

BpO

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de



Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Ehrenvorsitzende: Dorothea Buck

im Internet unter: www.bpe-online.de



Geschäftsführender Vorstand:

vorstand@bpe-online.de
Dagmar Barteld-Paczkowski
 Detlef-H.-Rötger-Straße 48, 25524 Itzehoe
Johannes Bischoff
 Wohlfeil 3, 67489 Kirrweiler
Jurand Daszkowski
 Carl-Petersen-Str. 24a, 20535 Hamburg
Ruth Fricke
 Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Mirko Olostiak
 Hegarstr.7B, 79106 Freiburg
Matthias Seibt
 Landgrafenstr. 16, 44652 Herne
Doris Steenken
 Spindelstr. 26b, 49080 Osnabrück

Erweiterter Vorstand :

Bärbel Kaiser-Burkart
 Dürleberg 3a, 79112 Freiburg (BW))
Reinhold Hasel
 Wolframstr.32, 86161 Augsburg (BAY)
Jochen Schubert
 Friedenstr. 5, 12107 Berlin (B)
Christine Pürschel
 Hanns-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)
Detlef Tintelott
 Carl-Severing-Str. 63, 28329 Bremen (HB)
Anke Korsch
 Oertzweg 9, 22307 Hamburg (HH))
Sylvia Kornmann
 Giessener Str. 32.,35581 Wetzlar (HE)
Markus Denkel
 Postfach 21, 38177 Schwülper (NS)
Cornelius Kunst
 Donaustr. 55, 42653 Solingen (NRW)
N.N. (RP)
Esther Schulz
 c/o KISS, Futterstraße.27, 66111 Saarbrücken (S)
Karla Kundisch
 Altlaubegast 10, 01279 Dresden (SA)
Wolfgang Schellenberg
 Rudolf Breitschscheid Str. 22, 06110 Halle (SAN)
Matthias Schuldt,
 Bergenstr. 21a, 23558 Lübeck (SH)
Rainer Stötter
 Wettinerstraße 32, 04600 Altenburg (TH)

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Impressum	2
Medienprojekt 2014	4
Briefwechsel Neumärker/Buck	6
Erinnern – Betrauern – Wachrütteln	8
Ende Zusammenarbeit	11
Antwort Ende Zusammenarbeit BPE; Leserbrief	12
Erlebnisbericht	13
Rezensionen	14
Vorsicht: Frühwarnzeichen!	15
Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen	16
Statement zum Workshop Modellvorhaben nach § 64b SGB V	20
Internationales	22
Zum Mitmachen	23

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln, BLZ: 370 205 00
 BIC: BFSWDE33XXX
 Konto: 70798-00
 IBAN: DE74370205000007079800

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V.

Redaktion: Reinhard Wojke Holsteinische Str. 39, 10717 Berlin (V.i.S.d.P. + Layout)

Fotos: im redaktionellen Teil, wenn keine andere Zuschreibung angegeben ist: Reinhard Wojke.

Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum
 Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mo.+Do. 10 – 13 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103

Verantwortlichkeit Inhalt: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern stehen in persönlicher Verantwortung der einzelnen AutorInnen.

E-Mail: bpe-rundbrief@web.de

Redaktionsschluss: 5. Mai 2014

Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm



Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V

GESCHÄFTSSTELLE

Anschrift: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Geschäftsstelle
Wittener Str. 87
44789 Bochum

E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de

Tel.: 0234 / 68 70 55 52

Geschäftsstelle, Mitgliederanfragen, Pressekontakt und Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Vorausverfügungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung

Montags und Donnerstags jeweils 10 – 13 Uhr
Miriam Krücke

Bei Umzug bitte melden

Liebe Mitglieder, wenn Ihr privat umzieht oder Eure Selbsthilfegruppe einen anderen Tagungsort oder Tagungstermin wählt, so teilt dies bitte der Geschäftsstelle des BPE e.V., Wittener Str. 87, 44789 Bochum mit.

Nur so können wir gewährleisten, dass ihr regelmäßig Informationen des BPE bekommt und dass wir Hilfesuchende an die örtlichen Selbsthilfegruppen weiter vermitteln können.

Telefon: 0234 / 68 70 55 52

Fax: 0234 / 640 5103

Email: kontakt-info@bpe-online.de

BPE Rundbrief per Mail bekommen

Liebe Mitglieder,

wenn ihr uns und euch etwas Papier sparen wollt, könnt ihr den Rundbrief auch statt per Post, als PDF-Datei per Mail bekommen.

Bei Interesse einfach in der Geschäftsstelle (0234-68705552, kontakt-info@bpe-online.de) Bescheid geben.

Das „Medienprojekt 2014“-des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.: „Psychiatrie-Erfahrene als Interviewpartner“

Liebe FunktionsträgerInnen in den Landesorganisationen,
liebe Aktive in den örtlichen Selbsthilfegruppen,
liebe MitgliederInnen,
liebe Alle,

wir laden Euch herzlich zu einem Medientraining mit den Inhalten: „Gesprächsstrategien als Interviewpartner“ und „der eigene Erfahrungsbericht“ ein.

In dem eintägigen Workshop könnt ihr erfahren, welche Rechte ihr als Interviewpartner habt und wie ihr euch optimal auf ein Interview vorbereitet. Dazu gehört auch das Instrument eines Erfahrungsberichtes.

Es gibt Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch, es werden Interviewsituationen durchgespielt und Hilfestellungen dazu gegeben, das eigene Erlebte und Anliegen gut auf den Punkt zu bringen.

Der BPE e.V. wird häufig von Journalisten angefragt, ob wir Interviewpartner mit bestimmten Diagnosen oder bestimmten Erfahrungen mit Einrichtungen und Diensten vermitteln können. Menschen, die hier über ihre persönlichen Erfahrungen authentisch berichten könnten, haben aber häufig Angst sich zu outen oder sind unsicher, weil sie keine Erfahrung im Umgang mit Journalisten haben. Sie kennen ihre Rechte als Interviewpartner nicht und fürchten Journalisten, die nur ihre vorgefasste Meinung bestätigt haben wollen und ihre Äußerungen womöglich verdrehen oder aus dem Zusammenhang reißen.

In diesem Workshop besteht also die Möglichkeit für euch, eure Wissenslücken zu füllen und zu erfahren, wie ihr für ein faires Interview sorgen könnt. Den persönlichen Erfahrungsbericht könnt ihr sowohl für Printmedien hernehmen, als auch als Mittel zur Selbstreflexion nutzen.

Im Jahr 2012 und 2013 hatte der BPE e.V. erfolgreich jeweils vier Schulungen mit dem Schwerpunkt „Medienkompetenz für die Selbsthilfearbeit Psychiatrieerfahrener“ in ganz Deutschland durchgeführt:

„Pressemitteilungen und Veranstaltungshinweise“ im Jahr 2012

und „Bürgerfunk nutzen“ im Jahr 2013.

Das „Medienprojekt 2014“ - „Psychiatrie-Erfahrene als Interviewpartner“ schließt diesen Kreis.

Der eintägige Workshop wird dieses Jahr wieder in vier verschiedenen Städten stattfinden, wobei sich alle Workshops mit dem gleichen Thema befassen. Damit soll eine gute Erreichbarkeit für Interessierte aus dem gesamten Bundesgebiet zum nächstgelegenen Veranstaltungsort sichergestellt werden.

Workshop „Psychiatrie-Erfahrene als Interviewpartner“ Tagesablauf

10.30 Uhr:	Ankommen
10.40 Uhr	Vorstellungsrunde
11.00 Uhr:	Wie geht so ein Interview? Eine DEMONSTRATION mit Auswertung. Sammeln von Fragen und Befürchtungen
11.20 Uhr:	INPUT-BLOCK I (Cornelia Schäfer) Rechtliches und psychologisches Rüstzeug für das Interview Warum überhaupt ein Interview? Die wichtige Absprache vorab. Grenzen und Nein-Sagen. Anonymität, Autorisierung, Auswahl - Was dürfen und müssen Journalisten? Welche Rechte haben Interviewpartner? Konfliktfälle. Leben mit dem fertigen Produkt.
12.00 Uhr	Mittagspause
13.00 Uhr	INPUT-BLOCK II (Sibylle Prins) Der Erfahrungsbericht als Vorbereitung auf die Rolle des Interviewpartners Erfahrungsberichte, was bringen sie? Tipps und Tricks, um nicht von der eigenen Geschichte erschlagen zu werden. Was ist wichtig?
13.30 Uhr	PRAXIS-TEIL I (Sibylle Prins) Anfertigen eigener Erfahrungsberichte und exemplarische Auswertung
14.30 Uhr	Kaffeepause
14.45 Uhr	PRAXIS-TEIL II (Cornelia Schäfer) Als Interviewpartner in Aktion. Aufzeichnung von Interviews mit anschließender Auswertung.
16.15 Uhr	Pause
16.30 Uhr	Feedback-Runde
17.00 Uhr	Ende der Veranstaltung

Referentinnen sind:

Cornelia Schäfer, Journalistin aus Köln ist seit 1988 überwiegend für den Hörfunk tätig und berichtet bevorzugt über die Hintergründe politischer Fragen und gesellschaftlicher Entwicklungen. Einen thematischen Schwerpunkt ihrer Arbeit bildet seit vielen Jahren die Psychiatrie bzw. die Frage, wie Menschen persönlich, philosophisch, medizinisch und politisch mit dem Phänomen der psychischen Krise und Krankheit umgehen: Welches sind ihre Erfahrungen, Motive, Visionen? Und welche Züge tragen sie zum Gesicht der Gesellschaft bei?



Sibylle Prins, aus Bielefeld ist tätig als Autorin, Referentin und in der Selbsthilfe aktiv. Sie beschreibt Ihre literarische Arbeit so: „Ich schreibe. Über das Leben, welches natürlich ein viel zu großes Thema ist, und mich gerade deswegen immer wieder herausfordert. Über Alltägliches und Phantastisches, über Gefühle, Gedanken und wenn nötig auch über Politik. Über tabuisierte Themen wie Erfahrungen mit Psychose und Psychiatrie, nicht nur meine eigenen Erfahrungen. Über die Möglichkeiten der Selbsthilfe von Psychiatrie-Erfahrenen. Über Bücher aus diesem Zusammenhang. Zuweilen auch über Religion. Über alle diese Themen mal ernsthaft, mal unterhaltsam oder auch satirisch, denn „Lachen tötet mehr als der Zorn“. Wobei der Zorn manchmal schon dahinter steckt, aber da ich selbst überwiegend von der Nachsicht anderer Menschen lebe, versuche ich, auch diese zu üben. (www.sibylle-prins.de)“



Workshop „Psychiatrie-Erfahrene als Interviewpartner“ Orte, Zeiten, Teilnahmebedingungen

Samstag, 31. Mai 2014, KÖLN

Samstag, 21. Juni 2014, STUTTGART

Samstag, 5. Juli 2014, BERLIN

Samstag, 16. August 2014, BREMEN

Jeweils 15-20 TeilnehmerInnen, Beginn 10:30 Uhr, Ende 17:00 Uhr

Keine Tagungsgebühr, Kostengünstiges Mittagessen

ALG-II-EmpfängerInnen und finanziell Gleichgestellte erhalten einen Reisekostenzuschuss von bis zu 40,- €, bevorzugt bei Nutzung von

Gruppenreisemöglichkeiten.

Anfragen (zu Anreise, Veranstaltungsort, Ablaufplan, etc.), Anmeldung und Antrag

auf Reisekostenzuschuss bitte an:

Bpe-medien@gmx.de

Wir freuen uns auf rege Teilnahme und wünschen Euch bis dahin nur das Beste für eine krisenfreie Zeit,

Ursula Deus (Organisation), 030-34661441

und

Michael Siebel (Anmeldungen/Zuschüsse),

Überreiterstrasse 14, 81247 München, 089-17109348

In Kooperation mit



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Stiftung
Denkmal für die
ermordeten Juden
Europas

Direktor
Uwe Neumärker

Dorthea Buck
Albertinenhaus
Sellhopsweg 18–22
Haus 1, Wohnung 1013 B
22459 Hamburg

Berlin, 22. Januar 2014

Sehr geehrte Frau Buck,

ganz herzlich danke ich Ihnen für Ihren Beitrag zum Epilog zur ständigen Ausstellung am nationalen Gedenk- und Informationsort für die Opfer der nationalsozialistischen »Euthanasie«-Morde an der Tiergartenstraße 4 in Berlin.

