

BpO

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de



Dokumentation BPE-Jahrestagung 2014



Der neue Geschäftsführende Vorstand

Foto: Reiner Ott

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

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

im Internet unter: www.bpe-online.de



Geschäftsführender Vorstand:

vorstand@bpe-online.de

Kristina Dernbach

Albanusstr.5, 65551 Limburg

Ruth Fricke

Mozartstr. 20b, 32049 Herford

Anja Henning

Grünstr.11, 99084 Erfurt

Martin Lindheimer

Friesenstraße 22, 42107 Wuppertal

Mirko Ološtiak

Hegarstr.7B, 79106 Freiburg

Matthias Seibt

Landgrafenstr. 16, 44652 Herne

Doris Steenken

Spindelstr.26b, 40980 Osnabrück

Erweiterter Vorstand :

Bärbel Kaiser-Burkart

Dürleberg 3a, 79112 Freiburg (BW))

Michael Siebel

c/o BayPE e.V. Geschäftsstelle

Glückstraße 2, 86153 Augsburg (BAY)

Jochen Schubert

Friedenstr. 5, 12107 Berlin (B)

Christine Pürschel

Hanns-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)

Detlef Tintelott

Email: d.tintelott@yahoo.de (HB)

Anke Korsch

Oertzweg 9, 22307 Hamburg (HH))

Sylvia Kornmann

Giessener Str. 32.,35581 Wetzlar (HE)

Markus Denkel

Postfach 21, 38177 Schwülper (NS)

Sabine Wolfrum

Klopstockstr. 16, 45355 Essen (NRW)

Stefanie Regnery

Burgstr.11, 54516 Wittlich (RP)

N.N. (S)

Karla Kundisch

Tel.: (0351) 49 76 98 29 (SAX)

Email: selbsthilfedrei@yahoo.de

N.N. (SAN)

Matthias Schuldt,

Email: matthias.schuldt@gmx.de (SH)

Rainer Stötter

Wettinerstraße 32, 04600 Altenburg (TH)

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Impressum	2
Bericht über das Filmfestival „Mad in America“	5
Ethische Stellungnahme der DGPPN zum Thema	8
Zwangsbehandlung	9
Rezension	9
In den Mühlen der Justiz und Maßregelvollzug	9
Bericht Jahrestagung	11
Grußwort von Dorothea Buck	12
„Hilfe! ...mir ist nicht zu helfen...? Vortrag von Mirko Ološtiak	13
AG Berichte	15
Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung	20
in der Krise Vortrag von Peter Lehmann	29
BPE-Mitgliederversammlung 2014	29
Zum Mitmachen	31

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln, BLZ: 370 205 00

BIC: BFSWDE33XXX

Konto: 70798-00

IBAN: DE74370205000007079800

Impressum:

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

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

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

Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum

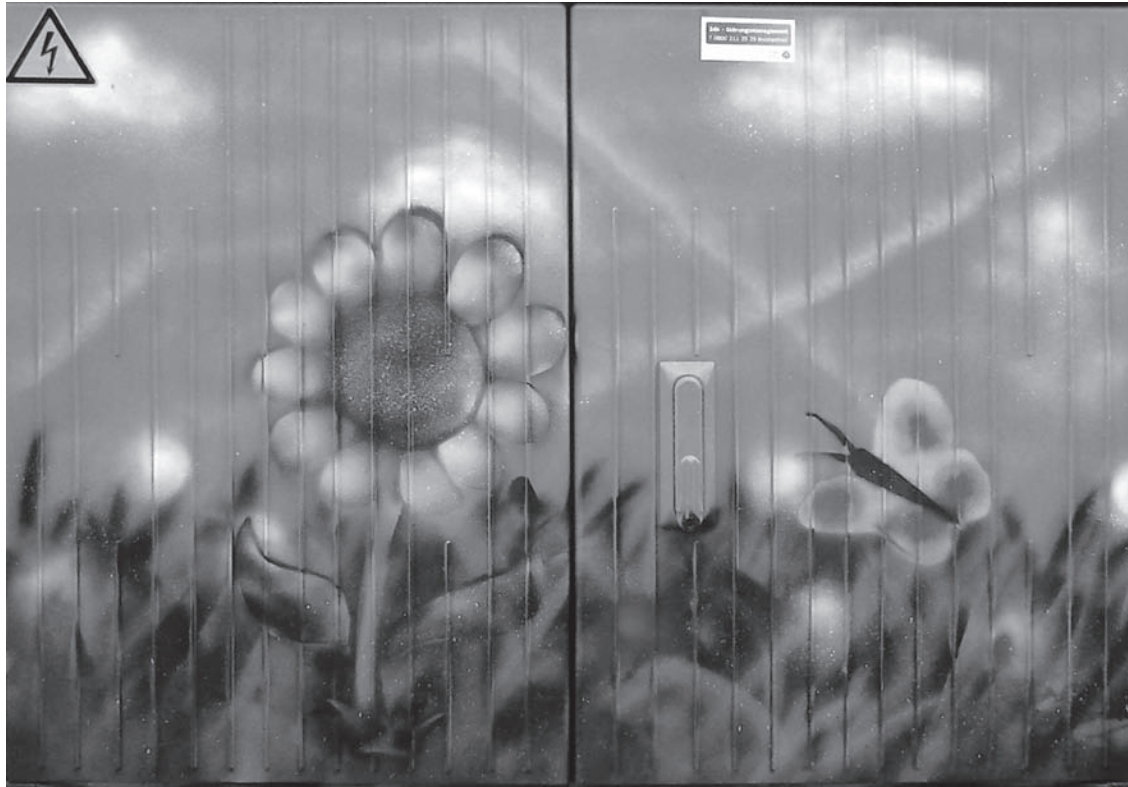
Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mo.+Do. 10 – 13 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103

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

E-Mail: bpe-rundbrief@web.de

Redaktionsschluss: 5. Februar 2015

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



Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V

GESCHÄFTSSTELLE

Anschrift: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener

Geschäftsstelle

Wittener Str. 87

44789 Bochum

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

Tel.: 0234 / 68 70 55 52

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

Montags und Donnerstags jeweils 10 – 13 Uhr

Eleanor Cotterell

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.

Bericht über das Filmfestival „Mad in America“ 9.-12.10.2014 in Arlington, Massachusetts, USA Anonym (Verfasser ist der Redaktion bekannt)

Ende September bekam ich eine Email mit der Ankündigung dieses Filmfestivals. Mit einem Fluch, warum solche Einladungen immer so kurzfristig kommen und dann noch so weit weg sind, wollte ich die Mail eigentlich ungelesen in den Papierkorb verschieben. Aber dann habe ich mir doch das Programm angeschaut und dann war es geschehen, so viele sehr interessante, ausgefallene Filme, die nie im Kino oder auf Youtube kommen...

Beim Buchen von Flug, Unterkunft etc. habe ich einiges über mich und die Welt gelernt, aber im Endeffekt hat alles super geklappt und ich durfte in vier Tagen 26 Filme und ein Theaterstück sehen, viele Gespräche am Rande führen und eine schöne Gegend und Stadt (Boston) kennenlernen.

Von allen Filmen zu berichten wird wahrscheinlich zu lang, sehr schade.

Der erste Film „Bipolarized“ zeigt die Geschichte eines jungen Mannes, der mit bipolarer Störung diagnostiziert wird und gesagt bekommt, dass er den Rest seines Lebens Lithium nehmen muss. Da er sich damit ganz schrecklich dumpf und wie im Nebel fühlt, geht er in eine alternative Klinik in Costa Rica und setzt dort ab. Außerdem enthält der Film Berichte auch über alternative Therapien und Interviews mit anderen PEs und Psychiatern und zeigt wie der Protagonist ein gesundes psychopharmakafreies Leben führt und erkennt, dass die Diagnose falsch war.

Freitags morgen 8:00 Uhr der Film „Hurry Tomorrow“, ein Film aus 1974. Ein unabhängiges Kamerateam filmt auf einer geschlossenen Station in Los Angeles. Der Film zeigt, wie willkürlich die Diagnosen vergeben wurden. Einer, der später zum Aktivist geworden ist, berichtet wie er dort mit Fluphenazin Depot behandelt wurde und wie er sich gefühlt hat: wie ausgepresst, trockener Mund, stark spannende Haut etc. und stellt den Vergleich von Zwangsmedikation und Vergewaltigung auf. Der Psychiater der Station sagt ganz offen: „wann sie entlassen werden? Wenn sie nicht mehr darum bitten oder danach fragen!“ Der Film zeigt auch ganz offen, wie jemand der nichts macht, also nicht eigen- oder fremdgefährdend ist und ganz ruhig ist, fixiert wird, 20mg Haldol bekommt und jeglicher Besuch verboten wird.

9:25 Uhr gleich der nächste Film „King’s Park“: auch total spannend. Eine Frau namens Lucy nimmt mit 17 eine Überdosis Schlaftabletten...wird eingewiesen in großes Krankenhaus (1200 Patienten auf 11 Etagen in „ihrem“ Gebäude, auf dem Gelände gibt es noch etliche weitere Gebäude mit Patienten). Mit 50 Jahren geht sie zurück, liest ihre Akte, das Krankenhaus ist mittlerweile zugemacht worden, aber sie findet Pfleger, die dort gearbeitet haben zu ihrer Zeit. Diese geben zu, dass viele Patienten gar nicht krank waren, nur obdachlos. Lucy findet auch eine Psychiaterin zu ihrer Zeit dort gearbeitet hat, die zugibt, dass ihre Diagnose „Schizophrenie“ vielleicht falsch war, aber damals wäre ja alles schizophran gewesen und sie musste ja was hinschreiben und Suizidversuche bei Jugendlichen kämen ja häufiger vor, da müsste man auf Nummer Sicher gehen. Lucy erinnert sich, wie sie am ersten Tag dort alle persönliche Dinge und Kleidung abgeben musste und unter Beobachtung sich die Uniform anziehen musste. Am zwei-

ten Tag kamen ihr die Tränen und eine Mitpatientin flüsterte ihr zu „weine nicht, sonst tun sie dir weh“. Lucy hat danach 20 Jahre nicht geweint. Eine Mitpatientin wurde als Kind eingeliefert und musste neun Jahre lang auf dieser Station für Erwachsene bleiben. Sie wurde bestraft, indem sie in eine Zwangsjacke gesteckt wurde und so hoch aufgehängt wurde am Fenster, dass nur noch die Zehenspitzen den Boden berührten. Alle auf der Station hatten das Bedürfnis über ihre Probleme, Traumata etc. zu sprechen, aber sie wurden vom Personal ignoriert. Dann gab es plötzlich einen Erlass, dass diese Großkrankenhäuser aufgelöst werden sollten, was dann aber viel zu schnell ging. Die Patienten wurden ohne Vorbereitung in der Stadt vor den Sozialämtern ausgesetzt. Zwei Gruppen von ehemaligen Patienten haben dann Clubhäuser gegründet und geführt. In dem größten Gefängnis der Gegend sind 20% der Insassen psychisch krank....

Danach kam ein norwegischer Film, den ich etwas langatmig fand. Schade, weil solche Geschichten sich weltweit sehr oft wiederholen. Ein Mann legt sich mit den Behörden an, macht ihnen Vorwürfe und wird in die Psychiatrie gesperrt. Nach Jahren des Eingesperrtseins, der Zwangsmedikation, stellt sich raus, dass er Recht hatte. (Force Against Conviction, 2001)

Der Film danach war wieder sehr interessant „Where’s the Evidence“? („Wo sind die Beweise?“), eine Dokumentation über den Hungerstreik von 5 PEs und einem Sozialarbeiter im August 2003 um die amerikanische Psychiater-Vereinigung (APA) herauszufordern, Beweise zu liefern für die „Theorie des chemischen Ungleichgewichts“ oder für die biologischen Ursachen der psychischen Krankheiten. Der Film enthält einige sehr interessante Redebeiträge von Unterstützern des Hungerstreiks wie Lauren Mosher, Ty Colbert und andere. Der Direktor des National Institute of Mental Health (NIMH), ein US-amerikanisches Forschungszentrum für psychische Störungen und das weltweit größte Institut seiner Art, sagt im Jahre 2013, vielen Menschen geht es besser ohne Psychopharmaka. Die geforderten Beweise wurden damals aber letztlich nicht erbracht und der Hungerstreik wurde beendet.

Jetzt ist es 14:30 Uhr und es kommt ein 45 Min. Film produziert in Deutschland, Sprache aber Englisch: „Snake Pit Psychiatry“. Der Film ist eine Montage von Film und TV-Ausschnitten Dokumentationen und Archivmaterial. Er enthält unschöne Szenen z.B. EKT, ist aber sehenswert.

15:50 Uhr: Ein Film über „Wellmet House“, wo 10 chronisch Kranke mir 10 Studenten zusammengelebt haben. Die Studenten haben sich selbst um die Finanzierung gesorgt, weil sie eine Alternative zum Krankenhaus probieren wollten. (To Save Tomorrow, David Kantor, 1969)

16:20 Uhr: Um im Thema zu bleiben ein Film über Ronald Laing’s therapeutischer Kommune in London. Ich fand es interessant und toll, jeder durfte in jedem Zustand dort sein. Habe mich aber unwillkürlich gefragt, ob es für mich jemals der richtige Ort gewesen wäre und glaube es nicht. (Asylum, Peter Robinson, USA, 1972)

18:10 Uhr: „One of the Mad Ones“ Film über einen Psychiater aus

New York, der lieber stundenlang mit Patienten spricht, auch in lockeren Gruppen, dabei versucht alle einzubeziehen, auch wenn es darum geht, ob jemand zwangseingewiesen werden muss. Er versucht wenig oder keine Psychopharmaka zu verschreiben bzw. beim Reduzieren zu helfen. Der Film handelt auch davon, wie er nach einem Herzinfarkt mit seinem verschlechterten Gesundheitszustand nicht klarkommt...

20:35 Uhr war dann eine der Highlights des Festivals –ein Theaterstück, indem eine Frau beschreibt, wie sie eine alltägliche Erkrankung bekommt, zum Arzt geht, fehldiagnostiziert wird, eins zum andern führt und dann auf einer geschlossenen Station landet mit Medikamenten und allem und wie sie da wieder rausfindet und ihr Leben wiederbekommt. Das Ganze ist so lebendig, keine Sekunde langweilig und es ist alles drin. (Elizabeth Kenny „Sick“)

Da ich seit morgens 8:00 Uhr da war und 8 Filme und ein Theaterstück gesehen habe, habe ich auf den darauffolgenden Film verzichtet, Ich wollte ja schließlich am nächsten Morgen um 8:00 Uhr wieder im Kino sitzen.

Gesagt, getan, hat sich auch gelohnt: der Film „Branding Illness“ zeigt wie die Pharmaindustrie neue Erkrankungen erfindet um dann chemische Lösungen für die selbstgeschaffenen Probleme anzubieten. Ein tolles Beispiel: PMPS = prämenstruale dysphorische Störung wurde „entdeckt“ und dann hat man beim Fluoxetin, wo das Patent dabei war abzulaufen, ein Molekül verändert und der Tablette eine andere Farbe gegeben wurde und der Preis verfünffacht wurde. Und schon hatte die Pharmafirma ein neues Medikament.

Um 8:55 Uhr kam der Film, der mich am meisten berührt hat. Man sieht einen ganz normalen jungen Mann, der etwas schüchtern ist und nervös wird, wenn er vor einer Gruppe von Menschen sprechen muss und dabei rot wird. Ansonsten ist alles gut, Familie, Freunde, später nette Ehefrau, beruflich alles gut, 3 nette Kinder. Irgendwann ca. mit Anfang 20 sieht er die Werbung für Paroxetin (in USA können Pharmafirmen ihre Werbung für Arzneimittel direkt an den Verbraucher richten...) Er glaubt, das Mittel wird ihm helfen mit seiner Schüchternheit und nimmt es, jeden Tag 20mg, zehn Jahre lang. Dann fällt ihm auf, dass es ihm zwar nicht schlecht geht, aber auch nicht richtig gut geht, dass er gar nicht so richtig weiß, wer er ist und vor allem hat er das Gefühl, gar nicht richtig mitzubekommen, wie seine Kinder groß werden. Die Älteste ist ungefähr 10 Jahre alt...da beschließt er das Paroxetin abzusetzen und sich und die Familie dabei zu filmen. Sein Psychiater, zu dem er eine gute Beziehung hat, rät ihm von 20mg auf 10mg zu gehen und dann nach 2 Wochen wieder zum Termin zu kommen. (ich hätte es nach 10 Jahren etwas langsamer gemacht, aber gut.) Naja, der Film zeigt, wie es ihm ab Tag 3 immer schlechter geht Schwindel, Herzgeräusche, Kopfschmerzen, Tinnitus. Die Ehefrau, zwar sehr geduldig und liebevoll, auch ziemlich fertig. Er versucht dann alles mögliche Akupunktur, Therapie, Pilates etc. etc., aber da nichts von der Krankenkasse bezahlt wird, kann er nichts auf Dauer machen. Er beschließt trotzdem weiterzumachen und am 31. Tag nimmt er zum ersten Mal seit 10 Jahren 0mg Paroxetin. Er hat viel Angst und bereut es jemals genommen zu haben. Es gibt immer kurze Einschübe von Psychiatern, die es kommentieren bzw. was zu Medikamenten sagen und auch deswegen ist der Film sehenswert. Am 58. Tag geht es immer noch sehr schlecht, er weint und der Film endet mit der Aussage, dass er es nach 6 Monaten nicht mehr ausgehalten hat und nun ein anderes Medi-

kament nimmt, leider ein recht ähnliches Fluoxetin, auch 20mg, und damit geht es ihm etwas besser als in der Zeit des Absetzens/ des Entzuges. Leider konnte er in letzter Minute nicht zum Festival kommen, sodass wir keine Fragen stellen konnten. Aber ich finde es sehr mutig und toll so einen offenen Film über sich zu drehen. („Numb“ Phil Lawrence, USA 2012)

Danach hätte ich ja erst mal eine Pause gebraucht, aber es war ja erst 10:15 Uhr und ein weiteres Highlight mit „Mette's Voice“. Der Film erzählt die Geschichte von Mette über 4 Jahre und wie sie die Psychiatrie verlässt, ihre Medikamente absetzt (1800mg Seroquel und einiges andere) und gesund wird und lang bestehende Ziele und Wünsche erreicht. Ein sehr kraftvoller, hoffnungsspendender Film.

Um 11:30 Uhr gleich anschließend „There Is a Fault in Reality“ ein britischer Film, den ich vor allem wegen den Ausschnitten mit Jacqui Dillon toll fand. Jacqui Dillon ist eine Überlebende, die schwerste Traumata in der Kindheit überlebt hat, aber dann in der Psychiatrie auch nicht gut behandelt wurde. Mit der Hilfe von Selbsthilfegruppen ist sie dann genesen.

Nach der dann dringendst benötigten Mittagspause von 40Min. kam um 13:10 Uhr ein Film, der sicherlich gut war, mit dem ich aber nicht so viel anfangen konnte. („Mars Project“, Jonathan Balazs, Canada, 2008). Der Film handelt von der Lebensgeschichte eines Rappers.

Um 14:30 Uhr wieder ein wahrer Schatz. „Beyond the Medical Model“ stellt vieles klar, z.B. dass die Unterbringungsanhörungen/verfahren, wo Menschen ihre Freiheit verlieren 30Sek. bis 3Min. dauern. Psychisch Kranke sind gezwungen das „medizinische Modell“ zu akzeptieren, sonst landen sie im Knast oder in einer Langzeiteinrichtung (in Amerika bekommt man finanzielle Unterstützung nur wenn man Medikamente nimmt.) Angefangen in 1969 gab es 2- und 5-Jahresstudien, wo Menschen mit Schizophrenie in Nigeria, Indien und Kolumbien verglichen wurden mit Schizophrenen in USA. In den armen Ländern hatten die Schizophrenen bessere Ergebnisse bezüglich Gesundheit. Als dann Medikamente exportiert wurden in die Länder ging es mit den Genesungsraten bergab.

15:55 Uhr: Der Film „What Happened to You?“ untersucht Ursachen- und Wirkungsbeziehung zwischen schlechten Kindheitserfahrungen und Herausforderungen der psychischen Gesundheit. Menschen, die eine Diagnose von Psychose bekommen haben, haben oft traumatische Erlebnisse in ihrer Vergangenheit gehabt. Diese Tatsache wird aber sehr häufig übersehen.

