

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung	5
2. Psychische Erkrankungen	10
2.1. Was ist eine psychische Störung	12
2.2. Die Klassifikation psychischer Beeinträchtigungen	14
2.3. Diagnostik	17
2.4. Depression	19
2.5. Borderline-Persönlichkeitsstörung	22
2.6. Risiko- und Schutzfaktoren	25
2.7. Die psychische Erkrankung eines Elternteils	27
2.8. Kindliche Bedürfnisse und Auswirkungen der psychischen Störung auf das Erziehungsverhalten	30
2.9. Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote	33
Zwischenfazit	35
3. Die ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankung	37
3.1. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)	38
3.2. Die Bedeutung des BTHG für die ambulante Eingliederungshilfe	40
Zwischenfazit	44
4. Systemische Beratung	47
4.1. Die systemische Haltung	48
4.2. Methoden in der systemischen Beratung	50
4.3. Systemische Perspektive im psychiatrischen Hilfesystem	56
4.4. Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit	60
Zwischenfazit	62

5.	Systemische Perspektiven in der ambulanten Eingliederungshilfe	63
5.1.	Die systemische Perspektive im sozialpsychiatrischen Netzwerk	65
5.2.	Systemische Haltung und Anwendung im Hilfeplangespräch	67
5.3.	Systemische Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen über die qualifizierte Assistenz	68
5.4.	Systemische Beratung bei Depressionen	72
5.5.	Systemische Beratung bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	73
5.6.	Die systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe und die Einbeziehung von Familienangehörigen	75
5.7.	Wenn die Betroffenen Eltern sind	77
6.	Schlussbetrachtungen	78
	Literatur	85
	Abkürzungsverzeichnis	93
	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	93
	Anhang	94
	Eidesstattliche Erklärung	95

Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Es wird das generische Maskulinum verwendet, wobei alle Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Vorwort

Das Thema dieser Masterthesis entstand zum einen durch den fachlichen Austausch und Input im Studium der Angewandten Familienwissenschaften, zum anderen durch meinen beruflichen Arbeitsalltag in der Beratung von Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen. Das Beratungsangebot über die ambulante Eingliederungshilfe richtet sich an die Betroffenen und fokussiert so die individuellen Probleme, Fragestellungen und Beeinträchtigungen für die Einzelnen, die Unterstützung für ihren Lebensalltag benötigen. Allerdings wird in der Beratung schnell klar, dass Lebensalltag immer auch das Miteinander mit anderen Menschen ausmacht.

In den Gesprächen mit den einzelnen Betroffenen sind die Familienangehörigen und das soziale Umfeld stets von großer Bedeutung. Zum einen berichten die Menschen von ihren teilweise sehr schwierigen familiären Bedingungen in der Kindheit, zum anderen betonen diejenigen, die familiäre Bezüge haben, die enorme Relevanz, die die Familie für sie hat. Menschen, die aufgrund verschiedenster Umstände kaum oder keine nahen Beziehungen zu anderen Menschen mehr haben, berichten von den häufig schmerzhaften Erfahrungen mit ihren Mitmenschen, die diesen Rückzug begünstigt haben und eine Rückkehr in ein verbindliches Miteinander erschweren. Der Psychiater einer Klientin benannte es in einem Gesprächstermin einmal so „Familie ist das Schönste, aber auch das Schwierigste in unserem Leben“.

Doch wie kann die Bedeutung, die die Menschen im nahen Umfeld, die Familien und Angehörigen für die Betroffenen haben und umgekehrt, wie kann die Bedeutung, die die Klientinnen und Klienten und ihre Erkrankung für die Familien und das soziale Umfeld haben, in der Arbeit mit den Einzelnen Beachtung und Aufmerksamkeit erhalten?

Mein Wunsch ist es, im Zuge dieser Masterthesis weitere Möglichkeiten und Perspektiven in der Beratung und Unterstützung der Betroffenen zu entwickeln, von denen auch die Menschen, die ich in ihrem Leben begleiten darf, profitieren. Meinem Ehemann und unseren Kindern und Enkelkindern danke ich voller Liebe für ihre Unterstützung und Geduld während des Studiums und während der Erstellung dieser Arbeit.

1. Einleitung

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (WHO 2019, S.1). In dieser Definition der WHO wird bereits deutlich, dass die psychische Gesundheit nicht nur Einfluss auf die individuelle Lebensqualität hat, sondern u.a. auch die berufliche, wie die soziale Teilhabe beeinflusst. Diese Wechselwirkungen von bio-psycho-sozialen Faktoren und somit die Lebenswirklichkeit und der gesamte Lebenshintergrund von Individuen, werden zunehmend auch in den Beschreibungen von Diagnosekriterien bei psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt (vgl. Schuntermann 2020, S. 14ff). Die Vielzahl der möglichen Begrifflichkeiten wie „seelische Erkrankung“ „psychische Störung“ oder auch „seelische Behinderung“ zeigen bereits auf, dass es verschiedene Perspektiven und Wahrnehmungen zu dem Phänomen der „psychischen Beeinträchtigungen“ gibt. In der vorliegenden Arbeit werden diese Begrifflichkeiten zum einen für eine sprachliche Vielfalt zum anderen für die uneingeschränkte Nutzung der umfassenden Forschungsliteratur synonym verwendet.

Die Relevanz der Thesis ergibt sich auch aus den hohen Prävalenzen. „In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das entspricht rund 17,8 Millionen betroffene Personen“ (dgppn 2022, S.1). Depressionen und Angststörungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen, gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern und bedeuten für die Betroffenen oftmals massive Einschränkungen durch vielfältige Symptomaten im Alltag (vgl. Tlach, Lambert, Weymann, Liebherz et.al. 2022, S.4).

Doch auch für die Angehörigen führen die Auswirkungen der Erkrankung zumeist zu Kummer, Sorgen, oftmals zu finanziellen Belastungen und vielfältigen anderen Anforderungen. So sind psychische Erkrankungen zugleich Familienkrankheiten (vgl. v.d.Broek et.al. 2012, S59ff). Die Erkrankung eines Elternteils ist ein besonderer Risikofaktor für die Kinder in der Familie und zugleich eine Herausforderung und Belastung für die Paarbeziehung (vgl. Wiegand-Greife/Mattejat/Lenz 2012, S.17ff). So

hat die psychische Erkrankung des Einzelnen auch deutliche Auswirkungen auf das soziale Umfeld.

Unterstützungsmöglichkeiten und Beratungsangebote richten sich dabei zumeist entweder an die Betroffenen, die sich mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auseinandersetzen möchten, oder wenden sich, wenn vorhanden, explizit an die Familienangehörigen. Auch die ambulante Eingliederungshilfe, die erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, die im eigenen Wohnraum leben, Unterstützung und Beratung anbietet, richtet sich ausschließlich an die Betroffenen. Familien der Betroffenen stehen in der ambulanten Eingliederungshilfe erst einmal nicht im Mittelpunkt, sondern der Mensch, der dieses Angebot für sich einfordert (vgl. Meyer, Oelkers 2018, S.151). Eine integrierte bio-psycho-soziale Sichtweise, die die Ressourcen der Betroffenen und zugleich die Ressourcen in der Familie und dem primären sozialen Umfeld, berücksichtigt und aktiviert, kann so ungenutzt bleiben und übersehen werden.

Familie wird dabei in der vorliegenden Masterthesis nicht im traditionellen Sinne gedacht, als Kernfamilie mit einer Generationenfolge als konstitutives Merkmal für Familie (vgl. Meyer und Oelkers 2018, S. 154). Entsprechend der Pluralisierung familialer Lebensformen sowie der Deinstitutionalisierung des bürgerlichen Familienmusters wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Familie sehr flexibel anhand der Gefühle von Zugehörigkeit und emotionaler Nähe verwendet *„Zunächst einmal könnte man es sich scheinbar einfach machen und als wichtigstes Kriterium auf das psychologisch subjektive Erleben verweisen“* (Weidtmann 2018, S. 224). Dieser unspezifische Ansatz einer psychologischen Definition von Familie stellt damit das Erleben des Einzelnen als entscheidend für die Bedeutung des Begriffes Familie heraus und findet für die vorliegende Arbeit Verwendung, da mit den Begrifflichkeiten Familie und Angehörige keine Konstellation ausgeschlossen werden soll und lediglich die gefühlte Zugehörigkeit für die Darstellungen im weiteren Verlauf Relevanz haben soll (vgl. Weidtmann 2018, S. 224).

Die Betonung von Emotionalität bei der Verwendung des Begriffes Familie stellt dabei zusätzlich die Bedeutung einer psychischen Störung für das Miteinander heraus. Aufgrund der psychischen Belastungen können insbesondere die

zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Emotionen füreinander von den Symptomen der Erkrankung betroffen sein.

In der vorliegenden Masterthesis soll eine systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe bei der Unterstützung und Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erläutert werden und eine mögliche Einbeziehung und Berücksichtigung der Familien und Angehörigen der Betroffenen aufzeigen. Die Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen auf das familiäre System sind in diversen Forschungen dargelegt worden und Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit der Familie konnten im wissenschaftlichen Diskurs herausgearbeitet werden (vgl. Bauer, Reimisch, Schmuhl (Hrsg.) 2012, S.7ff.). Eine mögliche Notwendigkeit soziale und familiäre Aspekte der Erkrankung über das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe zu integrieren, soll in der Arbeit erörtert werden.

Die Familie als primäres soziales Umfeld auch eine zentrale Rolle bei den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung spielt, zugleich aber auch als Ressource für die Betroffenen und die Kinder in den Familien definiert werden kann, ist in diversen wissenschaftlichen Untersuchungen deutlich geworden (vgl. Taubner, Georg 2022, S.1ff.). *„Den starken Einfluss, den die Familie und die primären Bezugspersonen im sozialen Umfeld auf alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit ausübt, ist durch eine Fülle von Forschungsergebnissen belegt“* (Kröger, Hedrichke, Schweitzer 1998, S.354). So ist die Evidenz eines bio-psycho-sozialen Ansatzes und die Wirksamkeit der Einbeziehung der Familie bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unbestritten. Um diesen Erkenntnissen in der ambulanten Betreuung Rechnung zu tragen, müssen gesetzliche Bestimmungen, die die Zugänge zu dem Unterstützungsangebot regeln, abgeändert werden.

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 03.05.2008 von der Bundesrepublik ratifiziert wurde, soll die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen stärken. Mit dem Bundesteilhabegesetz, dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (BMAS 2020, S.1), will der Gesetzgeber nun in vier Reformstufen bis 2023 die Soziale Teilhabe von Menschen mit (psychischen) Erkrankungen personenbezogen ermöglichen. Die rechtlichen

Veränderungen scheinen zunächst Verfahrens- und Zuständigkeitsveränderungen anzustoßen. Eventuelle inhaltliche Umsetzungsprozesse, die der Bedeutung familiärer Strukturen gerecht werden, stehen bisher in der ambulanten Betreuung aus (vgl. Konrad 2019, S. 65ff). Um der Relevanz von familiären und sozialen Bezügen in der ambulanten Eingliederungshilfe gerecht zu werden, scheint eine Implementierung der systemischen Perspektive hilfreich.

Die Effektivität systemischer Beratung und Therapie konnte in vielfältigen Studien nachgewiesen werden, und seit 2020 ist die Systemische Therapie ein von den Krankenkassen anerkanntes Therapieverfahren (vgl. Schorn 2020). Doch auch in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit konnten bereits positive Effekte der systemischen Beratung dargelegt werden. So hat beispielsweise Matthias Berg die Wirksamkeit systemischer Beratung in der Unterstützung verhaltensauffälliger Kinder nachgewiesen (vgl. Berg 2019, S. 48ff). Untersuchungen und Forschungsergebnisse zu einer Anwendung der systemischen Perspektive und systemischer Methoden in der ambulanten Eingliederungshilfe stehen bisher insbesondere im Zuge der aktuellen Umsetzung des BTHG aus.

Auf der Grundlage der bisherigen beruflichen Erfahrungen sowie der vorgestellten wissenschaftlichen Perspektiven sollen in der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellungen theoretisch und literaturbasiert erörtert werden:

- Wie können auf der Grundlage des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und den hieraus entstehenden gesetzlichen Neuerungen eine systemische Haltung und die Anwendung systemischer Methoden in der ambulanten Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen implementiert werden?
- Bedeutet eine systemische Perspektive einen Mehrwert für das Unterstützungsangebot?

Zur Vervollständigung und Erweiterung dieser Grundüberlegungen werden ergänzend weitere Fragestellungen reflektiert:

- Kann eine Einbeziehung des primären sozialen Umfeldes und eine Entlastung des Familiensystems über die ambulante Eingliederungshilfe verwirklicht werden?
- Mit welchen Interventionen kann eine systemische Haltung in der ambulanten Betreuung von Erwachsenen auch für isoliert lebende Betroffene hilfreich sein?
- Wie können Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung mit diesem Angebot durch die systemische Perspektive auch bei einem gelingenden Miteinander mit ihren Familien unterstützt werden?

Diese Fragestellungen sollen in der Masterthesis erörtert werden und so eine ergänzende Perspektive für die qualifizierte Assistenz in der Eingliederungshilfe für Betroffene schaffen.

Um sich der Thematik anzunähern, wird zunächst im zweiten Kapitel auf das Phänomen der psychischen Beeinträchtigungen und deren Symptomatiken eingegangen. Hierbei wird der Fokus aufgrund der Fragestellung auf die Erkrankung von erwachsenen Betroffenen gelegt. Um das Thema zu konkretisieren und einzugrenzen, werden hierbei - aus dem Aspekt der hohen Prävalenz dieser beiden Krankheitsbilder einerseits, persönlichem Interesse andererseits - insbesondere Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung beispielhaft herangezogen und erläutert. Die Bedeutung, die die psychische Erkrankung eines Elternteils für das gesamte Familiensystem haben kann, wird im weiteren Verlauf anhand der genannten Störungsbilder dargestellt.

Im dritten Kapitel wird das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe sowie die Neuerungen und Veränderungen im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes erörtert. Die gesetzlichen Neuregelungen bedeuten zugleich auch neue Begrifflichkeiten, die in der Thesis vorgestellt werden. Durch den aktuellen Prozess der Neugestaltung von Hilfen verändern sich aktuell auch Begrifflichkeiten wie ambulante Eingliederungshilfe oder ambulant betreutes Wohnen und werden durch den Begriff der Qualifizierten Assistenz ersetzt. Diese Neuerungen werden in der

Arbeit dargestellt, wobei die unterschiedlichen Begrifflichkeiten synonyme Anwendung finden.

Das vierte Kapitel stellt die systemische Perspektive und entsprechende Methoden und Ansätze, die für eine Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hilfreich sein können oder eine Ergänzung des bisherigen Angebotes darstellen können, dar. Hierbei werden insbesondere wissenschaftliche Forschungsergebnisse und Projekte aus den Bereichen der psychiatrischen Hilfsstrukturen sowie der sozialen Arbeit herangezogen, da die ambulante Eingliederungshilfe zu beiden fachlichen Disziplinen Schnittmengen aufweist.

Im Zuge des fünften Kapitels soll dann eine mögliche Einbeziehung der systemischen Haltung und entsprechender Methoden in das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beleuchtet werden. In welchen Phasen der Eingliederungshilfe eine systemische Perspektive und Haltung umsetzbar und relevant sein kann, soll hierbei herausgearbeitet werden.

Abschließend soll aufgrund der dargestellten theoretischen Grundlagen die Frage erörtert werden, inwieweit eine Anwendung der systemischen Haltung und Beratung und eine Einbeziehung des primären sozialen Umfeldes über die ambulante Eingliederungshilfe möglich und sinnvoll ist und so mögliche Implikationen für das Unterstützungsangebot herausstellen.

2. Psychische Erkrankungen

Medienberichte zu Fußballspielern, die trotz intakter Familie und beruflichem Erfolg aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung den Suizid gewählt haben oder zu Nobelpreisträgern und anderen Prominenten, die an einer Depression leiden oder gelitten haben rücken die Thematik der psychischen Störungen zunehmend in das Bewusstsein der Bevölkerung (vgl. Uhlmann 2015, S. 1ff). Doch auch Nachrichten zu Gewaltverbrechen aufgrund psychischer Ausnahmestände, prägen das öffentliche Bild zum Thema der psychischen Beeinträchtigung (vgl. Müller, Weber 2019, S.1ff). Bereits diese Vielfalt der Berichterstattungen, sowie die zunehmende Zahl von Filmen,

die sich mit der Thematik der psychischen Erkrankungen befassen, wie „Rain Man“, „Besser geht's nicht“ oder „Homeland“, verdeutlichen die Vielschichtigkeit sowie das gesellschaftliche Interesse an den Besonderheiten und Herausforderungen, aber ebenso die emotionale Brisanz für die Betroffenen und das soziale Umfeld, die mit dem Phänomen der psychischen Erkrankungen einhergehen.

Der gesellschaftliche Umgang mit Menschen, die von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind, ist historisch begleitet von Stigmatisierung und Ausgrenzung. Autoritäre Anstalts- Psychiatrie und ein menschenverachtender Umgang mit Andersartigkeit begleiten die Geschichte der Psychiatrie (vgl. Quensel 2018, S.5ff). In der Zeit des Nationalsozialismus wurden psychisch Kranke verfolgt und fielen dem Euthanasieprogramm zum Opfer (vgl. Cohrdes et.al. 2021, S.16). Erst in der Mitte der 1970er Jahre entstand mit der Psychiatrie- Enquete die Grundlage für unser heutiges Versorgungssystem (vgl. Jacobi et.al. 2019, S.2). Gesetzliche Reformationen und damit einhergehend der Ausbau von Unterstützungs- und Hilfsangeboten haben so positive Veränderungen für die Betroffenen ermöglicht. Mit der UN-Konvention soll Inklusion, also die gleichberechtigte Teilhabe, umgesetzt werden. *„Der Begriff Inklusion umschreibt die selbstverständliche gesellschaftliche Akzeptanz aller Menschen im Rahmen ihrer Individualität und ihrer jeweiligen Möglichkeit zu einer uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“* (Bernshausen, Löbler 2020, S.43). Psychische Störungen erschweren und behindern aufgrund der vielschichtigen Symptomatiken die Teilhabe und können für die Betroffenen Einschränkungen in nahezu allen Lebensbereichen bedeuten und so beispielsweise auf

- das Erwerbsleben
- das häusliche Leben und die Selbstversorgung
- die Interaktion mit anderen Menschen
- die Kommunikation
- die Mobilität

negative Auswirkungen haben (vgl. Schuntermann 2020, S.1). Zugleich wirken sich eben diese Lebensbereiche, wie beispielsweise Zufriedenheit im Arbeitsleben oder eine gelingende Interaktion mit anderen Menschen auf das psychische Befinden der Menschen aus (vgl. Wagner 2021, 35ff.). Diese multifaktorielle Wechselwirkung

zwischen biologisch-organischen, psychischen und sozialen Ebenen, die sich gegenseitig bedingen und auf die psychische Gesundheit eines Menschen auswirken, gilt mittlerweile für die WHO als handlungsleitendes Paradigma bei der Diagnostik und der Behandlung von psychischen Störungen (vgl. Sommerfeld, Dällenbach, Rügger, Hollenstein 2016, S. 86).

2.1. Was ist eine psychische Störung?

Zu den vielfältigen Begrifflichkeiten wie beispielsweise seelische Erkrankung, psychische Behinderung oder auch psychische Störung wurde eingangs bereits darauf hingewiesen, dass im Zuge dieser Arbeit die unterschiedlichen Bezeichnungen bedeutungsidentisch verwendet werden. Begriffe wie „Wahnsinnig sein“ oder „Irre sein“, gehören längst der Vergangenheit an. Derzeit findet im wissenschaftlichen Diskurs überwiegend der Begriff der „Psychischen Störung“ Verwendung, da *„(...) eine „Krankheit“ eindeutig dem von ihr Betroffenen zugeschrieben werden kann, eine Störung hingegen leidvolle Zustände beschreibt, deren Ursache nicht primär im Betroffenen sondern in seinen sozialen Beziehungen liegen“* (Wagner 2021, S.23). Bereits der Wandel der Beschreibungen und Begrifflichkeiten zu dem Phänomen der psychischen Störung belegt zum einen die Veränderungen im Umgang mit den Betroffenen, zum anderen die Schwierigkeit diese Form der Erkrankung greifbar und fassbar zu machen.

Anders als bei anderen Erkrankungen, gibt es bei einer psychischen Störung zumeist keine körperlich messbaren, nachweisbaren Veränderungen. Ein gebrochener Fuß ist leichter zu erkennen, die Ursache zumeist verifizierbar. Psyche, als die Gesamtheit des menschlichen Fühlens und Empfindens, ist beeinflusst von vielfältigsten Einflüssen wie Stimmungsschwankungen, emotionalen Krisenzeiten oder auch besonderen Konfliktsituationen im sozialen Umfeld und kann so aus der Balance geraten (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2022, S.1). Führen belastende Einflüsse und negative Emotionen zu Problemen im Alltag, zu zusätzlichen Konflikten im sozialen Umfeld oder weiteren Symptomen, kann dies das Leben von Menschen massiv beeinträchtigen. Von den Betroffenen werden die Beschwerden und Symptome zumeist als überaus belastend und einschränkend beschrieben (vgl. Tölle,

Windgassen 2014, S.59ff). Eine psychische Krankheit kann phasenweise für andere in ungewöhnlichem Benehmen oder Verhaltensauffälligkeiten erkennbar werden. *„Psychiatrie ist für die meisten Menschen ein unbekanntes und unheimliches Gebiet. Nimmt man die oft unsachliche und sensationelle Berichterstattung in den Medien hinzu, verwundert es nicht, wie leicht Ablehnung aufkommt und Angst vor der Psychiatrie entsteht“* (Tölle, Windgassen 2014, S.2). Erleben, Verhalten und Denken von Menschen sind einerseits sehr individuell. Dennoch gibt es Verhaltensweisen, die als so anders, ja störend oder erschreckend von anderen empfunden werden können, dass es im Laufe von 250 Jahren unterschiedlichste Wege des Umgangs mit Andersartigkeit gegeben hat (vgl. Quensel 2018, S.3). So scheint es denn bei aller Individualität doch eine Unterscheidung zwischen psychischer Normalität sowie einer psychischen Störung zu geben. Wann genau fängt die Erkrankung an und hört eine vermeintliche Normalität auf?

Psychiatrie ist das Gebiet der Medizin, dass sich mit psychischen Erkrankungen, der entsprechenden Forschung und Lehre, aber auch der Diagnostik, Behandlung und Prävention von psychischen Beeinträchtigungen befasst (vgl. Wagner 2021, S. 23). Eine Besonderheit der psychischen Beeinträchtigungen ist, dass sie nicht stets sichtbar und auffällig auftreten. Sie können schleichend und in Schüben auftreten und ebenso häufig unbemerkt oder unerkant bleiben. Aus Sorge vor Stigmatisierung oder auch aufgrund der Symptomatik können Verhaltensstrategien wie sozialer Rückzug oder Vermeidung gewählt werden und Betroffene die Auseinandersetzung mit auftretenden Schwierigkeiten verhindern und so zusätzlich ihre Lebenssituation erschweren. Diese vielschichtigen Aspekte einer psychischen Störung finden sich auch in der Definition des DSM wieder: *„Eine psychische Störung ist ein Syndrom, das durch eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung im Denken, der Emotionsregulierung oder im Verhalten charakterisiert ist, wobei die Beeinträchtigung eine Dysfunktion der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozesse widerspiegelt, die der psychischen Funktionsfähigkeit zugrunde liegen“* (Schramme 2015, S.16).

Um aus Verhalten, Emotionen und dem Denken eines Menschen und den weiteren in der Definition benannten Aspekten und Kontextfaktoren jedoch eine Diagnose erstellen zu können, braucht die Psychiatrie eine einheitliche Grundlage und diagnostische Informationen.

2.2. Die Klassifikation psychischer Beeinträchtigungen

Der Wunsch des Fachgebietes, ähnlich wie in anderen medizinischen Disziplinen konkrete Beschreibungen und Unterscheidungen von Krankheiten darstellen zu können und Ursachen zuzuschreiben, begleitet bis heute den wissenschaftlichen Diskurs (vgl. Quensel 2018, S. 92). Aufgrund unterschiedlicher Annahmen zu Krankheitsursachen (Ätiologie), Krankheitsverlauf (Pathogenese) und dem zugrunde liegenden Krankheitsprozess (Pathophysiologie) psychischer Störungen haben so zunächst eine Vielzahl nebeneinander bestehender psychiatrischer Klassifikationsmodelle existiert (vgl. Wagner 2021, S. 22ff) und die Entwicklung psychiatrischer Diagnosesysteme hat sich kontinuierlich fortgesetzt:

Jahr	Systembezeichnung	Anmerkung
1948	ICD 6	Erste offizielle Klassifikation
1952	DSM-I	Definition der Kategorien, Beschreibung der Syndrome
1955	ICD-7	Kaum Änderungen zur ICD-6
1965	ICD-8	Erweiterung um neue Krankheitsgruppen, internationale Kooperation bei Entwicklung
1968	DSM-II	
1977	ICD-9	
1980	DSM-III	Erste offizielle Operationalisierung

Tab. 1 „Geschichtliche Entwicklung psychiatrischer Diagnosemodelle“ (vgl. Schitteck, Berger 2011, S.43)

1980 stellte die American Psychiatric Association mit dem DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ein Diagnosemanual vor, das die Verlässlichkeit (Reliabilität) psychiatrischer Diagnosen herstellen sollte und eine gemeinsame Basis für den interdisziplinären Austausch schaffen wollte (vgl. Quensel 2018, S.48ff). Hierbei wurde erstmalig auf Annahmen zu Ursachen der Erkrankung verzichtet, zugunsten von detaillierten Diagnosekriterien, die Symptome konkret beschreiben und nach Aspekten wie der Dauer der Symptomatik festgehalten haben (vgl. Wagner 2021, S. 14). Mit dem DSM wurde so erstmalig eine einheitliche

Klassifikation von Einschränkungen psychischer Funktionsfähigkeiten geschaffen. Mit einem beschreibenden Ansatz, Beobachtung und Befragung für jene Symptome, die zuverlässig erfasst werden können, war so eine Grundlage zur Diagnostik von psychischen Beeinträchtigungen möglich (vgl. Wagner 2021, S. 23).

