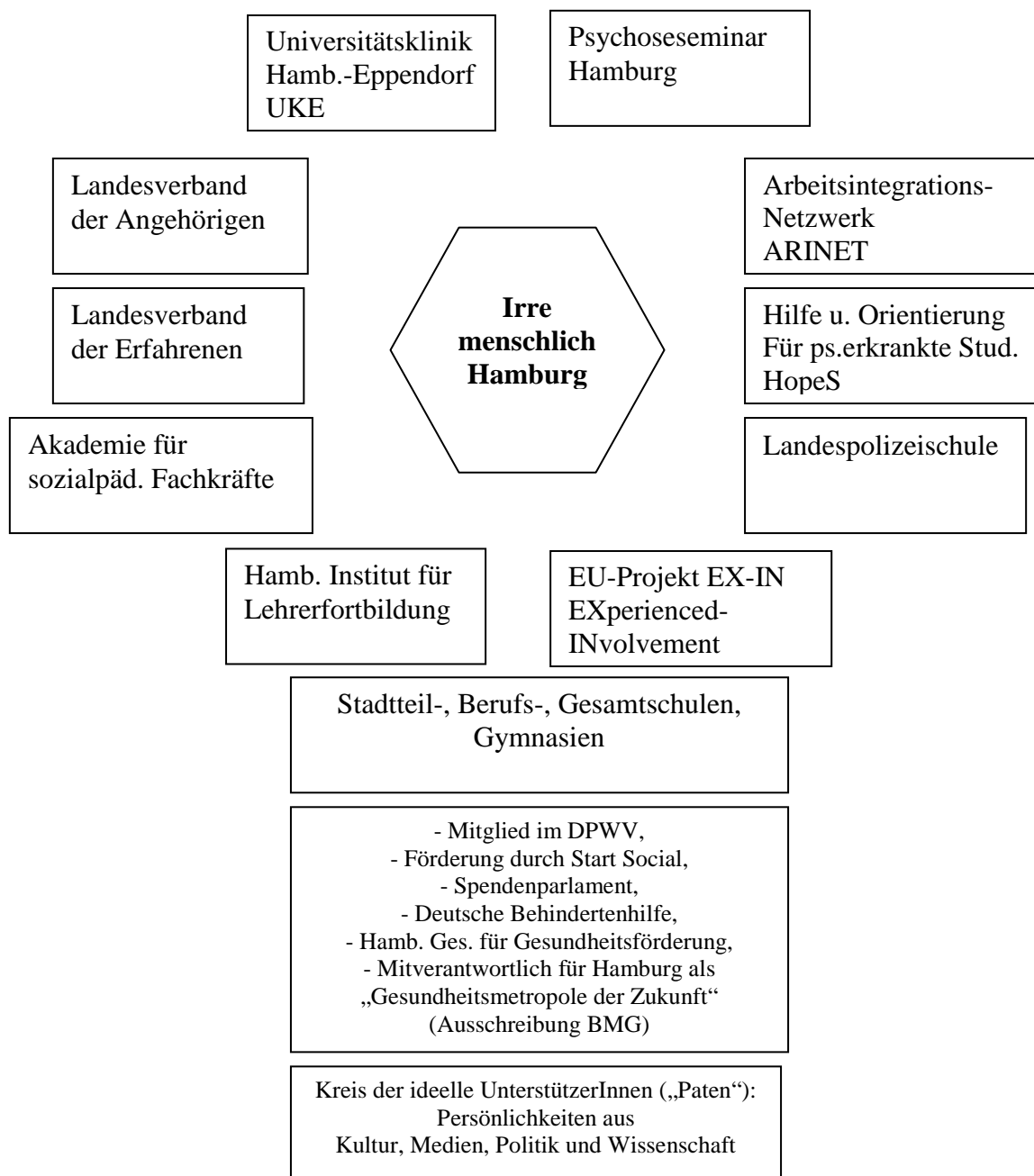
Die Kultur einer Gesellschaft misst sich am Umgang mit Schwachen. Psychisch erkrankte Menschen sind aber nicht nur schwach, von ihnen zu lernen, ist eine kulturelle Chance. Seelische Gesundheit zu bewahren, zu stärken oder wieder zu gewinnen, ist zu einer großen Herausforderung geworden. Toleranz im Umgang mit anderen und Sensibilität im Umgang mit sich selbst sind wesentliche Voraussetzungen. Beides zu fördern ist das Ziel von *Irre menschlich Hamburg*. Durch authentische Informationen, aber vor allem durch Begegnung. Mit Psychiatrie- und Krisenerfahrenen Menschen als wichtigste Referenten, als Lebens-Lehrer und Peer-Berater. In einem Kontext, der gängigen Vorurteilen entgegenwirkt. In Schulen, Betrieben, im kulturel-

