Bpe

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de

RUNDBRIEF

Nr.4 / Dezember 2018

Dokumentation BPE-Jahrestagung Kassel 2019

Vorträge

AG-Berichte

Mitgliederversammlung

Stellungnahmen

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
Kristina Dernbach, Freiburg
Ruth Fricke
Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Martina Heland-Gräf
Postfach 1207, 96465 Neustadt
Karla Keiner
Obertorstraße 16, 35 578 Wetzlar
Reiner Ott,. Hamburg
Vicky Pullen c/o Linna Treuheit
Burbankstr. 22, 53757 St. Augustin

Erweiterter Vorstand:
Thomas Eissele
Email: Eisselebahnclub@web.de (BW)
Achim Kuck
c/o BayPE e. V. Geschäftsstelle
Glückstr. 2, 86153 Augsburg (BAY)
Volker Rieß
Lehrter Str. 69a, 10557 Berlin
Tel.: 0176 53 11 98 10 AB (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
Umzug Geschäftsstelle	3
Kündigung Mitherausgeberschaft PatVerfü®	4
Ablehnung der Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Schizophrenie	5
Forschungsprojekt zu rechtswidriger Polizeigewalt Rezension	8
Offener Brief Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrene Osnabrück	9
Stellungnahme zur Zwangsunterbringungspraxis in Hamburg	11
Begriffsklärung zu Zwang	12
Wie hast Du das gemacht?	13
Bericht BPE-Jahrestagung	14
Leserbrief Jahrestagung	15
Vortrag: Auslaufmodell Diagnose	16
ReferentenInnen gesucht für 2019 | Worte zur Jahrestagung AG-Berichte	19
Vortrag: Die schleichende Wiederkehr des Elektroschocks	24
Rezension	27
Mitgliederversammlung 2018	28
Zum Mitmachen	30

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, Herner Straße 406, 44807 Bochum
Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mo.+Do. 10 – 13 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103
Verantwortlichkeit Inhalt: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern stehen in persönlicher Verantwortung der einzelnen AutorInnen.
E-Mail: bpe-rundbrief@web.de **Redaktionsschluss:** 5. Februar 2019
Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm

Umzug in die Herner Str. 406: Danke an alle Helfer/innen!

Zum November sind die BPE-Geschäftsstelle, der LPE NRW und die Bochumer Anlaufstelle in die Herner Str. 406 in Bochum umgezogen.
Am 31. Oktober haben dabei viele Menschen viele Stunden lang angepackt. Der Vorstand dankt allen Beteiligten ganz herzlich für ihren Einsatz. Wir hoffen, dass ihr alle noch lang dabei sein werdet.

Der Geschäftsführende Vorstand

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

Herner Straße 406, 44807 Bochum
Sprechzeiten: Do 10 – 13 Uhr
Tel: 0234 / 917 907-31 Fax: 0234 / 917 907-32 Kontakt-info@bpe-online.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V

ERSTKONTAKT & BERATUNG für Mitglieder

Anschrift: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Herner Straße 406
44807 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

Herner Straße 406, 44807 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.

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)

BPE e.V.
Herner Straße 406, **44 807 Bochum**
Tel: 0234 / 68 70 5552
Fax: 0234 / 640 51 03
Kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

An die Mitglieder des BPE zur Information

Liebe Mitherausgeber der PatVerfü,

hiermit kündigt der Vorstand des BPE e.V. seine Patverfü-Mitherausgeberschaft mit sofortiger Wirkung. Wir halten diese Vorausverfügung nicht mit den existenziellen Interessen Psychiatriebetroffener vereinbar und bitten euch, unsere Organisation als Mitherausgeber auf allen digitalen und analogen Dokumenten zu streichen.
Gründe:

(1) Die Patverfü bietet Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt werden sollen; Warnungen vor einem möglichen folgenschweren Missbrauch dieser aberwitzigen Blankovollmachten fehlen komplett.

(2) Die Patverfü kann die Unterzeichner mit der vorformulierten strikten Ablehnung jeglicher Behandlung in einer Ambulanz oder einem Krisendienst potenziell in Lebensgefahr bringen: wenn beispielsweise eine starke Blutung nicht mehr gestillt oder ein Herzstillstand nicht mehr behandelt werden darf, weil die Betroffenen im Zustand der Bewusstlosigkeit ihre Verfügung nicht mehr widerrufen können.

(3) Der Patverfü fehlt die Benennung eigener Erfahrungen, möglicher Krisensituationen und alternativer Lösungswege in psychosozialen Krisen, was aber auch heute noch (auf Grundlage des § 1901a BGB) als dringend erforderlich anzusehen ist, um die bei Ablehnung anstehender Verabreichungen von Psychopharmaka und Elektroschocks von Psychiatern immer wieder angezweifelte Selbstbestimmungsfähigkeit beim Abfassen der Patientenverfügung zu belegen und dem Einwand zu begegnen, man hätte sich keine ausreichenden Vorstellungen über eine zukünftige Krisenbewältigung gemacht.

Der BPE holt sich Rechtssicherheit ein und erstellt unter dieser Prämisse eine eigene geeignetere Patientenverfügung.

Wir bitten um Euer Verständnis.

Freundliche Grüße

Der Vorstand des BPE

Anmerkungen zur Kündigung der Mitherausgeberschaft der PatVerfü

Liebe Mitglieder,

der BPE-Vorstand hat seine Mitherausgeberschaft der PatVerfü gekündigt. Die PatVerfü ist eine spezielle Patientenverfügung, die psychiatrische Diagnostizierung und Behandlung verhindern soll. Anlass der Kündigung waren Fälle des Missbrauchs von Vorsorgevollmachten in Berlin sowie ein Alleingang des Vereins die-BPE in der Bewerbung der PatVerfü, wobei die-BPE ein Veto des BPE missachtete. Das Missbrauchspotential der Vorsorgevollmacht ist keine Schwäche, die nur die PatVerfü betrifft. Vor allem Vollmachten für die Vermögenssorge können missbraucht werden. Bedenkt daher gut, wem ihr eine Vollmacht erteilt. Wichtig ist außerdem, dass jede Form der Vorsorge immer Vorteile und Nachteile hat. Es gibt keine perfekte Vorausverfügung, die jede mögliche Situation berücksichtigen und für diese immer die bestmögliche Lösung festlegen kann. Die PatVerfü war und ist ein starkes Instrument gegen Zwangspsychiatrie. Die Mehrheit im jetzigen Vorstand ist der Meinung, dass die Nachteile die Vorteile überwiegen und hat daher die Mitherausgeberschaft gekündigt. Wünschenswert ist, dass der BPE-Vorstand eine Patientenverfügung erarbeitet, die die wahrgenommenen Nachteile minimiert und die Möglichkeit des Schutzes vor Zwangspsychiatrie vorsieht. Wünschenswert wäre außerdem der Einbezug der Mitglieder: Was sollte aus eurer Sicht eine gute Patientenfügung beinhalten?
Vorstands-Email: **vorstand@bpe-online.de**
Kristina Dernbach,
Mitglied im geschäftsführenden Vorstand

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)

BPE e.V.
Herner Straße 406, **44 807 Bochum**
Tel: 0234 / 68 70 5552
Fax: 0234 / 640 51 03
Kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

An das
LVR-Institut für Versorgungsforschung
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger Str. 23
51109 Köln

15.10.2018

Betr.: Ablehnung der Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Schizophrenie

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. kann die aktualisierte S3-Leitlinie in ihrer derzeitigen Fassung nicht mittragen. Die neue Leitlinie schreibt die Missachtung und Verletzung der Grund- und Menschenrechte von Menschen mit F20-Diagnosen fort. Sie beinhaltet unter 3.1 Allgemeine Behandlungsprinzipien

> „(. . .), dass bei Selbst- oder Fremdgefährdung, wenn sie anderweitig nicht abgewendet werden kann, eine stationäre Behandlung im Rahmen einer Unterbringung nach Maßgabe der länderspezifischen Unterbringungsgesetze (PsychKG bzw. UBG) erfolgt oder von der Einrichtung einer Betreuung (BtG) zum Wohl und Schutz des Betroffenen Gebrauch gemacht wird.“

Indem sie Freiheitsentzug („Unterbringung“), Eingriffe in den Körper gegen den Willen („stationäre Behandlung im Rahmen einer Unterbringung“) und stellvertretende Entscheidungsfindung („Betreuung“) als Teil der Behandlungsprinzipien festschreibt, widerspricht sie der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In der UN-BRK ist festgeschrieben, dass Menschen mit Beeinträchtigungen unter **keinen** Umständen aufgrund ihrer Beeinträchtigung die Freiheit entzogen werden darf: „(. . .) the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.“ (Art. 14 Abs. 1b). Diese Formulierung ist unmissverständlich. Eine Zwangsunterbringung erfolgt überdies in aller Regel, um eine Behandlung durch Druck zu erzwingen oder um die Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung nach PsychKG/UBG oder Betreuungsrecht zu schaffen. Dies dürfte mit dem Passus „stationäre Behandlung im Rahmen einer Unterbringung“ gemeint sein. Dass Zwangsbehandlungen Verstöße gegen das Folterverbot nach EMRK und UN-BRK darstellen, sollte auch in psychiatrischen Kreisen mittlerweile bekannt sein. Das Komitee der Vereinten Nationen zur Überprüfung der Umsetzung der UN-BRK schreibt im Rahmen der ersten Staatenberichtsprüfung Deutschlands im Jahr 2015:

> “The Committee is deeply concerned that the State party does not recognize the use of physical and chemical restraints, solitary confinement and other harmful practices as acts of torture.” (CRPD/C/DEU/CO/1, 33.)

Das Komitee stellt klar, dass diese Praktiken perspektivisch abgeschafft werden müssen und Entschädigung für die Opfer dieser Praktiken zu erwägen ist (ebd., 34.). Auch die abschließenden Bemerkungen über rechtliche Betreuung sind eindeutig: Dieses Rechtsinstrument wird als unvereinbar mit der UN-BRK angesehen, insofern es Regelungen zur stellvertretenden Entscheidungsfindung beinhaltet (ebd., 26.).

Bei den genannten Kritikpunkten handelt es sich um prinzipielle Mängel, die sich nicht durch die Evidenzbasierung der konkreten Behandlungsempfehlungen relativieren lassen. Es ist zwar unseres Wissens der Fall, dass die S3-Leitlinie in der Praxis eher keine Anwendung findet (vgl. Weinmann, Koesters & Becker, 2007; Zirngibl, 2012). Unsere Erfahrungen zeigen sogar, dass die Behandlung in aller Regel schlechter ist als in den Leitlinien vorgesehen. Dennoch darf eine „Best-Practice“-Vorgabe wie eine Behandlungsleitlinie niemals Menschenrechtsverletzungen legitimieren. Solche können unter keinen Umständen „Best Practice“ sein.

Ehe wir uns mit zwei Details* der Leitlinie exemplarisch beschäftigen, fordern wir daher, die oben zitierte Passage aus der Leitlinie zu streichen. Dies ändert freilich nichts an der aktuellen Rechtssituation, das heißt, wer von der Notwendigkeit einer Zwangsmaßnahme überzeugt ist, wird diese weiter entgegen der UN-BRK durchführen. Eine Streichung der Passage gäbe jedoch PsychiaterInnen, die nicht zwangsunterbringen und -behandeln wollen, einen Rückhalt. Eine Leitlinie ohne Zwang legitimierende Passagen wäre ein kleiner Schritt in Richtung eine die Menschenrechte achtenden Psychiatrie.

Insofern wir doch in die Details gehen, halten wir insbesondere die Empfehlungen mit Bezug auf Kinder und Jugendliche für problematisch und fordern konkret die Streichung der Empfehlungen 120 (S. 167) sowie 158 (S. 219). Auch hier sind

zuerst grundsätzliche Anmerkungen notwendig: Im Rahmen der epistemologischen Grundlegung der S3-Leitlinie besitzen biografische Narrationen keinen Evidenzcharakter. Das Thema Behandlung von Kindern und Jugendlichen zeigt einmal mehr, dass die Leitlinien damit einer wertvollen Wissensgrundlage beraubt sind: nämlich der Erfahrungen von Menschen, die als Kinder und Jugendliche psychiatrisch behandelt wurden, und die Rolle der Behandlung mit Blick auf den Biografieverlauf einordnen (u.a. Becken, 2017; Buck-Zerchin, 1990; Gehrke, 2014; Hansen, 2014; Hausotter, 2015; Kempker, 2000; Luaveng, 2018; Schulz/Zuaboni, 2014; Stein, 1993). Denn worum geht es bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, wenn nicht darum, die Chance auf eine gelingende Biografie zu erhöhen und Beschädigungen auf dem Weg zum Erwachsenwerden abzuwenden? Was jedoch eine gelingende Biografie ist, welche Erfahrungen den Weg zum Erwachsenwerden beschädigen, kann nur aus der Perspektive persönlicher Lebenserfahrungen ermessen werden. Die Empfehlungen der Leitlinie sind u.E. dem übergeordneten Ziel subjektiv gelingender Leben und damit langfristiger seelischer Gesundheit abträglich, da sie das vordergründige Ziel der Symptomreduktion zu einem insbesondere mit Blick auf Kinder und Jugendliche unverantwortlich hohen Preis favorisieren. Wir lehnen entsprechend auf S. 167 die Empfehlung 120 ab. Hier heißt es:

> „Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie soll zur Behandlung von Positivsymptomen nach Risiko-Nutzen-Evaluation und Aufklärung auch der Eltern eine orale antipsychotische Behandlung in Monotherapie angeboten werden (A). Positive Wirksamkeitsnachweise für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie liegen vor für Aripiprazol, (Haloperidol)*, (Olanzapin), Quetiapin, Paliperidon und Risperidon. (A) Obwohl nicht alle als wirksam nachgewiesenen Medikamente für Kinder und Jugendliche zugelassen sind, sollten diese bei entsprechender Indikation unter Berücksichtigung des jeweiligen Nebenwirkungsspektrums ggf. auch off-labe off-label1 eingesetzt werden (KKP)“

Eine Abschätzung der langfristigen körperlichen, psychischen und sozialen Folge fehlt. In die körperliche Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen einzugreifen, ohne die Frage nach langfristigen Folgen aufzuwerfen, halten wir für unverantwortlich. Des Weiteren halten wir es für geboten, insbesondere bei dem Leben Heranwachsender stets das Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Folgen in den Blick zu nehmen.

Die Leitlinie verweist darauf, dass „bei der Anwendung von Antipsychotika Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter beachtet werden müssen“ (S. 183), würdigt jedoch nur die kurzfristigen und nur einseitig die körperlichen „Besonderheiten“ dieser Lebensphase, und zwar: „Insbesondere in Bezug auf motorische Nebenwirkungen, Gewichtszunahme und metabolische Veränderungen, Prolaktinspiegelanstieg und Sedierungen scheinen Kinder und Jugendliche empfindlicher zu reagieren als ältere Patienten“ (ebd.). Die psychischen Folgen eben dieser Besonderheiten wären jedoch einzubeziehen. Kindern und Jugendlichen würde nämlich bereits kurzfristig zusätzliches Leid angetan, insofern gerade die genannten körperlichen Nebenwirkungen dazu angetan sind, das Selbstbild zu Heranwachsender zu schädigen und Stigmatisierung und Diskriminierung durch die in dieser Lebensphase so wichtige Peergroup wahrscheinlicher zu machen (exemplarisch: Krähling 2012). Es kann nicht die Aufgabe des ehrenamtlich arbeitenden Betroffenenverbandes sein, die Lücke fehlender Aufbereitung der einschlägigen psychologischen Forschung zu schließen, weshalb wir uns auf exemplarische Verweise beschränken. Wir machen jedoch darauf aufmerksam, dass es um wichtige Zusammenhänge auf dem Weg des Erwachsenwerdens geht. Immerhin ist der negative Zusammenhang von Diskriminierungserfahrungen und seelischer Gesundheit gut erforscht (exemplarisch: Read et al, 2005; Trotta, M. et.al. 2015).

Wir fordern des Weiteren dazu auf, die Empfehlung 158 (S. 219) zu streichen:

> „Zur Identifikation von Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko können in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Früherkennungs- und Frühinterventionsnetzwerke in Kooperation mit weiteren Berufsgruppen und Institutionen wie z. B. Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten, anderen psychiatrischen Kliniken, Behörden und Institutionen im Bildungs- und Ausbildungswesen gebildet werden. Diese Netzwerke sollten auch aufsuchende Dienste umfassen.“

Uns erscheint es höchst fraglich, wem hiermit gedient wäre. Das empfohlene Handeln läuft strukturell auf eine der seelischen Gesundheit des und der Einzelnen abträglichen Psychiatrisierung der Gesellschaft hinaus (u.a. Frances, 2015). Auch der Umstand, dass in solchen institutionellen Interaktionen soziale Vorurteile zum Tragen kommen und gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse verstärkt werden können (exemplarisch: Pilgrim 2013), lässt erwarten, dass hiermit mehr Schaden als Nutzen für den oder die einzelne Betroffene verbunden sein wird. Wenn man schließlich die Bedeutung des Kindes- und Jugendalters bezüglich der Herausbildung von Selbstbild bzw. Selbstkonzept betrachtet, die besondere Sensibilität im Hinblick auf die Selbstwert-Problematik verlangt, darf der Zusammenhang von Stigma und psychiatrischer Diagnostik nicht ignoriert werden (exemplarisch: Mehta & Farina 1997, Sartorius 2002). Die Aussagen auf S. 220, wonach „Früherkennungszentren … nicht stigmatisierend“ arbeiten sollten – als sei Stigmatisierung eine Frage von guten Vorsätzen oder Anweisungen – widerspricht den Forschungen zur komplexen Entstehung und Wirkung von Stigmata (exemplarisch: Major, B. 2005). Es irritiert auch, dass die Einrichtung von Früherkennungszentren einerseits eine zu sichernde Evidenz auf die Zukunft vertagt, diese andererseits jedoch bereits eingefordert wird (S. 220). Wir verweisen nachdrücklich darauf, dass ein medizinisch enger Evidenzbegriff und Aufforderung zu komplexem gesellschaftlichem Handeln sich widersprechen. Empfehlungen zu „multiprofessionellem“ und Betroffene als „Peers“ beteiligendem Handeln müssten auch „multiprofessionell“ (also interdisziplinär, etwa auch gemeindepsychologisch, soziologisch usw.) und Betroffenen-perspektivisch fundiert sein.