Mit dem präzisen Satz »Diese Verbrechen lehren uns, im Patienten wieder den Mitmenschen zu erkennen.« treffen Sie ganz entscheidend die Kernaussage des Gedenkens an die mehr als 300.000 Opfer, denen diese Stätte am Ort der Planungszentrale der Täter auch gewidmet ist. Ich kenne Ihren vollständigen Text, der – allerdings – für unsere Darstellung einerseits viel zu lang und andererseits für Besucher einer Freiluftausstellung an einer lauten Straße viel zu kompliziert ist. Selbst ich hatte Schwierigkeiten nachzuvollziehen, was Sie wohl gemeint haben könnten. Die Besucher – auch die jungen – sollen natürlich zum Nachdenken angeregt werden, jedoch sollten wir unbedingt vermeiden, ihnen bei dieser ohnehin schwierigen Materie zusätzliche Hürden zu errichten. Ich habe vernommen, daß Sie nicht bereit seien, dieser fürwahr starken Kürzung zuzustimmen, möchte Sie an dieser Stelle aber darum bitten, diese Meinung nochmals zu überdenken.

Über eine baldige, im Sinne der Sache und der Ausstellung an diesem zentralen Erinnerungsort positive Antwort verbleibe ich

mit herzlichen Grüßen

Uwe Neumärker

Dorothea Buck

Albertinenhaus Sellhopsweg 18-22
Haus 1, Wohnung 1013 B
22459 Hamburg

Direktor Uwe Neumärker

Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas

Georgenstraße 23

10117 Berlin

Hamburg, 31. Januar 2014

Sehr geehrter Herr Direktor Uwe Neumärker,

herzlichen Dank für Ihren Brief vom 22. Januar 2014. Mit dem Satz: „Diese Verbrechen lehren uns, im Patienten wieder den Mitmenschen zu erkennen.“ könnte ich mich anfreunden, wenn er heißen würde: „Diese psychiatrischen Verbrechen ...“, denn es handelt sich bei dieser „Euthanasie“-Gedenkstätte um die Tiergartenstraße 4. Sie war ausschließlich mit Psychiatern besetzt, die nur nach Fragebogen die Todesurteile über Patienten fällten, die sie weder gesehen noch gesprochen hatten.

Es waren Psychiater, wie Professor Dr. Alfred Hoche (Freiburg), die lange vor den Nazis 1920 die „Ausmerze von Ballast-Existenzen“ gefordert hatten. Die Nazis folgten nur diesen Wünschen von Psychiatern. Ich schlage Ihnen vor, dass wir diesen Zusatz: „psychiatrische Verbrechen...“ zum öffentlichen Thema machen.

Mit herzlichen Grüßen

Dorothea Buck

Anm.: Korrigierte Fassung des Briefes vom 27. Januar 2014

1) Seite 71 vom Ausstellungskatalog „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus.“ ISBN: 978-3-642-54027-1

Anlage: 2 Flyer Paranus-Verlag

Veranstaltung: Erinnern – Betrauern – Wachrütteln, am 27.01.2014 in Neustrelitz

Vortrag: Späte Anerkennung der Opfer von Ruth Fricke

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich zunächst für die Einladung zu dieser Veranstaltung, der ich gerne nachgekommen bin, recht herzlich bedanken. Mir kommt dabei die Aufgabe zu, zum düstersten Kapitel der deutschen Geschichte zu reden.

Als sich vor ca. 20 Jahren der BPE gründete haben die Gründungsväter und -mütter des BPE in der BPE-Satzung im § 2 Zweck und Ziele in einer Art Grundsatzprogramm ein umfangreiches Aufgabenspektrum definiert und dem BPE damit u.A. die Aufgabe gestellt

„auf die längst überfällige Aufarbeitung der NS-Psychiatrie-Verbrechen hinzuwirken und die Rehabilitierung ihrer Opfer einzufordern sowie dem Wiederaufleben der Denkweise vom „lebensunwerten Leben“, wie sie z.T. in der Genforschung zunehmend in den Vordergrund gerückt wird, entgegenzuwirken“

Dieser Auftrag ist heute so aktuell wie vor 20 Jahren. 2011 hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz zu PID beschlossen. Und hier sage ich Selektion ist Selektion, egal ob sie im 8-Zellen-Stadium, im embryonalen Zustand, durch Spätabtreibung oder wie in der NS-Zeit durch Patientenmord erfolgt. Es ist immer eine Unterscheidung zwischen lebenswerten und lebensunwerten Leben.

Ich selbst habe am 1.9.1999 anlässlich des 60. Jahrestages des „Euthanasie“-Erlasses Adolf Hitlers in meiner Heimatstadt Herford, die erste Gedenkveranstaltung für die Opfer von Patientenmord und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus organisiert. Seither treffen wir uns Jahr für Jahr am Mahnmahl für die Opfer des Faschismus zu einer Mahn- und Gedenkveranstaltung. Im Mai 2011 haben wir in Herford die ersten 4 Stolpersteine im Gehweg vor den Häusern, verlegt in denen „Euthanasie“-Opfer gewohnt haben. Weitere werden folgen. Insgesamt haben wir in den Akten 80 Todesopfer im Kreis Herford gefunden.

Nachdem ich im Frühjahr 2002 in den geschäftsführenden Vorstand des BPE gewählt wurde, habe ich mich auch auf Bun-

desebene u.a. um diesen Themenkomplex gekümmert. Aus dieser Arbeit möchte ich nun schlaglichtartig einige Stationen vorstellen. Bereits im Frühjahr 2002 habe ich alle die Mitgliedsverbände der BAG-Selbsthilfe angeschrieben, in denen heute die Menschen organisiert sind, deren Krankheit oder Behinderung auf der Liste des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus dem Juni 1933 zu finden war, um ein größeres Bündnis zu schmieden. Das Ergebnis war niederschmetternd. Von den 20 - 30 Verbänden zeigte nur die Lebenshilfe Interesse.

Als der damalige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Hermann Haack, im Jahr 2003 den Wettbewerb „Zeige Deine Wunden“ ausschrieb, habe ich die Gelegenheit genutzt Ihnen auf die noch ausstehende Rehabilitation der Opfer von Zwangssterilisation und Patientenmord im Nationalsozialismus aufmerksam zu machen und um Unterstützung gebeten. Es gab keinerlei Reaktion.

Das größte Aha-Erlebnis hatte ich aber dann im Frühjahr 2005, als ich bei Gründung des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit (damals noch „nationale Kampagne zur Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen“) bei der Erarbeitung des Aufgabenkataloges dieses Thema ansprach. Sowohl der Psychiater aus dem Bundesgesundheitsministerium, als auch die Vertreterin der Bundesärztekammer versicherten glaubhaft, dass sie von diesen Ereignissen noch nie etwas gehört hätten. Es hat dann noch etlicher Diskussionsprozesse sowohl im Aktionsbündnis als auch im Kontaktgespräch Psychiatrie der Spitzenverbände bedurft, bis ich dann im Frühjahr 2007 endlich eine Handvoll Verbände zusammen hatte, die bereit waren gemeinsam mit dem BPE in der Tiergartenstr. 4 zu einer Nationalen Gedenkveranstaltung aufzurufen. Dann ging alles sehr schnell. Nachdem unterzeichnet von BPE, DGSP, Dachverband, BpK und BDK der Programmentwurf für die erste Gedenkveranstaltung veröffentlicht worden war, setzte der Dominoeffekt ein. Schließlich riefen schon zur ersten Veranstaltung am 1. September 2007 10 Bundesorganisationen auf. Inzwischen gehören 30 Verbände dem Aktionskreis „T4-Opfer nicht vergessen!“ an.

Es war m.E. dringend erforderlich die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf dieses Thema lenken, wenn wir erreichen wollten, dass eine Gleichstellung der ermordeten und zwangssterilisierten Patienten mit den übrigen Opfern des Naziregimes erfolgt, bevor die letzten Opfer und deren Angehörige verstorben sind. Von den zwangssterilisierten Menschen leben nur noch sehr wenige. Nicht alle hatten das Glück, in geistiger Frische so alt zu werden, wie die Ehrenvorsitzende des BPE, Dorothea Buck, die im April 98 Jahre alt wird. Eltern, Witwen, Witwer und Waisen der ermordeten Patienten müssten heute alle zwischen 125 und 70 Jahren alt sein. Allein an dieser Altersstruktur kann man sehen, dass die Bundesrepublik Deutschland nicht mehr sehr vielen Opfern Gerechtigkeit widerfahren lassen konnte, wenn sie mit der Annullierung der Erbgesundheitsgesetze, der Anerkennung der Opfer von Zwangssterilisation und Patientenmord als Verfolgte des Naziregimes und der Errichtung einer nationalen Gedenkstätte, auch für diese Opfer, noch länger zugewartet hätte. Nach derzeitigem Forschungsstand wurden ca. 300 000 Menschen in den Tötungsanstalten ermordet und 400 000 Menschen zwangssterilisiert und die Zahl der entdeckten Opfer nimmt auch heute noch – 69 Jahre nach Beendigung des 2. Weltkrieges – immer noch zu. Im Sommer 2006 hat man z.B. auf einem Friedhof in Menden Westf. ein Massengrab mit ca. 200 Kinderleichen gefunden. Wo es in der 2. Euthanasiephase Leichen der Giftmordopfer in Massengräbern gibt, gab es mit Sicherheit auch Opfer der ersten Euthanasiephase: vergast, verbrannt, vom Winde verweht. Es wird Aufgabe der Historiker sein, dies nach Öffnung und Sichtung aller Patientenakten zu erforschen. Bis heute weiß man in Menden noch nicht einmal aus welcher Einrichtung diese Kinderleichen stammen. Die nächste Kinderfachabteilung war in Dortmund Aplerbeck.

Vielleicht war es eine dieser Zwischenanstalten, in die die Opfer verlegt wurden, bevor sie den eigentlichen Tötungsanstalten zugeführt wurden und man hat ausnahmsweise kurz vor Kriegsende hier die Tötungen vorgenommen, damit die Opfer den Alliierten nicht lebend in die Hände fielen.

Ausstellungen und Gedenkveranstaltungen

gen und Stolpersteinverlegungen halten die Erinnerung an diese Opfer wach, schärfen das Bewusstsein und helfen und helfen so bei der Durchsetzung der Forderung nach Rehabilitation und Gerechtigkeit auch für diese Opfer nationalsozialistischen Rassenwahns. Besonders gut ist es, wenn es wie z.B. in hier in Neustrelitz, Alzey, Wehnen oder auch in den Gedenkstätten in den ehemaligen Tötungsanstalten oder wie nun schon vielerorts geschehen durch Verlegung von Stolpersteinen vor den Häusern der Opfer gelingt auch noch einen örtlichen Bezug herzustellen, also auch diesen hässlichen Teil der jüngeren deutschen Geschichte vor Ort erlebbar zu machen, den Opfern sozusagen ein heimisches Gesicht zu geben.

Den Opfern ein Gesicht und ihren Namen zurückzugeben und damit auch ein Stück ihrer Würde, das ist die Aufgabe, die sich auch die Historiker der Gedenkstätten in den ehemaligen Tötungsanstalten gestellt haben. Sie haben für jede ehemalige Tötungsanstalt s.g. Opferbücher erstellt, mit Namen, Geburtsort und –datum, Sterbeort und –datum sowie einem Foto. Dass dies erst in den letzten Jahren möglich wurde, hat mit den Archivgesetzen zu tun. Für Patientenakten gelten die längsten Sperrfristen überhaupt, sie dürfen frühestens 60 Jahre nach Erstellung und 30 Jahre nach dem Tod der Patienten geöffnet werden. In Rheinland-Pfalz liegt die Frist sogar bei 40 Jahren nach dem Tode. Beide Bedingungen müssen erfüllt sein. Für die ermordeten Patienten ist klar, dass beide Bedingungen erfüllt sind, bei den zwangssterilisierten Menschen ist das nicht so. Einige dieser Menschen von Ihnen leben noch – wie z.B. auch unsere Ehrenvorsitzende Dorothea Buck -. Viele haben aus Scham ihr Schicksal verheimlicht und mit ins Grab genommen, so dass hier die Dunkelziffer wohl für immer recht hoch bleiben wird, denn was man nicht sucht, das findet man auch nicht. Bei einer unserer letzten Gedenkfeiern in meiner Heimatstadt Herford, war eine Frau anwesend, die erst jetzt herausgefunden hatte, dass Ihre Mutter in einer Tötungsanstalt ums Leben gekommen war. In der Familie waren die Todesumstände der Mutter immer eine Tabuthema gewesen und nun mit über sechzig Jahren hatte sich diese Frau auf den Weg gemacht und ihre Familiengeschichte erforscht und war dabei auf die Ursachen des tödlichen Schweigens in ihrer Familie gestoßen. Scham auch heute

noch bei den Angehörigen der wehrlosen Opfer – nicht etwa bei den Tätern – Was ist das für eine Welt ????

