Bpe

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de

RUNDBRIEF

Nr.4 / Dezember 2013

Dokumentation BPE-Jahrestagung 2013

Zwangsbehandlung

Satzungsänderung

Foto: Reiner Ott

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Ehrenvorsitzende: Dorothea Buck
Brummerskamp 4, 22457 Hamburg

im Internet unter: www.bpe-online.de

Geschäftsführender Vorstand:
vorstand@bpe-online.de
Dagmar Barteld-Paczkowski
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)
Stefanie Regnery
Burgstr. 11, 54516 Wittlich (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)
Anja Henning,
Grünstr.11, 99084 Erfurt (TH)

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
Impressum	2
Danach	3
Zwangsbehandlung	4
Satzungsänderung	6
Schirmherrschaft BOP&P e.V.	11
Rezension und Literatur	12
Themenschwerpunkt BPE-Jahrestagung 2013	13
Zum Mitmachen	27

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

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (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. Februar 2014
Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm

Danach

Nach der Zwangsbehandlung

Sie sitzt auf dem Bett. Zu Hause. Sie hat es geschafft. Sie ist entkommen.
Die Realität wird ohne den chemischen Blocker immer deutlicher. Ihre Realität.
Keinen Job, keine Liebe, keine Freunde, kein Geld. Ein versauter Ruf. Psychisches Wrack.
Die Wohnung hat sie noch. Sonst nichts.

Sie würde nun gerne schlafen. Doch sie ist nicht müde. Nach dem Absetzen der Chemie hat sich der Wach-Rhythmus verstärkt. Sie sieht und fühlt überdeutlich. Zuviel Gefühle, auf jeden Fall mehr als vorher. Die Rezeptoren surren und sie auch.

Sie würde gerne weinen. Davor hat sie Angst. Nie wieder aufhören können. Den Albtraum anerkennen.

Was tut sie? Sich bewerben. Den nächsten Schritt, sich vorstellen. Die Reaktionen sind immer gleich. Sind sie denn belastbar? Sie war dumm. Sie war ehrlich. Das nächste Mal lügt sie. Auch das muss sie wieder lernen. Die leise Verachtung hinnehmen. Das eigene Kreuz tragen.
Glauben kann sie nicht mehr.

Vertrauen? Lieben? Geliebt werden? Glauben? Wie denn noch. Der letzte Mann der sie berührt hat, kniete vor ihr, bat sie Chemie zu nehmen, hat sie anschließend gefesselt und unter Drogen gesetzt. Alle sahen zu. Sie kann nicht mehr glauben. Die Hoffnung stirbt zuletzt.

Freunde? Achtung, Respekt und Vertrauen? Wofür. Für welchen Teil ihrer verstörten Persönlichkeit? Für welchen Abschnitt der letzten Jahre in diesem miesen Leben? Wer hält ihre Hand und hält nicht nur diese, sondern auch die ungeweinten Tränen aus? Niemand.
Sie lacht oft. Das mögen alle. Niemand mag sie.

Geld. Das war einmal wichtig. Heute ist es notwendig.

Der gute Ruf? Zum Teufel gegangen. Das einzig Gute daran. Sie lebt nun freier. Es ist ihr egal geworden was die Leute denken oder sagen. Jeder weiß, dass sie verrückt ist. Von ihr wird nichts mehr erwartet. Nichts mehr ernst genommen. Eine neue Form der persönlichen Freiheit.

Sie ist nun vogelfrei.
Diese Freiheit hat eine natürliche Grenze.
Das Behandlungszimmer eines Psychiaters in einer Irrenanstalt.
Er lauert.

Flieg.
Über.
Das.
Kuckucksnest.
Sonst breche ich Dir die Flügel.

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.

Zwangsbehandlung: Hilfe wider Willen oder Disziplinierungsmaßnahme?

von Miriam Krücke

Nach dem richtungweisenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) bezüglich der Zwangsbehandlung eines forensisch Untergebrachten, ist das Thema der Zwangsbehandlung wieder im gesellschaftlichen Diskurs angekommen.

Das hohe Gericht hat festgestellt, dass eine Zwangsbehandlung nur als letztes Mittel und nur, wenn der zu erwartende Erfolg größer als die Belastung des Betroffenen ist, gerechtfertigt werden kann. Außerdem fehle eine verfassungsrechtlich genehmigungsfähige gesetzliche Grundlage. Das Urteil haben das BVerfG in zwei weiteren Beschlüssen (2 BvR 633/11 und 2 BvR 228/12) und der Bundesgerichtshof in zwei Entscheidungen (XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12) gefestigt.

Da die Maßregelvollzugsgesetze in allen Bundesländern gleich aufgebaut sind und auch die Unterbringungsgesetze der Länder (PsychKG), sowie das Betreuungsrecht (BGB, §§ 1896ff) einer ähnlichen Argumentation folgen, kann das BVerfG-Urteil auf alle Unterbringungsgesetze übertragen werden.

Inzwischen hat der Bundestag, mit einer Novelle des § 1906 BGB (vom 18.02.2013) betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung, gegen den vehementen Widerstand der Betroffenenverbände, im Eilverfahren legalisiert und die Länder ziehen mit der Überarbeitung ihrer Unterbringungsgesetze nach.

Warum es Politik und Ärzteschaft damit so eilig hatten, bleibt unklar. Sie argumentieren entweder mit der Not der psychisch Kranken, denen ohne entsprechende Gesetze vorgeblich nicht mehr geholfen werden kann oder mit der Notwendigkeit einer Gefahrenabwehr.
Beides lässt sich begründet in Frage stellen.

Wem die Zwangsbehandlung letztlich wirklich nützt wurde innerhalb dieses Prozesses nur insofern deutlich als, dass sich ein Zusammenhang zwischen der Befürwortung des Gesetzes und einem damit verbundenen Nutzen, sowie ein Schaden der Gegner, vermuten lässt.

Die Maßgaben des Verfassungsgerichtes sollen nun vor allem in Abs. 3 des § 1906 BGB verwirklicht sein:
(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn
1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krank- heit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu über- zeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Be- treuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangs- maßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Sprechen wir von „psychischer Krankheit“, so scheitert eine klare Abgrenzung allerdings schon an der Begriffsbestimmung.

So ist z.B. nicht bewiesen, ob es sich bei psychischen Probleme, Ver-rücktheiten und Eigensinn um krankhafte Veränderungen vom „Normkörper“ (?) handelt, die einen entsprechenden, nun auch vom Gesetz vorgesehenen, medizinischen Eingriff rechtfertigen können. Noch gibt es keine Tests mit denen „psychische Krankheiten“ im Körper nachgewiesen werden können. Eine Transmitterstoffwechselveränderung dürfte es tatsächlich geben, auch wenn sich diese am lebenden Menschen nicht messen lässt. Der Stoffwechsel reagiert auf jedes Ereignis, jede Bedeutungsgebung und jede Emotion. Das ist normal.

Sollte die Kategorisierung der menschlichen Psyche doch gelingen, so stellt sich weiterhin die Frage, wer ermessen darf, ab wann und ob einer Erlebens- und Verhaltensbesonderheit krankheitswert beigemessen werden kann. Und dementsprechend außerdem, ob der in solch gravierender Weise über das Leben einer anderen Person entscheidende Psychiater, selber einen freien Geist und Willen hat, eine ganz gesunde Psyche besitzt und niemanden gefährdet. Schon in der Theorie wird offenbar, dass sich dieses Problem nicht ohne Machtgefälle lösen lässt.

In Abs.1 des zitierten Paragraphen (1906 BGB) spricht der Gesetzgeber von einer notwendigen medizinischen Maßnahme. Die Legitimation der psychiatrischen Zwangsbehandlung folgt ursprünglich der selben Logik wie die Notfallbehandlung. Bei einer Notfallbehandlung handelt der Arzt auf der Grundlage einer *mutmaßlichen Einwilligung* (Geschäftsführung ohne Auftrag). Dabei geht es darum, das Leben des Menschen zu retten und Krankheit und Behinderung weitest möglich abzuwenden. Dies geschieht unter der Annahme, dass der Patient, wäre er freien Willens, die ihm angetane Behandlung wünschen würde.

Denn ohne die Zustimmung des Patienten gilt eine medizinische Behandlung als Körperverletzung und wird entsprechend geahndet. In der Notfallmedizin wird die Einwilligung stillschweigend vorausgesetzt und in den meisten Fällen mit einer Zustimmung im Nachhinein bestätigt. Dem liegt die Prämisse zugrunde, dass Menschen in der Regel überleben möchten. Würden sich 90 % der Reanimierten im nachhinein über die Lebensrettung beschweren, müssten wir umdenken. Im somatischen Bereich ist dies nicht der Fall. Im Psychiatrischen sieht es allerdings anders aus.

Im Falle der psychiatrischen Zwangsbehandlung kann von Lebensrettung keine Rede sein.

Nach wie vor sterben mehr Menschen an der psychiatrischen Behandlung als an einer „psychischen Krankheit“. An „Depressionen“, „Psychosen“ und „Ticks“ stirbt man in der Regel nicht. An den Neben- und Langzeitwirkungen der zwangsverordneten Psychopharmaka allerdings schon. Kaum ein Zwangsbehandelter ist

seinen Behandlern im Nachhinein dankbar. Wobei ihm in diesem Falle leicht unterstellt werden kann, er sei noch nicht gesund.

Seit vielen Jahren fordert der BPE e.V. eine Todesfallstatistik. Der Verband plädiert für eine öffentlich einsehbare Statistik aller Todesfälle während und 12 Monate nach psychiatrischer Behandlung. Der 12-Monatszeitraum ist aus 2 Gründen erforderlich:

a) viele Patient_innen werden bei lebensbedrohlichen Komplikationen auf die Intensivstation verlegt

b) viele Suizide finden direkt nach stationärer psychiatrischer Behandlung statt.

Zahlreiche Studien belegen bereits, dass die Lebenserwartung psychiatrisch Behandelter drastisch verkürzt ist. Die deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) spricht in ihrem „Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika“ von 20 bis 25 Jahren.[1]

Sowohl die sichtbaren (Katatonie, Tremor, Akinesie, Stupor, sabbern, glasiger Blick, Fettleibigkeit, Trägheit etc.) als auch die unsichtbaren (Diabetes, Herz-Kreislaufstörungen, Niereninsuffizienz, Magen- und Darmerkrankungen, Atemwegserkrankungen etc.) Wirkungen der Psychopharmaka sind kein Geheimnis mehr.

Auch die Begriffe „natürlicher Wille“ und „Einwilligungsfähigkeit“ sind schwer zu fassen. Die „Einwilligungsfähigkeit“ muss im Medizinrecht nicht nur situativ festgestellt werden sondern hängt auch von der Aufklärung des Arztes ab. Es ist denkbar, dass ein und derselbe Mensch eine äußere Operation an seiner Hand nachvollziehen und entsprechend wirksam einwilligen kann, während er geistig nicht in der Lage ist, Art und tragweite einer inneren Operation, z.B. am Herzen, zu begreifen. So wäre er im einen Falle einwilligungsfähig, im anderen nicht. Da die wirksame Einwilligung außerdem von der Aufklärung des Arztes abhängt, ist auch denkbar, dass ein Mensch bei zwei unterschiedlichen Ärzten Einwilligungs- bzw. nicht einwilligungsfähig wäre.

Mit dem neuen Betreuungsrecht wurde diese bisher zumindest theoretische Grundlage eines durchaus komplexen Sachverhaltes gebrochen. Einwilligungsfähigkeit ist nicht mehr vom Kontext abhängig, sondern zu einem Faktum geworden, welches einer Person wie ein Stigma eingebrannt werden kann. Die mit dem Label „psychisch krank“ versehenen Menschen werden, sobald sie der Behandlung widersprechen, ohne Umschweife als unmündig erklärt, als wäre dies dem nicht folgsamen Menschen inhärent.

Absatz 2 (§1906 BGB) bezieht sich genau darauf. Wird der Betroffene von der Notwendigkeit der Behandlung überzeugt, stimmt also zu, so bedarf es keiner besonderen gerichtlichen Genehmigung, er wird als Einwilligungsfähig betrachtet. Lässt er sich hingegen nicht überzeugen, so legitimiert ein spontaner Entzug der Entscheidungsfähigkeit höhere Gewalt.

In solch einer Situation, in der einem Menschen ein Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit unter Zuhilfenahme von Zwang und Gewalt droht, hat dieser genau zwei Möglichkeiten: Entweder er fügt sich dem Geschehen in erpresster Freiwilligkeit, oder er lehnt sich auf und wird damit für sein Umfeld unbequem.

In Absatz 4 (§ 1906 BGB) wird besonders deutlich, dass es bei der psychiatrischen Behandlung nicht allein um medizinisch relevante Eingriffe geht. Sollte tatsächlich eine medizinisch behandlungsbedürftige Krankheit bestehen, so bleibt fraglich, wie dieser mit „anderen Mitteln“ als mit Medizinischen entgegnet werden kann. Schließlich sprechen wir hier von Zwangsbehandlung im medizinischen Sinne. Wie kommt es, dass hier plötzlich gedanklich andere Mittel zulässig sind? Ist die Krankheit vielleicht doch nicht unbedingt behandlungsbedürftig? Geht es hier vielleicht doch darum, unbequeme Menschen zu disziplinieren? Wenn nicht sogar um rein menschliche Fragen wie essen, trinken, schlafen, frische Luft, Bewegung? Oder welche anderen Maßnahmen könnten gemeint sein? Und stellt dieser Punkt nicht wiederum das ganze Konstrukt in Frage, welches mit der neuen Gesetzgebung plötzlich manifestiert sein soll?

