Bpe

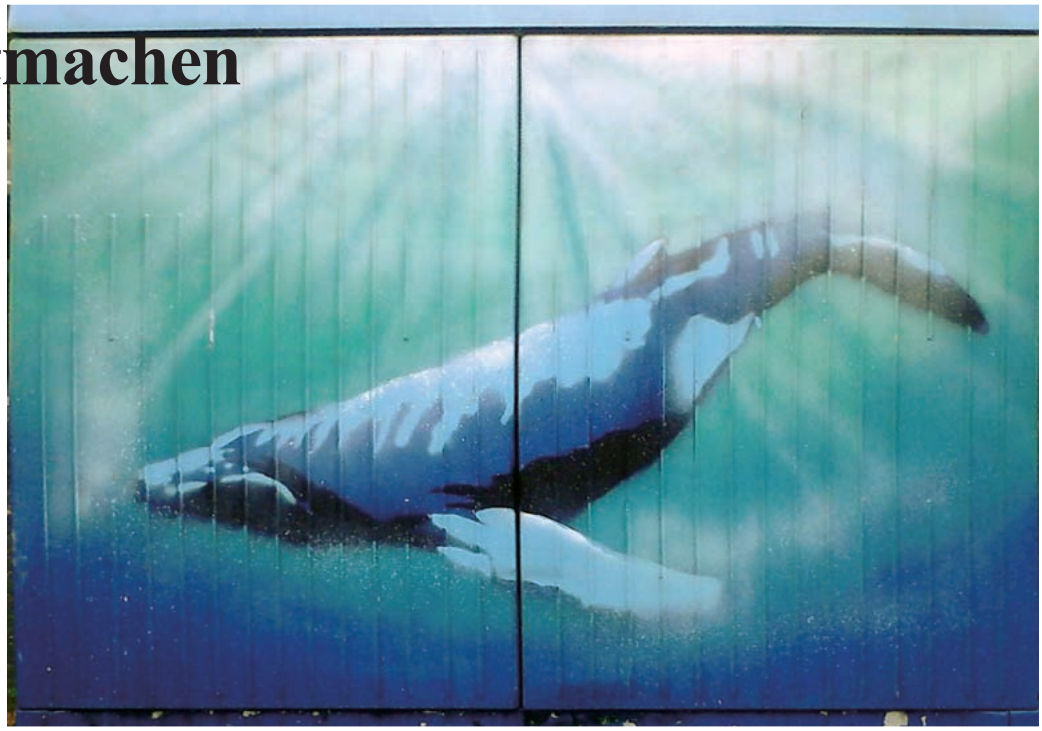
Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de

RUNDBRIEF

Nr. 1 / März 2018

Berichte von Veranstaltungen
Positionspapier zur EKT
Patientenverfügungen und EKT
Stiftung Anerkennung und Hilfe
Rezensionen
Leserbriefe
Zum Mitmachen



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
Jurand Daszkowski
Carl- Petersen Str. 24a, 20535 Hamburg
Ruth Fricke
Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Martina Heland-Gräf
Postfach 1207, 96465 Neustadt
Karla Keiner
Obertorstraße 16, 35 578 Wetzlar
Martin Lindheimer
Graf-Adolf-Str. 77, 51065 Köln
Vicky Pullen c/o Linna Treuheit
Burbankstr. 22, 53757 St. Augustin
Matthias Seibt
Landgrafenstr. 16, 44652 Herne

Erweiterter Vorstand:
Thomas Eissele
Email: Eisselebahnclub@web.de (BW)
Achim Kuck
c/o BayPE e. V. Geschäftsstelle
Glückstr. 2, 86153 Augsburg (BAY)
N.N.(B)
Christine Pürschel
Hanns-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)
Email: tine.puerschel@berlin.de
Detlef Tintelott
Tel.: 0421/40989347,
Email: detlef.tintelott.bremen@gmail.com (HB)
Anke Korsch
Oertzweg 9, 22307 Hamburg (HH)
Email: ankekorsch@yahoo.de
Sylvia Kornmann
Schuhgasse 7, 35578 Wetzlar (HE)
Email: skornmann@gmx.de
Maria Matzel
Sommerstr. 17, 31246 Ilsede (NS)
Sabine Wolfrum
Klopstockstr. 16, 45355 Essen (NRW)
Email: sabine.Wolfrum@gmx.de
Liane Schuler-Lauer.
Email: sh_seelenworte-rlp@email.de (RP)
Gangolf Peitz
Email: sh_seelenlaute-saar@email.de (S)
Karla Kundisch
Email: selbsthilfedrei@yahoo.de /SAX)
N.N. (SAN)
Michael Thielmann
Email: mi.thielmann@t-online.de (SH)
Rainer Stötter
Wettinerstraße 32, 04600 Altenburg (TH)
Email: stoetter@gmx.net

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Impressum	2
Seelenworte RLP in Mainz	4
Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener – ein Ladenhüter	5
Wichtige Frage	6
Erfahrungen und Gedanken zum Absetzen	7
Rezensionen	8
Positionspapier zur EKT	11
Patientenverfügungen und Elektroschocks	13
DBR:Internationaler Tag der Menschen mit Behinderung	14
Thema: Sicherheit	15
Podiumsdiskussion: „Unter dem Druck glücklich zu sein“	16
Leserbrief zu WfBs	17
– 2 BvR 502 / 16 - und - 2 BvR 309 / 15 -	19
Stiftung Anerkennung und Hilfe	21
Zum Mitmachen	22

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

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V.
Redaktion: Reinhard Wojke, Holsteinische Str. 39, 10717 Berlin (V.i.S.d.P. + Layout)
Fotos: im redaktionellen Teil, wenn keine andere Zuschreibung angegeben ist: Reinhard Wojke.
Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mo.+Do. 10 – 13 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103
Verantwortlichkeit Inhalt: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern stehen in persönlicher Verantwortung der einzelnen AutorInnen.
E-Mail: bpe-rundbrief@web.de **Redaktionsschluss:** 5. Mai 2018
Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V

ERSTKONTAKT & BERATUNG für Mitglieder

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

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

Tel.: 0234 / 68 70 55 52

Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Vorausverfügungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung

Montags 10 – 13 Uhr und Donnerstags 10 – 13 Uhr

Geschäftsstelle des BPE e.V.

Kasse und Mitglieder-verwaltung, Infomaterial, Pressekontakt

Anne Murnau

Wittener Str. 87, 44 789 Bochum

Sprechzeiten: Do 10 – 13 Uhr

Tel: 0234 / 917 907-31

Fax: 0234 / 917 907-32

Kontakt-info@bpe-online.de

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 / 917 907-31

Fax: 0234 / 917 907-32

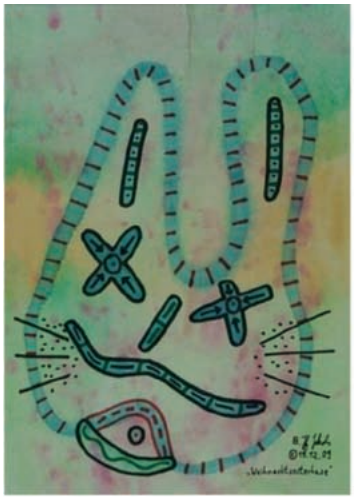
Email: kontakt-info@bpe-online.de

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 / 917 907-31, kontakt-info@bpe-online.de) Bescheid geben.



Inklusionsmesse Rheinland-Pfalz

Inklusion - Gewusst wie!
www.inklusionsmesse-rlp.de

Selbsthilfe SeelenWorte RLP am 13./14. April 2018 in der Rheingoldhalle Mainz

Infostand mit Sonderpräsentationen auf der 2. Inklusionsmesse RLP

Mainz. Mit eigenem Stand „Seelische Gesundheit", zwei Auskunftsreferenten und Sonderaktionen ist Selbsthilfe SeelenWorte RLP dieses Jahr auf der großen Inklusionsmesse Rheinland-Pfalz im April in der Rheingoldhalle aktiv präsent. Die Teilnahme wird von der BARMER unterstützt. Die Messe, zu der über 5.000 Gäste erwartet werden, ist für die Besucher am Freitag 13. April von 11.00 bis 18.00 Uhr und am Samstag 14. April von 10.00 bis 15.00 Uhr geöffnet. Ort: Rheingoldhalle, Rheinstraße 66, 55116 Mainz. Der Eintritt ist frei. Allgemeine Informationen – auch zu Anfahrt, Ausstellern und Rahmenprogramm – findet man unter www.inklusionsmesse-rlp.de.

SH SeelenWorte RLP, im BPE e.V. informiert in Mainz über seine Aktivitäten und Angebote wie auch über die Arbeit des Bundesverbandes BPE e.V. Wer möchte, kann sich vor Ort als BPE-Mitglied anmelden. Als Sonderaktionen gibt es eine Vorstellung der Selbsthilfezeitung „SeelenLaute" und (in Zusammenarbeit mit dem europäischen Inklusions-Kunstprojekt ART-TRANSMITTER) eine besondere Outsider Art-Präsentation mit original Malerei auf einer Kunststaffelei und per Bildermappe. Auch zu diesem gesellschaftlichen Engagement berät ein Mitarbeitender am SeelenWorte-Stand. Ein eigener Flyer mit den Details zur Präsenz von SH SeelenWorte RLP in Mainz auf der 2. Inklusionsmesse wird im März verteilt und verschickt bzw. kann zeitnah als pdf-Datei unter sh_seelenworte-rlp@email.de angefordert oder über bpe-online.de/Termine heruntergeladen werden. Telefonischer Tageskontakt zum Stand am 13. und 14.04.2018 besteht unter 0178 2831417.

Herzliche Einladung an alle Interessierten von nah und fern!

Selbsthilfe **SeelenWorte** RLP

- Gangolf Peitz, BKS Saar – Öffentlichkeitsarbeit SH SeelenWorte RLP, im BPE e.V.

Bildnachweis: Aquarell „Weihnachtsosterhase" des Trierer Künstlers Bernd Jakobs (Foto: art-transmitter.de) / Logozüge: SH SeelenWorte RLP bzw. Veranstalter Inklusionsmesse, Presseinfo.

... mit sich selber umzugehen,
was doch die größte Kunst vom Menschenleben ist.
Theodor Storm

Geh mit uns. Etwas Besseres als den Tod
finden wir überall.
Bremer Stadtmusikanten

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener – ein Ladenhüter

Seit 40 Jahren mache ich nun Selbsthilfe als Psychiatrie-Erfahrener. Seit 27 Jahren zusammen mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen. Die letzten 18 Jahre bestreite ich meinen Lebensunterhalt damit.

Was hat es gebracht?

So bitter mich der erste Psychiatrieaufenthalt auch ankam, so dumpf und verzweifelt die anschließenden 7 Jahre unter Neuroleptika auch waren – letztlich war es ein Glück für mich, dass ich gezwungen wurde, über die Themen „psychisch krank“ und „Psychiatrie“ nachzudenken.

Mein Leben wäre wahrscheinlich langweiliger verlaufen, wenn ich als junger Mensch das System Psychiatrie nicht kennen gelernt hätte. Ich hatte großes Glück im Unglück. Wie fast alle Psychiatriepatienten hatte ich die Lüge von der Stoffwechselstörung geglaubt.

Doch war mir und meinen Eltern klar, dass der stationäre Psychiatrieaufenthalt überhaupt nichts gebracht hatte. Der niedergelassene Psychiater[1] ließ mir freie Hand mich selber zu dosieren. „Herr Seibt, wie der Diabetiker muss auch der psychisch Kranke lernen, wie viel Medikamente er benötigt.“ Mein bester Freund nahm eine der Tabletten, von denen ich täglich 10 Stück nahm. Er schlief 14 Stunden am Stück und fühlte sich wie nach einem durchsoffenen Wochenende. „Matthias, wenn Du dieses Zeug nimmst, wirst Du im Leben nichts erreichen.“

So gelang es mir, die 7 Jahre dauernde Abhängigkeit zu beenden. Das Verzeichnis lieferbarer Bücher[2] machte mich anschließend auf die Irrenoffensive in Berlin und die Bücher von Thomas Szasz aufmerksam. Eine mir sehr fremde Sichtweise auf „psychisch krank“ und „Psychiatrie“ kämpfte in meinen Gedanken mit der psychiatrischen Ideologie[3].

1991 begann ich zusammen mit anderen PE mit Selbsthilfe in der Gruppe. Seit 1999 sind wir etwa alle 3 Monate mit einem Zeitungsartikel in den beiden Tageszeitungen vertreten. Eine Zeit lang hängte die örtliche Psychiatrie unsere Werbung auf. Trotzdem waren von den mindestens 20.000[4] Bochumer Psychiatrie-Erfahrenen nur etwa 150 bis 300 bei uns.

Warum so wenige?

