Bpe

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de

RUNDBRIEF

Nr. 4/ Dezember 2009

Aktion T-4 Gedenkveranstaltung
EX-IN Diskussion
Leserbriefe
Dokumentation Jahrestagung:
Impressionen
Vorträge
AG-Berichte

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum

Ehrenvorsitzende: Dorothea Buck
Brummerskamp 4, 22457 Hamburg

im Internet unter: www.bpe-online.de

Geschäftsführender Vorstand:
vorstand@bpe-online.de

Dagmar Barteld-Paczkowski,
Detlev-H.-Rötger-Straße 48, 25524 Itzehoe
Dr. Reinhild Böhme,
Äskulapweg 10, 44801 Bochum
Jurand Daszkowski,
Carl-Petersen-Str. 24a, 20535 Hamburg
Ruth Fricke,
Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Dr. Wilfried Pfaff
Fahrionstr. 47 G, 70468 Stuttgart
Doris Steenken,
Spindelstr. 26b, 49080 Osnabrück
MikhailZabrotski,
Scharrenstr.11, 10178 Berlin

Erweiterter Vorstand :
Ursula Zingler,
Ginsterweg 7, 74348 Lauffen (BW)
Bernhard Kirchner,
Otto-Denk-Str. 32, 94469 Deggendorf (BAY)
Jochen Schubert,
Karl Marx Platz 15, 12043 Berlin (B)
Christine Pürschel,
Hanns-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)
Detlev Tintelott,
Carl-Severing-Str. 63, 28329 Bremen (HB)
Anke Korsch,:
Oerstzweg 9, 22307 Hamburg (HH))
Sylvia Kornmann,
Giessener Str. 32.,35581 Wetzlar (HE)
Andreas Marheineke,
Löwentorstr. 9, 31135 Hildesheim (NS)
Matthias Seibt,
Landgrafenstr. 16, 44652 Herne (NRW)
Stefanie Regenry,
Burgstr. 11, 53516 Wittlich (RP)
Saarland: N.N. (S)
Karla Kundisch, A
Itlaubegast 10, 01279 Dresden (SA)
Matthias Schuldt,
Bergenstr. 21a, 23558 Lübeck (SH)
Ulrich Lück,
Alfred-Delf-Ring 76, 99087 Erfurt (TH)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	Seite:
Impressum	2
T-4 5.9.2009	4
EX-IN Diskussion	6
Rezensionen	8
Leserbriefe	10
Basiswissen Psychopharmaka (6)	12
Dokumentation Jahrestagung in Kassel 2009	14
Zum Mitmachen	31

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft, Köln, BLZ: 370 205 00
Mitgliedsbeiträge auf Konto: 70798-00
Spenden u. sonstige Zahlungen bitte auf:
Konto: 70798-01

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE),
Redaktion: Tanja Afflerbach, Marion Bennewitz & Reinhard Wojke Holsteinische Str. 39, 10717 Berlin (V.i.S.d.P. + Layout)
Fotos: im redaktionellen Teil, wenn keine andere Zuschreibung angegeben ist: Reinhard Wojke.
Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mi.+Fr. 9 – 14 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103
Verantwortlichkeit Inhalt: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern stehen in persönlicher Verantwortung der einzelnen AutorInnen.
E-Mail: bpe-rundbrief@web.de **Redaktionsschluss:** 5. Februar 2009
Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm

Stand Afflerbach-Prozess November 2009

Am 4. November von 11.00 bis 15.30 fand im Landgericht Siegen der 2. Verhandlungstag im Zivilprozess Tanja Afflerbach gegen das Kreiskrankenhaus Siegen-Weidenau statt. Anwesend waren Medienvertreter von Siegener Zeitung, WDR-Fernsehen Aktuelle Stunde, Frankfurter Rundschau und Berliner Zeitung. 31 weitere Zuschauer/innen überwiegend aus der PE-Selbsthilfe (Autos kamen aus Bonn, Solingen, Duisburg und Bochum) verfolgten interessiert die Verhandlung.
Auf Tanjas Seite waren ihre Anwältin Katharina Batz aus Kreuztal sowie ihr Privatgutachter Dr. Westdijk aus Basel anwesend. Die Beklagte war durch Rechtsanwalt Prof. Bergmann (Hamm), Prof. Ansgar Klimke (Offenbach) und Oberarzt Schneck (Siegen-Weidenau) vertreten.

Im Wesentlichen wurde der Gerichtsgutachter Prof. Dr. Maier aus Bonn vom Richter und der Gegenseite zur Frage der falschen Diagnostik (Schizophrenie) befragt. Der Beklagten gelang es nicht die gutachterlichen Aussagen von Prof. Maier zu erschüttern. Gegen Ende der Befragung verbat sich Prof. Maier den unverschämten Ton seines Kollegen Klimke.

Der Richter sprach die Ergebnisse der Befragung des Gerichtsgutachters ins Diktaphon. Nach Zugang der Abschrift haben beide Parteien 2 Monate Zeit für eine Stellungnahme. Vor März ist also nicht mit einem Urteil zu rechnen.

Bei Umzug bitte melden

Liebe Mitglieder, wenn Ihr privat umzieht oder Eure Selbsthilfegruppe einen anderen Tagungsort oder Tagungstermin wählt, so teilt dies bitte der Geschäfts stelle des BPE e.V., Wittener Str. 87, 44789 Bochum mit.
Nur so können wir gewährleisten, dass ihr regelmäßig Informationen des BPE bekommt und dass wir Hilfesuchende an die örtlichen Selbsthilfegruppen weiter vermitteln können.

Telefon: 0234 / 68 70 5552;

Fax: 0234 / 640 5103
Email: kontakt-info@bpe-online.de

Geschäftsstelle, Erstkontakt und Beratung des BPE

Die Geschäftsstelle des BPE ist Mi und Fr von 9-14h unter der Nummer 0234/ 68705552 zu erreichen. Zu allen Mitgliederfragen, aber auch für andere am Verband Interessierte, gibt es hier Auskunft und Informationen.

Außerdem können Sie hier Beratung erhalten, über Selbsthilfegruppen vor Ort, zum Umgang mit Ver-rücktheit, Krisenbegleitung, Vorausverfügungen, Patientenrechten und Betreuungsfragen.

Mail: Kontakt-info@bpe-online.de

Gedenkveranstaltung für die Opfer der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus

Gleichstellung und Entschädigung der Opfer – jetzt!
5. September 2009, 14 Uhr, Tiergartenstraße 4
Rede von Martin Marquard,
Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung der Stadt Berlin und Runder Tisch Berlin

Sehr geehrte Frau Fricke,
sehr geehrter Herr Bezirksbürgermeister.
sehr geehrte Frau Schneider,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

auch ich möchte Sie zu der heutigen Mahn- und Gedenkveranstaltung für die Opfer der so genannten Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus ganz herzlich begrüßen.

Es sind zwei runde Jahreszahlen, die uns heute beschäftigen – vor 75 Jahren, am 1. Januar 1934, trat das so genannte „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" in Kraft, in dessen Folge über 400.000 kranke und behinderte und andere Menschen zwangssterilisiert wurden. Und es sind genau 70 Jahre vergangen seit dem so genannten „Gnadentoderlass", in dem Hitler den Massenmord an kranken und behinderten Menschen mit seiner Unterschrift freigab – die „Aktion T4", der – wenn man die Folgeaktionen hinzunimmt – am Ende insgesamt etwa 300.000 Menschen zum Opfer fielen.

Beides – die massenhaften Zwangssterilisationen und die spätere systematische Ermordung von kranken und behinderten Menschen – stehen in einem direkten engen Zusammenhang. Der nationalsozialistische Staat verfolgte von Anfang an das Ziel, den deutschen „Volkskörper von Volksschädlingen" – wie es damals hieß – zu befreien. Damit trat neben den erklärten Kampf gegen Juden, Sinti und Roma und andere so genannte „rassenfremde Elemente" die „Ausmerze" der Kranken und Behinderten, der „Asozialen" und „Minderwertigen" – Begriffe übrigens, die nicht von den Nazis stammten, sondern bereits vorher seit Jahrzehnten schon von Ärzten, Juristen, Politikern und anderen selbstverständlich im Munde geführt wurden. Darauf komme ich gleich noch einmal zurück.

Mit den Erbgesundheitsgesetzen konnte jeder getroffen werde, der in irgendeiner Weise von der Norm abwich und dem nationalsozialistischen Menschenbild nicht entsprach: Natürlich kranke und behinderte Menschen, aber ebenso auch allein erziehende Mütter, Bettler, Prostituierte, Obdachlose, Hilfsschüler, Alkoholiker, Vorbestrafte und viele andere.

Die nationalsozialistische Ideologie brandmarkte diese Menschen als leistungsunfähige oder leistungsunwillige so genannte „Ballastexistenzen", die man durch Zwangssterilisation an der Fortpflanzung hindern müsse. Opfer waren nicht nur die einzelnen Menschen, sondern auch ihre Familien. Kinder von Zwangssterilisierten durften z.B. keine höhere Bildung erwerben, sie wurden als „minderwertig" und „asozial" diskriminiert, sie wurden aus ihren Familien gerissen, in Heime gesteckt und und für eine spätere Zwangssterilisation registriert.

Viele Zwangssterilisierte und somit als – wie es hieß – „lebensunwert" gebrandmarkte Menschen wurden später Opfer der „Euthanasie"-Politik und wurden im Rahmen der Aktion T4 oder der Folgeaktionen ermordet.

Das unermessliche Leid, das den Zwangssterilisierten und ihren Familien angetan wurde, muss man vor Augen haben, wenn wir uns nun dem Schicksal dieser Menschen in der Zeit nach dem Krieg bis heute zuwenden wollen.

Eigentlich müssten diese unglaublichen Verbrechen von jedem ohne Wenn und Aber als Unrecht erkannt und verurteilt werden. Jedem müsste eigentlich einsichtig sein, dass die Opfer dieser Verbrechen als Verfolgte des Naziregimes anzusehen sind. Und niemand dürfte eigentlich einen Zweifel daran haben, dass diesen Opfern eine Entschädigung zusteht.

Sie sind Opfer der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft und müssten eigentlich mit allen anderen Opfergruppen des Nationalsozialismus gleichgestellt und entsprechend entschädigt werden.

Das ist leider bis heute – 75 Jahre danach – immer noch nicht der Fall. Wir wollen mit unserer heutigen Veranstaltung diesen Missstand erneut anprangern und die Politik auffordern, diesem unwürdigen Zustand endlich ein Ende zu setzen.

Um zu verstehen, warum das so ist, müssen wir einen Blick zurück zu den Anfängen der Bundesrepublik Deutschland werfen.

Nach dem 2. Weltkrieg und dem Ende der nazistischen Gewaltherrschaft wurden viele Unrechtsgesetze der Nazis vom Alliierten Kontrollrat aufgehoben. Sie wurden für null und nichtig erklärt. Niemand sollte sich mehr davon bedroht fühlen müssen.

Dabei wurde - man kann es kaum glauben – das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" nicht als Unrecht eingestuft und deshalb auch nicht aufgehoben. Ein hoher amerikanischer Offizier wird mit den Worten zitiert, dass das Gesetz eventuell später einmal wieder angewendet werden könnte.

Dazu muss man wissen: Gesetze zur Unfruchtbarmachung von kranken und behinderten Menschen gab es nicht nur im faschistischen Deutschland, sondern auch in zahlreichen demokratischen Ländern wie Dänemark, Schweden oder auch in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Auch hatte es schon lange vor Hitler in vielen Ländern sehr massiv die Forderung gegeben, bestimmte Menschen an der Fortpflanzung zu hindern – nämlich solche, von denen man dachte, dass sie vielleicht behinderte Nachkommen zeugen könnten. Diese Forderungen wurden bereits im 19. Jahrhundert vor allem von Ärzten und Juristen erhoben, die Krankheit und Behinderung durch so genannte „Ausmerze" glaubten aus der Welt schaffen zu können – ich sprach bereits davon. Und es gab durchaus nicht nur in Deutschland eine breite Zustimmung dazu auch in der Bevölkerung.

Die Nazis haben ausgeführt, was längst vorher schon seit Jahrzehnten angesehene Universitätsprofessoren, Juristen und Ärzte forderten und lehrten. Auch wenn diese vielleicht die unglaubliche Härte und Brutalität der Nationalsozialisten bei der Durchsetzung der Zwangssterilisation ablehnten, waren sie doch grundsätzlich einverstanden.

Die Tatsache also, dass die Erbgesundheitsgesetzte in der Nachkriegszeit nicht als Unrecht betrachtet wurden, hatte für die Betroffenen verheerende Folgen. Nach der Befreiung von der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft begann für diese Menschen ein neuer schwerer Leidensweg der Diskriminierung, Missachtung – ja, man kann durchaus auch sagen – der Verhöhnung.

Mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland und dem Inkrafttreten des Grundgesetzes im Mai 1949 wurden alle Gesetze und Bestimmungen aus der Nazizeit, die dem Grundgesetz nicht widersprachen, automatisch in die neue Rechtsordnung übernommen. Die übrigen wurden aufgehoben und für null und nichtig erklärt.

Da man aber – wie eben ausgeführt – das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" nicht für nationalsozialistisches Unrecht hielt, widersprach es nach gängiger Meinung auch nicht dem Grundgesetz und bestand also fort – auch wenn es nicht mehr angewandt wurde.

Das aber bedeutete, dass die Opfer der Erbgesundheitsgesetze nicht als Verfolgte des Naziregimes anerkannt wurden und deshalb von Entschädigungszahlungen ausgeschlossen waren.

Trotz vieler Proteste von Betroffenen hielt sich diese Meinung bis in die 70er Jahre. Anträge von Opfern der Erbgesundheitsgesetze auf Entschädigung wurden mit der Begründung abgelehnt, nicht Opfer der faschistischen Gewaltherrschaft zu sein.

Im Bundestagsausschuss für Wiedergutmachung wurde im April 1961 diese Auffassung ausdrücklich verteidigt. Geladene Sachverständige vertraten sogar die Auffassung, dass es sich bei der

Zwangssterilisation um „eine von der deutschen Ärzteschaft mit großem Verantwortungsbewusstsein umgesetzte Maßnahme zum Wohle des deutschen Volkes“ gehandelt habe. (Villinger)
Ein anderer Sachverständiger meinte, dass „erbhygienische Maßnahmen“ nur mit Zwang durchgesetzt werden könnten und wenn es eine gesetzliche Grundlage gegeben habe, er keinen Grund für eine Entschädigung der Betroffenen gäbe. (Nachtsheim)
Und ein dritter wird mit den Worten zitiert, dass das Erbgesundheitsgesetz „in seinem Kerngehalt wirklich der damaligen und auch heutigen wissenschaftlichen Überzeugung entspricht.“ (Ehrhardt)
Alle drei Sachverständigen waren Ärzte, die während des Faschismus an der Durchführung der Zwangssterilisationen bzw. an Forschungen an „Euthanasie“-Opfern, besonders Kindern, aktiv beteiligt waren.
Der Widerstand der Betroffenen, aber auch neue wissenschaftliche Veröffentlichungen führten schließlich dazu, dass endlich 1974 das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom Bundestag außer Kraft gesetzt wurde – außer Kraft gesetzt, aber nicht aufgehoben!
In der Folgezeit errangen die Betroffenen sehr zögerlich und auch nur häppchenweise einige Fortschritte:
Seit 1980 konnten zwangssterilisierte Menschen eine einmalige geringe Entschädigungsleistung beantragen. Für einige gibt es auch eine kleine Rente.
1988 wurde die Zwangssterilisation vom Deutschen Bundestag als nationalsozialistisches Unrecht geächtet – allerdings nicht das Gesetz selbst.
1998 wurden die Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte per Gesetz aufgehoben.
Und erst 2007 wurde die 1988 ausgesprochene Ächtung der Zwangssterilisationen als nationalsozialistisches Unrecht vom Deutschen Bundestag auch auf das Gesetz selbst ausgeweitet. Also auch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde nun endlich vor zwei Jahren als nationalsozialistisches Unrecht geächtet – aber – und das ist ein Unterschied – immer noch nicht aufgehoben.
Vor zwei Jahren – am 1. September 2007 – führte Frau Margret Hamm vom Bund der „Euthanasie“Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. auf unserer ersten Gedenkveranstaltung hier an diesem Ort zu diesem Teilerfolg aus:
„Die jetzt gültige Rechtssituation geht davon aus, dass das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nie in der Bundesrepublik Deutschland gegolten habe und dass es von Anfang an nicht mit dem Grundgesetz vereinbar gewesen sei. Man geht aus heutiger Sicht davon aus, dass diese Rechtssituation seit Beginn der Bundesrepublik Deutschland bestanden habe.“ Daraus ergäbe sich, „dass die Zwangssterilisierten und „Euthanasie“-Geschädigten jetzt als rassisch verfolgte Opfergruppe gelten müsse.“ Dies werde – so Frau Hamm damals – für die Bundesregierung und die Opfer Konsequenzen haben.
Nach zwei Jahren muss nun der Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. erneut beklagen, dass trotz des Bundestagsbeschlusses von 2007 Betroffene weiterhin nicht als NS-Verfolgte anerkannt würden und Anträge auf Entschädigung mit der Begründung zurückgewiesen würden, dass es sich nicht um „typisches NS-Unrecht“ handele.
An dieser Stelle müssen wir fragen: Soll die menschenverachtende Verweigerungs- und Hinhaltepolitik gegenüber den Opfern der Zwangssterilisation trotz des Beschlusses von Mai 2007 fortgesetzt werden?
Sind vielleicht die schrittweisen Zugeständnisse und Verbesserungen für die Zwangssterilisierten gar nicht ernst gemeint? Warum weigert man sich immer noch beharrlich, das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses endgültig aufzuheben und für Null und nichtig zu erklären? Will man das Problem weiter aussitzen, bis kein Betroffener mehr lebt?
Wir appellieren an die politisch Verantwortlichen: Schaffen Sie absolute rechtliche Klarheit und heben Sie das Gesetz endgültig auf! Beenden Sie diesen würdelosen Zustand der Zwangssterilisierten und schaffen Sie unverzüglich die rechtlichen Voraussetzungen, dass die Opfer der Erbgesundheitsgesetze als NS-Opfer anerkannt und vollständig rehabilitiert werden. Sorgen Sie dafür, dass wenigstens die noch lebenden Opfer eine angemessene Entschädigung erhalten!
Deshalb verbinden wir heute mit unserem Gedenken an die Opfer der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus die Forderung nach Gleichstellung und Entschädigung der Opfer – jetzt!
Meine Damen und Herren,
Ich sprach eingangs von dem engen Zusammenhang von Zwangssterilisation und den „Euthanasie“-Morden. Ich meine den „Ausmerze“-Gedanken – die Ausschaltung und schließliche Vernichtung der so genannten „Minderwertigen“ –, ein Gedanke, der aus dem 19. Jahrhundert stammt, der besonders während der Weimarer Republik offen diskutiert, propagiert und von vielen befürwortet wurde, den das Nazi-Regime auf brutalste Weise wahr gemacht und umgesetzt hat – der „Ausmerze“-Gedanke, der auch nach dem Krieg weiterlebte, und der bis heute nicht wirklich überwunden ist. Anders ist der beschämende Umgang mit den Opfern in den 60 Jahren Bundesrepublik Deutschland – bis heute – nicht zu erklären.
Das Problem besteht darin, dass es keine klare, konsequente, eindeutige, ungeteilte Ablehnung des „Ausmerze“-Gedankens in unserer Gesellschaft gab und gibt – weder früher noch heute. Der würdelose Umgang mit den Opfern der Zwangssterilisation über die vielen Jahrzehnte bis heute belegt dies überdeutlich.
Wenn es in der Frage der Krankenmorde und Zwangssterilisation nie ein wirkliches Unrechts- und damit verbundenes Schuldbewusstsein gegeben hat, verwundert es in der Tat nicht, dass heute – immer noch und wieder – über Wert und Unwert des Lebens mehr oder weniger offen diskutiert und nachgedacht wird.
Es verwundert nicht, dass eine große Klinik in Berlin nach wie vor den Namen Karl Bonhoeffers trägt. Karl Bonhoeffer, der nachweislich an der Umsetzung der sog. Erbgesundheitsgesetze von 1934 als Gutachter bei Zwangssterilisationen beteiligt war!
Es gibt eine neue „Euthanasie“-Diskussion – nicht nur am Biertisch, sondern vielmehr – und das ist viel gefährlicher – in hochwissenschaftlichen Zirkeln an Hochschulen und Universitäten. Unter der Forderung nach Freiheit der Wissenschaft werden heute bereits wieder alle ethischen Grenzen des menschlichen Lebens in Frage gestellt – insbesondere am Lebensanfang und am Lebensende, aber auch im Falle schwerster Behinderungen, Demenz oder Wachkoma. Der gedankliche Schritt zur so genannten „Ausmerze der Minderwertigen“ ist vor diesem Hintergrund nicht groß.
Wir beobachten heute eine gegenläufige Entwicklung. Auf der einen Seite gibt es die neue Behindertenpolitik mit dem Ziel von Selbstbestimmung, Gleichstellung und gesellschaftlicher Teilhabe – untersetzt mit einer sehr fortschrittlichen Gesetzgebung die auch umgesetzt wird. Andererseits verlieren wir als behinderte Menschen, was die ethischen Grundsatzfragen unseres Zusammenlebens betrifft, ständig schleichend an Terrain. Die Diskussionen verlaufen nach den großen Protesten in früheren Jahren heute eher im Verborgenen. Man hört nicht viel, aber man muss sich schon Sorgen machen, wenn z. B. Verfassungsjuristen schon seit längerer Zeit über eine neue Definition von Menschenwürde nachdenken.
eine Damen und Herren,
der beschämende Umgang mit den Opfern der Zwangssterilisation in den 60 Jahren Bundesrepublik Deutschland zeigt uns, dass der „Ausmerze“-Gedanke nicht überwunden ist, sondern mehr oder weniger offen weiterlebt. Die unwürdige Behandlung der Opfer der Erbgesundheitsgesetze mahnt uns, nicht nachzulassen, diese unglaublichen Verbrechen immer wieder in der Öffentlichkeit anzuprangern und dafür einzutreten, dass so etwas nie wieder geschehen darf.
Dies alles macht es so außerordentlich wichtig, dass hier in der Tiergartenstraße 4 eine deutlich sichtbare Mahn-, Gedenk- und Informationsstätte für die Opfer der faschistischen „Euthanasie“-Politik, für die Opfer der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus entsteht – wohl wissend, dass der „Ausmerze“-Gedanke keine Erfindung der Nazis war, sondern ein tiefgreifendes Problem der aufgeklärten bürgerlichen Gesellschaft - nach wie vor - ist. Deshalb muss dieser Ort zugleich für alle Zukunft ein deutliches Zeichen setzen gegen jede Verletzung der Menschenwürde und für das in jeder Hinsicht uneingeschränkte Recht auf Leben. – Vielen Dank!
© Martin Marquard, 3. Sept. 2009

Vor 70 Jahren begann der psychiatrische Mord an 220.000 Patientinnen. Zur Stellungnahme des BPE-Vorstandes zu EX-IN vom 9/2000.