Auch die verfassungsrechtlich genehmigungsfähige Grundlage fehlt bei dem neuen Gesetz weiterhin. Mit der Betreuungsrechtsänderung wurde der Widerspruch der Sondergesetzgebung gegen „psychisch Kranke“ nicht aus der Welt geschafft:

Unsere Grundrechte können durch andere Gesetze eingeschränkt werden. Diese müssen wiederum für **alle** gelten. So kann z.B. **jeder** Mensch für gewisse Straftaten verurteilt und mit Freiheitsentzug bestraft werden (Nicht zwangsbehandelt, das wäre Folter! Die körperliche Unversehrtheit gilt in unserer Verfassung gegenüber der Freiheit der Person als höheres Gut). Es darf gemäß unserer Verfassung keine Sondergesetze geben, welche die Grundrechte **bestimmter** Personengruppen, wie z.B. religiöser Minderheiten, homosexueller oder behinderter Menschen einschränken. Und trotzdem gibt es Sondergesetze, die nur für „Psychisch Kranke“ gelten. Zum Verständnis: Es ist legitim und notwendig Sondergesetze zu schaffen, die Begünstigungen für benachteiligte Menschen festlegen. Das schreibt auch die UN-Behindertenrechtskonvention vor, damit alle Menschen an dieser Gesellschaft uneingeschränkt teilhaben können. Aber die Grundrechte einer definierten Gruppe **einzuschränken** ist verfassungswidrig, sonst sind wir eben doch nicht alle vor dem Gesetz gleich.

Ein häufig angewandtes Argument für die Unterbringungsgesetze ist auch, dass wir ein Gefahrenabwehrgesetz brauchen, damit Menschen, die eventuell gefährlich werden könnten, der öffentlichen Gesellschaft entzogen werden. Sollte es tatsächlich ein Anliegen sein, Menschen vor zu verurteilen, dann muss dieses Gefahrenabwehrgesetz für **alle** gelten, nicht nur für sogenannte „psychisch Kranke“. Aber dann würden statt 100.000 etwa 1 Millionen Menschen jährlich willkürlich und unschuldig ihrer Freiheit und körperlichen Unversehrtheit beraubt.

Dann würde auch keiner mehr behaupten, der Zwang geschähe zum **Wohle** der Betroffenen, um eine Krankheit zu lindern. Einige Unterbringungsgesetze (PsychKG) erlauben beispielsweise eine Zwangsbehandlung bei der Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer. Auch an dieser Stelle wird offenbar, dass es sich bei dem erzwungenen und häufig mit Gewaltanwendung verbundenen „medizinischen“ Eingriff um eine Disziplinierungsmaßnahme handelt.

[1] www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/Broschuere_Neuroleptika_2012_web.pdf

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

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener
LVPE
Rheinland-Pfalz e.V.

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

www.lvpe-rlp.de

Bankverbindung:
LVPE Rheinland-Pfalz e.V.
bei der Mainzer Volksbank

IBAN: DE92 5519 0000 0364 9590 15
BIC: MVBMDE 55

Geschäftsstelle
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Wittener Str. 87

44789 Bochum

Trier, den 08.11.2013

Satzungsänderung des BPE e.V. vom 12.10.2013
hier: Status von BPE-Mitglieder im Bezug zum LVPE RLP e.V.

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

Bislang haben wir gemäß unserer Satzung § 2 (3) der zu Folge „... eine Kooperation mit Verbänden, die ähnliche Ziele verfolgen, ...“ gehandelt. Dieses hat sich 17 Jahre mit Ihnen bewährt.

Nach der letzten Satzungsänderung des BPE e.V., § 5 Mitgliedschaft, „Die Mitgliedschaft wird in der Form einer Mehrfachmitgliedschaft begründet. Die Mitgliedschaft im Bundesverband bedingt demnach gleichzeitig die Mitgliedschaft in den jeweiligen Landesorganisation sofern vorhanden (Landesverband oder Landesarbeitsgemeinschaft). Der Antrag auf Aufnahme ist schriftlich an den geschäftsführenden Vorstand des BPE e.V. zu richten“.

Demnach wäre jedes neue Mitglied des BPE e.V. automatisch auch Mitglied einer jeweiligen Landesorganisation.

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

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener
LVPE
Rheinland-Pfalz e.V.

Gemäß Art. 9 GG sind wir grundsätzlich frei in der Entscheidung unseren Mitgliederkreis festzulegen.

Die Satzungsänderung des BPE e.V. lässt uns keine Entscheidungsfreiheit, den Mitgliedsbewerber ablehnen oder aufnehmen zu müssen. Die Satzung des BPE e.V verpflichtet uns im Gleichklang mit dem BPE e.V. zu entscheiden.

Weiterhin ist der LVPE RLP e.V. ein eigenständiger, gemeinnütziger Verein und keine untergeordnete Landesorganisation des BPE e.V.

Zusammenfassend: Die Satzung des BPE e.V. verstößt gegen Art 9 GG und daher sehen wir das Verhältnis zum LVPE e.V. empfindlich gestört. Wir hoffen, dass der BPE e.V. in der nächsten Zukunft diese Unklarheiten beseitigt.

Bis dahin erwarten wir eine Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V..

Mit freundlichen Grüßen

Franz-Josef Wagner Astrid Steinmetz

Bpω
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Federal Organisation of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry in Germany
Member of ENUSP (European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry)
Member of WNUSP (World Network of Users and Survivors of Psychiatry)

Geschäftsstelle
Miriam Krücke
Wittener Str. 87, 44 789 Bochum
Tel: 0234 / 68 70 5552
Fax: 0234 / 640 51 03
Kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

LVPE Rheinland-Pfalz e.V.
Franz-Josef Wagner
Gratianstr. 7
54294 Trier

Betreff: Status von BPE Mitgliedern im LVPE RLP e.V.

Bochum, den 12.11.2013

Lieber Franz-Josef,
Lieber Vorstand des LVPE Rheinland-Pfalz,

auf eure Anfrage bezüglich der BPE-Satzungsänderung vom 12.10.2013
und dem Status von BPE Mitgliedern im LVPE RLP e.V. nehmen wir hiermit Stellung.

In der Satzung des Bundesverbandes heißt es zur Stellung der Landesverbände:

§ 6 Landesorganisationen

1. Die Mitglieder des Bundesverbandes sollen sich auf Landesebene zu Landesverbänden oder Landesarbeitsgemeinschaften zusammenschließen. Sind sie als solche eingetragene Vereine, so sind sie dann als rechtlich selbständige Gliederungen des Bundesverbandes zu behandeln.

2. Die Satzungen der Landesverbände und (falls sie eine Satzung haben) der Landesarbeitsgemeinschaften sind in ihrem Satzungszweck von der Satzung des Bundesverbandes bestimmt.

Landesverbande bestehen satzungsgemäß aus Mitgliedern des Bundesverbandes. Insofern trägt die neue Satzungsänderung dieser Klausel Rechnung. Und auch die Entstehungsgeschichte der Landesverbände hatte jeweils ihren Ursprung im Bundesverband.

Betrachtet ihr euch in eurer Landesverbands-Eigenschaft als Teil des Bundesverbandes, was ja auch euren Sitz im Gesamtvorstand begründet, so wären eure Einwände gegen die Satzungsänderung hinfällig.

Natürlich habt Ihr das Recht euch als eigenständiger Verein komplett vom Bundesverband abzukoppeln.
In diesem Moment wäre auch unsere Satzung nicht mehr relevant für Eure Arbeit.
Unsere Mitglieder wären nicht Eure Mitglieder, weil Ihr kein Landesverband im Bundesverband seid. Ihr müsstet euch auch in diesem Falle keine Gedanken um den Inhalt der BPE-Satzung machen.

Der Rechtstheorie gemäß dürft Ihr euch für das ein oder andere entscheiden. Die neue Satzungsänderung bliebe davon unberührt.

Trotz dieser theoretischen Grundlage möchten wir deutlich darauf hinweisen, dass wir keine Trennung von Euch wollen. Eure Teilnahme und Mitgliedschaft im Bundesverband ist uns wichtig und wir hoffen, dass wir wieder zusammenzuwachsen.

Wir möchten euch deshalb darum bitten, eure Einwände gegen die Doppelmitgliedschaft, konkret offen zu legen. Dann können wir uns mit den Hintergrundproblemen und Bedürfnissen vernünftig auseinandersetzen.
Hier stellt sich uns die Frage, ob es Euch darum geht einzelne Verbandsmitglieder von der Mitgliedschaft in Eurer Landesorganisation auszuschließen. Oder ob finanzielle oder noch andere Aspekte bei eurem Unmut eine Rolle spielen.

Wir wünschen uns eine offene und ehrliche Kommunikation in dieser Sache mit dem Ziel ein beide Seiten befriedigende Einigung zu finden.

mit herzlichen Grüssen,

für den Vorstand
Miriam Krücke

Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.

Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin

Schirmherr:
Peter Lehmann
www.peter-lehmann.de

BOP&P e.V.

Belziger Str.1

10823 Berlin (Schöneberg)

Handy (D1): 0171 242 91 61

www.bpe-online.de/bopp.htm

Email: boppev@web.de

18.11.2013

An den Vorstand des BPE e.V.

Satzungsänderung des BPE e.V.

Liebe Vorstandsmitglieder,

BOP&P e.V. ist ein eigenständiger Verein und hat seit Gründung 2003 unter § 5 (Mitgliedschaft) Absatz 3 folgenden Passus:

> „3. Die Mitgliedschaft in der BOP&P ist unabhängig von einer solchen im BPE e.V.“

Nach wie vor hat unsere Satzung Bestand und wir werden diese auch nicht ändern.

Wir behalten uns vor, über die Aufnahme eigener Vereinsmitglieder selbst zu entscheiden, d.h. selbst zu entscheiden, ob wir BPE-Mitglieder aufnehmen oder nicht (siehe unsere Satzung § 5 Absatz 3). Alles andere wäre rechtswidrig. Zudem gewährleistet Artikel 9 des Grundgesetzes das Recht für jedermann, Vereine zu gründen (und damit auch über die Mitgliedschaft im eigenen Verein selbst zu bestimmen.)

Wir bitten euch, zwecks Vermeidung einer Irreführung Interessierter in eurem Aufnahmeantrag kenntlich zu machen, dass BPE-Mitglieder einen gesonderten Aufnahmeantrag bei BOP&P e.V. stellen müssen, wenn sie bei BOP&P e.V. Mitglied werden wollen.

Mit herzlichen Grüßen

Der Vorstand von BOP&P e.V.

Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener
und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.

www.bopp-ev.de

Pressemitteilung vom 14. November 2013

Peter Lehmann übernimmt Schirmherrschaft für den Verein BOP&P

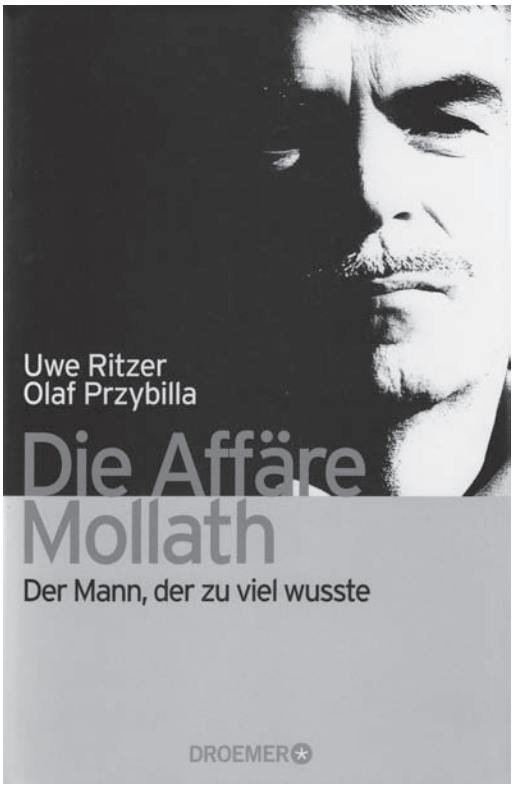
Der Autor und Verleger Peter Lehmann ist ab heute Schirmherr der gemeinnützigen Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P). Lehmann steht wie kein Zweiter für humanistische Antipsychiatrie: Schutz vor psychiatrischer Willkür, Förderung von Selbsthilfe und Aufbau angemessener Unterstützung für Menschen in psychischen Notlagen.

Als Gründer des Antipsychiatrieverlags, der mittlerweile auch in Großbritannien und den USA über Niederlassungen verfügt, setzt er sich seit Ende der 70er-Jahre für die Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka und eine Behandlung ein, die die Menschenrechte respektiert.

„Ich übernehme gerne die Schirmherrschaft für diese wichtige Berliner Organisation und unterstütze ihre Selbsthilfeaktivitäten“, sagt Lehmann, der Mitbegründer von BOP&P ist. Am 16. November 2013, dem Selbsthilfetag von BOP&P, hält er einen Vortrag zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise“ und wird anschließend als Schirmherr von BOP&P der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der aus dem Schwarzwald stammende 63jährige Lehmann erhielt 2011 das Bundesverdienstkreuz. Im Jahr davor war ihm von der Aristoteles-Universität Thessaloniki in Anerkennung seines außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener die Ehrendoktorwürde verliehen worden (Informationen siehe www.peter-lehmann.de). BOP&P freut sich, einen derart kompetenten und weithin hochgeachteten Schirmherrn zu haben.

