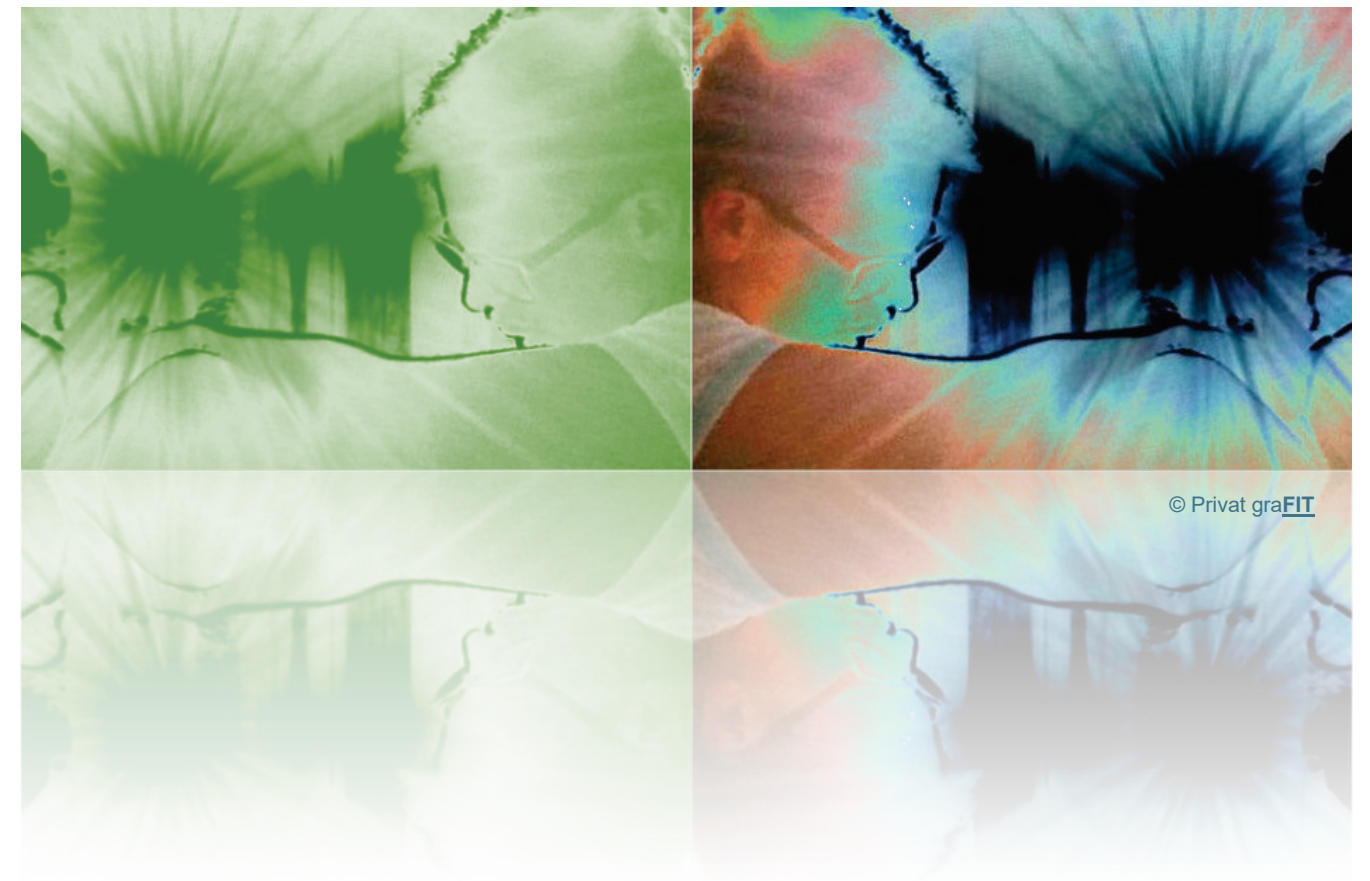




D O P P E L D I A G N O S E

Sucht und psychische Erkrankung



© Privat graFIT

Die Autoren dieser Broschüre sind selbst betroffene Eltern. Sie sind aktiv in der Elternselbsthilfe engagiert und vernetzt. Sie leben in und im Umland von Karlsruhe.

DOPPELDIAGNOSE

Sucht und Psychische Erkrankung



Bewusster Umgang mit Sprache / Anmerkungen der Autoren:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Weitergehend ist die Bezeichnung „Eltern/Kind“ als Synonym für Eltern, Geschwister, Angehörige und Zugehörige zu verstehen.

Ergänzungen oder Anpassungsvorschläge zu dieser Broschüre nehmen wir gerne unter info@eldrost.de entgegen.



Schirmherrschaft und Grußwort von Dr. Frank Mentrup

Oberbürgermeister Stadt Karlsruhe



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Eltern, Angehörige und Unterstützende,

die gleichzeitige Diagnose einer psychischen Erkrankung und einer Suchterkrankung – die sogenannte Doppeldiagnose – ist eine enorme Herausforderung für Betroffene und ihr gesamtes Umfeld. Besonders Eltern stehen in dieser Situation oft unter großem Druck: Sie kämpfen mit Sorgen, Fragen, Hilflosigkeit – und erleben sich dabei viel zu oft allein.

Gerade deshalb ist die Elternselbsthilfe drogen- und suchtmittelabhängiger Söhne und Töchter (EL-dro-ST e.V.) für Karlsruhe und Umgebung ein so wertvoller Baustein für die psychosoziale Unterstützung in der Region. Sie bietet Raum für Austausch, Verständnis und gegenseitige Stärkung – und sie macht Mut, offen über eine belastende Realität zu sprechen, die in unserer Gesellschaft oft tabuisiert wird.

Zur Erstveröffentlichung dieser Broschüre gratuliere ich allen Beteiligten ganz herzlich. Sie dokumentiert nicht nur Wissen, Unterstützungsangebote und Erfahrungen – sie ist zugleich ein Zeichen der Sichtbarkeit und Anerkennung für alle Eltern, die tagtäglich mit dieser Doppelbelastung leben.

Mein besonderer Dank gilt dem Verein EL-dro-ST, der mit großem Engagement die Arbeit der Selbsthilfegruppe begleitet und mit dieser Veröffentlichung einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung leistet. Solche Initiativen machen Karlsruhe zu einer Stadt des Miteinanders, der Teilhabe und des gegenseitigen Beistands.

Ich wünsche dieser Broschüre viele aufmerksame Leserinnen und Leser – und allen Betroffenen das gute Gefühl, nicht allein zu sein.

Frank Mentrup

Dr. Frank Mentrup
Oberbürgermeister Stadt Karlsruhe



<https://commons.wikimedia.org/wiki/User:Sitaruissas>



Dr. med. Abiodun Bernard Joseph

Chefarzt der Fachklinik für
Drogenrehabilitation Wermsdorf

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Eltern, Angehörige und Unterstützende,

Sucht kommt selten allein. Sie betrifft nicht nur die erkrankte Person, sondern reißt oft auch Angehörige, Freunde und ganze Familien in einen Strudel aus Sorgen, Belastungen und Unsicherheit. Plötzlich ist nichts mehr, wie es war. Neben der seelischen Erschöpfung müssen Betroffene und ihre Liebsten auch noch lernen, sich in einem oft unübersichtlichen Hilfesystem zurechtzufinden. Besonders herausfordernd ist dies bei sogenannten Doppeldiagnosen, wenn neben der Sucht noch weitere psychische oder körperliche Erkrankungen bestehen.

In einer solchen Situation fühlt man sich leicht verloren. Doch niemand sollte diesen Weg allein gehen müssen. Diese Broschüre versteht sich als Kompass – als verlässliche Begleitung durch schwieriges Terrain. Sie übersetzt medizinische Fachsprache in klare Worte, zeigt verfügbare Hilfsangebote auf und erklärt, wie man sie erreichen kann.

Das Besondere: Die Inhalte stammen von Menschen, die diesen Weg selbst gegangen sind. Eltern, die miterlebt haben, wie ihr Kind kämpft – und die selbst kämpfen mussten. Sie teilen hier offen ihre Erfahrungen, geben Antworten auf die Fragen, die ihnen am Anfang niemand beantworten konnte, und zeigen, dass es Wege aus der Krise gibt.

Diese Broschüre soll Mut machen. Sie soll zeigen: Auch wenn der Weg aus der Sucht oft steinig ist – er führt hinaus. Schritt für Schritt. Und Sie müssen ihn nicht allein gehen.

Liebe Grüße

Dr. med. Abi Joseph, MBBS
FA für Psychiatrie / Psychotherapie
Suchtmedizin, Sozialmedizin
Notfallmedizin
Chefarzt



© Privat Roland Schilling

Bettina Konstandin

Erste Vorsitzende EL-dro-ST e.V.



© Arno Helfer

Liebe Eltern und Angehörige, Fachleute und Interessierte,

bei uns sitzt die Sucht mit am Tisch – und auch die psychische Erkrankung.
Beides ist da. Beides gehört zum Leben unseres Kindes. Und zu unserem.

Mit jeder Eskapade meines Sohnes durfte auch ich dazulernen. Heute begegne ich ihm auf Augenhöhe und mit Wertschätzung. Diese Haltung wurde mir erst durch die Unterstützung und den Rückhalt in der Elternselbsthilfe möglich – dafür bin ich sehr dankbar.

Es ist leicht, Verantwortung abzugeben, wenn ein Lebensweg dem eigenen Wunschbild entspricht: Schulabschluss, Studium, Familie, Haus. Unsere Herausforderung ist es, die Verantwortung auch dann dem Kind zu überlassen, wenn es andere Wege geht – Wege, die wir vielleicht nicht verstehen.
So wie ich als Landmensch die Stadt meide, lieben andere das pulsierende Großstadtleben.

Und wenn sich unsere Kinder – aus Not oder Überzeugung – für ein Leben in der Sucht und vielleicht sogar als Vagabund entscheiden, dann ist es unsere Aufgabe, auch diesen Weg zu akzeptieren, ohne ihn zu bewerten.

Es ist eine große Erleichterung, dem eigenen Kind die Verantwortung für sein Leben zurückzugeben – und ihm zuzutrauen, diesen Weg zu meistern. Auf seine Weise.
Und dann anzunehmen, wie auch immer diese Entscheidung aussieht.

Für uns Eltern gilt: **Selbstfürsorge ist kein Luxus – sie ist notwendig.**

Warum diese Broschüre?

- Weil früher Konsum, Mischkonsum und immer stärkere Wirkstoffe zu einer Zunahme psychischer Erkrankungen führen.
- Weil wir als Eltern immer wieder an Grenzen stoßen.
- Weil das Thema oft nicht verstanden wird – und gezielte Unterstützung fehlt.

EL-dro-ST e.V. möchte mit dieser Broschüre:

- Eltern und Angehörige mit doppelt betroffenen Kindern stärken,
- Verständnis fördern und Brücken bauen,
- eine praktische Orientierungshilfe an die Hand geben – für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte.

Herzlich

Bettina Konstandin



Inhaltsverzeichnis:	Seite:
1. Doppeldiagnose – was ist das?	12
2. Warum braucht es den besonderen Blick auf die Doppeldiagnose	13
3. Ein Überblick über psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Sucht	14
4. Besonderheit wahnhafte Erkrankungen: Wenn die gemeinsame Realität zerbricht	19
5. Beispiele aus der Elternselbsthilfe	21
6. Medizinische Behandlungshilfen	27
7. Drogenberatung und Therapie	30
8. Forensische Unterbringung	33
9. Eingliederungshilfe und gesetzliche/ambulante Betreuung	35
10. Obdachlosigkeit und betreutes Wohnen	40
11. Umgang mit Behörden	43
12. Ausblick	48
13. Rat und Hilfe	51
14. Literaturliste	54

WIR SIND DA, WENN DU UNS BRAUCHST!

1. Doppeldiagnose – was ist das?

Betroffene Eltern kennen es: Hat man mit einem psychisch kranken Kind schon Herausforderungen zu meistern, so verdoppeln sich diese Herausforderungen, wenn das Kind auch noch zusätzlich eine Suchterkrankung hat. Der englische Fachbegriff dafür heißt „double trouble“ und beschreibt die Situation der betroffenen Eltern sehr gut. In Deutschland hat sich dafür der etwas nüchterne Fachbegriff „Doppeldiagnose“ durchgesetzt. Dies ist etwas irreführend, da unsere Kinder oft nicht nur zwei, sondern mehrere und im Zeitablauf auch meist noch unterschiedliche Diagnosen durch die beteiligten Ärzte erhalten. Der Begriff Doppeldiagnose bezeichnet somit das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Erkrankung. Man spricht hier auch von „Multimorbidität“, d.h. dem gleichzeitigen Bestehen mehrerer Erkrankungen, wobei in unserem Kontext eine oder mehrere Suchterkrankungen plus eine oder mehrere psychische Erkrankungen gemeint sind.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Patienten mit Doppeldiagnosen das psychosoziale und medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch nehmen als Patienten mit lediglich einer der beiden Diagnosen, aber trotzdem schlechtere Behandlungsergebnisse und Krankheitsverläufe aufweisen. Diese Befunde treffen vor allem für Behandlungen zu, die nur eine der bestehenden Stö-

rungen ins Zentrum der Therapie stellen. Bei der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen ist es deshalb unerlässlich, alle vorhandenen Störungen anzuerkennen und im therapeutisch-strategischen Planen und Vorgehen gleichermaßen zu berücksichtigen.

Sucht kommt fast immer in Begleitung vor

So haben wir gelernt, dass Doppel- und Mehrfachdiagnosen die Regel bei Süchtigen sind und nicht die Ausnahme. Dazu gehören beispielsweise Psychosen, Traumata, Borderline, ADHS, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen etc. Oft nehmen Süchtige ihre Drogen als Selbstmedikation, da sie sonst sich und das alltägliche Leben in Verbindung mit ihrer psychischen Erkrankung nicht aushalten.

In vielen Fällen ist eine psychische Erkrankung aber auch Folge einer intensiven Drogensucht, beispielsweise bei Psychosen nach langjährigem und intensivem Cannabiskonsum.

Bevor wir konkrete Beispiele aus der Elternselbsthilfe vorstellen, wollen wir zunächst den besonderen Blick auf das Thema Doppeldiagnose erläutern und einen kurzen Überblick über psychische Erkrankungen geben. Anschließend vertiefen wir das Thema Suchtberatung und Suchtbehandlung. Obdachlosig-

keit und betreutes Wohnen sind typische Themen, die bei einer Doppeldiagnose eine Rolle spielen können. Auch das Thema Eingliederungshilfe und gesetzliche/ambulante Betreuung soll betrachtet werden. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Fragestellung, wie ich mit Behörden umgehe.

Mit dieser Broschüre möchten wir

betroffenen Eltern und Angehörigen unser gesammeltes Wissen und unsere Erfahrungen zu diesen Themen zur Verfügung stellen – als Orientierung, Ermutigung und Unterstützung im oft herausfordernden Alltag mit einer Doppeldiagnose.

2. Warum braucht es den besonderen Blick auf die Doppeldiagnose?

Die Doppeldiagnose bedeutet eine doppelte Belastung, sowohl für Betroffene als auch für ihre Angehörigen. Eltern erleben oft starke Schuldgefühle. Wenn zur Sucht auch noch eine psychische Diagnose kommt, denken wir schnell: „Er/sie ist doch krank, da kann ich doch nichts fordern.“ Doch Krankheit schützt nicht davor, Verantwortung zu tragen.

- Sucht verlangt Konfrontation und klare Forderungen. Psychische Erkrankungen benötigen Schutz, Verständnis und Fürsorge.
- Während in der Sucht Realitätssinn und Gruppenarbeit hilfreich sind, braucht es bei psychischen Erkrankungen Möglichkeiten zum Rückzug und Raum für Individualität.
- Sucht verlangt oft nach Abstinenz, bei psychischen Erkrankungen allerdings werden Medikamente, manchmal auch Substanzen, toleriert.

Ein komplexes Spannungsfeld

Ratsuchende Eltern müssten rein theoretisch in zwei Selbsthilfegruppen gehen: in eine für Angehörige Suchtkranker und in eine weitere für Angehörige psychisch Kranker, denn die Strategien sind oft widersprüchlich. Ein depressives Kind braucht etwas anderes als eines mit einer Borderline-Störung oder ADHS, und psychotische Erkrankungen sind noch einmal eine ganz andere Herausforderung. Sucht und psychische Erkrankung dienen gegenseitig als Multiplikator und erschweren eine Genesung erheblich. Besonders schwierig wird es bei

der Krankheitseinsicht. Der Suchtstoff hilft vermeintlich – wird er weggelassen, bricht die psychische Krankheit mit aller Macht durch. Die Einsicht fehlt oft, denn Betroffene sagen sich: „Was mir hilft, kann doch nicht schlecht sein“.

Stolpersteine entstehen

in der Behandlung. Sucht wird anders behandelt als eine psychische Erkrankung. Während wir bei ersterer mit Druck und Konfrontation reagieren sollten, braucht es bei psychischen Erkrankungen vielleicht Schonung und Rücksichtnahme. Beides zusammen wird natürlich schwierig und erfordert ein ständiges Austarieren und Ausloten des Mittelwegs.

Es gibt noch immer zu wenige spezialisierte Kliniken für Menschen mit Doppeldiagnose. In der Praxis bedeutet das oft, dass Sucht und psychische Erkrankung nacheinander behandelt werden – zuerst das eine, dann das andere. Doch genau darin liegt die Schwierigkeit: Wie soll die Psyche behandelt werden, wenn der Patient noch unter dem Einfluss von Substanzen steht? Und wie kann eine Suchttherapie gelingen, wenn die psychische Erkrankung – ohne das bisherige „Hilfsmittel Droge“ – mit voller Wucht durchbricht und der Mensch sich selbst kaum mehr erträgt?

Im besten Fall beginnt die Behandlung mit einer qualifizierten Entgiftung, bei der gleichzeitig auch die psychischen Symptome beobachtet und, sobald sie auftreten, frühzeitig mittherapiert werden.

Aktuelle Entwicklungen

Wer das Suchtgeschehen über die letzten Jahre verfolgt hat, stellt fest, dass es eine große Zunahme von Patienten mit Doppeldiagnose gibt. In der heutigen Zeit leiden immer mehr junge Menschen an psychischen Erkrankungen, die sie mit Drogen zu betäuben versuchen. Ein weiteres Problem ist der Mischkonsum. Heute konsumieren viele nicht mehr „ihren“ Stoff, sondern es wird konsumiert, was gerade zur Verfügung steht. Hinzu kommen die synthetischen Drogen, deren Wirkstoffmengen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben und die z. B. auch anderen Substanzen beigemischt werden. Ein weiterer Faktor ist, dass der Konsum immer früher beginnt, zu einer Zeit, in der die Persönlichkeitsstruktur der jungen Menschen noch nicht stabil und das Gehirn noch nicht ausgereift ist.

Es gibt also ausreichend Gründe, sich dem Thema Doppeldiagnose näher zu widmen.

3. Ein Überblick über psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Sucht

Eine Doppeldiagnose liegt vor, wenn eine psychische Erkrankung gemeinsam mit einer Suchterkrankung auftritt, zum Beispiel eine Alkoholabhängigkeit in Kombination mit einer Depression oder Cannabiskonsum in Verbindung mit einer Psychose.

Solche Kombinationen sind nicht selten und stellen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte oft eine besondere Herausforderung dar. Denn:

- Suchterkrankungen können psychische Symptome verstärken oder sogar auslösen,
- umgekehrt können psychische Erkrankungen den Einstieg in den Substanzkonsum begünstigen.

Eltern erleben häufig, dass in der Behandlung ihrer Kinder mit einer Doppeldiagnose sehr unterschiedliche therapeutische Haltungen aufeinandertreffen. Je nachdem, welche Diagnose im Vordergrund steht, ergeben sich unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte, Erwartungen und

Umgangsweisen. Das macht die Therapie komplex und erfordert viel Abstimmung zwischen den behandelnden Stellen.

Im Folgenden finden Sie einen Überblick über die häufigsten psychischen Erkrankungen, die kombiniert mit Sucht auftreten können. Auch die Suchterkrankung selbst zählt aus medizinischer Sicht zu den psychischen Erkrankungen.

- ▶ Jeder Abschnitt wird durch eine Gegenüberstellung ergänzt, welche veranschaulicht, wie sich die Behandlungsansätze bei Suchterkrankungen und den jeweiligen psychischen Erkrankungen unterscheiden und wo Spannungen im therapeutischen Vorgehen entstehen können. Ziel dieser Gegenüberstellung ist es, ein besseres Verständnis für diese Unterschiede zu fördern und mögliche Reibungspunkte sichtbar zu machen.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Menschen mit Borderline erleben extreme Stimmungsschwankungen, haben Angst vor dem Alleinsein und reagieren oft impulsiv.