Vor allem jedoch wird der hier zu Grunde gelegte enge Evidenzbegriff der Komplexität seelischen Lebens nicht gerecht. Die Folgen tragen die Betroffenen, die auch diejenigen Auswirkungen der hier ausgesprochenen Empfehlungen bewältigen müssen, die von ihrer engen Evidenzbasierung systematisch

ausgeblendet werden. Unseres Erachtens informiert diese Leitlinien das ärztliche Handeln völlig unzureichend darüber, wo und wie es die Behandelten möglicherweise schädigt. Unsere Forderung zur Abhilfe lautet hier, den Evidenzbegriff der Vielschichtigkeit dessen, worum es geht, anzupassen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Kristina Dernbach
Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des BPE e.V.

Literatur:

Krähling, Svenja, Gewichtsbezogene Diskriminierung im Kindes- und Jugendalter. Biopsychosoziale auf allgemeine und Essstörungspsychopathologie, Marburg 2012, http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2013/0047/pdf/dsk.pdf

Becken, Kirsten, Ihre Geister sehen – Seeing her ghosts, Wien 2017.

Buck-Zerchin, Dorothea Sopie, Auf der Spur des Morgensterns, Berlin 1990

Frances A. Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out of Control Psychiatric Diagnosis, DSM–5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. Harper Collins; NY, USA: 2013.

Gehrke, Andreas, Ausbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet, Berlin 2014

Hansen, Hartwig, Der Sinn meiner Psychosen, Neumünster 2014

Hausotter, Alfred, Erntedankfest, Linz 2015

Kempker, Kerstin, Mitgift – Notizen vom Verschwinden, Berlin 2000

Luaveng, Arnhild, München 2018

Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. Journal of Social and Clinical psychology, 16(4), 405-419.

Pilgrim, D. (2013), The failure of diagnostic psychiatry and some prospects of scientific progress offered by critical realism, Journal of Critical Realism 12 (3), 336-358.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112(5), 330-350.

Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists.

Schulz, Michael / Zuaboni, Gianfranco (Hg.), Die Hoffnung trägt – Psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten, Köln 2014

Stein, Vera, Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie, Tübing 1993

Trotta, M. (2015), et al, The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis, Psychol Med, 2481-2498.

Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 115(6), 420-433.

Zirngibl, C. (2012). Untersuchung des ärztlichen Verordnungsverhaltens bei der medikamentösen Schizophrenietherapie in den AGATE-Kliniken über den Zeitraum von 1995 bis 2006 und Vergleich mit der Behandlungsleitlinie der DGPPN (Dissertation, Universität Regensburg).

ReferentenInnen gesucht für Jahrestagung 11. - 13.10.2019 in Heidelberg

Thema ist „**Menschenrechte und körperliche Unversehrtheit**"

Bitte bewerbt Euch bis **31.1.2019** für eine zum Thema passende Arbeitsgruppe, einen zum Thema passenden Vortrag oder einen Beitrag fürs Rahmenprogramm. Bewerbung ist in maximal 12 Zeilen abzufassen und das Angebot inhaltlich klar und direkt zu beschreiben (ohne link-Verweise). Falls wir Eure Bewerbungen auswählen, wird diese (ohne Eure Adressdaten, aber mit Namen) im BPE-Rundbrief, welcher auch online zu sehen ist, veröffentlicht.

Bewerbungen an Vorstand@bpe-online.de oder BPE, Herner Straße 406, 44 807 Bochum oder Fax 0234-640 510-3.

Forschungsprojekt zu rechtswidriger Polizeigewalt

am 8. November 2018 startet die Befragung von Betroffenen unverhältnismäßiger Polizeigewalt im Rahmen des Forschungsprojektes "Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamte" (KviAPol). Das Projekt wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und steht unter der Leitung von Prof. Dr. Tobias Singelnstein (Ruhr-Universität Bochum).

Das Vorhaben

In dieser Studie wird erstmals rechtswidrige polizeiliche Gewaltanwendung in Deutschland aus der Perspektive der Opfer betrachtet. Ziel ist es, empirisch fundierte Aussagen über mögliches Fehlverhalten von Polizeibediensteten bei der Gewaltausübung zu tätigen und das Dunkelfeld des Deliktbereiches zu beleuchten. Es soll beforscht werden, welche Personengruppen in welchen Situationen Opfer von unverhältnismäßiger Polizeigewalt werden und welche Faktoren das Anzeigeverhalten der Betroffenen beeinflussen. Dazu wird zunächst eine Opferbefragung durchgeführt. Anschließend werden die Erkenntnisse daraus durch Interviews mit Expert*innen aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen ergänzt.

Die Ergebnisse des Projekts werden im Anschluss in Vorträgen, Veranstaltungen und Veröffentlichungen vorgestellt, um so die gesellschaftliche und wissenschaftliche Debatte über polizeilichen Gewalteinsatz und Körperverletzung im Amt voranzubringen.

Die Onlinebefragung

Die Befragung von Betroffenen wird über einen Online-Fragebogen umgesetzt, der auf Deutsch, Englisch, Französisch und Arabisch zur Verfügung steht. Den Link zur Teilnahme veröffentlichen wir am 8. November 2018 unter http://www.kviapol.rub.de/. Die Beantwortung wird ca. 30 Minuten dauern. Eine Teilnahme ist voraussichtlich bis Mitte Dezember 2018 möglich. Wir garantieren unabhängige Forschung, alle Antworten sind freiwillig und werden anonym erfasst.

Die Aussagekraft der Studie und damit der Erfolg unseres Vorhabens hängt wesentlich davon ab, wie viele Betroffene wir erreichen können.

Wir möchten Sie daher um folgende Unterstützung bitten:

Bitte verschicken Sie den Link zu der Befragung über Ihre Netzwerke (Mailverteiler, Foren, bekannte Gruppen und Initiativen, Freund*innen und Bekannte, etc.).

Verbreiten Sie unseren Flyer online und/oder offline. Bitte nennen Sie uns bei Bedarf auch Adressen von Mitgliedsorganisationen, denen wir unseren gedruckten Flyer zuschicken sollten.

Wir freuen uns über Verlinkung und Unterstützung unseres Projektes in sozialen Medien
(Twitter: @kviapol, Facebook: @projektkviapol).

Für Rückfragen steht das Forschungsteam jederzeit gerne per Email oder Telefon zur Verfügung. Alle wichtigen Informationen finden Sie auch auf unserer Webseite unter

http://www.kviapol.rub.de.

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mithilfe, freuen uns über Ihre Rückmeldung und senden freundliche Grüße,

Tobias Singelnstein, Laila Abdul-Rahman und
Hannah Espín Grau

Rezension

Thomas Stompe Hans Schanda (Hg.): Schizophrenie und Gewalt

Schizophrenie sei die psychische Erkrankung, die in der Bevölkerung am häufigsten mit dem Thema Gewalt assoziiert werde, schreibt der Herausgeber Thomas Stompe von der medizinischen Universitätsklinik Wien. Allerdings sei die Tatsache weniger präsent, dass Mitglieder dieser Personengruppe häufiger Opfer der Aggression Dritter werden. (Der Tatsache gegenüber, dass der eigene psychiatrische Berufsstand Gewalt gegen Menschen mit der Diagnose "Schizophrenie" verübt, sind die Autoren blind.) Es gehe darum, die kleine Hochrisikogruppe zu erkennen und "einer angemessenen Behandlung zuzuführen", so Stompe. Diesem Thema sind die diversen Buchbeiträge gewidmet. Gewidmet ist das Buch auch dem Mitherausgeber Hans Schanda aus Wien zu dessen Abschied aus dem Berufsleben. Im längsten Kapitel des Buches darf dieser noch einmal so richtig vom Leder ziehen und die Richter des deutschen Bundesgerichtshofs als ahnungslose medizinische Laien und Anhänger überkommener antipsychiatrischer Vorurteile beschimpfen, da sie in ihrem Urteil von 2011 die Zwangsverabreichung von Neuroleptika an forensisch Untergebrachte erschwert hätten. Im gleichen Tonfall versucht Schanda, den UN-Sonderberichterstatter für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan Méndez, ins Lächerliche zu ziehen, da sich dieser gegen jegliche psychiatrische Zwangsbehandlung ausgesprochen hatte. – Der forensische Psychiater Norbert Nedopil aus München und Kolleginnen berichten in ihrem Beitrag, die Diagnose Schizophrenie stelle zwar einen Risikofaktor für Gewalthandlungen dar, allerdings sei das Risiko derart diagnostizierter Straftäter, nach der Entlassung aus der Forensik eine erneute Gewalttat zu verüben, durch konsequente Betreuung (vermutlich meint er überwachte Verabreichung von Neuroleptika auf Dauer) deutlich niedriger als bei sog. nichtschizophrenen Patienten. Diese Maßnahme möchte das Autorenteam gerne als Modell für alle Menschen mit der Diagnose Schizophrenie ansehen, die aus der Klinik entlassen werden. Andere Kapitel handeln von "Schizophrenie und Suizid", "Das Verschwinden der Kranken aus den Behandlungskontexten", "Prädiktoren für Gewaltdelikte bei Schizophrenie" und "Tatmerkmale der Tötungsdelikte von Patienten mit Schizophrenie", doch irgendwie ist mir inzwischen das Interesse am Buch abhanden gekommen. Kartoniert, 184 Seiten, 38 Tabellen und Abbildungen, ISBN 978-3-95466-375-0. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018. € 39.95

Peter Lehmann

Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrene Osnabrück
c/o Lagerhalle | Rolandsmauer 26 I 49074 Osnabrück
- Mitglied der Psychiatrischen Arbeitsgemeinschaft in der Region Osnabrück (PAR) -Kontakt: Doris Steenken | Tel.: 0541/8009522
Norbert Arndt | Tel.: 0176/87178554
Matthias Wiegmann I Tel.: 0541/589429
E-Mail: SHG_Psychiatrie_Erfahrene_os@yahoo.de www.psychiatrie-erfahrene-os.de

Osnabrück, den 22.10.2018

Offener Brief

Folter im Maßregelvollzugszentrum Moringen; Patient schon über 3 Monate in 9 m2 Isolierzelle ohne Außenkontakte etc.

Vor vielen Jahren hatte Ingo P. in einer psychischen Krise Stress mit seinem Vater. Es kam auch zu körperlichen Rangeleien, bei denen der Vater verletzt wurde. Daraufhin wurde Ingo dann für ein ca. 2 Jahren mit Beschluss gemäß § 63 StGB in der Osnabrücker Psychiatrie untergebracht.

Nach der Entlassung kam es Jahre später zu einem Vorfall in einem Geschäft. Weil in dem Geschäft ein Artikel, den er gerne haben wollte, nicht vorhanden war, warf Ingo vor Frust einen Gegenstand auf den Boden. Die Verkäuferin rief daraufhin die Polizei. Nach einer Personenüberprüfung etc. landete Ingo dann wieder in der Forensik in Osnabrück.

Dort war er dann ca. 5 Jahre nach § 63 StGB untergebracht. Es wurde ihm immer wieder die Rangelei mit seinem Vater zur Last gelegt und nicht der zerdepperte Gegenstand.

Nach seiner Entlassung bekam Ingo 5 Jahre Führungsaufsicht mit der Auflage, regelmäßig einen Psychiater aufzusuchen und die vom Arzt verordneten Psychopharmaka einzunehmen. Er wohnte alleine in einer eigenen Wohnung und kam regelmäßig in unsere Selbsthilfegruppe. Nach ca. 3,5 Jahren beklagte Ingo immer mehr die Nebenwirkungen der Medikamente. Weil der Arzt sich nicht auf eine Reduzierung einließ, hat er selber reduziert.

Er wurde nach einigen Monaten wieder leicht psychotisch und der Arzt hat ihn dann zur Krisenintervention in die Allgemeinpsychiatrie eingewiesen. Weil er dort mal eine Nacht nicht schlafen konnte, ging er auf dem Flur der Station auf und ab und versuchte mit der Nachtwache ins Gespräch zu kommen. Die Nachtwache wies das Gespräch ab und dann ging Ingo wieder ins Bett und schlief dann doch bis zum nächsten Morgen durch. Dann war Frühstück und danach Visite. Bei der Visite unterstellte der Stationsarzt Ingo, dass er nachts die Nachtwache bedroht hätte und dafür jetzt fixiert werden müsste. Ingo wehrte sich erst aber dann haben die Pfleger ihn überwältigt, fixiert und zwangsbehandelt. Als Ingo dann am folgenden Tag dagegen Rechtsmittel einlegen wollte, wurde er in die Forensik verlegt.

Nach ca. 6 Monaten kam er dann aber wieder raus und konnte direkt in seine Wohnung zurück. Am Anfang hat er seine Medikamente wie verordnet weiter genommen und dann nach ca. einem Jahr wieder wegen der Nebenwirkungen reduziert. In einer darauf folgenden manischen Phase hat Ingo dann im Sommer 2011 mehrere Stühle aus dem Osnabrücker Dom geholt und nach draußen vor dem Dom gestellt. Als der Küster dann kam, argumentierte Ingo damit, dass die Christen bei dem schönen Wetter doch viel besser draußen zum Beten sitzen könnten. Weil Ingo auf mehrmaliger Aufforderung des Küsters,

die Stühle nicht wieder rein gebracht hat, hat der Küster die Polizei gerufen.

Nach Personenkontrolle/Überprüfung der Polizei kam Ingo dann wieder in die Forensik Osnabrück. Dort weigerte er sich dann, die Medikamente zu nehmen. Die Ärzte haben dann für Ingo eine gesetzliche Betreuung einrichten lassen, um ihn über diesen Wege nach Betreuungsrecht seine Medikamente auch gegen seinen Willen zukommen zu lassen. Als Ingo das mitbekam, gab es eine Rangelei mit den Pflegern und Ingo kam dann in ein Isolierzimmer. Das Personal kümmerte sich nicht um ihn und hat einfach nur das Essen durch eine Klappe rein gereicht und sonst gab es keinen Kontakt zum Umfeld.

Ingo selber beantragte die Verlegung nach Moringen, die dann auch bewilligt wurde und er wurde dann sehr schnell (im Jahr 2012) dorthin verlegt. Dort bekam er dann auch immer mal wieder Lockerungen, die dann auch immer wieder zurückgenommen wurden, wenn Ingo leichte psychotische Phasen bekam. Mal kam er auf eine gelockerte Station und dann wieder in den Hochsicherheitstrakt und so ging/geht das immer hin und her, obwohl Ingo niemanden körperlich angegriffen hat oder ähnliches. Vor ca. 7 Monaten hat man Ingo dann in ein Wohnheim verlegt, wo es ihm aber überhaupt nicht gefiel. Somit kam er wieder zurück nach Moringen auf die Station 16 in den Hochsicherheitstrakt. Weil Ingo aber endlich in Freiheit leben und nicht mehr die ganzen Psychopharmaka schlucken wollte, haben die Mitarbeiter der Forensik ihn jetzt seit 3 Monaten in eine Isolierzelle (Bunker, 9 m2, ohne Außenkontakte, ohne Fernseher, ohne Radio, ohne Möbel, nur eine dicke Matte auf den Boden und eine Toilette aus Stahl) gesperrt. Nach ca. 35 Tagen Bunker konnten wir einmal mit Ingo telefonieren. Er berichtete, dass er in der ganzen Zeit bis dahin nur drei mal duschen durfte und nur Hofgang bekam, wenn er fleißig seine Psychopharmaka schluckte und keine Widerworte gab. Jetzt seit über 2 Monaten können wir nicht einmal mehr mit Ingo telefonieren. Besuchen dürfen wir ihn auch nicht. Wir werden immer wieder in einem barschen Ton abgewiesen. Wir haben Strafanzeige gegen das Maßregelvollzugszentrum Moringen erstattet, einen Anwalt eingeschaltet und verschiedene Behörden angeschrieben und über die folterähnlichen Missstände in der Forensik Moringen informiert.

Wir bitten um Unterstützung bei der Abschaffung dieser Missstände in Moringen.

Außerdem stellen wir uns die Frage, ob die Dauer der Unterbringung in diesen Fall überhaupt noch mit dem novellierten § 63 StGB vereinbar ist und ob Ingos Fall nicht längst juristisch als erledigt angesehen werden müsste.

