

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Fax: 0234/ 640 510 3

im Internet unter
www.bpe-online.de

Ehrenvorsitzende Dorothea Buck,
Brummerskamp 4, 22457 Hamburg

Geschäftsführender Vorstand:

Dagmar Barteld-Paczkowski, Detlef-H.-Rötger-Straße 48, 25524 Itzehoe
Elke Bücher, Büro Bücher, Ernst-Moritz-Franzen-Str. 12, 42719 Solingen
Jurand Daszkowski, Carl-Peterson-Str. 24a, 20535 Hamburg
Ruth Fricke, Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Klaus Laupichler, Am alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen
Martin Pflaum, Bruno-Peters-Berg 5, 15230 Frankfurt/Oder
Doris Steenken, Spindelstr. 27, 49080 Osnabrück

Erweiterter Vorstand:

Ursula Zingler, Ginsterweg 7, 74348 Lauffen (BW)
Reinhold Sager, Schirmbeckstr. 8, 83022 Rosenheim (BAY)
Annette K. Lorenz, 10717 Berlin, Nassauische Str. 4 (B)
Christine Pürschel, Hans-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)
Detlef Tintelott, Carl-Severing-Str. 63, 28329 Bremen (HB)
Achim Schultz, Holbeinstr. 8, 22607 Hamburg (HH)
Sylvia Kornmann, Sandgasse 13, 35578 Wetzlar (HE)
Magdalena Bathen, Achtemkamp 6, 26197 Huntlosen (NS)
Matthias Säbt, Landgrabenstr. 16, 44652 Herne (NRW)
Peter Weinmann, Großherzog-Friedrich-str. 52, 66121 Saarbrücken (S)

Bankverbindung:

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

Franz-Josef Wagner, Gratianstr. 7, 54294 Trier (RP)
Carola Feindt, Hobuschgasse 5 06844 Dessau (SA)
Matthias Schuldt, Adlerstr. 15, 23554 Lübeck (SH)
Dr. Jochen Glaubrecht, Dorfstr. 13, 99198 Erfurt (TH)



**Heimsituation / Alternativen zur Psychiatrie / Erfahrungsberichte /
Buchsprechungen / Psychopharmaka und vieles mehr...**

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>Seite:</i>
Impressum	2
Vorwort	3
Stellungnahme zur Gewalt, vornehmlich auf den psychiatrischen Akutstationen <i>Von Klaus Laupichler</i>	4
Krisenpension in Berlin <i>Von Reinhard Wojke</i>	5
Rückzugsräume ; Leistung der integrierten Versorgung nach § 140 a Abs. 1 SGB V <i>Von Wolfgang Faulbaum-Decke</i>	8
Hände weg von Taschengeld <i>Von Klaus Laupichler</i>	9
<hr/>	
Wie es dazu kam, dass ich aus dem Heim floh <i>Von Klaus Laupichler</i>	10
Ich will nie ins Alterheim	11
In der Hölle der Psychiatrie <i>Von Doris Steenken</i>	12
Lesungen <i>Veranstaltungshinweise</i>	13
Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. zum Beschluss des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung vom 09.11.2006 zu „Zwangseinweisung, Unterbringung, Zwangsmaßnahmen“.	14
Schwarz-Gelb will entfesseln (aus der TAZ vom 5.1.06)	15
Susanne Fricke / Iver Hand: Zwangsstörungen verstehen und bewältigen – Hilfe zur Selbsthilfe <i>Von Peter Lehmann</i>	16
<hr/>	
Am Todespol der Seele/Geschichte einer depressiven Psychose <i>Buchbesprechung von Ursula Zingler</i>	16
Historiker geben „Euthanasie“-Opfern ihre Namen zurück <i>Von Ruth Fricke</i>	17
Denkmal für die vergessenen Opfer der Aktion T4 (Tiergartenstraße 4)	18
Euthanasieopfer im Dritten Reich <i>Von Klaus Dömer</i>	19
Auf der Spur des Morgenstern <i>Buchhinweis</i>	20
Hilfe für die Seele <i>Veranstaltungshinweis der LVPE Saar</i>	21
Ausgesuchte Teile eines Interviews mit Robert Whitaker, <i>zusammengestellt von Kalle Pehe</i>	21
<hr/>	
Zyprexa: Ein Rezept für Diabetes, Krankheit und frühen Tod <i>Leonard Roy Frank; Deutsche Übersetzung: Thomas Gotterbarm</i>	24
Würde, was ist das? Wie bekomme ich Kontakt zu meiner Würde? Veranstaltung Darmstadt, Vortrag am 01.11.2005, Referentin: Martina Rogler <i>Zusammengefasst von Anke Griesel</i>	28
DGPPN-Kongress 2005	
Eindrücke vom TRIALOG-Forum/DF-002 Diskussionsforum <i>von Anke Griesel</i>	29
Innenansichten <i>von Tanja Afflerbach</i>	31

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE),
Redaktion: Tanja Afflerbach & Reinhard Wojke Holsteinische Str. 39, 10717 Berlin (V.i.S.d.P. + Layout). Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.
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 05 102
E-Mail: bpe-rundbrief@web.de
Redaktionsschluss: 30. April 2006

Liebe LeserInnen des Rundbriefes,

Wir haben es dieses Mal nicht geschafft, den Rundbrief pünktlich heraus zu bringen. Das hat verschiedenen Ursachen:

- Es waren nicht genügend Beiträge wie sonst üblich da.
- Auch ein Aufruf in der Mailingliste erbrachte keine Flut von Beiträgen.

Was ist also bundesweit los, dass es nicht so viel zu berichten gibt? Wir hoffen auf Euch, dass der nächste Rundbrief eine andere Sprache spricht.

Nun mal etwas zu dieser Ausgabe. Es gibt Neues zu berichten, was das Thema Alternativen zur Psychiatrie betrifft. Mehr dazu in dieser Ausgabe. Auch das Thema Heim hat einen Schwerpunkt in dieser Ausgabe und wir freuen uns, dass Klaus Lauplicher mit seinen Beiträgen Leben in dieses wichtige Thema bringt. Wir hoffen, dass dieses Thema weiter in den nächsten Ausgaben vertieft werden kann.

Natürlich ist der Dauerbrenner Psychopharmaka mit dabei. Dieses Thema soll in einer Sonderbeilage im Rundbrief Nr. 3/06 mit 20 Sonderseiten bedacht werden. Die Rundbriefredaktion und Matthias Seibt arbeitet an dieser Sonderbeilage zusammen in der Aufbereitung des Themas. Eure Erfahrungsberichte zu diesem Thema sind gefragt und wir freuen uns auf Eure Zuschriften...

Bezogen auf den Namensrechtstreit hätten wir gerne Euch etwas Neues mitgeteilt, aber es gibt nur berichten, dass der Streit offenbar bei Gericht in der nächsten Instanz geklärt wird.

OLG Celle geht auch in die nächste Instanz, bis wir also endgültige rechtliche Klarheit haben, obliegt wieder mal bei einem Gericht...

Zum Abschluss noch was Rundbrief Internes: Auf Grund der langen Bearbeitungszeiten, haben wir uns Berlin nach einer neuen Druckerei umgesehen. Preislich und in der Bearbeitungszeit können wir dann hoffentlich aufatmen. Statt 6 Wochen sind 3 Wochen Bearbeitungszeit für den Druckauftrag incl. Versand an die Mitglieder in Aussicht. Anders wird für uns in diesem Jahr für uns eine pünktliche Aufbereitung in Hinblick auf die Jahrestagung in Kassel nicht möglich sein.

Apropos Jahrestagung in Kassel: Die Ausgabe 2/06 dient der Vorbereitung und Veröffentlichung von Anträgen für die MV in Kassel. Also sendet Eure Anträge schon mal der Redaktion zu, damit in der Ausgabe 3/06 eventuelle Gegenanträge gestellt werden können.

Mit herzlichen Grüßen im Auftrage der Redaktion

Reinhard

p.s.: Auch diese Ausgabe wird online erscheinen auf der Homepage des BPE unter:

www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm
(Übersichtsseite vom BPE Rundbrief)

Sonderbeilage zum Thema Psychopharmaka

Zum Rundbrief 3/2006 soll es eine 20-seitige Anlage oder Beilage zum Thema Psychopharmaka geben. Für dieses Sonderheft, das bei Gelingen auch unabhängig von Rundbrief 3/2006 weiter aufgelegt werden soll, suchen wir Beiträge.

Bitte an:

BPE, Matthias Seibt, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax -03

Email: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de oder bpe-rundbrief@web.de

Nur für BPE-Mitglieder

Ronald J. Bartle,

Computerexperte des BPE bietet Computer-Beratung bei Problemen aller Art als Serviceleistung an. Z. B. bei Kauf, Gebrauchtkauf, Aufrüstung, Hilfe bei Software-Problemen und Beantwortung von Bedienerfragen, auch für Anfänger/innen.

Terminabsprachen unter:

Tel./Fax: 030-68080944,

Handy: 0174-8040487,

E-Mail: bartle.berlin@freenet.de

Nur für BPE-Mitglieder

Kostenlose Rechtsberatung

Rechtsanwältin

Sabine Kuhlmann

Hindenburgstr. 21

32257 Bünde

Tel. 05223-188553

Email: info@kuhlmann-recht.de

Schwerpunkte:

Betreuungsrecht, Schuldnerberatung,

Sozialrecht,

Rentenversicherungsfragen,

Familienrecht.

Nur für BPE-Mitglieder

führt die

Dortmunder Selbsthilfe,

die auf diesem Gebiet 26 Jahre Erfahrung hat, telefonische

Sozialhilfeberatung

unter

Tel.: 0231-98 653 68

durch.

Anrufe Montag –Freitag von 16.00 – 19.00 Uhr.

Telefonkosten müssen selbst getragen werden.

Stellungnahme zur Gewalt, vornehmlich auf den psychiatrischen Akutstationen

Von Klaus Laupichler im Dezember 2005

Gewalt gilt immer noch als ein Tabuthema in der Psychiatrie. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass z.Z. aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln darüber öffentlich diskutiert wird. Ich möchte zu diesem Thema Stellung nehmen aus der Sicht des „Täters“, der in manischen Phasen Gewalt ausgeübt hat, und aus der Sicht des „Opfers“, nämlich einer Person, die während mehr als 5 Jahren Aufenthalt in der stationären Psychiatrie Gewalt ertragen musste.

Mich graust es immer wieder, wenn ich auf eine Station „meiner“ Heidenheimer Psychiatrie komme und das Notbett, das für Fixierungen gerichtet ist, sehe. Und dies, obwohl ich in „meiner“ Psychiatrie noch nie fixiert wurde und zur Minimierung von Gewalt an einem Fixierungsstandard mitgearbeitet hatte. Die Teilnahme an dieser Arbeitsgruppe in „meiner“ Psychiatrie war für mich hart. Ich konnte nicht an allen Sitzungen teilnehmen, da ich feststellte, wie oft ich „zu Unrecht und aus Bequemlichkeit“ fixiert worden war.

Die Anhänger der sog. Antipsychiatrie tun so, als seien Fixierungen nur als eine reine Machtdemonstration der Psychiatrie anzusehen. Ich hingegen deutete die Fixierungen in einer guten Psychiatrie als ein Eingeständnis der Ohnmacht gegenüber bestimmten Phasen einer psychischen Erkrankung.

Fixierungen verletzen erheblich die Würde des Menschen. Dieser traumatische Eingriff erfolgt zudem in einer Situation, in der der Mensch besonders würdevoll behandelt werden sollte, denn er ist auf dem Weg, sein Ich zu finden. Das sollte ausreichend Grund sein, auszuschließen, dass man stundenlang in seinen Ausscheidungen liegen bleibt und nicht die Möglichkeit hat, die primitivsten und lebensnotwendigsten Alltagsgeschichte zu verrichten.

Dringend ist geboten, dass man mit dem Fixierten spricht, und versucht, das traumatische Erlebnis niedrig zu halten. Ich bin froh, dass das in vielen Psychiatrien schon gemacht wird. Wichtig ist für mich aber auch, dass mit der betroffenen Person über die die Fixierung auslösende Handlung gesprochen wird. Mit mir wurde darüber nie gesprochen. Darum sind für mich heute noch die Situationen belastend, in denen ich Gewalt angewendet habe und schuldig wurde. Mich verfolgen in Alpträumen noch die Schläge, die ich meinen Kollegen in den Akutstationen angedroht habe. Mir liegt bis heute noch sehr schwer meine Arroganz während der damaligen manischen Phasen auf dem Magen, da ich damit meinen besten Freundeskreis zerstört habe. Über dieses mein Verhalten wurde nicht gesprochen oder es wurde leichtfertig darüber hinweg gegangen. So wurde mein

Verhalten während der manischen Phasen auch zu einem Auslöser der schweren depressiven Phasen, unter denen ich dann später litt. Allerdings bin ich der Meinung, dass mit diesem Thema der Psychiater überfordert ist, vor allem auch weil er zu wenig Zeit dafür zur Verfügung hat. Die Bearbeitung dieser Prozesse gehört in die Hände eines Klinikseelsorgers, weil es ohne Vergeltung nicht geht, will man wieder zur Ruhe kommen und Frieden mit sich schließen. Ich würde gerne einmal dieses Thema in einem Arbeitskreis unseres Bundesverbandes bearbeiten. Aber die Rückmeldung waren nicht ermutigend: Wenn du so bist, wenn du so gewalttätig bist, dann gehörst du in den Knast. Es ist doch nicht richtig, totzuschweigen, dass Gewalt von manch einem Psychiatrie-Erfahrenen ausgeht, da wir per se heilig und die friedfertigsten Mitmenschen sind. Es ist nicht richtig, zu behaupten, dass Gewalt nur von den Psychiatern ausgeübt wird.

Ich war lange Zeit als ein zur Gewalt neigender Patient bekannt. Das hatte zur Folge, dass ich in einer Uniklinik sofort mit Neuroleptika so voll gestopft wurde, dass ich nicht mehr handeln konnte. Während dieser Aufenthalte war ich dann auch sehr friedlich, nur der vollgesabberte Pullover zeigte die Länge des Aufenthaltes an. Der Preis: Ich war pharmazeutisch so fixiert, dass an eine Therapie nicht zu denken war und ich nach 8 – 12 Wochen wieder entlassen wurde, ohne dass ich einen Zugang zu meiner Handlungsweise gefunden hätte. Damit hatte ich auch keine Chance, mein Verhalten zu ändern. So tappte ich später wieder in die gleiche Falle. Alles wiederholte sich total. Die Schäden bei meinem Freundeskreis und in meiner Familie wurden immer größer. Ich geriet in einen Strudel und landete zuletzt als aggressiver Penner volltrunken und vereinsamt auf der Straße. Diese pharmazeutischen Fixierungen führten in den gesellschaftlichen Tod und in die persönliche Katastrophe, aus der ich mich nur mit viel Glück und Unterstützung nach einem erneuten Supergau heraus arbeiten konnte.

Ich war richtig froh, als man mir in einer Landesklinik nur mit körperlicher Fixierung drohte, falls ich aggressiv reagieren sollte. Ich erhielt wenige Medikamente, die mich nicht wochenlang Therapie unfähig machten. Weil ich nun nur noch wenige Medikamente bekam, konnte ich an den Therapien teilnehmen und meine Aggressionen dosiert beim Sport und Spaziergang heraus lassen. Im Nachhinein bin ich immer noch sehr froh über die Geduld des Pflegepersonals und meines Psychiaters, der meine Aggressionen aushalten musste. Arg fiel ich damals meinen Mitpatienten auf den Wecker, aber das war der einzige Weg, um zu einem friedlichen Leben zu finden. Ich hatte einen sehr starken Bewegungsdrang, war innerlich sehr aufgewühlt und aufgrund meiner fast aus-

sichtslos erscheinenden Situation sehr aggressiv. Schon alleine, dass ich kaum Taschengeld hatte und jeden um eine Zigarette anschnorren musste, sorgte für eine missliche Situation.

Es war ein langer Weg, bis ich ins Leben zurück fand. Und da meine Scham übergroß war, traute ich mich aus dem Getto der Landesklinik nicht heraus und brauchte für lange Zeit diesen Schutz. Schon aus diesem Grund stehe ich den kurzen Liegezeiten sehr kritisch gegenüber. Aussöhnende Arbeit kann m.E. nur in den Kliniken erfolgen und nicht in Heimen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

Das soll aber nicht heißen, dass ich Fixierungen als notwendige Therapiemaßnahme ansehe. Für mich sind Fixierungen der allerletzte Ausweg aus einer verfahrenen Situation und sind gleichzusetzen mit dem Offenbarungseid eines jeglichen psychiatrischen Pflorgeteams. Ich bin sehr dankbar, dass in „meiner“ Klinik ein Standard entwickelt wurde, der vor allem auf Deeskalation setzt. Das heißt, dass man in der Musiktherapie auf die Pauke haut, dass der Boxsack oder das Kissen malträtiert werden kann. Das kann auch heißen, dass zwei Pflegekräfte mit dem Kandidaten einen längeren Waldspaziergang machen. Das kann weiter heißen, dass man zur Ergotherapie geht oder stundenlang entspannende Bäder genießt. Die Einhaltung dieses hilfreichen und wirkungsvollen Maßnahmenkatalogs ist zeitintensiv. Und so beschleicht mich die Angst, dass diese Leistungen auf Dauer nicht erbracht werden können. Das Pflegepersonal ist ohnehin schon überfordert und es mangelt bei all den Reformen an Geld, weiteres für diese Arbeit einzustellen.

Wenn es dennoch zu einer Fixierung kommt, dann sollte eine qualifizierte Sitzwache zugeordnet werden. Es ist nichts schlimmer als 12 Stunden in seinen eigenen

Ausscheidungen zu liegen und ungehört zu bleiben. Auch sollte einem Raucher hin und wieder eine entspannende Zigarette gereicht werden. In unserer Klinik berät zudem das Team spätestens alle zwei Stunden, ob man die Fixierung aufheben oder lockern kann. Auch wird die Fixierung als Möglichkeit gesehen, einen neuen Kontakt zum Fixierten knüpfen zu können. Es werden nur leicht entspannende Medikamente gegeben, vor allem keine Depotspritzen. Eine Fixierung darf auch niemals als eine Strafaktion angewandt werden. Ganz wichtig ist, dass der Patient seine Notdurft mit einer Bettpfanne aus Plastik verrichten kann und dass die Gurte richtig angelegt sind. Sie dürfen weder eindringen noch einschneiden. Aber wie schon gesagt, jede Fixierung kommt einem Offenbarungseid gleich und die Psychiatrie gesteht ihre eigene Ohnmacht ein.

Deshalb sollte schon beim Bau einer Station auf Deeskalation geachtet werden. So sollten z.B. die Mitarbeiter miteinander harmonisieren. Für mich sind Bezugspfleger unheimlich wichtig. Ich habe auch die Entdeckung gemacht, dass es auf hellen freundlichen Stationen weniger zur Gewalt kommt als auf dunklen oder mit Gittern versehenen Stationen. Dass es wesentlich darauf ankommt, wie man behandelt wird, ist unbestritten. Mir stellt sich zudem die Frage, ob nicht Tiere auf den Stationen zugelassen werden sollten. Von meiner Schwester, die ein Pflegeheim mit leitet, weiß ich, dass ein kleiner Hund auf der Station wahre Wunder bewirkt.

Auch wünsche ich mir, immer in eine Soteria aufgenommen zu werden, die Wert legt auf Gemeinschaft – auf das Miteinander von Betroffenen, Psychiatern, Ergotherapeuten und vor allem dem Pflegepersonal. Auf diese Weise sollte es möglich sein, den eigenen Ausnahmezustand ohne viel Aufwand, möglichst ohne Psychopharmaka, zu überleben.

Krisenpension in Berlin

Die Gesprächslose Psychiatrie haben wir weiterhin zu beklagen

Von Reinhard Wojke

Es war einmal vor langer Zeit, 3 Jahre ist es her, da machten sich die beteiligten Träger der Gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung innerhalb der PSAG Tempelhof-Schöneberg auf den Weg, andere **Lebensräume für Menschen in Krisen** bei uns in der Pflichtversorgung zu schaffen. Ein Märchen ist dabei für mich wahr geworden.

Es begann damit, dass Theiß Urbahn über seine Erfahrungen der mit Soteria-Elementen betriebenen Station innerhalb der Pflichtversorgung in Gütersloh berichtete.

„Psychiatrie-Erfahrene sind die Experten für sich selber.“ „Schließlich kenne ich mich ein Leben lang.“

Mit solchen Sätzen hatte ich Theiß Urbahn kennen gelernt. Es klang für mich wie in einem Märchen, als ich den Satz von Theiß hörte: „Man kann eine Psychose

auch ohne Medikamente ausleben oder auch mit so wenig wie möglich Psychopharmaka.“ Und dann erzählte er mir von Gütersloh.

In Berlin also fanden sich mehrere Träger bereit, eine Bestandsaufnahme zu machen, welche Alternativen es zur Klinik gibt.