Pressekontakt
BOP&P e.V., Reinhard Wojke (Mitglied des Vorstands)
Belziger Str. 1, 10823 Berlin, Tel. 0171 / 2 42 91 61, boppev@web.de



Uwe Ritzer / Olaf Przybilla:
Die Affäre Mollath – Der Mann, der zu viel wusste

Der 1956 in Nürnberg geborene Gustl Mollath ist bekannt geworden, weil sich die Medien seiner annahmen, als es unübersehbar wurde, dass er sieben Jahre offenbar als Opfer eines Scheidungskriegs und typisch schludriger psychiatrischer Gutachten in der Gerichtspsychiatrie einsaß. Mit einem solchen Schicksal ist er nicht alleine; was seinen Fall so besonders macht, zeigt das äußerst sorgfältig recherchierte Buch von Uwe Ritzer und Olaf Przybilla, beides Journalisten bei der Süddeutschen Zeitung, anschaulich auf. Das Buch ist in neun Kapitel aufgeteilt. Es beginnt mit Mollaths Werdegang, Ehe, Scheidung und Psychiatrisierung, als er die Verwicklung seiner Ehefrau in illegale Geldgeschäfte der Hypovereinsbank anprangert. Im nächsten Kapitel wird, quasi im Vorgriff, das Gutachten des Psychiaters Hans Simmerl von 2007 beschrieben, das bei Mollath keinerlei psychotische Symptome feststellt, lediglich querulatorische Züge und eine rechthaberische Grundhaltung. Trotzdem (oder deshalb) bleibt Mollath noch weitere fünf Jahre in der Gerichtspsychiatrie. Kapitel 3 geht zur ursprünglichen Gerichtsverhandlung von 2006 zurück, als Mollath wegen angeblicher Gemeingefährlichkeit (Körperverletzung, Freiheitsberaubung, Sachbeschädigung im Affekt) von einem offenbar voreingenommenen Richter in einem dilletantischen Verfahren, begleitet von richterlichem Gebrüll, in die Forensik versenkt wurde. Dem Folgekapitel liegt das Verhalten der Justizbehörde zugrunde, die es nicht für nötig hielt, die Beweise anzuschauen, mit denen Mollath illegale Geldgeschäfte belegte, die ihm als Hirngespinst ausgelegt worden waren. Kapitel 5 beschreibt mafiaähnliche Zustände in der bayerischen Politik und Justiz und deren Herumgeeiere (SPD inklusive), als der Justiz- und Psychiatrieskandal immer offensichtlicher wird. Außerdem dokumentieren die Autoren das Verhalten der Hypovereinsbank, der die Geldschiebereien anscheinend bekannt waren und die dennoch, so die Aussage der Autoren, von sich aus absolut nichts zur Entlastung von Mollath beitrug. Zum Schluss durchleuchten die Autoren die schwachsinnigen psychiatrischen Gutachten über Mollath, die jede seiner Äußerungen, und sei es sein Wunsch nach Kernseife, zum Symptom seiner angeblichen Geisteskrankheit uminterpretierten. Und dann die wundersame Freilassung Mollaths. Ein durch und durch atypischer Fall: nicht wegen der skandalösen Umstände, unter denen er in die Gerichtspsychiatrie verbracht wurde, sondern wegen des öffentlichen Interesses, das er und seine Unterstützer herstellen konnten, und der Sorgfalt, mit der die Autoren das Material zu einer krimiähnlichen Lektüre aufbereitet haben. Empfohlen als schön böses Weihnachtsgeschenk für alle, die noch an Wissenschaftlichkeit und Ethik der Psychiatrie glauben.

Gebunden mit Schutzumschlag, 238 Seiten, ISBN 978-3-426-27622-8. München: Droemer Verlag 2013. € 19.99 / sFr 25.–

Erhältlich im Antipsychiatrieverlag unter: http://www.antipsychiatrieverlag.de/versand/titel1/ritzer.htm

Peter Lehmann

Literatur hält uns seelisch fit! – SeelenLaute in Völklingen

Völklingen (Saar). In den Wochen der Seelischen Gesundheit im Saarland bot die Stadtbibliothek Völklingen wieder eine attraktive Veranstaltung an. Am 7. Oktober 2013 hieß es dort um 17.00 Uhr: „Literatur aktiv – hält uns seelisch fit“. Selbsthilfe SeelenLaute Saar bestritt gemeinsam mit dem Saarländischen Bündnis gegen Depression und dem VHS-Stadtprojekt „Völklingen lebt gesund“ einen neuen spannenden Abend. Zum Schwerpunktthema seelische Gesundheit bzw. psychische Handicaps von Kindern und Jugendlichen hatte SeelenLaute die Gestaltung des Programms übernommen und regionale AutorInnen und KünstlerInnen mit und ohne Psychiatrieerfahrung engagiert. Es gab Lesungen, Livemusik, Kunst und Information. So las der markante Ensdorfer Dichter Ernst Messinger aus seinem Werk, die sprachpräzise Lyrikerin Annette Alt (Saarbrücken) trug eigene Poesie und Kurzprosa vor und der spitzfindige Saarburger Liedermacher Patric Ludwig machte sich an der Gitarre in Mundart seine Gedanken. Als „special guest“ gab Musikkabarettistin Ute Leuner aus Hamburg eine Kostprobe ihres Programms am Folgetage in Saarbrücken. Durchs Programm führte Gangolf Peitz (Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar und Leiter dieser landesweiten Selbsthilfe). Peitz informierte zur Arbeit der Initiative für seelische Gesundheit und Inklusion. Thematisiert wurde auch die besorgniserregende Zunahme von Zwang und Gewalt an Patienten in Psychiatrie-Kliniken, und was hier schützen kann.

Zwei Literaturpräsentationen rundeten den Abend ab. Die Stadtbibliothek zeigte thematische Ausleihtitel aus dem Bestand des Hauses, die Selbsthilfe bot alternative Literatur aus dem Bereich Kreativität/psychische Gesundheit an, und zeigte zudem eine exklusive abstrakte Aquarellarbeit der Saarbrücker Künstlerin beim europäischen Kunstprojekt Art-Transmitter Gertrud Hessedenz. Die Künstlerin war anwesend. Gratis gibt es viele Infomaterialien sowie die aktuelle Zeitschrift „Lautsprecher“ mit SeelenLaute-Supplement. Saarbrücker Zeitung und Wochenspiegel berichteten ausführlich. Die aufmerksamen Gäste, die von Saarbrücken, Dillingen bis Wadern kamen, hatten einen gelungenen Kultur- und Informationsabend zu seelischer Gesundheit erlebt. „Da Capo 2014!“, hieß es aus dem Publikum.

Gangolf Peitz

Themenschwerpunkt BPE-Jahrestagung 2013

„Psychiatrie und Menschenrechte – Die Selbstbestimmung kommt“

Von Reiner Ott, Hamburg

Vom 11.-13. Oktober fand in Kassel die alljährlich stattfindende Tagung des Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrene e.V. statt. Unter dem Motto: „Psychiatrie und Menschenrechte – Die Selbstbestimmung kommt“ gab es viele Arbeitsgruppen und Vorträge für die ca. 150 Tagungsteilnehmer. Einige der Arbeitsgruppen behandelte Themen wie z.B. „Selbsthilfe und Recovery“, „Psychopharmaka absetzen in Selbstbestimmung“, „Wie funktioniert Lobbyarbeit“ oder auch „Arbeitslosigkeit und Selbsthilfe“. Vorträge gab es zum Thema „Qualität in der Psychiatrie“ von Detlef Tintelott oder zum Thema „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ vom Rechtsanwalt und Menschenrechtler David Schneider-Addae-Mensah.

Den Auftakt der Jahrestagung machte die Künstlerin Flora Florenz mit einer amüsanten Gesangs- und Schauspielnummer. Mit frechen und teils sehr provozierenden Texten erheiterte Flora Florenz ihr Publikum.
Detlef Tintelott stellte in seinem Vortrag den Ist-Zustand in der Psychiatrie dar, das z.B. viele Richter bei Zwangsmaßnahmen sich nicht näher mit der Thematik befassen und nur auf die Ratschläge und „Wünsche“ der Ärzte eingehen. Auch das viele klinische Mitarbeiter durch schlechte Personalschlüssel zunehmend in eine Überforderungssituation gelangen und dann nicht angemessen reagieren. Weiterhin würde ein täglicher Ausgang bei geschlossen untergebrachten Patienten nicht immer gewährleistet sein. Auch sollten die Mitarbeiter durch Schulungen von EX-IN-Absolventen mehr für die Belange der Patienten sensibilisiert werden. Eine deutliche Qualitätsverbesserung könnte durch bessere Kontrollen der gesetzlichen Betreuer, einer dem Bedürfnis angepassten Behandlung (z.B. Dr. Volkmar Aderhold), Recovery-Arbeit und verstärktem PEER-Einsatz in Kliniken, ambulanter Eingliederungshilfe und Behörden bringen.

Bei der Arbeitsgruppe „Wie funktioniert Lobbyarbeit“ mit Matthias Seibt wurden den Teilnehmer die Eckpfeiler erfolgreicher Lobbyarbeit näher gebracht. Unter anderem sich eine klar erreichbare, Zielsetzung vorzunehmen, „kennen kommt vor können“, sprich welche Person kann mich am besten bei welcher Angelegenheit unterstützen, „was wollen Förderer“, die politischen Abläufe (z.B. was wird auf Landesebene geregelt, was auf der Bundesebene), gehaltvolles „nerven“ von Entscheidungsträger, und wie man sich Verbündete sucht.

Der Höhepunkt der Tagung war dann der Vortrag von David Schneider-Addae-Mensah. Er erläuterte die gegenwärtig Gesetzeslage zu Zwangsmaßnahmen, dass z.B. mit der PsychKG sich jedes Land sein „eigenes Süppchen“ kocht und das es schleunigst ein bundeseinheitliches Gesetz dafür gebraucht wird. Auch sind viele PsychKG`s hoffnungslos veraltet und müssten der Zeit angepasst werden.(siehe Urteile:Bundesverfassungsgericht und BGH) Weiterhin empfiehlt David Schneider-Addae-Mensah jedem, sich mittels einer Patientenverfügung (z.B. http://www.patverfue.de oder Bochumer Willenserklärung) vor Zwang und Entmündigungen zu schützen. Solch eine Patientenverfügung ist gegenwärtig das einzige Mittel, um sich gegen Zwangsmaßnahmen zu schützen. Er selber wird weiter gegen die Zwangsmaßnahmen kämpfen und hat vor kurzem selber eine Patientenverfügung für sich erstellt.

We don`t need no Education - Tanzen auf der BPE-Jahrestagung 2013

„Sicherheitsnotsignale, lebensbedrohliche Schizophrenie, neue Behandlungszentren bekämpfen die wirkliche Ursache nie“ – auch auf der BPE-Jahrestagung 2013 in Kassel war die Tanzfläche wieder gut gefüllt, als mit Joachim Witts Goldenem Reiter die Hymne der deutschen Betroffenen-getragenen Antipsychiatrie aus den Boxen schallte. Disc-Jockey Peter Weinmann aka DJ Peter Punk setzte am Freitagabend den körperorientierten Kontrapunkt zu den vielen kopflastigen Diskursen des Treffens. Nach kurzer Zeit begann sich der Raum zu füllen und gut zwei Duzend Tanzwütige bewegten sich im Schein bunter Blinklichter und flackender Kerzen zu einer musikalischen Melange aus fünf Jahrzehnten. Aktuelle Elektro-Rhytmen wechselten mit Hits der 70er, „New Wave“ und Neuer Deutscher Welle der 80er sowie Protest-Rocksongs der 90er und 2000er. Gegen 23:45 Uhr animierte „We don’t need no education“ die stetig anwachsende Menge zum Mitrocken. Auch Pink-Floyd-Gitarrist Syd Barrett war in den 60er Jahren Insasse der Erziehungsanstalt Nummer 1, der Psychiatrie (siehe z.B. „Die verlorene Seele von Pink Floyd“, DIE ZEIT vom 16.06.2011). Zehn Minuten Zeit später beendete ein junger Mitarbeiter der Jugendherberge sehr selbstbewusst das Vergnügen - zum Bedauern aller Anwesenden. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass er dabei seine Kompetenzen überschritten hatte. Laut Auskunft der Tagungsorganisation ist mit der Jugendherbergsleitung eine Tanzveranstaltung im großen Raum mindestens bis 2.00 Uhr morgens abgesprochen. Das ist gut zu wissen für die nächsten Jahre. Diesmal konnten man immerhin gut anderthalb Stunden lang die heilsame und verbindende Kraft von Musik und Bewegung erleben. Tanzen ist Kommunikation mit sich selbst und anderen, ist los lassen, freier werden. Tanzen ist Ritual, Lebensfreude und erzeugt Kraft, Energie und Glücksgefühle. Und so wurde auch durch das recht kurz Tanzvergnügen auf der BPE-Jahrestagung 2013 manch ein/e Psychiatrie-Erfahrene/r dazu angeregt, zuhause öfter zum Tanzen auszugehen.

Weitere Informationen und Kontakt:
Peter Weinmann, Anlaufstelle für Selbstbestimmt Leben (ASL), Försterstraße 36, 66111 Saarbrücken, 0681/62641, www.asl-sb.de, peterweinmann@gmx.de

Grußwort

Liebe Mitstreiterinnen und liebe Mitstreiter für eine menschlichere Psychiatrie,

heute kommt mein Grußwort aus dem Krankenhaus, es könnte das letzte sein !

Ein Herzensanliegen ist es mir, dass Klaus Laupichler wieder in unseren Bundesverband aufgenommen wird !!!

Wir haben uns vor 21 Jahren gegründet um Gemeinsam für eine auf unseren Erfahrungen gründende Psychiatrie zu streiten, Toleranz stand dabei im Vordergrund.

Dabei soll es Bleiben !!!

Ich wünsche Euch ein friedliches, fröhliches Beisammensein !