Ingo Philipps
Station 16
Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen
Mannenstraße 29
37186 Moringen
Tel.: 05554/9790

Mit freundlichen Grüßen

Doris Steenken, Norbert Arndt, Matthias Wiegmann

27.9.2018

Stellungnahme zur Zwangsunterbringungspraxis in Hamburg – Verzweifelter Widerstand eines jungen Mannes und Tod eines Behördenmitarbeiters

Ein psychiatrieerfahrener junger Mann hat am 24.9. den Vollzug seiner Zwangsunterbringung in die Psychiatrie zu verhindern versucht, indem er die Bezirksamtsmitarbeiter des Zuführdienstes mit einem Brandsatz angriff. Einer der Mitarbeiter starb an seinen Verletzungen. Wir bedauern den Vorfall zutiefst, müssen jedoch klar äußern, dass wir nicht überrascht sind. Eine Zwangsunterbringung bedeutet, dass Menschen gegen ihren Willen und entgegen ihrer klaren Willensäußerung in die Psychiatrie verbracht werden. In der Psychiatrie angekommen drohen weitere Grundrechtsverletzungen: Einsperren in einen leeren Raum („Isolierung"), Anbinden ans Bett („Fixierung") und Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka oder Elektroschock. Dabei handelt es sich nach Einschätzung der Vereinten Nationen um Folter.1 Tote auf Seiten der Opfer der Unterbringung gab es übrigens schon viele. Sie wurden erschossen, weil sie sich wehrten oder starben in der Psychiatrie unter oft nicht geklärten Umständen.2 Dies ist bekannt und wird billigend in Kauf genommen. Es gehört zur Normalität der Zwangsunterbringungspraxis.

Es gibt also gute Gründe, sich gegen eine Zwangsunterbringung zu wehren. Leider haben die wenigsten Betroffenen Informationen über Möglichkeiten, sich der Unterbringung zu entziehen.3 Hinzu kommt, dass Psychiatrie-Erfahrene nur selten mit der Solidarität ihrer Mitmenschen rechnen können oder gar einen Ort haben, an dem sie Zuflucht vor der Zwangsunterbringung erhalten. Es ist bekannt, dass Opfer von Zwangsunterbringungen während ihrer Verschleppung um Hilfe schreien, spucken oder versuchen, sich körperlich zu verteidigen. Das ist nie von Erfolg gekrönt – in der Regel wird darauf mit noch mehr Gewalt geantwortet. Es war aus unserer Sicht nur eine Frage der Zeit, bis eine Person sich mit drastischeren Mitteln zu wehren versucht. Dass es sich dabei um eine Person handelt, die zuvor nie durch Gewalttätigkeit aufgefallen ist, zeigt, zu welchen Taten das menschenrechtswidrige System aus Psychiatrie und Zwangsbetreuung Menschen treiben kann, wenn sie derart in die Ecke gedrängt werden. Ohne dieses Zwangssystem wäre die Gewaltsituation in Hamburg nie entstanden. Der zu Tode gekommene Bezirksamtsmitarbeiter ist somit ein Opfer dieses Systems.

Die Diskussion um einen besseren „Schutz" von Bezirksamtsmitarbeitern z.B. durch Waffen oder Polizei stigmatisiert Betroffene von Zwangsunterbringungen als gemeingefährlich. Der Einsatz von Polizei macht eine Zwangsunterbringungssituation nicht sicherer. Sie verschiebt lediglich das Risiko, zu sterben, und zwar zuungunsten der Betroffenen des Zwanges. Das zeigt deutlich, wessen Leben in unserer Gesellschaft wie viel wert ist. Die seit 2009 auch in Deutschland geltende UN-Behindertenrechtskonvention verlangt, dass die Freiheitsrechte von Menschen mit Beeinträchtigungen ebenso geachtet werden wie die jedes anderen Menschen. Das heißt, dass niemand gegen seinen Willen psychiatrisiert werden darf. **Nein heißt Nein**. Zwangsunterbringungen verstoßen gegen die UN-BRK.

Begonnen hat das Drama von Hamburg übrigens 2014 mit einer freiwilligen psychiatrischen Behandlung. Im Zuge dieser wurde für den Betroffenen der Betreuer bestellt, der Urheber der aktuellen Zwangsunterbringung war.4

Der Geschäftsführender Vorstand BPE

---

1 Die Vereinten Nationen stufen diese Zwangsmaßnahmen als Folterhandlungen ein
a) Bericht des Sonderberichterstatters über Folter, Juan E. Méndez:
https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
b) Abschließende Bemerkungen der Staatenberichtsprüfung des UN-BRK-Komitees:
https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_state_report_germany_1_2011_ConObs_2015_en.pdf

2 https://taz.atavist.com/polizeitote#chapter-2274951
https://www.zwangspsychiatrie.de/2011/09/kundgebungsdemo-am-15-9-vor-dem-behordlich-medizinischen-komplex-von-berlin-reinickendorf/
https://www.tagesspiegel.de/berlin/polizei-justiz/todesschuss-in-reinickendorf-frau-starb-durch-eine-polizeikugel/4536386.html
https://www.heise.de/tp/features/Die-Psychiatrie-ist-im-Kern-Zwangspsychiatrie-3397471.html
https://initiative-zwangbefreit.jimdo.com/2018/04/15/demoaufruf-so-13-mai-mahnwache-ein-jahr-nach-dem-tod-von-ahmet/
https://www.abendzeitung-muenchen.de/inhalt.raetselhafter-tod-in-psychiatrie-wie-ist-juergen-mollath-ums-leben-gekommen.797808c5-fea2-4377-924b-d0b6e0016db9.html
https://www.youtube.com/watch?v=YfxdpoMLUwg
https://www.welt.de/regionales/hamburg/article181264358/Hamburg-57-Jaehriger-Patient-stirbt-in-der-Psychiatrie.html
https://www.stimme.de/polizei/suedwesten/Tod-in-der-Psychiatrie-Ermittlungen-gegen-Personal-und-Polizei;art1495,4027363
http://www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2016/2-16.pdf (S. 11)
http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/psychopharmaka/todesfaelle.html

3 https://www.zwangspsychiatrie.de/erste-hilfe/zwangseingewiesen/

4 https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Brand-Attacke-Verletzte-ausser-Lebensgefahr,brand6632.html

Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung, besondere Sicherungsmaßnahmen – eine Begriffsklärung

Sowohl Außenstehende als auch mit dem System Psychiatrie Vertraute sind sich unklar in der Abgrenzung dieser drei gegen Psychiatriepatienten[1] eingesetzten Zwangsmaßnahmen.
Die Zwangsunterbringung ist das Einsperren gegen den Willen. Hier wird in „die Freiheit der Person“[2] eingegriffen.

Die Zwangsbehandlung ist der Eingriff in den Körper gegen den Willen. Hier wird in „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“[3] eingegriffen.

Die besonderen Sicherungsmaßnahmen (Fixieren = ans Bett fesseln, Isolation, Festhalten) sind weitere Einschränkungen „der Freiheit der Person“.

Rechtsgrundlage[4] für diese Grundrechtseinschränkungen sind die §§ 1896 bis 1908 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (das sogenannte Betreuungsrecht) sowie die Unterbringungsgesetze der Bundesländer, welche oft Psychisch-Kranken-Gesetz (abgekürzt PsychKG) heißen.

Die Unterbringungsgesetze der Länder verlangen als Voraussetzungen der Unterbringung

a) eine Selbst- oder Fremdgefährdung der betroffenen Person und

b) das Vorliegen einer psychischen Krankheit.
Rasende Autofahrer und prügelnde (Ehe)männer können also nach diesem Gesetz erst mal[5] nicht eingesperrt werden.

Das Betreuungsrecht des Bundes ist da großzügiger. Hier reicht, dass „zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist“[6]. Diese „Behandlungsbedürftigkeit“ ist ein äußerst gefährliches Einfallstor für ärztliche und richterliche Willkür[7].

Alle Unterbringungen müssen richterlich genehmigt werden. Die Gesetze verlangen, dass bis Mitternacht des auf die Unterbringung folgenden Tages eine Anhörung erfolgen muss.

Eine Unterbringung bedeutet nicht, dass zwangsbehandelt werden darf[8]. Das Recht, gegen den Willen des Patienten Chemie oder Elektrizität in den Körper zu leiten, muss in einer eigenen Verhandlung erlangt werden. Die organisierten Psychiatrie-Erfahrenen (Bundesverband und Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener) sowie das UN-Hochkommissariat für Menschenrecht bezeichnen diese Praxis als Folter[9].

Leider haben sich weder das Bundesverfassungsgericht noch der Gesetzgeber dieser Sicht angeschlossen. Der

2. Senat des Bundesverfassungsgerichts machte in seinem wegweisenden Urteil 2 BvR 882/09 dem Gesetzgeber in Bund und Land Auflagen, die in Teilen Eingang in die Unterbringungsgesetze und das BGB fanden.

Ich zitiere hierzu drei Passagen aus dem Betreuungsrecht[10]: „so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn

3. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,

4. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,

6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt[11] …“

Seit dem Sommer 2018 muss auch die besondere Sicherungsmaßnahme Fixierung richterlich genehmigt werden. Das Bundesverfassungsgericht entschied anlässlich zweier besonders skandalöser Fixierungen, dass auch diese Maßnahme einer (und sei es nachträglichen) richterlichen Genehmigung bedarf.

Einziger Hemmschuh gegen die immer weiter um sich greifende psychiatrische Gewalt ist die Abfassung einer Patientenverfügung[12]. Diese ist seit September 2009 „ohne Reichweitenbegrenzung[13]“ gültig. Sie muss im „Zustand der nichtangezweifelten Normalität[14]“ abgefasst werden. Sie verhindert die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gegen den Willen. Sie verhindert zuverlässig jede Zwangsbehandlung. Unterbringungen werden nur dann verhindert, wenn keine Fremdgefährdung vorliegt.

Matthias Seibt

---

[1] Ich verwende wegen besserer Lesbarkeit nur die männliche Form.
[2] Art 2.2, Satz 2 Grundgesetz: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“
[3] Art 2.1, Satz 1 Grundgesetz: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“
[4] Den Bereich Forensische Psychiatrie = Gerichtspsychiatrie behandele ich hier nicht
[5] Es sei denn, man unterstellt ihnen, sie seien psychisch krank.
[6] § 1906.1, Satz 2
[7] Jede 2. Operation ist überflüssig und hat allein im Profitinteresse ihre Ursache. Sehr viele Medikamente werden nur verschrieben, weil die Pharmaindustrie sich die Ärzte gekauft hat.
[8] Dies gilt seit Sommer 2012 und ist Folge des Bundesverfassungsgerichtsurteils 2 BvR 882/09 vom März 2011.
[9] Das erfolterte Geständnis lautet: „Ja ich bin psychisch krank“.
[10] § 1906a Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen
[11] Eine Selbstverständlichkeit, die in der Psychiatrie keineswegs selbstverständlich ist. Es geht um das Brechen des Willens, nicht um Heilbehandlung.
[12] Siehe http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/juristisches/downloads/Bochumer_willenserklaerung.pdf oder www.patverfue.de
[13] Das heißt, sie gilt immer. CDU/CSU wollten seinerzeit (Bosbach-Entwurf), dass die Patientenverfügung nur gilt, wenn der Sterbeprozess unumkehrbar eingesetzt hat
[14] Also nicht während eines Psychiatrieaufenthalts

Wie hast Du das gemacht?

Diese Frage bekam ich mehrfach auf der Kasseler Jahrestagung gestellt. Sie bezog sich darauf, dass ich ein Mitglied, was sich sehr lautstark und zum Unmut der Mitglieder auf der Kasseler Mitgliederversammlung äußerte, zum Verlassen der Mitgliederversammlung bewegen konnte. Das Mitglied beruhigte sich in der folgenden Unterhaltung und ging anschließend schlafen.

Von der Psychiatrie verlangen wir, dass sie besser mit Menschen in Krisen umgeht. Wir Psychiatrie-Erfahrenen selber sind dazu aber meistens auch nicht in der Lage. Oft sind Psychiatrie-Erfahrene genau so hilflos im Umgang mit kriselnden oder einfach nur schwierigen Mitmenschen, wie es Angehörige oder Psychiatrie-Profis sind.

Unter diesen Umständen wird die Forderung nach einer anderen Psychiatrie wohlfeil. Wir verlangen von anderen Menschen etwas, was wir selber nicht können.

Wie habe ich es nun gemacht? Wie lernt man ein Instrument (eine Sprache, Schach spielen, Auto fahren usw.)? Üben, üben, üben. Und das üben nicht vergessen. Aus begangenen Fehlern lernen.

Wesentlich beim Umgang mit erregten, aufgeregten, überdrehten, in der Krise befindlichen Menschen ist selber ruhig zu bleiben. Zuhören, was der Mensch sagt. Auf das Gesagte eingehen. Sich nicht in den Sog der Aufregung ziehen lassen. Die Ruhe soll sich übertragen, nicht die Aufregung.

Und üben, sonst ist es Theorie ohne Praxis. Also Gelaber.

Matthias Seibt

Von fundierter Elektroschock-Kritik bis Art Brut-Vortrag
26. BPE-Jahrestagung in Kassel arbeitete an vielen Themen

Von Gangolf Peitz

Es ist fesselnd, Werke des Gugging-Künstlers August Walla zu sehen, vom 20.000 Bilder umfassenden Werk des Schweizer Patientenkünstlers Adolf Wölfli zu hören oder die friedlichen Gewehr-Skulpturtransformationen des alten Franzosen André Robillard kennenzulernen, der gleichfalls heute in Weltmuseen vertreten ist. Kunst von Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Exklusiver Ausdruck besonderer Wahrnehmungs- und Lebenswelten. Einen original Walla konnte eine BPE-Regionalselbsthilfe 2017 zum ersten Mal überhaupt im Saarland zeigen. Dies und mehr berichtete ein Vortrag zum Gestern und Heute der so genannten Outsider Art, zum Auftakt der diesjährigen BPE-Jahrestagung unter dem Titel „Raus aus den Schubladen“ vom 12. bis 14. Oktober ins Kassel. Passender Start ins anschließende Konzert mit Lesung „Zwischen den Welten“, mit kritischer Lyrik von Mirko Olostiak Brahms und frechen Songs mit Flora Florenz. Flora sang ihre Lieder zum Teil blitzschnell komponiert, nach spontanem Zuruf von Stichwörtern aus dem Publikum. Da blieb man nach anstrengender Anreise aus ganz Deutschland gerne noch länger auf und genoss. Das Programm

des Jahresmeetings 2018 des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. war wieder vielfältig und attraktiv: Zehn parallele Arbeitsgruppen, dazu Referate, Vorträge, das Kulturprogramm, Info- und Büchertische sowie die obligatorische Mitgliederversammlung am Samstagabend.

Peter Lehmann vom Antipsychiatrieverlag Berlin referierte detailliert zur besorgniserregenden Wiederkehr des psychiatrischen Elektroschocks. Dieser werde heute milde Elektrokrampf- oder Elektrokonvulsionstherapie von den Behandlern genannt und vorzugsweise an Frauen und älteren Menschen praktiziert, gerne in Einbindung zusagender gesetzlicher Betreuer und mit deutlichem - wie einfach zu handhabendem - Zuverdienst für die Kliniken. Erschreckend hörten sich schon die (fast glorifizierenden) Originalzitierungen aus dem DGPPN-Ratgeber EKT für Patienten und Angehörige an. Lehmann verdeutlichte die Betroffenenferne solcher unkritischen, verharmlosenden und eine vollständige Information vermeidenden Darstellung seitens der Ärzteorganisation und belegte seine Kritik mit Fakten zu bekannten Schäden und Gefahren durch EKT-Schocks, die mit an die 500 Volt Stromspannung epileptische Anfälle im Gehirn des Menschen auslösen. Erfreulich, dass der große deutsche Psychiatrieerfahrenenverband aus seiner Sicht und Expertise aufklärt

und warnt. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) will erörternd nachziehen, wie man erfuhr. Februar 2018 schon gab der BPE-Vorstand eine monierende Stellungnahme zur Renaissance des psychiatrischen Elektroschockens heraus. Der Rat von Referent und BPE zum Patientenschutz: Das Verbot von EKT in der eigenen Patientenverfügung deklarieren. Für den verhinderten Referenten Dr. med. Marc Rufer und zwei AG-Ausfälle konnte schnell umdisponiert werden. So diskutierte Kristina Dernbach mit dem Publikum nach Referat das „Auslaufmodell Diagnose“ oder man tauschte sich bei Karin Haehn über Vorurteile aus. Aus dem regulären AG-Programm: „Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“ (Matthias Latteyer), „Spiritualität und integrale Mystik“ (Claus Wefing), „Politische Partizipation. Anspruch und Wirklichkeit“ (Jurand Daszkowski) und Christine Konrads Schreibworkshop zu Gefahren und Chancen des Outens, um nur einige der Seminare zu erwähnen.

In der MV wurde ein starker neuer 7-köpfiger Hauptvorstand gewählt. Die langjährig selbsthilfekompetenten Matthias Seibt und Martin Lindheimer konnten sich nicht mehr zur Wahl stellen, da sie jetzt hauptamtlich in der BPE-EUTB arbeiten. Wert legt man gemäß Mitgliederversammlung auch in 2019 auf eine verbreiterte Öffentlichkeitsarbeit, unter anderem mit institutionalisiertem BPE-Newsletter (mit über 500 Abonnenten in kürzester Zeit). Eine Satzungsänderung erlaubt fortan das Akquirieren von Forschungsgeldern, mit der Option hier als Selbsthilfe aktiv zu sein bzw. Forschungsaufträge zu vergeben. Für Berlin wurde mit Volker Riess ein neuer BPE-Landesvertreter gewählt. Vor der eigentlichen Tagung hatten separat Geschäftsführender und Gesamtvorstand konferiert. Die Ländervertretungen berichteten dabei von ihren Aktivitäten, von dort Erreichtem und der laufenden Arbeit.