Durch die Arbeit der Historiker in der Tötungsanstalten erfahren viele Familien erst jetzt wo, wie und wann ihr Angehöriger wirklich verstorben ist. Dass die Todesursache nicht stimmte, war ja seit längerem schon klar, dass aber auch Todestag und Todesort häufig nicht stimmt, wird erst jetzt durch die Öffnung der Patientenakten bekannt. Eine Familie hatte z.B. die Nachricht erhalten, dass ihr Angehöriger auf Schloss Hartheim in Österreich verstorben sei. Die Familie hatte im Innenhof des Schlosses eine Gedenkplakette für Ihren Angehörigen anbringen lassen und war regelmäßig dorthin gefahren, um seiner dort zu gedenken. Nun stellte sich heraus, dass dieser Angehörige schon viel früher in Sonnenstein bei Pirna getötet worden war. Wie war so etwas möglich? Wir müssen uns klar machen, dass damals nicht in jedem Haushalt ein Telefon war und auch nicht jeder ein Auto hatte; über so etwas verfügte allenfalls der Kaufmann an der Ecke, der Arzt oder der Anwalt. Die Familien konnten so nur selten Kontakt mit ihrem erkrankten Angehörigen aufnehmen. Außerdem fand das Ganze ja mitten im 2. Weltkrieg statt, denn Hitler hatte den Euthanasierlass ja bewusst auf den 1.9.1939, also den Tag des Beginns des 2. Weltkrieges zurückdatiert, weil er den Krieg gegen die inneren und äußeren Feinde gleichzeitig beginnen lassen wollte und die inneren Feinde waren eben kranke und behinderte Menschen, Menschen mit den unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen, Blinde, Taube, geistig Behinderte, mehrfach Körperbehinderte und Alkoholranke, die sich selbst kaum wehren konnten. Die Patienten wurden in einem ausgeklügelten System von der Anstalt in der sie ursprünglich untergebracht waren mehrfach verlegt, bevor sie in der Tötungsanstalt ankamen. Die Verlegungen wurden den Angehörigen mit etwas zeitlicher Verzögerung mitgeteilt und als Begründung wurde entweder angegeben, dass in der neuen Klinik bessere Heilungschancen wären oder dass wegen der Bombenangriffe evakuiert werden musste. Bis in der neuen Klinik wieder Post von den Angehörigen ankam waren die Patienten längst wieder verlegt und mit der Antwort an die Angehörigen ließ man sich auch immer etwas Zeit. In der Tötungsanstalt angekommen mussten sich die Pati-

enten sofort völlig entkleiden und wurden ärztlich begutachtet. Diejenigen, denen die Gehirne für Forschungszwecke entnommen werden sollten, wurden gekennzeichnet. In der 1. Euthanasiephase – auch T4-Aktion genannt – wurde ihnen dann für den Weg zur Gaskammer ein Militärmantel umgehängt, den sie vor der als Gemeinschaftsdusche getarnten Gaskammer wieder ablegen mussten, dort wurden sie mit 60 Personen auf engsten Raum zusammengepfercht und – anders als später die KZ-Insassen -mit Kohlenmonoxid vergast. Während später in den Gaskammern der KZ's Zyklon B eingesetzt wurde, welches bewirkte, dass die Opfer sofort das Bewusstsein verloren, waren die Opfer unter der Einwirkung von Kohlenmonoxid bis zum Schluss bei vollem Bewusstsein, so dass sie Ihren eigenen mehr als eine halbe Stunde dauernden Todeskampf und den Ihrer Leidensgenossen bis zum Schluss im Detail miterlebten. Nach geraumer Zeit wurden die Gaskammern geöffnet und die nichtgekennzeichneten Leichen wanderten sofort in die Verbrennungsöfen, die anderen nach Entnahme der Gehirne. Die Asche wurde einfach in Wald und Flur verstreut. Es gibt also von den Opfern der ersten Euthanasiephase keine Gräber. Nach Protesten aus der Bevölkerung – wegen des Gestankes! – wurden die Vergasungs- und Verbrennungsaktionen schließlich eingestellt. In Hadamar gibt es z.B. einen Brief des Bischof von Limburg, in dem dieser fordert dieses „Gestinke“ endlich zu beenden, weil ihm sein Frühstücksei nicht mehr schmecke. Es ging also nicht um Lebensrettung für die Opfer, sondern um die Geruchsbelästigung. Es folgte die 2 Phase der Euthanasie, während der die Patienten mittels einer Todesspritze umgebracht und dann in Massengräbern verscharrt wurden, oft noch mit dem Segen eines Geistlichen versehen. Die dritte Phase der Euthanasie durch verhungern lassen wird nicht von allen Historikern mitgerechnet. Sie zog sich noch bis weit in die 50er Jahre hin, war also auch mit Beendigung des 2. Weltkrieges noch nicht vorbei. Der Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten sowie der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. kämpfen seit ihrer Gründung für die Rehabilitation und Entschädigung der Opfer von Patientenmord und Zwangssterilisation. Seit 1990 bekommen die Opfer der Zwangssterilisation auf Antrag auch eine kleine Rente von zunächst 100,-DM pro Monat, die 1998 auf 120,- DM angehoben wurde. Seit dem

1.1.2006 wurde diese Rente auf 200,- Euro erhöht. Den ermordeten Patienten und Ihren Angehörigen blieb bis vor kurzem jegliche Rehabilitation und Entschädigung versagt. Der Bund der Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten hat vor ein paar Jahren mit einer Postkartenaktion sowie einem juristischen Gutachten, den erneuten Versuch gestartet, die Annullierung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933 und die Anerkennung der ermordeten und zwangssterilisierten Patienten als Verfolgte des Nazi-Regimes durchzusetzen. Unser Verband, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, hat sich anlässlich der vorgezogenen Bundestagswahlen im Jahr 2005 erneut an die Vorsitzenden aller im Bundestag vertretenen Parteien gewandt und sich den Forderungen des BEZ angeschlossen, darüber hinaus fordern wir im Sinne der Gleichstellung aller Opfer des NS-Regimes auch für diese Opfergruppe eine nationale Gedenkstätte in Form eines Dokumentations- und Bildungszentrum – möglichst in der Tiergartenstr. 4 in Berlin. Dort wo einst das Haus stand in dem Ärzte mit roten Kreuzchen an Namenslisten über Leben oder Tod von Patienten entschieden, befand sich bis vor kurzem mitten in einer Bushaltestelle, ein Bronzeplatte im Gehsteig, die an die Euthanasieopfer erinnert. Selbst diese kleine Erinnerung an die ermordeten Patienten war im wahrsten Sinne des Wortes dazu bestimmt, mit Füßen getreten zu werden. Derzeit ist dort eine Baustelle zur Errichtung einer open-air-Gedenkstätte für diese Opfergruppe.

Unser damaliger Brief wurde von allen Organisationen die dem Vorbereitungskreis der „Nationalen Kampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen“ angehörten, unterstützt. Alle Parteien haben noch vor der Bundestagswahl geantwortet. Nach einleitenden mit Empörung über das Unrecht gefärbten Worten wurde es dann meistens zögerlich. Inzwischen haben sich die großen karitativen Verbände wie Diakonie, Caritas, DPWV, AWO unseren Forderungen angeschlossen. Im Sommer 2006 haben wir dann noch einmal die beiden Regierungsfaktionen angeschrieben und um einen Gesprächstermin gebeten. Dieses Schreiben und den Brief des Vorjahres haben wir dann an den Bundespräsidenten, Kardinal Lehmann, als Vorsitzenden der deutschen Bischofskonferenz, den Vorsitzenden der EKD Bischof Huber, und Herrn Dr.

Gauck, den Vorsitzenden von „Gegen vergessen für Demokratie“ geschickt und um Unterstützung gebeten. Positive Antworten des Bundespräsidialamtes, der beiden Kirchen und von Herrn Dr. Gauck kamen rasch. Aufgrund der Briefaktion haben die Fraktionen der Linken und der Grünen unabhängig voneinander Anträge im Deutschen Bundestag eingebracht. Der Nationale Ethikrat hat sich noch im Dezember 2005 geäußert und die Forderung nach Annullierung des Erbgesundheitsgesetzes unterstützt. Große Hoffnung setzte ich darauf, dass die am 12.10.2006 im Deutsche Hygiene Museum in Dresden eröffnete und vom Holocaust-Museum in den USA erstellte Ausstellung „Tödliche Medizin“ für die Bundespräsident Horst Köhler die Schirmherrschaft übernommen hatte, mehr Bewegung in die Diskussion und die Durchsetzung unserer Forderungen bringen würde.

Im Mai 2007 hat der Deutsche Bundestag dann endlich die Ächtung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses beschlossen. Annulliert ist es bis heute nicht. Der BEZ hoffte nun darüber wenigstens die finanzielle Gleichstellung der Opfer erreichen zu können, aber weit gefehlt. Die Antworten des Bundesfinanzministeriums an die Antragsteller, hatten immer noch den selben Wortlaut wie vor dem Ächtungsbeschluss.

Erst im Herbst 2010 kam wirklich Bewegung in die Angelegenheit. Die Berufsverbände der Kinderärzte und der Psychiater haben sich zur Verantwortung Ihres Berufsstandes bekannt bei den Opfern und Ihren Hinterbliebenen entschuldigt, die Täter postum aus den Verbänden ausgeschlossen und ihrer Ehrenämter entkleidet. Der Deutsche Bundestag hat dann am 17.1.2011 die finanzielle Gleichstellung der Opfer mit den anderen Opfern des NS-Regimes beschlossen. Damit waren die von den Tätern für den Bundestag vor Jahrzehnten erstellten Gutachten für die Argumentation der Politik nicht mehr wertbar.

In diesen Zusammenhang möchte ich den Herren Saathoff und Benneking noch einmal herzlich danken, die sich die Mühe gemacht haben zu recherchieren, wie viele Menschen heute noch anspruchsberechtigt sind. Das Ergebnis dieser Recherche hat die Entscheidungsfindung der Politik sicher nicht unwesentlich erleichtert. Es

bleibt unverständlich, warum der Bundestag mit der finanziellen Gleichstellung die Anerkennung als „rassisch Verfolgte des NS-Regimes“ nicht gleich mitbeschlossen hat. Mit dieser Anerkennung hatte man sich bisher immer schwergetan, wegen der finanziellen Folgen. Dies spielt ja nun nach der finanziellen Gleichstellung keine Rolle mehr. Die Anerkennung als rassisch Verfolgte, ist aber sowohl für die noch lebenden Opfer, als auch für deren Hinterbliebenen zur vollständigen Rehabilitation wichtig um das Etikett „lebensunwert“ von Ihnen zu nehmen und es wäre auch wichtig für die heute mit den Diagnosen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ lebenden Menschen, um Stigmatisierung und Exklusion zu vermeiden und Inklusion zu fördern. Es bleibt daher zu hoffen, dass der Bundestag die Anerkennung als rassisch verfolgt noch nachholt. Zuletzt wurde 2011 eine seitens der Bundesregierung erarbeitete Beschlussvorlage zur Neugestaltung der Areal Tiergartenstr. 4 vom Bundestag beschlossen. Ganze 500 000,- € stellt der Bundestag für diesen Zweck zur Verfügung. Wenige Tage nach dieser Entscheidung gab es in der Tagesschau eine Meldung über die Grundsteinlegung für die Gedenkstätte der Jehovas Zeugen. Dafür hatte es noch einen Bundeszuschuss von 2 Millionen Euro gegeben. Nichts ist hier passender als das Bibelwort „Die Ersten werden die Letzten sein und die Letzten die Ersten“. Das Land Berlin hat das Grundstück Tiergartenstr. 4 kostenlos zur Verfügung gestellt und einen Gestaltungswettbewerb ausgeschrieben. Gewonnen hat ein Entwurf mit Infotafeln unter freiem Himmel. Es wird also nichts mit dem Ort der Diskussion am Ort des Geschehens. Die Historische und aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Selektion soll nun in der Topographie des Terrors stattfinden.

Heute wird um 15.30 Uhr im Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestages die Wanderausstellung der DGPPN eröffnet. Sie ist u.A. das Ergebnis der Forschungen einer Historikergruppe, die die DGPPN nach meinem eingangs erwähnten Aha-Erlebnis eingesetzt hat.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Ruth Fricke
Mitglied des geschäftsführenden
Vorstandes des BPE e.V.

LVPE Rheinland-Pfalz e.V.
Franz-Josef Wagner
Träger der Verdienstmedaille des Landes RLP
Gratianstr. 7
54294 Trier



Rheinland-Pfalz e.V.

Fax & Tel. 0651/1707967
f.j.wagner@gmx.net

www.lvpe-rlp.de

Vorstand
Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener
Wittener Str. 87
44789 Bochum

Trier, den 9.12.2013

Unser Schreiben vom 8.11.2013, Ihr Schreiben vom 12.11.2013

Sehr geehrter Vorstand des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.!