Um 16:35 Uhr ein Kurzfilm, nur 16Min. bestehend aus 3 Vignetten aus einer Kinder/Jugend Psychiatrie in New York. („In the House“, Peter Stastny und Lisa Rinzler, USA, 1997) Die Idee fand ich gut, aber Bilder und Akustik waren nicht so gut.

Um 16:55 Uhr wieder ein spannender Film. „Outside the Ring“ ist eine Doku über ein Genesungsprogramm für Frauen, die Gewalt erlebt haben. Die Frauen lernen boxen und genesen indem die ihre eigene gesunde Aggressionen kennenlernen.

17:40 Uhr: „Mind Zone“ zeigt Therapeuten bei der US Armee, wie sie Soldaten, die kampfes müde oder traumatisiert sind, schnell wieder einsatzbereit machen (sollen).

Um 18:50 Uhr kam für mich der letzte Film des Tages, weil ich da schon echt platt war. „Wounded Places“ zeigt die Erfahrungen von Familien, die in Orten leben, wo es andauernden Stress und immer neue Traumatisierungen durch Gewalt, Schießereien etc. gibt, wie z.B. in Philadelphia und Oakland.

Sonntag, 12.10.14, ist schon der letzte Tag des Festivals da. Wieder um 8:00 Uhr: „Healing Voices“ erzählt die Geschichten von Menschen, die Diagnosen von schweren psychischen Erkrankungen erhalten haben, die aber dennoch zusammenarbeiten, um Verantwortung für ihre Ausnahmezustände zu übernehmen. Die Porträts der Menschen zeigen deutlich und unmissverständlich die Schwächen der „normalen“ psychiatrischen Versorgung in den USA und auch wie sie aus den lebenslangen Abhängigkeit von Medikamenten und anderen erkrankungshaltenden Strukturen herauskommen. (PJ Moynihan, USA, 2014)

Um 9:45 Uhr folgt ein Film einer Studentin, die PE ist, 11 Jahre lang Benzodiazepine genommen hat, seit 2013 frei von Medikamenten. Sie hat sich selbst gefilmt und zeigt wie sie nach einer Periode, wo sie Schwierigkeiten hat zu sprechen, beim Wandern ein Stofftier (einen Bären) findet und durch diesen wieder lernt mit anderen Menschen zu sprechen, indem sie so tut als spräche sie für den Bären.

10:20 Uhr: „The Virtues of Non-Compliance“ hat mir supergut gefallen. Der Film räumt gründlich auf mit den negativen Prognosen, die man als PE ja oft bekommt – wie vielen von uns wird gesagt, dass wir nicht mehr arbeiten können (werden) oder nicht mehr studieren oder nicht mehr alleine wohnen können werden etc.? Hier werden wieder Menschen gezeigt, die es geschafft haben, durch Arbeit an sich, durch Vernetzung mit anderen = Selbsthilfe. Der Film wurde von Mitarbeitern des „Western Mass Recovery Learning Center = RLC“ gedreht, eine Organisation von PEs, die 4 Zentren, eine Krisenpension und etliches mehr betreiben. Direkt anschließend gab es eine kurze Podiumsdiskussion zum Thema Non-Compliance, leider sehr kurz. Das ganze Festival war ja streng durchgetaktet und die Zeiten wurden gut eingehalten, was ich

sehr bewundert habe.

Danach kam noch ein Redeblock, wo ich etwas abgeschaltet habe und dann um 11:55 Uhr, wo ich dann wirklich gerne eine Pause gehabt hätte, kam ein japanischer Film mit englischen Untertiteln. Ich fand ihn nicht so spannend, hatte das Gefühl, da hat jemand eine Kamera auf eine Tagesstätte irgendwo in Japan drauf gehalten und dann das ganz normale Tagesgeschehen gefilmt. Nach der Hälfte bin ich rausgegangen. Es waren auch einfach zu viele Filme hintereinander. So hatte ich mir dann 30 Minuten Mittagspause ergattert.

Nach der Pause 2 Filme von Daniel Mackler: „Open Dialogue“ und „Healing Homes“. Beide sind sehr gut, beide kann man sich kostenlos bei Youtube anschauen. Im Anschluss Frage und Antwort mit Daniel Mackler, der eine Hauptperson aus dem Film „Healing Homes“ aus Schweden mitgebracht hat (die andere Hauptperson, die Therapeutin aus dem Film saß eh schon im Publikum.) Das war sehr spannend, weil alle sehr beeindruckt waren wie „psychisch Kranke“ gesund werden, indem sie eine Zeitlang auf einem Bauernhof mit leben, nur mit Therapiesitzungen noch. Ansonsten werden sie durch das normale, bodenständige Leben mit „normalen“ Menschen geheilt.

Um 16:05 Uhr dann der letzte Film „Hallgrimur“ aus Island. In der Ankündigung hieß es in dem Film würde es vorrangig um Hoffnung gehen. Ich fand den Film schwierig, weil die Hauptperson Unmengen geraucht hat, sehr viele Medikamente genommen hat und mit 34 Jahren gestorben ist. Auf Nachfrage hieß es, er sei wohl weniger an den Folgen des Rauchens gestorben, als an den Folgen der Medikamente.

Danach gab es 2 Podiumsdiskussionen und alle sollten Stimmzettel ausfüllen: bester Film, bester Kurzfilm, beste Doku, bester ausländischer Film... Leider weiß ich das Ergebnis nicht, weil ich abends wieder unwiederbringlich müde und platt war, mein Bus nur selten fuhr und ich daher um 20:30 Uhr für mich das Festival beendet habe. Müde aber voller Eindrücke und in der Hoffnung, dass es bald wieder so ein gutes Festival geben könnte.



Ethische Stellungnahme der DGPPN zum Thema Zwangsbehandlung

Kommentar von Martina Gauder

Weniger psychiatrischer Zwang soll künftig endlich Norm in Deutschland sein

Psychiatrische Patienten sind zukünftig während einer medizinischen Behandlung aktiv gefragt. Denn so sehen dies mittlerweile auch Ärzte und Psychotherapeuten, die das Menschenrecht auf Selbstbestimmung als Basis jeder Behandlung in Deutschland anerkennen und ihr Handeln danach ausrichten wollen bzw. müssen. Mit dieser Haltung kommen Fachleute einen großen Schritt den langjährigen Forderungen von BPE e.V. und anderen Betroffenenorganisationen entgegen: Gleichberechtigte Partner, subjektorientierte Psychiatrie ohne Zwang und Gewalt sind hier die Stichworte. Jedoch vorweg: Das Recht auf Selbstbestimmung lässt auch in naher Zukunft diese Idealvorstellungen nicht allumfassend zur Realität werden. Diese medizinische Wende geht aus einer ethischen Stellungnahme der DGPPN vom September 2014 hervor, die in den vergangenen zwei Jahren unter der Mitarbeit von 16 Ärzten und Ärztinnen entstanden ist.

Gerade in Krisensituationen, wo Menschen ihrem Alltag im beruflichen und privaten Sinne nicht mehr wie gewohnt nachgehen können – beispielsweise aufgrund von Größenideen oder Verfolgungswahn –, muss der behandelnde Arzt oder Ärztin über die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten urteilen. Hierfür sieht die ethische Stellungnahme der DGPPN vier Faktoren vor, die es vom Arzt oder der Ärztin zu prüfen gilt und die erfüllt sein müssen: a) Informationsverständnis, b) Urteilsvermögen, c) Einsichtsfähigkeit und d) Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung. Der Patient muss demnach in der Lage sein,

- a) sich ausreichend über potentielle Risiken und Nutzen zu informieren,
- b) diese Informationen in Relation auf die eigene, derzeitige Situation zu übertragen, zu gewichten und zu bewerten,
- c) erkennen können, dass seine psychische oder physische Gesundheit eingeschränkt ist und dass eine medizinische Behandlung angeboten wird,
- d) eine Entscheidung vor diesem Hintergrund treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck bringen.

Diese Faktoren können graduell ausgeprägt sein, jedoch muss der Behandler schließlich bei jedem Patienten zu einer Entscheidung kommen, ob eine Einsicht vorliegt oder nicht. Ein Mensch, der Stimmen hört, die ihm den Suizid befahlen, kann sich beispielsweise als gesund erachten und deshalb eine Behandlung ablehnen. Aus medizinischer Perspektive ist dies jedoch weiterhin ein gesundheitliches Problem, das wahrgenommen und behandelt werden soll. Hier würde ein Psychiater oder eine Psychiaterin die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht bejahen, da der Faktor „Einsichtsfähigkeit“ in seinen oder ihren Augen eingeschränkt ist.

Ändern werden sich für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen durch diese neue Haltung der psychiatrischen Fachgesellschaft allerdings vor allem die Behandlungsmethoden in psychiatrischen Einrichtungen. Denn nun gilt es, mit dem Patienten (und ggf. seinen Angehörigen) intensiv zu sprechen, um sich überhaupt ein Bild über seine Selbstbestimmungsfähigkeit machen zu können, wie es im somatischen Bereich schon lange gegeben ist. Hierfür ist allerdings mehr Zeit, Raum und Personal nötig. Deeskalation ist ein weiteres, wichtiges Ziel auf diesem Weg, um Zwangsbe-

handlungen künftig auf ein Minimum zu reduzieren. Hierauf soll das Personal geschult werden. Eine 1:1-Betreuung soll langfristig etabliert werden, außerdem sollen Gärten möglichst zum Standard gehören und Voraussetzungen stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Die Kosten, für die vor allem Krankenhausträger aufkommen müssen, sind bislang jedoch nicht geklärt. Sicher ist bislang nur, dass sie um ein Vielfaches ansteigen werden.

Aus dem Recht der Selbstbestimmung folgt auch ein Recht auf Nichtbehandlung, solange geltendes Recht nicht verletzt wird. Das heißt, dass sich ein Mensch, der sich beispielsweise in einer akuten Krise mit wahnhaften Symptomen befindet, gegen eine medizinische Behandlung aussprechen darf, wenn er oder sie das nicht möchte. Der- oder diejenige darf dann nicht auf einer Station untergebracht werden und darf auch keine Medikamente zugeführt bekommen, da dies gegen seinen oder ihren Willen ist.

Ist dieser Mensch aber gleichzeitig fremd- oder selbstgefährdend und wird dies über einen Arzt bzw. Richter festgestellt, so gilt diese Regelung nicht. Dann nämlich muss rechtlich zwingend eine Unterbringung auf einer geschlossenen Station erfolgen. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin hat dann die Verpflichtung, den Patienten vor eventuellen Gesundheitsschädigungen zu schützen und ihn wieder in den selbstbestimmten Zustand zu versetzen. Dazu werden auch weiterhin Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und unfreiwillige Medikation gehören. Dabei muss im Vorfeld alles getan werden, um gerade Fixierungen zu vermeiden. Ist eine Fixierung letztes Mittel, dann soll sie künftig so kurz wie möglich andauern und genau dokumentiert werden.

Übrigens: Auch das Untersagen einer Unterbringung auf einer geschlossenen Station in einer Patientenverfügung oder Ähnlichem schützt einen Patienten in einer durch Fachpersonal wahrgenommenen fremd- oder selbstgefährdenden Situation nicht. Hier greift das Recht nach §1906 BGB, der entsprechende Paragraph in der Patientenverfügung war und ist rechtlich nicht wirksam.

Der Gesetzgeber definiert Fixierungen als räumlich begrenzte Maßnahmen. Sie berühren jedoch nicht das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Der ein oder andere Betroffene sieht dies vermutlich anders, wird doch in seine körperliche und seelische Unversehrtheit eingegriffen. Menschen fühlen sich nach Fixierungen – oft jahrelang – traumatisiert, erniedrigt und beschämt. Der Gesetzgeber sieht hingegen die Gabe von Psychopharmaka ohne Einwilligung des Patienten (insbesondere von persönlichkeitsverändernden Neuroleptika) als einen Eingriff in dessen körperliche Unversehrtheit. Daraus folgt, dass Psychiater mit Zwangsmedikationen zurückhaltend sein müssen, dass aber rechtlich gesehen sichernde Maßnahmen wie Fixierungen um ein Vielfaches einfacher zu rechtfertigen und damit auch durchzuführen sind. Und das, obwohl eine Medikation von vielen Betroffenen als weniger einschneidend erlebt wird als Fixierungen. Einschneidend bleibt sie für viele Betroffene meist dennoch.

Die Fixierung ist also per se keine Behandlung, sondern eine Sicherheitsmaßnahme. Daher kann sie ein Mensch in einer Patientenverfügung nicht für den Ernstfall untersagen bzw. hat ein

solcher Paragraph keine rechtliche Wirksamkeit. Lehnt dieser Mensch im Ernstfall eine Behandlung auf einer psychiatrischen Station ab bzw. führt eine Behandlung nicht zum Erfolg und es droht eine Gefahr für das eigene oder fremde Leben, dann kann er oder sie trotz entsprechender Patientenverfügung fixiert werden. Sollte in der Patientenverfügung zudem die Einnahme von Neuroleptika untersagt sein, kann dies eine lange Fixierung ohne Medikation zur Folge haben. Ein Paradoxon.

Für Ärzte und anderes Fachpersonal bedeutet die ethische Stellungnahme im Übrigen, dass sich ein ethisches Dilemma für sie zuspitzt, da sie einen dreifachen Auftrag zu erfüllen haben. Sie müssen einerseits den Willen des Patienten erfahren und berücksichtigen, ihrem ärztlichen Heilungsauftrag nachkommen – der davon abweichen kann – sowie den Erwartungen der Gesellschaft (bzw. den Angehörigen) gerecht werden. Dabei kommt der Psychiatrie fälschlicherweise mehr und mehr die Aufgabe zu, einen Menschen unterzubringen, um andere vor ihm zu schützen, was eigentlich eine Polizeifunktion wäre. Die Unterbringung ist dabei nicht immer nur abhängig vom Patienten: Die Toleranzschwelle der Gesellschaft gegenüber abweichendem Verhalten scheint zunehmend zu sinken, so dass Menschen, die eigentlich in einer Situation nicht fremd- oder selbstgefährdet sind, meist von der Po-

lizei in einer psychiatrischen Station untergebracht werden. Am häufigsten kommt dies bei Drogen- und Alkoholkonsumenten zu kurzfristigen Zwangseinweisungen. Insgesamt ist die absolute Zahl von Zwangsmaßnahmen in den letzten 20 Jahren enorm gestiegen: Waren es 1992 noch etwa 50.000 Unterbringungen, so lag die Zahl im Jahr 2011 bei etwa 70.000 Unterbringungen. Überdurchschnittlich häufig ist die Zahl derer, die mehr als einmal untergebracht wurden.

Ganz verschwinden Zwang und Gewalt demnach in den nächsten Jahren nicht aus der Psychiatrie, wenn doch die Weichen für eine gewaltfreie Psychiatrie seit Kurzem hoffentlich gestellt sein dürften.

Online abrufbar ist die ethische Stellungnahme über diesen Link: <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen>

--

Autorin: Martina Gauder, Vorstandsmitglied von BOP&P e.V. Freie Journalistin für die Ressorts Gesundheit/Medizin mit Fokus auf psychischer Gesundheit seit 2014.

Kontaktdaten: info@martinagauder.de, www.martinagauder.de

Rezension

Josef Giger-Bütler

»Wir schaffen es«
Leben mit dem
depressiven Menschen

Für
Angehörige
und
Freunde

BELTZ

Josef Giger-Bütler:

»Wir schaffen es« – Leben mit depressiven Menschen

Nach »Sie haben es doch gut gemeint« – Depression und Familie« (2003), »Endlich frei – Schritte aus der Depression« (2007), »Jetzt geht es um mich«. Die Depression besiegen – Anleitung zur Selbsthilfe« (2010) und »Depression ist keine Krankheit – Neue Wege, sich selbst zu befreien« (2012) legt der in Luzern niedergelassene Psychotherapeut Josef Giger-Bütler mit »Wir schaffen es – Leben mit depressiven Menschen« ein Buch für Partner und Angehörige depressiver Menschen nach. Ziel des Buches ist es zu vermitteln, wie Partner und Angehörige ihre depressiven Nächsten wirksam unterstützen können, ohne sich dabei selbst zu verausgaben, ohne zu verzweifeln, sich von ihren depressiven Nächsten abzuwenden und verbittert und grollend das eigene Leben weiterzuleben. In elf Kapiteln, unterlegt mit Fallbeispielen und Checklisten, die allerdings eher Listen mit Appellen sind, plädiert Giger-Bütler unentwegt darauf, Verständnis für die depressiven Nächsten zu entwickeln, ohne Druck und Schuldgefühle vorzugehen, das zu tun, was dem depressiven Nächsten Kraft, Zufriedenheit und Ruhe vermittelt, eigene Überforderung zu vermeiden, ihn zu ermutigen, auf sich zu hören, ihn zu unterstützen, wo er Schritte unternimmt, um sich ernst zu nehmen und für sich zu sorgen. Nur in diesem Rahmen könne es dem depressiven Nächsten gelingen, sich von seiner Überforderung zu lösen und sich schrittweise aus der Depression zu befreien. Gebunden, 239 Seiten, ISBN 978-3-407-85992-1. Weinheim & Basel: Beltz Verlag 2014. € 19.95 / sFr 24.95

Peter Lehmann

In den Mühlen der Justiz und Maßregelvollzug

Von Doris Steenken

Über viele Jahre wurde ich gestalkt, indem der Stalker mich bedrohte, beleidigte und Todesanzeigen über mich versendet hatte. Außerdem beging er viele weitere Straftaten. Für diese Straftaten machte er mich nicht nur bei der Staatsanwaltschaft, sondern auch in der Öffentlichkeit verantwortlich.

Die Rufschädigungen und Denunzierungen des Stalkers hatten mittlerweile solche Ausmaße angenommen, dass ich einige meiner Ehrenämter und meine Mitgliedschaft in einem Ausschuss niederle-

gen musste und ich sogar vor über 150 fremden Personen aus einem Theater rausgeworfen wurde.

Meine Strafanzeigen gegen ihn wegen Rufschädigung, Beleidigung und Bedrohung wurden trotz ausreichender Beweise und Zeugenaussagen immer wieder von der Staatsanwaltschaft eingestellt.

Stattdessen ermittelte die Staatsanwaltschaft wegen der Straftaten, die der Stalker immer wieder auf mich abgeschoben hatte, gegen mich. Es folgten mehre Hausdurchsuchungen und Anklageschriften,

in denen mir sehr viele Straftaten unterstellt wurden.

Meine wiederholten Kontaktaufnahmen zur Staatsanwaltschaft, um diese Missstände mal persönlich zu klären, wurden ignoriert.

Als ich dann nach Feierabend die betroffenen Staatsanwälte in dem Innenhof der Staatsanwaltschaft abwarten wollte, um diese dann wenigstens dort zur Rede zu stellen, endete dies mit einem Hausverbot.

Daraufhin ist mir der Kragen geplatzt und ich habe mit 4 sehr bösen E-Mails an die Staatsanwaltschaft reagiert.

Am Samstag den 27. Juli 2013 stürmte die Polizei dann in meine Wohnung, warf mich auf dem Boden und legte mir Handschellen an.

Ich wurde dann einer Richterin vorgeführt, die mich ohne Rechtsbeistand nach § 126a in der Forensik Moringen unterbringen lies.

Mit Handfesseln und Fußfesseln, die miteinander verkettet waren, wurde ich dann in die Forensik nach Moringen gebracht.

Mein Widerspruch, den ich selber direkt nach Beschlussverkündung an dem Samstag bei der Richterin einreichte, wurde sofort von der gleichen Richterin bearbeitet und verworfen. Der Bescheid darüber erreichte mich gleich am darauffolgenden Montag in Moringen.

Die Staatsanwaltschaft, die ja selber Klägerin war, bestellte dann unverzüglich einen Gutachter, der schon im Voraus zugesichert hatte, dass er in seinem Gutachten mich für schuldunfähig erklärt, von mir ausgehende schwerwiegende Straftaten wie z.B. Brandstiftungen und Mord prognostiziert und deshalb eine Unterbringung nach § 63 für mich empfehlen würde.