1992 wurde mit dem ICD-10 die 10. Revision der International Statistical Classification of Diseases, injuries and Causes of Death (ICD) vorgestellt, als Resultat umfassender Konsultationen mehrerer hundert psychiatrischer Experten und Fachgesellschaften aus verschiedenen Ländern. Im Januar 2022 wurde die ICD-11 verabschiedet, die sich derzeit noch in einer flexiblen Übergangsphase befindet (vgl. Schitteck, Berger 2011, S. 42). Die Klassifikationssysteme unterliegen ständigen - von wissenschaftlichen Diskursen begleiteten - Anpassungsprozessen, um eine einheitliche Diagnostik zu ermöglichen. *“Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) kann als eine international anerkannte und einheitliche Sprache aufgefasst werden, wodurch Institutionen und Professionen eine gemeinsame Kommunikation möglich ist“* (Schuntermann 2020, S.1).

In der Akut- und Sozialpsychiatrie wird zumeist von einer biologisch verankerten oder frühkindlich erworbenen Ätiologie ausgegangen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität führt (vgl. Ruf 2009, S. 359). Im Vulnerabilität-Stress-Modell wird der Zusammenhang von Ätiologie und der Einfluss von Stressoren und protektiven Faktoren auf den gesundheitlichen Verlauf dargestellt:

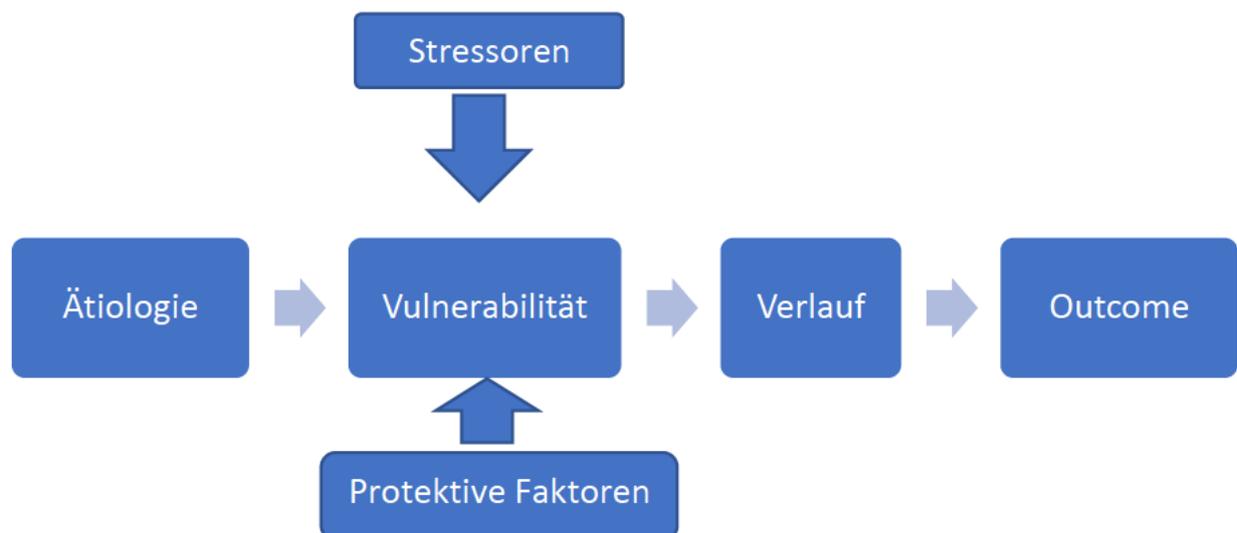


Abb. 1 „Vulnerabilität-Stress-Modell“ (vgl. Ruf 2009, S. 360)

Die Notwendigkeit, psychische Störungen mehrdimensional zu betrachten und neben biologischen und medizinischen Aspekten die sozialen Komponenten nicht unberücksichtigt zu lassen, beleuchtet die WHO mit der Forderung der bio-psycho-sozialen Perspektive auf psychische Gesundheit (vgl. WHO 2019, S.1). Da die Klassifikationssysteme die Einbeziehung von Kontextfaktoren - wie negative Auswirkungen von Erkrankungen auf das Leben eines Betroffenen- nicht erfassen können, ist mit dem ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ein zusätzliches Modul für die Erfassung und Darstellung psychischer Krankheiten gefunden worden, dass sich derzeit im Zuge des Bundesteilhabegesetzes in der Implementierungsphase befindet (vgl. Schuntermann 2020, S.1). Anhand dieses Diagnoseschemas wird die Wechselwirkung von Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation unter Berücksichtigung individueller Lebensbedingungen und Umweltfaktoren berücksichtigt und Probleme nicht mehr als Attribute einer einzelnen Person wahrgenommen (vgl. Lautenbacher, Gauggel 2010, S. 46ff).

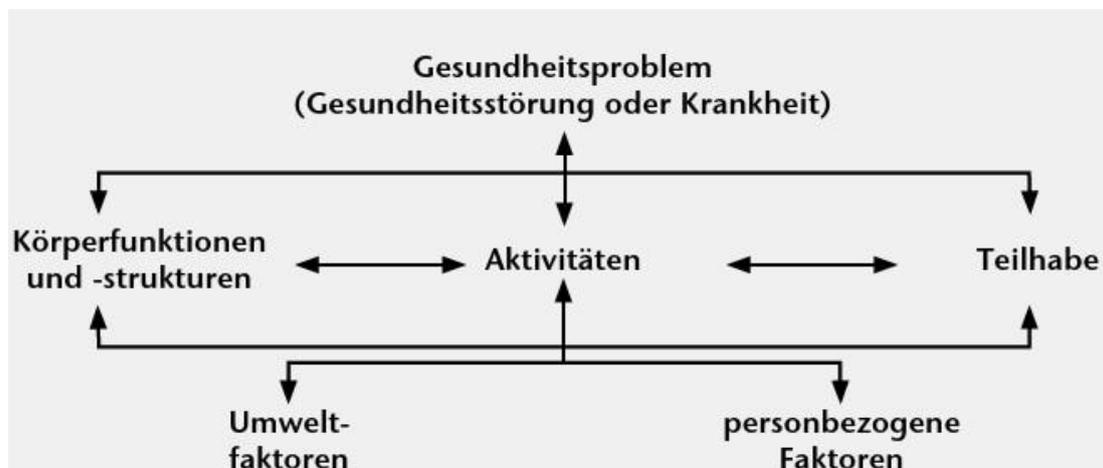


Abb. 2 „Bio-Psycho-Soziales-Modell“ (vgl. Schuntermann 2020, S.3).

Die Bedeutung die genetische Vorbelastungen, Persönlichkeitsmerkmale, lebensgeschichtliche Ereignisse und das soziale und gesellschaftliche Umfeld in Wechselwirkung miteinander bei der Entstehung und Ausprägung der Krankheitsmerkmale haben, ist mittlerweile unbestritten (vgl. Tölle, Windgassen 2014, S. 59).

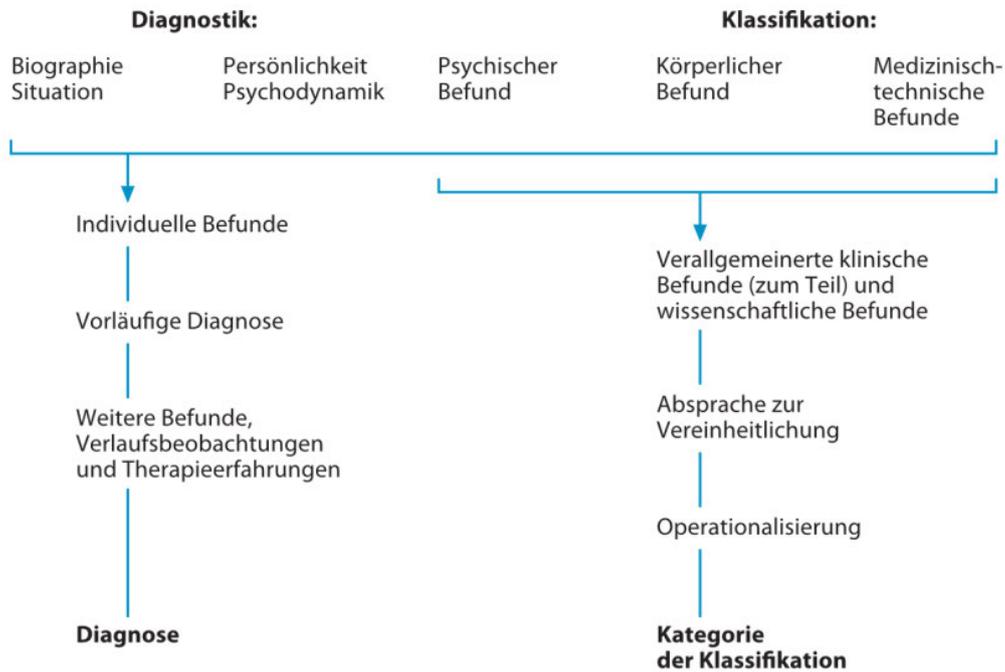
2.3. Diagnostik

Die Herausstellung der bio-psycho-sozialen Perspektive für die Erfassung und Behandlung psychischer Störungen verdeutlicht, dass eine Diagnostik nicht mit einer rein körperlichen Untersuchung möglich sein kann. Dennoch ist eine körperliche Untersuchung der Betroffenen erforderlich, um körperliche Ursachen auszuschließen, Fehldiagnosen zu vermeiden und mögliche Risiken therapeutischer Maßnahmen abzuschätzen (vgl. Tölle, Windgassen 2014, S. 37).

Das Gespräch und das Interview sind in Folge die wichtigsten Untersuchungsmethoden für die Diagnostik einer psychischen Störung, die durch eine Fachärztin / einen Psychiater gestellt wird (vgl. Wagner 2021, S.19ff). Hierbei werden die Betroffenen nach Beschwerden und Symptomen befragt und mit der psychiatrischen Exploration, *„(...) eine aktive und strukturierte Vorgehensweise des Untersuchers mit dem Ziel, Stimmungen, Denkinhalte, kognitive Funktionen und Gewohnheiten im Einzelnen, aber auch in deren Gesamtheit zu erfassen“* (Paulitsch, Karwautz 2019, S. 105), wird die psychiatrische Anamnese erhoben. Interviews und Test die für die Erhebung der Daten genutzt werden, sind hierbei standardisiert. *„Zu den genannten Klassifikations- bzw. Diagnosesystemen wurden standardisierte Interviews entwickelt (CIDI zum ICD-10, SCID und MINI zu DSM-IV)“* (Fleischhacker, Hinterhuber 2012, S. 5).

Bei der Diagnostik geht es somit zunächst um die individuellen Symptomatiken und Beschwerden, um Fragen zur Aufmerksamkeit, zum Antrieb, zu Schlafgewohnheiten, Stimmungsschwankungen und Belastbarkeit (vgl. Lautenbacher, Gauggel 2010, S, 48). Aber ebenso werden familiäre und genetische Vorbelastungen, Lebensereignisse, die Biografie, persönliche Eigenschaften und die aktuelle Lebenssituation erfragt (vgl. Wagner 2021, S. 35ff). Neben der subjektiven Sichtweise der Betroffenen werden nach Möglichkeit auch Angehörige und Menschen aus dem sozialen Umfeld um eine Einschätzung gebeten.

Die Diagnostik erhebt somit die individuelle Perspektive und bildet mit der Klassifikation einen gemeinsamen wissenschaftlichen Rahmen:



„Zusammenwirken von Diagnostik und Klassifikation“ (Tölle, Windgassen 2014, S.44)

Diagnostik kann hierbei nicht gedacht werden ohne die Abhängigkeit von gesellschaftlichen Faktoren und Haltungen. So können zum einen gesellschaftliche Faktoren wie Leistungserwartungen, herausfordernde Bedingungen in der Arbeitswelt oder auch eine Pandemie die Lebensbedingungen so erschweren, dass psychische Störungen begünstigt werden (vgl. Wagner 2021, S.6ff). Zugleich verändert sich der gesellschaftliche Blick auf das Phänomen der psychischen Erkrankungen und somit auch die Entscheidungen darüber, welche Phänomene als „krank“ oder „gesund“ eingestuft und kategorisiert werden (vgl. Quensel 2018, S.3). Diese gesellschaftlichen Dimensionen von Diagnostik spiegeln sich auch in den kontinuierlichen Anpassungen der Klassifikationssysteme. *„Die Diagnostik von psychischen Störungen und die Frage nach angemessener Behandlung sind komplexe Themen, die nicht unabhängig von gesellschaftlichen Diskursen und sozio-kulturellen Gegebenheiten zu diskutieren sind“* (Wagner 2021, S. VI). So haben sich beispielsweise auch die Diagnosekriterien für eine Depression sowie der gesellschaftliche Blick auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung in den vergangenen Jahren verändert.

2.4. Depression

Traditionelle Unterscheidungen der Depression wie beispielsweise die neurotische, reaktive oder endogene Depression sind in der heutigen Psychiatrie weitgehend aufgegeben worden (vgl. Tölle, Windgassen 2014, S. 95). *„Der Begriff Depression (...) wird seit Mitte des 20. Jahrhunderts für eine psychische Störung verwendet, deren wesentliche Merkmale die Beeinträchtigung der Stimmung, Verlust von Freude, emotionale Leere, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Interessenverlust sind und den bis dahin gebräuchlichen Begriff „Melancholie“ ablöste“* (Paulitsch, Karwautz 2019, S. 136). Depressionen gehören nicht nur zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen, sondern verzeichnen zudem eine enorme Zunahme (vgl. Jacobi et.al. 2022, S. 2). In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte zwischen 2009 und 2017 eine Steigerung von etwa 30% an diagnostizierten Depressionen belegt werden (Steffen et.al. 2020), wobei hier aufgrund des großen Spektrums von Depressionen einerseits und den unterschiedlichen Indikatoren einer Depression andererseits, verschiedene methodische Zugänge und eine indifferente Datenlage zu vermuten sind. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt weltweit bei 16-20%, wobei bei Frauen die Erkrankung etwa doppelt so häufig diagnostiziert wird (vgl. v.Sydow, Borst 2018, S. 433). Insbesondere das – unter anderem durch hohe Arbeitsbelastung begründete - Burnout-Syndrom (einem Spezialfall einer depressiven Störung) hat viel Aufmerksamkeit erhalten und scheint hierbei zusätzlich eine erhebliche Rolle beim Anstieg der Daten zu spielen (vgl. Wagner 2021, S. 80ff). Fragestellungen, ob es

- die Arbeitswelt ist, die Menschen krank werden lässt,
- oder ob die Anpassung von Schwellenwerten bei Diagnosekriterien,
- oder gar ein angemessenerer Umgang der Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen, der Betroffene weniger stigmatisiert und so Betroffene eher Hilfe annehmen lässt
- oder eventuell sogar Überlegungen zu einem inflationären Umgang mit psychischen Diagnosen und Medikamenten (vgl. Wagner 2021, S. 37ff)

sind sicherlich relevant und wissenschaftlich zu hinterfragen, zielen jedoch wiederum auf eine Suche nach Ursächlichkeiten. Diese Diskurse bleiben, im Sinne des

Augenmerks auf die individuelle und familiäre Bedeutung, die die Erkrankung für die Betroffenen mit sich bringt, in der vorliegenden Arbeit überwiegend unberücksichtigt. Auch weitere ursächliche Fragestellungen wissenschaftlicher Fachrichtungen wie Genetik, Neurologie, Psychosomatik und organisch bedingte Erkrankungen (vgl. Tölle, Windgassen 2014, S.48ff) und die hierdurch notwendigen Unterscheidungen werden an dieser Stelle nicht vertieft. Bei der Auseinandersetzung mit den Symptomatiken und Beeinträchtigungen, die die Betroffenen durch eine Depression beschreiben, geht es hier um die Bedeutung für die Lebenswelt und das soziale Umfeld der Menschen, die an einer Depression erkrankt sind. Im Zuge der psychiatrischen Diagnostik werden nach dem ICD-10 zunächst die Symptomkriterien erfasst, Zeit- und Verlaufskriterien dargestellt und über Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln wird so eine Typologie erfasst (vgl. Schitteck, Berger 2011, S.44):

Operationalisierte Diagnostik einer depressiven Episode (F32 x) der ICD-10

Symptomkriterien

1. Depressive Stimmung IN einem für den Betroffenen deutliche ungewöhnlichem Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen
2. Interesse- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm wären
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
4. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
5. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
6. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten
7. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unentschlossenheit
8. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
9. Schlafstörungen jeder Art
10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsänderung

Zeitkriterium

Mindestens 2 Wochen

Ausschlusskriterien

- a) nicht auf Alkoholkonsum oder Substanzgebrauch, eine endokrine Störung, medikamentöse Behandlung oder organische psychische Störung zurückführbar
- b) Niemals manische oder hypomanische Symptome

Diagnosen Algorithmus

Leicht: Mindestens 2 der Symptome 1-3 sowie ein oder mehr zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von 4 Symptomen

Mittel: Mindestens 2 der Symptome 1-3 sowie zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 6 Symptomen

Schwer: Alle Symptome 1-3 sowie zusätzliche Symptome von 4-10 bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 8 Symptomen

(Schitteck, Berger 2011, S. 44)

Die Patienten beschreiben also eine mindestens zweiwöchige energielose, bedrückte Verfassung, die unabhängig von akuten Belastungen (wie beispielsweise Todesfall, Trennung, Arbeitsplatzverlust) zu reduzierter Leistungsfähigkeit, zu Rückzug und Schlafschwierigkeiten führen kann. Dabei sind die Ausprägungen der Symptome sehr individuell und während einige Menschen eher von einer inneren Leere ohne jegliche Emotionen berichten, verspüren andere eher eine Unruhe, Anspannung und Gereiztheit (vgl. Wagner 2021, S. 81). Somit umfasst der Begriff Depression ein sehr heterogenes Spektrum. Je nach Symptomatik, nach zeitlicher Ausprägung oder auch nach Beginn der Erkrankung kann eine Depression auch als Dysthymia (bei weit zurückreichender und langanhaltender Konfliktkonstellation) oder auch als Anpassungsstörung (bei Belastungsreaktionen auf bereits sehr lang zurückliegendes Erleben) diagnostiziert werden (vgl. Tölle, Windgassen 2014, S. 94). Zugleich ist eine hohe Komorbidität, also das gleichzeitige Auftreten einer weiteren psychischen Störung, bei Depressionen zu verzeichnen (vgl. Cohrdes et.al. 2021, S.46).

So kann die Diagnose Depression je nach Art, Schwere und Verlauf individuell sehr unterschiedlich verlaufen. Depressionen können chronisch sein, oder auch einen episodischen Verlauf haben und mit langen symptomfreien Zeiten auftreten (vgl. Wagner 2021, S. 81ff). Die beschriebene Symptomatik der Hoffnungslosigkeit, die Selbstentwertungstendenzen und die Antriebslosigkeit, die so massiv auftreten kann, dass bereits das Verlassen des Bettes kaum möglich ist, bedeuten zumeist deutliche Einbußen in allen Lebensbereichen wie im Beruf, bei der Haushaltsführung oder auch in der Freizeit (vgl. Paulitsch, Karwautz 2019, S. 141ff). Die Betroffenen beschreiben fehlende Zukunftsperspektiven und oftmals das Auftreten von suizidalen Gedanken. Etwa 15 % aller schwer depressiven Menschen beenden ihr Leben durch den Suizid, wobei die Suizidrate mit dem Lebensalter kontinuierlich ansteigt (vgl. v.Sydow, Borst 2018, S. 433).

Die **Auswirkungen auf das familiäre und soziale Umfeld** durch die Depression des betroffenen Menschen sind massiv (vgl. v. Sydow, Borst 2018, S. 434). Die Bedeutung, die die Symptomatik für die betroffenen Menschen haben kann, verdeutlicht, dass der Alltag nicht wie gewohnt verlaufen kann. Rückzug, Suizidalität, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit machen auch vor Beziehungen nicht halt. Wenn die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung weder einer regulären beruflichen Tätigkeit noch den

alltäglichen Anforderungen des Haushaltes nachkommen können und zusätzlich keinerlei Interesse an gemeinsamen Aktivitäten in der Freizeit aufbringen können, ist dies eine massive Belastung für jede Partnerschaft. Der Zusammenhang zwischen Depression und der Partnerschaftsqualität und der hierbei deutliche reziproke, dynamische Prozess konnte in verschiedenen Studien signifikant nachgewiesen werden (Zemp, Bodenmann 2015, S. 25ff). Bei episodischem Verlauf und wiederkehrender Symptomatik werden die Angehörigen eventuell mit der Hoffnung auf baldige Besserung eine gute Unterstützung für die Betroffenen bieten und mit Angeboten und Mitgefühl die schwierigen Phasen begleiten können (vgl. Wagner 2021, S.93). Die individuelle Ausprägung der Depression, die Einzigartigkeit der familiären und sozialen Beziehungen der Betroffenen und die Individualität des sozialen Umfeldes machen jedoch allgemeingültige Aussagen zu einem gelingenden Miteinander und einem tragenden Konzept für den Alltag unmöglich. Die Bedeutung, die die Erkrankung eines Elternteils an einer Depression für die Kinder hat, wird aufgrund der besonderen Brisanz ausführlich in Kap. 2.8. erläutert.

2.5. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Symptome wie selbstverletzendes Verhalten und Impulsivität mit massiven Wutausbrüchen sind die zumeist in der Öffentlichkeit bekannten Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). In der psychiatrischen Klassifikation gehört die BPS zu den Persönlichkeitsstörungen, die mit wenig sozial angepassten Fühl-, Denk- und Verhaltensmustern beschrieben werden (vgl. Wagner 2021, S. 154). Die ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes und die zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen bedingen sich zumeist gegenseitig. Zunächst wurde die Erkrankung zwischen neurotischen und psychotischen Störungen verortet und erst in jüngerer Zeit wird den Betroffenen auch fachlich Unterstützung angeboten, denn „(..) mit dem klassischen psychoanalytischen Vorgehen waren Patienten mit diesen Störungen nicht erreichbar“ (Tölle, Windgassen 2014, S.113). Lange Zeit wurde als Ursache der BPS eine frühkindliche Traumatisierung, körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch vermutet, doch auch bei dieser Erkrankung sind bio-psycho-soziale Faktoren in Wechselwirkung kaum monokausal zu betonen. *„Die Unterstellung einer Traumatisierung, wenn sie nicht erinnert werden kann, ist dennoch*

problematisch. Immer wieder gerieten dadurch Angehörige unschuldig unter Verdacht und Familien wurden zerstört“ (Wagner 2021, S. 156). Auch in dieser Darstellung der Störung werden zugunsten der familiären und sozialen Aspekte der Erkrankung genetische, pränatale, strukturelle, spektroskopische und neurobiologischen Befunde vernachlässigt (vgl. Lautenbacher, Gauggel 2010, S. 394ff). Das Statistische Bundesamt geht von einer Prävalenzrate von 1,6% und somit von etwa 1 Mio. Menschen aus, die in Deutschland an einer BPS erkrankt sind aus (vgl. Grabe, Giertz 2020, S.101). Zumeist treten erste Symptome in der Adoleszenz auf. Die Betroffenen werden aufgrund von akuten Symptomatiken wie dem selbstverletzenden Verhalten, Suizidalität und Substanzmissbrauch oder auch im Zuge dissoziativer Zustände sehr oft, manchmal mehrmals wöchentlich, psychiatrisch in Kliniken eingewiesen und zudem chirurgisch versorgt (vgl. Wagner 2021, S. 155). Neuere Studien weisen darauf hin, dass es sich bei der BPS, insbesondere auf der Symptomebene, nicht um eine chronische psychische Störung handelt (vgl. Grabe, Giertz 2020, S.102). Im Zuge der psychiatrischen Diagnostik werden nach dem ICD-10 folgende Symptomkriterien erfasst:

Operationalisierte Diagnostik einer spezifischen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31) der ICD-10

Symptomkriterien

1. Verzweifeltes Bemühen zu vermeiden, verlassen zu werden, egal, ob dies tatsächlich der Fall ist oder nur vermutet wird
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Zeitkriterium

Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat

Ausschlusskriterien

- a) Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden
- b) Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache ausgeschlossen werden

Diagnosen Algorithmus

- a) Instabiler Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle
- b) Borderline-Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch chronische Gefühle der Leere, durch intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten

(vgl. Dilling, Freyberger 2016, S. 235ff, vgl. Paulitsch, Karwautz 2019, S. 238ff).

Die von den Betroffenen beschriebenen Symptomatiken, insbesondere die Verlassenheitsgefühle verbunden mit der Impulsivität, verdeutlichen die Brisanz insbesondere auf zwischenmenschlicher Ebene. Borderline-Störungen können sehr unterschiedlich auftreten und verlaufen. Verhaltensstrategien, die oftmals unangemessen sind, beeinträchtigen zwischenmenschliche Beziehungen, berufliche und private Lebensbereiche. Die Betroffenen leiden häufig unter sehr intensiven Gefühlen, die zugleich mit Scham und Selbsthass einhergehen können. Etwa 10% der Betroffenen sterben durch Suizid (vgl. Wagner 2021, S. 154).