Wir danken für die theoretischen - nicht juristischen - Ausführungen auf unser Schreiben vom 8.11.2013. Alle von uns befragten Juristen verweisen auf den Verstoß gegen ART 9 GG und der damit eingeschränkten Selbständigkeit des LVPE RLP e.V.

Sie stellen uns in Ihrem Schreiben vom 12.11.2013 die Wahl „...als eigenständiger Verein komplett vom Bundesverband abzukoppeln“ oder die Satzungsänderung zu akzeptieren. Nach reichlicher Überlegung und juristischem Rat bleibt uns bei der Satzungsänderung des BPE e.V. vom 12.10.2013 keine Alternative die Zusammenarbeit mit dem BPE e.V. in der bisherigen Form zu beenden.

Wir wünschen dem BPE e.V. und seinen Landesorganisationen für die Zukunft alles Gute!

Franz-Josef Wagner

Astrid Steinmetz

P.S. Wir haben Frau Stefanie Regnery über das Ende der bisherigen Zusammenarbeit informiert!

----- Original-Nachricht -----

Betreff: Euer Brief vom 9.12., Ende der Zusammenarbeit mit dem BPE e.V.

Datum: Sat, 18 Jan 2014 12:23:56 +0100

Von: Matthias Seibt <matthiasseibt@gmx.net>

An: Franz-Josef Wagner <F.J.Wagner@gmx.net>

Kopie (CC): BPE-Vorstand <vorstand@bpe-online.de>

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.
Wittener Str. 87
44 789 Bochum
0234 / 640 510-2 Fax -3
0234 / 68 70 5552
www.bpe-online.de

Lieber Franz-Josef, liebe Astrid,

zu Eurem Brief vom 9.12., wo Ihr die Zusammenarbeit des LVPE Rheinland-Pfalz mit dem BPE für beendet erklärt, haben wir eine Frage: Basiert diese Entscheidung auf einem Beschluss der Mitgliederversammlung oder auf einem Vorstandsbeschluss?

Wir bitten Euch um die Zusendung des entsprechenden Protokolls.

Wir bedauern Euren Schritt und finden ihn als Reaktion auf die Satzungsänderung unangemessen. Ihr habt auf die viele Monate vorher angekündigte Satzungsänderung nicht reagiert.

Im übrigen sind wir der Ansicht, dass sich durch diese Satzungsänderung nicht viel im Verhältnis zwischen BPE und Landesorganisationen geändert hat.

Für den geschäftsführenden Vorstand

grüßt Euch freundlich

Matthias Seibt

Leserbrief von Karin Haehn, Augsburg

Lieber Mitglieder des BPE,

ich beziehe mich auf die Satzungsänderung vom 12.10.2013.

ich denke, der Keim für die Uneinigkeiten zwischen BPE und den Ländern wurde im Jahre 1995 gelegt. Damals gründeten wir eine Strukturkommission. Sie hatte die Aufgabe eine Geschäftsordnung zu erstellen, die die Zusammenarbeit des BPE und den 16 Bundesländern regeln sollte.

Der Kommission gehörten

Alexander Schulte, Berlin

Gernot Reppmann, Saar

Karin Haehn, Bayer

an.

Unsere damalige Arbeit wurde vom BPE Vorstand abgeblockt.

Aus unserer Satzung

„§6 Landesorganisationen

Abs. 3

Die Zusammenarbeit des Bundesverbandes und der Landesorganisationen ist bei Bedarf in einer Geschäftsordnung zu regeln.

Diese Geschäftsordnung ist von der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes zu verabschieden.“

Nun scheint es nur an der Zeit zu sein, diese überfällige Ordnung zu erarbeiten.

Wir könnten z.B. auf der MV 2014 wieder eine Kommission einsetzen, die den Auftrag bekommt eine bundeseinheitliche Geschäftsordnung zu erarbeiten. Ich biete meine Mitarbeit an..

Ich fände es sehr bedauerlich, wenn sich immer mehr Bundesländer vom BPE abwenden

Mit freundlichen Grüßen

Karin Haehn,

Ehrenvorsitzende des BayPE e.V.



In der Anlage mein Erlebnisbericht, wie ich Zwangsbehandlung erleben musste. Ich möchte aus Angst vor Repressalien anonym bleiben. Ich bin bereit, diese Anonymität aufzugeben, wenn die Zwangsgesetze fallen!

Vorgeschichte

Meine erste seelische Krise erlebte ich im Jahr 2004 während eines Arbeitsaufenthaltes in New York. Als ich dort war, beschloss ich, mich bei einem Psychoanalytiker in Therapie zu begeben. Meine Beweggründe dafür waren (nicht sehr gravierende) Beziehungsprobleme mit Männern; vor allem aber die Neugier darauf mich selbst zu erfahren, nach dem Motto „Wenn Du schon einmal in New York bist, solltest Du Dich wie Woody Allen auf die Couch legen“, quasi als kulturelle Erfahrung.

Ich ging dreimal die Woche zu einem Analytiker auf Park Avenue, über einen Zeitraum von 7 Monaten. Er arbeitet mit Techniken wie freier Assoziation, Regression und hypnotischen Elementen. Hauptaugenmerk war das Thema „Narzissmus“. Er sagte mir nicht wirklich, was er tat oder was die Therapie bezwecken sollte. ER bombadierte mich mit Anekdoten und Bildsprache. Nach 7 Monaten war ich jedoch an einem Punkt angelangt, an dem ich mich wie in einer Art symbiotischen Beziehung mit meinem Therapeuten sah. Ich fühlte mich, als ob er übermächtig sei. Assoziative Bilder sprudelten aus mir heraus. Ich stellte interpretative Bezüge her, die ich nicht mehr zu kontrollieren vermochte, las überall „zwischen den Zeilen“. Ich bildete mir ein, er hätte vollständige Kontrolle über mein Leben erlangt. In der Analyse heißt dieser Zustand „Katharsis“. In der Psychiatrie heißt dieser Zustand „paranoide Schizophrenie“. Ich wurde von meiner Mutter nach Freiburg in die Psychiatrie gebracht. Dort fragte niemand nach den inneren Bildern, die in der Analyse hoch kamen oder nach deren Bedeutung. Dort gab man mir Risperdal- ein Dopaminrezeptorblocker. Weil meine seelische Krise angeblich auf eine Dysfunktion der Neurotransmitter in meinem Gehirn zurück zu führen sei, und nicht etwa auf eine für mich in gewisser Hinsicht bereichernde, aber gleichsam gefährlichen und schädigenden Psychotherapie.

In meinem Zustand war ich in mich gekehrt. Ich fühlte mich in einer Art symbiotischen Zustand mit meinem Therapeuten, als ob mein Analytiker „in

mir“ sei. Ich fühlte mich von meinem Analytiker gedanklich beeinflusst. Ich fühlte mich so, als ob er meine Mutter sei (analytische Übertragung) und als ob es mir nicht gelungen sei, den Abnabelungsprozess erfolgreich zu absolvieren. Während meines Zustands war ich in mich gekehrt. Innerlich in einer Art tiefenpsychologischen Erkenntnisprozess absorbiert. Ich habe nie jemanden angegriffen, habe nie randaliert und habe nie einen Suizidversuch unternommen. Ich aß, duschte, ging einkaufen. ABER: Was ich sprach, war für andere unverständlich.

Natürlich wurde mir dennoch „Eigen- und Fremdgefährdung“ unterstellt. Das ist eben das Problem mit dehnbaren Begriffen wie „Eigen- und Fremdgefährdung“ oder „drohender gesundheitlicher Schaden“. Es ist Auslegungssache! Und erfahrungsgemäß prüft der Richter es nicht.

Zwangsbehandlung

In diesem Zustand brachte mich jedenfalls meine Mutter in die Freiburger Psychiatrie. In dieser Psychiatrie saß ich eines Tages auf meinem Bett. Der Arzt kam herein. Ich sagte ihm, dass ich meinen Prozess zu ende denken und fühlen wolle. Ich weinte auch. Ich sagte, dass ich keine Medikamente wolle. Dass ich Peter Lehmann gelesen hätte. Dass ich die psychiatrie-kritische amerikanische website www.madnessradio.net besucht hätte und mir dort viele gute Beiträge angehört hätte. Soviel kognitive Klarheit besaß ich trotz Krise. Ich bestand darauf, keine Medikamente einzunehmen. Ich verhielt mich absolut gewaltfrei. Fünf Minuten nach der Visite kamen 8 Pfleger in mein Krankenhauszimmer, während ich bloß auf dem Bett saß und - ich bin hier absolut ehrlich - keiner Fliege etwas zuleide getan habe. Sechs Männer hielten mich fest und zwei bogen mir den Arm schmerzhaft hinter den Rücken bis ich aufschrie. Dann trugen sie mich auf eine Liege auf dem Flur. Ich strampelte. Der behandelnde Arzt war Russe. Sie schnallten mich auf dem Bett auf dem Flur fest. Dann injizierte der Arzt mir zunächst Diazepam. Nach einer halben Stunde sagte der russische Arzt zu mir: „Soll ich Sie jetzt frei machen?“.

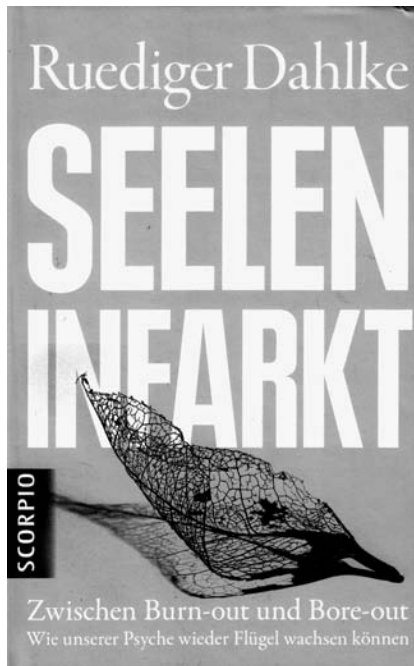
Ich las zwischen den Zeilen und assoziierte den Ausdruck „Frei machen“ mit „bitte machen Sie sich frei“ und sagte: „Was heißt das, wollen Sie mir jetzt noch die Kleider ausziehen?“. Der Arzt lachte über die von ihm unbeabsichtigte doppelte Bedeutung dessen, was er gesagt hatte. Ich lachte auch: über den Gedanken „Vergewaltigung“.

Danach wurde ich von meinen Fesseln befreit und dazu gezwungen, Risperdal zu einzunehmen. Da Risperdal (wie alle Neuroleptika) Dopamin- und andere Rezeptoren (wie Serotonin und Histaminrezeptoren) blockiert, empfand ich keinerlei Emotionen mehr. Diese Anhedonie ist eine neuroleptika-induzierte Depression. Nichts macht mehr Freude. Nichts macht mehr traurig. Nichts macht mehr Lebenslust. Nichts macht mehr Wut. Ich weiß nicht, ob Sie nachvollziehen können, wie qualvoll so eine emotionslose innere Leere ist. Ich zitterte am ganzen Leib. Neuroleptika-induzierter Parkinsonismus. Ich litt an motorischer Unruhe und wusste nicht, ob ich stehen oder sitzen oder liegen sollte, dieses qualvolle Gefühl ging einfach nicht weg. Neuroleptika-induzierte Akathesie. Ich hangelte mich von Minute zu Minute, so unerträglich war das Leben auf Neuroleptika.

Und in diesem Zustand wurde ich dann dazu genötigt, mit Buntstiften Mandalas auszumalen. Und danach sollte ich in der Musiktherapie ich meinen „Gefühlen“ Ausdruck verleihen. ja welchen denn?

Kein Mensch erklärte mir jemals, was Psychoanalyse überhaupt ist. Was in meiner Analyse überhaupt von statten ging. Niemand fragte mich, was ich brauche. Der Russische Arzt legte mir mit einem arroganten Blick lediglich ein Buch auf meinen Nachttisch. Titel: „Schizophrenie“.

Zwangsbehandlung. Das, meine Damen und Herren, ist kein Extremfall. Das ist ein Auszug aus meiner Biographie, und das sind die Praktiken, die in deutschen Psychiatrien an der Tagesordnung sind. Sie werden es weiterhin sein, wenn Menschenrechte auch in der Zukunft Sache der Auslegung bleiben.