Ich habe dafür verschiedene Erklärungen.
a) Wir sind eine Sekte. Die Psychiatrie ist die Kirche. Zudem sind wir ehrlich[5].
b) Psychiatrie-Erfahrene sind keine besseren Menschen. Sie haben genau so wenig Lust auf seelisches und soziales Leid wie der Rest unserer moralisch auf den Hund[6] gekommenen Gesellschaft. In der PE-Selbsthilfegruppe begegnet[7] man zwangsläufig diesem Leid.
c) Alles muss besser werden. Aber nichts darf sich ändern. Wer über diese Haltung seiner Klient/inn/en hinweg sieht[8], kann sich als Psychotherapeut/in dumm und dämlich verdienen. Für Selbsthilfe ist das keine ausreichende Grundlage.
d) Wer von Psychopharmaka weg[9] will, hat eine größere Aufgabe als ein Alkohol- oder Nikotinabhängiger vor sich. Er/sie muss gleichzeitig (oder auch nacheinander) Substanzentzug und Sektenausstieg meistern. Nur dass die Sekte in diesem Fall die anerkannte allseits hochgeschätzte[10] Kirche Psychiatrie ist.
e) Zumindestens früher wurde in Bochum von den Psychiatrie-Professionellen in übler Weise[11] gegen unsere Arbeit gehetzt. In der nichtöffentlichen Sitzung des Gesundheits- und Sozialausschusses wurde daraufhin von der Opposition überlegt, unsere Arbeit zu verbieten. Das geht nicht, die glauben daran, war die Antwort der Regierung. Das beantragte Geld bekamen wir trotzdem nicht.
f) Wir haben kein eindeutiges, einfaches Rezept. Die Anonymen Alkoholiker haben ein Zwölf-Schritte-Programm. Vielleicht sind aber auch „Die Wichtigkeit des Schlafs“ und „Tipps und Tricks um Ver-rücktheiten zu steuern[12]“ nur noch nicht bekannt genug.
g) Wir gehen gegen eine Sichtweise an, die immer populärer wird. Kinder sind nicht mehr lebhaft oder ungehorsam, sondern hyperaktiv (ADHS).
h) Einige Psychiatrie-Erfahrene hassen uns. Unsere Sicht macht aus ihnen statt psychisch Kranken normale Menschen, die ihre Probleme mit ärztlich verschriebenen Drogen bekämpfen. Unsere Sicht macht aus dem Halbgott in Weiß eine „dampfende Geldmaschine im Ärztekittel“ (Thomas Bernhard).

Letztlich denke ich, dass alle diese Gründe eine Rolle spielen. Wer mir mitteilen möchte, warum er/sie sich trotz Psychiatrie-Erfahrung von der PE-Selbsthilfe nichts verspricht, kann dies unter Matthias Seibt, c/o BPE, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum oder Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de oder unter 0234 / 640 5102 tun. Es interessiert mich.

Wo bleibt das Positive?

Einige wenige Menschen wurden durch unsere Arbeit nicht vom System Psychiatrie zu Patientengut[13] zermahlen.
Obwohl wir[14] nur wenige sind, haben wir politisch u.a. Folgendes erreicht:

Die ambulante Zwangsbehandlung wurde 2005 nicht ins Betreuungsrecht geschrieben. In 2009 wurde die Patientenverfügung und der/die Bevollmächtigte im Betreuungsrecht verankert (§ 1901 a BGB). 2011/2 änderten Bundesverfassungsgericht und Bundesgerichtshof ihre Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung. Seitdem heißt Zwangsunterbringung nicht mehr automatisch auch Zwangsbehandlung.

Ich schließe mit einer Anekdote. Hannelore Klafki, mit der ich mich zwecks gegenseitigen Erfahrungsaustauschs unterhielt, erzählte mir, dass sie innerhalb von 5 Jahren 50-mal in der Psychiatrie war. „Wie hast Du geschafft, das zu beenden?“ „Ich wollte das nicht mehr.“

Matthias Seibt

Fußnotens)

[1] Das war ein 1 zu 10.000 Treffer.
[2] Heute kann jede/r so gebildet wie Kant oder Leibniz sein.
[3] Ideologie ist bei Marx die Weltanschauung der herrschenden Klasse in den Köpfen der Beherrschten.
[4] Bundesweit gehe ich konservativ geschätzt von 4 bis 8 Millionen Menschen mit stationärer Psychiatrie-Erfahrung aus. Zur Zeit gibt es etwa 1 Million Psychiatrie-Aufenthalte im Jahr.
[5] „Sind Sie ehrlich?“ „Dass es weh tut.“ Raymond Chandlers Detektiv Phillip Marlowe.
[6] Altenheime, Psychiatrien, Kinderheime, Massentierhaltung ....
[7] „Habt Ihr denn auch schwere Fälle bei Euch?“
[8] Mindestens 90% dieses Berufsstands tun das.
[9] Ist nicht der wichtigste Punkt der PE-Selbsthilfe. Selbstbestimmung und Selbsterkenntnis schon eher.
[10] Herr Doktor, was hat mein Sohn (Tochter, Frau usw.) nur? Enteignung des Bewusstseins nannte Ernst Klee das.
[11] Das ist nicht weiter verwunderlich. Wer Menschen zur Einnahme stark lebensverkürzender Psychopharmaka überredet und häufig auch zwingt, hat auch sonst wenig Skrupel.
[12] Wer es psychiatrienäher braucht, liest „Wege zur Selbststabilisierung“. Wer es psychiatrisch braucht, liest die „Kleine Selbsthilfe für die Seele“. Google oder Ecosia helfen beim Finden.
[13] So lautet der Fachausdruck.
[14] „Wir“ sind unscharf ausgedrückt die, denen die „Grundsätze zu „psychiatrischer Erkrankung“ und Psychiatrie“ gut gefallen. Siehe www.bpe-online.de/infopool/recht/bpe/grundsaetze.pdf

DRINGEND **31.01.2018**

Ich bitte um Veröffentlichung dieser wichtigen Frage im Rundbrief des BPE!

Lieber Gesamtvorstand des BPE,
jetziger und alle vergangenen,

kurz vor ihrem großen 100. Geburtstag habe ich mit Dorothea über ihre damalige nach wie vor sehr wichtige Arbeitsgruppe gesprochen, die sie im BPE initiierte hatte und die unsere Probleme und Lösungsmöglichkeiten bei uns Betroffenen, die teilnahmen, aufzeigten und die darüber hinaus große Änderungen in der behandelnden Psychiatrie, die mehr heilen sollte, anstoßen sollten. Diese Gruppe, die ich ja nach Dorotheas kurzfristiger Absage damals spontan weiterführte, teilweise zusammen mit Christiane Wiedstruck. Diese erreiche ich nun leider im Hamburger Raum auch nicht.

Doch die wichtigen Unterlagen, das waren unsere Abfragebögen, waren von Dorothea bzw. euch bereits an die Betroffene, Christiane Wiedstruck, die zeitweise in diesen AG beteiligt war, jedoch darüber hinaus auch studierte Psychologin war, zur Bearbeitung weitergereicht worden.

Leider erkrankte diese wieder und deshalb wurden später diese Unterlagen von Dorothea und einem von euch weitergegeben an einen ebenfalls Betroffenen, der ebenfalls studierter Psychologe war. Leider erkrankte auch dieser wieder. Seither weiß ich nichts mehr über den Verbleib dieser unbearbeiteten (aber ja anonym gehaltenen) Fragebögen von uns Teilgenommenen und den bestehenden Fragebögen.

Seither bewegt uns die Frage: Was ist daraus geworden? Und wo sind die Unterlagen wohl zu finden? Wer kann einen Beitrag dazu leisten? **Ich bitte dringend um Information!**

Ist unsere eigene Organisation so wenig interessiert an den Hintergründen unserer angeblichen Erkrankung, statt zu erkennen, wo die Allgemeinheit nur noch nicht weiß, dass es eigentlich ein **natürlicher Aufklärungsversuch des Unbewussten** ist und die eigentlichen Verantwortlichen sich selbst in ihren engen Geleisen ihres Nichtwissens eisern festhalten und deshalb nur so ein zähes Vorwärtskommen möglich ist? Das sage ich als langjährige Stimmenhörerin, die von meinem eigenen Unbewussten unglaublich viel lernen konnte. Die Symbolsprache sollte man besser kennen! Und erkennen sollte man, dass es keine guten oder schlechten Informationen gibt, sondern nur **Aufklärung**, aus der wir alles erfahren können, um die richtige Hilfe geben zu können.

Zu gerne hätte ich Dorothea noch einen positiven Bescheid gegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ingrid Peters

Erfahrungen und Gedanken zum Absetzen von Psychopharmaka.

Mich treibt schon lange die Frage um: warum gab es im Grunde keine Berichte über gelungenes oder auch gescheitertes Absetzen, obwohl fast jedes Jahr auf der BPE-Jahrestagung speziell dazu eine AG angeboten wird?

Als in einem Rundbrief von 2017 zwei Berichte abgedruckt waren, habe ich dies als sehr positiv empfunden. Allerdings habe ich den Eindruck, dass keine der beiden Autorinnen regelmäßige Besucherinnen der BPE-Jahrestagung sind und von der AG zum Absetzen von Psychopharmaka „inspiriert“ wurden/waren.

Ich möchte hier nun nicht „meine“ gesamte Geschichte über meine genaue Art und Weise wie ich es geschafft habe (seit 2 Monate ohne) alle Psychopharmaka -einschließlich Schlaftabletten- abzusetzen. Mir geht es um einige grundsätzliche Gedanken zu diesem komplexen Thema, die mir persönlich wichtig sind.

Zunächst ist mir ganz wichtig klar zu sagen, dass eben nicht jeder, der absetzten möchte das tatsächlich schafft. Diese „Erkenntnis“ findet man in dem Leitfaden der „Harms Reduction-Studie“.

Es darf daher niemand bei einem „Misserfolg“ diesen als persönliches Versagen werten!!!

Ich bin überzeugt, dass man grundsätzlich absolut keine „komplett“ allgemein gültige Anleitung formulieren kann; es kann immer nur um Anregungen gehen.

Ich kenne einige -extrem wenige- Psychiatrie-Erfahrene, die für sich entschieden haben, ihre „Psychopillen“ komplett von einem Tag auf den anderen weg zu lassen. Diese „Methode“ kann durchaus erhebliche Gefahren „mit sich bringen“, die m.E. durch bestimmte Medikamente bedingt sein könnten. Für sie war das -auch rückblickend nach Jahren- der einzige richtige Weg!!!!

Da wir alle einmalige, individuelle Menschen sind, kann es wahrscheinlich hier „nur“ individuelle Lösungen/Wege geben, die untereinander durchaus ähnlich sein können.

Für mich persönlich gab es sozusagen einen „obersten Grundsatz“: ich wollte absolut nie in die Situation geraten, in der eine Klinikeinweisung „unumgänglich“ wurde!!!!

Selbstverständlich habe ich mich bei allen meinen „Psychopillen“ über Wirkweise u.a. was ich erfahren konnte informiert. Dafür habe ich hauptsächlich 2 Bücher verwendet: 1. „Bittere Pillen“ und 2. „Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie“. Außerdem habe ich ganz konkret nach einer -für mich akzeptablen- medikamentösen „Notfall-Therapie“ gesucht. Dabei war mir wichtig, dass eine schnelle Wirkung gegeben war, dass eine niedrige Dosis ausreicht, der Erfolg recht schnell eintritt und somit die Einnahme auf eine kurze Zeitspanne begrenzt werden kann; dabei musste das problemlose Absetzen auf jeden Fall möglich sein. Ich habe diese „Notfall-Medikation“ tatsächlich gefunden und in 5 1/4 Jahren auch 6X „angewandt“.

Für das Absetzen selbst, kann ich nur Mut machen erfinderisch und kreativ zu sein (ich habe z.B. bei meinem Antidepressivum an ungeraden Tagen eine reduzierte Dosis und an geraden die „alte“ vorherige Dosierung genommen). Ansonsten ist es sehr wichtig auf sich selbst zu achten und in sich hineinzuhorchen (allerdings nicht auf eine zu übertriebene Art und Weise). Auf diese Art und Weise habe ich meine „Geschwindigkeit“ und die entsprechende Dosierung wie „von selbst“ gefunden. Auch ich habe erfahren, dass mein behandelnder Psychiater nicht wirklich eine Ahnung vom Absetzen hat; seine Zeitempfehlungen waren: langsam, langsam!!! (wobei der Begriff auch irgendwie „relativ“ ist). Aber er hat mir zu keinem Zeitpunkt auf irgendeine Art und Weise versucht

„Steine in den Weg zu legen“. Überraschend war für mich hingegen, dass ich von einer „Allgemein-Ärztin“ (sie ist schon lange im Ruhestand), mit der ich befreundet bin, auf meine Frage: ob sie irgendeine zeitliche „Vorstellung/Ahnung“ hat hinsichtlich dem Absetzten meiner Schlaftablette, eine recht konkrete Antwort bekommen habe. Sie wollte zunächst wissen wie lange ich schon meine Schlaftabletten nehme. Ihre zeitliche Empfehlung -als Richtschnur gedacht- lässt sich in einer einfachen „Formel/Berechnung“ formulieren: pro Jahr der Einnahme = rechnerisch 1 Monat zum Absetzen -also z.B. bei 30 jährigem „Schlaftabletten-Konsum“ sind 30 Monate zur Entwöhnung absolut okay!!! Einfach so zur Information: bei meinem letzten stationären Aufenthalt in der Psychiatrie hat man einfach so -ohne Gespräch- die Schlaftablette sofort abgesetzt!!!

Wenn es mir dann wirklich nicht besonders gut ging, war dies für mich grundsätzlich absolut kein Anzeichen für einen „krankhaften“ Rückfall; ich konnte solche Situationen als vollkommen „normale schlechte“ Tage, die jeder erlebt, akzeptieren.

Ein Bekannter erklärte mir zu diesem „Absetz-Thema“, dass man so langsam vorgehen muss, dass man „gar nichts merkt“. Hinter dieser Aussage kann sich viel „verbergen“ und leider hatte ich keine Gelegenheit mich mit ihm einmal in Ruhe ausführlich darüber zu unterhalten.