Selbstverletzendes Verhalten und instabile Beziehungen kommen häufig vor. Drogen oder Alkohol werden oft genutzt, um starke innere Spannungen zu regulieren. Das Umfeld wird dabei stark belastet.

Wichtige Maßnahmen sind Grenzen setzen, nichts persönlich zu nehmen und sich selbst zu schützen.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und Borderline		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung Borderline
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Behutsam und validierend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Beziehungsorientiert und haltgebend
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Einfühlsames Mitgehen und Hilfe im Umgang mit starken Gefühlen
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Bindungsorientiert, mit Fokus auf Beziehung
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Häufig medikamentöse Unterstützung (z.B. bei Impulsivität)
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Flexibler Umgang mit Rückfällen, Schwerpunkt auf dem Umgang mit Krisen
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Förderung von Eigenverantwortung und Selbstreflexion
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Struktur gibt Halt, aber Beziehungserhalt hat Vorrang



Psychose/paranoide Schizophrenie

Psychosen sind schwere seelische Krisen, bei denen Betroffene den Bezug zur Realität verlieren. Es kann zu Halluzinationen (z.B. Stimmen hören) oder Wahnvorstellungen (z.B. Verfolgungswahn) kommen. Viele Betroffene wirken verwirrt, ängstlich oder misstrauisch. Substanzen wie Cannabis, Amphetamine oder

Alkohol können Psychosen auslösen oder verstärken.

Die paranoide Schizophrenie ist eine chronische Form der Psychose und gehört zu den sogenannten „schweren psychischen Erkrankungen“. Sie verläuft meist in Phasen mit Halluzinationen, Wahn oder Antriebslosigkeit. Betroffene ziehen sich zurück oder wirken abwesend. Substanzgebrauch ist häufig, oft als Versuch der Selbstbehandlung.

Geduld, ein stabiles Umfeld und verlässliche therapeutische Begleitung sind wichtige Hilfen.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und Psychose / paranoide Schizophrenie		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung Psychose
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Schützend und deeskalierend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Stabilisieren, Orientierung geben, Vertrauensaufbau
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Schutz vor Reizüberflutung, Wiederherstellung von Realitätsbezug
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Meist Einzelkontakt, Gruppen eher vorsichtig einsetzen
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Antipsychotika (Neuroleptika), meist langfristig
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Substanzgebrauch oft als Selbstmedikation, wird teilweise toleriert
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Sporadische Kontrolle oder Tolerierung
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Feste Tagesstruktur hilft, klare Kommunikation, keine Reizüberflutung,

Angststörung

Angststörungen äußern sich in übermäßiger, oft unbegründeter Angst, etwa in Form von Panikattacken, sozialer Angst

oder ständiger Sorge. Um diese Gefühle zu dämpfen, greifen manche Betroffene zu Suchtmitteln.

Angehörige sollten ernst nehmen, was für Außenstehende vielleicht irrational wirkt: Angst ist ein echtes Leiden, das behandelbar ist.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und Angststörung		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung Angststörung
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Beruhigend und sicherheitsvermittelnd
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Schrittweise Konfrontation, Sicherheit aufbauen
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Angstreduktion und Selbstsicherheit stärken
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Häufig Einzeltherapie oder kleine Gruppen
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Angstlöser (kurzfristig), Antidepressiva
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Selten direkt betroffen, wenn dann oft versteckt – braucht sensible Abklärung
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Selten direkte Kontrolle notwendig
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Sanfte Begrenzung, Sicherheit durch Vorhersehbarkeit

ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung

Auch Erwachsene können ADHS haben, Symptome sind Unruhe,

Impulsivität, Konzentrationsprobleme und Stimmungsschwankungen. Viele Betroffene greifen zu Drogen oder Alkohol, um sich zu beruhigen oder zu „fokussieren“. Das kann in eine Abhängigkeit führen.

Für Angehörige ist es hilfreich zu verstehen, dass es sich um eine neurologische Störung mit Behandlungsmöglichkeiten handelt.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung ADHS
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Unterstützend und strukturgebend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Strukturierend, aktivierend
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Alltagsbewältigung und Impulskontrolle
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Kombination aus Einzel- und Gruppensetting
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Stimulanzien oder andere Medikation zur Verbesserung der Konzentration
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Häufige Komorbidität
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Bedarf je nach Ausprägung
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Klare Tagesstruktur und Hilfe zur Selbstorganisation

Depression

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Typisch sind Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Hoff-

nungslosigkeit und sozialer Rückzug. Viele Betroffene konsumieren Alkohol oder Medikamente, um ihre Gefühle zu dämpfen, was die Situation oft verschlimmert.

Verständnis zeigen, zuhören und zum Arztbesuch ermutigen sind erste wichtige Schritte.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und Depression		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung Depression
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Empathisch und stabilisierend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Ressourcenorientiert und stabilisierend
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Antrieb fördern und Hoffnung stärken
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Häufig Einzeltherapie
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Antidepressiva, ggf. begleitend
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Substanzgebrauch oft als Selbstmedikation
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Indirekt durch Gespräche oder Screenings
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Sanfte Strukturgebung, nicht überfordernd

PTBS

Posttraumatische Belastungsstörung

Nach schweren seelischen Verletzungen (z. B. Gewalt, Miss-

brauch, Krieg) kann eine posttraumatische Belastungsstörung entstehen. Typisch sind Flashbacks, Albträume, innere Unruhe und ständige Alarmbereitschaft. Alkohol oder Drogen werden häufig zur Betäubung eingesetzt.

Angehörige sollten wissen: Das Verhalten ist eine Folge der Traumatisierung und keine Schwäche. Eine professionelle Traumatherapie ist notwendig und hilfreich.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und posttraumatische Belastungsstörung		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung PTBS (Posttrauma)
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Traumainformiert, schützend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Stabilisierung, Traumaaufarbeitung
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Stabilisierung, Verarbeitung traumatischer Erinnerungen
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Einzeltherapie oder traumasensitive Gruppen
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Antidepressiva, ggf. Schlafmittel, in Trauma-Therapie zurückhaltend
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	Häufige Selbstmedikation – braucht behutsame Klärung
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Bedarf an sensibler, nicht überwachender Begleitung
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Sicherheit durch klare, stabile Rahmen

Bipolare Störung

Bei einer bipolaren Störung wechseln sich depressive Phasen mit manischen Phasen ab, in denen Betroffene extrem aktiv, euphorisch oder auch reizbar

sind. In beiden Phasen kann es zu riskantem Verhalten oder Suchtmittelkonsum kommen. Die Stimmungsschwankungen sind nicht einfach Launen, sondern Symptom einer ernsthaften Erkrankung.

Wichtig sind ein stabiler Tagesrhythmus und fachärztliche Begleitung.

Der therapeutische Widerspruch: Sucht und Bipolare Störung		
Aspekt	Behandlung Sucht	Behandlung Bipolare Störung
Grundhaltung	Direkt, ehrlich und fordernd, Fokus auf der Eigenverantwortung	Wechselnd: unterstützend und strukturgebend
Therapieansatz	Veränderungsorientiert mit klaren Zielen	Phasenbezogen: Aktivierung oder Dämpfung
Zielbezug	Rückkehr in ein suchtfreies, selbstbestimmtes Leben	Phasenstabilität, Umgang mit Stimmungsschwankungen
Bezug zur Gruppe	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Gruppen in stabilen Phasen möglich
Medikation	In der Regel keine – Fokus auf Abstinenz und Selbstkontrolle	Phasenbezogen: Stimmungsstabilisierer, ggf. Antipsychotika
Umgang mit Substanzgebrauch	Striktes Abstinenzziel, Rückfälle werden oft thematisiert	In manischen Phasen oft erhöht
Überwachung des Konsums	Gruppenorientiert, Austausch und Rückhalt stärken	Situativ, je nach Phase und Vorgeschichte
Grenzen und Regeln	Klare Grenzen und konsequente Einhaltung von Regeln	Struktur in depressiven Phasen, mehr Flexibilität in manischen

4. Besonderheit wahnhafte Erkrankungen: Wenn die gemeinsame Realität zerbricht

Weil wahnhafte Erkrankungen unter den psychischen Störungen besonders herausfordernd sind, gehen wir hier ausführlich auf sie ein.

Sie betreffen alle drei Ebenen des Menschseins – Denken, Fühlen und Wahrnehmen – und führen durch Wahn und Realitätsverlust zu tiefgreifenden Veränderungen, die auch für Angehörige besonders schwer zu verstehen sind. Eine psychotische Störung verzerrt die Wahrnehmungen, z. B. hört man Stimmen oder sieht Dinge, die andere nicht sehen (Halluzinationen). Auch das Denken ist verzerrt, beispielsweise durch Wahnvorstellungen, Verfolgungswahn, religiöse oder größenwahnhafte Überzeugungen. Auch das Ich-Erleben verändert sich, Betroffene haben etwa das Gefühl, fremdgesteuert zu sein, in ihren Gedanken manipuliert zu werden, etwa durch implantierte Chips.

Die Schizophrenie ist die bekannteste Form einer Psychose, und sie ist mehr als eine psychische Störung: Sie ist eine Stoffwechselerkrankung des Gehirns, bei der der Dopaminhaushalt aus dem Gleichgewicht geraten ist. Gesunde Menschen können Reize filtern und einordnen, für Menschen mit einer wahnhaften Erkrankung ist das nicht mehr möglich. Alles, was sie hören, sehen oder fühlen, ist bedeutsam, bedrohlich, übermächtig. Die Reize stürmen ungefiltert auf sie ein; dies ist ein Zustand, der auf Dauer nicht auszuhalten ist.

Menschen mit einer wahnhaften Erkrankung verlassen die gemeinsam erlebte Realität, ihre Welt funktioniert plötzlich nach anderen Regeln. Die Grenze zwischen innen und außen verwischt, der Betroffene weiß nicht

mehr, was aus ihm kommt, was er beeinflusst und was von außen auf ihn einströmt oder ihn vermeintlich kontrolliert. Ein typischer Gedanke ist: „Höre ich diese Stimme, weil sie in meinem Kopf ist, oder spricht jemand von außen zu mir?“

Psychotiker glauben fest an das, was sie erleben

Stimmen im Radio gelten dann als persönliche Botschaften oder ein Jucken unter der Haut wird zum eindeutigen Zeichen für einen eingepflanzten Chip. Die Umgebung erscheint wie durch einen Schleier. Der Erkrankte hält nicht sich für verrückt, sondern die Welt um sich herum.

Eine Psychose zu erleben ist wie das permanente Verharren in einem Albtraum, nur dass man nicht erwacht. Die Symptome wie Stimmenhören oder körperliche Missempfindungen entstehen durch die Krankheit, sie werden real erlebt, auch wenn sie keine reale Ursache im Außen haben – und sie machen Angst. Der Patient versucht, sich diese verstörenden Erlebnisse zu erklären und erst durch die falsch interpretierten Folgerungen des Patienten entsteht der Wahn. Der Wahn reduziert die Angst, weil er ein Gefühl von Kontrolle zurückgibt. Gleichzeitig macht genau dieser Wahn die Behandlung so schwierig: Würde der Patient diesen loslassen, käme die Angst vor dem Unerklärlichen mit voller Wucht zurück. Deshalb klammern sich viele Erkrankte so sehr an ihren Wahn, er gibt Halt in einer Welt, die sonst kaum noch verständlich ist.

Frühe Anzeichen erkennen

Psychosen treten oft erstmals im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auf. Die ersten Symptome können Jahre vor dem eigentlichen Ausbruch auftreten.

- Frühsymptome können sein:
- Rückzug, Kontaktverlust
 - Ängste, Schlafprobleme
 - Leistungsabfall in Schule oder Beruf
 - Auffällige Wesensveränderungen
 - Misstrauisches Verhalten, verändertes Denken
 - Gefühlsverflachung oder extreme Empfindsamkeit

Wenn die Krankheit ausbricht

Die Erkrankung kann sich plötzlich oder schleichend entwickeln. Bei einem Drittel der Betroffenen bleibt es bei ein oder zwei Episoden. Ein weiteres Drittel hat wiederkehrende Schübe, lebt aber weitgehend stabil. Ein Drittel erlebt einen chronischen Verlauf mit mehr oder weniger großen Beeinträchtigungen. In der akuten Phase ist eine sichere Alltagsbewältigung oft nicht mehr möglich. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Reizüberflutung, Misstrauen – all das kann so massiv werden, dass eine stationäre Aufnahme notwendig ist. Gleichzeitig sind die gesetzlichen Hürden für eine Zwangsbehandlung hoch, was nicht selten zu dem Phänomen der sogenannten „Drehtürpatienten“ oder „Systemsprenger“ führt: Wird der Patient zu früh entlassen, ist er zu krank für die Selbstständigkeit und die Abwärtsspirale beginnt.



Warum setzen viele Patienten ihre Medikamente ab?

Antipsychotische Medikamente entfalten ihre positive Wirkung auf die Symptome der Erkrankung meist erst nach einigen Wochen. Die Nebenwirkungen jedoch wie Müdigkeit, Gewichtszunahme, Zittern, Unruhe, Gefühlsabflachung oder Konzentrationsprobleme treten bereits kurz nach Beginn der Einnahme auf. Für den Erkrankten bedeutet das, dass er sich zunächst nicht besser fühlt, sondern häufig sogar schlechter als vorher, unter Umständen wie lebendig begraben. Gleichzeitig muss er auf die betäubende Wirkung der Drogen verzichten, die zuvor zumindest kurzfristig Erleichterung verschafft hat. Diese Kombination ist schwer auszuhalten, es fehlt die sofortige Besserung, während sich der Alltag belastender anfühlt.

Ohne ausreichende Aufklärung, Begleitung und Motivation beenden viele daher die Therapie und setzen ihre Medikamente eigenständig ab, in der Hoffnung, sich dadurch schneller wieder „normal“ zu fühlen. Leider ist genau das Gegenteil der Fall, denn die Symptome kehren zurück oder verschlimmern sich und der Teufelskreis beginnt von vorn.

Gerade junge Menschen mit einer psychotischen Veranlagung erleben Cannabis als vermeintliche Hilfe, weil nach Cannabiseinnahme die Angst nachlässt und die Gedanken aufhören zu kreisen. Was wie eine Selbstmedikation wirkt, führt bei entsprechender genetischer Disposition aber häufig zum Gegenteil:

Der Konsum wird zum Brandbeschleuniger, verstärkt die Symptome, fördert neue Schübe.

Wenn Eltern hilflos zusehen

Für Angehörige ist das Erleben einer Psychose bei ihren Kindern verstörend. Plötzlich richtet sich Wut oder Misstrauen ohne erkennbaren Grund gegen sie. Eine Stimme wird ihnen zugeschrieben oder sie werden als Teil einer Verschwörung gesehen.

Unsere erkrankten Kinder sind dann misstrauisch, schwer zu erreichen, auch verletzlich, und dennoch zutiefst schutzbedürftig. Angehörige dürfen sich nicht scheuen, Hilfe zu suchen – auch für sich selbst.

Die Herausforderungen zusammengefasst

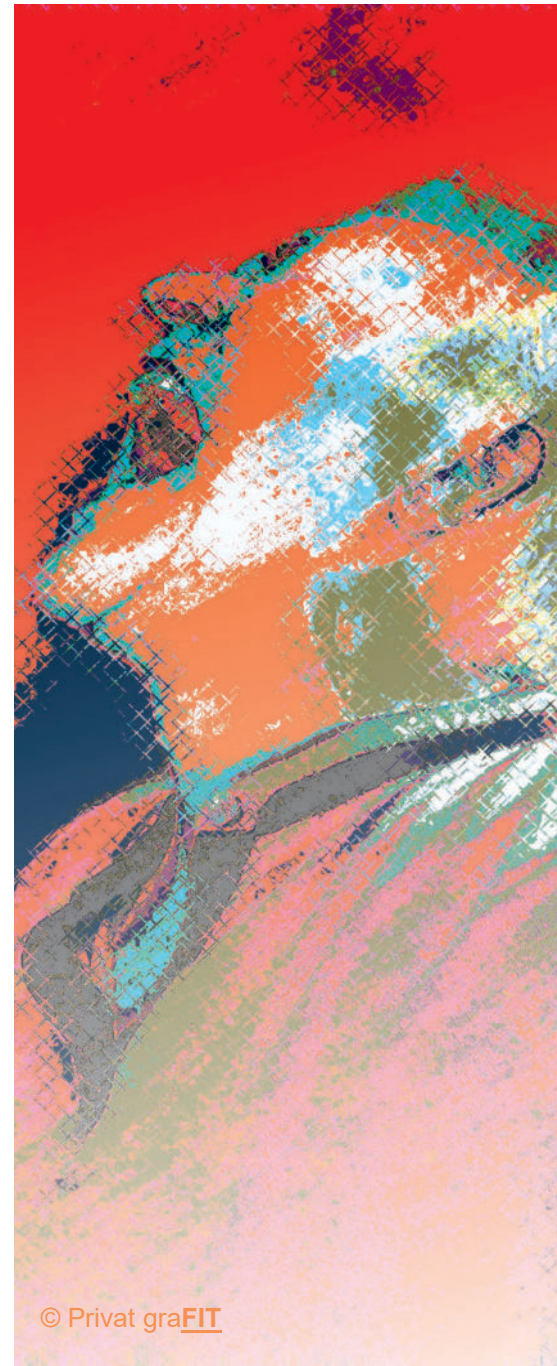
- Wir können unsere Kinder nicht „zur Vernunft bringen“, wenn sie in einer Psychose sind.
- Was sie erleben, ist für sie Realität, selbst wenn diese Realität für uns völlig unverständlich ist.
- Schizophrenie ist eine Erkrankung, kein persönliches Scheitern.
- Sie ist behandelbar und mit der richtigen Unterstützung sind auch längere Phasen der Stabilität möglich.
- Eine gute ärztliche und therapeutische Begleitung mit einer individuell angepassten Therapieform ist entscheidend.
- Medikamente können helfen, die Symptome zu lindern, aber

es braucht auch Verständnis und Geduld.

- Es bedarf einer klaren Haltung des Umfelds: Konsequenz, aber auch Mitfühlen sind notwendig.

Eine Psychose ist nicht das Ende

– sie ist eine Krise. Und Krisen können bewältigt werden. Dazu braucht man Zeit, eine gute Begleitung und das Vertrauen, dass hinter dem Wahn wieder Klarheit entstehen kann.



5. Beispiele aus der Elternselbsthilfe

Erstes Beispiel: Livia, Die Hoffnung stirbt zuletzt

Livia, heute 24 Jahre alt, ist schon seit frühester Jugend psychisch auffällig und wird in verschiedenen Psychiatrien mit unterschiedlichsten Diagnosen behandelt, ohne dass ihr wirklich geholfen werden konnte. Mit 17 Jahren versucht sie ihren seelischen Schmerz mit Heroin zu betäuben. Livia wird zuhause zunehmend aggressiv, in Geldangelegenheiten übergriffig und die Schule gerät ins Hintertreffen. Die Eltern sind verzweifelt. Livia bricht die erste Entgiftungstherapie ab, lässt sich dann auf eine Substitution ein und schafft mit letzter Anstrengung und Unterstützung der Eltern das Abitur. Im Anschluss daran wird Livia vor die Entscheidung gestellt, eine Entgiftung mit anschließender Langzeittherapie zu machen oder in die Obdachlosigkeit zu gehen. Livia lässt sich auf die Entgiftungstherapie ein, die sie jedoch kurz vor Entlassung wieder abbricht.

Als Grund für die vorzeitige Beendigung der Entgiftung stellte sich heraus, dass mit abnehmender Menge des Substitutionsmedikaments die psychischen Probleme mehr und mehr in den Vordergrund traten und Livia damit nicht klarkam. Hier wäre eine intensive psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich gewesen, was in einer Entzugsklinik nicht vorgesehen ist. Entzugskliniken sind auf die Suchtproblematik spezialisiert; für Doppeldiagnose-Patienten fehlt oft die intensive psychotherapeutische Akutbehandlung.

Die Eltern nehmen Kontakt zur Elternselbsthilfe auf. Die Gruppenabende helfen ihnen, das Geschehene zu verarbeiten.

Nach einiger Zeit als Drogenjunkie auf der Straße und zwei Aufenthalten auf der Intensivstation eines Krankenhauses erhielt Livia mit Hilfe eines Sozialarbeiters eine Unterkunft und wurde ins Diamorphin-Programm für schwerabhängige Suchtkranke aufgenommen. Zweimal am Tag spritzt sich Livia von nun ab Diamorphin unter ärztlicher Aufsicht, um zu überleben.