Peter Lehmann

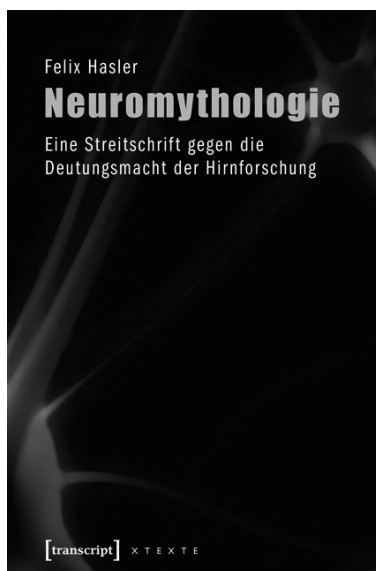
Rezension zu

Ruediger Dahlke: Seeleninfarkt. Zwischen Burn-out und Bore-out – Wie unserer Psyche wieder Flügel wachsen können

Ruediger Dahlke ist Arzt für Naturheilweisen und Psychotherapie und vielfacher Autor. Sein bekanntestes Buch ist „Krankheit als Symbol“. Im jetzt vorliegenden „Seeleninfarkt“ schreibt er über die Notwendigkeit, Burn-out (Ausgebrannt sein, Depression) und Bore-out (Unterforderung, Desinteresse und Langeweile) aus einer multidimensionalen Perspektive zu betrachten und zur Kurierung an die Wurzel des Problems (Zwang zum Perfektionismus, überhöhte Ideale, allseitige Beschleunigung des Lebens) vorzudringen. Im ersten Teil geht es um das Weltbild, das Krankheitsbild Burn-Out und letztlich den Seeleninfarkt, wie Dahlke die zugespitzte Symptomatik in Anlehnung an den Herzinfarkt nennt. Er stellt seine Bedingungsfaktoren dar (materialistische Werteorientierung, fehlender Lebensinhalt, über- oder unterfordernde Arbeitsplätze, Missachtung von Frühwarnsymptomen, Informationsüberflutung, Ernährungsdefizite, Umweltgifte u.v.m.) und beschreibt seine Verlaufsphasen. Anschließend demonstriert er Problemlösungsstrategien; hierunter fallen alle möglichen Herangehensweisen, sinnvollerweise keine Psychopharmaka. Zwecks Ausgleich von Mangel an Sinn und Augenblickserfahrungen

empfiehlt Dahlke spiritueller begründete und formulierte Maßnahmen zur Erhöhung der Toleranzschwelle und der Energiereserven sowie zur Verbesserung der Regenerationsfähigkeit, der Ernährung, von Atem, Schlaf und Körperenergie. Es geht – in den Worten des Buchautoren – um den Ausblick auf das letzte Ziel in einem Moment völliger Entspannung beim verbundenen Atem, die Erfahrung schwebender Leichtigkeit und die Entdeckung des eigenen Lebenssinns und -themas in welchem Moment auch immer. Seine Vorschläge unterfüttert Dahlke mit Werbung für diverse Meditations-CD, DVD, Video, Seminare, Bücher, Hörbücher, Seminare sowie sein Erholungszentrum. Leserinnen und Lesern, die Dahls esoterischen (und kommerziellen) Vorschlägen nicht folgen mögen, müssen damit rechnen, dass die Flügel ihrer Psyche lahm bleiben. Oder sie müssen sich nach einem Ratgeber umschaun, der ihren Bedürfnissen eher angemessen ist. Gebunden mit Schutzzeinschlag,

288 Seiten, ISBN 978-3-942166-97-3. Berlin / München: Scorpio Verlag 2012. € 18.95 / sFr 23.70



Peter Lehmann

Rezension zu

Felix Hasler: Neuromythologie – Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung

2007 schrieb der Züricher Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer in seinem Artikel „Psychiatrie – Ihre Diagnostik, ihre Therapien“ in „Statt Psychiatrie 2“ (Antipsychiatrieverlag): „In den Medien werden die Befunde der Hirnforschung zu Riesenerfolgen aufgebauscht. Die Hirnforschung, die ‚Jahrhundertwissenschaft‘, ist dabei, sich zur neuen Gesellschaftslehre aufzuschwingen. Eine neue Mythologie ist entstanden – die Neuromythologie.“ Jetzt erschien 2012 in erster Auflage ein ganzes Buch unter dem Titel „Neuromythologie“: ein brillantes, längst überfälliges und zudem leichtverständliches Buch über die Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Welterklärungsanspruch der Neurowissenschaften und den real vorliegenden empirischen Daten, über die Arroganz von Neurowissenschaftlern und über aggressive Verkaufsstrategien von Psychopharmaka-Herstellerfirmen. Der Autor, Forschungsassistent an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Gastwissenschaftler am Berliner Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftsjournalist, wehrt sich gegen den Hype, die Hirnforschung wisse genau Bescheid über die biologischen

Vorgänge, die dem Erleben, Denken und Handeln des Menschen zugrunde liege und könne deshalb zielgenau und evidenzbasiert ins Gehirn eingreifen, wenn etwas „schief läuft“. Zentral im Buch ist das Kapitel „Neuro-Reduktionsmus, Neuro-Manipulation und das Verkaufen von Krankheit“, das die Entwicklung der biologischen psychiatrischen Methoden (Insulin- und Elektroschocks, Lobotomie und Psychopharmaka) nachvollzieht, unter Bezug auf vorwiegend angloamerikanische Psychiatriekritiker wie Breggin, Angell, Healy, Whitaker, Mosher etc. die skandalösen Verkaufspraktiken von Pharmafirmen anprangert und den Mythos dekonstruiert, die herrschende biologische Psychiatrie sei eine Erfolgsgeschichte wissenschaftlicher Vernunft und ein Segen für die Patienten.

Kartiert, 250 Seiten, ISBN 978-3-8376-1580-7. Bielefeld: transcript Verlag, 3. Auflage 2013. € 22.80 / sFr 28.50

v Joachim Brandenburg,
Initiative Krisenbegleitung Köln

Vorsicht: Frühwarnzeichen!

Ähnlich wie sich ein Unwetter oder eine Grippe ankündigt, so kommen auch meine psychotischen Krise meist nicht „aus heiterem Himmel“. Viele meiner Krisen beginnen schleichend.

Die ersten Veränderungen, die ich erlebe, sind unspektakulär und deuten nicht zwangsläufig auf einen neuen Krankheits-Schub hin: nachts nicht durchschlafen, weniger Appetit, weniger Freude an den Erlebnissen des Tages, den Wunsch, mehr für mich zu sein.... Es sind Veränderungen, die zwar viele Menschen bemerken, ihnen aber keine große Bedeutung zumessen, weil sie zum Leben dazugehören und keine Krankheit sind. Ich bin wie jeder Mensch nicht immer gleich gestimmt, bin nicht immer gut drauf. Manche aus meiner Selbsthilfegruppe haben plötzlich psychotische Gedanken wie Verfolgungsängste, oder hören wieder Stimmen. Anderen fallen Verhaltensänderungen auf, die sie an ihre Psychosen erinnern. Eine erzählte beim letzten Treffen, dass sie wieder das Gefühl hatte, ihre Arbeitskollegen hätten sich gegen sie verschworen. So unterschiedlich, wie wir Menschen auch sonst im Leben sind, so können auch die Anzeichen, die eine Krise ankündigen, sehr verschieden sein.

Für uns, die wir schwere psychotische Krisen erlebt haben, sind solche Abweichungen vom gewöhnlichen Erleben Warnsignale, die möglicherweise eine neue Krise ankündigen. Dies insbesondere dann, wenn sich mehrere solcher Veränderungen zeigen oder sie eine besondere Intensität bekommen. Wir nennen sie Frühwarnzeichen. Sie sind Veränderungen, die früh auf eine sich eventuell anbahnende Zuspitzung aufmerksam machen. Dabei ist ein Frühwarnzeichen für sich genommen noch kein Grund zur Besorgnis; erst das Zusammentreffen mehrerer Anzeichen kündigt in der Regel eine Krise an. Nicht jede Krise kündigt sich durch Frühwarnzeichen an; wenn sie aber über längere Zeit auftreten, ohne dass ich darauf reagiere, bin ich mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits im Anfangsstadium meiner nächsten Krise. Wer auf eine gelbe Ampel zufährt, sollte bremsen. Wer auf eine rote Ampel zufährt, ist lebens-

müde, wenn er nicht anhält. Frühwarnzeichen sind eine solche auf gelb oder rot geschaltete Ampel. Die Beschäftigung mit meinen Frühwarnzeichen bedeutet, die Zeichen dieser Frühwarnampel lesen zu lernen: So kann ich mir im Vorhinein sinnvolle Strategien überlegen für den Fall, dass meine Ampel auf gelb oder rot springt.

Einige von uns leben mehr oder weniger durchgehend mit ihren psychotischen Symptomen wie Stimmenhören oder wahnhaften Gedanken. Auf sie ist der Begriff Krise als abgrenzbarer Zeitraum nicht anwendbar. Trotzdem bemerken auch sie oft Unterschiede in ihrem Erleben oder Verhalten, die auf eine mögliche Verschlechterung des eigenen Zustands hindeuten. Auch für solche Menschen ist es sinnvoll, solche Anzeichen zu erkennen und Reaktionsweisen zu überlegen, wie eine Verschlechterung vermieden werden kann.

Einige Frühwarnzeichen sind allgemein bekannt:

- Schlafstörungen,
- Innere und äußere Unruhe,
- Konzentrationsprobleme,
- Nervosität,
- Veränderung der Wahrnehmung von Farben und Gerüchen,
- weniger Interesse an Aktivitäten,
- weniger Kontakt mit lieben Mitmenschen

Für manche sind veränderten Träume ein zuverlässiges Frühwarnzeichen, andere bemerken ungewöhnliche Verhaltensweisen an sich, z.B. erzählt einer, dass er am Morgen den Wecker nicht mehr hörte und sein halbes Brötchen nicht mehr wiederfand. Viele machen die Erfahrung, dass ihre Krisen immer wieder nach einem gleichen Muster ablaufen. So erzählt eine junge Frau:

Meine Krisen beginnen immer am Arbeitsplatz. Ich kann mich nicht mehr richtig entspannen, bin am Wochenende nur noch erschöpft. Ich bin dann dem psychischen Stress dort nicht mehr gewachsen, nicht mehr offen für

andere Dinge, habe keine Lust mehr, etwas zu unternehmen, auch meine Lust am Sex lässt nach. So haben meine drei Krisen jedes Mal begonnen.

Vielen fällt die Erinnerung an die Zeit vor ihren Krisen schwer. Gerade kleine Veränderungen, wie ein höherer Kaffee-konsum oder Probleme beim Autofahren, entfallen dem Gedächtnis leicht. Dies gilt besonders für Menschen, die lange Zeit ohne Krisen gelebt haben. Angst vor weiteren Krisen kann blind machen für Veränderungen, die auf eine Krise hindeuten. Nach dem Motto „Was ich nicht sehe, existiert nicht“ versuchen manche, die Anzeichen nicht wahrzunehmen.

Manchmal ist eine Krise nicht beängstigend, sondern sogar entlastend. Mit ihr kann ich mich aus schwierigen Situationen retten oder vor bestimmten Anforderungen schützen. Manche von uns erleben ihre Krisen sehr positiv und empfinden in gesunden Zeiten einen Mangel.

Viele Menschen achten zu wenig auf ihr persönliches Wohlergehen. Oft gibt es „wichtigere“ Ziele im Leben. Beruflicher Erfolg oder der Wunsch, vor den Mitmenschen als einer dazustehen, der das Leben gut meistert, zählt für viele mehr als das Gefühl: „Mir geht es gut.“ Solchen Menschen fällt es schwer, die Anzeichen für eine mögliche Krise zu sehen und darauf angemessen zu reagieren, etwa indem man sich schon oder liebe Mitmenschen um Hilfe bittet.

Literatur:

Tipps und Tricks um Verrücktheiten zu steuern
<http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/Stasrt2a.html>

Andreas Knuf, Anke Gartelmann:
Bevor die Stimmen wiederkommen.
Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen
Balance Ratgeber 2009
ISBN: 3-86739-043-6,
EAN: 9783867390439

Peter Lehmann

Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen

Was, wenn man absetzen will und nicht weiß, wie vorgehen? Was, wenn man das erhöhte Risiko beispielsweise einer mit Neuroleptika einhergehenden Apoptose¹ doch lieber verhindern will, oder eines Priapismus² oder Vaginismus³, eines Kreislaufkollapses, einer Lungenentzündung oder des plötzlichen Herztodes – allesamt mögliche Ergebnisse der Verabreichung von Neuroleptika und eventuell von einigem Interesse für psychiatrische Patienten, deren Lebenserwartung um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte geringer ist als die der Allgemeinbevölkerung? Was, wenn Ärzte keine vorsorglichen Untersuchungen (zum Beispiel prüfen, ob man zur Gruppe der sogenannten Langsam-Metabolisierer⁴ zählt) oder fortlaufenden Kontrolluntersuchungen (Blutbild, Lipidprofil⁵, Leberwerte, EKG, Augenhintergrund, EEG, Zungenruhighaltetest⁶) machen und nicht prüfen, ob man überhaupt die gesundheitlichen Voraussetzungen mitbringt für die mit Neuroleptika einhergehenden Belastungen? Und was, wenn man Frühwarnzeichen und Vorboten sich abzeichnender gefährlicher »Neben«-Wirkungen ernst nimmt und Konsequenzen ziehen will, sei es als Arzt oder direkt Betroffener?