Die **Auswirkungen auf das familiäre und soziale Umfeld** können erheblich sein.

Oftmals sind die familiären Verhältnisse von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl aufgrund von schwierigen Lebensbedingungen in der Kindheit als auch aufgrund der eigenen konfliktreichen Verhaltensstrategien und Symptomatiken zerrüttet (vgl. Wagner 2021, S.161). Unreflektiertes Borderline-Verhalten kann großen Schaden anrichten, durch Spannungen, Konflikte, Manipulationen, Ambivalenz und Unsicherheiten (vgl. Sendera 2016, S. 80ff). Diejenigen, die trotz ihrer Symptomatiken guten Kontakt zu Angehörigen und Familie haben, erleben aufgrund ihrer Impulsivität und der eigenen Instabilität häufig Streitigkeiten und Auseinandersetzungen. Dieses eventuell konfliktreiche Partnerschaftsklima kann dann den o.g. we-disease-Effekt hemmen (vgl. S.26) und so das Partnerschaftsklima zusätzlich belasten, wodurch sich wiederum die Symptomatik der Betroffenen verschlechtern kann (vgl. Bodenmann 2013, S. 54). Für

Familienangehörige sind wechselnde und unbegründete Stimmungsschwankungen und Wutausbrüche vermutlich oft sehr belastend. Vielfach wird von wechselnden Paarbeziehungen und Beziehungsabbrüchen berichtet (vgl. Wagner 2021, S. 162). Die hohe Empfindlichkeit der Betroffenen und die sekundären Krankheitsfolgen wie eine fehlende gesellschaftliche Teilhabe und Einbußen in der Lebenszufriedenheit wirken sich auch deutlich auf familiäre und partnerschaftliche Beziehungen aus (vgl. Grabe, Giertz 2020, S. 100). Die Brisanz, die die Erkrankung insbesondere für die Kinder der von der Borderline-Persönlichkeitsstörung Betroffenen hat, wird im Kap. 2.8. erläutert.

2.6 Risiko- und Schutzfaktoren

Eine monokausale Fragestellung nach Ursachen für eine psychische Störung ist, wie erläutert, überholt und wird den Bedingungen des Phänomens nicht gerecht. Das transgenerationale Transmissionsmodell verweist auf vier Ebenen für Risikofaktoren: Eltern, Kind, Familie und Umwelt (vgl. Christiansen et.al.2020, S.10). Auch wenn im Zuge der Forschung nach Ursachen für psychische Störungen die Risikoforschung eine lange Tradition in der klinischen Psychologie und Psychiatrie hat, ist insbesondere die Identifikation von Schutzfaktoren ein jüngerer Forschungszweig (vgl. Schneider 2019, S. 893).

Eine erbliche Vorbelastung spielt für die Entstehung von psychischen Erkrankungen oftmals eine Rolle (vgl. Wiegand-Greve, Mattejat, Lenz 2012, S. 18).

Schutzfaktoren sind häufig schlicht das Gegenteil der Risikomerkmale. Studien zur Identifikation von protektiven und belastenden Faktoren sind zumeist isolierte Studien, die sich auf einzelne Personengruppen und Störungsbilder beziehen. Deshalb werden im Folgenden die identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren für die Krankheitsbilder der Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung veranschaulicht.

Als Risiko- und Schutzfaktoren im Zuge einer Depression wurden in diversen wissenschaftlichen Untersuchungen folgende Faktoren identifiziert:

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chronische familiäre Konflikte ➤ Trennung ➤ Armut / niedriger Sozialstatus / Arbeitslosigkeit ➤ Genetische / familiäre Faktoren ➤ Erlernte Hilflosigkeit ➤ Misshandlung ➤ Soziale Vereinsamung ➤ Migrationshintergrund ➤ Stress ➤ Frauen haben eine höhere Prävalenz als Männer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vertrauensvolle Partnerschaft ➤ enge soziale Beziehungen ➤ emotionale Unterstützung ➤ Intelligenz ➤ Selbstvertrauen ➤ Soziale Kompetenz ➤ Arbeit / Schule ➤ Sport / Bewegung

Tab. 2 „Risiko- und Schutzfaktoren / Depression“ (vgl. v. Sydow, Borst 2018, S. 434, vgl. Schneider 2019, S. 893, vgl. Jacobi et.al. 2022, S. 2ff):

Als Risikofaktoren konnten in den Studien somit vielfältige belastenden, biologische, soziale und psychische Faktoren identifiziert werden, die in Wechselwirkung das Auftreten einer Depression begünstigen können (vgl. Mehler-Wex 2008, S. 149ff). Schutzfaktoren, die die Wirkung der Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression abpuffern und eine Resilienz fördern liegen, wie bei allen anderen psychischen Störungsbildern auch, insbesondere im sozialen Umfeld.

Familie zu haben und verheiratet zu sein ist zunächst in verschiedenen Studien ein protektiver Faktor für die Gesundheit (vgl. Angermeyer, Klusmann 1989, S.64): So zeigen sämtliche Untersuchungen bei verheirateten Personen ein besseres Befinden und längere Lebensdauer als bei nicht verheirateten Personen (Bodenmann 2013, S. 42). Auch bei einer psychischen Störung zeigen Untersuchungen, dass Ehe und Partnerschaft zu den Schutzfaktoren gehören (vgl. Jacobi 2022, S. 2ff). Für diese Form der gelingenden Krankheitsbewältigung bedarf es allerdings der Haltung, dass es sich bei der Erkrankung nicht um ein individuelles Problem handelt, sondern als „we-

disease“ die Erkrankung als gemeinsame Aufgabe verstanden wird (vgl. Hantel-Quitmann 2015, S.286). So kann eine positive Partnerschaft und Ehe die Symptomatik verbessern, zugleich kann eine unharmonische und belastete Partnerschaft zugleich ein Risikofaktor für eine psychische Störung darstellen (vgl. Schneider 2019, S. 893).

Der Beginn der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in der wissenschaftlichen Literatur in der Adoleszenz-Phase verortet. Als Risiko- und Schutzfaktoren für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden in wissenschaftlichen Forschungen folgende Bedingungen herausgestellt:

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Genetische Vorbelastung ➤ Familiäre Konflikte, zerrüttete Verhältnisse ➤ Selbstwertprobleme ➤ Zurückweisung aus dem sozialen Umfeld ➤ Substanzmissbrauch ➤ Temperament ➤ Fehlende Problemlösestrategien ➤ Armut / niedriger Sozialstatur ➤ Geringe Bildung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gute soziale Integration ➤ Mit Freude betriebene Freizeitaktivitäten ➤ Gute Intelligenz ➤ Stabiles Selbst- und Weltbild ➤ Konstruktive Bewältigungsstrategien ➤ Erfahrungen der Selbstwirksamkeit ➤ Erleben von Sinnhaftigkeit ➤ stabile Familienverhältnisse

„Risiko- und Schutzfaktoren / BPS“ (vgl. Wagner 2021, S. 160, vgl. Zick 2013, S. 61ff)

Die Risiko- und Schutzfaktoren für die psychischen Störungen haben ähnliche genetische, soziale und gesellschaftliche Verankerungen. Durch Präventionsmaßnahmen können Risikofaktoren reduziert und Schutzfaktoren gestärkt werden (vgl. Wiegand-Greve, Matthejat, Lenz 2012, S. 18).

2.7. Die psychische Erkrankung eines Elternteils

Partnerschaft und Familie können also einerseits mit einem guten Familienklima einen Schutzfaktor für (psychische) Gesundheit bereitstellen, zugleich kann Familie aber

auch ein Risikofaktor bedeuten, wenn chronische Konflikte, Zurückweisung und ein schwieriges Miteinander das Familienklima beherrschen. Das psychische Erkrankungen immer zugleich Familienkrankheiten sein können und alle Familienangehörigen beeinträchtigen, wurde in diversen wissenschaftlichen Aufsätzen dargelegt (vgl. Bauer, Reinisch, Schmuhl 2012, S. 7ff).

In Deutschland erkranken innerhalb eines Jahres jede dritte Frau und jeder vierte Mann an einer psychischen Störung (vgl. Jacobi et.al. 2022, S. 2). Repräsentative Daten, wie viele der Betroffenen Kinder haben sind kaum vorhanden. Unterschiedliche Erhebungen und Schätzungen weisen darauf hin, dass psychisch kranke Menschen geringfügig weniger häufig Eltern werden als psychisch gesunde Erwachsene, wobei Zahlen zu Vätern mit einer psychischen Erkrankung nicht vorliegen (vgl. Schneider 2019, S.889).

Für die Kinder bedeutet die psychische Störung eines Elternteils zum einen genetisch und pränatal, zum anderen durch die Symptomatiken und Verhaltensstrategien der Betroffenen, ein deutlich erhöhtes Risiko selbst an einer psychischen Beeinträchtigung zu erkranken. In Deutschland leben etwa 3,8 Millionen Kinder mit einem psychisch erkrankten Erwachsenen zusammen, wobei von einer deutlichen Dunkelziffer ausgegangen wird (vgl. Nicklaus, Chodzinski 2022, S. 5). Doch auch wenn die psychische Erkrankung eines Elternteils ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes darstellen kann, führen die Belastungen nicht zwangsläufig zu Entwicklungsstörungen bei den Kindern (vgl. Zick 2013, S. 14).

Die Resilienzforschung hat in verschiedenen Studien protektive und schützende Faktoren identifiziert. *„Der Begriff Resilienz umfasst also die Möglichkeit des Kindes, auch mit widrigen Umständen, Druck und Belastungen relativ gut und unbeschadet fertig zu werden – seine Widerstandsfähigkeit, die täglichen Herausforderungen zu bewältigen“* (Zick 2013, S. 64). Studien zur Lebenssituation von Kindern in belasteten Familien benennen sieben Resilienzen: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral (vgl. Wolin, Wolin 1995, S. 415ff). Resilienzen sind dabei nicht als feststehende Charaktereigenschaften verstanden, sondern als dynamischer Prozess zwischen dem Kind und seiner Umwelt, die in Wechselbeziehung mit den Schutzfaktoren risikomildernd wirken.

Schutzfaktoren werden dabei unterschieden, in solche, die im Kind selbst zu finden sind, solche die in der Familie liegen, sowie solchen, die in günstigen sozialen Einflüssen entstehen (vgl. Jungbauer 2016, S. 17) wie:

- Positives Selbst- und Weltbild
- Optimismus
- Kognitive Fähigkeiten, mindestens durchschnittliche Intelligenz
- Problemlöse- / Copingstrategien
- Erfahrungen der Selbstwirksamkeit
- Guter Selbstwert
- Bewusstsein über Stärken, Schwächen und Verletzlichkeit
- Lebensstil
- Stabile Beziehungen (zum anderen Elternteil, zu Großeltern oder anderen Erwachsenen)
- Günstige soziale Einflüsse

Ebenso konnten verschiedene Studien zu Resilienz fördernden Aspekten die Bedeutung von stützenden Peergroups sowie von helfenden Berufen aus der Sozialen Arbeit und aus dem Bereich der Pflege dargelegt werden (vgl. Stübe, Schermann 2021, S.8ff).

Allerdings sind eben jene protektiven Faktoren, die überwiegend in der Familie liegen und durch günstige soziale Einflüsse entstehen, aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils oftmals eingeschränkt und deutlich belastet vorhanden. *„Etwa 30-50% der Kinder psychisch kranker Eltern weisen selbst psychische Störungen auf“* (Schneider 2019, S. 888). Nicht nur der Lebensstil des Kindes wird von den Eltern geprägt. Der familiäre Alltag mit einer eventuell herausfordernden Eltern-Kind-Interaktion kann ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes bedeuten (vgl. Zitzmann, Rombold, Renneberg 2020, S. 366). Die Erkrankung eines Elternteils an einer psychischen Störung hat somit über die Bindungserfahrungen, die Erziehungsfertigkeiten des betroffenen Elternteils sowie das Familienklima zugleich auch Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Schneider 2019, S. 891ff).

2.8. Kindliche Bedürfnisse und Auswirkungen der psychischen Störung auf das Erziehungsverhalten

Im wissenschaftlichen Diskurs um kindliche Bedürfnisse und Bindung beziehen sich Fragestellungen und erhobene Daten oftmals insbesondere auf die Mutter-Kind-Interaktion (vgl. Freitag, Barocka, Fehr 2013, S. 54ff, vgl. Schneider 2019, S. 892). Die Lebenswelt der Kinder wird allerdings unabhängig vom Geschlecht der jeweiligen Bezugsperson von Einschränkungen in der elterlichen Kompetenz, von einer eventuell fehlenden Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse sowie einer möglichen Impulsivität in der Eltern-Kind-Beziehung belastet (vgl. Taubner, Georg 2022, S.2). Aufgrund der eigenen Erkrankung können Eltern phasenweise nur vermindert oder gar nicht auf die kindlichen Bedürfnisse reagieren oder diese wahrnehmen. Bedürfnisse sind hierbei:

vital	Nahrung, Pflege, Kleidung, Obdach, Sicherheit
sozial	Liebe, Zuneigung, Anerkennung, Fürsorge, Gemeinschaft
Kompetenz und Selbstbestimmung	Bildung, Aktivität, Selbstachtung

Tab. 3 „Kindliche Bedürfnisse“ (vgl. Buck-Horstkotte, S., Renneberg, B., Rosenbach, C. 2015, S. 12)

Das elterliche Verhalten und die kindlichen Reaktionen werden durch die Symptomatiken der psychischen Beeinträchtigungen nachhaltig beeinflusst. Die Erkrankung der Eltern behindert sowohl die Bindung als auch die Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Schneider 2019, S. 891ff). Entwicklungsauffälligkeiten, sprachliche und kognitive Beeinträchtigungen, geringe Emotionsregulation und Verhaltensauffälligkeiten können in den unterschiedlichen Entwicklungsschritten der Kinder auftreten (vgl. Buck-Horstkotte et.al. 2015, S.21). Mattejat und Lisofsky benennen erhebliche Problembereiche für Kinder mit psychisch kranken Eltern, wie

- Desorientierung und Verängstigung
- Das Gefühl, an den Problemen der Eltern schuld zu sein
- Tabuisierung
- Isolation

- Betreuungsdefizit
- Zusätzliche Belastung durch die Übernahme elterliche Aufgaben /Parentifizierung
- Erlebnisse wie die Abwertung durch die Eltern
- Loyalitätskonflikte innerhalb und außerhalb der Familie (vgl. Schneider 2019, S. 890).

Die Bedeutung, die Familie und insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung für die individuelle Entwicklung der Kinder in vielfältigen Lebensbereichen und über die gesamte Lebensspanne hinweg hat, konnte in diversen Studien belegt werden (vgl. Weidtmann 2018, S. 234). So ist die psychische Erkrankung eines Elternteils ein erheblicher Risikofaktor für die Eltern-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung und wirkt sich oftmals deutlich auf das Erziehungsverhalten aus.

Die unterschiedlichen Symptomatiken der psychischen Störungen und die eigene emotionale Instabilität der erwachsenen Betroffenen beeinträchtigen je nach Ausprägung der Symptomatik die Erziehungskompetenz der Eltern. Die eigene Belastung und mangelnde Kontingenz sind in jeder Lebensphase des Kindes prägend für die Eltern-Kind-Beziehung. So konnten bereits im Säuglingsalter Effekte der mütterlichen Depression und entsprechender nonverbaler Kommunikation (beispielsweise ein trauriger, ärgerlicher oder ängstlich Gesichtsausdruck) auf die Reaktionen und Entwicklung des Kindes aufgezeigt werden (vgl. Freitag et.al. 2013, S. 57).

a) Die elterliche Depression

Eltern mit depressiven Symptomatiken sehen sich oftmals aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage ausreichend für ihre Kinder zu sorgen. Niedergeschlagenheit, fehlender Antrieb und mangelnde Selbstwirksamkeit verhindern eine angemessene und fürsorgliche Zugewandtheit zum Kind. Betroffene Mütter haben in Befragungen berichtet, dass ihnen das Reagieren auf die Bedürfnisse ihrer Kinder und der Aufbau einer positiven Beziehung zu ihnen Probleme bereitet (vgl. Schneider 2019, S. 891). Die hierdurch erschwerte Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse und eine daraus resultierende unzureichende Versorgung der Kinder (sowohl hinsichtlich sozialer

Kontakte und Erlebnisse als auch emotional und vital) lässt weitere Problematiken in Wechselwirkung zueinander aufkommen. *„Insbesondere für Kinder von Eltern mit Angststörungen und Depression existieren eine Reihe von Untersuchungen, die die Eltern-Kind-Interaktion betrachten und darauf hinweisen, dass das elterliche Erziehungsverhalten ein möglicher Mediator bei der Transmission psychischer Störungen ist“* (Schneider 2019, S.892).

b) Die elterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Muster instabiler Verhaltensweisen und hoher Impulsivität und die häufig beschriebene unangemessene Wut erschweren betroffenen Eltern nicht nur den Umgang mit anderen Erwachsenen. Die andauernden kindlichen Bedürfnisse und die manchmal herausfordernden kindlichen Reaktionen können für Eltern (häufig auch ohne Störungsbild) phasenweise eine deutliche Überforderung bedeuten. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Mütter mit BPS-Symptomausprägungen und den Schwierigkeiten in der eigenen Emotionsregulierung ein höheres Maß an desorientiertem Verhalten im Umgang mit ihren Kindern aufzeigen (vgl. Zitzmann 2020, S.367). Vielfach konnten feindseliges Verhalten gegenüber dem Kind sowie eine geringe emotionale Verfügbarkeit ebenso wie unsensible und übergriffige Verhaltensmuster der Mütter beobachtet werden (vgl. Schneider 2019, S. 892). Christine Ann Lawson unterscheidet in ihrer Studie zu Borderline-Müttern vier Charakterprofile:

- „die Hexe“, die aufgrund ihrer eigenen vernichtenden Wut ihre Kinder auf sadistische Weise kontrolliere und bestrafe
- „das verwahrloste Kind“, die Mutter, die im Gefühlszustand von Hilflosigkeit und aufgrund der eigenen Opferrolle im Verhalten gegenüber ihren Kindern zwischen Verwöhnen und Vernachlässigung schwanke
- „die Königin“, der Muttertypus, der aufgrund des emotionalen Zustandes der Leere sowie der dominanten Neid-Gefühle von ihren Kindern totale Loyalität fordere, dabei keinerlei Grenzen wahre, die Kinder zur Schau stelle und mit hysterischen Reaktionen erschrecke und verwirre
- „die Einsiedlerin“, das Charakterprofil einer Mutter, die aufgrund des vorherrschenden Gefühls von Angst eine übertriebene Kontrolle auf die Kinder

ausübe, zu übertriebenen Reaktionen neige und in den Kindern Schuld- und Angstgefühle auslöse (vgl. Lawson 2020, S. 59ff).

Jenseits dieser Zuschreibungen bedeuten die durch die Erkrankung begründeten Verhaltensmuster mit einem Wechsel zwischen Nähe und Distanz, durch die Stimmungsschwankungen und das oftmals instabile soziale Umfeld ein erhöhtes Risiko für schwierige Bindungsmuster und psychopathologische Symptome für das Kind (vgl. Buck-Horstkotte, Renneberg, Rosenbach 2015, S. 17).

Betroffene Eltern und ihre Kinder haben einen hohen Leidensdruck und aufgrund der beschriebenen individuellen Symptomatiken sowie der herausfordernden Eltern-Kind-Interaktion sind Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten maßgeblich für Entlastung und Versorgung.

2.9. Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote

Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung nach Möglichkeiten für Versorgungs- und Behandlungsleistungen suchen, finden eine Vielzahl verschiedenster Anlaufstellen und Einrichtungen. Die Krankheitseinsicht der Betroffenen ist hierbei oftmals eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfen. Die Unterstützung kann zum einen durch die Verschreibung von Psychopharmaka über den Facharzt, zum anderen durch sozial-psychiatrische Unterstützungsangebote ermöglicht werden.

Angebote können hierbei ambulant, stationär oder teilstationär ausgerichtet sein und werden häufig unter Beteiligung der niedergelassenen Ärzte durch entsprechende Überweisungen initiiert (vgl. Gühne 2019, S. 54). Die Zugänge für die verschiedenen Angebote sind durch unterschiedliche gesetzliche Regelungen oftmals undurchsichtig und kompliziert (vgl. Bischof, Deimel, Walther 2017, S. 17ff). Eine Übersicht des Behandlungs- und Versorgungssystems ist oftmals auch für die Menschen, die Betroffene beraten und Weichen für eine Weiterbehandlung stellen möchten nicht zugänglich:

Ambulante Angebote	Teilstationäre Angebote	Stationäre Angebote
Hausärzte, Fachärzte	Tageskliniken	Psychiatrische Fachkrankenhäuser
Psychiatrische Institutsambulanzen	Tagesstätten	Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
Psychotherapeuten, Verhaltenstherapeuten, Systemische Therapeuten	WfBM - Arbeitsplätze	Stationäre Akutpsychosomatik
Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten	Begegnungsstätten	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Häusliche psychiatrische Krankenpflege	Kinderschutzzentren	Psychiatrische Wohngruppen und Wohngemeinschaften
Therapeutische Angebote wie Soziotherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Logopädie		Rehabilitationskliniken
Sozialpsychiatrischer Dienst / Gesundheitsamt		Eltern-Kind-Wohngruppen
Ambulant betreutes Wohnen/ Qualifizierte Assistenz		Wohngruppen für Kinder und Jugendliche
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung		
Kommunale Beratungsstellen für Betroffene und Angehörige /Kinder		
Selbsthilfegruppen, Peerberatung / Angehörigengruppen		

Tab. 4 „Angebotsstrukturen im psychiatrischen Versorgungssystem“ (vgl. Gühne 2019, S.54ff, vgl. Jacobi et.al. 2022, S.5ff, vgl. Bischkopf et.al. 2017, S. 17ff).

Zwischenfazit

Die Vielschichtigkeit des Phänomens der psychischen Beeinträchtigungen spiegelt sich nicht zuletzt auch in den diversen Begrifflichkeiten, Be- und Umschreibungen wider, die für das Erfassen dieser Störungen verwendet werden. Im psychiatrischen Kontext werden insbesondere ursächliche Faktoren und defizitorientierte Krankheitsmodelle für die Unterstützung von Betroffenen verwendet, die einen fachlichen Austausch und eine eventuelle medikamentöse Behandlung ermöglichen. Im Zuge der UN-BRK und den Forderungen der WHO entwickelt sich zunehmend ein neues Störungsverständnis, das auch eine neue Sichtweise auf den Behinderungsbegriff ermöglicht. Der defizitorientierte Standpunkt und der Fokus auf individuelle Störungen wird im Zuge dieser Forderungen aufgehoben und der bio-psycho-soziale Blickwinkel sowie die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt werden in den Behinderungsbegriff einbezogen.

Zwischenmenschliche Beziehungen, emotionaler Rückhalt, Wertschätzung oder Geringschätzung und das Wechselspiel aus biologischen Aspekten, sozialen, gesellschaftlichen sowie kulturellen Gegebenheiten bedingen und beeinflussen psychische Gesundheit. Die aus dieser Wechselseitigkeit entstehenden protektiven und belastenden Faktoren verdeutlichen, dass psychische Störungen nicht isoliert wahrgenommen werden können. So ist eine psychische Erkrankung nicht nur im Entstehen sondern ebenso in ihren Auswirkungen zumeist eine Familienkrankheit, die das gesamte Familiensystem stark belasten und in Mitleidenschaft ziehen kann (vgl. Stübe, Schermann 2021, S.2). Insbesondere für Kinder, die mit einem betroffenen Elternteil zusammenleben, kann die Erkrankung beängstigend und verwirrend sein und einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung über die gesamte Lebensspanne darstellen (vgl. Freitag et.al. 2013, S. 54ff). Diverse Forschungs- und Leuchtturmprojekte haben in den vergangenen Jahren die prekäre Situation der Kinder in den Blick genommen und Präventionsmöglichkeiten und Hilfsprojekte umgesetzt. Leuchtturmprojekte des Dachverbandes der Gemeindepsychiatrie wurden allerdings nur für begrenzte Zeiträume vom Bundesministerium des Deutschen Bundestages finanziert und ohne entsprechende Anschlussfinanzierung eingestellt (vgl. Görres, Pirsig, Schäfer 2019, S. 9). Auch die Frage der Erreichbarkeit der Projekte für die Betroffenen und fehlende Information über Hilfsangebote kann mögliche

Unterstützung und Entlastung verhindern. Insbesondere Eltern mit entweder fehlender Krankheitseinsicht oder auch Betroffene, die aus Scham und aus Sorge vor Stigmatisierung keine Hilfe in Anspruch nehmen, können den Zugang und die Möglichkeit betroffene Kinder und Familien zu erreichen erschweren. Hochschwellige, abschreckende Zugangsmöglichkeiten und insbesondere die Angst das Sorgerecht zu verlieren, verhindern die Inanspruchnahme Resilienz fördernder und entlastender Maßnahmen (vgl. Schneider 2019, S. 890). So geraten Kinder durch gesellschaftliche Bedingungen in Gefahr durch das psychosoziale Netz zu fallen. Taubner und Georg stellen unter Heranziehung diverser Studien zur elterlichen Erkrankung die Bedeutsamkeit von familienorientierten Angeboten und Interventionen heraus (vgl. Taubner, Georg 2022, S.1).