Die Veranstaltung ist für alle am Thema seelische Gesundheit Interessierten offen. 2019 und 2020 findet die BPE-Jahrestagung in der DJH Heidelberg statt. Sicher erneut mit über 100 Teilnehmer*innen, in einem fruchtbaren gemeinsamen Arbeiten, Vernetzen und Begegnen. Das Motto vom 11.-13.10.2019

lautet „Menschenrechte und körperliche Unversehrtheit“. Wer sich über Arbeit, Positionen und Termine des BPE e.V. und seiner Landesinitiativen auf dem Laufenden halten will, kann den kostenlosen monatlichen BPE-Newsletter lesen (Anmeldemail an: bpe_newsl_master@online.ms) und sich jederzeit auf bpe-online.de informieren. Mehr denn je hat das bundesweite Netzwerk tausender Psychiatrieerfahrener, hat der BPE Arbeit für seelische Gesundheit: Die Psychiatrie fällt in ihren Praktiken zurück und etablierte Hilfekonzepte und -angebote bedürfen tiefgreifender Veränderung. Zu schlecht sind die offiziellen Noten, die Deutschland für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erhält. In Kassel bewies sich erneut, dass dieser Verband die »heißen« Themen nicht scheut, sondern benennt und Alternativen einfordert. Menschenrechte bleiben dabei nicht verhandelbar. In aller Deutlichkeit ist das das Wichtigste.

Gangolf Peitz betreibt beruflich das Büro für Kultur und Sozialarbeit Saar und betreut für die BPE-Öffentlichkeitsarbeit als Journalist den Newsletter. Als Outsider Art-Kenner ist er Referent beim Nachrichtenportal art-transmitter.de. Ehrenamtlich ist er vor allem für die Selbsthilfe von Saarland und Rheinland-Pfalz tätig. Kontakt: gangolf.peitz@web.de

© Gangolf Peitz, Bous – BKS Saar (Oktober 2018)

Bilder: Kristina Dernbach

Irritiert!
Gedanken einer Tagungsanfängerin

Von Melanie Künzel

Als ich dieses Jahr zum ersten Mal zur BPE-Jahrestagung gefahren bin, war ich etwa zwei Jahre Mitglied. In diesen zwei Jahren hatte ich zwar schon vereinzelt Kontakte zu BPE-Mitgliedern; telefonisch, persönlich und nicht zu unterschätzen in gelesener Form im Rundbrief, aber ein Austausch in dieser Größenordnung war ein gewaltiger Unterschied zu meinen bisherigen Erfahrungen. Entsprechend verunsichert bin ich dann nach Kassel gekommen. Ich fühlte mich aber nicht dadurch verunsichert, dass ich mit vielen neuen Leuten konfrontiert sein werde, sondern eher, weil ich im Rundbrief, der BPE-Website oder verwandten Selbsthilfeveröffentlichungen kompromisslos vorgetragene antipsychiatrische Positionen gelesen habe. Das ist für mich an sich kein Problem. Wie könnte ich auch gegen selbstbestimmtes Leben sein? Das Problem entstand immer dann, wenn mein Lebensentwurf und ich als Denkendes Wesen dabei abgewertet wurde. Ich selbst lebe mit psychiatrischen Hilfen. Ich nutze Tabletten und Profis und nein, das läuft nicht alles perfekt, sonst wäre ich ja nicht beim BPE. Aber ich entscheide mich auch aktiv für Profihilfen – mit dem Wissen um die Vor- und Nachteile. Wenn in antipsychiatrischen Beiträgen dann aber impliziert wird, Leute wie ich „wissen es halt nicht besser“ oder „sind durch die Psychiatrie geblendet“, verletzt mich das sehr. Und das war es, vor was ich mich vor der Tagung gefürchtet habe. Vor Leuten, die mir sagen, ich wäre irgendwie falsch und müsse nur noch überzeugt werden. Gerade Leute mit Psychiatrie-Erfahrung kennen wahrscheinlich dieses Gefühl. Was ist nun auf der Tagung passiert? Um gleich die Spannung rauszunehmen, ich bin weder wutentbrannt abgereist noch bin ich jetzt für eine sofortige Abschaffung psychiatrischer Hilfen.

Ich habe in den Tagen mit Leuten gelacht und geweint, auch wenn’s vielleicht etwas kitschig klingt – und ich bin irritiert. Und damit meine ich all die positiven und negativen Ausformungen von Irritiertsein. Ich habe zum einen viele Leute kennengelernt, die sich auf ganz unterschiedliche Weise durch Krisen verändert haben und dabei Wege der Selbsthilfe entdeckt haben, die mir fremd waren. Jemand erzählte mir, wie die Entdeckung der eigenen Gefühlswelt und die Loslösung von gesellschaftlichen Zwängen Lebensqualität zurückbrachten. Das Zusammenspiel von Gesellschaft und Leiden schwang thematisch sowieso in vielen Gesprächen mit. Gleich mehrere haben in Ernährungsregeln Effekte auf ihr Leben entdeckt. Die Wirkung von kreativem Ausdruck war während der gesamten Tagung zu sehen. Zum anderen war manch einer von seinen Erkenntnissen so begeistert, dass aus Meinungen Absolutheitsansprüche wurden. Im gleichberechtigten Gespräch, wie auf der Tagung, ist das für mich persönlich kein Problem. Gute Argumente nehme ich an und übernehme ich auch. Den Rest halt nicht. Ich denke, folgendes Erlebnis macht die Grenze zwischen den für mich bereichernden Irritationen und den ratlos machenden und ängstigenden deutlich. In einem Vortag über Diagnosen wurden die Zuhörer aufgefordert sich in einer Kleingruppendiskussion darüber klar zu werden, wie das war, als man eine Diagnose bekam, wie einen das verändert hat und wie das heute für einen ist. Ich bin mir darüber bewusst geworden, wie selbststigmatisierend die Diagnose auf mich wirkte und wie stark sie bis heute meine Identität mit formt. Ich frage mich seit dem, was anders hätte laufen müssen, dass das einst hilfreiche Konstrukt und immer noch nützliche Konstrukt, auch eben nur das hätte bleiben können. Für diese Flut an Ideen in meinem Kopf danke ich der Vortragenden. Für den verbalen Schlag ins Gesicht im weiteren Verlauf nicht. Mein Lebensentwurf wurde in Folge des Vortrags ein schwarzer Strich – eindimensional, ins Unglück führend, als Opfer eines faschistoiden Systems. Ich habe den Vortrag verlassen. Deshalb weiß ich auch nicht ob es nicht doch ein versöhnliches Ende gab.

Ich habe in Kassel viele solche Erlebnisse gehabt. Ich habe oft gedacht: „Oh ja. Genau! Darüber habe ich noch gar nicht so nachgedacht.“ bis zu „Wieso weißt du, was für mich das Beste wäre?“ Besonders bedenklich fände ich das in Beratungssituationen, wenn Helfender und Hilfesuchender ungleich gegenüberstehen. Wo bleibt das Abwägen? Das „Ich weiß es nicht“? Ich hatte manchmal das Gefühl, es gibt keine Grenzen. Jeder könne jeden auf Grund von Erfahrung zu allem beraten. Die Erfahrung hätte immer Recht, jenseits aller Fehlschlüsse. Das macht mir Sorgen.

Ich möchte an dieser Stelle allen danken, die mich irritiert haben und hoffe, ich konnte zur gegenseitigen Irritation beitragen. Ebenfalls danke ich allen, die an der Organisation der Veranstaltung mitgewirkt haben.

Auslaufmodell Diagnose

Vortrag von Kristina Dernbach

“Auslaufmodell Diagnose” ist der Titel dieses Vortrags. Ich möchte aber gar nicht so viel über Diagnosen sprechen, sondern über ihre Wirkung und vor allem über das, was bleibt, wenn wir sie weglassen. Der geplante Untertitel war daher: „Die Macht der Selbstdefinition auf dem Weg zum selbstbestimmten Leben“. Der war aber wohl so lang, dass niemand ihn aufschreiben wollte. Mir gelingt leider nicht kürzer auszudrücken, was ich sagen will. Ich möchte auch gleich ankündigen, dass die Grundgedanken gerade für viele langjährige Selbsthilfe-Aktive nicht neu sein werden und bitte, mir das zu verzeihen. Ich möchte über die vielen Möglichkeiten sprechen, die sich eröffnen, wenn wir unsere eigenen Worte finden für das, was in uns los ist. Und ich möchte dies gerne mit dem Scheuklappenblick kontrastieren, den Diagnostizierung, Psychoedukation und andere therapeutische Rituale uns anerziehen wollen.

Schubladen

Ich möchte nicht behaupten, dass Schubladen ausschließlich negative Seiten haben. So mancher Patient nimmt sie zunächst dankbar an, und wir sind ja in der Position der Hilfeempfangenden, da muss man schön dankbar sein.

Und ja, Diagnosen können kurzfristig entlasten, Komplexes vereinfachen, und Identität stiften. Diagnoseschubladen dienen aber nicht uns, sondern in erster Linie dem System: Sie machen verwaltbar, rechtfertigen Behandlung durch Schubladen-Experten und letztlich auch Diskriminierung. Und sie geben Wege vor. Aus meiner Sicht beginnt psychiatrische Gewalt bereits mit der Diagnose. Einen anderen Menschen zu definieren – ihm zu sagen: „du bist soundso“ oder „das und das stimmt mit dir nicht“, ist gewaltvoll. Besonders gewaltvoll ist es dann, wenn es aus einer Machtposition heraus geschieht, die den Anspruch auf Objektivität erhebt – eine Position, die eine psychiatrische „Fachperson“ zweifelsohne innehat. Michael Cornwall, ein psychiatriekritischer Therapeut aus den USA, bezeichnet psychiatrische Diagnosen als einen „medizinischen Fluch“. Die psychiatrische Diagnose ist von diagnostischen und therapeutischen Ritualen umgeben. Dazu gehören: Befunderhebung, psychologische Tests, „Psychoedukation“, die tägliche Pillenausgabe, Visiten und Prognosen. Diese Rituale und die Diagnose, die sie umgeben, gleichen laut Michael Cornwall einem Fluch, der im Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient wirksam wird. Fluch deshalb, weil unsere Selbstwahrnehmung empfindlich beeinträchtigt wird. Der Arzt ist überzeugt, dass nur er die Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale des Patienten kennt. Trauen wir uns als Patienten mehr zu, wird das gerne mal als Größenwahn pathologisiert. Michael Cornwall schreibt weiter über den medizinischen Fluch:

> *Es wäre viel besser, denn dann könnten wir es verstehen, wenn sie (die Psychiater) diesen Fluch wild zähnefletschend und verächtlich aussprechen würden. Stattdessen kommt der Fluch von ihren sanften, professionellen Gesichtern – Gesichter, die oft, von ihnen selbst und auch von uns nicht bemerkt, freundlichen Faschismus ausdrücken.*

Thilo von Trotha, Philosoph aus Berlin und leider 2009 verstorben, verwendete zwar nicht die Metapher des Fluches, aber dröselte ihn noch weiter auf: Er schreibt von einer Dreifaltigkeit psychiatrischer Gewalt, die im Kampf gegen den Wahnsinn aufgefahren wird. Die ersten beiden Ebenen dieser Gewalt sind sehr offensichtlich: Die körperliche durch Einsperren, Isolieren und Fesseln und die chemische durch Neuroleptika. Thilo von Trotha schreibt über die chemische Ebene:

> *Dabei wird die körperliche und seelische Selbstwahrnehmung auf einer Ebene angegriffen, auf der die unmittelba-*

ren vegetativen, sinnlichen und kognitiven Grundfunktionen angesiedelt sind, in denen ein Mensch sich von Geburt an selbst begegnet und die den unter gewöhnlichen Bedingungen unberührbaren Kern seiner leiblichen und geistigen Identität ausmachen. Fremder als unter Neuroleptika-Einfluss wird man sich selbst in dem Horror-Trip, den »harte« Drogen verursachen können, kaum gegenüberstehen.

Als ganz besonders verheerend jedoch bezeichnet er die dritte Stufe, die stationäre psychiatrische „Psychotherapie", die – Zitat – „die Effekte der ersten beiden Stufen in das Selbstbild des Betroffenen eingraviert." Er meint damit, dass die Diagnose zum Teil unserer Persönlichkeit wird und wir uns fortan mit einem extrem verfremdeten Blick auf uns selbst durch unser Leben bewegen. Und dieser neue, verfremdete Blick bestimmt unser Leben maßgeblich mit.

Die eigene Sprache finden

Für mich ist es immer wieder spannend, Leute zu treffen, die schwere Krisen oder intensive Ver-rücktheiten erlebt haben, ohne in der Psychiatrie gelandet zu sein. Dabei möchte ich diesen „Erfolg" keinesfalls idealisieren, oft waren es ein unterstützendes oder zumindest tolerantes Umfeld und viele glückliche Umstände, die diese Menschen vor einer Psychiatrisierung bewahrt haben. Aber ich finde es deshalb so spannend, mit diesem Menschen zu sprechen, weil sie den Prozess der Entfremdung durch Diagnose nie durchlaufen haben.

Selbstverständlich sind wir auch in der Situation der Psychiatrisierung nicht nur passive Opfer von Diagnostizierung gewesen. Viele von uns haben schon in der Klapse innerlich und/oder nach außen Widerstand gegen die Fremddefinition durch Diagnose geleistet. Zu diesem Widerstand möchte ich später noch einmal zurückkehren. Zunächst möchte ich einige Gedanken über Sprache äußern.

Die Psychiatrie ist ja bekanntermaßen sehr sprachbegabt und kreativ, sie hat gut 200 Jahre gebraucht, um sich ein paarhundert Begriffe dafür auszudenken, was Menschen so alles angeblich Krankhaftes erleben können. Zum Glück müssen wir das weder künstlerisch wertvoll finden noch müssen wir es glauben. Es geht nämlich für UNSER Leben nicht darum, wie irgendeine Psychiaterin darüber denkt und schreibt. Es geht um UNSEREN Weg und UNSERE Wahlfreiheit und die Sprache, die diesen Weg und diese Wahlfreiheit ermöglicht: Wie benenne ich das, was mich so tief bewegt, beängstigt oder lähmt? …

In der Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe hat sich der Begriff der Krise sehr verbreitet. „In der Krise sein" – das bedeutet, etwas durchzumachen, das schwer zu bewältigen ist, das aus meinen Mitteln kaum zu bewältigen scheint. Es bedeutet gleichzeitig, dass das wieder vorbeigehen kann. Eine Krise ist kein Dauerzustand, sondern vorübergehend, das Ziel ihre Bewältigung. Eine andere oft gewählte Beschreibung für die Zustände, die die Psychiatrie als Krankheiten bezeichnet, ist das Wort „Verrücktheit". Das Ver-rücken wird dabei ganz bewusst als Metapher gebraucht; ich ver-rücke aus meiner bisherigen Normalität, und für mich kann es sich so anfühlen, als würde die Welt ver-rückt. Auch die Wiederaneignung alter Begriffe, die ursprünglich abwertend gemeint sind, wie Wahnsinn, findet sich in der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. Das selbsterklärte Ziel im Umgang mit diesen Zuständen unterscheidet sich individuell: Während die einen anstreben, möglichst schnell wieder Boden unter den Füßen zu bekommen, haben andere es als wohltuend erlebt, ihren Impulsen zu folgen und vertrauen darauf, dass die Ver-rückung einen Sinn ergibt, der ausgedrückt werden will.

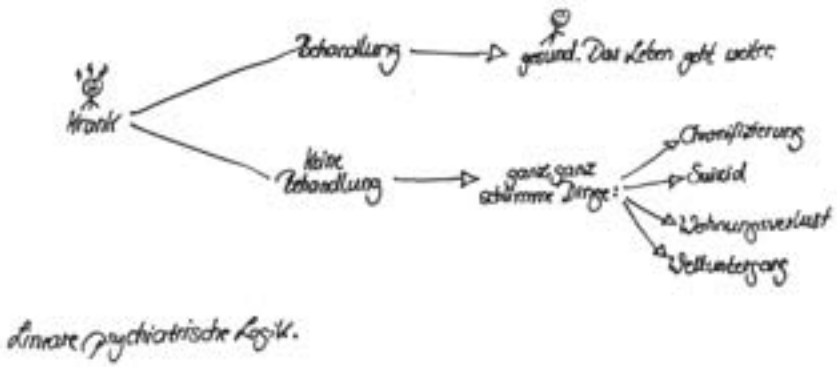
All diese Bestrebungen sind selbstgewählt: Bewältigung, auf den Boden kommen, sich ausdrücken – euch fallen sicher noch andere, eigene ein.

Diese Bestrebungen sind meilenweit entfernt von dem Ziel, das psychiatrische Behandlung verfolgt: Symptome zu unterdrücken und die zur Krankheit erklärte Krise oder Verrücktheit zu managen (so steht es in den Behandlungsleitlinien und Lehrbüchern und so wird es praktiziert).

Selbstbestimmter leben durch Bedürfnisorientierung

Sobald ich aber meine Zustände und mein Leid selbst benenne, meine eigenen Worte finde, kann ich auch anfangen, ohne die Ablenkung durch medizinische Kategorien auf meine Bedürfnisse zu schauen: Was fehlt mir denn in meinem Leben so sehr, dass ich so, wie es ist, nicht mehr leben will? Was brauche ich, wenn ich verrückt werde? Nahrung, Wasser, Schlaf, Bewegung, Freundschaft, Geborgenheit oder Abgeschiedenheit – all das zu benennen oder so zu äußern, wie ich es gerade äußern kann, ist die Grundvoraussetzung dafür, dass andere mich dabei unterstützen können, diese Bedürfnisse zu erfüllen. Welche Ausbildung diese UnterstützerInnen haben oder nicht haben, ist dabei mehr als sekundär. Eine formale medizinische oder psychologische Ausbildung kann sogar sehr hinderlich sein, vor allem, wenn es darum geht, Bedürfnisse zu erspüren, die ich in meinem aktuellen Zustand nicht äußern kann oder vielleicht auf ungewöhnliche Art und Weise ausdrücke.