Auf einem durch die Elternselbsthilfe vermittelten Seminar finden die Eltern eine Einrichtung in Sachsen, die auf Doppeldiagnose-Behandlung (Sucht und psychische Erkrankung) spezialisiert ist. Livia nimmt nach zwei Jahren einen weiteren Anlauf, clean zu werden. Diesmal gelingt der Entzug, weil die Doppeldiagnose-Einrichtung aus persönlichem Engagement heraus bereits in der Entzugsklinik für ein Gesprächsangebot zur Verfügung steht. Nach erfolgreicher Langzeittherapie in Sachsen, anschließender Adaptionsphase und betreutem Wohnen ist Livia zunächst clean, konnte den Führerschein erwerben und begann ein Studium.

Ein erneuter Rückfall folgte drei Jahre später und Livia hat erneut den Weg ins Diamorphin-Programm gefunden, um ihren seelischen Schmerz zu betäuben. Auch jetzt wird wieder nur die Sucht behandelt und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten stehen nur sehr rudimentär zur Verfügung, so dass Livia zunehmend antriebslos und depressiv wird.

Zwei Jahre später, mittlerweile ist

Livia 26 Jahre alt, möchte sie ihr Studium wieder aufnehmen und in ein normales Leben zurückkehren. Sie dosiert nun langsam, aber stetig ab, um erneut in eine Entgiftung und Langzeittherapie zu gehen.

(Eltern aus dem Landkreis Karlsruhe)

Zweites Beispiel: Felix, Loslassen um verbunden zu bleiben

Felix ist der mittlere von drei Brüdern. Vom Kind mit sonnigem Gemüt wird er in der Pubertät immer ruhiger. Mit 16 berichtet er zum ersten Mal von Verfolgungsgefühlen und geht zu einem Jugendpsychologen, der ihn jedoch auch nach Monaten nicht erreicht.

Mit 17 beginnt er eine Ausbildung und kommt mit Marihuana in Kontakt, was schnell zur täglichen „Medizin“ wird. Es hilft gegen sein Gedankenkreisen und die beginnende Psychose, die wir als Familie nur langsam erahnen können. Nach drei Monaten ist er bereits abhängig – der Ausstieg gelingt ihm nicht. Die später diagnostizierte paranoide Schizophrenie tritt immer deutlicher hervor und der vermeintlich beruhigende Joint verschärft die Symptome zunehmend.

Nach weiteren drei Monaten muss Felix mit 17 die Ausbildung abbrechen. Er kommt mit einer akuten Psychose in die Psychiatrie – eskortiert von Rettungsdienst, Polizei und uns Eltern, sowohl für Felix wie auch uns Eltern ein Schock.

Nach drei Monaten Klinikaufenthalt folgt der erste Rückfall. Aufgrund seines Verhaltens müssen wir ihn auch zu Hause rauswerfen. Es folgen Jahre voller Aufs und Abs: Klinikaufenthalte, Entgiftungen, Langzeit-Rehas. Es gibt gute Phasen, in denen Felix in Einrichtungen lebt oder allein in einer Wohnung. Und es gibt dunkle Zeiten – Obdachlosigkeit, Verschwinden, kein Lebenszeichen.

Zum Marihuana kommen andere Drogen, Alkohol wird schließlich zur Hauptsubstanz. Schulden, Inkassoschreiben, kurze Aufenthalte im Gefängnis wegen unbezahlter Forderungen folgen. Reden kann Felix nicht – nicht über seine Ängste, nicht über die Stimmen, die ihn verfolgen.

Heute ist Felix 35. Die letzten 18 Monate waren extrem. Obdachlos reiste er quer durch Deutschland, seinen ganzen Besitz trug er bei sich. Kein Handy, keine Erreichbarkeit. Kontakt nur sporadisch, wenn er aus einer Klinik anrief, in die er wieder einmal zwangseingewiesen wurde.

Wenn wir über Ämter etwas erfahren, hören wir von Polizeieinsätzen, Aufgehalten in Notunterkünften – immer nur Fragmente. Eine gesetzliche Betreuung scheitert, weil sein Aufenthaltsort ständig wechselt. Man sagt uns: „Fälle wie Felix fallen durchs Raster.“

Die paranoide Schizophrenie ist inzwischen schwer chronifiziert. Felix misstraut allem und jedem, der Wahn hat ihn im Griff! „Nüchtern halte ich mich nicht aus“, sagt er über sich selbst.

Seit Kurzem ist Felix in Untersuchungshaft – am anderen Ende von Deutschland. Es soll ein Einbruchversuch gewesen sein. Wir wissen kaum etwas – und hoffen zugleich, dass dieser

Aufenthalt eine Chance sein kann. Ich denke schon lange: In der Forensik wäre er vielleicht besser aufgehoben. Dort gibt es strukturierte Therapieangebote und Schutz. Auch Felix spürt, dass er Ruhe braucht.

Was hat uns als Familie geholfen?

Anfangs wollte ich alles regeln und retten. Ich war verunsichert, wusste nicht, was richtig oder falsch ist. Reden mochte ich mit niemandem – zu groß war die Scham. Alles Zureden auf Felix führte zu Streit – er ließ sich nichts mehr sagen. Hilflosigkeit, Ohnmacht und völlige Erschöpfung bestimmten meinen Alltag.

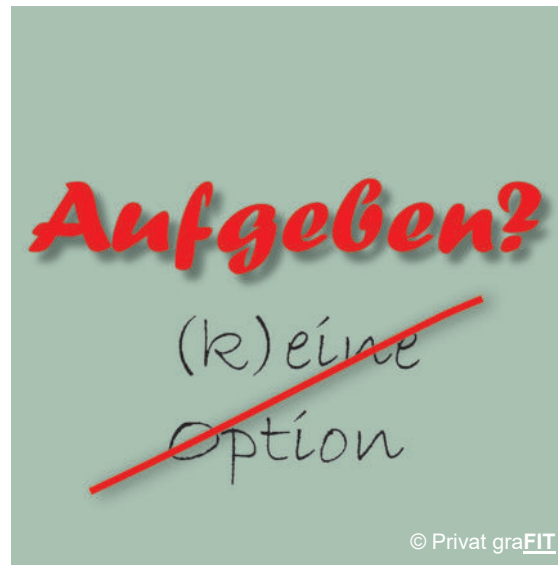
Irgendwann suchte ich Hilfe – für mich. Erst bei der Drogenberatung, später in der Elternselbsthilfe. Hoffnungslos und am Ende der Kraft fand ich dort Verständnis, Annahme und Offenheit. Ich musste mich nicht mehr erklären. In der Gruppe kannte man solche Geschichten – und plötzlich war ich nicht mehr allein.

Mein Partner schloss sich der Gruppe an und so begannen wir, gemeinsam zu tragen, was wir als Einzelne nicht mehr ertragen konnten. Hörten auf, uns zu schämen und lernten, die Krankheit zu akzeptieren – Psychose und Sucht. Wir erlaubten uns, Grenzen zu setzen – und den Fokus weg von unserem Sohn wieder auf uns selbst zu richten.

Felix bekam die Verantwortung für sein Leben zurück. Ob und wann er Hilfe möchte, liegt nun bei ihm, das entlastet uns alle. Die Erkenntnis, dass wir ihn nicht ändern können, war schmerzlich, aber heilsam. Durch unsere

eigene Veränderung wurde ein neuer Kontakt zu Felix möglich, getragen von Respekt, Wertschätzung und Wohlwollen.

Heute haben wir klare Grenzen, die auch ihm helfen. In der Psychose verschwimmen seine inneren Grenzen, aber unsere äußeren geben Orientierung. Zu uns Eltern hat Felix wieder Vertrauen. Er spürt, dass wir ihn ernst nehmen, ihm sein Leben zutrauen und ihn begleiten, wenn er es möchte.



Ob er es schafft

und irgendwann ohne Drogen und ohne Stimmen im Kopf leben kann? Wir wissen es nicht. Aber wir haben Frieden geschlossen mit dem, was ist. Mein Mann und ich führen heute ein zufriedenes Leben – im Einklang mit dem, was wir nicht ändern können.

Der Elternselbsthilfe sind wir unendlich dankbar. Ob wir es ohne die Gruppe je erreicht hätten, wieder unser eigenes Leben zu leben, unabhängig von den Eskapaden unseres Sohnes? Ich bezweifle es.

(Mutter aus dem Enzkreis)

Drittes Beispiel: Tim, Ein Leben in Zwischenräumen

Tim ist acht Jahre alt, als sich seine Eltern trennen. Er ist ein sensibles Kind, lebt mit seiner Mutter und der jüngeren Schwester weiter in der Familienwohnung. Der Vater zieht aus und gründet mit seiner neuen Partnerin eine zweite Familie. Tim fühlt sich zunehmend übersehen und zieht sich zurück. Die Schule fällt ihm zunächst leicht, doch der Verlust seines besten Freundes nach der Grundschulzeit und die wachsende Distanz zum Vater belasten ihn.

In der Pubertät leidet Tim unter häufigen Infekten und Leistungsabfall. Bei einem Schüleraustausch im Ausland kommt er erstmals mit Cannabis in Kontakt – zurück in Deutschland wird der Konsum regelmäßiger. Gleichzeitig verschlechtert sich sein psychischer Zustand: Antriebslosigkeit, Depressionen, sozialer Rückzug und übermäßiges Computerspielen bestimmen den Alltag.

Mit der zehnten Klasse endet seine Schulzeit auf dem Gymnasium. Auch ein späterer Wechsel ans Berufskolleg bringt keine Stabilität. Die psychische Belastung steigt weiter mit der zunehmend schwierigen Familiensituation: Seine Mutter erleidet einen psychischen Zusammenbruch und muss mehrfach in stationäre psychiatrische Behandlung.

Tim beginnt mit neunzehn Jahren ein Freiwilliges Soziales Jahr in einer Pflegeeinrichtung, bricht es aber ab, denn die beruflichen Anforderungen der Pflege sind für

ihn nicht zu bewältigen. Eine erste Ausbildung als Erzieher scheitert an einer beginnenden Psychose, eine weitere Ausbildung in einer anderen Stadt endet nach wenigen Wochen in einer erneuten psychischen Krise. Er ist mutlos, kraftlos, verunsichert, depressiv, unfähig, Hilfe zu suchen oder anzunehmen. In dieser Zeit verschärft sich sein Cannabiskonsum, was seine psychische Instabilität weiter verstärkt. Wiederholte Suizidversuche scheitern. Immerhin willigt er ein, als es um die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung geht.

Es folgen mehrere Klinikaufenthalte, aus denen Tim sich meist frühzeitig selbst entlässt, da er sich für genesen hält und auch den Ärzten und Therapeuten nicht vertraut. Er ist zeitweise wohnungslos, lebt unter anderem mehrere Wochen im Wald, verwahrlost, bricht fast jegliche Kontakte zur Außenwelt ab. In dieser Phase wendet sich seine Mutter an die Elternselbsthilfe und erfährt dort die notwendige Unterstützung, um Tim den Weg in ein ambulant betreutes Wohnen zu ebnen.

Heute ist Tim 29 Jahre alt und lebt in einer Wohngemeinschaft, ist drogenabstinent und nimmt regelmäßig Antipsychotika. Sein Zustand bleibt jedoch fragil. Er meidet sozialen Kontakt, Alltagssituationen wie Behördengänge oder Alltagserledigungen stressen ihn stark. In Krisen sucht er nun Hilfe – ein wichtiger Schritt, auch wenn sich seine Lebenssituation nur langsam stabilisiert.

(Mutter aus der Stadt Karlsruhe)

Viertes Beispiel: Lukas, Hilferuf an die Eltern

Lukas war ein aufgewecktes Kerlchen. Was in seinem Kleinkindalter noch geregelt verlief, begann mit der Einschulung zunehmend schwierig zu werden. Seine Grundschulklassenlehrerin hatte aber einen sehr guten Umgang z. B. mit seinem Bewegungsdrang. Komplikationen entstanden erst mit dem Übergang zum Gymnasium. Lukas wurde mit 13 Jahren einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt und erhielt die Diagnose ADHS. Unter Medikamenteneinnahme verringerten sich der schulische und häusliche Stress.

Lukas zeigte aber immer öfter eine Verweigerungshaltung. Zur familiären Entlastung machte er mit 16 Jahren eine fünfwöchige stationäre Reha in einer Klinik für Psychosomatik. Danach begannen die Probleme richtig. Über den Zeitraum von drei Jahren hat er, beginnend mit dem Konsum von Cannabis, sehr viele Drogen ausprobiert, am Ende hauptsächlich Alkohol konsumiert.

Rosenmontag 2019 - 07:00 Uhr: Statt wie gewohnt zur Arbeit zu gehen, bat unser Sohn um Hilfe. Nach dem örtlichen Faschingsumzug hatte sich Lukas, mittlerweile 20 Jahre alt, in der Nacht im Alkohol- und Drogenrausch auf einer Eisenbahnbrücke wiedergefunden: „Ich wollte springen. Ich weiß nicht, wie ich nach Hause gekommen bin.“ Eine Woche zuvor war er krankenhaushausreif geschlagen worden. Von wem auch immer, warum auch immer. Wir nahmen seit Längerem Probleme bei unserem Sohn wahr, standen dem Ausmaß der

Doppeldiagnose, Sucht und ADHS aber völlig hilflos gegenüber.

Lukas wurde auf eigenen Wunsch in die geschlossene Abteilung der zuständigen psychiatrischen Klinik für Suchtmedizin eingeliefert. Dort lernte er schnell: „Ich muss mich selbst kümmern, wenn ich etwas verändern will.“ In seinem Fall war das der Umzug auf die Station für Alkoholabhängige. Hier fand ein Gruppentherapeut Zugang zu ihm und überzeugte ihn, eine Langzeittherapie zu beginnen. Da Lukas die zuständige Drogenberatung überzeugen konnte, dass er nach seinem eigenen, nicht nach unserem Willen handelt, wurde ihm auf unkomplizierte Weise geholfen, einen passenden Therapieplatz zu finden.

Es folgten Langzeittherapie, Adaption und betreutes Wohnen mit Höhen und Tiefen. Der tiefste Punkt war erreicht, als er die Adaptionphase abbrechen wollte: „Hier geht nichts mehr voran!“. Seine Mutter sagte ihm am Telefon, dass das seine eigene Entscheidung sei, er dann aber nicht nach Hause zurückkehren könne, ohne einen weiteren Plan für seine Zukunft zu haben, seine Ausbildung hatte er abgebrochen. Es folgten: Hörer aufknallen und Randalen in der Einrichtung. Aber er ist geblieben.

Den Mut, diese Entscheidung zu treffen, fanden wir nur mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe, welche wir für uns suchten. Lukas war im Hilfesystem angekommen und auch wir brauchten Verständnis und Unterstützung. Das möchten wir auch an andere betroffene Eltern weitergeben und wir sind deshalb immer noch in der Selbsthilfe aktiv. In einem Semi-

nar des Bundesverbandes der Elternkreise (BVEK) sagte der Referent: „Sie alle haben ein Problem. Nein, diejenigen, deren Kind therapiewillig ist, haben kein wirkliches Problem.“ Ein für uns provokativer Satz. Heute wissen wir aber, wie glücklich wir uns schätzen können, dass unser Sohn sein Problem erkannt hat. Dabei haben wir gelernt, unserem Sohn die Verantwortung für sein Tun zuzutrauen und zu überlassen.

Mittlerweile ist Lukas 27 Jahre alt

und seit mehr als sechs Jahren clean und trocken. Er hat eine Ausbildung zum Erzieher abgeschlossen. ADHS hat er immer noch, geht aber seine Schwierigkeiten jetzt eigenständig an.

Wir mussten alle in dieser Zeit sehr viel aushalten, da es zwischenzeitlich nur stockend voranging und z. B. Kostenübernahmezusagen auf sich warten ließen. Auch unsere Erwartungen an die Therapieeinrichtungen wurden oft eingebremst. Das hat unser Verhältnis zueinander sehr belastet. Letztendlich haben wir begriffen, dass es in erster Linie auf den Klienten ankommt, die Situation anzunehmen, wie sie ist und etwas daraus zu machen. Nur mit Geduld sind wir ans Ziel gekommen und begegnen uns heute auf Augenhöhe.

Während der Zeit im betreuten Wohnen besuchte Lukas unterschiedliche Selbsthilfegruppen und baute sich so einen neuen Freundeskreis auf: Menschen, die auch in einer Krise füreinander da sind.

Als ein Freund der Gruppe an

seinem Drogenmissbrauch starb, arbeiteten sie dies gemeinsam in einem Gespräch mit der Leiterin einer Tagesklinik für Drogenabhängige auf.

Lukas' Erkenntnis: „Ich kann niemand anderem bzw. keinem besonderen Umstand die Schuld geben. Ich allein bin für mein Handeln verantwortlich!“

(Eltern aus dem Landkreis Karlsruhe)

Fünftes Beispiel: Peter, Veränderung beginnt bei jedem selbst

Mein Sohn kam während seines Studiums wie viele andere mit Cannabis in Kontakt. Es gehörte irgendwie dazu, und wir dachten uns damals wenig dabei. Er war körperlich angeschlagen, kämpfte sich dennoch durchs Studium und ging danach für drei Monate ins Ausland. Dort probierte er andere Drogen aus – als er zurückkam, war er verändert: ängstlich, zurückgezogen, wie blockiert. Es fiel ihm schwer, einen eigenen Weg zu beginnen. Sein Verhalten wurde zunehmend seltsam, er entwickelte abstruse Theorien, beschäftigte sich intensiv mit Spiritualität.

Ich suchte die Schuld bei mir: Was habe ich falsch gemacht? Wo bin ich als Mutter gescheitert? Irgendwann hielt ich die Situation nicht mehr aus, stellte Forderungen. Doch anstatt sich Hilfe zu suchen, reiste er wieder ins Ausland. Nach seiner Rückkehr war er depressiv, lebte in abstrakten Weltbildern – aber schaffte es weiterhin nicht, Verantwortung zu übernehmen.

Wir versuchten erneut, ihn zu überzeugen, sich Hilfe zu holen. Als er das ablehnte, stellte ich ihn vor die Wahl: Hilfe annehmen oder Verantwortung übernehmen. Er floh erneut – dieses Mal finanzierten wir, voller Hoffnung, auch diesen Rückzug. Doch sein Zustand verschlechterte sich zusehends. Nach zwei Monaten in Asien kam er in einem psychotischen Zustand zurück – mit massivem Verfolgungswahn. Ich war überfordert, wusste nicht mehr weiter, fühlte mich völlig al-



lein – und musste ihn schließlich aus dem Haus weisen. Für mich war das der absolute Tiefpunkt. Ich fühlte mich, als hätte ich auf ganzer Linie versagt, und fiel in eine schwere Depression.

Erst in dieser Krise fanden mein Mann und ich den Weg zum Elternkreis suchtkranker Kinder. Dort erlebte ich zum ersten Mal, dass ich nicht allein bin. Ich traf Eltern, deren Geschichten sich erschreckend ähnelten, und ich erkannte Muster. Ich wünschte, ich hätte diesen Schritt früher gewagt.

Die nächsten Jahre waren geprägt von Rückschlägen. Mein Sohn lebte unstet, verlor Wohnungen, war in Kliniken, ohne dass sich etwas nachhaltig änderte. Oft hatten wir keinen Kontakt. Der Elternkreis blieb meine Konstante. Dort lernte ich: Ich kann ihn nicht retten. Und: Hilfe, die nicht angenommen wird, hilft nicht – im Gegenteil, sie kann die Situation sogar verfestigen. Ich begriff, dass unsere finanzielle Unterstützung ihn oft davon abgehalten hatte, Verantwortung zu übernehmen.

Nach Jahren meldete er sich erneut – wieder in einer Krise, wieder in Not. Und wieder ließ ich mich darauf ein, nahm ihn bei mir auf, voller Hoffnung, diesmal würde alles anders. Doch ich musste mir eingestehen, dass ich dem psychischen Ausnahmezustand nicht gewachsen bin. Dass ich trotz aller Liebe nicht helfen kann, solange er keine Hilfe will.

Dieser letzte Abschnitt war entscheidend für meine eigene Entwicklung. Ich habe verstanden, dass meine Versuche, die Kontrolle zu behalten, die Lage oft verschlimmerten. Erst als ich bereit war, wirklich Konsequenzen zu ziehen, konnte ich

ihm ein klares Ultimatum setzen: Hilfe annehmen oder gehen. Er entschied sich für die Klinik – vermutlich, weil ihm klar war, dass sonst keine Alternative bleibt.

Ob er diesmal Hilfe annimmt, weiß ich nicht. Aber ich habe endlich begriffen: Das liegt nicht in meiner Macht.