Das Weglaufhaus nebst PraktikantInnen und Thilo von Trotha stellten sich in der Arbeitsgruppe vor mit ihrem Konzept von der „Villa Stöckle“. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass wir etwas auf die Beine stellen wollen. Das KuB (Ableger des Krisendienstes SüdWest) hatte schon ein Konzept für eine Ausruhwohnung entworfen, allerdings nur für 24 Stunden. Freiraum e.V. hatte schon eine Mini-Krisenwohnung betrieben. Es gab Ärger mit den Nachbarn und sie mussten die Wohnung aufgeben und somit war eine Alternative im Bezirk da-

hingeschieden.

Also folgte jetzt aus den Gesprächen, dass wir ein Konzept schreiben, das auch die skandinavischen Erfahrungen und die speziellen Erfahrungen aus Triest (Italien) einbeziehen sollte.

Die Klinik innerhalb der Pflichtversorgung mauerte mit den Argumenten, dass es dann 2 unterschiedliche Patienten auf einer Station geben würde. Die einen bekommen das was sie brauchen, die anderen bekommen das nicht. Und dass alle das bekommen, was sie eigentlich brauchen, das wollen wir nicht – das hieß dann im Klartext: **Wir machen da nicht mit.**

Eine Wohnung bietet ein entspanntes Umfeld

Eine Wohnung hat gegenüber einer Klinik viele Vorteile: Es gibt eine Küche, dort tobt auch mal das Leben, wer Hunger hat, kann sich einfach auch nachts um 2 Uhr ein Brot, eine Suppe, einen Kaffee zu sich nehmen, ohne dass er wegen Unruhe ein Medikament nehmen muss. Nein, es ist möglich da zu sitzen, wenn man es wünscht, dann ist auch die Nachtwache gerne bereit, ein Gespräch mit Dir zu führen, eine Zigarette mit Dir zu rauchen, oder einfach da zu sein. Was Du an Kontakt oder an Unterstützung brauchst, bekommst Du. Du brauchst es nur

zu sagen. Es kann vorkommen, dass wir uns auch ganz ohne Worte verstanden haben. Wir können ebenso blödeln, singen, und `ne Menge Spaß haben...

Ein anderer Aspekt einer Wohnung ist: Es ist hier kein Psychiater in der Nähe, der mir meine Rechte als freier Bürger aberkennen kann. Wir haben zwar 2 ÄrztInnen im Team, damit gegenüber Krankenkassen und dem Haftungsrecht die Spielregeln eingehalten werden.

Für die Profis, Angehörige und LaienhelferInnen ist es sehr gut, wenn sie erkennen, dass Betroffene untereinander sehr schnell eine Situation klären können. So können Betroffene sich dann offen äußern und Situation mit der nötigen Ruhe geklärt werden.

Leitsätze zur Krisenbegleitung

Einige Leitsätze für unsere Arbeit innerhalb der Krisenpension:

- ⇒ Wir haben einen gesunden Kern und der ist uns auch wichtig. Von dieser Warte her möchten wir angesprochen werden.
- ⇒ ich entscheide über mich.
- ⇒ **Verhandeln** macht mehr Spaß als **Behandeln**. Vom Objekt zum Subjekt selbstbestimmter Mensch.
- ⇒ Betroffene machen Fortbildungen für Profis innerhalb des Teams.

- ⇒ Qualitätssirkel sind trialogisch besetzt.
- ⇒ Teamsitzungen finden trialogisch statt.
- ⇒ Der Alltag, Essen, Einkaufen, Aufräumen, wird gemeinsam mit den NutzerInnen gestaltet.
- ⇒ Die Krisenpension ist ein geschützter, gewaltfreier und drogenfreier Raum.
- ⇒ Befindlichkeiten, Gefühle sind sehr erwünscht und dürfen gelebt werden.
- ⇒ Über Psychopharmaka-Einnahme oder über das Absetzen von Psychopharmaka entscheidet die NutzerIn.



Psychopharmaka

Hier zeigt sich, dass es wenig Sinn macht, innerhalb kürzester Zeit Psychopharmaka abzusetzen. Außerdem ist es mit dem Absetzen alleine nicht getan. Ich muß vor für mich einiges klären: Was kann ich an meinem Leben verändern oder belassen, damit ich weiterhin mich gut fühle. Dass ich auf meinem Weg bin, dass ich einen neuen Sinn habe, all dies sind sehr wichtige Wirkfaktoren. In welchem Lebensabschnitt befinde ich mich gerade? Brauche ich wieder einen Kalender? Welche Termine nehme ich wahr, engagiere ich mich wieder, ...

Die Krisenpension ist eingebunden in diverse Angebote im Stadtteil.

Im Hintergrund haben wir noch einen S-Bhf (Kontakt und Begegnungsstätte von Pinel e.V.) mit diversen Selbsthilfegruppen, Yoga, Massage, angeleitete Gruppen und noch eine Theatergruppe. Es darf auch in einem Chor, Singkreis, oder auch innerhalb der Wohnung gesungen, getrommelt, gemalt, gezeichnet werden...

An dieser Stelle ein herzliches Danke Schön an Hans-Otto Böckheler (Vorstand Pinel e.V.). Beflügelt von der Triester Erfahrung möchte er gerne in Deutschland ambulante Zentren zur Krisenbegleitung entstehen lassen. Seit 20 Jahren träumt Hans-Otto davon, dass so etwas in Berlin entsteht. Die Krisenpension kommt dem „*Triester Modell*“ sehr nahe, da auch Luciana Degano und Gitta Dressel ihr Bestes dazugeben innerhalb des Projektes. Hinzu kommt noch der Freiraum e.V. mit seinen Angeboten zur Körperarbeit.

Alltag

Nun mal etwas zum Alltag. Ein Dienst ist wieder vorbei und Menschen finden wieder Mut. Zum Weinen, Toben, Ausprobieren und ich lerne wieder Neues hinzu.

Rolle von Schutzräumen in Zeiten ver-rückten Erlebens

Living-Rooms oder besser **Lebensräume** brauchen wir zum Überleben ohne dass uns das Stigma des **Krankseins** vor Augen gehalten wird. Es gibt einen gesunden

Kern, der mich leitet.



ExpertIn in eigener Sache

„Ich bin ExpertIn in eigener Sache“ und ich erinnere mit diesen Worten an eine uns kürzlich aus dem Leben geschiedenen **ExpertIn in eigener Sache**.

Diesen Begriff gilt es zu erforschen. Gespräche mit der Ausbildungsabteilung bei den PsychiaterInnen zwecks dieser Geschichte sind in Aussicht. Wir können auch uns selbstständig darstellen und es macht Spaß auf einem von Lilly gesponserten ersten Psychiatrie-Tag bei der Charité mit Kalles Poster vom BPE einen Vortrag zu beginnen, wobei ich mich bei dieser Gelegenheit bei Kalle und Jari bedanken möchte für dieses Plakat.



Auch der Landesbeauftragte der Stadt Berlin, Heinrich Beuscher war dabei zugegen. „Ob denn auch die Kliniken dieses Projekt unterstützen wollte er wissen. Darauf konnte ich nur antworten: „Ja, es kommen auch Psychiatrie-Erfahrene Menschen auf Empfehlung der Klinik innerhalb der Pflichtversorgung des Bezirkes zu uns. Es hat sich die ganze Vorarbeit an diesem Punkt ausgezahlt. Von dem Moment an, wo wir unsere Arbeit mit der vorhandenen Wohnung beginnen konnten, änderten sich die Fragen. Sie wurden realitäts- und sehr praxisnäher. Der Sinn des Projektes wurde nicht mehr in Frage gestellt. Jetzt lautete die Frage: Wen können wir Ihnen schicken?“

Es ist also an der Zeit, dass die Krankenkassen davon Kenntnis bekommen. Immerhin haben die Krankenkassen als NutznießerInnen bei 38 Menschen sich bis Januar 2006 Kosten für einen Klinikaufenthalt gespart.

Die armen PsychiaterInnen leiten auch unter

der Gesprächslosen Psychiatrie

Ach ja, die PsychiaterInnen leiden auch sehr stark darunter, dass sie ihren KollegInnen nichts aus ihrem Leben erzählen können. Zumindest glauben sie das. Es könnte ja sein, dass Gefühle als pathologisch und als krankhaft oder als Beginn einer Krankheit gewertet werden. Auch sind ein paar freundliche OberärztInnen dazu geneigt, eher noch an den preußischen Ursprung ihrer eigenen Hierarchie zu glauben und das als Entschuldigung ihres oft lebensfremden Mitfühlens anzusehen (Staedt, Spandau).

Mir sind dabei ein paar Krokodilstränen in die Augen gekommen.

Mir sind dabei ein paar Krokodilstränen in die Augen gekommen.

Die Rolle der Angehörigen LV Berlin

Ach ja, der Landesverband der Berliner Angehörigen fordert nun schon, dass jeder Berliner Bezirk eine Krisenpension haben sollte. „Die Krisenpension ist ein nicht wegzudenkender Baustein innerhalb einer gemeindenahen Versorgung“ (J. Crämer).

Wie war das noch mal - ach ja, „gemeinsam sind wir stark“. Diesen Slogan des BPE macht sich der LV Berlin der Angehörigen hier in Berlin zu Eigen. Zu passender Zeit werden wir daran erinnern, dass der Ursprung solcher Ideen bei den erfahrenen Menschen liegt und ihnen zu Gute kommt.

Ich bin froh, dass wir hier Pionierarbeit leisten. Das Projekt wurde begonnen ohne Aussicht auf eine handfeste Finanzierung. Wenn wir gut sind, kommt der Rest schon.

Die Rolle der Betroffenen

Ich meine, wir Betroffenen sollten mit den Krankenkassen über ein persönliches Budget verhandeln. Wie ich gesund werde, dafür bekomme ich das nötige Kleingeld, aber ich bin auch bereit etwas zu tun dafür. Nur die Methode ist etwas ungewöhnlich: Ich vertraue auf meine Kräfte.

Es freut mich außerdem zu sehen, dass auch ehemalige BewohnerInnen den Kontakt mit den anderen BewohnerInnen nicht einfach aufgeben, sondern vorbeikommen und mit anpacken.

Es ist auch das erste Mal, dass ich in Gesprächen gespiegelt bekomme, wie wichtig die Aufbauzeit war. Teilweise sind wir gut vorbereitet und wir lernen durch die Praxis dazu. Es wird auch mal heftig gestritten, aber es existiert eine Atmosphäre von Aufbruch und Entschlossenheit.

Wir bleiben dabei und auch Herr Beuscher wird sicherlich ein Einsehen haben, dass über eine Integrierte Versorgung SGB IV §§140a & ff eine Finanzierung über Krankenkassen möglich sein wird. (Siehe Bremen, Rückzugsräume in dieser Ausgabe)

Wissenschaftliche Begleitung zum Dialog?

Das Projekt wird auch Teil von 3 Magisterarbeiten sein. Es werden noch mehr, denn eine Studentin widmet sich den dialogischen Aktivitäten. NutzerInnenbefragungen zur Zufriedenheit innerhalb des Betreuten Wohnens ist ihr Thema.

So viel erst mal aus Berlin

Krisenpension und Hometreatment

ist ein Projekt von:

- ⇒ BOP&P e.V.
- ⇒ NeSt (Netzwerk Stimmen hören e.V.)
- ⇒ Landesverband Berlin für Angehörige pK e.V.
- ⇒ Einzelfallhilfe e.V., frei-raum e.V., Rose gGmbH
- ⇒ Pinel e.V. und gGmbH, Steg e.V.
- ⇒ Lebensberatung, Schwulenberatung.

Rückzugsräume

Leistung der integrierten Versorgung nach § 140 a Abs. 1 SGB V

Von Wolfgang Faulbaum-Decke

Nun hat auch die integrierte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Bremen Einzug gehalten. Im Bremer Westen gibt es seit September 2004 die "Rückzugsräume" der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY). Betroffene in einer akuten Krise erhalten hier eine kurzfristige Bleibe. Die GAPSY koordiniert die Versorgung, die in enger Zusammenarbeit mit elf niedergelassenen Nervenärzten und -ärztinnen, einer Apotheke und der AOK Bremen/Bremerhaven und der hkk Bremen als Kostenträger stattfindet. Die GAPSY hat das Anliegen, die Partner und Partnerinnen der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung enger miteinander zu verzahnen. Fachliche Ressourcen zu nutzen, Synergien zu schaffen und sinnvoll Kosten zu reduzieren verwirklicht sich mit dieser Versorgungsleistung. Für die Betroffenen bedeutet es, in jeder Lebenssituation gut versorgt zu sein.

Vorzüge der wohnortnahen Akutversorgung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen in einer akuten Krise unterschiedliche Formen der Unterstützung. Viele dieser notwendigen Hilfen konnte das sozialpsychiatrische Versorgungsnetz bisher nicht leisten. Häufig bedürfen die Betroffenen Schutz und sollten ihr häusliches Umfeld nur für einen kurzen Zeitraum verlassen können. Bislang mussten sie eine psychiatrische Klinik aufsuchen. Ein teil- oder vollstationärer Aufenthalt beinhaltet jedoch, sich den Reglements des Klinikalltags unterzuordnen und den Kontakt zur eigenen Häuslichkeit kurzfristig zu verlieren.

Wer keine klinische Behandlung über 24 Stunden benötigt und eine Rückzugsmöglichkeit sowie Geborgenheit sucht, hat mit dem Versorgungssystem "Rückzugsräume" eine wirkliche Alternative gefunden. Wohnortnah werden die Betroffenen ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend medizinisch und sozialtherapeutisch versorgt. Durch kontinuierliche professionelle Nähe fühlen sie sich sicher. Gleichzeitig verlieren sie ihr soziales und häusliches Umfeld nicht aus den Augen.

"Rückzugsräume" beinhaltet maßgeblich den Ansatz der Selbstbestimmung der Betroffenen. Verschiedene Partner zeigen sich verantwortlich, damit die akute Krise überwunden wird: Ärzte, Fachkräfte der GAPSY und

die betroffene Person. Letztere kann die Lebenssituation als vorübergehende Verschlechterung einschätzen und an der Veränderung selbstverantwortlich mitwirken.

Wer kann das Versorgungssystem**„Rückzugsräume“ nutzen?**

Es ist Menschen vorbehalten, die von der GAPSY ambulante psychiatrische Pflege (APP) oder Soziotherapie erhalten und in der AOK Bremen/Bremerhaven und in der hkk Bremen versichert sind. Geraten sie in eine akute Krisensituation, sind zwei Dinge ausschlaggebend: Zum einen sollte ein anstehender stationärer Klinikaufenthalt vermieden werden. Hinzu kommen muss ein deutliches Schutzbedürfnis der Betroffenen.

Personen, die sich selbst oder andere gefährden, sind ausgeschlossen, ebenso wie Menschen, die süchtig sind. Die beteiligten Nervenärzte und -ärztinnen verordnen die Versorgungsleistung "Rückzugsräume", nachdem sie den Betroffenen oder die Betroffene begutachtet haben.

Wie lange kann man „Rückzugsräume“ nutzen?

Grundsätzlich ist die Versorgungsleistung auf 28 Tage beschränkt. Die beteiligten niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie die Fachkräfte der GAPSY begutachten alle sieben Tage den Gesundheitsstatus des betroffenen Menschen. So kann der Aufenthalt und der Umfang der Versorgung den aktuellen Bedürfnissen der Patienten zeitnah angepasst werden.

Wie kann man sich das dafür eingerichtete**„Rückzugshaus“ vorstellen?**

Nur fünf Gehminuten von der Geschäftsstelle entfernt, hat die GAPSY im Bremer Westen zwei großzügige Wohnungen auf einer Etage angemietet: das „Rückzugshaus“. Maximal acht Personen finden in den vier Einzelzimmern und zwei Doppelzimmern Platz. Wenn möglich, werden Männer und Frauen in unterschiedlichen Wohnungen ihren Rückzug finden. Die sonnigen Zimmer sind in hellen Pastelltönen gehalten und liebevoll eingerichtet. Im über 20 Quadratmeter großen Gemeinschaftsraum wird gemeinsam gegessen und der Abend gestaltet. Im gleichen Haus befindet sich auch

die Tagesstätte West des Bremer Werkgemeinschaft e.V. und das Cafe Klatsch, ein Treffpunkt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Wie sieht die Versorgung aus?

An sieben Tagen der Woche in der Zeit von 17 Uhr abends bis 9 Uhr morgens werden die Menschen in einer akuten Krise im Rückzugshaus versorgt. Gemeinsam mit den anwesenden Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen essen sie Abendbrot; danach spielen sie Gesellschaftsspiele, können fernsehen oder auch Musik hören. Durch das gemeinsame Handeln fühlen sie sich in den bedrohlichen Abend- und Nachtstunden sicher und geborgen. Nach dem Frühstück und der täglichen Visite durch die Gruppe der beteiligten Nervenärzte verbringen sie die Zeit zwischen 9 und 17 Uhr in ihren eigenen Wohnungen. Sie werden zeitweise von den unterschiedlichen Fachkräften der GAPSY unterstützt.

Menschen in einer akuten Krise, die nicht in der Lage sind, ihren Tagesablauf weitestgehend selbst zu gestalten, werden von Fachkräften der GAPSY darin unterstützt, das tagesstrukturierende Angebot der Tagesstätte West des Bremer Werkgemeinschaft e.V. zu nutzen. Mittagessen, Kreativ- und Freizeitangebote stehen ihnen dort offen.

Wer sichert die medizinische Betreuung?

Die durchgängige Betreuung der Menschen in Krisensituationen übernehmen die Fachkräfte der GAPSY. Im Hintergrund sind die Fachpflegekräfte der APP oder der Soziotherapie jederzeit erreichbar. Sie bemühen sich um die schnelle Klärung von Fragen oder kommen ins Haus. Ihr Einsatz ist jederzeit kurzfristig möglich. Die beteiligten Nervenärzte und -ärztinnen übernehmen den

medizinischen Hintergrunddienst. Sie sichern die Arbeit der Fachkräfte ab und äußern sich zu behandlungsrelevanten Fragen.

Wie wird „Rückzugsräume“ verordnet?

Ausschließlich die am Versorgungssystem beteiligten Nervenärzte und -ärztinnen begutachten den erkrankten Menschen persönlich. Von medizinischer Seite aus wird bescheinigt, dass die Leistung „Rückzugsräume“ notwendig und möglich ist. Die Ärzte und Ärztinnen werden dabei Fachpflegekräfte der APP oder Soziotherapeuten der GAPSY beteiligen. Auch Familienangehörige werden in die Entscheidung mit einbezogen. Die betroffene Person in der akuten Krise sichert ihre Mitarbeit zu.

Die Leistungen für die Unterbringung beantragt die GAPSY bei der AOK Bremen/Bremerhaven. Eine kurze Problembeschreibung, ein detaillierter Behandlungsplan der APP oder der Soziotherapie sowie eine prognostische Einschätzung sind dafür notwendig.

Der Verbleib in der integrierten Versorgung ist freiwillig. Grundsätzlich ausgeschlossen ist eine zeitgleiche psychiatrische stationäre Unterbringung. Sollte eine stationäre Einweisung notwendig werden, endet die Teilnahme an der integrierten Versorgung. Eine zusätzliche Versorgung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Für weitere Informationen steht Ihnen der Projektkoordinator Herr Thiede unter Tel 0421 17835 -0 oder die Leitung des Rückzugshauses Frau Akil unter Tel. 0421 16501 - 0 gerne zur Verfügung. Wir freuen uns über Interesse an unserem Angebot und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Hände weg vom Taschengeld

Von Klaus Laupichler

Auf meinen Reisen wird mir in Heimen, aber auch in ambulanten sozialpsychiatrischen Wohngruppen von schlimmen Erfahrungen mit dem Taschengeld berichtet.

Viele Psychiatrie-Erfahrene haben sich im Rahmen ihres psychischen Ausnahmezustandes finanziell so sehr übernommen, dass sie oft nicht unbeträchtliche Schulden haben und nicht über den Tellerrand blicken können. Ihnen geht es gleich wie den ganz normalen Mitmenschen, die mit Hartz IV, Arbeitslosengeld II oder mit der Grundsicherung nicht zurechtkommen. Im Gegensatz zu jenen wird jedoch den von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen unterstellt, dass sie nicht mit Geld umgehen können. Die Klinik, weist diese Mitmenschen darum in ein Heim ein und sorgt dafür, dass eine gerichtliche Betreuung eingerichtet wird.

Die Betreuer versuchen dann, die Schulden abzubauen, indem sie das Taschengeld der Heimbewohner hinzuziehen. Wie hoch ist das **Taschengeld** und welches ist sein **Sinn**? Es sind **90 € im Monat**. Das hört sich nach viel an, ist es aber nicht. So müssen die Zuzahlungen

von Medikamenten übernommen werden, ein Eigenanteil fürs persönliche Budget und Gelder für die Körperpflege bereitgehalten werden. Viele, die wie ich teure Medikamente nehmen, sind zudem Raucher, schon um die Isolation und die Nebenwirkungen der Medikamente ertragen zu können. **Muss man dann noch von dem spärlichen Taschengeld Schulden abbezahlen**, sieht man alt aus. Auch **wir haben ein Recht auf die Teilnahme am öffentlichen Leben**, und das kostet nun halt mal Geld. Man denke nur an die Fahrkarte, wenn das Heim in der Einöde liegt. Die **Betroffenen** sollen in die Gesellschaft wieder **eingegliedert werden**, aber das geht ohne ein **ordentliches Taschengeld** eben nicht.