Wenn man sich so die Öffentlichkeitsarbeit von Kliniken ansieht, erscheint die Sache mit der Krankheit und der Behandlung ungefähr so:



Nach meiner Erfahrung, und vielleicht auch eurer, läuft das eher etwa so ab – soweit man das überhaupt grafisch darstellen kann:

(Grafik nächste Seite)

Was ich damit sagen will: Das Leben ist viel bunter, als Psychiatrie uns und der Öffentlichkeit glauben machen will. Und ich wünsche mir, dass wir alle daran mitwirken, diese Buntheit zu bewahren, nach außen zu vertreten und anderen Ex-PatientInnen die Tür dazu offenzuhalten. Denn es ist unglaublich schwer, die Macht der Diagnose abzuschütteln. Die Diagnose kann binnen kürzester Zeit lebensbestimmend werden. Gemeinsam ist es einfacher, den Einfluss der Diagnose zu reduzieren und bestenfalls völlig auszuradieren – also so, dass die Diagnose keine Rolle mehr in unserem Leben spielt.

Hier kommt das ins Spiel, was ich vorhin mit Widerstand meinte. Auf einer geschlossenen – oder meinetwegen auch einer offenen – Station, zu sagen „Ich bin nicht krank und dieser Ort ist nicht gut für mich" ist ein Akt des Widerstandes. Noch sind Psychiatrien Orte, wo Widerstände gebrochen werden und daher der Widerstand daher zunächst nur ein innerer sein kann. Deshalb ist es so essentiell, dass wir kollektive Widerstandspraktiken kultivieren bzw. beibehalten. In einem Aufsatz des Soziologen Nick Crossley (2004) über die Betroffenenbewegung in England bin ich über den Begriff des „oppositionellen Habitus" oder des „Widerstandshabitus" gestoßen. Mit diesem Habitus meint er alle Praktiken und Gewohnheiten der Betroffenenbewegung, die die psychiatrische Macht an genau den Punkten treffen, wo sie eigentlich den größten Einfluss auf die Leben der Betroffenen ausübt. Eine ganz zentrale Rolle spielen hier natürlich die Diagnosen der Psychiatrie. Crossley zitiert dazu Ron Coleman:

> *Vor vierzehn Jahren wurde ich als schizophren diagnostiziert; vor fünf Jahren wurde das zu chronisch schizophren geändert; vor drei Jahren legte ich das ab und ging wieder dazu über, Ron Coleman zu sein.*

Wenn wir uns kollektiv der Sprache der Psychiatrie verweigern, kann das ein mächtiges Instrument. Zum einen verweigern wir uns und schützen uns gegenseitig vor der Entfremdung durch Diagnosen. Zum anderen zeigt die Geschichte, dass Sprache alles andere als in Stein gemeißelt ist, Sprache verändert sich kontinuierlich und wir können Sprache mit verändern. Dasselbe gilt für die Konzepte, die durch Sprache erschaffen werden. Institutionen, auch mächtige Institutionen, kamen und gingen. Die katholische Kirche etwa hat ihre Macht längst verloren und spielt im Leben der meisten Menschen keine Rolle mehr. Dasselbe kann und wird hoffentlich mit Psychiatrie passieren.

Über das Netzwerk Stimmenhören schreibt Nick Crossley:

> *Als nicht-medikalisierte, nicht-pharmakologische Selbsthilfepraktiken fordern die Aktivitäten des Netzwerk Stimmenhören die Autorität der Psychiatrie und die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie heraus. Sie kippen den psychiatrischen Rat an Patienten, ihre Stimmen zu ignorieren und bestehen darauf, dass die Betroffenen Meister und Autorität über ihre Stimmen werden, oft ohne irgendeine psychiatrische Intervention.*

Dasselbe schaffen Psychiatrie-Erfahrenengruppen in Deutschland: Sie verweigern den psychiatrischen Sprachgebrauch, beraten und begleiten Menschen durch schwierige Zustände, indem sie ihnen einen Ort zum sein, Dasein und Gespräche anbieten. Das geschieht in den Nischen, die unserer durchpsychiatrisierten Gesellschaft noch bleiben – und die hoffentlich größer werden, indem wir anderen diese Projekte nachahmen.

Neben der gegenseitigen Unterstützung ist eine weitere wichtige Widerstandspraktik der Dialog mit Menschen ohne Verrücktheitserfahrung. Es ist wichtig, unsere eigenen Räume zu haben, aber es ist ebenso wichtig, nicht nur unter uns zu bleiben. Es geht darum, Verrücktheiten zu entkatastrophisieren und Menschen die Angst vor außergewöhnlichen Zuständen und deren vermeintlicher Dauerhaftigkeit zu nehmen. Das Netzwerk Stimmenhören hat, zumindest im Vereinigten Königreich, in dem Crossley forschte, hier einiges erreicht – Zitat:

> *Das Netzwerk Stimmenhören möchte die Angst neutralisieren, die das Stimmenhören umgibt, dadurch untergräbt sie eine wichtige gefühlsbedingte Stütze psychiatrischer Macht. Wir „brauchen" Psychiatrie in dem Ausmaß, wie wir „Stimmen" fürchten und entwerten.*

Dasselbe kann man auch über Ver-rücktheiten und schweren Krisen sagen. Wir alle können dazu beitragen – durch Vier-Augen-Gespräche und andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit – die Angst vor solchen Zuständen zu nehmen und durch unsere Selbstdefinition der Psychiatrie diese Stütze ihrer Macht zu entziehen.

ReferentenInnen gesucht für Jahrestagung 11.-13.10.2019 in Heidelberg

Thema ist „**Menschenrechte und körperliche Unversehrtheit**“

Bitte bewerbt Euch bis **31.1.2019** für eine zum Thema passende Arbeitsgruppe, einen zum Thema passenden Vortrag oder einen Beitrag fürs Rahmenprogramm. Bewerbung ist in maximal 12 Zeilen abzufassen und das Angebot inhaltlich klar und direkt zu beschreiben (ohne link-Verweise). Falls wir Eure Bewerbungen auswählen, wird diese (ohne Eure Adressdaten, aber mit Namen) im BPE-Rundbrief, welcher auch online zu sehen ist, veröffentlicht.

Bewerbungen an Vorstand@bpe-online.de oder BPE, Herner Straße 406, 44 807 Bochum oder Fax 0234-640 510-3.

Worte zur Jahrestagung

Liebe Mitglieder,

wir sind alle sehr verschieden und nicht immer einfach, verträglich usw. Auf der BPE-Tagung kann es auch vorkommen, dass einzelne BesucherInnen schräg drauf sind. Meistens haben wir das ganz gut hinbekommen. Es gibt Krisenbegleiter auf unserer Tagung, die Leute auffangen oder bei Streit helfen können. Es gibt auch Leute, die mehr Ruhe brauchen. Bislang war es meist so, dass die eher Ruhebedürftigen lauteren Besuchern aus dem Weg gehen konnten. Aus gegebenem Anlass ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch Ver-rücktheiten kein schlechtes Benehmen entschuldigen. Auch wir dulden nicht jedes Verhalten auf unserer Jahrestagung, weil die persönliche Freiheit dort endet, wo andere BesucherInnen beeinträchtigt werden. Daher: Grenzverletzendes Verhalten, Belästigung, Nötigung und Leute nicht in Ruhe zu lassen, die ihre Ruhe wollen, ist nicht okay. Wir nehmen das sehr ernst und werden im erweiterten Vorstand besprechen, wie wir in Zukunft mit solchem Verhalten umgehen und welche Konsequenzen es haben sollte.

Der Geschäftsführende Vorstand

AG 2 Ehrlichkeit erfordert Mut - Schreibworkshop zum Stichwort „Outen“ -

Moderation: Christine Konrad

Risiken und Chancen des Outens – so hieß die Schreibwerkstatt, die ich auf der Jahrestagung des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen vom 12. bis 14.Oktober in Kassel angeboten habe. In einer kleinen Gruppe sammelten wir Stichwörter zum Thema und schrieben kurze Texte dazu, die wir uns gegenseitig vorlasen. Im Gespräch beleuchteten wir dann die verschiedenen Aspekte, wie es ist, sich zu outen, wann es gut ist und mit welchen negativen Folgen man auch rechnen kann.

Wir waren im Workshop eine kleine Gruppe, mit mir fünf Frauen. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde teilte ich ein Handout aus, auf dem ein paar Zitate zum Stichwort „outen“ standen, pro und contra, und entschieden, wo wir uns eher positionieren.
Dann definierten wir, was „outen“ überhaupt heißt. Es bedeutet, eine gesellschaftlich nachteilige Eigenschaft öffentlich zuzugeben. Der Begriff kommt ursprünglich aus dem Bereich der sexuellen Orientierung.
Es gibt verschiedene Lebensbereiche, in denen sich die Frage, ob ich mich zu meiner Psychose-Erfahrung bekennen soll, immer wieder anders stellt: auf der Arbeit, in Familie oder Partnerschaft, im Bekanntenkreis oder beim Sport oder im Ehrenamt. Meistens ist es so, dass man sich im Freundeskreis, in der Familie eher offen zeigen kann als auf der Arbeit oder beim ehrenamtlichen Engagement, wenn es nicht ausdrücklich mit der PE zu tun hat.

Jede von uns schrieb ein Schlagwort, das wir mit dem „Outen“ verbinden, ans Flipchart. Es fielen die Begriffe **krank, vielseitig, Ehrlichkeit, Erklärung**, Unsicherheit. Daraufhin gab es eine Viertelstunde Zeit, zu einem dieser Wörter einen Text zu schreiben. Wir lasen uns das Geschriebene gegenseitig vor und verständigten uns darüber, wie die Begriffe zu bewerten seien. In der Diskussion zeigte sich, dass nicht nur die Bezeichnung „krank“ stigmatisierend ist und durch „mein so Sein“ ersetzt werden kann, sondern dass der Begriff vom „Outen“ selbst fragwürdig ist: Denn da ist ja eigentlich nichts Schlimmes, das vor der Öffentlichkeit zugegeben werden müsste…
Trotzdem: In der Realität ist das nicht so einfach.

Nach der Mittagspause schrieben wir je einen Text über eine negative und über eine positive Erfahrung mit dem Outen. Auch die Erkenntnis, dass wir gut so sind, wie wir sind, schützt uns nicht vor Erfahrungen der Stigmatisierung, der Herabsetzung und vor einer Verhinderung von Chancen, besonders im beruflichen Bereich. Es bleibt die Vision von einer Gesellschaft, in der wir überall so frei über unsere Erfahrungen sprechen können wie auf der Jahrestagung des BPE.

AG 3 "Politische Partizipation Psychiatrie-Erfahrener -Anspruch und Wirklichkeit"

Moderation: Jurand Daszkowski

In unserer AG waren 5-6 Teilnehmer. (1 Teilnehmer war nur bei dem ersten Teil, am Vormittag.)

Zuerst wurde von mir der Begriff „politische Partizipation" erklärt und dann auf den Artikel 29 der UN-Behindertenrechtskonvention verwiesen, der die Gleichberechtigung der Menschen mit Behinderungen, also auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, mit anderen am politischen und öffentlichen Leben teilzuhaben garantiert.

Danach habe ich auf die mangelhafte Umsetzung dieses Artikels hingewiesen und als Beispiel die bestehenden Wahlausschlüsse von Menschen die eine rechtliche Betreuung haben, die sich auf alle Angelegenheiten erstreckt und von Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges benannt.
Dem folgte ein Austausch über praktische Erfahrungen in der Gremienarbeit.
Es hat sich ergeben dass fehlende finanzielle Mittel, beispielsweise um Fahrtkosten zu bestreiten und auch ungenügende Vorbereitung ein Hindernis darstellen was gleichberechtigte Mitarbeit in diesen öffentlichen Gremien betrifft.

Später habe ich aus eigener Erfahrung einige Beispiele der , teilweise mangelhaften, politischen, Partizipation vorgestellt, z.B. kein Stimmrecht der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss-obersten Selbstverwaltungsgremium im Bereich der Gesundheit.
Als nächster Schritt folgte die Vorstellung der Stufen der Partizipation nach Wright, um das Thema auch theoretisch zu beleuchten und um die Stufe der Partizipation in eigenem Arbeitsgremium besser einzuschätzen.
Als neues Gremium um politische Partizipation auf der Bundesebene zu fördern wurde auch der Partizipationsbeirat des BMAS vorgestellt.
Als letzter Schritt folgte die Formulierung durch die AG der entsprechenden Forderungen an eine adäquate politische Partizipation, wobei sowohl die Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen für Betroffene in politischen Gremien, wie z.B. angemessene Aufwandsentschädigung, Kostenerstattung und Fortbildung und bei Bedarf auch Assistenz, wie auch inhaltliche Forderungen, wie Aufhebung der Wahlausschlüsse , eine Krankenbürgerversicherung für alle und eine einheitliche und lückenlose Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, aufgelistet wurden..
Der Austausch und die Diskussion in der AG war praxisbezogen, konstruktiv und ergebnisorientiert.

AG 4 „Teilnahme am gesellschaftlichen Leben"

Moderation und Bericht: Matthias Latteyer

Von der diesjährigen Jahrestagung die vom 12. -14. Oktober in der Jugendherberge Kassel stattfand, möchte ich aus der AG 4 zusammenfassend berichten.

Nach einer persönlichen Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, begannen wir zunächst damit unsere Erfahrungen aus der Kindheit auszutauschen:
Womit habe ich mich als Kind oder Jugendlicher gerne in meiner Freizeit beschäftigt? Wo habe ich mich wohlgefühlt? Was hat mir gut getan, mit wem war ich gerne zusammen und wie weit konnten die Wünsche umgesetzt werden?
Jeder hat von seinen Vorlieben aus der Kindheit erzählt: ob Radfahren, Reiten, Tischtennis spielen oder lieber singen im Chor bzw. musizieren.
Dann haben wir besprochen wie wir unsere heutigen Aktivitäten betreiben können. Am Anfang sind gefühlte Barrieren da: Wer geht schon mit einer seelischen Behinderung zum Sportverein, oder hat das Geld für Konzertkarten?
Erster Tipp: Gemeinsam mit Freund/Freundin oder Bekannten sich verabreden, dann fällt es schon leichter.
Zweiter Tipp: Es gibt eine ganze Reihe von Angeboten, die kostenlos sind:
So hat beispielsweise Enrico aus Hamburg berichtet wie er über einen Chor sein selbstbewusst gestärkt hat, schließlich zählt jede Stimme im Chor und ganz neben hat er dort auch neue Freundschaften gefunden.
Eine Teilnehmerin hat von Ihrer Liebe zu Pflanzen berichtet *„Es ist eine sehr schöne Sache erdverbunden zu sein und mit Samen, Gießkanne und Harke dem Boden neues Leben zu geben".* Wer keinen eigenen Garten hat, kann vielerorts Patenschaften von Grünflächen annehmen die vom örtlichen Quartiersmanagement vergeben werden.
Es gibt auch viele Möglichkeiten umsonst und draußen Sport zu treiben: Tischtennis, Baden am See, Boule- oder Boccia Spielen im Park, Trimm-dich-pfad usw.
Dann ist eine Teilnahme im Sportverein sowie die Wahrnehmung der Kursangebote von Krankenkassen wie Yoga und Entspannung sehr empfehlenswert: körperliche Aktivitäten verhelfen zu einem gesunden Körper und die Glücksgefühle durch den Erfolg sind auch dabei.
Dritter Tipp: Zusammen trainieren ist besser für das Durchhaltevermögen! Hier sei erwähnt, dass eine vernünftige Ernährung wichtig ist (wie in meiner AG im Vorjahr bereits besprochen).
Nach der wohlverdienten Pause haben wir bei schönstem Herbstwetter die AG im Außenbereich der Herberge fortgeführt.
Im zweiten Teil der AG ging es um kulturelle Teilhabe.
„Kulturelle Teilhabe ist ein Grundrecht und niemand sollte aufgrund seiner finanziellen oder sozialen Lage ausgeschlossen sein" sagte jemand aus der Gruppe. Für die Anwesenden war es wichtig, dass es möglichst günstig bzw. kostenfrei ist. Wer einen Bezugsbetreuer zur Seite hat kann über das persönliche Budget die Kosten einer Teilnahme beantragen. Wer Behinderungen hat, kann über das Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Eine anerkannte Schwerbehinderung kann

u.a. zu ermäßigtem Eintritt berechtigen.
Für alle mit geringem Einkommen gilt:
Es gibt gemeinnützige Stiftungen und Vereine die unter dem Namen „Kulturleben“ Angebote haben. Sie organisieren und vermitteln Rest-Karten von Kulturveranstaltungen an Menschen mit geringem Einkommen.
Über weitere Möglichkeiten von Aktion Mensch, politische Stiftungen wie der Friedrich-Ebert oder Heinrich Böll Stiftung, Selbsthilfegruppen, wie Leben mit Behinderung, oder die Kirchengemeinden haben wir gesprochen.
Wer sich fit fühlt, kann sich ehrenamtlich bei den Akteuren einbringen.

Nach einer Abschlussrunde haben wir uns von der Sonne, die an dem Herbsttag wunderbar strahlte; noch etwas verwöhnen lassen.
In dem Sinne, verabredet Euch bald und nehmt die Angebote wahr!