Daraufhin suchte mich dieser Gutachter auf und konfrontierte mich mit den Straftaten, die mir in der Vergangenheit von der Staatsanwaltschaft und dem Stalker immer wieder unterstellt wurden. Der Gutachter versuchte mir einzureden, dass ich so behindert sei, und ich mich deshalb nicht mehr an die schweren Taten erinnern könnte. Die 4 Beleidigungsmails, die ja eigentlich die Anlassstrafat für die Unterbringung nach § 126 a waren, kamen überhaupt nicht zur Sprache.

Wegen dieses „Gefälligkeitsgutachtens“ wurde der Antrag auf sofortige Aufhebung des § 126a vom OLG abgelehnt, obwohl ich nicht einmal die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach NPsych-KG erfüllte und trotz der Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme.

Auch bei der Haftprüfung wurde deshalb zu meinem Ungunsten entschieden.

Auf Antrag meines Anwaltes zur Einsichtnahme der Ermittlungsakten, wurden ihm von der Staatsanwaltschaft immer wieder unvollständige Akten zugeschickt.

Es fehlten immer die Seiten, die mich entlasteten.

In den 5 Verhandlungstagen wurden am Anfang gleich alle Anklageschriften, die mir zu unrecht von der Staatsanwaltschaft unterstellt wurden, vom Richter eingestellt. Der Unterbringungsbeschluss nach § 126 a wurde am letzten Verhandlungstag am 27.1.2014 mit Urteilsverkündung aufgehoben.

Ich hatte nun leider das „Vergnügen“ genau 6 Monate hinter die Kulissen der Forensik zu schauen:

ca. 1/3 sitzen dort unschuldig, ca. 1/3 völlig unverhältnismäßig und nur ca. 1/3 sind meiner Meinung zurecht untergebracht.

Rund um die Uhr ist man den Schikanen des Personals ausgesetzt und man kann sich denen leider nicht entziehen. Stattdessen ist man ja auf das Personal angewiesen und denen ausgeliefert.

In der Hälfte der Schlafzimmer gab es Videoüberwachung.

Ich war die kompletten 6 Monate in einem Schlafzimmer mit Videoüberwachung untergebracht.

Wenn es mir wegen meiner Situation sehr schlecht ging und ich völlig verzweifelt war, hieß es in einem barschen Ton vom Perso-

nal, dass ich eine Tavor schlucken und auf's Zimmer gehen soll, um mich dort zu beruhigen.

Es wurden Einladungen und Veranstaltungshinweise am schwarzen Brett auf dem Flur ausgehängt und uns empfohlen, dass wir uns dort anmelden sollten, wenn wir daran gerne teilnehmen wollten. Wenn es dann soweit war und wir uns darauf freuten, dann wurde uns die Teilnahme verboten.

Es wurden immer wieder Mittagss Grillen und Fondue-Essen mit uns bis ins kleinste Detail durchgeplant. Wenn wir uns darauf freuten und es fast soweit war, wurden diese Aktivitäten kurzerhand vom Personal abgesagt mit der Begründung, dass wir nicht anständig waren und es deshalb aus Sicherheitsgründen abgesagt werden müsste.

Uns wurde immer wieder eingeredet, dass wir schwerst kriminell, eine Gefährdung für die Öffentlichkeit, schwer psychisch krank und krankheitsuneinsichtig seien und dass wir daher alle selber Schuld seien, dass wir dort untergebracht sind.

Ständig gab es Notararm

Dann stürzten sich ca. 35 stämmige Pfleger gemeinsam auf wehrlose Patienten und schnallten diese auf einem Bett fest. Eine Fixierung dauerte im Schnitt ca. 10 bis 14 Tage. Anschließend kamen diese Patienten in den Bunker. Einige hatten Glück, dass sie nach 5 bis 10 Tagen wieder draußen waren, andere blieben 2 bis 4 Monate und einige sogar 8 bis 12 Monate im Bunker. Eine Patientin sitzt mittlerweile ca. 3 Jahre im Bunker.

Bunker: Ein Raum ohne Möbel ca. 9 m² mit dicker Gymnastikmatratze auf dem Boden und einer Toilette aus Stahl. Aus dem Fenster kann man nicht rausschauen.

Ich habe in jeder Sekunde mit der Angst gelebt, dass ich die Nächste bin, über die sie herfallen und die sie so quälen.

Als meine 5 Gerichtstermine anstanden, haben die Stationsärztin, die Oberärztin und auch der Leiter der Forensik immer wieder schriftlich und auch telefonisch Kontakt mit dem zuständigen Richter aufgenommen, um ihn in seiner Urteilsfindung zu beeinflussen, indem sie Unwahrheiten über mich berichteten, wie z.B. ich wäre in meiner Absprachefähigkeit und Kooperationsfähigkeit schwer gestört und wäre sogar für die Mitpatienten untragbar und ich hätte mir illegal Zugang zum Internet verschafft und ich hätte mir heimlich ein Handy besorgt und ich hätte das Personal mit wüsten Schimpfwörtern beschimpft und ich wäre aggressiv und ich hätte eine Patientin angegriffen.

Obwohl es eine richterliche Verfügung gab, dass ich zu den Gerichtsverhandlungen ohne Handschellen transportiert werden soll, wurde ich jedes mal mit Handschellen transportiert und damit im Gericht vorgeführt.

Begründet haben die das damit, dass ich angeblich einen Fluchtversuch unternommen hätte.

Die Fahrt zu den Verhandlungen dauerte jeweils ca. 3,5 Stunden. Ein Toilettenbesuch war für mich während der Fahrt nicht möglich, obwohl ich jedes mal das dringende Bedürfnis hatte, weil die Transporter sich geweigert hatten, mir die Handschellen ab zu nehmen. Trotzdem wurden aber 2 Pausen vom Personal während der Fahrten gemacht, die diese für sich als Raucherpausen und für sich zum Toilettengang genutzt hatten. Ich musste mit voller Blase im Bulli sitzen bleiben.

Dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und dem Anwalt, der mir vom Bundesverband besorgt wurde, habe ich jetzt meine Freiheit zu verdanken.

Ohne sie wäre ich nun auch für immer nach den § 63 untergebracht und für den Rest meines Lebens weggesperrt und verwahrt und somit den unsäglichen Zuständen dort ausgeliefert gewesen.

Selbsthilfe pur - BPE-Jahrestagung machte Mut

Von Gangolf Peitz

Hilf dir selbst! Sonst wird Dir geholfen..

Unter diesem Motto veranstaltete der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. seine diesjährige Jahrestagung vom 10. bis 12. Oktober 2014 im DJH-Gästezentrum Kassel. Über einhundert Teilnehmer aus ganz Deutschland trafen sich zu einem umfangreichen Programm aus Vorträgen, Arbeitsgruppen und Besprechungen, darunter viele Vertreter regionaler und örtlicher Selbsthilfeinitiativen. Auch professionelle Berufsvertreter und Angehörige nutzten die Veranstaltung zu Erfahrungsaustausch und Weiterbildung. Konkrete Wege, Möglichkeiten und Voraussetzungen erfolgreicher



Ute Leuner performte ..

Selbsthilfe wurden erörtert, und reale Alternativen zu biologisch-medikamentös bzw. nach Zwang, Gewalt und Ordnung orientierten gängigen Konzepten aufgezeigt, welche die psychiatrische Ärzteschaft, im Verbund mit potenter Pharmawirtschaft und entsprechenden gesellschaftlichen Kreisen, in dieser Republik in schwierigen menschlichen seelischen Erkrankungen- bzw. Problemsituationen bis heute bevorzugt praktiziert.

Das verlesene Grußwort der betagten Ehrenvorsitzenden Dorothea Buck, noch lebendes Opfer der Gewalt- und Zwangsexzesse der deutschen Fachärzte und Pflegekräfte der 1930/40er Jahre, gab der Tagung ein gutes Geleit. Erneut fordert sie die entsprechende Humanisierung des diesbezüglichen Gesundheitssystems fürs 21. Jahrhundert.

Ergebnisreiche AGs, Referate, MV

In den Referaten und Arbeitsgruppen wurde aus Sicht langjährig erfahrener Bürgerinnen mit Betroffenenkompetenz u.a. der bestehende Unsinn von PsychKGs verdeutlicht, mit denen eine betroffenenfern beeinflusste Legislative wortgewandt und nachweislich die gültigen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention aushebelt, um Sondergesetze gegenüber einer der schwächsten Behinderten-, sprich Bürgergruppen aufrecht zu erhalten. Gesellschaftliches Miteinander und Demokratie aber funktionieren anders. Schluss müsse sein mit der modernen Variante der Umkehrung von Worten und Werten, hieß es mehrfach in Kassel. Denn Erfahrungswerte mit funktionierenden, effektiveren Alternativen einer zeitgemäßen Psychiatrie - wo sie denn sein muss -, gibt es längst. Dies müsse nur sozial gewollt, politisch erkannt und (besser) umgesetzt werden, so der Tagungstenor. So wurden hier im weiteren skizziert und diskutiert: Das Soteria-Hilfekonzept, kompetente psychologische Psychotherapie statt Psychopharmaka - auch bei (so genannten) Psychosen, Manien und Schizophrenien -, Ressourcen- statt Krankheitsansatz, Weg vom professionellen „Diagnosevergabezwang“, oder Bedürfnis- und Personenbezogene Assistenzoptionen der ambulanten Eingliederungshilfe, wie sie übers Persönliche Budget (bei echter Wahlfreiheit für die Betroffenen!) möglich sind bzw. wären. Stark war das Plädoyer für ganzheitliche Hilfe- und Versorgungsmodelle, unter sinnvoll stärkerer Gewichtung und Förderung der Selbsthilfe, mit deren (fester!) Präsenz und Mitarbeit in Lehr- und Lerneinrichtungen.

Matthias Seibt (Herne) moderierte eine fundierte AG zum Aufbau, Erhalt und Umbau sozialer Beziehungen, Sabine Wolfrum (Essen) fokussierte das Thema „Vertrauen und Selbstfürsorge“. Weitere Seminarthemen waren das bevorstehende Bundesteilhabegesetz in Zusammenhang mit der UN-BRK, oder „heiße Eisen“ wie Autoaggressivität, mit ganz praktischen Lösungsansätzen aus der Selbsthilfe. Morgendliche Impulsreferate steuerten Peter Lehmann (Berlin) zu Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in Krisensituationen sowie Mirko Olostiak (Freiburg) zum Sich-selber-helfen bei. In der Mitgliederversammlung am Samstagabend konstituierte sich ein gestärkter, zuverlässig auftretender Verbandsvorstand, ergänzt um erfahrene Selbsthilfeaktivisten aus den Bundesländern im erweiterten Vorstand.

Literaturstände und Kulturprogramm

Stände mit Literatur und Informationen aus Bundesverband, Landesverbänden und regionalen Initiativen, wie der von Selbsthilfe SeelenLaute (in Zusammenarbeit mit der Europäischen Gesellschaft zur Förderung von Kunst und Kultur in der Psychiatrie e.V.) und dem Antipsychiatrieverlag wurden intensiv genutzt und bereicherten Vernetzung und Wissensaustausch. Im Kulturprogramm brachten Ute Leuner (Hamburg) und Gangolf Peitz (Saarbrücken) das Publikum mit spannender Lyrik und vitalem Musikkabarett aus eigener Feder zum Thema künstlerisch in Fahrt: „Leuner & Peitz XXXL“ zog an, machte Spaß, beflügelte Querdenken und Anderssein.



.. Gangolf Peitz las zum Thema

Selbsthilfe pur rüttelt auf

Selbsthilfe pur! Beeindruckend waren die unbeirrte Kraft aller hier, das am Menschen orientierte Denken und das kreative Engagement von gesundheitlich (stark) beeinträchtigten Bürgerinnen und Bürgern, zusammen mit ihren Freunden, „Ehemaligen“ und Mitstreitern, für gesunde fortschrittliche Ziele. Denn eine moderne Psychiatriereform tut dringlich not, wie parallel eine essentielle Reform des Betreuungsrechts und eine Weiterentwicklung der Patientenrechte. Viel zu tun im Paradigmenwechsel noch von denen „oben“, die überlang nicht weghören können. Diese Tagung „von unten“ machte eingedenk der Psychiatrie-Rückschritte der jüngsten Zeit Mut, gab sie doch gute Anleitungen für den weiteren Weg. Denn ein bisschen Menschenrechte gibt es nicht. Mit letzten informellen Gesprächen beim Mittagessen ging die Tagung am Sonntag ergebnisreich zu ende. Ein Wochenende mit wichtigen Kontakten, das Entstigmatisierung und Aufklärung förderte. Das manche hohen Entscheider aus Lethargie und Ignoranz bewegen mag. So die Hoffnung.

- o **Gangolf Peitz**, Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar / www.gangolfpeitz.de

Fotos: Leuner & Peitz gestalteten das Kulturprogramm (Bildnachweis: Archiv gP/uL/Veranstalter)

Liebe Mitstreiterinnen und liebe Mitstreiter,
für eine menschliche und hilfreiche Psychiatrie.

Das europäische Verbot von Zwangsmedikationen und anderen Zwangsmaßnahmen hat uns diesem Ziel einen entscheidenden Schritt näher gebracht obwohl unsere schlecht informierten Politiker und biologistischen Psychiater sich dieser europäischen Bestimmung zu widersetzen versuchen.

Seit dem 2. September diesen Jahres kann sich jedermann in der Berliner Gedenkstätte Tiergarten 4 einen Eindruck von den psychiatrischen Morden an über 200.000 ihrer Patienten und an 360.000 von ihnen als minderwertig zwangssterilisierten verschaffen, eine von ihnen bin ich.

Ruth Fricke hat einen hervorragenden Bericht über diese psychiatrischen Verbrechen in unserem vorletzten BPE - Rundbrief geschrieben.

Alle beamteten höchsten Juristen, die Sozial- und Gesundheitsämter und auch manche Theologen waren an ihnen beteiligt.

Das unsere heutigen Politiker als Nachfolger ihrer nationalsozialistischen Vorgänger die UN - Behindertenrechtskonvention außer Kraft zu setzen versuchen darf uns daher nicht wundern.

Aber es gibt auch die Bewegung von unten die endlich aus den Psychiatrie bestimmten „unheilbaren“ entmutigten Psychiatriepatienten wieder selbstbewusste Menschen macht:

Die EX - IN Bewegung.

Dass die Psychiatrie nun endlich eine auf dem erleben Betroffener gründende Erfahrungswissenschaft wird kann uns mit Freude erfüllen.

Eine entsprechend fröhliche Jahresversammlung wünscht euch eure

Dorothea Buck

Hamburg, den 27.09.2014



„Hilfe! ...mir ist nicht zu helfen...?“

Vortrag von Mirko Ološtiak

Vergangenen Winter wurde ich in Freiburg zufällig Zeuge einer Polizei Kontrolle.

In der Belfortstraße - auf dem Heimweg vom Radio - sah ich drei junge Männer südländischen Aussehens umringt von vielleicht zehn Polizisten und Polizistinnen.

Nun hat in Freiburg die Polizei nicht gerade den besten Ruf. Auch aus der schwarzgrünen Perle des Südwestens wird ab und an von rassistischen Vorfällen berichtet.

Ich blieb also stehen um mir ein Bild von der Situation zu machen.

In Anwesenheit von Zeugen werden Übergriffe zumindest unwahrscheinlicher.

Es dauerte gar nicht lange, bis sich einer der Polizeibeamten auf mich zu kam. Meine Anwesenheit wurde als störend empfunden, Es gab jedoch keine Handhabe mich wegzuschicken.

Dieser Polizist kommt also auf zu mir und fragt: „Kann ich Ihnen helfen?“

Eine leichte Drohung klingt in seiner Frage deutlich durch. Ich denke an den alten Spruch „Die Polizei, Dein Freund und Helfer.? - Wart ich helf Dir Freundchen“.

Meine Antwort: „mir ist nicht zu helfen!“ nimmt ihm allerdings sämtlichen Wind aus den Segeln - Darauf war er nicht vorbereitet. Und geht wieder zurück zu seinen Leuten.

„Mir ist nicht zu Helfen“ - Dieser Satz klingt erstmal sehr resigniert.

Klingt aber auch nach Tatsache. Nicht nach Angriff oder Zurückweisung.

Nicht nach einem „Ich will mir nicht helfen lassen“ - was dazu führen kann, dass mich jemand (mit oder ohne) Gewalt versucht, davon zu überzeugen, dass es doch (für wen auch immer) das beste sei, die Hilfe anzunehmen.

Klingt auch nicht nach „Ich mag Dich nicht, ich misstrau Dir, von Dir will ich mir nicht helfen lassen!“ - was ja ebenfalls wieder dazu führt, dass das Gegenüber versucht, mich vom Gegenteil zu überzeugen.

„Mir ist nicht zu helfen“ sagt dem anderen: Da kann man nix machen - dann muss ich nix tun.

Professionelle Helfer werden sich auf diese Art vielleicht nicht so schnell abwimmeln lassen...

Immerhin hängt ihr Arbeitsplatz ja auch mit dem bisherigen Verständnis von „Hilfe“ zusammen. Und viele der angebotenen Hilfen sind ja auch gut gemeint.

Die Begriffe „Schutz“ und „Hilfe“ sind in der Psychiatrie ja nicht nur Synonyme für Freiheitsberaubung und Folter. Und auch diese sind ja auch immer wieder wirklich nur gut gemeint. Oftmals weiss man sich aber vielleicht garnicht anders zu helfen...

Doch das Thema heute ist nicht: Hilfe! Wie kann ich helfen?
- obwohl das auch noch eine spannende Frage sein könnte -
sonder Hilfe? Fragezeichen Mir ist nicht zu helfen.

Als ich 16 war ich bei einem Aufenthalt in Westberlin in eine

sehr bedrohliche Situation geraten. alles hatte sich gegen mich verschworen. ich hatte meinen Personalausweis verloren und der Rückweg nach Westdeutschland über die Transitstrecke schien verbaut. Die Gespräche meiner Mitmenschen enthielten verborgene Botschaften, die extra auf mich gemünzt waren. Ich konnte nicht schlafen. Alles war manipuliert. Überhaupt hatte ich das Gefühl, als ob alles, was passierte, extra für mich inszeniert war. Ich hatte Angst. Jede Zeitung, die Plakate auf der Strasse, selbst das Telefonbuch oder die Kennzeichen vorbeifahrender Autos - alles war Teil davon. Die Situation war unerträglich. Es gab zwar Menschen, die mit mir ein Ersatzdokument für den verlorenen Ausweis besorgen konnten, doch traute ich mich nicht, die Fahrt nach Hause anzutreten. Per Telefon konnten wir den Freund meiner Mutter dazu bewegen, mich mit dem Auto in Berlin abzuholen.

Ich hatte die Hoffnung, in meiner gewohnten Umgebung vielleicht wieder zur Ruhe zu kommen.

Diese Möglichkeit blieb mir versagt.

Am Tag meiner Rückkehr fuhr meine Mutter mit mir zum Psychiater, hatte ein langes Gespräch mit ihm, irgendwann wurde ich reingebeten und nach einigen kurzen Fragen an mich veranlasste der Psychiater meine Einweisung in die Kinder und Jugendpsychiatrie.

Wo mir geholfen wurde. Zwangsweise. Wenn man denn das Einsperren und die Behandlung „Hilfe“ nennen mag.

Als ich nach Monaten wieder draussen war - aufgedunsen, gefühllos, ein Medikamentenzombie - , war ich zwar nicht mehr in dem Zustand, der zu der Einweisung geführt hatte, meine Grundprobleme hatten sich jedoch nicht geändert. Dazu kam dann noch die Veränderung durch die Medikamente. Schon damals war ich mir sicher, dass es besser gewesen wäre, diesen Zustand - von den Ärzten endogene Psychose genannt - durchzustehen. In einer Umgebung, die mich dabei unterstützt.

Nachdem die Depotspritzen ihre Wirkung verloren hatten, zog ich nach Berlin. Ich geriet wieder in derartige Zustände. Ich geriet wieder in die Psychiatrie. Bei meinem dritten Aufenthalt gelang mir die Flucht über den Zaun. Was ich in den wenigen Tagen auf der geschlossenen miterleben musste empfand ich als schrecklich. Ich wollte, dass die Welt davon erfährt. Und ich wollte nie wieder dorthin zurück.