Ich finde, dass die Betreuer und Sozialpädagogen die Hände wegnehmen sollten vom Taschengeld. Wer wenig Geld hat, wird von dieser Gesellschaft ausgeschlossen. Und das hat nun mal auch mit der Würde des Menschen zu tun.

So sind psychisch erkrankte Menschen mehrfach bestraft: Sie sollen Medikamente nehmen, die oft unerträglich

liche Nebenwirkungen haben, und können keinen Sport betreiben, weil das Schwimmbad z.B. zu teuer ist. Sie müssen im Heim runddösen, weil der Besuch von Disco oder Kino nicht bezahlbar ist. Uner-schwinglich ist auch ein gepflegtes Essen in einem Restaurant, das Abwechslung zur Heimkost darstellen würde.

Deshalb sollten wir für ein ungekürztes Taschengeld für Bewohner von Heimen, sozialpsychiatri-

schen Wohngruppen und ambulant betreutem Einzelwohnen kämpfen. Vielleicht können wir auf unserem nächsten Jahrestreffen eine Resolution verabschieden, mit der ich bei den politischen Gremien vorsprechen kann. Eigentlich sollten die Sozialpädagogen und Betreuer einmal ein halbes Jahr mit dem Taschengeld der Heimbewohner auskommen müssen, um überhaupt mitreden zu können.

Wie es dazu kam, dass ich aus dem Heim floh!!!

Von Klaus Laupichler

Nachdem ich mehrfach bewiesen hatte, dass ich alleine nicht wohnen und leben konnte, ging ich ins Heim. Damals konnte ich es mir noch aussuchen, in welches Heim ich gehen wollte. Da war das Großheim mit Schwimmbad und eigenem Friedhof, da war für alles gesorgt. Dann war da noch das kleine Heim inmitten der Stadt Heidenheim, in dem es basisdemokratisch zugehen sollte. Da ging ich auch hin, und mir gefiel es dort. Das Haus war nicht besonders schön. Das Heim war in einer finanziellen Krise, weshalb die Mitarbeiterinnen auf Weihnachtsgeld und einen Teil vom Lohn verzichteten. Es waren alles sehr junge Leute, die zum Teil noch Idealisten waren und wirklich versuchten, einen Gegenpol zur damals noch bestehenden biologistischen Psychiatrie zu bilden. So bekam ich die Konzeption von 1984, ich war begeistert. Es gab 2 Wohngruppen von bis zu 12 Leuten. Man sollte im Heim nur 3 Jahre bleiben, dann langsam ins betreute Wohnen wechseln und von da aus in die Gemeinde, um dort selbstständig zu leben und zu arbeiten.

Aber es kam alles ganz anders. Da war der langhaarige Mitarbeiter, der genau wusste, wie ich gesund werden würde. Darüber war ich sehr erstaunt, denn die 5 Jahre Psychiatrie hatten das nicht geschafft. Er weckte in mir Hoffnung. Jedoch dachte ich, entweder ist der ein Genie oder ein eingebildeter Vollidiot. Nun, bald stellte es sich heraus, dass er kein Genie war.

Wir merkten auch, dass das mit der Basisdemokratie nicht so ganz klappte. Wenn einer etwas falsch gemacht oder etwas Falsches gesagt hat, wurde er umgehend bestraft. So musste ich öfters Brötchen holen oder den Abwasch für die ganze Wohngruppe erledigen.

Ein Prinzip war, dass wir uns gegenseitig erziehen sollten. Aber bei den vielen verschiedenen Krankheiten, bei den unterschiedlichen Charakteren und Bevorzungen Einzelner klappte das nicht. Manche konnten sich aufgrund ihrer Intelligenz und verbalen Ausfälle

dermaßen Freiräume schaffen, dass man vor ihnen Angst hatte und kuschte. Zumal die Mitarbeiter auch zu diesen Personen hielten oder wie wir kuschten. So setzten sie z.B. auf einen Zwangserkrankten große Hoffnung, weshalb er viele Ausnahmen zugestanden bekam. Er bog sich das Reha-Heim zurecht, so wie er es brauchte.

Damit war die demokratische Grundordnung außer Kraft, aber ihm wurde nie wirklich geholfen. Wir erzogen uns nicht selber, wir litten maßlos.

Der Hammer war der Psychiater, der aus dem fernen Ulm alle 14 Tage zur Gruppensite kam. Der hatte lockere Sprüche drauf, die einem wehtaten und verteilte Medikamente wie bunte Smarties. Er achtete nicht auf die Empfehlungen und Warnungen der Hausärzte, weshalb ich mir meine Niereninsuffizienz unter Aufsicht vom therapeutischen Personal einhandelte.

Das alles war schlimm. Noch schlimmer war aber die Tagesstätte. Sie bedeutete für mich ein tägliches Martyrium, denn ich musste mit Holz arbeiten. Damit sollte ich mir, ein Taschengeld dazu verdienen. Jedoch war die Anleitung eine Katastrophe. Mein Anleiter war ein Zivildienstleistender, der wesentlich jünger war und der genau wusste, wie er mich zu erziehen hatte. Dass er ein Abiturient war und ich fast zwei Studienabschlüsse hinter mich gebracht hatte, spielte keine Rolle. Er war sich sicher, wie er mit mir umzugehen hatte. Der Arbeitstherapeut, den ich einmal in der Woche sah, wusste wie man Tee kochte und genoss. Welch eine Therapie. Dass damit mein ganzes Selbstwertgefühl geschrottet wurde, dass der liebe Arbeitstherapeut in der Landesklinik mit mir aufgebaut hatte, - das interessierte niemand. Ich wollte weg hier, mich umbringen. Diese Demütigungen wollte ich nicht mehr ertragen.

Da war noch der neue Mitarbeiter. Der überhäufte uns Bewohner mit richtigen Hassorgien, und machte uns fertig. Er hatte auch einen Lieblingsklienten. Dieser spuckte anderen ins Gesicht, ungestraft natürlich. Die anderen Mitarbeiter meinten halblaut, das sei richtig so und der



neue Mitarbeiter bringe Schwung ins Heim. Für mich wurde es ungemütlich. Ich brauchte immer mehr Medikamente.

Dann kam ein neuer Zivi. Das war ein junger Mann, den ich anfangs nicht mochte. Hautenge Kleidung am muskulösen Körper. Opel Manta und natürlich eine blondhaarige Friseurin als Freundin. Später, als das mit seiner Freundin aus war, hatte er ein Strohhallen auf dem Beifahrersitz. Er kam morgens ab und zu etwas später und sah nicht so aus, als ob er mit dem Sandmännchen zu Hause ins Bett gegangen wäre. Aber er war ein Pfundskerl und verbreitete großen Optimismus. Im Gegensatz zu den anderen Zivis hatte er einen Beruf: Er war ein mit allen Wassern gewaschener Zimmermann. Dem klage ich mein Leid. Auf die Supervision der Mitarbeiter piff er, und er machte mich reif für die WfBM. Das war meine Rettung. Vor allem auch deshalb, weil ich über einen anderen Psychiater zu einer geringeren Dosierung meiner Medikamente kam. Zu der verlogenen Gruppensitzung ging ich nicht mehr.

Der verhasste Mitarbeiter wurde Organisationsleiter.

Es wurde Zeit, dass ich auszog. Der Zimmermann kam mit Opel Manta sowie einem großen Anhänger und ich zog ins betreute Wohnen. Mein Freund Harald ließ sich auf einen Machtkampf mit dem neuen Orga-Leiter ein, um seinen Auszug aus dem Heim zu erreichen. Als er dies nicht durfte, beendete er sein Leben auf dem Bahnhof Günzburg unter einem Intercity. Was so oder so Blödsinn war, denn die Heime haben nicht die Erlaubnis, unsere Grundrechte außer Kraft zu setzen.

Aus dem idealistisch orientierten Verein wurde im Laufe der 25 Jahre ein knallhartes wirtschaftliches Unternehmen. Mir blieb zur Erinnerung meine Niereninsuffizienz, wegen der ich viel trinken muss. Jedoch habe ich keine Lust, rechtlich vorzugehen. Mir ist bekannt, dass Beklagte mehr Ausreden haben als Mäuse Löcher in ihrem Bau. Jetzt lebe ich einigermaßen zufrieden mit meinen Handicaps in einer kleinen Sozialwohnung. Die Konzeption vom sozialpsychiatrischen Wohnen habe sich geändert, heißt es. Das scheint zu stimmen: Man hört über das Heim genau so viel wie über einen Friedhof.

Ich will nie ins Altersheim!

Wenn ich einmal in später Zukunft alt und klapprig bin, werde ich bestimmt nicht im Altersheim gehen, sondern auf ein Kreuzfahrtschiff. Die Gründe dafür hat mir unsere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geliefert. „Die Durchschnittlichen Kosten für ein Altersheim betragen 200 EUR pro Tag!!!!“

Ich habe eine Reservierung für das Kreuzfahrtschiff „Aida“ geprüft und muss für eine Langzeitreise als Rentner 135 EUR pro Tag zahlen. Nach Adam Riese bleiben mir dann noch 65 EUR pro Tag. Aber: Die kann ich verwenden für:

1. Trinkgelder: 10 EUR pro Tag.
2. Ich habe mindestens 10 freie Mahlzeiten, wenn ich eines der Bordrestaurants Weckele oder mir sogar das Essen vom Room Service auf das Zimmer, also in die Kabine, bringen lasse. Das heißt in anderen Worten, ich kann jeden Tag der Woche mein Frühstück im Bett einnehmen.
3. Die „Aida“ hat drei Swimming Pools, einen Fitnessraum, freie Benutzung von Waschmaschinen und Trockner und sogar jeden Abend Shows.
4. Es gibt auf dem Schiff kostenlos Zahnpasta, Rasierer, Seife und Shampoo.
5. Das Personal behandelt mich wie einen Kunden, nicht wie einen Patienten Und für 5EUR Trinkgeld extra, lesen mir die Stewards jeden Wunsch von den Augen ab.
6. Alle 8 bis 14 Tage lerne ich neue Leute kennen.
7. Fernseher defekt? Glühbirne kaputt? Die Bettmatratze ist zu hart oder zu weich? Kein Problem, das Personal wechselt es kostenlos und bedankt sich für mein Verständnis.
8. Frische Bettwäsche und Handtücher jeden Tag sind selbstverständlich, und ich muss nicht einmal danach fragen.
9. Wenn ich im Altersheim falle und mir eine Rippe breche, dann komme ich ins Krankenhaus und muss gemäß der neuen Krankenkassenreform täglich dick draufzahlen. Auf der „Aida“ bekomme ich für den Rest der Reise eine Suite und werde vom Bordarzt kostenlos verarztet.
10. Ich habe noch von keinem Fall gehört, bei dem zahlende Passagiere eines Kreuzfahrtschiffes vom Personal bedrängt oder gar misshandelt worden wären. Auf Pflegeheime trifft das nicht im gleichen Umfang zu.

Nun das Beste!!

Mit der Aida kann ich nach Südamerika, Afrika, Australien Japan, Asien, wohin auch immer ich will. Darum sucht mich in Zukunft nicht in einem Altersheim, sondern „just auf der Aida call shore to ship“. Auf der Aida spare ich jeden Tag 50 EUR und muss nicht einmal mehr für meine Beerdigung ansparen. Mein letzter Wunsch ist dann nur: „Werft mich einfach über die Reling“. Das ist nämlich kostenlos. Alles in allem hört sich das doch nicht schlecht an. oder???

In der Hölle der Psychiatrie

Von Doris Steenken

Ich habe damals in einer WfB gearbeitet, wo man sich sehr über einige meiner Handlungen aufgeregt hatte.

Unter dem Vorwand, dass ich suizidgefährdet sei, haben der Psychologe aus der WfB und weitere Personen eine Zwangseinweisung in ein LKH veranlasst.

Auf der Station habe ich abends mit Mitpatienten in einer gemütlichen Runde gesessen.

Dabei erzählte ein Mitpatient mehrere Witze, so dass die ganze Runde laut und herzlich lachte.

Ein Pfleger bekam das mit und fragte uns in einem aggressiven Ton, was der Lärm denn solle.

Dabei habe er mich angeschaut und mir gedroht, wenn ich mich nicht am Riemen reißen würde, müsste ich damit rechnen, fixiert zu werden.

Damit war die gute Stimmung im Eimer.

Einige Tage später musste ich leider feststellen, dass einer der Pfleger mich als „blondes Ungetüm“ bezeichnete.

Als ich später über den Stationsflur ging, hörte ich wieder, dass man mich im Dienstzimmer als blondes Ungetüm titulierte.

Darüber habe ich mich geärgert.

Ich fragte den Pfleger, was das denn solle, mich als blondes Ungetüm zu bezeichnen, ich würde ja auch nicht „hässlicher Vogel“ zu ihm sagen.

Daraufhin wollte mich der Pfleger fixieren und holte noch einige seiner Kollegen dazu.

Zum Glück haben mehrere Mitpatienten die Situation richtig eingeschätzt und setzten sich für mich ein, so dass ich erstmal nicht fixiert wurde.

Einige Stunden später fragte mich eine Krankenschwester, ob ich Atosil haben wollte.

Ich sagte zu ihr, dass ich kein Atosil bräuchte.

Abends gegen ca. 23:00 Uhr kamen 6 Pfleger in den Aufenthaltsraum, wo wir ferngesehen haben, um mich zu fixieren.

Als Begründung wurde angegeben, dass ich das Atosil nicht genommen hatte.

Ich wurde auf dem Flur geschleppt, fixiert und ich bekam eine Diazepanspritze.

Anschließend schoben sie mich in das dunkle Badezimmer, wo kein Licht und kein Fenster waren.

Ich schrie vor Angst, weil ich die totale Dunkelheit in dem Raum nicht ertragen konnte.

Dann kam ein Pfleger und sagte zu mir, wenn ich noch mal Neurocil-Tropfen nehme, würden sie die Fixierung in ca. einer Viertelstunde lösen.

Also nahm ich das Neurocil, aber ich blieb trotzdem die ganze Nacht fixiert im Bad.

Morgens um ca. 05:30 Uhr wurde ich in das Aufnahme- bzw. Beobachtungszimmer geschoben. Gegen 10:00 Uhr wurde ich endlich von der Fixierung „befreit“.

Danach hatte ich dann den Wunsch, zu duschen und zu frühstücken.

Beides wurde mir in einem barschen Ton verweigert, weil es angeblich dafür zu spät wäre.

In der Visite sagte mir der Stationsarzt, dass ich ab sofort das Zimmer nicht mehr verlassen dürfte. Wenn ich Rauchen oder zur Toilette gehen wollte, musste ich das Personal fragen, weil ich das nur noch in Begleitung von Pflegern durfte.

Da ich diese Anweisungen nicht nachvollziehen konnte, war ich darüber sehr wütend und entsetzt.

Vor Verzweiflung habe ich geweint.

Daraufhin kam wieder der Arzt mit mehreren Pflegern und sie wollten mich erneut fixieren, um mir Cyatyl Z - Akuphase zu spritzen.

Da ich schon von der ersten Fixierung so traumatisiert war und ich das nicht noch einmal miterleben wollte, ließ ich diese Spritze freiwillig über mich ergehen.

Von den Mitpatienten völlig isoliert, musste ich meine Mahlzeiten im Beobachtungszimmer einnehmen.

Wenn ich rauchen wollte, wurde ich mit Beschimpfungen attackiert wie: „Nerve nicht und halt's Maul, sonst wirst Du wieder fixiert!“

Wenn ich Glück hatte, durfte ich ein- bis zweimal am Tag eine Zigarette rauchen.

Nach ungefähr einer Woche durfte ich das Beobachtungszimmer verlassen und wurde auf ein normales Patientenzimmer verlegt.

Aus Angst und in der Hoffnung, nie wieder solchen Gewaltattacken ausgeliefert zu werden, habe ich jeden Tag freiwillig den Küchendienst gemacht.

An einem Abend haben wir Patienten mit den Pflegern gekocht.

Während des Kochens fehlte angeblich ein Messer.

Die Pfleger hatten sofort mich in Verdacht, dass ich das Messer geklaut hatte.

Deshalb wurde nur ich durchsucht.

Obwohl sie bei mir kein Messer finden konnten, haben sie mir den Diebstahl trotzdem untergejubelt.

Ich wurde wieder auf das Beobachtungszimmer abgeschoben.

Leider nahm der Horror wieder seinen Lauf!

Am gleichen Abend bekam ich noch einen heftigen Krampfanfall, der von den Pflegern einfach ignoriert wurde.

Nachdem ich ca. 1 ½ Stunden gekrampft hatte, kam



ein Pfleger zu mir und meinte, dass ich mich nicht so anstellen sollte, ich hätte ja nur einen hysterischen Wutanfall.

Ein paar Tage später bekam ich starke Bauchschmerzen, die immer schlimmer wurden.

Vor lauter Schmerzen konnte ich nichts mehr essen.

Ich äußerte mehrfach den Wunsch, wenigstens einen Kamillentee zu bekommen, damit ich etwas Warmes zu trinken hatte.

Das wurde aber einfach ignoriert.

Da ich wegen der Bauchschmerzen auch keinen Kaffee bekam, musste ich wochenlang mich mit Leitungswasser im Zimmer versorgen.

Mit Handschellen wurde ich wegen der starken Bauchschmerzen mehrmals in ein nahegeleges Krankenhaus gefahren, um einige Untersuchungen durchzuführen.

Schließlich sollte ich operiert werden, weil ein Verdacht auf Blinddarmentzündung bestand. Außerdem sollten während der OP weitere Untersuchungen gemacht werden.

Einen Tag vor der OP kam eine Psychologin zu mir.

Wegen meiner schlimmen Erfahrungen auf der Station meinte sie, dass die Bauchschmerzen vielleicht psychosomatisch bedingt wären.

Sie machte den Vorschlag, mich sofort auf eine andere Station und ein normales Patientenzimmer zu verlegen, mit der Hoffnung, dass dann die Bauchschmerzen verschwinden würden und ich auch dann wieder ganz normal essen könnte.

Ich ging auf den Vorschlag der Psychologin ein und der OP-Termin für den nächsten Tag wurde vorerst abgesagt.

Ich bekam sogar Schmerzmittel gegen die Bauchschmerzen.

Am nächsten Tag ging es mir schon wesentlich besser und ich konnte sogar eine Scheibe Toast essen.

Denn auf der neuen Station wurde ich genauso behandelt wie meine Mitpatienten auch.

Ich war sehr erleichtert, und der Psychologin sehr dankbar, dass sie dafür sorgte, dass der Horror endlich ein Ende nahm.

Die Erlebnisse auf der vorherigen Station waren für mich so traumatisch, dass ich sogar noch ein Jahr lang mit schweren Albträumen, Angstzuständen und starken Schweißausbrüchen zu kämpfen hatte.

Schlafen konnte ich nur, wenn der Fernseher im Hintergrund lief.

Dies sollte ein Ablenkungsmanöver sein, um keine Albträume mehr zu bekommen.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass schlimme Erlebnisse in der Psychiatrie leider nicht auszulöschen sind und einem das ganze Leben begleiten und verfolgen.

Ps. Ich wurde wohl deshalb als blondes Ungetüm beschimpft, weil ich zu der Zeit sehr kurze blondierte Haare trug.

Lesungen

ALIUD - Kultur am Sonntagmorgen

„Alle Augen zählen“ - Lesung Gangolf Peitz in Merzig/Saar Mit musikalischer Begleitung

Sonntag, 26. März 2006, 11.00 Uhr

Haus am Münchberg, Gustav-Regler-Zentrum Merzig, Trierer Str. 148 (im Klinikum)

Der saarländische Autor liest zum Themenkreis Anderssein, über Verrücktes und Krankes, über Menschen am Rand, von Vergessenen und Vergessenem, Bedrängten und Verdrängten, vom Ehren und Mahnen ... Und Anderes. - Gedichte und reflektierende Texte, individuell-menschlich betont, kritisch und lebhaft akzentuiert.

Musikalische Vortragsgestaltung: Nico Bohr (Piano) & Michael Benoit (Saxofon)

- Eintritt frei -

Literatur im Café Theodor

„Literarische Muntermacher“ - Lesung Gangolf Peitz in Neunkirchen/Saar Lesung & Künstlervortrag - Mit musikalischer Begleitung

Sonntag, 21. Mai 2006, 15.00 Uhr

Café Theodor, Tagesstätte des Verein PORTA e.V. (kreuznacher diakonie)

Thomas-Mann-Straße 12, 66538 Neunkirchen (neben Caroline Fliedner-Altenheim)

Gangolf Peitz liest Neues aus seinen & Altes aus anderen Werken

(Lyrik, Zitate, Kabarettistisches, Mundart)

- Eintritt frei / Freiw. Spende an den Patienten-Förderverein PORTA e.V. möglich -

Im Angebot Kuchenbuffet: Kuchen + Kaffee gut und günstig!

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle

Wittener Str. 86
44789 Bochum, 14.03.2006
Tel. u. Fax: 0234/6870 5552
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
Homepage: www.bpe-online.de

An die
Mitglieder des Ausschusses
für psychiatrische Krankenversorgung
des Landtages des Landes Niedersachsen

Nachrichtlich an:
die im Landtag des Landes Niedersachsen
vertretenen Fraktionen

Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. zum Beschluss des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung vom 09.11.2006 zu „Zwangseinweisung, Unterbringung, Zwangsmaßnahmen“.

