

Ausgabe Juni 2012

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wir haben es endlich geschafft: das Extrablatt ist fertig. Wir haben etwas länger gebraucht. Das liegt nicht daran, dass wir wenig gearbeitet haben. Im Gegenteil, unsere monatlichen Vorstandssitzungen sind mit durchschnittlich 12 bis 14 Teilnehmer mehr als gut besucht und wir haben eine sehr arbeitsintensive Zeit hinter uns. Unsere wichtigsten Themen der letzte Monate: Inflation der Diagnose ADHS, Vorbereitung unserer letzten hervorragend besuchten Mitgliederversammlung, Vorbereitung der kommenden Jahrestagung der DGSP in Mönchengladbach (s. Seite 4), Vorbereitung einer gemeinsamen Best-Practice-Tagung mit der AGpR am 30.01.2013 (Thema „Altersspezifische Konzepte zur Begleitung von jungen Volljährigen mit psychischen Erkrankungen“) und Entwicklung einer Online-Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern. Sie sehen, wir sind nicht untätig. Ich möchte an dieser Stelle allen Vorstandsmitgliedern und Teilnehmern für ihren Einsatz danken. Über die Online-Befragung erfahren Sie mehr auf der RGSP-Heimseite www.rgsp.de. Wir werden auf der Jahrestagung und im Extrablatt über die Ergebnisse berichten.
Herzlichst
Stefan Corda-Zitzen

Keine Videoüberwachung mehr in NRW-Psychiatrien

Auf die von der RGSP mitgetragene Debatte um die Videoüberwachung in psychiatrischen Kliniken folgte eine Änderung der Gesetzeslage durch die rot-grüne Landesregierung. Wir dokumentieren im Folgenden eine Pressemeldung der Grünen Landtagsfraktion vom November 2011 und auf der nächsten Seite einen Kurzbericht der WAZ sowie einige Leserzuschriften.

In NRW werden pro Jahr mehr als 20.000 Menschen aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung zwangsweise in die geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses eingewiesen. Bei einigen wird die Fixierung als Schutzmaßnahme angewendet.

Derzeit wird in 15 psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen eine Videoüberwachung bei zwangsweise untergebrachten PatientInnen im Rahmen besonderer Sicherheitsmaßnahmen eingesetzt. Dies sind ca. 16 Prozent der psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag. Auch weil diese Praxis keinen positiven therapeutischen Effekt hat, verzichtet der Großteil der psychiatrischen Kliniken auf eine Videoüberwachung. Im Gegenteil ist die Überwachung bei PatientInnen, die erheblich emotional angespannt sind, völlig ungeeignet und kontraproduktiv.

Hier ist persönliche Begleitung und menschliche Zuwendung notwendig.

Die Videoüberwachung in der Psychiatrie wurde mit einem Erlass des ehemaligen Gesundheitsminister Laumann aus der schwarz-gelben Regierungszeit noch 2009 ermöglicht. Außer uns hatten auch Verbände und Psychiatrieerfahrene diese Regelung massiv kritisiert.

Wir Grüne haben deshalb die Initiative der FDP zu einem Verbot der Videoüberwachung in der Psychiatrie begrüßt und ihren Gesetzentwurf gemeinsam mit FDP und SPD überarbeitet. So wird nun etwa klargestellt, dass eine Fixierung eine Ausnahmesituation für die PatientInnen darstellt und nur unter persönlicher Beobachtung mit ständiger Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen ist und auch bei anderen besonderen Sicherungsmaßnahmen die Beobachtung nur durch Einsatz von Personal erfolgen muss.

Diese Gesetzesänderung setzt ein deutliches rechts- und gesundheitspolitisches Signal für die Wahrung der Intims- und Persönlichkeitssphäre der PatientInnen und vor allem für eine sachgerechte Begleitung durch fachlich geschultes Personal statt einer Videoüberwachung. Für diesen Gesetzentwurf sprachen sich denn auch außer der CDU alle Fraktionen aus.

Inhalt

Keine Videoüberwachung mehr in NRW-Psychiatrien	1
WAZ zur Videoüberwachung	2
Psychische Krankheiten - Da zappelt die Seele	2
Vorinformation: DGSP-Jahrestagung in Mönchengladbach!	3
Zwischen Selbstbestimmung und Schutz: R. Höflacher	4
Verantwortung übernehmen für die Schwierigsten - Tagungsbericht	6
Recovery praktisch: Ilja Ruhl	9
Bettina Jahnke ... deckt die Karten auf – Verein IdEE	11
Lieber Matz, Dein Papa hat ne Meise. Lesungsbericht: E. Kleinlützum	12

Am 16.11.2011 meldete die **WAZ**: Patienten in psychiatrischen Kliniken in NRW dürfen nicht mehr mit Videokameras überwacht werden. Als bundesweit erstes Parlament beschloss der Landtag ein gesetzliches Überwachungsverbot.

Nach Angaben von Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) wurden zwischen Mai 2009 und Oktober 2010 in 15 der 99 psychiatrischen Kliniken Patienten per Video überwacht. Dabei wurden 1900 Video-Überwachungen angeordnet. SPD, Grüne, FDP und Linkspartei sehen aber darin eine schwere Beeinträchtigung der Patienten. Künftig müssen fixierte Patienten in NRW durch Sitzwachen betreut werden.

Der FDP-Gesundheitsexperte Stefan Romberg, selbst Psychiater in Hamm, sieht in Patientenzimmern Schutzräume. „Dort haben Videokameras nichts zu suchen. Wir brauchen mehr Personal, nicht mehr Technik.“ Jahrelang aber sei „Big Brother“ Standard gewesen, begründete Romberg den von der FDP eingebrachten Antrag.

Das Online-Portal der WAZ erhielt viele Zuschriften – einige Beispiele

(1) Unverständlich!! Was soll den so ein Schwachsinn?? Die Kameraüberwachung dient doch einzig dem Schutz der Patienten. Wer bitte schön soll sich denn tagelang neben einen Patienten setzen, um diesen zu überwachen. Dabei fehlt es doch so schon an jeder Ecke an Personal. Dass so ein Quatsch mal wieder von der FDP kommt wundert mich gar nicht mehr. Spätestens wenn etwas passiert ist, wird das Gezeter groß sein und es werden wieder Schuldige gesucht. Hoffentlich sitzen dann Leute wie Romberg auf der Anklagebank.

(2) Sind sie auch Psychiater? Da Sie das Wort "Schwachsinn" so leichtfertig im Munde führen... Überlegen Sie einmal eine Sekunde, was mit diesem von Ihnen genannten Etikett in der Vergangenheit so alles getrieben wurde. Und nicht vergessen: Aller Zwang in der Psychiatrie dient dem angeblichen Schutz und dem angeblichen Wohl der eingesperrten Menschen. Alte Rechtfertigung!

(3) So ein Blödsinn... kann ja nur von Rot-Grün kommen. „Videoüberwachung beeinträchtigt die Patienten“!? Und der Wärter, der demnächst daneben sitzt nicht, oder wie? Bleibt nur zu hoffen, dass das Personal nicht unter den Folgen leiden muss.

(4) Stellen Sie sich mal vor, Sie seien an ein Bett gefesselt... Und jetzt stellen Sie sich noch eine Kamera vor, bei der sie eben nicht mal genau wissen, ob jemand gerade auf sie schaut oder nicht oder ob gar Ihre Tortur aufgezeichnet wird. Sehen Sie den Unterschied?

(5) Gut so! Es geht hier um den Umgang mit schwer kranken und besonders schutzbedürftigen Menschen! Niemand will allein gelassen werden, besonders dann nicht, wenn er leidet. Auch besteht die Gefahr von Folgeschäden durch Fesselung. Eine Videoüberwachung in einem Krankenhaus ist unwürdig!