Nach meiner Flucht 1986 schloss ich mich der „irren-offensive“ an (wo ich unter anderem auch Peter Lehmann kennengelernt habe). Ich zog mit den Zeitschriften 1 und 2 durch die Stadt, bot sie in Cafes und Kneipen an. Führte viele Gespräche mit Menschen. Mit anderen Betroffenen, mit Angehörigen, mit Menschen, die beruflich mit Psychiatrie zu tun hatten.

Ich nahm an Beratungsnachmittagen der io teil. In der Zeitschrift nummer 3 wurden zwei oder drei Gedichte von mir abgedruckt.

Ich geriet wieder in einen derartigen Zustand. Fühlte mich verfolgt und bedroht. Empfang persönliche Nachrichten aus dem Radio. Geriet in Angst und Panik.

Es gab immer noch Menschen, die mir „helfen“ wollten. Oder die meinten, mir „helfen“ zu müssen. Die dachten zu wissen was gutz für micg ist. Die mit guten Ratschlägen kamen. Die mich dazu bewegen wollten, den SPD i aufzusuchen, oder Tabletten zu nehmen oder,
oder, oder ...

Ich will diese Leute nicht verurteilen. Ich weiß selbst (und ich er-

lebe es grade wieder), wie schrecklich es sein kann, jemanden in einer solchen Krise zu erleben.

Wie groß der Drang ist, etwas tun zu wollen, den anderen aus seiner Krise herausholen, ihm zu sagen, dass die Welt in Wirklichkeit nicht so ist, wie er oder sie sie grade erlebt.

Und natürlich wäre es schön, wenn es da ein Zaubermittel gäbe, eine Tablette zum Beispiel, und alles wird wieder gut... Und es wirklich manchmal kaum auszuhalten. „Da muss man doch was machen! Da kann man doch nicht einfach zugucken“ -

Und wie oft dienen die Versuche der Hilfe der eigenen Beruhigung?

In meiner Krise war es wenig hilfreich, wenn jemand mit Ratschlägen kam. Wenn jemand mich dazu bringen wollte, seine Ideen umzusetzen, wie diese Krise jetzt bewältigt werden müsse, wenn Leute aus lauter Rücksicht auf meinen Zustand unehrlich wurden mir gegenüber...

Ich kann froh sein, dass mir niemand seine Hilfe aufgezwungen hat.

Die, die helfen wollten, hatten dann irgendwann aufgegeben. Hatten die Schnauze voll von mir. Ich hatte keine Hilfe mehr zu erwarten.

Niemand da, auf den ich die Verantwortung für mein Leben abwälzen kann.

Es hat dann nicht mehr lange gedauert, bis ich dann aus diesem Zustand wieder rauskam...

Ohne Hilfe.

Doch mit Unterstützung...

ich kam sozusagen vom Wahn zum Sinn.

Einige Jahre später geriet ich erneut in einen derartigen Zustand. Man kann sagen, ich wurde wieder ver-rückt, wahn-sinnig, psychotisch.

Ich hatte ja gedacht, nach dieser einen unbehandelten Psychose wäre alles in Butter.

Pustekuchen.

Ich ging nochmal so richtig ab...

Einzelheiten würden uns jetzt ganz schön weit wegbringen von unserem Thema.

Kurz gesagt: ich ging um einiges kreativer mit meinem Wahn-Sinn um als die Male vorher.

Ich hatte auch diesmal das Glück, nicht eingesperrt zu werden. Mir wurde nicht geholfen, doch ich hab auf meinem Weg aus dem Wahn jede Menge Unterstützung erfahren.

Dafür bin ich sehr, sehr dankbar!

Und ich bin froh, dass mir nicht „geholfen“ wurde.

Es wären mir wohl einige unangenehme Erfahrungen erspart geblieben, wenn man mich einfach ruhiggestellt hätte. Doch was hätte ich dadurch gewonnen?

Aufgrund meiner Erfahrungen habe ich begonnen, zwischen „Hil-

fe“ und „Unterstützung“ zu unterscheiden. Ich will keineswegs jegliche Hilfe verdammen. Doch wir sollten unseren Blick dafür schärfen, was jeweils da grade passiert.

Wir müssen das Wort nicht aus dem Sprachgebrauch verdammen, aber wir müssen wissen, was gemeint ist.

Die „Hilfe“, die die meisten hier kennengelernt haben, ist übergriffig, entwürdigend, oft gar traumatisierend. Statt einen wohlthuenden geschützten Rahmen für unseren Genesungsprozess vorzufinden, sehen wir uns entmündigenden Strukturen ausgeliefert und müssen uns teils absurden Regeln unterwerfen.

Ich möchte an dieser Stelle gar nicht im Einzelnen darauf eingehen, was uns derzeit an psychiatrischer „Hilfe“ zu Verfügung steht oder gar aufgezwungen wird. Wir haben fast alle hier unsere Erfahrungen damit gemacht, diagnostiziert und behandelt zu werden.

Wir haben oft auch gar keine Wahl. Und wir werden in der Regel nicht für voll genommen.

Wir sind darauf angewiesen, den Fachleuten zu vertrauen

Den Ort, den wir in einer Krise bräuchten, gibt es oft nicht.

Trotz aller Erfolge, die in den vergangenen Jahrzehnten mit dem Soteria-Konzept erzielt wurden, wird es hierzulande kaum - und wenn dann meist halbherzig - umgesetzt.

Soteria steht für begleiten statt für behandeln.

Und das, obwohl die Ergebnisse für sich sprechen.

Das sogenannte Outcome ist wesentlich besser als die Ergebnisse, die durch symptomunterdrückende Behandlungsansätze erzielt werden

„Hilfe gibt es nicht“, sage ich immer wieder.

Kein Psychiater kann in Deinen Kopf gucken. Kein Psychiater kann die Verantwortung über Dein Leben übernehmen.

Um es kurz zu fassen - ich fand einen Weg aus dieser Krise als ich keine Hilfe mehr erwarten konnte. „ ...

Soweit das Konzept, das ich mir für den Vortrag „Hilfe! ...mir ist nicht zu helfen...?“ bis dahin vorbereitet hatte. Ich wusste, daß ich noch einiges mehr zu sagen hatte, hatte aber nicht geschafft, es aufzuschreiben. Als dann der Zeitpunkt für den Vortrag da war, spielte ich einige Töne auf meiner Bassflöte. Ein gutes Werkzeug für mich, auf meinen Atem zu achten und mich zu beruhigen. Dann fing ich an zu sprechen. Schon nach kurzer Zeit legte ich mein Manuskript beiseite, warf nur hin und wieder noch einen kleinen Blick hinein zur Orientierung. Ich hätte noch viel mehr sagen können, doch die Zeit, die für den Vortrag eingeplant war, ging ziemlich schnell vorbei.

Sehr gefreut habe ich mich dann über all die positiven Reaktionen. Meine Angst, bei diesem Vortrag zu versagen, hatte sich nicht bestätigt. Sehr ermutigend fand ich auch den Vorschlag eines Tagungsteilnehmers, ich solle doch meine Gedanken und Erfahrungen auch mit Menschen teilen, die bisher noch keine Erfahrung mit Psychiatrie sammeln mussten.

Ich danke noch mal allen, die mir so aufmerksam zugehört haben und von denen ich so viel wohlthuende und freundliche Rückmeldung bekommen habe.

AG 1 Wie kann ich eine Betreuung aufheben lassen?

Moderation: Joshua Dreyfus

1. Wer über die freie Willensbestimmung verfügt, darf nicht gegen seinen Willen betreut werden (§ 1896 Abs. 1a BGB). Die Fähigkeit zur freien Willensbestimmung meint die juristische Entscheidungsfähigkeit, also die Geschäftsfähigkeit. Im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung spricht man von Einwilligungsfähigkeit im strafrechtlichen Bereich von Schuldunfähigkeit bzw. umgangssprachlich von Zurechnungsfähigkeit.

Juristisch Entscheidungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) seiner Entscheidung erfassen kann und nach dieser Einsicht handeln kann oder könnte (vergl. BGH NJW 1972, 335; OLG Hamm FG Prax 1997, 64). Bei der Frage, ob ein Patient einwilligungsfähig ist oder nicht kommt es nicht drauf an, ob der Patient eine Entscheidung trifft, die der Arzt oder Betreuer oder die Mehrheit für vernünftig hält, sondern nur darauf, ob der Patient eine Entscheidung treffen könnte, die für vernünftig gehalten wird (vergl. Knittel/Seitz; BtPrax 1/2007, Seite 22).

Wer von einem Arzt ein Attest vorlegen kann, dass er über die Fähigkeit, den Willen frei bestimmen zu können, verfügt, wird sicher bessere Chancen haben, dass die Betreuung aufgehoben wird.

Der Betreuer ist verpflichtet das Gericht über Umstände, die eine Aufhebung der Betreuung ermöglichen, zu informieren (§ 1901 Abs. 5 BGB).

2. Auch durch das Einrichten einer Vorsorgevollmacht ist die Betreuung aufzuheben (§ 1896 Abs. 2 S. 2 BGB). Wenn eine Vorsorgevollmacht eingerichtet wird, wird dies voraussichtlich die Chancen, dass die Betreuung aufgehoben wird, vermutlich häufig deutlich verbessern. Um eine Vorsorgevollmacht einzurichten muss der Aussteller

zum Zeitpunkt der Unterschrift geschäftsfähig sein. Dies kann durch eine Beurkundung beim Notar (nicht Beglaubigung!) und/oder ein Attest vom Arzt über Fähigkeit, den Willen frei bestimmen zu können, nachgewiesen werden. Für die Frage ob eine Vorsorgevollmacht eingerichtet werden kann, reicht es, dass der Sinn und die Auswirkungen der Vollmacht verstanden werden (Knittel/Seitz; BtPrax 1/2007, Seite 22).

Der Bevollmächtigte muss geschäftsfähig sein. Das Gericht hat seine Eignung – etwa ob er aufgrund von Schuldeneinträge bei der Schufa hat - nicht zu prüfen. Es empfiehlt sich daher insbesondere bei hohem Vermögen mindestens einen Kontrollbevollmächtigten zu benennen.

3. Auch wenn die Geschäftsfähigkeit nicht nachgewiesen werden kann, kann dennoch ein ehrenamtlicher Betreuer vorschlagen werden, der nach ein paar Monaten vorschlagen kann, die Betreuung ganz aufzuheben. Das Gesetz verpflichtet das Gericht einen ehrenamtlicher Betreuer einem Berufsbetreuer vorzuziehen (§ 1897 Abs. 4 BGB). Ein Berufsbetreuer ist verpflichtet, dem Gericht mitzuteilen, das ein ehrenamtlicher Betreuer die Betreuung übernehmen kann (§ 1897 Abs. 6 S. 2 BGB).

Das Gericht prüft die Eignung und hat daher deutlich mehr Möglichkeiten den Vorschlag abzulehnen als bei einem Bevollmächtigten.

4. Eine Patientenverfügung, an die Ärzte, Betreuer und Bevollmächtigte gebunden sind, kann übrigens auch bei bestehender Betreuung eingerichtet werden (möglich bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit).

AG 2 Freunde, Bekannte, Verwandte –

Aufbau, Erhalt und Umbau der sozialen Beziehungen

Moderation: Matthias Seibt

Unter anderem wurde Folgendes besprochen:

- in der Krise merkt man, wer die wahren Freunde sind
- ein Freund ist ein Mensch, auf den man sich verlassen kann
- wie gewinnt man Freunde (Vereine, Volkshochschule, Kneipe)
- das ist schwierig, wenn man wenig Geld hat
- VHS-Kurse und Vereinsbeiträge über persönliches Budget
- kann man als zurückhaltender Mensch Freunde gewinnen?
- kann man Kontakte zu „Normalen“ aufbauen?
- merken die „Normalen“, dass ich besonders bin?
- Geld an Freunde und Bekannte verleihen – ist das klug?
- Smalltalk erlernen über Taxi fahren, kellnern, Arbeit als Friseurin
- Verwandte Pro und Contra
- insbesondere die Mutter hat oft eine zweiseitige oder zwiespältige Rolle

Etwa 8 Personen besuchten die AG. Trotz zwei dominierender Redner kamen alle zu Wort.

AG 3 „Vertrauen und Selbstfürsorge“

Moderation: Sabine Wolfrum

Eingenommen von der (inhaltlichen) Vielfalt unserer dargebotenen 9 oder 10 AGs fand ein jeder der TagungsteilnehmerInnen so zu dem Thema und den Psychiatrie-Erfahrenen, die ähnlich empfanden, um so Zeit und miteinander und zueinander sprechend zu sein.

Respektvoll sehend, dass mancher Workshop mehr Menschen an sich zog als andere, wurde es bei uns rasch deutlich und bestä-

tigt, dass unsere kleine Gruppe von 6,7 Leuten und an dem Thema „Vertrauen und Selbstfürsorge“ Interessierten genügend Raum bot, um von sich und etwas aus dem eigenen Erleben erzählen zu können.

Nicht nur das Alter, sondern auch der Erfahrungshintergrund der TeilnehmerInnen war sehr unterschiedlich, so dass es auch spannend, wie bereichernd war voneinander zu hören.

Das Vertrauen in sich selbst und zum anderen Menschen hin wird besonders in jenen Momenten hinterfragt, wenn es schwer fällt, dass Erlebte in Worte zu fassen, denn das Spektrum der Gefühle und Gedanken die in uns emporkommen, erfragt manchmal nach neuen Wegen, wie ich mit den Momenten großer Herausforderung, die sich in einer Ausnahmesituation verdeutlichen können, umgehen lerne.

Wegweisend ist das Bewahren an dem sich erfreuen der kleinen Schritte, die uns auf unserem Weg durchs Leben gehen tragen und

uns dahin führen, sich dem anzunähern, für sich selbst wie auch für andere Sorge(n) zu wollen und sich seiner selbst sicherer zu werden.

Hilfreich und auch für uns grundlegend waren u.a. auch das Infomaterial des Bundes- und Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, die in ihrem Reichtum an Wissen und politischer / gesetzlicher Grundlage genügend Motivation und Anregung bieten, etwas gutes für sich zu tun.

AG 4 „Gemeinsam, selbstbestimmt LEBEN, ARBEITEN, GENESEN und WERTE SCHAFFEN“

Moderation: Lutz Zywiki

Mit leicht wechselnden Teilnehmern nahmen an der Arbeitsgruppe durchschnittlich 8 Personen teil.

Die Mehrheit der Teilnehmer wohnt im Land Nordrhein- Westfalen.

Schon in der Vorstellungsrunde stellte sich die Frage, wieweit und in welcher Form die Psychiatrieerfahrung im Charakter und der Außendarstellung von möglichen Projekten eine Rolle spielen soll, als wichtig heraus.

In der Diskussion stellte sich heraus, dass Menschen im Alltag anders behandelt werden, weil ihnen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Oft werden sie als psychisch krank stigmatisiert. Dabei waren sich alle Teilnehmer einig, dass die Diagnosen so gut wie nichts von der Lebenswirklichkeit der mit ihnen bedachten wieder spiegeln.

Unter der Zustimmung aller wiesen einige Teilnehmer auf die grundsätzliche Bedeutung der gesellschaftlichen Verhältnisse für die Sicht von psychisch ungewöhnliches Verhaltens durch jeden einzelnen und von gesellschaftlichen Gruppen wieder.

Dies soll und muss bei der Erarbeitung von Projekten berücksichtigt werden.

Die Einstellungen der Teilnehmer zu ihren psychischen Zustand und ihre psychischen Erfahrungen sind sehr unterschiedlich.

Ein Teil der Teilnehmer sieht in ihren psychischen Erlebnissen eine temporäre Krise die durch eigene Aktivitäten und beistehender aber nicht überbordender Hilfe überwunden werden kann und dann für das weitere Leben eine untergeordnete Rolle spielt.

Aus dieser Einstellung heraus, leiteten diese Teilnehmer ab, dass in Projekten die Psychiatrieerfahrung nach außen keine Rolle spielen soll und nach innen eine untergeordnete Rolle.

Weitere Teilnehmer waren der Auffassung dass die besonderen Erfahrungen das weitere Leben der Betroffenen dauerhaft beeinflussen, die negativen Folgen dieses Erlebens aber in einem Genesungsprozess überwunden werden können.

Diese Teilnehmer gehen im privaten offen mit ihren besonderen Erfahrungen um und waren deshalb mehrheitlich der Auffassung dass die Psychiatrieerfahrung von Projektteilnehmern durchaus bekannt sein darf, sie den Charakter der Projekte aber nicht dominieren soll.

Einige Teilnehmer sind noch auf der Suche des öffentlichen Umgangs mit ihrer Diagnose.

Teilweise wurde deutlich, dass sie durch Projekte die offen mit den psychischen besonderen Erfahrungen ein Teil der Projektbeteiligten umgehen in ihrem eigenen offenen Umgang mit ihren Erfahrungen Unterstützung wünschen und auch erwarten.

Der AG Leiter, Lutz Zywicki, äußerte als einziger den Wunsch

Psychoseerfahrung/psychische Grenzzustände, Ver_rücktheit oder wie mensch das Kind sonst nennen will, durch zielgerichtete Projekte in der Öffentlichkeit positiv zu besetzen, ein positives Label zu schaffen.

Er stellte einen seiner irren Wünsche vor.

Zig verrückte Leute mit und ohne amtlicher Diagnose bekennen sich durch das Tragen von kreativ gestalteten T Shirts dazu, crazy birds zu sein.

Und das geilste daran sollte sein, dass sie diese T Shirts bei einem Projekt von amtlich Verrückten kaufen und damit die Kosten gedeckt werden können und idealer Weise noch ein kleiner Gewinn für andere crazy birds Projekte erwirtschaftet werden kann.

Diese oder ähnliche Arten des provokativen Zuehens auf die Mitmenschen wurde stark diskutiert.

Nach teilweise von wechselseitigem Missverstehens begleiteten intensiver Diskussion einigten sich die Teilnehmer auf nachfolgende Positionen des Umgangs mit unseren psychischen Erfahrungen.

Jeder Mensch kann und muss seinen persönlichen Umgang mit seinen Erfahrungen finden.

Dabei kann, sowohl der grundsätzlich offene Umgang mit der Psychiatrieerfahrung als auch das grundsätzliche öffentliche Verschweigen dieser Erfahrungen für den einzelnen eine sinnvolle Taktik des Genesungsweges sein. Der Regelfall wird irgendwo dazwischen liegen. All diese Umgänge können funktionieren, wenn dieser Umgang für die Betroffenen in sich stimmig ist und sie einen Freundes-, Familien- oder Bekanntenkreis haben, in dem sie mit ihren Erfahrungen anerkannt sind und wo sie sich über ihre Erfahrungen austauschen können.

Als Analogie wurde unter andern das Beispiel der Schwulenszene der früheren Jahre angeführt, in der ja auch viele ihre sexuellen Vorlieben in einem „inneren Kreis“ offen selbstbewusst lebten und trotzdem öffentlich strikt verheimlichten.

Projekte die von Psychiatrieerfahrenen geleitet oder mit getragen werden, brauchen klare Vereinbarungen über den öffentlichen Umgang mit diesen Psychiatrieerfahrenen.

Dabei müssen alle Projektbeteiligten den Grad der Verbindung des Projektes mit Psychiatrieerfahrung in der Öffentlichkeit voll mittragen.

Auch deshalb waren sich die Teilnehmer einig, dass sie sich alle nicht in einem gemeinsamen konkreten Projekt finden könnten, das sie sich aber gern gegenseitig bei Projekten unterstützen würden und es gut wäre wenn es einen unterstützenden Rahmen für selbstbestimmte Projekte geben würde.

Mit diesen Überlegungen im Hintergrund wurden dann grundsätzlich mögliche Betätigungsfelder für auch wirtschaftlich tragfähige selbstbestimmte Projekte besprochen.

Vor allem wurde darauf hingewiesen das erfolgreich für jeden Menschen etwas anders bedeutet und das es nicht in jedem Projekt um wirtschaftlichen Erfolg gehen muss.

Vor allem kreative künstlerische oder kunsthandwerkliche Tätigkeiten verbunden mit einer teilweise alternativen Lebens- und Konsumweise wurden als erfolgsversprechend und genesungsstiftend besprochen.