Eine Reihe von Frühwarnzeichen kündigen erfahrungsgemäß mehr oder weniger häufig auftretende, potenziell bleibende oder gar tödliche Schäden an und können es angeraten erscheinen lassen, die Dosis der Neuroleptika zu vermindern oder diese sofort oder graduell abzusetzen:

- Nachlassen des Antriebs und des Bedürfnisses zu sprechen und nach sozialen Kontakten: Vorboten eines möglichen chronischen **Defizit-Syndroms** (neuroleptisches apathisches Syndrom / Syndrom der »gebrochenen Feder«)⁷
- Parkinsonoid⁸, Apathie, Willenlosigkeit und niedergedrückte Stimmung: mögliche Vorboten von **Suizidalität**
- Schwächegefühl, Müdigkeit, Antriebsabstumpfung, Interesselosigkeit, zeitweilige Übelkeit, Bewegungsstörungen wie Muskelzittern und Muskelstarre als Vorboten von Verwirrheitszuständen, die mit innerer Unruhe, Erregtheit, Sich-Getrieben-Fühlen und Ängstlichkeit beginnen und in (teilweise tödlich verlaufenden) **Deliren** enden können⁹
- Prolaktinerhöhung¹⁰ als möglicher Vorbote von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die sich zum **Brustkrebs** entwickeln können
- Müdigkeit, Zuckerausscheidung im Harn, vermehrte Harnmenge, Mundtrockenheit, vermehrter Durst bei Appetitmangel, Potenz- und Regelstörungen, verminderter Widerstand gegen Infektionskrankheiten, Fettleber, Leberzirrhose (Leberschrumpfung) und Sehstörungen: Anzeichen für eine verminderte Glukosetoleranz – krankhafte Veränderungen des Blutzuckerhaushalts, insbesondere erhöhter Blutzuckerspiegel, der in chronischem **Diabetes** enden kann¹¹
- Zunehmender Hüftumfang, ansteigender Body-Mass-Index: Vorboten einer möglicherweise chronischen, mit erhöhter Sterblichkeitsrate einhergehenden **Fettleibigkeit**
- Temperaturerhöhung, verbunden mit neurologischen Symptomen: mögliche Vorboten einer malignen Hyperthermie¹²

- Zunahme extrapyramidal-motorischer (durch Störungen der Muskelspannung und des Bewegungsablaufs charakterisierter) Auffälligkeiten, Polypnoe (gesteigerte Atemfrequenz, verbunden mit vermindertem Sauerstoffangebot), Herzjagen, gesteigerter Speichelfluss, vermehrte Schweißabsonderung, beeinträchtigt Bewusstsein und leichtes Fieber, allgemeine vegetative Labilität, Muskelsteifheit und andere extrapyramidal-motorische Auffälligkeiten: mögliche Vorboten eines **Neuroleptischen Malignen Syndroms**¹³
- Belastungsherzinsuffizienz (Herzschwäche bei körperlicher Anstrengung) als Risikofaktor für die – unter Neuroleptika dreifach erhöhte – Gefahr schwerer, teilweise lebensbedrohlicher **Herzkomplikationen** aller Art
- Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz¹⁴, die dem **metabolischen Syndrom**¹⁵ als Bedingungsfaktoren zugrunde liegen, wobei schon jedes Symptom für sich mit hohen Risiken für schwere Gefäßerkrankungen verbunden ist, die Kombination jedoch als besonders gefährlich gilt, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall auszulösen. Übergewicht ist zudem dabei, Rauchen als Hauptursache von Krebserkrankungen den Rang abzulaufen, denn Übergewicht ist ein wichtiger **Risikofaktor für Krebs**: Es erhöht die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Brust-, Gebärmutter-, Darm-, Gallenblasen-, Bauchspeicheldrüsen-, Nierenzell- und Speiseröhrenkrebs.
- Mundtrockenheit, Zahnfleischentzündung und verminderte Mundhygiene: mögliche Vorboten von **Karies** (Zahnfäule) und Parodontopathien (Entzündungen des Zahnfleisches und Zahnhalteapparates mit Zahnlockerung und **Zahnverlust**) aller Art
- erhöhte Leberwerte und Fettleber und mögliche Vorboten chronischer Gelbsucht und chronischer Leberzellschäden, woraus sich, sofern keine Behandlung stattfindet oder die lebertoxischen Stoffe weiter eingenommen werden, eine Leberfibrose (Umbau von Leberzellen in Bindegewebe) und schließlich eine irreversible **Leberzirrhose** mit schweren Komplikationen bis zum **Leberversagen**¹⁶ entwickeln kann.
- verzögerte Wundheilung, Angina, »Grippe ohne Grippe« (unerklärliches Unwohlsein in Verbindung mit unklaren vegetativen Symptomen), Symptome wie Fieber, Schüttelfrost, Entzündung von Zunge, Mundschleimhaut, Zahnfleischsaum, Hals, Schlundkopf und Ohren, Halsschmerzen, Schwitzen, Schwächegefühl, Hinfälligkeit, Hautausschlag, Gelenkschmerzen, Geschwüre im Analbereich, Gelbsucht, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall, Lymphknotenschwellungen, Leberzellschäden: mögliche Vorboten einer lebensbedrohlichen **Agranulozytose**¹⁷
- Verfestigung des Bluts, gestörte Blutströmung und Abweichungen von der natürlichen Blutbeschaffenheit in Verbindung mit längerer Ruhigstellung: Vorboten und Risikofaktoren für lebensbedrohliche **Thrombosen** (Blutpropfbildungen) und **Embolien**¹⁸
- Pigmentablagerungen im Auge: mögliche Vorboten **chronischer Schäden an der Netzhaut, der Hornhaut und am Sehnerv**
- Schluckstörungen, Gefühl der verstopften Nase, Beklemmungsgefühle, leichte Atemnot, Appetitstörungen mit Übelkeit bis Erbrechen, kolikartige Schmerzen und krampfartige Durchfälle, allgemeines Schwächegefühl, Muskelschmerzen, abnorme Kribbelempfindungen, Schwindel und schließlich das Auftreten eines Pseudo-Parkinson mit Muskelzittern und -steifheit, Propulsion (Neigung beim Gehen, immer schneller vorwärtszuschießen), Salivation (erhöhter Speichelfluss),

Salbengesicht und mimische Starre: mögliche Vorboten einer Aspiration (Ansaugung von Blut oder Erbrochenem in die Luftröhre oder in die Bronchien) mit nachfolgender **Asphyxie** (lebensbedrohlicher Erstickungszustand)

- Muskelzittern und andere Muskelstörungen: mögliche Vorboten einer **tardiven Dyskinesie**¹⁹

Auch Störsymptome beim Absetzen von Neuroleptika können Warnzeichen bleibender Schädigungen darstellen. Das rasche Eintreten psychotischer Symptome beim Reduzieren kann auf sich ausbildende (organisch bedingte) Supersensitivitätspsychosen hinweisen, die durch die weitere Verabreichung von Neuroleptika zu **chronische Psychosen** werden können.

Was also, wenn jemand die reflektierte Entscheidung trifft, auf Neuroleptika zu verzichten? Was, wenn trotz bestehender Risikofaktoren wie verminderter Glukosetoleranz, höherem Alter, Fettleibigkeit, Fettleber, verminderter körperlicher Aktivität oder Fettstoffwechselstörungen (weiterhin) Neuroleptika verabreicht werden? Was, wenn psychiatrische Patientinnen schwanger werden und ihr Baby ohne das Risiko von Fehlbildungen in die Welt setzen wollen? Was, wenn Eltern oder Betreuer zum Wohl ihrer Kinder bzw. Betreuten entscheiden, dass es Zeit zum Absetzen der Psychopharmaka ist? Was, wenn psychiatrisch Tätige ihre Patienten aus medizinischer Verantwortung von toxischen Belastungen befreien wollen? Oder sich selbst schützen wollen: vor Schadenersatzforderungen und strafrechtlicher Verfolgung wegen Verdachts auf eventualvorsätzliche Handlung²⁰ infolge fahrlässig unterlassener Absetzversuche bzw. rücksichtsloser Weiterverabreichung toxischer Substanzen?

Die Liste der rationalen Beweggründe, sich Kenntnisse über Entzugsprobleme bei Neuroleptika anzueignen und dann insbesondere Wege, diese zu minimieren, ist lang. Die fehlenden institutionellen Hilfen beim Absetzen von Neuroleptika und die mangelnde Bereitschaft psychiatrisch Tätiger, sich aktiv mit dieser strukturellen Verweigerung von Hilfeleistung auseinanderzusetzen, führen uns das reale Niveau ihres Verantwortungsbewusstseins vor Augen.

Fußnoten

¹ Form des programmierten Zelltods: »Selbstmordprogramm« einzelner Zellen, d. h. Schrumpfen der Hirnzellen und Abbau der DNA

² Krankhafte, schmerzhafte und anhaltende Gliedversteifung, die einen urologisch-chirurgischen Eingriff und Impotenz zur Folge haben kann

³ Krankhafter, schmerzhafter und anhaltender Scheidenkrampf

⁴ 5-10% der Bevölkerung sind »Langsam-Metabolisierer«. Der Metabolismus und Abbau vieler Medikamente wird durch Enzyme des sogenannten Cytochrom-P-450-Systems katalysiert. Die zahlreichen Varianten des CYP2D6-Gens bewirken, dass CYP2D6-abhängige Psychopharmaka wie viele Antidepressiva oder Neuroleptika nur sehr langsam verstoffwechselt werden, deren Wirkung bei der üblichen Verabreichungsgeschwindigkeit massiv steigt und dadurch viele unerwünschte Symptome auftreten, beispielsweise gefährliche Herz-Kreislauf-Störungen.

⁵ Das Lipidprofil ist das zusammengefasste Ergebnis von Blutfetttests (Cholesterine und Triglyceride) zwecks Abschätzen des Risikos für die Entwicklung von Gefäßerkrankungen (speziell der Herzkranzgefäße und der Gefäße des Gehirns), insbesondere der Gefahr, dass sich in den Arterien Plaques (fleckförmige Einlagerungen) aus veränderten Cholesterin- und Lipidtröpfchen bilden, so dass die Gefäße weniger elastisch werden und sich verengen, was den Blutfluss verringert und zu Bluthochdruck, Übergewicht und Diabetes führen kann.

⁶ Test zur Überprüfung der Fähigkeit der Zunge, sich herausgestreckt ruhig zu verhalten; abnorme Zungenbewegungen innerhalb oder außerhalb der Mundhöhle gelten als Indizien für eine sich entwickelnde tardive Dyskinesie.