Familien sind unter anderem auch für die Versorgung und das Heranwachsen von Kindern sowie deren Sozialisation verantwortlich. Soziologische Familienforschung benennt auf makrosoziologischer Ebene die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Familie. Nicht nur hinsichtlich biologischer und sozialer Aspekte übernehmen Familien in vielfältiger Hinsicht Aufgaben, die wesentlich dazu beitragen Gesellschaft zu erhalten und zu beeinflussen (vgl. Nave-Herz 2018, S. 121ff.). Wenn diese Aufgaben aufgrund von Beeinträchtigungen nicht wie notwendig erfüllt werden können, sind Unterstützungsangebote und Hilfen notwendig, die alle Familienmitglieder und die Belastung des gesamten Familiensystems berücksichtigen (vgl. Meyer und Oelkers 2018, S. 152). Angebote, die sich an das gesamte Familiensystem richten und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil entlasten sollen, werden bisher zumeist über Jugendämter organisiert und finanziert. Die Notwendigkeit Unterstützungs- und Beratungsangebote für betroffene Familien aus der Jugendhilfe heraus in die Angebotspalette der Gemeindepsychiatrie zu verlagern, wurde in unterschiedlichen Studien und Projekten herausgestellt (vgl. Görres, Pirsig, Schäfer 2019, S. 53ff).

3. Die ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen wurde zunächst bis Januar 2020 über das Sozialhilfegesetz, SGB XII § 53, 54, mit einer eher einrichtungszentrierten Perspektive in den Kategorien stationär, teilstationär und ambulant umgesetzt (vgl. Konrad 2019, S.8). Das breite Angebots- und Leistungsspektrum umfasste hierbei neben Unterstützungsleistungen für die alltäglichen Belange unter anderem sowohl Arbeitsangebote wie Werkstattarbeitsplätze, unterschiedliche Wohnmöglichkeiten und diverse Leistungen zur Teilhabe an Bildungsangeboten (vgl. Rosemann 2018, S. 7). Die Eingliederungshilfe sollte somit - über die Sozialhilfe finanziert - alle Hilfen für Menschen mit den unterschiedlichsten Formen einer Beeinträchtigung bereitstellen.

„Im Gefolge der Psychiatrie- Enquete wurden in der Bundesrepublik die Leistungen der Eingliederungshilfe als Verlegenheitslösungen für die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen genutzt“ (Konrad 2019, S, 9). Auch die hier fokussierte ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im eigenen Wohnraum leben, konnte über diese Regelung umgesetzt werden.

Das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe war für Betroffene aufgrund der zumeist vielseitigen und komplizierten Antragstellung bei der Sozialen Sicherung in den jeweiligen Kommunen und Städten oft nur mit der sozialpädagogischen Unterstützung durch Leistungsanbieter und - erbringer erreichbar. Mit der ambulanten Eingliederungshilfe haben Betroffene dabei Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen - wie Wohnungsangelegenheiten, berufliche Orientierung/ tagesstrukturierende Maßnahmen, finanzielle Angelegenheiten, Freizeitgestaltung und Unterstützung im Umgang mit sozialen Kontakten - erhalten. Dieses Unterstützungsangebot hatte je nach Kreis und Kontext unterschiedliche Bezeichnungen wie ambulant betreutes Wohnen, ambulante Eingliederungshilfe, ambulante Sozialpsychiatrie oder ambulante Betreuung. Durch die Zuständigkeit der Sozialen Sicherung über das SGB XII musste bei Antragstellung sowohl die finanzielle Bedürftigkeit der Betroffenen als auch die der Angehörigen einerseits sowie die medizinische Notwendigkeit und eine sozialpädagogische Begutachtung andererseits für die Bewilligung der Leistung dargelegt werden. Diese vielfältigen Anforderungen in der Antragstellung hatten zumeist zur Folge, dass viele Betroffene die Hilfe nur mit

Unterstützung durch einen Leistungsanbieter beantragen konnten, der dann die Bewilligung i.d.R. auch zugleich erhalten hat und für die Umsetzung des Hilfsangebotes zuständig war. *„Die Leistungen der Eingliederungshilfe förderten paradoxerweise Behinderteneinrichtungen, in denen das gesamte Leben in Form von integrierten Hilfen geregelt war, die Wohnen, Arbeit und Freizeit außerhalb des gesellschaftlichen Gefüges unterstützten“* (Konrad 2019, S.9). Die Verschiebung von dieser Einrichtungszentrierung hin zu einer Personenzentrierung ist ein weiterer elementarer Aspekt des gewünschten Paradigmenwechsels durch das Bundesteilhabegesetz.

3.1. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Im Zuge der Umsetzung der seit 2009 verbindlich geltenden UN-Behindertenrechtskonvention in der Eingliederungshilfe wurde 2016 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit 4 Reformstufen beschlossen. Das BTHG ist ein Änderungs- oder auch Artikelgesetz, durch das die Leistungen der Eingliederungshilfe vollständig aus dem Sozialhilfegesetz, dem SGB XII, herausgenommen werden sollen und über das Rehabilitationsgesetz im SGB IX neu gefasst und weitere Gesetze geändert werden (vgl. Rosemann 2018, S.10ff). Das BTHG umfasst insgesamt 27 Artikel, die in den verschiedenen Reformschritten die gesetzlichen Veränderungen begleiten. Sobald diese Regelungen zu den entsprechenden Gesetzesänderungen und Überleitungen der Bestimmungen aus dem SGB XII ins SGB IX geführt haben, wird das BTHG verschwinden (vgl. Rosemann 2018, S. 15). Über diese Gesetzesänderung sollen Menschen mit wesentlichen Einschränkungen aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausgeholt werden und stattdessen personenzentrierte Leistungen geschaffen werden, die das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen berücksichtigt und so ihre Selbstbestimmung stärkt und fördert (vgl. Konrad 2019, S.10). Diese Reform der Eingliederungshilfe wurde 2007 angeregt durch die Ministerien für Arbeit und Soziales und im weiteren Verlauf durch verschiedene Arbeitsgruppen mit einem sogenannten Fiskalpaket von der Bundesregierung und den Bundesländern beschlossen. Ziel dieser Gesetzesänderung ist zum einen die Schaffung eines modernen Teilhaberechtes und mehr Inklusion für Menschen mit Beeinträchtigungen, zum anderen wird die Eindämmung und Umverteilung von Kosten

angestrebt (vgl. Deutscher Bundestag 2016, BTHG). Dieses „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ verfolgt stufenweise folgenden wesentlichen Änderungen:

01.01.2017	01.01.2018	01.01.2020	01.01.2023
Regelungen über den Einsatz von Vermögen und Einkommen Erhöhung des Vermögensfreibetrages und der Einkommensanrechnung	Die Eingliederungshilfe bleibt noch im SGB XII, der Begriff stationäre Einrichtung hat noch Bestand neuer Behindertenbegriff	Die Eingliederungshilfe ist nicht mehr Sozialhilfe, zuständig werden die neu zu bildenden Träger der Eingliederungshilfe	Neuregelung des leistungsberechtigten Personenkreises tritt in Kraft
Erhöhung des Arbeitsförderungsgeldes für Werkstattbeschäftigte	Bestimmungen zum Teilhabeplan / Gesamtplanverfahren treten in Kraft, Orientierung an der ICF	Gegenstand der Vereinbarung ist nur noch die Fachleistung, existenzsichernde Leistungen werden hiervon getrennt über die Regelsysteme gewährt, der Begriff stationäre Einrichtung entfällt	Noch zu erlassenes Bundesgesetz nach Abschluss von länderbezogenen Modellprojekten
Vorgaben zu Vorlage eines Führungszeugnisses für Fachpersonal und ehrenamtlich Beschäftigte	Einführung der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung	Betonung und Umsetzung von Wunsch- und Wahlrecht Assistenzleistung als neue Begrifflichkeit	

Tab. 5 „Reformstufen des BTHG“ (vgl. Rosemann 2018, S.16)

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet einen angestrebten Paradigmenwechsel, der neben der genannten Personenzentrierung und Inklusion, die Kategorien stationär, teilstationär und ambulant aufheben soll. Zudem soll der

Behindertenbegriff neu definiert werden und die Teilhabe stattdessen betont werden, so dass statt eines Fürsorgesystems die Selbstbestimmung der Menschen gestärkt und ermöglicht wird. *„Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“* (SGB IX § 90, ab 01.01.2020).

3.2. Die Bedeutung des BTHG für die ambulante Eingliederungshilfe

Insbesondere die Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. *„Der Handlungsbedarf stellte sich vor allem durch die exorbitant gestiegene Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit psychischen Erkrankungen in der Eingliederungshilfe“* (Konrad 2019, S. 8). Die gesetzlichen Neuregelungen sollen somit die soziale Teilhabe fördern, aber insbesondere die Kosten im SGB XII senken. Die Umsetzung der geplanten Reformstufen und die Schaffung entsprechender Träger der Eingliederungshilfe obliegt den Bundesländern, die mit den jeweiligen Ausführungsgesetzen und Landesrahmenverträgen unterschiedliche Voraussetzungen geschaffen haben. Tatsächlich können in Folge innerhalb der jeweiligen Bundesländer die vorgegebenen Anforderungen in den Kreisen und kreisfreien Städten wiederum sehr unterschiedlich ausgelegt und gehandhabt werden (vgl. Konrad 2019, S.11). Durch die genannten gesetzlichen Forderungen haben sich für das Unterstützungsangebot der ambulanten Eingliederungshilfe, welches hier im Fokus steht, insbesondere folgende strukturelle Änderungen ergeben:

a) Regelungen über den Einsatz von Vermögen und Einkommen

Durch die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe ist eine Neuregelung der Anrechnungen von Vermögen und Einkommen der Betroffenen sowie eine Anrechnung des Einkommens und Vermögens der Angehörigen möglich. Im ersten Schritt konnten so bei Antragstellung auf Eingliederungshilfe die Anrechnungsgrenzen 2017 bereits etwas angehoben werden. Im Zuge des BTHG

werden Familienmitglieder und Angehörige seit 2020 völlig von der Anrechnung freigestellt. Dies ist eine enorme Entlastung sowohl für die Betroffenen (denen die Vorstellung, dass ihre Eltern, Kinder oder auch EhepartnerInnen für die Unterstützungsleistungen Zuzahlungen machen sollten und ihre Einkommensverhältnisse darlegen mussten zumeist sehr unangenehm war), als auch für die Angehörigen (vgl. Rosemann 2018, S.31).

b) Begriffliche Neuregelungen

1. Der Behinderungsbegriff

Ein wichtiges Ziel des BTHG ist zum einen die neue Fassung des Behindertenbegriffes, auch um den Anforderungen der UN-BRK gerecht zu werden. Dies wird durch die Formulierung in §1 SGB IX mit der Betonung auf einer „selbstbestimmten und vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ und der Forderung „Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ verdeutlicht (vgl. Rosemann 2018, S.18). Hierbei soll die im § 2 SGB IX betonte Wechselwirkung zwischen individuellen Beeinträchtigungen und Barrieren der Umwelt herausgestellt werden und damit das Verständnis der ICF aufgegriffen, dass diese Wechselwirkung als ursächlich für Teilhabeeinschränkungen sieht und Behinderung nicht als Merkmal eines Menschen definiert.

2. Assistenzleistungen

Ein weiteres zentrales Ziel des BTHG ist die Trennung der existenzsichernden Leistungen von Fachleistungen (vgl. Konrad 2019, S.13). Durch diese Trennung der Zuständigkeiten und Finanzierungen der unterschiedlichen Bedarfe der Betroffenen werden zugleich die Begrifflichkeiten stationär, teilstationär und ambulant aufgehoben. Diese strukturelle Veränderung, die zum 01.01.2020 in Kraft getreten ist, hat insbesondere die Leistungsangebote betroffen, bei denen Wohnen, Arbeiten und das alltägliche Leben in einem gesamten „Pauschalangebot“ beantragt und bewilligt wurden. Hier mussten die existenzsichernden Leistungen von den Fachleistungen getrennt, neu bewertet und organisiert werden. Für Leistungsanbieter von rein ambulanten Angeboten, die bereits zuvor ausschließlich Fachleistungen angeboten haben, waren diese Änderungen lediglich begriffliche Neuerungen. Die Fachleistungen, nun als Assistenzleistung bezeichnet, umfassen gem. § 78 SGB IX, Unterstützungsangebote über die qualifizierte Assistenz (durch Fachkräfte der

sozialen Arbeit, mit dem Auftrag zur Befähigung der eigenständigen Alltagsbewältigung), sowie Assistenzleistungen, bei denen Begleitung und/ oder Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung im Vordergrund steht, die sogenannte nicht-qualifizierte Assistenz (vgl. Konrad 2019, S. 48ff). Die Assistenzleistungen sollen die soziale Teilhabe in 9 Lebensbereichen ermöglichen:

- Lesen und Wissensvermittlung (wie Zuhören, sich Fertigkeiten aneignen, Entscheidungen treffen)
- Aufgaben und Anforderungen (wie Einzelaufgaben übernehmen, mit Stress und sonstigen psychischen Anforderungen umgehen)
- Kommunikation (wie Konversation und Diskussion)
- Mobilität (z.B. Transportmittel benutzen, Fahrzeuge fahren)
- Selbstversorgung (z.B. sich waschen, auf die eigene Gesundheit achten)
- Häusliches Leben (z.B. Wohnraum beschaffen, Hausarbeiten erledigen)
- Interpersonelle Beziehungen und Interaktionen (z.B. Beziehungen pflegen, mit Fremden umgehen)
- Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Vorbereitungen auf Erwerbstätigkeit, Arbeit erhalten)
- Gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Freizeitgestaltung, Wahrnehmung am gemeinschaftlichen Leben) (vgl. Konrad 2019, S.24).

Der Gesetzgeber hat mit § 78 SGB IX 6 Assistenzleistungen für die soziale Teilhabe geregelt, die vom Träger der Eingliederungshilfe auf der Grundlage der individuellen Bedarfsermittlung im Zuge der Gesamtplankonferenz konkretisiert werden:

Assistenzleistung zur persönlichen Lebensplanung	Lebens- und Teilhabeplanung, biografische Rekonstruktion, Umgang mit Stress, Krisenplanung
Assistenzleistung zur Gestaltung sozialer Beziehungen	Mit Menschen in der gemeinsamen Wohnung, Beziehungsgestaltung bei Partnern, Interaktion mit Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzten, eigenen Kindern und dem erweiterten Umfeld
Assistenzleistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die	Wohnraum beschaffen, Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung,

Haushaltsführung	Umgang mit Suchtmitteln, Einkauf notwendiger Dinge für den täglichen Gebrauch, Haushaltsgegenstände pflegen, Haustiere
Assistenzleistung zur Teilhabe am kulturellen und gemeinschaftlichen Leben	Religiöses Leben, staatsbürgerliches Leben, kulturelle Interessen
Assistenzleistungen zur Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten	Sportliche Angebote, künstlerische Angebote,
Assistenzleistung zur Sicherstellung der ärztlichen und ärztlich verordneter Leistungen	Krisenbegleitung, Gesundheitsfürsorge, Arzttermine

Tab. 6 „Assistenzleistungen für die soziale Teilhabe“ (vgl. Konrad 2019, S.60ff)

c) Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Das Ziel die Einrichtungszentrierung durch eine Personenzentrierung abzulösen, versucht das BTHG unter anderem über die Schaffung neutraler Beratungszentren umzusetzen. *„Daher hat der Gesetzgeber zunächst für die Dauer von fünf Jahren die „ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ geschaffen, die unabhängig von den Interessen von Leistungsträgern und Leistungserbringern Auskunft geben soll“* (Rosemann 2018, S.26). In diesen Beratungsstellen sollen Menschen, die Fragestellungen zu Rehabilitation und Teilhabe haben, unabhängig und neutral zu möglichen Unterstützungsangeboten beraten werden. In den Beratungsprozess können auch „Peers“, also Menschen, die aufgrund ihrer eigenen Beeinträchtigung bereits Erfahrungen mit unterschiedlichen Hilfsangeboten haben, einbezogen werden.

d) Teilhabeplanung /Gesamtplanverfahren

Wie zuvor beschrieben orientiert sich der neue Behindertenbegriff an der ICF, die nach § 118 BTHG zugleich den Orientierungsrahmen für die Bedarfsermittlung im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren darstellt (vgl. Konrad 2019, S.18).

Die Teilhabeplanung wurde über das BTHG seit dem 01.01.2018 mit dem § 20 SGB IX in zwei wesentliche Schritte unterteilt, den Teilhabeplan und die Teilhabekonferenz. Im Teilhabeplan geht es zunächst um die Antragstellung, die Beratung und

Bedarfsermittlung der Leistungsberechtigten, die Teilhabeziele und das Kennenlernen von möglichen Leistungsanbietern (vgl. Rosemann 2018, S.35). Der besondere Fokus liegt hierbei nun im Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten, die sich die jeweiligen Anbieter frei wählen dürfen. Zuvor waren Hilfen zumeist aus einer Hand, im Zuge des BTHG können Betroffene nun bei einem Anbieter eine besondere Wohnform wählen und von einem anderen Anbieter die Assistenzleistungen beziehen. Die Teilhabekonferenz kann im weiteren Verlauf ein ergänzendes Instrument sein, wenn Anschlussmaßnahmen oder ergänzende Maßnahmen das Unterstützungsangebot erweitern. Hierbei können unterschiedliche Träger (beispielsweise Reha - Träger und Agentur für Arbeit) gemeinsam die Hilfen mit den Betroffenen bündeln. Neben der Betonung auf das Wunsch- und Wahlrecht wird über das BTHG hierbei erstmalig die Rolle des Leistungsberechtigten deutlich gestärkt (vgl. Rosemann 2018, S.37).

Das bereits zuvor über § 58 SGB XII geregelte Gesamtplanverfahren wird über das BTHG umfassend ausgestaltet. Ein Gesamtplanverfahren kann vom Träger der Eingliederungshilfe angestoßen werden, um weitere zuständige Träger (beispielsweise Jugendhilfe oder andere Rehabilitationsträger) am Verfahren zu beteiligen und so eventuell auch Kosten, umzuverteilen. Wie auch bei den Bedingungen für das Hilfeplanverfahren gilt auch hier die ausdrückliche Betonung der Kriterien der Transparenz, Interdisziplinarität, Lebensweltbezogenheit und Sozialraumorientierung, um die Betroffenen nach dem Grundsatz „nicht ohne uns über uns“ bestmöglich zu unterstützen (vgl. Rosemann 2018, S.42).

Neben vielfältigen weiteren Änderungen für die Eingliederungshilfe und die Unterstützung von Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen sind dies die relevanten formellen und strukturellen Veränderungen für die ambulante Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen.

Zwischenfazit

Das BTHG versucht mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zum einen die enorm gestiegenen Kosten der Eingliederungshilfe zu dämmen und umzuverteilen, zum anderen das Recht auf Selbstbestimmung und soziale, gleichberechtigte Teilhabe

umzusetzen. Diesen beiden scheinbar gegensätzlichen Polen zeitgleich gerecht zu werden, kann eine tatsächlich individuelle bedarfs- und ressourcenorientierte Hilfeplanung deutlich beeinflussen. Sollen Tätige in der Hilfeplanung die jeweiligen Zuständigkeiten und eine Kostenumverteilung mitdenken, kann dies die personenzentrierte Herangehensweise beeinträchtigen. *„Wenn man sich vergegenwärtigt, dass das BTHG einen Ausgleich von sehr vielen und verschiedenen, gar gegensätzlichen Interessen herstellen musste, erschließt sich seine kompromisshafte Ausgestaltung besser“* (Rosemann 2018, S.12).

Zugleich versucht das BTHG die bio-psycho-soziale Perspektive und somit die Wechselwirkung von individuellen Lebenslagen und benachteiligenden Rahmenbedingungen verstärkt in die Bedarfsermittlung und Umsetzung von Unterstützungsangeboten aufzunehmen (vgl. Bernshausen, Löbler 2020, S. 46ff). Die Nutzung der ICF als *„(...) Klammer zwischen Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, Leistungsfeststellung und Erbringung der Assistenzleistung zur sozialen Teilhabe (...)“* (Konrad 2019, S.12) kann so über das BTHG eine neue Basis für individuelle und ressourcenorientierte Unterstützungsmöglichkeiten schaffen. Die Konkretisierung von individuellen Bedarfen, Zielen und Wünschen kann über entsprechende Instrumente der Bedarfsermittlung erreicht werden. Da eine Umsetzung der unterschiedlichen Zielvorgaben jedoch häufig an der Auslegung der jeweiligen Kommunen und der personellen und finanziellen Ausstattung von Kreisen und kreisfreien Städten hängt, können hier sehr unterschiedliche Gewichtungen und Ausrichtungen auftreten und individuelle Unterstützungsbedarfe mit entsprechenden Vorgaben beschränken.

Antragstellung und damit zugleich der Zugang zu Hilfen und Unterstützungsangeboten können weiterhin als Behinderung für Anspruchsberechtigte wahrgenommen und deklariert werden und für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, mit Ängsten und vermindertem Antrieb eine nicht zu überwindende Hürde darstellen. Die bereits umgesetzte Regelung der Anpassung von Einkommens- und Vermögensgrenzen sowie die Freistellung der Angehörigen von einer entsprechenden Prüfung und Kostenübernahme bedeutet allerdings eine erhebliche Verbesserung für den Zugang zu den Hilfen. Auch wenn weiterhin eine Antragstellung und Nachweise über einen Anspruch auf Unterstützungsleistungen notwendig sind und die Voraussetzung für die Einrichtung der Hilfen, ist der Zugang diesbezüglich deutlich erleichtert. Oftmals haben

die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zuvor aufgrund der Einkommens- und Vermögensprüfung ihrer Angehörigen auf die Antragstellung verzichtet – insbesondere, wenn kein oder auch ein belasteter Umgang zu Familienangehörigen bestand.

Die rechtlichen - zunächst strukturellen - Veränderungen, die das BTHG mit sich bringt und anstößt, haben vielfältige Neuerungen in der Eingliederungshilfe veranlasst. Die Umstellung und Trennung von existenzsichernden Leistungen zu Fachleistungen haben massive Veränderungen für die Umsetzung von Hilfen bei vielen Leistungserbringern und Trägern der Eingliederungshilfe bedeutet. Neue Verfahren und Instrumente für die Bedarfsermittlung und die Umsetzung und Bewilligung von Hilfen müssen entwickelt, neue Hilfeplan-Teams aufgebaut werden und neue Strukturen in den Abläufen gefunden werden. Dieser begonnene Prozess befindet sich bisher in den Kinderschuhen und reibungslose und routinierte Abläufe sind bisher nicht erreicht. Die Mitarbeitenden in den neuen Teams müssen sich ebenso wie die neu gefundenen Teams in den EUTB's einarbeiten und orientieren. Erste Absprachen, welcher Träger für welche Verfahrensschritte zuständig sein wird, müssen gefunden werden. So sind auch weiterhin Absprachen zu treffen, wie beispielsweise die Frage, ob und wer eine eventuelle Antragstellung begleiten und unterstützen kann. Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner erwarteten zunächst, dass dieser Part der Eingliederungshilfe durch die neu geschaffenen EUTB's übernommen würde, diese wiederum haben rückgemeldet, dass sie ihre Aufgabe lediglich in der Beratung von Betroffenen sehen. Leistungserbringern wurde mitgeteilt, dass sie diesen Part eigentlich nicht mehr übernehmen sollten, um der Forderung „weg von einer Institutionszentrierung hin zu einer Personenzentrierung“ gerecht zu werden.

Die neuen Strukturen und ebenso die neuen Verfahren müssen erst gefunden werden, um auch inhaltlich die erzielte Neuerung - im besten Fall Verbesserung - mit einer Stärkung der individuellen und bedarfsgerechten sozialen Teilhabe für die Betroffenen zu schaffen. Wenn in den jeweiligen Bundesländern Strukturen gefunden und Verfahren ausgestaltet sind, müssen die Anforderungen und Inhalte für die Umsetzung von Gesamtplanverfahren und Hilfeplan-Konferenzen ausgestaltet und entwickelt werden. Die hierfür entwickelten Instrumente können dabei sehr unterschiedlich

ausfallen und stellen sich oftmals eher als kompliziert und behindernd für eine personenzentrierte Bedarfsermittlung dar (vgl. Konrad 2019, S. 31).

Die zum 01.01.2023 in Kraft tretende Neuregelung der Zugangsberechtigung, die vorsieht, dass 5 von den 9 genannten Lebensbereichen von der Beeinträchtigung betroffen sind und so den leistungsberechtigten Personenkreis neu definiert, kann zu einer deutlichen Zugangsbeschränkung für Menschen mit psychischen Störungen werden (vgl. Konrad 2019, S.17).

Werden allerdings die genannten Vorgaben der UN-BRK und das Ziel der Würde und gleichberechtigten Teilhabe die Inhalte und Umsetzung der neuen Strukturen bereichern, ist über die ambulante Eingliederungshilfe die Unterstützung der individuellen Lebensplanung und die Gestaltung der sozialen Beziehungen insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein herausgestelltes Ziel (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S.262). Die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen, explizit auch die Beziehungsgestaltung zu Lebenspartnern und Lebenspartnerinnen, zu Nachbarn und insbesondere die Bedarfe von Eltern mit Beeinträchtigungen werden in den Assistenzleistungen dargestellt und betont (vgl. Konrad 2019, S. 65ff).

So scheinen mit dem BTHG die gesetzlichen Vorgaben für eine systemische Perspektive in der Eingliederungshilfe über die Assistenzleistungen geschaffen zu sein. Die Ausformulierungen und Beschreibungen der möglichen Assistenzleistungen betonen die Bedeutung, die auch eine psychische Erkrankung für zwischenmenschliche Beziehungen hat und ermöglichen und begünstigen so - bei entsprechender Auslegung durch die Leistungsträger - eine Anwendung und Umsetzung systemischer Perspektiven und Methoden im Zuge der Bedarfsermittlung, Bedarfserfassung und Leistungserbringung.