Auch kreative Internetnutzung und –gestaltung, sowie das ökologische Erzeugen gesunder hochwertiger Lebensmittel mit teilweiser Selbstversorgung mit diesen Produkten in Projekten wurde als gesundheitsfördernd und wirtschaftlich sinnvoll erörtert.

Zustimmung fand die Überlegung dass es überwiegend sinnvoll sein wird die möglichen Mitstreiter von Projekten unter allen sozial benachteiligten und auch darüber hinaus zu suchen.

Unterschiedlich wurden die konkreten Aktivitäten einer solchen Teilnehmersuche diskutiert.

Ob der „klassische Weg“ mit Infoflyern, die an Anlaufpunkten von sozial Benachteiligten verteilt werden gewählt werden sollte, oder ob es nicht viel sinnvoller sein würde, die viralen Effekte der Techniken des webgestützten Marketing zu nutzen, wurde diskutiert.

Obwohl die Teilnehmer sehr unterschiedliche Vorstellungen und Wünsche zur konkreten Projektarbeit haben, wurden dennoch konkrete Ergebnisse erzielt.

Lutz Zywicki wird anhand der website „prokulturgut.net“ prüfen, ob der Verein als Mantel für selbstbestimmte Projekte von Psychiatrieerfahrenen geeignet wäre.

Wenn dies möglich erscheint wird er mit Unterstützung von Monika Schwarz Kontakt zu diesem Verein aufnehmen.

Leider hat sich aufgrund kurzfristiger Themenänderungen auch eine weitere Arbeitsgruppe auf der Jahrestagung teilweise mit der Problematik unserer AG beschäftigt.

Da die Kontaktadressen mit den „Aktivisten selbstbestimmter Projekte“ der andern AG ausgetauscht wurden, wird es zu keinem Informationsverlust geben.

Obwohl die Arbeitsgruppe keine konkreten Ergebnisse hatte und es aufgrund der AG zu keinem konkreten Projekt kommen wird, schätzt die AG Leitung die Arbeitsgruppe als gelungen ein.

Die Ergebnisse der Diskussion über die grundsätzlichen Fragen des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung in selbstbestimmten Projekten kann für zukünftige Projekte eine Grundlage eigener Entscheidungen bilden.

Ich möchte die Möglichkeit des Berichtes über die AG nutzen, um eine noch auf der Jahrestagung entstandene konkrete Projektidee vorzustellen.

Fritz Rudert erzählte mir in der Nacht nach der MV, das Dorothea Buck, unsere Ehrenvorsitzende, zwar pflegerisch und medizinisch

gut versorgt wird, aber ihr Wunsch kreativ und selbstbestimmt ihr Leben in einer altersgerechten Soteria zu verbringen, in der sie auch weiterhin die Möglichkeit hätte zu malen, aufgrund finanzieller und anderer bürokratischer Hemmnisse nicht entsprochen wird.

Sicherlich könnte mensch sich jetzt lang und breit über das unmenschliche System aufregen oder gar erneut unberechtigte Gleichsetzungen der heutigen Psychiatrie und der dort Arbeitenden mit der NS Mordpsychiatrie äußern, aber das ist nicht meine Absicht.

Vielmehr schlage ich vor das wir uns bemühen die Ermöglichung von Dorotheas selbstbestimmten Lebensabend selbst in die Hand zu nehmen.

Wenn ich Fritz richtig verstanden habe, gibt es eine solche Soteria und wenn die Finanzierung von einigen tausend Euro pro Monat sichergestellt wäre, könnte Dorothea dort so leben, wie sie es sich wünscht.

Deshalb möchte ich mit andern interessierten BPE Mitgliedern kurzfristig einen Plan für eine zweckgebundene Spendensammlung entwickeln, um zum einen Dorotheas Wunsch finanziell abzusichern und zum andern eine Basis für die von Dorothea erträumten Stiftung für Opfer der aktuellen Zwangspsychiatrie mit zu legen.

Ich möchte in diesem Rahmen nicht näher auf meine Ideen eingehen.

Wie ich auf der Jahrestagung am Sonntag sehr dramatisch vorgetragen habe, bin ich im Gegensatz zu Matthias Seibt der festen Überzeugung, dass die heutigen Beschäftigten im psychiatrischen System, „die Täter“, mit den Mördern und Mordhelfern der NS Euthanasie Psychiatrie nicht viel gemein haben, sondern das es unter ihnen sehr viele gutwillige gibt, die sich auch im psychiatrischen System gefangen sehen.

<breites grinsen> Diese Personen und deren nicht unbeträchtlichen finanziellen Ressourcen, welche auch durch unsere Zwangsbeglückung ermöglicht werden<erneutes grinsen> sind ein zentraler Punkt meiner Überlegungen. Böswillige könnten es als modernen Ablasshandel bezeichnen, aber im Gegensatz zu Luthers und Tetzels Zeiten, gibt es kein Heilsversprechen fürs Geldgeben.

Also nicht der Slogan „Des Psychoklempners Seele in den Himmel springt, wenn's Geld für Dorothea im Kasten klinget“ <wieder ernst werdend>

Ich hoffe es finden sich weitere Mitstreiter für die Projektidee.

Die Kontaktemailadresse für die Aktion ist dorotheaskinder@freenet.net

So wie es meine Zeit trotz ganztägiger AUTOCAD Weiterbildung ermöglicht, werde ich meine Ideen auch bestmöglich verschriftlichen um sie mit den anderen, hoffentlich zahlreichen Mitstreitern zu teilen, um gemeinsam daraus ein konkretes Handlungskonzept zu entwickeln.

AG 5 Suizid und Suizidgedanken in der Selbsthilfe – Das Tabu brechen

Moderation: Kristina Dernbach

Mit 20 Teilnehmern war unser Arbeitsraum gut gefüllt. Es nahmen sowohl Überlebende von Suizidalität und/oder Suizidversuchen teil als auch Menschen mit indirekter Erfahrung als Angehörige, Kollegen, Ex-Inler und Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Wir haben uns sowohl mit dem derzeitigen Umgang der Gesellschaft mit dem Thema beschäftigt als auch mit hilfreicheren Alternativen. Weit verbreitet ist leider noch immer der Griff zur einfachen Erklärung: Suizidgedanken sind das Symptom einer Krankheit, die medizinisch behandelt wird. Dies gilt als ein aufgeklärtes Ver-

ständnis von Suizid, aber ist genauso wenig hilfreich, oft sogar schädlich, wie althergebrachte Vorurteile, etwa: Suizid ist feige, Suizid ist egoistisch etc. Wie kann Suizidalität anders verstanden werden, wie kommen wir unserer eigenen Wahrheit näher? Festgehalten wurde, dass Suizidgedühle bedeutsam sind: Wir brauchen so dringend eine Änderung in unserem Leben, dass wir lieber sterben würden, als weiterzuleben wie bisher, aber fühlen uns machtlos, diese Änderung zu erreichen. Sterben zu wollen weist uns auf etwas hin. Hier konnte jeder eigene Erfahrungen einbrin-

gen: Vereinsamung, tiefe Traurigkeit, Leere, Mobbing, Armut oder Perspektivlosigkeit. Wir sammelten Verhaltensweisen, die hilfreicher und respektvoller sind als das, was wir oft erleben und die in der Selbsthilfe umsetzbar sind: Da Sein, Akzeptanz der Suizidgedanken des anderen, Ehrlichkeit auch mit eigener Angst, zeigen dass es einem nicht egal ist, das Angebot zu reden oder etwas zu tun, das guttut, einen Zufluchtsort bieten. Zwangseinweisungen und Medikalisierung wurden als nicht hilfreich und bedrohlich erlebt. Sie führen dazu, dass Menschen nicht mehr über

ihre Suizidgedanken reden. Ideen für die Praxis: Suizidgedühle in der eigenen Gruppe oder Gemeinde zu einem Thema machen, über das man offen reden kann. Andere Menschen mit ähnlicher Erfahrung suchen. Trialogforen. Sich auf öffentlichen Veranstaltungen zum Thema Suizid oder Depression zeigen und der medizinischen Definition unser Erfahrungswissen entgegensetzen.

Ich verweise auf David Webb (Australien) und Will Hall (USA) und ihre Pionierarbeit zu Suizidgedühlen.

AG 6 Gründung einer MAISON D'ESPERANCE in Deutschland – wer will sich engagieren?

Moderation: Martin Urban

Lag bei Redaktionsschluss nicht vor...

AG 7 Ist Maßregelvollzug mit der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar?

Moderation: Doris Steenken

In meiner AG waren ca. 10 Teilnehmer/innen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen anwesend.

Darunter waren Betroffene, die selber in der Forensik eingesperrt waren, Angehörige, eine ehemaliger Mitarbeiter aus einer Forensik und einige, die noch nie mit dieser Thematik in Berührung gekommen sind. Dem entsprechend waren auch die Emotionen.

In der ersten Halbzeit der AG gab es einen regen Erfahrungsaustausch:

Zu erst berichtete ich über meine Erfahrung hinter den Kulissen der Forensikmauern und wie es dazu gekommen ist. (Siehe mein Erfahrungsbericht, der auch in diesem Rundbrief abgedruckt ist). Dann gab es weitere Erfahrungen von anderen Teilnehmern, die selber in der Forensik waren und von Angehörigen, die ebenfalls ihre Verzweiflung zum Ausdruck brachten. Ganz besonders habe ich mich auch über Ilona Haselbauer gefreut, die ebenfalls in meiner AG anwesend war und sehr ausführlich über ihre Erlebnisse in der Forensik berichtete und wie es bei ihr dazu gekommen war. Ihr Fall ist bereits in der Öffentlichkeit bekannt. Außerdem wurde auch über den Fall Gustl Mollath diskutiert.

Es wurde sehr schnell durch den verschiedenen Erfahrungen deutlich, dass viele Betroffene entweder wegen Bagatelldelikten in der Forensik und unverhältnismäßig lange dort einsaßen und andere, denen man Straftaten unterstellt hat, um diese in der Forensik für viele Jahre unterzubringen.

Vor vielen Jahren waren hauptsächlich, wie vom Gesetz vorgesehen, Mörder, Kinderschänder und Personen, die schwere Brandstiftungen begangen hatten, dort untergebracht. Damals wurden solche Häftlinge auch schneller wieder aus der Forensik in die Freiheit entlassen. Als es dann einige Male zu Rückfällen kam, indem von diesen Leuten wieder schwere Straftaten begangen wurden, gab sehr viele Proteste aus der Öffentlichkeit.

Weil die Sicherheit der öffentlichen Bevölkerung somit noch mehr in den Vordergrund rückte, und sowohl die psychiatrischen Gutachter als auch die Justiz keine Rückfälle mehr verantworten wollten, wurden die Unterbringungszeiten erheblich verlängert.

Da aus Sicherheit immer mehr Personen mit kleineren Delikten in die Forensik untergebracht wurden und somit auch viel mehr

Betten benötigt und gefordert wurden, wuchsen die Maßregelvollzugsanstalten wie Pilze aus dem Boden.

Somit landeten auch immer wieder „unbequeme“ Leute in die Forensik, die z.B. sich politisch für die Rechte einer Minderheit eingesetzt haben, oder wie bei Gustl Mollath, der versucht hatte, die Betrügereien seiner damaligen Ehefrau anzuzeigen, in die Forensik.

Wenn man, wie bei den Unterbringungsgesetzen, die Paragraphen des Maßregelvollzugsgesetzes ernst nimmt, könnte der Eindruck entstehen, dass dort keiner zu Unrecht eingesperrt und schlecht behandelt wird.

Leider ist auch hier das Papier sehr geduldig und in der Realität sieht es oft ganz anders aus.

Alle Forensik-Betroffene berichteten über unsägliche Zustände in den „Anstalten“.

In der zweiten Halbzeit haben wir uns überlegt, wie man damit nun umgehen könnte.

Wegen der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse finden wir es sehr wichtig, dass Forensikopfer sich vernetzen, um sich über ihre Erlebnisse auszutauschen, wie sie mit ihren Gefühlen umgehen und was man dazu beitragen kann, damit diese menschenverachtenden Zustände, die mit der UN-Behindertenrechtskonvention auf keinen Fall vereinbar sind, endlich ein Ende finden, usw..

Deshalb wünschen wir uns, dass eine Mailingliste „Stopp den § 63 StGB“ eingerichtet wird. Als wieder gewähltes BPE-Vorstandsmitglied würde ich mich darum kümmern.

Um in unseren Bundesverband eine Basis zu dieser Problematik zu finden, halten wir es für notwendig, dass sich der BPE-Vorstand zu den § 63 in Verbindung mit § 20 und § 21 positioniert.

Da wir die UN-Behindertenrechtskonvention für die Durchsetzung unserer Rechte für ein wichtiges Werkzeug ansehen, sollte der BPE-Vorstand Kontakt mit Politikern aufbauen, die für diese Thematik in den Ausschüssen zuständig sind, um Einfluss zu nehmen.

AG 8 Akten einsehen, Infos der anderen Seite recherchieren

Moderation: Jörg Bergstedt

Einsicht in die Unterlagen der „anderen“ Seite kann mindestens zwei Ziele haben:

1. Die Unterlagen zu sich selbst einsehen, um zu wissen, was Behörden, Kliniken, Ärzt_innen, Polizei usw. über eine_n gespeichert haben, was sie über eine_n denken und warum sie wie handeln. Solche Unterlagen gibt es z.B. bei „behandelnden“ Stellen, dort heißen sie Patient_innenakten. Auch Krankenkassen, Jobcenter usw. führen Akten. In der Regel kommt mensch an die auch ran, allerdings je nach Akte aufgrund anderer Gesetze. Oft lehnen diejenigen, die die Akten haben, das zwar ab, aber es lässt sich einklagen. Wahrscheinlich sind noch einige Verfahren nötig, bis alle Stellen kapiert haben, dass sie die Akten rausrücken müssen.
2. Politische Enthüllungen z.B. über Abläufe in Kliniken, Gerichten oder über die Zulassungen von Psychopharmaka, über Abwascherbelastung durch Medikamentengebrauch ... was auch immer: Mehrere Gesetze verschaffen den Zugang zu Akten bei Genehmigungs- oder Kontrollbehörden, in staatlichen Einrichtungen, Rathäusern usw.

In der Arbeitsgruppe wurden die verschiedenen Möglichkeiten vorgestellt. Sie hier aufzuzählen, ist nicht nötig, weil das alles im Internet verfügbar ist, u.a. über die Seite www.psychiatrieundknast.de über den dortigen Link auf die Unterseite „Akteneinsicht“.

Neben der Akteneinsicht gibt es etliche weitere Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, z.B.:

- Undercoverrecherche: Als „Dr. ...“, Toilettenwart, Cateringser vice in Veranstaltungen oder Labore reinkommen und zuhören/ Sachen fragen mit Tonbandmitschnitt. Als Presse anrufen und vieles mehr.
- Internetrecherche: Bei Google & Co. nicht nur blind Begriffe eingeben, sondern mit Steuerzeichen wie +, - oder Anführungs-

zeichen verbinden oder über die Seite „Erweiterte Suche“ gehen. Frühere Internetseiten z.B. über wayback.de hervor“zaubern“ oder in Firmenregistern danach wühlen, wem welcher laden gehört. Die Möglichkeiten sind vielfältig, die Gefahr, sich im Klick-Chaos und Anzeigenschungel zu verlieren, aber auch.

- Veröffentlichungen prüfen: Viele leitende Beamt_innen, Firmenchef_innen, Wissenschaftler_innen oder Politiker_innen schreiben Bücher, in (Fach-)Zeitschriften, halten Vorträge, geben Interviews und vieles mehr. Viele Texte sind einfach zugänglich, andere schlummern in Spezialbibliotheken.
- Vor Ort gucken: Namen auf Klingel- und Türschildern prüfen, Aushänge und Auslagen fotografieren oder mitnehmen, Aktivitäten beobachten ...
- Informant_innen suchen oder aufbauen: Kontakte nach „drinnen“, anonyme Kontaktmöglichkeiten für Whistleblower schaffen, Ehemalige, Entlassene und Gemobbte finden.

Allgemein überwog die Hoffnung, auf diese Weise besser aktionsfähig zu werden. Was leider nicht gelang, war eine weitergehende Verabredung zu systematischen Recherchen in Unterlagen z.B. von Überwachungsbehörden, Lehrbüchern usw. Klar war aber, dass mehr Originalzitate und Belege über Handlungen der anderen Seite für die kritische Auseinandersetzung der der Zwangspsychiatrie wichtig sein würden. Daher sei hier dazu aufgerufen, Dokumente über Willkür, Fehler, Rechtsbrüche, Fälschungen, entlarvende Aussagen aus der Psychiatrie und dem Umfeld zu sammeln und am besten gleich zu zusenden. Wichtig: Es geht nur um Fälle und Vorgänge, die an den Aussagen der offiziellen Stellen oder Psychiater_innen selbst (bzw. dort agierenden Personen) belegt werden können. Keine Berichte über solche Handlungen oder Papiere (höchstens zusätzlich). Rückfragen dazu, Zusendung solcher Unterlagen (falls digital) oder auch Mitwirkung an der späteren Zusammenstellung an: Jörg, Tel. 06401-903283 oder joerg@projektwerkstatt.de.

AG 9 Wohnverhältnisse von Psychiatrie-Erfahrenen

Moderation Uta Glatzle / Manuel Monno

Lag bei Redaktionsschluss nicht vor...

AG 10 Das neue Teilhabegesetz – Gesetzgebungsverfahren und Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt gemessen an der UN Konvention für Menschen mit Besonderheiten

Moderation: Sandra Errami

Am Samstag den 11.10.2014 haben wir auf der Jahrestagung in Kassel verschiedene AG's zur Auswahl gehabt. Ich entschied mich für AG 10 geleitet von Sandra mit dem Thema: „Das neue Teilhabegesetz – Gesetzgebungsverfahren und Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt gemessen an der UN Konvention – für Menschen mit Besonderheiten.“

Nach dem wir uns kurz kennengelernt hatten, entschieden wir uns, zwei Gruppen zu bilden. Die eine Gruppe erarbeitet die allgemeinen gesetzlichen Zusammenhänge und in der Gruppe in der ich war wurde über die Erfahrungen gesprochen die die Mitglieder in dieser Gruppe mit dem Teilhabegesetz gemacht haben.

Mit mir berichteten vier Personen von ihren Bemühungen der Teilhabe

in der Arbeitswelt. Leider habe ich die Namen der zwei Frauen und des Mannes vergessen.

Die eine etwa 50 Jährige Frau kam aus Bayern. Sie berichtete, dass sie Sozialpädagogik studiert und sehr gut abgeschlossen hat. Dann ist sie in die Psychiatrie gekommen. In der WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen) war sie nicht zufrieden und äußerte Kritik. Sie sagte sie war unbequem gewesen und wurde als zu krank abgestempelt und aus der WfbM geworfen. Sie berichtete das es für Menschen mit offizieller Schwerbehinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein besonderer Kündigungsschutz besteht, denn wenn man dort gekündigt wird gilt diese nur mit Zustimmung des Versorgungsamtes. Diesen Schutz hatte sie trotz eines Schwerbehindertenausweises in der WfbM nicht. Sie berichtete das es auch von Gewerkschaften Gruppen für Arbeitslose

gibt. Außerdem sagte sie das sie Mitglied im VdK (Verband Deutscher Kriegsopfer) sei. Bei diesen Organisationen kann man bei einem geringen Mitgliedsbeitrag (2,50 €/Mo. für die Gewerkschaft und 7,50 €/Mo. für den VdK) Rechtsberatung von auf Sozialrecht spezialisierten Rechtsanwälten bekommt.