Ich kann für mich klar sagen, dass ich sehr viel gemerkt habe. Also zumindest war für mich das Schlafen phasenweise schon problematisch (hauptsächlich in dem Sinn, dass ich häufig gar nicht, sehr wenig oder sehr unruhig geschlafen habe; dies jedoch selten als besonders psychisch belastend empfunden habe). Ich konnte diese Problematik grundsätzlich als „normale“ Reaktion auf das Absetzen annehmen und habe verschiedene „Tricks“ zur Überwindung/Aushalten herausgefunden. Ab und zu haben mich zu Beginn -besonders nachts- Angstzustände „beschlichen“. Diese zu überwinden war für mich dagegen eher eine „leichte Übung“. Was sehr angenehm war, dass ich schon sehr schnell absolut keinerlei „psychotischen“ Phasen/Erlebnisse mehr hatte (was gerade in den letzten Jahren sehr oft vorkam)!!!

Natürlich merke ich, dass jetzt sozusagen „der Filter“, der besonders meine geistigen Fähigkeiten/Wahrnehmungen „eingeschränkt“ (geschützt???) hatte, weg ist!!! Das ist absolut super -dass ich da wieder sehr wach geworden bin, vieles aufnehmen, sehen, Zusammenhänge durchschauen und vor allem wieder lesen kann (was mir schon als junger Mensch sehr wichtig war)-.

Dass all diese Fähigkeiten gleichzeitig ungewohnt anstrengend sind, ist für mich nicht wirklich „verwunderlich“. Deshalb ist es äußerst wichtig, dass ich immer wieder bewusst darauf achte, mir „Rückzugsräume“ zu schaffen und Dinge zu tun bei denen ich entspannen -im günstigsten Fall- alles um mich herum vergessen kann und dann „ganz bei mir selbst“ bin, und auch mal ein klares Nein sage. Ich gebe zu, dass ich da schon noch ordentlich daran üben „muss“.

Da meine „neuen“ Fähigkeiten und die daraus folgenden Konsequenzen selbstverständlich auch alle Menschen in meinem persönlichen und sozialen „Umfeld“ inzwischen bemerkt haben und auch „zu spüren“ bekommen ist auch da eine „neue“/andere Situation entstanden. Von den meisten wird dies sehr positiv gesehen und angenommen. Diejenigen, für die dies absolut ungewohnt ist und die ein wenig „Mühe haben“ damit umzugehen, sind zum Glück eine absolut, verschwindende „Minderheit“. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass dies keine automatische Regel ist, und sich von daher das Ganze als durchaus „problematischer“ erweisen/gestalten könnte.

Für das „Unternehmen Absetzen“ war für mich sehr wichtig, dass ich zum einen in meinem Mann einen zuverlässigen und geduldigen Begleiter hatte, aber auch weitere verständnisvolle Menschen, denen ich vollkommen vertraue, mir zuhörten und wenn nötig auch mal einen Rat gegeben haben.

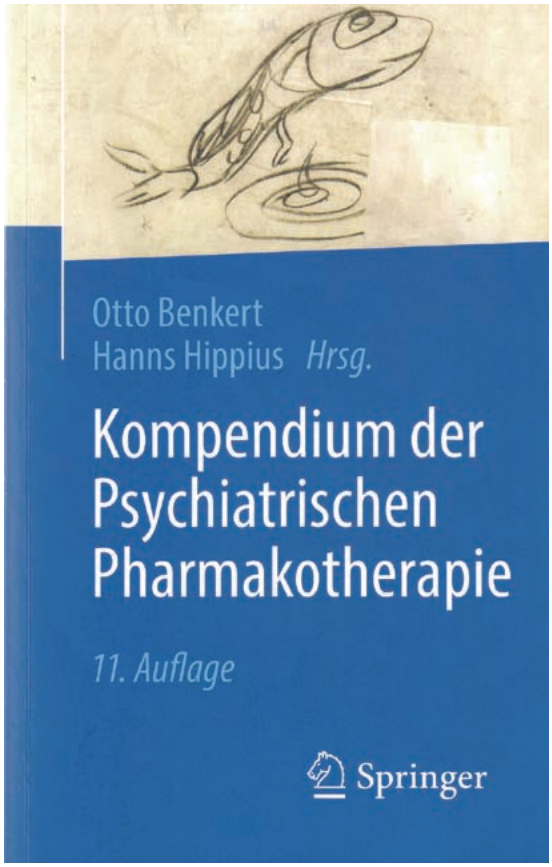
Na, ja, ganz ehrlich, zunächst wollte ich einfach „nur“ die Medikamente reduzieren -mit absolut offenem Ergebnis-. Der bewusste Entschluss wirklich alles abzusetzen kam dann doch erst später.

Eine große Bitte habe ich zum Schluss doch noch: Ich wünsche mir einfach den Psychiatrie-Erfahrenen gegenüber, die aus eigenem Entschluss Psychopharmaka nehmen, aber auch denjenigen, die aus welchen persönlichen Gründen auch immer, weiterhin Psychopharmaka nehmen, eine tolerante Haltung und einen für mich allgemein „gebotenen menschlich respektvollen Umgang“!!!!

Es ist mir bewusst, dass es durchaus andere Meinungen und Einstellung, zu dem was ich hier geschrieben habe gibt; das ist absolut normal und okay. Das sind meine Ansichten/Schlüsse, die aus meinen Erfahrungen/Überlegungen entstanden sind!!!!

Barbara Kaiser-Burkart

Peter Lehmann: 3 Rezensionen zu Psychopharmaka-Büchern

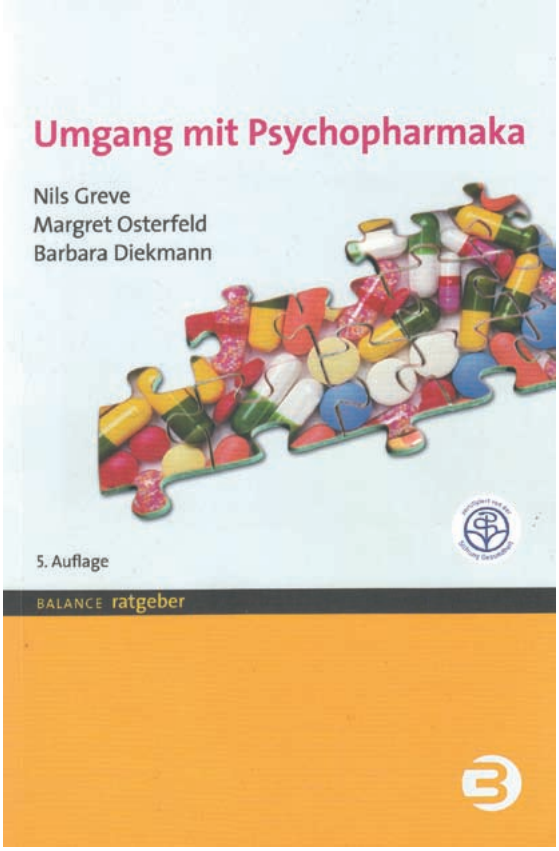


Otto Benkert / Hanns Hippius (Hg.): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie

Ziel der Herausgeber ist es laut ihren eigenen Worten, gesichertes Wissen ausgewogen in ihr Kompendium einzubringen. Neue Erkenntnisse würden auf Grundlage einer evidenzbasierten, das heißt auf Grundlage der an den (angeblich) besten zur Verfügung stehenden Wissensquellen und Daten orientierten Medizin gesichtet und kritisch hinterfragt. Allerdings bleiben die Herausgeber und Autoren in ihrem geschlossenen System der biologischen, pharmafirmenorientierten Psychopharmakologie gefangen – einer Blase, die bei einem kritischen und betroffenenorientierten Blick platzt. Übrig bleiben Bruchstücke, aus denen die »Fakten« über Psychopharmaka und Elektroschocks sichtbar werden, an die die Anwender glauben. Hat man mit Letzteren zu tun, kann es hilfreich sein, ihre Denkmuster zu kennen, wie auch die im Buch bei den einzelnen Anwendungsformen aufgelisteten Wirkmechanismen, Indikationen, Kontraindikationen, Interaktionen, Routineuntersuchungen und Dosierungshinweise. Übernimmt man die Denkmuster der Autoren um die Psychiater Benkert und Hippius, dann sitzt man dem Krankheitsmodell der Stoffwechselstörung auf, die die langfristige Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks notwendig macht. Natürlich stehen nicht nur ideologisch geprägte Auslegungen im Buch. Beim aufmerksamen Lesen springen einen Erklärungen ins Auge, wonach die neurologischen Ursachen etwa von Depressionen nicht hinreichend geklärt seien und psychiatrische Erklärungsansätze bloße Modelle darstellen, letztlich Glaubensvorstellungen. Doch wenn man diese nicht teilt, möglicherweise die traurige Wirklichkeit schädlicher Wirkungen psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen am eigenen Leib erlebt oder im Familien- und Freundeskreis erfahren hat, dann stehen die Anwender von Psychopharmaka und Elektroschocks nackt vor uns: in ihrer ganzen Gefährlichkeit und eiskalten Gleichgültigkeit gegenüber den Schäden, die ihre Behandlungen verursachen.

Kartoniert, XXIX + 995 Seiten, ISBN 978-3-662-50332-4. Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, 11. Auflage 2017. € 44.99

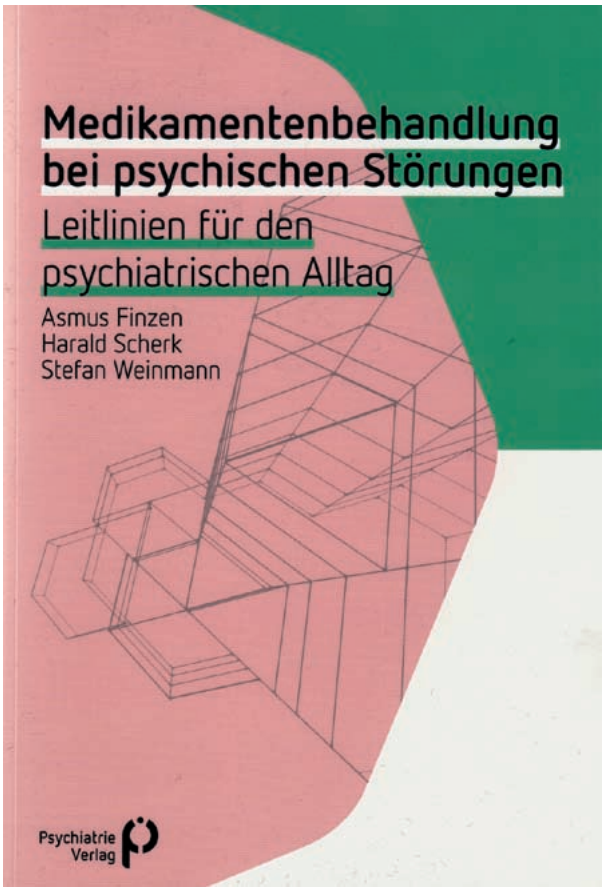
Nils Greve / Margret Osterfeld / Barbara Diekmann: Umgang mit Psychopharmaka