4. Systemische Beratung

Systemische Therapie und Beratung haben zum einen ihre Wurzeln in den 1950er Jahren in der Psychotherapie-Geschichte mit den ersten Konzepten von Gruppen- und

Familientherapie (vgl. von Schlippe 2000, S.17). Zum anderen umfasst der systemische Ansatz eine Vielzahl von Konzepten und wissenschaftlichen Modellen, die gemeinsame Grundorientierungen aufzeigen, und sich mit der Systemtheorie und der Kybernetik als disziplinübergreifende Haltung verstehen lässt (vgl. Levold, Wirsching 2020, S.16, vgl. Luhmann 1984). Sowohl in der wissenschaftlichen, interdisziplinären Sichtweise, als auch in der therapeutischen Haltung geht es um ganzheitliche Zusammenhänge mit Wechselwirkungen, die sich in der systemischen Beratung wiederfinden. *„Als System betrachtet, ist die Familie ein Ganzes, etwas qualitativ anderes als die Summe ihrer Teile, mit denen sie sich (und diese untereinander) in Wechselwirkung befindet: Jeder einzelne ist mit dem anderen so verbunden, dass eine Änderung des einen automatisch eine Veränderung des gesamten Systems mit sich bringt“* (v. Schlippe 1995, S.22).

Systemische Therapie und systemische Beratung bedeuten somit zunächst eine Grundhaltung und ein theorieübergreifendes Paradigma, die Menschen in vielschichtigen sozialen Kontexten und Interaktionen wahrnehmen. Im Zuge des Psychotherapeutengesetzes 1999, der Anerkennung der systemischen Therapie als wissenschaftlich fundiertem Verfahren sowie der kassenärztlichen Zulassung 2019 hat es zunehmend eine Notwendigkeit für eine strukturelle Trennung der Begrifflichkeiten von systemischer Therapie und systemischer Beratung gegeben (vgl. Levold, Wirsching 2020, S. 14). Diese Form der Ausdifferenzierung widerspricht jedoch zugleich der systemischen Haltung und dem gemeinsamen Verständnis von Problemlagen und Kontexten.

4.1. Die systemische Haltung

Der systemische Blick auf ganzheitliche Zusammenhänge und interdisziplinäre Sinnbezüge verdeutlicht, dass Menschen sich in vielfältigen Kontexten und unterschiedlichen (biologischen, sozialen, psychischen, kulturellen) Systemen befinden, die in Wechselwirkung voneinander abhängig sind (vgl. Altmeyer 2013, S. 35). Somit bedeutet eine systemische Haltung auch, kooperative Arbeitsstrukturen zu erkennen, zu berücksichtigen und zu intensivieren. Die unterschiedlichen Bedingungen und Strukturen, die die individuellen Belange beeinflussen, werden in

der systemischen Beratung mitgedacht und berücksichtigt. So können Ressourcen im primären sozialen Umfeld erkannt und genutzt werden (vgl. Kröger, Hendrichke et.al. 1998, S. 352). Oftmals sind komplexe Versorgungsstrukturen und ebenso sozialraumorientierte Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen, die auf der Suche nach Beratung und Hilfestellung sind, unübersichtlich und nur schwer zugänglich. Dann sind institutionsübergreifende Vernetzung und Kooperation im Hilfesystem sowohl systemische Haltung als auch eine mögliche Ressource für Ratsuchende und können die Beratung ergänzen und vervollständigen. Die Reflexion des institutionellen und gesellschaftlichen Kontextes in denen die Beratungen stattfinden ist somit in den systemischen Prozess eingebunden (vgl. Ullherr 2012, S. 18).

Systemische Haltung bedeutet zugleich eine wertschätzende und offene Beziehung zwischen Ratsuchenden und den Beratenden. Respektvolle Neugier und eine empathische Neutralität gegenüber den individuellen Wahrnehmungen und Weltbildern der Klientinnen und Klienten sind dabei die Basis (vgl. Oestereich 2016, S.6). Die systemische Sichtweise basiert hierbei auf der Überzeugung, dass Klienten stets die Experten ihrer Welt, mit einer eigenen Wahrnehmung, individueller Grundhaltung und Deutungsmustern sind. *„Der Mensch konstruiert seine eigene Wirklichkeit, was somit nicht für allemal Gültigkeit besitzt. Das gilt für einzelne Menschen sowie für alle sozialen Systeme“* (Martin 2020, S.339). Sprache hat bei der gemeinsamen Reflexion dieser Sinnbezüge, der Deutung von Verhalten und der Wirkung von Gefühlen eine große Bedeutung, die sich in der systemischen Haltung widerspiegelt, beispielsweise durch

- zirkuläres Verständnis
- Perspektivwechsel
- Allparteilichkeit
- Wertfreie Haltung
- Kritikfreiheit
- Positive Umdeutung (vgl. Weiss, Haertel-Weiss 2000, S. 30ff).

Eine sorgfältige Auftragsklärung ist der Ausgangspunkt der gemeinsamen lösungsorientierten Arbeit. Entsprechend dem 4-A-Modell von Arist von Schlippe wird:

der **Anlass** der Beratung (also mögliche Auslöser), das **Anliegen** (wie Problemdefinitionen, Problemklärung) und mögliche ergänzende Fragestellungen, der **Auftrag** (mögliche Ziele und Wünsche) für die Beratung und entsprechende Abmachungen (beispielsweise wie wurde das Problem verstanden, was kann angeboten werden) sowie die **Aktionen** (wie wird mit dem Auftrag umgegangen) erfragt und gemeinsam erarbeitet (vgl. Altmeyer 2013, S. 35).

Systemische Beratung und Therapie richtet sich in den unterschiedlichen Kontexten dann sowohl an Einzelne, an Paare, an Gruppen, als auch an Teams und Organisationen und dem Ursprung entsprechend an Familien – in der systemischen Multifamilientherapie auch an mehrere Familien gleichzeitig. Bei Bedarf ist auch ein Einbezug von weiteren Verwandten, anderen Bezugspersonen oder auch weiterer Menschen aus dem professionellen Helfersystem sinnvoll. Eine systemische Haltung zeigt sich hierbei stets allparteilich und akzeptiert die Wirklichkeit aller Beteiligten als Ergebnis sozialer Konstruktion. Die ratsuchenden Menschen werden darin unterstützt, die eigenen Beobachtungen zu reflektieren, eine jeweils selbstreferente Position einzunehmen und ein Bewusstsein über Wahlmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. v. Schlippe, Schweitzer 2019, S. 8). Der systemische Ansatz nimmt dabei eine ressourcenorientierte Haltung ein und fördert Selbstverwirklichung, Autonomie und die Übernahme der eigenen Verantwortung von Entscheidungen sowohl im Hinblick auf Angehörige und Familie als auch unter Berücksichtigung des strukturellen und gesellschaftlichen Kontextes. Systemische Beratung und Therapie bietet hierbei zugleich eine Vielzahl an Fragetechniken, Interventionsmöglichkeiten und symbolisch-metaphorischen Methoden.

4.2. Methoden in der systemischen Beratung

Bei einer Beratung von mehreren Familienmitgliedern oder Teilnehmenden werden über das 4-A-Modell die Aufträge und Ziele aller Beteiligten eingeholt, da sich hier bereits Unterschiede in den Erwartungen darstellen können (vgl. Baumgärtner 2020, S. 1). Für eine Implementierung von systemischer Beratung über die qualifizierte Assistenz werden im Folgenden beispielhaft einige Methoden der systemischen Beratung und Therapie dargestellt, um Nutzungsmöglichkeiten zu konkretisieren.

Mit unterschiedlichen Fragetechniken und systemischen Interventionsmöglichkeiten können Ziele, Erwartungen, Veränderungswünsche und Herausforderungen in den gemeinsamen Gesprächen reflektiert und bearbeitet werden:

a) Systemisches Fragen

Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache in der systemischen Arbeit spiegelt sich in der aktiven und strukturierten Gesprächsführung und den methodenübergreifenden Gesprächstechniken in der systemischen Beratung wider. *„Das Interview ist das wichtigste Werkzeug und so verdient das Fragen und Antworten ein besonderes Augenmerk“* (Berg 1999, S. 82). Über offene und konkrete Fragen und Nachfragen können innere Landkarten - also Vorannahmen, Bedeutungen, Regeln oder Muster – und entsprechende Wechselbeziehungen herausgearbeitet und reflektiert werden, nach denen das individuelle und soziale System funktionieren (vgl. Oestereich 2016, S.6). Fragen können dabei z.B. die Ziele der Beratung, Veränderungen und Erwartungen, frühere Erfolge und Ausnahmen betreffen:

- Wer bemerkt woran, wenn das Ziel der Beratung erreicht wurde?
- Wie haben sie es geschafft, die notwendigen Anträge zu stellen?
- Was erhoffen sie sich von der Beratung?
- Was befürchten sie bei der Unterstützung?
- Gab es Zeiten, in denen das von ihnen geschilderte Problem nicht aufgetreten ist?

Bernd Roedel betont die „Kunst des banalen Fragens“ und die Bedeutung von erwartungsneutralen Fragen, die assoziative Anstöße geben können und so Präzisierungen und Konkretisierungen ermöglichen (vgl. Roedel 2006, S. 17ff). Die Wirklichkeitsbeschreibungen und Glaubenssysteme der Ratsuchenden werden so sichtbar und können im Beratungsprozess Weichen für den weiteren Verlauf stellen. Insbesondere das zirkuläre Fragen kann Beziehungsmuster veranschaulichen und Interaktionsabläufe darstellen.

- Was vermuten sie welches Thema möchte Ihre Frau heute in der Beratung besprechen?
- Was denkst du, fühlt deine Mutter, wenn sie sich so verhält?

„Die grundlegende Überlegung beim Einsatz zirkulärer Fragen ist dabei, dass in einem sozialen System alles gezeigte Verhalten immer (auch) als kommunikatives Angebot verstanden werden kann“ (v. Schlippe, Schweitzer 2019, S. 44). Fragen können in der systemischen Beratung sowohl auf Unterschiede abzielen und diese verdeutlichen als auch Stimmungen, Meinungen und Überzeugungen aufzeigen und Erfolge, und Ausnahmen verdeutlichen. Mit einer Vielzahl an Fragetechniken und -Formen werden in der systemischen Beratung so gemeinsam neue Blickrichtungen entwickelt, Ressourcen verdeutlicht, Perspektiven gewechselt und mögliche Lösungsversuche erarbeitet:

Fragen nach Ausnahmen	Wenn Sie davon erzählen, wie herausfordernd die letzten Jahre für sie waren, gab es in dieser Zeit auch Phasen, in denen es leichter für sie gewesen ist?
Fragen nach Erfolgen	Sie haben mir beschrieben, wie schlecht es ihnen heute Morgen gegangen ist, wie haben sie es geschafft, unseren Termin trotzdem wahr zu nehmen?
Bewältigungsfragen	Wie haben Sie es geschafft, mit dieser Situation zurecht zu kommen?
Erwartungen erfragen	Was muss ich in der Beratung tun, um ihre Erwartungen zu erfüllen. Was muss ich tun, damit die Beratung zum Misserfolg wird?
Lösungsorientierte Fragen	Wie haben sie es geschafft, dass das Problem in dieser Zeit nicht aufgetreten ist?

Skalierungsfragen	Auf einer Skala von 0 – 10, wobei 0 gar nicht und 10 unbedingt und auf alle Fälle bedeutet, wie sehr möchten sie, dass das Problem gelöst wird?
Wunderfragen	Stellen sie sich vor, heute Nacht, während sie schlafen, kommt eine Fee. Und morgen, wenn sie aufwachen, ist ihr Problem verschwunden. Woran würden sie am nächsten Morgen als erstes merken, dass das Problem weg ist?

Tab. 7 „Systemisches Fragen“ (vgl. Levold, Wirsching 2020, S. 156ff, vgl. v.Schlippe, Schweitzer 2019, S. 40ff,).

Die systemische Haltung der beratenden Menschen, die mit Wertschätzung, Offenheit und Neugier den Beratungsprozess gestalten, wurde bereits dargelegt. Diese Haltung begleitet das Interview und schlägt sich ebenso in den systemischen Techniken nieder.

b) systemische Techniken und Interventionen

Das Joining, eine der Methoden der Beziehungsaufnahme und -gestaltung durch die Beratenden, insbesondere geprägt durch Salvador Minuchin, hat das Ziel den Selbstwert der Beteiligten zu erreichen und die Stärken der Betroffenen zu betonen. „*Joining heißt, die Familie wissen zu lassen, daß der Therapeut sie versteht und mit ihnen und für sie arbeitet*“ (Minuchin, Fishman 1982, S. 32). Über das Joining kreieren Beratende so ein wertschätzendes authentisches Arbeitsbündnis mit den Ratsuchenden, in dem die wohlwollende Atmosphäre die Gespräche prägt.

Das lösungsorientierte Vorgehen, dass sowohl individuelle als auch partnerschaftliche und familiäre Ressourcen herausarbeitet und betont, wird über die systemische Methode des Reframings - also dem Umdeuten von Konflikten und Problemen - verstärkt (vgl. Martin 2020, S. 339). Mit dieser Technik wird einem Erlebnis, einem Gefühl oder einem Problem ein neuer Sinn gegeben und in der gemeinsamen Reflektion können so Perspektivwechsel entstehen und neue Blickrichtungen auf die Zusammenhänge gefunden werden. „*Umdeutung verändert die Beziehung zwischen*

einer Situation und ihrer Bedeutung. Dadurch kann ein Problem aus seinem symptomatischen Zusammenhang gelöst und in einen neuen Kontext gestellt werden“ (Barthelmess 2014, S. 173).

In der wertschätzenden Atmosphäre können mit der systemischen Haltung die Menschen eventuell mit den neuen Sichtweisen überrascht oder irritiert werden, Vermutungen und Spekulationen aufgedeckt werden und innere Strukturen und Regeln reflektiert werden. Empathie und Wertschätzung gegenüber den Ratsuchenden würdigt die Anliegen, und regt Selbststeuerungsprozesse und neue Lösungsversuche an, um dysfunktionale Muster und Strategien zu unterbrechen (vgl. Ullherr 2012, S.18).

Interventionstechniken und Methoden können zumeist den verschiedenen systemtherapeutischen Modellen zugeordnet und entsprechend systematisiert werden:

Interventionen und Techniken	Vertreter*Innen	Perspektive
Joining Verschreibungen Zirkuläre Fragen Paradoxe Interventionen	Salvador Minuchin Mara Selvini-Palazolli	Strukturell-strategisch
Genogrammarbeit Unsichtbare Bindungen Familienrekonstruktion	Ivan Boszormenyi-Nagy	Mehrgenerationenmodell
Familienskulptur Reframing	Virginia Satir Carl Whitacker	Erlebnisorientiertes Modell
Lösungsorientierte Fragen Positives Umdeuten Wunderfrage	Insoo Kim Berg Steve de Shazer	Lösungsorientierter Ansatz

Tab. 8 „Systemische Interventionen“ (vgl. v. Schlippe, Schweitzer 2000, S. 24, vgl. v. Sydow, Borst 2018, S. 50).

Für eine Implementierung der systemischen Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe wird hier exemplarisch die Methode der Genogrammarbeit

sowie im Kontext der Sozialen Arbeit reflektiert werden, da diese beiden Tätigkeitsfelder die bedeutsamen Schnittmengen in der ambulanten Eingliederungshilfe darstellen.

4.3. Systemische Perspektive im psychiatrischen Hilfesystem

Im Zuge der Kassenzulassung der Systemischen Therapie 2019 setzt sich die systemische Perspektive im Kontext des psychiatrischen Hilfesystems zunehmend durch. Die systemische Sichtweise und Haltung und eine psychiatrische Diagnostik scheinen hierbei allerdings zunächst widersprüchlich. Symptome mit psychiatrischen operationalisierbaren Störungsbildern sind aus systemischer Perspektive überholte Konstrukte (vgl. Martin 2020, S. 337). Ursprüngliche Krankheitsbegriffe sowie die Herausstellung von Defiziten und Störungen bei der Diagnostik und somit die individuelle Pathologie des Patienten widersprechen der Systemischen Sichtweise, die ein zirkuläres Störungsverständnis betonen und zugleich in Krisen und Herausforderungen nach Sinn und Entwicklungsmöglichkeiten fragen. *“Systemiker*innen haben ein positives Krisenverständnis: So leidvoll eine Krise im Erleben der Einzelnen sein mag, ist sie aus der Zukunft betrachtet ein echter Schatz zur Entdeckung und Weiterentwicklung eigener Stärken“* (Baumgärtner 2020, S. 1). Das zirkuläre Störungsverständnis der systemischen Blickrichtung hinterfragt die Wechselwirkung von Verhalten und Wahrnehmung zwischen Menschen, Symptomen und Umwelt. Die Bedeutung von Sprache, Sinnbezug und individueller Wahrnehmung von Symptomen werden in der Beratung herausgestellt und die Menschen, die mit ihren Anliegen Unterstützung erhoffen, werden als Expertinnen und Experten ihrer Welt wahrgenommen (vgl. Altmeyer 2013, S. 35).

Dennoch ist die psychiatrische Diagnostik die Basis für die Implementierung von Hilfen. Sowohl fachärztliche als auch therapeutische Angebote sowie Unterstützungsleistungen der Sozialen Arbeit sind in den gesellschaftlichen und rechtlichen Strukturen auf eine Diagnostik angewiesen und werden auf dieser Basis finanziert und erbracht. Wie lassen sich die defizitorientierten Etikettierungen der psychiatrischen Diagnostik und der ressourcenorientierte systemische Ansatz vereinbaren?

Von Sydow betont, dass systemische Therapie den Fokus auf den sozialen Kontext psychischer Störungen legt (vgl. v. Sydow, Borst 2018, S. 47). Die systemische Perspektive, die eben auch eine Reflexion und Einbeziehung des sozialen Kontextes bedeutet, kann die kategoriale Betrachtungsweise der Diagnostik als einen Aspekt des sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes der Beratungssituation wahrnehmen. Die gesellschaftlichen und rechtlichen Strukturen, die die Diagnostik einfordern und bedingen, müssen so mitgedacht, reflektiert und eventuell in den Beratungsprozess eingebunden werden. *„Der Widerspruch zwischen defizitorientierten Krankheitsmodellen und ressourcenorientiertem Denken löst sich auf, wenn man von einer Metaebene aus beide Sichtweisen nicht als absolute Wahrheiten betrachtet, sondern als Konstrukte mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen“* (Ruf 2009, S. 357). Psychiatrische Diagnostik ermöglicht so als Eintrittskarte den Zugang zu einem vielschichtigen Hilfesystem (vgl. Martin 2020, S. 343). Das psychiatrische Hilfesystem umfasst dabei klinische Angebote, stationäre und teilstationäre Behandlungs- und Versorgungsleistungen, als eben auch ambulante Unterstützungsmöglichkeiten. Die psychiatrischen Versorgungsstrukturen, die vielfältigen gesetzlichen Grundlagen und die diversen involvierten Berufsgruppen bedingen und fordern nahezu einen systemischen Blick auf die vielschichtigen Themenbereiche und Unterstützungsangebote (vgl. Jacobi et.al. 2022, S.5ff, vgl. Gühne 2019, S. 57).

Zugleich ist psychiatrische Diagnostik als kommunikatives Mittel für die Systemische Haltung eine mögliche Arbeitshypothese und bietet eine weitere Perspektive auf das Anliegen der Klienten. *„Obwohl die Defizitorientierung, die „Festschreibungstendenzen“ und die reine Fokussierung auf das Individuum (...) den meisten systemischen Therapeuten Bauchschmerzen bereiten, arbeiten sie dennoch mit den etablierten symptombezogenen diagnostischen Ansätzen, verstehen diese jedoch eher als „Arbeitshypothesen“, die durch Ressourcen- und Systemdiagnostik ergänzt werden“* (v. Sydow, Retzlaff 2021, S. 470). Systemische Perspektive ermöglicht somit zugleich die Wahrnehmung von Vielschichtigkeit der Bedingungen, der Strukturen, der Systeme sowie der Aufträge.

Die Wirksamkeit Systemischer Therapie konnte in einer Studie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) im Gesundheitswesen 2017 insbesondere bei

Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, für psychische und Verhaltensstörungen, für Essstörungen, für gemischte Störungen, Schizophrenie, Substanzstörungen und in weiteren Studien für Traumafolge- /Persönlichkeitsstörungen signifikant belegt werden (vgl. IQWiG- Abschlussbericht, S. 513, vgl. v. Sydow, Retzlaff 2021, S 472ff). Wirksamkeitsstudien haben aber ebenso die Grenzen und Schwierigkeiten in der Umsetzung von systemischen Konzepten aufgezeigt. So betonen einige Studien die sowohl zeitlich als auch organisatorisch und räumlich zu begrenzten Möglichkeiten, um Familiengespräche und Angebote unter Einbeziehung Angehöriger und weiterer Beteiligter umzusetzen (vgl. v Sydow, Retzlaff 2021, S. 475, vgl. Zwack 2008, S.2). Zudem war im Vergleich psychotherapeutischer Verfahren die Systemische Therapie nicht für alle psychischen Erkrankungen das beste therapeutische Instrument. *„Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Evidenz bei bestimmten Störungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) derzeit für andere Therapieansätze noch besser ist als für ST“* (v. Sydow, Retzlaff 2021, S. 474). Diese Einschränkungen beeinflussen jedoch nicht die Nützlichkeit und Bereicherung durch die Systemische Therapie in der Praxis - sowohl im Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten als auch in weiteren Angebotsstrukturen der Psychiatrie ist die Wirksamkeit unbestritten (vgl. Altmeyer2013, S. 39, vgl. v. Bülow, Retzlaff 2021, S. 475, vgl. Ruf 2009, S.273). Bei den Störungen, bei denen die Evidenz anderer Therapieansätze besser ist, liegen keine Kenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der systemischen Therapie vor (vgl. Hecken 2018, S. 15).

Die Implementierung der Systemischen Beratung und Therapie in bestehende Angebotsstrukturen findet somit auch zunehmend im psychiatrischen Kontext statt. Auch im stationären Setting und im Klinikalltag ist der Zuspruch deutlich gewachsen. V.d.Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen und Leggemann stellen im Kontext der Akut-Psychiatrie Bethel sowohl für die stationären als auch für die teilstationären Maßnahmen die Anwendung familienorientierter Angebote im Zuge einer systemischen Therapie heraus und heben den Nutzen folgender Interventionen hervor:

Die sorgfältige Auftragsklärung

da sich hierdurch die sehr unterschiedlichen Anliegen von Einweisenden, Betreuern, Angehörigen und Patienten sichtbar dargestellt haben und so in den Behandlungsverlauf eingebunden werden konnten

Die Ressourcenorientierung

durch die die Patienten Selbstheilungskräfte aktivieren können und das Vermitteln von Hoffnung ein vorrangiges Ziel wurde

Die Einbeziehung von Angehörigen

Wodurch die Entwicklung von Hypothesen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Problemen im familiären Kontext ermöglicht wurde.

Insbesondere die Notwendigkeit psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder zu unterstützen wurde verdeutlicht, da sich deutlich zeigte, dass viele Eltern Unterstützungsangebote von Jugendämtern nicht annehmen, aus Sorge die Kinder abgeben zu müssen (vgl. v.d.Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen, Leggemann 2012 S. 60ff).

Diese Interventionen haben sich hier in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen, die von psychischen Störungen betroffen sind im stationären und teilstationären Angebot als besonders hilfreich und wirksam herausgestellt.

In ihrer Promotionsarbeit konnte Zwack in einer Studie auf sechs akutpsychiatrischen Stationen ebenfalls die Nützlichkeit insbesondere der o.g. Interventionen sowie der Methode der Genogrammarbeit belegen. Zugleich betont sie die positiven Auswirkungen der systemischen Weiterbildung auf die Teams der Intensivstationen mit einem deutlichen Anstieg der interdisziplinären Kooperation. Zudem stellt sie den signifikanten Anstieg persönlicher Erfüllung und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden in den multiprofessionellen Teams, einhergehend mit einem signifikanten Rückgang der emotionalen Erschöpfung durch die Anwendung systemischer Strategien heraus (vgl. Zwack 2008, S. 1ff).

Diese Studien und Projekte aus einigen psychiatrischen Tätigkeitsfeldern belegen somit beispielhaft die Wirksamkeit und den Nutzen der systemischen Therapie und Beratung sowie der systemischen Perspektive bei der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Klinische und psychiatrische Kontexte haben dabei allerdings einen anderen Auftrag – nämlich einen vor allem medizinisch und therapeutisch ausgerichteten - als Hilfestellungen über die Soziale Arbeit.

4.4. Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit

Die qualifizierte Assistenz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist eines der vielfältigen Angebote und diversen Aufträge innerhalb der Sozialen Arbeit. *„Soziale Arbeit hat es mit mehreren Beteiligten zu tun (Vertretern aus Kommunen, Geldgebern, Bürgern, Klienten) und richtet sich an verschiedene Personen und Systemen mit unterschiedlichen Geschichten, Besonderheiten und Erwartungslagen“* (Hosemann, Geiling 2013, S. 26). Soziale Arbeit befindet sich somit stets in einem Spektrum von verschiedenen gesellschaftlichen Bedingungen und Zuständigkeitsbereichen und ist oftmals in Ambivalenzen und Spannungsfeldern – beispielsweise durch sehr unterschiedliche Erwartungshaltungen von Auftraggebern und Klienten – eingebettet. In den Achtzigerjahren findet der systemische Ansatz erste Zugänge in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit (vgl. dgssa 2022, S.2). Die Systemische Sozialarbeit etabliert sich - als noch relativ junges Paradigma - zunächst insbesondere in der Jugendarbeit und Familienhilfe (vgl. Paulick 2020, S. 1). Inhalt, Grundsätze und Ethik der Systemischen Sozialen Arbeit basieren dabei auf kontinuierlicher Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen und Bedeutungen von

- Gegenstandsbestimmung
- Ort der Leistungen
- Art der Leistungen
- systemischen Grundsätze wie Respekt, Zirkularität, Vernetztheit,
- Ressourcen- und Lösungsorientierung
- Kontextsensibilität
- Wertschätzung
- Macht, Hilfe und Kontrolle

- Kritischer Selbstreflexion
- Kritischer Reflexion gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen
- Leitdifferenzen sozialer Teilhabe (vgl. Miller 2012, S. 30ff, vgl. Hosemann, Geiling 2013, S. 24).