Eine weitere junge Dame (etwa 25 Jahre alt) berichtete, dass sie Musik studierte und dann psychische Besonderheiten entwickelte. Sie erfuhr von einer Sozialarbeiterin das sie bei der Bundesagentur für Arbeit eine Berufsausbildung als berufliche Rehabilitation beantragen kann. Sie sprach also bei der Rehaberatur in der Arbeitsagentur vor. Was sie nicht wusste, war das sie den Antrag (auf berufliche Reha)schriftlich hätte abgeben müssen. Sie wollte eine drei jährige Ausbildung machen. Die Rehaberaterin lehnte dies ab, mit der Begründung, dass nur max. zwei jährige Ausbildungen finanziert werden. Sie wollte dagegen angehen und konnte aber nichts erreichen weil sie keinen schriftlichen Bescheid bekam. Sie musste erst schriftlich einen Antrag stellen und bekam dann einen schriftlichen rechtsmittelfähigen Bescheid gegen den sie eine Widerspruch auch wieder schriftlich einlegen konnte. Der negative Bescheid wurde von der Widerspruchstelle bestätigt. So musste sie den Klageweg beim Sozialgericht angehen. Sie begründet in ihrer Klage das ihr laut Gesetz das Wunsch- und Wahlrecht (WuW) zusteht.

Einem Jungen Mann (etwa 25 Jahre alt) ging es ähnlich. Er hatte den Hauptschulabschluss gemacht. Er ist psychiatrieerfahren, kam in eine WfbM. Er stellte den Antrag auf eine Ausbildung zum Schreiner. Dies wurde abgelehnt. Er klagt jetzt sein WuW vor dem Sozialgericht ein.

Die Schule schloss ich mit einer FHR (Fachhochschulreife) schulischer Teil ab. In den Sommerferien zwischen der 12 II und 13 I hatte ich eine psychische Dekompensation mit der ich in die Psychiatrie kam. Ich wollte eine Ausbildung zum Bürokaufmann (BK) in einem BFW (Berufsförderungswerk) machen und mit der zwei jährigen Ausbildung hätte ich die allgemeine FHR erworben, damit wollte ich studieren. Das BFW war dagegen, denn Ziel des BFW's ist es in Arbeit zu vermitteln weil es dafür hohe Prämien von den Kostenträgern gibt. Wäre ich nach der Ausbildung erst noch studieren gegangen hätte es mit der Vermittlung nicht geklappt. Also legte das BFW mir und der AA (Arbeitsagentur) dar das ich die 1,5 jährige Ausbildung zum Büropraktiker (BP) wahrscheinlich absolvieren könnte und mir laut der Psychologischen Tests der IQ zwar ausreichend für den BK (Bürokaufmann) wäre, ich aber psychisch nicht belastbar genug wäre, um den BK zu machen. Ich lehnte zunächst ab BP zu werden. Und fragte meine Rehaberaterin bei der AA ob sie mich nicht trotzdem zum BK ausbilden könnten weil mein WuW dem entsprechend zu berücksichtigen sei. Die Rehaberaterin von der AA erklärte mir dann das, dass „Urteil“ des BFW's schwerer wiegen würde als mein WuW. Ich klagte nicht und machte doch die Ausbildung zum BP und schloss sie mit sehr gut (1) vor der IHK ab. Einen Job in diesem Beruf bekam ich nicht. Momentan bin ich in einer WfbM.

Fazit: Recht haben und Recht bekommen sind zwei verschiedenen Welten. Denn Papier ist geduldig.

Ergänzung: ein Mitglied der Gruppe hatte, ähnlich der Sozialpädagogin, nach familiären Problemen dekompenziert. Auch Ihr wurde die Werkstatt (WfbM) empfohlen.

Sie entschied sich für ein ein-bis zweijähriges Training on the job beim HfpK (Hilfe für Psychisch Kranke) um auf den regulären Arbeitsmarkt zu kommen und die Belastung schrittweise zu steigern. Der Kostenträger drückten sich fast ein Jahr um Maßnahmen mit einem Streit zwischen RV (Rentenversicherer) und ARGE. Nach über einem

Jahr hatte sich die in Aussicht stehende Anstellung in Luft aufgelöst, der Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben / Fördermittel war der Sache nach bestätigt. Auch hier hatte man vom WuW nicht mal gehört. Derzeit... Großes Fragezeichen. Wer ähnliches erlebt kann sich unter teilhaben_se@yahoo.de der AG anschließen.

P.s.: Der überarbeitete Petitionstext anbei:

Neue Begründung: Gesetzliche Regelungen für die Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen sind gerade im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland längst überfällig. Das Forum behinderter Juristinnen und Juristen hat hierfür einen Entwurf für ein Gesetz zur Sozialen Teilhabe vorgelegt und auf Bundesebene wird intensiv über die Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes diskutiert.

Welche Benachteiligungen behinderte Menschen derzeit noch erleben und welche Verbesserungen die Vorschläge für gesetzliche Regelungen für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen bringen würden, können Sie auf der Internetseite www.teilhabe-gesetz.org nachlesen. Vor allem müssen mit dem Bundesteilhabegesetz die einkommens- und vermögensunabhängigen Hilfen außerhalb des Sozialhilferechts, ein einkommens- und vermögensunabhängiges Bundesteilhabegeld sowie der Vorrang für die Inklusion geregelt werden.

Gehörlose Menschen müssen heute immer noch mit einem Flickenteppich der Unterstützung leben, denn jedes Bundesland hat eigene Regelungen. Diese reichen von Null Euro in den meisten Bundesländern bis über 200 126 Euro in Berlin des sogenannten Gehörlosengeldes. Selbst die 250 126 Euro reichen nicht für ein gleichberechtigtes Leben in einer hörenden Welt aus, zumal kürzlich auch noch die Gebärdensprachdolmetscher-Honorare um 30 % auf 75 Euro pro Stunde erhöht wurden. Gleiches gilt für hochgradig schwerhörige und ertaubte Menschen, die der Gebärdensprache nicht mächtig sind und auf Schriftdolmetscher angewiesen sind.

Zudem müssen behinderte Menschen getreu dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ selbst in die Entwicklung des Bundesteilhabegesetzes einbezogen werden und eine gute Beratung und barrierefreie Informationen erhalten.

Es kann nicht sein, dass behinderte Menschen, ihre PartnerInnen und Angehörigen nicht mehr als 2.600 Euro ansparen dürfen, nur weil sie behinderungsbedingte Hilfen vom Staat benötigen. Es kann nicht sein, dass es keinen angemessenen Nachteilsausgleich für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen gibt, so dass ihnen die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft erschwert wird. Und es kann nicht sein, dass behinderte Menschen immer noch auf Sondersysteme verwiesen werden, anstatt mitten in der Gemeinde lernen, arbeiten und leben zu können.

Um die soziale Teilhabe behinderter Menschen wirklich erreichen zu können, brauchen wir vor allem aber auch Ihre Unterstützung für diese Petition und weitere Aktivitäten für ein gutes Bundesteilhabegesetz.

Petition: Teilhabegesetz JETZT!!! - Online Petition

Gesetzliche Regelungen für die Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen sind gerade im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland längst üb...

Auf www.openpetit... anzeigen

Vorschau nach Yahoo

Unterstützungslisten: <https://www.openpetition.de/pdf/unterschriften-formular/teilhabegesetz-jetzt>

Peter Lehmann

Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise¹

Was kann der oder die einzelne Psychiatriebetroffene tun, um in psychosozialen Krisensituationen die Selbstbestimmung zu fördern und zumindest teilweise durchzusetzen?

Die Psychiatrie beinhaltet allgemeine ethische Probleme: ihre prinzipielle Überforderung durch den Anspruch, als medizinische (und naturwissenschaftliche) Disziplin psychische Krisensituationen überwiegend sozialer Natur lösen zu wollen; ihre bedrohliche Gewaltbereitschaft; die Verstellung des Blicks auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft durch die psychiatrische Diagnostik und die Fortführung der Pathologisierung störender und unbequemer Sinnes- und Handlungsweise als »psychisch krank« (also nicht zu verantworten, behandlungsbedürftig und potenziell gemeingefährlich); die Ausrichtung ihrer Diagnostik und Behandlung an den Interessen der Pharmaindustrie.

Menschen in überwiegend organisch bedingten psychischen Notsituationen landen ebenso in der Psychiatrie wie Menschen in psychischen Krisensituationen. Medizinische Hilfeleistung kann bei Ersteren nicht nur lebensrettend sein; bei Menschen in lebensbedrohlichen Zuständen, die ihren Willen in dieser Notsituation nicht äußern können, ist sie zudem rechtlich vorgeschrieben.

Die Vielfalt der Probleme, Wertvorstellungen, Interessen, Lebensumstände und Herangehensweisen der Betroffenen lässt keine einfache Antwort auf die eingangs gestellte Frage zu.

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

Das im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Recht verlangt vom psychiatrischen Personal, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden, wobei alle Rechtsprinzipien – auch das der Verhältnismäßigkeit – gewahrt werden müssen. Die Behandlungsmaßnahmen selbst müssen auf die konkrete Person und Situation bezogen sein und dürfen keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten. In Deutschland wird die Rechtslage durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So erlaubt § 630d I 3 BGB (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet ist:

»Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.«

§ 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers) verfügt ebenfalls, dass die Notfallbehandlung am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen orientiert sein muss:

»Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.«

§ 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) verpflichtet jedermann zur Hilfe, wenn ein Mensch in Not ist:

»Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.«

Ärztinnen und Ärzte unterliegen einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung, der Garantenpflicht. Damit ist ihre Beistands-

pflicht gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden. Die Garantenpflicht ist durch § 13 Absatz 1 StGB (Begehen durch Unterlassen) geregelt:

»Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.«

Damit ist gemeint: Wer ein Delikt nicht verhindert, macht sich strafbar, wenn er es hätte verhindern müssen und wenn durch sein Unterlassen die den Schaden herbeiführende Tat möglich wurde.

Der Psychiater, so stellt es die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) in ihrer nachfolgend in Auszügen dargestellten »ethischen Stellungnahme zu Selbstbestimmung und Zwang« vom 23. September 2014 dar, befinde sich

»... in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Respekt vor dem Patientenwillen einerseits, dem gesundheitlichen Wohl des Kranken und der Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber selbstbestimmungsunfähigen, hilflosen und hilfebedürftigen Menschen andererseits sowie den Interessen von Angehörigen, Institutionen und Gesellschaft.«²

Als Reaktion auf zurückliegende Kritik am Begriff der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit, der allzu deutlich macht, dass Psychiater einzig eine Zustimmung zu vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu akzeptieren gewillt sind, jedoch keine Ablehnung, verwendet die DGPPN neuerdings den Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit,

»... da dieser nicht nur die Fähigkeit zur Einwilligung (>consent<), sondern auch zur Ablehnung (>dissent<) berücksichtigt.«

Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen komme auch darin zum Ausdruck, so die DGPPN,

»... dass man ihn vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützt. Dieser Aspekt ist in der Psychiatrie von besonderer Bedeutung, weil akute oder chronische psychische Erkrankungen sowie angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen die Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben können. Beispielsweise können halluzinierte Befehle zur Selbsttötung die Selbstbestimmungsfähigkeit ebenso aufheben wie das aufgrund einer schweren Demenz fehlende Verständnis eines Patienten für den lebensrettenden Charakter eines medizinischen Eingriffes (z. B. einer Operation).«

Bei Patientinnen und Patienten, die vorübergehend die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren hätten, kann nach DGPPN-Meinung Zwang gerechtfertigt sein, und zwar typischerweise bei:

»(I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophrenen Wahns mit selbstzerstörenden Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten (ausgetrockneten – P.L.) Demenzkranken, die das Trinken verweigern; Gabe lebenswichtiger Medikamente (z. B. Insulin) bei depressivem Negativismus und gleichzeitigem Diabetes mellitus; Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei einem lebensbedrohlichen Alkoholentzugsdelir.

(II) Fremdgefährdung: Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei Fremdaggressivität im Rahmen eines psychotischen oder drogenbedingten Erregungszustands. Hierbei wird durch adäquate antipsychotische Medikation die dem Erregungszustand zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt.«

Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich konkreten psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen wird von der DGPPN dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt:

»Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.

Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können. Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).

Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fä-

higkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.«

Verstehen die Betroffenen Risiken und potenzielle Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne, beurteilen sie die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation, verweigern sie Krankheitseinsicht, stellen sie die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel und treffen sie eine Entscheidung im Lichte von Psychiatern nicht akzeptierter Alternativen: dann müssen sie damit rechnen, dass man sie als selbstbestimmungsunfähig einordnet und ihnen psychiatrische Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) – und in letzter Zeit immer häufiger auch Elektroschocks³ – gewaltsam verabreicht. Nur Optimisten würden glauben, dass mit der DGPPN-Stellungnahme der Anspruch der Psychiater, das letzte Wort über die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks zu haben, der Vergangenheit angehört.

Die dargestellte Rechtssituation und die zitierte Haltung der DGPPN zeigt, dass Psychiatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern, erhalten oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, sich rechtzeitig mit den Positionen derer beschäftigen sollten, die später möglicherweise über ihr Wohl entscheiden wollen.

Gemutmaße Anlasskrankheiten

Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich kaum objektiv beurteilen. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Da die Feststellung von Gefahrenwahrscheinlichkeit in der Regel nicht auf objektiv messbaren Kriterien fußt, sondern – so die Rechtsanwälte Wolfgang Kalek (Berlin) und Kollegen – auf einer »sachverständig« beratenen, intuitiv-subjektiven Einschätzung der Behandler oder des Gerichts, komme es mangels ausreichend belegter, rein statistischer Prognosekriterien zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es gehe nicht mehr um die spezifische Situation von individuellen Patientinnen und Patienten; die Wahrscheinlichkeitsaussage zu ihrer Gefährdung werde lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Menschen verglichen.⁴ Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, werde Zwangsbehandlung mit dem zweifelhaften Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt, die als unbestimmter und sich wandelnden subjektiven Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff gelte und für die es keinen Standard gebe.

Die Chancen Betroffener bleiben schlecht, wenn sie um ihr Einverständnis mit der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gefragt werden. Mit der Frage nach dem Einverständnis wird zwar die Selbstbestimmungsfähigkeit bescheinigt (andernfalls müsste gar nicht erst gefragt werden). Ein Einverständnis mit der Verabreichung wird grundsätzlich als kompetente Entscheidung betrachtet, eine Ablehnung dagegen gerne als Krankheitssymptom und Nachweis der Selbstbestimmungsunfähigkeit. Das mache die Verabreichung notwendig – ein von außen leicht zu durchschauender Zirkelschluss.

So erfolgt eine willkürliche Abwägung der Menschenrechte unterschiedlicher Personengruppen gegeneinander, wobei über-

gangen wird, dass ein Teil der Personen ohne belegbare Not – quasi als Kollateralschaden – einer Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wird: alleine auf Grund der Tatsache, dass dieser Personenkreis einer anderen Personengruppe zugeordnet wird, mit der er möglicherweise nichts zu tun hat.

Die Folgen traumatisierender Missbrauchserfahrungen (speziell bei Frauen), die sich als akute psychosoziale Krisensituationen darstellen können, sowie die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt ignoriert man in der Psychiatrie; bedauert wird einzig das Misstrauen, das die Betroffenen verständlicherweise in ihre Peiniger entwickeln. So erklärt die DGPPN scheinbar selbstkritisch:

»Es darf (...) nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.«

UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsbehandlung

Um eine psychiatrische Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen, die psychische Störungen zeitlich begrenzen könne, seien – so Rolf Marschner, Münchner Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht – besondere Gesetze für Psychiatriepatientinnen und -patienten unverzichtbar. Maßnahmen wie psychiatrische Zwangsbehandlung könnten gemäß Artikel 5 (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) Absatz 4 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geradezu erforderlich sein, um die tatsächliche Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung herbeizuführen. In jenem Artikel wird einschränkend gesagt:

»Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.«

Dabei interpretiert Rolf Marschner die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse. Den Widerspruch, dass die seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, oft zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka wiederhergestellt werden soll, berücksichtigt er allerdings nicht, wenn er die UN-BRK wie folgt interpretiert:

»Keine Diskriminierung im Sinn der UN-BRK liegt dagegen vor, wenn die Zwangsbehandlung der Abwehr von Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen selbst dient sowie dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist. (...) Ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit kann daher im Ausnahmefall auch

damit begründet werden, die seelische Unversehrtheit wiederherzustellen.«⁵

Psychiatrie und Lebensgefahr

Doch nur zu oft geht lebensgefährlichen Zuständen psychiatrischer Patientinnen und Patienten eine psychopharmakologische Behandlung voraus, die nach psychiatrischem Duktus lebensrettend sei oder eine erhebliche Gesundheitsgefahr verringere. Eine Vielzahl psychiatrischer Behandlungen produziert jedoch Schäden aller Art inklusive körperlicher Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika.⁶ Die Vorzeichen behandlungsbedingter möglicherweise chronisch oder tödlich endender Erkrankungen⁷ sind zwar bekannt, doch werden die Betroffenen darüber nicht aufgeklärt. Zudem bekommen sie in aller Regel keine Hilfe bei der Überwindung behandlungsbedingter Schäden. Juan Méndez, UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, stuft die zwangsweise kurz- wie auch langfristige Verabreichung von Elektroschocks und persönlichkeitsverändernden Medikamenten wie zum Beispiel Neuroleptika als Folter ein und ordnet zwangsbehandelte psychiatrische Patientinnen und Patienten der Gruppe der Folteropfer zu.⁸

Lebensgefahr für die Betroffenen besteht bei einer Vielzahl psychiatrischer Syndrome, beispielsweise febriler Katatonie (Krankheitsbild mit motorisch-muskulärer bzw. mentaler Anspannung, Raptus (plötzlicher Erregungszustand mit Bewegungsturm) oder Malignes Neuroleptisches Syndrom (MNS; behandlungsbedingter lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen).⁹ All diese Symptomenkomplexe, die mit verminderten kognitiven Fähigkeiten bis hin zu Bewusstlosigkeit einhergehen und den Betroffenen außerstande setzen, eine informierte Zustimmung zu einer notwendigen Behandlung geben zu können, können Eingriffe von außen erfordern. Auch akute und möglicherweise behandlungsbedingte Suizidalität kann dazu führen, dass psychiatrisch Tätige im Rahmen ihrer Garantenpflicht tätig werden. Manche Situationen entstehen im Verlauf einer Krise unvorhersehbar und unabwendbar, andere behandlungsbedingt und damit bedingt vorhersehbar. Leicht ließe sich zu Beginn einer einvernehmlichen Behandlung im Rahmen der erforderlichen Aufklärung über Risiken und Alternativen eine Behandlungsvereinbarung für den Fall eines neuroleptikabedingten MNS oder anderer vegetativer Entgleisungen abschließen, damit auch im Krisenfall das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten gewahrt bliebe. Nähme man Suizidalität als Gefahrenquelle ernst, würde sich die – insbesondere gewaltsame – Verabreichung von Neuroleptika mit ihrer potenziell suizidalen Eigenwirkung¹⁰ von selbst verbieten. Febrile Katatonie ist ein weiteres gutes Beispiel, um die Problematik psychiatrischer Behandlung zu diskutieren. Während diese Symptomatik einigen Ärzten als Indikation für Elektroschocks gilt, haben andere erkannt, dass sich die Symptome mit weit weniger invasiven Methoden – Spasmolytika (krampflösende Mittel wie zum Beispiel Dantrolen) oder spezielle Benzodiazepine (wie zum Beispiel Lorazepam) – risikoarm behandeln lassen. Darüber hinaus können Ärzte mit einem »katatonen Dilemma« konfrontiert sein: Dieses besteht aus der möglichen Verwechslung von febriler Katatonie mit einem diagnostisch schwer unterscheidbaren MNS oder mit febriler Hyperthermie (behandlungsbedingter und ungewöhnlich lange anhaltender Fieberzustand, einhergehend mit Bewusstseinstörung, Kreislaufkollaps und Krampf-

anfällen). Eine die Lebensgefahr steigernde Fehlbehandlung ist bei diesem Dilemma programmiert.¹¹

Krisenbewältigung ohne Psychiatrisierung

Berichte über Wege, Krisen ohne Psychiatrisierung durchzustehen, liegen in vielfältiger Form vor.¹² Hierzu zählen das Verlassen gefährlicher Orte, Rückzug in die Stille und an sichere Orte, beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, Dabeisein, Zugehen auf hilfsbereite Menschen, expressive künstlerische Tätigkeit, Schreiben, bewusste und balancierte Lebensführung, spezielle Ernährung, ausreichend Schlaf und vieles mehr. Als wesentliche Elemente gelten unaufdringliche Zuwendung und soziale Unterstützung.