Jeder Mensch werde zur Einnahme eines Medikaments nur dann bereit sein, wenn seine Vorteile klar ersichtlich sind, heißt es im Klappentext des Buches. Ziel der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient sei es, die Vorteile für beide Seiten erfahrbar zu machen. Leider fehlen Wort darüber, dass es auch von existenzieller Bedeutung sein kann, auch die Nachteile einer psychiatrischen Behandlung zu kennen, ebenso Alternativen. Wobei als Alternativen mehr zu benennen wäre aus nur der Wechsel von einem Psychopharmakon zum andern, wenn man mit der Wirkung unzufrieden ist, sondern – in Kenntnis der abhängigkeitsbedingten Entzugssymptome – Wege zum selbstbestimmten Absetzen und zu nichtpsychopharmakologischen Alternativen. Leider finden sich zur Abhängigkeitsproblematik von Antidepressiva und Neuroleptika keinerlei Aussagen im Buch, immer geht es um Absetzsymptome, die genau das Gegenteil von Entzugssymptome sind, denn von Absetzsymptomen spricht man bei vielen Medikamenten (zum Beispiel Medikamenten gegen erhöhten Magensäuregehalt), die zwar vegetative Gegenreaktionen beim Absetzen auslösen, bei denen aber gerade keine Abhängigkeit vorliegt. Absetzsymptome bei Antidepressiva würden meistens nach kurzer Zeit von selbst verschwinden, in der Regel gar nicht auftreten. Berichte von Betroffenen, an die das Buch gerichtet ist, sagen allerdings oft das Gegenteil. Und selbst Hersteller informieren inzwischen über das Risiko der Medikamentenabhängigkeit und lang anhaltender Entzugsprobleme. Positiv zum Buch ist zu sagen, dass es übersichtliche und kurze Artikel zu speziellen Psychopharmaka aufweist. Am Beispiel Aripiprazol, siehe unten, wird allerdings deutlich, welche Folgen eine verkürzte Darstellung haben kann. Dafür wird im Buch das Ideal der gemeinsamen Entscheidungsfindung propagiert. Dass es entsprechend der Gesetzeslage der Patient ist, der nach Vorschlägen und Informationen des Arztes in Ausübung seines Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit die Entscheidung trifft, wird leider nicht gesagt. Dass das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung keine Verhandlungsmasse ist, scheint beim Psychiatrieverlag noch nicht angekommen zu sein. Ein Kapitel, das richtig weh tut, handelt von Elektroschocks. In vielen Fällen seien bis zu 12 Schocks erforderlich. Hinsichtlich der Ansprechrate seien Elektroschocks Antidepressiva überlegen – kein Wunder, wird per Knopfdruck der beabsichtigte epileptische Anfall ausgelöst, und dieser, insbesondere wenn er reihenweise ausgelöst wird, überdeckt mit seinen Folgen, nämlich Hirn- und Gedächtnisschäden, das psychische Leid rasch. Nebenbei, auch Schläge mit einem Knüppel auf den Schädel würde eine hohe Ansprechrate aufweisen. Immerhin, das muss man den Autoren zugutehalten, verweisen sie auf die Website des Rezensenten, wo man kritische Informationen zu Elektroschocks findet. Weshalb diese nicht ins Buch eingeflossen sind, dürfe dem Grundtenor des Buches geschuldet sein. Ziel ist es, die psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen an den Mann oder die Frau zu bringen. Zwar werden im Gegensatz zum »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie« von Benkert und Hippius gelegentlich Ratschläge erteilt, sich an Selbsthilfegruppen zu wenden, alternative Krisenbewältigungsstrategien zu entwickeln, doch wünschenswert wäre eine entscheidungsoffene Haltung der Autoren als Grundsatz. Eine Haltung, die den Leser ernstnimmt, ihn rückhaltlos informiert und ihm das Wissen vermittelt, eine eigene, fundierte Entscheidung zu treffen, sich Psychopharmaka oder Elektroschocks verabreichen zu lassen oder eher nicht. Das Beispiel Aripiprazol (Abilify) möge den Mangel des Buches veranschaulichen. Während die Autoren schreiben: »Die Substanz hat im Vergleich zu den übrigen Neuroleptika ein anderes Wirkprofil, wodurch eine geringere Sedierung auftritt. Patienten berichten allerdings über vermehrte Unruhe«, geben Hersteller von Aripiprazol an Ärzte diese Informationen zu unerwünschten Wirkungen, die Greve und Kolleginnen den Betroffenen leider vorenthalten: sehr häufig Müdigkeit bei Jugendlichen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen; häufig Ruhigstellung, Schläfrigkeit, Ruhelosigkeit, Agitiertheit, Angstzustände, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle, verschwommenes Sehen, gestörte oder fehlende Erektion des Penis bei sexueller Erregung, erhöhte Kreatin-Phosphokinase (für den Energiestoffwechsel der Muskelzellen notwendiges Enzym), Gewichtszu- oder -abnahme, Zuckerkrankheit, Mundtrockenheit oder übermäßige Speichelabsonderung, Verdauungsstörung, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Muskelzittern, Akathisie (als quälend empfundene, neurologisch bedingte Ruhelosigkeit oder zwanghafter Bewegungsdrang).

Kartoniert, 284 Seiten, ISBN 9-783-86739-169-6. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag, 5., vollständig überarbeitete Auflage 2017. € 20.–

Asmus Finzen / Harald Scherk / Stefan Weinmann: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag



Im Buch ist nachzulesen, wie Ärzte sich das Zustandekommen psychiatrischer »Erkrankungen« aller Art und die Wirkungsweisen der eingesetzten Psychopharmaka erklären. Man wisse viel zu wenig über biologische »Hintergründe«, als dass man auch nur an den Versuch denken könnte, in deren Ursachengefüge mit Psychopharmaka eingreifen zu können – schreiben sie im Vorwort. Um dann aber genau die Verordnung von Psychopharmaka zu empfehlen. Diese könnten beitragen, Leiden zu lindern und Selbstheilungskräfte zu aktivieren, rechtfertigen sie die Behandlung. Dass sie aber auch zur 20-25 Jahre verminderten Lebenserwartung beitragen können, dass psychopharmakabedingte Apathisierung schwerlich Selbsthilfekräfte freisetzt, sagen sie nicht.

Wer nach Informationen über Risiken und unerwünschte Wirkungen einzelner Psychopharmaka sucht, wird in dem Buch nicht fündig. Dabei will es sich auch an die »Nutzer« wenden. Möglicherweise hat das mit Studienergebnissen zu tun, die in der Einführung genannt werden: Je mehr Informationen gesunde Studienteilnehmer zu Wirkungen und Risiken einer neuen Behandlung hatten, desto weniger verlässlich schluckten sie die Psychopharmaka, und das, obwohl deren Einnahme mit Geld honoriert wurde. Bei psychiatrischer Behandlung sei das Ergebnis ähnlich: Viele Patienten würden ihre Psychopharmaka frühestmöglich absetzen, auch mit der Begründung, sie hätten der Medikamenteneinnahme nicht aus freien Stücken zugestimmt. Ein Ideal müsse deshalb – ähnlich wie in »Umgang mit Psychopharmaka« von Greve und Kolleginnen – »shared decision making« sein, von Finzen und Kollegen übersetzt mit »gemeinsamer informierter Entscheidung«. Wie schwer tun sich Psychiater doch zu begreifen, dass die Rechtslage einzig die Entscheidung des Patienten über seine ureigenen Belange vorsieht. Darum geht es im Buch aber nicht, sondern um Compliance, Adhärenz, Behandlungstreue, sprich: Unterordnung unter das psychiatrische Regime.

Manche Passagen lesen sich angenehmer, beispielsweise wenn es zum Placebophänomen heißt: »Wenn es einem Patienten besser geht, muss das nicht unbedingt mit der verabfolgten Medikation zusammenhängen. Es kann unabhängig davon sein; ja, die Besserung kann trotz der verabreichten Medikamente eintreten.« Was die Frage des Abhängigkeitsrisikos von Antidepressiva betrifft, eiern die Autoren herum – immerhin, besser als steif und fest die Tatsache körperlicher Abhängigkeit in Abrede zu stellen, schreiben sie: »Antidepressiva machen nicht abhängig wie Suchtmittel oder Benzodiazepine.« Allerdings lassen sie die logische Folge vermissen: ... denn sie führen nicht zur Sucht, sondern bloß zur körperlichen Abhängigkeit. Ihre Unsicherheit wird erkennbar an Begriffen wie »sogenanntes Absetzsyndrom« oder »Absetz- bzw. Entzugserscheinungen«, die bei allen Antidepressiva aufträten. Körperliche Abhängigkeit von Neuroleptika ist überhaupt kein Thema im Buch, nur psychotische Reaktionen bei abruptem Absetzen. Jedoch verweisen die Autoren auf eine mit der Zeit abnehmende Wirkung von Neuroleptika. Toleranzbildung ist bekanntlich ein Faktor von Abhängigkeitsentwicklung.

Gelegentlich wird das Schema der Mainstream-Psychiatrie durchbrochen, beispielsweise durch den Hinweis, bei Neuroleptika-Therapieresistenz komme es vor, dass sich die Symptomatik unter einem Absetzversuch entscheidend verbessere. Andererseits, im Falle einer Antidepressiva-Therapieresistenz oder bei unbefriedigend wirkenden Antidepressiva-Neuroleptika-Kombinationen seien Elektroschocks – im Buch »EKT« genannt – in Erwägung zu ziehen: »Ebenso wie eine EKT als bewährte Methode bei der Behandlung einer therapieresistenten (!) Depression selbstverständlich eingesetzt wird, ist ein solcher Einsatz bei einer therapieresistenten Manie genauso unvoreingenommen wünschenswert.« Die Verantwortung für diesen Satz lehnten auf Nachfrage sowohl Stefan Weinmann als auch Asmus Finzen ab. (Von Behandlungsresistenz sprechen Psychiater, wenn zwei Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen nicht zur Besserung führen.)

Kartoniert, 274 Seiten, ISBN 978-3-88414-585-2. Köln: Psychiatrie Verlag, Neuausgabe 2017. € 30.–

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

im Februar 2018

Positionspapier des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. zur Elektrokrampftherapie

Mit großer Besorgnis und Wut beobachten wir die stetige Zunahme von Elektrokrampftherapie oder Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in Deutschland. Auf dem WPA Kongress im Oktober 2017 und auf früheren DGPPN Kongressen gab es Veranstaltungen, in denen die Anwendung von EKT gegen den natürlichen Willen der Patienten diskutiert wurde. Bei Menschen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, ist dies bereits möglich, wenn sich der behandelnde Arzt und der Betreuer einig sind und der Patient als „einwilligungsunfähig" gilt.

Wir haben einige Mitglieder, die EKT bekommen haben und die heute noch darunter leiden. Sie leiden an Gedächtnisstörungen, an kognitiven Einschränkungen, manche an Bewegungs- oder Sprachstörungen. In Einzelfällen führen die künstlich herbeigeführten Krampfanfälle zu z.B. abgebrochenen Zähnen oder Schäden an der Wirbelsäule. Wir und andere Menschen in ihrem Umfeld konnten beobachten, wie sie sich nach EKT Behandlung in ihrer Persönlichkeit negativ veränderten. Wir haben auch noch keinen Patienten getroffen, der sich über seine EKT-Behandlung insgesamt positiv ausgesprochen hat. Wir kennen jedoch einige, die sich auf EKT einlassen, da EKT in der Literatur als Wundertherapie für Depressionen angepriesen wird. Wir warnen alle, denen Ärzte eine EKT anraten, auf keinen Fall in eine solche Behandlung einzuwilligen. Der Preis, den Patienten für eine eventuelle schnelle und vorübergehende Stimmungsaufhellung zahlen, ist sehr hoch. Schädigungen des mit Strom behandelten Gehirns sind als gesichert anzusehen und im Gegensatz zu Psychopharmaka gibt es nach der Behandlung keine Möglichkeit zur Linderung durch Dosisreduktion, Wechsel des Mittels oder Gabe eines Gegenmittels.

Viele unserer Mitglieder sind der lebende Beweis dafür, dass es bei der Vergabe psychiatrischer Diagnosen an Wissenschaftlichkeit mangelt. So erhalten z.B. immer mehr Menschen leichtfertig die Diagnose einer Depression und bekommen Antidepressiva mit zweifelhafter Wirkung. Professor Irving Kirsch z. B. schaute sich auch unveröffentlichte Studien an. Er stellte fest, dass es vielen Patienten nach Medikamenteneinnahme besserging, aber es war meist egal, ob sie ein echtes Antidepressivum oder ein Placebo geschluckt hatten. Nur bei sehr schwer Erkrankten wirkten Medikamente besser als Placebos. (Quelle:https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/31489/Meta-Analyse-Antidepressiva-nur-bei-schwersten-Depressionen-wirksam)

Die meisten EKTs werden an (depressiven) Frauen und an älteren Menschen durchgeführt, meist wenn Medikamente nicht helfen konnten (s. vorigen Absatz). Das erinnert daran, dass früher Frauen die meisten Verschreibungen von Benzodiazepinen bekamen. Wir glauben jedoch nicht, dass irgendeine Gruppe von Menschen kränker ist als andere, oder dass die Gehirne oder die Biochemie anders sind. Durchaus unterschiedlich sind allerdings Bildungsstand, Einkommensverhältnisse, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, gesellschaftliche Position und vieles andere mehr.

Wir bezweifeln, dass PatientInnen stets schonungslos offen, umfassend und ehrlich über die Nebenwirkungen und negativen Folgen von EKT vor der „Behandlung" aufgeklärt werden. Befürworter von EKT behaupten sogar, EKT würde Leben retten. Belege dafür sind kaum zu finden. Todesfälle durch EKT sind immer wieder dokumentiert. Bei Autopsien wurden immer wieder Hirnschäden, inkl. Nekrosen festgestellt. (vgl.: Gøtzsche, Peter: Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen, 2017, S. 214/5).

Befürworter der EKT sagen, Wirkung und Nebenwirkungen der EKT seien bestens bekannt, da es mindestens 13.000 wissenschaftliche Untersuchungen dazu gäbe. Nun wissen wir leider, dass a.) Studien zu Psychopharmaka häufig nur veröffentlicht werden, wenn sie das gewünschte Ergebnis belegen, b.) dass die Pharmafirmen die Studien in Auftrag geben und c.) dafür sorgen, dass ein positives Ergebnis herauskommt. Da viele Studien zu EKT von den größten Befürwortern herausgegeben werden, müssen wir davon ausgehen, dass es bei der Mehrheit der 13.000 Studien ebenfalls an Unabhängigkeit mangelt.

Fazit: Der Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. spricht sich gegen EKT aus und warnt dringend davor sich einer EKT Behandlung zu unterziehen. Wenn EKT dennoch angewandt wird, fordern wir ehrliche und umfassende Aufklärung über Wirkungsweise, unerwünschte Wirkungen und Folgeschäden.

Auf keinen Fall darf EKT ohne ausdrückliche Zustimmung oder gar gegen den natürlichen Willen angewandt werden. Wir erleben, dass Menschen gesunden, wenn sie die Ursache ihrer psychischen Krise/Erkrankung angehen, sich der Selbsthilfe anschließen und sich selbst die für sie passende Unterstützung besorgen bzw. menschliche Unterstützung erhalten.