Eure, 96 Jahre alte,
Dorothea Buck

Foto: Reiner Ott

Qualität in der Psychiatrie

Vortrag von Detlef Tintelott

Qualität ist ein Standard, der ständig im Wandel ist. Dies hängt von der wissenschaftlichen Entwicklung, den ethischen und moralischen Vorstellungen und Werten der Gesellschaft und dem nationalen und internationalen Austausch ab. Eine psychische Erkrankung ist eine Erkrankung der Seele mit verschiedenen Ursachen und Auslösern. Die Kirche hat früher, als sie noch mächtig war, bei psychisch Erkrankten Teufelsaustreibungen gemacht, die Nazis hatten Psychisch Kranke als unwertes Leben bezeichnet, sie sterilisiert oder ermordet, in einigen Gegenden Afrikas werden heute noch die Patienten unter einem Baum festgekettet, weil man sie nicht behandeln kann, in Europa konnte man früher für einen Eintrittspreis die Irren in einigen Anstalten ansehen, wie im Zoo, damit die Irrenanstalten finanziert werden konnte. Und hier taucht auch schon ein wichtiger Punkt auf. Die Finanzierung. Dies übernehmen in Deutschland die Krankenkassen. Sie entscheiden, welche Behandlung bezahlt wird und welche nicht. Damit haben die Krankenkassen Einfluss auf die Behandlung und damit auf die Qualität. Wenn die Kassen sagen, wir bezahlen keine Elektrokrampftherapie, dann wird diese Art der Behandlung verschwinden. Oder wenn die Kassen bestimmte Psychopharmaka nicht mehr bezahlen, weil sie keinen Nutzen haben, werden diese nicht mehr verordnet. Auch auf den Tagessatz in den Kliniken (ca. 300 € pro Tag) haben die Kassen Einfluss. Wenn eine Klinik starke Gewinne abwirft, weil zu wenig Therapie angeboten wird, kann der Tagessatz gekürzt werden oder die Klinik wird gebeten, mehr für die Patienten anzubieten. Auch die Politik hat Einfluss auf die Qualität. Sie macht die PsychKGs, ist in einigen Besuchskommissionen vertreten, sie kann das Betreuungsrecht ändern und zweckgebundene Gelder an die Kliniken geben. Natürlich kann sie den Kassen bestimmte Vorgaben machen, was sie zu zahlen haben. Aber die Kassen können sagen, dass nur ein billiges, nachgemachtes Medikament bezahlt wird. Oder bestimmte Leistungen werden von den verschiedenen Kassen unterschiedlich bezahlt, bzw. auch nicht übernommen. Die Bezahlung von Leistungen ist Verhandlungssache. Die Richter haben dadurch Einfluss, dass sie die Unterbringung, die Zwangsbehandlung und die Einrichtung von Betreuungen genehmigen müssen. Dazu gibt es Anhörungen mit dem Patienten, wo sich der Richter ein Urteil bildet. Die Presse nimmt ebenfalls Einfluss durch Aufdeckung von Skandalen, z.B. im Maßregelvollzug. Heute werden auch die Erfahrungen von Patienten und deren Angehörigen in die Entwicklung von Qualitätsstandards aufgenommen. Man schaut auch mal in andere Länder und steht im internationalen Austausch. Dinge wie Soteria, Hometreatment und EX-IN sind international verbreitet. Die Frage ist nur immer: wer bezahlt? Wenn man die Qualität verbessern will, muss man durch die Politik die Rahmenbedingungen verbessern, die Krankenkassen vom Sinn neuer Behandlungsmethoden überzeugen und die Mitarbeiter in der klinischen und ambulanten Versorgung schulen. Dann braucht man noch wirksame Methoden, um die Qualität zu kontrollieren. Es ist also eine Sache des Geldes und des Kopfes, wie sich die Qualität entwickelt. Es gibt Kliniken, die wunderbar ohne Androhung von Zwangsmedikation funktionieren, für andere Kliniken geht eine Behandlung nicht ohne Medikamente. Einige Klinken schulen ihr Personal regelmäßig zu Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und wollen nicht ohne Zwang und Gewalt arbeiten. Bei den Mitarbeitern, die für Patienten das wichtigste in der Behandlung sind, muss sich bei vielen an ihrer Einstellung etwas ändern. Dazu sind Schulungen mit ehemaligen Patienten sinnvoll. Schöne Gebäude nützen nichts, wenn von den Mitarbeitern Zwang und Gewalt ausgeht oder sie nicht deeskalieren können. Einige Studiengänge werden von der Pharmaindustrie gesponsert. Hier lernen die angehenden Psychiater, welches Medikament man wann geben kann. Nur diese Medikamente haben starke Nebenwirkungen und können süchtig machen. Daher machen Psychiater in der Regel keinen Selbstversuch mit Psychopharmaka. Aber zur Behandlung gehört auch noch die Therapie, z.B. Ergo- oder Arbeitstherapie, Verhaltenstherapie, Sport und Bewegung, Gespräche mit Psy-

chologen und anderen Mitarbeitern und der Kontakt mit anderen Menschen und den Medien, um in ein normales Leben zurückzukehren. Wichtig für Patienten auf den geschlossenen Stationen ist der Ausgang. Hier haben einige Kliniken Probleme, einen täglichen Ausgang zu gewährleisten. Wenn man den täglichen Ausgang im PsychKG vorschreibt, kann sich hier etwas tun. Der Gesetzgeber kann auch verhindern, dass Menschen einfach in die Psychiatrie abgeschoben und entmündigt werden. Es könnten sich Verwandte durch falsche Aussagen und Anschuldigungen an dem seelisch erkrankten Menschen bereichern, ihn also abschieben. Auch Betreuer müssen stärker kontrolliert werden, was sie mit dem Vermögen ihrer Klienten machen. Das System braucht also stärkere Kontrolle. Dazu gibt es die Besuchskommissionen, Ethikkommissionen und die unabhängigen Beschwerdestellen. Aber man braucht auch Gesetze, um z.B. Kliniken oder Psychiater verklagen zu können. Viele wollen mehr ambulante Behandlung, das sogenannte Hometreatment. Dies ist aber nur eine Alternative zur Klinik. Denn wer möchte schon unter seinen Verwandten sein, wenn es vorher Stress gab. Bei Auseinandersetzungen könnte Zwang und Gewalt in der eigenen Wohnung drohen. Die Qualität in der Psychiatrie richtet sich jeweils nach den aktuellen Möglichkeiten und wird in 50 Jahren andere Anforderungen haben als heute. Um Qualitätsziele zu fordern, braucht es ein Grundverständnis zur Psychiatrie. Mein aktuelles Grundverständnis möchte ich hier nun präsentieren.

Grundverständnis psychischer Erkrankungen und deren Behandlung in der Psychiatrie

Die Psychiatrie unterscheidet sich von der allgemeinen Medizin, weil es keine klaren Diagnosen mit vorgegebenen Behandlungsschritten gibt. Psychische Erkrankungen sind nicht durch medizinische Tests (z.B. Blutbild) nachzuweisen. Es sind keine biologischen oder chemischen Veränderungen, die diese Erkrankungen auslösen. Psychische Erkrankungen sind nicht ansteckend, bzw. von Mensch zu Mensch übertragbar. Es sind Erkrankungen der Seele. Es sind Reaktionen der Seele auf äußere Einflüsse und Belastungen (z.B. Stress), sowie Gefühlen wie Liebe, Leid, Kummer und Trauer. Die Diagnosen der Psychiater sind auf Beobachtung des Verhaltens der Patienten angewiesen, damit subjektiv. Es wird heute zu viel als „psychisch krank“ bezeichnet. Man muss zwischen heilbaren und unheilbaren psychischen Erkrankungen (nach heutiger Definition) unterscheiden. Demenz gilt als psychische Erkrankung, ist aber eher eine biologische Alterserscheinung des Gehirns, die man mit Medikamenten aufhalten kann. ADS-ADHS gilt als psychische Erkrankung, die man mit Medikamenten behandeln möchte, ist aber eher als Entwicklungsprozess von Kindern zu sehen, der sich auch ohne „Behandlung“ einstellt. Auch die schwierige Phase der Pubertät ist nicht psychisch krank. Es stellt sich von selber oder durch Hilfe anderer Menschen wieder ein. Man muss genauer definieren, was eigentlich psychisch krank ist und was man überhaupt behandeln sollte und wie man behandeln sollte. Aktuell wird alles in einen Topf geworfen. Dadurch kommt es auch zu Gesetzen, die man als „Kollektivstrafen“ bezeichnen könnte. Um Demente fixieren zu dürfen, dürfen alle psychisch kranken fixiert werden. Um gefährliche Straftäter in der Forensik unter Zwang mit Medikamenten versorgen zu dürfen, dürften alle psychisch kranken Zwangsbehandelt werden. Auch Autismus gilt als psychische Erkrankung. Warum? Früher galten alle als Irre oder Geisteskranke. Geist und Seele wurden in einen Topf geworfen und damit geistige Behinderung einer Erkrankung der Seele gleichgestellt. Als „krank“ gilt aber etwas, dass vorher nicht da war und durch medizinische Behandlung gesund werden kann. D.h. Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, Borderline, Manien, ADS-ADHS sind im Laufe des Lebens aufgetreten und sind durch entsprechende Therapien oder auch durch Selbstheilungskräfte des Körpers (und deren Förderung) heilbar. Die Medizin muss hierbei spirituelle Methoden zulassen. Die Suche nach der Seele ist mit der Suche nach Gott vergleichbar. Wir wissen, dass es sie gibt, können sie aber weder chemisch, noch physikalisch oder biologisch nachweisen. Bei der Definition müssen wir unterscheiden zwischen: a) einer körperlichen Erkrankung mit seelischer Ursache. Und b) einer geistigen oder seelischen Erkrankung mit körperlicher Ursache. Die Medizin bekämpft häufig die körperlichen Leiden, vergisst dabei die seelische Ursache. Ein großer Fehler ist es, gleich die Symptome mit Medikamenten zu dämpfen. Dann kann man die seelische Ursache nämlich nicht mehr erkennen. Die Folge kann eine längerfristige Erkrankung, dann Behinderung genannt, sogar bis ans Lebensende sein. Der Dauereinsatz von Psychopharmaka ist umstritten. Es führt im Durchschnitt zu einer starken Verkürzung der Lebenserwartung. Man möchte Leben retten, aber viele Patienten begehen unter Psychopharmaka oder wegen dieser Medikamente Selbstmord. Eine Zwangsmedikation macht wenig Sinn. Sie ist mit einer Fixierung verbunden. Dieser Ablauf schafft kein Vertrauen des Patienten in die Behandlung. Er wird diese abhängig machenden Präparate bei der nächsten Gelegenheit absetzen und damit in eine „Absetzpsychose“ verfallen. Durch mangelnde Aufklärung und die häufige Unverträglichkeit der Psychopharmaka schafft das System „Dauerpatienten“, „Drehtürpatienten“ und Behinderte. Viele dauerhaft erkrankte Menschen, die auch unter Dauermedikation stehen, haben einen Rechtsbetreuer und häufig Wohnbetreuung. Sie werden genötigt, Medikamente zu nehmen, sonst drohe die Obdachlosigkeit. Es macht doch keinen Sinn, gleich bei der ersten Auffälligkeit, Medikamente zu geben. Nur lässt sich mit Pillen gut verdienen. Es handelt sich jährlich um ein Milliardengeschäft. Es gibt Patienten, denen Medikamente helfen, die diese vertragen und die die Pillen gerne schlucken. Nur nehmen diese Menschen dann gegen jedes Problem eine Pille und lernen nicht, Konflikte zu lösen. Am Ende kann die Medikamentensucht stehen. Aber was müssen wir behandeln? Wen müssen wir behandeln? Müssen wir die Menschen einsperren? Müssen wir ihnen Gewalt antun? Man sagt, jeder Mensch kann in seinem Leben mal eine kleine Psychose bekommen. Diese kann aus genannten Ursachen auftreten und von selber wieder weggehen. Der Mensch besitzt Selbstheilungskräfte, auch für die Seele. Dies sollte man zunächst nutzen und fördern. Wenn man schnell Hilfe sucht oder Angehörige diese für einen suchen, kann man schlimmeres verhindern. Die Lebensumstände und die Lebensqualität müssen verändert werden. Wichtig sind Informationen und der Zugang zu ihnen, Vorsorge und Nachsorge. Nur wenn die Selbstheilungskräfte nicht mehr wirken, sind andere Behandlungsmethoden zulässig, es sei denn der Patient wünscht in einer Patientenverfügung z.B. keine Psychopharmaka. Auch das Einsperren in einer Anstalt, ohne eine Straftat begangen zu haben, ist fragwürdig, wird aber praktiziert. Medikamente gegen psychische Erkrankungen gibt es nicht. Sie dämpfen nur die sichtbaren Symptome. Man kann bei schweren Depressionen Medikamente einsetzen, aber eine Garantie, dass sie helfen, gibt es nicht. Häufige

Folge der Medikamente ist eine ungesunde Gewichtszunahme mit möglicher Gefahr von Diabetes. Unser Körper reagiert bei Überlastung zu seinem eigenen Schutz mit einer seelischen Reaktion. Dies bedeutet, es kann jeden Menschen treffen. Nur muss man nicht gleich alles in der psychiatrischen Klinik behandeln. Menschliche Reaktionen sind nicht gleich krank. Durch Folter kann man Psychosen auslösen. Aber was sind dann Fixierung und Zwangsmedikation bei Psychotikern? Warum gibt es vereinzelt Kameraüberwachung auf psychiatrischen Stationen bei Menschen mit Verfolgungswahn? Warum machen wir immer mehr Behinderte aus seelisch Erkrankten? Lässt sich mit Betreuung gutes Geld verdienen? Psychiatrie ist ein Wirtschaftsunternehmen mit vielen Mitarbeitern und großem Gewinn geworden. Nur in dieser Dimension völlig unnötig. Wenn wir Gott nicht beweisen können, können wir unsere Seele auch nicht beweisen. Vielleicht zeigt sich Gott nicht sichtbar als Mensch, aus Angst mit Psychopharmaka behandelt zu werden? Es ist ein Kampf zwischen Glaube und Wissenschaft, auch in unserer Gesellschaft. Letztere führt eben zu den seelischen Erkrankungen. Die deutsche Psychiatrie verstößt gegen internationale Menschenrechte, sogar gegen das eigene Grundgesetz (z.B. Artikel 1 und 2). Eine Reform des Systems ist dringend zu empfehlen.
Aus diesem Grundverständnis ergibt sich, dass man z.B. erfolgreiche Methoden von Heilpraktikern zulässt und von den Krankenkassen bezahlen lässt.

Zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung muss ein ganzes Netz in der psychiatrischen Versorgung überprüft und geändert werden. Aktuell spielt auch die UN-Behindertenrechtskonvention eine wichtige Rolle. Dadurch müssen nationale Gesetze geändert werden. Psychiatrie-Erfahrene werden an der Planung, Ausbildung und Kontrolle beteiligt. Ebenso die Angehörigen. Aber nicht nur Mitarbeiter der Psychiatrie müssen aus- und fortgebildet werden, sondern auch Richter und Polizisten. Ein Richter kann sich nicht nur auf die Meinung eines Psychiaters verlassen und Polizisten müssen den Umgang mit psychisch Erkrankten erlernen. Psychiatrie-Erfahrene gehören genauso wie die Angehörigen in die Besuchskommissionen. Auch die Unabhängigen Beschwerdestellen sollten trialogisch besetzt sein. Die Kliniken haben interne Beschwerdestellen, möglichst auch eine Ethikkommission und einen Patientenfürsprecher. Patienten sollten sich durch eine Behandlungsvereinbarung und einer Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht schützen können. Die Papiere sollten bei einer Aufnahme in der Klinik schnell auffindbar sein. Sinnvoll ist vor allem in den Städten ein Krisendienst, der 24 Std. am Tag erreichbar ist. Die Wartezeiten bei den Psychiatern sollten möglichst kurz sein. Wer erstmals in eine Krise gerät, kann nicht 4-6 Wochen auf einen Termin warten, sondern muss schnell zwischengeschoben werden. Patienten sollten an ihrem Behandlungsplan mitarbeiten können. Wir brauchen mündige Patienten. Schlecht ist die ausgeübte Nötigung und Erpressung in den Kliniken: Pillen schlucken oder kein Ausgang, Pillen schlucken oder Haloperidolspritze. Man muss weg von der reinen Behandlung mit Psychopharmaka. Nebenwirkungen von Psychopharmaka sollten ernst genommen werden und wie auch somatische Beschwerden schnell untersucht werden. Der Patient und die Patientin sollte die Wahl der Klinik und des Arztes haben und zwischen einem männlichen oder weiblichen Therapeuten wählen können. In den Kliniken muss der Patient ein Gefühl von Schutz und Sicherheit bekommen. Wenn dies nicht gelingt, wird eine Behandlung schwierig und es kann zu einer Flucht des Betroffenen aus der Anstalt kommen. Hier ist die Aufnahmesituation prägend für den weiteren Verlauf der Behandlung. Sicherheit kann man den Patienten durch abschließbare Zimmer geben, in die dann nur das Personal eintreten kann und durch abschließbare Schränke und einem Safe für Wertsachen. Die Klinik sollte sich schnell darum kümmern, ob in der Wohnung noch Türen oder Fenster zu schließen sind oder Haustiere zu versorgen sind. Für Patienten, die Raucher sind und ohne Geld eingeliefert werden, muss es einen Fond geben, da es sonst Stress geben könnte. Für seelisch Erkrankte und deren Angehörige muss das Informationsnetz erweitert werden. Es gibt Seiten im Internet, die Ratsuchenden helfen können, aber die Informationen müssen auch in anderen Medien verbreitet werden. Präventionsmaßnahmen müssen ausgeweitet werden.

Ich möchte die Ziele zur Qualitätssicherung in 5 Bereiche aufteilen, die ich anschließend erläutern werde:

1. Qualitätsziele in der therapeutischen Begleitung.
2. Grundlegende Qualitätsstandards in der Planung, Durchführung und Anpassung der professionellen Hilfen.
3. Qualitätsziele in der regionalen Organisation des psychiatrischen Hilfesystems.
4. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im regionalen psychiatrischen Hilfesystem durch systematische Stärkung der Interessen der Klienten und durch wissenschaftliche Evaluation.
5. Gesundheitspolitische Steuerung, der Förderung von Qualität und Effizienz im psychiatrischen Hilfesystem auf regionaler, Landes- und Bundesebene.

Zu Punkt 1

Beziehungsqualität ist der Ausgangspunkt und Grundvoraussetzung für die Annäherung an die anderen Qualitätsziele. Hier sind folgende Punkte zu beachten:

1. Eine respektvolle, zugewandte, offene, verlässliche, vertrauensbildende therapeutische Beziehung mit einer guten Balance zwischen Nähe und Distanz.
2. Eine Bedürfnis- und Ressourcenorientierte –Selbsthilfe- und Inklusionsorientierte Grundhaltung.
3. Weitgehende Wahlmöglichkeiten für die Klienten in Bezug auf Klinik, Arzt und Therapeuten.
4. Eine persönliche und fachliche Kompetenz der Behandelnden, ins besonders psycho- und sozialtherapeutisch.
5. Kontinuität in der persönlichen Begleitung, möglichst auch eine Begleitung der Wohnbetreuer in der Klinik.
6. Lebensweltbezogene Zielorientierung (Fähigkeiten fördern, Störungen beachten, eine persönliche Beziehung aufbauen, in Wohnen und Arbeit eingliedern, Freizeitgestaltung fördern.
7. Niedrigschwelliger und zeitgerechter Zugang zum Hilfesystem.
8. Gespräche mit Seelsorgern und Psychiatrieerfahrenen anbieten.
9. Dem Patienten in der Klink ein Gefühl von Schutz und Sicherheit geben.
10. Den Patienten ernst nehmen und seine Würde achten.
11. Den Patienten über seine Rechte, die Hausordnung und die Behandlung aufklären und ihm dem Zugang zu Informationen ermöglichen.
12. Klare, individuelle Regeln aufstellen und an Absprachen halten.
13. Anpassung der Hilfen nach Art und Zeitaufwand an wechselnden Bedarf.
14. Abstimmung mit dem Klienten, sowie unter den Berufsgruppen, Einrichtungen und Leistungsträgern.
15. Beachtung der Genderleitlinien.

16. Einbeziehung des Umfelds, nichtpsychiatrische Hilfe hat Vorrang vor professioneller Hilfe.
17. Ambulante, ortsnahe, lebensnahe auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Hilfen haben Vorrang.
18. Ein wohltuendes, anregendes wie schützendes Klima in den Einrichtungen trägt zur Normalisierung bei.
19. Schutz der Menschenwürde und sorgfältige Wahrung der Verhältnismäßigkeit, wenn Grundrechte psychisch kranker Menschen vorrübergehend eingeschränkt werden müssen. Es gilt, Zwangsmaßnahmen, Erpressung und Nötigung durch Deeskalation zu vermeiden. Als Zwangsmaßnahme sollte man es im schlimmsten Falle mit einer Isolierung zur Gefahrenabwehr versuchen.

Räumlich und Organisatorisch ist es wichtig, möglichst 1- oder 2-Bettzimmer zu haben, Kontakt- und Rückzugsmöglichkeiten auf den Stationen zu schaffen, ein schönes, angenehmes Milieu schaffen, eine geeignete Bezugsperson für den Patienten finden, der auch vom Patienten abgelehnt werden darf. Die Mitarbeiter sollten im Team arbeiten und möglichst oft auch Supervisionen haben. Psychiatrie-Erfahrene im Team sind wünschenswert.

Zu Punkt 2:

1. Niedrigschwelliger Zugang zur Behandlung.
2. Nutzung aller Möglichkeiten zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.
3. Vorrang ambulanter Hilfen vor teilstationären und dieser vor vollstationären Hilfen bei mindestens vergleichbarer Wirksamkeit.
4. Bei Zustimmung des Patienten kann ein Kontakt zum Umfeld aufgenommen werden (Partner/Familie, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Teilhabe am öffentlichen Leben. Dies dient der Wiedereingliederung.
5. Kontaktaufnahme zur Selbsthilfe.
6. Beteiligung des Patienten an möglichst allen Behandlungs- und Hilfeplankonferenzen.

Zu Punkt 3:

1. Professionelle Begleitung durch ein berufsübergreifend zusammengesetztes Team.
2. Abstimmung mit der Bezugsperson.
3. Teamkonferenzen und Hilfeplankonferenzen mit der Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen auch für die Bereiche Arbeit und Wohnen.

Zu Punkt 4:

Es besteht ein Vertrag unter den Leistungserbringern zur garantierten Pflichtversorgung, die angemessen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich sein muss. Es gibt Verfahrensvorschriften zur Sicherstellung der Qualitätskriterien. Es geht um die Regelung von Aus-, Fort- und Weiterbildung, um Koordination und Dokumentation. Psychiatrie-Erfahrene werden an der Planung beteiligt. Auf ihre Erfahrung kann die moderne Psychiatrie nicht mehr verzichten.

Zu Punkt 5:

Die Bundesregierung erarbeitet mit den Krankenkassen Finanzierungskonzepte. Im neuen Gesetz steht, wie lange eine psychische Erkrankung dauern darf und wie viel oder wenig Geld die Klinik erhält, wenn der Patient länger die klinische Hilfe braucht. Es gibt Möglichkeiten, Modelregionen zu schaffen, um neue Methoden der Zusammenarbeit und Behandlung in einer Kommune auszuprobieren. Diese werden besonders gefördert. Man kann ein Regionalbudget beantragen. Die Länder können ihre Gesetze wie das PsychKG anpassen und die Länder und Kommunen die Personalbesetzung, Ausbildung und die Bezahlung der Mitarbeiter regeln. Eine Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsanbieter (Klinik, Wohnbetreuung, Arbeitgeber) kann klar geregelt und verbessert werden. Die Bezahlung über die verschiedenen Sozialgesetzbücher (SGB 5, 9 und 12) kann verbessert werden.

Wie kann man die Qualität in der Psychiatrischen Versorgung nun kontrollieren? Dies ist oft nur durch subjektive Einschätzung möglich. Es müssen Standard-Fragebögen erarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Eine Kontrolle der Einrichtungen erfolgt am besten durch externe Begutachter und vor allem durch eine Nutzerbefragung. In den Heimen schaut die Heimaufsicht gelegentlich vorbei und prüft akribisch die Einrichtung und ihre Verwaltungsunterlagen. In den Kliniken schaut die Besuchskommission vorbei und verschafft sich einen Eindruck durch Begehung und Gesprächen mit Mitarbeitern und Patienten. Die Besuche der Kontrolleure sollten unangemeldet kommen. Die Qualität kann man an der Höhe der verabreichten Medikamente sehen, an den dokumentierten Zwangsmaßnahmen, den Entweichungen, an den Beschwerden der Patienten, an der Milieugestaltung, an den Wochenplänen (was wird an Therapie angeboten?), an den baulichen Mängeln und man kann aus Gesprächen mit den Mitarbeitern Mängel erkennen. Wichtig ist auch die Essenversorgung, da es Vegetarier, Veganer, Muslime und andere Religionen gibt, die spezielles Essen brauchen, wie auch bei Allergien, z.B. Laktoseintoleranz. Patienten sollten in Dienste auf Station einbezogen werden (Tisch decken, Zeitung holen, Reinigung der Räume, eigene Wäsche waschen, Kochen und Backen), um nicht durch Hotelcharakter hospitalisiert zu werden. Das Angebot von Therapien sollte umfangreich sein, damit der Patient für sich das richtige finden kann. Einige ziehen Musik und Kunst vor, andere wollen eher in die Arbeitstherapie. Wichtig ist, dass auch auf geschlossenen Stationen möglichst täglich ein Ausgang für alle Patienten angeboten wird (z.B. mit Begleitpersonal). Für das Stationsklima wäre es förderlich, wenn es keine mechanisch verschlossenen Eingangstüren mehr gäben würde. Man sollte auch darauf verzichten, alle Akutpatienten auf eine Aufnahmestation zu stecken, sondern die Stationen mischen und öffnen. Die Zahl der Entweichungen wird sich dadurch nicht erhöhen.

Die moderne Psychiatrie sollte sich an 5 Schlagwörtern aus dem Englischen orientieren:

- Recovery (Besserung, Gesundung, Genesungsprozess)
- Empowerment (Selbstermächtigung, Förderung noch vorhandener Fähigkeiten)
- Need adapted treatment NAT (Bedürfnis angepasste Behandlung)
- Resilenz (Verbesserung der Belastbarkeit, Widerstandsfähigkeit, aus einer Krise gestärkt hervorgehen, Stehaufmännchen- durch Training)
- Inklusion (Dazugehören zur Gemeinschaft)

Abschließend bleibt festzustellen, dass Psychiatrie-Erfahrene vermehrt am Qualitätsprozess beteiligt werden. Sie haben sich in Selbsthilfegruppen und Verbänden organisiert. Die Betroffenen werden immer besser über das Psychiatrie-System informiert und geschult, so dass sie den sogenannten Profis auf Augenhöhe entgegentreten können.

AG 1 Die persönliche Krisen-Assistenz – Alternative zur Betreuung?