Von Dorothea Buck

Mit seiner kritischen, ja ablehnenden Stellungnahme unseres BPE-Vorstandes zu EX-IN werden die meisten BPE-Mitglieder nicht einverstanden sein. Aber wir wurden nicht gefragt. Ihr fehlt die selbstverständliche EX-IN-Kenntnis, die ihr vorausgegangen sein müsste. Vergegenwärtigen wir uns aber die verschwiegenen Verbrechen der deutschen Psychiatrie und die heutige totale Rechtlosigkeit deutscher Psychiatrie-Betroffener, wird das tiefe und berechtigte Misstrauen Vieler gegen alles, was von der Profiseite kommt, verständlich.

In diesem Fall aber von d e n Profis, die uns ja gerade von der üblichen psychiatrischen Abwertung nicht nur unseres Erlebens, sondern auch der betroffenen Menschen befreien, indem sie unsere Erfahrungen ins Zentrum einer zur Erfahrungswissenschaft zu verändernden Psychiatrie stellen und sie als einen Erfahrungs - S c h a t z anerkennen.

Stellen Sie sich einmal vor: Der Massenmord an den Juden würde in Deutschland ebenso verschwiegen werden , wie die psychiatrischen Morde an 220.000 deutschen Anstalts- und HeimbewohnerInnen nach dem letzten Forschungsergebnis des Historikers Prof. Hans Walter Schmuhl. Im Unterschied zu den Morden an den Juden war die sog. Elite unseres Volkes an diesen Verbrechen beteiligt: Die Beamten der Gesundheits- und Sozialbehörden, der Ministerien; alle höchsten beamteten Juristen veranlassten die Unterdrückung von Strafanzeigen von Angehörigen ermordeter Patienten. Psychiatrie-Professoren fällten in der Berliner Tiergartenstrasse 4 die Todesurteile nur nach Fragebogen mit einem roten Positivzeichen, ohne die Verurteilten je gesehen und gesprochen zu haben. Die als „lebensunwert“ Bestimmten wurden dann in den 6 psychiatrischen Tötungsanstalten vergast. Am 24.August 1941 ließ Hitler nach der Protestpredigt des katholischen Bischofs Clemens August von Galen in Münster am 3.August die Vergasungen einstellen. Nun aber ging der psychiatrische Patientenmord in fast allen Anstalten mit überdosierten Medikamenten und Nahrungsentzug bis zum Ende des Krieges und manchmal darüber hinaus weiter.

Der beste „Euthanasie“-Kenner Ernst Klee:
„Die Vernichtung der Unheilbaren versetzte die Beteiligten, so T4-Psychiater Prof. Friedrich Panse, in „eine berauschende Gehobenheit“. Prof. Paul Nitsche, psychiatrischer Leiter beim Massenmord: „Es ist doch herrlich, wenn wir in den Anstalten den Ballast loswerden und nun wirklich richtige Therapie treiben können.“ Richtige Therapie, das hieß: Cardiazol-Schocks, Insulinschocks, Elektro-Schocks“. (taz,7./8.August 1999)

Während meiner 5 psychotischen Schübe von 1936 bis 1959 musste ich alle drei Schockarten durchstehen. Sie verdrängten das Psychoseerleben, ließen aber mit den Psychoseinhalten auch normale Gedächtnisinhalte vergessen. Auf diesem Vergessen psychotischer und normaler Bewusstseinsinhalte beruht wohl auch die Wirkung heutiger Psychopharmaka. Echte Heilungen können auf diese Weise nicht möglich werden. Meine seit 1959 - seit 50 Jahren - ausgebliebenen Psychosen (ich spreche nicht von Heilung, weil ich „krankheitsuneinsichtig“ bin) haben ihre Ursache in der Einbeziehung meiner wichtigsten Psychoseerfahrungen, wie der in allen 5 Schüben aufgebrochenen inneren Impulsen in mein normales Leben. Ich lebe also immer aus diesen inneren Impulsen, damit sich gar nichts stauen kann. Dazu haben aber heutige Psychoseerfahrene bei der sofortigen medikamentösen auch zwangsweisen Unterdrückung ihrer Psychosen gar keine Chance. Und auch nicht bei Psychiatern, die „Mediziner“ sein wollen und die Psychose nur als eine sinnlose „Hirnstoffwechselstörung“ verstehen. Die ihnen selbst fehlenden Psychoseerfahrungen und die aus ihnen resultierenden Einsichten könnten aber die heutigen EX-IN-lerInnen ersetzen.

Die heutige „Hirnstoffwechselstörung“ ist nur die Fortsetzung der „erblich verursachten und darum unheilbaren, sinnlosen Gehirnkrankheit“ von Emil Kraepelin (1856-1926), die er „Dementis Praecox“ (vorzeitige Verblödung) und nach ihm Hugen Bleuler „Schizophrenie“ nannte. Ebenso, wie die deutschen Psychiater ihren „Ballast“ durch die Kraepelinsche „Bettbehandlung“ selbst produzierten, konnte auch Kraepelin bei seinen durch Monate oder sogar Jahre langes völliges Nichtstun, und ohne ein einziges Gespräch zur Verkümmerung gezwungenen nur untätig im Bett liegenden PatientInnen nichts anderes als ihre „vorzeitige Verblödung“ erwarten.

Diese unmenschliche „Bettbehandlung“ erlebte ich in meinem ersten Schub 1936 unter einem Kraepelin-Schüler in Bethel während der Leitung von Pastor Fritz v.Bodelschwingh, „Menschenwürdige Versorgung und Bewahrung“ nannten sie diese vom normalen Leben völlig abgeschnittene Isolierung. Kein Besucher durfte diese geschlossene Station betreten, der eine Stationsatmosphäre so wohltuend normalisiert. Kein einziges ärztliches und seelsorgerliches Gespräch während meiner 9 Monate in diesem Haus. Obwohl ich „nur“ 11 Wochen unter dieser völligen Untätigkeit unter Bibelworten gelitten habe und in der letzten Zeit auch aufstehen durfte und nach diesen 11 Wochen die positive, familiäre Seite des Hauses auf der Station für Depressive erlebte, sind mir nach nun 73 Jahren diese für psychotische PatientInnen qualvollen Stationsbedingungen unauslöschlich haften geblieben.

Als ich die Stationsschwester nach den Narben aller meiner jungen Mitpatientinnen in der Mitte über der Scheide fragte, erklärte sie mir diese als „Blinddarmnarben“. Hatte man uns auch darin zu Hause belogen, dass der Blinddarm seitlich säße? So wurden wir in Bethel mit der Zwangssterilisation ohne ein Gespräch - auch nicht vor und nach der Operation - regelrecht überrumpelt und mussten selbst herausfinden, dass wir zwangssterilisiert worden waren.

Pastor Fritz v.Bodelschwingh und g andere theologische Leiter ev. kirchlicher Anstalten hatten schon 2 Jahre v o r dem NS-Regime auf der „Fachkonferenz für Eugenik“ der Inneren Mission in Treysa im Mai 1931 die Sterilisation gegen den Rat des leitenden Betheler Chefarztes von 1930 bis 1933• Dr.Carl Schneider gefordert. Bodelschwingh begründete seine Forderung mit seinem „Gehorsam gegen Gott“ und als „mit dem Willen Jesu konform“ (Protokoll), Diese Leitlinie ev. Theologen: „Mit Gott gegen die Minderwertigen“, scheint mir mit Jesu Forderung der Solidarität mit den „Geringsten“ als Maßstab für die Annahme und Zukunft des Menschen: „Was ihr einem dieser meiner geringsten Brüder (und Schwestern ergänze ich) getan habt, das habt ihr mir getan“ nichts zu tun zu haben. Auch die drei S S S: „Still, Sauber, Satt“ der Diakonie konnten und können den Patienten nicht helfen.

Im Deutschen Ärzteblatt vom Januar 2007 heißt es in einem Artikel über unsere bis heute fehlende Rehabilitierung als „Minderwertige“ , dass der Betheler Chefarzt ab 1934, Prof. Werner Villinger am 13,April 1961 im Bundesausschuss für Wiedergutmachung: „…Sich zu der Behauptung verstieg, durch eine Entschädigung den Zwangssterilisierten erst recht zu schaden: ‚Es ist die Frage, ob dann nicht neurotische Beschwerden und Leiden auftreten, die näht nur das bisherige Wohlbefinden und die Glücksfähigkeit dieser Menschen, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.“
Pastor Fritz v.Bodelschwinghs Neffe und Nachfolger, Pastor Friedrich v.Bodelschwingh, argumen-

tierte am 21.Januar 1965 als Experte vor dem Ausschuss für Wiedergutmachung in gleicher, unsere Realität völlig verkennender Weise: „Gäbe man den Sterilisierten selbst einen Entschädigungsanspruch, so werde nur Unruhe und neues schweres Leid über diese Menschen gebracht. „ „ (Protokoll)

Wie können wir heute nach genau 70 Jahren des „Euthanasie"-Beginns im Herbst1939 das öffentliche Verschweigen beenden, damit aus der Geschichte gelernt werden kann? Wie können wir durch Medikamente schwer geschädigten Psychiatrie-Betroffenen, wie Tanja Afflerbach, zu ihrem Recht helfen, ohne dass sie erst alle deutschen Gerichte vergeblich durchlaufen haben muss, bevor ihr wie Vera Stein vor dem Europäischen Gerichtshof Recht zugesprochen wird?

Unsere deutsche Psychiatrie ist ja nicht nur die 12 Jahre von 1933 bis 1945, sondern auch die Jahrzehnte danach im Rückstand. EX-IN lässt uns wieder hoffen. Die von ihr angestrebte Psychiatrie als eine auf den Erfahrungen der Betroffenen gründende Erfahrungs-Wissenschaft und eine starke Selbsthilfebewegung sind der wirksamste Schutz gegen alle, die die Beteiligung ihrer Vorgänger an den Ausrottungsmaßnahmen Regen uns auch in Zukunft lieber verschweigen möchten.

Die Europäische Union hat das EX-IN-Projekt unter dem Namen Leonardo da Vinci gefördert. Ihre Abgeordneten sollten wir in einem erweiterten Faltblatt über die verschwiegnen Verbrechen unterrichten und sie um ihren Beistand für eine hilfreichere deutsche Psychiatrie, für die finanzielle Unterstützung zur Verbreitung von EX-IN und für ihre Hilfe zum Recht rechtloser Psychiatrie-Betroffener wie Tanja Afflerbach bitten.

Anmerkung der Redaktion: Das Thema EX-IN hätte eine Sonderausgabe des Rundbriefes füllen können bei den vielen Stellungnahmen, die uns erreicht haben.

Antwort des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LPE) Hamburg auf die Stellungnahme des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) zu EX-IN

Die ablehnende Haltung des Vorstandes des BPE zu EX-IN ist auf dem Hintergrund der Hamburger Erfahrungen mit EX-IN für uns als LPE unverständlich.

Denn unsere Erfahrungen mit dem Projekt sind eindeutig positiv. So hat die Fortbildung bei den Teilnehmern zum einen dazu geführt, dass aufgrund der Reflektion der früheren Krisen eine größere psychische Stabilität erreicht worden ist. Darüber hinaus wurden viele Themen, die für eine Qualifizierung in psychosozialen Berufsfeldern wichtig sind, wie Empowerment und Recovery in Theorie und Praxis erarbeitet. Die erste praktische Anwendung erfolgte dann in zwei Praktika, in denen jede TeilnehmerIn ihre persönlichen Fähigkeiten erproben konnte.

Im Anschluss an die Fortbildung haben alle die Absolventen, die beruflich tätig sein wollten, eine zunächst stundenweise Beschäftigung in psychosozialen Arbeitsfeldern gefunden. Vollzeitstellen sind uns noch nicht angeboten worden, aber zum jetzigen Zeitpunkt haben wir danach auch keine Nachfrage. Unsere Tätigkeiten sind überwiegend hochqualifiziert wie das Durchführen eines Lehrauftrags an einer Hochschule, das Angebot von Fortbildungen für Mitarbeiter im psychosozialen Bereich oder die Anleitung einer Gesprächsgruppe für Betroffene. Unsere Bezahlung liegt ausschließlich im zweistelligen Bereich in einem Rahmen von 10,-bis 70,-Euro Stundenlohn.

Organisatorisch ist EX-IN in Hamburg fest an eine Universitätsklinik angebunden, die die Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stellt. Eine Dipl.-Psychologin führt die Ausbildung kontinuierlich seit dem Beginn 2006 einmal jährlich mit hoher professioneller Kompetenz durch. Die Finanzierung erfolgt über eine Stiftung und einen subventionierten Unkostenbeitrag von 50,-Euro monatlich für die Teilnehmer. Die tatsächliche kostenmäßige Beteiligung kann im Rahmen des Persönlichen Budgets geltend gemacht werden, so dass auch finanziell schlechter gestellte Betroffene teilnehmen können.

Diese Organisationsstruktur in Hamburg für EX-IN halten wir für optimal und zukunftsweisend!

Versuche wie in Hessen, als Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen die Finanzierung für EX-IN allein auf die Beine stellen zu wollen, halten wir für eine totale Überforderung unserer finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten als Betroffenen-Verband. EX-IN muss entsprechend unserer Erfahrung in Hamburg in enger Zusammenarbeit mit Institutionen der psychosozialen Versorgung und engagierten Professionellen geplant und durchgeführt werden. Auch wenn in Hessen zunächst ein Misserfolg in Bezug auf die Einführung der Fortbildung vorliegt, so kann das doch nicht bedeuten, daraufhin die gute Grundidee von EX-IN in Bausch und Bogen zu verdammen.

Alle Absolventen, mit denen wir noch in Kontakt stehen, haben bestätigt, dass sich ihre persönliche und professionelle Kompetenz durch die Teilnehme an EX-IN erheblich gesteigert hat. Weiterhin hat sich durch das Projekt für uns Betroffene eine interessante weiterführende berufliche Perspektive eröffnet, die wir EX-INler in Hamburg engagiert nutzen. Professionelle sind durch die Öffentlichkeitsarbeit von EX-IN und unserem erfolgreichen Auftreten in verschiedenen Berufsfeldern zunehmend auf uns aufmerksam geworden und haben Interesse angemeldet, uns zu beschäftigen.

Aufgrund dieser guten Erfahrungen in Hamburg appellieren wir an den geschäftsführenden Vorstand des BPE, seine ablehnende Haltung zu korrigieren und die zukunftsweisende Perspektive der EX-IN-Fortbildung und die beruflichen Chancen für uns Betroffene in den Vordergrund seiner Überlegungen zu stellen.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hamburg

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.

Stellungnahme zur EX-IN-Debatte

Die Stellungnahme des geschäftsführenden Vorstandes hat eine Flut von empörten mails auf den Vorstand zu rollen lassen, überwiegend von Leuten für die diese Stellungnahme gar nicht bestimmt war (es handelte sich um eine BPE-interne Stellungnahme) und die das Anliegen des Vorstandes bis heute nicht verstanden haben oder verstehen wollen.

Ich glaube ich bin eine der Betroffenen, die die Vorgeschichte des EX-In-Projektes am Längsten und am Besten kennt und die eben auch die gesamte Entwicklung immer mit verfolgt hat.

Ich kann mich noch gut daran erinnern, wie Jörg Utschakowski vor Jahren bei der Mitgliederversammlung der WGSP begeistert von seinem Besuch in Birmingham berichtete, wo er das Projekt „Chance happens" kennen gelernt hatte. In Birmingham gab es keine psychiatrische Klinik sondern mobile multiprofessionelle Teams und in jedem Versorgungssektor eine Krisenpension. Eine dieser Krisenpensionen wurde ausschließlich von Psychiatrie-Erfahrenen geführt, die dort als Krisenbegleiter arbeiteten und denselben Lohn erhielten, wie die traditionellen Pflegekräfte. So etwas wollte er auch für Deutschland. Das Problem bestand nur darin, dass in Deutschland für jede Tätigkeit eine Berufsqualifikation nachgewiesen werden muss, während in England das System „learning on the Job" besteht. Also musste eine Zusatzausbildung geschaffen werden, um

den Betroffenen ein Zertifikat zu geben, mit dem sie den Anspruch auf tarifliche Bezahlung stellen können.

So wurde dann mit EU-Förderung zunächst in Bremen das Leonardo-Projekt auf den Weg gebracht. Ich selbst habe dafür gesorgt, dass dieses Projekt bekannt gemacht wurde, indem ich es z.B. in meinem Workshop bei der Dachverbandstagung in Magdeburg unter dem Oberthema „Psychiatrie-Erfahrung als Berufsqualifikation“ vor ein paar Jahren vorstellen ließ. Da das erste Bremer Projekt mit EU-Förderung lief, entstanden für die Teilnehmer auch keine Kosten. Dann kam das von der Reemtsma-Stiftung geförderte Hamburger EX-IN-Projekt, welches für die Teilnehmer auch nahezu kostenlos ablief.

Auch wir in Ostwestfalen hatten Interesse daran, Psychiatrie-Erfahrenen über eine Zusatzqualifikation die Möglichkeit zu eröffnen, im psychiatrischen Bereich hauptamtlich bei tariflicher Bezahlung tätig zu werden. So luden wir Jörg Utschatkowski zu einen unserer OWL-Treffen ein. Den ersten Termin sagte er wegen plötzlich aufgetretener Terminkollision kurzfristig ab. Damit unserer Einladung nicht für den Wind war, denn wir hatten zu diesem Treffen auch schon Vertreter gemeindepsychiatrischer Träger eingeladen, um eine Vermittlung ins Praktikum und später in Arbeit von vorn herein sicher zu stellen, waren wir froh als Christiane Wiedstruck und Arnhild Köpcke sich bereit erklärten über Ihrer Erfahrungen als Teilnehmerinnen des EX-Projektes zu berichten.

Schon nach diesen Berichten hatte ich meine Zweifel, ob das für Ostwestfalen das richtige ist. Denn Ostwestfalen ist eine sehr stark sozialpsychiatrisch und trialogisch geprägte Region. So war ich nicht die einzige Psychiatrie-Erfahrene, die der Auffassung war, dass wir etliche Module dieser Ausbildung überhaupt nicht benötigen, weil wir das alles schon machen. Wir haben dann zum nächsten OWL-Treffen ein halbes Jahr später Jörg Utschakowski noch einmal eingeladen, weil uns ja vor allen die Organisations- und Finanzierungsfragen interessierten. Nach langen Diskussionen haben wir uns dann doch dafür entschieden ein Projekt von dem FOKUS-Team in OWL durchführen zu lassen, weil das Leonardo-Projekt, ja mit so einer Art europäischen Qualitätssiegel ausgestattet ist, dachten wir zumindest.

Der Kostenplan den wir dann für das Gesamtprojekt erhielten belieft sich allein für die Ausbilderkosten auf ca. 18.000,- €. Hinzukommen dann ja noch Fahrtkosten und Übernachtungskosten für die Teilnehmer, da ja nicht alle am Fortbildungsort wohnen, sowie die Fahrtkosten und Übernachtungskosten für das Praktikum.

Nun seid bitte mal ehrlich, welcher Betroffene kann schon einfach mal so 2.000 bis 3.000,-€ auf den Tisch legen, um an so einer Fortbildung teilzunehmen.

Wir haben uns dann überlegt, wie das zu finanzieren sei. Aktion Mensch und Stiftungen waren ebenso im Gespräch wie Kooperationen mit VHS oder Fachhochschule. Wir haben uns zudem überlegt, wer denn unsere vorrangige Zielgruppe wäre und kamen dann sehr schnell auf die ALG-II-Empfänger. Wolfgang Voelzke, der mit in unserer Vorbereitungsgruppe war, ist dann zu seiner Kollegin bei der ARGE in Bielefeld marschiert und das erste was ihm dann auf den Tisch geknallt wurde, war die Stellungnahme des Sozialministeriums Baden-Württemberg, die kurz zusammen gefasst besagt:

1. Die Teamer seien nicht qualifiziert genug.
2. Man solle den Betroffenen keinen Sand in die Augen streuen, denn am Ende der Ausbildung seien die Betroffenen bestenfalls für ehrenamtliche Zuarbeit für Psychiatrie-Profis geeignet, aber keinesfalls für den 1. Arbeitsmarkt.

Letzteres hat dann selbstverständlich dazu geführt, dass die ARGE sich nicht in der Lage sah, die Teilnehmergebühren für Betroffenen zu übernehmen. Diese Stellungnahme führt aber auch dazu, dass weitere Fördermittelgeber auch nicht zu einer Förderung bereit sind.

Abschließend möchte ich nur noch sagen, dass das Ziel hauptamtliche tariflich bezahlte Arbeit für Psychiatrie-Erfahrene zu schaffen auch nach Aussage von Jörg Utschakowski in keinem Fall erreicht wurde. Selbst wenn Christiane Wiedstruck voller Stolz von Ihrer Dozententätigkeit für 50,-€ pro Stunde berichtet, muss ich sagen, dass Gewerkschafter dies als Schmutzkonkurrenz bezeichnen würden. Im BPE und seine Landesverbänden gibt es seit Jahren eine Übereinkunft, dass wir unter 100,-€ Honorar, Reisekostenersatz und wenn nötig Übernahme der Übernachtungkosten, nirgends ein Referat halten. In OWL bekommen wir als Teamer in der Ärztefortbildung, auch wesentlich höhere Sätze und dies alles ohne EX-IN-Ausbildung. Wenn EX-IN-Ausbildung dazu führt, dass die selbe Arbeit hinterher schlechter bezahlt wird als vorher, ist sie im höchsten Maße überflüssig.