Sehr geehrte Frau Abgeordnete,
sehr geehrter Herr Abgeordneter!

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. hat diesen Beschluss mit Entsetzen und großer Sorge um die Garantie rechtsstaatlicher Grundsätze bei der Behandlung seiner Mitglieder und aller psychisch erkrankten Menschen in Deutschland zur Kenntnis genommen.

Wir sind insbesondere darüber befremdet, dass zwar „klare rechtliche Grundlagen“ in der Bewertung von Zwangseinweisungen und –maßnahmen gefordert werden, die für die von diesen „Maßnahmen“ Betroffenen elementaren gesetzlichen Regelungen des Grundgesetzes, der Europäischen sowie der UN-Menschenrechtskonvention jedoch noch nicht einmal erwähnt, geschweige denn „bewertet“ werden.

Stattdessen ist von einer „Skandalisierung“ die Rede – benannt wird aber nicht, dass Eingriffe in die Menschen- und Bürgerrechte sog. psychisch kranker Mitbürgerinnen und Mitbürger gegen ihren Willen in der Tat einen Skandal darstellen.

Bestenfalls, so kann man meinen, ignorieren die Mitglieder des Ausschusses die mittlerweile dankenswerter Weise auch zunehmend in die öffentliche Diskussion getragenen Berichte von „Patienten“, berichten, dass sie gegen ihren Willen vorgenommene „Behandlungen“ – von der Fixierung über Elektrokrampf-„Therapie“ bis hin zur zwangsweisen Verabreichung des Bewusstsein tief verändernder Psychopharmaka als Folter erleben.

Mit keinem Wort wird erwähnt, dass Instrumente vorhanden sind, mit denen sich solche Zwangsmaßnahmen vermeiden lassen: Vorsorgevollmachten und sog. „Patiententestamente“ erlauben es dem Einzelnen, festzulegen, in welcher Form eine Behandlung in einer krisenhaft zugespitzten Situation erfolgen soll, ohne dass der Wille des Individuums negiert oder übergangen wird.

Diese Vernachlässigung der ethischen Dimension in der politischen Diskussion erschreckt uns tief. Aber es kommt ja noch besser: Im Namen der „Handlungssicherheit der Ärzte“ wird bewusst auf die Auseinandersetzung mit diesem ethischen Aspekt verzichtet. Handlungssicherheit einer Berufsgruppe vs. Grund- und Menschenrechtsverletzungen von Bürgerinnen und Bürgern, darum geht es doch im Kern der Sache – eine im Grunde absurde Dichotomie, die es unserer Meinung nach in einem Rechtsstaat gar nicht geben dürfte. Und ganz selbstverständlich, ohne schon diese Fragestellung zu problematisieren, wird davon ausgegangen, dass die „Handlungssicherheit der Ärzte“ das höhere Rechtsgut ist. Dies halten wir in der Tat für einen Skandal.

Dies erinnert fatal an die Diskussion, in der – genau so selbstverständlich – gefordert wird, die sog. „aktive Sterbehilfe“ zu legalisieren – im Namen der Rechtssicherheit der behandelnden Ärzte.

Im Übrigen sind uns ausreichend Stellungnahmen erfahrener Psychiater bekannt, die gerade die Behandlung gegen den Willen der Betroffenen für eine Verletzung der Sorgfaltspflichten und berufsethischer Grundlagen halten.

Wir dürfen ferner noch einmal auf die Urteile des BGH vom 11. Oktober 2000 (Az.: XII ZB 69/00) verweisen, mit dem die ambulante Zwangsbehandlung im Rahmen einer Betreuung unzulässig ist und das entsprechende Urteil des OLG Celle vom 10. August 2005. Über die Begründungen dieser Urteile wird in der rechtlichen Würdigung durch den Ausschuss Stillschweigen gewahrt.

Die Empfehlung an gesetzliche Betreuer, einen Verfahrenswechsel (von Unterbringung/Behandlung im Rahmen des Betreuungsrechts zum öffentlich-rechtlichen Unterbringungsrecht) vorzunehmen, während der gegenteilige Weg als rechtlich bedenklich eingestuft wird, ist ein nicht hinzunehmender Trick, um die Auseinandersetzung mit der oben beschriebenen ethischen Dimension zu vermeiden. Dass Mitglieder des Landtags eines Bundeslandes eine solche Empfehlung aussprechen, lässt uns doch sehr an daran zweifeln, ob überhaupt ein Interesse an der Gewährleistung rechtsstaatlicher, grund- und menschenrechtlicher Standards für psychisch kranke Mitbürger besteht.

Wir sind uns darüber durchaus im Klaren, dass das politische System der Bundesrepublik keine Diktatur, wie z.B. im Nationalsozialismus, darstellt. Wir wissen aber auch, dass es auch in demokratisch verfassten Gesellschaften nicht ausreicht, Menschen- und Bürgerrechte festzuschreiben. Es besteht immer die Gefahr von deren Bedrohung, Aushöhlung und Verletzung, von verschiedenen Gruppierungen, aus verschiedensten Interessenlagen. Eine solche Interessenlage ist die vom Ausschuss geltend gemachte „Handlungssicherheit“ der Ärzte. Wenn bei Politikern das Bewusstsein und die Sensibilität für die Verletzung von Menschenrechten schwindet zugunsten einer ärztlichen Pseudo-Fachlichkeit (der z. Zt. vorherrschenden Meinung, dass es sich bei psychischen Krankheiten um ein biologisch-stoffwechselfhaftes Geschehen mit automatisierten Abläufen, vorhersehbaren Entwicklungen und Endzuständen handelt, die quasi naturgesetzlich zu Situationen führen, bei denen Zwangsmaßnahmen nicht nur unvermeidbar, sondern aus sog. wissenschaftlicher Sicht sogar geboten sind, stehen verschiedene abweichende fachliche Einschätzungen entgegen) – dann wird das Einfalltor weit geöffnet für Ausgrenzungsmechanismen einer Gruppe von Mitbürgern gegenüber, die dann in Rechtlosigkeit, Willkür und Erniedrigung münden. Das allerdings ist in der Tat eine Strategie, die wir alle aus der nationalsozialistischen Ideologie, „Gesetzgebung“ und „Rechtsprechung“ kennen (sollten): Ausgrenzung – Entrechtung - im Nationalsozialismus dann Vernichtung – auch und gerade pseudo-legitimiert und verbreitet im Namen der Wissenschaft.

Diesen Weg wollen wir nicht gehen. Als Verband der von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen Betroffenen in dieser Republik nehmen wir uns die Freiheit zu sagen: „Wehret den Anfängen ...!“ Grund- und Menschenrechte sind auch in der Bundesrepublik Deutschland unteilbar und gelten auch für sog. psychisch Kranke. Die höchstichterliche Rechtsprechung ermutigt uns dazu, unsere Stimme deutlich zu erheben und von allen Politikern zu fordern, dass kodifiziertes und gesprochenes Recht nicht durch Hintertüren und Trickserien ausgehebelt wird.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Vorstand

gez
Jurand Daczkowski

gez
Elke Bücher

<http://www.taz.de/pt/2006/01/05/a0001.1/text>

Schwarzgelb will entfesseln

Weil in NRW mehr als 30.000 Menschen jährlich zwangsweise in der Psychiatrie landen, will Gesundheitsminister Laumann kurzfristige Angebote ausbauen. "Falsches Mittel", sagen Betroffene

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) will dafür sorgen, dass künftig weniger Menschen in Psychiatrien zwangseingewiesen werden. "Eine erzwungene Einweisung ist ein erheblicher Eingriff in die Freiheitsrechte eines Menschen. Deshalb muss sie die absolute Ausnahme bleiben", sagte Laumann gestern bei der Vorstellung einer aktuellen Studie der Universität Siegen.

Danach werden jährlich rund 20.000 Menschen in die Psychiatrie zwangseingewiesen. Und bei dieser Zahl sind die von den Forschern miteinbezogenen Einweisungen nach Betreuungsrecht sogar noch herausgekürzt. Die ehemalige Landesregierung bezifferte im vergangenen Jahr die Zahl der Einweisungen auf 30.487 und meinte damit sowohl Einweisungen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz als auch nach dem Betreuungsrecht.

Doch auch die niedrigeren Zahlen der Studie alarmieren. "Es besteht dringender Handlungsbedarf" kommentierte Laumann die neuen Erkenntnisse. Er forderte die Kommunen auf, ihr Hilfesystem auf mögliche Schwachstellen zu untersuchen. Die Krisenintervention, also kurzfristige therapeutische Angebote sollten weiterentwickelt werden, sagte Laumann. "Beispielsweise durch Anlaufstellen, die rund um die Uhr erreichbar sind."

Die Zahl der Einweisungen stieg besonders bei Alten, Alleinstehenden und Wohnungslosen, ergab die Studie. Zur Zeit stagniere sie "auf hohem Niveau". Untersucht wurden Köln, Münster und die Kreise Olpe und Viersen.

Nach dem NRW-Psychisch-Kranken-Gesetz wird in die Psychiatrie zwangseingewiesen, wer sich selbst und andere erheblich gefährdet. Nach Betreuungsrecht reicht dafür schon ei-

ne vage Gefährdung des "Wohls". "Offenbar sind Großstädter auch gefährdeter als Menschen auf dem Land", sagte der Sieger Sozialmediziner und Mitautor der Studie, Michael Regus, der taz. "Sie werden jedenfalls deutlich häufiger eingewiesen."

Möglicherweise sei dies aber auch ein Indiz dafür, dass Krisen in ländlicheren Regionen häufiger in der Familie gelöst werden. Die Forscher beobachteten zudem, dass es in den Städten, in denen die hohen Zahlen veröffentlicht und kritisiert werden, kurzfristig weniger Zwangseinweisungen gab. "Transparenz dämmt offenbar die Weisungsflut", so Regus. "Das zeigt, dass Zwangseinweisungen nicht ausschließlich medizinische Gründe haben."

In Nordrhein-Westfalen ist die Einweisungspraxis sehr unterschiedlich: Während es in Dortmund im vergangenen Jahr 1.200 Einweisung allein nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz gab, waren es in Herne nur 64 - betreuungsrechtliche Einweisungen inklusive. Die dortige Psychiatrie hat sich nämlich die Gewaltfreiheit auf die Fahnen geschrieben: Es gibt keine geschlossenen Stationen und keine Zwangsmedikation.

"Die Gewalt liegt in den Gesetzen", sagt Matthias Seibt vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener. "Das Betreuungsrecht ist so schwammig, dass quasi jeder eingewiesen werden kann." Er hält die Zahl der unfreiwilligen Psychiatrieeinsassen für wesentlich höher, da viele aus Angst vor einer Zwangseinweisung Freiwilligkeitserklärungen unterschrieben. "Laumanns Mittel ändert daran nichts."

taz NRW vom 5.1.2006, S. 1, 109 Z. (TAZ-Bericht), MIRIAM BUNJES

Susanne Fricke / Iver Hand: **Zwangsstörungen verstehen und bewältigen – Hilfe zur Selbsthilfe**

Von Peter Lehmann



Anleitung zur Selbsttherapie mit vielen Beispielen und praktischen Tipps. Geeignet für Leute, die mit ihren Zwängen nicht mehr zurecht kommen, keine andere Möglichkeit der Abhilfe sehen und sich weder durch den etwas lehrerhaften Ton, angesiedelt zwischen Herablassung und Kumpelhaftigkeit, stören lassen noch durch die Tatsache, dass das aktuelle Forschungsprojekt der "Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen" (DGZ), dessen Gründungsvorsitzender Iver Hand ist und dessen Wissenschaftspreis 2003 Susanne Fricke erhielt, laut der im Buch angegebenen DGZ-Website aus stereotaktischer Tiefenhirnstimulation besteht, siehe Anmerkung am Ende des Rezensionstextes. Diese 2. Auflage begnügt sich mit dem Hinweis auf Selbsthilfegruppen (ausschließlich den eigenen Verband), Psychotherapie und natürlich synthetische Psychopharmaka, speziell die marktaktuellen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Diese werden trotz ihrem Risikoreichtum und der bekannten möglichen Schäden verharmlosend dargestellt ("meistens gehen die Nebenwirkungen nach ein bis zwei Wochen wieder weg"), paradoxe Reaktionen wie z.B. suizidale Wirkungen oder Rezeptorenveränderungen (Downregulation) und demzufolge körperliche Abhängigkeit, steigende Dosierungen zwecks Beibehaltung der Wirkung und Entzugsprobleme beim Absetzen werden gar nicht erwähnt – Pharnasponsering

lässt grüßen. Wer sich über den Sinn und Zweck der Einnahme von Psychopharmaka informieren will, für den bzw. die wird der Hausarzt oder die Psychiaterin als einzig "richtiger Ansprechpartner" empfohlen. Die Geringschätzung des Erfahrungsschatzes von Betroffenen könnte kaum deutlicher zum Vorschein kommen.

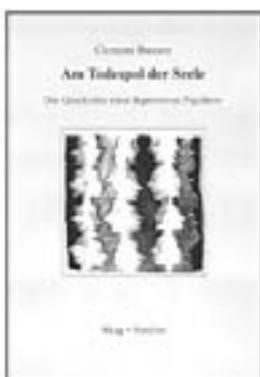
Anmerkung: Unter www.zwaenge.de/aktuelles/media/Tiefenhirnstimulation.pdf, quasi im Anhang des Buches, finden Interessierte Adressen von Ansprechpartnern der DGZ, wenn sie sich ihre Schädeldecke aufbohren und eine Stimulationselektrode in den rechten Nucleus accumbens, eine spezielle Hirnregion, einsetzen lassen wollen. Da der Neurochirurg nach der Operation den Impulsgenerator, der unterhalb des Schlüsselbeins in den Körper eingebaut wird, auf die geeignete Stimulationsintensität und -frequenz programmiert, um Zwangssymptome zu unterdrücken, wäre die Bedienung des Impulsgenerators durch den auf die Haut aufgelegten Programmierkopf ein weitergehender Schritt zur sozialpsychiatrischen Selbsthilfe. Die Betroffenen könnten auf diese (elektromagnetische) Weise die Fernsteuerung in ihrem Gehirn selbstbestimmt und gemeindenah ein- und ausschalten. Da es sich um ein aktuelles Forschungsprojekt der DGZ handelt, ist dieses Thema in der vorliegenden zweiten Auflage des Buches leider noch nicht ausgeführt, man darf also auf die nächste Auflage gespannt sein. Kartoniert, 125 Seiten, ISBN 3-88414-365-4. Bonn: Psychiatrieverlag, 2. Auflage 2005. €12.90 / sFr 23.50

Buchbesprechung von Ursula Zingler

Am Todespol der Seele/Geschichte einer depressiven Psychose

Autor: Clemens Busson (Pseudonym)

Herausgeben bei Haag + Herchen, ISBN 3-89846-339-7, 80 Seiten und kostet 14 Euro



Eine psychische Erkrankung macht vor niemand halt. Der Autor ist Oberarzt für Psychiatrie und Psychotherapie an einer deutschen Universitätsklinik. Er berichtet eingangs über seine Stellung in der Herkunftsfamilie, seine Erfahrungen in der Kinderzeit sowie seinen Einstieg ins Berufsleben. Sehr eindrucksvoll schildert er seinen

Alltag als Assistenzarzt und wie er sich ständig überfordert. „Der Stress, für Professor F. und seine Patienten alles reibungslos zu organisieren, war enorm“, so ein Zitat aus dem Buch. Obwohl er sich „völlig ausgelaugt und schwach“ fühlt, gönnt er sich keine Ruhe. Als er sich

schließlich beruflich neu orientiert und zeitgleich heiratet, treten die ersten Anzeichen einer psychischen Störung auf. Grübeleien überfallen ihn.

Angstgefühle, Körpersymptome, Schlafstörungen, Zwangsgedanken und Panikattacken gesellen sich hinzu. Er nimmt in dieser Situation eine Psychotherapieausbildung auf. Eine weitere Überforderung. Eigenmedikation, die kurzfristige Behandlung durch einen Kollegen verbunden mit einer Arbeitspause von 6 Wochen führen nicht weiter. Nach einem Urlaub – er fühlt sich „innerlich nicht wohl“ - setzt er die Medikation ab, um sich auf eine Psychoanalyse einlassen zu können. Das bringt zwar persönliche Einsichten, jedoch die Symptome nicht zum Stillstand. Ein Jahr danach: „Scheren und spitze Gegenstände bekamen ... eine magische Anziehungskraft“, „schwere Aufmerksamkeitsstörungen“ u.v.a.m.

treten auf. Er kann sich von seinen Patienten kaum noch abgrenzen, „wähnte alle ihre Ängste, Zwänge, auch Halluzinationen“ bei sich. Die Schilderung geht unter die Haut. Der Autor lebt nach eigener Aussage ein Doppelleben, bleibt jedoch „erstaunlich handlungsfähig“. Das Verhältnis zu seiner Frau leidet unter seiner Erkrankung. Nach sechs Jahren „voller Arbeit, Angst, Depression, Aggression, Psychoanalyse mit Auf und Ab bei zunehmenden Kräfteverfall“ ist der Autor „am Todespol der Seele angelangt“. Körperlich und psychisch am Ende erkennt er, dass er nicht mehr weiter kann und lässt sich auf eine geschlossene Station einer psychiatrischen Klinik einweisen. Hier wird er mit Haloperidol und Amitriptylin behandelt. Obwohl als Psychiater sachkundig, hat er Angst, „von den Medikamenten entstellt zu werden“. Erst als er die Verantwortung für sich abgibt, geht es mit ihm aufwärts. Er fühlt sich vom Haloperidol „gegenüber den äußeren und inneren Einflüssen und Emotionen“ abgedichtet. Positiv ist zudem, dass er „weitgehend in Ruhe gelassen“ wird. Er berichtet von den Erfahrungen mit anderen Patienten, mit Beschäftigungs-, Mal- und Musik- sowie Gesprächstherapie. Erst nach sieben Monaten, in denen er nichts leisten muss (!), kann er die Klinik verlassen und seine Arbeit als Psychiater wieder aufnehmen. Er erlebt die „psychiatrische Therapie als einen Wiederaufbau von ganz unten“ und betont, dass er „ohne Psychoanalyse nicht so aus dieser Krankheit herausgekommen wäre“ und sein „Leben hätte neu aufbauen können“. „Die Persönlichkeitsveränderung mit Aufgabe des falschen Selbst, die Trennung und die vielfältigen anderen Veränderungen wären ohne Psychoanalyse nicht möglich gewesen“, so seine Erkenntnis.

Unerwähnt bleibt, wie er seine Erkenntnisse im Alltag umsetzt. Das ist schade. Ich weiß aus eigener Erfahrung, wie schwer es ist, gegen eingefahrene Verhaltensweisen

anzugehen. Anschauliche Beispiele könnten manche/manchen anregen, sich ein Beispiel daran zu nehmen. Das Buch zeigt auf, wohin es führen kann, wenn man über die Jahre nicht auf die eigenen Empfindungen achtet, diese ignoriert und sich keine Ruhe gönnt. Es weist zudem darauf hin, welche aus meiner Erfahrung für den depressiv veranlagten Menschen typischen Schwachpunkte anzugehen sind. Der Text fesselt und ist gut verständlich geschrieben. Auf ärztliches Vokabular hat der Autor verzichtet. Das Buch schrieb er, um seinen Kollegen einen Bericht über die Erkrankung aus Sicht von einem „der ihren“ zu geben. „Für die Patienten“, so seine Überlegung, „mag diese Niederschrift ein Akt meiner Solidarität mit ihnen bedeuten.“ Es ist unerheblich, wie man zur Behandlung mit Psychopharmaka und zur Psychoanalyse steht (!): die Schilderung dieses praktizierenden Psychiaters ist lesenswert. Individuen, die sich noch nie mit dem Thema „psychisch krank“ beschäftigt haben, mag es frühe Einsichten bringen (Prävention). An Depression erkrankte Personen werden, wenn sie selbstkritisch genug sind, sich selbst erkennen. Die behandelnde Gruppe, z.B. Psychiater und Pflegepersonal, wird sicherlich ein besseres Verständnis für die ihnen anvertrauten, sich ihnen anvertrauenden Patienten erlangen. Ich wünsche uns, den psychiatrisch behandelten Menschen, dass weitere Professionelle, die psychisch erkrankt waren, mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit gehen. Möge es in Zukunft möglich sein, dies unter dem Geburtsnamen zu tun, ohne Konsequenzen für das persönliche Ansehen befürchten zu müssen. Es ist sehr bedauerlich, dass Professionelle mit derartigen Erfahrungen ihre Anonymität wahren müssen, um berufliche Nachteile zu vermeiden. Gerade Leute wie sie würden eine Bereicherung bei der Erarbeitung von primären präventiven Maßnahmen darstellen, da sie einen persönlichen Zugang zu psychischen Störungen haben.

Historiker geben „Euthanasie“-Opfern ihre Namen zurück

Von Ruth Fricke

Mehr als 60 Jahre nach Ende des Hitlerfaschismus erfahren die Angehörigen der „Euthanasie“-Opfer wann, wie und wo ihre Verwandten wirklich ermordet wurden, denn erst jetzt sind die Sperrfristen für Patientenakten abgelaufen und die Historiker können darangehen, den Verbleib der „Euthanasie“-Opfer zu klären und so zu versuchen, den Ermordeten ihre Namen und so auch ein Stück Ihrer Würde zurückzugeben.