Psychische Krankheiten Da zappelt die Seele

In wessen Hände legen wir die psychischen Leiden? Von der Pharmaindustrie wird man wohl nicht allzu viel erwarten dürfen. Davon sind zumindest die Wissenschaftler überzeugt, die sich Anfang November 2011 in Heidelberg getroffen haben. Ein Beitrag von Joachim Müller-Jung aus der FAZ vom 08.11.2011, mit freundlicher (kostenpflichtiger) Genehmigung des Verlages

Es ist eine der europäischen Hochburgen der Genforschung, die grandiose Architektur seines neuen Kommunikationszentrums ist spiraling gebaut wie die Doppelhelix-Struktur des Erbgutes - eine beeindruckendere Ikone des Genzeitalters ist kaum vorstellbar. Und dennoch hat das Europäische Molekularbiologische Labor (EMBL) in eben jenem Konferenzzentrum in Heidelberg zusammen mit der dahinter stehenden Organisation

(EMBO) am Wochenende gewissermaßen eine konzertierte Aktion gegen die Umtriebe einer allzu selbstbewussten Genomforschung organisiert. **Beunruhigende Zahlen** Austragungsort war die jährliche fächerübergreifende „Science-and-Society“-Konferenz. Diesmal ging es darum, einen tieferen Sinn hinter den Erkrankungen des Geistes zu suchen. Hintergrund: Jedes Jahr erkranken mehr als 38 Prozent der Menschen in

Europa mindestens einmal an einer psychischen Störung, sei es an einer Depression, an Angststörungen, schweren Schlafstörungen oder Demenz. 674 Milliarden Gesundheitskosten jährlich in der Europäischen Union. Von der „Kernherausforderung des Jahrhunderts“, sprach der Dresdner Epidemiologe Hans-Ulrich Wittchen, der diese beunruhigenden Zahlen aus einer der umfassendsten Erhebungen jüngst vorgestellt und

nun an einem der einflussreichsten Wirkungsorte der modernen Bioforschung zur Diskussion gestellt hat. Denn eine entscheidende Frage, die man sich aus nur teils demographisch erklärbaren Häufung psychiatrischer Diagnosen stellt, könnte ja lauten: Wird die moderne Biomedizin einen nennenswerten Beitrag leisten können, diese ungeheure seelische Krankheitslast - jährlich immerhin 165 Millionen Kranke in der EU - zu senken? Die Antwort in Heidelberg lautet, auf den Punkt gebracht: vorerst nicht.

Zappelnde Zebrafische

Die Gesundheitssysteme sollten zunächst also nicht auf Durchbrüche in der Molekularbiologie oder der Hirnforschung setzen. Das liegt nicht etwa an den Bemühungen der Naturwissenschaften, ganz im Gegenteil: Mit Andreas Meyer-Lindenberg vom Mannheimer Zentralinstitut für Seeli-

sche Gesundheit und Simon Lovestone vom Kings College in London waren zwei Protagonisten einer Richtung aufgetreten, die an Schaltstellen der neuen neuropsychiatrischen Forschung sitzen. Aber schon bei Klaus-Peter Lesch von der Universität Würzburg, der sich bei der Entlarvung des „Zappelphilipp-Phänomen“, dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), auf das Laprophilin-3-Gen auf Chromosom 7 als möglichen Auslöser konzentriert, wurde deutlich, woran das Gebiet krankt: Nicht nur an Daten und der nötigen Empirie, sondern vor allem auch an Glaubwürdigkeit. Steven Rose von der Open University in Großbritannien, ein Insider seit Jahrzehnten, sagte es unumwunden: "Es stimmt etwas nicht, wenn ich glauben soll, dass die Zebrafisch-Larve, die etwas aktiver in der Petrischale herumschwänzelt, ein geeignetes Tier-

modell für Hyperaktivität sein soll."

Kläglicher Zustand

Ein anderes Beispiel: Für die Schizophrenie hat die Genforschung zwischen 14 und 650 unterschiedliche Mutationen als mögliche Kausalfaktoren ins Spiel gebracht. Die Konfusion hat also in Jahrzehnten eher zu- als abgenommen. Und noch ein Indiz, das als starker Hinweis für die Grenzen der Biomedizin interpretiert wurden: Viele Pharmakonzerne, darunter Forschungsriesen wie Pfizer und GSK, haben ihre Entwicklungsabteilungen für neuropsychiatrische Leiden dicht gemacht. Da konnte Luca Santarelli von Hoffmann-La-Roche noch so vehement für das eigene Engagement werben, was etwa das erwachte Interesse an Wirkstoffen gegen Entwicklungsstörungen wie Autismus angeht - in Wahrheit herrscht in der Branche ein kläglicher Zustand, eine veritable Innovationskrise. Biomarker zur Früh-

Vorankündigung zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

In der Zeit vom **25. – 27. Oktober** dieses Jahres findet im Tagungshaus »Haus Erholung« in Mönchengladbach die DGSP-Jahrestagung mit dem Titel:

»Die Zukunft kann man am besten voraussagen, wenn man sie selbst gestaltet – Welche Psychiatrie wollen wir morgen haben?«

statt. Die Tagung bietet interessierten Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit Plenarbeiträgen und themenspezifischen Arbeitsgruppen ein Forum über die zukünftige Gestaltung der psychiatrischen Behandlung und Versorgung in Deutschland nachzudenken und konkrete

Schritte in die Zukunft zu planen. Es wurden für die Tagung namhafte Referenten und Referentinnen aus dem In- und Ausland gewonnen, um so ein breites Spektrum fachlichen Inputs zu gewährleisten und damit einen fruchtbaren Boden für die fachliche Debatte zu bieten.

Das Programm zur Tagung wird Ende Juni 2012 veröffentlicht.

Information und Anmeldung:

DGSP

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

Tel.: (0221) 51 10 02

Fax: (0221) 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

erkennung von Geistesstörungen - bestenfalls im Experimentalstadium; wirkungsvollere Medikamente? Fehl-anzeige. Nur die Nebenwirkungen seien heute anders, so etwa bei den Antidepressiva. Und die Psychotherapie?

Die sei, so der Freiburger Psychotherapeut Mathias Berger, „allein betrachtet nicht besser als die Pharmabranche“. In den 350 Psychotherapieschulen hierzulande würden genauso Daten versteckt und „mindestens 700 Millionen Euro jährlich für Behand-

lungen ausgegeben, die nie richtig evaluiert wurden“. Es war am Ende ein düsteres, gelegentlich überzeichnetes Negativbild, das die Psychiatrieforschung in Heidelberg abgab. Für die Patienten blieb da nicht viel Licht, leider deutlich mehr Schatten.

Zwischen Selbstbestimmung und Schutz: Rechte von psychisch kranken Menschen stärken

Rede von Rainer Höflacher am 13.02.2012 zum geplanten
Landespsychiatriegesetz im Landtag Baden-Württemberg

Sehr geehrte Damen und Herren, es wäre sicherlich sinnvoll Ihnen hier mehr Informationen zu meiner Person mitzuteilen. In der Kürze der Zeit muss es aber genügen zu sagen, dass ich schon mehrfach Zwangsmaßnahmen am eigenen Leibe ertragen musste, schon 17 Mal stationär wegen einer schizoaffektiven Psychose behandelt wurde und somit weiß, wovon ich rede.

In den letzten 30 Jahren gewann die Selbstbestimmung nicht nur psychiatrierfahrener Menschen immer mehr an Bedeutung und wurde erfreulicher Weise per Gesetz und in der Praxis immer stärker durchgesetzt. Allerdings möchten wir warnen, den Aspekt der Fürsorge nicht ganz aus den Augen zu verlieren. Selbstbestimmt heißt auch selbstverantwortlich sein und sich um die eigenen Belange selbst zu kümmern. Die besonders schwer psychisch erkrankten Menschen brauchen hier aber häufig auch fürsorgliche Unterstützung. Es ist nämlich kostengünstiger, Menschen sich selbst zu überlassen, als ihnen Schutz und Fürsorge konkret zu lassen. Hier gilt es weiterhin genau hinzuschauen, wo trotz des Rechtes auf Selbstbestimmung fürsorgliche Hilfe Sinn macht.