Ich habe nichts dagegen, wenn FOKUS weiter solche Kurse anbietet und Betroffenen daran teilnehmen, wenn Fokus, dann auch dafür sorgt, dass die Kurse finanziert werden und vor allen, wenn Fokus sich endlich einmal mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung in Verbindung setzt, um ein Berufsbild „Krisenbegleiter mit eigener Krankheitserfahrung“ oder so ähnlich dort zu etablieren. Aber ehrenamtliche Selbsthilfe kann nicht dafür da sein die Gelder zu beschaffen, die der professionelle Anbieter der Fortbildung sich scheut zu beschaffen. Ehramtliche Selbsthilfe muss zunächst einmal sehen, dass sie Ihre eigene Arbeit finanziert bekommt. Solange der BPE nicht einmal weiß, wie er seine Bundesgeschäftsstelle finanzieren soll, haben wir keine Zeit und Kraft uns um die Finanzierung der Gehälter professioneller Fortbilder zu kümmern.

Mit herzliche Grüßen
Eure Ruth Fricke

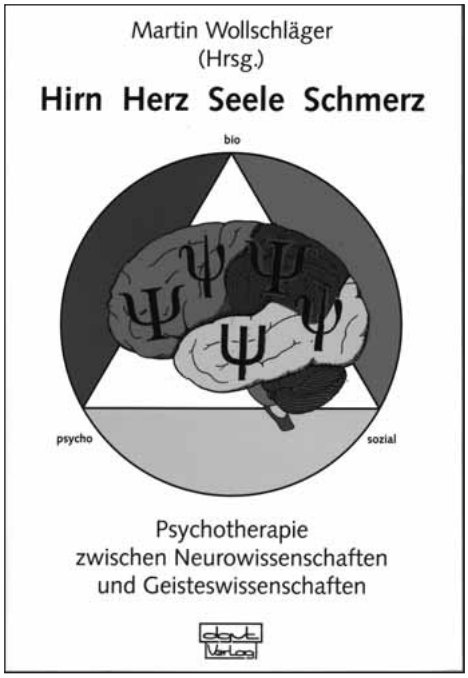
Jörg Utschakowski / Gyöngyvér Sielaff / Thomas Bock (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern

Buch über das Ex-In-(Experienced-Involvement-) Projekt, das heißt die Ausbildung von Psychiatriebetroffenen zur Peer-Arbeit („Arbeit von Gleichen für Gleiche“) innerhalb psychiatrischer Einrichtungen. Drei Profis haben dieses Buch herausgegeben, das sich mit der Ausbildung von Psychiatriebetroffenen für die Peer-Arbeit (Gleiche helfen Gleichen) beschäftigt: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff und Thomas Bock. Jörg Utschakowski ist Sozialarbeiter, er sei in verschiedene europäischen Netzwerken tätig, steht im Buch. Das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (www.enusp.org), der größte unabhängige Verband in Europa, der schon seit Jahren betroffenenkontrollierte Peer-Ausbildung fordert, taucht allerdings nirgendwo im Buch auf. Gyöngyvér Sielaff ist Diplom-Pädagogin und Mitgründerin von Irre Menschlich Hamburg e.V. Zu den Sponsoren dieses Vereins zählen u.a. die Pharmamultis Eli Lily und AstraZeneca GmbH. Der Psychologe Thomas Bock ist ebenso Mitgründer von Irre Menschlich, daneben mitverantwortlich für das Internetportal www.psychose.de; AstraZeneca ist auch hier der Sponsor. Diese Rahmenbedingungen, die in der Ex-In-Ausbildung einen wesentlichen Einfluss haben dürften auf die Haltung zur biologisch-psychopharmakologischen Psychiatrie, werden peinlicherweise im Buch nicht erwähnt, deshalb sollen sie dieser Rezension vorangestellt sein. – Nun zum Buch. Psychiatriebetroffenheit ist keine Qualifikation, die einen zum Experten an sich macht, ansonsten wäre der Psychiater derjenige, der mit

seiner der Psychiatrisierung vorhergehenden Diagnose Experten kreiert. Das Thema Schulung von Psychiatriebetroffenen ist überfällig, denn viele Psychiatriebetroffenen maßen sich an, alleine auf Grund einer vorangegangenen Psychiatrisierung als Experte anerkannt zu werden, der für alle möglichen, über die eigene Person hinausgehende Aufgaben in der Arbeit mit Betroffenen oder für diese qualifiziert ist. Oder trialogbegeisterte psychiatrisch Tätige benutzen ihnen genehme Betroffene als „Experten", wenn sie in einem Gremien Betroffenenbeteiligung mimen wollen. Was macht Betroffene zu Experten? Wer bildet aus? Wer erarbeitet den Lehrplan? Werden Konfliktpunkte und Interessenseinflüsse deutlich? Sind die für Psychiatriebetroffenen wesentlichen Inhalte ausgewogen enthalten? Wer bildet die Ausbilder aus? Wie wird verhindert, dass Peer-Arbeit nicht zum bloßen Erfüllungsgehilftentum psychiatrischer Machtausübender verkommt? Können bei einem Träger psychiatrischer Einrichtungen angestellte Peer-Arbeiter unabhängig arbeiten? Bekommen sie überhaupt eine Arbeit, und werden sie dafür auch bezahlt? Und wenn ja, gibt es mehr als die übl(ich)e Aufwandsentschädigung? Wie sieht die Arbeit konkret aus? Definieren die Peer-Arbeiter ihre Arbeit als hilfreich? Obwohl im Psychiatrieverlag erschienen, schließt das Buch auch antipsychiatrische Erfahrungen wie das Weglaufhaus Berlin ein, ebenso viele internationale Erfahrungen. Besonders wertvoll erscheint mir der Artikel „Der Wert der Erfahrung" von Harrie van Haaster vom Amsterdamer Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB - www.igpb.nl), in dem er sich mit der Qualifikation von „Experten durch Erfahrung" befasst und den Fragen, welche Kriterien für „Sachkenntnis durch Erfahrung" formuliert werden können, um einen Schutz vor Missbrauch und unangemessenen Ratschlägen zu gewährleisten, und wie ein erfahrungsbasierter Forschungsansatz zwecks Nachweis für die Wirksamkeit entwickelt werden kann. Angesichts der projektierten Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die sogenannte integrierte psychosoziale Versorgung (z.B. in Form von Mitarbeit in Krisenpensionen) ein wichtiges Buch, um die Diskussion über die Antworten auf die dargestellten Fragen zu beginnen. Wenn die internationale Betroffenenbewegung incl. dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. in Antidiskriminierungsprogrammen wie dem Harassmentprojekt (siehe www.enusp.org/documents/harassment/empfehlungen.pdf) die Unterstützung von Initiativen im Peer-coaching fordern, die wirksame Teilnahme geschulter Psychiatriebetroffener in allen möglichen Bereichen und Trainingsangebote für Psychiatriebetroffene, und sich selber gegen Diskriminierung zu schützen, um als Betroffene in allen Bereichen angestellt zu werden und um in Programmen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Schikane selber Trainerin oder Trainer zu werden und um in Kriseneinrichtungen, Beratungsstellen und Forschungsprojekten mitzuarbeiten, ist es höchste Zeit, sich Gedanken zu machen, wie die eigenen Forderungen umgesetzt werden können und wie man sich konstruktiv kritisch mit vorhandenen konkreten Erfahrungen auseinandersetzen kann. Das Buch ist guter Ansatzpunkt, in die Diskussion einzusteigen. Kartoniert, 240 Seiten, 1 Abbildung, 2 schwarz-weiße Fotos, ISBN 978-3-88414-470-1. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009. € 24.95 / sFr 42.90

Peter Lehmann

Martin Wollschläger (Hg.): Hirn – Herz – Seele – Schmerz. Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften



Der Sammelband enthält 19 teilweise recht anspruchsvolle Beiträge eines Symposiums beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie 2006 in Berlin, das von Martin Wollschläger, einem an der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh arbeitenden Psychologen und Psychotherapeuten, durchgeführt wurde. 17 Männer und zwei Frauen aus den Fachgebieten Psychologie, Philosophie und Medizin sowie ein Schriftsteller diskutierten über die wechselwirkenden Dimensionen: Leib, Seele, Gruppe und Kultur am Beispiel der Psychotherapie im Spannungsfeld zwischen Neuro- und Geisteswissenschaften. Das Buch enthält die ausgearbeiteten Referate. Obwohl der Buchtitel laut Wollschläger auf das Buch „Irren ist menschlich" von Dörner und Plog zurückgehe – ein Buch, das u.a. mit seiner Rechtfertigung von Elektroschocks nicht gerade als kritisch gilt –, stellen die Beiträge in „Hirn – Herz – Seele – Schmerz" dennoch den reduktionistischen Ansatz der herrschenden Psychiatrie und Psychotherapie in Frage, den lebendigen, fühlenden, handelnden und denkenden Menschen biophysikalisch beschreiben, vermessen und verstehen zu können. Von den 19 Beiträgen am besten gefallen hat mir der Artikel des Psychoanalytikers und Psychiaters Wolfgang Leuschner: „Neurowissenschaften und ihre Allmachtsphantasien" über das Kartell aus Medizin, Biologie, Ingenieurswissenschaften, Robotik, militärischer Forschung, medizinischer Geräte- und Informationsindustrie, Neuro-Marketing, Bildproduktions- und Nanotechnologie und chemischer Industrie – mit der Neurowissenschaft als Herzstück des Versuchs, einen neuen, über künstliche zerebrale Mikroprozesse manipulierten und nicht mehr vom Verfall und Tod, von Krankheit und körperlicher Unvollkommenheit bedrohten Menschen zu schaffen. Platz für eine eigenständige Psyche wäre bei einem solchen Produkt der neuen Halbgötter nicht mehr vorhanden. Schade, dass Wollschläger wohl recht haben wird mit seiner Prognose eingangs des Buches, dass das Buch ein Diskussionsforum wohl nur eine Minderheit darstellt, dabei wäre es angesichts der Tatsache, dass wir immer mehr in das Zeitalter der Neurowissenschaften hineinschlittern und kaum ein psychologischer Zusammenhang mehr öffentlich erklärt wird, ohne zur Untermauerung der eigenen Aussagen gleichzeitig mittels bildgebender Verfahren Hirnareale in bunten Farben aufblinken zu lassen, so wichtig, dass sich derzeitige und angehende Meinungsführer mit allen zur Verfügung stehenden Kräften gegen eine Entwicklung richten, die früher oder später auf alle zurückfallen wird. Wenn die Schweizer Psychiaterin Brigitte Woggon 2000 öffentlich erklären konnte: »Alles, was wir fühlen, ist eben Chemie: seelenvoll in den Sonnenuntergang blicken, Liebe, Anziehung, was auch immer – alles sind biochemische Vorgänge, wir haben ein Labor im Kopf«), ohne dass ein allgemeines Gelächter ausbrach, wird die grundlegende verächtliche Haltung gegenüber dem Geschöpf Menschen deutlich. Möge der Sammelband Wollschlägers dazu betragen, dass sich möglichst viele gegen eine solch primitive Weltsicht wenden. Kartoniert, 301 Seiten, 4 Abbildungen, Tabellen, ISBN 978-3-87159-073-3. Tübingen: DGVT-Verlag 2008.
€ 24.– / sFr 42.90

Peter Lehmann

Termin bei Minister Karl-Josef Laumann

Von Matthias Seibt

Am frühen Abend des 10. September hatten wir ein sehr gut verlaufenes 60-minutiges Gespräch. Anwesend waren auf unserer Seite (LPE NRW) Martin M. aus Wuppertal, Bernd Seiffert aus Aachen und ich.

Außer dem Minister für Arbeit, Gesundheit, Soziales Karl-Josef Laumann waren Frau Dr. Lesmeister sowie Herr Dirk Lesser, Referatsleiter Psychiatrie (Neurologe und Psychiater) anwesend.
Thema war Videoüberwachung, Fixierung, Psychiatrie, Psychiatrie-Tote, voraus bekannte Besuche der Besuchskommission usw.

Herr Lesser saß etwa ab Minute 11 auf dem heißen Stuhl.

Es gab zwei Ergebnisse:

Herr Laumann kritisierte die Kontrolle durch die Besuchskommission als unzureichend und wollte (wie auch im Altenheimbereich) unvorhersehbare Begehungen nach dem Zufallsprinzip. Herr Lesser sollte hierzu geeignete Vorschläge ausarbeiten.

Ferner regte Herr Laumann an, uns ab 2011 durch das Ministerium zu fördern.

Die sonstigen Inhalte des Gesprächs:
Herr M. erzählte von seiner 5-Tägigen Dauerfixierung im Mai 2001 in Velbert. Mit Tropf, Katheter und ohne Sitzwache. Herr Laumann ließ sich von Herrn Lesser und Frau Dr. Lesmeister bestätigen, dass die Gesetze seit 2001 unverändert sind.
Herr Seiffert berichtete von ähnlichen Vorfällen im Aachener Raum. Derartige Umgangsweisen seien häufig bis alltäglich.

Bei der Videoüberwachung blieben die gegensätzlichen Standpunkte unverändert. Herr Laumann schlug vor, die Sitzwache als Muss-Bestimmung ins PsychKG auf zu nehmen. Dies wäre politisch einfach. Frau Dr. Lesmeister widersprach dem mit der Argumentation, was denn sei, wenn ein/e Patient/in keine Sitzwache wolle. Herr Seibt fand interessant, dass plötzlich der Wille des Zwangsuntergebrachten eine Rolle spiele.

Zur Erläuterung: Wer gegen seinen Willen untergebracht wird, gilt als einwilligungsunfähig. Gleiches gilt bei Zwangsbehandlungen, Zwangsfixierungen und Zwangsvideoüberwachungen. All diese Maßnahmen setzen die Unbeachtlichkeit des Patientenwillens voraus.

Zu den Todesfällen herrschte insoweit Einigkeit, dass es welche gibt und die Sterblichkeit Psychiatrisierter erhöht ist. Auch bei der Lebensgefährlichkeit der Fixierung gab es Übereinstimmung (Thrombosen, Einatmen von Erbrochenem, Strangulierung).
Nach Ansicht der Selbsthilfevertreter kommen durch und nach psychiatrischer Behandlung jährlich bundesweit Tausende Menschen zu Tode.

Herr Laumann sprach vom Kostendruck, den er in den Gesprächen mit Krankenhausträgern immer wieder begegne.

Herr Lesser erzählte, dass lediglich eine redaktionelle Überarbeitung des PsychKG geplant sei. Herr Lesser bot den Psychiatrie-Erfahrenen an, sie könnten bekannt gewordene Missstände ans Referat Psychiatrie melden. Herr Seibt sagte, es sei Aufgabe des Referats Psychiatrie, die Psychiatrien im Lande NRW zu kontrollieren. Es sei unzumutbar, dass das Referat Psychiatrie darauf warte, dass die Psychiatrie-Erfahrenen unwiderlegbare Beweise für Missstände liefern.

Zum Grad der Pharmafinanzierung der AIDS-Hilfe hatten Herr Seibt und Herr Lesser sehr unterschiedliche Ansichten.

Ursula Zingler, Ginsterweg 7, 74348 Lauffen a.N. (07133-139762)
Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Vorsitzende des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.
Mitglied im Deutschen Bündnis gegen Depression e.V.

Leserbrief zu Beiträgen in der Stuttgarter Zeitung

16. November2009

Wenn das Leben zum Gegner wird, StZ 12. November 2009
Kein Zusammenhang, StZ 12. November 2009
Die Hälfte aller Fälle bleibt unbehandelt, StZ 13. November 2009 u. weitere Beiträge

Auslöser für eine psychische Erkrankung, hier die Depression, sind vielfältig und meist unschwer auszumachen. Manch eine/einer verliert dadurch sein seelisches Gleichgewicht. Symptome treten auf, die in Behandlung führen: sei es in Behandlung eines Psychiaters, sei es in Behandlung eines Psychotherapeuten. Ein Teil der Erkrankten findet nach dem ersten Zusammenbruch den Weg in die Gesellschaft zurück, der größere Teil nicht.

In diesen Fällen ist neben der Unterstützung durch Angehörige und Fachleute der Austausch mit von depressiven Phasen Betroffenen in Selbsthilfegruppen angesagt. Denn vor allem dort können ohne Hemmungen die Probleme mit der individuellen Lebensbewältigung auf den Tisch gelegt werden. Der Austausch mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben, bringt neue Erkenntnisse, macht Mut, neue Wege zu beschreiten und beinhaltet die Chance, psychisch dauerhaft zu gesunden. Ich weiß aufgrund eigener Erfahrung, dass dies möglich ist. Nach einem Jahr Arbeitsunfähigkeit fand ich meinen Weg und bin nun seit 27 Jahren ohne weitere Behandlung psychisch stabil.

Es ist eine Tatsache, dass die Depression mehr und mehr zur Volkskrankheit wird. Um dies zu korrigieren und einem ersten Absturz vorzubeugen, müsste sich in der Gesellschaft sehr viel ändern. Im Beitrag Hohnecker, 12.11., liest man: „Im Gegensatz zu früheren Annahmen … steht heute nur fest: Die Depression ist eine Erkrankung des Gehirns“. Die Wissenschaft stellt sich ein Armutszeugnis aus, wenn sie keine weiteren Erkenntnisse in all den Jahren gewonnen haben sollte. Freilich ist der Gehirn-Stoffwechsel gestört. Jedoch tritt – leider bisher nicht wissenschaftlich untermauert - zuerst das seelische Ungleichgewicht auf und als Folge die Entgleisung des Stoffwechsels. Es ist fatal, dass die Wissenschaftler darüber nachdenken, ob eine Genvariante verantwortlich sein könnte. Sinnvoller wäre es stattdessen, so genannte Heilungsgeschichten zu erforschen. So könnte ein sinnvoller Leitfaden entwickelt werden.

Ursula Zingler, Lauffen a.N.
Vorsitzende des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.

Anmerkungen zum Tod des Nationaltorhüters Robert Enke

Ein Dienstag Abend im November, ein Mensch setzt seinem Leben ein Ende. Das kommt öfter vor. Aber nicht so, wie diesmal - eine tiefe Trauer zieht sich durch die Fußballöffentlichkeit, Profifußballer finden sensible Worte, sie weinen gar und die Frau des Verstorbenen tritt bereits am Tag danach in einer Pressekonferenz vor die Kameras. Der Präsident des Deutschen Fußballbunds stellt die unweigerliche Frage nach dem „warum" und danach, wie es zu der Aussichtslosigkeit kam, dazu, dass Enke keine Alternative mehr gesehen hat. Nach dem, was in der besagten Pressekonferenz zum Tragen kam, spielte wohl auch hier wieder die Tabuisierung einer Krankheit eine nicht wegzudenkende Rolle. Jahrelanges Verschweigen einer Krankheit, die man einfach nicht haben darf, wird doch jede irgendwie gezeigte Schwäche mit ihr in Verbindung gebracht. Es nützte auch nichts, dass der Bayern München Spieler Deisler - also ein Kollege - auch schon einmal von Depressionen betroffen war. Nein Enke machte alles mit sich und einer allerkleinsten Umgebung aus. Wie wäre es gewesen, wenn Depressionen gleich einem immer wieder auftretenden Kreuzbandriss angesehen würden? Es wäre selbstverständlich für die Öffentlichkeit gewesen, dass der Betroffene in eine Fachklinkik gegangen wäre und der Betroffene hätte keinen Druck erlebt, jedenfalls nicht aus der Tabuisierung. Der Druck, nicht darüber reden zu können ist meistenteils so stark, dass der Heilungsprozess verlangsamt oder gar gehindert wird. Tabuisierung und Stigmatisierung sind alt bekannte Phänomene, jetzt wäre es an der Politik, die Stimmung in der Öffentlichkeit aufzugreifen und eine groß angelegte Kampagne zugunsten psychischer Gesundheit zu starten. Rückendeckung gibt die Europäische Kommission, die nicht nur auf die große Anzahl europaweiter Betroffener sondern auch auf den großen volkswirtschaftlichen Schaden in diesem Zusammenhang hinweist.

Mit freundlichen Grüßen
Chiara Brunetti
(Name geändert)

SHAMBALA

Von Hans Jürgen Claußen , BPE / DGSP

Ich bin seit meiner Geburt Stimmenhörer. Genau wie andere Menschen und insbesondere Psychiatiepatienten in einer Welt der biologistischen Ideologen frage ich mich seit ich Fünf Jahre alt war wer oder was da mit mir redet-

Für Psychiater ist es eine klare Sache: Der Gehirnstoffwechsel redet.

Was Stimmen betrifft so stammen sie aus dem Gehirn, Zentralen Nervensystem und individuellen und kollektiven Unbewußten. Das kollektive Unbewusste ist extern. Viele Patienten glauben an Telepathie, wenn sie Stimmen hören. Das korrespondiert mit der in der Esoterikszene weit verbreiteten Auffassung, dass Telepathie existiert und Gedanken Konsequenzen haben. Das Geheimnis der Esoterik ist: INNEN ERZEUGT AUSSEN.

Die Esoterikszene glaubt, dass Menschen Telepathen sind und eine transpersonale Ebene existiert Revolutionärer Ansatz jenseits von Staatsgewalt, Psychoterror und Freiheitsberaubung und Zwangsbehandlung

Im Mittelalter war Stimmenhören weit verbreitet.

In der Steinzeit war Stimmenhören die normale Form des Denkens.

Gott ist das Universum. Wissenschaft erforscht die Gesetze des Herrn.

Das ist was die Meister wissen. Die Meister sagen es gibt nur einen Geist an dem wir alle Anteil haben. Das heißt die Leute haben Probleme mit der transpersonalen Ebene, sind aber nicht krank Die Hypothese das das kollektive Unbewusste extern ist würde Esoterik Religion und Schizophrenie erklären. Eines ist klar eine Stoffwechselstörung haben wir nicht.

Schizophrenie ist die Shamanenkrankheit.

WIR alle brauchen Gespräche, um unsere Krisenerfahrungen und Gipfelerfahrungen zu verstehen, unsere Erfahrungen zu verarbeiten und eine dauerhafte brauchbare Realität zu konstruieren. Es wäre sehr hilfreich, wenn wir in der Klinik und ambulant mit geeigneten Leuten über unsere Theorien und Weltbilder und unsere subjektive Erfahrung reden könnten. Man muss begreifen was man erlebt. Das Erlebte zu entwerten reicht nicht.

In Skandinaviens wird Schizophrenie von einigen Ärzten seit 30 Jahren mit sehr wenig Medikamenten oder ganz medikamentenfrei mit Gesprächszentrierter Behandlung therapiert.

(ALANEN UND ANDERE) Ich persönlich halte Rente, Reizabschirmung, Ruhe und Gespräche für die beste Prophylaxe und Therapie. Meine Erfahrung ist, dass die Erkenntnis krank zu sein, das Wahnsystem entwertet und die Medikamente darauf keinen Einfluss haben. Falsche Theorien kann man mit Medikamenten nicht verändern, sondern nur mit Gesprächen, Entwerten ist der Schlüssel zur Realität. Wahr ist was man sieht, aber so sicher ist das bei Schizophrenie auch nicht. Man muss seine gesamte Wahrnehmung entwerten.

Entwerten ist nicht neu – alle Profis tun das.

Medikamente sind nicht zwingend erforderlich. Es macht Sinn einen Angehörigen zu haben der Dabei ist und einem hilft. Wenn man das hat braucht man die Psychiatrie nicht.

Heimindustrie und Forensik boomt. Hilfepläne und Persönliches Budget werden zu Kostendämpfung eingesetzt. Menschenrechte haben wir nicht

Was Schizophrene und Depressive wirklich brauchen ist Rente, Reizabschirmung, Ruhe, Gespräche und soziale Kontakte mit gesunden Menschen.

Die Ghettoisierung in Einrichtungen ist ein KUNSTFEHLER, weil sich die Patienten gegenseitig verrückt machen !!!!

Wir wollen Soteria, Inklusion und die Umsetzung der Menschenrechte für uns alle.

Need adapted treatment ist ambulante Soteria. Heime sind eine Menschenrechtsverletzung

WIR MÜSSEN WIDERSTAND ORGANISIEREN.

Basiswissen Psychopharmaka (6)

Was ist eine Psychose – Die Wichtigkeit des Schlafs

Fehlender Schlaf und Ver-rücktheit (psychiatrisch Psychose) gehören zusammen wie Wolken und Regen. Diese Regel gilt für 90 bis 95% aller Menschen, die Zustände der Ver-rücktheit kennen.

So wie ohne Wolken kein Regen möglich ist, ist für diese Menschen ohne Schlafverlust kein Ver-rücken (und damit keine Ver-rücktheit) möglich.

Wie kommt es nun zu dieser Schlaflosigkeit?
Es sind Gedanken, die nicht zur Ruhe kommen und damit auch uns nicht zur Ruhe kommen lassen. Diese Gedanken beziehen sich in der Regel auf ganz alltägliche Lebenssituationen oder –Ereignisse. Einsamkeit, Partnerschaftsprobleme, Schulden, Arbeits- oder Prüfungsstress können uns dermaßen beschäftigen, dass die Gedanken daran uns unseren Schlaf rauben.

Handelt es sich um eine besondere Art der Schlaflosigkeit?
Ja. Die normale Schlaflosigkeit geht mit Müdigkeit und Zerschlagenheit einher, man wünscht sich nichts sehnlicher, als endlich wieder (wie sonst) schlafen zu können. Die zum Ver-rücken gehörende Schlaflosigkeit führt in einen Hellwach-Zustand. Dieser Hellwach-Zustand ist angenehm, der fehlende oder stark verkürzte Schlaf wird nicht als Mangel empfunden. Man hat neue Gedanken, verfügt über ungewöhnlich viel Energie, ist in der Lage Probleme in Angriff zu nehmen, an die man sich bislang nicht herantraute.
Diese positiven Aspekte des Hellwachseins machen es vielen Menschen schwer, die Gefahr einer beginnenden Ver-rücktheit zu erkennen. Insbesondere wenn dieser Hellwach-Zustand im Anschluss an eine Niedergeschlagenheit (psychiatrisch Depression) entsteht, werden die möglichen Nachteile dieses Zustands unterschätzt.

Wie lange dauert der Übergang vom Hellwach-Zustand in die Ver-rücktheit?
Das dauert unterschiedlich lang. Wichtigster Aspekt hierbei ist die Dauer des verbliebenen Schlafs. Zwei Stunden sind gefährlicher als vier Stunden.

Wie wichtig ist Schlaf?
Atmen, trinken, schlafen und essen sind unsere Grundbedürfnisse. Schlafen und Trinken sind von ähnlicher Wichtigkeit. Nach 7 bis 9 Tagen „Verzicht" auf eines dieser beiden Grundbedürfnisse wird es bei mitteleuropäischem Klima für einen gesunden jungen Menschen spätestens lebensgefährlich.
Die uns im Hellwach-Zustand beschäftigenden Gedanken können uns derart von unseren Grundbedürfnissen ablenken, dass wir nicht mehr (kaum noch) essen. Der zusätzliche Nahrungsentzug verstärkt dann wiederum unsere Aufgedrehtheit oder Überdrehtheit. Manche Menschen vergessen sogar das Trinken.

Akut- und Erhaltungsdosis

Die Psychiatrie bekämpft Ver-rücktheitszustände durch Gabe von Neuroleptika. Sie unterscheidet theoretisch zwischen der Akutphase einer Psychose, in der hohe Dosen Neuroleptika gegeben werden sowie der Latenzphase[1], in der niedrige Dosen Neuroleptika zur Prophylaxe[2] gegeben werden. In der Praxis werden aber sehr oft Akutdosierungen über Monate, Jahre oder Jahrzehnte verordnet. Massive Einbußen in Lebensqualität und Lebenserwartung sind die Folge. Außerdem wird, falls trotz der Vorbeugemedikation eine Psychose auftritt, ein vielfaches der normalen Akutdosis nötig, um noch eine Wirkung zu erzielen.

Im folgenden eine Tabelle zur Unterscheidung zwischen hoher, mittlerer und niedriger Dosierung einiger Neuroleptika:

Markenname	internat. Freiname	niedrig	mittel	hoch
Abilify	Aripiprazol	20	25-40	45-120
Seroquel	Quetiapin	25-100	100-400	400-1.200
Risperdal	Risperidon	1-2	2,5-3,5	4-9
Zyprexa	Olanzapin	2,5-5	5-10	10-30
Solian	Amisulprid	25-100	100-400	400-1.200
Leponex	Clozapin	25-100	100-400	400-1.200
Dogmatil	Sulpirid	25-100	100-400	400-1.200

Anmerkung zur Tabelle: Ich beginne die niedrigste Stufe mit der kleinsten gehandelten Tablette. Selbstverständlich kann man auch eine halbe oder eine viertel Tablette oder einen noch kleineren Bruchteil der kleinsten gehandelten Tablette einnehmen. Eine vollständige Tabelle stelle ich demnächst ins Netz, s.u.

In den letzten Jahren geht die Pharmaindustrie immer mehr dazu über, die kleinste Dosierung einer neuen Substanz sehr hoch an zu setzen. Z.B. hat die kleinste gehandelte Dosis von Inwega 6 mg. Inwega ist das Hauptstoffwechselprodukt von Risperdal. Also wäre es logisch gewesen, die kleinste Dosierung ebenfalls bei 1 mg an zu setzen.
Auch bei Zeldox und Abilify finde ich die kleinste gehandelte Tablette zu groß.

Woran merke ich, ob ich zuviel nehme?
Ob ich zuviel Psychopharmaka (PP) zu mir nehme, kann ich sowohl an objektiven als auch an subjektiven Kriterien festmachen. Objektive Kriterien sind die Zahl der Psychopharmaka (ab 3 beginnt spätestens der Missbrauch) und die Dosierung.

Subjektive Kriterien sind der Schlaf, der Antrieb, das Gewicht, die Sexualität, kurz alles, was mit dem eigenen Wohlbefinden zusammen hängt. Den subjektiven Kriterien kommt genau so viel Gewicht wie den so genannten objektiven Kriterien zu. Geht es mir mit einer hohen Dosis PP gut, sollte ich mir Reduktionsversuche gut überlegen. Umgekehrt, wenn es mir bei einer niedrigen Dosis schlecht geht, muss ich überlegen, ob nicht selbst diese niedrige Dosis für mich zu hoch ist.

Was tun, wenn ich zuviel nehme?
Das hängt von vielen Faktoren ab. Siehe meine beiden Absetzleitfäden unter www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de, dort Lesenswertes. Wer lange (ab 6 Monate ist lange) eine hohe Dosis genommen hat, muss langsam reduzieren.

Eine beliebte Lüge
Psychiater/innen belügen ihre Patient/inn/en, dass es nur so kracht. „Das ist die kleinste Dosis“ oder „Das ist die kleinste wirksame Dosis“ stellt eine Standardlüge dar. Die kleinste Dosis einer Substanz ist immer 0! Da Neuroleptika 5-20 mal so stark wie Alkohol oder Tranquilizer sind, ist die kleinste wirksame Dosis immer ein winziger Bruchteil der kleinsten gehandelten Tablette.
Natürlich gilt das nur für nüchterne Konsumenten. Wenn ich sowieso jeden Tag 20 mg Zyprexa nehme, dann wirkt ein zusätzliches mg Zyprexa kaum noch. Wenn ich wochenlang keine Psychopharmaka genommen habe, legt mich 1 mg Zyprexa in der Regel schlafen.

Wird in Rundbrief 1-2010 fortgesetzt mit: Abhängigkeit und Sucht, Typische und atypische Neuroleptika, Patentschutz

---

[1] Latenz =
[2] Prophylaxe = Vorbeugung

Nebenwirkungen häufig verordneter Psychopharmaka (2)
von Matthias Seibt

Da Psychiater/innen ihre Patient/inn/en systematisch über die Risiken der Psychopharmaka belügen, werde ich die häufigsten unerwünschten Wirkungen häufig verordneter Psychopharmaka hier mitteilen. Quelle ist die Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, Stand 12-2006.

Nebenwirkungen Seroquel (Quetiapin)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)
Kopfschmerzen 19%, Müdigkeit 18%, Benommenheit, Somnolenz (= abnorme Schläfrigkeit).

Häufig (d.h. bei 1-10%)
26 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Angst 5%, Bewusstseinsstörung 1% - ggf. Zeichen eines malignen (= bösartigen) neuroleptischen Syndroms, Blutbildungsstörung, Erregungszustand bis 9%, Fieber 2%, Gewichtszunahme 2%, Hautausschlag 4%, Hypotonie (= niedriger Blutdruck) 1-10%, Magen-Darm-Störung, Mundtrockenheit 8%, Obstipation (= Verstopfung) 9%, Ohrenschmerzen 1%, Rückenschmerzen 2%, Schlafstörungen bis 10%, Schwindel 10%, Tachykardie (= Herzrasen) 7%, Therapieabbruch wegen Unverträglichkeit 5%.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)
7 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Krampfanfälle 0,8%, Thrombose

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)
25 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Agranulozytose (=Absterben der weißen Blutkörperchen), Ateminsuffizienz – Einzelbericht: akutes Atemversagen nach Einzeldosis bei einem Patienten mit COPD
Diabetes mellitus – Einzelberichte, Grand mal, diabetisches Koma, Leberinsuffizienz – tödliches Leberversagen, Einzelbericht, Leberschaden – Einzelbericht, Spätdyskinesie, Tod - durch malignes neuroleptisches Syndrom; auffällig erhöhte Mortalität bei Alterspatienten mit Demenz

Ferner: (d.h. ohne Einstufung)
25 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Akathisie (= Sitzunruhe), Diarrhö (= Durchfall), Harninkontinenz, Harnverhaltung,
Herzrhythmusstörungen - ggf. Zeichen eines malignen neuroleptischen Syndroms, Hypomanie, Nierenversagen - ggf. Zeichen eines malignen neuroleptischen Syndroms, Ödem, Verwirrtheit.

100 Tabletten zu 25 mg kosten 88,76 €.
Pharmaforschung ist teuer, aber ein Menschenleben ist unbezahlbar.
Wird fortgesetzt.

Dokumentation Jahrestagung in Kassel 2009

Vollintegriert in der Gesellschaft leben
Wege aus den psychiatrischen Subkulturen

Von Dagmar Barteld-Paczkowski

So lautete das Motto der Jahrestagung vom 09.11.bis11.10 2009 des Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. 180 Besucher dieser Tagung machten deutlich wie wichtig „Leben in der Gesellschaft" für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ist. So viele kamen hoffnungsvoll zu dieser Tagung in die Jugendherberge in Kassel. Die Förderung der Jahrestagung durch Bundesmittel machte es den Menschen möglich zu relativ günstigen finanziellen Kosten an dieser Tagung teilzunehmen. Ohne die Fördermittel wären die interessanten Informationen für die Menschen nicht hautnah erlebbar gewesen.

Nachdem die Teilnehmer in der Jugendherberge eingetroffen waren und die Berichte und Informationen aus den Bundesländern erfolgt waren, startete das Kulturprogramm. Jan Michaelis starte mit einer kurzweiligen Lesung nach dem Motto: Schreiben macht frei. Es ging Abend mit einer Disco weiter, die von dem bewährten Discjockey Peter Weinmann gestaltet wurde und unter dem Motto: Aus dem Abseits in die Mitte stand.
Die Bewegung auf der Tanzfläche tat den daran teilnehmenden Menschen gut, hatten Sie doch oft stundenlange Fahrten in vollen Zügen hinter sich gebracht. Leider wurde sie aufgrund eines Missverständnisses seitens der Jugendherbergsmitarbeiter vorzeitig gegen 23:00 Uhr abgebrochen.

Psychiatrie war bis vor einigen Jahren ein Bereich, der irgendwo am Ende der Welt stattfand. Seit 1975 die Psychiatrie-Enquete zur gemeindenahen Psychiatrie führte, hat sich zwar schon viel verändert, Allerdings fühlen sich Menschen mit Erkrankungen aus dem psychiatrischen Bereich noch immer nicht sicher in der Gesellschaft.
Auch wenn momentan die UN-Behindertenrechtskonvention dazu beiträgt über Inklusion und Teilhabe nachzudenken, ist es in der Realität immer noch nicht selbstverständlich, dass die Lebensbedingungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen frei von Angst vor Ausgrenzung und Diskriminierung sind.

Das wurde auch durch die Grußworte der befreundeten und begleitenden Organisationen zum Ausdruck gebracht.

Dr. Speier von der Klindikdirektorenkonferenz sprach sich in seinem Grußwort für eine Zusammenarbeit aus. Nur so könne die Qualität in der Behandlung gewährleistet werden. Er bat uns auch um Unterstützung bei der Durchsetzung der Qualtitäsanforderungen an die Behandlung. Die Patienten wären die Leidtragenden, wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten zu Lasten der Kosten verschlechtern würden.
Ähnliches war auch in dem Grußwort von Bund der leitenden Pflegekräfte, gehalten durch Herrn Leppert, zu hören. Auch er bat in seinem Grußwort um Unterstützung bei der Umsetzung der Anforderungen des OperationsProzeduren-Schlüssels, OPS, der für die Pflegekräfte nicht einfache Arbeitsbedingungen zur Folge hätte.

Für die DGSP, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie war Frau Scholtz aus dem Bundesvorstand angereist. Sie lobte die Arbeit des Bundesverbandes und bot weiterhin die Unterstützung an.
Frau Görres vom Dachverband Gemeindepsychiatrie überbrachte auch von dort die besten Wünsche für den Verlauf der Tagung und die weitere Zusammenarbeit. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hatte die Organisation der Tagung, wie schon seit Jahren übernommen und für einen reibungslosen Ablauf bei der Anmeldung gesorgt.

Viele Menschen trauen sich nicht über ihr „Anderssein" zu sprechen und dadurch auch anderen Menschen die Möglichkeit geben Anforderungen und Überforderungen in eine Ausgeglichenheit zu bringen. Dadurch bleibt weiterhin viel Leid und Kummer im Alltag der betroffenen Menschen und ihrer Familien.
Viele Menschen verlieren ihre Arbeitsplätze und ihren sozialen Status durch die Krankheiten.
Familien brechen auseinander und Kinder werden oftmals zu Waisen, trotz lebenden Eltern und Mütter und Väter werden zu Eltern ohne Kinder durch die Trennung von ihnen.
Ziel aller Menschen ist aber die Eingliederung in die Gesellschaft, für viele mit staatlicher Hilfe und Unterstützung, für andere aus eigener Kraft und finanzieller Grundlage.
Ein ganz großes Thema ist auch der selbstbewusste Umgang mit den Medikamenten, die verordnet werden.
Zu diesem Thema konnten wir Dr. Volkmar Aderhold gewinnen, der sehr informativ über den Umgang mit den verordneten Neuroleptika und deren Nebenwirkungen sprach. Dr. Aderhold ermutigte uns Anwesende auch, uns zu unserem Anderssein zu bekennen und uns nicht hinter der „Gesellschaft", die ja nun mal so ist, zu verstecken.
Er riet und zu Selbstbewusstem und auch selbstsicherem Umgang mit unserer Geschichte.
Das ist leider noch nicht immer so einfach, wie es sich schreibt und anhört, das wurde durch die Workshops deutlich.
Die neun Workshops der Jahrestagung befassten sich mit der Umsetzung der Eingliederung.
Es wurde die Barrierfreiheit hinterfragt. In dem Workshop, geleitet von Dagmar Barteld-Paczkowski, wurde deutlich, dass es im Arbeitsleben noch lange nicht so weit ist, dass für alle Menschen ein Zugang zu inklusiver Bildung

und Ausbildung möglich ist. In dem Workshop zwei wurde unter Leitung von Matthias Seibt der Erhalt, der Aufbau und der Umbau sozialer Beziehungen diskutiert. Hier wurde deutlich, dass es manchmal notwendig ist sich von alten Freunden zu verabschieden und sich nicht auf eingefahrenen Wegen immer wieder in Konflikte und Krisen zu begeben, sondern Umwege und Umleitungen zu den Zielen zu nehmen. Es ging um selbst bestimmte Ziele und den selbst bewussten Umgang mit Hilfen und Hilfsmitteln, wie z. B. das Schlucken oder das Einnehmen von Medikamenten und deren Folgen für Beziehungen. Z. B. beim Kinderwunsch und Kinder kriegen.
Im dritten Workshop machte Martina Heland-Graef durch die eigene Lebensbeschreibung deutlich, wie wichtig die Erfahrungen aus dem zweiten Workshop sind, wenn es um die Rückkehr in die Gesellschaft geht. Es war wie die Bestätigung des vorigen Workshops.
Christine Pürschel stellte die Wirkungsmöglichkeiten Psychiatrie-Erfahrener Profis im Alltag dar. Dazu ist es wichtig, dass die Menschen, die durch und oder während ihres Arbeitslebens erkrankt sind, die gemachten Erfahrungen und die Veränderungen im eigenen Leben in den Umgang mit noch instabilen Menschen einbringen könn(t)en und dadurch die Gesellschaft auch verändern können.
Ruth Fricke berichtet über die heilsamen Erfahrungen in und mit der Selbsthilfe, die oftmals auch eine gute alternative zu den klassischen Angeboten in der psychiatrischen Hilfe ist. Dazu ist die Voraussetzung, dass sich die Menschen trauen über sich und ihre gemachten Erfahrungen überhaupt offen, noch lange nicht öffentlich, zu sprechen und andere Menschen an ihrem Leben teilhaben lassen.
Ulrich Lück und Peter Weinmann sprachen und berichtet über die Möglichkeiten und Erfahrungen, die mit dem Persönlichen Budget gemacht werden. Das Persönliche Budget ist ebenfalls eine Möglichkeit sich durch eigene Ideen und mit alternativen Hilfeangeboten in die Gesellschaft zu (re-)integrieren.
Eine Möglichkeit in der sich Integration und Inklusion tatsächlich umsetzen lässt sind die Mehrgenerationenhäuser über die Heidi Höhn berichtete.
Doris Steenken berichtete über ihren Weg aus den Mühlen der Psychiatrie. Ihr Weg war steinig aber erfolgreich. Sie Beschrieb die Instanzen, die ihr auf dem Weg hilfreich waren und die sie als Hilfreich empfand z.B. Unabhängige Beschwerdestellen und Begleitung durch andere erfahren zu Gesprächen mit Hilfeplanern und Kostenträgern.
Über die Situation der Eltern mit Psychiatrie-Erfahrung wurde im letzten Workshop diskutiert. Hier berichtet Eltern über die Schwierigkeiten die für sie individuell passenden Hilfen im Umgang mit ihren Kindern zu bekommen.

Da der Workshop „Kreative Selbstgestaltung“ wegen Krankheit ausfiel, Hatte sich spontan eine Gruppe gefunden, die über die Lebensbedingungen mit Einkommen aus den Leistungen des ALG sprach. Es wurde deutlich, dass es mit dem Einkommen ALG II oder der Grundsicherung schwer ist, vollintegriert in der Gesellschaft zu leben.

Am Sonntagvormittag berichtete Gangolf Peitz über die Freizeitbetreuung durch sensible Kulturarbeiter.

Mit dem Ausblick auf die Jahrestagung 2010, die unter dem Motto:
wurden die Teilnehmer zurück die jeweiligen Lebensfelder entlassen.

Es ist erstaunlich wie friedlich so eine Jahrestagung mit 180 Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung abläuft. Da geschieht nichts was die gesellschaftlichen Vorurteile über Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und psychiatrischen Erkrankungen bestätigen würde.
Dort wurde deutlich, dass Menschen mit Diagnosen aus dem psychiatrischen Feld nicht anders sind als die Gesellschaft, in der sie gerne vollintegriert leben würden.

Jan Michaelis las „Falsch genau richtig“

Bei der Jahrestagung des BPE lieferte Jan Michaelis den Kulturbeitrag. Zwar verließen einige Zuhörer den Raum, weil bereits seit eineinhalb Stunden ohne Pause getagt wurden war. Doch die verbleibende Zuhörerschar war begeistert von der Lesung des 41-jährigen Autors aus Düsseldorf.
Die Erzählungen „Falsch genau richtig“, „Die Maulwürfin Mimi“ und „Schokoriegel für alle“ berührten und zeigten die freie Verarbeitung der eigenen Psychiatrieerfahrung. Der Vortrag von Michaelis stand unter dem Motto: „Schreiben macht frei“. „Gemeint ist die dichterische Freiheit und nicht der Zynismus des Spruches am Tor von Auschwitz „Arbeit macht frei““. stellte der Schriftsteller in seiner Anmoderation klar.
Michaelis konnte dann im Laufe der dreitägigen Veranstaltung zahlreiche „Lautsprecher“-Hefte der Jahrgänge 2004 bis 2009 verkaufen, an denen er redaktionell mitgearbeitet hatte und in denen Beiträge von ihm veröffentlicht wurden waren. Was aber besonders erfreulich war: nicht nur diese spezifisch mit Selbsthilfethematik ausgestatteten Printprodukte gingen. Auch ein ganz und gar untypischer Kriminalroman fand Absatz und bewies damit, dass Michaelis als Autor nicht in der psychiatrischen Subkultur stecken blieb. Die Leser ließen ihre Interessen nicht in ein thematisches Getto sperren. Michaelis als Krimiautor fühlte sich in Kassel genau richtig.
Jan Michaelis: Frag nie zu viel – Ein St. Petersburg Krimi. Verlag Wortgewaltig, Hanau, 2009, bestellbar im Buchhandel ISBN 978-3-940372-08-6, Preis: 8,90Euro, 100 Seiten Spannung.

Tanzen auf der BPE-Jahrestagung 2009

Von Peter Weinmann

„Sicherheitsnotsignale, lebensbedrohliche Schizophrenie, neue Behandlungszentren bekämpfen die wirkliche Ursache nie“ - auf der BPE-Jahrestagung 2009 in Kassel war die Tanzfläche wieder gut gefüllt, als mit Joachim Witts Goldenem Reiter die Hymne der deutschen Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung aus den Boxen schallte. Disc-Jockey Peter Weinmann aka DJ Peter Punk setzte am Freitagabend den körperorientierten Kontrapunkt zu den vielen kopflastigen Elementen des Treffens. Nach kurzer Zeit begann sich der Raum zu füllen und ein gutes Duzend Tanzwütiger bewegte sich im bunten Geflacker der Scheinwerfer zu einer musikalischen Melange aus mehreren Jahrzehnten. Aktuelle Elektro-Rhytmen wechselten mit Rocksongs der 70er und dem New Wave der 80er. Als um 22:45 Uhr die Anfangssequenz von Led Zeppelins „Whole Lotta Love“ die stetig anwachsende Menge zum Mitrocken animierte, beendete ein junger Mitarbeiter der Jugendherberge sehr selbstbewusst das Vergnügen - zum Bedauern aller Anwesenden. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass er dabei seine Kompetenzen weit überschritten hatte. Von Seiten der Jugendherbergsleitung ist eine Tanzveranstaltung im großen Raum mindestens bis 24.00 Uhr bzw. bis 1.00 Uhr morgens möglich. Das ist gut zu wissen für die nächsten Jahre. Diesmal konnten man eine gute Stunde lang die heilsame und verbindende Kraft von Musik und Bewegung erleben. Tanzen ist Kommunikation mit sich selbst und anderen, ist los lassen, frei werden. Tanzen ist Lebensfreude und erzeugt Kraft, Energie und Glücksgefühle. Und so wurde auch durch das recht kurz Tanzvergnügen auf der BPE-Jahrestagung 2009 manch ein/e Psychiatrie-Erfahrene/r dazu angeregt, zuhause öfter zum Tanzen auszugehen.

Mortalität und Neuroleptika Alternative Wege zur traditionellen Psychiatrie

Volkmar Aderhold Hamburg Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald

Gliederung des Vortrag
Mortalität und „Schizophrenie“
Mortalität und Neuroleptika
Reduktion und evtl. Absetzen

Recovery: Vermont Studie
4 Wochen warten:
-Soteria
-Bedürfnisangepasste Behandlung

Mortalität und „Schizophrenie“

Verkürzte Lebenserwartung

Lebenserwartung von Menschen mit Schizophrenie bzw. schweren psychischen Erkrankungen aktuell:
USA (2000): 25-32 Jahre früher
Finnland (2006): 22,5 Jahre früher
Der Unterschied in der Lebenserwartung zur Normalbevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich vergrößert.
Die Psychiatrie fängt erst an, sich damit auseinanderzusetzen.

Faktoren erhöhter Mortalität

Suizid: 4,8% Lebenszeit
vor allen nach der 1.+ 2. Episode
vor allem nach Absetzen der NL
Clozapin hat positive Effekte bei Suizidalität
Folge der Psychose selbst,
Stigmatisierung, depressiogene Effekte NL (Dosis), Absetzpsychosen,
mangelhafte therapeutische Beziehung: häufiger Wechsel
Psychedukation?, Trauma! Lebenssituation, Biographie
Ernährung
sozioökonomische Bedingungen
Bewegungsmangel
auch durch neuroleptikabedingte Negativ-Symptome und extrapyramidalmotorische Störungen
Rauchen
korreliert mit der Höhe der D2 Blockade durch NL
Unfälle
Substanzmißbrauch
Lungenerkrankungen
Lungenembolien und tödliches Asthma auch durch NL
Schlechtere medizinische Versorgung

Mortalität durch Neuroleptika
Plötzlicher Herztod
Metabolisches Syndrom
weitere somatische Erkrankungen:
Plötzlicher Herztod
bei ca. 4.5 % der Pat. durch NL über 30 Jahre
Bei Typika und Atypika gleich häufig
Dosisabhängigkeit
bestehende kardiovaskuläre Erkrankung
Risikoerhöhung um Faktor 95 bei schwerer kardiovaskulärer Erkrankung
Polypharmazie: auch Antidepressiva, Lithium, Antibiotika
Substanzabhängigkeit (bes. Melleril)
individuelle Disposition

Was tun?
Regelmäßig EKG
bei Medikamenten-Wechsel: 3 x monatlich
bei Herzerkrankungen: evtl. öfter
immer alle 6 Monate
Geringst mögliche Dosis
Möglichst keine Polypharmazie

Metabolisches Syndrom
Metabolisches Syndrom (MS)
Metabolisches Syndrom - Definition
-HDL-Erniedrigung
-Hypertonus
-Triglyceriderhöhung
-abdominelle Gewichtszunahme
-erhöhter Nüchtern-Blutzucker
-Diabetes

47% der 689 Patienten in der CATIE- Studie hatten ein metabolisches Syndrom (MS).
Ein MS in der Allgemeinbevölkerung findet sich bei ca. 20% in D. (24% in USA)
Beitrag der Neuroleptika/Atypika zum MS ist nicht sicher einschätzbar, aber vorhanden.

Und welchen Anteil haben daran die Neuroleptika ?
Metabolisches Syndrom durch Neuroleptika
große Abhängigkeit von der Substanz des NL
geringe Dosisabhängigkeit
individuelle Disposition
Polypharmazie

Folgen des Metabolischen Syndroms
kardiovaskuläre Erkrankungen
Verdopplung des 10-Jahres Risikos
Bei Alter 25 – 44: 6.6-fach erhöhtes Risiko
andere Gefäßerkrankungen
Diabetes
Altersdemenzen
vermehrte Rhythmusstörungen unter NL

Was tun?
Möglichst Übergewicht vermeiden
Hüftumfang

Medikamentenwechsel?
Gewichtsreduktion
Diät und Bewegung
Kontrolle Nüchternblutfette:
3 x monatlich – dann jährlich
Erniedrigung des LDL-Cholesterins auf 130 mg/dL
Lipidsenker

Diabetes durch Neuroleptika
Substanz
Individuelle
Disposition
Dosishöhe
Polypharmazie
Diabetes auch durch Antidepressiva

Was tun?
Regelmäßige Blutzuckerkontrollen
anfangs 3 x monatlich – dann halbjährlich
in 25% Diabetes auch ohne Übergewicht
Diabetes am Anfang oft reversibel – Med-Wechsel
Auch schon bei erhöhten Glucosewerten ohne Diabetes mehr kardiovaskuläre Erkrankungen und Herzinfarkte.
Gewichtsreduktion
Erniedrigung des LDL-Cholesterins auf 100 mg/dL
Diabetesbehandlung

Polypharmazie
Zusammenhang mit erhöhter Mortalität
in 2 von 4 Studien
in den qualitativ besseren Studien (Weinmann et al 2009 Schizo Res)

Selektive Neuroleptikabehandlung
„Schizophrenie":
○ Pat die keine NL benötigen: 40% -evtl. 60%
○ Pat die insgesamt von NL profitieren: 40% - 50%
○ Pat die NL nur kurzfristig benötigen: 10% - 30%
○ Pat die nicht/kaum ansprechen auf NL: 10 % - 15%

Andere Psychosen:
○ Schizoaffektive Psychosen: bis zu 75% ohne NL
○ kurze Psychosen: 90 % ohne NL

Was tun?
Regelmäßige Kontrolluntersuchungen und darauf reagieren
Minimale Dosis Langsam reduzieren, soweit wie möglich
mehrere Versuche sind sinnvoll
Evtl. Absetzversuche, wenn Reduktion zuvor gelang.
Reduzieren und evtl. Absetzversuch
Neuroleptika nie abrupt absetzen, sondern über Monate (evtl. auch länger) langsam reduzieren.
Dosis alle 4-6 Wochen um 10% reduzieren.
Stabilisierung auf jeder Stufe
Absetzen nur, wenn zuvor die Reduktion gelang.
gute Vorbereitung (z.B. Krisenplan)
gute therapeutische Begleitung
begleitende Psychotherapie
mehrere Versuche sind sinnvoll

Absetzen bei seltenen Rezidiven
Lerner et al 1995

N=220
ohne Neuroleptika:
Patienten mit 2 und weniger Episoden in den zurückliegenden 4 Jahren unter NL können gleich gut ohne NL behandelt werden.
mit Neuroleptika:
Je geringer die prophylaktische Dosis, desto geringer die Rückfallrate.

„Kein einziger der 208 Probanden hatte außerhalb der Klinik irgendeine Dauermedikation. Alle Probanden, die langdauernd geheilt blieben, blieben es ohne Dauermedikation. Während der zusammengezählten 3600 Jahre, die die Probanden in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten nach ihrer Erkrankung außerhalb von Spitälern verbrachten, waren sie meist ohne jede Medikation, nur einzelne hatten vorübergehend Medikamente. In den letzten Jahren ist hin und wieder die Vermutung geäußert worden, Dauermedikation sei nach Klinikentlassung bei jedem Schizophrenen zur Prophylaxe von Rückfällen angezeigt. Die Erfahrungen an den Probanden geben solchen Vermutungen nicht recht."

Manfred Bleuler:
Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.
Stuttgart 1972

Und was noch?
Alternativ oder „Paradigmenwechsel"?
Rückkehr der Psychotherapie in die Behandlung von Menschen mit Psychosen

Übersetzung:
„Antipsychotische Medikamente sind nicht ausreichend zur Behandlung längerfristiger psychotischer Erkrankungen. Ein umfassendes Vorgehen, das Medikation mit Arbeit mit den Familien, Rehabilitation und Recovery kombiniert, ist immer erforderlich.

NICE Guidelines Schizophrenie 2009
Für jeden Patient obligat:
10 Sitzungen Familientherapie mindestens
16 Sitzungen CBT mindestens
Möglicherweise Kunsttherapie
Keine „Adherence"-Therapie

Therapeutische Begleitung bei Absetzwunsch nach Information über Rückfallrisiko
Langsame Aufdosierung vom unteren Drittel
Keine Kombinationsbehandlung bis auf kurze Phasen

Leitlinien zu Schizophrenie
Nehmen Sie Einfluss auf die Leitlinienentwicklung für „Schizophrenie" in der DPPPN !
NICE Leitlinien haben den höchsten Qualitätsstandard.
NICE 2009 Leitlinien für Schizophrenie wurden übernommen von Australien, Neuseeland, Spanien, ...
AGREE ist eine Bewertungsmethode nach definierten Kriterien, die von einer internationalen Gruppe von Experten für Leitlinien vereinbart wurde. (AGREE Collaboration 2003)

Die Erfindung von RECOVERY
„Vermont Rehabilitation Study",

○ 1955-1965 Irons - Brooks - Harding
○ Patienten:
die „Chronischsten" jemals untersuchten Patienten
16 Jahre Krankheitsdauer

Vermont Rehabilitation Study
1955-1965 (Irons Brooks Harding)

„Collaboration" (auf der Seite der Klienten stehen)
Persönliche Ziel
Erwartung von „Recovery"
Alltagsnähe - Alltagsaktivitäten
Integration in Arbeit
Kontakte zu Peers
Kontakt mit Herkunftsfamilien
Training Sozialer Kompetenz und Problemlösung
Gruppentherapie

Vermont Rehabilitation Study
269 Patienten:
die „Chronischsten" jemals untersuchten Patienten -16 Jahre Krankheitsdauer - 6 Jahre kontinuierlich hospitalisiert

Ergebnisse Verlaufsstudie nach 15-20 Jahren
68% keine oder geringe Symptome
64% keine oder eine Hospitalisierungen bis 20 Jahre nach Studienende
81% Selbstversorger
40% in bezahlter Arbeit
46 % vollständig außerhalb der Psychiatrie
68 % enge oder nähere Freundschaften

Medikation im Verlauf (1955-1965)
20% keine Neuroleptika verordnet
30% keine Neuroleptika genommen
25% zeitweise Neuroleptika eingesetzt
25% kontinuierlich NL
oft geringe Dosierungen

Symbolische Funktion: „religious use“

Wirksame Faktoren
aus der Sicht der Betroffenen

Jemand, der an mich glaubt.
Jemand der mir gesagt hat, dass auch ich noch eine Chance habe.
Meine eigene Ausdauer, Hartnäckigkeit
Entstehung vom Hoffnung, die sich mit Selbstheilungskräften verbindet.

„Hoffnung kann nur entstehen, wenn Du erkennst, dass es echte Alternativen gibt und dass Du echte Wahlmöglichkeiten hast.“
Jerome Groopman, MD (2004)

4 Wochen warten ...
Akutbehandlung ohne Neuroleptika
Eine Untergruppe von ca. 40 % der ersterkrankten akut schizophrenen Patienten kann dauerhaft gleich gut oder besser ohne Neuroleptika behandelt werden kann.

Therapeutisches Vorgehen
Bei Erstbehandlung einer psychotischen Episode, aber vermutlich auch bei späteren Episoden ...
initial 3 - 4 Wochen Behandlung ohne NL
Geeignete Kontexte:
○ Soteria
○ Bedürfnisangepasste Behandlung
○ Akutstation mit gutem Milieu ?
○ Psychosebegleitung in Selbsthilfe ?

Soteria Behandlungsetting
intensive Milieutherapie
„homelike“ – wie zu Hause
6-7 „Bewohner“
1. (und 2.) Episode mit der Diagnose „Schizophrenie“
Verzicht auf Label „Schizophrenie“
24 - 48 h Schichten
zusätzlich Freiwillige: Mix 1:1 zu „aktiven Zeiten“
Arztfunktion stundenweise

individuell qualifizierte Mitarbeiter -„Non-professionals“ –
Erwartung von Gesundung !!
Psychosebegleitung als Dabeisein („being with“)
weiches Zimmer (längst nicht für jeden)
geringe Hierarchie
Integration in soziales Umfeld

Nur 3 einfache Regeln
Keine Gewalt
Keine illegalen Drogen Keine Sexualität mit Mitarbeitern

Essentielle Wirkfaktoren
nach Mosher u. Ciompi
Psychosebegleitung/Dabeisein
optimales haltendes angstlösendes Milieu
ohne institutionelle Zwänge
Besondere Kompetenz der Mitarbeiter
Besonderer Dienstplan
Personelle und konzeptuelle Kontinuität

Weitere Wirkfaktoren
nach Mosher
Finden von etwas Bedeutungsvollem im Leben
Patient ist der Experte, er macht seinen eigenen Behandlungsplan
Zusammenarbeit mit dem Patienten, auch wenn er Medikation ablehnt
Das soziale Netzwerk der Ehemaligen u.a.

Grundsätze
Do no harm.
Behandle jeden mit Respekt und erwarte, so behandelt zu werden.
Sicherstellung von Unterkunft, Unterstützung, Schutz, Ruhe, Essen
Recovery und auch Wachstum durch die Psychose erwarten – Selbstheilungskräfte
Wertschätzung der subjektiven Erfahrung
Positive Erklärungen und Optimismus
Gemeinsame Suche nach Bedeutung und Sinn der Psychose in der Biographie
Plausible Erklärungen mit Betonung von Biographie, kritischen Lebensereignissen, Triggerfaktoren
Erfahrungen des Gelingens befördern
Kollaboration mit den Bewohnern
Der Betroffene ist der Experte seines eigenen Behandlungsplans

Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell (NAT)
Yrjö Alanen, Klaus Lehtinen, Yukka Aaltonen, Tom Andersen, Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare

Strukturelemente NAT
Psychoseteams oder fallspezifische Teams
Flexibilität von Ort und Zeit (hometreatment)
Familien-/Netzwerkstreffen = Therapieversammlung
von Anfang an und so oft wie nötig – anfangs oft täglich
Beziehungskontinuität bis 5 J (in Passung)
Krisenintervention bei Bedarf Individualtherapie bei Bedarf (50%)
Krisenwohnung (Parachute Projekt)
Nachuntersuchung nach 5 Jahren

Was wirkt?
Kooperation mit Familie und soz. Netzwerk sofort
Aufrechterhaltung natürlicher sozialer Kontexte
Nutzung natürlicher Ressourcen: Familie + Netzwerke
Arbeit im Lebensfeld und natürliche Lösungen dort
Respekt - Gleichwertigkeit – Prozessorientierung
Dialog – „Kollaboration“ - Transparenz
Verstehen der Psychose in Offenheit
Phänomenologisches Psychoseverständnis
Beziehungskontinuität
Neuroleptika selektiv und möglichst wenig

Essenz
Psychiatrische Versorgung ist oft an der Chronifizierung von Patienten beteiligt.
Strukturelle Veränderungen ohne ausgeprägte Psychotherapeutische Kompetenz verbessern nicht den symptomatischen und psychosozialen Outcome.
Erst die optimale Behandlung von kürzer Erkrankten mit psychotherapeutischer Kompetenz kann diese Problematik entscheidend verbessern.
Kerninterventionen Arbeit mit Familien und sozialen Netzwerke in der unmittelbaren Lebenswelt eigene Ziele, Stärken und Ressourcen.
Mindestens eine dauerhafte tragfähige therapeutische Beziehung, die hoffnungsvoll begleitet. Einzeltherapie bei individueller Indikation
Beziehungskontinuität möglichst über 5 Jahre

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

AG 1: Alle inklusive, ist Barrierefreiheit für Menschen mit Psychiatrieerfahrung möglich?
Moderation: Dagmar Barteld-Paczkowski

Bericht aus dem Workshop:
In dem Workshop trafen sich 14 Menschen, die zu diesem Thema aus unterschiedlichen Bereichen berichteten.

Wir stellten fest, dass Barrierefreiheit im eigenen Kopf beginnt.
Die Eintrittskarte für das System Hilfe ist immer eine Diagnose. Ohne Diagnose gibt es leider keinen Zugang zu Hilfen.
Fehlendes Hinterfragen der individuellen Gründe für die Krise und Begriffe und „Feststellungen“
wie Hirnstoffwechselstörung und Realitätsverlust,
geforderte Krankheitseinsicht
statt
Ansicht und Betrachtung Entstehung der Krisen und auch der Krankheit , seitens der Helfer.
Statt Hirnstoffwechselstörung ist es eher eine soziale Stoffwechselstörung, die eine veränderte Haltung des sozialen Umfelds im Lebensfelds und in der

Arbeitswelt.
Doch darum geht es im „Reparaturbetrieb Klinik – weg mit den Symptomen", nicht. Vergleichbar mit einer Autowerkstatt: Ein KFZ-Meister spricht ja auch nicht mit dem Auto, das er repariert weil er darin keinen Sinn sieht, sondern er weiß ja was kaputt ist .Wir sind allerdings Menschen und keine Autos. Wir haben Worte, können denken und haben Empfindungen, die berücksichtigt werden müss(t)en.
Fehlende Informationen über das „System Hilfe" und die Zugangsvoraussetzungen erschweren die Bereitschaft und die Möglichkeit sich in das System zu begeben.
Es fehlen Alternativen zum Reparaturbetrieb Klinik und zu den amtlichenLeistungserbringern.
Wichtig für die echte Inklusion lt. UN-Behindertenrechtskonvention wären Strukturanpassung an die Lebenssysteme der leistungsberechtigten Menschen.
Z. B.: Veränderte Arbeitszeiten, längere Pausen, mehr Urlaub
z.B. 6 Std. = 8 Std. täglicher Arbeitszeit
Hilfe für alle, nicht nur für die nach bestimmten Kriterien ausgewählten Menschen.
Voraussetzung ist auch eine anderen Darstellung in Medien. Psychiatrie-Erfahrene Menschen sollen nicht als Monster dar gestellt werden, sondern als Menschen in Krisen, die jeder haben kann!
Die juristischen Fakten müssen sich für und zu Gunsten der Psychiatrie-Erfahrenen ändern.
Eine Broschüre über die UN-Behindertenrachtskonvention kann bestellt oder herungtergeladen werden:

www.behindertenbeauftragte.de/alle-inklusive
UN-Behindertenrechtskonvention

Dagmar Barteld-Paczkowski

Festgestellte Barrieren:
Im Wohnbereich Art.19
Unabhängige Lebensführung
und Einbeziehung in die Gemeinschaft
Arbeit + Ausbildung
Art. 24 Bildung
Art. 26 Habilitation+ Reha
Art. 27 Arbeit und Beschäftigung
Finanzen/Umgang mit Geld, ausreichend Geld, Verfügung über Geld
Kinder/werden PE's oft vorenthalten
Krankenhaus Art. 10 Recht auf Leben
Freiheit, Schutz, Sicherheit Art. 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht
Art. 14 Freiheit + Sicherheit der Person
Art. 15 Freiheit von Folter oder grausamer unmenschlicher Behandlung oder Strafe
Art. 16 Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch
Gesundheit Art. 25 Gesundheit
Zugänge zur Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben Art. 29
Teilhabe am kulturellen Leben, sowie an Erholung, Freizeit und Sport Art. 30
Selbstbestimmtes Leben
Art. 19 Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft
Art. 20 Pers.Mobilität
Art. 22 Privatsphäre
Art. 23 Wohnung + Familie
Art. 28 Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz
Barrierefreiheit ist abgesichert im GG Art. 3.3
Barrierefreiheit beginnt im (eigenen) Kopf.

SGB IX §4 Leistungen zur Teilhabe
Unabhängig von der Ursache der Behinderung
Um die Behinderung abzuwenden, zu mindern, Verschlimmerung zu verhüten und Folgen zu mildern
Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden; sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu mindern:
Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend der Neigungen + Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft möglichst selbständig und selbst bestimmt zu ermöglichen oder zu erleichtern.

SGB IX § 58 Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
SGB IX § 55 Abs. 2.7
Umfasst die Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nicht behinderten Menschen
Hilfen zum Bewsuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen die der Unterhaltung oder kulturellen Zwängen dienen.
Die Bereitstellung von Hilfsmittel, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen der Art oder der Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe

AG 2: Freunde, Bekannte, Verwandte - Aufbau, Erhalt und Umbau der sozialen Beziehungen
Moderation: Matthias Seibt

Report zur AG 2 von Matthias Latteyer

Von der Arbeitsgruppe zur Jahrestagung des BPE e.V. in Kassel die vom 9. - 11. Oktober 2009 stattfand, möchte ich kurz berichten.
Das Thema lautete:
Freunde, Bekannte, Verwandte - Aufbau, Erhalt und Umbau der sozialen Beziehungen
Moderation: Matthias Seibt

Das eigene Leben
Zunächst hatten wir ein Vorgespräch mit einem Rückblick unseres eigenen Lebens.
Wie war es in meinem Leben?
Welche Menschen haben mir gut getan, welche nicht?
Wir steht es mit eigene Interessen und die meiner Mitmenschen ?
Wo finde ich Gemeinsamkeiten? Welche Hobbys und Neigungen habe ich?
Es ist gut die eigenen Interessen abzuklären. Dann fällt es leichter angst frei auf Menschen zu zugehen. Und: sei so wie Du bist! Verstelle Dich nicht um zu gefallen. Völlig normal sind Veränderungen persönlicher Interessen, und damit einhergehend die Kontakte.
Neukontakte finden sich in Vereinen, Selbsthilfe- oder Interessengruppen als auch im persönlichem Umfeld.
Sehr sinnvoll sind dabei die eigenen Hobbys und Neigungen mit denen ich meine Persönlichkeit stärke. Ich finde Gemeinsamkeiten mit meinen Gesprächspartner/in!
Finde ich Vertrauen?
Wie weit trägt die Beziehung mich? Hilft die Beziehung in der Not? Ist die Beziehung belastbar?
Wenn die Mitmenschen meine Grenze testen – Kann ich mich wehren? Kannst ich mich abgrenzen?
Die Wurzeln von Beziehungsmustern entstehen schon in der frühen Kindheit, durch den Einfluss der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten.
Was passiert wenn ich nur gebe? Selbstaufgabe! Meine Persönlichkeit kann sich nicht entfalten.

Was passiert wenn ich nur nehme? Bedeutet: ich bin hilflos und kommst ohne fremde Hilfe nicht aus! Infolge dessen gehen sehr viele Menschen auf Distanz.

Bekanntschaften
Ich halte besser Abstand wenn ich merke, das die Bekanntschaft mir nicht gut tut. Umgekehrt entsteht Freundschaft durch Anziehung und Gemeinsamkeiten.

Freundschaften
WAS ZEICHNET EINE GUTE FREUNDSCHAFT AUS?
SIE IST BELASTBAR UND IN DER LAGE KONFLIKTE AUSZUTRAGEN?
AUCH HIER GILT: GEMEINSAMKEITEN TRAGEN DIE FREUNDSCHAFT. DAS NÖTIGE EINFÜHLUNGSVERMÖGEN ENTWICKELN, DAMIT DIE FREUNDSCHAFT NICHT VERLETZT WIRD.

VERWANDTE
KÖNNEN MICH IN SOZIALEN BEZIEHUNGEN STÄRKEN UND UNTERSTÜTZEN, ABER AUCH EINSCHRÄNKEN.
ZWISCHEN ANGEHÖRIGEN DER FAMILIE UND BETROFFENEN KANN ES ZU KONFLIKTEN KOMMEN. DAHER WÄHLE ICH MEINE KONTAKTE GUT AUS.
DIE FAMILIE BEDEUTET ZUSAMMEN HALT, BEI KONFLIKTEN WERDE ICH VON MEINER FAMILIE UNTERSTÜTZT.
DIE EIGENEN ELTERN SIND DIE WICHTIGSTEN MENSCHEN IN DER ENTWICKLUNG EINES KINDES.

AUFBAU ERHALT UND UMBAU DER SOZIALEN BEZIEHUNGEN
LIEBESBEZIEHUNG - EHEPARTNER
BESONDERS IN DER LIEBESBEZIEHUNG IST DIE RÜCKSICHTNAHME UND WERTSCHÄTZE MEINES PARTNERS VON BEDEUTUNG, WENN ER VERDIENER IST. ICH BEFINDE MICH DANN IN EINER ABHÄNGIGKEIT. DIE BINDUNG WÄCHST DURCH DIE HÜRDEN, DIE WIR IM LEBEN DURCHLAUFEN. DIE PERSÖNLICHE INDIVIDUALITÄT DES PARTNERS ZULASSEN, WENN SIE NIEMANDEN VERLETZT.
DER AUFBAU EINER FAMILIE BEDEUTET DIE BEREITSCHAFT, EINE GROßE SOZIALE VERANTWORTUNG ZU ÜBERNEHMEN.
BEI DEM WUNSCH NACH SCHWANGERSCHAFT DER FRAU, IST DER MANN RECHTZEITIG AUF EINE GESUNDE LEBENSFÜHRUNG HIN ZUFÜHREN. EIN RISIKO BESTEHT BEI PERSONEN DIE PSYCHOPHARMAKA EINNEHMEN: HIER KÖNNEN DIE SPERMIEN DES MANNES BEREITS IM FRÜHEM STADIUM BEEINTRÄCHTIGT WERDEN (SCHÄDIGUNG DER DNA).
Ebenso haben Genussmittel wie Zigaretten, Kaffee, Alkohol oder Drogen eine überproportional negative Wirkung auf die Fruchtbarkeit der Frau. Es ist Bekannt, das die Beweglichkeit der Spermien enorm sinkt und die Zahl der toten Spermien deutlich zunimmt, wenn zu viele Genussmittel konsumiert werden.
Neben der gesunden Lebensführung habe ich bei einem Kinderwunsch kritisch zu prüfen, ob ich dem Nachwuchs gewachsen bin.

Umbau der sozialen Beziehungen
Sind die Kontakte an meinem Wohnort nicht so gut, kann ich durch einen Umzug etwa in eine andere Stadt, einen neuen Anfang wagen. Ich habe es dann leichter neue Bekannte zu finden und neue Verhaltensmuster zu trainieren.

Zusammengefasst, kann eine Veränderung erfolgen durch

- persönliche Veränderung
- neue Hobbys
- andere Beschäftigung
- neue Vereine/Mitgliedschaft / Interessengruppen
- gute Kontakte

Nimm Dir den Raum, das Du dich entfalten kannst.
Schaue auf Deinen Körper und spüre Dich.
Mein Rezept zum Erreichen eines zentrierten Zustandes lautet:

AG 3: Thema: Mein psychiatrischer Werdegang und meine Reintegration in die normale Gesellschaft.
Moderation: Martina Heland-Graef

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde aller Teilnehmer stellte ich meinen Werdegang mithilfe von Folien dar. Im Anschluss daran versuchten wir zusammen festzuhalten was nicht nur für mich sondern für alle Teilnehmer wichtig ist um in ein normales Leben zurückzukehren.
Am besten ist es wenn man in sich hineinhört und für sich feststellt was einem gut tut. Im so genannten normalen Leben in der Gesellschaft braucht man Kraft, die holt man sich am besten in einer intakten Familie oder in familienähnliche Strukturen, z.B. eigene Familie oder Wohngruppe usw.
Es ist auch wichtig seine eigenen Bedürfnis zu erkennen und zu pflegen, also auf sich hören und möglichst auch danach handeln. Es ist auch wichtig seine Bedürfnisse den anderen gegenüber zu formulieren und sie auch durch zu setzten, zugegeben das ist nicht immer leicht.
Was mir und den meisten anderen Teilnehmern auch am Herzen lag, ist eine sinnvolle Tätigkeit zu suchen die einen ausfüllt und in der man Bestätigung erfährt. Das kann der Beruf sein oder ein Hobby oder ein Ehrenamt. Zum Schluss stellten wir fest das man sich als Mensch mit seinen Bedürfnissen wichtig nehmen muss und auf sich acht geben soll andere tun es für uns meist in die falsche Richtung oder nehmen uns in unseren Bedürfnissen gar nicht so ernst. Da ich das ganze als einen Prozess sehe der sich ständig verändert, weil sich Lebensumstände eben ändern, sollte man in sich flexibel bleiben und sich immer mal wieder überprüfen wo stehe ich denn, muss ich was ändern um weiter integriert zu bleiben. Ziel ist es Sinn und Bedeutung im Leben zu gewinnen.

AG 4: Unser Thema : Unsere Wirkungsmöglichkeiten als Psychiatrie-Erfahrene Profis in unserem Umfeld und in der Gesellschaft.
Moderatoren: Christine Pürschel, Jurand Daszkowski

Mit Freude stellten wir fest, dass wir eine große Runde interessierter Teilnehmer geworden sind. Ich gab zum Anfang einige Gedanken zum Verlauf und dem angestrebten Inhalt unserer AG in die Runde, um das Interesse auf die Schwerpunkte zu führen.
Bestimmte Vorstellungen, wie etwas zu sein hat, sein möchte, tragen wir mitunter ein Leben lang mit uns herum, immer danach strebend, dass sich diese Vorstellung erfüllt. Bedarf es einer Krise, od. Ereignisses von außen, dass wir unsere Vorstellungen modifizieren? In der ersten Zusammenkunft (2008) haben wir viele uns bewegende Themen zusammengetragen, die uns wichtig sind und uns interessant erschienen. Einige sind als Wunsch, oder Aufforderung an die Gesellschaft gerichtet gewesen. Wie können wir uns aber einbringen, die UN-Konvention voran zu bringen? In der Vorstellungsrunde haben wir uns unsere Stärken und Vorzüge, z.B. aufmerksam zuhören und geduldig unseren Standpunkt erklären, überzeugen durch korrekte Arbeit, Grenzen des Anderen akzeptieren, bewusst gemacht, da wir sie für die Einflussnahme benötigen. Den zweiten Akzent

setzte ich darauf, dass die Psychiatriebetroffenen, insbesondere im sozialen und medizinischen Bereich der Psychiatrie des Gesundheitswesens, einbezogen sein müssen, sie könnten den für Veränderungen offenen Profis vermitteln, wie sie von den zu Behandelnden gesehen werden. Die Ansätze dafür konnten wir uns durch Schilderungen aus der Praxis der Teilnehmer bewusst machen. Um bei den uns gegenüber offenen Profis verstanden zu werden, müssen wir genauer und detaillierter schildern, wie sie bei den Betroffenen ankommen.

Im 2. Teil hob Jurand Daszkowski in einem kurzen Impulsreferat uns betreffende Stellen aus der UN-Konvention hervor. Er machte auf Gremien, wie z.B. Besuchskommissionen, Beschwerdestellen und Stärkung der SH-Gruppen aufmerksam. Wie wir aber Neues aus der UN-Konvention, unsere Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse am Besten in der Öffentlichkeit oder in unserem Umfeld anbringen, dazu äußerte sich jeder Teilnehmer mit Hilfe von Moderations-Cards, die an ein Flipchart angebracht wurden, zum Nutzen aller Teilnehmer.

AG 5: Selbsthilfe als Alternative zu psychiatrischen Subkulturen
Moderation: Ruth Fricke

In der AG 5 hatten wir am Vormittag 13 am nachmittag 15 TeilnehmerInnen, die aus allen Regionen Deutschlands kamen und unterschiedlichste Erfahrungen mit dem stationären und gemeindpsychiatrischen System gemacht hatten. Die Zusammensetzung war trialogisch. Wenn auch die Mehrheit Psychiatrie-Erfahrene waren, so nahmen doch auch ein Profi, eine Bürgerhelferin und eine Angehörige teil und brachten Ihre Erfahrungen und Änderungswünsche mit ein. Nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen hatte Erfahrung mit Selbsthilfegruppen, einige hatten Erfahrung mit Interessenvertretung vor Ort, einige auch mit Psychoseseminaren.

Mit der stationären Psychiatrie hatten fast alle keine guten Erfahrungen gemacht. Die Arbeit der Tagesstätten stellte sich dagegen regional recht unterschiedlich dar. So wurde z.B. von eine Tagesstätte in Schwerin berichtet, die im Prinzip so arbeitet wie Profis arbeiten sollten, nämlich so, dass sie sich bezogen auf dem Einzelfall selbst überflüssig machen und die Betroffenen am Ende Ihr Leben wieder völlig selbst in die Hand nehmen können, ohne auf Unterstützung angewiesen zu sein. In der anderen Regionen war es schon so, dass in den Heimen, Tagesstätten und auch im betreuten Wohnen so gearbeitet wird, dass der Hilfebedarf ständig steigt und die Betroffenen kaum noch wieder aus dem Hilfesystem lösen können.

Die Teilnehmer, die im Bereich Interessenvertretung aktiv waren, hatten alle die Erfahrung gemacht, dass neben der Verbesserungen, die sie im Hilfesystem erreichen konnten, der gesundheitsstabilisierende Faktor einer solchen Tätigkeit nicht zu unterschätzen ist. Denn erfolgreiche Interessenvertretung stärkt das Selbstbewußtsein und damit auch die seelische Gesundheit.

Zu der Frage, welchen Beitrag Selbsthilfe leisten kann, damit sich Betroffenen nicht in den psychiatrischen Subkulturen so verfangen, dass dort nicht wieder herauskommen, kamen wir zu folgenden Ergebnissen:

Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ist das beste Vorbeugungskonzept für erneute Krisen. Im Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen lernt man seine höchst individuellen Frühwarnzeichen aber auch Stressoren aufzuspüren. Man findet Menschen, mit denen man gemeinsam sein persönliches Krisennetz aufbauen kann, aber auch Menschen, mit denen man gemeinsam am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinde teilnehmen kann. Man geht gemeinsam Essen, eine Ausstellung besuchen oder macht zusammen Ausflüge. Im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget eröffnen sich noch ganz neue Möglichkeiten für die Arbeit der örtlichen Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppe könnte z.B. Koch- Mal-, oder Computergruppen anbieten, die Betroffenen anstelle einer Tagesstätte besuchen könnten. Kaufmännisch vorgebildete Betroffene könnten als Budgetassistenten für Betroffenen mit größerem Hilfebedarf tätig werden. Hiervon würden beide Seiten profitieren, die Gruppenleiter oder Budgetassistenten könnten ein kleines Zubrot hinzu verdienen, die Nutzer könnten sich aus Ihrem Budget mehr leisten und sähen gleichzeitig, dass auch sie mit der Zeit wieder vom Hilfesuchenden zum Helfer werden können.

AG 6: Das persönliche Budget ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben
Moderation: Ulrich Lück

Lag leider bei Redaktionsschluss nicht vor.

AG 7: Das Mehrgenerationenhaus als Integration pur
Moderation: Heidi Höhn

Heidi Höhn verlas ein Referat über die Geschichte ihrer Treffpunkt-Idee. Sie hatte Fotos und Presseartikel mitgebracht. Die Selbsthilfegruppe ist vor 20 Jahren in der Nähe von Wiesbaden
im ländlichen Bereich mit Unterstützung eines sozial engagierten Pfarrers in einer ev. Kirchengemeinde unkonventionell entstanden. Die Menschen mit psychiatrischer Krisenerfahrung waren dort in einem lebendigen Gemeindetreffpunkt 10 Jahre voll integriert. Nach einem Pfarrerwechsel wurde diese Selbsthilfearbeit rigoros beendet. Die Selbsthilfegruppe gründete den Verein Forum Schmiede e.V. und fand nach vielen abenteuerlichen Anläufen ein Domizil im denkmalgeschützten Lehenshof zu Hahn. Das Ziel der SHG ist ein niedrigschwelliger Treffpunkt im Stadtteil, fuß-läufig zu erreichen, der täglich geöffnet ist. Dort soll man Kontakt, Beratung und Hilfe finden.

Das Vorbild für dieses Projekt ist die Offene Herberge in Stuttgart. Martin Urban, der nachmittags an der AG 7 teilnahm, hat sich das Projekt in Taunusstein angeschaut und macht der Gruppe Mut, die Idee noch nicht aufzugeben.

Die kulturellen Veranstaltungen und Märkte, die von der Selbsthilfegruppe seit dem Jahr 2000 in der mächtigen Scheune mit im Original erhaltenem Eichengebälk aus dem 18. Jahrhundert veranstaltet werden, waren von Anfang an sehr gut besucht. Die Gruppe harmonisierte mit dem Eigentümer, und alle waren voller Hoffnung, so dass 2007 ein Antrag zur Förderung eines Mehrgenerationen-Treffpunkts im Lehenshof gestellt wurde. Leider sind die Stadtväter und auch die Verantwortlichen im Rheingau-Taunus-Kreis an diesem interessanten Projekt zu keinem Zeitpunkt sonderlich interessiert gewesen. So bekam das Projekt diese Förderung nicht.

Auch die Sektorklinik und die niedergelassenen Ärzte zeigen bisher wenig Interesse an der

Initiative, da das Diakonische Werk im RTK den Versorgungsauftrag für psychisch Kranke hat..

Im Sommer 2008 verstarb der Eigentümer des Lehenshofes. Niemand weiß, wie es nun weiter geht. Versuche, in den Treffpunkt in der ev. Kirchengemeinde zurückzugehen, scheiterten bisher. So befindet sich die Gruppe mit der nunmehr 20-jährigen Selbsthilfearbeit noch immer in einem rechtlich nicht geregelten Raum.

Bei den selbst gewählten Aktivitäten, die nun nicht mehr so oft im Lehenshof stattfinden können, finden die Gruppenmitglieder größtmögliche Normalität, wie sie z.B. Dr. Aderhold fordert. Man versucht, sich gegenseitig mit einfachen Mitteln zu helfen, und zwar jederzeit – auch am Wochenende!

Die Gruppe macht eigenständig Ausflüge, veranstaltet Freizeiten, Seminare und Reisen bis ans Meer auf die Insel Texel.

DIE ZEIT IST REIF !

Es findet z. Zt. ein Paradigmenwechsel statt: weg vom Fürsorge-, hin zum Teilhabegedanken. Der erste Schritt dazu kann dabei ein fußläufig zu erreichendes Café mit Beratung sein.

Die Familienministerin Ursula von der Leyen förderte Mehrgenerationen-Treffpunkte.

- Die Niederländer bauen ihre Wiedereingliederungskonzepte auf Cafés mit Beratung auf.
- Nachbarschaftshilfe-Vereine richten Treffpunkte ein.
- Wie eine Tagungsteilnehmerin berichtet, gibt es in Andernach bereits einen Mehrgenerationentreffpunkt, in dem auch Menschen mit psychiatrischer Krisenerfahrung willkommen sind.
- Ein Heimleiter für geistig und körperlich behinderte Kinder im RTK schult seine Mitarbei-ter, dass sie fortan mit den Kindern hinein ins Leben gehen. Das wird nicht einfach, macht aber einigen Mitarbeitern schon jetzt mehr Spaß als die Arbeit im Heim!

Wie Heidi Höhn ausführte, trägt sich ein derartiges Non-Profit-Unternehmen finanziell selbst, wenn die Miete für die Räumlichkeiten abgedeckt ist. Aus dem durch die Arbeit der Betroffenen eingehenden Geld (z.B. für Bewirtung) bekommen die Aktiven als geringfügige Aufwandsent-schädigung z.B. 5 € pro Vormittag, Nachmittag oder Abend. Für Aktivitäten kultureller Art und Ausflüge, die sich nicht selbst tragen, müssen Zuschüsse beantragt werden. Das Persönliche Budget oder eine EX-IN-Ausbildung können da zukünftig eine wichtige Rolle spielen. Was gut wäre, ist die Anbindung an eine professionelle Einrichtung.

EIN LANGER WEG
– WAS WURDE ERREICHT ?

Obgleich das Ziel - der tägliche Treffpunkt im seitlichen Stallgebäude des Lehenshofes - bisher nicht erreicht ist, sind die Menschen über viele Jahre in dieser Gruppe zusammengeblieben, Freundschaften sind entstanden. Die Selbsthilfegruppe hat neuerlich einen Platz im Psychiatrie-beirat des RTK und ist im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hessen vertreten.

Gerade im ländlichen Bereich sind die Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen noch weit verbreitet. Zeitweilig sind in der zurückliegenden Zeit Menschen in Krisen und Menschen mit auffälligen Besonderheiten bei den öffentlichen Veranstaltungen der Gruppe auch ein Problem gewesen. Es gab jedoch gerade in solchen Fällen die Möglichkeit, Einblick in den Verlauf einer Krise zu bekommen. Die geeigneten Mitbürger haben mehr Verständnis und Hilfsbereitschaft, als mancher glauben mag.

Veränderungen zum Positiven finden im Bereich der Psychiatrie ausschließlich von unten nach oben statt. Die Betroffenen haben es leichter, auf die Menschen zuzugehen, als umgekehrt, das zeigen die vielen positiven Begegnungen, wie sie die Gruppe in den vielen Jahren bei ihren unterschiedlichen Veranstaltungen kultureller Art hatte.

Forum Schmiede hat 10 Vereinsmitglieder (Betroffene und Angehörige), 20 Betroffene in der regelmäßigen Gruppenarbeit und insgesamt etwa 50 Aktive im Treffpunkt-Projekt. Bei den Märkten und Veranstaltungen im Lehenshof kommen 100 – 250 Besucher.

AG 8: Mein Weg raus aus den Mühlen der Psychiatrie
Moderation: Doris Steenken

Bevor man sich überlegt, wie man aus den Mühlen der Psychiatrie herauskommt, ist es wichtig, sich klar zu machen, wie man überhaupt darein gekommen ist.

Die Psychiatrie kann die Krisen der Betroffenen mit ihren Beschwerden und Symptomen nicht heilen.
Selbst die Psychiater reden einen ein, dass man unheilbar Krank ist und sein Leben lang Medikamente nehmen muss. Das stimmt. Denn die sogenannten Psychosen, wie es die Profis bezeichnen sind mit Psychopharmaka nicht heilbar. Psychopharmaka sind wie Schmerzmittel für die Seele, die nur die Symptome unterdrücken aber nicht die Ursache bekämpfen. Wenn ich ein Loch im Zahn habe, kann ich mein Leben lang Schmerzmittel nehmen, wie in der Psychiatrie Psychopharmaka, oder ich lasse den Zahn blombieren bzw. rausziehen. Im psychiatrischen Bereich würde das dann bedeuten, die Ursache der Krise herauszufinden und daran zu arbeiten.
Viele machen immer wieder die Erfahrung, dass sehr selten die Ursache der Krise erforscht und behandelt wird, stattdessen werden sie mit Psychopharmaka abgefüllt.

Die Ursache dafür ist das wirtschaftliche Interesse, denn mit Psychopharmaka lässt sich sehr viel Geld verdienen. Außerdem ist es ja bequemer Medikamente zu verabreichen, anstatt sich mit den Problemen der Betroffenen auseinander zusetzen. Auch die Angehörigen nehmen den Betroffenen als „gesund“ wahr, weil der Betroffene nicht mehr auffällig bzw. „anstrengend“ für die Angehörigen ist. Obwohl dieses ja nur eine subjektive Wahrnehmung der Angehörigen ist. Für den Betroffenen ist es eine chemische Fixierung und die Lebensqualität wird dadurch erheblich eingeschränkt.

Dass das wirtschaftliche Interesse der Mediziner im Vordergrund steht, liegt wohl an unserem schlechten Gesundheitssystem. Denn wenn Ärzte eine vernünftige Finanzierung erhalten würden, hätten sie es nicht nötig, sich von der Pharmaindustrie schmieren zu lassen.
Für jede kleinste oder unangenehme Auffälligkeit, die von unserem Umfeld nicht toleriert und akzeptiert wird, wird eine Diagnose verpasst. Diese Diagnosen sind nicht beweisbar, wie z.B. einen Knochenbruch, der sich auf ein Röntgenbild erkennen lässt, sondern diese psychiatrischen Diagnosen berufen sich einzig und alleine auf die subjektive Wahrnehmung der Psychiater.
Wenn man dann erstmal eine Diagnose hat, ist man oft abgestempelt und landet bei jeder kleinsten Auffälligkeit in die Psychiatrie. Wenn man dann die Medikamente nicht nehmen möchte, wird einem eine Krankheitsuneinsichtigkeit unterstellt. Damit ist Tür und Tor für eine Gesetzliche Betreuung eröffnet.
Die Nebenwirkungen der Medikamente werden von den Profis als Teil der Krankheit abgetan und und die Ärzte erhöhen dann die Dosis, die dann zu noch stärkeren Nebenwirkungen führen. Ein Teufelskreis beginnt. Die gesetzliche Betreuung kontrolliert, dass man die Medikamente fleißig nimmt. Wenn man als krankheitsuneinsichtig eingestuft ist, wird oft eine Depotspritze angesetzt. Das lässt sich schließlich von den Betreuern besser überwachen.

Verweigert der Betroffene die Depotspritze, dann wird er wieder in die Psychiatrie eingewiesen. Denn laut Betreuungsgesetz reicht schon eine Behandlungsbedürftigkeit aus. Man ist nicht selten der Willkür und Unterdrückung der Betreuer ausgesetzt. Auch da liegt wieder das Schicksal der Betroffenen in den Händen der Betreuer. Die Klinikaufenthalte sind oft so lang, dass man seinen Arbeitsplatz dadurch verlieren kann.

Die Nebenwirkungen der Medikamente mindern die Lebensqualität der Betroffenen oft so erheblich, dass ein selbstständiges Leben ihnen nicht mehr ermöglicht wird. Somit bleibt oft eine Abschiebung in ein Wohnheim und/oder in einer Werkstatt für Behinderte als Folge.
Schon ist man in den Fängen des psychiatrischen Systems. Die Zielsetzung eines Wohnheimes sollte eigentlich darin bestehen, den Bewohnern auf eine selbstständige Lebensführung und Alltagsbewältigung vorzubereiten. Aber in den Wohnheimen wird man in den meisten Fällen über eine unangemessene lange Zeit bzw. lebenslänglich verwahrt.

Mit der Tätigkeit in der WFBM ist man meistens unterfordert. Von den Sozialarbeitern der WFBM wird einen häufig eingeredet, dass man froh sein kann, dort beschäftigt sein zu dürfen. Und aus Frustration landet man erneut in die Klinik.

Welche Möglichkeiten hat man, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen?

Einige Teilnehmer/innen der AG berichteten, dass sie es durch Flucht aus der Klinik geschafft haben, und dann über viele Jahre dort nicht mehr als Patient zu landeten.
Andere berichteten, ihre Krisen durch den Glaube an Gott bewältigt zu haben.
Eine Teilnehmerin hat es durch die Unterstützung und Rückendeckung einer Sozialarbeiterin geschafft, dem System zu entfliehen.

Außerdem habe ich in der AG meiner Erfahrungen und Lösungsansätze vorgetragen, die mich persönlich von dem System befreit haben.

Um unerwünschte psychiatrische Behandlungen sowie Unterbringung in einer Psychiatrie vorzubeugen, hat man die Möglichkeit, eine Patientenverfügung abzuschließen. Diese ist seit den 1. September 2009 im Betreuungsgesetz verankert. Es ist wichtig, dass man sich ärztlich bescheinigen lässt, dass man zu dem Zeitpunkt, wo man die Patientenverfügung verfasst hat, im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war. Man hat auch die Möglichkeit, Bevollmächtigte in der Patientenverfügung zu benennen, die den Inhalt der Patientenverfügung durchzusetzen, wenn man selber dazu nicht mehr in der Lage ist.

Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe kann auch bewirken, Klinikaufenthalte zu vermeiden. Dort erfährt man gegenseitige Unterstützung und Hilfe von Gleichgesinnten.
Man hat die Möglichkeit im Rahmen eines Krisenplanes mit den Gruppenteilnehmern Frühsymptome zu erkennen und benennen. In vielen Fällen hilft es, über die Probleme, die zur Krise geführt haben, zu sprechen. Es kann in der Gruppe vereinbart werden, wie man sich verhält, wenn sich eine Krise bei einem Teilnehmer ankündigt. Genauso kann man vereinbaren, welche Verhaltensweisen eine Krise begünstigen würde. Falls man doch in einer Klinik eingewiesen wird, hat man das Recht, eine Person seines Vertrauens anzurufen. Wenn man diese Vertrauensperson schriftlich benennt, hat diese Person auch außerhalb der Besuchszeiten das Recht auf die Station zu kommen. Außerdem wird eine Vertrauensperson im Verfahren mit eingebunden und erhält dazu auch alle Durchschriften, die zum Verfahren gehören.

Angehörige reagieren oft mit Hilflosigkeit, Angst und Unverständnis auf die Befindlichkeiten der Betroffenen Daher scheuen sie den Umgang mit Betroffenen in der Krise und veranlassen für sie eine psychiatrische Versorgung. Man sollte sich daher von Personen trennen, die die psychiatrische Versorgung für den Betroffenen als einzige Hilfsmöglichkeit sehen.
Ein stabiles, tolerantes und soziales Umfeld trägt dazu bei, sich ankündigende Krisen abzufedern und idealerweise zu verhindern.

Um eine gesetzliche Betreuung vorzubeugen, hat man die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht abzuschließen. Hier werden Bevollmächtigte eingetragen, die sich für die Belange der Betroffenen einsetzen, wenn diese ihre Angelegenheiten selbst nicht mehr regeln können. Auch hier sollte man sich von einem Arzt bescheinigen lassen, dass man zu der Zeit, wo man die Vorsorgevollmacht verfasst hat, im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war/ist.

Falls man schon eine gesetzliche Betreuung hat, kann man beim Betreuungsgericht (ehemaliges Vormundschaftsgericht) einen Antrag auf Überprüfung der Notwendigkeit einer Betreuung stellen.
Man wird dann zu einer gerichtlichen Anhörung geladen wo dann der Richter darüber entscheidet, ob die Betreuung aufgehoben werden kann.
Wenn man damit keinen Erfolg hat, hat man das Recht, einen Betreuerwechsel zu beantragen. Wenn man den Betreuerwechsel damit begründet, dass das Vertrauen zu den jetzigen Betreuer gestört ist, und/ oder das der jetzige Betreuer eine psychische Belastung darstellt, hat man noch bessere Chancen auf einen schnellen Wechsel der Betreuung. Man sucht sich im Vorfeld eine Vertrauensperson, die dann nach Übernahme der Betreuung nach einigen Monaten bescheinigt, dass die Betreuung nicht mehr notwendig ist. Somit kann man dann die Aufhebung der Betreuung beantragen.

In allen Bereichen ist es sehr wichtig, dass man gutes Soziales Umfeld hat, welches einem in jeder Lebenslage den Rücken stärkt.
In der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrene Niedersachsen e.V. wollen wir Vertrauenspersonen ausbilden, um die Rechtskenntnisse der Personen zu verbessern. Denn je mehr Rechtskenntnisse man besitzt, desto geringer ist das Risiko einer erneuten Einweisung.

AG 9 Hilfekonzepte Psychiatrie-Erfahrner Eltern!
Moderation: Martin Pflaum

Eltern in der Krise - Hilfepapier des BPE

- Vorsorge treffen für Krisenzeiten
- Hilfe für Kinder organisieren: PEE (Psychiatrie-erfahrene Eltern) müssen selbst diejenigen sein, die dabei die aktive Rolle spielen
- Wie behandele ich den SPD? Wenn ich mir Schwächen eingestehen kann, werde ich besser wahrgenommen und kann Hilfsangebote nutzen: Familienhelfer
- Jugendämter einbinden, Krisenplan aufstellen,
- Die Rechte von PEE werden mehr respektiert, wenn sie selbst die Rechte ihrer eigenen Kinder achten bzw. artikulieren, dass ihnen diese genauso am Herzen liegen, wie in Familien ohne P-Erfahrung.

Kindermorde haben die Situation von PEE verschlechtert

Ergebnis einer Spontan AG 11

Pedition

An den Bundestag / an jedes MdB
Selbstbestimmte Existenzsicherung
– Schutz gegen Repressionen –
bei Grundsicherung, Sozialhilfe, Alg I+II, Rente, usw.

Mit Entsetzen stellen wir fest, dass eine immer größere Bevölkerungsgruppe in zunehmende + alamierende Not gerät durch Nötigung mit Vorenthalten der oben genannten Exixstenz – Gelder und – Mittel.

Hierbei sind Entmündigung und eine – wachsende – BetreuungsINDUSTRIE offenbar die Mittel der Wahl für deren Verfechter.

Wir kritisieren insbesondere, dass Erwerbsgeminderte und Altersrente mit Grundsicherung einen Zuverdienst nahezu ***unmöglich*** gemacht wird.
Ein solcher bescheidener Erwerb wird mit 30:70%-Regelung zu 70% eingerechnet + abgezogen ungefähr. Dabei ist die Finanzlage für jene schon durch allgemeinen Mangel gekennzeichnet und zusätzlich noch verschärft durch die Regelsatzkürzung/Lebenskostenkürzung seit 1.1.2005 um 15% verschärft!

Auch der Jugend & Menschen muss man eine Chance geben, ein EIGENSTÄNDIGES Leben aufzubauen – bevor sie hospitalisiert und institutionalisiert sind! – Dies zur Jugendintegration

In einer Vormundschaftsgesellschaft jedoch wird jegliche Eigenverantwortung im Keim erstickt.

Die bestehende Praxis führt zu ABSCHIEBUNG in **W**erkstätten **f**ür **B**ehinderte, die im hohen Maße bezuschusst werden müssen.
Die Kosten blaufen sich hier auf cy. 1.200,- bis 1.500,- €
pro Person im Monat; daraus ergeben sich ca. 18.000,- €/Jahr.
pro Person --> in 10 Jahren 180.000,- €
bei 10 Personen in 10 Jahren 1.800.000,- E
bei 100 Personen in 10 Jahren Millionen Euro.
Bundesweit dürften diese Kosten an die Milliarden Euro gehen zu Lasten der Rentenkassen.

Außerdem sehen wir in jener Praxis eine KLARE VERLETZUNG DES GLEICHHEITS-GRUNDSATZES. (GG:; Art. 1)

Da wir nicht davon ausgehen, dass Vollbeschäftigung in Deutschland möglich ist, schlagen wir die Anrechnungsfreiheit für 400,-€-Jobs vor.

Das Recht auf Zuverdienst würde Eigenständigkeit fördern und staatliche Wirtschaftlichkeit.
Dadurch hätten alle mehr Geld, das die für Waren aller Art ausgeben könnten. Hiervon würde der Staatprofitieren über MEHREINNAHMEN durch die Mehrwertsteuer. Außerdem würde dir Nachfrage belebt, was die Binnenwirtschaft anregt.

NAME	Ort, Straße	Unterschrift

Zusammenfassung Plenumsreferat mit anschließender Diskussion
GANGOLF PEITZ
Sonntag, 11.Oktober 2009, 09.00 - 10.00 Uhr

Hilfen durch Assistenzen aus der Kulturarbeit

Wie Betroffene mit Fachassistenzen Freiräume erfahren, neue Wege und Lösungen außerhalb von Praxen, Kliniken und Einrichtungen finden. So lautete das Thema meines Plenumsreferates vor rund 100 ZuhörerInnen, mit anschließender Diskussion.

Zunächst äußerte ich Definitionsnachfrage zu den Begrifflichkeiten "Subkultur" und "Gesellschaft". D i e Gesellschaft sind W I R zum einen ja alle, zum anderen ist selbige bei uns heute so inhomogen wie nie. "Raus aus den Subkulturen" möge sich auch beziehen auf die Selbsthilfe-Subkultur, sprich: auch hier ist einer "Verinselung" wachsam vorzubeugen. Und schließlich zum Wortpaar "normal" - "unnormal": die Grenzen sind fließend bzw. hier existiert (zum Glück!) kein allgemein gültiger "Standard", keine Norm.., wie es auch Kollege Peter Weinmann im Diskussionsteil zu verdeutlichen versuchte.

Zu meiner Person, meiner Arbeit: Ich bin als freiberuflicher Autor, Künstler, Journalist und Dozent, sowie als (auch mit der zusätzlichen exam. Pflegehelferqualifikation) selbständiger Sozialhelfer im Kultur- und Kreativbereich tätig. Selbst vor geraumer Zeit (unverschuldet) von einer nicht unbeträchtlichen gesundheitlich-beruflichen Auszeit betroffen gewesen, bin ich der regionalen und bundesweiten Selbsthilfe- und Gesundheitsarbeit interessehalber und mitarbeitend verbunden.

In dieser Tagungsveranstaltung skizzierte ich also meine Ansichten und Erfahrungen aus dem Bereich individueller Betroffenhilfe (Punkt 1) und aus dem Hilfsbereich Kreativ-Selbsthilfegruppen und ähnlicher Projekte (Punkt 2).

Zu Punkt 1: Persönliche Assistenz aus der Kulturarbeit, illustriert an einem Beispiel

So helfe ich beispielsweise einer psychiatrieerfahrenen Dame bei ihrer ganz spezifischen (selbstbestimmten) Freizeitgestaltung mit einer literarischen Fachassistenz. Frau Meier (Name geändert), eine mit schwierigen Problemen und Ängsten beladene, hochintelligente und vielseitig interessierte Frau, erkrankte nach Studium und Arbeit und lebt schon längere Zeit von Sozialgeld in einem eigenen Haushalt. Nach ihrem -vorteilhaft eindringlich

formulierten- zweimaligen Antrag auf "Persönliches Budget" mit dem Anliegen und der damit verbundenen Erfordernis nach einer Fachassistenz aus dem Kulturbereich, um frühere Literaturarbeit und kulturelle Außenkontakte neu aufzunehmen und zu intensivieren und mit Publikationen, Lesungen, neuen Personenkontakten in der "normalen" Welt verstärkt Fuß zu fassen, wurde diesem vom zuständigen hiesigen Landesamt schließlich erstaunlich schnell, und zudem sogar für die Dauer eines ganzen Jahres, statt gegeben.
Mit der Zielsetzung sich auch über diesen regelmäßigen Kontakt gesundheitlich-sozial nach ihren Bedürfnissen zu verankern, zu stabilisieren -im Sinne von "Teilhabe am gesellschaftlich-kultiurellen Leben" erhielt sie hundert Euro monatlich gewährt. Damit kauft sich Frau Meier ihre Experten ein, hier mich als regionalen Autor und Künstler (eine Assistenz, die ihr die Sozialbeistandschaftshelferin mangels literarischer Fachkompetenz nicht leisten kann).
Unsere Arbeit gestaltet sich nach nunmehr acht Monaten ausgesprochen fruchtbar. Neben gewünschten Hausbesuchen mit Literaturerörterung, Textbearbeitungen, PC-Training u.a.m. unternehmen wir z.B. "literarische Spaziergänge" in die Stadt. Ich konnte der Dame eine Lesung und einen Lyrikveröffentlichung in einem großen regionalen Kulturmagazin vermitteln, worüber ihr auch neue sympathische Kontakte, wie z.B. zum Chefredakteur der Zeitschrift "Paraple" (Lothringen) entstanden sind.
Dies in kurzer "Fall"-Umreißung. Wesentlich erscheint mir zu betonen, dass die "Chemie" zwischen Helfer und assistierter Person natürlich stimmen muss, man muss "miteinander können". Auch ist es wichtig, dass Betroffene ihre Assistenztermine regelmäßig wahrnehmen, da sich ein kontinuierlicher Erfolg natürlich erst mit der Zeit aufbaut. Frau Meier kommt dabei zugute, dass sie weiß was sie will, eine eigenwillige und recht entscheidungsstarke Persönlichkeit ist. Sie "boxt sich durch", bei all ihren Mühen, aller Beladenheit.
In der Zusammenarbeit lernen wir beide freilich auch wechselseitig, die Termine machen viel Spaß und der Kontakt ist von Offenheit und Ehrlichkeit geprägt.

Punkt 2: Hilfen durch musisch-kreative Selbsthilfe-Gruppenarbeit und in ähnlichen Initiativen und Projekten

Dazu referierte ich zunächst über die -von mir 2008 mitgegründete- erfolgreiche neue Selbsthilfegruppe "SeelenLaute", eine freie kulturell-publizistische Kreativ-SHG aus dem Saarland, rund um die eigene Zeitschrift "SeelenLaute", mit monatlichen Offenen Treffen in Saarbrücken, Fachberatung, Kulturfest mit Lesung, Konzert und Kabarett etc. An der Zeitschrift sind inzwischen über 50 Personen, auch aus Rheinland-Pfalz und darüber hinaus mitwirkend beteiligt. "SeelenLaute" erreichte 2009 sogar die Nominierung zum Deutschen Engagementspreis.
Die Selbthilfegruppe "Unabhängige Psychiatrie-Erfahrene Saarbrücken" (UPS) hatte unter meiner Leitung in 2009 ein erfolgreiches Künstler-Kreativprojekt. Psychiatrieerfahrene Künstler erhielten Fachberatung, Vermittlung in "normale" Ateliers und Malvereine, Bilder wurden professionell verschiedenenorts ausgestellt, die Zeitschrift "SeelenLaute" mittels ausgeschriebenem Künstlerwettbewerb bildnerisch gestaltet und für eine Kleingruppe eine spezielle Künstlerseminar-Wochenendfreizeit zum Kunstförderprojekt "art-transmitter" nach Dortmund durchgeführt. Einige psychiatrieerfahrene regionale Künstler wurden inzwischen in dieses etablierte europäische Kunstprojekt aufgenommen.

Beiden Selbsthilfegruppen gelang auch eine gute (und nicht unwichtige) Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Tagespresse, Fachmedien, Internet, in Einrichtungen und Geschäften, auf Informationsständen und in vielen persönlichen Kommunikationen, womit Vorurteile abgebaut und Aktivitätsbeispiele weiter gegeben werden konnten.
Die Ansprache der gesetzlichen Krankenkassen zu dieser betont "expressiven" Kreativ-Selbsthilfearbeit, die inhaltlich bewusst wenig (direkt) Problem- und Krankheitsgesprächsbezogen agiert, sondern Lösungswege durch Tun in den musischen Feldern von Schreiben, Bildender Kunst etc. geht, fand positive Resonanz. Es konnte eine ansehnliche Förderung und lobender Zuspruch seitens der Kassenvertretungen erreicht werden. Bei den nachgewiesenen Selbsthilfeerfolgen wurde eine weitergehende Unterstützung mitgeteilt bzw. in Aussicht gestellt.

Das o.g. bundes- und europaweit tätige Kunstförderprojekt "art-transmitter", worin rund 90 versierte Künstlerinnen und Künstler mit und ohne "psychiatrischen Hintergrund" unter anderem in einer viel gesehenen Internetgalerie und in professionellen Präsenzausstellungen in öffentlichen wie Kunsträumen gesellschaftlich integrierend vereint sind, wo man spannende Podien und Streitgespräche zu grenzwertigen Themen veranstaltet und den Künstlern mit Experten landesweit vor Ort mit Rat und Tat hilft, sei hier exponiert erwähnt.
Näheres im Internet auf den Seiten von www.art-transmitter.de, worin auch ein (seit 2009 ausgebautes) aktuelles Nachrichtenportal zum Thema Kunst, Kultur und Psychiatrie beinhaltet ist. (Die Postanschrift von „art-transmitter" für „Offliner": Prinz-Friedrich-Karl-Straße 34, D-44135 Dortmund)

Selbstverständlich ist an dieser Stelle auch das weitgespannte BPE-Kulturnetzwerk mit seinen Literaten, Musikern, Kabarettisten, Kunst- und Kunstgewerbeschaffenden um die in diesen Dingen sehr bemühte Ruth Fricke lobend zu erwähnen (nähere Informationen bekannt, siehe BPE-Rundbrief, Informationen auf BPE-online etc.)

Mein Anliegen, Anraten, Wunsch.. in diesem Zusammenhang an den BPE lautet, wieder vermehrt Kulturreferenten (aus Kunst, Literatur, Tanz, Theater, Musik etc.) in die AGs der Jahrestagung aufzunehmen und dem eigenen Kulturnetzwerk einen festen Etat im BPE-Haushalt einzuräumen, gleichberechtigt neben wesentlichen Themen wie Medikamenten- und Rechtsberatung, um das Konzept einer ganzheitlichen Selbsthilfearbeit auch intern besser zu realisieren. Dies erscheint auch von Bedeutsamkeit als Gegengewicht zu offenbar zunehmender Unterstützung literarisch-musisch-künstlerischer Patienten- und so genannter Patientenprojekte durch die Pharmaindustrie, seitens Lilly, Jannsen-Cilag usf. (wie beispielsweise bei der KIK-Künstlergruppe Hamburg, der Mülheimer Zeitschrift "Datt is irre" u.a.m.)

Mein Erachten, meine Beobachtung und Erfahrung besagen: die Selbsthilfe muss auch selbst mehr tun im Bereich Hilfen durch Assistenzen aus der Kulturarbeit. Gänzlich im Sinne von integrativen Genesungswegen, damit Betroffene vielschichtig bzw. nach den individuellen Erforderlichkeiten (so gut wie irgend möglich) ..vollintegriert in der Gesellschaft leben und sich von weniger sinnigen Subkulturen lösen.
Interesse und Befürwortung an solchartigem Handlungsbedarf zeigte die anschließende Diskussion, die mehrere Wortbeiträge aus dem Publikum mit weiteren Denkanstößen hervorbrachte. Und auch am restlichen Sonntag wurde die Thematik von Teilnehmern im Tagungshaus bzw. an meinem Infostand vielseitig und angeregt erörtert. Einige Selbsthilfegruppenvertreter und Tagungsgäste meldeten dabei Bedarf an Vermittlung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeitsmethoden an (ich selbst will dies daher für 2010 anbieten).

Ich hoffe, ich konnte mit meinem Tagungsbeitrag per einiger Gedanken und Erfahrungen weiter helfen und wünsche dem Bundesverband, den diversen Gruppen, allen entsprechend ambitionierten wie aktiven Initiaven sowie psychiatrieerfahrenen Einzelpersonen im kreativ-kulturellen Selbsthilfebereich von Herzen viel Erfolg und viel Gutes!

Gangolf Peitz
Autor & Maler, Dozent / Sozialhelfer

Selbsthilfegruppen und Psychiatrieerfahrene können bei mir (gegen Rückporto 0,90) Beipielunterlagen zu den erwähnten Selbsthilfeangeboten und Projekten anfordern. Adresse: Gangolf Peitz, Lindenstraße 21, D-66359 Bous

Protokoll der Mitgliederversammlung vom 10. 10.2009

Beginn der Mitgliederversammlung: 17:25 Uhr
Stimmberechtigte Mitglieder: 69 (2 wurden während der Versammlung aufgenommen)

TOP 1:
Die Begrüßung erfolgt durch Jan Michaelis

TOP 2:
Die Wahl des Versammlungsleiters und der Protokollanten wird durchgeführt.
Als Versammlungsleiter wird Jan Michaelis mit 3 Enthaltungen und einer Nein-Stimme gewählt.
Lothar Grafe und Elisabeth Scheunemann werden mit 1 Enthaltung als Protokollanten gewählt.

TOP 3:
Es werden folgende Anträge gestellt:
Matthias Wiegmann beantragt, der Verstorbenen zu gedenken. Dies wurde in der Tagesordnung nicht erwähnt.
Christine N. aus Bayern stellt den Antrag, die TOP 11 und 13 vozuziehen. Dies ist jedoch aus formalen Gründen nicht möglich, weil der Vorstand erst entlastet werden muss.
Matthias Schuldt stellt den Antrag, über die Stellungnahme des BPE zu Ex-In zu diskutieren und darüber abzustimmen.
In die Zählkommission werden gewählt mit großer Mehrheit und 3 Enthaltungen Vicky Pullen und Matthias Schuldt.
Es wird beantragt, den TOP 12a (Satzungsanträge) vor dem TOP 11 (Nachwahl zum Geschäftsführenden Vorstand) zu behandeln. Diesem Antrag wird mit 37 Ja, 15 Nein-Stimmen und einer Enthaltung stattgegeben.
Der schriftlich vorliegende Antrag des geschäftsführenden Vorstandes zu den Regularien der Mitgliederversammlung wird mit 46 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme sowie 4 Enthaltungen angenommen.

TOP 4:
Ruth Fricke verliest die Namen der verstorbenen Mitglieder und bittet die Versammlung, sich zu einer Gedenkminute zu erheben.
Die Tätigkeitsberichte der Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes mit Ausnahme von Mikhail Zabrotski liegen bereits in schriftlicher Form im letzten Rundbrief vor.
Uschi Zingler berichtet, dass sie im Auftrage des Vorstandes bei der Erstellung der S 3-Leitlinien Monopolare Depressionen mitwirkte. Da sie nur in der Peer-Anhörung beteiligt wurde und ihre Sachargumente nicht berücksichtigt wurden, werden diese Leitlinien vom BPE nicht mitgetragen.
Ruth Fricke weist noch einmal besonders auf die zentrale Gedenkveranstaltung für die Opfer von Zwangssterilisation und „Euthanasie“ am ersten Septemberwochenende hin.
Im BPE-Kulturnetzwerk sind inzwischen 135 KünsterlerInnen vertreten.
Mikhail Zabrotski ist seit Anfang des Jahres aus gesundheitlichen Gründen im Vorstand nicht mehr aktiv.

TOP 5:
Der Tätigkeitsbericht von Matthias Seibt liegt der Versammlung schriftlich vor. Er weist noch einmal auf folgendes besonders hin:
Die neue gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung verbessert unsere rechtliche Situation bei Behandlungen gegen unseren Willen.
Am 04.11.2009 wird abschließend in der 1. Instanz im Prozess von Tanja Afflerbach in Siegen verhandelt. Matthias bittet um rege Teilnahme.
Kalle Pehe bittet Matthias Seibt um Stellungnahme zu der Kritik an seiner Person im Grußwort von Dorothea Buck.
Vom Versammlungsleiter kommt der Vorschlag, die Differenzen in einem Telefonat mit Dorothea Buck auszuräumen.

TOP 6:
Elke Bücher erläutert den vorliegenden Kassenbericht ausführlich und erklärt insbesondere eine Position von 10.000 Euro in Form einer Spende eines verstorbenen Mitglieds und eine weitere 10.000 Euro-Position, das ist eine Zahlung der „Aktion Mensch“ für 2007.
Die Personalmittel für das Projekt „Persönliches Budget“ stehen noch für ein weiteres Jahr zur Verfügung.

Unterbrechung von 18:30 Uhr bis 19:30 Uhr

TOP 7:
Die Kassenprüfung verlief positiv und die Kassenprüferin betont die sorgfältige Kassenführung.

TOP 8:
Andreas Marheineke regt an, die Zuschüsse der Länder-Gesundheitsministerien und des BMG zu kombinieren. Elke Bücher erklärt dazu:

- Psychiatrie ist Ländersache. Eine Kombination von Landes- und Bundeszuschüssen ist nicht möglich
- Beim BMG sind wir in der Konkurrenz mit den älteren Verbänden „Aktion psychisch Kranke“, „BapK/Familienselbsthilfe“ und „Dachverband Gemeindepsychiatrie“

Ex-In: (Experience Involvement) - Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen zu Experten aus Erfahrung seit 2006.
Dagmar Bartelt-Paczkowski sagt, der BPE sei wegen der Inhalte nicht gefragt worden, die Ex-In-Trägerschaft könne keine Beschäftigung garantieren.
Ruth Fricke berichtet über die Recherchen einer Initiative in OWL:
Die Teamer-Kosten belaufen sich auf rund 20.000 Euro, dazu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat eine Stellungnahme abgegeben zu einem Antrag an die „Aktion Mensch“, die Ausbildung qualifiziere bestenfalls für eine ehrenamtliche Tätigkeit.
Diese Stellungnahme führte zu einer Ablehnung durch „Aktion Mensch“ und blockiert die Bezuschussung aus Mitteln der Bundesanstalt für Arbeit.

Uschi Zingler bemerkt, Gelder für Selbsthilfe seien nicht für irgend eine Art von Ausbildung bestimmt.

TOP 9:
In der Tagesordnung steht fälschlich „Haushaltsplan **2008**“. Es geht jedoch um den Haushalt 2009/2010.
Der Vorstand hat einen Antrag an den Europäischen Sozialfonds gestellt mit dem Arbeitsinhalt „Mit neuem Mut“. Die Entscheidung darüber erfolgt im Januar 2010. Die Sozialhilfe-Beratung erfolgt nicht mehr gegen Entgelt von der Dortmunder Selbsthilfe, sondern soll von Miriam Krücke mit übernommen werden.
Die Mittel für Computerberatung durch Ron Bartle wurden gestrichen, weil die Probleme zunehmend nicht mehr telefonisch zu lösen waren.
Elke Bücher erklärt, dass der Posten „Rundbrief Druck-, Versand- und Portokosten umfasst, die von der ausführenden Firma „Job-Profil“ in Rechnung gestellt werden.
Vicky Pullen und Peter Weinmann stellen den Antrag, den Haushalt so zu beschließen. Der Antrag wird angenommen mit: 57 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

TOP 10:
Anke Korsch stellt den Antrag auf Entlastung des Vorstandes
Der Antrag wird angenommen: 48 Ja-Stimmen, ? Nein-Stimmen und einer Enthaltung. Somit ist der Vorstand entlastet.

TOP 12 a:
Matthias Seibt erläutert den schriftlich vorliegenden Antrag des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener NRW, von BPE-Vorstandsmitgliedern und anderen, den Geschäftsführenden Vorstand auf 5 Mitglieder zu reduzieren.
Ruth Fricke stellt den Antrag, die Satzung wie bisher zu belassen. Wir sind ein Betroffenenverband, da fällt auch immer mal jemand aus.
Uschi Zingler verweist auf die Stellungnahme des LV PE BW e.V. und anderer, auch für die Beibehaltung der Satzung.
Elke Bücher weist darauf hin, dass die laut Satzung mögliche Erweiterung um bis zu 2 Personen den Finanzansatz sprengt.
Über den Antrag von Ruth wird abgestimmt. Eine Mehrheit ist für Beibehaltung mit: 41 Ja-Stimmen, 14 Nein-Stimmen und 6 Enthaltungen.
Zur Gegenprobe wird über den Antrag von Matthias abgestimmt und der Antrag abgelehnt mit: 40 Nein-Stimmen, 13 Ja-Stimmen und 5 Enthaltungen.

Der Antrag des LV PE BW e.V. hat sich mit der Zustimmung zum Antrag von Ruth Fricke (siehe oben) inhaltlich erledigt.
Ruth Fricke stellt den Antrag, dass sich erst die beiden Kandidaten zum Vorstand vorstellen und erst dann über die Erweiterung um bis zu 2 Personen entschieden wird. Der Antrag wird mit Mehrheit positiv entschieden.
Auf Antrag zur Geschäftsordnung von Karla Kundisch, der mit Mehrheit angenommen wurde, gibt es eine

Pause von 21:40 bis 22:00 Uhr

TOP 11:
Die Bewerbungen beider Kandidaten liegen der Versammlung schriftlich vor.
Gabriel Schaufelberger, 47 Jahre, aus Freiburg, ist seit 3 Jahren Mitglied im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden Württemberg. Auf Nachfrage berichtet er Beispiele für Fundraising aus der Selbsthilfe-Arbeit in Freiburg.
Dr. med. Wilfried Pfaff, 56 Jahre, aus Stuttgart, seit 2 Jahren im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg.
Es gibt verschiedene Wortmeldungen, den Vorstand um 1 bzw. 2 Personen erweitert wird. Es wird entschieden, dass der Vorstand nicht erweitert wird mit: 28 Ja-Stimmen, 20 Nein-Stimmen und 3 Enthaltungen.
Der Versammlungsleiter erklärt, dass gewählt wird indem 1 Name auf den weißen Wahlzettel (=Enthaltungszettel der bisherigen Abstimmungen) geschrieben wird.

Unterbrechung (Pause) von 22:50 Uhr bis 23:10 Uhr

Die Stimmenauszählung ergibt:
24 Stimmen für Wilfried Pfaff, 17 Stimmen für Gabriel Schaufelberger und 17 ungültige oder Enthaltungs-Stimmen

Wilfried Pfaff nimmt die Wahl an

TOP 12 b:
Matthias Schuldt zieht seinen ursprünglichen Antrag zurück (siehe TOP 3) und möchte dass der BPE eine Arbeitsgemeinschaft zu Ex-In gründet. Gegenrede: Macht eine AG, es braucht keine Entscheidung der Mitgliederversammlung. Es wird entschieden für eine Arbeitsgemeinschaft Ex-In des BPE mit: 29 Ja-Stimmen und 8 Nein-Stimmen.

Zu TOP 13 und TOP 14 gibt es keine Wortmeldungen.

Ende der Mitgliederversammlung: 23: 35 Uhr

Kassel, 11.10.2009

(Jan Michaelis)	(Lothar Grafe)	(Elisabeth Scheunemann)
Versammlungsleiter	Protokollanten	

Arbeitskreis EX-IN

Seit 2006 werden Psychiatrie-Erfahrene in EX-IN-Fortbildungen zu GenesungsbegleiterInnen und DozentInnen qualifiziert. EX-IN ist ein englisches Kürzel für Experienced-Involvement und bedeutet „Einbeziehung (Psychiatrie-)Erfahrener". EX-IN'lerInnen wollen die Psychiatrie von innen reformieren, in Richtung Gesprächs- und Milieutherapie mit möglichst wenig Medikamenten und ohne Zwang und Gewalt. Der Arbeitskreis EX-IN des BPE stellt sich die Aufgabe, EX-IN'lerInnen, die Mitglied des BPE sind, zu vernetzen und die Kritik des BPE an der EX-IN-Ausbildung zu bearbeiten.
Matthias Schuldt, Bergenstr. 21a, 23558 Lübeck, Tel. 0451-4083024, matthias-schuldt@gmx.de

Soteria AG: Mitstreiter gesucht

Auf der Jahrestagung 2006 haben wir (bisher zu viert) eine Arbeitsgruppe „Soteria" gegründet.

Unser Ziel ist es zum einen Erfahrungsberichte Betroffener und an der Konzeptplanung Beteiligter von bereits bestehender Soteria- Einrichtungen zu sammeln. Darüber hinaus wollen wir die Übertragbarkeit dieses Modells im ambulanten Bereich überprüfen und Alternativen zur medikamentösen Therapie suchen.

Wir freuen uns über eure Beteiligung! Schön wäre die Zusammenarbeit per Mail, aber auch Briefe sind willkommen.

Kontaktadresse: Soteria AG c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum Email: soteria-ag@bpe-online.de

Rechtshilfefonds für Zwangspsychiatrisierte

Auf Grund der fortgesetzten und immer zahlreicher werdenden Verstöße psychiatrischer Täter/innen gegen die gültigen Gesetze haben sich die Vorstände des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. und des Landesverbands PE Nordrhein Westfalen e.V. zur Einrichtung eines Rechtshilfefonds für zwangsweise psychiatrisierte Menschen entschlossen.

Dieser Fonds soll dazu dienen, **aussichtsreiche** Klagen gegen illegale psychiat-rische Zwangsmaßnahmen oder **aussichtsreiche** Klagen gegen gesetzwidrige Entscheidungen oder Verfahrensweisen der deutschen Justiz zu unterstützen.

Illegale psychiatrische Zwangsmaßnahme sind z.B. die ambulante Zwangsbehandlung oder die stationäre Zwangsbehandlung ohne richterlichen Beschluss.
Eine rechtswidrige Verfahrensweise der Justiz liegt z.B. vor, wenn bei einer richterlich angeordneten Zwangsmaßnahme, der/die davon Betroffene nicht angehört wird.

Um es klar zu sagen: Die Chancen für den Rechtsweg sind nicht gut. Psychiatrie-Erfahrene haben, egal was passiert ist, fast immer unrecht. Daher brauchen wir eindeutige Fälle. Diese Fälle müssen aktuell sein.
Um zu prüfen, ob es ein **aussichtsreicher** Fall ist, brauchen wir Kopien der wichtigsten Unterlagen. Wir werden pro Jahr nur ein, höchstens zwei Prozesse unterstützen.

Fürs Erste haben wir 4.000,- € zur Verfügung gestellt.

Wer meint, sein/ihr Fall eigne sich, wendet sich bitte an:
BPE, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, vorstand@bpe-online.de
LPE NRW, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de. Gemeinsames Fax: 0234 / 640 5103

Fragen werden von Miriam 0234 / 68 70 552 oder Matthias 0234 / 640 5102 beantwortet.

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpω-Kulturnetzwerk:

Im Herbst 2005 ist der erste Aufruf zur Bildung eines Bpω-Kulturnetzwerkes erschienen. Inzwischen sind hier in den Rubriken: Malerei, Zeichnen, Fotografie, Collagen, plastisches Gestalten, Kunstgewerbe, Digitale Kunst, Dichtung, Prosa, Musik, Theater, Kabarett und Tanz ca. 60 Einzelpersonen und Gruppen registriert.

Interessenten wenden sich bitte an:

Ruth Fricke Mozartstr. 20 b, 32049 Herford. Tel. + FAX: 05221-86410, mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

Seit dem Herbst 2005 gibt es ein Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis im Bpω. Hier diskutieren Professionelle aus dem Bereich der Psychiatrie und Medizin darüber wie sie ihre Doppelrolle nutzbringend in die Bpω-Arbeit einbringen können, aber auch über ihre besondere Rolle am Arbeitsplatz. Evtl. kann sich im Laufe der Zeit aus diesem Netzwerk auch ein wissenschaftlicher Beirat für den Bpω entwickeln.
Interessenten wenden sich bitte an:
Kontaktadresse:
Christine Pürschel, Hanns-Eisler-Str. 54, 10409 Berlin, Tel.: 030-424 17 18 Fax: 030-420 85 416 mail: tine.puerschel@berlin.de

Arbeitskreis Forensik:

Hier arbeiten zur Zeit Fritz Schuster und Norbert Südland überwiegend in der Einzelfallbetreuung. Unterstützung wäre dringend erforderlich. Wünschenswert wäre es, wenn es in jedem Bundesland wenigstens einen Ansprechpartner für den Bereich Forensik, gegen würde, denn die Maßregevollzugsgesetze sich Landesgesetze. Außerdem würde die räumliche Nähe eine direkte Kontaktaufnahme mit den Betroffenen erleichtern.
Interessenten wenden sich bitte an:
Fritz Schuster, Wildermannstr.70, 45659 Recklinghausen, Tel/Fax: 02361-14 1 86. mail: Kontakt-info@bpe-online.de

Antifolterkommission

Liebe Mitglieger, die Antifolterkommission des Europarates führt in regelmäßigen Abständen Kontrollbesuche in den Staaten durch, die zum Europarat gehören. Im Vorfeld derartiger Besuche wird der Bpω e.V: regelmäßig aufgefordert Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates zu melden. Hier sind wir auf Eure Mithilfe angewiesen. Bitte meldet uns sofort Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates, wenn sie Euch persönlich widerfahren sind, damit wir Eure Erfahrungen in unseren Bericht einfließen lassen können. Bitte schickt Eure Erfahrungsberichte an:

Ruth Fricke, Mozartstr. 20 B, 2049 Herford, Fax: 05221-86410, mail vorstand@bpe-online.de

Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie:

Beratung beim Aufbau und zur praktischen Arbeit/Umsetzung dieser Stellen

Jurand Daszkowski, Carl-Petersen-Str. 24a, 20535 Hamburg Tel.: 040/82296133, e.mail: jurand.daszkowski@web.de
Ruth Fricke, Mozartstr. 20 b, 32049 Herford, Fax/Tel.: 05221/86410, e.mail: Ruth.Fricke@t-online.de
Doris Steenken, Spindelstr. 26 b, 49080 Osnabrück, Tel.: 0541/8009522, e.mail: doris_steenken@yahoo.de

Persönliches Budget

Ab 1.1.2008 wird das Persönliche Budget (PB) bundesweit eingeführt. Informatinen in Form eines Vortrages & Diskussion stelle ich zur verfügung. Rheinland Pfalz hat das PB 1998 weltweit erstmals eingeführt. ich habe das PB seit 2001. Beispiele sind zu finden auf der BPE-Homepage: „Gemeindepsychiatrie“ (http://www.bpe-online.de/1/aktuelles.htm)

Kontakt: Farnz-Josef Wagner, Gartianstr.4, 54294 Trier, Tel./Fax: 0351/17 079 67 Mail: f.j.wagner@gmx.de

Psychopharmaka- und Psychotherapie-Beratung aus Betroffenensicht

Projekt ist ausgelaufen! !!! Die Arbeit an dem Thema wird in eingeschränktem Umfang fortgesetzt.

Telefonzeiten: Mittwoch und Freitag von 10.00 – 14.00 Uhr unter 0234 / 640 51-02, Fax: -03
Ich stehe den Bpω-Selbsthilfegruppen für Vorträge und Arbeitsgruppen zu Psychopharmaka, Psychotherapie und „Ver-rücktheit steuern“ gegen Fahrtkosten (Bahncard 50) zur Verfügung.
Ich versuche eine bundesweite Liste von Psychiater/inn/en bzw. Ärzt/inn/en aufzubauen, die deutlich zurückhaltender als der Durchschnitt beim Verschreiben von Psychopharmaka sind, oder die sogar beim Absetzen unterstützen. Bitte teilt mir mit, wenn ihr bei Euch vor Ort so jemand kennt.
Ich organisiere bundesweite Seminare, auf denen sich Psychiatrie-Erfahrene zum Thema Psychopharmaka usw. weiterbilden. Interessent/inn/en, die so ein Seminar bei sich vor Ort wollen, bitte bei mir melden.
Ein weiteres bundesweites Seminar soll für Psychiatrie-Erfahrene sein, die selber im Rahmen ihrer Selbsthilfeaktivitäten zum Bereich Psychopharmaka beraten wollen. Da hier die Teilnehmer/innen/zahl fünf kaum überschreiten wird, können individuelle Wünsche genau beachtet werden.

Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen berate ich in allen organisatorischen Fragen.

Weitere Informationen unter:

Bpω, z. Hd. Matthias Seibt, Wittener Straße 87, 44 789 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax: -03