Was ich gelernt habe:

Ich war lange sehr co-abhängig. Konflikten bin ich aus dem Weg gegangen, habe meine eigenen Bedürfnisse ignoriert. Heute weiß ich: Ich darf Grenzen setzen, ohne Schuldgefühle zu haben. Ich darf „nein“ sagen, ohne mich zu rechtfertigen. Ich darf leben, auch wenn mein Kind leidet.

Ich habe gelernt, dass Liebe nicht bedeutet, alles zu ertragen oder zu lösen, sondern in Verbindung zu bleiben, ohne mich selbst aufzugeben. Ich liebe meinen Sohn bedingungslos. Aber ich bin nicht verantwortlich für seinen Weg. Ich kann nur Verantwortung für mein eigenes Leben übernehmen.

Was mir geholfen hat:

- der Elternkreis als eine Quelle von Verständnis, Mut und Orientierung
- der Austausch mit anderen Betroffenen
- eine eigene Therapie
- der Mut, Hilfe anzunehmen und offen über Scham und Ängste zu sprechen

Was ich anderen Eltern sagen möchte: Ihr seid nicht schuld. Ihr seid nicht allein. Und ihr dürft euch selbst nicht vergessen. Es ist nie zu spät, sich Hilfe zu holen – und es ist keine Schwäche,

sondern eine Stärke, das zu tun. Jede Veränderung beginnt bei uns selbst. Wenn wir klarer werden, können wir loslassen, ohne aufzugeben.

(Mutter aus Bayern)

6. Medizinische Behandlungsmöglichkeiten

Bei der Behandlung von Menschen mit einer Doppeldiagnose spielen Psychiater, Psychologen und Suchtmediziner eine zentrale Rolle.

Psychiater sind Fachärzte für psychische Erkrankungen. Sie übernehmen die Diagnostik und Abklärung seelischer Störungen und können Medikamente verordnen. Das ermöglicht eine rasche und gezielte Behandlung psychischer Symptome.

Die Arbeit eines **Psychologen** bzw. **Psychotherapeuten** beinhaltet z.B. eine Gesprächs- oder Verhaltenstherapie. Medikamente können von ihnen nicht verordnet werden.

Suchtmediziner sind auf die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Suchterkrankungen spezialisiert. Sie verschreiben zum Beispiel Ersatzmedikamente (sogenannte *Substitutionsmittel*) oder Medikamente zur Reduktion des Suchtdrucks. Suchtmediziner arbeiten häufig in einer eigenen Praxis (*Substitutionspraxis*) oder in einer Diamorphin-Ambulanz, die sich um schwerstabhängige Menschen mit Heroinkonsum kümmert. Dort wird unter ärztlicher Aufsicht medizinisch reines Heroin (Diamorphin) verabreicht.

Dazu unsere Anmerkungen:

- Es herrscht ein großer Mangel an Psychotherapeuten und Zugang zu Therapieangeboten für akut psychisch erkrankte Menschen und daher auch für Doppeldiagnose-Patienten. Bei Drogenabhängigkeit ist für eine ambulante Psychotherapie derzeit vom Gesetzgeber vorgesehen, dass binnen zehn Therapie-

stunden eine Abstinenz erreicht wird, was bei Doppeldiagnose-Patienten in der Regel nicht möglich ist.

- Lange Zeit hatten Patienten mit Wahnvorstellungen, also z.B. bei einer paranoiden Schizophrenie, gar keine Chance, eine Psychotherapie genehmigt zu bekommen. Frühestens nach sechs Monaten mit Medikamenten und nach Verschwinden der Wahnvorstellungen konnte man über einen Psychotherapeuten nachdenken. Heute weiß man, dass auch für solche Patienten eine Therapie sinnvoll ist. Die Angebote sind sehr rar und die meisten Therapeuten nehmen diese Patienten noch immer nicht an.

- Generell herrscht ein großer Mangel an Suchtmedizinern bzw. Substitutionspraxen, vor allem im ländlichen Raum. Doppeldiagnose-Patienten müssen oft weite Wege zurücklegen, um in eine Substitutionspraxis zu kommen. Ohne Substitution oder suchtmedizinische Behandlung wird sich der Doppeldiagnose-Patient aber auf dem illegalen Markt seine Drogen beschaffen, mit allen denkbaren Konsequenzen.

- In den Diamorphin-Ambulanzen sehen wir mittlerweile auch eine zunehmend größere Anzahl von Patienten, die jünger als 25 Jahre alt sind. Gerade für diese Zielgruppe bedarf es einer Anbindung an eine psychiatrische Ambulanz einer Klinik mit einem niedrigschwelligen Angebot und psychotherapeutischem Fachpersonal. Die Diamorphin-Ambulanz war ursprünglich für austherapierte Schwerstab-

hängige über 40 gedacht, um Überdosierung mit Todesfolge durch Straßenheroin, Beschaffungskriminalität und soziale Verwahrlosung einzudämmen.

Viele von uns Eltern haben auf der Suche nach einer ambulanten, integrierten Behandlung für unsere Kinder mit Doppeldiagnose wiederholt Enttäuschungen erlebt.

Wir haben aber hier ganz bewusst darauf verzichtet, Empfehlungen für Kliniken oder Einrichtungen zu nennen, weil jede Krankheitsgeschichte individuell zu betrachten ist.



Von derivative work: Luigi Chiesa (talk) - Escalpius_stick.svg, Gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=9547824>sen

REDEN

HILET



© Privat graFIT

7. Drogenberatung und Therapie

Betroffene Eltern kennen das: Eine Drogenberatung in Anspruch zu nehmen ist für Angehörige einerseits mit Scham behaftet, andererseits denken viele Familien: „Wir schaffen das schon alleine“. Unsere Kinder mit Doppeldiagnose erleben sich selbst häufig nicht als suchtkrank und sehen deshalb auch keine Notwendigkeit, eine Drogenberatung aufzusuchen.

Die Drogenberatung richtet sich an Konsumierende

Die Drogenberatung richtet sich an Konsumierende („Klienten“) und deren Angehörige und bietet neben der Beratung auch die Vermittlung weiterführender Hilfen an, wie zum Beispiel Entgiftung und Langzeittherapie. Dazu unterstützt sie auch bei den notwendigen Anträgen bei der Krankenkasse oder der Rentenversicherung, je nachdem, wer die Kosten übernimmt. Auch Angehörige können sich dort beraten lassen und Unterstützung erfahren. Die Beratung ist kostenlos.

Die Mitarbeitenden der Drogenberatung haben stets ein offenes Ohr für ihre Klienten. Sie versuchen, durch eine vertrauensvolle und wertschätzende

Beziehung unsere Kinder zum Nachdenken über das eigene Verhalten anzuregen. Es können Ziele und Wünsche für das eigene Leben entwickelt werden, Perspektiven, wofür es sich lohnen würde, mit dem Konsum von Drogen aufzuhören.

Bei entsprechender Motivation vermittelt die Drogenberatung in jeweils geeignete Therapieformen. Auch nach einem Rückfall kann ein Süchtiger die Drogenberatung erneut aufsuchen und wird nicht abgewiesen.

Wie motiviere ich mein suchtkrankes Kind, eine Drogenberatung aufzusuchen?

Hilfreich ist, wenn beim betroffenen Kind allmählich ein Problembewusstsein entsteht – etwa durch Konflikte, gesundheitliche Krisen oder rechtliche Schwierigkeiten. In solchen Situationen kann ein Hinweis auf eine Drogenberatungsstelle besonders wirksam sein, vorausgesetzt, er erfolgt nicht mit Druck, sondern mit Klarheit und aus echter Sorge.

Eltern sollten versuchen, trotz aller Herausforderungen in Kon-

takt mit dem Kind zu bleiben und zugleich klare, liebevolle Grenzen zu setzen. Eine gute Beziehung kann in solchen Phasen stärkend wirken, sie ist aber keine zwingende Voraussetzung dafür, dass das Kind Hilfe annimmt. Auch in schwierigen familiären Konstellationen ist Veränderung möglich.

Die stationäre Drogenrehabilitation

eines Suchtkranken besteht aus Entgiftung, Langzeit-Rehabilitation, Adaption und eventuell noch Betreutem Wohnen. Falls nötig, kann bei Rückfallgefahr nach der Adaption eine Krisenintervention erfolgen.

Um eine Therapie planen zu können, setzt dies das Einverständnis und den Willen des betroffenen Kindes voraus.

Es ist enorm hilfreich, im Vorfeld, beispielsweise bei der Drogenberatung, genau auszuwählen, wo Entgiftung und Langzeittherapie stattfinden sollen und beide Termine exakt aufeinander abzustimmen.

Wir empfehlen, sich bei der Planung möglichst einige Kliniken für Langzeittherapie anzuschauen und dabei gerade bei Doppeldiagnose-Patienten auf Folgendes zu achten:

- Die Klinik sollte außerhalb einer Stadt, d.h. ohne gute Anbindung liegen (sonst bestehen kurze Wege, um an Substanzen zu kommen).
- Die Anzahl der angestellten Psychotherapeuten und die Häufigkeit der Sitzungen pro Patient sollten möglichst hoch sein.
- Auf eine gute Tagesstruktur ist zu achten, d.h. die Patienten sollten sich nicht allzu lange allein überlassen bleiben.
- Welche psychischen Erkrankungen werden dort behandelt und passt das für mein Kind? Nicht jede Klinik arbeitet z.B. gerne mit Borderlinern oder ist dafür gut aufgestellt.
- Ist ein Psychiater täglich im Dienst oder kommt er nur einmal wöchentlich in die Einrichtung?

Die Entgiftung

findet in einer psychiatrischen Klinik statt und dauert in der Regel mehrere Wochen. Üblicherweise trifft der Patient dort auf eine Menge „Gleichgesinnter“, was mit enormen Schwierigkeiten verbunden sein kann (z.B. gegenseitige Motivation, den Entzug abbrechen).

Ziel der Entgiftung ist es, die Drogensubstanz auf null zu reduzieren und die Entzugssymptome zu reduzieren, unter Berücksichtigung der psychischen Erkrankungen des Patienten. Hier liegt ein ganz großes Problem gerade bei Doppeldiagnose-Patienten, denn bei zunehmender Abdosierung tritt die psychische Erkrankung mehr und mehr in den Vordergrund. Jetzt sind in der Klinik eine gute Diagnostik und psychotherapeutische Unterstützung notwendig, damit der Patient nicht abbricht und rückfällig wird.

Nach erfolgreicher Entgiftung von den Drogen sollte der Patient wegen der großen Rückfallgefahr auf keinen Fall nach Hause entlassen werden, sondern direkt in eine Rehabilitations-Klinik zur Langzeittherapie (mind. 24 Wochen) gehen.

Langzeit-Rehabilitation

Es ist nicht einfach, eine Reha-Klinik zu finden, die auf Doppeldiagnose-Problematiken spezialisiert ist. Wir empfehlen, in Frage kommende Reha-Kliniken mit dem betroffenen Kind anzuschauen und unter den genannten Aspekten gemeinsam eine passende Einrichtung auszusuchen.

In einer reinen Sucht-Rehabilitationsklinik werden die psychischen Krankheitsbilder der Doppeldiagnose-Patienten nur unzureichend mitbehandelt. Dies hat zur Folge, dass die Prognose, clean zu bleiben und die Therapie nicht abbrechen, schlecht ist. In der Langzeit-Rehabilitation sollte die Therapieplanung langfristig angelegt sein und exakt auf die jeweilige psychische Erkrankung zugeschnitten sein. Sie umfasst individuelle Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, kein Standardprogramm.

Ein fester Wille zur dauerhaften Abstinenz und eine vorhandene Motivation sind zwar hilfreich, sie sind jedoch keine Voraussetzung für den Beginn einer Therapie. Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist es auch, Motivation zu fördern, ein Problembewusstsein zu entwickeln und Schritt für Schritt eine tragfähige Veränderungsbereitschaft aufzubauen. Viele Betroffene starten mit ambivalenten Gefühlen – entschei-

dend ist, dass sie die Chance auf Unterstützung erhalten.

Für die Doppeldiagnose-Patienten brauchen die Therapeuten in der Regel sehr viel Geduld, Zeit und gute klinische Fertigkeiten, da diese Patienten die therapeutischen Beziehungen stellenweise sehr strapazieren können. Hier sind erfahrene Therapeuten gefragt, denen es gelingt, einen wertschätzenden, auf Vertrauen basierenden Umgang mit ihren Patienten aufzubauen. Vor allem zum Bezugstherapeuten sollte sich eine tragfähige therapeutische Beziehung entwickeln.

Während der gesamten Therapiezeit sollte der Patient seine psychischen Probleme mit Hilfe der Therapeuten nach und nach aufarbeiten können und zunehmend lernen, die Verantwortung für sich und sein Leben zu übernehmen.

Die Einbindung der Eltern durch regelmäßige Elterngespräche mit Kind und Bezugstherapeut schaffen Klarheit darüber, wo das Kind gerade steht, und offene Fragen können angesprochen werden. Nur in Extremfällen (z.B. bei sexueller Gewalt in der Familie) oder bei Desinteresse sollte die Einbindung der Eltern unterbleiben. Wir kennen allerdings auch Kliniken, bei denen Elternkontakte nicht vorgesehen sind. Hier lohnt ein Nachfragen.

Hat sich das – meist bereits erwachsene – Kind gut in der Langzeitrehabilitation eingelebt, dürfen auch wir Eltern beginnen, loszulassen und wieder mehr auf uns selbst zu achten.

Heute!

~~Morgen~~

Nachsorge, Spezialfall Adaption

Diese Phase der Therapie zielt darauf ab, die Therapieerfolge der Langzeittherapie zu festigen. Sie soll dem Patienten helfen, sich in die Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt wieder einzugliedern. Es findet weniger Betreuung statt und die Selbstständigkeit des Klienten wird gefördert. In der Regel wird sie stationär durchgeführt und zwar in einer von der Rentenversicherung, Krankenkasse bzw. Eingliederungshilfe finanzierten Wohngemeinschaft. Die Dauer beträgt 12 bis 16 Wochen. Eine Antragsstellung für eine Adaption erfolgt in der Langzeit-Rehabilitation und sollte etwa vier Wochen vor deren Beendigung gestellt werden, so dass ein nahtloser Übergang gewährleistet wird. Dies ist sehr wichtig.

Der Behandlungsablauf ist in drei Phasen eingeteilt: Eingewöhnung – Berufspraktikum und Wohnungssuche – Ablösung. Die Angebote reichen von Einzel-/Gruppentherapie über Unterstützung bei Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen bis hin zur Haushaltsführung und zu Sport- und Freizeitaktivitäten.

Im Anschluss daran ist es wichtig, dass der Doppeldiagnose-Patient weiterhin psychotherapeutisch betreut wird, sich einer Selbsthilfegruppe anschließt und/oder in ein betreutes Wohnen wechselt.

Unsere Erfahrung zeigt, dass die meisten Adaptionseinrichtungen für Suchtbehandlungen zuständig sind und die psychische Komponente unserer Kinder mit Doppeldiagnose nicht ausreichend berücksichtigt wird. Somit ist das Rückfallrisiko recht hoch.

Bei der Wahl der Adaptionseinrichtung sollte darauf geachtet werden, dass zusätzlich zur sozialpädagogischen Betreuung auch psychotherapeutische Unterstützung möglich ist.

Manche Träger von Langzeittherapie-Kliniken haben auch eine Adaptionseinrichtung. Dies ist dahingehend von Vorteil, dass ein Patient bei einer drohenden Rückfallgefahr zur Krisenintervention wieder in die Einrichtung für Langzeittherapie gehen kann.

Krisenintervention ist dann sinnvoll, wenn sich die psychische Gesundheit verschlechtert und/oder ein Rückfall droht bzw. bereits aufgetreten ist. Durchgeführt wird sie entweder in der Klinik für Langzeittherapie, in der der Patient vorher zur Behandlung war, oder in einer geschützten geführten Station einer Psychiatrie. Die Dauer kann einen Tag bis zu mehreren Wochen betragen, je nachdem, wie schnell die Krise behoben werden kann. Ziel ist es, eine Problemlösung zu finden, die Selbstständigkeit zu fördern und den Betroffenen zu stabilisieren.

Nachsorge, Spezialfall Tagesklinik

Es gibt Tageskliniken mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen und solche, die auf psychische Erkrankungen spezialisiert sind. In letzteren wird – mit wenigen Ausnahmen – jedoch eine Abstinenz vorausgesetzt. Eine Tagesklinik setzt eine ausreichend soziale Integration des Patienten voraus, da die Behandlung nur von Montag bis Freitag stattfindet und der Patient am Wochenende auf sich selbst gestellt ist.

Die teilstationäre Behandlung kann nach einem stationären Aufenthalt oder einer Langzeittherapie eine sinnvolle Maßnahme sein, um Tagesstruktur, therapeutische Begleitung und Nachsorge sicherzustellen. Sie eignet sich besonders für Menschen, die in ein stabiles familiäres Umfeld eingebettet sind.

Bei schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder Borderline empfehlen wir aus eigener Erfahrung nur Tageskliniken, die an eine psychiatrische Ambulanz angebunden sind. Komplexe Störungsbilder erfordern eine entsprechende fachliche Expertise und enge therapeutische Begleitung.

Wenn hingegen eine berufliche Wiedereingliederung oder Teilhabe am Arbeitsleben angestrebt wird, ist eine Adaptionseinrichtung meist die bessere Wahl.

Neuere Ansätze für eine Therapie

Hier sind insbesondere **SURE** und **SURE+** in Baden-Württemberg zu nennen. **SURE** steht für: **S**ucht **U**nd **R**ehabilitation (im Kontext psychischer Erkrankungen).

Es handelt sich um ein stationäres Rehabilitationsprogramm, das auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Doppeldiagnosen zugeschnitten ist.

SURE richtet sich an Substituierte, die sich eine abstinente Lebensweise zum Ziel gesetzt haben und dazu einer stationären Rehabilitation bedürfen. Am Ende der Therapie wird Abstinenz angestrebt.

Das Konzept verbindet psychosoziale, suchtherapeutische und psychiatrische Behandlung. Es ist modular aufgebaut und individuell anpassbar.

SURE+ richtet sich an Substituierte, bei denen die Ausdosierung ein Thema, das Erreichen aber nicht ein primäres Ziel der substituierten medizinischen Rehabilitation ist. Ziel von **SURE+** ist Stabilisierung und Teilhabe, nicht unbedingt sofortige Abstinenz. Es wird akzeptiert, dass Rückfälle vorkommen können, und der Umgang damit ist Teil des Programms.

Beide Programme – **SURE** und **SURE+** – wurden ursprünglich für Menschen mit schwerer Suchtproblematik konzipiert, insbesondere für solche, bei denen frühere Therapieversuche erfolglos geblieben waren. Aufgrund der positiven Erfahrungen und der guten Wirksamkeit bei Doppeldiagnose-Patienten ist davon auszugehen, dass in Zukunft weitere Fachkliniken vergleichbare Programme anbieten oder bestehende Konzepte übernehmen werden.



8. Forensische Unterbringung

Forensik – was bedeutet das überhaupt?

Wenn Eltern hören, dass ihr Kind „in die Forensik“ kommen soll, ist die erste Reaktion oft Angst oder Scham. Das Wort klingt hart, wie Gefängnis oder Endstation. Doch tatsächlich ist die forensische Psychiatrie ein wichtiger Baustein im Hilfesystem für Menschen mit einer Doppeldiagnose.

Die forensische Psychiatrie ist ein spezieller Bereich der Psychiatrie, in dem Menschen behandelt werden, die aufgrund einer psychischen Erkrankung (z. B. Psychose, Borderline, schwere Depression, etc.) straffällig geworden sind. Sie wird auch Maßregelvollzug genannt (§ 63 und § 64 StGB).

Es handelt sich nicht um ein Gefängnis im klassischen Sinne, sondern um eine Klinik mit besonderen Sicherungsmaßnahmen und mit dem Ziel der Heilung, Stabilisierung und eines Weges zurück ins Leben.

Wer kommt in die Forensik?

Eine Unterbringung erfolgt nur im Zusammenhang mit einer Straftat und auf richterliche Anordnung. Dabei gibt es drei unterschiedliche Konstellationen, wie jemand in die forensische Psychiatrie kommen kann:

1. Maßregel nach § 63 StGB – Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderte Schuldfähigkeit.

- Die Person leidet an einer schweren psychischen Erkrankung (z. B. Psychose, Schizophrenie).
- Sie war zum Tatzeitpunkt schuldunfähig (§ 20 StGB) oder

nur eingeschränkt schuldfähig (§ 21 StGB).

- Das bedeutet, sie konnte das Unrecht der Tat nicht erkennen oder nicht danach handeln.
- Die Folge ist keine Gefängnisstrafe, sondern eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, also forensischer Maßregelvollzug.