Die Verantwortlichen der Aktionen T4 und 13F24 taten alles, um die Spuren Ihrer Opfer zu verwischen. So wurden die Patienten zunächst in so genannte Zwischenanstalten verlegt, bevor sie in den eigentlichen Tötungsanstalten verbracht wurden.

Während der T4-Aktion wurden dort die Patienten sofort einem Arzt vorgestellt, nachdem sie sich zuvor völlig entkleiden mussten. Der Arzt markierte die Patienten, denen nach dem Giftmord die Gehirne entnommen werden sollten. Danach wurde ihnen ein Militärmantel um-

gehängt, den sie im Vorraum der als Gemeinschaftsdusche getarnten Gaskammer wieder ablegen mussten. 60 Personen wurden gleichzeitig in dem ca. 16 qm kleinen Raum mit Kohlendioxid zu Tode gequält. Anders als bei dem später in den KZ's eingesetztem Zyklon B, welches schnell wirkt, dauerte der Todeskampf unter Einwirkung von Kohlendioxid ca. eine halbe Stunde und die Opfer waren bis zum Schluss bei vollem Bewusstsein. Die Opfer wurden dann sofort verbrannt. Bis auf ggf. entnommenen Organe blieb nichts von Ihnen übrig. In Hadamar z.B. wurden auf diese Weise 10 000 Patienten ermordet. Während der Aktion 13F24 kamen in Hadamar ca. 5000 Menschen durch Verhungern und durch Todesspritzen ums Leben. Sie wurden in Massengräbern zu 10 bis 20 Personen in einem Grab auf dem Gelände hinter der Tötungsanstalt beerdigt.

Die Angehörigen bekamen i.d.R. erst viel später eine Todesnachricht, in der sowohl die Todesursache als

auch das Todesdatum und der Todesort falsch waren. So stand z.B. in einer Todesnachricht, der Patient sei auf Schloss Hartheim in Österreich verstorben. Die Angehörigen hatten im Innenhof des Schlosses eine Gedenkplakette anbringen lassen und kamen seit Jahren immer wieder dort hin, um des Toten zu gedenken. Als nun nach 60 Jahren die Sperrfrist für die Patientenakten aufgehoben wurde, fanden die Historiker heraus, dass der Patient schon zu einem viel früheren Zeitpunkt in Sonnenstein bei Pima ermordet worden war. So wie in diesem Fall verhält es sich eben auch bei den meisten anderen ermordeten Patienten.

Die Historiker in den Gedenkstätten in den ehemaligen Tötungsanstalten sind nun dabei s.g. Opferbücher zu erstellen, in denen alle Personen aufgeführt werden sollen, die in der jeweiligen Tötungsanstalt ermordet wurden. Es wird aber aufgrund der oben beschriebene Verschleierungstaktik noch einige Zeit dauern, bis das Schicksal aller Opfer geklärt ist.

Das Thema Patientenmorde im nationalsozialistischen

Deutschland wird in diesem Jahr aber sehr wahrscheinlich größere Aufmerksamkeit erlangen, da das „United States Holocaust Memorial Museum“ unter dem Titel „Tödliche Medizin – Rassenwahn im Nationalsozialismus“ eine Große Ausstellung erstellt hat, die ab September 2006 in „Deutsches Hygiene-Museum“ in Dresden zu sehen sein wird. Sowohl das Hygiene-Museum als auch der Arbeitskreis zur Erforschung der Euthanasiegeschichte, sind derzeit dabei ein umfangreiches Rahmenprogramm zu der Ausstellung zu erarbeiten.

Abschließend möchte ich noch auf ein Buch hinweisen, das Marget Hamm vom Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten herausgegeben hat. Das Buch mit dem Titel „Legensunwert zerstörtes Leben – Zwangssterilisation und „Euthanasie““ ist erschienen im VAS Frankfurt, ISBN 3-88864-391-0 und kostet als Hartcover 19.80 Euro. Ein wirklich lesenswertes Buch für alle, die sich über Zwangssterilisation und Patientenmorde im Nationalsozialismus informieren wollen.

An diesem Orte befindet sich ein Denkmal
für die vergessenen Opfer der Aktion T4 (Tiergartenstraße 4)



Ehre den vergessenen Opfern

An dieser Stelle, in der Tiergartenstraße 4, wurde ab 1940 der erste nationalsozialistische Massenmord organisiert, genannt nach dieser Adresse, Aktion T4.

Von 1939 bis 1945 wurden fast 200.000 wehrlose Menschen umgebracht. Ihr Leben wurde als lebensunwert bezeichnet, ihre Ermordung hieß Euthanasie. Sie starben in den Gaskammern von Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Pima, Bernburg und Hadamar:

Sie starben durch Exekutionskommandos, durch geplanten Hunger und Gift.

Die Täter waren Wissenschaftler, Ärzte, Pfleger, Angehörige der Justiz, der Polizei, der Gesundheits- und Arbeitsverwaltungen.

Die Opfer waren arm, verzweifelt, aufsässig oder hilfebedürftig. Sie kamen aus psychiatrischen Kliniken und Kinderkrankenhäusern, aus Altersheimen und Fürsorgeanstalten, aus Lazaretten und Lagern.

Die Zahl der Opfer ist groß, gering die Zahl der verurteilten Täter. (*Originaltext der Gedenkplatte*)

Euthanasieopfer im Dritten Reich

Von Klaus Dömer

Wenn eine Stadt wie Hildesheim sich seit 1997 politisch verpflichtet hat, sich jedes Jahr einmal das Gewissen zu schärfen – und zwar angesichts eines jeweils anderen Nazi-Unrechts, also in der Regel eines Unrechts, das Hildesheimer Bürgern durch andere Hildesheimer Bürger angetan wurde –, dann kann man beim heutigen Anlass, den Euthanasie-Opfern, zwar einerseits von der menschheitsgeschichtlichen Einmaligkeit der Verbrechen der Nazi-Psychiater sprechen. Aber der Gewissensschärfung, der Erinnerung daran, dass wir alle uns selbst und uns gegenseitig wach zu halten haben, ist es wohl dienlicher, andererseits nach der Kontinuität zu fragen: was in der Vergangenheit die NS-Verbrechen möglich gemacht hat und was davon heute noch fortwirken kann, wenn unsere Wachheit nachlässt. Diesen letzteren Weg, den Z. Baumann und G. Agamben in all ihren Büchern am schärfsten so ausgedrückt haben, dass die NS-Verbrechen auch als Symptome der Moderne zu sehen sind, diesen Weg will ich gehen und damit zugleich den Schülern unter uns die meist vernachlässigte Sicht der Geschichte der letzten 200 Jahre als eine Geschichte der Opfer vermitteln.

Es begann spätestens mit Beginn der Moderne, also der Zeit um 1800, als die Bürger sich von allen Autoritäten befreien und nur noch der Vernunft folgen wollten, definiert als Selbstbestimmungsfähigkeit, wodurch die leidensfreie Gesellschaft herstellbar werden sollte. Denn damit waren geistig Behinderte, psychisch Kranke, Sieche und Alterspflegebedürftige mit einem Mal Fortschritts-Störer, die es des großen Zieles wegen zum Verschwinden zu bringen gelte – sei es überhaupt, sei es präventiv (z. B. Zwangssterilisation) oder sei es durch den Versuch, sie therapeutisch oder pädagogisch zur Vernunft = Selbstbestimmungsfähigkeit zu bringen. (Sie sehen, ich folge damit dem Vorschlag der Hildesheimer Psychiatrie-Erfahrenen und der Hildesheimer Geschichtswerkstatt, die Euthanasie als „Geschichten vom Verschwinden“ zu erzählen.)

Für dieses große Verschwindenlassen der „Unvernünftigen“ wurde damals, im 19. Jh., zunächst ein flächendeckendes System von Anstalten, Landeskrankenhäusern und Heimen geschaffen. Diese Institutionalisierung der „Unvernünftigen“ war aber auch ökonomisch notwendig, weil die Industrialisierung des Arbeitens und die Vermarktlichung der Wirtschaft es erzwangen, dass alle Erwerbsfähigen tagsüber in Fabriken, später Büros, gingen und daher nicht mehr für die Hilfsbedürftigen sorgen konnten. Das bedeutete aber in der Brust jedes einzelnen Bürgers eine tief greifende innere Veränderung; denn da auch der Hilfeappell eines Notleidenden für mich unwillkürlich eine Autorität darstellt, der ich wohl oder übel folgen soll, waren nunmehr die Bürger in ihrer Begeisterung für die Befreiung von allen Autoritäten dazu übergegangen, sich nun auch von der Autorität des Hilfeappells der Notleidenden zu befreien. Und genau dadurch wird die gesund-egoistische Selbstbestimmung

zur obersten Norm – notwendig auch für den Wettbewerb und zum sozialdarwinistischen survival of the fittest der reinen Marktwirtschaft.

Aber zugleich auch notwendig für den Kampf der modern-aufgeklärten Bürger für ihr Recht auf den eigenen Tod; denn jede Euthanasieforderung beginnt schon im 19. Jh. mit der Forderung nach Befreiung von der weiteren Autorität der „Heiligkeit“ des Lebens im Namen der Vernunft und des Selbstbestimmungsrechts. Ich habe aber mein Recht auf den eigenen Tod und auf den Suizid erst vollständig, wenn das Recht für alle gilt, vor allem für die dauerhaft Selbstbestimmungs-Unfähigen (Unvernünftigen) in den Institutionen; denn wenn diese „veranstalteten“ Menschen für sich sprechen könnten, würden sie garantiert noch mehr als ich (als Selbstbestimmungsfähiger) das Recht auf ihren Tod, also die Erlösung vom nur vermuteten Leiden, die Euthanasie fordern – ein Recht, das nun der Staat garantieren muss – als humanitäre Pflicht. Dies wurde zunehmend zum Selbstverständnis der Bürger im 19. Jh..

Menschen, die dauerhaft in Institutionen untergebracht „niedergeführt“ sind, gelten nun aber zwangsläufig als besonders entwertet. Das gilt allgemein, nicht nur für Behinderte: wenn man z. B. alle Rothaarigen aus ihren Lebenswelten herauslöst, selektiert, homogenisiert und potentiell dauerhaft in Institutionen konzentriert, dann wird automatisch die Gewalthemmschwelle gegen sie sich erniedrigen. Den Beweis dafür haben wir schon im 1. Weltkrieg; denn damals beschlossen alle Kriegführenden Nationen, durch Absenkung der Kalorienzahl bei der Ernährung für institutionalisierte Menschen absichtlich und gezielt, eine „Übersterblichkeit“ bei ihnen herbeizuführen, in Deutschland waren es 70.000 Opfer. Und selbst der weltweit fachlich und moralisch geachtete Psychiater, Eugen Bleuler aus der Schweiz, war in den 1920er Jahren von dieser allgemeinen Mentalität (immer auch des Ziels der Herstellbarkeit der leidensfreien Gesellschaft wegen) angefressen, als er sich für die aktive Euthanasie bei chronisch Schizophrenen aussprach.

Als die Nazis 1933 an die Macht kamen, mussten sie also nicht sehr viel noch hinzuerfinden. So waren auch alle fachlich und moralisch geachteten Psychiatrie-Professoren, die die Euthanasie-Kommandozentrale in Berlin bildeten, keine besonders engagierten Nationalsozialisten. Aber sie waren begeisterte Modernisierer im Sinne des liberal-aufgeklärten Bürgertums – mit dem Glauben an die Machbarkeit der leidensfreien Gesellschaft. Sie nutzten vielmehr nur das Nazi-Regime, weil nun der Staat endlich wieder stark genug sei, um seine humanitäre Pflicht, wie oben beschrieben, im Sinne der Durchsetzung der aktiven Euthanasie zu erfüllen. Die Psychiatrie-Professoren hatten auch schon ein „Sterbehilfegesetz“ in der Schublade, weil nach dem Krieg dieses Verfahren des Tötens von Menschen natürlich rechtsstaatlich-gesetzlich erfolgen sollte; dieser Gesetz-

entwurf war ziemlich ähnlich dem heutigen Sterbehilfegesetz in den Niederlanden und in Belgien. In den Dokumenten des Nürnberger Ärzteprozesses kann man nachlesen, dass etwa der Chef der Euthanasie-Zentrale, Prof. Karl Brandt, der ursprünglich zu Albert Schweitzer wollte und nur über einen Zufall bei Adolf Hitler gelandet ist und für den Pastor von Bodelschwing/Bethel sich einsetzte, weil er ein „Idealist“ sei, von seinen Richtern bescheinigt bekam, dass man ihm seine idealistischen Motive, Menschen vom Leiden erlösen zu wollen, glaube, dass man ihn dennoch zum Tode verurteilen müsse, weil er seiner Verantwortung für den Gesamtprozess der Euthanasie nicht nachgekommen sei, die zu einem Massenmorden entartet sei. Damit gaben sich aber selbst diese Richter gegenüber der Tötung im Einzelfall eher liberal.

Wir jedoch, so meine ich, müssen aus alledem eine Lehre ziehen: Wenn wir uns nur bei einem Menschen, selbst beim „Letzten“, von der Autorität des Hilfeappells eines Notleidenden und von der Autorität der Heiligkeit des Lebens befreien, werden wir im Namen der dann allein übrig bleibenden instrumentellen Vernunft der Selbstbestimmung immer neue Gründe finden für die Tötung von immer neuen Menschengruppen, wie wir dies auch praktisch heute in den Niederlanden beobachten müssen.

Wie aktuell das heute alles noch ist, dafür abschließend noch zwei Beispiele, zwei Geschichten vom „Verschwinden“:

1. Auch nach 30 Jahren Psychiatriereform in Deutschland, auf die gerade wir Sozialprofis so stolz sind, ist die Erkenntnis für uns ebenso erschreckend wie beschämend, dass alle Neuerungen an den eigentlich gemeinten chronisch psychisch Kranken, geistig Behinderten und Alterspflegebedürftigen im Wesentlichen vorbeigegangen sind: in dieser Zeit ist nämlich die Zahl der Heimplätze für sie nicht gesunken, sondern fortwährend gestiegen, obwohl Länder wie Schweden und Norwegen

inzwischen für Behinderte „heimfrei“ sind, in Schweden ein Gesetz existiert, wonach es verboten sei, Menschen wegen einer Behinderung in einem Heim zu halten.

2. Auch das Sterben haben wir Modernisierungsbegeisterten als Fortschrittsstörend in Institutionen überwiegend zum Verschwinden gebracht: 70 % der Menschen sterben im Krankenhaus oder Heim, obwohl fast alle sich gewünscht hätten, in den eigenen vier Wänden zu sterben und obwohl es inzwischen hinreichend viele Möglichkeiten des Helfens gäbe, um ihnen ihren letzten und vornehmsten Wunsch zu erfüllen.

Wie wäre es daher, wenn die Stadt Hildesheim (ähnlich wie es die Stadt Bielefeld schon getan hat) sich aktiv engagieren und beschließen würde, dass jedes Stadtviertel für die Bürger, bei denen das Pflegen und Sterben in der eigenen Wohnung nicht möglich ist, sich eine eigene ambulante, Nachbarschaftsbezogene Wohnpflegegruppe zulegt. Nicht nur, dass die Stadt auf diese Weise Sozialhilfekosten sparen würde: es stirbt sich erwiesenermaßen viel natürlicher in der Vertrautheit des eigenen Viertels als in einem Heim.

Zum Schluss noch eine Geschichte zum Mutmachen: In einer anderen niedersächsischen Stadt, in Oldenburg bzw. in deren Landeskrankenhaus Wehnen, haben sich die Angehörigen der NS-Euthanasie-Opfer viele Jahre lang und schließlich erfolgreich für ein Mahnmal zur Erinnerung eingesetzt. In dieses Mahnmal haben sie einen Satz eingemeißelt, der einmal nicht – wie gewohnt – an die Würde der Kranken, sondern an die Würde der Gesunden mahnen soll. Er lautet: „Die Schwachen und Kranken zu schützen (man könnte auch sagen, der Autorität des Hilfsappells der Notleidenden und nicht dem Profitstreben durch Krankenhausprivatisierung sich zu unterwerfen), ist die Würde der Gesunden.“

Sie sehen: wir haben noch viel zu lernen!

Dorothea Sophie Buck-Zerchin
Auf der Spur des Morgensterns
Psychose als Selbstfindung
Herausgegeben von Hans Krieger
ISBN 3-926200-65-0 (Paranus)
3-926049-47-2 (Anne Fischer)
ca. 300 Seiten

16 Seiten s/w Bilder von künstlerischen Arbeiten der Autorin, 18,- €

Das Hörbuch:

Gleichzeitig zur Neuausgabe erscheint in Zusammenarbeit mit dem Dorothea-Buck-Haus in Bottrop das Hörbuch (MP3-Format auf CD): Die Autorin selbst liest den Originaltext.

ISBN: 3-926200-66-9, Preis: 18,00 Euro

Das Buch:

„Meine psychotischen Erfahrungen haben mein Leben sehr bereichert. Der Schock aber, wegen dieser Erfahrungen bekämpft, entwertet und zwangssterilisiert zu werden, war einschneidend und wirkt bis heute nach. Doch erst die lange verschwiegenen psychiatrischen Patientenmorde drängten mich zum Schreiben auch dieses Buches.“



Hilfe für die Seele

Systemische Verstrickungen in Bezug auf psychische Erkrankungen

„Alle sind willkommen“. Mit diesen Worten begrüßte der Sozialpädagoge David Amdt die über 30 Interessierten, die am vergangenen Freitag Nachmittag auf Einladung des Psychiatrie-Selbsthilfeverbands LVPE Saar den Weg ins Homburger Café Goethe, ein Tageszentrum für psychisch Erkrankte, gefunden hatten. Zuvor knüpfte Peter Weinmann vom LVPE eine Verbindung zu zurückliegenden Veranstaltungen über nichtpsychiatrische Behandlungsalternativen bei seelischen Erkrankungen. Amdt erläuterte, wie systemische Verstrickungen in der Herkunftsfamilie zu psychischen Erkrankungen führen können. Da jeder Mensch Teil eines Familiensystems sei, habe er auch Anteil an Problemen anderer Familienmitglieder. Eine unbewusste Schuldübernahme einer Täter-Opfer-Problematik aus der Generation der Großeltern könne zu einer „Psychose“ führen. Ähnlich könnten Depressionen ein Ausdruck dafür sein, dass in der Vergangenheit Menschen aus dem Familiensystem ausgestoßen, verkannt oder vergessen wurden. Kinder nähmen auch an Unglück, Schuld oder Krankheiten ihrer Eltern teil, weil sie ihnen ähnlich sein wollten. Die Technik des Familienstellens mache unbewusste Verstrickungen sichtbar und löse erfahrungsgemäß

krankmachende Dynamiken auf. In einer lebhaft geführten Diskussion berichtete eine Teilnehmerin von Psychiatrie-betroffenen Menschen, deren Probleme sich nach einer Familienaufstellung verstärkten. Amdt entgegnete, dass die Verschlimmerung vielleicht auch ohne das Familienstellen eingetreten wäre. Er betonte, dass sein systemischer Beratungsansatz ein Weg unter vielen sei, sich mit eigenem psychische Leid auseinander zu setzen, es zu bessern oder zu heilen. Auch übernehmen Krankenkassen diese Leistung in aller Regel nicht.

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Saar e.V. ist der Selbsthilfeverband und die Interessenvertretung der derzeitigen und ehemaligen Psychiatrie-Patienten im Saarland. Seine Veranstaltungsreihe der Jahre 2003 und 2004 zum Thema alternative Behandlungs- und Heilmethoden für so genannte psychische Erkrankungen ist als Dokumentation verfügbar. Die LVPE-Kreisgruppe Saarpfalz trifft sich jeden 1. Dienstag im Monat um 19.00 Uhr in der Gaststätte Zum Storch, Klosterstr. 4, 66424 Homburg. Auskunft erteilt der LVPE Saar im Internet unter www.weglaufhaus-saar.de und unter 0681/9067769.

„Das System ist kaputt“, sagt Robert Whitaker, Autor des Buches Mad in America - schlechte Wissenschaft, schlechte Medizin und anhaltende Fehlbehandlung psychisch Kranker.

„Der sogenannte Siegeszug des psychiatrisch-pharmazeutischen Modells hat das heutige schreckliche Ergebnis verursacht.“

Robert Whitaker in der Sunday LA Times, 26.10.03

Anstatt einer Buchbesprechung

Das Ganze ist eine große profitable Veranstaltung

Auszüge aus einem Interview (erschienen im August 2005) von Terry Messmann mit Robert Whitaker. Komplettes Interview:

<http://www.rosapillennick.de/PsychopharmakaWhitaker.pdf>

Amerikanisches Original:

<http://www.thestreetspirit.org/August2005/interview.htm>



Wenn es um ein Buch ginge, dann wäre es „Mad in Amerika“, geschrieben von dem amerikanischen Journalisten Robert Whitaker. Hier geht es um ein Interview mit dem Autor, das auch in Deutschland viele Leser findet. Der Originaltext wurde in Street Spirit veröffentlicht, einer den Quäkern verbundenen Monatschrift, die sich für die Belange benachteiligter Menschen und Gruppen in den USA engagiert. Thomas Gotterbarm und Kalle Pehe haben es ins Deutsche übersetzt und verbreiten es mit freundlicher Genehmigung des Autors im Internet. Worum geht es in diesem 13seitigen Interview, das hier nur in Auszügen wiedergegeben werden kann? Whitaker ging dem starken Anstieg von „psychischen Erkrankungen“ in den USA nach, der korreliert ist mit einer Ausweitung des Einsatzes von Psychopharmaka.