⁷ Bleibende Antriebslosigkeit und verminderte Willensstärke, Spontaneität, Zuwendung zur Umwelt und emotionale Regungen

- ⁸ Symptomenkomplex der Schüttellähmung, im Wesentlichen bestehend aus Bewegungsarmut bis hin zu Bewegungsunfähigkeit, Muskelzittern und -steifheit sowie gesteigertem Speichelfluss
- ⁹ Einhergehend mit verminderter Hirndurchblutung und Sauerstoffaufnahme des Gehirns mit Folgesyndromen wie Ein- und Durchschlafstörungen, durchgehender Schlaflosigkeit, körperlicher Hinfälligkeit und starker Müdigkeit, bleibenden Korsakowsyndromen (hochgradiger Verlust der Merkfähigkeit und infolgedessen Ausfüllen der Erinnerungslücken durch Erdichtungen), Gedächtnisstörungen bis hin zu Gedächtnisverlust und einem hirnorganischen Psychosyndrom (möglicher Zustand nach Leukotomie [operative Durchtrennung von Stirnhirn-Thalamus-Bahnen] oder Neuroleptikaverabreichung, charakterisiert sowohl durch Enthemmung und ziellose Umtriebigekeit als auch häufiger durch Initiativlosigkeit und Umständlichkeit, durch emotionales Gleichgültigwerden und affektive Verflachung, durch euphorisch getönte Kritikschwäche, Taktlosigkeit, Egozentrität, Gedankenarmut und intellektuelle Entdifferenzierung])
- ¹⁰ Prolaktin ist ein Hormon, das vor allem während der Schwangerschaft das Brustwachstum und die Milchbildung fördert. Bei Männern wie bei Frauen beeinflusst es zudem die Sexualhormonregulation im Hypothalamus und in der Hirnanhangdrüse (speziellen Hirnzentren).
- ¹¹ Einhergehend mit Gefäßschäden, Schäden an den Augen und Nerven, insbesondere der Nerven innerer Organe
- ¹² Störung der Körpertemperaturregulation mit lebensbedrohlichem Fieber, das zu Hitzschlag mit Kreislaufversagen und irreversiblen zentralnervösen Schäden führen kann
- ¹³ Lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen
- ¹⁴ Fehlende oder stark herabgesetzte Reaktion der Zellen auf Insulin, was die Ausbildung eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) zur Folge hat und eine ständige Erhöhung der Insulindosis bei der Insulintherapie notwendig macht
- ¹⁵ Auch bekannt als »tödliches Quartett«, Reavan-Syndrom oder Syndrom X
- ¹⁶ Sterblichkeitswahrscheinlichkeit innerhalb von fünf Jahren: 50%. Häufigste Todesursachen bei fortgeschrittener Leberzirrhose: Blutungen aus den Krampfadern der Speiseröhre, akutes Leberversagen und Leberzellkrebs
- ¹⁷ (Oft fulminant auftretendes) Absterben der weißen Blutkörperchen mit lebensbedrohlichen Folgen (Blutvergiftung, Lungenentzündung und Blutungen)
- ¹⁸ Blockaden der für die einzelnen Organe lebensnotwendigen Blut- und Sauerstoffzufuhr durch Gerinnsel, die an Engstellen der Blutbahn hängen bleiben
- ¹⁹ Symptomenkomplex aus möglicherweise irreversiblen und mit verkürzter Lebenserwartung einhergehenden unwillkürlichen Muskelbewegungen (Bewegungsstereotypen, Muskelkrämpfen oder Hyperkinesien [Bewegungsstörungen durch übermäßige Aktivität der Muskulatur])
- ²⁰ Eventualvorsatz liegt nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter den Taterfolg – in diesem Fall wäre es Körperverletzung durch Neuroleptikaverabreichung mit möglicher Todesfolge – als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält und den Schaden zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet. Allgemein herrscht unter Juristen Einigkeit, dass für die Strafbarkeit einer Tat Eventualvorsatz ausreicht und das Ausmaß der Verantwortlichkeit gleich zu bewerten ist, egal ob der Schadensverursacher rücksichtslos oder vorsätzlich handelt. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt der bedingte Vorsatz. Die Chance einer Verurteilung (bzw. Herabsetzung der Dosis oder gar Beendigung einer unerwünschten Verordnung) erhöht sich, wenn man Behandlern – unter Zeugen! – eine schriftliche Beschreibung wahrgenommener unerwünschter Psychopharmakawirkungen, die möglicherweise Vorzeichen chronischer oder tödlicher Schädigungen sein können, »zur Überdenkung der Verordnung« überreicht mit der Bitte, das Schreiben der »Krankenakte« beizufügen.

Informationen zum Thema Absetzen von Psychopharmaka:

- Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013 / E-Book 2013
- Übersichtsseite zum Thema »Psychiatrische Psychopharmaka absetzen« (Bücher · Artikel · Videos · Websites · Mailinglisten · Broschüren · Vorträge): www.peter-lehmann.de/absetzen

Statement zum Workshop „Modellvorhaben nach § 64b SGB V“ am 14.2.2014

Hintergrund meines Statements:

Der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen hat sich mit Schreiben vom 9.12.2013 http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Kuendigung_BPE_Zusammenarbeit.pdf vom Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. gelöst. Weiter haben wir – der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. – schon im Juli 2013 die drei Fraktionen des Landtages von Rheinland-Pfalz um eine Anfrage im Landtag gebeten, http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Leuchtfuehr_17.pdf (siehe Seite 67 des Leuchtfuehrers Nr. 17), und bis heute noch keine Antwort erhalten. Es gibt im Bereich von „Geschlossenen Heimen“ bzw. „Beschütztes Wohnen“ offiziell keine Datenlage. Die rechtliche Grundlage für diese Betreuungsformen und deren Aufsicht ist nach unserer Ansicht auch nicht geklärt. Hier wünschen wir uns klare politische und juristische Vorgaben.

Viele Psychiatrie-Erfahrene erhalten ambulante Leistungen gemäß SGB V (Soziotherapie oder Ambulante psychiatrische Pflege) einkommensunabhängig oder gemäß SGB XII einkommensabhängig (Betreutes Wohnen oder in Verbindung mit SGB IX Persönliches Budget). Die Leistung, die bei uns ankommen soll, ist in allen Fällen die Gleiche – BETREUUNG mit Empathie und Sympathie. Wie kann es sein, dass je nach Region, Leistungsträger und Leistungsanbieter der ambulanten Leistung einkommensabhängig oder einkommensunabhängig ist?

Eine weitere Basis meines Statements ist die Anfrage des LVPEE RLP e. V. vom Februar 2014 an drei ehemalige Landeskrankenhäuser sowie je zwei Dachverbände und ambulante Leistungsanbieter in Rheinland-Pfalz. Wir hinterfragen die aktuelle Situation im SGB II, SGB III, SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII kritisch und erläutern bitten um deren Vision der zukünftigen Vernetzung und die Forderungen an die Verbände. Wir haben festgestellt, dass zurzeit viele Reformen notwendig sind und der Landes- und Bundespolitik die Konzepte und Ideen fehlen. Wir werden dies im Leuchtfuehr Nr. 18

und auf der Homepage darlegen.

Eine inoffizielle Datenlage in der Psychiatrie besagt angeblich: 2/3 der aufgenommenen Patienten in der stationären Psychiatrie sind Singles. Einzelne Gemeindepsychiatrien sprechen von über 90 % Singles, die SGB XII Leistungen in Anspruch nehmen. (Dass wir in dieser Situation mehr Soziotherapie fordern statt biologischer Pharmatherapie, sollte nachvollziehbar sein.)

Weitere Grundlage meines Statements sind meine Erfahrungen aus der Peerberatung in einem Krankenhaus und der Nichtunterzeichnung der Petition 46537 (siehe Fußnote 1) an den Bundestag.

Kritik am aktuellen System

Auf den Stationen der psychiatrischen Kliniken gibt es viele medizinische, pflegerische, psychologische und soziale Ansprechpartner, die uns alle helfen sollen. Wenn dann noch eine Verlegung von uns von der Aufnahmestation auf eine Entlassungsstation erfolgt, – wie es in vielen Kliniken zurzeit Standard ist, – dann ist innerhalb der Regelversorgung von 20 Tagen nochmals das gesamte System mit neuen Leuten für uns zuständig, was eindeutig bedeutet, dass zu viele fachlich ausgebildete Menschen an einem Fall therapieren und über uns mitentscheiden. Das hier keine Sympathie und Empathie zwischen uns und den Therapeuten der Klinik entstehen kann, ist logisch. Bei der heutigen Tagung ist immer wieder von positiven zwischenmenschlichen Kontakten gesprochen worden, die die Modellvorhaben nach § 64b SGB V ermöglichen. Das Gleiche gilt für uns, wir fordern für die stationäre und ambulante Betreuung den gleichen Bezugsbetreuer. (Siehe Schnell zugänglich, wählbar, alltagsnah, ressourcenorientiert ..., Was ist Qualität in der Psychiatrie und wie erreichen wir sie? Von Detlef Tintelott in PSU 1/2014 Seite 36 /37).

Auch spüren wir die lapidare Standardfrage „Wie geht es Ihnen?“ als Provokation. Sagen wir, dass es uns schlecht oder nicht gut geht, hat dies in der Regel eine erhöh-

te Medikation zur Folge. Das wir diese Frage aus opportunistischer (und konventioneller) Klugheit meist mit „GUT“ beantworten, kann jeder nachvollziehen. Auch, dass das pflegende Personal bezüglich Engagement und Vision für Recovery und Empowerment nicht geschult ist, gibt keinen Anlass zu Optimismus.

Wir haben die Erfahrung gemacht, bei der Belegung der regionalen Aufnahmestationen mit allen F-Diagnosen, entsteht eine Hierarchie zwischen den Diagnosen: Die F1-Diagnosen identifizieren sich nicht mit den anderen Patienten z.B. mit F 2 und F 3-Diagnosen. Dass hier kein therapeutisch entspanntes Klima entsteht, ist verständlich. Die schwierigen F 1-Diagnosen werden von einem Leistungsträger (SGB V) zum anderen Leistungsträger (SGB XII) verschoben ohne therapeutische Maßnahmen.

Mittlerweile ist bekannt, dass Psychopharmaka bei Migranten unterschiedliche Wirkung verursachen. Dennoch wird die international durch Studien belegte Forderung, individuell differenziert zu verordnen, nicht berücksichtigt. Emotional aufbauende therapeutische Aktivitäten wie Sport und Wandern, die soziale Kommunikation und körperliche Belastbarkeit wieder trainieren, und in der das Atmen in Gleichklang mit körperlicher Betätigung erfolgt, wird zu selten oder gar nicht angeboten, stattdessen bleibt alles beim Alten mit oftmals monotonen ergotherapeutischen Angeboten oder „aufregenden“ Ballspielen bei der Gymnastik.

Schwierige Patienten mit speziellen Diagnosen haben mittlerweile viele verschiedene Leistungen des gleichen Leistungsanbieters von unterschiedlichen Leistungsträgern. Hier könnte das angedachte globale Persönliche Budget im SGB IX Vorreiter einer unabhängigen Betreuung zu Hause (Hometreatment) sein. Das würden die hohen Verwaltungskosten der Leistungsträger und -erbringer sowie Aufwendungen in Justiz, EDV-Bereich, Betreuung, politischen Gremien usw. reduzieren. Manche Verwaltung und deren Existenz müsste damit in Frage gestellt werden.

Forderung an die Politik, Klinikleitung und Geschäftsführer der Gemeindepsychiatrie

Thomas Bock hat in seinem Vortrag auf andere Länder verwiesen, die keinen Flickenteppich SGBs haben und damit auch geringere Verwaltungskosten in der Behindertenhilfe. Bernhard Ziegler stellt seine Arbeit im Klinikum Itzehoe dar, die ohne MDK erfolgreich ist.

Wir fordern endlich, so wie Frau Birgit Naase in ihrer Begrüßung sagte, lange Betreuungskontakte (Beziehungskontinuität), da der häufige Wechsel der Bezugspersonen keine stetige Entwicklung in der Bearbeitung unserer sozialen Probleme entstehen lässt, und auch eine Empowermententwicklung verhindern

hilft. Sympathieaufbau kann nur zu wenigen, guten Bezugspersonen erfolgen. D. h. nur durch bessere Verzahnung der SGBs kann das ambulante Potential durch Hometreatment genutzt werden.

Das Auflösen oder die bessere Verzahnung der SGBs führt zur Reduzierung der gesetzlichen Betreuer und des Betreuten Wohnens, der Zwangseinweisungen, der geschlossenen oder beschützten Heime, der Frühverrentung, der Nutzung der „stillen“ Reserven am Arbeitsmarkt, Reduzierung der Begutachtung durch den MDK, Reduzierung des besonderen Arbeitsmarktes „Werkstatt für behinderte Menschen“, Reduzierung der Verwaltungskosten im SGB II, SGB III, SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII. Viele politische und verwaltungstechnische

Gremien könnten dadurch eingespart werden. Hochbezahlte Informatiker, Betriebswirte, Juristen, Psychologen, Mediziner usw. könnten andere wichtigere Arbeit leisten, als sich um die Details in den SGBs zu kümmern.

Die heute vorgestellten Modelle in Itzehoe, Hanau, Hamburg-Eppendorf und in Zwickau bestätigen unsere Forderungen nach funktionierender und machbarer Umsetzung. Hier fehlt nur noch eine gute Evaluation, die wir gerne kommentierend begleiten würden.

Franz-Josef Wagner
Vorsitzender des Landesverbandes
Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.

Fußnote 1:

https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/_2013/_10/_25/Petition_46537.html

Petition 46537

Vergütung für medizinische Leistungen - Neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser frühestens 2017 vom 25.10.2013

Text der Petition

Der Deutsche Bundestag möge beschließen, dass das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser frühestens 2017 verbindlich eingeführt und die so gewonnene Zeit von Krankenhaus- und Krankenkassenvertretern dafür genutzt wird, sachgerechte Alternativen zum derzeit geplanten System zu entwickeln.

Begründung

2009 hat der Bundestag die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken beschlossen, das auf dem Prinzip leistungsgerechter tagesbezogener Entgelte beruhen soll.