2. Maßregel nach § 64 StGB – Suchterkrankung mit Therapiebedarf.

- Die Person hat eine Suchtproblematik (z. B. Alkohol, Drogen), die zur Tat beigetragen hat.
- Eine Behandlung ist nötig und aussichtsreich.
- Statt Haft kann in der Folge eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, ebenfalls im forensischen Bereich, angeordnet werden

3. Nicht haftfähig – medizinische Gründe verhindern den Strafvollzug

- Die Person ist gesundheitlich nicht in der Lage, eine Haftstrafe anzutreten oder fortzusetzen, z. B. wegen schwerer körperlicher Erkrankung, akuter Psychose oder Suizidgefahr.
- Sie wurde zu einer Strafe verurteilt, ist aber aktuell „nicht haftfähig“.
- Die Folge ist eine vorübergehende oder in Einzelfällen längerfristige Unterbringung in einer Klinik, u. U. in einem forensischen Setting.

Wichtig: In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Maßregel nach § 63 oder § 64, sondern um eine Art „Verlegung aus Vollzugsunfähigkeit“. Die Person ist nicht automatisch schuldunfähig, es geht rein um die Frage, ob die Haft gesundheitlich durchführbar ist.

Wie lange dauert eine solche Unterbringung?

Die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie ist nicht von Anfang an zeitlich genau festgelegt, anders als bei einer regulären Haftstrafe. Stattdessen wird regelmäßig geprüft, ob und in welchem Umfang Fortschritte erzielt wurden. Die Behandlung erfolgt in mehreren Stufen, oft beginnend in einer geschlossenen Abteilung, später unter gelockerten Bedingungen.

Eine Entlassung erfolgt erst dann, wenn ein interdisziplinäres Team (Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter) in enger Abstimmung mit dem Gericht zu dem Schluss kommt, dass keine erhebliche Gefahr mehr für die Allgemeinheit besteht und der Patient stabil genug ist, sich außerhalb der Klinik zu bewähren.

Dabei ist wichtig zu verstehen, dass eine Unterbringung auch über mehrere Jahre andauern kann, je nachdem, wie schwer die Erkrankung ist, welche Risiken bestehen und wie sich der Therapieverlauf gestaltet. Das kann erschreckend klingen, bietet aber auch die Chance auf eine gründliche, nachhaltige Stabilisierung, ohne dass jemand zu früh in eine Überforderung entlassen wird.

Und für viele ist diese Zeit auch der Beginn einer echten Veränderung. Viele Menschen in der Forensik haben zum ersten Mal die Chance, sich intensiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen und an ihrer Heilung zu arbeiten. Langfristige Therapie, regelmäßige Fortschrittskontrollen und eine stabile, drogenfreie Umgebung helfen, neue Perspektiven

zu entwickeln, und so kann dieser Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben führen.

Was erwartet mein Kind dort?

- Ein strukturierter Tagesablauf mit festen Therapiezeiten
- psychiatrische, psychologische und suchtherapeutische Behandlung
- sozialpädagogische Begleitung und Angebote zur Tagesstruktur
- Perspektivenarbeit für ein Leben nach der Entlassung
- nach und nach auch Arbeitstraining und Vorbereitung auf eine spätere berufliche Tätigkeit.

Und was bedeutet das für uns Eltern?

Zunächst einmal: Auch wenn der Weg in die Forensik schwer klingt, kann er eine große Chance

sein. Anders als in vielen offenen Einrichtungen gibt es hier oft mehr Zeit und mehr Möglichkeiten, auf die komplexen Probleme einzugehen.

Rückfälle oder Krisen werden dort nicht sofort als Scheitern gewertet, sondern als Teil der Erkrankung verstanden und therapeutisch begleitet. Die Forensik bietet einen geschützten, stabilen Rahmen, in dem langfristig gearbeitet werden kann – mit weniger Druck, dafür aber mit klarer Struktur und therapeutischem Fokus.

Forensik kann auch Entlastung bedeuten, für das betroffene Kind ebenso wie für die Familie. Es entsteht Raum für Entwicklung, oft zum ersten Mal seit Jahren.

Auch wenn der Weg lang ist, haben viele in der Forensik das erste Mal wirklich Halt und Schritt für Schritt zurück ins Leben gefunden. Veränderung ist möglich, selbst dann, wenn vorher alles aussichtslos schien.



© Privat grafIT

9. Eingliederungshilfe und gesetzliche/ ambulante Betreuung

Was bedeutet „Eingliederungshilfe“?

Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialleistung, die seit dem 1. Januar 2020 in Deutschland im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) geregelt ist. Sie soll Menschen mit einer wesentlichen Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine individuelle Lebensführung, die der Würde des Menschen entspricht, ermöglichen oder erleichtern (§90 SGB IX).

Nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX, §2, Abs. 1 gilt:

Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische (psychische), geistige oder Sinnes-Beeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben Menschen mit wesentlicher Behinderung und Menschen, die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind. Menschen mit anderen Behinderungen können Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens erhalten (§ 99 SGB IX).

Eine Wesentlichkeit liegt vor, wenn die Teilhabe an der Gesellschaft in einem erheblichen Maße einschränkt ist. Ausschlaggebend ist in diesem Zusammenhang

nicht die Schwere der Krankheit, sondern das Ausmaß der Teilhabeeinschränkungen (§ 99 SGB IX).

Dazu folgende Anregungen:

- Unsere Kinder mit Doppel-diagnose haben nahezu immer Anspruch auf Eingliederungshilfe.
- Um eine wesentliche Behinderung nachzuweisen, empfiehlt es sich, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen.
- Wird diesem stattgegeben, liegt immer eine wesentliche Behinderung vor und der Rechtsanspruch auf Leistungen ist gegeben.
- Liegt keine wesentliche Behinderung vor, ist man vom pflichtgemäßen Ermessen eines Sachbearbeiters einer Behörde abhängig. Dieser kann Leistungen gewähren oder eben auch nicht. In diesem Fall ist es wichtig, den Antrag mit entsprechenden Nachweisen wie Arztbriefen etc. zu untermauern. Dies ist für uns Eltern oft eine zusätzliche Belastung (siehe Kapitel 11 über den Umgang mit Behörden).

Welche Leistungen werden üblicherweise gewährt?

In der Grobstruktur teilt das SGB IX die Eingliederungshilfeleistungen in Leistungen

- der medizinischen Rehabilitation
- der Teilhabe am Arbeitsleben
- der Teilhabe an Bildung und

- der sozialen Teilhabe auf.

Nun weiß ich aber gar nichts über mögliche Leistungen und möchte mich erstmal über die Möglichkeiten beraten lassen. Was kann ich machen?

Hier kann die „Ergänzende unabhängige Teilhabe-Beratung (EUTB)“ helfen.

Was ist EUTB?

Die Ergänzende unabhängige Teilhabe-Beratung (EUTB) wurde 2018 eingeführt. Der Gesetzgeber verpflichtet zur flächendeckenden Einrichtung solcher Beratungsstellen, es gibt sie auch in Ihrer Region.

Das Ziel der EUTB ist die Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit (drohenden) Behinderungen und deren Angehörigen. Das Beratungsangebot ist frühzeitig und niedrigschwellig, ergänzend, unabhängig, parteilich für den zu Beratenden, qualifiziert und neutral. Weitergehende Informationen siehe:

<https://www.teilhabeberatung.de/artikel/ergaenzende-unabhengige-teilhabeberatung-eutb>

In Deutschland gibt es derzeit ca. 500 EUTB-Beratungsstellen, die vom Bund finanziert werden. Sowohl Betroffene als auch Angehörige können zur EUTB-Beratung kommen. Es braucht keine Unterlagen für das erste Gespräch. Auch eine anonyme Beratung ist möglich. Ein Gespräch kann persönlich oder als Videochat stattfinden und ist grundsätzlich kostenlos. Die Anzahl der Gespräche ist nicht gesetzlich begrenzt.

Besonders positiv ist hervorzuheben, dass die EUTB-Stellen untereinander über ein digitales Forum vernetzt sind und damit eine deutschlandweite Expertise für einen sehr individuellen Beratungsbedarf zugänglich ist.

Typische Arbeitsfelder, bei denen die EUTB-Beratung unterstützen kann, sind Krankheit, Behinderung und Teilhabeanspruch in allen Lebenssituationen. Hier ein paar Beispiele, die auch für betroffene Eltern relevant sein können:

- Beantragung eines Schwerbehindertenausweises
- Anregung für einen gesetzlichen Betreuer mit Klärung der Aufgabengebiete oder Hilfe beim Wechsel eines Betreuers, der den Betroffenen nicht ausreichend unterstützt
- Beantragung eines persönlichen Budgets für Teilhabeleistungen (z.B. für eine Schulbegleitung für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung)
- Hilfestellung bei der Therapie-/Kliniksuche. Hier ist z.B. im Rahmen eines Gesprächs mit einem psychisch erkrankten Menschen ein gemeinsamer Anruf bei möglichen Therapeuten vorstellbar, um die Anfangshürde zu überwinden
- Anschluss einer Berufsfindungsphase nach einer Langzeit-Rehabilitation, um einen Berufseinstieg umzusetzen. Wenn erforderlich, empfiehlt es sich, den Integrationsfachdienst mit ins Boot zu nehmen
- Möglichkeiten für ambulant oder stationär betreutes Wohnen und Hilfe bei der Beantragung

Im Vorfeld der Beantragung von Leistungen prüft die EUTB-Beratung, welcher Kostenträger für

den Betroffenen zuständig ist (z.B. Rentenversicherung, Krankenkasse) und welche Maßnahmen der Kostenträger unterstützt. Grundsätzlich ist eine Beratung in allen Stadien einer Teilhabeleistung möglich, nicht nur im Antragsverfahren. Nicht angeboten werden Rechtsberatung und Begleitung im Widerspruchs- und Klageverfahren, dies bleibt Anwälten und den Sozialverbänden (z. B. VdK) vorbehalten.

Können Doppeldiagnose-Patienten und die betroffenen Angehörigen auch die EUTB-Beratung in Anspruch nehmen?

Grundsätzlich ja. Hier kommt es auf das Thema des Betroffenen an. Wenn es um Suchttherapie geht, ist die Drogenberatung die besser geeignete Anlaufstelle. Eine Unterstützung bei der Wohnungsproblematik ist in der Regel erst nach einer Therapie möglich. Bei Fragestellungen zu psychischen Krankheiten sind eher Kliniken und Ärzte gefragt. Bei allen anderen Fragen (siehe die Beispiele oben) hilft die EUTB-Beratung gerne.

Besonders positiv finden wir die „Lotsenfunktion“ durch das Hilfesystem, die die EUTB-Beratung übernimmt. Es gibt ein großes Hilfeangebot, das weder selbst erklärend noch niedrigschwellig erreichbar ist, da für den Zugang bürokratische Prozesse durchlaufen werden müssen. Hier kann die EUTB-Beratung einen wertvollen Beitrag für betroffene Eltern und Kinder leisten, da sie behördenübergreifend arbeitet.

Wo beantrage ich Leistungen?

Ist der Betroffene unter 18 Jahre alt, ist in der Regel das Jugendamt zuständig – insbesondere im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII.

Für erwachsene Kinder (ab 18 Jahren) liegt die Zuständigkeit in der Regel beim Amt für Eingliederungshilfe (nach dem SGB IX, Teil 2) oder beim Sozialamt, je nachdem, wie die örtliche Verwaltung organisiert ist.

Abhängig von Art und Umfang der benötigten Unterstützung können auch weitere Stellen beteiligt sein, z. B.:

- die Deutsche Rentenversicherung (bei medizinischer oder beruflicher Rehabilitation)
- die Agentur für Arbeit (z. B. bei beruflicher Teilhabe)
- oder die Krankenkasse (bei medizinischer Behandlung und Therapie)

Wie bekommt mein Kind die Leistungen, die es braucht?

Dies steht im Bundesteilhabegesetz (BTHG), siehe:

<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz.html>

Wenn das Amt für Eingliederungshilfe zuständig ist, erstellt es einen Gesamtplan für die Leistungen. Sind mehrere Ämter beteiligt (z.B. Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Sozialamt), dann spricht man von einem Teilhabeplan.

Der Gesamtplan bzw. Teilhabeplan steuert und dokumentiert den Teilhabeprozess und kontrolliert dessen Wirkung. Er wird in schriftlicher Form festgehalten und soll regelmäßig, spätestens nach zwei Jahren, überprüft und fortgeschrieben werden. Um zu überprüfen, ob die Teilhabeziele mit den bewilligten Leistungen erreicht werden, können der Träger der Eingliederungshilfe und die leistungsberechtigte Person außerdem zu Teilen des Gesamtplans eine Teilhabezielvereinbarung abschließen.

Außerdem kann die leistungsberechtigte Person eine Person ihres Vertrauens im Gesamt- oder Teilhabeplanverfahren hinzuziehen, auch z.B. die Eltern, wenn gewünscht. Diese Person des Vertrauens kann auch die gesetzliche Betreuungsperson sein. Der gesetzliche Betreuer kann sogar zusätzlich zur Person des Vertrauens am Gesamtplanverfahren teilnehmen.

Ist mein Kind unter 18 Jahre alt, ist das Jugendamt zuständig. Beim Jugendamt nennt sich das gleiche Instrument Hilfeplan, hier sind dann überwiegend Fördermaßnahmen zur Erziehung und Entwicklung von Minderjährigen enthalten. Generell regelt der Hilfeplan, in welcher Form bereits geplante Hilfen zur Erziehung umgesetzt werden sollen. Er

definiert die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt, den Sorgeberechtigten und allen anderen Beteiligten. Außerdem prüfen die Einrichtungen mithilfe des Plans, wie erfolgreich die Hilfe zur Erziehung verläuft und ob sie (weiterhin) angemessen ist. Dazu finden auch hier regelmäßige Hilfeplangespräche mit den Beteiligten statt.

Gemeindepsychiatrie bzw. Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

Der Begriff „Gemeindepsychiatrie“ bezeichnet ambulante und lebensweltorientierte Angebote für psychisch erkrankte Menschen und ihre Familien, die die sozialen Ursachen psychischer Erkrankungen in den Fokus nehmen. Neben medizinischen Gründen werden auch die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Lebenswelt des Erkrankten als Einflussfaktoren für die seelische Gesundheit betrachtet. Gleichzeitig wird eine wirksame Einbindung in soziale Bezüge – etwa in der Familie, im Wohnquartier und in der Arbeitswelt – als positiv und genesungsfördernd unterstützt.

Ein großer Teil der gemeindepsychiatrischen Akteure ist im

[Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.](#)

einem der Mitträger des Psychiatrienetzes, organisiert. Einen Überblick über die bestehenden Angebote gibt es im Onlineatlas

der Gemeindepsychiatrien.

Es gibt auch eine Online-Beratung, siehe:

<https://www-psi.ch/beratung.html>

Dazu folgende Anregungen:

- Die Gemeindepsychiatrie ist eine gute erste Anlaufstelle, wenn die psychische Erkrankung im Vordergrund steht und weniger die Suchterkrankung.
- Neben Ansprechpartnern gibt es vor allem in größeren Städten Broschüren mit dem gemeinde-psychiatrischen Angebot (soziale Teilhabe, betreutes Wohnen). Es lohnt sich, danach zu fragen.

Hier ein Beispiel einer solchen Broschüre für Karlsruhe, siehe:

https://www.karlsruhe.de/secured/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlY2ODY5NTI1MDcslmV4cCI6MzMyMTc2MjY0NTYsInVzZXliOiJAsImdyb3VwcyI6WzAsLTFFdLCJmaWxlIjoiaZmlsZWFkbWluL3VzZXJfdXBsb2FkLzA5X0JpbGR1bmdfU296aWFsZXNvT0VBX1NKQI9QREZfRGF0ZWllbi9EaXJla3Rpb24vUHN5Y2hpYXRyaWVrb29yZGluYXRpb24vU3RlZHRfS2FybHNydWhlX0Jyb3NjaHVlcmVfQW5nZWJvdGVfR2VtZlWluZGVwc3JlaGlhdHJpc2NoZW5fVmVYnVuZGF9HUFYucGRmlwiGFnZSI6NzAyNX0.Yy8NT6TztW6oUBAPdJQLyq3HDOITF_mkUXmogV1X8/Stadt_Karlsruhe_Broschuere_Angbote_Gemeindepsychiatrischen_Verbund_GPv.pdf

Gesetzliche Betreuung

Kennen Sie diese Situation? Die tägliche Hauptbeschäftigung Ihres volljährigen Kindes ist Drogenkonsum und die Beschaffung von Drogen, eine geregelte Arbeit ist nicht mehr möglich. Es häufen sich nun Schulden auf und Schreiben von Behörden werden von Ihrem Kind ignoriert. Anfangs haben Sie noch versucht, Ihrem Kind bei Behördenangelegenheiten zu helfen. Mittlerweile wächst Ihnen das alles über den Kopf. Ihr Kind kann ganz offensichtlich keine Entscheidungen treffen und entsorgt mittlerweile sogar Post vom Amt. Am liebsten würden Sie Ihr erwachsenes Kind in eine Entzugsklinik bringen. Ihre Hoffnung ist, dass sich damit einige Probleme von selbst erledigen. Leider wissen Sie nicht, wie Sie das bewerkstelligen sollen.

Ein Patentrezept zur Lösung der geschilderten Situation haben auch wir nicht. Aber in diesem Fall würde es sich lohnen, das Konzept der gesetzlichen Betreuung anzuschauen.

Wenn volljährige Menschen psychisch erkranken, sei es wegen eines Unfalls oder einer Krankheit, wenn sie nicht mehr oder nur teilweise in der Lage sind, die eigenen Angelegenheiten zu besorgen, kann das ein Fall für das Betreuungsgericht sein. §1896 BGB nennt die Voraussetzungen, wann und wie das Betreuungsgericht tätig wird. Das Verfahren unterliegt der freiwilligen Gerichtsbarkeit und ist gesetzlich in den §§1897 bis 1908 BGB geregelt.

Ein gesetzlicher Betreuer kann folgende Aufgaben ganz oder teilweise übernehmen:

- die Vertretung Ihres Kindes gegenüber Behörden, Ämtern und Versicherungen
 - die Kontrolle des Telefon- und Postverkehrs
 - die Beaufsichtigung der Pflege und Gesundheitsfürsorge Ihres Kindes
 - die Vertretung des Kindes in Gerichtsverfahren
 - die Verwaltung des Vermögens – das heißt, Übernahme von finanziellen Angelegenheiten wie das Führen von Konten oder Kontrolle der Leistungen und Ansprüche Ihres Kindes
 - das Bestimmen des Aufenthaltsortes Ihres Kindes
 - die Erledigung von Wohnungsangelegenheiten wie Wohnungssuche oder –auflösung
- Ein gesetzlicher Betreuer kann von Amts wegen oder auf Anregung Ihres volljährigen Kindes beim Betreuungsgericht bestellt werden. Die Betreuung wird für einen bestimmten Zeitraum bestellt und regelmäßig überprüft. Eine Bestellung von Amts wegen erfolgt nur in sehr eindeutigen Fällen und dann meist kurzfristig, z.B. bei Komapatienten. In der Regel sind unsere volljährigen Kinder nicht einsichtig und werden selbst keine Betreuung anregen. Willigt der zu Betreuende ein, steht einer Betreuung nichts im Wege.
- In den meisten Fällen ist daher ein dritter Weg für die Eltern sinnvoll:
- Dritte - dazu zählen Angehörige, aber auch Fachdienste, Drogenberatung oder Ärzte - können unter Hinzufügung ihrer Argumente oder eines ärztlichen Attestes eine Betreuung beim Betreuungsgericht anregen.
 - Wenn es nicht schon vorliegt, ist ein fachärztliches Gutachten notwendig. Hier wird unter anderem eine fachärztlich-psychiatrische Diagnose der Erkrankung des Betroffenen erstellt und eine Prognose, ob diese Erkrankung nur vorübergehender oder fortschreitender bzw. dauerhafter Natur ist.
 - Erstellung eines Sozialberichtes der zuständigen Betreuungsbehörde, meist das Sozialamt der Wohngemeinde. Diese macht nicht nur einen konkreten Betreuervorschlag, sondern stellt unter Umständen auch fest, dass gar keine Betreuung erforderlich ist, da der Betroffene kognitiv noch durchaus imstande ist, eine Vorsorgevollmacht auszustellen.
 - Persönliche Anhörung des Betreuungsrichters: Dieser orientiert sich zwar am Sozialbericht und am fachpsychiatrischen Gutachten, würde aber trotz attestierten Betreuungsbedarfs auch eine rechtliche Betreuung ablehnen, sofern der Betroffene diese nach seinem freien Willen rigoros ablehnt.