Hausgemachte Katastrophe?

Whitaker sagt: „Wir haben eine Patientenversorgung, bei der diese Medikamente immer häufiger eingesetzt werden, wir haben angeblich viel bessere Arzneien als früher, die die Grundlage der psychiatrischen Therapie sind. Also sollte man erwarten, dass der Anteil der erwerbsunfähigen Menschen sinkt. Stattdessen ist die Zahl der aus psychischen Gründen Erwerbsunfähigen in den

Vereinigten Staaten seit 1987 von 3,3 Millionen auf 5,7 Millionen gestiegen. Im gleichen Zeitraum haben die Ausgaben für Psychopharmaka in gewaltigem Maße zugenommen. 1986 wurden etwa 500 Millionen Dollar für Antidepressiva und Neuroleptika ausgegeben, 2004 waren es fast 20 Milliarden. Da stellt sich also zwangsläufig die Frage: Beeinflusst der Einsatz dieser Medikamente in irgendeiner Weise den Anstieg der Zahl psy-

chisch bedingter Fälle von Erwerbsunfähigkeit?“

Das Ergebnis sei vorweg genannt und ist niederschmetternd. Whitaker stellt die These auf, dass die Psychopharmaka-Behandlung selbst Hirnstoffwechselstörungen erzeugt, die Fachleute als angenommene Ursache seelischer Störungen mit Psychopharmaka zu korrigieren glauben/vorgeben. Er beruft sich dabei auf Studien, die eigentlich seit Jahren bekannt sind und in denen die Wirkungsweise (hpts. auf das Dopamin- und Serotoninsystem) und die Reaktion des Körpers darauf beschrieben werden. Er betont, dass sich entgegen der Behauptung, Neuroleptika würden nicht abhängig machen, schon nach Wochen Veränderungen der synaptischen Membranen einstellen, mit denen der Körper die Störung durch die Psychopharmaka auszugleichen versucht. Dadurch entsteht eine erhöhte Sensibilität der gestörten Transmittersysteme, die bei abrupten Absetzen zu Symptomen führt. Nicht selten werden diese als Krankheits-symptome gedeutet und erneut medikamentös behandelt. Die Grenze zwischen ursprünglicher Störung und Behandlungsstörungen verwischt. Ein Teufelskreis der Abhängigkeit ist vorprogrammiert, den Whitaker im Zusammenhang mit dem Einsatz von Antidepressiva so beschreibt: *„Ein bestimmter Prozentsatz von Patienten, die wegen irgendeiner Form von Depression mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern behandelt werden, bekommt eine Manie oder eine Psychose – hervorgeufen durch das Medikament. Dies ist weithin bekannt. Behandelte man anfänglich eine Depression, behandelt man nun manische oder psychotische Symptome. Was geschieht dann, wenn jemand eine Arzneimittel-induzierte manische Episode hat? Er landet in der Notaufnahme und erhält eine neue Diagnose. Nun ist derjenige bipolar und bekommt zu dem Antidepressivum noch ein Neuroleptikum dazu. Spätestens an diesem Punkt hat der soziale Abstieg zur chronischen Erwerbsunfähigkeit begonnen...“*

Unseriöse Vermarktung auf Kosten der Patienten

Mit unseriösen Medikamentenstudien und massivem Einfluss der Hersteller auf die Zulassungsbehörde FDA¹⁾ wird die Marktzulassung für Produkte durchgesetzt, die kurzfristig oft kaum wirksamer sind als Placebos, aber mittel- und langfristig erhebliche körperliche Schäden verursachen können. Whitaker beschreibt das am Beispiel der Zulassung von Prozac, das in Amerika einen riesigen Marktanteil hat. Liegt die Zulassung vor, wird so ein Mittel mit gewaltigem Werbeaufwand als wahres Wundermittel angepriesen. Meldungen an Medwatch²⁾ zeigten aber: „Die Realität sah so aus: Über welches Medikament in Amerika gingen nach seiner Marktzulassung die meisten Meldungen über Nebenwirkungen ein? Prozac!

Innerhalb eines Jahrzehnts kam es bei Prozac zu 39.000 Hinweisen auf Nebenwirkungen, die bei Medwatch eingingen.“ Irgendwann wird es vom Markt genommen und durch ein neues Wundermittel ersetzt werden, das dann andere Nebenwirkungen haben wird. Whitaker spricht von einer Art Wanderzirkus, der nach einem fes-

ten Drehbuch arbeitet.

Whitaker kritisiert ganz besonders die Tatsache, das zunehmend Kinder zur Zielgruppe der Hersteller geworden sind: *„Seit 1990 hat sich die Zahl der Kinder, die mit Antidepressiva behandelt werden, versiebenfacht. In allen an Kindern durchgeführten Studien über Antidepressiva hatte man jedoch festgestellt, dass diese Mittel bei der Behandlung des Zielsymptoms Depression nicht wirksamer sind als Placebos. Bei Antidepressiva-Tests an Kindern wurde immer wieder der gleiche Befund erzielt. Das bedeutet, dass es keine vernünftigen therapeutischen Gründe gibt, Kinder mit Medikamenten zu behandeln, die die Zielsymptome nicht besser lindern als Placebos, aber alle möglichen unerwünschten Nebenwirkungen nach sich ziehen. In einer Testreihe z. B. litten 75 Prozent der mit Antidepressiva behandelten Jugendlichen an irgendeiner unerwünschten Nebenwirkung. In einer Studie der Universität Pittsburgh entwickelten 23 Prozent der SSRI-behandelten Kinder eine Manie oder manie-ähnliche Symptome, bei weiteren 10 Prozent kam es zu Arzneimittelinduziertem aggressivem Verhalten. Diese klinischen Befunde besagten also ganz eindeutig, dass diese Medikamente Kindern mit Depressionen nicht helfen, dass sie aber zu allen möglichen schweren Problemen führen – Manien, Aggressivität, Psychosen und sogar Selbstmord. Man hätte diese Mittel bei Kindern also nie einsetzen dürfen, nicht wahr? Stattdessen wurde dies alles vertuscht...Es gab Psychiater – einige von ihnen hatten offenbar Geld von den Pharmafirmen erhalten –, die behaupteten, Kinder seien psychiatrisch unterversorgt und darum häufig selbstmordgefährdet. Man könne diese Kinder nicht ohne Medikamente lassen, es führe zu einer Tragödie, wenn man die neuen Antidepressiva hier nicht einsetze.“*

Man erkennt das Muster, nach dem die Märkte vorbereitet werden. Whitaker beschreibt ausführlich, wie die Hersteller Einfluss auf die FDA, Medizinische Fach-journale und die Öffentlichkeit allgemein nehmen und fasst seine Beobachtungen wie folgt zusammen: *„Wir haben so eine Arzneimittelzulassungsbehörde, die das Schoßhündchen spielt und eine medizinische Fachliteratur, derman nicht trauen kann. Dies alles zeigt, dass die amerikanische Öffentlichkeit belogen wurde, nichts über die Probleme mit diesen Medikamenten erfuhr und nichts darüber, warum diese Probleme geheim gehalten wurden. Dies hat mit Geld zu tun, mit Prestige und mit Beziehungen zu beiderseitigem Nutzen...“*

Man biegt sich die wissenschaftliche Forschung so hin, wie man sie haben will. Man beugt das Recht... Überall geht man so vor, und am Ende haben wir eine Gesellschaft, die an diese Psychopharmaka glaubt.“

(Hirn-)Stoffwechselstörungen durch Psychopharmaka?

Wie Antipsychotika auf den Menschen wirken, beschreibt Whitaker anschaulich in dem folgenden Bild: *„Als Ergebnis (der Medikation, Anm. d. Verf.) haben Sie ein Ungleichgewicht des Dopaminsystems im Gehirn. Das ist etwa so, als ob Sie aufs Gaspedal treten –“*

so wirken sich die zusätzlichen Dopamin-Rezeptoren aus (die sich spontan neu bilden wenn Dopamin medikamentös geblockt wird, Anm. des Verf.) - und gleichzeitig auf die Bremse, was der blockierenden Wirkung der Medikamente entspricht. Wenn man die Bremse nun löst, indem man die Medikamente abrupt absetzt, so hat man ein überaktives Dopaminsystem, man hat zu viele Dopamin-Rezeptoren. Und was passiert? Menschen, die die Medikamente plötzlich absetzen, bekommen ernste Rückfälle. Beiläufig entdeckte man dabei noch, dass man psychotische Symptome auch mit Amphetaminen auslösen kann. Wenn Sie also jemandem genug Amphetamine geben, so steigern Sie sein Psychoserisiko. Das ist allgemein bekannt. Und was machen Amphetamine? Sie setzen Dopamin frei. Es gibt also eine biologische Erklärung dafür, dass das Psychoserisiko ansteigt, wenn man am Dopaminsystem herumfuscht. Das ist die Quintessenz dessen, was Antipsychotika machen: Sie stören das Dopaminsystem. Es gibt eine sehr aussagekräftige Studie dazu: Forscher der Universität Pittsburg untersuchten in den 90er Jahren Menschen, denen gerade neu eine Schizophrenie diagnostiziert wurde. Sie begannen damit, dass sie MRI-Bilder der Gehirne dieser Menschen machten. So haben wir ein Bild der Gehirne dieser Menschen zu Beginn der Diagnose. Danach machten sie weitere Aufnahmen in den folgenden 18 Monaten, um zu sehen, wie sich diese Gehirne veränderten. Während dieser Zeit bekamen sie Antipsychotika verschrieben, und was fanden die Forscher heraus? Sie berichten, dass die Medikamente während dieser 18 Monate eine Vergrößerung der basalen Ganglien erzeugten, eine Hirnregion, die mit Dopamin arbeitet. Mit anderen Worten, sie erzeugen eine sichtbare Veränderung der Morphologie, eine Veränderung der Größe einer Hirnregion, die anomal ist. Das ist das eine. Wir haben ein Antipsychotikum, das eine Hirnanomalie verursacht."

690 Mill. Dollar für Zyprexa-Schäden

Gefragt, ob die neueren Antipsychotika wirklich besser seien als die ältere Generation³⁾: „Nein, das ist völliger Unsinn. Ich glaube sogar, dass die neueren Mittel im Vergleich mit den alten vielleicht als noch gefährlicher angesehen werden müssen, wenn das überhaupt möglich ist. Man wusste seit 1979, dass man damit tatsächlich die zugrundeliegende biologische Vulnerabilität für Psychosen vergrößerte... Wenn wir die neuen Atypika bekämen, so sei das bedeutend sicherer, hieß es. Mit den neuen Atypika bekommt man nun aber alle möglichen anderen Stoffwechselstörungen.“ Er belegt seine Einschätzung am Beispiel von Zyprexa. Kürzlich wurde übrigens bekannt, dass der Hersteller Eli Lilly 690 Millionen Dollar⁴⁾ in einen Topf zur Entschädigung für Menschen einzahlte, die unter Zyprexa an Diabetes erkrankten. Das Diabetes-Risiko war im Beipackzettel nicht erwähnt worden. Jetzt wird es erwähnt. Ist deshalb nun alles in Ordnung?

Auch die Wirkungsweise und Vermarktung von Amphetaminen, insbesondere über die überall stark anstei-

gende Verschreibung von Ritalin an Kinder, wurde von Whitaker untersucht. Er stellt fest, dass kindliches Verhalten zunehmend pathologisiert und mit Psychopharmaka behandelt wird und kommentiert: „Wir rauben den Kindern ihr Recht Kinder zu sein, ihr Recht zu wachsen, ihr Recht Erfahrungen mit ihrem ganzen Spektrum von Gefühlen zu machen, ihr Recht, die Welt in der Fülle ihrer Farbtöne zu erfahren. Nichts anderes bedeutet es heranzuwachsen, lebendig zu sein! Wir rauben Kindern ihr Existenzrecht... Wir sprechen über Millionen von Kindern, mit denen man in dieser Weise verfährt. Es gibt Schulen, in denen 40-50 Prozent der Kinder mit einer psychiatrischen Verschreibung ankommen.“

Besonders dramatisch stellt sich ihm das Schicksal von Kindern dar, die in Heimen untergebracht sind. Er sagt dazu: „Nehmen wir mal ein Pflegekind, das vielleicht ein schlechtes Los in der Lotterie des Lebens gezogen hat. Es wird in ungünstige Familienverhältnisse hineingeboren und wächst nun in einem Pflegeheim auf. Haben Sie eine Vorstellung davon, was das heutzutage bedeutet? Es kann sehr schnell darauf hinauslaufen, dass es eine psychische Krankheit diagnostiziert bekommt, und es wird dann auf ein psychiatrisches Medikament gesetzt. 60-70 Prozent der Heimkinder in Massachusetts sind auf psychiatrische Medikamente gesetzt. Diese Kinder sind nicht psychisch krank! Sie wurden schlecht behandelt, landen in einem Fürsorgeheim, was nichts anderes bedeutet, als dass sie in schwierigen familiären Verhältnissen lebten, und was macht unsere Gesellschaft? Sie sagt: „Ihr habt einen Himschaden. Es liegt nicht daran, dass die Gesellschaft schlecht ist und du keine faire Chance bekommst. Nein, nein, das Kind hat ein defektes Gehirn und muss auf Medikamente gesetzt werden. Das ist absolut kriminell.“

Die einen verdienen und die Patienten...?

Die Ökonomische Bilanz und ihre Perspektiven sehen auch nicht gerade ermutigend aus: „Wir geben inzwischen mehr Geld für Antidepressiva aus als es dem Gros des Nationaleinkommens mittelgroßer Staaten wie z.B. Jordanien entspricht. Das sind ganz hübsche Summen. Der Betrag, den wir für psychiatrische Medikamente in diesem Land ausgeben, ist höher als das Nationaleinkommen von zwei Dritteln der Staaten dieser Welt. Es ist dieses unglaublich lukrative Paradigma, dass man mit diesen Stoffen ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn ausgleichen könne. Aus geschäftlicher Sicht funktioniert das sehr gut für Eli Lilly. Als Prozac auf den Markt kam, lag der Wert von Eli Lilly an der Wall Street, die Kapitalisierung, bei 2 Milliarden Dollar. Im Jahre 2000, als Prozac ihre neue Nummer 1 am Markt wurde, erreichte die Kapitalisierung 80 Milliarden Dollar, ein Anstieg auf das Vierzigfache. Das muss man im Blick haben, wenn man verstehen will, warum Pharmaunternehmen ihre Visionen mit solcher Bestimmtheit vertreten. Sie bringen Milliardenzuwächse beim Stammkapital für Manager und Eigentümer dieser Firmen. Auch für das psychiatrische Establishment, das hinter

diesen Produkten steht, rentiert sich das. Es profitiert davon. Es fließt sehr viel Geld zu Leuten, die sich mit dieser Art von Versorgung arrangieren. Man macht große Werbekampagnen in den Medien. Das Ganze ist eine große profitable Veranstaltung.“

Kalle Pehe

Buchtipp zum Thema: Marcia Angell, Der Pharma-Bluff – wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist. Interview von Hubertus Breuer mit der Autorin M. Angell in der Süddeutschen Zeitung vom 28.10.2005

- 1) Whitaker geht in dem Interview ausführlich auf die Strukturen der FDA ein (Food and Drug Association), die ihren Charakter allmählich von einer unabhängigen Prüfbehörde zu einem abhängigen Bestandteil des Vermarktungsprozesses von Pharmaprodukten veränderte.
- 2) dort kann man Nebenwirkungen melden
- 3) siehe dazu auch: Schizophrenie: US-Studie stellt Vorteile atypischer Neuroleptika infrage / Deutsches Ärzteblatt vom 20.9.05
- 4) zum Vergleich: Allein 2004 gaben Patienten in den USA 1,04 Milliarden Dollar für Zyprexa aus, weltweit über 2 Milliarden Dollar.

Zyprexa: Ein Rezept für Diabetes, Krankheit und frühen Tod

Leonard Roy Frank

Deutsche Übersetzung: Thomas Gotterbarm

In der Zyprexa-Gruppe gab es 20 Todesfälle, darunter 12 Selbstmorde. Es ist skandalös, dass die wissenschaftliche Literatur diese Todesfälle jedoch gar nicht erwähnt. Auch in den Berichten über Ergebnisse aus Studien zu anderen Atypischen Neuroleptika wurden Todesfälle verschwiegen. Die Zulassung dieser Medikamente durch die amerikanische Arzneimittelbehörde Federal Drug Association (FDA) ist empörend, denn diese Todesfälle traten in den Studien schon nach sehr kurzer Zeit auf.

Am 8. Juni 2005 gab das Pharmaunternehmen Eli Lilly & Co. bekannt, man habe sich auf 690 Millionen Dollar Schadensersatz geeinigt zur Beilegung von rund 8000 Klagen vor Gericht, eingereicht von Menschen, die bei der Einnahme des Neuroleptikums Zyprexa Gewichtszunahme, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen und Todesfälle beobachtet hatten.

Zyprexa, Lillys meistverkauftes Medikament, wird zur Behandlung von Schizophrenie und zur kurzzeitigen Therapie manischer Phasen bei einer bipolaren Störung eingesetzt. 2500 weitere Kläger weigerten sich, der Einigung mit Lilly zuzustimmen, vermutlich, weil sie den Betrag, den jeder Kläger erhalten sollte, durchschnittlich 62.500 Dollar, für zu gering hielten als Entschädigung für die durch Zyprexa erlittenen Schmerzen und Qualen. Am 21. Juli veröffentlichte Eli Lilly seine Bilanz für das zweite Quartal 2005, aus der hervorging, dass man zur Deckung der aus diesen Klagen erwachsenen Verbindlichkeiten 1,07 Milliarden Dollar bereit gestellt hatte, 380 Millionen Dollar mehr als der Betrag, auf den man sich mit den Klägern geeinigt hatte. Diese zusätzliche Summe war zur Deckung der Verbindlichkeiten und Anwaltskosten aus jenen 2500 Klagen gedacht, wo es zu keiner Einigung gekommen war [Bericht auf Forbes.com, Ausgabe 21.7.2005]. Da die Meldungen über die außergerichtliche Einigung möglicherweise zu weiteren Schadensersatzklagen führen, kann es durchaus sein, dass Eli Lilly mehr Geld aufwenden muss, als diese vorgesehenen 1,07 Milliarden Dollar.

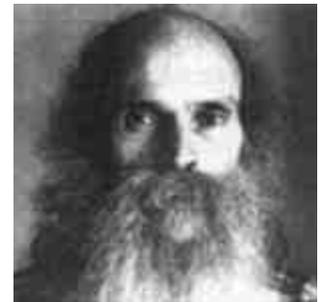
Seit seiner Markteinführung 1996 haben Eli Lilly zufolge etwa 17 Millionen Menschen in 86 Ländern Zyprexa

eingegenommen. Es ist zwar nicht möglich, die genaue Zahl der Opfer des Medikaments zu ermitteln, doch lässt sich mit Gewissheit sagen, dass Zyprexa bei Millionen von Patienten zu Diabetes und anderen Krankheiten geführt hat, und dass Zehntausende daran gestorben sind oder vorzeitig sterben werden.

Trotz dieser Fakten haben sich die Medien mit den Schadensersatzklagen kaum befasst. Trotz dieser Fakten war im Repräsentantenhaus oder in den Fernsehnachrichten keine einzige Stimme der Empörung und des Protestes zu hören. Und trotz dieser Fakten hat Eli Lilly nichts unternommen, um die Öffentlichkeit vor den möglicherweise verheerenden Folgen einer Zyprexa-Einnahme zu warnen, sondern scheffelt bis heute weiterhin Profite aus dem Verkauf des Medikaments.

Zyprexa, generische Bezeichnung: Olanzapin, gehört zu einer Kategorie von Psychopharmaka, die als Atypische Neuroleptika bekannt sind. Andere Mittel dieser Gruppe sind Clozapin von Novartis (deutschsprachige Handelsnamen Clopin, Clozapin, Elcrit, Froidir, Lanolept, Laponex, Olansek - P.L.), Risperidon von Janssen (Risperdal), Quetiapin von AstraZeneca (Seroquel), Aripiprazol von Bristol-Myers Squibb (Abilify) und Ziprasidon von Pfizer (Zeldox).

Das erste Atypische Neuroleptikum, Clozapin, kam 1990 auf den Markt (in Deutschland erstmals 1972, Anm. d. Übs.). Die Hersteller werben für diese Medikamente mit der Behauptung sie seien wirksamer und sicherer als die herkömmlichen Neuroleptika wie



Chlorpromazin (deutschsprachige Handelsnamen Chlorazin, Chlorpromazin, Propaphenin - P.L.) oder Haloperidol (deutschsprachige Handelsnamen Haldol, Haloper, Haloperidol, Sigaperidol - P.L.), die seit den 1950er Jahren erhältlich sind.