Moderation: Matthias Schuldt, Lübeck - Bericht von Matthias Latteyer

Für die AG 1 ist wegen Ausfall der Referentin kurzfristig Matthias Schuldt mit dem Thema „Die persönliche Krisen-Assistenz“ eingesprungen.
Wir waren eine kleinere AG mit einigen interessierten Teilnehmern, der Frage nach einer selbstbestimmten Lebensführung bei Behinderung, nachgegangen.
Die Arbeitsgruppe was lebhaft mit dem Thema beschäftigt und es wurde viel persönliches Schicksal angesprochen.
Zunächst ging es darum, die bestehende Struktur im Gesundheitssystem zu erfassen. Leben mit Behinderung, gleich ob körperlich, geistig oder seelisch, bedeutet sehr oft, auf Hilfe im Alltag angewiesen zu sein und ist bei schweren Fällen mit einer Heim- bzw. Klinikunterbringung verbunden.
Unter uns Teilnehmern ist Robert einer von vielen, der nur über ein kleines Budget von 400 €/Monat verfügt.
Robert hat eine sozialpädagogische Betreuung, die ein paar Stunden monatlich für Ihn Zeit hat. Sein Betreuer wird vom Gericht beauftragt. Das unbefriedigende an der Betreuung ist, das Sie fremdbestimmt wird und Ihm seine rechtlichen Befugnisse nimmt.
Sein Wunsch nach selbstbestimmtem Leben sieht anders aus:
Hier kann die persönliche Assistenz, eine Möglichkeit sein, Unterstützung zu erhalten, wo, wie, wann und von wem man sie braucht und will. Damit ist es behinderten Menschen möglich, gleichberechtigt und selbstbestimmt am Leben teilzunehmen und so zu leben, wie alle anderen auch: in ihren eigenen Wohnungen, am Arbeitsplatz, bei Freizeitaktivitäten, als Frauen und Männer, als Liebende, als Arbeitende, Eltern und Kinder.
Der Unterschied zu herkömmlichen Hilfsangeboten bzw. Sozialen Diensten besteht darin, dass bei der persönlichen Assistenz die Initiative von den Betroffenen ausgeht und sie die Organisation ihrer Hilfe selbst in die Hand nehmen.
Die persönliche Assistenz gibt behinderten Menschen die Möglichkeit, ihr Leben nach ihren eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Persönliche Assistenz umfasst alle Bereiche des täglichen Lebens, in denen Menschen auf Grund ihrer Behinderung Hilfe und Unterstützung benötigen. Das umfasst unter anderem die Bereiche Körperpflege, Haushaltshilfe, Mobilitätshilfe und Kommunikationshilfe. Sie leiten sie an und bestimmen Zeit, Ort und Art der Assistenzleistungen.
Dadurch, dass der persönliche Assistent mit dem Behinderten vertraut ist, kann er seine Krise als Assistenz meisten und kann so ein „unfreiwilligen“ Aufenthalts in einer Psychiatrischen Klinik abwenden.

Wer aufgrund einer Behinderung entsprechend Pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen ist, hat die Möglichkeit eine persönliche Assistenz zu beauftragen.
Vorsorglich sollte schon in deiner Patientenverfügung stehen, wer im Krisenfall in Betracht kommt.
Problematisch sind die Kosten bei einer Assistenz:
Über das Gesundheitsamt und einem Gutachten kann der Bedarf festgestellt werden..
Der Landschaftsverband bzw. der örtliche Träger der Sozialhilfe ist Kostenträger. Die Anforderungen sind hoch.
Wer ein Einkommen hat wird die Kosten selber tragen müssen. Ebenfalls sollte Kost und Logis der Assistenz angeboten werden.
Ein großer Vorteil einer persönlichen Assistenz liegt in der freien Wahl. So kann ein nahestehender Angehöriger, ein enger Freund, Ja sogar der Ehepartner angestellt werden.
Eine Ausbildung ist nicht erforderlich ist.
Lohn und Gehalt wird jährlich von der Regierung festgesetzt und die Zahlungen sind über das Assistenzleistungsgesetz (ASL) geregelt.

In guter Hoffnung, dass die Möglichkeiten der persönlichen Assistenz sich weiter verbreitetet haben wir dann die AG beendet.
Im Internet gibt es mehr Info unter http://www.forsea.de

AG 2 Wie funktioniert Lobbyarbeit

Moderation Matthias Seibt

Als wie viele wie begabte Menschen stimmen wir Wege und Ziele über welchen Zeitraum hinweg ab? Wie vielen Journalisten geben wir wann unsere Artikel zu skandalösen Zwangsbehandlungen, und wie oft erscheint was von in den Medien? Und wie müssen wir mit Regierungs- und Oppositionspolitikern reden, damit sie unsere Interessen möglichst weitgehend vertreten wollen? Wie gestalten wir uns auf demokratischer Ebene als aktive Interessenvertretung? Zu allen diesen Punkten entwickelte sich eine angeregte Diskussion.

Daphne-Melissa Nonnenmacher

AG 3: Wege in der Befähigung zur Selbsthilfe ODER welche Wege kann ich gehen, um mir selbst zu helfen ?

Moderation: Sabine Wolfrum

Um sich innerhalb dieses themengebundenen Workshops geschickter anzusprechen und einander wahrzunehmen, begann dieses Angebot am Vormittag mit einer kleinen Vorstellungsrunde.
Die Notwendigkeit und Wichtigkeit der freundlichen Selbstbeobachtung als einen der gelungenen Wege wahrnehmend, wurde es rasch deutlich, das die Be-Achtung der eigenen Person in neue selbstbestimmte Möglichkeiten, sprich Wege münden kann, unser eigenes Leben und sich selbst wieder (neu) anzunehmen.

Um sich selbst zu nähern ist es z.Bsp. wichtig (Kontakt zu) eigene(n) Interessen zu finden, sie zu stärken und diese Stärken auszubilden. Auch die Idee zu gesunden, kann da eine sinnvolle, richtungsweisende Entscheidung sein, die das Leben in seiner Kontinuität verändert definiert. Auch sich selbst wertzuschätzen ist ein weiterer Punkt und dabei, bei fast allem, andere Menschen nicht oder nicht mehr so viel aus den Augen zu verlieren.
Sie sind in ihrer Vielfältigkeit ein Zugewinn. Das kann auch bedeuten, dass es wichtig sein kann, an hilfreichen, wohlwollenden und auch herausfordernden Beziehungen zu arbeiten und sich auch von manchem zu verabschieden als gesunde Basis für ein gelungeneres Leben. Aufgeschlossenheit und Neugier öffnen da neue Türen.
Es ist auch hilfreich zu dem zu kommen, was sich nach dem Erleben und der Erfahrung und auch vor der oder in der Krise (innerlich und äußerlich) stabilisierend und heilsam auf uns auswirkt. Das zu wissen und zu praktizieren ist schon ein guter Schritt nach vorn.

Im Wechsel zum Nachmittag verließen uns 3 TeilnehmerInnen, um auch die Chance zu nutzen an einer zweiten AG teilnzunehmen und 3 neue kamen hinzu, so dass wir 9 oder zu zehnt an der Zahl waren.
Und es wurde auch kurz darüber gesprochen, was in den anderen AGs zu hören gewesen war.

Frei von sich erzählend zeigte sich im Verlauf der AG die Unterschiedlichkeit der Menschen und das, was sie erlebt hatten. Mit dem Wunsch und bemüht jeden anzusprechen und miteinzubeziehen war es auch in Ordnung, das manche stiller waren als andere.
Dann haben wir uns Zeit gegeben und dessen Bedürfnis folgend, einen Menschen in den Mittelpunkt gestellt, und dies als Anlass genommen, uns nocheinmal konkret herauszuforden und zu hinter - fragen, was die eigene Veränderung begünstigt hat, und sich noch mal darüber auszutauschen, was jede(r) für sich als unterstützend (und was weniger) empfunden hat, um zu einer neuen Sichtweise UND zu einem neuen Weg zu gelangen, um das Leben wieder mehr zu genießen.
Um viertel nach vier haben wir uns dann voneinander verabschiedet.

AG 4: Psychopharmaka absetzen in Selbstbestimmung

Moderator: Peter Lehmann

In der stark besuchten, zweimal stattgefundenen Arbeitsgruppe ging es in Form von Informationsvermittlung, Frage/Antwort sowie Erfahrungsaustausch um den großen Themenkreis, der das selbstbestimmte Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka aller Art betrifft. Da Psychiatriebetroffene – wie andere Patienten in der Medizin auch – in einer Rate von ca. 50% die verordneten Psychopharmaka von sich aus absetzen, ist es angesichts möglicher Entzugserscheinungen und eines möglichen Rückfalls in die ursprünglichen Konfliktverarbeitungsmuster mitsamt erneuter Psychiatrisierung wichtig, diejenigen Faktoren zu kennen, die das Absetzen beeinflussen.

Wir sprachen über die Notwendigkeit, gegebenenfalls langsam, das heißt stufenweise abzusetzen und insbesondere beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null besonders umsichtig vorzugehen. Gerade angesichts des fehlenden Wissens von Medizinern in Bezug auf körperliche Abhängigkeit bei allen Arten von Psychopharmaka (einschließlich Antidepressiva und Neuroleptika) und daraus resultierender Entzugsprobleme wurde die Notwendigkeit deutlich, sich selbst über die Risiken und Möglichkeiten des Absetzens zu informieren. Weitere Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt: das Absetzen planen und nicht in einer Zeit großer Leistungsanforderungen durchführen; Rat von Absetzerfahrenen einholen; Rechtssicherheit durch durchdachte und auf die individuelle Situation abgestimmte Vorausverfügungen herstellen; rechtzeitig entzugslindernde Substanzen (z.B. risikoarme naturheilkundliche Mittel) beschaffen; für eine ruhige Umgebung (sich beispielsweise von stressigen Angehörigen fernhalten) und für ausreichend körperliche Betätigung sorgen; sich vernünftig ernähren; den Absetzprozess fortlaufend reflektieren (per Tagebuch, in der Selbsthilfegruppe – sofern vorhanden – oder in einer Psychotherapie); und insbesondere auf ausreichenden Schlaf achten. Wir sprachen zudem über spezielle Aspekte, die beim Absetzen immer wieder auftauchen: Wie gehe ich vor, wenn ich Psychopharmakakombinationen absetzen will? Wie kann ich die Dosis kontrolliert verringern, zum Beispiel wenn der Wirkstoff in einer Kapsel enthalten ist und diese nicht zerschnitten werden darf, damit sie die Wirkstoffe unaufgelöst durch den Magen in den Darm befördern kann? Kann ich beispielsweise den Wirkstoff von Lyogen retard portionsweise in frei erhältliche Leerkapseln umfüllen? (Diese Frage habe ich anschließend recherchiert, siehe Nachtrag.) Weshalb machen niederpotente Neuroleptika mehr Entzugsprobleme als hochpotente? Wo finde ich einen unterstützungswilligen und -fähigen Mediziner? Brauche ich ihn überhaupt?

Hilfreich zur eigenen Entscheidungsfindung sind unabhängige Literatur und unabhängige Diskussionsforen im Internet. Erstere findet man unter www.bpe-online.de/infopool/gesundheit.htm, letztere unter www.peter-lehmann-publishing.com/info/mailinglists.htm.

Fazit: Angesichts der existenziellen Bedeutung der Psychopharmakafrage, der Vielfalt der zu beachtenden Faktoren in Zusammenhang mit dem Absetzen und dem erheblichen Interesse an dem Thema konnten in der AG die einzelnen Themenbereiche letztlich nur angerissen werden. Nötig wäre eine mehrtägige Tagung eigens zum Thema „Absetzen von Psychopharmaka“. (Dass andere Themen wie Arbeitslosigkeit, Menschenrechte, Selbsthilfe, künstlerische Tätigkeit oder politische Interessensvertretung nicht minder wichtig sind, versteht sich von selbst.)

Nachtrag: Laut Auskunft eines Apothekers ist die Teilung einer Arzneidosis aus einer magensaftresistenten Kapsel häufig sehr schwierig – besonders wenn die Substanz selber eine Verkapselung vorsieht. Sollte der Arzneistoff wirklich magensaftresistent verkapselt sein, dann ist eine Öffnung der Kapsel nicht möglich! Es sei denn, die Kapsel enthält wiederum magensaftresistente Pellets (Kügelchen). Magensaftresistente Leerkapseln als solche gibt es nicht; Leerkapseln werden bei der Herstellung von Retardtabletten nach ihrer Befüllung in einem komplexen Verfahren erst magensaftresistent gemacht.

Die Retardformulierung, das heißt die gleichmäßige Abgabe des Wirkstoffs über einen längeren Zeitraum, von Lyogen enthält keine magensaftresistente Pellets (Kügelchen). Das wäre in diesem Fall allerdings eher unerheblich. Der Aufbau der Tablette ermöglicht nur ein langsames Freisetzen des Arzneistoffes bzw. eine bestimmte Freisetzungskinetik (Geschwindigkeit der chemischen Freisetzung). Dies dient im Allgemeinen dazu, das Dosierungsintervall zu vereinfachen, in den meisten Fällen zur Verbesserung der Compliance (Unterordnung unter das ärztliche Behandlungsregime). Andererseits gibt es auch pharmakologische Fälle, in den schnelle Freisetzungen (mit initial höheren Wirkstoffspiegeln) nicht vertragen werden.

Theoretisch spricht nichts dagegen, die Lyogen-Retardtablette zu teilen. Es wird damit nur der Überzug beschädigt. Die Dosis ist dann sofort verfügbar (wie dies auch bei Tabletten und Tropfen der Fall ist). Wenn aus medizinischer Sicht nichts gegen die Verordnung von Tropfen spricht, kann man theoretisch also auf die verzögerte Freisetzung des Wirkstoffs verzichten. Bei regelmäßiger Anwendung wäre der Betroffene auch mit einer geteilten Retardtablette nach einer Weile im steady-state, das heißt in einem gleichbleibend ausbalancierten Zustand.

In der Retardtablette ist der Wirkstoff gleichmäßig verteilt. Bei einer Teilung müsste er dann halbiert vorliegen. Problematisch ist allerdings die kleine Tablettenform und die Härte der Tablette.

Letztendlich spricht aus Sicherheitsgründen nichts gegen eine Teilung der Retardtablette. Über die Anflutungsgeschwindigkeit, das heißt die Geschwindigkeit der Freisetzung samt Beginn der Wirkung, lässt sich dann keine Aussage mehr treffen.