Insbesondere in den Beratungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Familienberatung ist die systemische Beratung und Therapie sehr präsent und der Nutzen der systemischen Haltung konnte hier bereits dokumentiert und dargestellt werden. In seiner - in der Einleitung bereits erwähnten - Studie zur Wirksamkeit systemischer Beratung im Kontext einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle kann Berg einen hochsignifikanten Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern darlegen sowie eine Förderung eines besseren Bindungsverhaltens zwischen Müttern und Kindern aufgrund der systemischen Beratung (vgl. Berg 2019).

Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe konnte Schumacher den positiven Effekt der systemischen Haltung der pädagogischen Fachkräfte, sowohl auf die Selbstwirksamkeit der Kinder als auch auf die gelingende Zusammenarbeit mit den Eltern, nachweisen (vgl. Schumacher 2016, S. 73ff). Eine vergleichende Studie zur Wirksamkeit des systemischen Ansatzes im Zuge von Sozialpädagogischer Familienhilfe, welches als aufsuchende Hilfe ein sehr nahes Arbeitsfeld zur ambulanten Eingliederungshilfe darstellt, hat bisher leider nicht zu aussagekräftigen Ergebnissen geführt (vgl. Mackenstein, Eisenhuth 2017, DGSF). In Fallbeispielen aus der Schulsozialarbeit veranschaulicht Just den Nutzen systemischer Interventionen und Perspektiven (vgl. Just 2016, S. 36ff). So konnte in einigen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit bereits ein positiver Effekt für Klienten und Fachkräfte durch die Anwendung systemischer Interventionen und Perspektiven dargestellt werden. Insgesamt scheint die theoretische und wissenschaftliche Reflexion der Systemischen Sozialarbeit noch vielfältige Möglichkeiten für ein eigenständiges Profil zu bieten. Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF e.V.) betont die Notwendigkeit Systemische Sozialarbeit wirksam zu etablieren und zu profilieren und Forschungen zur Wirksamkeit systemischer Sozialarbeit zu initiieren (vgl. Kaminski 2018, DGSF).

Zwischenfazit

Eine systemische Perspektive bedeutet zugleich Haltung, Sichtweise und Methodenvielfalt. Die Hinwendung zu Vernetzung und Kooperation bewirken zugleich Zirkularität und die Wahrnehmung von Wechselwirkungen. Systemische Beratung basiert auf Empathie, Wertschätzung sowie Ressourcenorientierung und ermöglicht zugleich die Reflexion der Gegebenheiten sowie der eigenen Rolle.

Die Systemische Perspektive hat sowohl im psychiatrischen Hilfesystem als auch in den Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit erfolgreich Fuß gefasst. Die Nützlichkeit und Wirksamkeit für Patienten / Klienten, für deren Angehörige, Kinder und Eltern und ebenso die positiven Effekte für die beteiligten Fachkräfte wurde in unterschiedlichen Studien herausgestellt. Insbesondere die Notwendigkeit im Zuge einer psychischen Erkrankung eines Erwachsenen die systemische Perspektive zu nutzen und Familienangehörige und vor allem Kinder der Betroffenen in den Prozess der Beratung und Unterstützung zu integrieren ist in den vergangenen Jahren mehrfach aus beiden Tätigkeitsfeldern aufgezeigt worden. Wissenschaftliche Studien und Projekte, wie das Kanu-Präventionsprojekt der Bethel-Klinik oder die durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Leuchtturmprojekte zur Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zeigen Möglichkeiten und Chancen in der Angebotspalette auf. Zugleich verdeutlichen sie die Brisanz für die Betroffenen und die Relevanz systemischer Angebote und benennen die Grenzen bisheriger Modellprojekte (vgl. Görres, Pirsig, Schäfer, 2019, vgl. Bauer, Reimisch, Schmuhl 2012, S.59). So scheitern Angebote für Betroffene, Kinder und Familien daran,

- dass die Hilfsangebote nicht bekannt sind
- dass Betroffene Angst haben, stigmatisiert zu werden
- dass die psychisch erkrankten Menschen aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, aktiv Hilfsangebote zu suchen
- dass Betroffene Angst haben, ihre Kinder zu verlieren
- dass Projekte nur für einen gewissen Zeitraum durchgeführt und finanziert werden

- dass die zuständigen Institutionen bspw. Jugendhilfe, ASD und sozialpsychiatrischer Dienst nicht kooperieren (vgl. Görres, Pirsig, Schäfer, 2019, S. 7, vgl. Schneider 2019, S.890).

Das gemeinsame Fazit interdisziplinärer Wissenschaft und Praxis betont die enorme Notwendigkeit Betroffene mit psychischen Erkrankungen und deren Familienangehörige gemeinsam zu entlasten und zu unterstützen. Die Notwendigkeit insbesondere die Kinder dieser Familiensysteme aufzufangen, bevor sie aufgrund eigener Auffälligkeiten Hilfen angeboten bekommen, ist in den letzten Jahren zunehmend in das Visier der Disziplinen gelangt. *„Man gewinnt den Eindruck, als müssten diese Kinder selbst erst psychische Störungen entwickelt haben, damit sie für die Forschung wieder interessant sind“* (Schneider 2019, S. 888). Diese Erkenntnis hat zunehmend Angebote, die sich an die betroffenen Kinder richten, ins Leben gerufen *„Punktuell existieren zwar etliche Projekte oder Initiativen (...) für die Unterstützung der Eltern und ihrer Kinder, aber es gibt keine festen Strukturen, die eine verlässliche Versorgung über längere Zeit und ohne Altersgrenzen ermöglichen“* (Renneberg, Lenz Christiansen, Majumder 2018, S. 2). Auch fehlen treffsichere Angebote, die alle Familienangehörigen gemeinsam beraten, unterstützen und entlasten, da Betroffene oftmals aufgrund der o.g. Befürchtungen die Familienberatungen der Jugendhilfe nicht annehmen möchten (vgl. Stübe 2021, S. 9). Diese Ausgangssituation erschwert bisher eine Entlastung und Unterstützung für das gesamte Familiensystem bei der Beratung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Eine Erweiterung der Angebote im Hinblick auf eine systemische Perspektive über die qualifizierte Assistenz kann hier eine Lücke schließen. Der DGSF e.V. hat folgerichtig 2018 die Finanzierung der systemischen Familientherapie über die Eingliederungshilfe gefordert.

5. Die systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe

Eine systemische Perspektive bedeutet für die vorliegende Arbeit somit zum einen, eine Beachtung einer integrierten bio-psycho-sozial-kulturellen Betrachtungsweise von psychischen Erkrankungen. Die von der UN-BRK geforderte und mit dem BTHG angestrebte Perspektive ist in dieser Haltung somit inkludiert. Zudem bedeutet eine systemische Perspektive zugleich einen möglichen Ansatz, Ressourcen im

gesellschaftlichen und sozialräumlichen System zu aktivieren und kooperative Arbeitsstrukturen zu intensivieren. Des Weiteren bedeutet der systemische Ansatz in der ambulanten Eingliederungshilfe eine Reflexion zu den Möglichkeiten der Einbeziehung der Familie, Angehöriger und weiterer sozialer Kontakte, die die soziale Lebenswelt der Betroffenen bedeuten und damit die Ermöglichung der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. *„Wo tragfähige Beziehungen fehlen und nicht synergetisch zusammenwirken, entstehen Isolation, Not, Verarmung, Entwürdigung, Ausgrenzung, Ungerechtigkeit und Benachteiligung, Gewalt und soziale Ungleichheit“* (Miller, T. 2012, S, 240). Eine systemische Perspektive in der Unterstützung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann einen Paradigmenwechsel zum traditionellen Verständnis ermöglichen:

Traditionelles Verständnis	Systemische Perspektive
Die/der Einzelne	Das ganze System
Objektive Beschreibung	Beobachter = Teil des Systems
Neutralität	Wechselwirkung, Vernetzung
Linearität	Zirkularität
Kontrolle	Selbstorganisation
Symptom = Defizit	Symptom ergibt Sinn und kann einer Ressource sein
Mensch ist behindert, hat Behinderung	Mensch wird behindert
Betroffene müssen sich anpassen	Recht auf Teilhabe
Betroffene werden eingegliedert	Recht auf Selbstbestimmung
Fürsorge	Wirksame Teilhabe
Suche nach Angeboten	Personenzentrierung

Tab. 9 „Traditionelles vs. Systemisches Verständnis“

Die gesetzlichen Regelungen, die Bestimmungen der UN-BRK und die daraus resultierenden Vorgaben des BTHG begünstigen eine Umsetzung der systemischen Perspektive über die qualifizierte Assistenz und bei der Beratung und Unterstützung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die Kernaufgabe der qualifizierten Assistenz ist die Unterstützung von Menschen im Gestalten von tragfähigen Beziehungen, um Inklusion, Teilhabe und Lebensqualität zu

ermöglichen (vgl. Stengler, Frank, Riedel-Heller 2018, S. 1237). Ein möglicher Mehrwert und besonderer Nutzen der systemischen Perspektive für das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe wird im Folgenden konkretisiert und reflektiert.

5.1. Die systemische Perspektive im sozialpsychiatrischen Netzwerk

Die Leistungen der sozialen Teilhabe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bedürfen der Antragstellung. Gerade psychische Beeinträchtigungen bedingen allerdings oftmals, dass die Notwendigkeiten, die eine Antragstellung mit sich bringen, aufgrund von Rückzugstendenzen, Ängsten und ähnlichen Herausforderungen eine deutliche Barriere darstellen (vgl. Rosemann, S. 24). Somit beginnt die Notwendigkeit der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bereits vor der Antragstellung.

Die Unübersichtlichkeit gesetzlicher Bestimmungen und behördlicher Zuständigkeiten erschweren den Zugang zu möglichen Hilfen zusätzlich. Die Träger von Rehabilitation und Teilhabe sind zur umfassenden Beratung und Unterstützung verpflichtet. Nach § 106 SGB IX muss die Beratung zur Antragstellung in einer für den Leistungsberechtigten wahrnehmbaren Form erfolgen. Auch um diesen Anforderungen nachzukommen und dabei mögliche verwaltungs- und kostenorientierten Zielvorgaben unberücksichtigt zu lassen, hat der Gesetzgeber zunächst für die Dauer von 5 Jahren die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (EUTB) geschaffen (vgl. Kap. 3.2.).

Diese Anlaufstelle kann mit einer systemischen Perspektive und einer offenen Haltung auf eine netzwerkorientierte Beratung eine gute Darstellung und Erläuterung schaffen, z.B. zu der Fragestellung „Wer kann was“. An bereits bestehende und gut eingespielte Netzwerke (so besteht beispielsweise in Lübeck bereits seit einigen Jahren der „Arbeitskreis Psychiatrie“, in Ostholstein wird ein Arbeitskreis „Gemeindepsychiatrie“ gerade aufgenommen, in denen diverse Institutionen und Beratungsstellen aus Lübeck und Ostholstein miteinander kooperieren), können die Mitarbeitenden und beratenden Peers der EUTB an das vorhandene „know-how“ und „who is who“ anknüpfen. Auf

diesem Wege können eventuell auch barrierefrei Verfahrenswege vorbesprochen werden, um so eine ressourcen- und lösungsorientierte Erstberatung zu ermöglichen.

Eine systemische Methode wie das 4-A-Modell nach Schlippe kann zudem bei der Erstberatung der EUTB mit der Frage nach Anlass und Anliegen erste Fragestellungen für die Betroffenen klären, Probleme sichtbar werden lassen und erste Lösungsideen aufzeigen. In der Beratung des EUTB wird hier die Frage der Zuständigkeiten, der gesetzlichen Vorgaben und der Möglichkeiten im Unterstützungsnetzwerk geklärt werden können. Eine systemische Haltung der Beratenden der EUTB kann gesellschaftliche und sozialräumliche Ressourcen aufzeigen und in der personenzentrierten Beratung nicht nur die Wünsche und Anliegen der Betroffenen erarbeiten, sondern im Beratungsprozess gemeinsam einen klaren Auftrag finden und als zielgerichtete Aktion entsprechende Ansprechpartner benennen, die für die weiteren Antragsbearbeitungen zuständig sein werden.

Die systemische Perspektive in der unabhängigen Teilhabeberatung kann so auf der Suche nach den besten Ansprechpartnern für die Aufträge der Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung Weichen stellen für gelungene Kooperationen und die Einbindung möglicher Kooperationspartner aus dem Umfeld. Wenn personenzentriert reflektiert werden kann, wer was gut kann und wo welche Stärken gebündelt sind, ist hier eine gemeinsame Anbahnung von passgenauen Hilfen gut umsetzbar.

Je besser die Beratenden der EUTB die Fähigkeiten und Qualitäten der Netzwerkpartner kennen und wo die Stärken der jeweiligen Leistungsträger und Leistungsanbieter liegen, desto eher kann gemeinsam eine Entscheidungsfindung unterstützt werden und eine passgenaue Antwort auf die Frage, welcher Ansprechpartner im sozialpsychiatrischen Netzwerk für welchen Auftrag des Betroffenen die beste Wahl sein kann.

Im weiteren Verlauf können dann die weiteren notwendigen Schritte für die Anbahnung der von den Ratsuchenden gewählten Hilfen angeschoben werden. Im Sinne einer gelungenen Kooperation kann in Zusammenarbeit mit den Klienten und den Leistungsträgern geklärt werden, welche Anträge bei welcher Behörde gestellt werden müssen und wie die Antragstellung begleitet werden kann und soll.

5.2. Systemische Haltung und Anwendung im Hilfeplanverfahren

Die über das BHTG geforderte Stärkung der Rechte von Betroffenen soll über die Instrumente der Bedarfsermittlung, der Teilhabeplanung, der Teilhabeplankonferenz sowie dem Gesamtplanverfahren in den Beratungsprozess einfließen. Die Herausforderungen, die die Entwicklung und Umsetzung der passgenauen Instrumente durch die Kommunen und kreisfreien Städte bedeuten sowie mögliche Konflikte aus finanziellen Bedingungen einerseits und inhaltlichen Forderungen andererseits wurden in Kap. 3 aufgezeigt. Diese gesetzlichen und strukturellen Bedingungen können in ihrer Unübersichtlichkeit und mit den jeweiligen Herausforderungen und Anforderungen die Anspruchsberechtigten zunächst deutlich in der Zielerreichung behindern, statt sie vor Behinderung zu schützen und zu entlasten.

Jenseits dieser verwaltungs- und institutionsabhängigen Bedingungen ist in den jeweiligen Gesprächen, die die personenzentrierten Bedarfe berücksichtigen sollen, ebenfalls eine systemische Beratung und Haltung nahezu gefordert. Wenn die Ratsuchenden in der Hilfeplanung mit dem systemischen Blick als Experten ihrer Lebenswelt wahrgenommen werden, kann dies eine zielorientierte Bedarfsermittlung begünstigen. Auch in der Ermittlung von Bedarfen über die jeweiligen Verfahren, ist die Anwendung des 4-A-Modells die passgenaue Methode bei der gemeinsamen Entwicklung von Wünschen, Zielen und Aufträge der Betroffenen.

Systemische Haltung und Empathie der Beratenden sowie entsprechende Interventionen wie das Joining und Reframing in den jeweiligen Beratungsgesprächen holen die Anspruchsberechtigten - in einem derart umfänglichen, unübersichtlichen und eventuell auch angstmachendem Verfahren - ab und vermitteln Zugewandtheit und Wertschätzung.

Das Gesamtplanverfahren, an dem die Antragstellenden beteiligt sein sollen, bietet bei optimaler Umsetzung Möglichkeiten und Ressourcen einer bisher nicht gekannten Kooperation zwischen den Leistungsträgern und -Anbietern (vgl. Rosemann 2018, S. 43ff). Die Möglichkeit des Gesamtplanverfahrens kann eine Verbesserung der Zusammenarbeit beispielsweise zwischen Jugendhilfesystem und Gesundheits-

system bedingen und disziplinübergreifende Behandlungsleitlinien für die Betroffenen und ihre Familien schaffen. Mit einer systemischen Perspektive kann so die mit dem BTHG angestrebte mischfinanzierte Einrichtung von Unterstützungsmöglichkeiten über die unterschiedlichen Behörden und gesetzlichen Angebotsstrukturen (SGB V, SGB XIII, SGB IX, SGB XII) erreicht werden. Hier ist die Haltung der Allparteilichkeit nicht nur in Blickrichtung der Antragstellenden und ihren Familien eine hilfreiche systemische Methode, sondern kann zugleich die gemeinsame Kooperation von Leistungsträgern und Leistungsanbietern miteinander begünstigen.

Die systemische Grundhaltung der Lösungs- und Ressourcenorientierung fördert die Anbahnung und Einrichtung personenzentrierter Angebote. Im Prozess von Hilfeplanung und Gesamtplanverfahren können durch die so entstehende Diversität und Kooperation von multiprofessionellen Teams mit verschiedenen Ansätzen und durch unterschiedliche Perspektiven wirkungsvolle Unterstützungsangebote für die vereinbarten Aufträge gefunden werden. Eine Variante für mögliche Angebotsstrukturen ist eine Beratung, Unterstützung und Begleitung über die qualifizierte Assistenz in der ambulanten Eingliederungshilfe.

5.3. Systemische Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen über die qualifizierte Assistenz

Das Unterstützungsangebot der qualifizierten Assistenz für Menschen mit psychischen Störungen richtet sich wie erläutert zunächst an die betroffenen Erwachsenen, die aufgrund der geforderten Diagnostik einen Anspruch auf Assistenz für die soziale Teilhabe haben. Das systemische Methoden auch in der Beratung eines einzelnen Erwachsenen diverse Anwendungsmöglichkeiten bieten und die systemische Haltung eine Basis für die Beratungsgespräche darstellt, wurde in diversen wissenschaftlichen Abhandlungen erläutert (vgl. Altmeyer 2013, S. 34, vgl. v. Sydow, Borst 2018, S. 99).

Sind die Leistungsanbieter bereits in den Prozess der Hilfeplanung eingebunden gewesen, ist eine erste Arbeitsgrundlage aufgrund des gemeinsamen Hilfeplangesprächs bereits in Form von Aufträgen und Zielvereinbarungen gefunden. Hat die Hilfeplanung im ersten Schritt ohne die Einbindung des Leistungsanbieter stattgefunden, werden im Erstgespräch zunächst die bisherige Auftragsklärung und

die Wünsche und Ziele des Leistungsberechtigten gemeinsam reflektiert. Mit der zentralen Haltung von Wertschätzung und Reframing wird zunächst eine Arbeitsbeziehung hergestellt und der Auftragskontext beleuchtet (vgl. Baumgärtner 2020, S.1). Innerhalb dieser gemeinsamen Reflexion des Hilfeplanverfahrens können zugleich mögliche weitere Beteiligte im Hilfesystem aufgezeigt und mögliche Kooperationen geklärt werden (vgl. v. Sydow, Borst 2018, S.101). Hier veranschaulicht das zirkuläre Fragen mögliche zusätzliche Perspektiven und Intentionen:

- Was denkt ihr Psychiater, was das Problem ist?
- Was vermutet die Familienhilfe kann unsere gemeinsame Beratung bewirken?
- Woran erkennt ihre Therapeutin, dass unsere Zusammenarbeit für Sie hilfreich ist?
- Was erwartet ihr rechtlicher Betreuer von der qualifizierten Assistenz?
- Gibt es jemanden, der die zusätzliche Unterstützung durch die qualifizierte Assistenz schwierig / besonders wichtig findet?

Über die sorgfältige Auftragsklärung der systemischen Beratung werden so zusätzlich die unterschiedlichen Anliegen und Perspektiven weiterer Beteiligter sichtbar gemacht und dargestellt. Mit dem systemischen Verständnis kann im Verlauf der gemeinsamen Arbeit dann eine ergänzende Zusammenarbeit und Kooperation mit allen Beteiligten angestrebt und gemeinsame Termine vereinbart werden.

Im Hilfeplanverfahren wurden i.d.R. zugleich einige Daten zum Setting der Zusammenarbeit erhoben. Die Fragestellung nach den Stunden, die die Betroffenen in der Assistenz für die soziale Teilhabe benötigen, ist in der Bedarfsermittlung maßgeblich. Somit wurde bereits vor Beginn der Zusammenarbeit im Zuge der personenzentrierten Auftragsklärung der Umfang der Leistungen besprochen. Die qualifizierte Assistenz bietet hier derzeit eine sehr auf die individuellen Bedarfe ausgerichtete Vielfalt. Die Leistungsberechtigten entscheiden über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich des Ablaufes, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme (vgl. Konrad 2019, S. 52). Leistungsberechtigte mit einer Vielzahl an Aufträgen und hohem Bedarf können somit mehrere Termine in der Woche bewilligt bekommen, aber auch 14-tägige Termine zu jeweils 1 Stunde können als gutes Setting ausgemacht und bewilligt werden. Der Leistungszeitraum umfasst zunächst eine

Unterstützung für ein oder zwei Jahre, kann allerdings entsprechend den Bedarfen der Leistungsberechtigten jederzeit enden, oder auch verlängert und weiterbewilligt werden.

Anders als im therapeutischen Setting ist die systemische Beratung über die qualifizierte Assistenz weder zeitlich begrenzt noch in den Frequenzen von Implikationen abhängig (vgl. Weiss, Haertel-Weiss 2000, S. 79). In der systemischen Beratung über die qualifizierte Assistenz sind hierbei die kontinuierliche Auftragsklärung und die Frage nach den aktuellen Anliegen relevant

- Was soll heute hier geschehen?
- Was wollen Sie heute erreichen?

Unabhängig von den bewilligten Leistungen können nun Leistungsanbieter und Leistungsberechtigter die jeweils aktuellen Bedarfe, Wünsche und Aufträge der Betroffenen reflektieren und entsprechend anpassen. *“Die Fachfrau erarbeitet nun mit den Beteiligten realistische erste Ziele im Abgleich mit denen des Hilfeplanes heraus. Im Folgenden erhöht sie die Komplexität mit Methoden der systemischen Diagnostik (...) und erreicht damit eine Vielzahl von unterschiedlichen Perspektiven auf die Herausforderungen“* (Baumgärtner 2020, S. 5).

Die Zielrichtung der Interventionen in der systemischen Beratungsarbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen ist die sehr individuelle und lebensweltorientierte Betreuung. Wertschätzung und Empathie sowie die systemische Ethik sind in der Zusammenarbeit mit den Menschen handlungsleitend (vgl. Hosemann 2013, S. 24).

Eine systemische Blickrichtung ermöglicht eine Reflexion zur individuellen Bedeutung, die beispielsweise die Diagnose für die Betroffenen, ihre Lebenswirklichkeit, die Angehörigen und das soziale Umfeld haben kann. So kann die geforderte bio-psycho-soziale Perspektive auch in der Zusammenarbeit über die qualifizierte Assistenz in Folge einer systemischen Ausrichtung in den Beratungsprozess einfließen.

Die Betroffenen werden in der Zusammenarbeit begleitet und zu entsprechenden Fragestellungen oder Themenbereichen können systemische Methoden wie das

Genogramm die Betreuung ergänzen. Das Genogramm greift zugleich die Forderung des BTHG nach biografischer Rekonstruktion auf (vgl. Kap. 3.2, S. 42). Über das Genogramm können in den gemeinsamen Terminen die familiären Beziehungen beleuchtet und beispielsweise mögliche Konflikte, vorhandene Ressourcen, wichtige Aspekte zu Nähe und Distanz im Beratungsprozess aufgezeigt und reflektiert werden. Emotionale Verbundenheit und dysfunktionale Verhaltensstrategien können anhand der Darstellung des Familiensystems beleuchtet werden und über zirkuläre Fragen unterschiedliche Perspektiven und Überzeugungen aufgezeigt werden (vgl. Altmeyer 2013, S. 37).

Im Zuge der systemischen Beratung wird so über die ressourcen- und lösungsorientierte Haltung die Selbstbestimmung der Betroffenen begünstigt. Der psychisch kranke Mensch wird als Experte seine Lebenswelt wahrgenommen, seine Autonomie betont und die Bedeutung der eigenen Verantwortung für individuelle Entscheidungen und Handlungen gestärkt (vgl. Ullherr 2012, S. 19). Im Verlauf der qualifizierten Assistenz werden die gemeinsamen Termine reflektiert, Erreichtes benannt und kooperative Zusammenarbeit ermöglicht.

Mit Fragestellungen zur aktuellen Situation und einer Zwischenbilanz können weitere Abmachungen und Aufträge vereinbart werden:

- Wo stehen wir jetzt?
- Wie machen wir weiter?
- War es bisher ein guter Weg?
- Sind wir bisher zu einer Lösung / zu Ergebnissen gekommen?
- Gibt es neue Ideen und Wünsche?