Der geschäftsführende Vorstand des BPE e.V., Wittener Str. 87, 44789 Bochum,
Email: vorstand@bpe-online.de, Tel.: 0234 / 68 70 55 52

Patientenverfügungen und Elektroschocks

An der Haltung von Mainstream-Psychiatern zum Elektroschock zeigt sich die Notwendigkeit nicht nur der Absicherung mit Vorausverfügungen, sondern auch ihrer regelmäßiger Aktualisierung und Bestätigung. Die Verlautbarungen der Mainstream-Psychiater lassen zudem den Verdacht aufkommen, dass ihr Wille, sich an bestehende Gesetze zu halten, beispielsweise das deutsche Patientenverfügungsgesetz, nur bedingt vorhanden ist. Sie sind sich nämlich einig, es für unethisch zu halten, von der gewaltsamen Verabreichung von Elektroschocks abzusehen (Besse u.a., 2017), wenn sie diese für nötig halten:

> »So sollte einem Patienten mit nihilistischem Wahn eine EKT oder eine andere therapeutische Intervention nicht vorenthalten werden, weil er krankheitsbedingt nicht an deren Erfolg glauben kann.« (Berthold-Losleben & Grözinger, 2013, S. 56)

Bei Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich, meinen sie. Die »höhere« Wirkung des Elektroschocks habe vor den »nur geringfügig größeren Nebenwirkungen« Vorrang, deshalb sollten bei Notfall-Indikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral (an beiden Schläfenseiten) und mit einer zunächst hohen Behandlungsfrequenz; die gerichtliche Einwilligung könne hinterher immer noch eingeholt werden. Bei zwar einwilligungsfähigen, aber »psychisch kranken« Personen sowie bei Minderjährigen sei sie sowieso nicht nötig (Sartorius u.a., 2013; Olzen & Nickl-Jockschat, 2013), so die Autoren von »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«. Das einzig beachtliche Gesundheitsrisiko sei die Nichtverabreichung von Elektroschocks:

> »Als ernstliche Gesundheitsschädigung wird angesehen, wenn durch die verspätete Ausführung bzw. Nichtvornahme der EKT eine schwere Körperverletzung droht...« (Olzen & Nickl-Jockschat, 2013, S. 218)

Eine Patientenverfügung sei nicht stets in der Weise in den Behandlungsplan aufzunehmen, dass man ihr entspreche. Der Arzt habe sie lediglich zu berücksichtigen. Wenn jedoch begründete Zweifel vorlägen, dass die verfügten Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn die Patientenverfügung vor längerer Zeit errichtet wurde und wenn die medizinische Entwicklung Maßnahmen ermögliche, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden: Dann sei dem Arzt empfohlen, auch bei an sich eindeutigen Patientenverfügungen evtl. verbleibende Zweifel auf einen gemutmaßten Willen des Patienten zu stützen und sich zur eigenen Absicherung »in dubio pro vita« (»im Zweifel für das Leben«), das heißt für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks zu entscheiden (ebd., S. 224 / 226) – so der deutsche Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Nickl-Jockschat in ihrer Auslegung des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit, der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und des deutschen, österreichischen und schweizerischen Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Notfallbehandlung, die an den Wünschen der Betroffenen ausgerichtet sein muss.

Dass man mit Vorausverfügungen nicht umfassend Vorsorge für alle Eventualitäten treffen kann, versteht sich von selbst. Die mit zwangsweiser bzw. ohne Einwilligung erfolgte Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks eingehenden Risiken sind jedoch absehbar und vielleicht auch abwendbar – sofern man rechtzeitig Vorsorge trifft.

Hinweis

Den Text hat uns freundlicherweise Peter Lehmann zur Verfügung gestellt. Er stammt aus seinem Artikel »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer / Josef Zehentbauer: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 19-174.

Peter Lehmanns aktualisierte »Psychosoziale Patientenverfügung« (2015, S. 7) bietet einen Formulierungsvorschlag an für alle, die sich auch vor Elektroschocks schützen wollen.

Quellen

Berthold-Losleben, Mark / Grözinger, Michael (2013): »Informationen für Patienten und Angehörige«, in: Grözinger u.a. (Hg.), S. 47-57

Besse, Matthias / Methfessel, Isabel / Wiltfang, Jens u.a. (2017): »Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen«, in: Nervenarzt, 88. Jg., S. 46-52

Grözinger, Michael / Conca, Andreas / Nickl-Jockschat, Thomas u.a. (Hg.) (2013): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag

Lehmann, Peter (18.12.2015): »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a. Teil 2 – Meine Persönliche und Allgemeine Erklärung«; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt/psychpav.htm

Olzen, Dirk / Nickl-Jockschat, Thomas (2013): »Rechtliche Aspekte der EKT in Deutschland, Österreich und der Schweiz«, in: Grözinger u.a. (Hg.), S. 201-228

Sartorius, Alexander / Pycha, Roger / Grözinger, Michael u.a. (2013): »Praktische Durchführung der EKT«, in: Grözinger u.a. (Hg.), S. 109-126

Bericht vom 30.11.2017 vom Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung. Durchführung Deutscher Behindertenrat aus Berlin.

Alles begann pünktlich, es waren ca. 70 Personen anwesend.

Das Thema:
„Behindertenpolitische Herausforderung in der neuen Legislaturperiode – Wege zur Nichtdiskriminierung als Maßstab“

Ein komischer Titel wie ich finde, ein negativ Titel, Nichtdiskriminierung, das Wort hat zwei negative.
Im Verlaufe der Veranstaltung wurde mir klar warum negativ. Aber dazu später mehr.
Seit der Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention, haben einige Gesetzgebungsvorhaben der letzten Jahre das Ziel verfolgt die Rechte der Menschen mit Behinderung zu stärken. Das Grundgesetz verbietet in Artikel 3 jede Form von Diskriminierung für Menschen mit Behinderung auch heute noch in fast allen Lebensbereichen. Wie kann das sein?
Dieser Frage wurde heute nachgegangen, aus Sicht der Betroffenen, der Wissenschaft und vor allem der Politik.
Die Handlungsbedarfe wurden verschiedentlich formuliert und an Politik und Wissenschaft weitergegeben.
Begrüßt wurden wir von Frau Hannelore Loskill, Sprecherratsvorsitzende des Deutschen Behindertenrates. Sie fasste sich kurz und übergab das Wort an Prof.Felix Welti aus der Universität in Kassel. Er erläuterte die verschiedenen Möglichkeiten des Rechtes um evtl. Klagen auf den Weg zu bringen. Einen eindrucksvollen schilderte er und das ist die Verbandsklage die jetzt möglich wird als Verbraucherverband. Seine weiteren Ausführungen können über einen nachfolgenden Link über die Präsentation einzusehen sein.
Im Anschluss daran folgten praktische Beispiele wie Diskriminierung im Alltag zu erleben sind als kleinwüchsiger der mit Schwerbehindertenausweis und der nicht anwesenden Begleitperson nicht ins Schwimmbad gelassen wurde weil er keine Begleitperson hatte obwohl sie in seinem Schwerbehindertenausweis eingetragen war. Und einen Herrn im Elektro Rolli nicht in der Straßenbahn fahren durfte. Die Straßenbahn deswegen nicht weiter fuhr und die Polizei geholt wurde und er trotzdem nicht ausgestiegen ist und dann mit einer Sonderfahrt zum Zielbahnhof befördert wurde.
Ein junger Brandverletzter durfte seinen früheren Arbeitsplatz nicht mehr antreten wegen seiner Verbrennungen. Auch auf Bewerbungen bekam er als 29 jährigem keine Arbeit mehr.
In der letzten Interview Runde erklärte ein Angehöriger im Rentenalter, wie sein Vetter geistig schwerbehindert, lebend in einer Einrichtung mit 150 Menschen in einem eigenen Dorf in Franken nach einem Unfall zur Reha sollte und zwar 700 km von zu Hause weg. Da war ich einigermaßen entsetzt sagte er doch das das eine super Sache wäre wenn 150 geistig Behinderte in einem eigenen Dorf wohnten und sich ja hätten. Er hat dafür gekämpft das er in der Nähe zu einer Reha gehen konnte wo ihn seine Kollegen besuchen konnten.

Nach der Mittagspause sprach Verena Bentele, die nicht verraten wollte ob sie noch eine Legislaturperiode ihren Job weiter macht. Sie redete wie immer sehr mitreißend und voller Elan, dass Menschen mit Behinderung laut sein sollen und dass sie sich wünscht, dass mehr Menschen mit Behinderung ein politisches Amt übernehmen sollen.

Es schlossen sich Diskussionen an wie die Politiker die anwesend waren (Frau Zaklin Nastic „Die Linken“, eine Frau Konner von Bündnis 90/Die Grünen) mehr Politik konnte sich nicht für diesen Tag begeistern, ihre Manuale der Politik benutzen können um für Menschen mit Behinderung Diskriminierung zu Verhindern. Sie sollten auch überlegen wie sie arbeitslose Menschen mit Behinderung in Arbeit bekämen da gab es auch eine Stimme für eine soziale Arbeitsplatzgestaltung die die Grünen Angehörige eine Psychiaterin aus Bremen favorisierte. Meiner Meinung nach gibt es dann wieder Sonderwelten. Im Kindergarten noch inklusive und im Erwachsenenalter in die Sonderwelt.
Frau Dr. Sigrid Arnade ISL e.V. Beklagte die hohe Arbeitslosigkeit der behinderten Frauen. Dann den Anteil der behinderten Männer. Sie beklagte auch das Zwangspoolen wie sie es nennt im ambulanten Bereich.
In all der Länge des Tages gab es keinen Platz für die Barrierefreiheit für Psychiatrie Erfahrene und das erschreckte mich doch etwas.
Nichtsdestotrotz glaube ich das es wichtig ist genau solche Veranstaltungen zu besuchen um uns Präsent zu machen damit wir nicht übersehen werden und ebenfalls unsere Bedarfe anmelden können und müssen.

Gezeichnet Martina Heland-Graef 30.11.2017 aus Berlin

Bericht vom 24./25.01.2018 aus Kloster Irsee vom Gesundheitspolitischen Kongress der bayerischen Bezirke

Das Thema: Sicherheit bzw. Wie schützt der Staat die Patientinnen und Patienten- und wie unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sicherlich ein Thema das im Brennpunkt steht, in Bezug auf das neue PsychKHG in Bayern. Der Ministerrat hat es diese Woche genehmigt. Meine Mailbox quoll über es ging ein Aufschrei durch die Selbsthilfe und Verbände.
Eine noch nie größere Einigkeit habe ich diesbezüglich in den vergangenen Jahren erlebt. Die Politik ist da jetzt sehr gefragt und sollte dringlichst sensibel gemacht werden das psychisch erkrankte keine Verbrecher sind.

Frau Krüger, geschäftsführendes Präsidialmitglied des Bayerischen Bezirketags, übernahm die Begrüßung am Abend und übergab das Wort an Herrn Hermann Imhof Mdl., Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung.
Eigentlich beginnt sein Titel mit Patienten, bei seinen Ausführungen hielt er sich jedoch fast ausschließlich bei den Pflegenden auf, die wie ihm seine Tochter schilderte immer häufiger in den Fokus von Aggressionen und Gewalt verbreiteten Patienten rückten. Die somatischen Notfallambulanzen oder Krankenhäuser verbuchen ein mehr an Gewalt verbaler und oder auch tätlicher Gewalt in den Krankenhäusern. Leider blieb ihm da kein Platz für die Patienten und Patientinnen die er auch vertritt. Nicht von Senioren, wenn sie in Pflegeheimen von vielleicht überfordertem Personal gemaßregelt oder auch tätlicher Gewalt ausgesetzt sehen. Oder in Psychiatrien in denen Gewalt gegen Patienten und Patientinnen ausgeübt werden. Dabei ist auch die unterlassene Hilfeleistung oder die psychische Gewalt und oder die verbale Androhung von Gewalt keine Seltenheit. Das gegenüber Schutzbefohlenen ist für meine Begriffe in jeder Hinsicht ein „No Go“ und eine nicht zu entschuldigende Handlung.
Danach wurde das eine und andere wichtige Gespräch, auch über das PsychKHG beim „get together“ im Stiftskeller besprochen.

Mit „Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ kam Prof. Dr. Tilman Steinert Ärztlicher Direktor ZfP Südwürttemberg zu seinen Ausführungen, dass es eine Historische Antwort auf Gewalt und Zwang gibt, nämlich die Kontrolle.

Herr Steinert ist der Ansicht das Gewalt gegen Patienten in vielerlei Ausführungen rechtfertigt. Er beklagt das Personal keine Anzeigen gegen Patienten durchführen darf, wenn ein Patient Personal körperlich und oder verbal aggressiv wird und verletzt.

Er gab in seinen weiteren Äußerungen weiter an das die von der Staatsanwaltschaft immer eingestellt werden da der Patient oder die Patientin sowieso schon untergebracht wären. Diesen Umstand findet er unerhört und schreibt schon mal dem Staatsanwalt das von dem Patienten ein erhöhtes Risiko ausgehen würde sollte er entlassen werden. Da blieb mir fast die Luft weg. Die Opfer Rolle wird in seinen Ausführungen für meine Verhältnisse sehr Pflegelastisch ausgeführt von denen er auch höchst überzeugt ist. Offene Stationen sind seiner Ansicht nach nicht wirklich wissenschaftliche Erkenntnisse um Gewalt zu reduzieren.

Ich intervenierte im Namen der Betroffenen das wir sehr wohl Opfer und bei Gewaltanwendung durch Pflegepersonal auch furchtbare Trauma erleiden, die diese Gewaltanwendung in einer Weise rechtfertigen.

Die Gewalt gegen Patienten und Patientinnen übernahm Prof. Dr. med. univ. Andrea Berzlanovich, Leitung Fachbereich Forensische Gerontologie am Department für Gerichtsmedizin Wien.

Sie veranschaulichte deutlich und ungeschönt wie Verletzungsmuster bei Patienten und Patientinnen in Senioreneinrichtungen zu erkennen sind und nicht übersehen werden sollten.

Statistisch aufgearbeitet wurden Übergriffe auf Pflegepersonal in drei bayerischen Bezirken über 2 Jahre. Auf weitere Ausführungen zu diesem Thema verzichte ich da das Zahlenwerk nicht von mir vorgelegt werden kann.