Dank einer gewaltigen Werbekampagne durch die Atypika-Hersteller setzte sich der Glaube an diese unbewiesenen Behauptungen überall durch, mit dem Ergebnis, dass die Pharmafirmen für die neuen Medikamente wesentlich mehr Geld verlangen können als für die alten. Eine Monatsration Zyprexa kostet heute etwa 380 Dollar, 10-30mal so viel wie die Monatspackung eines herkömmlichen Neuroleptikums.

Der weltweite Neuroleptika-Umsatz ist von 500 Millionen Dollar im Jahr 1993 (fast alles herkömmliche Neuroleptika) auf mehr als 14 Milliarden Dollar im Jahr 2004 angestiegen (13 Milliarden davon entfallen auf die Atypika).

Seit mehr als zehn Jahren verharmlosen die Pharmahersteller beharrlich einige der mit der Einnahme von Atypika verbundenen schwerwiegenden Gefahren. Der Psychiater E. Fuller Torrey, einer der entschiedensten Befürworter der medikamentösen Behandlung von Schizophrenie, berichtete über eine der Methoden, mit der Ärzte und Öffentlichkeit getäuscht werden:

Die Psychiater, die versuchen, ein Schizophrenie-Medikament zu beurteilen, erfahren nicht, dass der Experte, der die Nebenwirkungen von Zyprexa verharmlost, von Eli Lilly 10.000 Dollar Honorar erhält und außerdem Lilly-Aktien in beträchtlichem Umfang besitzt. [American Prospect, 15.7.2002]

Angesichts der Häufung von Hinweisen auf die Schädlichkeit dieser Medikamente verpflichtete die FDA schließlich 2003 alle Atypika-Hersteller dazu, die Arzneimittelpackungen wegen des erhöhten Diabetes-Risikos mit einem entsprechenden Warnhinweis zu versehen.

Die Anwaltskanzlei Hersh and Hersh aus San Francisco, die etwa 400 Kläger gegen Eli Lilly vertritt, warf dem Pharmaunternehmen vor, es habe bis zum Jahr 2003 "potentiell mit Zyprexa behandelten Patienten in betrügerischer Weise wichtige Informationen vorenthalten". Eli Lilly habe Ärzte und Patienten wider besseren Wissens nicht davor gewarnt, dass Zyprexa zu schädlichen und unter Umständen sogar tödlichen Nebenwirkungen durch Gewichtszunahme und Diabetes führen könne.

Eine solche Warnung hätte viele Ärzte dazu veranlasst, geringere Zyprexa-Dosierungen zu verschreiben und regelmäßig den Blutzuckerspiegel ihrer Patienten zu messen. Möglicherweise hätten manche Ärzte auch ganz damit aufgehört, das Medikament zu verordnen.

Mit solchen Vorsichtsmaßnahmen hätte es zweifellos weniger durch Zyprexa bedingte Diabetes- und Todesfälle gegeben. Ehrlichkeit zählt jedoch nicht zu Eli Lillys Stärken, wenn der Profit auf dem Spiel steht. Die Veröffentlichung der entsprechenden Fakten hätte ganz gewiss den Umsatz des Kassenschlagers Zyprexa gemindert (auf Platz 5 der Liste der weltweit am häufigsten verkauften rezeptpflichtigen Arzneimittel), der 2004

mit einem Ertrag von 4,4 Milliarden Dollar ein Drittel des Gesamtgewinns von Eli Lilly ausmachte.

Für Eli Lillys Umsätze ist das Medikament von überragender Bedeutung. Die Firma scheint eine regelrechte Zyprexa-Abhängigkeit entwickelt zu haben, aus der sie nur schwer wieder herausfinden wird. Aus den Zyprexa-Umsätzen erwirtschaftet Eli Lilly auch indirekt Profit. Es ist eine grausame Ironie, dass das Unternehmen mit dem Verkauf eines Medikaments, das zu Diabetes führen kann, Geld scheffelt, während gleichzeitig vier seiner meistverkauften Arzneimittel Diabetes-Therapeutika sind, darunter die Insulin-Präparate Humulin und Humalog, die jeweils einen Jahresgewinn von einer Milliarde Dollar abwerfen. Auf diese Art schafft sich Lilly einen treuen Kundenstamm.

Patienten, Ärzte und Öffentlichkeit haben von Zyprexas beschämender Geschichte praktisch keine Ahnung. Auf Grundlage der Ergebnisse einer durch Eli Lilly finanzierten sechswöchigen Studie erteilte die FDA am 27.9.1996 der Firma die Genehmigung, das Medikament herzustellen und zu vertreiben. An der Zyprexa-Studie hatten 2500 Probanden teilgenommen, von denen zwei Drittel die Studie nicht einmal erfolgreich abgeschlossen hatten. Von denen, die an der Studie bis zum Ende teilgenommen hatten, erlitten 22% ernsthafte Nebenwirkungen, verglichen mit 18% in der Vergleichsgruppe der Haldol-Probanden.

Die FDA fand heraus, dass es während der sechswöchigen Studie bei den Probanden zu einer Gewichtszunahme von durchschnittlich einem halben Kilogramm pro Woche gekommen war. Die Versuchspersonen, die an der Langzeitstudie teilnahmen, nahmen pro Jahr um 13 kg zu. Zu den weiteren Nebenwirkungen zählten Zittern, Krämpfe, Müdigkeit, Blutzucker-Komplikationen, erhöhter Puls, Unruhe, Verstopfung, epileptische Anfälle, Probleme mit der Leber, Störungen der weißen Blutkörperchen und Blutdruckabfall.

In der Zyprexa-Gruppe gab es zudem 20 Todesfälle, darunter 12 Selbstmorde. Es ist skandalös, dass die wissenschaftliche Literatur diese Todesfälle jedoch gar nicht erwähnt. Auch in den Berichten über Ergebnisse aus Studien zu anderen Atypischen Neuroleptika wurden Todesfälle verschwiegen.

Die Informationen über diese Todesfälle stammen aus FDA-Dokumenten, die der Wissenschaftsjournalist Robert Whitaker ausgewertet hat. Ihm zufolge kam auf 145 Probanden, die an Studien zu Zyprexa, Risperdal, Seroquel und Serdolect teilgenommen hatten, je ein Todesfall [s. Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill von Robert Whitaker].

Angesichts dieser Todesfälle ist die Zulassung von 3 der 4 getesteten Medikamente (Serdolect wurde nicht genehmigt) durch die FDA empörend, denn die Todesfälle traten in den Studien schon nach sehr kurzer Zeit auf. Nicht nur das Zulassungsverfahren der FDA wird dadurch fragwürdig, sondern auch die Unparteilichkeit der Behörde.

Im Falle von Zyprexa sind Eli Lillys Verbindungen mit

den beiden Bush-Administrationen öffentlich dokumentiert. Der frühere amerikanische Präsident George H. W. Bush saß einst im Vorstand von Eli Lilly. Im Jahr 2000 leistete Lilly Wahlkampfspenden von insgesamt 1,6 Millionen Dollar, von denen 82% an George W. Bush und andere Republikaner gingen. 2001 emannte Präsident Bush Lillys früheren stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Mitch Daniel zum Leiter der Bundesbehörde Office of Management and Budget (Amt für Management und Haushalt). Ein Jahr später wurde Lillys gegenwärtiger Vorstandsvorsitzender und Geschäftsführer von Präsident Bush in den neu eingerichteten Homeland Security Council (Heimatsicherheitsrat) berufen.

Die Tatsache, dass diese Todesfälle in den in der Fachliteratur veröffentlichten FDA-Prüfberichten über Atypika-Studien, auf die Psychiater und andere Ärzte als Richtlinie für ihre Verschreibungen angewiesen sind, nicht erwähnt wurden, ist ein Beweis für die Komplizenschaft der beteiligten Pharmafirmen mit den Psychiatern, die für diese Unternehmen Artikel verfassten, und den Chefredakteuren der Fachpresse, die diese Artikel veröffentlichten.

In jüngster Zeit erschienen in den Medien einige Berichte über Todesfälle durch Atypika, doch waren dies zu meist einmalige Meldungen in einigen wenigen Zeitungen, die zu keinen Reaktionen führten. Die gemeldeten Todesfälle waren in der Regel auf Gewichtszunahme und/oder Diabetes zurückzuführen.

So starb z. B. im Februar 2001 der Fernfahrer Frank Olenick aus Ohio im Alter von 40 Jahren, nachdem er in ein Diabetes-Koma gefallen war. Aus der Klage seiner Witwe Christine Olenick gegen Eli Lilly geht hervor, dass er Zyprexa zur Therapie von Depressionen und Entzugssymptomen eines Schmerzmittels, mit dem er nach einem Arbeitsunfall behandelt worden war, eingenommen hatte. Zwei Monate nach Beginn der Zyprexa-Behandlung brachte Frau Olenick ihren kranken Ehemann in die Klinik, wo sie von einer Krankenschwester erfuhr, dass dessen Blutzuckerspiegel um das 15fache erhöht war, obwohl der Mann gar keine Diabetes hatte. Eine Stunde später fiel er Frau Olenick zufolge ins Koma und starb. [Indianapolis Star, 16.3.2003]

Der 39jährige Rob Liversidge aus Maryland wiederum hatte durch eine Zyprexa-Behandlung seiner Manischen Depression mehr als 50 kg zugenommen. Die durch das Übergewicht ausgelösten gesundheitlichen Probleme beendeten seine Beamtenlaufbahn. Eine Woche bevor er nach langer Arbeitslosigkeit eine neue Stelle antreten sollte, brach er zusammen und wurde ins Krankenhaus eingeliefert, wo er trotz sofortiger Behandlung ins Koma fiel und vier Tage später starb. [Baltimore Sun, 19.3.2003]

Diese beiden Fälle gelangten in die Presse. Die meisten der durch Zyprexa verursachten Komplikationen und Todesfälle wurden jedoch vertuscht oder als solche gar nicht anerkannt. Eine Ausnahme bildet P. Murali Doraiswamys Bericht über Komplikationen bei Zyprexa-Konsumenten, die er sechs Jahre lang aus eigenem Antrieb an die FDA gemeldet hatte.

Doraiswamy, Leiter der Abteilung für Biologische Psychiatrie an der Duke University, schrieb:

Unter den 289 Diabetes-Fällen, die mit der Einnahme [von Zyprexa] in Zusammenhang standen, waren 225 Neuerkrankungen. 100 Patienten erkrankten an einer Ketosis (einer schweren Diabetes-Komplikation), 22 an einer Pankreatitis, einer lebensgefährlichen [Bauchspeicheldrüsen-]Störung. Es gab 23 Todesfälle, darunter der eines 15jährigen Jugendlichen, der an einer Pankreas-Nekrose starb, einer Erkrankung, bei der die Bauchspeicheldrüse abstirbt. Die meisten Fälle (71%) traten innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der medikamentösen Behandlung auf und standen mit einer leichteren Gewichtszunahme in Zusammenhang. [Pharmacotherapy, Juli 2002]

Bei älteren Menschen mit einer Demenz bestehen bei der Einnahme von Zyprexa und anderen Atypika zusätzliche Risiken. Anfang 2005 analysierte die FDA die Befunde aus 17 placebokontrollierten Studien zu Atypika, darunter Zyprexa. Die Behörde fand heraus, dass ältere Patienten mit einer Demenz eine 1,6- bis 1,7fach höhere Sterblichkeitsrate hatten als die, die Placebos erhielten. Die meisten starben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen wie einer Lungenentzündung.

Nach dieser Analyse verpflichtete die FDA die Atypika-Hersteller, diese Medikamente mit einem sog. Black-Box-Warnhinweis für ältere Patienten mit Demenz zu versehen. Black-Box-Warnhinweise sind jenen Arzneimitteln vorbehalten, die die schwerwiegendsten Nebenwirkungen haben. [New York Times, 12.4.2005]

Für Kinder und Jugendliche gibt es bei Zyprexa jedoch keinen solchen Warnhinweis, und das Medikament wird jungen Menschen immer häufiger verschrieben. Für Kinder hat das Mittel gar keine FDA-Zulassung, doch verordnen viele Ärzte Zyprexa und andere Atypika bei Autismus, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Hyperaktivität, sozialem Rückzug und aggressivem Verhalten. Vor allem Kinder in Pflegeheimen sind dieser Form des medizinischen Missbrauchs ausgesetzt.

Gewichtszunahme ist die in vieler Hinsicht beunruhigendste Nebenwirkung, denn sie verursacht viele andere Probleme. Diese Gewichtszunahme darf man nicht verharmlosen, wie es Dr. Alan Breier tat, der stellvertretende Vorsitzende von Eli Lillys Verkaufsabteilung und Leiter der Zyprexa-Arbeitsgruppe. Am 16. April 2003 erklärte er im Indianapolis Star, Zyprexa führe, wie einige andere Neuroleptika auch, bei etwa der Hälfte der Patienten zu Gewichtszunahme. Die richtigere Formulierung wäre gewesen: zu extremer Gewichtszunahme.

Zudem nimmt praktisch jeder, der Zyprexa erhält, zumindest etwas an Gewicht zu. Breier meinte auch, Übergewicht sei zwar ein Risikofaktor für Diabetes, führe jedoch nicht zwangsläufig dazu. Das ist nicht ganz falsch, auch Rauchen löst nicht zwangsläufig Lungenkrebs aus, doch verursacht extreme Gewichtszunahme eben extremes Übergewicht, und gesundheitsgefährdendes Übergewicht hat in den USA inzwischen das Ausmaß einer Epidemie angenommen. Die Korpulenz erhöht das bei Zyprexa ohnehin schon bestehende Diabe-

tes-Risiko. In Amerika gibt es heute 18 Millionen Diabetiker. Mit mehr als einer halben Million Patienten, die Zyprexa erhalten, wird diese schon gefährliche Situation noch verschärft.

Der folgende Auszug aus dem am 11.3.2002 in Newsweek erschienenen Artikel von Sharon Begley, in dem Zyprexa in vieler Hinsicht positiv gesehen wird, veranschaulicht das Übergewichtsproblem und schildert die Wirkungen des Medikaments:

Obwohl die Stimmen und Visionen nicht immer verschwinden, ermöglichen es die neuen Medikamente [d. h. die Atypika] den Schizophrenie-Betroffenen, einem Beruf nachzugehen und eine Familie zu gründen. Dennoch verstärken sie den Appetit und verändern möglicherweise auch den Stoffwechsel, was zu dem führt, das [Richard Wyatt, Leiter der Abteilung Neuropsychiatrie am National Institute of Mental Health] das 'riesige Problem' der extremen Gewichtszunahme nennt. [Donna Willey, eine für den Artikel interviewte Patientin] nimmt mit Zyprexa pro Jahr um 10 kg zu. Wog sie vor der Behandlung 60 kg, so sind es gegenwärtig 140. Dies hält manche Patienten davon ab, die Medikamente zu nehmen. Eine weitere Nebenwirkung ist benebeltes Denken, ein Gefühl, als ob die Gehirnsignale sich durch Karamel kämpfen müssten. Viele Patienten verlieren zudem Libido und Potenz. So wirksam die neuen Medikamente auch sein mögen, sie behandeln die Symptome, sie heilen nicht.

Reduzierte Leben, verkürzte Leben, zerstörte Leben! Welchen Nutzen hat so viel Qual und Leid überhaupt? Eine Analyse von 52 Studien, an denen 12.649 Patienten teilgenommen hatten, kam zu dem Schluss:

Es gibt keine eindeutigen Belege dafür, dass die Atypischen Neuroleptika wirksamer oder verträglicher sind als die herkömmlichen Medikamente. [John Geddes et al., British Journal of Psychiatry, Dezember 2000]

Eli Lillys Geschäftsführung übernimmt jedoch keine Verantwortung für die verursachten Schäden. Man entschuldigte sich nicht, man bedauerte nichts, man leugnete lediglich weiter. Die außergerichtliche Einigung kommentiere Eli Lillys Vorstandsvorsitzender Sidney Taurel wie folgt:

Wir halten die Schadensersatzforderungen zwar für unbegründet, doch haben wir uns zu diesem schweren Schritt entschlossen, weil wir denken, dass es im Interesse der Firma, der auf dieses Medikament angewiesenen Patienten und der Ärzte liegt. Wir wollten die erhebliche Verunsicherung aus der Welt schaffen, die mit solchen komplexen Gerichtsverfahren verbunden ist.

Dies waren keine beiläufigen Bemerkungen, die Aussage findet sich in Eli Lillys Presseerklärung zu der Einigung. Eine solche Reaktion wäre lachhaft, wäre das Thema für die Öffentlichkeit und die Eli-Lilly-Aktieninhaber nicht so ernst. Was mögen die Aktieninhaber wohl denken über einen Vorstandsvorsitzenden, der die Zahlung von 690 Millionen Dollar anordnet als Schadensersatz, der seiner Meinung nach unbegründet ist?

In Anbetracht der Rentabilität von Zyprexa werden sich die Eli-Lilly-Aktieninhaber jedoch kaum beschweren. Die Schadensersatzzahlung fällt einfach unter die Geschäftskosten. Was sind schon 690 Millionen oder gar 1,07 Milliarden Dollar im Vergleich zu den vielen Milliarden Dollar Gewinn, die Zyprexa seit seiner Markteinführung vor neun Jahren abgeworfen hat, ganz zu schweigen von den zu erwartenden künftigen Profiten? Wie haben sich diese jüngsten Rechtsstreitigkeiten auf den Absatz von Zyprexa und den Eli-Lilly-Aktienkurs ausgewirkt? Im zweiten Quartal 2005 ist der weltweite Absatz von Zyprexa im Vergleich zum selben Quartal im Vorjahr um 10% gefallen, während er in den USA um 21% abgenommen hat. Wichtiger für die Aktieninhaber ist jedoch, dass der Eli-Lilly-Kurs um rund 16% gefallen ist, von 67,30 Dollar Höchststand in den letzten zwölf Monaten auf 56,32 Ende Juli 2005.

Durch die betrügerischen Geschäftspraktiken des Energiekonzerns Enron haben viele Menschen ihre Ersparnisse verloren. Durch Eli Lillys betrügerische Arzneimittelinformation haben noch mehr Menschen ihre Gesundheit oder ihr Leben eingebüßt. Anders als beim Enron-Skandal jedoch wurde keiner der Verantwortlichen von Eli Lilly verhaftet oder eines Vergehens angeklagt. Dass der Vorstand von Eli Lilly vor Gericht steht, wird in absehbarer Zeit kaum geschehen.

Was kann nun getan werden? Ob man es Verbrechen nennt oder Tragödie, die Angelegenheit ist auf jeden Fall ein Problem der öffentlichen Sicherheit von gewaltigem Ausmaß und erfordert das Eingreifen der Regierung. Eine bloße Warnung der Patienten vor den schweren Nebenwirkungen von Zyprexa reicht als Schutzmaßnahme nicht aus.

Als das Medikament Thalidomid (Contergan) Anfang der 1960er Jahre zu schrecklichen Missbildungen bei Tausenden von Neugeborenen führte, wurde es von der FDA verboten. Wie viele Menschen müssen noch sterben, bis die Regierung sich entschließt, die Bürger durch ein Verbot von Zyprexa zu schützen?

Sonderbeilage zum Thema Psychopharmaka

Zum Rundbrief 3/2006 soll es eine 20-seitige Anlage oder Beilage zum Thema Psychopharmaka geben. Für dieses Sonderheft, das bei Gelingen auch unabhängig von Rundbrief 3/2006 weiter aufgelegt werden soll, suchen wir Beiträge.

Bitte an:

BPE, Matthias Seibt, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax -03

Email: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de. oder bpe-rundbrief@web.de

Das Leben neu lernen

Regelmäßig stattfindende Erfurter Psychose-Gespräche helfen Menschen, die aus dem Tritt kamen

ALTSTADT. Jeden ersten Donnerstag im Monat treffen sich 18 Uhr etwa zwanzig Leute in der Alten Stadtmünze hinter der Tourist-Information. Ihre Runde ist lose und anonym, sie laden sich Referenten ein, reden über ihre Lebenserfahrungen und veröffentlichen sie in einem eigenen Monatsblatt, feiern ein Sommerfest. Ein Club der verlorenen Herzen, eine Runde für schüchternen Dichter? Nein. Man sieht es ihnen nicht an — doch sie alle haben eine Psychose durchstanden. Ein harter Einschnitt, der jeden treffen kann: „Körper und Seele geraten aus dem Gleichgewicht, weil man einen Angehörigen verloren hat oder sich beruflich gescheitert fühlt“, beschreibt ein Betroffener diese Störungen. Man

nimmt die Wirklichkeit anders wahr, ist beängstigt, kann kein sicheres Urteil mehr treffen. Schützende Rituale funktionieren nicht mehr, Freunde verstehen einen nicht mehr, manche hören innere Stimmen oder geraten in Panik. „Eine Psychose kann sich etwa in einer Depression, einer Ess-Störung, einer Schizophrenie oder einem Selbstmordversuch niederschlagen“, erläutert Prof. Eckhard Giese, der Psychologie an der Fachhochschule lehrt. Ärzte könnten mit Psychopharmaka nur begrenzt helfen, es ist vor allem ein innerer Kampf. „Die Psyche versucht umzulenken, sich der neuen Situation anzupassen. Erfolg hat man, wenn man die Krankheit anerkennt und sich mit anderen Betroffenen austauscht“, rät ein anderer. Professor Giese verweist darauf,

dass ein Viertel aller Menschen irgendwann im Leben von einer Psychose betroffen sind. Keine Randgruppe also, sondern Menschen, die dem Erfolgsdruck in der Gesellschaft einmal nicht gewachsen sind und dann nicht gleich jemanden finden, der ihnen aus dem Tal hilft. Bei falscher Behandlung könne das zu Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung führen — enorme Kosten, die vermeidbar wären.