Dazu folgende Anregungen zum Vorgehen:

- Sprechen Sie mit Ihrem erwachsenen Kind über die Möglichkeit eines gesetzlichen Betreuers. In der Regel sind unsere Kinder zumindest damit einverstanden, dass ihnen bei der Wohnungssuche oder bei Amtsgeschäften geholfen wird. Bei der Verwaltung des Vermögens – soweit vorhanden – und bei Pflege und Gesundheitsvorsorge werden Sie dagegen eher auf Widerstand stoßen. Falls Ihr Kind nur mit einem Teil der Aufgaben einverstanden ist, genügt das schon für die Anregung zur Betreuung beim Gericht.
- Sammeln Sie alle Arztberichte und fachärztlichen Gutachten Ihres Kindes und fragen Sie den Facharzt, ob er eine Anregung für eine Betreuung unterstützt.
- Suchen Sie den Kontakt zur zuständigen Betreuungsbehörde und schildern Sie Ihre Problematik. Fragen Sie nach, ob die Betreuungsbehörde eine Anregung für einen gesetzlichen Betreuer bei Gericht unterstützt.
- Das Betreuungsgericht wird die Betreuungsbehörde, die fachärztlichen Gutachten und Ihr Kind in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Wenn Ihr Kind eine Betreuung ablehnt, wird das Gericht i.d.R. auch keinen gesetzlichen Betreuer bestellen.
- Eine gesetzliche Betreuung können grundsätzlich auch die Eltern selbst antreten. Bei einer komplexen Doppel-

diagnose-Problematik raten wir jedoch davon ab, dass Eltern diese Rolle übernehmen. Die Beziehung zwischen Eltern und erwachsenem Kind sollte möglichst auf Augenhöhe bleiben, und das ist im rechtlichen Rahmen von Betreuer und Betreutem kaum umsetzbar. Ein externer gesetzlicher Betreuer kann Ihnen nicht nur organisatorische Arbeit abnehmen, sondern schafft auch Raum: für Beziehungspflege, für eine gesunde Abgrenzung und für Ihre eigene Erholung nach belastenden Zeiten.

- Dann noch eine Anmerkung zu Ihrem Wunsch, das Kind in eine Entzugsklinik zu bringen: Falls Ihr Kind einen gesetzlichen Betreuer bekommt, wird dieser solche Entscheidungen nur gemeinsam mit Ihrem erwachsenen Kind treffen. Selbst wenn zum Aufgabenumfang die Pflege und Gesundheitsfürsorge gehören, wäre eine Einweisung in eine Entzugsklinik grundsätzlich nur mit dem Einverständnis Ihres Kindes möglich und sinnvoll.

Ambulant betreutes Wohnen

Eine ambulante Betreuung ist Teil der Eingliederungshilfe. Diese Hilfe richtet sich an erwachsene Menschen, bei denen eine psychische Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegt, und ihre Angehörigen. Zu den psychischen Krankheiten zählen auch Suchterkrankungen.

Weitere Informationen dazu finden Sie im nächsten Kapitel.



10. Obdachlosigkeit und betreutes Wohnen

Obdachlosigkeit

Jugendliche Patienten mit Doppeldiagnose geraten manchmal nach einem ersten Zerwürfnis mit den Eltern in die Obdachlosigkeit. Oft hat sich die Situation in der Familie über Monate oder Jahre so zugespitzt, dass ein Miteinanderleben nicht mehr möglich ist, ohne dass die Eltern selbst psychischen Schaden erleiden. Dann ist es ratsam, sich räumlich zu trennen, um die Eltern zu entlasten und das Verhältnis zum Kind nicht noch weiter zu zerrütten.

Zunächst wird man im Freundes-, Familien- und Bekanntenkreis schauen, ob sich eine Bleibe für das Kind findet. Doch das ist aufgrund der Sucht meist schwierig und ohnehin nur eine kurzfristige Lösung. Wenn das Kind krankheitseinsichtig ist, kann man im Idealfall gemeinsam eine Unterbringung in einer ambulanten oder stationären Einrichtung der Jugendhilfe finden.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die Eltern bürgen, einen Mietvertrag für den Minderjährigen abschließen und das Kind in einer WG oder einer eigenen Wohnung unterkommt. Die Gefahr hierbei liegt auf der Hand: Wird der Jugendliche in der Lage sein, sich um sich, die Wohnung und die notwendigen Haushaltsangelegenheiten zu kümmern? Wird das Kind mitsamt der Wohnung verwahrlosen? Welches nicht kalkulierbare Risiko nehme ich mit dem Vertragsabschluss auf mich? Sind die Eltern als Mieter oder Bürgen im Mietvertrag eingetragen, haften sie im Ernstfall für alle offenen Kosten, die ihr Kind nicht selbst begleichen kann, zum Beispiel für Mietrückstände, Renovierungs-

kosten oder sogar für die Kosten einer Räumungsklage.

Im schlechtesten Fall verweigert sich der Jugendliche allen Hilfsangeboten und verlässt das elterliche Zuhause, ohne eine Unterkunft in Aussicht zu haben. Oder die Eltern setzen ihr Kind vor die Tür, um ihm deutlich zu machen, dass sie nicht mehr willens sind, sein Verhalten zu tolerieren. Jedenfalls steht der Jugendliche ungewollt auf der Straße und ist nun auf sich gestellt.

Erste Anlaufpunkte können das örtliche Sozialamt oder Tagesaufenthaltsstätten für Wohnungslose sein, z.B. städtische Treffs, Kontaktläden, kirchliche Einrichtungen, Arbeiterwohlfahrt usw.

Solche Tagesaufenthaltsstätten machen immer auch weitergehende Angebote, sie sorgen für Begegnung, Austausch und Beratung, vermitteln Dienste, bieten meist sanitäre Anlagen, geben Kleidung aus, oft auch Essen und Getränke. Hier können sich Betroffene also nicht nur aufwärmen. Bei der Suche nach einer Unterkunft können sie ebenfalls behilflich sein.

Städtische Unterbringung Obdachloser / obdachloser Jugendlicher

Städte und Kommunen sind verpflichtet, Obdachlosenunterkünfte oder Unterkünfte für Sozialhilfeempfänger zur Verfügung zu stellen – allerdings ist der Bedarf immer höher als das Angebot. D.h. man muss sich aktiv und ausdauernd um eine Bleibe kümmern, was drogenabhängige Jugendliche nur schwer leisten

können. Anlaufpunkt Nummer eins für Minderjährige ist das Jugendamt, welches junge Menschen ab 15 Jahren im betreuten Jugendwohnen unterbringen kann. Allerdings ist auch hier die Abstinenz meistens Voraussetzung. Die Kosten dafür muss der Sozialhilfeträger übernehmen. Langfristig steht dann das Finden einer Wohnung oder eines WG-Zimmers an.

In Kooperation mit Wohlfahrts-trägern und kirchlichen Trägern bieten z.B. die Städte Karlsruhe und Stuttgart Wohnsitzlosen für eine temporäre Unterbringung Wohnraum in verschiedenen Sozialpensionen an. Dies sind beispielsweise angemietete ehemalige Hotels, in denen sich die Bewohner grundsätzlich selbst versorgen. Je nach Verfügbarkeit werden dort Essensspenden weitergegeben oder kleine Mahlzeiten angeboten. Beratung gehört ebenso zum Serviceangebot, z.B. bei rechtlichen und finanziellen Fragen, in Strafsachen, bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, bei der Vermittlung ambulanter und stationärer Hilfen. Ein Minimum an Hausregeln sorgt dafür, dass ein Zusammenleben von und für Menschen ermöglicht wird, die unter Umständen schon lange Zeit am Rande der Gesellschaft gelebt haben.

Anlaufstellen bei Obdachlosigkeit

- Rathäuser der Gemeinden/ Kommunen
- Fachstelle Wohnungslosigkeit/ Notübernachtung im Winter zum Schutz vor Erfrieren
- Ambulante Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe
- Caritas und Wohlfahrtsverbände
- „Lotsen aus der Wohnungslosigkeit“ (Diakonie)
- Kontaktläden (z.B. getIN Karlsruhe)
- Hilfe für Wohnungslose, z.B. Kältebus (Deutsches Rotes Kreuz)
- Sozial- und Jugendbehörde: Obdachlosenunterkünfte (Notübernachtungsplätze an der Pforte des Wohnheims erfragen außerhalb der Öffnungszeiten)
- Beratungsstelle für wohnungslose Männer
- Frauenberatungsstelle und Frauenpension, in Karlsruhe z.B. SOZPÄDAL e.V.

Stationär betreutes Wohnen

Das betreute Wohnen in einer Einrichtung ermöglicht suchtkranken Menschen nach ihrer erfolgreichen stationären Entwöhnungsbehandlung eine WG-Unterbringung bis zur Dauer von einem Jahr.

Die Betreuung wird mit den Be-

troffenen durch einen Nutzungsvertrag und eine Hausordnung vertraglich geregelt. Der Bewohner nimmt regelmäßig an Einzel- und Gruppengesprächen im Rahmen einer ambulanten Nachsorge teil. Er wohnt in einer kleinen, überschaubaren Wohngruppe, damit auf seine individuelle Problemstellung Rücksicht genommen werden kann. Ziel ist eine möglichst umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dabei werden Therapie- und Rehabilitationserfolge gefestigt, Abstinenz und das Etablieren einer Tagesstruktur gefördert, soziale Kompetenzen verbessert, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung ergriffen und wenn nötig auch Rückfälle und das Thema Schulden bearbeitet. Angehörige und Betriebe sind in der Regel in die Betreuung mitbezogen.

Beantragt wird das Assistenzangebot z. B. über den bwlV (Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH), sofern es um eine Maßnahme in einer seiner Einrichtungen (Fachkliniken, Heime, Tageskliniken, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Nachsorgeeinrichtungen) geht.

Über die Gemeindepsychiatrie sind oft auch andere Angebote in Erfahrung zu bringen (siehe Kapitel 9: Eingliederungshilfe und gesetzliche/ambulante Betreuung).

Ambulant betreutes Wohnen

Eine Assistenz im Wohn- und Sozialraum (AWS) wird von diversen Sozialdienstleistern angeboten, z.B. Konzept-i, SOZ-PÄDAL, dem Diakonischen Werk, der Arbeiterwohlfahrt, der Caritas usw.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer solchen Dienstleistung ist die Anerkennung und Genehmigung durch das Sozialamt, welches zunächst ermittelt, ob im Rahmen der Eingliederungshilfe ein individueller Hilfebedarf besteht. Bei der Prüfung des Hilfebedarfs gilt die Regel „ambulant vor stationär“. Arztberichte und entsprechende Diagnosen werden herangezogen und in einem Gesamtgespräch wird dann festgelegt, welche Ressourcen vorhanden sind und welche spezifische Unterstützung der Klient benötigt. Dementsprechend wird ein zeitliches Budget mit Zielen und Maßnahmen ermittelt. Wenn ein Hilfebedarf festgestellt wird, darf der Antragsteller sich einen der in Frage kommenden Leistungsträger aussuchen. Viele dieser Organisationen haben Wartelisten, so dass es ratsam ist, bei mehreren anzufragen. Auch muss die Chemie zwischen allen Beteiligten stimmen. Nach zwei Jahren werden die erarbeiteten Ziele überprüft und der Bedarf ggf. angepasst.

Das ambulant betreute Wohnen unterstützt den Klienten in einem multiprofessionellen Team in mehreren Bereichen bei der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung seines Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung.

Dazu gehören Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Freizeitgestaltung, Unterstützung bei der beruflichen Orientierung oder bei einer beruflichen Wiedereingliederung sowie bei der Sicherstellung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Nicht abgedeckt werden pflegerische Leistungen. In der Regel findet die Unterstützung in Form von Einzelbegleitung im privaten Wohnumfeld des Klienten statt. Dabei hat er eine feste Bezugsperson, zu der er im Lauf der Zeit eine vertrauensvolle geschützte Beziehung aufbauen kann.

Manche dieser sozialen Dienstleister stellen Wohnraum zur Verfügung oder haben Zugang zu Wohnungen, die auf ein begleitetes Wohnen zugeschnitten sind, andere unterstützen aktiv bei der Suche auf dem freien Wohnungsmarkt.



11. Umgang mit Behörden

Eine der Herausforderungen für Eltern von Kindern mit Doppeldiagnose ist der Umgang mit Behörden. Ist die Situation selbst schon belastend für die Eltern, kommt dazu oft noch die zusätzliche Herausforderung mit der Bürokratie und dem Amtsschimmel. Wir haben mit persönlichen Kontakten in Behörden auch gute Erfahrungen gemacht – schließlich sind so manche Behördenmitarbeiter auch Eltern und können nachvollziehen, um was es geht. Behörden allerdings, die sich hinter anonymen Callcentern verstecken, haben wir als wenig hilfreich und kooperativ erlebt. Hier wollen wir ein paar Anregungen geben, damit sich betroffene Eltern nicht ohnmächtig fühlen.

Kennen Sie diese Situation?

Ihr Kind ist in einer Psychose und wird aggressiv und laut. Es kommt zu Sachbeschädigungen in Ihrer Wohnung und Sie können nur zuschauen. Ihr Kind ist nicht mehr ansprechbar. Was wohl die Nachbarn über den Lärm denken? Sie können nun warten, bis sich die Situation wieder beruhigt oder Sie rufen die Polizei. Die Entscheidung selbst kann Ihnen niemand abnehmen, nur Sie wissen, was von Ihrem Kind erwartet werden kann und wozu Sie selbst in der Lage sind. Wenn sich die Vorfälle jedoch häufen oder die Aggressivität zunimmt, wird das Fass irgendwann überlaufen und Sie werden die Polizei rufen. Und es ist dann aus unserer Erfahrung sehr wahrscheinlich, dass es nicht bei einem Anruf bleibt.

Dazu folgende Anregungen:

- Geben Sie den Polizeibeamten wichtige Informationen, z.B. mein Kind hat eine Psychose, war zuletzt in der Klinik XYZ in Behandlung etc. Nur so kann die Polizei mögliche Handlungsoptionen erkennen.
- Handeln Sie nach der Devise: Nicht diskutieren, sondern dokumentieren. Führen Sie ein Tagebuch über solche Ereignisse und notieren Sie, wer daran beteiligt war. Falls sich diese Ereignisse häufen, können Sie so später nachweisen, wie kritisch die Situation ist, und Hilfe einfordern. Schriftliche Aufzeichnungen helfen auch, wenn eine Zwangsmaßnahme notwendig wird. In einer akuten und emotional aufgeladenen Situation haben wir keinen klaren Kopf.
- Wenn Ihr Kind noch minderjährig ist, sollten Sie Kontakt zum Jugendamt suchen. Mögliche Maßnahmen sind sozialpädagogische Familienhilfe oder, falls die Probleme eher im Schulkontext auftreten, eine Schullassistentin.
- Wenn sich die Ereignisse häufen, ist es für Eltern auch sinnvoll, den Kontakt zum zuständigen Ordnungs- und Sozialamt zu suchen. Die Sozialarbeiter vor Ort sind mit solchen Lagen meist vertraut und können einen auch verständnisvoll beraten. Wir haben damit gute Erfahrungen gemacht und z.B. von dort die Anregung und auch die Unterstützung bekommen, eine gesetzliche Betreuung für unser Kind anzuregen. Auch sind die Sozialarbeiter hilfreich, wenn Sie Ihr erwach-

senes Kind vor die Tür setzen müssen und eine obdachlosenrechtliche Unterbringung notwendig wird – was wir als Eltern nie wollen, was aber in Einzelfällen die einzige Lösung ist.

Kennen Sie diese Situation?

Ihr Kind ist seit geraumer Zeit obdachlos, Kontakt findet nur sporadisch statt, z. B. wenn das Kind anruft und nach Geld fragt. Vielleicht besitzt es momentan nicht mal ein Handy und ist somit für Sie nicht erreichbar. Jetzt machen Sie sich Sorgen, weil Sie bereits seit Wochen kein Lebenszeichen mehr von ihm erhalten haben.

Dazu folgende Anregungen:

Sie können bei einer Polizeidienststelle ein Auskunftsersuchen zur Aufenthaltsermittlung veranlassen. Wenn Ihr Kind irgendwo kontrolliert wird, bekommen Sie eine Nachricht, wo es sich aufhält. Das ist natürlich nicht viel, aber zumindest wissen Sie dann, dass er oder sie noch lebt.

Kennen Sie diese Situation?

Wenn wir als Eltern eine unbekannte Substanz in unserem Haus finden und vermuten, dass unser Sohn oder unsere Tochter Drogen nimmt, wie gehen wir damit um?

Dazu folgende Anregungen:

Hier sollte zunächst das Gespräch mit dem Kind gesucht und bei Bedarf eine Drogenberatungsstelle kontaktiert werden. Keinesfalls sollte die betreffende Substanz außer Haus gebracht werden, damit Sie z. B. bei der Drogenberatung nachfragen können, um welche Droge es sich handelt. Wird jemand mit illegalen Substanzen außerhalb der Wohnung kontrolliert – oder wird die Polizei informiert –, besteht grundsätzlich ein Strafverfolgungszwang. Kommt es jedoch zu Gewalt oder akuter Bedrohung, sollte zum eigenen Schutz immer die Polizei eingeschaltet werden. Die eigene Sicherheit hat in solchen Situationen Vorrang.

Kennen Sie diese Situation?

Ihr jugendliches Kind ist schon seit Jahren psychisch auffällig und konsumiert Drogen. Sie haben bereits eine ganze Reihe von Arztberichten mit Diagnosen gesammelt und ihr Kind hat mehrere Klinikbesuche hinter sich. Sie fragen sich, ob das Kind ein normales Leben führen kann.

Dazu folgende Anregungen:

Die Frage kann Ihnen natürlich niemand eindeutig beantworten. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass Ihr Kind einen speziellen Unterstützungsbedarf hat. In Deutschland wird dieser Unterstützungsbedarf vor allem Schwerbehinderten gewährt. Bei

sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit Auswirkungen, die eine umfassende Beaufsichtigung und Unterstützung zur Integration in verschiedenen Lebensbereichen erfordern, hat man einen Grad der Behinderung von 50 bis 70% und ist schwerbehindert. Trifft der Fall für Ihr Kind zu, sollten Sie unbedingt einen Antrag auf Schwerbehinderung Ihres Kindes stellen. Menschen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen haben grundsätzlich die Möglichkeit, den Grad der Behinderung feststellen zu lassen und Nachteilsausgleiche zu erhalten.

- Den Antrag stellen Sie beim Versorgungsamt in Ihrer Stadt bzw. in Ihrem Landkreis. Reichen Sie dazu alle vorhandenen ärztlichen Gutachten und idealerweise auch eine Stellungnahme des aktuell betreuenden Arztes ein. Das Amt wird entweder anhand der ärztlichen Gutachten entscheiden oder bei den behandelnden Ärzten Berichte anfordern bzw. zusätzlich einen Amtsarzttermin mit Ihrem Kind zur Begutachtung vereinbaren.

- Den Antrag stellen Sie idealerweise vor der Volljährigkeit, denn dann sind Sie selbst noch voll handlungsfähig. Danach braucht es ein Einverständnis des volljährigen Kindes für einen solchen Antrag. Der Antrag sollte möglichst vor dem 25. Geburtstag Ihres Kindes erfolgen. Sofern keine Behinderung vorliegt, endet der Anspruch auf Kindergeld grundsätzlich mit dem Ende des 25. Lebensjahres des betreffenden Kindes, wie aus der allgemeinen Altersgrenze hervorgeht, auf die sich die Familienkasse beruft.

- Hat das Kind das 25. Lebensjahr vollendet, wird Kindergeld für schwerbehinderte Kinder ohne eine Höchstaltersgrenze gezahlt. Konkret bedeutet dies jedoch, dass die Eltern einen Antrag auf weiteren Kindergeldbezug stellen müssen.
- Zu den Voraussetzungen gehört, dass die Behinderung des Kindes vor der Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten und das Kind dauerhaft behindert ist und nicht selbst für seinen Lebensunterhalt sorgen kann. Darüber hinaus dürfen die Bezüge oder das Einkommen des behinderten Kindes nicht einen bestimmten Grenzbetrag im Jahr übersteigen, damit es einen weiteren Anspruch über die Höchstgrenze von 25 Jahren hinaus hat.

Kennen Sie diese Situation?

Ihr Kind schafft aufgrund der psychischen Krankheit und des Drogenkonsums die Schule nicht mehr, sondern muss vorzeitig abgehen. Oder es hat einen Schulabschluss gerade so hinbekommen, aber es ist völlig unklar, wie es beruflich weitergeht. Wenn Ihr Kind nicht gerade eine gesetzliche Betreuung hat, die sich kümmert, werden Sie in beiden Fällen vermutlich selbst mit dem Jobcenter in Ihrer Stadt oder Ihrem Landkreis zu tun haben.