Trial and error (Versuch und Irrtum) ist also angesagt angesichts der Weigerung des Psychiaters, von Retardtabletten auf Tropfen

umzustellen, die man selbst einfacher dosieren und verringern könnte. Die Betroffenen müssen also so lange eine zuverlässige Lösungsmöglichkeit auf eigene Faust probieren, bis sie die gewünschte Lösung gefunden haben.

Peter Lehmann, Berlin (www.peter-lehmann.de)

Anmerkung: Ich bin kein Arzt und kann keine ärztlichen Ratschläge geben. Absetzwillige Personen sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Besuch der AG und nach Lektüre dieses Berichts Psychopharmaka auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Die Frage, wo geeignete Spezialisten zu finden sind, die in verantwortlicher Weise beim Absetzen von Psychopharmaka beistehen, kann ich leider nicht beantworten.

Foto: Reiner Ott

AG 5 Theater AG

Moderation Simone Hering

war kreativ unterwegs, Bericht lag zum Redaktionsschluss nicht vor...

AG 6 AG Psychiatrie-Erfahrener Profis: Bewertung der aktuellen Gesetzeslage im Bereich der Freiheits- und Schutzrechte auf die Vereinbarkeit mit der UN-BRK sowie mögliche Aktivitäten in diesem Bereich

Moderation: Jurand Daszkowski

In der AG Psychiatrie -Erfahrener Profis waren wir vormittags 8 Teilnehmer und Nachmittags 12 Teilnehmer .
Zuerst habe ich die aktuelle Situation vorgestelt was die Gesetze im Bereich der Psychiatrie und insbesondere der Freiheits- und Schutzrechte betrifft:
Betreuungsgesetz, Psychiatriegesetze und Unterbringungsgesetze der Länder und auch Patientenrechtegesetz und Bundesleistungsgesetz im Bereich der Eingliederungshilfe.
Es wurde insbesondere auch lebendig über die Wirkung von den Patienteverfügungen inder Psychiatrie diskutiert.
Nach der Pause wurde auf der Basis von 3 Artikeln der UN-BRK die aktuelle Gesetzeslage auf die Kompatibilität mit der UN-BRK verglichen und auch festgestellt dass die aktuellen Gesetze mit den Artikeln der UN- BRK nicht übereinstimmen und auch die geplanten Novellierungen z.B. von Landespsychiatriegesetzen keinesfalls der UN-BRK und Forderungen des BPE entsprechen.
Wie wir in der AG festgestellt haben sind aber nicht nur Gesetze wichtig ,sondern auch ihre praktische Umsetzung.
Deswegen es ist einerseits wichtig dass wir als Psychiatrie-Erfahrene an den Anhörungen und anderen Veranstaltungen zu den Gesetzen aktiv teilnehmen und unsere Stellungnahmen dabei abgeben, andererseits aber auch praktische Arbeit leisten z.B. bei den unabhängigen Beschwerdestellen und Besuchskommissionen und uns dabei einsetzen dass zumindest im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage die Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen eingehalten werden.
Außerdem wäre auch wichtig dass wir bei den good practice Projekten der zwangs- und gewaltfreien Psychiatrie mit Beachtung unserer Selbstbestimmung und Autonomie wie Soteria, Integrierte Versorgung, Hometreatment, Krisenpensionen und Krisenwohnungen aktiv auf gleicher
Augenhöhe mitarbeiten damit unsere Inhalte und Forderungen dort auch angemessen berücksichtigt werden.
Insgesamt war es eine sehr lebendige AG und die Diskussion war auch sehr vielschichtig und teilweise auch kontrovers.

AG 7: Menschenrechte & Psychiatrie – Die Selbstbestimmung kommt -

Moderation: Monika Wagner / BW. & Anke Korsch / HH.

Aus meiner Sicht war es eine sehr gute, offene & persönliche AG. Am Vormittag waren wir etwa 18 Teilnehmer & behandelten das Thema: „ Menschenrechte, sowie Selbstbestimmung in & für die Psychiatrie, aber auch für uns persönlich“ !
Am Nachmittag kam dann noch Fritz Schuster dazu, wo wir uns dann zwar mit dem gleichen Thema befassten, aber ausgerichtet auf die Forensische Psychiatrie. Am Nachmittag waren wir etwa 26 Teilnehmer. Da sehr viele persönliche Dinge mit in die AG eingebracht wurden, war diese AG eher wieder eine „Selbsthilfegruppe“, wo jeder seine persönlichen Probleme zum Thema loswerden konnte. Daher ist auch verständlich das ich aus dieser AG & den Gruppeninhalten „des persönlichen`s“ nicht`s nach außen bringen möchte. Nur so viel: Sowohl die Menschenrechte, wie auch die Selbstbestimmung in & für die Psychiatrie & im extremen eben auch in & für die forensische Psychiatrie, wird beides, weder die Menschenrechte, noch die Selbstbestimmung immer noch, nach Jahrzehnten „NICHT BEACHTET & GEACHTET….“ ! Eher im Gegenteil, immer noch „ MIT DEN FÜßEN GETRETEN….“ ! – Damit hatte jeder einzelne in der Ag nach wie vor so seine Probleme. – - So das wir abschließend im allgemeinen der Meinung sind & waren, das da die Selbstbestimmung immer noch nicht kam & kommt & wir noch viel Arbeit vor uns haben, um all das in nächster Zeit doch noch erreichen zu können.

AG 8 Erfahrungsaustausch aktiver Mitglieder der Landesorganisationen

Moderation: KARLA KUNDISCH
Protokoll als Nachbericht: Gangolf Peitz

Mit neun VertreterInnen aus Landes-, Bundes- und Ortsebene -Bayern, Berlin, Sachsen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Niedersachsen sowie dem Saarland- war die AG um Moderatorin Karla Kundisch in einer sympathischen Seminargröße besetzt. An grundliegenden Problemfeldern wurden engagiert und konstruktiv erörtert:

- Finanzierungsmöglichkeiten der Selbsthilfe auf Landesebene
- Sinnvolles Zeit- und Arbeitsmanagement aktiver Ehrenamtlicher
- Vereinsinterne Querelen
- Formaler Status von Selbsthilfen: Verein oder nicht?
- Personalprobleme
- Organisation einer eigenen Landesgeschäftsstelle

Nach einem vergleichenden Erfahrungsaustausch wurden konkrete Lösungs- bzw. Optimierungsansätze diskutiert. Bzgl. Finanzierung wurden vor allem die Nutzung der beiden GKV-Förderstränge, sowie Zuschüsse landesministerieller Stellen (auch teilweise über Totomittel) besprochen. Die Erfahrungen in den Antragsverfahren und -bewilligungen zeigen sich in den Ländern unterschiedlich, teilweise problematisch, wenn z.B. Jahreszuschüsse erst zum Jahresende ausgezahlt werden, gleichzeitig bis 31.12. verwendet werden sollen.

Im Zeit- und Arbeitsmanagement wurde vor einer Überforderung im Ehrenamt gewarnt, um die eigenen gesundheitlichen Ressourcen zu bewahren und sein Privatleben zu schützen. Umfängliche Selbsthilfearbeit sollte (über Unkostenerstattungen hinaus) vergütet, Selbstausbeutung vorgebeugt werden. Typisch für alle Verbände und Initiativen ist der Mangel an kontinuierlich aktiven personellen Kräften. Diese gilt es zu halten, zu finden, zu motivieren, Arbeit auf möglichst viele Schultern zu verteilen. Erwähnt wurde ferner, dass Vorständler und Aktive auch mal themenfremd zum relaxenden Ausgleich und Miteinander zusammen schwimmen, wandern, auf eine Ausstellung oder in die Disco gehen können oder sollten. An vereinsinternen Problemen wurden Streitigkeiten wie z.B. bei der Erstattung von Aufwendungen genannt. Dringend angeraten wurde, ein Überborden des administrativen Sektors innerhalb der Landes-Selbsthilfearbeit zu vermeiden.

In Bezug auf eigene Landesgeschäftsstellen wurden eine in Sachsen sowie die des LPE NRW berichtet, andere Landesinitiativen nutzen Privaträume, Räume in den Selbsthilfe-Kontaktstellen oder wählen die zeitweise Mitnutzung von Räumen in Rathäusern, oder bei Kulturvereinen. Als formaler Status einer Landesorganisation wurden die Vor- und Nachteile des eingetragenen Verein herausgestellt, wie auch die eines nicht-e.V., was auch auf Landesebene möglich ist.

Die interessante gesamte AG-Thematik ließe sich sicher noch weiter vertiefen.

AG 9 Arbeitslosigkeit und Selbsthilfe

Moderation: Martin Lindheimer

Es fanden sich insgesamt über 13 TeilnehmerInnen in der AG ein, recht bald entwickelte sich eine angeregte und intensive Diskussion zum Thema Armut und Existenzminimum in Deutschland. Wir stellten schnell fest, dass alle von dem Thema persönlich betroffen sind, natürlich in unterschiedlichen Ausprägungen. Armut mit dem Bezug von ALG2 (sog. Hartz IV) gleichzusetzen wäre grundsätzlich nicht falsch, jedoch sind weitere Personengruppen als nur bedürftige erwerbsfähige Arbeitslose oder Erwerbstätige deren Gehalt unter dem Sozialhilfeniveau liegt betroffen: Bezieher von Grundsicherung, Sozialhilfe, Menschen mit kleinen Altersrenten, Arbeiter und Angestellte im Niedriglohnsektor, Studenten, Heimbewohner, Gefängnisinsassen, Flüchtlinge und oft auch Einwanderer.
Es gibt nicht genug Arbeit für alle. Vor allem gibt es viel schlechte und schlecht bezahlte Arbeit: Der Anteil der Jobs im Niedriglohnsektor beträgt etwa 30-50%, schätzten wir.
Zum Thema Existenzminimum standen verschiedene Beträge in der allgemeinen Diskussion. Wir hielten einen Betrag von ca. 900 € monatlich für eine alleinstehende Person für nötig, um ein passables Leben zu führen.
Wir versuchten zu trennen zwischen Ursachen und Auslösern für Arbeitslosigkeit, weil diese in Diskussionen oft verwechselt werden und wir hofften, damit weitere Klarheit in das Thema bringen zu können.
Ursachen sind vor allem strukturell zu suchen: Nicht genug Arbeitsplätze für alle, großer Konkurrenzdruck um die wenigen Arbeitsplätze, der Kampf arm gegen reich, die dem Kapital hörige oder gekaufte Regierung, ein kapitalistisches Gesellschaftssystem, die Abschaffung bzw. Verringerung der Vermögenssteuer, d.h. weniger Umverteilung von oben nach unten, sondern seit Jahrzehnten von unten nach oben.
Auslöser für Arbeitslosigkeit sind z.B. Psychiatrisierung, körperliche Gebrechen, Tod des Haupternährers in der Familie, Scheidung, Kündigung, Gefängnis und weitere Schicksalsschläge.
Wegen des Vorschlags einer Teilnehmerin, bei der Pharmaindustrie um mehr Verständnis und Einsicht für die Bedürfnisse Psychiatrie-Erfahrener zu werben, war zu sagen, dass solche (und andere) Firmen jemanden gehören. Dieser Jemand setzt einen Teil seines Vermögens ein, um Teilhaber oder Gesellschafter dieser Firma zu werden. Sein Geld legt er mit der Hoffnung in dieses Unternehmen an, dass sein Geld vermehrt wird. Dadurch ist das einzige Interesse eines Unternehmens wie z. B. der Pharmabranche, Umsatz und Gewinn zu machen, mit dem der Teilhaber reicher wird, also mehr Geld aus seinem Geld wird. Das nennt man Rendite. Wenn das der einzige Zweck eines Unternehmens ist, dann macht es überhaupt keinen Sinn, mit diesen Leuten zu sprechen. Ganz gleich, welche Motivationen vorgeschoben werden in der Öffentlichkeit. Das könnte sein „Forschen für das Wohl der Menschheit, ihre Gesundheit“ usw.
Aus den vorherigen Überlegungen zogen wir u. a. folgende Konsequenzen: Wir brauchen uns nicht als „Schmarotzer“ oder Nichtsnutze zu schämen. Die Reichen arbeiten den ganzen Tag nicht, sondern leben auf Kosten der Arbeit anderer. Sie sollten sich schämen.

Man hat einen Rechtsanspruch auf Leistungen vom Staat, es sind k e i n e Almosen!
Unsere Zeit können wir nutzen, um die Gesellschaft zu verändern, sich zu wehren gegen die staatlich organisierten Schikanierungen in Behörden. Wir wollen uns das nicht mehr gefallen lassen und suchen uns MitstreiterInnen.
Viele gaben nach der AG an, von der Diskussion viel Nutzen gehabt zu haben: Es zeigte, dass wir mit unseren Problemen nicht allein da stehen, dass wir Solidarität wahrgenommen haben und die anderen die Dinge ähnlich wahrnahmen.

AG 10: Selbsthilfe – Selbstbefähigung – Öffentlichkeitsarbeit.

Moderation: Karin Haehn

Vormittags waren wir sieben PE, eine Angehörige und ein Profi.
Wir haben folgendes erarbeitet:
Selbsthilfe
Idealerweise treffen sich Menschen mit ähnlichen Problemen, regelmäßig. Sie organisieren sich selber. In besonderen Fällen werden Angehörige oder Profis als Gäste geladen, z. B. um zu einem bestimmten Thema ein Gespräch zu führen.
Die Gruppenstunden dienen dazu, sich „auskotzen“ zu können und Gemeinschaft entstehen zu lassen. Im sich gegenseitig Wahrnehmen entsteht ein Selbstfindung – bis Selbsterkenntnis - Prozess.
Die Probleme der örtlichen Gruppen sind die Basis aller sozialpolitischen Verbandsarbeit.