Im 4. Abschnitt der Tagung wurde nun auch die Lanze gegen Gewalt im Krankenhaus durch einen Juristen, Dr. Sebastian Kirsch, bearbeitet der den „Werdenfelser Weg“ als Beispiel nahm was bei freiheitsentziehenden Maßnahmen im Krankenhaus schief läuft. Er ist Richter am Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen. Er spricht davon sich gegenseitig zu achten, Gewalt frühzeitig erkennen, Verhältnismäßigkeit für Gewalt immer wieder überprüfen. Gewaltprävention, eher auf Vertrauen aufbauen, nicht jede Gewaltausübung gegen Patienten ist ein Notstand. In seinen Berichten ist er eher pro Patient sagt aber auch das das Psychiatrische Krankenhaus kein rechtsfreier Raum sein kann.

Safewards ist das nächste Thema gewesen und richtete sich auch eher am Pflegepersonal aus. Die Grundzüge sind: „was sind Auslöser von Gewalt“.

Safewards Modell steht für Klärung gegenseitiger Erwartungen, verständnisvolle Kommunikation, deeskalierende Gesprächsführung, wertschätzende Kommunikation, Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten für den Betroffenen, gegenseitiges Kennen lernen gemeinsame Unterstützungskonferenz, Methoden zur Beruhigung, Sicherheit bieten, Entlassnachrichten.
Nachzulesen auf www.safewards.net für jeden zugänglich und kostenlos.

Deeskalation wurde von Gerd Weissenberger, Institutsleitung ProDeMa steht für Professionelles Deeskalationsmanagement in Kuchen. Auch Herr Weissenberger ist für ein Modell gegen Gewalt.

Frau Wenk-Wolff vom bayerischen Bezirketag hatte das Schlusswort und fasste nochmal alles zusammen.

Gezeichnet Martina Heland-Graef

Bericht zur Podiumsdiskussion in Freising im Kardinal-Döpfner-Haus zum Thema „Unter dem Druck glücklich zu sein“.

Mit seinem Impuls Referat leitete Professor Keupp Sozialpsychologie LMU München in die Podiumsdiskussion. Es war darin von Philosophen und Maler die Melancholie schon behandelt haben und in diesem Verlauf die schnelle Entwicklung zu Leistungsfähigkeit und Termindruck beeindruckend beschrieben.

Die beiden Mitdiskutanten Dr. Schröder Chefarzt Klinikum Freising Psychosomatik und Psychotherapie tat sich, ebenso wie Dr. Schneeweiß Chefarzt vom kbo-Isar- Amper Taufkirchen schwer dem Kollegen Keupp nachzugeben das am meisten die Pharmaindustrie von der Psychiatrie profitiert. Dr. Schröder meinte daraufhin das er das so nicht unterstützen kann denn Psychiatrie Patienten würden auch in Beziehung mit den Therapeuten treten. Da meldete ich berechtigte Zweifel an und fragte ihn wie er mit einem Patienten in Beziehung tritt der so mit Medikamenten belegt ist das er nicht mal seinen Namen weiß.

Meine Redebeiträge dazu fasste ich am Anfang zusammen als meine Gedanken zu diesem Thema:

Podiumsdiskussion: Über den Druck glücklich zu sein

- Gesellschaft und Arbeitsabläufe werden ihrer Bestimmung nach nicht mehr abgleitet von der existentiell bedingten Begrenztheit des Menschen, sondern nur noch definiert nach denjenigen betriebswirtschaftlichen Parametern, die Effizienz, Konkurrenzfähigkeit und Profit garantieren. Der Mensch als Körper-Seele-Geist-Einheit fällt dabei i.d.R. Immer hinten runter.

- Das ist der Menschheit und Gesellschaft größtes Problem und noch mehr meines oder unseres (Psychiatrie Erfahrene). Entschleunigung aller, eine Rückbesinnung auf unsere Verantwortung während unseres Lebens und die damit verknüpfte Sinngebung würden jeden einzelnen unserer Gesellschaft die Wertschätzung geben und auch gegenseitige Akzeptanz sichern.

- Zwar ist jeder unterschiedlich resilient von psychisch Kranken und auch gesunden Menschen, dennoch sind gerade sie es, die ihr Leben meistens nach vorne ausrichten, trotz verschärfter Stigmatisierung und meist mangelnder Wertschätzungen und anderer Verletzungen.

- Es gilt heutzutage die Stigmatisierung und auch Verletzungen und Vorurteile zu verbalisieren ins Gespräch zu kommen und gegenseitig achtsam zu sein.

- Glücklich sein heißt für mich anerkannt zu werden, ohne Mitleid leben zu können, Leistung erbringen zu können, mich nicht ständig erklären und entschuldigen zu müssen, nur weil ich nicht voll leistungsfähig bin.

- Glücklich sein heißt für mich keinen Druck zu haben, glücklich zu sein ohne eine Bedingung, ohne Einschränkung. Glücklich sein heißt frei zu sein ohne Zwangsmaßnahmen und Freiheitsentziehende Maßnahmen für Psychiatrie Erfahrene. Sein zu dürfen so wie ich bin.

- Glücklich sein ist keine Kunst, die Kunst ist es, sie jedem zu gewähren.

Im weiteren Verlauf kamen auch noch einige Beiträge zum PsychKHG zur Diskussion und das Stigma das ich in meinem Eingangsbeitrag schon erwähnte.

Wenn dieses Gesetz so bleibt, dann ist es ein Diskriminierungsgesetz und in keinem Fall UN konform.

Missbrauch an Kindern wurde auch ein Thema und auch welche Hilfen es für Familien geben solle um Kindern Werte und welche davon, zu vermitteln.

Die Leiterin des SPDI`s in Freising mit der ich andernorts schon gute Gespräche führte, bekräftigte auch das es wichtig ist unterstützende Hilfen zu geben und anzubieten. Dieses wird wohl in Freising auch gut genutzt und angenommen.

Sie meinte auch das es oft auch individuell im Angebot sein muss. Aber das es auch manchmal schwierig ist mit Betroffenen in Beziehung zu treten.

Zum Schluss geht es in Randgesprächen auch um einen Betreuer der nicht weiß wie er seinen Betreuten unterstützen soll, da er nicht krankheitseinsichtig ist. Welch ein schweres Wort und mit wieviel Stigma behaftet.

Die Veranstaltung war erfolgreich und gut besucht und ich freute mich einen früheren Vorstandskollegen des Baype dort anwesend zu sehen. Gruß an Achim Kuck.

Gez. Martina Heland-Graef

Karin Hoffmann
Ortsstraße 15
07426 Allendorf
Tel. 0174 48 88 387
karinhoffmannallendorf@t-online.de

An den
BPE e.V.
Wittener Str. 87
44789 Bochum

Betr.: Veröffentlichung im Rundbrief Nr.3 / September 2017 zum Thema:
Stellungnahme zu Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe oben genannten Rundbrief gelesen und bin, was Werkstätten für behinderte Menschen anbetrifft, überhaupt nicht Ihrer Meinung, denn ich habe ganz andere Erfahrungen in der Behinderteneinrichtung der Diakonie, in der ich fast 13 Jahre als Behinderte gearbeitet habe, gemacht.

Ich war selbst in einer psychischen Krise. Ich war depressiv, hatte Ängste und bekam immer wieder mal einen Schizophrenieanfall. Ich war auch eingeschränkt durch Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Außerdem habe ich allein gelebt und die Einsamkeit hat mich fast umgebracht. Ich bekam die Chance in einer Behinderteneinrichtung der Diakonie zu arbeiten. Dort habe ich nicht nur eine Beschäftigung gefunden, sondern auch Menschen um mich herum, die mich einfach nur getragen und gehalten haben. Ich habe mich geschützt und aufgehoben gefühlt.

Es stimmt, dass die Arbeit dort stupide und langweilig ist, aber was hätte ich anderes machen können. Von Beruf bin ich Diplommathematiker. Meine einstigen geistigen Fähigkeiten waren jedoch durch die Krankheit auf die Lösung von nur einfachen Sachverhalten beschränkt. Ich hatte keine Gefühle mehr, keinen Antrieb, irgendetwas zu machen. Alles, was ich tat, kostete mich viel Überwindung und Kraft. Wie sollte ich den Tag herumkriegen, als durch irgendeine einfache Beschäftigung?

Ich habe die Zeit in der Behinderteneinrichtung nicht als ein „Ghetto“ empfunden, sondern einfach als einen Schutz vor den Anforderungen des Lebens in der Außenwelt, denen ich nicht mehr gewachsen war.

Auch mit dem Personal der Werkstatt habe ich positive Erfahrungen gemacht. Diese Menschen waren für mich immer da, wenn ich ein Problem hatte.

Ich habe versucht, in anderen Einrichtungen zu arbeiten, weil ich glaubte, dass ich nur etwas anderes arbeiten müsste, dann würde es mir schon besser gehen. Von Seiten der Werkstatt wurde das dahingehend unterstützt, dass Außenarbeitsplätze geschaffen wurden, in denen ich durch ein Praktikum mich ausprobieren konnte. Das ist alles gescheitert, weil ich einfach nicht in der Lage war, die erforderlichen Tätigkeiten zu verrichten. Es ging mir dabei in keiner Weise besser.

Was die Löhne anbetrifft, so sind sie in der Tat niedrig. Das unterliegt wirtschaftlichen Zwängen und hängt von den sozialen Möglichkeiten der Gesellschaft ab. Es ist auch so, dass die Arbeitsleistung, die Menschen mit einer Behinderung erbringen können, gering ist und einfach nicht mit der Leistung, die ein gesunder Mensch erbringen kann, vergleichbar ist. In unserer Werkstatt waren einmal Produktionshelfer aus dem 1. Arbeitsmarkt vorübergehend eingesetzt, weil wir die Arbeit allein nicht schaffen konnten. Sie machten die gleiche Arbeit wie ich und waren so flink in ihren Bewegungen, was ich einfach nicht schaffte. Durch ihr Tempo fühlte ich mich total beunruhigt und es belastete mich, spürte ich doch dabei meine Defizite. Meiner Meinung nach sollten die Löhne und sonstigen sozialen Leistungen so bemessen sein, dass man nicht am Existenzminimum leben muss, sondern etwas Spielraum hat, um sich Dinge leisten zu können, die einem helfen, aus schwierigen Situationen herauszukommen und die eigene Lebensqualität zu verbessern.

In meiner Werkstatt ist mir nichts schwergemacht worden. Ich konnte alle meine Anliegen ansprechen und die Mitarbeiter haben sich nach ihren Möglichkeiten darum gekümmert, meinen Wünschen nachzukommen. Es hat jeder die Möglichkeit am Werkstattessen teilzunehmen oder sich selbst etwas mitzubringen und in der vorhandenen Mikrowelle etwas warm zu machen. Es gibt 2 Wahlessen, wovon eines sogar seit einigen Monaten vegetarisch ist.

Ich hatte kein Problem für die Teilnahme an einer Beerdigung frei zu bekommen.

Ich konnte meine Arztbesuche während der Arbeitszeit erledigen und auch mit meiner Psychologin sprechen, die mich in der Einrichtung besuchte und wir konnten dabei einen Raum nutzen, der vorhanden war.

Die Diakonie unterstützt auch Weiterbildungen. So war es mir möglich, als es mir besser ging und ich meine psychische Krise weitgehend überwunden hatte, eine Weiterbildung zum Ex-In-Genesungsbegleiter zu machen. Von der Werkstatt bekam ich für die Teilnahme an den Kursen und Praktika frei. In der Zeit der Weiterbildung und auch durch die Weiterbildung selbst habe ich mich persönlich weiterentwickelt, sodass ich jetzt in der Lage bin, den Schutz der Werkstatt zu verlassen und meinen eigenen Lebensweg weiter zu gehen.

Ich sehe das Dilemma der Werkstätten, kaum Menschen in Arbeit zu bringen, vor allem darin, dass die psychisch behinderten Menschen kaum Ansprechpartner finden zur Lösung ihrer Lebens- Probleme. Erst wenn sie ihre psychischen Probleme gelöst und für sich selbst mehr Lebensqualität erreicht haben und es ihnen gut geht, werden sie in der Lage sein, durch Arbeit auf dem offenen Arbeitsmarkt sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Eine Möglichkeit dazu wäre die Einbeziehung von Ex-In-Genesungsbegleitern in diesen Einrichtungen, denn Menschen, die diese Ausbildung absolviert haben, sind selbst Menschen, die psychische Krisen durchlebt und überwunden haben und eigene Erfahrungen gemacht haben, wie man mit schwierigen Lebenssituationen umgeht. Außerdem haben sie in der Ausbildung allgemeines Wissen für den Umgang mit Krisen vermittelt bekommen. Der gemeinsame Erfahrungsaustausch in Arbeitsgruppen während der Ausbildung hat jeden Einzelnen bereichert.

Ich sehe Werkstätten für behinderte Menschen als einen Schutz und ein Auffangbecken für Menschen in einer ausweglosen Situation, in der sie sich nicht selbst helfen können. Ich war damals, als es mir schlecht ging, in dieser Einrichtung wenigstens nicht einsam und isoliert und konnte durch eine einfache, wenn auch monotone Beschäftigung, wenigstens den Tag überstehen. So wie mir geht es sicher auch anderen Nutzern der Werkstätten.