Dazu folgende Anregungen:

- In Deutschland muss die Schulpflicht beachtet werden. Die Vollzeitschulpflicht erstreckt sich je nach Bundesland auf neun bzw. zehn Schulbesuchsjahre. Ist diese Schulpflicht nicht erfüllt, muss das Jugendamt mit ins Boot geholt werden. Die Schulpflicht sagt nicht aus, dass ein Haupt- oder Realabschluss erreicht werden muss, es zählen nur die Schulbesuchsjahre, auch die Wiederholungsklassen.
- Bei einer Schwerbehinderung ist das Jobcenter angehalten, die Teilhabe behinderter Menschen zu gewährleisten. Dazu arbeitet es mit dem ärztlichen Dienst und dem berufspsychologischen Service der Agentur für Arbeit zusammen. Das Amt berücksichtigt die persönliche Ausgangssituation und individuelle Wünsche. Dazu wird in der Regel ein berufspsychologisches Gutachten vor der eigentlichen Berufsberatung erstellt.
- Liegt keine Schwerbehinderung vor, liegt es an Ihnen nachzuweisen, dass Ihr Kind auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittlungsfähig ist oder besondere Unterstützung braucht. Bei einem Kind mit Doppeldiagnose ist es jedoch sehr wahrscheinlich, dass Sie eine belastende Leidensstrecke mit Ihrem Kind und dem Jobcenter durchlaufen müssen. Versuchen Sie dann, die besonderen Hilfen in schwierigen Lebenssituationen in Anspruch zu nehmen, dies sind Leistungen nach § 16a SGB II (Kommunale Eingliederungsleistungen). Dazu ist

es wiederum wichtig, die schwierige Lebenssituation nachweisen zu können, z.B. durch das bereits angesprochene Tagebuch.

Kennen Sie diese Situation?

Ihr Kind ist erwachsen und bereits zu Hause ausgezogen. Die psychische Situation und/oder der Drogenkonsum führen nun dazu, dass die Arbeitsstelle verloren geht. Es ist unklar, wie es mit dem Lebensunterhalt weitergeht. In diesem Fall wird vermutlich das Thema „Bürgergeld“ relevant, wenn das Kind nicht über Vermögen oder ein regelmäßiges Einkommen verfügt.

Dazu folgende Anregungen:

- Die Grundsicherung (Bürgergeld) sichert all denjenigen ein menschenwürdiges Existenzminimum, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen decken können. Dabei werden die persönlichen Umstände der erwerbsfähigen hilfebedürftigen Menschen berücksichtigt und gemeinsam passende Pläne gemacht. Zuständig ist auch hier das kommunale Jobcenter.
- Da Ihr Kind erwachsen ist, ist es selbst für sich verantwortlich. Dies bedeutet auch, dass es selbst einen Antrag beim Jobcenter zu stellen hat. Aus Datenschutzgründen werden Sie bei der Kommunikation mit dem

Amt auf wenig Gegenliebe stoßen. Eine Unterstützung Ihres Kindes beim Jobcenter ist nur möglich, wenn Ihr erwachsenes Kind Ihnen eine Vollmacht ausstellt und das Jobcenter von der Schweigepflicht entbindet. Falls dies möglich ist, versuchen Sie, mit Ihrem Kind gemeinsam Termine beim Jobcenter wahrzunehmen. So können Sie es in der Eigenverantwortung lassen und bei Bedarf unterstützend tätig sein. Falls Ihr Kind nicht dazu in der Lage ist, Termine wahrzunehmen, versuchen Sie es mit einer Vollmacht und einem ärztlichen Gutachten, das die schwierige Lebenssituation nachweist.

- Ist ihr Kind nicht in der Lage, Termine beim Jobcenter wahrzunehmen und Ihnen eine Vollmacht zu geben, dann sollten Sie eine Anregung auf gesetzliche Betreuung stellen. Am besten sprechen Sie sich dazu mit dem Ordnungs- und Sozialamt Ihrer Kommune ab. Ein formloser Antrag mit Begründung und Nachweis der schwierigen Lebenssituation an das zuständige Familiengericht genügt. Rechnen Sie allerdings mit mehreren Monaten Bearbeitungszeit. Und ohne Einverständnis Ihres Kindes wird kaum eine Betreuung installiert. Ein gesetzlicher Betreuer für die Amtsgeschäfte ist eine erhebliche Entlastung für betroffene Eltern. Soweit vorhanden, wird dieser den Antrag auf Bürgergeld stellen.

Kennen Sie diese Situation?

Sie beziehen Kindergeld für Ihr erwachsenes, behindertes Kind mit Doppeldiagnose. Wegen eines Drogenrückfalls bricht Ihr Kind seine Ausbildung ab und bezieht Bürgergeld. Sobald die Familienkasse davon erfährt, wird das Kindergeld monatelang einbehalten, bis der Sachverhalt geklärt ist. Dazu müssen Bescheinigungen eingeholt werden, die aufgrund des Datenschutzes oder der Schweigepflicht nur schwer zu beschaffen sind. Dazu kommt, dass das Kindergeld zwar Ihrem Kind zugutekommt, es sich jedoch um eine fiskalische Leistung an die Eltern handelt. Das bedeutet auch, dass sich ein eventuell vorhandener gesetzlicher Betreuer nicht verpflichtet sieht, Ihnen bei dieser Amtsproblematik zu helfen.

Dazu folgende Anregungen:

- Kindergeld wird für nicht-behinderte Kinder von der zuständigen Familienkasse bezahlt, die dem Wohnort des Berechtigten zugeordnet ist. Diese ist auch vor Ort ansprechbar.
- Bei schwerbehinderten Kindern liegt die Zuständigkeit seit 2023 beim zentralen Kindergeldservice in Magdeburg. Hier kann nur über ein anonymes Callcenter oder per Post kommuniziert werden. Denken Sie daran, dass Sie wichtige Unterlagen nur per

Einschreiben oder online mit Nachweis versenden. Nur so können Sie belegen, dass wichtige Unterlagen bei der Behörde angekommen sind.

- Kindergeld wird bei nicht-behinderten Kindern als Einkommen beim Bürgergeld für Ihr Kind angerechnet. Bei schwerbehinderten, erwachsenen Kindern kommt es darauf an, ob es behinderungsbedingte Mehraufwendungen gibt, die zusätzlich zu berücksichtigen sind. In diesem Fall bekommt das Kind das ungekürzte Bürgergeld und die Eltern zusätzlich das Kindergeld. Dieses darf natürlich nur für Leistungen an das Kind verwendet werden.
- Es kann also zum Beispiel zu der Situation kommen, dass das Bürgergeld unberechtigtweise um das Kindergeld gekürzt wird, das Kindergeld aber nicht ausbezahlt wird. Das liegt daran, dass sich Kindergeldservice und Jobcenter aus falsch verstandenen Datenschutzgründen und mangelnder Digitalisierung nicht mehr wie früher abstimmen, und dies geht zu Lasten betroffener Eltern. Seien Sie in diesen Fällen hartnäckig. Falls Sie eine Rechtsschutzversicherung haben und diese für Sozialrecht in Anspruch nehmen können, haben sie auch Recht auf anwaltliche Hilfe. Ebenso kann der Sozialverband VdK in diesen Fällen unterstützen, sofern Sie Mitglied im VdK sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass das Verfahren mehr als drei Monate dauert und Sie mit einem schwerbehinderten Kind dringend auf das Kindergeld angewiesen sind.
- Versuchen Sie, die geforderten Bescheinigungen wenn möglich selbst und zügig zu beschaffen. Dies beschleunigt in der Regel die Bearbeitung bei der Familienkasse.
- Falls Sie aus Datenschutzgründen geforderte Bescheinigungen nicht beibringen können, weisen Sie dem Amt nach, wer für die Bescheinigung zuständig ist, z.B. Name und Anschrift des Arztes, der die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen könnte, oder Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers für z.B. den Bürgergeldbescheid. Damit haben Sie zumindest Ihre Mitwirkungspflicht erfüllt. Unsere Erfahrung ist aber leider, dass der zentrale Kindergeldservice Namen und Anschrift von gesetzlichen Betreuern ignoriert und die Bescheinigung weiter bei Ihnen einfordern wird. Auch hier sollten Sie dem Amt nachweisen, dass Sie Ihre Mitwirkungspflicht erfüllt haben. Dies können Sie in der Form tun, dass Sie die Bescheinigung schriftlich beim gesetzlichen Betreuer anfordern, und Sie, wenn er diese Anforderung aus Datenschutzgründen ablehnt, die Kopie der Ablehnung an die Familienkasse schicken.
- Es gibt die Amtsermittlungspflicht (§§ 88, 93AO). Weisen Sie das Amt darauf hin und bitten Sie darum, dass es die notwendigen Informationen bei den zuständigen Stellen (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Justizvollzugsanstalten, Kliniken) selbst einholt.
- Wie bereits gesagt, wird Kindergeld für erwachsene, schwerbehinderte Kinder über

das 25. Lebensjahr hinaus bezahlt, aber die Familienkasse zahlt es im engeren Sinne nur für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, z.B. für Lagerkosten für Möbel, Hausrat und Kleidung, für Arztrechnungen, Fahrtkosten, Taschengeld, Kleidung, Versicherungen, Decken und Schlafsäcke bei Obdachlosigkeit usw. oder auch, wenn Wohnfläche im eigenen Wohnraum freigehalten wird für eventuelle Übernachtungen. Solche Mehraufwendungen sind gemäß der aktuellen Dienstweisung Kindergeld in der Regel jährlich nachzuweisen. Für betroffene Eltern heißt das, dass über das Jahr alle Ausgabenbelege für das Kind gesammelt und dann an die Familienkasse geschickt werden müssen. Nur wenn diese per Beleg nachgewiesenen Ausgaben über dem Kindergeld liegen, wird das Kindergeld in voller Höhe anerkannt. Sonst ist mit nachträglichen Rückforderungen der Familienkasse zu rechnen. Leider ist das ein sehr beschäftigungsintensives Feld, was betroffene Eltern zusätzlich belastet. Daher sehen wir in der Elternselbsthilfe auch Eltern, die auf das Kindergeld verzichten, da sie die Zeit lieber für ihr Kind statt für ein bürokratisches Monster aufwenden wollen.

- Eine gute Information zur Kindergeld-Problematik haben wir beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. gefunden: <https://bvkm.de/ratgeber/kindergeld/>.
- Vieles davon ist auch bei der

Doppeldiagnose-Problematik relevant.

- Die Bearbeitung des Kindergelds ist in der aktuellen Dienstweisung für Kindergeld des Bundeszentralamts für Steuern geregelt. Diese wird in der Regel jährlich überarbeitet. Die aktuelle Fassung ist hier abrufbar: https://www.bzst.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kindergeldberechtigte/da_kg_2024_randst_richfassung.html (Anmerkung: Stand 2025, wird jährlich aktualisiert).
- Im Abschnitt V23.3 ist beispielsweise geregelt, was eine vorläufige Zahlungseinstellung ist. Diese sollte eigentlich nur erfolgen, wenn eine Anspruchsvoraussetzung entfällt. Die Familienkasse muss dazu innerhalb von zwei Monaten einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid erlassen - gegen den Widerspruch eingelegt werden kann. Bei unseren Kindern mit Doppeldiagnose ändert sich aber in der Regel wenig und trotzdem kommt es, so unsere eigene Erfahrung, immer wieder zu vorläufigen Zahlungseinstellungen und überlangen Bearbeitungszeiten.
- Bei Beschwerden z.B. wegen überlanger Bearbeitungszeiten ist die Fachaufsicht der Familienkasse zuständig.

Die Anschrift lautet:

Bundeszentralamt für Steuern
Referat ST II 2
Fachaufs. Familienausgleich
DGZ-Ring 12
13086 Berlin

Wir haben gute Erfahrungen mit einer Beschwerde bei der Fachaufsicht gemacht, um überlange, über mehrere

Monate dauernde Bearbeitungszeiten abzukürzen. Dies kostet nur einen Beschwerdebrief. Wir kennen aber auch Eltern, die als letztes Mittel einen Rechtsanwalt einschalten, um ihr Recht durchzusetzen. Idealerweise hat der Rechtsanwalt dann Kenntnisse in Familien-/Sozial- und Steuerrecht. Dies sollte allerdings nur das letzte Mittel der Wahl sein.



12. Ausblick

Angehörige

Angehörige werden im Hilfesystem nur bei der Pflege berücksichtigt. Bei psychischen Krankheiten, Suchtkrankheiten oder Doppeldiagnosen ist die Arbeit mit Angehörigen sehr sinnvoll, aber im Sozialgesetzbuch (SGB) und im Vergütungssystem des Gesundheitssystems unseres Wissens nicht vorgesehen. Daher unterbleibt sie meistens und wird im Einzelfall nur aus persönlichem Engagement Einzelner – meist ohne Vergütung – geleistet.

Hier sind Änderungen dringend geboten. Insbesondere, wenn Angehörige sich intensiv um das erkrankte Familienmitglied bemühen und die gesamte Koordination aller Beteiligten im Hilfesystem übernehmen müssen, sollte eine niedrigschwellige Unterstützung durch geeignetes Fachpersonal für Angehörige angeboten werden. Ehrenamtliche Elternselbsthilfegruppen können hier zwar emotionale Unterstützung und Erfahrungswissen anbieten, sind jedoch kein dauerhafter Ersatz für die Lösung konkreter Unterstützungsprobleme.

Trialog

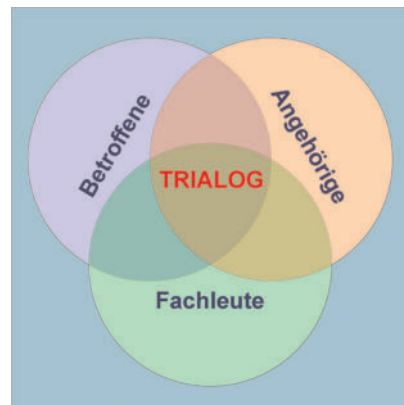
Der Trialog ist eine Gesprächsplattform mit einzelnen Veranstaltungen rund um das Thema psychische Erkrankungen. Beim Trialog finden sich Menschen aus drei Gruppen auf Augenhöhe zusammen, um gemeinsam psychiatriebezogene Fragestellungen zu erörtern:

Betroffene oder Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige der Betroffenen und Fachleute (Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter etc.). Im gemeinsamen Ge-

spräch lernen die Beteiligten die Perspektiven der anderen kennen, gehen aufeinander zu und lernen voneinander. Es geht darum, sich verstanden zu fühlen, selbstverständlicher und ohne Scham miteinander umzugehen und eine gemeinsame Sprache zu finden.

Beispiele siehe:

<https://www.borderlinetrialog.de/> und <https://trialog-ka.de/>



Unserer Erfahrung nach kommt dieser Ansatz immer noch zu wenig zum Tragen. Vor allem beim Thema Sucht fehlt er noch fast gänzlich. Mit dem Verweis auf Datenschutz werden die Angehörigen oft im Hilfesystem abgewiesen, obwohl unsere Kinder zumindest an guten Tagen oft willig sind, Elternmitarbeit zuzulassen. Hier braucht es einen neuen Weg, den Trialog.

Einen guten Lösungsansatz für den Trialog in Kliniken hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) gefunden. In einem Bundes- und Landesprojekt wurden Klinikvereinbarungen angestrebt, um die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern, siehe:

<https://www.bapk.de/der-bapk/vereinbarung-mit-kliniken.html>

Dieser Ansatz ist nicht flächendeckend und könnte auch auf

Substitutionsärzten, Diamorphin-Ambulanzen und Doppeldiagnose-Kliniken übertragen werden.

Digitalisierung

Es ist sogar für Fachpersonal in der Drogenberatung sehr schwierig, ein passendes Hilfsangebot für Patienten mit Doppeldiagnose zu finden. Die Drogenberatung kennt sich bezüglich der Suchtkliniken aus, der Psychiater bezüglich der erforderlichen psychiatrischen Rehabilitationsmaßnahme. Eine erfolgreiche Kombination von beiden wird heute in der Regel von keiner Seite abgedeckt. Dabei sollen beide Diagnosen parallel therapiert werden.

Es wäre wünschenswert, mögliche Doppeldiagnose-Therapiebausteine und ihre Integration in ein Gesamtkonzept in einem online verfügbaren „trialogischen“ Doppeldiagnose-Portal im Internet und deutschlandweit für Betroffene, Angehörige und das Fachpersonal zugänglich zu machen. In diesem zentralen Portal sollte die Suche geeigneter Hilfsangebote je nach Wohnort und Doppeldiagnose-Problematik (z.B. Psychose und Cannabis-Abhängigkeit, Heroinabhängigkeit und Borderline etc.) möglich sein. Interessant wären auch Erfahrungsberichte von Betroffenen, z.B. in welcher Einrichtung wertschätzendes Verhalten erlebt wurde oder ob es nur stundenweise anwesende Psychologen gab, die auch noch oft krank waren, etc.

Fallmanager oder dauerhafter Lotse im Hilfesystem

Es gibt zwar ein großes Hilfeangebot für Drogensüchtige, aber die große Schwierigkeit, zeitnah und passgenau ein passendes Hilfeangebot für Doppeldiagnose-Patienten zu finden. Um passgenaue Lösungen für den Patienten mit Doppeldiagnose zu finden, ist zunächst eine Eingangsdiagnostik erforderlich. Es braucht einen medizinischen Lotsen, der diese Patienten über lange Zeit begleitet und alle notwendigen Maßnahmen im Ärzte- und Hilfesystem koordiniert und auch die Bürokratie im Hilfesystem bewältigt. Da es solch einen übergreifenden Lotsen im Hilfesystem heute nicht gibt, übernehmen oft Angehörige diese Funktion, werden aber bei erwachsenen Kindern durch das System in ihrem Engagement ausgebremst, sei es wegen Datenschutzes, mangelnder Akzeptanz im Hilfesystem oder mangelndem Wissen, wo ein geeigneter Arzt zu finden ist. Es wäre wichtig, dem Doppeldiagnose-Patienten und den Angehörigen einen professionellen medizinischen Lotsen an die Seite zu stellen, der ganzheitlich die Maßnahmen und die Abstimmung zwischen den Beteiligten koordiniert. Und der nicht durch den Datenschutz ausgebremst wird.

Der medizinische Lotse muss aber durch einen Lotsen für die nicht-medizinische Koordination unterstützt werden. Hier ein anonymisierter Fall aus der Elternselbsthilfe: Der betroffene Doppeldiagnose-Patient war unterwegs zwischen Betreutem Wohnen, Obdachlosigkeit, Ob-

dachlosenunterbringung und Zwangsaufenthalt in der Psychiatrie. Dies alles in schneller Folge in einem kurzen Zeitraum an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg. In der Klinik für Psychiatrie wurde angeregt, einen Antrag für einen Betreuer zu stellen. Aufgrund des Aufenthaltsortes des betroffenen Patienten stritten sich zwei Amtsgerichte in Baden und in Württemberg, wer zuständig sei. Es vergingen Monate, bis auf Intervention der Mutter ein Richter einsehen hatte und die Bearbeitung übernahm.

Wenn es den medizinischen und nichtmedizinischen Lotsen gibt, können wir Eltern uns auf die emotionale Unterstützung unserer Kinder fokussieren und werden somit entlastet.

Psychiatrische u. psychotherapeutische ambulante Komplexversorgung.

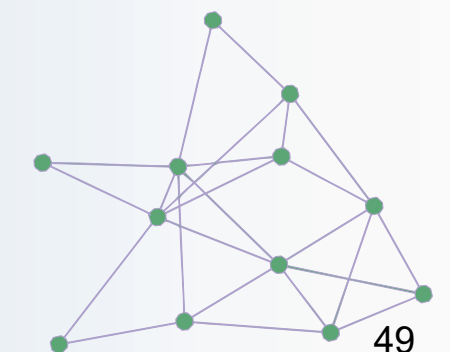
Die Komplexversorgung ist ein Angebot für Erwachsene insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexen Behandlungsbedarf haben. Sie werden von einem multiprofessionellen Team engmaschig und kontinuierlich betreut. Ärzte und Psychotherapeuten schließen sich dazu in regionalen Netzverbänden zusammen und kooperieren mit anderen Fachkräften wie Ergo- und Soziotherapeuten.

Netzverbund und Kooperationspartner

Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbänden zusammen. Diese kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege und anderen Gesundheitsberufen wie der Sozio- und Ergotherapie. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder -dienste hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut

Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten einen festen Ansprechpartner. Dieser erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte. [Anmerkung: in unserem Sinne der geforderte medizinische Lotse]



Koordination

Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft, zum Beispiel einem medizinischen Fachangestellten, einem Sozialarbeiter oder einer Pflegefachkraft ausgeführt.

