Leuchtfeuer

2015

Journal des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.

Ausgabe 19

© 2015 LVPE

Nachruf für Klaus Laupichler

* 6.2.1954 † 16.4.2015

»Mein Leben ist mit der Psychiatrie verbunden,
und so wird es bleiben.«
Klaus Laupichler

Am Donnerstag, 16. April 2015, ist Klaus Laupichler in Erkner bei Berlin gestorben. Sein Herz hörte auf zu schlagen während der Jahrestagung des Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe 2015 »Verantwortung in der Region übernehmen – Soziale Psychiatrie in Zeiten von Umbrüchen«.

Klaus Laupichler 1999 am Eisenmarkt in Köln neben der Bronzefigur von Willy Millowitsch

Bis zuletzt engagierte sich Klaus leidenschaftlich für eine andere, bessere und humanere Psychiatrie und für die Verbesserung der Heime. Er ging seinen kämpferischen Weg, der sich auch in der Tagung »Der Weg aus dem Heim – aber wie?« des Landesverband Psychiatrie Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. dokumentiert. Seine Themen waren nicht nur die Forderung höherer finanzieller Mittel; der nötige Idealismus einiger Mitarbeiter, die Krankheitseinsicht der Heimbewohner, der immer noch überhöhte Medikamenteneinsatz und die Verbesserung der persönlichen Situation der Heimbewohner waren ebenfalls seine Anliegen. In der zweiten Broschüre zur 2. Fachtagung: »Der Weg aus dem Heim – aber wie!?« von 2008 formulierte Klaus »18 Bitten und Hinweise« zum Gelingen eines Auszuges aus dem Heim. Das Thema besetzte er mit seiner Lebenserfahrung aus den Jahren in Studenten- und psychiatrischen Wohnheimen und seinen wohldurchdachten Folgerungen daraus.

Der LVPE RLP e.V. dankt dem in Suchthinsicht »trockenen« Klaus nicht nur für seine visionären »Schnapsideen«, sondern auch für die aktive Gestaltung der Tagung »Sucht und Psychose – Doppeldiagnose, die Herausforderung der Zukunft«. Hier hat er mit seiner Biographie das Innenleben eines süchtigen, psychisch kranken Menschen offengelegt. Dabei betonte er, dass ein Zivi – nicht ein hauptamtlicher Mitarbeiter des Heimes – ihn aus dem Teufelskreis Drogenkonsum – Psychische Probleme – Soziale Probleme begleitet hat. Der Erfahrungslogik von Klaus folgend, findet am 15. Mai 2015 in Nürtingen (Baden-Württemberg) in Kooperation mit dem Abstinenzverband Guttempler – unter der Schirmherrschaft von Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren – die erste gemeinsame Tagung zum Thema »Doppeldiagnose!? Sucht und Psyche – Was braucht der Mensch?« statt.

Leider kam es 2011 zu persönlichen Konflikten einiger Vorstandsmitglieder des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) mit Klaus und zu seinem Rauswurf aus dem Verband im Jahr darauf, und dies ungeachtet seiner Verdienste um den BPE und seines warmherzigen Umgangs mit den durch alle Raster gefallenen Menschen und des Kampfes für diese Menschen. Doch mit seiner feinfühligen und deutlichen Sprache und seiner großen Ausstrahlung nahm er Studierende und Seminarteilnehmer auf die Reise durch das Innenleben von als psychisch krank diagnostizierten Menschen mit. Diese sensible, charakterstarke und konsequente Art, für die Belange dieser von Menschen zu kämpfen, führte ihn nach der Trennung vom BPE e.V. in bundesweite Gremien, Tagungen, Verbände und Arbeitskreise, wo er als unaufgeregter und kompetenter Experte aus Erfahrung hoch geschätzt war.

Franz-Josef Wagner, 17. April 2015

Nachruf für Klaus Laupichler

Am 16. April 2015 ist Klaus Laupichler im Alter von gerade mal 61 Jahren nach einem Herzinfarkt gestorben. Er erlitt das Schicksal so vieler psychiatrischer Patienten: ein um durchschnittlich zwei Jahrzehnte verkürztes Leben aufgrund einer prekären Lebensweise und der damit verbundenen besonders schädlichen Psychopharmakawirkungen auf das Herz, andere Organe und den Stoffwechsel. Klaus' statistische Lebenserwartung lag bei 81 Jahren. Nicht gerade ein Spargeltarzan, wusste er um seine Gefährdung. Als wir uns anlässlich der DGSP-Jahrestagung in Bremen im November 2014 das letzte Mal sahen, sprachen wir über die Frage des Absetzens von Psychopharmaka und die enormen Risiken, die insbesondere mit Übergewicht einhergehen. Für Klaus kamen seine Bedenken zu spät.

Ich weiß nicht mehr, wann sich unsere Wege das erste Mal kreuzten. Ich weiß nur noch, dass von Anfang an Vertrautheit zwischen uns bestand, sicher gefördert durch unseren ähnlichen schwäbischen Dialekt. Es war vor allem die Klarheit, mit der er sprach, ebenso seine Warmherzigkeit, Bescheidenheit und Zugewandtheit. Auch als Mitglied im Gesamtvorstand des BPE hielt er sich nicht für einen Besserwisser, der anderen vorschreiben will, was sie zu denken haben. Und er war ein Dickschädel, der sich von niemanden mehr etwas vorschreiben lassen wollte. Ohne diese Festigkeit hätte er sicher nie den Weg geschafft aus einem Chronikerheim zurück in sein Leben. Dies nötigte mir großen Respekt ab. Bis heute lernte ich keinen anderen Psychiatriebetroffenen kennen, der aus dem Chronikerheim wieder rausgekommen war.

Seit 2009 arbeitete Klaus als Peer-to-Peer-Berater (*Betroffene beraten Betroffene*) am Klinikum Heidenheim. Es ist die einzige mir bekannte psychiatrische Einrichtung, die eine stationäre Unterstützung beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva anbietet.

Seine Dickschädeligkeit, die ihn vermutlich in die Psychiatrie, aber auch raus aus dem Heim geführt hatte, wurde Klaus auch im BPE zum Verhängnis. Er eignete sich nicht als Manövriermasse für Vorstandstaktiken. Irgendwann 2008 muss er ausgerastet sein und wilde Drohungen ausgestoßen haben – die Kehrseite so manch eines Mannes mit sanftem Gemüt, die reflektierten Psychiatriebetroffenen sicher bekannt ist. Doch obwohl sich Klaus für seine Entgleisung entschuldigte, die Drohungen seien niemals ernst gemeint gewesen, und seine Entschuldigung dankend angenommen wurde, sah er sich bei der BPE-Mitgliederversammlung im Oktober desselben Jahres in Kassel einer beispiellosen Attacke ausgesetzt; in einer vorbereiteten Flugblattaktion bei der Kandidatenvorstellung wurde er als unberechenbarer und aggressiver Mann dargestellt, mit dem man nicht zusammenarbeiten könne, so dass er kurzerhand seine Kandidatur zurückzog. Vier Jahre später nutzte der BPE-Vorstand die Chance, den Dickschädel komplett loszuwerden: Der BPE-Landesverband Baden-Württemberg, dessen Vorsitzender Klaus war, hatte eine Stellungnahme publiziert, die die Anwendung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie „bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit" und bei gleichzeitiger schwerwiegender Gesundheitsgefährdung als letztes Mittel rechtfertigte. Statt sich im Januar 2012 in einer Sitzung des BPE-Gesamtvorstands, der Klaus als Vertreter des baden-württembergischen Landesverbands beiwohnte, mit dieser verbreiteten Position, die letztlich die übliche psychiatrische Gewalt rechtfertigt, in konstruktiver Weise auseinanderzusetzen, ohne dass es zu einer Spaltung der Betroffenenbewegung kommt, interessierte Klaus' Meinung nicht mehr. Der Geschäftsführende Vorstand vollzog kurzerhand und ohne Gegenstimme seinen sofortigen Ausschluss.