Ich finde jedoch, dass auch die Behindertenwerkstätten sich weiterentwickeln können und einfach Angebote schaffen, um Menschen bei der Lösung von ihren Lebensproblemen zu unterstützen, denn das ist aus meiner Sicht der erste Weg, um sich zu befreien von alten Lasten und Denkmustern, mit denen man allein nicht klarkommt. Ich habe diese Hilfe, wie sie bis jetzt möglich war, in meiner Werkstatt bekommen. Ich musste sie mir jedoch selbst suchen und das hat lange gedauert, weil ich nicht wusste, wer mir wobei helfen konnte. Es wäre besser, wenn die nötigen Ansprechpartner vor Ort wären. Ich sehe solche Ansprechpartner in Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und Ex-In-Genesungsbegleitern.

Werkstätten für behinderte Menschen dürfen nicht abgeschafft werden.

Ich berichte über meine Eindrücke von der Verhandlung vor dem dem Zweiten Senat des Bundesverfassungsgerichtes in Karlsruhe am 30. und 31. Januar dieses Jahres in den Verfahren – 2 BvR 502 / 16 - und - 2 BvR 309 / 15 -:

Gegenstand der Anhörung waren Fragen zur Problematik der Fixierung oder Fesselung psychisch kranker Menschen in den Psychiatrien, die Verfügbarkeit milderer Mittel und die Notwenigkeit richterlicher Kontrolle dieser Zwangsmaßnahmen, sog. Richtervorbehalt. Das Gericht wollte sich ein umfassendes Bild über die Situation in Psychiatrien und in den forensischen Anstalten verschaffen.

Neben den eigentlichen Verfahrensbeteiligten waren weiter eingeladen und dort erschienen:

bitte einscannen S. 6 Ziffer 11. bis 14. „Für die Bundesregierung … OLG Dr. Claudia Fischer“

Als sachverständige Auskunftspersonen hörte das Gericht folgende Personen an:

bitte einscannen ab S. 3 Ziffer 10 „Herr Präsident des ...“ bis Kreuder-Sonnen“

Ich selbst habe als Prozessbeobachterin für die Weglaufhausinitiative Ruhrgebiet, Bochum, das Verfahren verfolgt, gute zwei Stunden war ich während des Verfahrens dort nicht anwesend.

In der Bundesrepublik Deutschland ist es gängige Praxis, zwangsweise untergebrachte Menschen in geschlossenen psychiatrischen Kliniken, früher Anstalten genannt, zur Ruhigstellung und zur Vorbereitung ärztlicher Behandlung, nämlich vorwiegend Gaben teilweise hochdosierter Psychopharmaka und auch dies zwangsweise, zu fixieren. Zur Verfügung stehen dem Klinikpersonal hierfür sog. Dreipunkt-, Fünfpunkt- und Siebenpunktgurte. Das für Menschenrechtsverletzungen zuständige Kommissariat der UNO hat überprüft, inwieweit die in der UN-Menschenrechtskonvention normierten Menschenrechte in der Bundesrepublik Deutschland eingehalten werden. Der hohe Kommissar hat die gerade geschilderten Fixierungen mehrfach als Folter bezeichnet und die Kommission forderte die Bundesregierung auf, dafür zu sorgen, dass diese Praxis zukünftig nicht mehr geübt wird.

Ich habe Bilder aus der jüngeren Berichterstattung über die Situation verschiedener afrikanischer Gebiete vor Augen, in denen der Fernsehsender arte dokumentiert, wie dort dörfliche Gemeinschaften oder Großfamilien mit ihren psychisch kranken Mitgliedern und Verwandten umgehen: Wird deren Verhalten für die Gruppe nicht mehr nachvollziehbar und werden sie zu anstrengend, schafft man sie nach außerhalb des Dorfes und bindet sie dort an einem Baum derart fest, dass sie sich nicht selbst befreien und von dort wegbewegen können. Ich war damals entsetzt, während ich den Film anschaute; nun bei den Schilderungen in der Gerichtsverhandlung tauchten diese Bilder wieder vor meinem inneren Auge auf. Heben wir, unsere westliche Gesellschaft, uns, die wir uns soviel auf unsere „Werte“ zugute halte, qualitativ hiervon bedeutsam ab?
Immerhin wird unsereins, die als psychisch kranke Menschen Klassifizierten, in unserem Land nicht mehr gefoltert oder als Hexen verbrannt, staatlicherseits auch nicht einem Exorzismus ausgesetzt und auch die Gaskammern sind seit 73 Jahren nicht mehr in Gebrauch.

Ein Fortschritt.

In der Anhörung wurde über zwei Tage allerdings deutlich, dass die jeweils handelnden Ärzte in den Situationen, die mit den Fixierungen enden, und das befasste Personal mindestens genauso, wenn nicht mehr unter den vorgeblich notwendigen Gewaltanwendungen leiden wie die Betroffenen selbst. Die dort vorgetragenen Schilderungen über die äußerst belastenden Situationen aus ärztlicher Sicht waren sehr anschaulich und wirklich äußerst bewegend.

Wir Psychiatrieerfahrene wissen, dass Außer-Sich-Sein, welches am Ende in den Gurten mündet, nahezu immer verzweifelnde Umstände bzw. Lebensverhältnisse vorausgehen, auf die aus Sicht der Betroffenen nur noch mit dem Hilfeschrei des Verrücktwerdens reagiert werden kann, was leider in der Regel die zugrunde liegenden Umstände noch verschlimmert, gerade auch wegen der Folgen, die die zwangsweise Unterbringung nach sich zieht. Fesselung trägt jedenfalls nicht zu deren Verbesserung bei.

Ich selbst war über einen Zeitraum von etwa zehn Jahren Drehtürpatientin, immer wieder mit Zwang untergebracht und in dieser Zeit zahllosen Fixierungen ausgesetzt, vor allem weil ich mich weigerte, die verordneten Medikamente freiwillig einzunehmen. Nie habe ich erlebt, dass sich ein Vertreter der Ärzteschaft bzw. des Pflegepersonals für die Ursachen meines Zustandes interessiert hätte: Es ging immer nur darum, eine der standardisierten Diagnosen (ICD 10. Revision, German Modification, im Kapitel V mit den Bezeichnungen von F00 fortlaufend bis F99 als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet) festzuschreiben und mir die dort bevorzugten Drogen, die als Medizin ausgegeben werden, einzuflößen, wenn nicht freiwillig (Zitat: „Sie sind krank, Sie müssen das jetzt nehmen!“), dann eben mit Gewalt. So wurde ich eben ärztlich behandelt.

Diese Idee von der ärztlichen Behandlung zog sich auch wie ein roter Faden durch die gesamte Anhörung, mehr oder weniger direkt ausgesprochen: Die Fixierungen seien ein sog. Ultima-ratio-Instrument, eine letzte Möglichkeit, die ärztliche Versorgung der Internierten, genannt Patienten, vorzubereiten und sicherzustellen.

Dem verfassungsrechtlich garantierten Grundrecht und als „Recht auf Krankheit“ vom Bundesverfassungsgericht selbst in mehreren Entscheidungen bestätigten Recht, selbst über die eigene Befindlichkeit zu entscheiden, kam während dieses Gerichtstermins nur wenig Beachtung zu. Es ging vielmehr überwiegend um das „Wohl“ der Patienten.
Dagegen wäre auch nichts einzuwenden, würde dieser Begriff im üblichen Sinne gebraucht. Man/frau muss aber wissen, dass in

der Welt der Juristen jeder Begriff eine genaue juristische Definition erfährt. Sehr schön an den Formulierungen des Gesetzgebers im Betreuungs- bzw. öffentlichen Unterbringungsrecht zu veranschaulichen: Heißt es im Gesetz „Wohl“, muss die Übersetzung lauten: Der Arzt entscheidet. Formuliert das Gesetz hingegen „Wille“, ist ausschlaggebend, was die Patienten für sich wünschen, unabhängig davon, ob dies für einen Arzt oder Richter nachvollziehbar ist.

Wenn wir uns die jüngere Entwicklung der Normsetzung in der BRD unter diesem Gesichtspunkt ansehen, erkennen wir schnell, das es meist darum geht, wer über uns zu entscheiden hat: Ob wir die Debatte zu § 218 StGB nehmen – die nochmal eine Aktualisierung hätte erfahren müssen, als das fortschrittlichere DDR-Recht im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung auf den Müllhaufen der Geschichte geworfen wurde, oder die erst jüngst erfolgte Verschärfung der Strafbarkeitsvorschriften zum Thema Beihilfe zum Suizid, immer wieder wird deutlich: Die Ärzteschaft will über uns entscheiden, die Machtfrage wird gestellt.

Parallel wird – wie auch in der Praxis – darum gerungen, wer das allerletzte Wort haben soll: Arzt oder Richter?

Der vorliegende Fall folgt genau diesem Muster.

Natürlich wäre es für uns ein Fortschritt, wenn die Entscheidung des Hohen Gerichts dafür Sorge tragen würde, dass Bundes- und Landesgesetzgeber einheitlich eine richterliche Überprüfung ärztlicher Fixierungsanordnungen gesetzlich festschreiben würden.

Wenn wir uns aber auf der anderen Seite vor Augen halten, welche Witzveranstaltungen richterliche Anhörungen auf den geschlossenen Stationen im Vergleich zum Strafprozess oft darstellen, wird es wohl zunächst einmal ein kleiner Schritt sein. Dies wird u.a. auch dadurch ermöglicht, dass - im Gegensatz zum Strafverfahren - die Betreuungs- und Unterbringungsverfahren nicht öffentlich ausgestaltet sind und damit nicht der Kontrolle durch die Öffentlichkeit ausgesetzt sind.

Andererseits wird allein die Verhandlung der letzten beiden Tage vor dem Bundesverfassungsgericht selbst zu einer breiteren Öffentlichkeit führen, was hoffentlich auch zur Folge haben wird, dass in juristischen Kreisen sowohl unter den Richtern als auch unter den Anwälten unsere Belange in Zukunft mehr und mehr mit der gebotenen Ernsthaftigkeit wahrgenommen werden.

An einigen Stellen der Anhörung wurde noch unwidersprochen betont, wie sehr auch die neuere Institution des sog. Trialogs dem Wohl der Patienten diene. Hierbei handelt es sich um die Einbeziehung der Angehörigen in das Gespräch zwischen Arzt und Patient, wenn es darum gehen soll, wie es mit diesem weitergeht und was zu seinem Wohl geschehen soll. Völlig verkannt wird bei diesem Loblied auf den Trialog, dass in vielen Fällen die Interessen von betroffenen Patienten und deren Angehörigen entgegengesetzte sind: Die Patienten möchten möglicherweise ihre Verrücktheit leben oder sich in Ruhe mit deren Ursachen auseinandersetzen, wohingegen die Angehörigen ein zuweilen existentielles Interesse daran haben, dass der Normalzustand so schnell wie möglich wiederhergestellt wird, z.B. keine langen Krankschreibungsphasen erforderlich werden, die Miete weiter gezahlt werden kann, die übernommenen häuslichen Aufgaben, die Kinderbetreuung weiterhin erledigt und sichergestellt sind u.ä.m. In der Praxis führt dies oftmals dazu, dass Arzt und Angehörige unter Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht einen Pakt gegen die Wünsche des Patienten eingehen, um ihn beispielsweise dazu zu bringen, die verordneten Medikamente – auch zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und -medizinierungen - „freiwillig“ einzunehmen.

Die gesamte Verhandlung wurde überwiegend von Männern bestritten (vergl. Liste oben), bei denen deutlich ihr Bewusstsein für ihre eigene Wichtigkeit bzw. die Bedeutung ihrer jeweiligen Zunft (Juristen und Ärzte) zu spüren war.

Ich finde es deprimierend, dass unsere Gesellschaft immer rigider auch gering abweichendes Verhalten von gesellschaftlichen Normen mit sozialer Ächtung, Ghettoisierung, Wegsperren – und zwar in der Forensik ohne fest definierten Endzeitpunkt der Sanktion - und schließlich eben auch mit Gewaltanwendung und Fesselung der auffälligen Personen beantwortet. Auf diesem Hintergrund kommt den oben aufgeführten Beteiligten an dieser Anhörung, den Ärzten und Richtern und ihren Verbänden, den gesetzgebenden Parlamenten sowie den Regierungen selbstredend bedeutende Wichtigkeit zu. Wäre die Gesellschaft toleranter, wäre schon allein die Anzahl der betreffenden „Fälle“ bedeutend geringer.

An dieser Stelle sei kritisch anzumerken: Vertreter aus dem Bereich des Pflegepersonals wurden nicht – jedenfalls nicht unmittelbar – angehört. Allerdings legte die Ärzteschaft großen Wert darauf zu betonen, wie intensiv die Ärzte sich in den jeweiligen Unterbringungsfällen mit den Patienten befassen.

Ich selbst hatte während meiner Psychiatriekarriere intensiv überwiegend mit Schwestern und Pflegern zu tun, gleiches konnte ich bei meinen Mitpatienten beobachten; möglicherweise hat sich diese Praxis in letzter Zeit verändert.

Ich begrüße sehr, dass der BPE, vertreten durch Matthias Seibt, als sachverständiger eingeladen, angehört und durch das Gericht gründlich betragt wurde. Sein Beitrag ist durch Mitwirken von RA Schneider Addi-Mensah intensiv vor- und nachbereitet worden.

Matthias wird sicherlich einen eigenen Beitrag zum Verhandlungsablauf verfassen, vielleicht auch sein Statement in Schriftform vorlegen.

Daher kann ich hier auf die Wiedergabe des Geschehens im engeren juristischen Sinne verzichten und habe mir erlaubt, meine rein subjektiven Eindrücke mitzuteilen.