Der noch amtierende FDP Bundesminister für Gesundheit hat die Erprobung von diagnose- und fallbezogenen sogenannten PEPP-Entgelten entgegen dieser Festlegung des Bundestages und trotz des Protestes Tausender Betroffener, Angehöriger und Fachleuten per Rechtsverordnung durchgesetzt.

Diese PEPP-Entgelte entsprechen nicht dem gesetzlichen Auftrag. Sie sind den Fallpauschalen in der somatischen Medizin sehr ähnlich. Vor allem aber werden sie den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen in keinster Weise gerecht, weil sich die Behandlungsbedürfnisse der einzelnen PatientInnen in der Psychiatrie nicht anhand der Diagnose pauschalisieren lassen und die Behandlungsdauer im Einzelfall nicht vorhersehbar ist.

Die Einführung des PEPP-Systems würde vor allem die Behandlungsmöglichkeiten für schwer kranke PatientInnen erheblich verschlechtern und eine wohnortnahe Notfallversorgung schwächen. Das Ziel der langfristigen Gesundung psychiatrischer PatientInnen wäre damit gefährdet.

Mittlerweile konnte jedoch wissenschaftlich belegt werden, dass es sachgerechte Alternativen auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten gibt. Um diese Alternativen prüfen zu können, muss die verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems um mindestens zwei Jahre verschoben werden. Nur so kann verhindert werden, dass ein falscher und für die PatientInnen schädlicher Weg weiter beschritten wird.

Neuigkeiten von WNUSP!

Liebe Psychiatrie-Erfahrenen!

Seit Sommer 2013 bin ich nun als Deputy bei WNUSP auf Vorschlag von ENUSP tätig.

In der letzten Vorstandssitzung per SKYPE wurden folgende Tagesordnungspunkte besprochen:

1. Update von WNUSP-Site und Logo
2. Aktivitäten: Kommentare und Beteiligungen
3. Ethik Arbeitsgruppe: Darstellung und Strategie
4. Verwaltung: Aktualisierung der List der Registrierungen im UN-System.
5. IDA-Vorstandssitzung, Workshop in Kenia zur integrativen Entwicklung

Bei dem Workshop in Kenia wird Gombos Gabor aus Ungarn die Moderation übernehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Reinhold Wilhelm Hasel



Neuigkeiten von ENUSP

Liebe Psychiatrie-Erfahrenen!

Nach der Übernahme des Vorstandsvorsitzes von ENUSP durch den Polen Piotr Iwaneyko, hatte ENUSP zwei Veranstaltungen. Ein Empowerment Seminar in Bukarest / Rumänien und ein WHO-Kongress in Lille / Frankreich. In der Nord-Ost-Region wurde Lina Ciuksiene zum Deputy in den Vorstand berufen. D.h. dass sie Stellvertretender Vorstand geworden ist, während ich in den Vorstand berufen worden bin.

Nunmehr sind wir mir Organisatorischem beschäftigt. So waren Diskussionspunkte der letzten ENUSP-Vorstandssitzung via SKYPE die Organisation der Bankgeschäfte und Mitgliedszahlungen, die Mitgliedsliste und der Schutz der WNUSP-Domain von der Website und die Pflege der Website.

Mit freundlichen Grüßen
Reinhold Wilhelm Hasel



Abendschwere

Melancholie
Zu dunkler Zeit,
Früher nannte man sie
Krankheit.

Verständnisvoll
Und leise
Ist sie Gegenpol
Zu freudiger Lebensreise.

Trauer über Vergänglichkeit
und Unrecht in der Welt
sowie über vieles Leid,
Sie mich am Leben hält.

Des Freundes Trost:
Morgen ist ein neuer Tag!
Sie Stunden bloß
Auf meiner Seel' lag.

Rührseligkeit
Und Innehalten
Brauchen Zeit,
Da sie sonst erkalten.

mischko.lauscher

Ute Leuner: Hör-CD „Höhenflug ins Bodenlose“

Sie hat viel erlebt, Höhen wie Tiefen, hat seelische Krisen- und außergewöhnliche Lebenserfahrung. Daraus strickt sie spannende Bühnenprogramme, ganz besondere Bücher sowie attraktive Audio-CDs. Ute Leuner, Musikkabarettistin, Lyrikerin und (ausgebildete) Clownin aus Hamburg, hat mit ihrer jüngsten Produktion erneut ins Schwarze getroffen. Titel wie „Tanz der Tränen“ oder „Ich fühl mich so wohl“ gehen nahe, „rein“. Klare Texte und professionell vorgetragene Songs machen Mut, bieten Paroli, zwingen unterhaltend zum Nachdenken und Innehalten. Auf der aktuellen CD der Powerfrau, die trotz beeinträchtigten Kräften mit Auftritten durch die Republik tourt, sind gespielte Szenen aus Arztgesprächen und Stationsbetrieb aus der Psychiatrie eingebaut. – Erfrischend anders, sprich: empfehlenswert!

Gangolf Peitz, Saarbrücken

Ute Leuner, „Höhenflug ins Bodenlose“, Hamburg 2013. Audio-CD im Eigenverlag, ca. 60 Min. 10 € (Vorkasse erbeten, bei Versand zzgl. 3 € für P/V). Bezug und Künstlerkontakt Ute Leuner, Tel. 040/75601868. www.uteleuner.de

Medien-Grundseminar für die Psychiatrieerfahrenen-Selbsthilfe

Gute Selbstdarstellung tut not, damit die Anliegen, Forderungen und Aktivitäten Betroffener besser in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, ihre Stimme gehört wird!

Da mich seit dem Start des BPE-Medienprojekts regelmäßig Anfragen und Buchungen von Selbsthilfegruppen und -verbänden für meinen publizistischen Grundkurs erreichen, biete ich diesen jetzt auf Wunsch vieler Betroffener als festes Angebot für alle im BPE organisierten Initiativen an.

Der dreistündige Workshop vermittelt in verständlicher Form Grundzüge moderner Öffentlichkeitsarbeit, Anleitung zum Umgang mit Printmedien, Rundfunk, Internet und übt mit den TN in einer Kleingruppe exemplarisch das zielgerechte Verfassen und Versenden einer Presseinformation ein. Das Fortbildungsseminar wird bundesweit veranstaltet und ist über die Selbsthilfefördermittel (z.B. über GKV-Projektmitteleintragung) finanzierbar. Gruppen und Verbände, die das Medienseminar für sich vor Ort wollen, bitte frühzeitig melden da pro Jahr nur eine begrenzte Zahl entsprechender Termine möglich ist.

Anmeldungen/Kontaktadresse:

Gangolf Peitz, Lindenstraße 21, 66359 Bous, Tel. 0178/2831417, Email: gangolf.peitz@web.de

Arbeitskreis EX-IN

Seit 2006 werden Psychiatrie-Erfahrene in EX-IN-Fortbildungen zu GenesungsbegleiterInnen und DozentInnen qualifiziert. EX-IN ist ein englisches Kürzel für Experienced-Involvement und bedeutet „Einbeziehung (Psychiatrie-)Erfahrener“. EX-IN'lerInnen wollen die Psychiatrie von innen reformieren, in Richtung Gesprächs- und Milieuthérapie mit möglichst wenig Medikamenten und ohne Zwang und Gewalt. Der Arbeitskreis EX-IN des BPE stellt sich die Aufgabe, EX-IN'lerInnen, die Mitglied des BPE sind, zu vernetzen.

Matthias Schuldt, Bergenstr. 21a, 23558 Lübeck, Tel. 0451-40 83 024, matthias-schuldt@gmx.de

Rechtshilfefonds für Zwangspsychiatrisierte

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

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

Illegale psychiatrische Zwangsmaßnahme sind z.B. die ambulante Zwangsbehandlung oder die stationäre Zwangsbehandlung ohne richterlichen Beschluss.

Eine rechtswidrige Verfahrensweise der Justiz liegt z.B. vor, wenn bei einer richterlich angeordneten Zwangsmaßnahme, der/die davon Betroffene nicht angehört wird.

Um es klar zu sagen: Die Chancen für den Rechtsweg sind nicht gut. Psychiatrie-Erfahrene haben, egal was passiert ist, fast immer unrecht.

Daher brauchen wir eindeutige Fälle. Diese Fälle müssen aktuell sein.

Um zu prüfen, ob es ein **aussichtsreicher** Fall ist, brauchen wir Kopien der wichtigsten Unterlagen. Wir werden pro Jahr nur ein, höchstens zwei Prozesse unterstützen.

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

Wer meint, sein/ihr Fall eigne sich, wendet sich bitte an:

BPE, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, vorstand@bpe-online.de

LPE NRW, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrener-nrw.de. Gemeinsames Fax: 0234 / 640 5103

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

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpö-Kulturnetzwerk:

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

Interessenten wenden sich bitte an:

Ruth Fricke Mozartstr. 20 b, 32049 Herford. Tel. + FAX: 05221-86 410, mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

Seit dem Herbst 2005 gibt es ein Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis im Bpö. Hier diskutieren Professionelle aus dem Bereich der Psychiatrie und Medizin darüber wie sie ihre Doppelrolle nutzbringend in die Bpö-Arbeit einbringen können, aber auch über ihre besondere Rolle am Arbeitsplatz. Evtl. kann sich im Laufe der Zeit aus diesem Netzwerk auch ein wissenschaftlicher Beirat für den Bpö entwickeln.

Interessenten wenden sich bitte an:

Christine Pürschel, Hanns-Eisler-Str. 54, 10409 Berlin, Tel.: 030-420 85 416 mail: tine.puerschel@berlin.de

Arbeitskreis Forensik:

Hier arbeiten zur Zeit Fritz Schuster und Norbert Südländ überwiegend in der Einzelfallbetreuung. Unterstützung wäre dringend erforderlich. Wünschenswert wäre es, wenn es in jedem Bundesland wenigstens einen Ansprechpartner für den Bereich Forensik, geben würde, denn die Maßregevollzugsgesetze sich Landesgesetze. Außerdem würde die räumliche Nähe eine direkte Kontaktaufnahme mit den Betroffenen erleichtern.

Interessenten wenden sich bitte an:

Fritz Schuster, Wildermannstr. 70, 45659 Recklinghausen, Tel/Fax: 02361-14 1 86, mail: Fritz.Schuster11@web.de

Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie:

Beratung beim Aufbau und zur praktischen Arbeit/Umsetzung dieser Stellen

Jurand Daszkowski, Carl-Petersen-Str. 24a, 20535 Hamburg Tel.: 040/82296133, e.mail: jurand.daszkowski@web.de

Ruth Fricke, Mozartstr. 20 b, 32049 Herford, Fax/Tel.: 05221/86410, e.mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Doris Steenken, Spindelstr. 26 b, 49080 Osnabrück, Tel.: 0541/80 09 522, e.mail: doris_steenken@yahoo.de

Antifolterkommission

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

Ruth Fricke, Mozartstr. 20 B, 2049 Herford, Fax: 05221-86 410, mail vorstand@bpe-online.de

Soteria AG

Auf der Jahrestagung 2006 haben wir diese AG gegründet. Wir wollen diese Behandlungsform allen Mitgliedern des BPE nahe bringen und in der Gremienarbeit auch die Angehörigen und Profis davon in Kenntnis setzen, dass wir uns diese Behandlungsform (mehr Gespräche - weniger Psychopharmaka) - vor allen in Krisen - wünschen. Gedanken - Erfahrungen nehmen wir auf dem Postweg entgegen. Eure Mitarbeit wird uns Ansporn sein, auf unserer Jahrestagung einen Arbeitsbericht vorzulegen.

Kontaktadresse:

Soteria AG c/o Karin Haehn, Garmischer Str.48, 86163 Augsburg

Psychopharmaka- und Psychotherapie-Beratung aus Betroffenen-sicht

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

Telefonzeiten: Dienstag von 10.00 - 13.00 Uhr und 14.00 - 17.00 Uhr unter 0234 / 640 51-02, Fax: -03

Ich stehe den Bpö-Selbsthilfegruppen für Vorträge und Arbeitsgruppen zu Psychopharmaka, Psychotherapie und „Ver-rücktheit steuern“ gegen Fahrtkosten (Bahncard 50) zur Verfügung.

Ich versuche eine bundesweite Liste von Psychiater/inn/en bzw. Ärzt/inn/en aufzubauen, die deutlich zurückhaltender als der Durchschnitt beim Verschreiben von Psychopharmaka sind, oder die sogar beim Absetzen unterstützen. Bitte teilt mir mit, wenn ihr bei Euch vor Ort so jemand kennt.

Ich organisiere bundesweite Seminare, auf denen sich Psychiatrie-Erfahrene zum Thema Psychopharmaka usw. weiterbilden. Interessent/inn/en, die so ein Seminar bei sich vor Ort wollen, bitte bei mir melden.

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

Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen berate ich in allen organisatorischen Fragen.

Weitere Informationen unter:

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