Natürlich sei er, so Klaus später mir gegenüber, gegen Gewalt in der Psychiatrie. Ihm selbst habe die Zwangsunterbringung das Leben gerettet, mit der in seinem Fall freundlichen Behandlung sei eine Wende in seinem Leben eingetreten, zuvor sei es durch Obdachlosigkeit, Mangelernährung, Alkoholmissbrauch, Nikotinabhängigkeit, Hoffnungslosigkeit und Aggressivität bestimmt gewesen. Zwang könne deshalb manchmal auch hilfreich sein, so seine persönliche Erfahrung.

Von links: Reinhard Wojke, Klaus Laupichler, Margret Osterfeld, Franz-Josef Wagner und Peter Lehmann bei der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. („Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe"), Rathaus Schöneberg, Berlin, 6. November 2012

Nun ruht Klaus in Frieden. Im BPE wird weiter gezankt. Andere schütteln darüber vermutlich den Kopf, sofern diese Querelen überhaupt jemanden interessieren.

Viele Mitglieder haben den BPE seither verlassen. Das Fehlen von Klaus, nun unwiderruflich, tut besonders weh.

Peter Lehmann
Berlin, 14. Mai 2015

Nachruf für Astrid Steinmetz

***28.8.1952 - †8.7.2015**

„Das einzig Wichtige im Leben sind die Spuren von Liebe, die wir hinterlassen, wenn wir ungefragt weggehen und Abschied nehmen müssen."

Albert Schweitzer

In der zweiten Juliwoche erhielten wir die Nachricht, dass unsere Freundin und Mitstreiterin Astrid Mathilde Steinmetz von uns gegangen ist. Sie verstarb am Mittwoch den 8. Juli um 15.30 h nach kurzer und schwerer Erkrankung in einem Hospiz in Trier, in das sie sich nach einer Krankenhausbehandlung begeben hatte.

Und doch lebt Astrid weiter, denn sie hat Spuren hinterlassen, Spuren der Liebe und Spuren des Engagements für andere Menschen, insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Ihre positive Einstellung zum Leben, ihr Humor und ihr Lachen zogen viele in ihren Bann. Probleme löste sie mitfühlend und pragmatisch, wie sie war, mit Entschlusskraft und ihrem Humor. Sie scheute keine Diskussion und präsentierte einsichtige Argumente auch bei schwierigen Entscheidungen.

Astrid im Schrebergarten einer Freundin in Trier 2005

Trotz langer eigener psychischer Erkrankung ließ sie nicht in ihrem schon früh begonnenen Engagement für Gesellschaft und Psychiatrie-erfahrene nach.

Sie war seit Jahrzehnten Mitglied der Trierer SPD und betätigte sich bei allen Wahlen als Wahlhelferin in der Stadt Trier. Dabei war sie im Laufe der Jahre zeitweise auch Mitglied verschiedener Gremien der Partei.

Seit 13 Jahren war Astrid Steinmetz aktives Mitglied unseres Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen in Rheinland-Pfalz e.V. und seit der turbulenten Mitgliederversammlung vom 17. Mai 2013 auch Mitglied des Vorstandes mit den meisten erhaltenen Stimmen dieser Vorstandswahlen. Auch in dieser Funktion unterstützte sie den Landesverband; begleitete und unterstützte beispielsweise kritisch die Diskussion um die Trennung vom BPE. Sie vertrat die Psychiatrieerfahrenen im Fachausschuss Psychiatrie der LIGA und war seit 2012 Mitglied des Behindertenbeirates der Stadt Trier.

Besonders am Herzen lag ihr auch ihre ehrenamtliche Tätigkeit als Genesungsbegleiterin im Haus K im Klinikum des Mutterhauses der Borromäerinnen in Trier und die zwischenmenschliche Kommunikation zwischen den sogenannten Professionellen und uns Betroffenen. Sie setzte sich zu jederzeit für eine ausgleichende Kommunikation ein. Dabei schlug ihr Herz nicht nur für das Soziale der Gesellschaft, sondern auch für ein gemeinschaftliches Miteinander.

Astrid hat uns als Mensch mit ihrer freundlichen, empathischen, wertschätzenden und humorvollen Persönlichkeit und ihrem Engagement tief beeindruckt. Wir danken Astrid in dem Bewusstsein, dass viele ihrer Initiativen Spuren für uns und alle Betroffenen hinterlassen werden, Spuren des Mitgefühls, Spuren der Güte und Spuren der Liebe.

„Wir sind uns bewusst, dass das, was wir tun, nur ein Tropfen im Ozean ist. Aber gäbe es diesen Tropfen nicht, würde er im Ozean fehlen."

Mutter Teresa

Wir werden Astrids Tun als Tropfen in Erinnerung behalten, ohne den es keinen Ozean gäbe. Als dieser Tropfen wird sie weiterwirken, in uns und in anderen.

Der Vorstand des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz e.V., 14. Juli 2015

Inhaltsangabe I

Seite

Nachrufe für verdienstvolle Mitglieder 3

1) Vorworte

- Grußwort von Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler 12
- Redaktionsteam: Vorwort zur 19. Ausgabe des Journals „Leuchtfeuer“ 14

2) Schwerpunktthema

- Konflikte um die Eingliederungshilfe (Bernd Prezewowsky) 18
- Anforderungen personenzentrierter Arbeit (Bernd Prezewowsky) 21
- Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates zu „Wege zur Inklusion von Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in Rheinland-Pfalz“ vom 5.5.2015 23
- Deutsches Institut für Menschenrechte zur Staatenprüfung „Deutschland“ 31

3) Aus Vorstands- und Gremienarbeit

3.1) Stellungnahme des LVPE RLP e.V. zum Thema „Geschlossene Heime“

- Stellungnahme des LVPE RLP e.V. zu den tragischen Einzelfällen in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten Jahren“ anlässlich der 36. Sitzung des Landespsychiatriebeirates vom 4.11.2015 35
- Anfrage zur Situation der Menschen mit Behinderung in Wohnheimen im Land Rheinland-Pfalz vom 25.3.2015 36