Zu dem Inhalt einige beispielhafte Webadressen:
Aktion Mensch:
www.aktion-mensch.de/karte/index.php

Kulturleben (Beispiel Hamburg)
https://www.kulturleben-hamburg.de

Leben mit Behinderung (Beispiel Hamburg):
https://www.lmbhh.de/angebote/

Kulturliste mit freier Eintritt (Beispiel Köln):
https://www.kulturliste-koeln.de/eintritt-frei/

Friedrich-Ebert-Stiftung (Bundesweit) https://www.fes.de/

Heinrich Böll Stiftung https://www.boell.de

Festivals für lau:
https://www.festivalticker.de/festivals/festivalkult/

AG 5 Öffentlichkeitsarbeit

Moderation: Kristina Dernbach

In der AG ging es darum, wie wir PE-Themen an die Öffentlichkeit bringen, Druck machen und auf Veränderungen hinwirken können. Öffentlichkeitsarbeit hat verschiedene Ebenen: Kampagnen, Veranstaltungen, Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sind sehr bekannte Mittel. Aber auch wenn ihr als Einzelperson mit Nachbarn, Freunden, Passanten oder Politikern sprecht, ist das eine Form von Öffentlichkeitsarbeit. Unser Erfahrungsaustausch zeigte, dass es sehr schwer ist, als Psychiatrie-Erfahrene Öffentlichkeitsarbeit zu machen, vor allem zum Thema Zwang und Gewalt, denn Psychiatrie-Erfahrene werden oft nicht für voll genommen. Wir sind meist nicht in gesellschaftlichen Machtpositionen, man schaut eher auf uns herab als uns auf Augenhöhe zu begegnen. Zeitungen, Fernseh- und Radiosender scheinen sich nicht wirklich für Psychiatrie-Themen zu interessieren und wenn, dann laden sie Psychiater für Interviews ein. Psychiatrie-Erfahrene hingegen werden eher nicht als kompetente Gesprächspartner gesehen. Viele AG-Teilnehmer haben gute Erfahrungen damit gemacht, wenn sie als Referenten zu Veranstaltungen eingeladen waren, von Gruppen, die sie schon kannten und die offen für unsere Themen sind. Daher ist Vernetzung sehr wichtig: Mit anderen Behindertenverbänden, politischen Gruppen, studentischen Gruppen u.a. Wichtig ist außerdem, im Internet präsent zu sein, eine gut strukturierte und attraktive Webseite und Facebook-Seite zu führen. Über Youtube kann man mit kurzen Videos schnell viele Menschen erreichen.
Es wurde eine AG Öffentlichkeitsarbeit gegründet und ein Jahresbudget dafür bereitgestellt. Mehr Informationen darüber und über Mitwirkungsmöglichkeiten findet ihr auf den vorletzten Seiten des Rundbriefs

AG 6 Spiritualität im Bpe von Oktober 2017-Oktober 2018

Moderation und Bericht: Claus Wefing

Wir haben ein Budget von 500€ Jährlich vom BPE.
Die AG Spiritualität hatte 6 Telefonkonferenzen abgehalten. Manche Mitglieder reichten letztes Jahr ihre Kosten dafür ein, die ich ausnahmsweise privat bezahlte, da sie aus Versehen eine 01805 Nr. anriefen. Kosten :Ungefähr 75€
Es wurde die Homepage gepflegt und erweitert. Kosten 6,95 im Monat
Es wurde ein Email Verteiler und eine emailadresse für die Interessierten nur für die AG Spiritualität von mir eingerichtet. Kosten mit drin in der Homepage.

Es wurde ein Vortrag von Clemens Kuby besucht, von den ich schriftlich berichteter ich dem BPE Rundbrief zumailte, aber noch nicht veröffentlicht wurde. Kosten:40€.
In NRW auf den Selbsthilfetag in Köln war die AG Spiritualität vertreten, genauso auf den Selbsthilfetag Bochum und in OWL, Herford.
Weiter waren Vertreter/Innen auf verschiedenen Tagungen anwesend in OWL.
Genauso auf der BPE Jahrestagung 2017 in Berlin einer kleinen inoffiziellen Runde und 2018 offiziell im Programm. Es wurden Bücher, CDs Filme gekauft von ungefähr 250€, die allen BPE Mitgliedern offen stehen. Siehe dazu die Homepage
Es wurden Kontakte mit der Bewegung „spirituelle Krisen, Emergencing Proud „geschlossen.

Bedingt durch meine Krise von Dezember bis Februar und anschließenden somatische Erkrankungen war ich nicht voll präsent in dieser Zeit Da meine Kandidatur im geschäftsführenden Vorstand des BPE mir zu viel wurde , mit gleichzeitigen Intrigen ,Sprengung der Yahoo Listen (die ich im BPE verwaltet hatte), Sprengung der Mailingliste der AG Spiri und Feedbacks von Freunden ,lies ich am 17 September alles los, was mit dem BPE und LPE zu tun hatte. Darauf erfuhr ich so eine innere Erleichte-

rung, dass ich mich endlich meiner angeschlagenen Gesundheit widmen konnte und mir es schnell wieder besser ging. Eine Reha steht aber an. Der LPE NRW räumte mir strukturierte Arbeitszeiten ein, bei gleichzeitiger Lohnerhöhung für die Koordination OWL. Allerdings muss ich mit der Homepage und der Mailingliste ganz neu anfangen.
Ich habe mich auf eigene Kosten weitergebildet, mittlerweile das 6. Mal auf den Benediktushof. (Westöstliche Weisheit) , Kurse von der katholischen Kirche , Bistum Paderborn und bei Yoga Vidya im Asram in Horn Bad Meinberg. Ich bin gerade dabei, die Bibliothek der AG Spiritualität auf der Homepage zu veröffentlichen und denke, da ich bis Mitte des Jahres 2019 alles drin habe. Die Sammlung steht jeden spirituell interessierten BPE Mitglied offen und wurde größtenteils von mir privat gekauft. Wenn mir was passiert, erhält der BPE die Sammlung, nachdem meine Freundin und Kinder rüber geschult haben. Es handelt sich um ungefähr 500 Bücher, DVDs, CDs .Schwerpunkt Meditation, Mystik, Achtsamkeit.

Die AG Spiritualität hält jetzt wieder regelmäßig alle 2 Monate Telefonkonferenzen ab, wobei die Einwahldaten unter claus.wefing@live.de zu erfragen sind.
Für Bücher, CDs, DVDs sowie Vorschläge und Verleihung mich einfach ansprechen.

Claus Wefing, OWL
Claus.wefing@psychiatrie-erfahrene-nrw.de
05263/406 9994
0174 683 5893
Ab 01.11.2018
BPE e.V.
AG Spiritualität
Hernerstr. 406
44789 Bochum

AG 7 GERONTO bis VORURTEILE

Moderation: Karin Haehn

Gerne bin ich für einen der verhinderten ModeratorenInnen eingesprungen.
(Auch im fortgeschrittenem Alter treibt mich die Sehnsucht nach einem ausgefülltem Leben in Nützlichkeit an.)

Wir waren sieben psychiatrieerfahrene Menschen die sich alle darauf eingelassen hatten, einen ganzen Tag über **Vorurteile und Gerontopsychiatrische Behandlung** zu sprechen und sich über mögliche Veränderungen auf diesem Gebiet, Gedanken zu machen.

In der Vorstellungsrunde wurden folgende Themen- Wünsche ausgesprochen:

1) Hinweise zur Lebensgestaltung im Alter
2) Vorurteile zwischen den Generationen
3) Suche nach Ruhe und Weisheit
4) Tips zur Alltagsbewältigung
5) Zukunftsplanungsstrategien
6) Berufliche Möglichkeiten im Rentenalter
7) Wie wichtig sind positive Vorbilder?

Die Teilnehmer unserer Arbeitsgruppe waren zwischen 53 und 82 Jahre alt. Zwei Männer und fünf Frauen haben sich sehr lebhaft über diese Fragen ausgetauscht.

Die Lebensgestaltungs-Tipps brachten zum Ausdruck, dass es uns allen wichtig ist, trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit eine eigene abgeschlossene Wohnung zu haben, in der wir selbstbestimmt schalten und walten können. Besonderes Interesse erweckte mein Bericht über das Mehrgenerationen-Wohnprojekt in Verden, indem ich seit ca. drei Jahren lebe und als wichtigstes Element die gute Gemeinschaft dort, beschreiben konnte.

Lange haben wir über Vorurteile gesprochen, die unter den Generationen entstehen. Ebenso beschäftigten uns Vorurteile die behinderten und auch alten Menschen entgegengebracht werden. Hier erscheint uns gegenseitige Achtung und Herzenswärme nötig. Denn nur so kann man sich richtig wahrnehmen.

Ruhe und Weisheit sind Geschenke, die sich im Laufe des Gesundungsprozesses ganz von allein einstellen. Natürlich muss man sie auch suchen, aber nicht verbissen. Es reicht, ihnen die Türen zu öffnen.

Den Alltag meistert jeder auf seine Weise und nach seinen Kräften. Ich habe mir ein strenges Zeitmanagement auferlegt, in welchem ich immer im Wechsel aktiv bin und mich dann regelmäßig von den Aktivitäten erhole.

Ganz sicher war ich mir in der Empfehlung, sich erst dann im ehrenamtlichen Tun zu verströhmen, wenn die berufliche Basis gesichert ist. Arbeit in WfB s und Ein-Euro Jobs verhindern eine auskömmliche Altersrente. Diese ist jedoch Voraussetzung, dass wir uns z.B. eine oben geschilderte Wohnmöglichkeit anmieten können.

Zum Thema Planung der Zukunft sprachen wir ausführlich über Behandlungsvereinbarungen, Patienten-, Betreuungs-Verfügungen und die Möglichkeit, sogar eine Bestattungsverfügung abzuschließen.

Vorbilder sind sehr wichtig, denn wenn ich vorbildliche Menschen kenne, oder falls sie schon tot sind- kannte, habe ich eine Richtschnur, an die ich mich halten kann, wenn mir die Entscheidung schwer fällt.

Ratschläge von mehreren Seiten bringen uns eher durcheinander, in solchen Fällen suchen wir die Ruhe und hören auf unser eigenens Gewissen.

Karin Haehn
Cluentalstraße 2
27283 Verden an der Aller

PS: Wer sich an der AG Geronto beteiligen will, kann das auf dem Postwege tun. Er wird dann in der Liste derer aufgenommen, die einmal im Jahr einen Bericht über unsere Erkenntnisse und Aktivitäten, bekommen.

AG 8 Psychiatrie-Erfahrene auf dem ersten Arbeitsmarkt – wie kann das gelingen?

Moderation: Matthias Wiegmann

In der Arbeitsgruppe haben wir uns mit elf Personen intensiv, kritisch und konstruktiv zu dem AG-Thema ausgetauscht. Zu Beginn haben wir uns überlegt, welche Vorteile und welche Nachteile ein Job auf dem ersten Arbeitsmarkt verglichen mit anderen Beschäftigungsformen hat. Vorteilhaft sind u. a. die höhere Anerkennung, die Unabhängigkeit von Behörden, die normalisierende Wirkung, das steigende Selbstwertgefühl und der höhere Lohn. Nachteilig sind vor allem die höheren Anforderungen, das Burnout-Risiko, der Stress und der Drang zur Heimlichtuerei, also zum Aufbau einer „doppelten Identität" gegenüber Arbeitskollegen, um sich nicht outen zu müssen.

Wir diskutierten dann darüber, ob es sinnvoll oder nicht empfehlenswert ist, mit der eigenen Psychiatrie-Erfahrung und dem Schwerbehindertenstatus am Arbeitsplatz offen umzugehen. Wenn ein wesentlicher Einfluss auf die Arbeitstätigkeiten davon ausgeht, darf es nicht verheimlicht werden. Ansonsten kann man im Einzelfall schauen, wie die Vorgesetzten und die Verhältnisse an der Arbeitsstelle sind. Man muss sich diesbezüglich nicht offenbaren.

Angesichts von Unzufriedenheit und Unterforderung mit den Angeboten von Werkstätten einerseits und hohem Druck und der Gefahr der Überforderung auf dem ersten Arbeitsmarkt andererseits, wurde deutlich, dass es zu wenig Angebote dazwischen gibt. Das Budget für Arbeit kann eine passende Unterstützung in diesem Spannungsfeld bieten, s. a. http://www.bthg.bagwfbm.de/budget-fuer-arbeit. Stellen als Genesungsbegleiter oder bei Zuverdienstfirmen gehen in die richtige Richtung. Eine AG-Teilnehmerin konnte als Nebendarstellerin bei Fernsehproduktionen eine Tätigkeit finden, die ihr Freude macht. Allerdings kommt es beim Übergang von Werkstattbeschäftigung und/oder Grundsicherung zu einer anderen Beschäftigungsform oft zu sozialrechtlichen Schwierigkeiten und zu daraus resultierenden finanziellen Risiken für die betroffenen Menschen. Daher sollte man die Vor- und Nachteile einer beruflichen Veränderung gut abwägen.

Ein wichtiger Diskussionspunkt waren in dem Zusammenhang die diversen Hilfsangebote für Menschen mit Behinderungen, z. B. Reha-Abteilungen von Arbeitsagenturen, Integrationsämter, Integrationsfachdienste und Arbeitsassistenzen. Leider richten diese Institutionen den Blick oft vorrangig auf die vermeintlichen oder tatsächlichen Defizite derjenigen, die sich beruflich weiterentwickeln möchten. Es wurde bei den Erfahrungsberichten der AG-Teilnehmerinnen und AG-Teilnehmer deutlich, dass diese professionellen Angebote überwiegend nicht zielführend waren zum Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt. Schlimmer noch: Es wurde über teilweise respektlose Reaktionen berichtet, wenn nach Alternativen zu den angebotenen Strukturen (WfbM u. ä.) gefragt wurde. Hier sind also Eigeninitiative, Hartnäckigkeit und ein Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten und Stärken gefragt, um ein zufriedenstellendes berufliches Betätigungsfeld zu erlangen.

Darüber hinaus können wir versuchen, bei Politik und Gewerkschaften die Schwierigkeiten, die die gesetzlichen Regelungen und die herrschenden Rahmenbedingungen bei uns hervorrufen, bekannt zu machen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Unterstützung kann man zudem noch vom Sozialverband Deutschland und vom Sozialverband VdK erhalten.

AG 10 Die Definition der psychischen Krankheiten: Vater aller Schubladen

Moderation: Lutz Zywicki

Unsere AG war mit 8 bis 9 Teilnehmer gut besucht und es fand ein reger Gedankenaustausch zum Thema statt.
Der erste Teil der AG wurde vom kurzen Vortrag des Moderators geprägt, welcher sich mit den psydowissenschaftlichen Untersuchungen, Definitionen und Klassifizierungen „der Krankheit: Homosexualität beim Mann" beschäftigte und wo im Vortrag und in der Diskussion deutlich wurde, wie ähnlich lächerlich alle wissenschaftlichen Ausführungen, zu der heute in der Fachwelt noch fast unumstritten als Krankheit eingestuften „Psychischen Erkrankungen", wirken würden, wenn allgemein anerkannt wäre, dass es solche Krankheit gar nicht gibt oder dass die Definitionen der Psychischen Erkrankungen mehr als fragwürdig sind.
Unbestritten war dass im heutigen System allein aus finanziellen und rechtlichen Gründen der Krankheitsbegriff notwendig ist und dass wenn der Krankheitsbegriff fallen würde, einiges grundsätzliches vor allem in der Sozialgesetzgebung und in bei anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen n geändert werden müsste.
In der Diskussion wurde deutlich, dass über diese Tatsachen hinaus, es durchaus in manchen Situationen hilfreich ist, dass psychisches Anderssein als Krankheit gilt.
Allen Seiten gibt es für manches eine Rechtfertigung. Dinge die für die Betroffenen hilfreich sind und Dinge die für die Betroffenen alles andere als hilfreich sind.
Einen breiten Raum, nahm das sich für sein Handeln nicht verantwortlich fühlen, dass sich hinter der psychischen Krankheit verstecken in der Diskussion der AG ein.
Im Wesentlichen waren sich die Teilnehmer einig, dass die Abschaffung des Krankheitsbegriffes auch die Chance beinhalten würde, eher zu dem Sein im Anderssein, in der Zeit psychischer Ausnahmezustände als Teil des eigenen Ichs zu stehen.
In der Diskussion kam die Frage auf, wie den das Anderssein genannt werden könnte, wenn es nicht als Krankheit bezeichnet wird.
Der Vorschlag es psychisches und sozialkommunikatorisches Handikap zu nennen, fand unter den Teilnehmern mehrheitlich Zustimmung.

Als Fazit der AG lässt sich der Ausspruch „ Fehlerfrei zu funktionieren ist die Zielstellung der Technik, im Leben kommt es aber darauf an das individuelle Sein eines Jeden zu berücksichtigen und die sich aus dieser Vielfalt ergebenen Chancen optimal zu nutzen!?!"

Peter Lehmann

Die schleichende Wiederkehr des Elektroschocks

Vortrag bei der Jahrestagung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., Kassel, 13. Oktober 2018

Seit Mitte der 1980er-Jahre führt das Ausbleiben der erwünschten Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks. Als Anlässe zur Rechtfertigung gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika, insbesondere das »Nichtansprechen« auf Leponex oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen zu Neuroleptika.

Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen. Zeitgleich wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhausindividueller Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehreinnahmen erwirtschaften können. Ab Januar 2018 erhält eine psychiatrische Klinik in Deutschland für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 €, für den ersten Elektroschock kommen 297 € hinzu und für jeden weiteren 220 €. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung nötig werden, können noch einmal 1000 € pro Tag in Rechnung gestellt werden.

Die Befürworter begründen Elektroschocks mit nur geringen Nebenwirkungen und überlegener Ansprechrate. Weitere Argumente sind (1) das Ausbleiben von Muskel- und Knochenschäden durch den Einsatz muskelerschlaffender Substanzen, (2) die Verabreichung des Schocks unter Narkose, (3) angeblich tolerierbare zeitlich nur begrenzte Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (»sofern diese überhaupt auftreten«), (4) fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen sowie (5) die angebliche Anregung zur Neubildung von Nervenzellen. Einzelne lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit jedoch unklar. Und viele Patienten würden zwangsweise verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten.