len und kirchlichen Kontext. Bei gemeinsamer Fortbildung für Gesundheitsberufe, Lehrer, Polizisten, Pastoren, rechtliche Betreuer, Jugendhilfe ....

Der Verein besteht aus 50 Mitgliedern (ca. die Hälfte sind aktiv beteiligt) und weiteren Unterstützern. Die Mitglieder, Betroffene, Angehörige und Ärzte aus dem UKE, sind größtenteils ehrenamtlich aktiv. Unmittelbare Projekteinsätze von Betroffenen und Angehörigen werden mit einem Stundenlohn von 15 € entlohnt. Es gibt ½ hauptamtliche Stelle für Koordinations- und Organisationsaufgaben, die aus Drittmitteln gezahlt wird.

Zu den Mitgliedern von irre menschlich zählen, Menschen mit psychischen Erkrankungen (Langzeit und Kurzzeit Patienten und Angehörige), Akteure des Gesundheitssystems (Mediziner, Psychologen) und ehrenamtliche Mitarbeiter. Irre menschlich hamburg e.V. ist Mitglied im "Paritätischen Wohlfahrtsverband" (non-profit association). Der Verein finanziert sich durch Spenden, Fundraising und Beiträge der Vereinsmitglieder.

### Netzwerk von Irre menschlich Hamburg



## **Aufgaben im Detail**

Zu den Leistungen des trialogischen gemeinnützigen Vereins gehören Informations-, begegnungs- und Präventionsprojekte sowie trialogische Fortbildungen:

- regelmäßige Informations-, Unterrichts- und Präventionsprojekte für Hamburger Schulen für alle Altersstufen und verschiedene Unterrichtsfächer
- regelmäßige Tage der offenen Tür u.a. speziell für Schüler/innen „Psychiatrie macht Schule“
- Aufklärungs- und Informationsprojekte in Hamburger Betrieben
- Regelmäßige Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Journalisten, Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizisten, (Hochschul)Lehrer, Pastoren, Wohnungswirtschaft, Arbeitsprojekte
- Öffentliche Aktivitäten u.a. in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeauftragten
- Verschiedene kulturelle Veranstaltungen (Ausstellungen, Filme, Theater)
- Entwicklung, Erprobung und Durchführung eines Curriculums zur Vorbereitung Psychiatrie-Erfahrener auf eigenständige Aufgaben in Antistigmaarbeit und psychosozialer Versorgung.

Es gibt Referent/innen zu allen Störungsbildern, einen großen Bestand an authentischen Materialien, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Medienkoffer), ein ausführliches Lehrer-Begleitheft „Irre!“, die erfolgreiche trialogische Broschüre „Es ist normal verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen“ sowie die preisgekrönt Photoausstellung (mit eigener Broschüre) „Erfahrungsschatz“ erstellt, in der in Bild und Wort vor allem Erfahrene portraitiert werden, die ihre Krankheitserfahrung in Aktivitäten zum Nutzen anderer umgewandelt haben. Alle Projekte dienen dem Ziel „Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst“ – als Voraussetzung für seelische Gesundheit bei allen Beteiligten. ([www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de))

Die Projekte haben zunehmend auch präventive Bedeutung: Die Begegnungsprojekte zielen auf mehr Sensibilität und Krisenfreundlichkeit im Umgang mit sich selbst sowie auf mehr Wachheit und Toleranz im Umgang mit anderen – bei SchülerInnen ebenso wie bei KollegInnen und Nachbarn.