Behandlungsplan/ Fallbesprechungen

Es wird für jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Ziele und Maßnahmen aufgeführt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen wird die Therapie besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Schneller Zugang

Betroffene, die sich an einen Netzwerk wenden, sollen möglichst innerhalb von sieben Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für die sich anschließende differential diagnostische Abklärung.

Siehe:

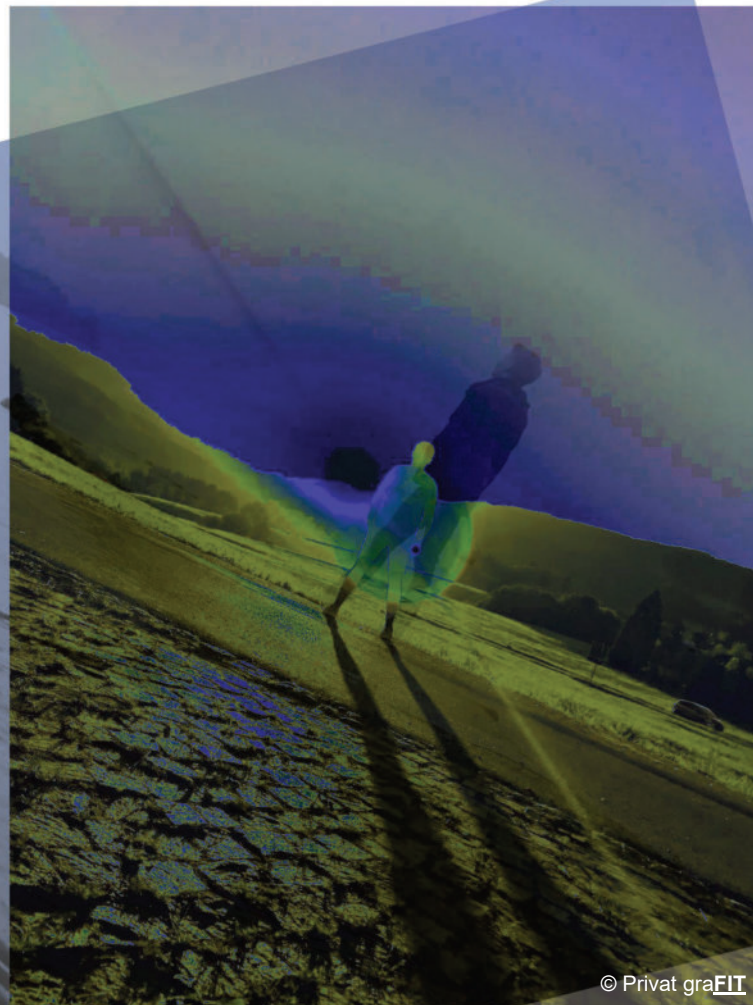
https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfoSpezial_Komplexversorgung.pdf

Wäre es nicht toll, wenn es für unsere Doppeldiagnose-Kinder flächendeckend einen niedrigschwelligen Zugang zu einer passgenauen Komplexversorgung gäbe, die auch Suchterkrankungen einschließt? Der Netzwerk Mens Sana in der Region Stuttgart ist ein erstes Beispiel dafür.

Siehe:

<https://www.suchtmedizin-stuttgart.de/standort-kriegsbergstr-40-e4.html>

Wir würden uns auch in anderen Großstädten ein entsprechendes Angebot wünschen. Eine Diarmorphin-Ambulanz bzw. eine Substitutionspraxis sollte unserer Meinung nach zwingend in einem solchen Netzwerk eingebunden sein und nicht alleine existieren. Denn neben einer Substitution sind bei unseren Kindern fast immer weitere (zahn-)ärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich.



© Privat graFIT

13. Rat und Hilfe

Grundsätze im Umgang mit dem erkrankten Kind

Diese Grundsätze gelten nicht nur im Umgang mit psychisch erkrankten oder suchtkranken Kindern – sie sind im Miteinander mit allen Menschen wichtig. Im Umgang mit Doppeldiagnose-Betroffenen sind sie jedoch in besonderem Maße von Bedeutung.

- Die Verantwortung bleibt beim Erkrankten.
- Eltern sollten auf Augenhöhe bleiben, mit Ich-Botschaften statt Vorwürfen agieren.
- Ich darf meine Meinung haben, auch wenn mein Kind das anders sieht.
- Wir sollten ehrlich bleiben, keine Rollen spielen.
- Ich darf Grenzen setzen und ihre Einhaltung einfordern.
- Es braucht viel Geduld und einen langen Atem.
- Helfen ist wichtig – aber nicht um jeden Preis.
- Den eigenen Rückzugsweg sollte man sichern, dem Erkrankten aber nie den Fluchtweg versperren.
- Bei aggressivem Verhalten oder psychischem Ausnahmezustand darf man den Eigenschutz nicht vergessen, im Notfall die Polizei rufen.
- Bei Suiziddrohungen tragen wir keine Verantwortung – immer 112 anrufen.
- Diskutieren Sie nicht, sondern dokumentieren Sie. Schriftliche Aufzeichnungen nach dem Ereignis helfen, wenn eine Zwangsmaßnahme notwendig wird.

Steht die Sucht im Vordergrund, sind klare Grenzen und gegebene

nenfalls auch Druck notwendig. Befindet sich der Sohn oder die Tochter dagegen in einem hoch psychotischen Zustand, ist es meist wenig sinnvoll, mit Argumenten oder Appellen zu reagieren – sie kommen schlicht nicht an.

Das bedeutet: Wir passen unser Verhalten der jeweiligen Situation an – ohne jedoch willkürlich ständig die Strategie zu wechseln. Genau darin liegt die besondere Herausforderung für Angehörige. Denn oft ist es schwer zu unterscheiden, ob etwas nicht gelingt, weil der Betroffene es nicht kann – oder weil er es nicht will.

Haltung und Kommunikation

- Wir sollten auf Augenhöhe bleiben, d.h. ohne Vorwürfe und ohne Machtspiele agieren. Diskutieren bringt nichts.
- Es ist wichtig, dass wir einander zuhören und das Gegenüber ernst nehmen.
- Ehrlich sein ist enorm wichtig, denn Doppeldiagnose-Patienten spüren Widersprüche sofort.
- Die Würde des anderen muss ich anerkennen – immer.

Verantwortung zurückgeben

- Wenn Eltern lange alles übernommen haben, ist es wichtig, die Verantwortung Stück für Stück an das Kind zurückzugeben, und zwar nicht aus Kälte, sondern aus Respekt.
- Und wir müssen im Hinterkopf behalten, dass unser Kind zwar eine Erkrankung hat, es aber nicht die Erkrankung ist. Hinter der Sucht und der psychischen Erkrankung steckt noch mein Kind.

Neue Sichtweisen und innere Klarheit

- Unser Blick sollte nicht mehr nur auf unser Kind gerichtet bleiben. Fragen Sie sich zuerst, was Sie brauchen, dann, was Ihre Familie braucht, und schließlich, was Ihr Kind braucht.
- Jetzt sehen Sie, was Ihre Aufgabe ist und wofür Sie nicht verantwortlich sind.
- Sie dürfen sich entwickeln und Haltung gewinnen, sollten aber nicht im Helfersyndrom erstickten.

Klar und konsequent Grenzen setzen

- Grenzen sind zu benennen und auch einzuhalten. Da der Mensch gerade in der Psychose seine Grenzen verliert bzw. als Borderliner diese ausgetestet, ist es hier besonders wichtig, Grenzen von außen zu setzen.
- Leere Drohungen machen uns unglaublich, verzichten Sie darauf. Nehmen Sie sich Zeit für Entscheidungen. Spontaneität und Druck schaden dabei.
- So wichtig klare Regeln und konsequente Grenzen auch sind, es darf Ausnahmen geben, nicht aus Schwäche, sondern aus innerer Klarheit. Wenn Ihr Bauchgefühl Ihnen etwas anderes sagt als der „Plan“, hören Sie darauf, denn nicht jeder Moment verlangt dieselbe Antwort.
- Wir Eltern dürfen uns zutrauen, situativ zu entscheiden mit Herz, Verstand und Gefühl.

Wo finden Angehörige und Betroffene Hilfe?

Erste Anlaufstellen: Beratung

Externe Hilfeeinrichtungen gibt es in vielerlei Form, sei es bei Sozialdiensten, Beratungsstellen der Stadt oder bei kirchlichen Einrichtungen. Darüber hinaus bekommen Betroffene auch Unterstützung per Telefon oder online. Weitere Unterstützungsangebote bieten Elternselbsthilfegruppen für Eltern und Angehörige von Suchtgefährdeten und Suchtabhängigen und Selbsthilfegruppen für psychisch Erkrankte und deren Angehörige (ApK).

Für eine erste, niedrigschwellige Hilfe können Eltern sich an eine der örtlichen Drogenberatungsstellen wenden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) im zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbund bietet ebenfalls ein niedrigschwelliges Angebot für Betroffene und Angehörige: Beratung, Begleitung, Unterstützung und bei Bedarf Vermittlung ergänzender Hilfen erhält man dort. Auch in Krisensituationen kann man den SpDi ansprechen.

Was tun bei Suizidgedanken/-ankündigung?

Im Falle suizidaler Gedanken oder Absichten - egal ob diese gedacht oder geäußert werden - können Betroffene und Angehörige Kontakt aufnehmen mit dem Arbeitskreis Leben (AKL). Dieser Verein unterhält in

verschiedenen Städten in Baden-Württemberg Beratungsstellen, die Angehörigen und Betroffenen eine erste Hilfestellung leisten und Tipps geben. Auch für Trauernde nach einem Suizid ist der AKL eine geeignete Anlaufstelle. Weitere Themen, bei denen der AKL unbürokratisch berät, sind Lebenskrisen und Depression.

Wird ein Suizid angedroht, zögern Sie nicht, die 112 zu wählen.

Sie tragen nicht die Verantwortung dafür, ob die betroffene Person ihre Ankündigung in die Tat umsetzt, denn das ist Aufgabe von Fachkräften. Ihre Pflicht ist es, Hilfe zu holen.

Auch ein Anruf bei der Telefonseelsorge kann im Falle einer Krise das erste Mittel der Wahl sein, ungeachtet dessen, ob ich Angehöriger oder Betroffener bin. Kostenfrei ist die Telefonseelsorge unter den Telefonnummern **0800 111 0 111 / 0800 111 0 222** rund um die Uhr erreichbar, der Anruf ist kostenfrei.

Das SeeleFon des Bundesverbandes psychisch erkrankter Menschen bietet Angehörigen Hilfe an und ist unter der Telefonnummer **0228 71002424** erreichbar von:

Montags bis Donnerstags
10:00 - 12:00 h & 14:00 - 20:00 h
Freitags
10:00 - 12:00 h & 14:00 - 18:00 h

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen bieten Raum für den Austausch unter Betroffenen – in diesem Fall unter

Eltern und Angehörigen. Zentrale Themen in der Selbsthilfearbeit sind der Umgang mit der Suchterkrankung des Kindes oder Jugendlichen und die wichtige Erkenntnis, dass der Selbstschutz und das eigene Wohlbefinden im Mittelpunkt stehen. In der Sorge um den Drogenkranken vergessen die Angehörige oft die Selbstfürsorge, vernachlässigen ihre Freundschaften und Interessen, sie brennen aus. In der Gruppe erfahren die Eltern Verständnis und lernen, ihre verlorengegangene Zuversicht und ihren Mut wiederzuerlangen, sie tauschen Erfahrungen aus und motivieren einander. Neue Anregungen und Unterstützungshinweise, Begegnungen auf Augenhöhe mit Gleichgesinnten führen dazu, dass die Teilnehmenden gestärkt und gelassener ihren Alltag bewältigen können.

In Karlsruhe existiert beispielsweise seit 1980 die Selbsthilfegruppe EL-dro-ST e.V. (**EL**ternselbsthilfe **dro**gengefährdeter und **dro**genabhängiger **S**öhne und **T**öchter für Karlsruhe und Umgebung, siehe:

<https://eldrost.de>, die ehrenamtlich und unentgeltlich Hilfe anbietet. Bei den wöchentlichen Gruppentreffen tauschen sich betroffene Eltern, Angehörige und auch solche, deren Kinder längst nicht mehr akut suchtkrank sind, im Gespräch aus. Sie geben einander Orientierung und unterstützen sich gegenseitig dabei, die erarbeiteten Erkenntnisse konsequent im Alltag umzusetzen. Denn nur starke und informierte Eltern können ihre Kinder selbstbewusst begleiten, wenn diese sich auf den Weg aus der Sucht machen, so die Überzeugung bei EL-dro-ST e.V.

Der Verein ist gut vernetzt in der regionalen Suchthilfe sowie mit anderen Selbsthilfegruppen und engagiert sich aktiv zum Thema Doppeldiagnose, etwa in der Arbeitsgemeinschaft Doppeldiagnose der Baden-Württembergischen Landesvereinigung der Elternselbsthilfe Suchtgefährdeter und Suchtkranker e.V. (doppeldiagnose@elternselbsthilfe-bw.de).

EL-dro-ST e.V. bietet darüber hinaus regelmäßig Seminare und Informationsveranstaltungen an, etwa zu Themen wie Selbstfürsorge, Kommunikation mit suchtkranken Angehörigen, Doppeldiagnose oder zu rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese Angebote richten sich sowohl an neue Eltern als auch an langjährig engagierte Teilnehmer.

Ähnlich wie in der Selbsthilfe für Angehörige Suchtkranker ermöglicht eine moderierte Gesprächsgruppe für Angehörige psychisch Erkrankter (ApK) den Erfahrungsaustausch und Informationsaustausch unter Betroffenen. Zusätzliche Unterstützung erfahren die Teilnehmer dabei durch eine professionelle Gruppenleitung bzw. -moderation.

Angehörige von Kindern mit Doppeldiagnose finden sich in allen genannten Selbsthilfe- bzw. Gesprächsgruppen. Diese sind in Landesverbänden organisiert:

- Baden-Württembergische Landesvereinigung der Elternselbsthilfe Suchtgefährdeter und Suchtkranker e. V. (siehe: <https://www.elternselbsthilfe-bw.de/>)

- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (siehe <https://www.lvbwapk.de/>)

Die Landesverbände helfen gerne dabei, eine geeignete Selbsthilfegruppe zu finden oder sogar selbst eine zu gründen. Außerdem verfügen sie häufig über spezielle Expertise, die sie den einzelnen Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellen (Broschüren, Seminare, Kontakte zu Fachleuten etc.).

Von daher scheuen Sie sich nicht, bei Bedarf Kontakt aufzunehmen.



14. Literaturliste

Literatur über Doppeldiagnose, Handlungsempfehlungen

- **Marc Walter, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.)**
Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnose und Behandlung von Doppeldiagnosen.
2. Auflage 2019, Kohlhammer Verlag.
- **Franz Moggi, Ruth Donati**
Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen.
1. Auflage 2004, Verlag Hogrefe.
- **Harald Sadowski, Frieder Niestrat (Hrsg.)**
Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. 1. Auflage 2010, Psychiatrie Verlag.
- **Jens Flassbeck**
Ich will mein Leben zurück! Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken.
2014, Klett-Cotta Verlag.
- **Dr. med. Henrike Krause-Hünerjäger**
Doppeldiagnosen: Zwischen Sucht und Psychose.
Königsutter; Überblicksartikel, abgerufen am 10.10.2023 von:
<https://www.service-seiten.com/Gesundheit/Braunschweig-20182019/Doppeldiagnosen.html>
- **Dr. med. Abi Joseph**
Doppeldiagnosen: Herausforderungen und Chancen in der beruflichen Rehabilitation drogenabhängiger Menschen mit psychiatrischen Zweitdiagnosen.
Unterlagen BFW Leipzig, 03-2022, online:
https://bfw-leipzig.de/wp-content/uploads/sites/3/2022/02/BfW_Leipzig_Doppeldiagnosen-fertig.pdf.
- **Dr. med. Abi Joseph**
Stationäre Reha von Patienten mit einer Doppeldiagnose, trialogische Fachtagung der ARWED, Akademie Biggensee, 28.-29.06.2024 in Attendorn,
Unterlagen siehe https://arwed-nrw.de/wp-content/uploads/2024/10/Attendorn-Doppeldiagnose_Dr.-Joseph.pdf.

Fokus auf psychische Erkrankungen

Eine gute Übersicht über spezielle psychische Erkrankungen und weiterführende Literatur geben die Broschüren des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Erkrankter BApk e.V., erhältlich unter <https://www.bapk.de/publikationen.html>

Borderline

- **Paul T. Mason, Randi Kreger**
Schluss mit dem Eiertanz. Für Angehörige von Menschen mit Borderline.
8. Auflage 2014, korrigierter Nachdruck 2021, Balance Verlag.
- **Ewald Rahn**
Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten.
2015, Psychiatrie-Verlag.
- **Jonathan M. Albrecht**
Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Selbsthilfe-Buch für Betroffene und Angehörige.
2. Auflage 2022, Books World.

Psychose

- **Josef Bäuml**
Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis – Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer, Einführung für interessierte Laien.
2. Auflage 2008, Verlag Springer.
- **Fritz Bremer, Hartwig Hansen**
Angehörige sind Erfahrene: Ein Ermutigungsbuch (momentan vergriffen).
2015, Verlag Paranus.
(Erlebnisberichte von Eltern und Partnern psychoseerkrankter Menschen; derzeit kostenloser Download möglich unter www.paranus.de)

„Zu guter Letzt“

Schlussgedanken zur Broschüre Doppeldiagnose

von Bettina Konstandin
Erste Vorsitzende EL-dro-ST e.V.

Diese Broschüre ist das Ergebnis vieler Hände, kluger Gedanken und großer persönlicher Erfahrung. Unser herzlicher Dank gilt allen Autorinnen und Autoren, die mit viel Zeit, Herzblut und Mut zur Offenheit zum Gelingen dieses Projekts beigetragen haben, allen voran Dr. Andreas Gebauer, der den Anstoß dazu gegeben hat und mit seiner Frau Daniele Gebauer-Kiefer, Ute Lührs und mir den Text entworfen hat, sowie Rudolf Fitterer, der für die grafische Gestaltung verantwortlich war.

Ebenso danken wir dem Leitungsteam von EL-dro-ST e. V. und den zahlreichen Unterstützer*innen im Hintergrund, die auf vielfältige Weise mitgedacht, begleitet und mitgetragen haben.

Ein besonderer Dank geht an die AOK, die dieses Projekt als wertvoll anerkannt und durch ihre finanzielle Unterstützung überhaupt erst möglich gemacht hat.

Wir wissen: Manche Entwicklungen brauchen Zeit, man kann sie nicht beschleunigen.

Veränderung ist kein Sprint – sondern ein Weg, der viele Schleifen ziehen kann.

Nicht durch Druck, sondern durch Dranbleiben, Hinschauen, Aushalten und neues Verstehen entsteht Vertrauen.

Erst daraus erwachsen Motivation – und manchmal auch kleine Durchbrüche.

Wir haben gelernt, ein neues Zeitverständnis zu entwickeln.

Nicht alles muss sofort sein.

Manches darf reifen.

Weg vom Kind – hin zu dir selbst

Unsere Kinder stehen oft im Mittelpunkt. Und sie sind dieser Verantwortung nicht gewachsen.

Darum:

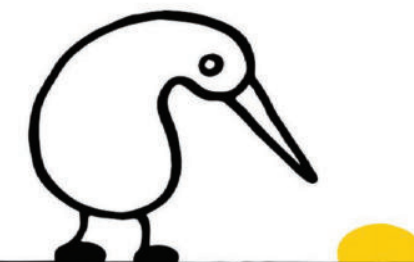
- Raus aus der permanenten Sorge.
- Zurück zu dir selbst.
- Du bist der wichtigste Mensch in deinem Leben.

Diese Broschüre soll Mut machen, die Herausforderung anzunehmen.

Veränderung zu wagen.

Es lohnt sich.

Eure Bettina Konstandin



Blank lined area for notes on page 58.

Blank lined area for notes on page 59.

Schirmherrschaft:
Dr. Frank Mentrup | Oberbürgermeister der Stadt Karlsruhe.

1. Auflage | Stand: Oktober 2025
Alle Angaben ohne Gewähr
Redaktionelle Änderungen vorbehalten.

Herausgeber:
EL-dro-ST e.V. Die Elternselbsthilfe drogengefährdeter und
drogenabhängiger Söhne und Töchter für Karlsruhe und Umgebung

Layout und Gestaltung
graFIT > Rudolf Fitterer | EL-dro-ST e.V.



Wir unterstützen –
und auch wir werden
unterstützt.

AOK