Man ist derzeit dabei, die Ausbildungsrichtlinien zu ändern. Psychiater müssen dann nicht mehr Kenntnisse der Verabreichung von Elektroschocks nachweisen, sondern Praxiserfahrungen. Offenbar sollen sie schon frühzeitig lernen, Skrupel zu überwinden, wenn sie ihren Facharztabschluss machen wollen.

Vertreter kritischer Positionen (zum Beispiel Volkmar Aderhold, Margret Osterfeld, Martin Zinkler), insbesondere solcher, die zwangsweise verabreichte Elektroschocks ablehnen, beschuldigt man einer ignoranten Leidenschaftlichkeit, der Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethischer Positionen.

Wie wirkt der Elektroschock?

Bei Elektroschocks geht es nicht darum, dass man den Betroffenen mit Stromstößen Schocks zufügt, sondern in deren Gehirnen mit elektrischen Stromstößen Krämpfe bewirkt, die sich in epileptischen Anfällen äußern. Die Methode und ihre Bezeichnung als Elektroschock wurde 1938 von Psychiatern im faschistischen Italien unter Mussolini eingeführt. Hintergrund ist der Glaube, Epilepsie und die sog. Schizophrenie würden sich ausschließen.

Heutzutage benutzen Psychiater harmloser klingende Begriffe wie Elektrokrampftherapie, Elektrokonvulsionstherapie, abgekürzt EKT, oder elektrische Durchflutungstherapie oder Elektrostimulation. Am Wirkprinzip des Elektroschocks hat sich allerdings nichts geändert.

Psychiater schätzen am Elektroschock die hohe Responserate, das heißt seine Wirkung auf Knopfdruck. Der epileptische Anfall tritt sofort ein, die psychischen Probleme treten erst mal in den Hintergrund.

Der eigentliche Elektroschock beginnt mit der Einleitung einer Narkose. Ist nach ca. 30 bis 60 Sekunden eine hinreichende Narkosetiefe erreicht, verabreicht man ein muskelerschlaffendes Mittel (in der Regel Succinylcholin). Die Elektroden platziert man einseitig oder an beiden Schläfenseiten. Neuere Positionen sind beidseitig vorne an der Stirn und vorne links und an der rechten Schläfenseite.

Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, wie man sagt, das heißt, der Hirnkrampf, also der epileptische Anfall ausgelöst. Der Hirnkrampf findet statt, auch wenn die Schleuderbewegungen der Gliedmaßen durch muskelerschlaffende Mittel unterdrückt werden, auch wenn die Patientin bewusstlos ist – vergleichbar einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen, die die Betroffene ebenfalls nicht bewusst erlebt und die dennoch stattfindet... und ihre Spuren hinterlässt.

Menschen mit der Diagnose Schizophrenie werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen 20-30 Schocks verabreicht werden. Man wolle sehen, ob die Patienten auf die Schocks »ansprechen«. Die Wirkung sei deutlicher, wenn Elektroschocks als Serie (sechs bis maximal zwölf Behandlungen in mindestens zweitägigem Abstand) eingesetzt würden, nachzulesen in *Irren ist menschlich* (erschienen 2017 im Psychiatrieverlag).

Wo und wer wird geschockt?

Eine Liste von Kliniken in Deutschland und Österreich mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten findet man im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/schock. Allerdings sind dort nicht all diese Kliniken erfasst.

2008 wurden in Deutschland ca. 30.000 Elektroschocks (36,7 Schocks pro 100.000 Einwohner) verabreicht. Neuere Zahlen gibt es nicht. Im Vergleich zu einigen europäischen Ländern, von denen Zahlen vorliegen, befinden sich die deutschsprachigen Länder im unteren Drittel. In Dänemark beispielsweise ist die Rate 10-mal höher. Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der deutschsprachigen Psychiater, den internationalen »Rückstand« aufzuholen.

In Deutschland verabreicht man Elektroschocks bevorzugt Frauen sowie Patienten über 50 Jahren. Weltweit sind es typischerweise ebenfalls mehr weibliche Patienten, die dem Elektroschock unterzogen werden.

Gelegenheiten für Elektroschocks

Elektroschocks werden unter psychiatrischen, neurologischen und internistischen Diagnosen verabreicht. Allen voran schwere Depressionen (auch mit Suizidalität) und depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen. Weitere Indikationen sind Schizophrenie, Wochenbettpsychose, Katatonie (sog. Erstarrungsirresein), Manie, Zwangsstörungen und Magersucht. Aber auch Menschen mit Demenz bekommen Elektroschocks verabreicht, ebenfalls Kinder im vorpubertären Alter und Menschen mit geistiger Behinderung, frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom. So lasse sich ein aggressiv-agitiertes Verhalten verbessern, heißt es.

Zu den internistischen Indikationen zählt das maligne neuroleptische Syndrom, ein lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung, der eine Reaktion auf die Verabreichung von Neuroleptika und Antidepressiva sein kann. Man findet Informationen hierzu und zu Frühwarnzeichen dieser Medikamentenreaktion in *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika* (siehe Anmerkung).

In der Öffentlichkeit rechtfertigen Psychiater Elektroschocks oft als Ultima ratio, d.h. den alternativlosen letztmöglichen Weg in höchster Gefahr für Leib und Leben. Intern, beispielsweise im psychiatrischen Standardwerk Elektrokonvulsionstherapie kompakt, schreiben sie das Gegenteil. Die Darstellung des Elektroschocks als Ultima Ratio sein unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig und deshalb grundsätzlich abzulehnen.

Behandlungsresistenz, also das unzureichende Ansprechen auf eine Behandlung, gilt als häufigste Indikation. Gemäß S3-Leitlinie Unipolare Depression von 2017 könne sie bei Depressionen leicht festgestellt werden. Die Verabreichung von Elektroschocks sei angezeigt, wenn zwei »nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführte Behandlungen mit Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen« zu keiner Besserung geführt hätten.

Die potenziell Depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika lässt Psychiatern Elektroschocks als Ausweg erscheinen, wenn ihre Standardmethoden ausgereizt und psychische Probleme chronisch geworden sind. Dann scheinen drastische Maßnahmen vonnöten. Seine Methode der Wahl bei Toleranzbildung gegenüber dem Antidepressiva-Prototyp Tofranil tat Helmut Selbach 1960 kund, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin-West. Sei das »kranke System« zur Therapieresistenz erstarrt, könnten es Elektroschocks »auflockern« und auffallend schnell eine Selbstregulierung im dynamischen Gleichgewicht bewirken. Für Neuroleptika-bedingte Erstarrungszustände nannte er drei Jahre später dieselbe Lösung. Hier könne man mit Psychopharmaka gar nichts erreichen, da könne man nur noch »mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren« und damit sei die psychiatrische Weisheit am Ende.

2016 wirbt die DGPPN in ihrer Ratgeberbroschüre für Patienten und Angehörige mit dem Titel *Elektrokonvulsionstherapie in 24 Fragen*, absolute Hindernisse gegen eine EKT-Behandlung gebe es nicht. Die Methode sei wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm. In *Elektrokonvulsionstherapie kompakt* kann man nachlesen, dass sehr hohes oder jugendliches Alter, Herzschrittmacher, Schwangerschaft, Knochenschwund, Grüner Star (Gruppe von Augenerkrankungen) oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte gesundheitliche Probleme für Psychiater keine Kontraindikation für Elektroschocks darstellen.

Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Manche Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind. Der amerikanische Neurologe Sydney Sament äußerte 1983, er habe viele Patienten nach der Verabreichung von Elektroschocks gesehen und keine Zweifel, dass die Auswirkungen des Elektroschocks mit denen einer Kopfverletzung identisch seien. Nach einer Elektroschockserie leide der Patient unter Symptomen, die denen eines ehemaligen Boxers nach mehreren Kopftreffern gleichen. In allen Fällen sei das sogenannte Ansprechen auf die EKT auf eine Art Gehirnerschütterung oder Gravierenderes zurückzuführen. Der Patient vergesse seine Symptome, weil der Hirnschaden Gedächtnisspuren im Gehirn zerstöre, und müsse durch eine herabgesetzte geistige Leistungsfähigkeit dafür bezahlen.

Über lange anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden berichten Psychiater intern schon seit Jahrzehnten. Gegenüber einer kritischen Öffentlichkeit werden solche Schäden totgeschwiegen, bagatellisiert, mit Anekdoten erfolgreicher Elektroschocks relativiert oder Berichten einzelner dankbarer Elektroschockpatienten weggeredet. Manche Psychiater nennen Häufigkeitsraten von Gedächtnisschäden von über 50 %. Harold Robertson und Robin Pryor, zwei amerikanische Wissenschaftler, durchforschten die medizinische Literatur zu Elektroschocks. 2006 schrieben sie in der Psychiaterzeitschrift *Advances in Psychiatric Treatment*, dauerhafter Gedächtnisverlust sei eine verbreitete, ernste und häufig vorkommende Auswirkung. Für viele Menschen würden diese Auswirkungen jeglichen möglichen kurzfristigen Nutzen auf Dauer zunichte machen.

Weitere Behandlungsschäden sind Unruhezustände und delirante Zustände. Verwirrtheitszustände können über Stunden anhalten, die Patienten schlagen um sich, sie können sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Sprachversagen und beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung. Auch anhaltende epileptische Anfälle von mehreren Minuten (Status epilepticus) können auftreten, ebenso spontane Anfälle einhergehend mit Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand. Dass nach Elektroschocks auf Dauer ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt. Bekannt aus medizinischen Veröffentlichungen sind auch 5-fach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva.

Lucy Johnstone von der University Bristol in England befragte Betroffene für eine Studie und kam 1999 zum Schluss, dass die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet. In den Interviews sei eine Vielzahl von Themen aufgekommen darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, misshandelt und vergewaltigt worden zu sein. Einige hätten darauf hingewiesen, dass Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutalen Angriff auf die Person an sich.

In ihren internen Publikationen nennen Psychiater als weitere Schäden Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut sowie – in einer Rate von 7,1 % – fötale Sterblichkeit beim Schocken von Schwangeren.

Erhaltungs-Elektroschocks

Auch wenn – aus welchem Grund auch immer – die psychischen Probleme abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, dass Psychiater von der Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen sog. Erhaltungs-Elektrokrampf-Therapien (EEKT) ins Spiel. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz würden den besten Schutz vor Absetzproblemen und Rückfällen bieten. Laut Elektrokonvulsionstherapie kompakt soll nach erfolgreicher Symptomlinderung, wie bei Psychopharmaka, auch die Verabreichung von Elektroschocks nicht abrupt abgesetzt werden. Deshalb empfiehlt man dieses EEKT-Behandlungsschema: 6- bis 12-mal im wöchentlichen Abstand, 4-mal im Abstand von 2 Wochen, 4-mal im Abstand von 3 Wochen, anschließend monatlich (Ausnahme »Schizophrenie«). Menschen mit dieser Diagnose solle man mindestens alle drei Wochen einen Elektroschock verabreichen.

Elektroschocks als Jungbrunnen

Intern beschreiben Psychiater und Neurologen Hirnschäden durch Elektroschocks. In der Öffentlichkeit verneint man diese mit Vehemenz. Elektroschock würden das Erinnerungsvermögen nicht verschlechtern, sondern – im Gegenteil – es mittel- und langfristig stärken.

Chronischer Gedächtnisverlust nach Elektroschocks gilt Psychiatern jetzt als möglicherweise psychisch bedingt, Status epilepticus mit einhergehenden Hirnschäden als nicht existent, eine hirnzellenschädigende Blutung als harmlos.

Offenbar kommt der Elektroschock fast einem Jungbrunnen gleich, folgt man der Sichtweise der DGPPN. In ihrem Ratgeber für Patienten und Angehörige steht, es gebe keinerlei Hinweise für Schäden des Hirngewebes durch Elektroschocks. Im Gegenteil würden neue wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass manche psychischen Erkrankungen das Schrumpfen von Hirngewebe verursachen und sich dieser Prozess durch Elektroschocks wieder umkehrt. Diese führten durch eine Ausschüttung von Nervenwachstumshormonen zur Neubildung von Nervenzellen, deren Kontaktstellen und den sie verbindenden Bahnen. Merkwürdig ist, dass Elektroschockfreunde nicht Schlange stehen, um sich selbst durch Elektroschockserien neue Nervenzellen im Gehirn bilden zu lassen. Laut Peter Gøtzsche, Facharzt für innere Medizin in Dänemark, handelt es sich bei den genannten Neubildungen im Gehirn lediglich um Narbengewebe.

Dass Hirnschäden unter Elektroschocks und Folgesymptome für Psychiater kein großes Thema sein müssen, meinte schon 1941 der Psychiater Walter Freeman, als er diese Methode in den USA einführte und die Bewertung des sogenannten Therapieerfolgs richtungsweisend vorgab; je größer die Beeinträchtigung, desto wahrscheinlicher die Symptomlinderung psychotischer Symptome, und möglicherweise könne man nachweisen, dass der psychisch kranke Patient mit weniger Gehirn klarer und konstruktiver denke.

Aufklären, Gesetze befolgen?

Mainstream-Psychiater halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks tendenziell für schädlich. Die Aufklärung könnte zu einer nicht zu bewältigenden psychischen Belastung führen und Leben oder Gesundheit ernstlich gefährden und die Patienten in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzen. Patientenverfügungen habe der Arzt lediglich zu berücksichtigen. Lägen jedoch begründete Zweifel vor, dass die verfügten Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn sie vor längerer Zeit errichtet wurden und 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 entgegengesetzten Patientenwillen zu stützen und sich zur eigenen Absicherung in dubio pro vita zu entscheiden, auf deutsch: im Zweifel für das Leben, also für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks – so der Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Nickl-Jockschat in *Elektrokonvulsionstherapie kompakt*. Bei Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich. Die behauptete höhere Wirkung des Elektroschocks habe vor den angeblich nur geringfügig größeren Nebenwirkungen Vorrang. Deshalb sollten bei Notfall-Indikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral, das heißt 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 eine Einwilligung sowieso nicht nötig.

Alternativen zu Elektroschocks

Selbst Befürworter von Elektroschocks nennen intern Alternativen. Es handele sich mitnichten um die Ultima Ratio, also das letzte Mittel bei Lebensgefahr. Tatsächlich gebe es in der Praxis immer eine Alternative zu Elektroschocks, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam sei. Im Fall einer ablehnenden Haltung könnten psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden.

Die febrile Katatonie, auch akute lebensbedrohliche Katatonie genannt, war lange Zeit die klassische Ultima-Ratio-Indikation von Elektroschocks. Es handelt sich um ein Symptomenkomp-

lex aus Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechseln. Dass man dieses Syndrom mit Medikamenten behandeln kann, schrieben Psychiater schon 1982. Die Versorgung der akuten lebensbedrohlichen Katatonie sei von ihren Kollegen weitgehend unbemerkt in die Verantwortung der Inneren Medizin, teilweise auch der Neurologie und Anästhesie übergegangen. Mit dem krampflösenden Medikament Dandrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam und eventuell in Kombination mit der Zufuhr von Elektrolyten könne man Menschen mit febriler Katatonie risikoarm aus ihrem lebensbedrohlichen Verspannungszustand heraushelfen.

Was tun?

- **Sich informieren**. Aktuellstes zum Elektroschock findet man im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/schock

- **Sich individuell schützen**. Formulierungsvorschläge für Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche mit Elektroschocks findet man in der Psychosozialen Patientenverfügung unter www.antipsychiatrieverlag.de/psychpav

- **Als Betroffenenverband an Betreuer und Juristen herantreten**. Beispielsweise zum Betreuungsgerichtstag einen qualifizierten und elektroschockkritischen Redner (oder Rednerin) vorschlagen.

- Die interessierte Öffentlichkeit informieren. Ein Schritt ist das Symposium Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung? am 15. November 2018 bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie in Magdeburg, geleitet von PD Dr. med. Dr. phil. Jann Schlimme und Peter Lehmann (Infos siehe www.peter-lehmann.de/magdeburg.htm).

- **Zivil- und strafrechtliche Maßnahmen gegen Hersteller von Elektroschockapparaten und Anwender von Elektroschocks einleiten und unterstützen**.

Anmerkungen

Die Quellen zu den indirekten Zitaten und weitere Informationen stehen in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks« von Peter Lehmann, Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer (2017)

Ich hatte dieses Jahr einen Artikel mit demselben Inhalt geschrieben für die Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen. Die Zeitschrift erscheint im Psychiatrieverlag. Nach Meinung ihrer Redaktion, der eine Reihe von Elektroschockfreunden angehören, sei er unsachlich, unwissenschaftlich, unseriös, kontraproduktiv, gefährlich und der Sache der Betroffenen abträglich. Er wurde empört zurückgewiesen. Im Psychiatrieverlag erscheinen schon seit Jahrzehnten Bücher, in denen Elektroschocks angepriesen und die Risiken und Schäden bagatellisiert werden.