Die Öffentlichkeit bemerke und bewerte aber oft nur die Symptome, also die Momente des Ausfalls, so der Tenor, Klischees wie „der schizophrene Gewalttäter seien noch weit verbreitet. Im akuten Stadium habe niemand die Kraft, sich diesem Zerrbild entgegenzustellen. „Jeder, der sich nicht berechenbar verhält, scheint eine Gefahr für die Men-

schen, die normal funktionieren“, sieht es ein Psychose-Erfahrener. Es müsse stattdessen darum gehen, die Betroffenen wieder in den Alltag, in die Gemeinschaft zurückzuholen. Das erfordere, dem „Gescheiterten“ zuzuhören, ihn am eigenen Leben zu beteiligen, seine Lebensziele zu bestätigen, ihm die Chance zu geben, sich zu bewähren — viele hätten das verlernt oder sträubten sich, um nicht selbst in eine Opferrolle zu geraten. Deshalb versucht der Gesprächskreis, noch mehr Betroffene, Angehörige und Ärzte zu gewinnen. Thema am 2. März ist „Seelische Krisen. Wie kündigt sich eine psychische Erkrankung an“.

Oliver POPP

Kontakt: ©0361 f66612 30

Würde, was ist das? Wie bekomme ich Kontakt zu meiner Würde?

Veranstaltung Darmstadt, Vortrag am 01.11.2005, Referentin: Martina Rogler
Zusammengefasst von Anke Griesel

Ich kann mein Gesicht verlieren. Und ich kann es wieder finden. Würde ist mein inneres Licht. Das, was mich ausmacht. Mein inneres Wissen. Es geht auch darum: die Perspektive wechseln zu können. Einen Schritt zur Seite zu gehen. Mich von mir wegzubewegen.

Heute, an Allerheiligen, geht es auch um die Würde der Menschen, die für mich eine Bedeutung haben und die nicht mehr unter uns sind. Eine davon ist: Virginia Sartier, die Familientherapeutin.

Suche: nach der Herkunft des Wortes Würde.

Würde ist: historisch: Achtung, gebietender Wert, der einem Menschen innewohnt.

Würde heißt: die Bildung von Wert.

Würdig heißt: voller Würde.

Würdigen heißt: anerkennen, ehren, für Wert halten.

Mein Wissen, um die Perspektive zu wechseln. Um meine Haltung zu verändern. Um neu zu sehen und zu hören.

Auseinandersetzung mit dem Wort Würde:

Wertschätzen;

Übersicht behalten;

Ruhe;

Dankbarkeit;

Echtheit oder Ehrlichkeit;

1 Wertschätzen:

Virginia Sartier, ein Gedicht von ihr: Ich bin Ich. Niemand gleicht mir aufs Haar. Was von mir kommt, ist mein Eigenes. Das gehört: mir. Mein Mund, meine Worte, meine Stimme, das, was ich mir tue, gehört mir. Meine Siege, Erfolge, Niederlagen, Fehler. So kann ich mich lieben und meine Fehler. So betrachte ich meine Fehler: freundlich. Wenn ich freundlich zu mir bin, finde ich Wege zu mir selbst. Immer bin ich es. Das, was unpassend ist, lege ich ab. Das, was sich bewährt hat, behalte ich bei. Ich gehöre mir und deshalb kann ich etwas aus mir machen.

Würdevoll heißt: liebevoller Umgang mit mir. Güte heißt: förderlicher Umgang mit mir.

2 Übersicht behalten:

Das, was ich nutzen möchte, nutzen. Das, was ich nicht tun möchte, ablegen. Es ist schwer, den Überblick zu behalten, wenn wir gewohntes Terrain verlassen. Wenn wir uns verändern. Wenn wir: alte Gewohnheiten aufgeben. Dann verlieren wir die Übersicht. Das macht uns Angst (Schmerz, Unsicherheit, Unwohlsein). Wir wollen dann Gewohntes wiederherstellen. Wir haben Alles, was wir brauchen, zur Verfügung, um die Übersicht zu behalten.

5 Freiheiten von/nach Virginia Sartier:

1) Das sehen, was im Moment da ist. Nicht das, was sein wird.

- 2) Das ansprechen, was ich fühle und denke. Nicht das, was von mir erwartet wird.
- 3) Zu meinen Gefühlen stehen. Mir nichts vortäuschen. Anderen nichts vortäuschen.
- 4) Um das bitten, was ich brauche. Nicht um Erlaubnis fragen, ob ich das tun darf.
- 5) Risiken in eigener Verantwortung eingehen. Nicht auf Nummer Sicher gehen.

3 Ruhe:

Im Sinne von Stille. In der Ruhe und Stille kommt die Wirklichkeit zum Ausdruck. Wahrnehmen schaffe ich erst, wenn ich in die Stille komme. Innehalten. Dafür braucht es einen guten Atem. Danach schauen, was im Moment ist. Zum Geschehen: eine förderliche Haltung einnehmen. Die innere Stille wahrzunehmen macht uns empfänglicher für den Kontakt nach außen.

4 Dankbarkeit:

Zu und für sich selbst. Den inneren Widerstand würdigen. Dankbarkeit als Wachsamkeit der Seele. Gegen die Macht der Zerstörung. Das, was man erbracht hat, würdigen. Sich selbst ausreichend danken. Dann kann es neue Wege und Ziele geben.

Ich sage zu Mir: „Ich danke mir für...“

Oder: die Dankbarkeit im Kleinen. Können negative Gefühle positive Absichten haben? Ist das eine Mission des Unbewussten? Tipps zum förderlichen Umgang mit sich selbst, oder: wie begegne ich mir am Morgen. von: Gun-

ter Schmidt, systemischer Therapeut, Heidelberger Schule.



Ich erlaube mir, **zu sehen, was ich sehe. Nicht das, was ich dazu denke.**

Literaturempfehlungen:

Gunter Schmidt: systemischer Familientherapeut aus Heidelberg

Virginia Sartier:

Meine vielen Gesichter;

Mein Weg zu Dir: Kontakt finden und Vertrauen gewinnen.

ISBN – 3-466-30548-9

Kösel-Verlag München.

5 Echtheit:

Kongruenz. Zu dem stehen, was in mir ist. Und das nach außen tragen. Beginnen, mit den eigenen Gefühlen ehrlich umzugehen. Wissen, das wir jederzeit in der Lage sind, unser Verhalten so zu ändern, um eine förderliche Situation entstehen zu lassen.

Gelassen sein: Sich selbst in die Augen schauen. Sich nicht mit anderen vergleichen.

Wertschätzung, die innere Übersicht behalten. In der Stille liegt die Kraft. Dankbarkeit darüber, das zu spüren, was ist.

Es hat: Alles eine Bedeutung.

DGPPN-Kongress 2005

Eindrücke vom TRIALOG-Forum/DF-002 Diskussionsforum von Anke Griesel

Thema: Willensfreiheit und psychische Erkrankungen

ReferentInnen und erste Impulse:

Dagmar Barteld-Paczowski (BPE e.V. Itzehoe)
Mein Dilemma und mein Impuls für uns heute: Ist eine psychische Erkrankung für uns Betroffene unsere Willensfreiheit? Können wir uns die Erkrankung aussuchen. Oder: Sucht sie sich uns aus? Aus meiner Sicht jedenfalls hat meine scheinbare Willenslosigkeit in meinen Krisen durchaus einen Sinn gehabt. Es gab einen Grund für die Handlungen in meinen Krisen. Dieser Grund ist für Profis und Angehörige nicht auf den ersten Blick verständlich. Er erscheint ein wenig verschlüsselt und besonders. Doch es ist mein Wille. Das ist mein Mut zum Eigen-Sinn.

Eva Straub (Angehörigenverband, Gaimersheim)
Wir Angehörigen befinden uns ebenfalls in einem Dilemma. Die Betroffenen sagen: Wir müssen selbst wollen, wenn ihr Angehörigen wollt, dass wir die ÄrztInnen

von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Ohne unsere Zustimmung geht nichts. Wenn das Vertrauensverhältnis gut ist, wird sich die/der Betroffene seinen Angehörigen anvertrauen. Wir Angehörige fragen uns: Kann das der Maßstab aller Dinge sein? Aus Sicht der Angehörigen jedenfalls ist er das nicht. Wir haben ein großes Verantwortungsgefühl. Wir fühlen uns für „unsere“ Betroffenen verantwortlich. Wir fühlen hier und da, dass wir dem Gebot der Willensfreiheit der Betroffenen nicht nachkommen wollen. Wir fragen uns, was beispielsweise mit der aus unserer Sicht „gestörten“ Wahrnehmung der Betroffenen ist. Ob das Gebot der Willensfreiheit dann noch für sie gelten kann. Es gibt für uns ein Dilemma zwischen: Verantwortungspflicht und Verantwortungsabgabe. Dieses Dilemma gilt auch für die übrigen Familienangehörigen. Ich frage mich, so Frau Straub wörtlich: *Ist es (s)eine freie Willensentscheidung, wenn sich ein akut psychotischer Mensch gegen eine*

Behandlung – welcher Art auch immer – verwahrt. Von solch einer Entscheidung werden die Angehörigen in ganz erheblichem Maße beeinträchtigt. Die Angehörigen fordern: die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht für uns. Wir wollen umfänglich wissen, was mit unseren Betroffenen ist. Wir wollen umfangreich über Alles informiert sein. Ziel ist die Selbstverantwortung als Forderung des betroffenen Familienmitgliedes. Doch: unter welchen Voraussetzungen gilt sie?

Diskussionsbeiträge aus dem Forum zum Nachdenken und zum Weiterdenken.

Jede Seite sollte dabei ihre Berechtigung haben...

Einige Neurowissenschaftler bestreiten, dass es eine Willensfreiheit gibt. Bei so genannten Gehirnerkrankungen gibt es keinen freien Willen, sagen sie. Sie könnten nicht feststellen, ob wir einen freien Willen haben. Bei Experimenten wird von WissenschaftlerInnen zwar die Handlungsfreiheit untersucht. Nicht jedoch die Willensfreiheit. Neurowissenschaftliche Untersuchungen können kein ausreichender Beleg bzw. Beurteilungsmassstab dafür sein, um einen freien Willen zu belegen.

Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik, sozusagen als einleitende Maßnahme, die der Behandlung vorangeht, erfolgt die Frage: Kommt die/der Patient/In freiwillig? Wird die/der Patient/In eingewiesen? Dieser Beginn der Behandlung hat für die/den Betroffenen und für die übrigen, an diesem Verfahren Beteiligten erhebliche Konsequenzen.

Entscheiden und Fühlen: Das macht die ganze Person. Das macht die Persönlichkeit eines jeden Menschen aus.

Was ist Willensfreiheit? Was ist frei? Wir erleben uns als: Urheber unseres Handelns und Wollens. Wir fühlen uns für unser Wollen und für unser Tun verantwortlich. Wir verhalten uns: willentlich zu unserem Wollen. Unser Wille ist dann frei, wenn wir beurteilen, was in einer bestimmten Situation richtig für uns ist. Es liegt an uns selbst, wie stark wir bei einer Sache, bei einer Entscheidung abwägen. Es liegt an uns, wie wir uns auf eine Sache konzentrieren.

Für den Bereich Psychiatrie gilt: Aus einem isolierten EEG wissen wir nicht, ob ein/e Patient/In ihren/seinen Willen beeinflussen kann.

Das eigene Erleben: darf nicht überflüssig (gemacht) werden. Es liegt an mir selbst, wie ich mich entscheide.

Wir können von einer bedingten Willensfreiheit ausgehen. Es gibt keinen völlig freien Willen.

Wie steht es mit der Fähigkeit, ob eine Person, wenn sie handelt, so handeln wollte oder ob sie nicht handeln konnte. Ich frage: Konnte sie ihr Verhalten ändern oder nicht.

Intention und Wille, oder: Intention lässt sich nicht neurobiologisch fassen, erklären, definieren...

Ich habe gespürt: Es muss sich etwas ändern in meinem Leben. Ich muss bei mir etwas ändern. Aber ich konnte es nicht. War das (m)eine freie Willensentscheidung? Oder: war es meine Unfähigkeit, etwas zu ändern? Warum habe ich nicht gehandelt, als ich merkte, ich muss etwas tun? Meine Antwort: ich war verantwortlich für meine Kinder. Deshalb habe ich mich z.B. nicht von meinem Mann getrennt.

Es gibt keine unbedingte, sondern nur eine bedingte Willensfreiheit. Ab wann, ab welchem Zeitpunkt: kann eine Person ihren freien Willen nicht mehr äußern?

Die Verantwortung für die/den Angehörigen. Die gibt es dann, wenn sie als Angehörige/r zugleich Betreuer/in der/des Betroffenen sind. Dann haben sie Verantwortung für den Bereich, für den sie ihre/seine Betreuung übernommen haben. Dafür haben Sie die Verantwortung zu tragen. Das ist rechtlich so vorgegeben.

Es soll keine Schweigepflichtentbindung für den behandelnden Arzt geben. Das kann nur gemeinsam erreicht werden. Wenn die Betroffenen das wollen. Das hat auch etwas mit dem Verhältnis zwischen Angehörigen und Betroffenen zu tun. Wie gut das Verhältnis es ist. Ob es auf beiden Seiten trägt. Ansonsten wird den Betroffenen hier von den Angehörigen zu viel abverlangt. Es ist wichtig, auf die Autonomie der Betroffenen Rücksicht zu nehmen. Wenn es ein gutes Verhältnis zwischen den Betroffenen und den Angehörigen gibt, kommt der Betroffene von selbst auf den/die Angehörige/n zu.



Die Psychiatrie muss sich fragen, wann und warum sie die Willensfreiheit der/des Patient/-in außer Kraft setzt. Psychische Traumatisierung entsteht dann, wenn die Willensfreiheit der/des Betroffenen massiv eingeschränkt wird.

Es gibt ein Interesse des Menschen am Überleben eines Menschen. Doch derzeit scheinen solche Überlegungen nicht mehr das herrschende Paradigma zu sein. Wenn wir darüber bei ENUSP, dem Europäischen Netzwerk der Betroffenen, diskutieren, gibt es bei der Diskussion große Unterschiede.

Krankheitseinsicht: ist nicht so wichtig. Aber: Hilfeinsicht. Es geht um die Frage, ob wir Hilfe brauchen. Das funktioniert für uns nicht mit Psychoedukation.

Wer darf/wer hat das Recht, so genannte, meine Seelenzustände zu definieren? Oder: für einen Psychiater ist es „krank“, wenn meine Antworten aus dem Weltraum kommen. Für mich haben diese Antworten eine andere Bedeutung. Sie haben für mich einen Sinn. Es geht mir nicht darum, dass so genannte (Seelen) Zustände definiert werden. Es sollte vielmehr so sein, dass wir, die Betroffenen, die von Ihnen, Profis und Angehörigen bezeichneten, so genannten „Zustände“, in denen wir uns befinden, selbst definieren. Das heißt konkret: wir definieren unsere Gefühle selbst.

Stichwort Schweigepflichtentbindung. Ein Beispiel: Der Betroffene möchte z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt in seine Familie zurückkehren. Die Familie soll und möchte wissen, was sie besser machen kann. Doch für solch ein Anliegen muss es keine Schweigepflichtentbindung geben. Denn wir können gemeinsam diskutieren, was wir besser machen können. Trialogisch. Die Betroffenen sollten den gemeinsamen Austausch führen. Wir Betroffenen fragen uns in diesem Zusammenhang: warum sollen wir Betroffenen zu Allem bereit sein? Müssen wir das wirklich sein? Wir haben unsere Grenzen. Auch beim Thema Schweigepflichtentbindung. Die Forderung nach der Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber unseren Angehörigen geht uns zu weit.

Fazit: Der Trialog soll entscheiden, was passieren darf und was nicht. Es soll freiwillige trialogische Gespräche geben. Ziel könnte ein gemeinsames trialogisches Abschlussgespräch nach der Behandlung sein.

Wenn ich, der Arzt, glaube, dass es ein Dreiergespräch, dass es den Trialog zwischen Arzt, Patient, und Angehörigen geben soll, versuche ich, den/die PatientIn davon zu überzeugen, dass ein solches Gespräch wichtig ist.

S-3-Richtlinie: was steht da drin?

Wenn wir als PatientInnen zu aufmüppig werden, kommen wir in die Forensik. An solche Drohungen der Ärzte während meiner Behandlung kann ich mich lebhaft erinnern.

Seit dem Tod der schwedischen Außenministerin wird in Schweden die gesamte fortschrittliche Gemeindepsychiatrie hinterfragt.

Vielleicht sind auch manche unserer Angehörigen „krank.“ Sie haben uns, unsere Verhaltensweisen geprägt. Manchmal müssen wir als Betroffene unsere Angehörigen schützen und bewahren und unsere Krisen selbst für uns überwinden. Auch ohne unsere Angehörigen.

Innenansichten

von Tanja Afflerbach

Der Einfachheit wegen

Beton erträgt geduldig
wurde der Einfachheit wegen erfunden
schnell, hart, unbeweglich
der sich stets verändernde
Trampelpfad musste weichen

das Gras wird zur
mystifizierten Stilisierung von Leben
das alle achten in ihrer Moral
und das doch zu weichen hat
der Einfachheit wegen

An den Arzt

Ich bitte Dich mein Arzt zu sein und alles
für mich zu tun, was in Deiner Macht steht.
Du hast gewählt. Du hast dich entschieden
Arzt zu sein.
Ich habe mich nicht entschieden
Schmerzen zu haben
und Deine Patientin zu sein.
Verstehst Du? Das ist der Punkt.

Ärzte

Helfen und Macht ausüben,
liegen nah beieinander.

Vollmond

der Vollmond sieht
die Schlafenden
wie sie vergessen
und die Wachen
wie sie sich grämen

ist noch da

lebt

ist lebendig

liebt und leidet

eine glücksspürerin

im schmerzenraum

ohne tür

aber mit einem

klitzekleinen fenster

zum rausschauen

aber sie

muss drinnen bleiben

Seminare am hölzernen See bei Königs Wusterhausen

(südl. von Berlin).

Mo, 7.8. bis Mi 9.8.2006.

Basiswissen Psychopharmaka / Ver-rücktheit selber steuern.

Ende 13.00 Mittagessen.

Mi 9.8. bis Fr 11.8.2006.

Beginn 13.00 Uhr Mittagessen.

Organisation auf Orts- und Landesebene.

Aufbau einer Selbsthilfegruppe bzw. Landesorganisation, Umgang mit schwierigen Situationen und Menschen, Pressearbeit, die Wahl des Veranstaltungsorts, Geldbeschaffung usw.

Referent jeweils Matthias Seibt

Anmeldungen an: 0234 / 640 51-02 Fax -03, Email: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de

Die Teilnehmerzahl ist auf je 12 begrenzt!

Die Teilnahmegebühr je Seminar für Psychiatrie-Erfahrene im BPE beträgt 10,- € Fördermitglieder und sonstige PE 20,- € alle anderen 35,- € Damit sind auch Unterkunft und Verpflegung bezahlt.

Sonderbeilage zum Thema Psychopharmaka

Zum Rundbrief 3/2006 soll es eine 20-seitige Anlage oder Beilage zum Thema Psychopharmaka geben. Für dieses Sonderheft, das bei Gelingen auch unabhängig von Rundbrief 3/2006 weiter auf- gelegt werden soll, suchen wir Beiträge.

Bitte an:

BPE, Matthias Seibt, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax -03

Email: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de. oder bpe-rundbrief@web.de

Psychopharmaka-Beratung aus Betroffenen-sicht

Bürozeiten: Montag bis Donnerstag von 11.00 – 17.00 Uhr unter 0234-640 510 2, Fax: 0234-640 510 3

Ich stehe den BPE-Selbsthilfegruppen für Vorträge und Arbeitsgruppen zu den Themen Psychopharmaka und „Ver-rücktheit steuern“ gegen Fahrtkostenerstattung (alte Bahncard) 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 möchte ein bundesweites Seminar organisieren, auf dem sich Psychiatrie-Erfahrene zum Thema Psychopharmaka weiterbilden. Interessent/inn/en bitte bei mir melden.

Ein weiteres bundesweites Seminar soll für Psychiatrie-Erfahrene sein, die selber im Rahmen ihrer Selbsthilfeeaktivitäten zum Bereich Psychopharmaka beraten wollen. Da hier die Teilnehmer/innen/zahl fünf kaum überschreiten wird, können individuelle Wünsche genau beachtet werden. Weitere Informationen unter:

Matthias Seibt, Psychopharmaka-Beratung des BPE, Wittener Straße 87, 44789 Bochum

Tel.: 0234-640 510 2, Fax: 0234-640 510 3

E-Mail der Psychopharmaka-Beratung: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de