Die trialogischen Fortbildungen wollen über das andere Verständnis und die andere Wahrnehmung auch Konflikten und selektiven Mechanismen entgegenwirken sowie die Inklusion verstärken. Das gelingt in doppelter Hinsicht – durch die selbstverständliche direkte Beteiligung von betroffenen und Angehörigen sowie durch deren Wirkung auf die verschiedenen Zielgruppen, meist Berufsgruppen, die nicht ständig und ausschließlich, real aber zunehmend häufig und entscheidend mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben.

## 6. Literaturangaben

Aderhold V. et al 2003: Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, psychosozial-Verlag

Bellermann, M. 2011: Sozialpolitik. Eine Einführung für soziale Berufe. 6th edition.. Lambertus: Freiburg im Breisgau

Bmas (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) Hrsg. 2012: Sozialbudget 2011. Bonn. Zugriff unter:

[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a230-11-sozialbudget-2011.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a230-11-sozialbudget-2011.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 27.02.2013)

Bock, T., Priebe, S. (2005): Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other, psychiatric Services, Vol. 56, No. 11, 1441-1443

Bock et al (2009): Trialog. Sozialpsychiatrische Informationen. Ausgabe 3, 39. Jahrgang. Psychiatrie Verlag: Bonn.

Bock et al (2010): Zum Subjektiven Sinn von Psychosen - das Hamburger SuSi-Projekt, Psychiatrische Praxis, 2010, 1

Bock T. (2011): Und sie bewegt sich doch ... Die Sozialpsychiatrie in der Zeit nach der Enquete. Soziale Psychiatrie 2/2011, S. 22 ff

Bombosch J. (2009); Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie – selbstverständlich im Trialog, Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft Trialog), 3/2009, 39: S. 10 ff

DESTATIS 2010 (Statistisches Bundesamt) Hrsg.: Gesundheit auf einen Blick. Ausgabe 2009. Wiesbaden. Zugriff unter:

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/BroschuerueGesundheitBlick0120011099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/BroschuerueGesundheitBlick0120011099004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 19.12.2012)

DESTATIS 2012 (Statistisches Bundesamt) Hrsg.: Entwicklung der Gesundheitsausgaben; Anteil im Bruttoinlandsprodukt (BIP). Wiesbaden. Zugriff unter:

[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/\\_Grafik/AnteilBIP.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/AnteilBIP.html) (Zugriff: 12.03.2013)

Dörner et al 2002: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Verlag: Bonn

Eurostat (Statistisches Bundesamt) Hrsg. 2012: Tables by functions, aggregated benefits and grouped schemes - million EUR. Zugriff unter:

[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr\\_exp\\_eur&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_eur&lang=de) (Zugriff: 27.02.2013)

Eurostat 2013b (Statistisches Bundesamt) Hrsg. 2013b: Bruttoinlandprodukt zu Marktpreisen. Kaufkraftstandard je Einwohner. Zugriff unter:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tec00001&language=de> (Zugriff: 27.02.2013)

HFA-DB 2012a (European Health for All Databases) World Health Organization. Regional office for Europe. France: Selected basic statistics. Zugriff unter: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/france/selected-basic-statistics> (Zugriff: 12.03.2013)

HFA-DB 2012b (European Health for All Databases) World Health Organization. Regional office for Europe. Norway: Selected basic statistics. Zugriff unter:

<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/norway/selected-basic-statistics> (Zugriff: 12.03.2013)

Klapheck K. et al (2011): Subjective experience and meaning of psychoses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionnaire. *Psychological medicine* 2011, 7, 1-11

KOM (2005) 484: Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel. Zugriff unter:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf) (Zugriff: 12.03.2013)

Lampert; Althammer 2007: Lehrbuch der Sozialpolitik. 8. Aufl. Springer: Berlin Heidelberg

Melchinger H. 2008: Ambulante psychiatrische Versorgung – Umsteuerung dringend geboten. *Deutsches Ärzteblatt*.;516–8.

Roessler W. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatr Scand.* 1999;100:142–8.

Stolz 2007: Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003) Zugriff unter:

[http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_80-GMK\\_Top1002\\_Anlage1\\_Psychiatrie-Bericht.pdf](http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf) (Zugriff: 12.03.2013)

Uebele G (2009); Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie –  
Praktizierter Dialog Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft  
Dialog), 3/2009, 39: S. 10 ff.

This report is a product of the INNOSERV project (grant agreement nr. 290542) which is funded by the European Union under the 7th Framework Programme.



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*