Selbstbestimmung vs. Fürsorge

Vorab möchte ich Sie darüber informieren, dass unsere Haltung zu psychiatrischem Zwang und Gewalt auf großes Unverständnis beim Bundes-

verband Psychiatrieerfahrener - dem BPE - gestoßen ist. Sie führte dazu, dass unser Vorsitzender Klaus Laupichler und ich als Geschäftsführer aus dem BPE ausgeschlossen wurden und dass aktuell der BPE einen Konkurrenzverband in Baden-Württemberg gründet.

Allgemein gesagt verdeutlichen folgende drei Punkte unseren grundsätzlichen Standpunkt zur Anwendung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. Ich beschränke mich im Folgenden auf die körperliche Form von Zwang und Gewalt. Die Auseinandersetzung mit subtilem und verbalem Zwang, die einem in der Psychiatrie auch begegnen, bräuchte den Raum eines eigenen Referates:

1. Wir sind der Meinung, dass die Anwendung von Zwang und Gewalt bei Fremd- und Eigengefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung sinnvoll sein kann und hierfür Landespsychiatriegesetze zur Anwendung kommen sollten. In diesem Fall ausschließlich mit Polizei- und Strafrecht zu urteilen, ist unseres Erachtens für die meisten Psychiatrieerfahrenen nicht dienlich, da der Aufenthalt in einem Gefängnis verglichen mit der Psychiatrie unseren Informationen nach deutlich mehr von Zwang und Gewalt geprägt ist und stärker traumatisierend wirkt.

2. Wir sind der Meinung, dass bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit und bei gleichzeitiger drohender

schwerwiegender Gesundheitsgefährdung Zwangsmaßnahmen sinnvoll sein können. Vorausgesetzt es liegt keine entsprechende Patientenverfügung vor. Wir werden uns mit Nachdruck dafür einsetzen, dass die Patientenverfügung im neuen Landespsychiatriegesetz Eingang findet.

Zwang, Vertrauen, Patientenverfügung

Eine erfolgreiche Behandlung setzt fast immer eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Fachkraft und Psychiatrieerfahrenen voraus. Hierfür ist die Anwendung von Zwang kontraproduktiv und verhindert Heilung. Vielfältige Maßnahmen können die Anwendung von Zwang und Gewalt verhindern und sie darf nur das absolut letzte Mittel sein und muss aus Handlungsnot heraus entstehen. Trotzdem kann Zwang bei den oben genannten Bedingungen Leben schützen. Diese Position dient unseres Erachtens dem Wohle der überwiegenden Mehrheit der Patienten. Es wird von den Juristen zu klären sein, ob dies mit der Behindertenrechtskonvention im Einklang ist, die ja seit 2009 geltendes Recht ist.

3. Wir sind der Meinung, dass bei den aktuellen Möglichkeiten, Gegebenheiten und den beteiligten Menschen eine gewaltfreie Psychiatrie derzeit nicht praktikabel ist. Die Auseinandersetzungen innerhalb der Selbsthilfe macht es leider notwendig, dass ich hier betonen muss, dass die vereinfach-

chende Aussage wir seien „für Zwang und Gewalt“ der Komplexität der Thematik nicht gerecht wird. Es ist doch sehr kurz gedacht, die Welt in die zwei Lager für oder gegen Gewalt und somit in Gut und Böse einzuteilen.

Wir hören immer wieder von Psychiatrieerfahrenen, die sich als Opfer, ja sogar als Überlebende, einer gewalttätigen Zwangspsychiatrie erleben. Diese Erfahrungen müssen ernst genommen werden, und allein schon die Zustände von engen, überbelegten Stationen und chronischem Personalmangel machen es offensichtlich, dass hier nicht immer alles mit rechten Dingen zugeht und dass immer wieder gegen Menschenrechte und Menschenwürde verstoßen wird. Vor allem die Psychiatrieerfahrenen, die psychiatrische Gewalt erlebt haben, wissen, dass Traumata bzw. Schädigungen entstehen können, die ein Leben lang nachwirken.

Zu viel Macht im System

So fordern wir hier, dass möglichst hohe rechtliche Hürden für die Anwendung von Zwang und Gewalt gesetzt werden. Erfreulicher Weise unterstützen die letzten Urteile des Bundesverfassungsgerichtes diese Entwicklung. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass derzeit, - auch aufgrund dieser Urteile und der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention -, der Fokus vermehrt auf die Rechte der Psychiatrieerfahrenen gelegt wird. Letztendlich zeigt der praktische Klinikalltag aber oft die Grenzen einer bemühten Gesetzgebung. Es kommt immer noch zu selten vor, dass im Streitfall ein Psychiatrieerfahrener gegen die Definitionsmacht der Psychiatrie siegt und immer noch haben die Ärzte zu viel Macht im System. Wirksamer Kontrollinstanzen mit wirksamen Sanktionsmöglichkeiten sind hier ein Mittel zu mehr Patientenschutz.

Nur nebenbei: Der psychiatrische Alltag zeigt auch, dass Psychiatrieerfahrene oft nicht in ihrer Andersartigkeit und mit ihrem „So-Sein“ als willkommener Teil der Gesellschaft behandelt werden. Die Gesellschaft

und die Psychiatrie ist in diesem Falle ein Ausgrenzungssystem und „fürsorgliche Belagerung“ wird hier mit dem Hinweis auf unterlassene Hilfeleistung gerechtfertigt.

Fixierung nicht ohne Sitzwache

Folgende Aspekte sind uns darüber hinaus wichtig:

1. Die jahrzehntelange Forderung im Zusammenhang mit Fixierungen ist die gesetzliche Einführung von sogenannten Sitzwachen. Das heißt, wenn ein Patient festgebunden wird, dann muss eine Fachperson an seinem Bett wachen. Hier könnten auch die psychiatrieerfahrenen Absolventen der EX-IN-Ausbildung eine wichtige Unterstützung sein.

2. Besonders am Herzen liegt uns auch das Soteria-Konzept. Hier gibt es in Baden-Württemberg seit Jahren ein funktionierendes Beispiel im Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten. Soteria ist eine gesprächsorientierte alternative Behandlungsmethode von akuten Psychosen, die ihren Ursprung in Kalifornien hat. Mit Hilfe einer gleichrangigen Begegnung von Mensch zu Mensch und in einer wohnlichen Atmosphäre bei einem Minimum an Gabe von Psychopharmaka, reduziert sich deutlich die Notwendigkeit der Anwendung von Zwang und Gewalt gegen Patienten. Es ist uns wichtig, dass in Deutschland weitere Soterien gegründet werden, oder zumindest Soteria-Elemente vermehrt in die psychiatrische Behandlung einfließen. Ebenso findet die Behandlungsform des „Hometreatments“ unsere ungeteilte Zustimmung. Auch wenn hier das Thema Schutzrechte nur indirekt berührt wird. Bezüglich Hometreatment müssen unbedingt flexible Finanzierungsformen gefunden und weitere Modellprojekte durchgeführt werden.

Vorrang des Patientenwillens

3. Ein wichtiger Grundsatz ist uns, dass bei denjenigen Psychiatrieerfahrenen keine Schutzmaßnahmen angewendet werden sollen, die sich bei klarem Verstand dagegen entschieden haben. Auch wenn dies für Angehörige und Klinikpersonal manchmal kaum zu ertragen ist. Es muss die

Möglichkeit geben psychiatrische Behandlung abzulehnen, wenn dies der freie Wille des Patienten ist. Der rechtswirksame Einsatz von entsprechenden Patientenverfügungen ist uns hier wie gesagt ein wichtiges Anliegen. Leider werden diese in der Praxis trotz neuer Rechtsprechung immer noch zu wenig berücksichtigt. Hier fehlen wohl auch noch diesbezügliche Erfahrungen und Urteile des Bundesverfassungsgerichtes.

4. Es muss gesetzlich verankert werden, dass es in jeder Psychiatrischen Klinik eine niederschwellige Beschwerdemöglichkeit gibt. Unabhängigkeit und dialogische Besetzung sind dafür ein wichtiges Kriterium. Patientenfürsprecher und/oder lokale Beschwerdestellen müssen flächendeckend vorhanden sein und jedem Psychiatriepatienten bekannt sein bzw. bekannt gemacht werden. Allein schon die Gewissheit der Existenz einer vertrauenswürdigen Beschwerdeinstanz, trägt zur Entspannung von Konfliktsituationen bei.

Einsichts(un)fähigkeit

5. Ein Kernthema ist die Ermittlung der krankheitsbedingten Einsichtsunfähigkeit. Obwohl diese schwer zu definieren und streng genommen nicht beweisbar ist, gibt es diese offensichtlich und muss gesetzlich und in der Praxis berücksichtigt werden. Es sollten in Zukunft vermehrt Anstrengungen unternommen werden, wie die Feststellung der Einsichtsunfähigkeit sicherer gemacht werden kann. Das bisherige Vorgehen erzeugt nach unserer Information doch viele Fehler in einer so existentiell wichtigen Frage. Leider folgen unabhängige Richter fast immer dem ärztlichen Rat, so dass man manchmal schon an ihrer diesbezüglichen Daseinsberechtigung zweifeln kann. Mehr Sachverstand, emotionale Unabhängigkeit und auch mehr Mut wären hier oft wünschenswert. Ärgerlich ist auch die Praxis, dass zweite Gutachten teilweise von Ärzten aus derselben Klinik erstellt werden, die sich diesbezüglich offensichtlich absprechen.

6. Als letzten Punkt fordern wir eine Zwangsmaßnahmen-Meldedatei. Die

Psychiatrien müssen verpflichtet werden die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie Festbinden, Einsperren und Zwangsgabe von Medikamenten zu melden. Wir sind sicher, dass dies augenblicklich einen Rückgang der Zwangsmaßnahmen zur Folge hätte. Darüber hinaus könnte die Versorgungsforschung auf eine aussagekräftige Datenbasis zugreifen.

Innovative Ansätze wie zum Beispiel die Anwendung von Festhaltetechniken, wie sie in England üblich sind, sind zu erproben und zu evaluieren.

Mehr Fachkräfte

Alle Maßnahmen zur Reduktion von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie brauchen Menschen, die sie umsetzen. In einer Zeit der knappen Ressourcen wage ich es trotzdem weiterhin ge-

betsmühlenartig zu fordern, dass mehr Psychiatrie-Fachkräfte auf Station eingestellt werden, ohne dass die ambulante Versorgung vernachlässigt wird. Dies wäre wohl am wirksamsten.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

r.hoefflacher@arcor.de

Verantwortung übernehmen für ‚die Schwierigsten‘!

Brauchen wir dazu die geschlossene Heimunterbringung?

Unter diesem Titel fand am 23./24. März 2012 in Köln eine beeindruckende Tagung statt, gemeinsam veranstaltet von AGpR, LVR, Betreuungsgerichtstag und DGSP. **Martin Osinski** hat über die Veranstaltung einen lesenswerten persönlichen Bericht geschrieben. Die vollständige Fassung erscheint in der nächsten „Sozialen Psychiatrie“ der DGSP. Das Extrablatt bringt als Vorabdruck einen Auszug.

Wie viele Fachtagungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention haben Sie in den letzten drei Jahren erlebt? Wie viele Experten-Hearings zum persönlichen Budget, Workshops zur Sozialraumorientierung, Fortbildungen zu Empowerment? Und, Hand auf's Herz, liebe Leserin – wie spannend, oder wenigstens praxisrelevant, war's im Jahresmittel? Und dann gibt es Veranstaltungen, die – sozialpsychiatrisch betrachtet – ins vorangegangene Jahrhundert zu gehören scheinen. Die Sie und ich mehr mit Anstaltspsychiatrie als mit Need-adapted treatment assoziieren.

Eine dieser psychiatriepolitisch unkorrekten, praktisch aber dauerrelevanten Fragen ist die nach der Anwendung von Zwang, Freiheitsbeschränkung, gerichtlich legitimierter Machtausübung. Nicht im Maßregelvollzug, nicht in der Sektorklinik, sondern in unserer ach so fortgeschrittenen Gemeindepsychiatrie. Dreihundert TeilnehmerInnen fasste der Saal im Horion-Haus in Köln-Deutz. Mehr als 100 weiteren Interessenten mussten die Veranstalter aus Platzgründen absagen.

Für den gastgebenden **Landschaftsverband Rheinland** (LVR) begrüßt

Dezernentin Martina Hoffmann-Badache die TagungsteilnehmerInnen, unter anderem mit dieser wunderbar klaren Ansage: geschlossene Heime für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werde es im Rheinland nicht geben; und: das Rheinland habe genug Heimplätze. Sie benennt den starken Druck in dieser Frage, empfiehlt vorurteilsfreies Zuhören und warnt vor allzu schnellen Urteilen. Die ersten vier ReferentInnen nähern sich dem Thema mit Problembeschreibungen. Stephan Rinckens (Mönchengladbach) benennt einige Entwicklungen aus der Perspektive des leitenden **Klinikarztes**: In sein Krankenhaus kommen heute andere Menschen, die sich in anderen Situationen, anderen Krisen befinden; die Klinik leistet die Funktion des längerfristigen Asyls nicht mehr. Mit der Einschränkung von (Zwangs-) Behandlung wachsen die Anforderungen an den außerklinischen Bereich des Betreuten Wohnens (BeWo). Rinckens plädiert für multiprofessionelle, trägerübergreifende Zusammenarbeit. Dafür bietet er die Mitarbeit der Klinik bei der Hilfeplanung an, fordert vom BeWo-Bereich aber auch, dass man Patienten in der Krise „früher bringen“ solle.

Wolfgang Bayer, Sprecher des **DGSP**-Fachausschusses „Menschen in Heimen“, spricht von einem unklaren bis fraglichen Bedarf an freiheitsbeschränkenden Strukturen, dennoch treffe jedes Angebot auf Nachfrage. In Hamburg, so Wolfgang Bayer, hatte man die Wahl zwischen einer kleineren und einer größeren Variante des geschlossenen Heims. Die Entscheidung fiel für die größere Lösung, mit 24 Plätzen. „Die sind jetzt voll, und es gibt eine Warteliste – das Gleiche hätte man mit der kleinen Lösung auch erreichen können.“

Aus der Sicht der rechtlichen Betreuer hat Heike Looser vom **Bundesverband der BerufsbetreuerInnen** „die drei W“ zu beachten: Wohl, Willen und Wunsch des Betreuten. Die Anbieter von Hilfen seien ihrer Erfahrung nach kaum zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit bereit. Oft genug müssten Hilfen nicht besonders viel kosten, wenn Gesprächsbereitschaft, unkonventionelles Denken und professionelle Erfahrung zusammen wirken würden. Nicht zuletzt, so ihre Erfahrung, ist die Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe, zu den Not-schlafstellen immer noch ein blinder Fleck der Sozialpsychiatrie. Lothar Flemming, von Beruf Soziolo-

ge, war nach eigenem Bekunden früher Leiter einer „Schlangengrube“, eines kliniknahen Heimbereichs mit kritikwürdigen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Heute leitet er den **Fachbereich Sozialhilfe II** beim **LVR**, ist also Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe. Wortlaut und Sinn der einschlägigen Sozialgesetzbuch-Paragrafen durchdeklinierend, verstört Lothar Flemming sein Auditorium. Mit dem Teilhabe-Paradigma seien ganz andere Ziele, andere Maßnahmen verbunden als z. B. mit der SGB-V-finanzierten Krankenhausbehandlung. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – wie könne das hinter geschlossenen Türen gehen?

Der Tagungsberichtersteller wittert Leistungseinschränkung - soll das die vielzitierte „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ werden? Soll den Uneinsichtigen, Unfreiwilligen, soll den BGB-Untergebrachten die Eingliederungshilfe verweigert werden?

Flemming lässt richtungweisende Gedanken folgen: Zwang braucht keine Einrichtungen, sondern Beziehungen; das Setting muss nicht geschlossene Heimunterbringung sein; Gewalt und Zwang kennzeichnen eine Situation der Ratlosigkeit, sowohl beim Betroffenen als auch bei seiner Umwelt. Da ist was dran.