Selbsthilfegruppen mit undogmatischer Ausrichtung und respektvollem Umgang untereinander können in Krisensituationen weitreichende Unterstützung leisten. Sie haben allerdings auch ihre Grenzen, wenn beispielsweise zu wenig stabilen Gruppenmitgliedern zu viele Hilfesuchende gegenüberstehen.¹³ Vorsicht ist geboten, wenn sich Gruppenmitglieder einer sogenannten Psychoedukation unterziehen ließen: dann wurden sie in aller Regel belehrt, dass psychosoziale Krisen biologische Ursachen haben und einzig mit Psychopharmaka neutralisiert werden können.¹⁴ Gern empfehlen sie diese chemische Form von Krisenbewältigung anderen als Patentrezept. In seinem Beitrag in dem Buch »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« gestattet David Webb aus Melbourne, ehemaliges Vorstandsmitglied des Weltnetzwerks von Psychiatriebetroffenen, einen kritischen Blick auf die dunkle Seite so mancher Selbsthilfegruppe, egal ob von Psychoedukation betroffen oder nicht, wenn er schreibt:

»Eine der nervigsten Sachen während meines Kampfes waren all die Leute, die glauben, dass das, was ihnen geholfen hat, mir auch helfen könnte. Der Weg zur Freiheit ist einzigartig und höchst persönlich.«¹⁵

Nichtsdestotrotz sind individuelle und organisierte Selbsthilfe ein wesentlicher Faktor für die Krisenbewältigung. Sind keine Selbsthilfemöglichkeiten vorhanden, bietet sich an, Unterstützung bei humanistisch orientierten Psychotherapeuten zu suchen.¹⁶

Manchmal sind Probleme so drängend und gewaltig, dass weder mit Selbsthilfe noch mit psychotherapeutischen Verfahren eine rasche Abhilfe möglich scheint. Personen, die den Schutz einer Einrichtung wünschen, sollten sich rechtzeitig über solche mit humanistischer Ausrichtung wie zum Beispiel Krisenpension, Windhorst, Soteria, Weglaufhaus etc. informieren und prüfen, ob im Fall des Falles eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse möglich ist. Nichtpsychiatrische Alternativen im Falle akuter psychischer Probleme sowie Wege zu einer Behandlung, die die Menschenrechte respektiert, sind in dem Buch »Statt Psychiatrie 2« dargestellt.¹⁷ Informationen stehen auch im Internet auf der Website des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) in der Rubrik »Wohin in der Krise?«¹⁸

Bei einer Psychiatrisierung besteht nach wie vor die Gefahr, dass psychosoziale Krisensituationen psychiatrisch Tätigen zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen dienen – zum gesundheitlichen »Wohl« der Betroffenen. Die DGPPN schreibt:

»In einer kleinen Gruppe von psychisch schwer erkrankten Patienten kann jedoch die Situation auftreten, dass selbstbestimmungsunfähige Patienten sich und Dritte in einem Ausmaß gefährden, dass zu ihrem gesundheitlichen Wohl Zwangsmaßnahmen erforderlich sind.«

Betroffene sowie Außenstehende können eine Beschwerdestelle einschalten, sofern vorhanden. Die Dokumentation unerwünschter Auswirkungen von Psychopharmaka und Elektroschocks und die Überreichung der Dokumentation an psychiatrisches Personal unter Zeugen vermitteln in subtiler Weise, dass Beweise für eine Anzeige wegen bedingt vorsätzlicher Körperverletzung gesammelt werden und legen ihm nahe, von seinem Tun abzulassen. Sinnvoll ist zudem ein freundlicher Hinweis bei der Überreichung der Dokumentation, der Psychiater möge »die Medikation anpassen«. Um ihn im Schadensfall zur Rechenschaft zu ziehen, sollte man insbesondere die frühen Warnzeichen für eventuell chronisch oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen kennen.⁷

Psychopharmaka und Expertenmonolog ohne Ende?

Personen, die in psychosozialen Krisen psychiatrisiert wurden, werden in aller Regel mit einem Mix an Psychopharmaka entlassen. Aufgrund der psychiatrischen Ideologie, psychische Probleme seien ganz oder teilweise genetisch bedingt, versteht es sich von selbst, dass im sogenannten Arztbrief eine zeitliche Begrenzung der angeordneten Verabreichung von Psychopharmaka sowie Hinweise auf mögliche Entzugserscheinungen fehlen. Sofern die Betroffenen Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Neuroleptika in Selbstbestimmung absetzen wollen, müssen sie mögliche Entzugsprobleme und Wege zu deren Minimierung kennen und sich – vergleichbar der Situation nach einem Herzinfarkt – mit den Risikofaktoren für ihre eigenen psychosozialen Krisen und für die Psychiatrisierung beschäftigen. Im Idealfall werden sie ihre Lebenssituation so ändern, dass sie im Wissen um eigene Verletzlichkeiten (und die anderer Leute) gestärkt aus der Krise hervorgehen.

Stehen nach der Entlassung aus der Psychiatrie Maßnahmen wie Einzelfallhilfe, betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaft oder Tagesstätte an, besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen ihren Objektstatus behalten, dass also weiterhin über ihre Köpfe hinweg entschieden wird. Anreize, das System der Eingliederungshilfe (SGB XII) und den psychiatrischen Komplex insgesamt zu verlassen, werden von den Trägern gemeindepsychiatrischer Einrichtungen eher nicht gesetzt. Deren finanzielle Absicherung ist mit ihrer ausreichenden Auslastung verquickt. Eine empowermentfördernde Praxis gilt als mühsam, bedeutet aufgrund möglicher Veränderungen routinierter Abläufe bürokratischen Mehraufwand und birgt zudem das Risiko, mit der Obrigkeit, zu der auch an der Spitze von Entscheidungshierarchien stehende Psychiater zählen, in Konflikt zu geraten. In sogenannten Steuerungsunden der Eingliederungshilfe, wo die Betroffenen eigene Vorstellungen von Betreuung für den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) einbringen könnten, stehen sie einzeln der konzentrierten Macht, Sprachgewalt und Routine des gemeindepsychiatrischen Apparats gegenüber – oft unter lähmendem Einfluss persönlichkeitsverändernder Psychopharmaka. Meist verzichten sie auf die Teilnahme an diesen Runden (oder man entscheidet fürsorglich für sie, dass sie besser draußen bleiben), zum Beispiel wenn abzusehen ist, dass sie einer tribunalähnli-

chen Situation ausgesetzt werden. Sind sie anwesend, stellt man ihnen gerne Suggestivfragen, um ihre Zustimmung zu den vorgeschlagenen Hilfen für die Leistungserbringer zu erheischen. Dieselbe Ohnmacht erleben Betroffene, wenn bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern der Eingliederungshilfe Recovery-fördernde Persönliche Budgets (SGB IX in Verbindung mit SGB XII) und Zielvereinbarungen mit Fallmanagern ausgehandelt werden sollen. Hilfreich wäre, wenn sie zu solchen Terminen von Unterstützern ihres Vertrauens begleitet würden, sie feste und leicht erreichbare Ansprechpartner hätten, ihre Eigenständigkeit in der Zielvereinbarung eine wesentliche Rolle spielte und eine unterstützende Beratung stattfände, die sich flexibel an den Wünschen des einzelnen Betroffenen orientiert.¹⁹

Das Ende des »Experten«-Monologs insbesondere beim Übergang aus der Akutpsychiatrie in das gemeindepsychiatrische System wäre jedoch so überraschend wie die sofortige Bereitschaft zu einem Runden Tisch zwecks Aufarbeitung psychiatrischer Menschenrechtsverletzungen seitens der Landesorganisationen psychosozial Tätiger oder die Forderung nach einer Traumatherapie für Psychiatriegeschädigte. Schließlich ist das Hauptziel gemeindepsychiatrischer Nachsorge, die Langzeitverabreichung von Psychopharmaka sicherzustellen.²⁰ Gemeinenahe Außenstellen hatte schon vor über einem halben Jahrhundert der Psychiater Harald Neumann herbeigesehnt, um das »Halten von Schizophrenen« außerhalb von Anstalten pflegeleicht gestalten zu können. 1961 kündigte er in der damals praktizierten unverblühten Ausdrucksweise an:

»Im Vorgriff auf die weiteren Ausführungen sei vermerkt, dass in Zukunft wahrscheinlich die Hauptaufgabe jeder nachgehenden Fürsorge der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sein wird, die Dauermedikation entlassener schizophrener Kranken zu überwachen, um möglichst viele Kranke draußen halten zu können.«²¹

Das düsterste Kapitel nach der Entlassung ist wohl die nahezu vollständige Verweigerung von Unterstützung, wenn Psychiatriebetroffene den Entschluss treffen, die verordneten Psychopharmaka nicht weiterhin einnehmen zu wollen. Gute Arztpraxen – die es vereinzelt gibt und von deren Existenz man am ehesten in psychiatrieeunabhängigen Selbsthilfegruppen erfährt – sind meist überfüllt. Viele Absetzwillige vergeuden viel Energie, um einen Arzt zu finden, der geneigt ist, verringerte Dosierungen zu verordnen, über Entzugsprobleme zu informieren und sich gar ihre Sorgen anzuhören. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgchancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des »Coping with Coming Off«-Projekts (Forschungsprojekt darüber, wie das Absetzen bewältigt wird) in England und Wales. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatrieebener Forscherinnen und Forscher 250 Interviews im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND – vergleichbar der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. – durchgeführt, um die Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka zu eruieren. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation und Bewegung. Es stellte sich heraus,

dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patientinnen und Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen können. Ärzte wurden als die am wenigsten hilfreiche Instanz beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man nach diesem Projekt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.²²

Ärzte haben zudem das Problem, dass sie zwar lernen, bei jeder Gelegenheit Psychopharmaka zu verordnen, jedoch nicht, wie notwendigerweise entstehende Absetzprobleme zu überwinden sind. Der Psychiater Asmus Finzen ist einer der ersten seiner Berufsgruppe, der zu diesem strukturellen Kunstfehler öffentlich Stellung bezieht:

»Ärzte lernen, Medikamente zu verordnen. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel, und nicht ganz selten ist die Dauermedikation fragwürdig. Entscheidend ist, dass viele Medikamentenkonsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen.«²³

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Selbsthilfe

Auch wenn individuelle und organisierte Selbsthilfe – wie bereits erwähnt – ein wesentlicher Faktor für die Bewältigung psychosozialer Krisen ist, sollten ihre Schattenseiten nicht unterschlagen werden. Immer wieder kommt es auch in Selbsthilfegruppen zu psychischen Verletzungen. Psychiatriebetroffene sind dann besonders verletzlich, wenn sie sich nach katastrophalen Erfahrungen mit der Psychiatrie unter ihresgleichen sicher wähnen und sich vertrauensvoll öffnen. Doch wieso sollen psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose« oder »Schizophrenie« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnosen? Wieso sollen alle Psychiatriebetroffenen aneinander interessiert und fähig sein, sich solidarisch, mitfühlend und kritikfähig mit anderen auseinanderzusetzen? Wieso soll sich ein Psychiatriebetroffener, der eine Behandlung gegen seinen Willen als hilfreich empfunden hat, solidarisieren mit der Forderung eines Psychiatriegeschädigten nach vorbehaltlosem Verbot jeglicher psychiatrischen Behandlung ohne informierte Zustimmung? Sitten die Betroffenen durch eine angenommene Gleichheit oder Vergleichbarkeit ihrer Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung nicht einer Illusion auf, die sie beim ersten Erleben unterschiedlicher Wahrnehmung oder Bewertung in heillose Streitereien und Enttäuschungen förmlich hineintreiben muss?

Vor allem sollte Abhängigkeit von Psychopharmaka nicht von einer neuen Abhängigkeit abgelöst werden. Vorsicht ist daher immer angebracht, wenn Patentrezepte angeboten werden. Dies betrifft die Selbsthilfeszene sowie die antipsychiatrische »Bewegung« allgemein²⁴ und Standardvoraussetzungen insbesondere, wenn persönlichen Erfahrungen und Krisenbewältigungsstrategien kein Raum gegeben wird. Die »Patientenverfügung (PatVerfü)«, die unter anderem von der deutschen

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener und vom BPE-Vorstand herausgegeben wird, kann als (schlechtes) Beispiel dienen.²⁵ Das Formular sieht – insbesondere für psychiatriekritisch eingestellte Personen sinnvoll – die Ablehnung einer psychiatrischen Diagnostizierung und Behandlung vor, es kann die Unterzeichner jedoch in immense Schwierigkeiten bringen, wenn sie Behandlungen ohne jegliche Einschränkung ablehnen. Mit der Formulierung

»Strikt untersage ich folgende Behandlungen:

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst.«

kommen die Unterzeichner potenziell in **Lebensgefahr**: In einer Ambulanz oder in einem Krisendienst darf eine starke Blutung dann nicht mehr gestillt, ein Herzstillstand nicht mehr behandelt werden, weil die Betroffenen beispielsweise im Zustand der Bewusstlosigkeit ihre Verfügung nicht mehr widerrufen können. Hellhörig sollte auch machen, wenn ein Formular keine Benennung von eigenen Erfahrungen, von möglichen Krisensituationen und von alternativen Lösungswegen in psychosozialen Krisen vorsieht – was aber auch heute noch (auf Grundlage des § 1901a BGB) als dringend erforderlich anzusehen ist, um die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abfassen der Patientenverfügung zu belegen und dem Einwand zu begegnen, man hätte sich keine ausreichenden Vorstellungen über die zukünftige Krisenbewältigung gemacht.²⁶ Für eine Erklärung zur Behandlung eventuell tödlich verlaufender Erkrankungen sind in der genannten »PatVerfü« lediglich dreieinhalb Zeilen vorgesehen; dafür bietet sie Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt werden können. Warnungen vor einem möglichen folgenreicheren Missbrauch dieser aberwitzigen Blankovollmachten fehlen jedoch komplett.

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie wichtig eine kritische Haltung nach allen Seiten für eine selbstbestimmte Krisenverarbeitung und -vorsorge ist. Sich rechtzeitig einen Überblick über die Stolpersteine und Vorzüge einzelner Vorausverfügungen²⁷ zu verschaffen, eine unabhängige eigene Meinung zu bilden und entsprechend vorzusorgen, kann helfen, die Selbstbestimmung in psychosozialen Krisensituationen zumindest teilweise zu erhalten.

Gleichheit vor dem Recht – auch für Psychiater

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheinender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann eine Behandlung ohne informierte Zustimmung rechtswirksam abgelehnt oder eingefordert werden.²⁸ Durch Vorausverfügungen sind auch die Interessen derer geschützt, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Würden Sondergesetze abgeschafft, auf die sich Psychiater jetzt noch bei willkürlicher gewaltsamer Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks berufen, bliebe der Personenkreis ohne eigene Vorsorgeplanung übrig: an diesen Personen könnte keine über eine Notfallbehandlung hinausgehende Zwangsbehandlung mehr vollzogen werden. Aber sie wären im Krisenfall geschützt vor der Verletzung ihrer

elementaren Menschenrechte und könnten dasselbe Recht auf »Freiheit zur Krankheit« in Anspruch nehmen wie somatisch Kranke. Wie alle anderen Ärzte sollten auch Psychiater ohne Sondergesetze ihr Handeln rechtfertigen und auf weitergehende Entscheidungsbefugnisse verzichten. Gleichheit vor dem Recht sollte nicht nur für Psychiatriebetroffene gelten, sondern auch für Psychiater.

Eine Psychiatrie mit ethischen Grundlagen würde entsprechend den Anforderungen der UN-BRK gewaltfreie und akzeptierbare Formen von Krisenintervention (Krisenherberge, Offener Dialog, Soteria etc.) fördern und dazu aufrufen, für den Fall des Falles Vorausverfügungen zu erstellen, damit auch in schwierigen Zeiten die Entscheidung über höchstpersönliche Belange in der eigenen Hand bleibt. Mit Vorausverfügungen sind hier autonome Willenserklärungen gemeint und keine Behandlungsvereinbarungen, die auf voreilender Zustimmung zur Zwangsbehandlung beruhen. Schließlich ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit keine Verhandlungsmasse, sondern unteilbares Menschenrecht.

In Vorausverfügungen sollte es nicht einzig darum gehen, sich gegen die »Tyrannei der Außenwelt« zu wehren, sondern auch darum, wie psychosoziale Notlagen im Einklang mit der eigenen Weltanschauung bewältigt werden sollen, wie der einzelne Mensch Autor und Subjekt des eigenen Lebens bleibt.²⁹ Dass sich angesichts der Unvorhersehbarkeit der Zukunft mit Vorausverfügungen nicht jegliche Krisensituation umfassend regeln lässt, versteht sich von selbst. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass behandlungsunwillige Patientinnen und Patienten, die in psychischen Krisensituationen gegen Gesetze verstoßen haben, kurzerhand als gemeingefährlich für lange Zeit in die Forensik abgeschoben werden. Glücklicherweise hat, wer eine Vertrauensperson hat, die im Konfliktfall die eigenen Wertvorstellungen interpretieren kann.

Bis es dazu kommt, dass Psychiater das Verfassen autonomer Vorausverfügungen anregen, können allerdings noch viele Jahre vergehen. Aus der allgemeinen rechtlichen Schlechterstellung Psychiatriebetroffener und den gesundheitlichen Gefahren, die von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgehen – sie sind mitverantwortlich für ihre um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung –, ergibt sich die Notwendigkeit, sich per Vorausverfügung zu schützen, um im Krisenfall nicht zum wehrlosen Objekt psychiatrischer Willkür zu werden. Da Vorausverfügungen rechtswirksam sind, ist es wichtig, den eigenen Willen sorgfältig zu formulieren und auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Rolf Marschner erklärt:

»Eine rechtswirksame Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 BGB ist auch während einer Unterbringung nach dem BGB oder den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung.«³⁰

Es ist nützlich, eine Dokumentation gesundheitlicher Vorschädigung und familiärer Belastung durch körperliche Erkrankungen beizufügen. Rechtzeitig sollte sich jeder und jede einzelne Psychiatriebetroffene Gedanken über mögliche Krisensituationen und deren Bewältigung machen und diese in geeigneter Form zu Papier bringen.³¹ Diese Notwendigkeit besteht auch für Menschen, die damit rechnen, einmal im Alten- und Pflegeheim

zu landen, wo sie möglicherweise massiv mit Psychopharmaka ruhiggestellt werden.³²

In ihrer »ethischen Stellungnahme« hat sich auch die DGPPN dazu durchgerungen, die Wirksamkeit von Vorausverfügungen öffentlich einzugestehen:

»Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben.«

Wenn die DGPPN aussagen will, dass die Betroffenen mit ihrem Selbstbestimmungsrecht auch die Aufgabe haben, insbesondere bei erwarteten oder befürchteten Krisensituationen im Voraus selbstdefinierte Lösungswege aufzuzeigen, ist dem ausnahmsweise zuzustimmen.

Die präventive Wirkung, sich rechtzeitig gedanklich mit Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren sowie Bewältigungsstrategien psychosozialer Krisensituationen auseinanderzusetzen und nach möglichen Unterstützern zu suchen, ist nicht zu unterschätzen.³³ Wer es lernt, sich nach psychosozialen Krisen mit deren Sinn und Auslösesituationen zu beschäftigen, läuft nicht mehr so schnell in die nächste psychotische, depressive oder manische Phase. Voraussetzung hierfür ist, sich selbst als verantwortliches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit, seiner Zukunft und seiner Gesundheit wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt.