Auf diese Weise orientieren sich über die systemische Perspektive in der qualifizierten Assistenz die jeweiligen Betreuungsziele an den speziellen Wünschen und Zielen der Menschen. Die aktuelle Entwicklung und die Stärkung der Ressourcen werden unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumwelt reflektiert.

Unterschiedliche Entwicklungsziele, die nicht gleichzeitig erreicht werden können, können im Zuge des systemischen Ansatzes gemeinsam über eine

Zielhierarchisierung und einer gemeinsamen Entscheidung für eine Rangfolge bearbeitet werden (vgl. Ullherr 2012, S. 23). Durch die Ressourcenorientierung und die Entwicklung eigener Lösungswege werden die Betroffenen in ihrer Selbststeuerung gestärkt und Selbstwirksamkeit begünstigt. Selbststeuerung und Selbstbestimmung sind allerdings zugleich Aspekte, die in der Beratung und Unterstützung von psychisch erkrankten Erwachsenen eine Grenze erreichen können, sobald durch die Symptomatiken und entsprechende Verhaltensstrategien Selbst- oder Fremdgefährdung eine Rolle spielen. Ein systemischer Standpunkt befähigt Fachkräfte hier in der Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle und Fragestellungen zu Macht und Führung in der Beratung.

Die systemische Perspektive ermöglicht zugleich die Einbeziehung und Reflexion der zeitlichen, örtlichen, interaktionellen Bedingungen und weiteren energetischen Umwelten (vgl. Altmeyer 2013, S. 35). Auch die systemische Haltung zur Diagnose und möglicher Sinnhaftigkeit von Symptomen kann den Beratungsprozess ergänzen.

5.4. Systemische Beratung bei Depression

Depression als diagnostische Hypothese und Konstruktion für den Beratungsprozess kann als Handlungsorientierung genutzt werden (vgl. v. Sydow 2018, S. 350). Die individuellen Symptome und die subjektive Bedeutung für die Betroffenen in ihrer Lebenswelt werden über die systemischen Fragen erschlossen und reflektiert.

- Welche Symptome erleben sie als besonders belastend im Alltag?
- Wann sind die Symptome zum ersten Mal aufgetreten?
- Gibt es Zeiten, in denen die Erkrankung keine Rolle spielt?
- In welchen Situationen sind die Symptome besonders belastend?
- Hat die Erkrankung Einfluss auf ihre Tagesstruktur?
- Inwieweit beeinflussen die Symptome ihr Verhalten?
- Hat die Erkrankung Einfluss auf ihren Tag-Nacht-Rhythmus?
- Woran erkennt ihre Familie, dass die Symptome gerade nicht vorhanden sind?
- Hat die Erkrankung Einfluss auf ihre berufliche Situation?

Aufgrund der Symptomatik und dem häufig sehr hohen Leidensdruck ist bei Betroffenen auch die Frage nach der Suizidalität relevant und sollte in der Zusammenarbeit durchgeführt werden. Systemische Strategien berücksichtigen dabei die Möglichkeit, dass depressives Verhalten auch Ausdruck des interaktionellen Geschehens sein kann, z.B.

- Als Aufforderung an den Partner sich mehr zu engagieren
- Um die Partnerin in der Beziehung zu halten
- Um Unterstützung und Hilfsangebote zu erhalten
- Als Zeichen von Loyalität („Es darf mir doch nicht besser gehen als...“)
- Um das Familiensystem aufrecht zu erhalten („Wenn es mir so schlecht geht, können sich meine Eltern nicht trennen“) (vgl. v. Sydow, Borst, S. 436).

Über die systemische Gesprächsführung können Denkmuster aufgedeckt und Verhaltensstrategien reflektiert werden. So können Klienten eventuell neue Perspektiven für sich erarbeiten und hilfreiche Haltungen und Blickrichtungen entwickeln. Durch die systemische Haltung, die die Betroffenen in einer eigenen Entscheidungsfindung stärkt und die individuellen Ressourcen herausstellt, ist eine individuelle Lösungsorientierung möglich.

5.5. Systemische Beratung bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die systemische Haltung zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung reflektiert auch bei dieser Diagnose die individuelle Bedeutung von Symptomen und Bedeutungsmustern. Die besonders im Erleben von Emotionen und Interaktionen prägnanten Verhaltensmuster kennzeichnen oftmals auch die Interaktion zwischen Klienten und professionellen Helfern (vgl. Schweitzer, Schlippe 2006, S. 143ff.). Der Wunsch nach symbiotischer Nähe einerseits und dem Abbruch der Arbeitsbeziehung andererseits kann das Beratungssetting beeinflussen. Das intensive Erleben beeinflusst häufig auch die Wahrnehmung der Betroffenen und sie interpretieren die Reaktionen und Aussagen aus dem Umfeld und beziehen diese auf die gemeinsame Beziehung (vgl. Ullherr 2012, S. 22). In Krisensituationen ist oftmals eine kognitive Auseinander-

setzung mit den herausfordernden Aspekten nicht möglich. Ullherr stellt anhand unterschiedlicher Konzepte die Erkenntnisse dar, dass in der Zusammenarbeit mit Betroffenen eine zu stark auf Beziehung angelegte Beratungsarbeit kontraindiziert sei. Er empfiehlt eine eher nüchterne und distanzierte Haltung in der Beratung von Menschen mit sehr ausgeprägter Symptomatik. Im Sinne einer systemischen Perspektive wird die wertschätzende und respektvolle Haltung im Sinne einer ziel- und veränderungsorientierten Beratung umgesetzt (vgl. Ullherr 2012, S. 22).

- Was möchten Sie in der Beratung erreichen?
- Welche Themen nehmen Sie als besonders herausfordernd wahr?
- Gibt es Themen, die Sie nicht mit mir besprechen wollen?

Zudem benennt Ullherr neben der distanzierten Beratung auch die Möglichkeiten einer eher provozierenden Fragestellung in der systemischen Beratung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. ebd.).

- Was muss in unserer Zusammenarbeit passieren, damit sie die Beratung abbrechen?
- Welche Themen darf ich nicht ansprechen, wenn ich sie nicht verärgern möchte?
- Durch welche Frage oder Aussage von mir hätten sie das Gefühl von mir abgelehnt zu werden?

In der Beratung ist neben der Arbeitsbeziehung auch die individuelle Symptomatik relevant. Sowohl die Möglichkeit dass die Betroffenen aufgrund schwieriger Situationen dissoziieren als auch die Frage nach einer Suizidalität ist bei ausgeprägter Symptomatik wesentlich. Die systemische Perspektive auf die Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung bedingt auch eine Reflexion der Belastungen im familiären Kontext.

5.6. Die systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe und die Einbeziehung von Familienangehörigen

Unabhängig von spezifischen Diagnosen und Störungsbildern ist in der systemischen Beratung durch systemische Methoden wie beispielsweise dem Genogramm und das zirkuläre Fragen die Interaktion mit Angehörigen und Menschen im nahen sozialen Umfeld einbezogen:

- Wie würde ihr Ehemann die Symptome beschreiben?
- Wer bemerkt als erstes, dass die Symptome gerade weg sind?
- Wann haben ihre Eltern gemerkt, dass es ihnen nicht gut geht?
- Was erwartet ihr Partner von der qualifizierten Assistenz?

Über diese systemischen Methoden sind auch in der Beratung des Einzelnen Beziehungen und mögliche Konflikte, Nähe und Distanz erkennbare Aspekte der jeweiligen Lebenswelt, die gemeinsam reflektiert werden können. Oftmals sind die Beziehungen zu den nahen Angehörigen im Zuge der Erkrankung und aufgrund der jeweiligen Symptomatiken und Verhaltensstrategien besonders betroffen.

Im Zuge der neuen Bestimmungen und gesetzlichen Grundlagen des BTHG kann eine systemische Perspektive und Beratung über die qualifizierte Assistenz neu ausgelegt und ausgestaltet werden. Über die im BTHG benannten Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen können Betroffene Wünsche und Ziele für Interaktionen in Beziehungen benennen (vgl. Konrad, 2019, S. 66). Für die Ausgestaltung der wesentlichen Merkmale der interpersonellen Interaktion eignet sich die Berücksichtigung der Items der ICF:

- ❖ Allgemeine interpersonelle Interaktionen
- ❖ Elementare interpersonelle Interaktionen
- ❖ Respekt und Wärme in Beziehungen
- ❖ Anerkennung in Beziehungen
- ❖ Toleranz in Beziehungen
- ❖ Kritik in Beziehungen
- ❖ Soziale Zeichen in Beziehungen
- ❖ Körperlicher Kontakt in Beziehungen

(vgl. ebd 2019, S. 66).

Die Aufgabe der qualifizierten Assistenz besteht darin, die Personen mit Beeinträchtigungen darin zu unterstützen, eine beziehungserhaltende Interaktion zu pflegen (vgl. Konrad 2019, S.66). Dabei ist die Betonung des sozialpädagogischen Auftrages in Abgrenzung zu therapeutischen Angeboten relevant. Auch die unterschiedlichen Formen und Rahmenbedingungen von menschlicher Interaktion werden über § 78 SGB IX berücksichtigt und die Gestaltung sozialer Beziehungen als Auftrag der Eingliederungshilfe benannt. Die Aufträge und Ziele zur Unterstützung von zwischenmenschlicher Interaktion können dabei diverse Kontakte berücksichtigen:

- Beziehungsgestaltung mit Menschen in der gemeinsamen Wohnung
- Beziehungsgestaltung bei Partner
- Interaktionen mit Nachbarn
- Interaktionen mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten

Betroffene haben so einen Anspruch auf Angebote, die diese zwischenmenschlichen Aspekte berücksichtigt, wahrnimmt und fördert. Gesprächsangebote für die Leistungsberechtigten und die betroffenen Mitmenschen fordern hier regelrecht die systemische Perspektive über die qualifizierte Assistenz. Dabei sind die Anforderung an die Fachkräfte, die jeweiligen Unterstützungsangebote den individuellen Bedarfen der Betroffenen anzupassen. *„Eingliederungshilfe bei Menschen mit seelischen Behinderungen ist bei manchen Menschen durchaus gelegentlich auch harte Konfrontation, bei anderen die unterstützende Begleitung bei sich verschlechternden Zuständen“* (Rosemann 2018, S. 58). Wünschen die Betroffenen Kooperation und gemeinsame Gesprächsangebote mit den jeweiligen Interaktionspartnern, kann dies im Zuge der Gesetzesänderungen ein Teil des Auftrages an die Leistungsanbieter sein. Gesprächsangebote für Menschen mit einer psychischen Störung und die jeweiligen Kontaktpersonen sowie Unterstützungsangebote für eine gelingende Interaktion auch in Krisen und bei dysfunktionalen Verhaltensstrategien im Miteinander erfordern nahezu eine systemische Haltung und werden durch die Perspektiven und Methoden der systemischen Beratung ermöglicht.

Die Neuerungen der gesetzlichen Grundlagen für die Unterstützungsangebote der Qualifizierten Assistenz benennen insbesondere Assistenzleistungen für die Ausgestaltung der Interaktion mit eigenen Kindern.

5.7. Wenn die Betroffenen Eltern sind

Die Unterstützung von Müttern und Vätern mit Behinderung ist nun ausdrücklich als mögliche Assistenzleistungen im SGB IX verankert. Einfache Assistenzleistungen umfassen dabei die vollständige oder teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie Begleitung der Leistungsberechtigten (§ 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB IX). Über diese Regelungen können Eltern beispielsweise in der Begleitung ihrer Kinder zu Terminen u.a. unterstützt werden, wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Termine mit ihren Kindern allein zu bewerkstelligen. Begleitete Elternschaft hingegen ist ein Fall der qualifizierten Assistenz und umfasst die pädagogische Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle (BT-Drs. 18/9522 2016, S. 263). Begleitete Elternschaft hat deutliche Schnittmengen mit der sozialpädagogischen Familienhilfe. Hier wird es im Rahmen eines Gesamtplanverfahrens konkrete Darstellung der Bedarfe und gute fachliche Kooperationen benötigen, um das jeweilige passgenaue Angebot einzurichten. Da Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (wie in Kap.2 und Kap 4 erläutert) Befürchtungen haben Unterstützungsangebote über Jugendämter anzunehmen, kann hier eine prekäre Lücke geschlossen werden.

Systemische Ausbildung und eine entsprechend Perspektive über die qualifizierte Assistenz ermöglicht Angebote, die die Reflektion von Mutter-Vater-Kind-Interaktionen ermöglichen. Über diese Form der Unterstützung können Menschen mit einer psychischen Störung ohne zusätzliche Belastungsfaktoren und Antragstellungen in ihrer Elternrolle gestärkt werden und so pädagogische Aufgaben und primäre Schutzfunktionen wahrnehmen. Über die systemische Haltung in der Beratung können Familienmitglieder eingebunden und gemeinsam Ressourcen und Lösungen gefunden, benannt und herausgestellt werden. Sowohl Eltern als auch Kinder akzeptieren Hilfen am besten, wenn sie sich auf die Familie beziehen (vgl. Görres, Pirsig, Schäfer 2019, s. 57).

Die in vielfältigen Ausführungen geforderte Vernetzung von Jugendhilfe und den Angeboten der Gemeindepsychiatrie kann durch die neuen Regelungen umgesetzt und ergänzt werden, wenn hierfür alle finanziellen und fachlichen Möglichkeiten bereitgestellt werden.

6. Schlussbetrachtungen

Eine Implementierung der systemischen Perspektive auf der Grundlage des BTHG bedeutet in den unterschiedlichen Phasen des Unterstützungsangebotes der ambulanten Eingliederungshilfe einen Mehrwert. Das BTHG mit seinen Forderungen nach personenzentrierter Beratung, der Betonung des Wunsch- und Wahlrechtes und der expliziten Herausstellung von Assistenzleistungen zur Beziehungsgestaltung und sozialen Teilhabe wird durch den systemischen Ansatz ermöglicht.

Die gesetzlichen Neuerungen, die das BTHG initiiert, begünstigen eine systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe. Durch eine ressourcenorientierte Arbeitsbeziehung können Betroffene eigene Lösungen und Perspektiven erarbeiten und in der Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Menschen im Gestalten ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen zu unterstützen ist im Zuge der anstehenden Ausgestaltung der rechtlichen Grundlagen insbesondere durch die systemische Perspektive gut umsetzbar.

Mit der systemischen Blickrichtung und Haltung in der ambulanten Eingliederungshilfe können zudem Risiken und Versorgungslücken für die Kinder der Betroffenen geschlossen werden. Innerfamiliäre Entlastung wird so begünstigt, die elterlichen Kompetenzen werden gestärkt und ein gelingender Umgang mit belastenden Gefühlen kann im Zuge einer systemischen Beratung gefunden werden. Über die qualifizierte Eltern - Assistenz ist im Zuge der Umsetzung des BTHG eine Bewilligung von entsprechenden Angeboten vorstellbar und möglich. Eine Einbeziehung des primären sozialen Umfeldes ist somit umsetzbar und die Entlastung des Familiensystems kann über das Zusammenwirken von BTHG und systemischer Perspektive verwirklicht werden. Dies kann einem unübersichtlichen Hilfesystem, welches die gewünschten Effekte für die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen bislang nicht zeigt, entgegenwirken (vgl. Nicklaus, Chodzinski 2022, S.15).

Wie am Beispiel der Implementierung der systemischen Perspektive im psychiatrischen und klinischen Kontext aufgezeigt, werden Fachkräfte durch eine systemische Haltung befähigt, mit den unterschiedlichen Herausforderungen und Anforderungen in der Begleitung der Betroffenen umzugehen (vgl. Kap.4.3.). Stress

durch Konflikte, zwischenmenschliche Belastungen und notwendige Kooperationen können mit der systemischen Haltung reflektiert, strukturiert und lösungsorientiert bearbeitet werden. Fachkräfte in der Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden insbesondere über die systemische Haltung befähigt, die Besonderheiten der individuellen Lebenswelten der Betroffenen herauszustellen, gesellschaftliche Bedingungen zu berücksichtigen sowie eine fachliche Vernetzung und Kooperation zu begünstigen. Mit dem ressourcenorientierten Fokus der systemischen Perspektive können Fachkräfte Synergien nutzen und so soziale Teilhabe sowie den Erhalt tragfähiger Beziehungen für die Betroffenen fördern.

Die Wirksamkeit der systemischen Therapie im medizinischen und sozialpädagogischen Kontext ist erwiesen. Das Unterstützungsangebot der Qualifizierten Assistenz kann - unter Einbeziehung bewährter systemischer Konzepte - als Schnittstelle für Psychiatrie, Soziale Arbeit und Gemeindepsychiatrie eine interaktionelle Perspektive einnehmen und so eine Vernetzung unterschiedlicher Disziplinen und beruflicher Zugänge ermöglichen. Eine ressourcenorientierte Haltung und ein bio-psycho-sozial-kultureller Beratungsansatz in der ambulanten Eingliederungshilfe stärken die soziale Teilhabe der Betroffenen. Eine Implementierung der systemischen Perspektive in die Angebotsstrukturen der qualifizierten Assistenz ist sowohl für die fachlichen Anforderungen an die Leistungsträger und Leistungserbringer als auch für die Bedarfe der Leistungsberechtigten angezeigt.

Systemische Ausbildungen für Fachkräfte sowohl in den Bereichen der Bedarfsermittlung, Hilfeplanung und im Tätigkeitsfeld der qualifizierten Assistenz kann eine Bereicherung für alle Beteiligten darstellen. Das Zusammenwirken von systemischem Denken und BTHG kann die Anwendung von rechtlichen Vorgaben und Instrumenten der Hilfeplanung sowie die Umsetzung individueller Bedarfslagen fachlich ermöglichen.

Verbindliche Kooperationen, Netzwerkorientierung und das Reflektieren von gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen wirken einer Zergliederung im Hilfsnetzwerk und hohen Zugangsbarrieren entgegen. Eine systemische Perspektive über die qualifizierte Assistenz schließt zugleich eine Lücke zwischen den

Hilfesystemen und schafft eine Brücke zwischen den diversen Beratungsangeboten, interdisziplinären Zugängen und den Anforderungen im Beratungsnetzwerk, die für Betroffene wie für Fachkräfte oft unübersichtlich sind.

Gesellschaftliche Haltungen und Interpretationen, familiäre Bedingungen, sowie individuelle Ausgangslagen und Zugang zu materiellen, wie immateriellen Ressourcen bedingen unterschiedliche Lebenswelten und beeinflussen damit zugleich psychische Gesundheit. Diagnosen ermöglichen zum einen Zugang zu Hilfsangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten und stigmatisieren zugleich die Betroffenen. Auch wissenschaftliche Auseinandersetzungen zu psychischen Erkrankungen können sowohl – durch Perspektiverweiterung und Kenntniskerngewinn – entlasten und positive Veränderungen in vielfältiger Hinsicht bewirken, zugleich jedoch mit Zuschreibungen wie „verwaiste Mutter“, „Königin“, „Einsiedlerin“ „Hexe“ (vgl. Lawson 2020, S. 59ff) Stigmatisierung begünstigen.

UN-BRK und Bundesteilhabegesetz berücksichtigen entsprechende gesellschaftliche Barrieren und ermöglichen einen Perspektivwechsel im Behinderungsbegriff und im Umgang mit behindernden Lebensumständen. Das Bestreben segregierende Angebote abzubauen und bisherige Institutsorientierung zugunsten individueller Bedarfe und Lebensrealitäten aufzugeben, ermöglicht Selbstbestimmung und eine Blickrichtung auf Wechselwirkungen, Rückkopplung und Zirkularität in Familie und Gesellschaft. Die Betonung der Bedeutung des sozialen Umfeldes in allen Aspekten von Behinderung im Zuge der gesetzlichen Neuregelungen können einen Paradigmenwechsel für Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten in gesellschaftliche Strukturen bedeuten.

Ohne entsprechende Begleitung sind Menschen mit psychischen Störungen aufgrund der individuellen Verhaltensstrategien, der benachteiligenden Rahmenbedingungen und der besonderen Herausforderungen im zwischenmenschlichen Miteinander häufig mit Konflikten belastet und ziehen sich zurück oder brechen Kontakte ab. Hieraus entstehende fehlende soziale Teilhabe kann langfristige Hospitalisierungen und Desintegration begünstigen (vgl. DGPPN 2022). Das BTHG fördert einen Perspektivwechsel im psychosozialen Angebot, der Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Lebenswelt wahrnimmt und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen im

sozialen Miteinander zum Thema der Interventionen macht. Die Unterstützungsmöglichkeit über die qualifizierte Assistenz kann durch eine Implementierung einer systemischen Perspektive Beziehungen innerhalb der Familie und ebenso im sozialen Umfeld erhalten und damit vor Isolation und Vereinsamung schützen. In der Betreuung von isoliert lebenden Menschen kann die systemische Perspektive über die vielfältigen Methoden wie dem Genogramm und dem zirkulären Fragen innere Verbindungen und erlebte Beziehungen veranschaulichen und reflektieren.

Eine systemische Perspektive über die ambulante Eingliederungshilfe bedeutet dabei nicht eine Aneinanderreihung systemischer Methoden. Die Haltung der Fachkräfte, die die Betroffenen als Experten ihrer Lebenswelt berät und eine Arbeitsbeziehung auf Augenhöhe ermöglicht, bedeutet zugleich eine fachliche Auseinandersetzung mit den jeweiligen und individuellen Besonderheiten. Die Anwendung von systemischen Interventionen und Methoden muss für die Bedarfe und Ausgangslagen der Ratsuchenden passgenau reflektiert werden. Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung bedürfen – ebenso wie alle individuellen Lebenslagen - oftmals unterschiedlicher Methoden und Haltungen in der Beratung. Fachkräfte müssen somit in vielfältiger Hinsicht befähigt werden, um nicht nur Fragestellungen zu Diagnosen und ihren Bedingungen zu reflektieren, sondern zugleich die unterschiedlichen Bedarfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen und die diversen strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einzubeziehen. Die Betonung von Selbstbestimmung endet in der Beratung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen an dem Punkt, an dem aufgrund der Erkrankung eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und Fachkräfte müssen dann über die Menschen bestimmen und für sie entscheiden. Auch diese Anforderungen und Fragestellungen zur eigenen Rolle, zu Kontrolle und Macht können durch den systemischen Ansatz reflektiert werden.

Über die qualifizierte Assistenz, die derzeit nicht durch zeitliche Einschränkungen begrenzt wird, ist insbesondere die Haltung und die Arbeitsbeziehung zwischen den Klienten und den Fachkräften von Bedeutung. Systemische Interventionen und Methoden können den Beratungsprozess ergänzen und bereichern. Eine systemische

Ausbildung der Fachkräfte bei Leistungsträgern und Leistungsanbietern kann den Paradigmenwechsel, der mit dem BTHG angestrebt wird, begünstigen.

Da das BTHG jedoch zugleich Kostenersparnis und Kostenumverteilung anstrebt, sind neben den herausgestellten Chancen der gesetzlichen Vorgaben zugleich Grenzen implementiert. Sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Bewilligung von Leistungen werden die Kostenträger eine Ersparnis fokussieren.

Die vergangenen Monate und Jahre haben mit besonderen und erschreckenden Herausforderungen wie der Corona-Pandemie und dem Ukraine-Krieg vielfältige Belastungen und Beeinträchtigungen verursacht. Neben dem Schrecken, den diese beiden Geschehnisse für alle Menschen bedeuten und den Herausforderungen, die hierdurch für unsere Demokratie entstehen können, sind vielfältige individuelle und gesellschaftliche Aspekte betroffen. Sowohl psychische Auswirkungen auf alle Menschen als auch strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen und nicht zuletzt wirtschaftliche und finanzielle Anforderungen werden alle weiteren Entwicklungen begleiten. Entsprechende Auswirkungen werden somit voraussichtlich auch in unterschiedlicher Bedeutung in der ambulanten Eingliederungshilfe spürbar werden. Zum einen werden eventuell die möglichen psychischen Belastungen verschärft und ein Zuwachs an Betroffenen ist denkbar, zugleich werden die finanziellen Ressourcen in den Kommunen voraussichtlich geringer. Diese Verschärfung der Bedingungen werden die Umsetzung des BTHG deutlich beeinflussen.

Angestrebte Einsparungen zugunsten der Eingliederungshilfe durch mögliche Gesamtplanverfahren scheinen bisher utopisch. In aktuellen Netzwerktreffen und Kooperationen mit Sozialpsychiatrischen Diensten, Teams der Hilfeplanung und gemeindepsychiatrischen Angeboten wurde rückgemeldet, das bisher beispielsweise in Schleswig-Holstein (insbesondere Lübeck und Ostholstein) Gesamtplanverfahren kaum möglich und umsetzbar waren (vgl. Anhang 1, Protokoll „Sozialarbeit in der Psychiatrie 2022“). Auch hier ist einerseits durch die Corona-Pandemie mit ihren Kontaktbeschränkungen eine Umsetzung schwierig. Zugleich wird ein erheblicher Personalmangel seitens der diversen Hilfeplanteams in Schleswig-Holstein rückgemeldet, der eine ausführliche und personenzentrierte Bedarfsermittlung zusätzlich erschwere. Die Instrumente der Bedarfsermittlung stellen, aufgrund ihres

beträchtlichen Umfangs und aufgrund der Defizitorientierung, eine zusätzliche Behinderung für eine ressourcenorientierten Beratung dar (vgl. Kreis Ostholstein, Bedarfsermittlung 2022).

Zudem ist eine individuelle, bedarfsorientierte Kooperation zwischen den Leistungsanbietern weder zeitlich noch finanziell oder personell durchführbar. In den Kreisen Plön und Ostholstein sind erste Bestrebungen in dieser Richtung mit der entsprechenden Anmietung von Räumen, in denen alle Leistungsträger vertreten sein sollten, aufgrund der Pandemie und fehlender Fachkräfte sowie scheinbar aufgrund des fehlenden Interesses durch weitere Leistungsträger wieder eingestellt worden. In Plön, Lübeck und Ostholstein wird die schwierige Zusammenarbeit zwischen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe auch weiterhin beschrieben und eine hierdurch verstärkte prekäre Angebotsstruktur für betroffene Eltern beschrieben.