Anne Sprenger, Geschäftsführerin einer **Leistungserbringer-gGmbH** mit 120 Beschäftigten und Angeboten für fast 400 Menschen vor Teilhabeschranken, kennt ihr Metier. Sie holt das Auditorium zielgruppengerecht ab mit ihren Fallvignetten: Zum Beispiel Herr K., der nach einem Vortrag seine Neuroleptika absetzen will. Er kann das, anfangs jedenfalls, mit seinem Arzt verhandeln. Als der meint, jetzt sei genug reduziert, wird's natürlich erst wirklich spannend. Anne Sprenger kennt die dunklen Seiten – die Versäulung unserer Gesundheitsfinanzierung, oder das Misstrauen gegenüber den lokalen Kooperationspartnern, nicht selten eine wesentliche Ursache für exterritoriale Unterbringung vor allem der

Klienten, die sich nicht (oder nicht sozial formvollendet) artikulieren können. Wichtig auch ihr Hinweis, der GPV (gemeindepsychiatrische Verbund) müsse sich als Steuerungsgremium verstehen, damit er nicht zum Anbieterkartell verkomme. Und der arg strapazierte Kundenbegriff, der habe ofenkundig Zwang und Unfreiwilligkeit auch nicht aus der Welt geschafft.

Nach dem Kaffee geht's noch einmal ins Plenum. Dagmar Brosey lehrt **Zivilrecht** am Institut für soziales Recht der Fachhochschule Köln. Sie referiert gut verständlich die Normen des Betreuungsrechts und der dazu gehörenden Verfahrensvorschriften (FamFG). Auch die aktuelle höchstgerichtliche Rechtsprechung kommt nicht zu kurz. Sprachlich ist das alles gut verständlich, formal scheint alles bestens bedacht und geregelt. Dennoch muss es Spielräume geben. Mir fallen jedenfalls etliche Praxisbeispiele aus den letzten Jahren ein, die wohl nur mit äußerst liberaler Handhabung des juristischen Instrumentariums zu erklären sind. Auch inhaltlich ist und bleibt manches problematisch. Prompt entspinnt sich nach dem Vortrag eine muntere Diskussion um das Konstrukt „Einwilligungsfähigkeit“.

Der Sonnabend, der hier immer noch Samstag heißt, beginnt im Horion-Haus wohlthuend mit einer Tasse Kaffee. Dann tritt Gunther Kruse in den Ring, nein, ans Rednerpult. Kruse hat vor ein paar Jahren schon mal die Psychiatriegemeinde verschreckt, als er den Maßregelvollzug zur Psychiatrie der Zukunft erklärte (Kruse 2005). Sein Thema heute: „Geschlossene Heimunterbringung – **endlich die erforderliche Hilfe**.“ Als der brillante Redner, der er ist, kokettiert er ein wenig mit der Rolle des Advocatus Diaboli, die er offenkundig aber gern an- und einnimmt. Gekonnt bietet er Variationen des Vortragstitels an und weist süffisant darauf hin, man könne das moderne Schlagwort Inklusion auch mit „Einschluss“ übersetzen. Dann macht sich Kruse vehement an die Arbeit, um das Recht des psychisch Kranken auf unbehandelte Ver-

rücktheit mit dem (Er-)Leben von dessen Nachbarn und Angehörigen zu kontrastieren. Er geißelt Kollegen und Juristen, die in falsch verstandener Liberalität ihre Verantwortung für den Einzelnen und seine Gesellschaft nicht annehmen („es sei denn, der Richter ist selbst als Nachbar betroffen, dann sieht die Lage ganz anders aus ...“). Und geht dann weiter; er überzeichnet das behandlungs- und begrenzungsbedürftige Verhalten der sich und andere störenden Menschen mit einer Sprache, die ihn ins Grenzgebiet zur politisch-ethischen Unkorrektheit führt.

Das Lachen ist anfangs stellenweise noch beklommen, klingt dann zunehmend befreiter, zustimmender. Mit der Schilderung einiger gravierender Delikte, begangen aus der unbehandelten Psychose heraus, bekommt das Ganze noch eine besondere Legitimation.

Nach dem Vortrag bezieht Kruse heftig Prügel von einem Tagungsteilnehmer mit eigener Psychiatrieerfahrung – er sei in der Sprache und dann auch in seiner Haltung menschenverachtend. Einzelne Profis schließen sich der Kritik an. Das Publikum wird still, wirkt wie ertappt. Ist Kruse - sind wir - zu weit gegangen? Die Frage bleibt für den Rest des Tages bei uns.

Nach dieser furiosen Sequenz hat Hilde Schädle-Deininger es anfangs nicht leicht, ihrem Vortrag zur „geschlossenen Heimunterbringung unter **ethischen Gesichtspunkten**“ Gehör zu verschaffen. Sie bringt das Thema zurück in den sozialpsychiatrischen Heimathafen. Psychiatrie ist Beziehungsarbeit, die mit zu wenig Personal und Zeit nicht verantwortlich zu machen ist. Ob geschlossene Heime notwendig oder vertretbar seien? Listig enthebt sie sich der Antwort und bescheidet uns mit Immanuel Kant („Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“).

Der Kongress geht in die letzte Runde. Vier Modelle guter Praxis werden von kompetenten, praxiserfahrenen KollegInnen zur Verfügung gestellt. Erfrischend und überzeugend, dass angesichts der oft himmelschreienden

Probleme nicht großartig drum herum geredet wird. Eine geschlossene Wohngruppe wird nicht offener, wenn man sie geheimnisvoll als „geschützten Bereich“ bezeichnet. Deshalb ist es in Ordnung, als Ute Kleine von Station 7 berichtet, dem geschlossenen Teil ihres **privatwirtschaftlich** betriebenen Heims. Jo Becker beschreibt ein **Konsulentennetzwerk** unter der Überschrift „Kolligialer Rat bei Ratlosigkeit“, dessen messbare Erfolge auf dem Feld der

psychischen Gesundheit des Personals liegen.

Samstagmittag um eins. Immer noch ist der Saal bestens gefüllt. Ingrid Nölle und Martin Osinski stellen ihre **Tagungsbeobachtungen** zur Verfügung. Form und Inhalt der Veranstaltung bekommen Bestnoten; das Publikum wird für Disziplin und Ausdauer gelobt, die ReferentInnen (einschließlich Gunther Kruse) für angemessene Behandlung eines schwierigen Themas. Die Veranstalter denken bereits

über eine **Fortsetzung** nach. Das ist heftig zu begrüßen, denn viele Fragen sind noch nicht gestellt, geschweige denn beantwortet.

Dies ist, wie oben angemerkt, ein gekürzter Vorabdruck des Berichts über eine bemerkenswerte Veranstaltung in Köln. Wir empfehlen nachdrücklich die Lektüre der Langfassung im nächsten Heft der „**Sozialen Psychiatrie**“.

Einladung zum

13. Betreuungsgerichtstag

vom 12. – 14. November 2012 in Erkner

20 Jahre Betreuungsrecht – da geht noch mehr!

Selbstbestimmung achten – Selbständigkeit fördern!

Mit **Beiträgen** und **Arbeitsgruppen** von und mit:

Harald Herderich, Klaus Bästlein, Klaus Niel, Gisela Zenz, Joachim Homeyer-Broßat, Adrian Schmidt-Recla, Alex Bernhard, Barbara Dannhäuser, Wolf Crefeld, Heike Looser, Hans-Jürgen Schimke, Margret Osterfeld, Peter Rohrmoser, Uwe Harm, Rolf Marschner, Bernd Schulte, Karl-Heinz Zander, Andrea Diekmann, Margrit During, Ulrich Hellmann, Harald Herderich, Tino Hjelm-Madsen, Rainer Kalvaß, Margrit Kania, Thomas Klie, Reinhard Langholf, Catharina Rogalla, Guntram Platter, Arnd May, Brunhilde Ackermann, Michael Sandkühler und vielen anderen.

Dienstag, den 13. Nov. 2012: Mitgliederversammlung des Betreuungsgerichtstags

Weitere Informationen

Der Betreuungsgerichtstag e.V. im Internet: www.btg-ev.de

Geschäftsstelle: Kurt-Schumacher-Platz 9, 44787 Bochum, Tel. 0234 – 6406572

Recovery praktisch

Auch eine Kommentierung des Buches von Amering & Schmolke:
Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2007

Von Ilja Ruhl

Recovery ist in der deutschen gemeindepsychiatrischen Szene heute in aller Munde. Wobei hier differenziert werden sollte. Die bösen Zungen behaupten, es werde mal wieder eine neue Sau durchs Dorf gejagt, andere kritisieren am Recovery-Ansatz die fehlende Abgrenzung zu bereits bestehenden Konzepten wie z.B. Empowerment und sehen in ihm eher eine Zusammenfassung von zum Teil bereits etablierten Ideen, ergänzt um den Slogan „Gesundung ist möglich“. Nicht wegzudiskutieren ist die Tatsache, dass seit dem Erscheinen des Buchs von Amering und Schmolke „Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit“ die Recovery-Idee bei uns angekommen ist. Und sie wird ungeachtet mancher Unkenrufe von vielen Betroffenen und gemeindepsychiatrisch Tätigen begrüßt.

Abhängigkeit im Hilfesystem

Tatsächlich stellt sich aber nach der Begrüßung auch die Frage, wie Recovery in die Praxis umgesetzt werden kann und wie weit man diesen Neuling tatsächlich ins eigene Haus lassen möchte? Im Folgenden soll deswegen der Versuch unternommen werden, das Recovery-Konzept in eine praktisch anwendbare Form zu bringen. Ausgangspunkt ist dabei die Arbeit in einer psycho-sozialen Einrichtung mit dem Schwerpunkt auf Wohnangeboten, insbesondere das ambulant betreute Wohnen für psychisch erkrankte Menschen. Vor dem Hintergrund wachsender gemeindepsychiatrischer Strukturen und der „fürsorglichen Belagerung“ rückt die außerinstitutionelle Lebenswelt für jene psychisch erkrankte Menschen, die sich in einem professionalisierten Hilfesystem bewegen, meist in den Hintergrund. Den Zugang zu einer solchen selbstverständlichen Lebenswelt gilt es zu erleichtern, indem sich die Profis immer

wieder hinterfragen, inwieweit durch ihre Arbeit vermeidbare Abhängigkeiten vom gemeindepsychiatrischen Hilfesystem gefördert statt verringert werden. Über diese Gefahr sollte man sich mit den KlientInnen von Beginn der Zusammenarbeit an offen verständigen. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang das Erfragen von individuellen Bewältigungsformen auf Seiten der KlientInnen, um diese z.B. in die Hilfeplanung zu integrieren, damit sie über die Zeit nicht vergessen werden. Eine weitere Gefahr stellt die psychiatrische Fachlichkeit von MitarbeiterInnen dar, die diese, das sei unterstellt, immer im Dienste der KlientInnen einsetzen wollen. Diese Fachlichkeit kann aber bei allem guten Willen auch kontraproduktiv sein, kann den Blick verengt oder gar verstellen. Sie sollte immer unter der Prämisse in die Arbeit einfließen, das Spektrum der Möglichkeiten zu erweitern statt es einzuzugrenzen.

Einseitigkeiten entgegenwirken

Viele KlientInnen leiden unter der Selbststigmatisierung. Vorurteile und klischeehafte, vereinfachende Vorstellungen psychischer Erkrankung aber auch von einseitig biologischen Therapieverfahren werden in der Regel über viele Jahre internalisiert und kommen dann im Falle einer Krise neben den ohnehin neuen und beängstigenden Einschränkungen drastisch zum Tragen. Viele dieser Internalisierungen (z.B.: psychische Erkrankungen verlaufen immer chronisch, von diesen Menschen geht Gefahr aus) können nicht ohne weiteres abgelegt werden. Für KlientInnen kann es deshalb hilfreich sein, diese (Selbst-) Stigmatisierungen mit ihnen zu thematisieren und gemeinsam auch die Vorurteile auf Seiten der Profis zu hinterfragen. Hierzu gehört auch der kritische Umgang mit ungünstigen Prognosen und den mitunter fatalisti-

schen Vorstellungen vom Verlauf psychischer Erkrankungen. Werden diese nicht in die Arbeit übernommen, sondern durch den nicht naiv zu verstehenden Begriff der „Hoffnung“ ersetzt, ergeben sich neue Handlungsspielräume und Perspektiven.

Ressourcen und Möglichkeiten

Zentrales Thema von Recovery ist die Selbstwirksamkeit von psychisch erkrankten Menschen. Es stellt sich die Frage, wie in einer in diesem Zusammenhang paradoxen Situation (Wie kann ich selbstwirksam sein, wenn Sie mir helfen müssen?) Selbstwirksamkeit wahrgenommen werden kann. Hier kann es sich als hilfreich erweisen, regelmäßig, z.B. im Rahmen der Hilfeplanung, die individuellen, von professioneller Hilfe unabhängigen Bewältigungsmöglichkeiten zu erfragen. Diese können dann, das Einverständnis der KlientInnen vorausgesetzt, in einer „Liste der Möglichkeiten“ aufgenommen und anderen KlientInnen und MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt werden. Auch dürfte es sehr erhellend sein, KlientInnen in regelmäßigen Abständen auf die Selbsthilfe-Szene und andere psychosoziale Hilfsangebote anzusprechen. Die Erfahrung zeigt, dass MitarbeiterInnen auch am Wissen ihrer betreuten Personen partizipieren können. Vielleicht gibt es z.B. einen neuen niedergelassenen Psychiater, der tatsächlich verhandelt statt behandelt und von dem man noch nichts weiß. Andersherum kann bei der Beratung ausdrücklich auf die Angebote der Selbsthilfe und Peer-Organisationen hingewiesen werden. Zum Teil aus „good will“, z.T. aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks werden Unterstützungsleistungen in wohnbezogenen Angeboten erbracht, die die Abhängigkeit der KlientInnen vom Hilfesystem festigen statt Autonomie zu fördern. Hilfsangebote können deshalb immer unter der Leitfrage betrachtet werden, ob sie langfristig der Möglichkeit einer Verselbständigung im Wege stehen. Solche Hilfen sollten vor dem Hintergrund des Recovery-Gedankens möglichst nicht erbracht werden.

Ein Leitmotiv gemeindepsychiatrischer Arbeit ist die Stabilisierung psychisch erkrankter Menschen. Dieses Motiv wird aktuell mit dem Aufkommen der integrierten Versorgung sogar noch eher verstärkt, wird ihr Erfolg doch an der Vermeidung von Klinikaufenthalten gemessen. Der ständige Blick auf Stabilisierung kann aber zum Selbstzweck werden und damit letztlich der Gesundung oder Lebensqualität der KlientInnen im Wege stehen. Gemeindepsychiatrisch zu arbeiten kann deshalb auch bedeuten, Risiken nicht permanent vermeiden zu wollen.