Inhaltsangabe II

Seite

3.2) Internes

- Protokoll der 20. Mitgliederversammlung des LVPE RLP e.V **37**
- Haushaltsabrechnung 2014 (Tabellarischer Haushaltsplan) **43**
- Abrechnung des Haushaltes 2014 **45**
- Bericht der Kassenprüfung durch die AOK für das Jahr 2013 **49**
- Kooperative Mitarbeit am Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse! **50**
- Anfrage für ein „Ex-In-Projekt“ in Rheinland-Pfalz **52**

3.3) Externes

- Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung - Stellungnahme zum Handlungsfeld Gesundheit **53**
- 27.1.2015 in Andernach, Alzey und Klingenmünster **56**
- Ein Stein für Berlin **59**

4) Aufsätze und Vorträge von Mitgliedern

- Das Weddinger-Modell **62**
- Begrüßung der 1. Ausbildung von Ex-In-Teilnehmern des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. am 17.10.2014 in Kaiserslautern **66**
- Kurzvorstellung des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. anlässlich der 2. Regionalkonferenz in Trier am 23. Februar 2015 im Stadtmuseum Simeonstift (Vortrag wurde unterbrochen) **68**
- Ein Weg aus der Unheilbarkeit - Erfahrungen mit dem Recovery-Konzept **70**
- 40 Jahre Psychiatrie-Enquete aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen am 27.6.2015 in Stuttgart **74**
- Wege aus der Stigmatisierungsfalle – ein Projekt des Pfalzklinikums für ein Leben in Selbstachtung und Würde **80**
- Impulsreferat – Erfahrungen Betroffener mit der Doppeldiagnose. Sucht und Psyche (Guttempler am 15.5.2015 in Nürtingen) **84**
- Inklusion des Verbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. – contra Inklusion des Individuums
  - Betrachtung aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen **87**
- Psychisches Trauma - Traumaberatung und ihre Bedeutung für Betroffene **91**

Inhaltsangabe III

Seite

5) Überregionales

- Glück und Nüternheit! 97
- Lesermeinung zur Homepage 98
- Offener Brief an den „wissenschaftlichen Beirat der Psych. Pflege Heute“ Thieme Verlag 99
- Presseerklärung der Grünen zu „Bundesregierung vernachlässigt Versorgung psychisch kranker Menschen“ 100
- Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Reinhold Hasel 101

6) Impressum

1) Vorworte

Seite

- Grußwort von Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler **12**
- Redaktionsteam: Vorwort zur 17. Ausgabe des Journals „Leuchtfeuer“ **14**

Grußwort von Frau Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler für die aktuelle Ausgabe der Zeitschrift „Leuchtfeuer“ des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen RLP (Schwerpunkt der Ausgabe: Inklusion)

Mittendrin von Anfang an – das ist der inklusive Leitsatz der Landesregierung in Bezug auf die Politik für und mit Menschen mit Behinderung. Es ist notwendig, dass wir Barrieren erkennen und beseitigen. Dafür müssen wir ein Bewusstsein für diese in der Gesellschaft schaffen. Ich freue mich als Sozialministerin des Landes Rheinland-Pfalz deshalb besonders, dass sich diese Ausgabe des „Leuchtfeuers“ mit Inklusion und Teilhabe auseinandersetzt.

Inklusion meint, dass jeder Mensch vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben und sie mitgestalten kann – unabhängig von Alter und Geschlecht, individuellen Fähigkeiten, ethnischer wie sozialer Herkunft. Inklusion ist damit ein hohes Ideal, dem wir uns durch die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet haben, das wir aber im Alltag oft noch nicht verwirklicht haben.

Gerade psychisch kranke Menschen, deren Barrieren nicht auf den ersten Blick für Außenstehende sichtbar sind, werden häufig ausgegrenzt. Trotz der vielen Fortschritte, die wir gemeinsam in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz erreicht haben, wird Inklusion noch nicht umgesetzt. Inklusion darf sich nicht an unseren Vorstellungen von Normalität orientieren, sondern muss immer und zuallererst danach fragen, was die Betroffenen wünschen, welche Lebensziele sie verfolgen und wie sie dabei unterstützt werden können, diese auch zu erreichen. Das ist die Leitschnur unserer Politik für und mit Menschen mit sichtbaren oder unsichtbaren Behinderungen.

Seit Beginn der Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz, deren 20. Jubiläum wir dieses Jahr begehen, zählt der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. zu den wichtigsten sozialpsychiatrischen Partnern der Landesregierung. Wir werden uns außerdem – gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern – dafür einsetzen, dass die Empfehlungen zur Inklusion psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz, die im Mai diesen Jahres verabschiedet wurden und die in der aktuellen Ausgabe des „Leuchtfeuers“ abgedruckt sind, Früchte tragen, damit wir auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft ein weiteres Stück vorankommen.

Für die Landesregierung und für mich als Sozialministerin steht die Verwirklichung gesellschaftlicher Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung im Mittelpunkt einer Politik für und mit behinderten Menschen. Im Bewusstsein dieser Werte schreibt die Landesregierung aktuell den Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention fort.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe des „Leuchtfeuers“. Lassen Sie uns gemeinsam weiter an einer inklusiven Welt bauen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Arbeit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

Vorwort zur 19. Ausgabe des Fachjournal „Leuchtfeuer“

Nachdem Bischof Stephan Ackermann das Journal als Fachjournal bezeichnet hat, werden wir versuchen, dieser Auszeichnung gerecht zu werden und fachlich und politisch die letzten 12 Monate reflektieren. Wir haben seit November 2014 eine neue Ministerin, die in ihrem politischen Leben als Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005–2009) schon Erfahrungen mit psychiatrischen Themen hatte und für diese Ausgabe das Grußwort schrieb.

Was hat sich in den turbulenten 12 Monaten getan? Das Thema „Geschlossene Heime“ ist noch lange nicht abgeschlossen. Am 21.7.2014 übergaben wir dem Abteilungsleiter Herrn Scholten fünf Adressen mit geschlossener Heimunterbringung. Mittlerweile hat die LAG Selbsthilfe und der Behindertenrat von dieser Problematik Kenntnis erhalten, und wir haben am 25.3.2015 fünf Fragen zur Heimsituation an den Referatsleiter für „Grundsatzfragen der beruflichen Teilhabe, der Eingliederungshilfe und des Schwerbehindertenrechts“ formuliert – die Klärung erfolgt über das statistische Landesamt. Auch haben wir in der 36. Sitzung des Landespsychiatriebeirates eine Stellungnahme zu den tragischen Einzelfällen in der Allgemeinpsychiatrie (zwei Todesfälle durch Brand innerhalb von 14 Monaten) verlesen. Wir sehen in beiden Vorkommnissen Zusammenhänge und haben die Diskussion zu mehr Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Gemeindepsychiatrie angestoßen. Es geht nicht nur um Daten und Zahlen, es geht vor allem um Menschenrechte, auch und gerade für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Ein anderes Thema ist: Inklusion! Wir haben nicht nur eine Fachtagung zum Thema berufliche und soziale Teilhabe in 2015, sondern auch das Schwerpunktthema und das gesamte Fachjournal ist mit diesem Thema gespickt. In Kooperation mit der ApK beteiligen wir uns erstmals an einer Bestands- und Bedarfsananlyse, durch die Teilfinanzierung der Aktion Mensch konnten wir eine Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern anbieten und regten die Einstellung der Ex-Inler in den Sozialpsychiatrischen Diensten an. Bemerkenswert finden wir die Ehrung von Polizeioberkommissar Reinhold Hasel mit dem Bundesverdienstkreuz, nachdem er frühzeitig seine Beschäftigung aufgeben musste. Inklusion im Polizeidienst bei Ärzten, Psychologen, Beamten, Militär usw. sieht anders aus.