Dank an dieser Stelle nochmal der Weglaufhausinitiative Ruhrgebiet, Bochum, die mir die Reise und Teilnahme ermöglicht hat.
Ute Lipke

Stiftung Anerkennung und Hilfe

Für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit vom 23. Mai 1949 bis zum 31. Dezember 1975 in der Bundesrepublik Deutschland bzw. vom 7. Oktober 1949 bis zum 2. Oktober 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben und heute noch an Folgewirkungen leiden. Die Kontaktaufnahme mit der Anlauf- und Beratungsstelle ist bis zum 31. Dezember 2019 möglich. Infotelefon: 0800 221 2218 (Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr, kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz)

Die Geldpauschale und die Rentenersatzleistung sollen bei Bezug von Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch weder als Einkommen noch als Vermögen angerechnet werden. Sie sollen auch nicht pfändbar und steuerfrei sein. Nähere Auskünfte können Sie dem Informationsblatt zur Steuerfreiheit, Nicht-Pfändbarkeit, Nicht-Anrechnung auf Sozialleistungen [PDF, 347KB] entnehmen.

Auszüge:
Info-Blatt Nr. 1
(Stand: 30.03.2017)
Die einmalige pauschale personenbezogene Geldleistung und die Rentenersatzleistung der Stiftung haben einen höchstpersönlichen Charakter, da sie ausschließlich den Betroffenen persönlich zugute kommen sollen. Eine Leistung an Andere würde ihren Charakter verändern.
Zudem sind die Leistungen zweckgebunden. Sie dienen jeweils der Abmilderung eines während der seinerzeitigen Unterbringung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen höchstpersönlich erlittenen Leids und Unrechts und einer daraus resultierenden heute noch bestehenden Folgewirkung.
Die beabsichtigte Entlastung kann nur dann eintreten, wenn den Betroffenen die Leistungen verbleiben, d.h. wenn sie unpfändbar sind.
Eine Auszahlung der einmaligen pauschalen Geldleistung und Rentenersatzleistung, die ausschließlich freiwillig und personenbezogen erfolgt, an Dritte oder Gläubiger würde somit den Zweck und Leistungsinhalt grundlegend verändern.

ln einem mit der Stiftung vergleichbaren Fall hat der Bundesgerichtshof in einer Entscheidung vom 22.Mai 2014 (Az.lX ZB 72/L2) die Unpfändbarkeit von Leistungen festgestellt, die zur Befriedung und zum Ausgleich von Folgeschäden gewährt werden 1:
„Die Entschädigung sollte unter dem Gesichtspunkt der Billigkeit (...) dem Opfer persönlich zugutekommen. Die zuerkannte materielle Leistung dient allein dem Zweck, in Anerkennung des Leids des Opfers die Folgen seiner Traumatisierung zu mildern und dem Opfer bei der Bewältigung belastender Lebensumstände zu helfen.
Die mit der Zahlung beabsichtigte Entlastung kann nur eintreten, wenn die Leistung aus der Sphäre des Schädigers herrührt, es also bei dem ursprünglichen Schuldner und dem ursprünglichen Gläubiger der materiellen Leistung verbleibt. Dies stellt ein besonders schutzwürdiges Motiv des Leistungsschuldners dar.“

4. Nicht-Anrechnung auf Sozialleistungen
Eine Anrechnung der Leistungen der Stiftung als Einkommen auf Renten- oder andere Sozial- bzw. Transferleistungen erfolgt nicht.
Die Leistungen sind nach dem Willen der Errichter auch nicht als Vermögen zu berücksichtigen.
Nach §11a Absatz 5 Nummer 1 des Zweiten Sozialgesetzbuches (SGB II) bzw. § 84 Absatz 2 des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) sind bei der Gewährung von Renten oder anderen Sozial- und Transferleistungen Zuwendungen, die ein anderer erbringt, ohne hierzu eine rechtliche oder sittliche Pflicht zu haben, nicht als Einkommen zu berücksichtigen, soweit ihre Berücksichtigung für die Leistungsberechtigten grob unbillig wäre bzw. eine besondere Härte bedeuten würde.
Dies trifft auf die Leistungen der Stiftung zu:
1. Es handelt sich um freiwillige Leistungen aus einer nichtrechtsfähigen privatrechtlichen Stiftung, auf deren Erbringung die Betroffenen keinen Rechtsanspruch haben.
2. Die Berücksichtigung als Einkommen wäre für die Betroffenen grob unbillig bzw. würde für die Betroffenen eine unbillige Härte darstellen, weil eventuelle privatrechtliche Schadenersatzansprüche aufgrund des großen zeitlichen Abstands zu den Ereignissen bereits verjährt sind und die beabsichtigte Funktion der Leistungen einer Anerkennung und Befriedung entwertet wäre.
Aufgrund der besonderen Zweckbestimmung der Leistungen der Stiftung zur Minderung von Folgewirkungen aus dem während der Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe oder stationären psychiatrischen Einrichtung erfahrenen Leid und Unrecht ist auch bei der Vermögensprüfung eine besondere Härte im Sinne von §12 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB II bzw. § 90 Absatz 3 SGB XII gegeben.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Geschäftsstelle Stiftung
Anerkennung und Hilfe, 44781 Bochum

Weitere Infos unter: www.stiftung-anerkennung-und-hilfe.de

BPE-Newsletter ab März 2018

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. baut seine Öffentlichkeitsarbeit aus und bietet seinen Mitgliedern und allen interessierten Personen und Institutionen einen zusätzlichen neuen Informationsdienst an. Ab März 2018 wird zu Monatsbeginn regelmäßig kostenfrei ein Newsletter zum Thema Seelische Gesundheit über einen Email-Verteiler versendet. Dieser umfasst in einem technisch gut lesbaren Layout acht Items mit knapp gefassten Informationen aus der Arbeit des Bundesverbandes und seiner Landes- und Regionalselbsthilfen, sowie weitere betroffenenorientierte Nachrichten. Für die verantwortliche Redaktion konnte Gangolf Peitz vom Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar gewonnen werden, mit langjähriger Erfahrung in bundesweiter Selbsthilfe-, trialogischer und sozialer Arbeit. Wer den BPE-Newsletter im März noch nicht zum Kennenlernen erhalten hat, kann sich für den kostenlosen Bezug unter bpe_newsl_master@online.ms datengeschützt anmelden. Eine Abmeldung ist wie üblich jederzeit möglich.

Mit dem digitalen Newsletter kommt der Bundesverband der Nachfrage vieler Psychiatrieerfahrener und ihnen verbundener Angehöriger, Freunde wie auch von an Alternativen im Gesundheits- und Sozialsektor beruflich Tätigen nach. Damit komplettieren sich die regelmäßigen gedruckten und digitalen Publikationen des BPE in einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit mit Betroffenenkompetenz, um die an der UN-Behindertenrechtskonvention und den Menschenrechten orientierten Anliegen und das Engagement für betroffene BürgerInnen verstärkt vermitteln und durchsetzen zu können.

o *G. Peitz, BKS Saar*

Liebe Mitglieder der AG-Soteria.!

Mein fortgeschrittenes Alter und meine zunehmende körperliche Gebrechlichkeit zwingen mich dazu, meine Arbeitskraft besser einzuteilen. Darum habe ich mich entschlossen, die Verantwortlichkeit für die **A.G. Soteria im BPE e. V.** in jüngere Hände zu geben.

Bernd Thomaßen ist seit 2014 Mitglied dieser AG und ich habe ihn ausgewählt, weil er am fleißigsten mitgearbeitet hat und immer wieder geschrieben hat. Ich habe ihm meinen Arbeitsordner übergeben und hoffe dass Ihr ihm helft, eine lebendige AG am Leben zu erhalten.

Karin Haehn

Notizen zur Person Bernd Thomaßen:
67 Jahre, Kaufmann, Studium Geschichte und Philosophie ohne Abschluss, berentet seit 1995,Hobbys, Musik und Sport.

Erste Selbsthilfe-Gruppen-Erfahrungen 1980 in Recklinghausen, Mit-Gründer der Irren-Offensive R.E.- Ost-Vest 1989-1998.
Seit dieser Zeit Selbsthilfe-Engagement in Waltrop.

Nach einigen missglückten Absetzversuchen „fahre“ ich mit wenig Psychopharmaka durch meinen Alltag, deshalb kann ich mich nicht antipsychiatrisch nennen. Ich sehe in der Soteria-Methode eine Möglichkeit, die Psychiatrie von Innen zu verändern.

Wie bei Karin Haehn, soll weiterhin der Schriftverkehr auf dem Postweg abgewickelt werden, weil so auch Menschen, die nicht online vernetzt sind, sich beteiligen können.

Bernd Thomaßen
Verden, den 26.11.2017

Aufruf der Geschäftsstelle

Liebe Mitglieder,

wie Ihr wisst, werden in der Geschäftsstelle Daten von empfehlenswerten Anwälten und Psychiatern und Psychologen gesammelt. Viele von Euch fragen besonders nach guten Rechtsanwälten in Ihrer Nähe. Damit die Listen aktuell bleiben, und die Berater und ich Euch im Fall der Fälle weiterhelfen können, bin ich auf Eure Unterstützung angewiesen. Daher meine Bitte:

Wenn Ihr gute Erfahrungen mit Rechtsanwälten gemacht habt, oder Psychiater bzw. Psychologen kennt, die unseren Ansichten nahe stehen, dann teilt mir bitte deren Daten mit.

Herzlichen Dank Anne Murnau

Wittener Str. 87, 44 789 Bochum

Sprechzeiten: Do 10 – 13 Uhr

Tel: 0234 / 917 907-31 Fax: 0234 / 917 907-32 Kontakt-info@bpe-online.de

Besondere Seminare für die PE-Selbsthilfe

- **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen**. Die verbesserte Selbstdarstellung Betroffener tut not. Der Workshop vermittelt in einfacher Form Grundzüge moderner PR-Arbeit: Anleitung zum Umgang mit unterschiedlichen Medien, zum handling einer Presseinformation u.v.m. Mit Praxistipps, Übungen, Diskussion.
- **Gedichte schreiben – hilft!** Es müssen nicht Kreativtherapien in Tagesstätten und Ergotherapien oder autobiografisches Schreiben beim Arzt sein. Selbsthilfe kann es selbst! Ein besonderer Literaturkurs mit selbsthelfender Wirkung über den Weg der Poesie. Theorie, Schreib- und Sprechübungen, Erörterung.
- **Outsider Art? – Kunst als Teilhabe**. Outsider Art, was ist das heute / was nicht? Betroffenenkunst, Psychiatrieerfahrenen-Malerei, Therapiekunst, Art Brut, freie Kunst..? Möglichkeit für Teilhabe und Genesung? Informations- und Diskussionsseminar, mit Blick zum unterschiedlichen Verständnis von Outsider Art in Europa.

Die 3-stündigen Basiskurse werden vom Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar für die Selbsthilfe in Kleingruppen angeboten. Finanzierbar über Selbsthilfefördermittel der Gruppen. Um frühzeitige Terminierung wird gebeten.

Kontakt für Anfragen (mit Terminvorschlägen):

BKS Saar, c/o Hr. Gangolf Peitz, Lindenstr. 21, 66359 Bous. gangolf.peitz@web.de

AG Spiritualität

Am 10.10.2015 wurde auf der BPE-Jahrestagung die Arbeitsgruppe Spiritualität für PE gegründet. Ziele sind, Wege zu finden trotz Psychiatrie-Erfahrung Spiritualität gesund zu praktizieren und zu diskutieren. Dabei können die Wege für jeden einzelnen natürlich ähnlich oder anders sein. Kontakte zu spirituellen Lehrern sind vorhanden, die uns aufgeschlossen sind und die die Psychiatrie kritisch sehen.

Ansprechpartner ist Claus Wefing, Email: Claus.Wefing@live.de 05222 28 34 59 oder per Post an:
BPE AG Spiritualität Wittener Str. 87, 44789 Bochum . Homepage: http://www.spirituellepsychiatrieerfahrene.de

Arbeitskreis EX-IN

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

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

Rechtshilfefonds für Zwangspsychiatrisierte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpω-Kulturnetzwerk:

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

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

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

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

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

Arbeitskreis Forensik:

Hier arbeiten zur Zeit Fritz Schuster und Norbert Südland überwiegend in der Einzelfallbetreuung. Unterstützung wäre dringend erforderlich. Wünschenswert wäre es, wenn es in jedem Bundesland wenigstens einen Ansprechpartner für den Bereich Forensik, geben würde, denn die Maßregevollzugsgesetze 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 Mitglieger, die Antifolterkommission des Europarates führt in regelmäßigen Abständen Kontrollbesuche in den Staaten durch, die zum Europarat gehören. Im Vorfeld derartiger Besuche wird der Bpω e.V: regelmäßig aufgefordert Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates zu melden. Hier sind wir auf Eure Mithilfe angewiesen. Bitte meldet uns sofort Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates, wenn sie Euch persönlich widerfahren sind, damit wir Eure Erfahrungen in unseren Bericht einfließen lassen können.

Bitte schickt Eure Erfahrungsberichte an:
Ruth Fricke, Mozartstr. 20 B, 32049 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 Bernd Thomaßen, Mühlenstr. 23, 45731 Waltrop

Psychopharmakaberatung aus Betroffenensicht

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

Telefonzeiten: Dienstag von 10.00 - 13.00 Uhr und 14.00 – 17.00 Uhr sowie Mittwoch 11-14 Uhr unter 0234 / 640 51-02, Fax: -03

Ich stehe den Bpω-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:

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