Somit ist eine finanzielle Entlastung der Eingliederungshilfe durch Umverteilung im Zuge der Umsetzung des BTHG derzeit nicht zu erwarten und eine Zunahme der finanziellen Belastung durch die besonderen Bedingungen von Krieg und Pandemie denkbar. Dies kann dazu führen, dass Bedarfsermittlungen, Hilfeplanungen und Bewilligungen den Aspekt von Ersparnis über andere Mittel und Wege erreichen müssen und somit mögliche ergänzende Angebote der qualifizierten Assistenz wie eine Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes nicht angestrebt und finanziert werden. Auch die Ausbildung von Fachkräften bedarf entsprechender Ressourcen. Somit ist eine prekäre Lücke in der Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wieder einmal nur durch finanzielle und personelle Ausstattung und mit dem (kommunal-) politischen Willen zu schließen.

Jenseits politischer und kommunaler Bestrebungen steht es Leistungsträgern und Fachkräften allerdings frei, fachliches know-how und systemische Weiterbildung in den Arbeitsalltag zu implementieren. Doch auch hier spielen oftmals finanzielle Aspekte und Wünsche nach Re-Finanzierung eine erhebliche Rolle (vgl. Kaminski, DGSF 2019). Der fachliche, individuelle und gesellschaftliche Mehrwert der systemischen Perspektive konnte unabhängig von strukturellen Gegebenheiten herausgearbeitet werden. Inwieweit die angestrebten positiven Effekte wie die Stärkung der Selbstwirksamkeit und der Resilienz oder auch die Förderung eines besseren

Bindungs- und Erziehungsverhaltens (vgl. Kap. 4.4, Kap. 2.7) für die Betroffenen, ihre Kinder und ihre Familien über die systemische Perspektive in der ambulanten Eingliederungshilfe erreicht werden können, muss in entsprechenden Wirksamkeitsstudien nachgewiesen werden.

Bisher fehlen sowohl qualitative als auch quantitative Daten für den Nutzen und die Wirksamkeit der systemischen Perspektive speziell in der qualifizierten Assistenz, die - auf Basis der erläuterten Annahmen - ein effektives Präventions- und Interventionsprogramm für familiäre psychische Gesundheit sein kann. Eine wissenschaftliche Umsetzungsbegleitung des BTHG, die eine Implementierung systemischer Beratung fokussiert, könnte ein relevantes familienwissenschaftliches Forschungsdesign darstellen.

Die besondere Bedeutung, die Familie und die emotionale Verbundenheit zu Menschen im sozialen Umfeld für psychische Gesundheit hat, sollte - unabhängig von finanziellen und personellen Aspekten - auch in der Beratung des Einzelnen Berücksichtigung finden. Familien über die ambulante Eingliederungshilfe und die entsprechenden Assistenzleistungen in einem gelingenden Miteinander zu unterstützen, bedeutet für das individuelle, familiäre und gesellschaftliche Wohl einen Mehrwert. Und - um mit den Worten des zu Beginn der Arbeit zitierten Psychiaters abzuschließen - damit Familie nicht nur das Schwerste, sondern vor allem das Schönste im Leben sein kann, und damit in allen Phasen des Familienlebens ein gelingender Umgang ermöglicht wird, kann eine systemische Perspektive für alle bereichernd sein.

Literatur

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2022): Psychische Erkrankungen. Unter <https://www.seelischegesundheit.net/wissen/stigma/> (letzter Zugriff 12.06.2022)
- Altmeyer, S. (2013): Systemische Therapie. Sozialer Kontext psychischer Störungen im Fokus. In: DNP – Der Neurologe & Psychiater 2013; 14 (5)
- Angermeyer, M.C, Klusmann, D. (Hrsg.) (1989): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, Springer
- BAGüS (2019): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. https://lwl.org/spurdownload/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf (letzter Zugriff 05.07.2022)
- Barthelmess, M. (2014): Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe. 4. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Juventa
- Bauer, U. Reinisch, A., Schmuhl, M. (Hrsg.) (2012): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden, Springer VS
- Baumgärtner, P. (2020): Systemisches Arbeiten – Wertschätzend, offen, das Ganze im Blick. In Paritätische Bildung 5/2020. Unter: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/verbandsmagazin/2020_05/Bildung_5_20_barr.pdf (letzter Zugriff 20.07.2022)
- Berg, I.K. (1999): Familien – Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch.6. Auflage, Dortmund, Löer Druck
- Berg, M. (2019): Die Wirksamkeit systemischer Beratung. Erhöht Erziehungs- und Familienberatung die Bindungssicherheit von verhaltensauffälligen Kindern. Göttingen, V&R unipress
- Bernhausen, G., Löbler, F. (2020): Innovation personenbezogener Dienstleitungen als Prozess. Exemplarische Fallstudie eines Innovationsprozesses zur Bereicherung der sozialen Assistenz durch Teilhabebegleitung. In: Becher, B. (Hrsg): Sozialwirtschaft innovativ (S. 43 -111), Bonn, Nordrhein-Westfalen, Springer
- Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. Zimmermann, R.-B. (Hg.) (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Downloadmaterial Psychiatrie Verlag
- Bodenmann, G. (2013): Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie. Bern, Huber
- Buck- Horstkotte, S., Renneberg, B., Rosenbach, C. (2015): Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual „Borderline und Mutter sein“ Weinheim, Basel, Beltz
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020). Bundesteilhabegesetz – (BTHG) unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und->

- Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html (letzter Zugriff 10.04.2022)
- BT (2016): Deutscher Bundestag Drucksache 18/9522. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Bundesteilhabegesetz. Unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf> (letzter Zugriff 07.08.2022)
- Christiansen, H., Röhrle, B., Fahrer, J., Stracke, M., Dobener, L.-M. (2020): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen. State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädiaterinnen, Pädagoginnen. Wiesbaden, Springer VS
- Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J., Thorn, J. (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin; Unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff 29.05.2022)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (HG.) (2019): Unterstützung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Leuchtturmprojekte, Psychiatrie Verlag; unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/Leuchttuerme_Kinder/1479-PSY_Leuchtturmprojekte_RZ_web.pdf (letzter Zugriff 09.04.2022)
- Deutscher Bundestag (2016): BT-Drucksache 18/9522. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Gesetzesentwurf der Bundesregierung. 18. Wahlperiode, Drucksache vom 05.09.2016. Unter: <http://dip21.bundestag.de//dip21/btd/18/095/1809522.pdf> (letzter Zugriff 07.07.2022)
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2022): Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/icf/fd1-1003/> (letzter Zugriff 28.05.2022)
- Dgppn – o.V (2022): Basisdaten Psychische Erkrankungen unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/be8589427bb02b67f5592b73cb4d32cde26d0be/Factsheet_Kennzahlen%202022.pdf (letzter Zugriff 09.04.2022)
- Dgssa. Deutsche Gesellschaft für Systemische Soziale Arbeit e.V. (2022): Ziele und Aufgaben. Unter: <https://www.dgssa.de/ziele.php> (letzter Zugriff 27.07.2022)
- Dilling, H., Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2016): ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 8., überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10-GM, Bern, Hogrefe
- Fleischhacker, W.W., Hinterhuber, H. (Hrsg) (2012): Lehrbuch Psychiatrie; Wien, Springer

- Freitag, C., Barocka, A., Fehr, C. (u.a.) (Hg.) (2013): Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer
- Görres, B., Pirsig, T. Schäfer, C. ((2019): Unterstützung für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Leuchtturmprojekte. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Köln, Psychiatrie-Verlag
- Grabe, H.J., Giertz, K. (2020): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssystemen von Deutschland. In: Psychotherapie Forum (2020) 24: 100-107
- Griepenstroh, J., Heitmann, D., Hermeling, S. (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Lebenssituation und Entwicklungsrisiken, in: Bauer, U., Reinisch, A. (u.a.) (Hg): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen, Wiesbaden. Springer-Verlag für Sozialwissenschaften, S.23-46
- Gühne, U. et.al. (2019): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Ein kleiner Wegweiser durch das Behandlungs- und Versorgungssystem. Unter: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58740-9_6 (letzter Zugriff 14.08.2022)
- Hantel-Quitmann, W. (2015): Klinische Familienpsychologie. Familien verstehen und helfen. Stuttgart, Klett-Cotta
- Hecken, J. (2018): Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. Unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6145/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_TrG.pdf (letzter Zugriff 01.08.2022)
- Heesen, B. (2014): Wissenschaftliches Arbeiten. Methodenwissen für das Bachelor-, Master-, und Promotionsstudium; 3. Auflage. Heidelberg, Springer Gabler
- Hosemann, W., Geiling, W. (2013): Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017): IQWiG-Berichte. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. Abschlussbericht. Unter: https://www.iqwig.de/download/n14-02_abschlussbericht_systemische-therapie-bei-erwachsenen_v1-0.pdf (letzter Zugriff 01.08.2022).
- Jacobi, F., Kunas, S.L., Annighöfer, M.L.D, Götz, T., Sammer, S., Schicktanz, P., Gerlinger, G. (2022): Versorgungs- und Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland In: Haring, R. (Hrsg): Gesundheitswissenschaften o.O., Springer (S.1-20)
- Jungbauer, J. (Hrsg.) (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Toronto, Verlag Barbara Budrich

- Kaminski, B. (2019): Anerkennung Systemischer Sozialarbeit in der DGFSF. Unter: <https://www.dgsf.org/themen/Familien-JugendSozialpolitisches/sammelordner-dokumente/kommentierung-von-dgsf-mitglied-birgit-kaminski/view> (letzter Zugriff: 31.07.2022)
- Konrad, M. (2019): Die Assistenzleistung. Anforderungen an die Eingliederungshilfe durch das BTHG. Köln, Psychiatrie Verlag
- Kreis Ostholstein (2022): Bürger, Kreis & Verwaltung, Fachdienst 5.05 Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe, Ship-Instrumente. Unter: www.kreis-oh.de (letzter Zugriff 19.08.2022)
- Kröger, F., Hendrichke, A., Schweitzer, J. Herzog, W. (1998): Psychotherapie in der Systemischen Familienmedizin. In: Psychotherapeut 1998 43:352-359; Springer
- Lautenbacher, S., Gauggel, S. (Hrsg) (2010): Neuropsychologie psychischer Störungen. 2., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, Springer
- Lawson, C.A. (2020): Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. 8. Auflage, Gießen, Psychosozial-Verlag
- Levold, T., Wirsching, M. (Hrsg.) (2020): Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch. 3. Auflage; Heidelberg, Carl-Auer
- Mackenstein, J.R., Eisenhuth, J. (2017): Eine vergleichende Studie zur Wirksamkeit systemischer SPFH, DGFSF e. V. Unter <https://www.dgsf.org/ueberuns/foerderpreise/material/systemische-spfh-eine-vergleichende-studie-zur-wirksamkeit-bei-massiven-erziehungsschwierigkeiten-mit-kindeswohlgefaehrdung> (letzter Aufruf 31.07.2022)
- Martin, B. A. (2020): Sind psychologische Diagnostik und systemischen Denken vereinbar? Unter: <https://www.dgsf.org/service/wissensportal/sind-psychologische-diagnostik-und-systemisches-denken-vereinbar> (letzter Zugriff 16.07.2022)
- Mattejat, F, Lenz, A., Wiegand-Grefe, S. (2012): Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik; Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Mehler -Wex, C., Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 9, 149 - 155
- Meyer, C., Oelkers, N. (2018): Soziale Arbeit mit Familien, in: Graßhoff, G. et.al. (Hrsg.): Soziale Arbeit, unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-15666-4_11.pdf (letzter Zugriff 09.04.2022)
- Miller, T. (2012): Inklusion – Teilhabe – Lebensqualität. Tragfähige Beziehungen gestalten. Systemische Modellierung einer Kernbestimmung Sozialer Arbeit. Oldenbourg, De Gruyter
- Minuchin, S, Fishman, H. (1982): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg, Lambertus
- Müller, B., Weber, C. (2019): Psychiatrie. Das Bild vom gefährlichen Kranken. In: Süddeutsche Zeitung online. Gesundheit digital vom 03.01.2019; Unter:

<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/bottrop-psychische-erkrankung-gewalt-1.4272567> (letzter Zugriff 08.06.2022)

- Nave-Herz, R. (2018): Familiensoziologie. Historische Entwicklung, theoretische Ansätze, aktuelle Themen. In: Wonneberger, A., Weidtmann, K., Stelzig-Willutzki, S. (Hrsg.) (2018): Familienwissenschaft. Grundlagen und Überblick. Wiesbaden, Springer VS
- Nave-Herz, R., Markefka, M. (Hrsg.) (1989): Handbuch der Familien- und Jugendforschung. Band I Familienforschung. Neuwied und Frankfurt/M. Luchterhand
- NDR -o.V. (2021): Robert Enke – Tragödie eines Torwarts. Unter: <https://www.ndr.de/sport/legenden/Robert-Enke-Tragoedie-eines-Torwarts,enke176.html> (letzter Zugriff 04.06.2022)
- Nicklaus, S., Chodzinski, C. (2022): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Probleme und Herausforderungen, in: soziale psychiatrie Nr. 177, DGSP Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 46. Jahrgang, Heft 03/2022
- Oestereich, C. (2016): Neugier, Respekt und Unterstützung. Systemische Beratung im interkulturellen Kontext. In: Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften 30(1), S. 5 – 32 (2016)
- Paulick, C. (2020): Systemische Soziale Arbeit. Unter : socialnet Lexikon, <https://www.socialnet.de/lexikon/Systemische-Soziale-Arbeit> (letzter Zugriff: 28.07.2022)
- Paulitsch, K. Karwautz, A. (2019): Grundlagen der Psychiatrie. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien, Facultas
- Quensel, S. (2018): Irre, Anstalt, Therapie. Der Psychiatrie - Komplex. Wiesbaden, Springer
- Renneberg, B., Lenz, A., Christiansen, H., Majumder, P. (2018): Zwischen den Hilfesystemen: „Kinder psychisch kranker Eltern“. Eine Bedarfsanalyse anlässlich eines Symposiums des DGVT Kongresses am 01.03.2018. Unter: https://www.dgvt-bv.de/news-details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=4781&cHash=f1244ce491994412ff084652d9c178c3 (letzter Zugriff 02.08.2022)
- Roedel, B. (2006): Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens; 5. Überarbeitete Auflage, Dortmund, Borgmannverlag
- Rosemann, M. (2018): BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Köln, Psychiatrie Verlag
- Ruf, G.D. (2009): Vom Krankheitsmodell zum Lösungsmodell. Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe. Überarbeitete Fassung eines Vortrags beim 12. Forum Psychiatrie und Psychotherapie in: Kontext 40,4, S. 357-373, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schittek, W. Berger, M. (Hrsg.) (2011): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 4., vollständig neu bearbeitete Auflage. München, Urban + Fischer

- Schneewind, Klaus A. (2010): Familienpsychologie; 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Kohlhammer
- Schneider, S. (2019): Kinder psychische kranker Eltern. In: Schneider, S., Margfar, J. (Hrsg): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_47 (letzter Zugriff: 22.06.2022)
- Schorn, B. (2020): Systemische Therapie kann sofort mit den Krankenkassen abgerechnet werden. In: DGSF. Pressemitteilung. Unter: <https://idw-online.de/de/news750388> (letzter Zugriff 27.05.2022)
- Schramme, T. (2015): Psychische Krankheit als Störung wesentlicher Funktionen. In Nervenarzt 2015.86:16-21
- Schumacher, M. (2016): Systemische Beratung und Therapie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine empirische Untersuchung. 2., unveränderte Auflage, Wiesbaden, Springer
- Schuntermann, Michael (2020): ICF. Einführung in die ICF. Grundkurs. Übungen. Offene Fragen. 4. Aktualisierte Auflage. Econmed-Verlag
- Schweitzer, J., v. Schlippe, A. (2006): Öejrbicj der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Sendera, A., Sendera, M. (2016): Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, Springer
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden, Springer
- Stengler, K., Frank, M., Riedel-Heller, S.G., Becker, T., Steinhart, I., Gerlinger, G., Hauth, I., Deister, A. (2018): Der DGPPN-Teilhabekompass II. Umsetzung sozialer Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Nervenarzt 2018. 89:1237-1242, Springer
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., Bätzing, J. (2020): Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory clames data. In Journal of Affective disorders 271 (2020) 239 – 247 unter: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii> (letzter Zugriff 17.06.2022)
- Stübe, S., Schermann, K. (2021): Meine Eltern sind „anders“- Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs16024-021-00363-x.pdf> (letzter Zugriff 02.07.2022)
- Taubner, S., Georg, A. (2022): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychotherapeut 2022.67, S. 1-3; Unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00278-021-00564-9.pdf> (letzter Zugriff 28.05.2022)
- Theisen, R. M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten. Erfolgreich in Bachelor- und Masterarbeit. 17., aktualisierte und bearbeitet Auflage. München, Franz Vahlen

- Tlach, L., Lambert, M., Weymann, N., Liebherz, S., Dirmaier, J., Härter, M. (2022): Psychenet. Netz psychische Gesundheit: Basiswissen. Unter: <https://www.psychenet.de/de/ueber-uns/das-projekt-psychenet.html> (letzter Zugriff 04.06.2022)
- Tölle, R., Windgassen, K. (2014): Psychiatrie – einschließlich Psychotherapie. 17., überarbeitete und ergänzte Auflage. Heidelberg, Springer
- Uhlmann, B. (2015): Berühmte Depressions-Patienten. „Wenn mein schwarzer Hund zurückkehrt“. Süddeutsche Zeitung. Unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/beruehmte-depressions-patienten-wenn-mein-schwarzer-hund-zurueckkehrt-1.2519325> (letzter Zugriff 04.06.2022)
- Ullherr, A. (2012): Systemische Methoden in der Betreuung und Beratung psychisch kranker Menschen. Praxis-Institut Süd. Unter: https://www.praxisinstitut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/Praxis-Dialog/2012_Ullherr_Systemische_Methoden_in_der_Betreuung_psychisch_kranker_Menschen.pdf (letzter Zugriff 01.06.2022)
- V.d.Broek, R., Pleininger-Hoffmann, M., Leichsenring-Driessen, C., Leggemann, M. (2012): Familienorientierung in der psychiatrischen Behandlung. In: Bauer, U., Reinisch, A., Schmuhl, M. (Hrsg.) (2012): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden, Springer VS
- v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (2019): Systemische Interventionen, 3. Unveränderte Auflage. Göttingen, Vandenhoeck Ruprecht
- v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (2000): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 7. Auflage. Göttingen, Vandenhoeck Ruprecht
- v. Schlippe, A. (1995): Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn, Junfermann-Verlag
- v. Sydow, K., Retzlaff, R. (2021): Aktueller Stand der Systemischen Therapie. Wirksamkeitsforschung und Implementierung in das deutsche Gesundheitssystem. In: Psychotherapeut 2021-66:469-477
- v. Sydow, K., Borst, U. (Hrsg.) (2018): Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim Basel, Beltz Verlag
- Wagner, E. (2021): Psychische Störungen verstehen. Orientierungshilfe für Angehörige. Berlin, Springer Nature
- WHO (2019): Psychische Gesundheit - Faktenblatt. unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf (letzter Zugriff 28.05.2022)
- Weidtmann, K. (2018): Die Familie in der Psychologie. In: Wonneberger, A., Weidtmann, K., Stelzig-Willutzki, S. (Hrsg.) (2018): Familienwissenschaft. Grundlagen und Überblick. Wiesbaden, Springer VS
- Weiss, T., Haertel-Weiss, G. (2000): Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten, 6. Auflage. München, Piper

- Wiegand-Frefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.) (2012): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Wolin, S., Wolin, S. (1995): Resilienz among youth growing up. In: substance-abusing families. Subst Abuse 1005 (42): 415-429
- Wonneberger, A., Weidtmann, K., Stelzig-Willutzki, S. (Hrsg.) (2018): Familienwissenschaft. Grundlagen und Überblick. Wiesbaden, Springer VS
- Zemp, M., Bodenmann, G. (2015): Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung. Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater. Heidelberg, Springer
- Zick, Jowita (2013): Kinder von Borderline-Eltern. Entwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren. Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag: Reihe: Sozialwissenschaften; Bd. 57. Marburg, Tectum
- Zitzmann, J., Rombold, L., Renneberg, B. (2020): Familiäre Transmission der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Psychotherapeut 2020 65: 366-373
- Zwack, J. (2008): Systemische Akturpsychiatrie als multiprofessionelle Praxis. Promotionsarbeit. Unter: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/8130/1/J._Zwack_Zusammenfassung.pdf (letzter Zugriff 31.07.2022)

Abkürzungsverzeichnis

BAGüS =	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BPS =	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BTHG =	Bundesteilhabegesetz, Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen
CIDI =	Das Composite International Diagnostic Interview der Weltgesundheitsorganisation ist ein strukturiertes Interview für psychiatrische Störungen
DSM =	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Klassifikationssystem für psychische Störungen
EUTB =	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
ICD =	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, eine medizinische Klassifikationsliste der WHO
ICF =	Die International Classification of Functioning, Disability and Health
SGB =	Sozialgesetzbuch
SPFH =	Sozialpädagogische Familienhilfe
UN-BRK =	Die Behindertenrechtskonvention der UNO-Generalversammlung
WHO =	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 „Vulnerabilität-Stress-Modell“	15
Abb.2 „Bio-Psycho-Soziales-Modell“	16
Abb.3 „Zusammenwirken von Diagnostik und Klassifikation“	18
Abb.4 „Genogrammarbeit“	55

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1 „Geschichtliche Entwicklung psychiatrische Diagnosemodelle“	14
Tab. 2 „Risiko- und Schutzfaktoren“	25
Tab. 3 „Kindliche Bedürfnisse“	30
Tab. 4 „Angebotsstrukturen im psychiatrischen Versorgungssystem“	33
Tab. 5 „Reformstufen des BTHG“	39
Tab. 6 „Assistenzleistungen für die soziale Teilhabe“	43
Tab. 7 „Systemisches Fragen“	52
Tab. 8 „Systemische Interventionen“	54
Tab. 9 „Traditionelles vs. Systemisches Verständnis“	64

Anhang 1

Protokoll des ZOOM-Meetings „Sozialarbeit in der Psychiatrie“ vom 10.02.2022

TOP 1

Aktuelle Situation in den Einrichtungen:

Die TN tauschen sich über die aktuelle Situation in den Einrichtungen nach nun zwei Jahren Pandemie mit erheblichen Einschränkungen, Bestimmungen, Hygienekonzepten, reduzierten Angeboten etc. aus.

Diverse TN aus Werkstatt- und TS sowie besonderen Wohnform-Bereichen schildern, dass eine gewisse Unzuverlässigkeit und Unverbindlichkeit Einzug gehalten habe und dass Maßnahmen häufiger vorzeitig beendet würden. Einigkeit herrscht auch darüber, dass es aufgrund der vielen Einschränkungen und Bestimmungen schwieriger sei, neue TN zu integrieren. Der alte Kern würde die Maßnahmen besser ertragen, aber auch hier sei mittlerweile eine gewisse Müdigkeit und teilweise auch Nachlässigkeit im Umsetzen der Hygienevorschriften zu beobachten.

Die Herausforderungen von Quarantänen in den Einrichtungen aber auch durch die durch Quarantänen entstehenden Lücken in der Personaldecke werden geschildert.

Alle TN schildern, dass die Impf- und Boosterquoten der TN sehr hoch seien, was die Arbeit sehr erleichtern würde.

Die KollegInnen aus der ambulanten Arbeit schildern die besonderen Herausforderungen in der Arbeit im KlientInnenwohnraum, da dort keine Hygienekonzepte vorlägen und die KlientInnen selten Maske tragen würden.

Ein Austausch über kreative Ideen findet statt, so zum Beispiel ein beheiztes „Partyzelt“ im Garten für Plenum/Besuche oder das Nutzen einer großen Turnhalle um Abstände einhalten zu können.

Abfrage und Austausch darüber, welche Gruppen unter welchen Bedingungen wieder stattfinden. Beispiel Kochgruppen.

Austausch über die berufliche Herausforderung im Umgang mit TN, die aktive ImpfgegnerInnen sind und ggfs. „Fake news“ in die Gruppen tragen.

TOP 2

Umsetzung des BTHG

Die Teilhabeplanung in HL läuft aktuell nur digital, nicht analog. Dies sei für die KlientInnen recht schwierig.

Es gäbe gar keine Gesamtpläne, auf die Bewilligungen müsse man sehr lange warten. Man müsse sehr viel Anstrengungen aufbringen, das Vorhandensein eines Hilfeplans bei den KlientInnen zu erfragen und diese immer wieder daran zu erinnern, diesen mitzubringen.

Die Teilnahme des Team Teilhabeplans sei in letzter Zeit etwas eingeschlafen

Top 3

Neues PsychKG versus altes PsychKG

H.Pawlack frag, ob jemand evtl. eine schriftliche Gegenüberstellung habe, die die Neuerungen herausstreiche. S. Bösch gibt an, der Paritätische habe dies per Mail versandt

Top 4

Geplante Themen

Neues Betreuungsrecht im Oktober 2022 durch C. Teitling

Patientenverfügung durch das PIZ (ZIP)

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Top 5

Begrifflichkeiten BTHG

Kompensatorische Assistenz

Wirksamkeit und Wirkungsorientierung

(wird auf späteren Termin verschoben)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift