

Franz-Josef Wagner

Trier, den 22.11.2000

Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands des BPE e.V.

Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.

Petrusstr. 23

54292 Trier

25 Jahre Psychiatrie-Enquete - Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Themenbereich I: Kernpunkte der Psychiatrie-Reform

„Verhandeln statt Behandeln“ - Partnerschaft im psychiatrischen Alltag

Vor 25 Jahren habe ich mich um alles andere als Psychiatrie gekümmert. Um so erstaunlicher ist für mich die Tatsache, heute vor Ihnen zu stehen, um aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen über Entwicklungstendenzen und Perspektiven der Psychiatrie-Reform zu sprechen, die aus der 25 Jahre alten Psychiatrie-Enquete erwachsen ist.

Ich habe meinen Vortrag in 3 Hauptpunkte gegliedert, in die historische, die aktuelle und die zukünftige Situation des psychiatrischen Alltags. Im Spannungsfeld von 1930 bis 2010 versuche ich die Partnerschaft (Teilnehmer, Mitspieler, Gegner) und das Behandeln (bearbeiten, zu heilen suchen) und das Verhandeln (beraten über, zerreden) aufzuzeigen. Wie war es im Dritten Reich, wie stets gegenwärtig im stationären, komplementären und verbandsmäßigen Bereich mit der Partnerschaft und dem Verhandeln und was erwarten wir im nächsten Jahrtausend, sind die zentralen Fragen meines Vortrages.

Asmus Finzen schreibt in der Einführung zu seinem Buch: „Der Verwaltungsrat ist schizophren“ 1996, psychisch Kranke erhalten in der Begegnung mit psychiatrischem Fachpersonal keinen Respekt. Die Psychiatrie-Erfahrenen machen immer wieder folgende Vorwürfe:

- ihr hört uns nicht zu
- ihr berücksichtigt unsere Bedürfnisse nicht
- ihr behandelt uns, ohne mit uns darüber zu verhandeln, in welcher Weise
- ihr werdet viel zu schnell handgreiflich
- ihr wendet viel zu rasch Zwang an.

Für einen positiven Verlauf ist es eine Grundvoraussetzung in der Medikamentenbehandlung, Psychotherapie, Soziotherapie und Rehabilitation zusammenzuarbeiten.

Historische Anekdoten

Erlauben Sie mir einen kleinen Exkurs in unsere braune Vergangenheit. Die psychiatrienerfahrene 83-jährige Bundesverdienstkreuzträgerin Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende und Gründungsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, Bildhauerin, Schriftstellerin und Begründerin des Psychoseseminars zusammen mit Thomas Bock (die Auszeichnung dafür, die Leo-Baeck-Medaille, durften die beiden Initiatoren sich nicht einmal teilen! Nur T. Bock galt der Dank, die Auszeichnung), wurde 1939 wegen einer vermeintlichen erbkranken Disposition (Schizophrenie) in Bethel zwangssterilisiert. Anlässlich der Einweihung des Mahnmals für die Opfer der 1 176 Zwangssterilisationen am 18. Juni 2000 in Bethel, zu der sie nicht als Ehrengast sondern als „Zeitzeugin“ geladen war, beschrieb sie in ihrer Rede die zeittypische Ignoranz des Pflegepersonals den Patienten gegenüber: „Am meisten ängstigte mich, dass niemand mit uns sprach. In meiner 3/4-jährigen Zeit in diesem Haus erlebte ich nicht ein einziges Gespräch der Ärzte und Hauspfarrer mit mir. Der Chefarzt kam jeden Morgen mit den Assistenzärzten und der Hausmutter. Er gab uns die Hand und sagte „Guten Morgen“, aber er sprach nicht mit uns. Als Schüler von Emil Kraepelin beobachtete er nur unsere Symptome.“

Schön wäre es, sagen zu können, fünfundfünfzig Jahre später wird mit allen von uns gesprochen, so wie wir es in unseren seelischen Notlagen brauchen. Doch das ist leider nicht der Fall. Auch bis heute spielt zum Beispiel der soziale Hintergrund der Betroffenen eine Rolle, um mit den Psychiatern im Gespräch sein zu können. Offensichtlich ist soziale Identifikation der Ärzteschaft mit den Patienten Garant für eine unangestregte Kommunikation miteinander. Dagegen findet ein schlecht riechender „schizophrener“ Arbeitsloser weniger Zuwendung und Gehör. Das wird niemand ernstlich bezweifeln wollen. Untersuchungen zur höheren Vergabe von Neuroleptika an schwarze Amerikaner von weißen Ärzten belegen dies. Es wird auch niemand bestreiten, daß ein depressiver Ingmar Bergmann oder ein Prinz Claus von Oranienburg gleichberechtigt und respektvoll behandelt werden und die Gespräche bekommen, die sie brauchen.

Nach der Enquete-Kommission, die die katastrophalen Zustände der Landeskrankenhäuser festhielt, empfahl die Expertenkommission 1988 die Gleichstellung von psychisch und körperlich kranken Menschen. Mit der Gleichstellung wurde auch der Informationsaustausch zwischen psychisch Kranken und psychiatrischem Fachpersonal impliziert.

Auf Initiative des Dachverbandes und des Arbeitskreises Betroffener trafen sich erstmals Betroffene im Rahmen einer Tagung 1991 in Irsee. Dort wurde der Gedanke eines Zusammenschlusses erwogen. Dieser Zusammenschluss erfolgte am 9.-11. Oktober 1992 unter dem Titel „Verhandeln statt behandeln - Psychiatriepatienten schließen sich zusammen“. Schon 1992 hatte Wolfgang Voelzke, dessen Ausführungen von Ursula Zingler vorgetragen und ergänzt wurde, Nahziele definiert. Wir werden versuchen, mit allen für den Psychiatrie-Bereich Verantwortlichen bzw. Tätigen ins Gespräch zu kommen und zu bleiben. Dazu zählen nicht nur die Politiker und Politikerinnen in den jeweiligen Parlamenten bzw. Ministerien, sondern auch wichtige Verbände wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband und die anderen Träger der freien Wohlfahrtspflege, die Kirchen und Gewerkschaften. Auch machte Voelzke ein Konzept für

den Ablauf: zuerst in den „Köpfen und Herzen“ unserer Gesprächspartner, später in der Praxis, in den einzelnen Institutionen, in der engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind, und langfristig bundesweit. Der Vortrag endet mit: „Ab heute wird man mit uns Psychiatrie-Erfahrenen rechnen müssen - bundesweit!“

Zu Ihrer hoffentlichen Erheiterung möchte ich angesichts der sich tatsächlich weit verbreiteten Kooperation zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen an folgendes Bild eines Trapezkünstlers erinnern, der noch im Absturz forderte: „Unter gewissen Bedingungen bin ich zur Kooperation bereit“. Wieweit diese gewissen Bedingungen zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen, die seit den 90er Jahren im Dialog zusammenfanden, Blüten treiben konnten, sodaß kein Absturz droht /e, das soll im Folgenden Thema sein.

Aktuelle Situation

Beispiele der Partnerschaft im stationären Alltag und bei Krisen

Das Psychiatrische Testament

Die Idee der Vorausverfügung für den Fall einer unfreiwilligen Behandlung kommt von dem amerikanischen Psychiater Thomas Szasz. Diese Vorausverfügung ist in Deutschland sehr umstritten. Bei einem Rechtsanwalt bzw. Notar wird eine differenzierte Erklärung über Willensbildung, Dokumentationspflicht, Auftrag und Vollmacht an Vertrauenspersonen, Änderung des schriftlich dokumentierten Willens, Besonderheiten eigener Lebensführung, Erklärung insbesondere zu psychiatrischer Behandlung, Anstaltsunterbringung und Psychopharmaka sowie Regelung bei Betreuerbestellung hinterlegt.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem Psychiatrischen Testament aus?

Eine Beachtung des persönlichen Testaments (Vorausverfügung), der einseitigen Willenserklärung für den Fall des psychiatrischen Aufenthaltes bzw. der Behandlungsmaßnahme, die selbst entworfen und schriftlich festgehalten sein muss, ist durch die Psychiatrie nicht immer gegeben (keine Kooperation). Weiter gibt es Probleme über die Kenntnis der Vorausverfügung bei einem akuten Psychiatrieaufenthalt.

Die Behandlungsvereinbarung

Das Damoklesschwert -Psychiatrisches Testament- war für den Klinikleiter Pörksen aus Bethel/Bielefeld der Auftakt zur Zusammenarbeit mit den zur Verfügung stehenden engagierten Bielefelder Psychiatrie-Erfahrenen, hier seien vor allem Barbara Hildebrand, Brigitte Siebrasse und Wolfgang Voelzke genannt, ein tragfähigeres, realistischeres Gegenmodell zu konzipieren, das nun als Behandlungsvereinbarung in aller Munde ist.

Die Behandlungsvereinbarung ermöglicht Psychiatrie-Erfahrenen, in stabilen Zeiten ihre bisherigen Erfahrungen in der Klinik, aber auch ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich zukünftiger Behandlungen zu benennen und mit ärztlicher, psychologischer und pflegender Klinikleitung zu verhandeln. Gemeinsam wird in der Behandlungsvereinbarung verbindlich festgelegt, wie mit zukünftigen Krisen umgegangen werden soll. Ziel der Vereinbarung ist es, bei einer evtl. Wiederaufnahme in die Klinik krisenhafte Zuspitzungen, Gewaltanwendungen

und Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden und die Aufnahme- und Behandlungsbedingungen für die Psychiatrie-Erfahrenen zu verbessern.

Nachdem einzelne psychiatrische Kliniken Behandlungsvereinbarungen eingeführt hatten und diese im März 1997 anlässlich der Tagung „Die Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie - Neue Wege im Umgang mit Krisen“ positiv bewertet wurden, hatte der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz diese vertrauensbildende Maßnahme als landesweite Einführung in den Landespsychiatriebeirat gebracht. Anlässlich der 4. Sitzung des Landespsychiatriebeirates im November 1997 hatte eine Klinik diese Vereinbarung bereits eingeführt, eine Klinik lehnte sie ab und alle anderen Kliniken sahen die Einführung positiv. Auch die Landesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen befürworteten die Einführung von Behandlungsvereinbarungen. Zwischenzeitlich sind in einigen psychiatrischen Kliniken Baden-Württemberg und allen von Rheinland-Pfalz Behandlungsvereinbarungen abschließbar. Das gleiche haben die Psychiatrie-Erfahrenen des Saarlandes vor. Leider gelten die Vereinbarungen nur für die jeweilige Klinik, mit der die Verhandlungen geführt wurden.

Was beinhalten grundsätzlich die Behandlungsvereinbarungen: den Ablauf der Aufnahme, Informationen über die Medikamente, die Reihenfolge von Zwangsmaßnahmen, die soziale Situation sowie sonstige Absprachen, auch kann neben der Verbindlichkeit der Unterzeichner noch eine Vertrauensperson genannt werden.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit Behandlungsvereinbarungen aus?

Psychiatrie-Erfahrene fühlen sich in der Regel bei der Verhandlung (freundliches Klima) ernst genommen und können für die Zukunft bessere Regelungen treffen, was das Vertrauensverhältnis zwischen psychiatrischer Klinik und Patient verbessert. Ohne die Auseinandersetzung mit der eigenen psychiatrischen Krise oder Erkrankung ist der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung nicht möglich. Die Klinikleitung kann die Qualität des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebotes auf Grund der Wünsche der Psychiatrie-Erfahrenen steuern.

Der Krisenpass

Zeitgleich mit der öffentlichen Vorstellung der Behandlungsvereinbarungen in Bielefeld wurden auch Krisenpässe entwickelt. 1998 machte der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen im ständigen Arbeitskreis des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz den Vorschlag einen Krisenpass für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzuführen. Im Frühsommer wurden 17 000 Krisenpässe gedruckt und verteilt.

Was beinhaltet der 6-seitige Krisenpass? Neben dem Inhaber wird die Person benannt, die im Krisenfall benachrichtigt werden soll, wo eine Behandlungsvereinbarung ausliegt, welche Medikamente bei Krisensituationen behilflich bzw. weniger erfolgreich waren, aktuelle Medikation sowie Stempel und Unterschrift des Arztes.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem Krisenpass aus?

Im psychiatrischen Alltag entpuppt sich der Krisenpass ebenfalls als Vorteil. Einzelne klientenfreundliche Ordnungsämter in Rheinland-Pfalz beantragen keine Unterbringung nach

dem PsychKG, da mit der Dokumentation der Behandlungsvereinbarung im Krisenpass der maßgebliche Wille in der gesunden Phase kundgetan wurde.

Regionale Krisenintervention

Seit der Tagung „Ambulante Notfalldienste entlasten Familien und psychisch Kranke“ im Jahr 1988 fordern die Angehörigen die Einrichtung eines Krisendienstes zur Entlastung der Familien und der psychisch Kranken. Zwischenzeitlich haben sich in einigen Städten und Landkreisen verschiedener Bundesländer Krisendienste etabliert. Die Organisation und Erreichbarkeit der Krisenbereitschaft ist regional sehr unterschiedlich und geht vom telefonischen Krisenmanagement bis zum aufsuchenden Dienst.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit der Krisenintervention aus?

Angehörige und in psychischen Krisen befindliche Menschen erhalten über Telefon Hinweise und Hilfsmöglichkeiten wie die kritische Situation oder die nächste Zukunft gemeistert werden kann. Es gibt uns Psychiatrie-Erfahrenen die Sicherheit abends und auch am Wochenende - wenn die meisten Krisen auftreten - kompetente Ansprechpartner zu erreichen. Wie die Fallzahlen aus den verschiedenen Krisendiensten zeigen, sind Sucht und Familien-/Partner- und Trennungsprobleme die häufigsten Schwierigkeiten, mit denen sich die Mitarbeiter der Dienste beschäftigen. Psychosen im akuten Stadium sind nur zu einem Bruchteil Inhalt der Anrufe. Was auffallend ist: Am Wochenende (Samstag und Sonntag) wird der Krisendienst bis zu 300% häufiger genutzt als an den Wochentagen.

Alternative Psychiatrieformen

Es ist allgemein bekannt: die meisten psychischen Krisen, auch schwerste psychotische Zustände werden ohne Zutun professioneller Helfer überwunden, letztendlich im Wege einer Selbstregulierung, oft mit Unterstützung von Freunden, die keine psychologische Fachausbildung haben (vergleiche J. Zehentbauer, Chemie für die Seele; T. Bock, Lichtjahre - Psychosen ohne Psychiatrie und R. Bellion, Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe in Hand-werks-buch Psychiatrie).

-Soteriastationen

Eines der bekanntesten Projekte, dass ein Mensch seinen „psychotischen Zustand“ zwar in einer Psycho - Einrichtung „auslebt“, aber nicht mit Psychopharmaka gedämpft und behindert wird, sondern auf vielfache andere Weise Unterstützung erhält, ist das Soteria Haus in San Francisco, Kalifornien. Der Psychiatrieprofessor L. R. Moshier ging von der These aus, dass zwischenmenschliche Beziehungen in einer reizarmen Beziehung die Patienten ebenso wirksam beruhigen können wie die Neuroleptika. Ein soteria-orientiertes Konzept wurde erstmals in Deutschland von Th. Urbahn in der Abteilung Klinische Psychiatrie II in Gütersloh umgesetzt. Neben dem anderen Verständnis von Krankheit, dem anderen Verständnis von Pflege und Rehabilitation unterscheidet sich die Soteria-Station in Gütersloh auch in dem anderen Verständnis von Patient, Angehörige, Professionellen und den institutionellen Strukturen. Nachdem Th. Urbahn nicht mehr in Gütersloh tätig ist und die Westfälische Klinik in Gütersloh konzeptionelle Änderungen vorgenommen hat, wird die Zukunft zeigen, was aus dem bisher erfolgreichen Soteria-Konzept in der Praxis in Gütersloh wird.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im soteria-orientierten Konzept aus?

Neben der grundsätzlichen Subjekt-Subjekt-Orientierung liegt möglichst viel Verantwortung beim Patienten, der sein eigener Experte ist. Die Selbsthilfe, Bewältigungsstrategie hat wesentliche Bedeutung im Überwinden der Lebensgeschichte, nicht Krankengeschichte, wie das in den traditionellen Psychiatrien der Fall ist.

-Windhorsegruppen

Auch dieses Konzept stammt aus den USA (1982, Nordhampton) und wird erstmals in Deutschland in Frankenthal (Rheinland-Pfalz) umgesetzt. Die Windhorsegruppe mit ein, zwei gesunden basisbetreuenden Mitbewohnern besteht aus bis zu acht Personen, die schichtweise die Betreuung des therapeutischen Haushaltes übernehmen. Sie verstehen sich als strukturierende Unterstützung im Alltagsleben und als Übergang zu einer selbstständigen Lebensführung in der Gesellschaft. Neben der Tagesstrukturierung richtet sich die Aufmerksamkeit der Basisbetreuung auf das Erkennen und Fördern der klaren Momente und Impulse, die auch in den psychotischen Verwirrungszuständen auftreten.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag in den Windhorsegruppen aus?

Ähnlich wie das soteria-orientierte Konzept wird auf die Subjekt-Subjekt-Beziehung viel Wert gelegt. Der „Patient“ verbleibt nach seinen Vorstellungen und Möglichkeiten im gesellschaftlichen Leben integriert mit dem Ziel, seine Zukunft aktiv und autonom zu gestalten. Es hat sich in den USA und Österreich gezeigt, daß Klinikaufenthalte drastisch reduziert und vermieden wurden.

-Biotop - Mosbach

Die niedergelassene Psychiaterin Lilla Sachse beschreibt in ihrem Buch „Heilsame Erfahrungen - Biotop Mosbach: Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychiatrische Krisen“ wie sie mit den Gruppenmitgliedern in Gruppenarbeit Krisen bewältigt. Durch eine Reise in die Berge lernen Gruppenmitglieder für sich und in der Krise auch für andere Verantwortung zu tragen, sie lernen, dem anderen in einer psychischen Krise beizustehen. Ergebnis dieser Reise ist die Einrichtung eines Krisenbettes in dem Begegnungshaus.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im Biotop Mosbach aus?

Der personenorientierte Ansatz der Aktion psychisch Krank wird gelebt, ohne daß er explizit ausformuliert wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in diesem Projekt als Menschen mit eigener Erfahrung und mit eigenen Erlebnissen begriffen. Psychose ist somit nicht mehr nur Erkrankung sondern auch immer eine Chance, sich zu verändern, sich zu entwickeln und sein eigenes selbstbestimmtes Leben zu führen. Menschen, die selbst psychisch kranke Episoden hatten und damit leicht verletzbar sind, sind in der Lage sich gegenseitig in einer Krise zu helfen. Dieser respektvolle Umgang miteinander ist nicht verordnet, in der Krise braucht ein Mensch den anderen, der ihn in seiner Krise in seinem Anderssein respektiert.

-Weglaufhaus in Berlin

Am 1.1. 1996 wurde nach langer Vorbereitung in Berlin das erste Weglaufhaus Deutschlands, die Villa Stöckle, für wohnungslose Psychiatrie-Betroffene eröffnet. Es bietet 13 Frauen und Männern (für 6 Monate) Schutz und Aufnahme (Rechtsgrundlage für die Kostenübernahme: §72 Bundessozialhilfegesetz „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“). Sie können dort neue Kraft schöpfen, sich austauschen und Unterstützung finden bei der Verarbeitung ihrer Psychiatriegeschichte, dem Absetzen der Psychopharmaka, dem Wiedererlangen der bürgerlichen Rechte und der Entwicklung neuer Berufs- und Lebensperspektiven.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im Weglaufhaus aus?

Eine überschaubare Villa, in einer normalen Wohngegend Berlins, bietet den Bewohnern ohne Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen und unfreiwillige Behandlung Raum und Zeit für das verrückte Erleben. Das von Psychiatrie-Erfahrenen geleitete Haus stellt den Bewohnern der Wohngemeinschaft die Immobilie und gesundheitlichen Raum bereit, ein Leben ohne Psychopharmaka zu versuchen.

Was ist mit dem Verhandeln statt Behandeln im stationären Alltag und bei Krisen?

Das Psychiatrische Testament wird nicht partnerschaftlich abgeschlossen, sondern einseitig verfügt auf der Basis der Menschenrechte -körperlichen Unversehrtheit. Die Behandlungsvereinbarung und der Krisenpass sollen in stabilen, gesunden Zeiten mit dem psychiatrischen Fachpersonal für die kranke Phase verhandelt werden. Die regionalen Kriseninterventionen funktionieren nur in der realistisch denkenden Zeit, in der Anregungen vom psychiatrischen Fachpersonal angenommen werden. So werden hier auch hauptsächlich diese Probleme als Fallzahl dokumentiert. In den alternativen Psychiatriereformen sind die Vorwürfe gegenüber dem psychiatrischen Fachpersonal, nach Asmus Finzen durch die Subjekt-Subjekt-Beziehung, nicht mehr gegeben. Es ist nicht grundsätzlich, daß allein Betroffene die Leitung von Psychiatrien innehaben oder MitarbeiterInnen allesamt Doppelerfahrung, sondern Schwerpunkt ist es sich an den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. Die Personalintensität und die kontinuierliche Anwesenheit der MitarbeiterInnen gewährt eine ständige Begleitung, deutlich geringere bis keine Psychopharmakagaben und ein hohes Maß an Verhandlung statt Behandlung.

Beispiele der Partnerschaft im komplementären Alltag

Bereits die Psychiatrie-Enquete forderte für den gemeindepsychiatrischen Verbund „ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen“, die von der Expertenkommission als „aufsuchend-ambulante Dienste“ und „Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion“ weiter gegliedert wurden. Heute gibt es einige Konzepte außerstationärer Versorgungsstrukturen. Ich werde hier vorbildliche soziale und berufliche Partnerschaften aufgreifen und diese aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen beleuchten.

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

Durch die Psych-PV konnte die Psychiatriereform im klinisch-stationären Bereich vorangetrieben werden. Für den gemäß dem anerkannten Prinzip „ambulant vor stationär“ bedeutenden außerklinischen, komplementären Bereich, hat eine Kommission zur „Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung“ ein personenzentriertes, bedarfsorientiertes psychiatrisches Hilfesystem für schwer und chronisch

psychisch kranke Menschen erstellt. Das personenzentrierte System, das sich in mehreren Ebenen darstellt, soll auch den Weg zu einem umfassenden quantifizierbaren Qualitätsmanagement in der kommunalen psychiatrischen Versorgung vorzeichnen. Erste Erfahrungen wurden in Rheinland-Pfalz mit dem Projekt „Wohnverbund“ im Landkreis Trier-Saarburg und Stadt Trier sowie Landkreis und Stadt Kaiserslautern gesammelt. Anhand des IBRPs wird die Planung des individuellen Hilfebedarfs - ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung, spezielle Therapieverfahren, sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am öffentlichen Leben, im Bereich Arbeit und Ausbildung sowie zur Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson - abgestimmt. Laut wissenschaftlicher Beratung und Begleitung erreicht die auf dem IBRP basierende Hilfeplanung noch nicht die Ausführlichkeit und Klarheit, die angestrebt wird. In der Aufnahmekonferenz wird der IBRP nicht ausführlich dargestellt, sondern nur in Kurzform referiert.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem IBRP aus?

Der IBRP, der mit dem Psychiatrie-Erfahrenen erstellt werden soll, der über die Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung, Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen sowie in den verschiedensten Lebensfeldern quantifizierbare Auskunft gibt, ist nur zu erstellen, wenn die Möglichkeit einer eigenen Reflexion besteht. Diese ausführliche Reflexion ist bei einer hohen Dosierung der medikamentösen Therapie sehr fraglich. Bisher wird im Modellprojekt Wohnverbund nur über Tagesstätte, Betreutes Wohnen und Heim des Psychiatrie-Erfahrenen entschieden. Das Konzept des IBRP bietet eine größtmögliche Partnerschaft im psychiatrischen Alltag an, die bisher nur begrenzt umgesetzt ist, z.B. dürfen Psychiatrie-Erfahrene nicht generell an der Aufnahmekonferenz teilnehmen, im Gegensatz zu professionellen Helfern erhalten ehemals psychisch Kranke keine Beratung und Schulung, wie und was die Bedeutung des IBRP ist. Somit kann nichts darüber in Selbsthilfegruppen weitergegeben werden.

Hilfe nach Maß für Behinderte (persönliches Budget)

Das zweijährige holländische Modell des persönlichen Budgets richtet sich in Rheinland-Pfalz an geistig, körperlich und psychisch behinderte Menschen mit einem personenbezogenen, kundenorientierten Konzept wie das Anreizsystem der Gewährung von Pflegegeld. Der behinderte Mensch erhält ein fixes und individuelles nach dem Bedarf bestimmtes Budget. Es wird als ambulante Eingliederungshilfe verstanden, die der sozialen Eingliederung (Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft) dient. Der Behinderte erhält gestaffelte Geldleistungen zur selbstständigen Ausgestaltung seines Hilfebedarfs. Im Rahmen des Verwendungszwecks sind die Geldbeträge frei verfügbar ohne einen Verwendungsnachweis. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist ein leistungsfähiges soziales Umfeld des Behinderten und die Gewähr, dass von dem Behinderten selbst oder mit Hilfe seines gesetzlichen Betreuers sachgerechte Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können. So sieht das in der Diskussion befindliche SGB IX die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen zur Einrichtung von Servicestellen vor.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem persönlichen Budget aus?

Das Konzept kommt der Forderung der Expertenkommission auf Gleichstellung aller Behinderten sehr nahe. Der kleine Unterschied liegt in den für psychisch Kranke speziellen

Gesetzen. Trifft ein psychisch behinderter Mensch seine Entscheidungen zu seinem individuellen Budget nicht entsprechend der begutachenden Stellen, wird ihm ein gesetzlicher Betreuer vorgesetzt oder die Hilfe reduziert. Weitere Unterschiede zu der eigenen Einschätzung der Lebenssituation und persönlichen Fähigkeiten in die Kategorien gut, mittel und schlecht muss die Praxis des auf 3 Jahre befristeten Modellprojektes zeigen.

Ambulant psychiatrische Behandlungspflege

Die Expertenkommission (1988) differenzierte zwischen somatischer und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Die psychiatrische Krankenpflege soll den Kranken und Behinderten bei seinen Bemühungen unterstützen, die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Seit Mitte der 80er Jahre sind im Rahmen von Modellerprobungen psychiatrische Pflegekräfte im Einsatz. Seither konnte sich die ambulante psychiatrische Behandlungspflege mit der ungeklärten Leistungszuständigkeit nur in vergleichsweise wenigen Regionen etablieren. Neben dem Aufbau der Beziehung zum Pflegenden und Sicherung der ärztlichen Behandlung steht die Intervention bei Krisen im Vordergrund. Nach einer Behandlungspflege von bis zu 3 Monaten konnte in den Modellerprobungen bei rund einem Drittel der Patienten und Patientinnen die Pflege abgeschlossen werden.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege aus?

In den Auswertungen der einzelnen Modellerprobungen ist zu erkennen, daß über 30% der Betreuungszeit für den lebenspraktischen Bereich wie Einkaufen, Ernährung, Körperpflege, Haushalt, Umgang mit Geld, Aufsuchen von Ärzten usw. vorzusehen sind. Ein Drittel der Zeit ist für die Aufnahme/Gestaltung sozialer Beziehungen, Tagesgestaltung, Entwicklung der Fähigkeiten/Fertigkeiten, Krisenbewältigung sowie Einzel- und Gruppentermine vorzusehen. Den Rest beanspruchen die institutionellen Tätigkeiten ohne Klienten wie Team- und Dienstgespräche, Dokumentation und Bürotätigkeiten, die indirekten Leistungen. Das Ziel, die Klienten in die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu führen und zu entlassen, ist bei der ungeklärten Leistungszuständigkeit eine Absicht nur für Privilegierte.

Berufliche Integration

Mit dem Verlust der Arbeit geht für die meisten Psychiatrie-Erfahrenen ein Verlust des Sozialstatus, der inhaltlichen und zeitlichen Tagesstrukturierung und der sozialen Beziehungen einher. Bisher besteht die berufliche Rehabilitation fast ausschließlich im Besuch der „Werkstatt für Behinderte“ als Einrichtung des besonderen Arbeitsmarktes. Die Aufgabenstellung einer solchen Einrichtung liegt in einer Beschäftigung von psychisch behinderten Menschen, die nicht in der Lage sind, einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Aufgabenimmanent für jede Werkstatt für Behinderte ist die Suche nach Möglichkeiten für die Eingliederung in das allgemeine Arbeitsleben. Eine Vermittlung auf einen beschützten Arbeitsmarkt wäre eine Zwischenlösung vor der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag der beruflichen Integration aus?

Bisher ist die Vermittlung von der Werkstatt für Behinderte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sehr gering. Die rechtliche Absicherung von Integrationsbetrieben und -projekten wäre eine

Zwischenlösung, die die Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestalten, dass den spezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen wird. Hier finden auch nicht handwerklich begabte Menschen einen Arbeitsplatz in dem Dienstleistungsbereich und der Leitung der Arbeit.

Was ist es mit dem Verhandeln statt Behandeln im komplementären Alltag?

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan beinhaltet vom Konzept ein hohes Maß an Verhandlung statt Behandlung. Ebenso richtet sich das persönliche Budget auf größtmögliche Autonomie des psychisch Behinderten, der seine Bedürfnisse entsprechend seiner fehlenden Fähigkeiten und Fertigkeiten frei wählen kann. Bisher haben wir keine Auswahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der beruflichen Integration entsprechend unserer Fähigkeiten. Sind wir auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschieden, steht uns nur die Berentung, Sozialhilfe, Umschulung und das handwerkliche Arbeiten in der Werkstatt für Behinderte zur Verfügung. Die Möglichkeit für ein Verhandeln ist hier, auf Grund der Diskriminierung und Rahmenbedingungen, nicht gegeben.

Beispiele der partnerschaftlichen Vereinigungen der Selbsthilfebewegung

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.

Neben der organisatorischen Anbindung an den Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. sind wir Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, arbeiten im Deutschen Behindertenrat und international im europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen, einer anerkannten Beraterorganisation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Kommission, sowie im Weltverband von Psychiatriebetroffenen mit. Wir geben Stellungnahmen zu nationalen und internationalen gesetzlichen Vorhaben ab, veranstalten mit dem Dachverband Tagungen und veranstalten jährlich eine 3-tägige Mitgliederversammlung zu aktuellen Themen in einer Jugendherberge. Mitglieder des Bundesverbands führen nationale und internationale Seminare durch und halten Vorträge vor Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, psychiatrischem Fachpersonal und Interessierten. Der Bundesverband bietet seinen Mitgliedern neben der Unterstützung zum Aufbau einer Selbsthilfegruppe, eine telefonische Sozialhilfberatung, Beratung bei Computerproblemen sowie Rechtsberatung an. In der Rechtsberatung wird bis zu 50% das Problem der Akteneinsicht vorgetragen. Eine große Nachfrage nach ihren Erfahrungen haben die verschiedenen Arbeitsgruppen wie Forensik und berufliche Integration. Neben diesen Informationen werden Buchbesprechungen, Aktivitäten des Vorstandes und anderer Verbände, Organisation, Gruppen und Einzelpersonen im vierteljährlich erscheinenden Rundbrief mitgeteilt. Seit 1999 bietet der Bundesverband eine Psychopharmaka-Beratung von einem Psychiatrie-Erfahrenen an, die sehr stark in Anspruch genommen wird, das Netzwerk „Stimmenhörer“, das Forschungsprojekt „Psychose- und Depressionserfahrene erforschen sich selbst“ und vieles mehr. Seit August 2000 hat ein ehemaliges Vorstandsmitglied des Bundesverbands, in Kooperation mit dem Dachverband, eine viertel Stelle für Öffentlichkeitsarbeit, finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit. Weiter führen die Ortsgruppen, auf Anregung von Dorothea Buck und dem

Bundesverband, in über 100 Orten in Deutschland und darüber hinaus Psychose-Seminare und Trialoggespräche durch.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener aus?

In den internationalen psychiatrischen Selbsthilfeorganisationen ist der Bundesverband anerkannt und hat meinungsbildenden Einfluss. In den Gremien mit psychiatrischem und nicht psychiatrischem Fachpersonal werden wir reserviert aufgenommen. Die partnerschaftliche Nachfrage nach unseren Erfahrungen und Erlebnissen vor, in und nach den psychischen Episoden erfährt eine immer größere Nachfrage sowie die Vor- und Nachteile der Psychopharmakabehandlung und die Informationen aus den Arbeitsgruppen.

Landesorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen

Bis heute sind dem Bundesverband 14 Landesorganisationen angegliedert, die den erweiterten Vorstand repräsentieren. Seit 1983 ist Ursula Zingler Mitglied der PSAG Stuttgart. Sie setzte sich über die Jahre dafür ein, dass eine Beschwerdestelle für psychisch kranke Menschen eingerichtet wird. Die Beschwerdestelle nahm 1993 ihre Arbeit auf. Sie fand bundesweite Nachahmung wie z. B. in Bielefeld, wobei die Mitglieder in Stuttgart und Bielefeld bis heute ehrenamtlich arbeiten. Landesorganisationen stellen Vertreter im Landespsychiatriebeirat, Landesarbeitskreis Psychiatrie und regionalen Psychiatriebeiräten - ein Psychiatrie-Erfahrener ist z.B. stellvertretender Vorsitzender des regionalen Psychiatriebeirates - Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), ein anderer ist Mitglied in der Besuchskommission der Forensik. Wir arbeiten in landesweiten Behindertenverbänden mit und veranstalten selbst jährliche Kongresse oder in Kooperation mit anderen Verbänden Tagungen. Psychiatrie-Erfahrene haben in einer psychiatrischen Klinik eine Kochgruppe eingerichtet und bieten eine kognitive verhaltenstherapeutische Psychotherapie an. Wir übernehmen nicht nur in Kooperation mit andern Verantwortung, so hat z. B. Wolfgang Voelzke als Psychiatriekoordinator die verantwortungsvolle Aufgabe der Koordination und Steuerung psychiatrischer Versorgung für die Region Bielefeld übernommen. Am 5. Oktober 2000 wurde in Stuttgart der Verein „Offene Herberge“ gegründet. Von den 5 Vorstandsmitgliedern sind 4 psychiatrieefahren. Auch der Vorsitzende ist Psychiatrie-Erfahrener. Das geplante Projekt besteht aus vier Elementen: der „Villa Zuflucht“, der Therapeutischen Wohngemeinschaft, der Kriseninterventionseinheit und dem „Clubhaus“.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag der Landesorganisationen aus?

Für die 14 Landesorganisationen ist keine einheitliche Aussage hinsichtlich der Partnerschaft mit psychiatrischem und nichtpsychiatrischem Fachpersonal zu treffen. Einzelne Organisationen und Ortsgruppen haben eine gute Partnerschaft mit dem Fachpersonal und erhalten eine ministerielle, logistische und finanzielle Unterstützung. Manche Landesorganisationen bestehen als Arbeitsgemeinschaften ohne Anbindung an andere Behindertenverbände und Organisationen und werden vom Bundesverband unterstützt. Psychiatrie-Erfahrene wie Dorothea Buck, Wolfgang Voelzke, Ursula Zingler usw. konnten mit einer guten verantwortungsvollen Arbeit vor Ort die Akzeptanz in der Partnerschaft mit dem Fachpersonal vorbereiten.

Wie steht es mit dem Verhandeln statt Behandeln in dem Bundesverband und den Landesorganisationen aus?

Der geschäftsführende Vorstand des Bundesverbands, der aus 7 gleichberechtigten GeschäftsführernInnen besteht, legt Wert auf eine Kultur des Verhandeln. Nur in wenigen Organisationen können wir über die aus den 30iger Jahren bestehenden benachteiligenden Gesetze sprechen. Einzelne Personen des Bundesverbands und der Landesorganisationen werden als gleichberechtigte Partner zum Verhandeln eingeladen und fachlich akzeptiert. Einige Vorzeige-Psychiatrie-Erfahrene können das Eis und die Diskriminierung brechen und Vorreiter sein für mehr individuelles und partnerschaftliches Verhandeln statt Behandeln im stationären und komplementären Bereich.

Vision der zukünftigen Situation im psychiatrischem Alltag

Die erste Vision von Wolfgang Voelzke „**Zuerst in den Köpfen und Herzen unserer Gesprächspartner, später in der Praxis, in der einzelne engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind**“ möchte ich ergänzen mit „**Ab jetzt wollen wir für uns selbst und für andere Verantwortung übernehmen - von der Praxis in die Verantwortung**“. Dazu einige Beispiele, wie das Szenario in der stationären Psychiatrie und in der Krisenintervention aussehen soll.

- Psychisch kranke Menschen können zwischen herkömmlicher und alternativer Psychiatrie wählen, die von den Krankenkassen anerkannt sind.
- Alle Menschen, die mehrfach in der stationären Psychiatrie gewesen sind, haben einklagbare Behandlungsverträge und tragen Krisenpässe, die landesweit anerkannt sind.
- Psychisch kranke Menschen können zwischen ambulant und stationär wählen.
- Psychiatrie-Erfahrene sind in die Dienste der stationären Psychiatrie, in psychosoziale Einrichtungen und Krisenintervention integriert und übernehmen gegen Bezahlung mit ihrer Doppelerfahrung leitende, pflegende, psychologische und medizinische Verantwortung.

Im komplementären Alltag werden gegenwärtig die institutionsübergreifenden Konzepte entwickelt und umgesetzt. Hier ist das Szenario differenzierter.

- Das Konzept des Integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplans wird auf den gesamten komplementären Alltag ausgeweitet, die Finanzierung wird neben dem Sozialhilfeträger anteilig von der Krankenkasse übernommen.
- Die Psychiatrie-Erfahrenen sind als Anwälte bei der Erstellung des IBRP anwesend und werden in der Aufnahmekonferenz zu den Problemen gehört.
- Psychiatrie-Erfahrene unterstützen und beraten psychisch behinderte Menschen in dem persönlichen Budget in allen Bundesländern und werden im Begutachtungsverfahren gehört.
- Psychiatrie-Erfahrene arbeiten und leiten handwerklich- und dienstleistungsorientierte Integrationsfirmen und -projekte. Die flexible Arbeitszeit ist auf jeden Psychiatrie- Erfahrenen zugeschnitten

- Psychiatrie-Erfahrene nehmen die Position von Patientenvertrauenspersonen ein.

In der institutionellen Partnerschaft der Selbsthilfebewegung sieht das Szenario wiederum anders aus.

- Es gibt keine rechtlichen Benachteiligungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Psychiatrie-Erfahrenen sind in Forschung und Lehre integriert
- Medizinische, juristische, psychologische und andere Beratungsdienste werden vom Bundesverband landesweit angeboten mit der Möglichkeit des Verbandsklagerechts.
- Psychiatrie-Erfahrene sind in allen Behindertenverbänden und Organisationen bundes- und landesweit gleichberechtigtes Mitglied und übernehmen Verantwortung auch für andere Behindertenverbände.
- Auch in der Verwaltung tätige MitarbeiterInnen haben Doppelerfahrung.
- Die Mitgliedschaft im Bundesverband und den Landesorganisationen bedeutet keine Stigmatisierung sondern ist selbstverständlich für alle Menschen, die psychische Krisen erlebt haben.
- Die Verbände und Organisationen werden von den Ministerien, Krankenkassen und anderen Organisationen bevorzugt unterstützt.

Fazit

Bei der Analysierung der letzten 25 Jahre trafen sich Psychiatrie-Erfahrene und psychiatrisches Fachpersonal in einer teilweise fruchtbaren Kommunikation. Die Konzepte der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung sowie der partnerschaftlichen Vereinigungen der Selbsthilfebewegung sehen eine Kooperation, die keine Bedingungen stellt, vor. Jedoch besteht der gegenwärtige Dialog mit Vertretern des BPE wie es das Bild darstellt - vorausgesetzt, er fügt sich in die vorgegebenen Strukturen ein.

Ausgewählte nicht übliche Literatur

Bücher:

Bock, Th. (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag

Bock, Th.; Deranders, J.E.; Esterer, I.; (1996): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. 5., unveränderte Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag

Braun, J.; Kettler, U. (1996): Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung. 2. Auflage. Leipzig/Berlin: ISAB Verlag

- Dietz, A.; Pörksen, N.; Voelzke, W.; (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Finzen, A.; (1996): „Der Verwaltungsrat ist schizophren“: die Krankheit und das Stigma. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Finzen, A.; (2000): Schizophrenie - die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Kempker, K. (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Kempker, K. (2000): Mitgift. Notizen vom Verschwinden. Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Kempker, K.; Lehmann, P. (1993): Statt Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Knuf, A.; Gartelmann, A.; (1997): Bevor die Stimmen wiederkommen - Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Lehmann, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie. Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken (Band 1). Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Lehmann, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie. Wie Psychopharmaka den Körper verändern (Band 2). Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Lehmann, P. (1998): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern. Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Lehmann, P.; (1990): Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. 2. Auflage Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Stark, F.-M.; Bremer, F.; Esterer, I. (1997): Ich bin doch nicht verrückt...: erste Konfrontationen mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Weber, P.; Steier, F.; (1998): Arbeit schaffen. Initiativen, Hilfen, Perspektiven für psychisch Kranke. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Wehde, U. (1991): Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Werner, R. (1995): Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment. Washinton, D.C.: American Psychiatric Press
- Werner, W.; (1998): Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Zehentbauer, J. (1997): Chemie für die Seele. 8.,aktualisierte Auflage. München: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise
- Zerchin, S.; (1990): Auf der Spur des Morgensterns - Psychose als Selbstfindung. München: List

Aufsätze und Vorträge

Bellion, R.: Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe. In: Bock, Th., Weigand, H.: Hand-werks-buch Psychiatrie. Psychiatrie Verlag 4., vollständig überarb. Auflage Bonn 1998

Bellion, R.: Die Zeit danach. In: P. Lehmann, Psychopharmaka absetzen. Berlin 1998

Buck, D.; 50 Jahre nach Beginn der „Euthanasie Morde“. 41 Gütersloher Fortbildungswoche

Buck, D.; Die Psychose - eine therapeutisch noch ungenutzte Bildersprache der Seele. Plädoyer einer Betroffenen. In: Hamburger Ärzteblatt, Heft 5, 10 Mai 1994

Buck, D.; Zur Einweihung des Erinnerungs- und Mahnmals für die in Bethel von 1934-45 zwangssterilisierten Menschen am 18. Juni 2000

Buck-Zerchin, D.-S.: Das Leiden am medizinischen Krankheitsmodell der (Gemeinde)-Psychiatrie. Vortrag beim Reha-Kongress am 5. Mai 2000 in Hamburg

Kettler, U.; Selbsthilfe im gemeindeorientierten Psychiatrieverbund. Zur Partizipation psychiatrieerfahrener Menschen und ihrer Angehörigen In: selbsthilfegruppen nachrichten 1998

Lehmann, P.: Förderung der psychischen Gesundheit und Vermeidung psychischer Störungen durch Empowerment: Ist Psychiatriepolitik ohne echte Beteiligung der Psychiatriebetroffenen möglich? Vortrag bei der Europäischen Konferenz „Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Integration“ Tampere (Finnland) 10.-13.10.1999

Lehmann, P.: Psychopharmaka nehmen oder ablehnen? Psychiatrie reformieren oder abschaffen? Ein unauflösbarer Widerspruch? Rede bei der Tagung des BPE e.V. in Kassel 12. Oktober 1997. Antipsychiatrie Verlag

Lehmann, P.: Soteria und Empowerment. (1997) Antipsychiatrie Verlag

Voelzke, W.: Auf dem Weg zum Dialog. Macht und Ohnmacht in den Beziehungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychosoziale Umschau 2/1994

Voelzke, W.: Experte für die eigene Erkrankung. In: Wienberg, G.: Schizophrenie zum Thema machen 2. Auflage (1997). Bonn: Psychiatrie Verlag

Voelzke, W.: Mit Psychosen leben lernen. Kerbe 1/1996

Voelzke, W.: Psychiatrie demokratisieren. Soziale Psychiatrie 4/1995

Voelzke, W.: Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener; Referat für die Fortbildungsreihe im Psychiatrischen Krankenhaus Herborn, 20.1.1998

Voelzke, W.; Prins, S.; Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: Dörner, K.: Akutpsychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche 1993

Voelzke, W.; Zingler U.; Ab heute wird man mit uns rechnen müssen. Psychosoziale Umschau 4/1992

Wagner, F.-J.: Löchrige Vernetzung? Gemeindepsychiatrische Versorgung. Kerbe 2/2000

Wagner, F.-J.: Psychisch Kranke gehen in die Offensive. Psych. Pflege 5/1999

Wagner, F.-J.: Psychisch Kranke gehen in die Offensive. Selbsthilfe 2/2000

Wagner, F.-J.: Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz. Kerbe 1/1998

Wagner, F.-J.: Vorstellung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (LVPE). moderne zeiten 1/1998

Wagner, F.-J.; Alternativen in der Akutpsychiatrie. Kerbe 4/1997

Wagner, F.-J.; Unterschied zwischen gesunden und kranken Tagen? In: Bilder aus gesunden und kranken Tagen. Herausgeber: Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, Badenheim 2000

Zingler, U.: Der steinige Weg zur Stuttgarter Beschwerdestelle. Psychosoziale Umschau 4/1994

Dokumentationen

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.; Krisenintervention im ländlichen Raum; Fachtagung am 24.10.1998 in Trier

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.; Neue Wege für psychisch Kranke - Integrationsfirmen; Fachtagung am 25.09.1999 in Mainz