Einbeziehung Betroffener

Eine wichtige – für manchen Profi vielleicht sogar revolutionäre – Idee ist die NutzerInnenbeteiligung. Wer Recovery ernst nimmt, kommt nicht umhin, darüber nachzudenken, Psychiatrieerfahrene einzustellen und in bestehende Betreuungsteams voll einzubinden. Die Vielzahl von gut besuchten EX-IN-Kursen, die gerade in verschiedenen Regionen entstehen, macht deutlich, dass von Seiten der Psychiatrieerfahrenen ein großes Interesse besteht. Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, die sich für Recovery begeistern, kommen also irgendwann an den Punkt, sich die Gretchenfrage zu stellen, ob Psychiatrieerfahrene auch als Profis anerkannt und eingestellt werden. Im Falle einer Bejahung dieser Frage hat sich ein MentorInnenprogramm bewährt, in dem neuen MitarbeiterInnen mit EX-IN-Abschluss regelmäßig erfahrene KollegInnen für Gespräche zu Verfügung stehen. Ein weiteres, sehr sensibles Recovery-Thema ist die Haltung bezüglich der psychopharmakologischen Behandlung. Aus der Perspektive von Recovery haben Menschen mit Psychiatrieerfahrung einerseits das Recht auf unabhängige Informationen über die Medikamente, die sie einnehmen. Andererseits finden zum Beispiel sowohl die Debatte über die mittlerweile zurückgenommenen Erwartungen an die atypischen Neuroleptika als auch die Diskussion um das Memorandum der DGSP zur Anwendung

von Antipsychotika unter Ausschluss vieler KlientInnen statt. Einrichtungen, die Recovery ernst nehmen, können ihren KlientInnen und MitarbeiterInnen z.B. in Form eines öffentlichen Internetzugangs und Linklisten oder ausleihbaren Büchern und Fachbeiträgen den Zugang zu unabhängigen Medikamenteninformationen ermöglichen. Die hieraus möglicherweise resultierenden Gespräche mit KlientInnen sind sicherlich nicht immer einfach, legen sie die Finger doch auch auf die Wunde der Hilflosigkeit der Professionellen in Bezug auf die Begrenztheit der medikamentösen Behandlung. Mitunter liegt dann der Fokus nicht auf der Frage, wie Symptomfreiheit erreicht werden kann, sondern was aus Sicht der KlientInnen ein befriedigendes, aktives und hoffnungsvolles Leben ausmacht. Bei der Beantwortung dieser Frage brauchen einige KlientInnen im Gespräch mit den behandelnden FachärztInnen unsere Unterstützung und Rückendeckung. Letztlich deckt sich die medikamentenkritische Haltung vieler KlientInnen mit derjenigen der Allgemeinbevölkerung. Amering und Schmolke formulieren in diesem Zusammenhang so schön treffend: „Leben muss man ja mit der Allgemeinheit, nicht mit dem psychiatrischen System“ (S. 70).

Ein weiterer Baustein des Recovery-Konzeptes ist die Öffentlichkeitsarbeit im Dienste der eigenen Sache. Diese muss nicht immer gelernt sein, kann dann aber oft mehr Wirkung entfalten. In vielen Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie gibt es Öffentlichkeitsbeauftragte, die z.B. in Schulungen interessierten KlientInnen Grundzüge der Public-Relations vermitteln können.

Amering und Schmolke beschreiben in „Recovery“ sehr eindrucksvoll die Wichtigkeit individueller Entstehungsmodelle für die Betroffenen. Die Medizin weiß bereits sehr viel über die Genese psychischer Erkrankungen, das meiste liegt aber nach wie vor im Dunkeln. Tatsache ist, dass es so viele verschiedene psychische Erkrankungen gibt wie von Ih-

nen Betroffene. Es spricht also in der Regel nichts dagegen, subjektive Erklärungen für psychische Erkrankungen zu respektieren.

Recovery als Motivationsquelle

Spannend ist die Recovery-Idee, Betroffene in die Forschung mit einzubinden. Nicht als Subjekte der Forschung, sondern als Akteure, die den Forschungsprozess mitbestimmen, ethische Grenzen aufzeigen und – wahrscheinlich die wichtigste Bereicherung – bisher unbekannte Aspekte und Fragestellungen einbringen. In vielen Studiengängen des Sozialwesens sind heute Praxisforschungsprojekte fester Bestandteil. Im Rahmen von Kooperationen mit (Fach-) Hochschulen können Arbeitsgruppen gebildet werden, in denen Psychiatrieerfahrene als gleichberechtigte MitarbeiterInnen auftreten.

Vielleicht gibt es Profis, die sich jetzt fragen, welchen Ertrag das Recovery-Konzept für sie haben wird: Es eröffnet ohne Zweifel neue Gestaltungsspielräume und Facetten der Zusammenarbeit, von denen alle Beteiligten einen Gewinn haben. Die Lektüre des Buches von Amering & Smolke bereichert und ist daher gerade auch all den Kolleginnen und Kollegen, die schon lange „im Geschäft“ sind, wärmstens zu empfehlen.

Impressum:

Herausgeber: Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
ViSdP: Stefan Corda-Zitzen, Viersen
Geschäftsstelle der RGSP beim Psychosozialen Trägerverein e.V.
Eichenstr. 105 – 109
42659 Solingen
Ansprechpartnerin: Gabi End
Vertreterin: Gabi Reimann
Montag bis Donnerstag 8.00 – 16.30
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr
Telefondurchwahl 0212-24821-20
Faxdurchwahl 0212-24821-55
rgsp@ptv-solingen.de
www.rgsp.de
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion bzw. des RGSP-Vorstandes wieder.

Der IdEE-Verein deckt die Karten auf

Eine politische Streitschrift der Vorsitzenden Bettina Jahnke

Bettina Jahnke hat als Journalistin einen EX-IN-Kurs in Köln absolviert, worüber schon im letzten Extrablatt berichtet wurde. Sie hat den Verein „Inklusion durch Experten aus Erfahrung“ mitgegründet und berichtet in diesem Beitrag über große Pläne

Ich bin ein Spieler, der seinen Mitspielern nur bedingt Freude bereitet. Weil am liebsten spiele ich mit offenen Karten. Als der Vorsitzende der RGSP anfragte, ob ich als Vorsitzende des IdEE-Vereins einen Artikel über meinen für seinen Verein schreiben könnte, war das eine etwas kuriose Situation. Immerhin ist Stefan Corda-Zitzen in der PHG Viersen mein Chef, und wir beide gehören zwei unterschiedlichen Lagern an, vorausgesetzt, man teilt die Welt der Sozialpsychiatrie in Profis, Angehörige und Erfahrene ein. Mit meinen politischen Ambitionen im IdEE-Vereins will ich nicht hinterm Berg halten. Wenn „mein“ Verein eines Tages in die Annalen der Psychiatriegeschichte eingeht, dann hoffentlich mit den Worten: Der IdEE-Verein hat eine auf EX-IN Grundsätzen basierende nutzergeleitete Recoverybewegung in Deutschland initiiert, die alle gesellschaftlichen Schichten umfasst. Bisher müssen wir IdEE-ler mit dieser Vision noch kleine Brötchen backen. Wir sind 23 Vereinsmitglieder und fast ausschließlich Quereinsteiger. Zugleich macht dies unsere besondere Stärke aus, denn unter uns finden sich u.a. Vertreter aus verschiedenen wissenschaftlichen Fachgebieten. Darüber hinaus dürfen wir einige überdurchschnittlich talentierte Lebenskünstler zu unserem Kreis zählen. Das ist eine gesunde Mischung, die vor Betriebsblindheit und Fachidiotentum schützt. Nicht zuletzt ist unsere Interdisziplinarität und gesellschaftliche Heterogenität eine solide Grundlage für Erfindungsreichtum, Unternehmensgeist und politische Wachsamkeit. Der IdEE-Verein betrachtet sich selbst als Joker in der Psychiatrie-

Landschaft, denn den IdEE-Verein gibt es eigentlich nur, weil es Anfang 2011 noch keinen EX-IN Verein gab. Als wir Absolventen des ersten EX-IN Kurses für NRW mit unserem Zertifikat damals in den Startlöchern standen, stellten wir „ausgezeichnet“ Genesungsbegleiter im vertrauten Erfahrungsaustausch fest: Wir hatten alle kalte Füße! Ausgerechnet wir, die Psychiatrie-Erfahrenen, sollten fortan als wundertätige Hoffnungsträger durch die Lande ziehen, um die Lehre von der Unheilbarkeit zu widerlegen, ein neues Berufsbild zu kreieren und wie beiläufig die verkrusteten Strukturen im psychiatrischen System aufzubrechen? Die Phase des Realitätsverlustes hatte ich nach meinem letzten psychotischen Schub glücklicherweise bereits überwunden, um in dieser Situation klar zu erkennen: Ungeachtet der vielen warmen Worte seitens der Profis bewegen wir EX-IN Genesungsbegleiter uns damals wie heute auf verdammtem dünnem Eis. Was also tun? Indem wir die EX-IN Methodik vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen anwendeten, lösten sich unsere Zweifel wie selbstverständlich in Wohlgefallen auf, denn die Lösung lag und liegt ja auf der Hand: Nachdem wir uns selbst gerade neu erfunden haben, brauchen wir lediglich lauter empowernde Angebote zu entwickeln, die solch reißenden Absatz finden, dass sich das System schließlich freiwillig transformiert. Jetzt müssen wir IdEEler dieser bestechenden Logik nur noch Taten folgen lassen. Als sich der IdEE-Verein Anfang 2011 gründete, war Inklusion gerade ein Schlagwort in der Szene. Gudrun Tönnies, Gründungsmitglied und EX-IN Trainerin, wusste das und schlug uns den Vereinsnamen vor: **Inklusion**