Das unsere Veröffentlichungen berücksichtigt werden, sieht man an der Homepage 2014 über 400 000 Seitenaufrufe, Nachfrage nach den Tagungsdokumentationen, dem Fachjournal und der Resonanz der Teilnehmern der Fachtagungen sowie dem Leserbrief von Elisabeth.

Das Redaktionsteam dankt allen Unterstützern des Journals und wünscht allen Lesern, Spaß, Freude und aufschlussreiche Texte beim Stöbern der Ausgabe 2015!!!

Das Redaktionsteam

2) Schwerpunktthema

Seite

- Konflikte um die Eingliederungshilfe (Bernd Prezewowsky) **18**
- Anforderungen personenzentrierter Arbeit (Bernd Prezewowsky) **21**
- Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates zu „Wege zur Inklusion von Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in Rheinland-Pfalz“ vom 5.5.2015 **23**
- Deutsches Institut für Menschenrechte zur Staatenprüfung „Deutschland“ **31**

April 2010

Zum Konflikt um die Eingliederungshilfe
Von Bernd Prezewowsky

Verfolgt man die aktuellen Auseinandersetzungen um die Zukunft der Eingliederungshilfe aus der Distanz, erschließt sich nur schwer, worum eigentlich genau gestritten wird. Je nach Standort und Perspektive werden munter verschiedenste Konflikt- und Interessenslinien in einen Topf geworfen. So unterstellt die öffentliche Verwaltung den Einrichtungsträgern, sich auf Kosten der Steuerzahler und der behinderten Menschen zu bereichern, während diese wiederum die Steuerung der Hilfen durch die öffentliche Seite mitunter als menschenverachtende Praxis brandmarken, mit der die behinderten Menschen von der Realisierung ihrer gesetzlichen Ansprüche abgeschreckt werden sollen.

Für die derzeitige desolate finanzielle Situation der Eingliederungshilfe wird implizit die jeweils andere Partei verantwortlich gemacht: Die Einrichtungen seien zu teuer und generierten den Bedarf, den sie mit ihren Hilfsangeboten decken wollen, im Wesentlichen selbst - so die öffentliche Seite. Die staatliche Steuerung der Hilfen sei inkompetent, bürokratisch und binde einen großen Teil der Finanzmittel - so die Seite der Einrichtungen.

Eine nachvollziehbare Analyse der verbindenden und trennenden Motive der beteiligten Akteure findet zugunsten mystifizierender Schuldzuschreibungen so gut wie nicht statt. Stattdessen wird von allen Seiten in Aktionen und Kampagnen gedacht, die vor den Augen einer imaginierten „Öffentlichkeit“ die Legitimität der eigenen Position sowie die Verwerflichkeit der Position der Gegenseite demonstrieren sollen.

Erlebt man solche Auseinandersetzungen in gruppendynamischen oder familientherapeutischen Settings, stößt der erfahrene Praktiker regelmäßig auf verdeckte oder tabuisierte Konflikte, die nur in Form von Ersatzhandlungen ausgetragen werden können - mit der Folge, dass die wahren Interessensunterschiede immer mehr verdeckt und die Eigendynamik der Konflikteskalation verstärkt werden - bis zu dem Punkt, an dem nicht mehr der ursprüngliche Interessenskonflikt, sondern die Person oder Partei des Konfliktpartners selbst als zu beseitigendes Problem fokussiert wird.

In der Therapie gibt es gewöhnlich nur einen Weg, aus dem Dilemma herauszukommen: Zurück zu den eigenen Motiven und denen der Konfliktpartner; Akzeptieren und Verstehen der Unterschiede in Auffassungen und Interessen; Übernahme der Verantwortung für die eigene Position und deren Folgen; schließlich die offene Auseinandersetzung auf gleicher Augenhöhe über Gemeinsamkeiten und Unterschiede.
Auf die Eingliederungshilfe gewendet, erscheint es notwendig, die Konfliktlinien zunächst präzise nach den zugrunde liegenden Interessen zu lokalisieren. Dabei fällt auf, das es sich um zumindest drei unterschiedliche Konfliktebenen mit jeweils eigenen Interessenslagen handelt, die nicht nur jede für sich hochkomplex sind, sondern auch untereinander auf komplexe Weise miteinander verschränkt sind. Welche Konfliktebenen sind das?

Die ordnungspolitische Konfliktebene
Die erste und augenfälligste Ebene ist die „ordnungspolitische“ Konfliktlage. Nach jahrzehntelanger Tradition der sozialstaatlichen Entwicklung, in der Art und Umfang der notwendigen Hilfen für Menschen mit Behinderungen und andere Bedürftige im Wesentlichen durch die Fachöffentlichkeit der Hilfeleister definiert wurde, erwuchs aus dem Druck der erschwerten ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts das Interesse an staatlicher und vor allem ökonomischer Steuerung der Wohlfahrtspflege. Nicht mehr die bedarfsgerechte Versorgung von hilfebedürftigen Menschen, sondern Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Steuerbarkeit der Hilfen waren die angestrebten Parameter. Damit einher ging eine diametral entgegengesetzte Gestaltung des Verhältnisses von öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege: Vom Korporatismus der Wachstumsgesellschaft zum Ökonomismus der globalisierten staatlichen Steuerungsverantwortung. Die Definitionshoheit dessen, was soziale Arbeit sei und wie sie qualitativ und quantitativ im Einzelfall einzusetzen sei, wanderte auf die Seite der staatlichen Steuerung. Von ihrer damit einhergehenden Entmachtung hat sich die freie Wohlfahrtpflege bis heute nicht erholt. Andererseits ist die öffentliche Seite bis heute den Nachweis schuldig geblieben, dass ihre Steuerungsmodelle zu einer passgenaueren Zuweisung und einer effizienteren, bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Organisation der notwendigen Hilfen führen könnten. Vielmehr zeigen sich die Steigerungsraten der sozialen Hilfen bislang unbeeindruckt von der seinerzeit so euphorisch begrüßten „neuen Steuerung“.

Seit diesem ordnungspolitischen Paradigmenwechsel der sozialen Arbeit ist das Verhältnis zwischen den Akteuren auf zweifache Weise gestört. Zum Einen konkurrieren sie immer noch um die Legitimation zur Definition der sozialen Arbeit: die freie Wohlfahrtspflege in dem schmerzlichen Bewusstsein, dass die „guten alten Zeiten“, in denen sie sich als Reparaturbetrieb für die sozialen Problemlagen der Gesellschaft legitimieren konnte, ein für alle Mal vorbei sind; die öffentliche Sozialverwaltung in der uneingestandenen Gewissheit, dass sie ihr Versprechen, durch verstärkte Steuerungsmacht ökonomisch und fachlich bessere sozialstaatliche Ergebnisse zu erzielen, nicht erfüllen konnte und auch künftig nicht wird erfüllen können.

Zum Anderen sind die Akteure aufgrund des systemimmanenten Widerspruchs der neuen Steuerung, nämlich einen „freien“ Wettbewerb auf der Angebotsseite zu initiieren und gleichzeitig die Nachfrageseite zu monopolisieren, in einen objektiven Interessensgegensatz gestellt, bei dem die vielbeschworenen „win-win-Situationen“ systembedingt unmöglich geworden sind. Jeder Vorteil der einen Seite, etwa ein ökonomischer Erfolg des Anbieters, bedeutet zwangsläufig den Misserfolg der anderen Seite, belegt mithin das Versagen der Steuerung auf der Nachfrageseite. Denn wo die Preisbildung nicht mehr im Wettbewerb, sondern nur unter Monopolbedingungen stattfinden kann, gibt das Spiel zwischen Angebot und Nachfrage keine Maßstäbe mehr für angemessene Preise. So werden in Ermangelung marktgerechter Kriterien hilfsweise genau die Referenzwerte wieder zum Maßstab der sog. „leistungsgerechten Entgelte“ gemacht, die man durch die Einführung des Wettbewerbs überwinden wollte, nämlich die Selbstkosten. Andererseits hat die Einführung von Marktprinzipien in die soziale Arbeit zwangsläufig die Entwicklung von sozialen Unternehmen befördert, die auf Gewinnmöglichkeiten angewiesen sind, um im Markt bestehen zu können.

Für das Verhältnis zwischen den sozialen Unternehmen und ihren Leistungsträgern bedeuten diese Bedingungen spieltheoretisch eine klassische „win-lose“-Situation. Gewinne auf der einen Seite werden gespeist durch Verluste der anderen Seite. Denkt man das gegenwärtige Modell ordnungspolitisch weiter, sind verschiedene Perspektiven denkbar:

> Die freie Wohlfahrtspflege geht allmählich im Kostenwettbewerb zugrunde; die öffentliche Wohlfahrtspflege übernimmt die Aufgaben der sozialen Arbeit selbst und löst so den System-Widerspruch zwischen Leistungsträger und Leistungsanbieter (und damit auch den die staatliche Steuerung legitimierenden Wettbewerb) auf.
> Die Anbieter sozialer Arbeit bilden ihrerseits eine Monopolstruktur und vereinbaren die Bedingungen ihres Engagements in Form eines Kartells. Auch damit würde der Wettbewerb faktisch aufgelöst.
> Die soziale Arbeit wird von keinem der beiden Akteure nach den gegenwärtigen Regeln weitergeführt. Stattdessen organisieren die betroffenen Menschen ihre Interessen und die notwendigen Hilfen selbst. Erhalten sie die Definitionsmacht über ihren qualitativen und quantitativen Hilfebedarf selbst und organisieren und koordinieren ihr Nachfrageverhalten, könnte sich ein Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern entwickeln, der auch eine marktorientierte Preisbildung ermöglichen würde.

Auf längere Sicht stehen die gegenwärtigen Leistungsträger und -anbieter also vor der Wahl, entweder zunächst den jeweils anderen, dann in der Folge sich selbst aufzulösen - oder gemeinsam ein neues ordnungspolitisches Koordinatensystem zu entwickeln, in dem die Steuerungsmacht über die sozialen Hilfen in die Hände der Betroffenen übergeht. Dazu müssten sie allerdings ihren Kampf um die Definitionshoheit der sozialen Hilfen beenden und diese gemeinsam den Hilfeempfängern antragen.

Die finanzpolitische Konfliktebene

Die oben angedeutete Perspektive löst natürlich sofort Widerspruch aus und wirkt naiv und unrealistisch - weniger, weil die Fachleute den Betroffenen nicht zutrauen würden, selbst zu entscheiden (oder durch ihre gesetzlichen Vertreter entscheiden zu lassen), was gut und sinnvoll für sie ist. Vielmehr wird sofort das Argument ins Feld geführt, dass die Ansprüche ins Unermessliche wachsen würden, wenn sie durch die Nutznießer selbst definiert würden. Außer Acht gelassen wird dabei allerdings, dass ja aus finanzpolitischer Sicht nicht nur die betroffenen Menschen mit Hilfebedarf Nutznießer der gesellschaftlichen Transferleistungen sind, sondern ebenso die Leistungserbringer und die Leistungsträger, also genau die Akteure, die derzeit das Feld der sozialen Arbeit definieren. Aus finanzpolitischer Sicht befinden sich dieselben Akteure, die sich ordnungspolitisch in den Haaren liegen, gemeinsam in einem Boot, gehen mithin gemeinsam unter oder erfüllen gemeinsam die gestellte Mission.

Die finanzpolitische Frage betrifft die Verteilung gesellschaftlichen Vermögens, also die Frage, wie viel Geld für die angemessene Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder sozialen Einschränkungen notwendig ist. Diese Frage ist in Deutschland bis heute mit einem Tabu belegt, das sich zum Teil aus der Geschichte und nicht zuletzt der Ermordung sog. „lebensunwerter“ Menschen mit Behinderungen im Nationalsozialismus erklären lässt. So gibt es bis heute keine gesetzlichen Begrenzungen des Anspruchs auf Teilhabeleistungen. Hier gilt absolut das Bedarfsdeckungsprinzip. Umso mehr Begrenzungen der Hilfeleistungen gibt es natürlich in der Praxis der Hilfegewährung, denn der implizite Widerspruch zwischen sozialpolitischem Anspruch und finanzpolitischen Zwängen ist nur durch systematisch wiederkehrende Einschränkungen oder gar Ablehnungen der individuellen Hilfeansprüche zu lösen.

Die Frage, welche und wie viele Transferleistungen für welche Personengruppen angemessen sind und wie das Austauschverhältnis zwischen transferleistenden und transferempfangenden gesellschaftlichen Gruppen zu gestalten ist, wurde das erste Mal im Rahmen der Hartz IV-Gesetzgebung für die von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen ernsthaft diskutiert. Wie wenig ausgewogen und rational diese gesellschaftliche Debatte geführt wurde, zeigt sich am deutlichsten daran, dass unlängst das Bundesverfassungsgericht die Bemessungsgrundlagen klären musste, die vorher im politischen Willensbildungsprozess zwar durchgesetzt, aber nicht stringent begründet werden konnten.

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen hat ein breiterer gesellschaftlicher Diskurs über den angemessenen Umfang und die Grenzen der notwendigen Transferleistungen

bisher nicht stattgefunden. Ebenso wenig wird eine offene und rationale Debatte über die gesellschaftlich bedeutsamen Rückflüsse von Menschen, die Transferleistungen erhalten, geführt. Die einseitige „Stigmatisierung“ von Menschen als hilfebedürftig sichert ihnen zwar einen beträchtlichen Anteil am materiellen gesellschaftlichen Vermögen. Dem gegenüber steht allerdings eine erhebliche Schwierigkeit für Menschen mit Handicaps, sich aktiv in die Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse einzubringen und als gesellschaftliche Subjekte zum Gemeinwohl beizutragen. Das mag auch damit zusammenhängen, dass es weniger konfliktträchtig erscheint, Menschen zu versorgen, als sich mit ihren Perspektiven, Interessen und gesellschaftlichen Zielen auseinanderzusetzen.

Immerhin stößt das Arrangement, nach dem die ökonomisch produktiven Teile der Gesellschaft bestimmen, wie sich die Gesamtgesellschaft zu entwickeln hat, und dafür die übrigen Gruppen durch finanzielle Transferleistungen entschädigen, an seine ökonomischen und sozialpolitischen Grenzen. Nicht zuletzt die zunehmende Verwischung der Grenzen zwischen „starken“ und „schwachen“ Gliedern der Gesellschaft erfordert eine neue Austarierung und umfassende Neujustierung der gesellschaftlichen Austausch- und Transferprozesse. Die Aushandlung, wer wofür welche Unterstützungsleistungen erhält und welche Gegenleistungen dafür zu erbringen sind, müssen vor dem Hintergrund begrenzter Mittel offen geführt werden. Dazu bedarf die Diskussion der Erweiterung, von der Fixierung auf die Umverteilung von Steuermitteln zur Diskussion und Organisation gesellschaftlicher Solidarität in Form von finanzieller, ideeller und praktischer gegenseitiger Unterstützung in sozialräumlich organisierten Gemeinwesen. Erst wenn die finanzpolitischen Fragen der sozialen Arbeit nicht mehr vorrangig über die Verteilung von Steuermitteln, sondern die Organisation gesellschaftlicher Austausch- und Unterstützungsprozesse geführt werden, haben auch Menschen mit Behinderungen die Chance, Teilhabe für sich selbst zu erleben und anderen zu ermöglichen.

Diese Diskussion braucht Impulse aus dem Kreis der für die sozialen Hilfen Verantwortlichen, sowohl aus dem öffentlichen wie dem frei-gemeinnützigen und privat-gewerblichen Bereich. Die im sozialen Sektor tätigen Akteure wären gut beraten, auf diesem Feld gemeinsam zu agieren, denn bei der finanzpolitischen Frage der Verteilung des gesellschaftlichen Vermögens können sie nur gemeinsam gewinnen oder verlieren.

Die gesellschaftspolitische Konfliktebene

Das gleiche gilt für die gesellschaftspolitische Dimension des Konflikts um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder sozialen Einschränkungen. Die gesellschaftspolitische Utopie der Inklusion bedeutet ja nicht nur für die Menschen mit Behinderung das Recht auf selbstverständliche Teilhabe an allen Feldern des gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens. Gleichzeitig bedeutet es für die übrigen, also die Menschen, die sich als nicht behindert verstehen, die Bereitschaft, gesellschaftliche Teilhabe nicht vorrangig über monetäre Transferleistungen zu gewähren, sondern diese in der alltäglichen Begegnung und Auseinandersetzung mit konkreten Menschen „hautnah“ zu erfahren.

Eine ernsthafte Diskussion, welche Veränderungsprozesse von den gesellschaftlichen Akteuren gefordert sind, wenn Inklusion zur Normalität gehört, hat bisher nicht stattgefunden. Die Anerkennung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung ist bisher von der breiten Öffentlichkeit kaum wahrgenommen worden. Sie in geltendes Recht und in gültige Praxis zu überführen, erfordert eine hohe Bereitschaft aller beteiligten gesellschaftlichen Akteure, sich auf neue Regeln der gegenseitigen Beziehungen und der Gestaltung von Gemeinwesen einzulassen.

Neben der formalrechtlichen Absicherung des Anspruchs auf Teilhabe braucht es ja vor allem lebendige Praxis mit ergebnisoffenen Experimenten im sozialräumlichen Miteinander, um aus dem Rechtsanspruch auf Inklusion eine selbstverständliche Alltagserfahrung zu machen. Insbesondere die Gestaltung von Konflikten, auch zwischen Menschen mit und Menschen ohne Behinderung, braucht Raum und Akzeptanz.

Für die Experten der sozialen Arbeit und der Sozialverwaltung tun sich hier Tätigkeitsfelder auf, die professionell zumindest genauso anspruchsvoll und umfangreich sind wie die bisherigen Betreuungs¬und Steuerungsaufgaben. Auch hier ist es notwendig, den Adressaten der Debatte, nämlich den Mainstream der Gesellschaft, gemeinsam und einheitlich anzusprechen und für das Projekt einer inklusiven Gesellschaft zu gewinnen.

Fazit

Gleicht man die Differenzierung der Konfliktlinien zur Eingliederungshilfe mit den aktuellen Debatten ab, stellt man immer wieder irritierende Vermischungen der verschiedenen Konfliktebenen fest. Sei es, dass sich die Akteure im Bereich der öffentlichen Steuerung als Agenten finanzpolitischer Positionen gerieren, sei es, dass die Einrichtungsträger die gesellschaftspolitische Herausforderung der Inklusion dadurch erledigen, dass sie in ihren Wohnheimen einen Tag der offenen Tür einführen - Verkürzungen und Instrumentalisierungen prägen die Debatten auf allen Seiten. Umso wichtiger erscheint eine Besinnung auf die gemeinsame Auftragslage von öffentlichen und freien Trägern sozialer Arbeit einerseits sowie die Akzentuierung unterschiedlicher Interessen.

Im Unterschied zur oben erwähnten familientherapeutischen Situation gibt es im Feld der Wohlfahrtspflege für keine Seite eine ernsthafte Option, die Beziehung zu verlassen; die Frage, wie ein Miteinander zu gestalten ist, wenn ein Gegeneinander keine Zukunft hat - wenn es den Akteuren gelingt, diese Frage miteinander zu klären, schaffen sie möglicherweise ein Modell für die Gestaltung von Inklusionsprozessen, die sich ja beide Seiten auf die jeweiligen Fahnen geschrieben haben.

Grundlagen personenzentrierter Arbeit

Von Bernd Prezewowsky

1. Wichtige Quellen

Für die Entwicklung der personenzentrierten Arbeit sind insbesondere drei Quellen bedeutsam:

Die UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen von 2006 (vom deutschen Bundestag verabschiedet 2008), die den Anspruch auf Inklusion und gleichberechtigte Teilhabe fundiert

Die „Ottawa-Charta" der Weltgesundheitsorganisation von 1986, die das Konzept der Salutogenese zum Ausgangspunkt von Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung nimmt. Die Entschließung des deutschen Bundesrates zur Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes aus 2013 zwecks Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, in dem die Schaffung eines personenzentrierten Leistungssystems gefordert wird, um die Menschen mit Behinderung aus dem „Fürsorgesystem" herauszuführen und ihre selbstbestimmte Teilhabe in den Mittelpunkt der Hilfen zu stellen.

2. Herausforderungen

Die derzeitige Situation der meisten Leistungsanbieter ist geprägt durch eine strukturelle Abhängigkeit von institutionellen Leistungen (Wohnheime, Werkstätten). Ambulante Hilfen und offene, gemeinwesenorientierte Angebote, die am ehesten in eine personenzentrierte Leistungsorganisation überführt werden könnten, sind derzeit unterfinanziert.

Die Umsetzung eines inklusionsorientierten und salutogenetischen Ansatzes setzt ein funktionelles Verständnis von Einschränkung und Behinderung voraus. Derzeit orientiert sich die Arbeit ganz überwiegend an medizinischen Diagnosen (ICD) und störungsspezifischen Zielgruppen, die die Personen in verschiedene Betreuungsklassen exkludieren. Eine integrierte Betrachtung der Ressourcen und Barrieren z.B. mit Hilfe der ICF und eine zielgruppenübergreifende Angebotsstruktur existieren derzeit faktisch nicht.

In der künftigen Umsetzung der UN BRK durch das zu erwartende Bundesteilhabegesetz werden personenzentrierte Hilfen zwar eine prominente Rolle spielen. Gleichwohl wird durch die Zielsetzungen der Kostenbegrenzung und die langen Übergangsfristen für die bestehenden Hilfesysteme die Entwicklung von bedarfsdeckenden ambulanten Strukturen nur begrenzt gelingen können. Neben den Chancen auf eine verbesserte gesellschaftliche Teilhabe verschärft sich die Gefahr einer Umverteilung von Ressourcen zugunsten vieler, vergleichsweise wenig eingeschränkter Menschen, die ihre Teilhabeleistungen in hoher Selbstverantwortung mitgestalten, aber zulasten der schwer eingeschränkten und derzeit mit hohem Aufwand institutionell versorgten Menschen, die den Anforderungen an Selbstbestimmung, Bedürfnisartikulation und Zielorientierung nicht entsprechen können oder wollen.

Die Widersprüchlichkeit der Anforderungen, einerseits gemeinwohlorientiert und bezogen auf die kommunalen Erfordernisse zu agieren, andererseits im Marktwettbewerb konkurrierender Anbieter zu bestehen, wird durch die absehbaren Veränderungen der Rahmenbedingungen eher steigen. Künftiges Wachstum wird es nur noch in Feldern geben, in denen die Anbieter sowohl bestehende kommunale Bedarfe decken als auch dieses zu wettbewerbsfähigen finanziellen und qualitativen Bedingungen anbieten können.

3. Orientierungen

Inklusion und Lebensweltorientierung können nur gelingen, wenn die Leistungen sich auf die jeweils vorhandenen kommunalen Bedingungen beziehen. Eine kommunale Leistungsorganisation und -Steuerung muss sich auch in den organisatorischen Strukturen der Anbieter abbilden: kommunale Ökonomie, sozialraumbezogenes Management, „so dezentral wie möglich, so zentral wie nötig".

Um personenzentrierte Leistungen zu stärken, bedarf es einer ausgewogenen Balance aus ambulant-lebensweltorientierten Leistungen und institutionellen Angeboten. Eine Reduzierung der Angebote auf rein ambulante Begleitungen im Sozialraum würde zu einer Verarmung desselben führen und die Gemeinwesen eher schwächen. Vielmehr müssen auch die institutionellen Hilfen eigene Entwicklungsperspektiven erarbeiten, mit denen sie ihre Rolle und Funktion im jeweiligen Sozialraum finden und ausfüllen können.

Die funktionelle Betrachtung von Gesundheit und Krankheit braucht auch eine funktionelle Betrachtung der Leistungsanbieter. Der Bestand der beteiligten Unternehmen ist demnach kein Selbstzweck, sondern leitet sich aus der Funktion ab, die sie im jeweiligen kommunalen oder gesundheitspolitischen Kontext erfüllen können. Anstelle der Abgrenzungen und institutionellen Identifikationen muss eine Identität als Netzwerk mit flexiblen Systemgrenzen treten, in dem auch die Grenzen der Unternehmen sich den fachlichen Erfordernissen anpassen.

4. Anforderungen

Bei den folgenden Anforderungen handelt es sich um Schlüsselqualifikationen für die Entwicklungeines personenzentrierten und lebensweltorientierten Leistungssystems.

Subjektorientierung:

Das Gegenüber wird als handelnde Person betrachtet, die ihre individuelle und gesellschaftliche Lage aktiv rezipiert und auf diese einwirkt. Der Arbeits-, Hilfe- und Genesungsprozess wird als eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen den beteiligten Subjekten konstituiert, welche ihre je eigenen und natürlicherweise voneinander abweichenden Weltauffassungen in einen gemeinsamen Suchprozess nach den subjektiv relevanten und geeigneten Verstehens- und Handlungsstrategien einbringen.

Lebenswelt- und Gemeinwesenorientierung:

Ausgangspunkt der Arbeit ist der Alltag des Gegenübers als subjektiv erlebte und gestaltete Wirklichkeit. Neben den individuellen Deutungsmustern und Handlungsstrategien, mit denen Bedeutsames vom weniger Bedeutsamen unterschieden wird, kommen den sozialen und materiellen Umgebungsbedingungen sowie der Art, wie diese für ein subjektiv gelingendes Leben genutzt werden,

zentrale Bedeutung zu. Lebenswelt- und gemeinwesenorientierte Arbeit nimmt sich immer der Beziehungen an, mit denen die Individuen ihre direkte soziale und materielle Umwelt beeinflussen und selbst von dieser beeinflusst werden. Als kritischer und der Entwicklung des Gemeinwesens als System gegenseitiger Unterstützung und Solidarität verpflichteter Akteur ist die Gemeinwesenarbeit stets selbst Element und Gestalter des Gemeinwesens. Sie respektiert die Bemühungen zur Alltagsbewältigung ihrer Klienten und Partner, engagiert sich aber gleichzeitig für die Beseitigung von Elend, Ungleichheit und Ausgrenzung.

Netzwerkorientierung
Im Unterschied zu hierarchischen und institutionalisierten Strukturen zeichnen sich Netzwerke dadurch aus, dass sich gleichberechtigte Partner auf freiwilliger Basis gegenseitig unterstützen. Das Engagement und die Organisation im Netzwerk erfolgt zweckrational und kontingent zu den individuellen Zielen der einzelnen Partner unter Nutzung größtmöglicher Flexibilität in der Zusammenarbeit. Im Fokus der Personenzentrierten Arbeit stehen sowohl die Netzwerkstrukturen der professionellen Akteure als auch die sozialen Netzwerke von Klienten und Bürgern. Gemeinsames Prinzip ist die funktionelle Orientierung der Arbeits-, Organisations- und Beziehungsstrukturen an den jeweils aktuellen Zielen und Bedürfnissen der Partner. Im Unterschied zur institutionellen Arbeit impliziert Netzwerkarbeit unterschiedliche Identitäten und Loyalitäten, je nachdem, in welchem der mitunter zahlreichen verschiedenen Netzwerke agiert wird. Netzwerke durchdringen einander und bilden ihrerseits Metanetzwerke, die das Handeln verschiedener Netzwerke für gemeinsame oder übergeordnete Zwecke dynamisch beeinflussen.