Rezension

Peter C. Gøtzsche: Gute Medizin, schlechte Medizin – Wie Sie sinnvolle Therapien von unnötigen und schädlichen unterscheiden lernen

Peter Gøtzsche ist ein dänischer Medizinforscher, Autor von „Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität“ (2014) sowie „Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen“ (2016) und Gründer der nordischen Cochrane Collaboration, einem internationalen Netz von Wissenschaftlern und Ärzten, die systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von medizinischen Therapien erstellen. Da viele Pharmaunternehmen, insbesondere Hersteller von Psychopharmaka, eine neutrale Bewertung ihrer Produkte fürchten, sorgten sie dafür, dass Gøtzsche im Frühherbst 2018 aus der Cochrane Collaboration ausgeschlossen wurde. Ärgern werden sie sich auch über sein neues Buch; damit schuf er eine Grundlage für Patientinnen und Patienten, damit diese sich ein eigenes Urteil über die vielen und oft widersprüchlichen Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen, Diagnosen und Therapien im gesamten medizinischen inkl. psychiatrischen Bereich bilden können. Unvoreingenommen, industrieunabhängig und streng naturwissenschatlich orientiert, untersucht Gøtzsche hier den therapeutischen Wirkungsgrad von Medikamenten gegen Infektionen, Schmerzzustände, Herz-Kreislauf-Störungen, Krebserkrankungen und Verdauungsstörungen sowie psychische Probleme und altersbedingte Abbauprozesse. Er zeigt, worauf man achten muss, wenn man sich selbst ein Urteil bilden will über publizierte Studien, wo man brauchbare Informationen findet und welche Tests nötig, überflüssig oder schädlich sind. Kein gutes Haar lässt er auch an Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, sogenannten Stimmungsstabilisatoren und Substanzen gegen „ADHS“. Und besonders kritisch steht er der Alternativmedizin (Reflexzonentherapie, Akupunktur, Kraniosakraltherapie, Homöopathie usw.) gegenüber, da diese sich in Wirksamkeitsstudien als komplett unwirksam erwiesen hätten. Das Buch ist hoch informativ, ausgesprochen gut zu verstehen und außerdem unterhaltsam, da die Aussagen mit vielen Anektoden veranschaulicht sind. Es ersetzt keine eigene Entscheidung, ob und wie man sich behandeln lassen will, liefert aber vernunftbasierte Informationen, so dass man sie um einiges leichter und verantwortungsvoller getroffen werden kann.

Gebunden, 352 Seiten, ISBN 978-3-7423-0440-7. München: Riva Verlag 2018. € 24.99

Peter Lehmann

Protokoll der BPE-Mitgliederversammlung vom 13.10.2018

Die Versammlung beginnt um 17:00 Uhr in der Jugendherberge Kassel. Es wurde ordnungsgemäß und fristgerecht zur Mitgliederversammlung eingeladen.

TOP 1: Begrüßung
Ruth Fricke und Martina Heland-Graef begrüßen die Mitglieder und Gäste zur 26. Mitgliederversammlung.

TOP 2: Wahl der Versammlungsleitung und der Protokollanten
Raven Jahns und Annette C. werden bei einer Enthaltung einstimmig als Protokollantinnen gewählt.
Ruth Fricke und Martina Heland-Graef werden mit einer Enthaltung und einer Gegenstimme zu den Versammlungsleiterinnen gewählt.

TOP 3: Regularien (Genehmigung von Tagesordnung und Geschäftsordnung, Wahl der Zählkommission)
Für die Zählkommission werden Detlef Tintelott, Sabine Weber, Thomas Eissele und Achim Kuck bei zwei Enthaltungen gewählt.
Reiner Ott stellt den Antrag, die Abstimmung über den Mitgliedsantrag von Ole Schneider, der zuvor vom Vorstand abgelehnt wurde, als TOP 10.a) in die Tagesordung aufzunehmen. Der Antrag wird bei drei Enthaltungen als TOP 9.a) in die Tagesordnung aufgenommen.
Kristina Dernbach stellt den Antrag über die Beschlussfassung über eine AG Öffentlichkeitsarbeit noch vor der Verabschiedung des Haushalts. Der Antrag wird einstimmig als TOP 8.a) in die Tagesordnung aufgenommen.
Die Geschäftsordnung wird bei zwei Enthaltungen angenommen.
Unter TOP 8.a) wird die Frage von Claus Wefing nach dem geplanten Budget für seine AG Spiritualität aufgenommen.
Es wird eine Gedenkminute für die Mitglieder eingelegt, die seit der letzten Versammlung verstorben sind.

TOP 4: Bericht des Vorstandes
Es wird auf die Berichte im Rundbrief hingewiesen. Ruth Fricke berichtet nachträglich mündlich auf der Mitgliederversammlung von ihrer Tätigkeit, da sie es aus gesundheitlichen und terminlichen Gründen nicht geschafft hat, den Bericht zuvor schriftlich bei der Rundbrief-Redaktion einzureichen.

TOP 5: Bericht der Geschäftsstelle
Der Bericht der Geschäftsstelle liegt schriftlich im letzten Rundbrief vor. Martin Lindheimer berichtet über die beiden neuen EUTB-Vollzeitstellen, die Matthias Seibt und er nun haben. Daher müssen sie vom Vorstand zurück treten.
Karla Keiner berichtet noch nachträglich über ihre Tätigkeit.

TOP 6: Kassenbericht
Harald Knauer stellt den Kassenbericht vor. Es wird eine Frage nach der Finanzierung von Haralds Stelle als Mitarbeiter der Buchhaltung gestellt. Seine Stelle wird größtenteils vom Arbeitsamt gefördert. Claus Wefing stellt die Frage, wem der Verband die großzügigen Einnahmen zu verdanken hat. Es wird gefragt, wofür genau die AG Forensik das ihr zur Verfügung stehende Geld ausgibt. Es wird viel für Büroartikel ausgegeben, da Fritz Schuster sehr viel schriftlich kommuniziert.

TOP 7: Bericht der Kassenprüfer
Die Kasse wurde von Lutz Zywicki und Annette C. geprüft. Die Kasse wird sorgfältig geführt. Es wird die Entlastung des Vorstandes empfohlen.
Noch offene Fragen hinsichtlich drei Großspenden, die bei der Prüfung aufgefallen waren, können mit Martina Heland-Graef geklärt werden.

TOP 8: Aussprache zu den Berichten
Es gibt Fragen zu den neuen EUTB-Stellen. Es wird kurz über die AG Soteria berichtet.

Von 18:30 Uhr bis 19:32 Uhr wird eine Pause eingelegt.

TOP 8.a)
Matthias Seibt stellt den Antrag, das Projekt „EX-IT“ für das Jahr 2019 mit in den Haushalt aufzunehmen.
Kristina Dernbach stellt ihren Antrag auf eine zusätzliche AG Öffentlichkeitsarbeit vor. Die Idee dafür kam bei der Arbeitsgruppe auf der Jahrestagung. Es geht um das Thema „Psychiatrie-Tote zählen“. Dafür sollen u.a. Forderungen an die zuständigen Ministerien und Krankenkassen formuliert werden. Für das Jahr 2019 sind Aktionen geplant. Es werden 2000,- € für die AG beantragt. Ruth Fricke stellt die Frage nach anderweitigen Fördermöglichkeiten für die AG. Zudem ist bereits ein Posten Öffentlichkeitsarbeit im Haushalt vorhanden. Harald Knauer schlägt vor, aus dem vorhandenen Budget Öffentlichkeitsarbeit in Höhe von 10.000,- € einen Betrag in Höhe von 1500,- € für die neue AG Öffentlichkeitsarbeit zu entnehmen.
Matthias Seibt stellt einen Antrag zur Geschäftsordnung über den Verbleib von Thomas Hecht in der Versammlung, da Thomas Hecht die Versammlung erheblich stört. Die Mitglieder sind einstimmig dagegen. Somit verlässt Thomas Hecht die Versammlung.
Christine Wismüller erkundigt sich nach der AG Ex-In.
Claus Wefing stellt einen Antrag zur Geschäftsordnung. Er ist nicht damit einverstanden, dass für seine AG Spiritualität im Haushalt für 2019 nur ein Betrag von 200,- € statt 500,- € vorgesehen ist. Harald Knauer begründet dies damit, dass Claus Wefing angekündigt hatte, seine Tätigkeit im Verband zu beenden. Claus Wefing stellt den Antrag, das Budget für die AG Spiritualität für das Jahr 2019 von 200,- € auf 500,- € zu erhöhen. Der Antrag wird mit 27 Zustimmungen, 7 Gegenstimmen und 16 Enthaltungen angenommen.

TOP 9: Beschlussfassung über den Haushaltsplan 2019
Der Haushaltsplan für das Jahr 2019 wird bei einer Enthaltung einstimmig angenommen.

TOP 9.a)
Ole Schneider stellt den Antrag, die Mitgliederversammlung

möge über seinen Antrag auf Mitgliedschaft abstimmen. Sein bisheriger Antrag auf Mitgliedschaft wurde vom Vorstand abgelehnt. Es bestehen Zweifel an seiner Psychiatrieerfahrung. Zudem möchte Ole Schneider für den Vorstand kandidieren. Er stellt seine Person vor und legt seine bisherigen und geplanten Aktivitäten für Psychiatrieerfahrene dar. Aus der Mitgliederversammlung gibt es sehr viele Nachfragen. Ein Antrag von Reiner Ott zur Geschäftsordnung auf Schließung der Rednerliste wird abgelehnt. Es bleiben Bedenken an Ole Schneider wegen einer möglichen Nähe zur BPE und Rene Talbot. Der Antrag von Ole Schneider auf Mitgliedschaft in den BPE wird bei 36 Zustimmungen, 14 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen angenommen.

TOP 10: Entlastung des Vorstandes
Bei zwei Enthaltungen wird der Vorstand einstimmig entlastet.

TOP 11.a) Wahl des geschäftsführenden Vorstands
Die Kandidaten stellen sich vor. Ole Schneider und Volker Riess bewerben sich nachträglich zur Wahl. Claus Wefing zieht seine Kandidatur zurück.
Nach der Vorstellung von Ole Schneider stellt Claus Wefing einen Antrag zur Geschäftsordnung auf Beendigung der Diskussion. Dieser wird abgelehnt.
Es stellt sich die Frage, ob die Wahl schon möglich ist, da noch ein Antrag zur Satzungsänderung vorliegt, der den Umfang des Vorstandes betrifft. Matthias Wiegmann stellt einen Antrag zur Geschäftsordnung auf Beibehaltung der bisherigen Tagesordnung. Mirko Bialas stellt einen Antrag zur Geschäftsordnung auf Vorziehung des TOPs 12.a).
Matthias Seibt stellt einen Antrag zur Geschäftsordnung. Der Vorstand soll sich aus 7 gleichberechtigten Mitgliedern zusammensetzen. Der Antrag wird bei drei Gegenstimmen und einer Enthaltung angenommen.

Von 21:50 Uhr bis 23:00 Uhr wird eine Pause eingelegt. In dieser Zeit werden die Stimmzettel von der Wahlkommission ausgezählt.

Es gibt 68 stimmberechtigte Mitglieder. 64 Stimmzettel werden abgegeben. Das Ergebnis der Wahl:

1.	Vicky Pullen	49 Stimmen
2.	Reiner Ott	46 Stimmen
3.	Martina Heland-Graef	44 Stimmen
4.	Karla Keiner	42 Stimmen
5.	Ruth Fricke	40 Stimmen
6.	Kristina Dernbach	38 Stimmen
7.	Jurand Daszkowski	37 Stimmen
8.	Ole Schneider	25 Stimmen
9.	Reinhold Hasel	24 Stimmen
10.	Volker Riess	6 Stimmen

Im neuen Vorstand sind somit Vicky Pullen, Reiner Ott, Martina Heland-Graef, Karla Keiner, Ruth Fricke, Kristina Dernbach und Jurand Daszkowski. Sie nehmen die Wahl an.

TOP 11.b) Wahl von Mitgliedern des erweiterten Vorstands soweit das Land bisher nicht vertreten ist
Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Berlin sind bisher nicht vertreten. Für Berlin stellt sich Volker Riess zur Wahl. Er wird mit 16 Zustimmungen, 3 Gegenstimmen und 6 Enthaltungen gewählt. Er nimmt die Wahl an.
Für Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt gibt es keine Kandidaten. Sachsen-Anhalt gründet gerade einen Landesverband.

TOP 12.a) Antragsberatung Satzungsanträge
Es liegt ein Satzungsänderungsantrag des geschäftsführenden Vorstandes auf Verkleinerung des Vorstandes vor. Der Vorstand soll von 7 auf 5 gleichberechtigte Mitglieder verkleinert werden, wobei er von der Mitgliederversammlung noch um 2 weitere Mitglieder erweitert werden kann. Der Antrag wird bei 24 Zustimmungen, 5 Gegenstimmen und 9 Enthaltungen angenommen.

Es liegt ein Satzungsänderungsantrag von Kristina Dernbach vor. Das Thema „Betroffenenkontrollierte Forschung“ soll unter dem §2 „Zweck und Ziele“ in die Satzung aufgenommen werden. Somit könnten auch Forschungsgelder abgerufen werden. Der Antrag wird bei einer Enthaltung einstimmig angenommen.

TOP 12.b) Antragsberatung sonstige Anträge
Claus Wefing stellt einen Antrag, ob die Mitgliederversammlung es ihm gestattet, die Katholische Kirche nach Räumlichkeiten als Rückzugsorte bei seelischen Krisen anzufragen. Der Antrag wird bei 8 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen angenommen.

TOP 13: künftige Arbeitsschwerpunkte
Als künftige Arbeitsschwerpunkte werden das Betreuungsrecht und die Menschenrechte genannt.

TOP 14: Verschiedenes
Es gibt keine Beiträge.

Die Mitgliederversammlung endet um 23:32 Uhr.

gez. Raven Jahns
gez. Annette C.
gez. Ruth Fricke
gez. Martina Heland-Graef

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

BPE-Newsletter abonnieren!

Monatlich kostenlos per E-mail

Wird 12 x im Jahr zu Monatsbeginn an alle Interessierten, Gruppen, Institutionen und Einrichtungen versendet. Aktuelle Nachrichten / Meinung / Termine / Literaturtipps / Kreatives..!
Anmeldung: Mail an bpe_newsl_master@online.ms

Den Newsletter betreut Gangolf Peitz vom Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar für den BPE e.V.

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, Herner Straße 406, 44807 Bochum, vorstand@bpe-online.de

LPE NRW, Herner Straße 406, 44807 Bochum, Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de. Gemeinsames Fax: 0234 / 640 5103

Fragen werden von Matthias 0234 / 640 5102 beantwortet.

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

„Mit Suizidgedanken leben? Suizidalität und Selbsthilfe“

Ein-Jahres-Projekt

Viele von uns leben zeitweise mit Suizidgedanken. Viele Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung (aber auch Menschen ohne) kennen das Leid, die Verzweiflung oder die Hoffnungslosigkeit, die uns dazu bringen, nicht mehr leben zu wollen. Selbsthilfegruppen kommen nicht umhin, sich mit dem Thema Suizidalität zu befassen. Einerseits liegt hier ein großer, gesellschaftlich bislang nicht gewürdigter Erfahrungsschatz. Andererseits erleben auch wir in der Selbsthilfe Ratlosigkeit und Hilflosigkeit, wenn Menschen Suizidgedanken mitteilen oder diese umsetzen. Das Projekt setzt an beiden Punkten an. Es möchte Erfahrungen zusammentragen und Selbsthilfegruppen befähigen, den für sie passenden Umgang mit Suizidalität zu finden. Dazu gibt es eine wöchentliche Telefonberatung, vier Workshops und eine Fachtagung. Die Besucher der Workshops finden besonders gut:

- dass man sehr offen sein kann und die Gruppe sehr unterstützend ist
- persönliche Berichte, Gedanken und Erfahrungen von anderen zu hören
- selbst zu sprechen und anderen zuzuhören
- zu erfahren, was suizidale Menschen oft brauchen
- den Austausch mit anderen Betroffenen, Angehörigen und Profis außerhalb des Psychiatriesystems und auf Augenhöhe

Der erste Workshop fand Ende Oktober in Freiburg statt, der zweite im November in Hamburg und der dritte ist am 1. und 2. Dezember in Leipzig geplant. Die Fachtagung wird am 13. April 2019 in Gießen sein. Alle Neuigkeiten erfahrt ihr auf der Projektwebseite oder in der Telefonsprechzeit von Kristina Dernbach (siehe unten).

Die wichtigste Zielgruppe des Projekts sind Menschen, die selbst Erfahrung mit Suizidgedanken haben. Im Projekt arbeiten nur Leute mit, die auch selbst solche Erfahrungen haben.

http://suizidgedanken.net
Email: suizidgedanken@bpe-online.de
Mi 11-14 Uhr: 0234 / 7089 0510

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 Herner Straße 406, 44807 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

AG Öffentlichkeitsarbeit

Auf der BPE-Tagung 2018 wurde die AG Öffentlichkeitsarbeit gegründet. Diese AG möchte fokussiert und koordiniert an einzelnen Themen arbeiten, um diese an die Öffentlichkeit zu bringen. Dazu ist Kontinuität der Teilnahme wichtig. Erfahrungen in der Öffentlichkeitsarbeit sind von Vorteil, aber nicht nötig. Aktuell sind wir am Thema Todesfälle in Psychiatrien und verkürzte Lebenserwartung dran. Dafür haben wir u.a. einen „Fahrplan“ für die nächsten 12 Monate erstellt. Wir organisieren uns über die Plattform wechange.de. Über Neuigkeiten berichten wir auch im Rundbrief.

Wenn ihr mitarbeiten wollt, meldet euch bei Kristina: k.dernbach@gmx.de

Zum Mitmachen

Bpe-Kulturnetzwerk:

Im Herbst 2005 ist der erste Aufruf zur Bildung eines Bpe-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 Bpe. Hier diskutieren Professionelle aus dem Bereich der Psychiatrie und Medizin darüber wie sie ihre Doppelrolle nutzbringend in die Bpe-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 Bpe 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 Bpe 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 Bpe-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:

Bpe, z. Hd. Matthias Seibt, Herner Straße 406, 44807 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax: -03