Quellen & Fußnoten

- ¹ Weiterentwickeltes Manuskript zum Vortrag vom 16. November 2013 beim Selbsthilfetag der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P e.V.) in der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie, Berlin-Schöneberg. Der Autor dankt Rolf Marschner, Margret Osterfeld, Franz-Josef Wagner und Reinhard Wojke für die Unterstützung bei der Abfassung des Manuskripts.
- ² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Internetveröffentlichung http://dgppn-new.globit.com/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-23_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf vom 23. September 2014
- ³ Siehe Peter Lehmann: »Elektroschock«, in: Wolfram Pfreundschuh (Hg.): »Kulturkritisches Lexikon«, Internetveröffentlichung vom 6. März 2014
- ⁴ Siehe Wolfgang Kaleck / Sönke Hilbrans / Sebastian Scharmer: »Gutachterliche Stellungnahme – Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin«, 2., überarbeitete Fassung, Berlin 2008, S. 10; im Internet unter www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf
- ⁵ Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 223 / 222
- ⁶ Siehe Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken« und Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996; ders.: Einführung zu: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 21-48 (E-Book 2013); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/einleitung/9783925931277.pdf
- ⁷ Siehe Peter Lehmann: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 1, S. 16-19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf
- ⁸ Siehe Juan Ernesto Méndez: Statement als Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, 22. Sitzung des UN-Menschenrechtsrats, Genf, 4. März 2013; Internetveröffentlichung http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf
- ⁹ Siehe Joachim Scharfetter / Richard Frey / Alexandra Strnad / Siegfried Kasper: »Katatone Störungen an einer psychiatrischen Intensivpflegestation«, in: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 7. Jg. (2006), Nr. 3, S. 34-41; im Internet unter www.kup.at/kup/pdf/5997.pdf
- ¹⁰ Siehe Peter Lehmann: »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16 (2012), Nr. 1, S. 30-49; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf
- ¹¹ Siehe Peter Lehmann: »Zusätzliche Elektroschocks«, in: ders.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996, S. 92-96; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/zusatz_e-schock.htm
- ¹² Siehe Peter Lehmann / Peter Stastny: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42-75 (E-Book 2014); und Kerstin Kempker: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1993, S. 26-59

- ¹³ Siehe Tina Stöckle: »Die Irren-Offensive - Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2005, S. 244-245
- ¹⁴ Siehe Peter Lehmann: »Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten«, in: Psychotherapie-Wissenschaft, 3. Jg. (2013), Nr. 2, S. 79-89; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/basaglia-aktuell.pdf
- ¹⁵ David Webb: »Bitte tun Sie sich nichts an«, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 161 (E-Book 2013)
- ¹⁶ Siehe Theodor Itten: »Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 250-262 (E-Book 2014)
- ¹⁷ Siehe »Modelle professioneller Unterstützung«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 150-262 (E-Book 2014)
- ¹⁸ Siehe Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.: »Wohin in der Krise? Wohin nach der Psychiatrie?«, elektronische Ressource www.bpe-online.de/verband/akzeptabel/krise_stat.htm vom 26. November 2013
- ¹⁹ Siehe Franz-Josef Wagner: »Vorteile Persönlicher Budgets – Erfahrungsbericht«, Vortrag bei der Tagung »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«, veranstaltet von der Aktion Psychisch Kranke e.V. am 3.-4. November 2008 in Kassel; im Internet unter www.lvpe-rlp.de/vorteile-pers%C3%B6nlicher-budgets-%E2%80%93-erfahrungsbericht
- ²⁰ Siehe Peter Lehmann / Peter Stastny / Don Weitz: »Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie – Psychiatrie, Gemeindepsychiatrie, Antipsychiatrie, Nichtpsychiatrie«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1993, S. 449-482; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/ausstieg.htm
- ²¹ Harald Neumann: »Bemerkungen eines Krankenhauspsychiaters zur Dauermedikation schizophrener Kranker«, in: *Medicina experimentalis*, Band 5 (1961), S. 328f.
- ²² Siehe Peter Lehmann: Vorwort zur 4. Auflage, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 17-19 (E-Book 2013); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#4
- ²³ Asmus Finzen: »Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht«, Abstract zu: Asmus Finzen / Peter Lehmann: »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, Symposium, Vorveranstaltung zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (»Sozialpsychiatrische Grundhaltung: für Selbstbestimmung und die Vermeidung von Zwang«), Bremen, 13. November 2014; in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 3, S. 6; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.3.6-7.pdf
- ²⁴ Siehe Peter Lehmann: »Facebook friends and other enemies«, in: *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, Vol. 14 (2014), Nr. 1, S. 37-43; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/facebookfriends.pdf
- ²⁵ Siehe Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener / Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener / Irren-Offensive / Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg / Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg / Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hessen et al. (Hg.): »Patientenverfügung (gemäß § 1901a BGB)«, elektronische Ressource www.patverfue.de/media/PatVerfue_neu.pdf vom 3. Oktober 2014
- ²⁶ Siehe Rolf Marschner: »Verbindlichkeit und notwendiger Inhalt von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der Psychiatrie«, in: *Recht und Psychiatrie*, 18. Jg. (2000), S. 161; und Rainer Stötter: »Crashkurs Patientenverfügung«, in: *ThuLPE – Zeitung des Thüringer Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.*, Ausgabe 1/2012, S. 15-19
- ²⁷ Siehe Peter Lehmann: »Vorausverfügungen«, elektronische Ressource www.antipsychiatrieverlag.de/info/voraus.htm vom 3. Oktober 2014
- ²⁸ Siehe Peter Lehmann: »Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise – Was Psychiatriebetroffene tun können, um in psychosozialen Krisensituationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren«, in: *Psychosoziale Umschau*, 29. Jg. (2014), Nr. 2, S. 45-46; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/krise-psu.pdf
- ²⁹ Siehe Peter Bieri: »Wir wollen wir leben«, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2013, S. 9
- ³⁰ Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 208
- ³¹ Siehe Laura Ziegler: »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – Die Rechte eines Flohs«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331-343 (E-Book 2014)
- ³² Siehe Claus Füsseck / Gottlob Schober: »Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte«, München: Droemer Knauer Verlag 2013
- ³³ Siehe AG »Selbst-CheckerInnen« im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener: »Selbst-Checken: Geht es wieder rund?«, in: Andreas Knuf / Anke Gartelmann (Hg.): »Bevor die Stimmen wieder kommen - Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen«, Bonn: Balance Buch und Medien Verlag, 2. Auflage 2010, S. 168-177; und Miriam Krücke: »Vorausverfügungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 99-106 (E-Book 2014)

Ereignisprotokoll BPE-Mitgliederversammlung 2014

Protokoll:
Reiner Ott
Sandra Errami

Datum: Samstag, 11.10.2014

Start: 17:20 Uhr

Anwesende Mitglieder: laut Liste siehe Anlage 64 Stimmber-
rechtigte

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 den Haushaltsplan 2014/2015
10. Entlastung des Vorstandes
11. Wahl des Vorstandes
 - a) Geschäftsführender Vorstand*
 - b) Erweiterter Vorstand* (für Länder ohne Landesorganisation, oder mit mehr als einem/er Bewerber/in)
12. Antragsberatung
 - A. Satzungsanträge
 - B. sonstige Anträge
13. künftige Arbeitsschwerpunkte
14. Verschiedenes

1. Ruth Fricke begrüßt die Mitgliederversammlung. Ruth Fricke stellt fest, dass die Mitgliederversammlung ordnungs- und fristgemäß eingeladen wurde.

2. Ruth Fricke und Matthias Seibt sind einstimmig mit 2 Enthaltungen zum Versammlungsleiter angenommen. Schriftführer Sandra Errami und Reiner Ott mit 1 Enthaltung angenommen.

3. Matthias Seibt verliest die Geschäftsordnung. Einstimmig mit 4 Enthaltungen angenommen. Joshua Dreyfus stellte einen Ergänzungsantrag zu Top 3 „Regularien“. Die Mitgliederversammlung beschließt diesen Ergänzungsantrag zu den Regularien einzeln abzustimmen. Erweiterung der Tagesordnung um Punkt 11c Nachwahl der Kassenprüfer

3.1. „Anträge sind in der Reihenfolge ihres Eingangs zu behandeln. Nur wenn die Antragstellung zu einem späteren Zeitpunkt sinnlos wäre, kann davon abgewichen werden“

13 Ja-Stimmen, 22 Nein-Stimmen, 16 Enthaltungen.
Antrag wurde abgelehnt

3.2. „Antragsteller haben das Recht, ihren Antrag in der Tagesordnung nach hinten zu verschieben.“

Antrag zurückgezogen.

3.3. „Anträge, die eine so heftige Auseinandersetzung auslösen,

dass der Abbruch der Mitgliederversammlung zu befürchten ist, sind zu erneuten Diskussion ans Ende der Tagesordnung zu verschieben. Dort werden sie auch noch nach 24:00 Uhr behandelt. Über den Antrag auf Verschiebung ist sofort abzustimmen“

17 Ja-Stimmen, 21 Nein-Stimmen, 9 Enthaltungen. Antrag wurde abgelehnt.

3.4. „Ab 24 Uhr werden nur noch Anträge aufgerufen, die nach hinten verschoben wurden, da ein Abbruch der Mitgliederversammlung zu befürchten war.“

logischer Widerspruch (da 3.2 zurückgezogen u. 3.3 abgelehnt), ohne Abstimmung

3.5. „Ein Antrag auf Beendigung der Mitgliederversammlung vor 24:00 Uhr ist unzulässig, es sei denn, dass kein weiterer Tagesordnungspunkt zu behandeln ist.“

11 Ja-Stimmen, 32 Nein-Stimmen, 3 Enthaltung, Antrag wurde abgelehnt

3.6. „Um die Debatte zu stärken, kann der Antragsteller einem Wortbeitrag entgegen, worauf wiederum der ursprünglich entgegen kann. Die Redezeit ist dabei auf jeweils 15 Sekunden begrenzt. Insgesamt darf eine Zeit von 1 Minute nicht überschritten werden.“

7 Ja-Stimmen, 5 Enthaltungen, Antrag wurde mit großer Mehrheit abgelehnt

3.7. „Eine Uhr soll Rednern und Publikum ermöglichen, die Redezeit nachzuvollziehen“

2 Nein-Stimmen, 3 Enthaltungen, Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

3.8. „Der Punkt Top 9: Beschlussfassung über den Haushaltsplan 2014/15 wird ans Ende der Tagesordnung gestellt. Er wird jedoch vorgezogen, wenn er nicht vor 24 Uhr zu behandeln wäre.“

5 Ja-Stimmen, 6 Enthaltungen, Antrag wurde mit großer Mehrheit abgelehnt.

Zählkommission Detlef Tintelott, Fritz Schuster, Reinhard Wojke, Sylvia Kornmann angenommen mit 3 Enthaltungen

4. Bericht des Vorstandes

Die Tätigkeitsberichte wurden den Mitgliedern vor Beginn der Versammlung ausgeteilt.

Es wurden dem Vorstand hierzu Fragen gestellt. Insbesondere die Aufgaben von Johannes Bischoff vor dessen Rücktritt wurden ausführlich erläutert.

5. Bericht der Geschäftsstelle

Der Bericht der Geschäftsstelle lag ebenfalls schriftlich vor. Die Geschäftsführerin war wegen Krankheit verhindert. Der Vorstand zeigte sich mit der bisherigen Arbeit der neuen (seit 1. April) Geschäftsführerin Nelly Cotterell zufrieden.

Pause von 18.37 bis 19:50 Uhr

6. Kassenbericht

Kassenbericht laut Anlage. Matthias Seibt und Martin Lindheimer (macht ab 1.10. Kasse und Mitgliederverwaltung) erläutern den Kassenbericht des Haushaltsjahres 2013/14. Der bisherige (bis 30.9.2014) Kassierer Michael Siebel ist wegen einer Familienfeier verhindert.

7. Bericht der Kassenprüfer

Die Kassenprüfer Doris Meinders und Lutz Zywicki diskutieren die Transparenz des Kassenberichts. Feststellung, dass die Nachvollziehbarkeit durch die doppelte Buchführung erschwert wird. Die Kassenprüfer bestätigen die Richtigkeit des Kassenberichts.

Vorgezogener Antrag auf Entlastung des Vorstandes

Große Mehrheit bei 3 Nein-Stimmen und 7 Enthaltungen.

Die Entlastung des Vorstandes ist angenommen.

8. Aussprache zu den Berichten

Wurde direkt unter TOP 4 bis 7 vorgenommen.

9. Beschlussfassung über den Haushaltsplan 2014/2015

9.1 Antrag auf Erhöhung des Haushaltsplan im Bereich AG Forensik um 1000 €

Mit großer Mehrheit bei 4 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen angenommen.

9.2 Antrag auf Finanzierung von 9.1 durch Entnahme von 1000 € aus Vermögen

Mit großer Mehrheit bei 5 Enthaltungen angenommen.

Der geänderte Haushaltsplan wird mit großer Mehrheit mit 1 Gegenstimme und 3 Enthaltungen angenommen.

10. Die Entlastung wurde vorgezogen, siehe Punkt 7.

11. Antrag auf Wahl des Ehrenpräsident zur Durchführung der Wahl:

Bei 2 Enthaltungen ist Matthias Schuldt zum Ehrenpräsident gewählt.

a) Wahl des geschäftsführenden Vorstand

Zur geheimen Wahl stehen:

Kristina Dernbach

Ruth Fricke

Anja Henning

Martin Lindheimer

Mirko Ološtiak

Matthias Seibt

Doris Steenken

Ergebnis bei 2 ungültigen Stimmen von insgesamt 53 abgegeben Stimmen:

Kristina Dernbach	40 Stimmen
Ruth Fricke	41 Stimmen
Anja Henning	38 Stimmen
Martin Lindheimer	39 Stimmen
Mirko Ološtiak	47 Stimmen
Matthias Seibt	43 Stimmen
Doris Steenken	33 Stimmen

Die 7 gewählten nehmen die Wahl zum Vorstandsmitglied an.

b) Wahl des erweiterten Vorstand (für Länder ohne Landesorganisation)

Brandenburg Christine Pürschel einstimmig mit 2 Enthaltungen gewählt

Rheinland-Pfalz Stefanie Regnery einstimmig mit 4 Enthaltungen gewählt

c) Neuwahl der Kassenprüfer/innen. Nach Rücktritt von Doris Meinders stehen nun Lutz Zywicki und Doris Thelen (Aachen) zur Verfügung.

Lutz Zywicki (Brandenburg) und Martina Heland-Gräf (Bayern) sind mit 3 Gegenstimmen und 1 Enthaltung als Kassenprüfer/Innen gewählt.

Doris Thelen und Günther Pfeil sind mit 2 Enthaltungen einstimmig zur Kassenprüfer-Vertretung gewählt. Die Kassenprüfer und Ihre Vertreter nehmen die Wahl an.

12. Antragsberatung

12a.1) Kristina Dernbach zieht ihren Satzungsänderungsantrag zurück

12a.2) Joshua Dreyfus zieht seinen Satzungsänderungsantrag zurück.

12b) Antrag zur jährlichen Abstimmung innerhalb der Mitgliederversammlung über die Teilnahme am DGPPN-Kongress

Der Antrag ist mit großer Mehrheit mit 6 Gegenstimmen und 1 Enthaltung angenommen.

12b.2) Antrag zur Teilnahme 2015 am DGPPN-Kongress

Der Antrag ist mit 23 dafür, 7 dagegen und 5 Enthaltungen angenommen worden

12b.3) Antrag um Psychische Gewalt unter Strafe zu stellen

Der Antrag wurde mit 7 dafür, 11 dagegen und 5 Enthaltungen abgelehnt

12b.4)Antrag für Anhörung von Psychiatrie-Erfahrene im Bundestag (und anderen Gesetzgebenden Organen) (Antrag 7)

Der Antrag wurde mit 22 dafür, 11 dagegen und 5 Enthaltungen angenommen

12b.5)Antrag um Politische Willensbildung zu professionalisieren (Antrag 6)

Der Antrag wurde mit 3 dafür, 14 dagegen und 3 Enthaltungen abgelehnt.

12b.6) Geschäftsordnungsantrag auf Zusammenlegung der weiteren Anträge von Joshua Dreyfus.

Der Antrag wurde mit 2 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen mit großer Mehrheit angenommen.

12b.7) Antrag auf Professionalisierung des Öffentlichen Auftritts (Antrag 1a-1e)

Der Antrag wurde mit 3 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen mit großer Mehrheit abgelehnt.

Per Geschäftsordnungsantrag wurde beschlossen, die weiteren Anträge von Joshua Dreyfus nicht zu behandeln und damit Uwe Tuncal (Leverkusen) und Karin Haehn (Bayern) Gelegenheit zur Vorstellung ihrer Anträge, die aus Arbeitsgruppen 2014 hervorgingen, zu geben.

12b.7) Antrag auf Gründung einer Arbeitsgruppen zur Umsetzung der UN-BRK im Kontext Arbeit.

Der Antrag wurde mit 1 Enthaltung einstimmig angenommen.

12b.8) Antrag auf eine Arbeitsgruppe zur weiteren Verhinderung von Austritten weiterer Landesverbände.
Der Antrag wurde bei 4 dafür-Stimmen mit großer Mehrheit abgelehnt

Ende der Mitgliederversammlung aufgrund Punkt 3 der Geschäftsordnung um 00:00 Uhr.

Für die Richtigkeit

S. Errami

Reiner Ott

R. Fricke

M. Seibt

BPE-Jahrestagung 2015:

Bitte reicht Eure Bewerbungen für AGs, Vorträge und Kulturprogramm ein!

Das Motto der kommenden Jahrestagung vom 9. bis 11. Oktober in Kassel lautet:

„Recht und Gesetz - Papier ist geduldig!“

Wer dort einen Vortrag, eine Arbeitsgruppe oder eine kulturelle Aktivität anbieten möchte, bewirbt sich bitte bis zum 31. Dezember 2014 schriftlich bei Mirko Ološtiak, Hegarstr. 7b, 79106 Freiburg, oder per mail an olostiak@yahoo.de.

Am 10./11. Januar 2015 wird der Gesamtvorstand aus den eingegangenen Bewerbungen eine Auswahl treffen



Musik

Im Lichte sanfter Klänge
Verschwinden Angst Und Enge.
Tritt die Liebe in mein Herz
Und der Blick geht himmelwärts.

Dann ist Zeit für Inspiration,
Für Meditation.
Was den Worten bleibt verwehrt,
Stets die Seele nährt.

mischko.lauscher

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-Projektmittebeantragung) 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

Mailingliste „Stopp den § 63 StGB“ bei Yahoo-Groups eingerichtet.

Diese Mailingliste dient als Netzwerk und richtet sich in erster Linie an alle Forensikopfer, um sich dort über ihre schlimmen Erlebnisse mit dem Maßregelvollzug und/oder Justiz auszutauschen möchten. Sie dient als Plattform für Anregungen dafür, wie man z.B. mit den Traumata umgeht oder auch für Ideen, wie man den unsäglichen Zuständen entgegenwirken könnte.

Dazu sind selbstverständlich auch alle Interessierte eingeladen, die sich für die Abschaffung von menschenrechtsverletzenden Behandlungen und Sondergesetzen wie § 63 StGB oder die Unterbringungsgesetze (PsychKG's) aussprechen.

Ich freue mich auf ganz viele Mitglieder und auf konstruktive Diskussionen.

Hier der Link: <https://de.groups.yahoo.com/group/StopDenParagraph63StGB>

Oder auch auf: www.bpe-online.de unter „Mailinglisten“ schauen.

Doris Steenken, Osnabrück

Arbeitskreis EX-IN

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

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

Rechtshilfefonds für Zwangspsychiatriisierte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpö-Kulturnetzwerk:

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

Interessenten wenden sich bitte an:

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

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

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

Interessenten wenden sich bitte an:

Christine Pürschel, Hanns-Eisler-Str. 54, 10409 Berlin, Tel.: 030-42 41 718 mail: tine.puerschel@berlin.de

Arbeitskreis Forensik:

Hier arbeiten zur Zeit Fritz Schuster und Norbert Südländ überwiegend in der Einzelfallbetreuung. Unterstützung wäre dringend erforderlich. Wünschenswert wäre es, wenn es in jedem Bundesland wenigstens einen Ansprechpartner für den Bereich Forensik, geben würde, denn die Maßregelvollzugsgesetze sind 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, sowie eine Übersicht über bestehende Stellen findet Ihr beim Bundesnetzwerk unabhängige Beschwerdestellen im Internet unter: <http://www.beschwerde-psychiatrie.de/downloads.html>

Das Sprecherteam besteht zur Zeit aus den BPE-Mitgliedern Karin Haehn, Bernd Kreißig und Ruth Fricke, alle drei erreicht Ihr per mail über: bundesnetzwerk@beschwerde-psychiatrie.de

Antifolterkommission

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

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

Soteria AG

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

Kontaktadresse:

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

Psychopharmaka- und Psychotherapie-Beratung aus Betroffenenensicht

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

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

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

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

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

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

Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen berate ich in allen organisatorischen Fragen.

Weitere Informationen unter:

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