durch Experten aus Erfahrung. Damit erlangten wir einen Blick über unseren EX-IN Tellerrand hinaus, ohne dabei unsere Wurzeln zu verleugnen. Der IdEE-Verein ist kein exklusiver EX-IN Kreis, sondern steht allen Menschen offen, die sich im Bereich der sozialen Rehabilitation engagieren wollen, egal, ob sie nun ein EX-IN Zertifikat vorweisen können oder einen KFZ-Meistertitel. Um Vereinsmitglied zu werden, reicht eine EX-IN kompatible Haltung vollkommen aus. Erfahrungswissen ist in unseren Augen auch kein Monopol von Menschen mit psychiatrischer Diagnose. Erfahrungswissen als Quelle für Weisheit speist sich aus einem Bewusstseinswandel, der eine Sinn- und Lebenskrise in eine Wachstumskrise ummünzen kann. Das ist ein Ablöse- und Entwicklungsprozess, der sich nicht immer nur gut anfühlt. Im EX-IN Kurs haben wir in diesem Zusammenhang darum gerne von „Wachstumsschmerzen“ gesprochen. Die Energie, die in solchen Wachstumskrisen freigesetzt wird, will der IdEE-Verein nutzen, um neue Angebote, Konzepte und Pilotprojekte - entweder im Alleingang oder in Kooperation mit ganz unterschieden, ohne Aufstiegsmöglichkeiten oder Verhandlungsspielräume, und ungeachtet einer fachfremden Berufsqualifikation, möchten wir gerne Impulse zum Umdenken geben. Wenn sich Erfahrungswissen nachhaltig bezahlt machen soll, sollte man damit kein Lohn-dumping betreiben. Bei EX-IN begegnen sich Profis und Erfahrene auf Augenhöhe. Wenn einer von beiden diese Spielregel außer Kraft setzt, indem er zum Beispiel damit beginnt, systematisch Lehrbuchwissen über Erfahrungswissen zu stellen, gefährdet er damit die gesamte Recovery-

bewegung in Deutschland. Sollte hingegen der IdEE-Verein mit seinen neuen Angeboten Schule machen und uns die Klienten im psychiatrischen System irgendwann die Bude einrennen, weil sie auf ihrem Re-

coveryweg plötzlich ihre Entscheidungsmacht als Verbraucher ausspielen, muss sich mein Chef übrigens die geringsten Sorgen machen: Selbstverständlich wird der IdEE-Verein ihn dann sofort von der PHG Viersen als

Geschäftsführer abwerben. Ich glaube, damit liegen ziemlich alle Karten auf dem Tisch. Eine letzte Frage noch: Gibt es beim Pokern eigentlich einen Joker?

„Lieber Matz, Dein Papa hat ‚ne Meise“

Ein Vater schreibt Briefe über seine Zeit in der Psychiatrie

Besprechung des Buches von Sebastian Schlösser, erschienen im Ullstein-Verlag
samt Bericht von der Autorenlesung bei der RGSP-MV am 07.02.2012
von Eckhard Kleinlützum

„An die hundert Gäste trafen sich zur öffentlichen Mitgliederversammlung der RGSP, die am 7.2.2012

im Kiosk des Diakoniewerks Duisburg stattfand. Der wohl größte Teil dieser Gäste war ausschließlich wegen der angekündigten Autorenlesung gekommen.

Der jugendlich wirkende Autor liest zunächst mit geübter Stimme über seine Erlebnisse und Erfahrungen, die er mit seiner Erkrankung und dem psychiatrischen System gemacht hat; in einer kindgerechten Sprache – formuliert als Briefe für seinen achtjährigen Sohn - mutig, liebevoll und anrührend dargestellt.

In späteren Kapiteln geht es dann mehr um die Reflektion der Gründe für den freiwilligen Psychiatrie-Aufenthalt. So erfahren die Zuhörer nach und nach, wodurch der Autor glaubt, zum Psychiatriepatienten geworden zu sein. Er gilt als der Shootingstar der Theater-Szene, wird mit 27 Jahren Theaterregisseur am Hamburger Schauspielhaus. Er reist durch die ganze Republik und inszeniert ein Gastspiel nach dem anderen. Höher und höher steigt er auf, bis dieser Flug plötzlich durch eine bipolare Störung jäh beendet wird. Was ist passiert? Er arbeitet Tag und Nacht, ist durch nichts und niemanden zu bremsen. Alkohol ist sein ständiger Begleiter. Die hohe Anerkennung, die der Theaterbetrieb ihm zukom-

men lässt, reizt ihn zu immer extravaganteren Inszenierungen.

Schon sehr früh – eigentlich schon als Kind - bemerkt er, dass etwas bei ihm nicht stimmt, was er nicht in Worte fassen kann. Seine Achterbahngefühle versteht er nicht. Wie auch?

Freunde, Angehörige, Arbeitskollegen finden keinen Zugang mehr zu ihm. Sie suchen das Gespräch, werden verprellt, ziehen sich zurück. Es häufen sich die depressiven Phasen, die zu einer inneren Verkapselung führen, die ihn an Selbsttötung denken lassen. Schließlich bricht er zusammen und er lässt sich dazu bewegen, freiwillig in die Uni-Psychiatrie in Hamburg-Eppendorf zu gehen.

Damit ist der Bogen wieder gespannt zum Ausgangspunkt seiner Brief-Erzählung, dem Aufenthalt in der Psychiatrie. Was passiert einem Menschen, der freiwillig - gezwungenermaßen - in eine Irrenanstalt eingeliefert wird. Wie geht das vor sich, die „Meise“ zu bezwingen! Was wird aus dem tollen Gefühl in der Manie? Das alles beschreibt Schlösser auf wunderbare Art und Weise. Er findet eine kindgerechte Sprache, die sogar zu einigen herausragenden Wortschöpfungen führt. So ist die psychiatrische Klinik nicht nur die Klappe sondern auch Wolkenkuckucksheim, der Erzähler hat eine Meise und die Psychiater werden zu Meisendoktoren.

Es ist die große Stärke dieses Buches,

dass der Autor über die Einführung dieser Begriffe zu einer adäquaten niemanden verletzenden Sprache kommt, die es nicht zulässt, dass irgendjemand sich diskriminiert fühlen kann. Ebenso zeigt S. Schlösser sein tiefes Bedauern darüber auf, wie er seiner Frau, seinem Sohn und seinen Verwandten Verletzungen zugefügt hat.

Fazit: Ein hervorragendes Buch! Gerade in Zeiten, wo mit Hilfe von neu gegründeten Projekten in vielen psychiatrischen Einrichtungen erstmals das Schicksal der Kinder von Psychiatrie-Betroffenen zur Kenntnis genommen wird, ein sehr überzeugendes Erstlingswerk.

Der Autor hat übrigens mittlerweile ein Jurastudium abgeschlossen, hat seit einigen Jahren – aufgrund seiner regelmäßigen Medikamenteneinnahme - keine ernsthafte bipolare Erkrankung mehr erlebt und hat auch der Theater-Regie-Arbeit „Adieu“ gesagt. Er lebt mit seiner Frau und zwei Kindern als ziemlich normale Familie zusammen. Er sieht seine Zukunft in der Schriftstellerei. Leider ist dieses äußerst empfehlenswerte Buch nicht im Psychiatrie Verlag erschienen, sondern im Ullstein Buchverlag, Berlin, mindestens in 3. Auflage im Jahr 2011.