Selbstbefähigung - (Empowerment)
Dieser Prozess läst sich nur von unten in Gang setzen. Die persönliche Betroffenheit einer Randgruppe gibt der Selbsthilfegruppe die Kraft, gemeinsam gegen die Ausgrenzung, Diskriminierung und erfahrenen Demütigungen anzugehen.
Für jedes einzelne Gruppenmitglied ist es wichtig, seinen eigenen Willen zu entwickeln und sich ein positives Selbstbewusstsein an zu trainieren.
Selbsbestimmter Umgang mit Psychopharmaka kann mit Hilfe gutwilliger Psychiater erlernt werden. Hier ist mal wieder Hamburg

mit der ambulanten Absetzgruppe von Professor Thomas Bock ein Vorbild für die BRD. Wünschenswert wäre es, wenn sich diese Initiative über ganz Deutschland ausbreiten würde.

Nachmittags waren die vier PE vom Vormittag und der Profi wiedergekommen, drei neue PE und ein Angehöriger vervollständigten die AG.
Unser Thema war:
Öffentlichkeitsarbeit.
In den Regionen, wo unsere Gruppen sich verorten, sind die Teilnehmer vielen Menschen bekannt. Ehe diese sich Fantasien von Gewaltbereitschaft oder Verwahrlosung zusammenreimen, ist es vernünftig, an die Öffentlichkeit heranzutreten und zu klären, das wir im wahrsten Sinne Friedensarbeit leisten. Unsere Selbsthilfearbeit dient dem Frieden unserer Familien und unserem Eigenen, wenn es uns gelingt eine tragende Gemeinschaft zu werden, Freundschaften untereinander zu entwickeln. Gemeinsame Aktivitäten in der uns durch die Krisen fremd gewordenen Gesellschaft, stärkt unser Selbstwertgefühl und gibt unserem Umfeld Gelegenheit uns kennen und akzeptieren zu lernen.
Hilfreich ist dabei unsere Kreativität. Wir können Bilder malen, Gedichte schreiben, Ausstellungen machen, im Chor mitsingen oder gemeinsam musizieren.
Oder selbst, wenn wir uns einfach zu einer Tasse Kaffee miteinander treffen, uns in die Fußgängerzone setzen und die Sommersonne genießen, hilft uns das, aus diesen unbeschwerten Stunden die Kraft für unser tägliches Leben zu schöpfen.

Eine andere Form der Öffentlichkeitsarbeit könnte eine genehmigte Demo sein.
Diese Form habe ich persönlich nie gewählt. Meine von mir bevorzugte Form ist „ Zeitung machen“, Berichte und Artikel zu schreiben.
Ein Verbandsrundbrief sollte darüber berichten, was in der Basis los ist. Wo liegen die Probleme in den einzelnen Regionen? Welche Erfahrungen haben Gruppenmitglieder in den Psychiatrien gemacht, wo wird noch zwangsbehandelt, wo bekommt der Patient ausreichen Gespräche oder hilfreiche Therapien.
Wichtig ist auch zu berichten, was der Vorstand erarbeitet.
Termine, Buchbesprechungen und Tagungsberichte sind hilfreich für die Leser.

Foto: Reiner Ott

Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen.

Referat von Dr. David Schneider – Addae – Mensah
Kurzversion lag bei Redaktionsschluss nicht vor, stattdessen:
Eindrücke Karin Haehn

Der Referent sprach gut verständlich und erfreulich strukturiert.
U. a. teilte er mit, dass momentan in der Forensik in Deutschland Zwangsbehandlung gegen gültiges Gesetz seien.
Lediglich in Baden Württemberg gibt es seit dem 26.2. 2013 Beschlüsse, die es möglich machen, in der Allgemeinen Psychiatrie Zwangsbehandlungen Durchzuführen.
Voraussetzungen hierfür sind:
a) (materiell) **Krankheitsbedingte Krankenuneinsichtigkei**t. Hierzu sagte Dr. Addae Mensah:“ Die Überzeugungsarbeit mit dem Patienten ist ein Einfallstor zur Nötigung:“
b) (formell)
1.) Rechtzeitige Ankündigung der Zwangsmaßnahme.
2.) Überwachung der Maßnahme durch einen Arzt.
3.) Lückenlose Dokumentationspflicht.
4.) Sofortiges Kurzgutachten eines externen Gutachters.
Alle Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts haben Verfassungsrang.
Meine Nachfrage, wie in Bayern verfahren wird, beantwortete der Referent, um Patienten unterbringen zu können, werden sie auch bei minimalen Vergehen in die Forensik verbracht.
Dann darf man sie unterbringen, aber nicht mit Zwang behandeln.
Noch einige Zitate:
„Eine Akutbehandlung ist notwendig, wenn jemand psychotisch oder auch nur wütend wird.“
„Schadensersatzklagen haben deutlich weniger Chancen auf Erfolg als früher, trotzdem ist es wichtig, sie zu führen.“
„Der juristische Kampf geht weiter. Letztendlich geht es darum, ob die BRD mit seinen Psychiatrischen Geflogenheiten, das Folterverbot verletzt.“
Als Schlussgedanken formulierte er: „Kriminelle in weißen Kitteln haben die Psychiatrie erfunden, aber wir sind auf gutem Wege, den eine starke Sensibilisierung der Bevölkerung hat stattgefunden.“

Ereignisprotokoll BPE-Mitgliedersitzung

Protokoll: Reiner Ott
Stefanie Regnery

Datum: 12.10.2013

Start: 17:20

Anwesende Mitglieder: laut Liste

1. Begrüßung
2. Wahl des Versammlungsleiter und der Protokollanten
3. Regularien (Genehmigung von Tagesordnung und der Geschäftsordnung, Wahl der Zählkommission)
4. Bericht des Vorstandes
5. Bericht der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Bericht der Kassenprüfer
8. Aussprache zu den Berichten
9. Beschlussfassung über die Jahresrechnung 2012/13 und den Haushaltsplan 2013/2014
10. Entlastung des Vorstandes
11. Wahl von 2 Revisoren (Kassenprüfern)
12. Antragsberatung
    A. Satzungsanträge
    B. sonstige Anträge
13. künftige Arbeitsschwerpunkte
14. Verschiedenes

1. Jurand Daszkowski begrüßt die Mitgliederversammlung. Jurand Daszkowski stellt fest, das die Mitgliederversammlung ordnungs- und fristgemäss eingeladen wurde.

2. Ruth Fricke und Matthias Seibt sind einstimmig zum Versammlungsleiter angenommen. Schriftführer Stefanie Regnery und Reiner Ott mit 1 Enthaltung angenommen.

3. Ruth verliest die Geschäftsordnung. Erweiterung der Tagesordnung um eine Erklärung von Johannes Georg Bischoff nach der Pause :angenommen mit 1 Gegenstimme 5 Enthaltungen

   Geschäftsordnung angenommen mit1 Gegenstimme und 2 Enthaltungen

   Zählkommission Detlef Tintelott, Anke Korsch, Matthias Schuldt: angenommen mit 2 Enthaltung

4. Johannes Bischoff trägt seinen Bericht in den erweiterten Tagesordnungspunkt vor.

   Jurand Daszkowski verliest Ihren Tätigkeitsbericht(siehe Anlage)

   Ruth Fricke verliest Ihren Tätigkeitsbericht (siehe Anlage)

   Matthias Seibt verliest seinen Tätigkeitsbericht (siehe Anlage)

   Peter Weinmann gibt bekannt, das Mirco Olostiak oder ein anderes Vorstandsmitglied sich zur Beteiligung der Abschaffung des Unterbringungsgesetz im Saarland einsetzt.

   Der geschäftsführende Vorstand Dagmar Barteld-Paczkowski ist krank und kann keinen Tätigkeitsbericht vorlegen.

   Berichtet wurde über die aktuelle Situation von Doris Steenken.

   Mirko Olostiak verliest seinen Tätigkeitsbericht (siehe Anlage)

   Verstorbene Mitglieder des letzten Jahres wurden verlesen und die Mitgliedsversammlung gedenkt ihrer.

5. Miriam Krücke ist wegen kurzfristiger Krankheit entschuldigt und konnte keinen Bericht der Geschäftsstelle vorlegen.

6. Kassenbericht laut Anlage:
   Matthias Seibt und Ruth Fricke erläutern den Kassenbericht

   18:30 Uhr Der Versammlungsführer ruft 1 Stunde Pause aus.

7. Bericht der Kassenprüfer

Frau Bärbel Kaiser- Burkhard und Matthias Latteyer berichten, dass die Kasse ordnungsgemäß geführt wurde.

4.. A. Johannes Georg Bischoff gibt eine Erklärung ab.
Cathy Hyland gibt eine Erklärung zu Frau Kohlbrenner und Frau Schultz ab und lobt die Arbeit von Johannes Georg Bischoff.
Johannes Georg Bischoff stellt dieVertrauensfrage.
Ob er weiter für den Vorstand arbeiten soll ?
Er verlässt den Raum.

Matthias Seibt stellt die Vetrauensfrage zur Abstimmung.
2 dagegen, 8 enthalten.
Johannes Georg Bischoff wurde mit großer Mehrheit das Vertrauen ausgesprochen.
Ihm wurde das Ergebnis mitgeteilt.

8. Aussprache zu den Berichten:
Von mehrenden Mitglieder wurde bemängelt, das durch den Ausfall von 2 Vorstandsmitglieder für die restlichen Vorstandmitglieder eine Überlastung Situation entstehen kann. Der Versammlungsleiter wies darauf hin, das es weiterhin möglich ist, im Vorstand zu hospitieren.

9. Beschluss über die Jahresrechnung:
Die Jahresrechnung ist angenommen mit 3 Enthaltungen.

Matthias Seibt erklärt den Haushaltsplan für 2013/2014.
Peter Weinmann stellt den Antrag auf Schluss der Debatte: Antrag angenommen mit 5 Enthaltungen.

Abstimmung Haushaltsplan: angenommen mit 5 Enthaltungen.

10. Entlastung des Vorstandes:
Angenommen mit 2 Enthaltungen.
Der Vorstand wird durch die Mitgliedsversammlung entlastet.

11. Wahl der Kassenprüfer:
Lutz Zywicki : 42 dafür;
Doris Thelen 35 dafür;
Doris Meinders 45 dafür.
Zum Kassenprüfer sind Doris Meinders und Lutz Zywicki gewählt

12. Antragsberatung
A.: Satzungsänderung Formulierung siehe Anlage
Es wurde wie folgt abgestimmt: 43 dafür, 10 dagegen, 3 Enthaltungen
Es wurde festgestellt, das satzungsgemäß diese Änderungen mit einer dreiviertel Mehrheit angenommen worden ist.

B: Antrag von Karin Haehn im Auftrage Dorothea Buck auf Wiederaufnahme von Klaus Laupichler im BPE. Es findet eine ausführliche Aussprache statt. Wegen der immer wieder einsetzenden Brüllerei eines Versammlungsteilnehmers wird um 21:00 Uhr die Sitzung für 15 min unterbrochen.

Nach Wiederaufnahme wird der Antrag gestellt, dass die Sitzung geschlossen wird: 28 Mitglieder sind dafür, 25 dagegen, 2 Enthaltungen.

Die Sitzung wurde um 21:19 Uhr geschlossen

Für die Richtigkeit

S. Regnery	R. Ott	R. Fricke	M. Seibt

„Hilf Dir selbst! Sonst wird Dir geholfen...“

wird das Motto der BPE-Jahrestagung vom 10.-12. Oktober 2014 in Kassel sein.

Wer dort einen Vortrag, eine Arbeitsgruppe oder eine kulturelle Aktivität anbieten möchte, bewirbt sich bitte bis zum 31. Dezember 2013 schriftlich bei **Mirko Ološtiak, Hegarstr. 7b, 79 106 Freiburg,** oder per mail an **Vielfalter@arcor.de**.

Am 18./19. Januar trifft der Gesamtvorstand aus den Bewerbungen eine Auswahl.

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-Projektmittelbeantragung) 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 Milieutherapie mit möglichst wenig Medikamenten und ohne Zwang und Gewalt. Der Arbeitskreis EX-IN des BPE stellt sich die Aufgabe, EX-IN'lerInnen, die Mitglied des BPE sind, zu vernetzen.

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 Täter/innen gegen die gültigen Gesetze haben sich die Vorstände des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. und des Landesverbands PE Nordrhein Westfalen e.V. zur Einrichtung eines Rechtshilfefonds für zwangsweise psychiatrisierte Menschen entschlossen.

Dieser Fonds soll dazu dienen, **aussichtsreiche** Klagen gegen illegale 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-erfahrene-nrw.de. Gemeinsames Fax: 0234 / 640 5103

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

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpω-Kulturnetzwerk:

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

Interessenten wenden sich bitte an:

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

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

Seit dem Herbst 2005 gibt es ein Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis im Bpω. Hier diskutieren Professionelle aus dem Bereich der Psychiatrie und Medizin darüber wie sie ihre Doppelrolle nutzbringend in die Bpω-Arbeit einbringen können, aber auch über ihre besondere Rolle am Arbeitsplatz. Evtl. kann sich im Laufe der Zeit aus diesem Netzwerk auch ein wissenschaftlicher Beirat für den Bpω entwickeln.
Interessenten wenden sich bitte an:
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 Südland 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 Mitglieger, die Antifolterkommission des Europarates führt in regelmäßigen Abständen Kontrollbesuche in den Staaten durch, die zum Europarat gehören. Im Vorfeld derartiger Besuche wird der Bpω e.V: regelmäßig aufgefordert Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates zu melden. Hier sind wir auf Eure Mithilfe angewiesen. Bitte meldet uns sofort Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates, wenn sie Euch persönlich widerfahren sind, damit wir Eure Erfahrungen in unseren Bericht einfließen lassen können. Bitte schickt Eure Erfahrungsberichte an.

Ruth Fricke, Mozartstr. 20 B, 2049 Herford, Fax: 05221-86 410, 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 Betroffenensicht

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

Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen berate ich in allen organisatorischen Fragen.

Weitere Informationen unter:

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