Gesundheitsorientierung (Salutogenese und Recovery)
Unter dem Gesichtspunkt der Salutogenese besteht psychische Gesundheit aus einem generellen Wohlbefinden, welches dadurch entsteht, dass Menschen ihre eigenen Fähigkeiten realisieren, normale Stressanforderungen bewältigen, produktive und fruchtbare Arbeit leisten sowie Beiträge zur Gemeinschaft erbringen können. Damit sind Kriterien genannt, an denen sich die Praxis messen und kritisch fortentwickeln lässt. In der Recovery-Forschung sind Faktoren benannt worden, die die Genesung fördern, vor allem Hoffnung, materielle und persönliche Sicherheit, unterstützende Beziehungen, Empowerment und Beteiligung, Bewältigung von Verlusterfahrungen und die Erfahrung von Bedeutung und Sinn.

Ressourcenorientierung
Ressourcen sind Potentiale, die eingesetzt werden, um Ziele, Motive oder Bedürfnisse zu realisieren oder Probleme und Aufgaben zu lösen. Ressourcenorientiert ist ein Vorgehen dann, wenn es sich auf die Aktivierung, Erweiterung oder Bereitstellung von Mitteln richtet, die das Gegenüber zur Realisierung seiner Vorstellungen benötigt. Um von dem traditionellen, eher fürsorgerisch orientierten Umgang zu einer ressourcenorientierten Arbeitsweise zu gelangen, braucht es eine konsequente Grundhaltung des Respekts vor und des Fokussierens auf die Kompetenzen und Potentiale des Gegenübers. Die Fähigkeit, umfassend sowohl persönliche als auch Umwelt-Ressourcen gemeinsam aufzuspüren, zu analysieren und zu aktualisieren, erfordert ein systematisches methodisches Vorgehen und den Einsatz von taxonomischen Instrumenten wie der ICF oder solchen aus der systemisch orientierten Verhaltenstherapie.

Selbst- und Mitbestimmung der Nutzer, Empowerment
In der personenzentrierten Leistungserbringung stehen stets die Bedürfnisse, Interessen und Perspektiven des Klienten im Mittelpunkt. Sowohl im individuellen Hilfeprozess als auch in der Entwicklung der Angebotsstruktur wird die Beteiligung der Klienten weiterentwickelt, so dass diese - analog zu den Tarifpartnern im Arbeitsleben - als gleichberechtigte Partner mit Entscheidungsmacht ausgestattet und in der Lage sind, ihre persönlichen und kollektiven Interessen wirksam zu verfolgen.

Trägerübergreifende integrierte Leistungen
Aufgrund der Zergliederung unserer sozialen Sicherungssysteme, der Differenzierung und Spezialisierung der Hilfsangebote sowie der Zunahme von komplexen Problemlagen sind einzelne Einrichtungen oder Dienste immer seltener in der Lage, den Unterstützungsbedarf ihrer Klienten aus eigener Kraft umfassend zu decken. Eine personenzentrierte Leistungssystematik zeichnet sich dadurch aus, dass der Unterstützungsbedarf der Klienten unabhängig von vorhandenen Angebotsstrukturen individuell erfasst wird und die Leistungserbringer genau diejenigen Teil- oder Komplexleistungen anbieten (und auch nur vergütet bekommen), die zur Erreichung der vereinbarten Ziele des Klienten geeignet sind. Das individuelle Teilhabemanagement greift dabei auf alle vorhandenen Leistungsansprüche des Klienten gegen Sozialleistungsträger zu. Es konzipiert einen Gesamtplan, der den gesamten individuellen Unterstützungsbedarf, die angestrebten individuellen Ziele sowie die einsetzbaren und die zu fördernden persönlichen Ressourcen abbildet. Zur Umsetzung des Plans bedient sich das Teilhabemanagement grundsätzlich aller im Sozialraum verfügbaren Ressourcen und koordiniert diese zu einer integrierten Komplexleistung.

Transparenz
Für die Steuerung des personenzentrierten Leistungsgeschehens ist es notwendig, vielfältige Informationen zu verarbeiten. Die Planung und der Einsatz von Ressourcen, persönliche, konzeptionelle und strategische Zielsetzungen und Interessen sowie ökonomische, fachliche und menschliche Voraussetzungen der beteiligten Akteure müssen bekannt sein, um ein vielfältiges Leistungsgeschehen zu etablieren, in dem sich die beteiligten Partner in gegenseitigem Vertrauen engagieren. Sowohl auf der Ebene des Managements von Finanzströmen als auch in der direkten Leistungserbringung müssen Verfahren gelernt und erprobt werden, die die Vorgehensweisen der einzelnen Akteure füreinander verstehbar und (konstruktiv) kritisierbar machen.

5. Ausblick

Damit die Umwandlung des Leistungssystems und die damit verbundene Idee einer inklusiven Bürgergesellschaft gelingen kann und nicht an Haushaltsproblemen, gesellschaftlichen Verteilungskämpfen oder anderen Partikularinteressen scheitert, braucht es starke und engagierte Partner auf allen Seiten: den Staat mit seinen Sozialleistungsträgern, die Einrichtungsträger und sozialen Dienstleistungsunternehmen sowie die Nutzerinnen und Nutzer der Hilfen. In welcher Rolle die Akteure auch auftreten und welche Interessen sie verfolgen: Sie sind immer auch Bürgerinnen und Bürger in ihren eigenen Lebenswelten und Gemeinwesen, ob sie nun gerade Hilfe benötigen oder diese anderen geben können.

Empfehlung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz „Wege zur Inklusion von Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in Rheinland-Pfalz“ - Aktueller Stand und Entwicklungsbedarf - verabschiedet auf der 37. Sitzung des Landespsychiatriebeirates am 5. Mai 2015 in Mainz

Präambel

Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben und sie mitgestalten kann, - und zwar von Anfang an, unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten, ethnischer wie sozialer Herkunft, des Geschlechts oder Alters. Die Idee der Inklusion zielt somit auf die menschliche Gemeinschaft insgesamt und ist dem Grunde nach keine „Veranstaltung“ für einzelne Personengruppen. Allerdings ist die Lebenswirklichkeit jedes einzelnen Menschen ganz unterschiedlich - und teilweise extrem - weit von diesem Ideal entfernt.

Im Fokus der rheinland-pfälzischen Psychiatriepolitik steht die Verbesserung der Situation chronisch psychisch kranker Menschen. Erste große Fortschritte brachte die Psychiatriereform, die in Rheinland-Pfalz Mitte der 1990er Jahre ihren Anfang nahm. Heute ist Rheinland-Pfalz der UN-Behindertenrechtskonvention und der dort verankerten Zielsetzung der Inklusion verpflichtet. Was bedeutet aber tatsächlich die Idee der Inklusion für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und ihre Lebenswirklichkeit?

Mit den vorliegenden Empfehlungen möchte der Landespsychiatriebeirat den Stand der Inklusion chronisch psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz beleuchten und Wege aufzeigen, wie vorhandene Barrieren (weiter) abgebaut werden können.

Zum Stand der Inklusion

Inklusion ist ein hoch gestecktes Ziel und Ideal!

Vor Beginn der Psychiatriereform waren chronisch psychisch kranke Menschen von diesem Ideal sehr weit entfernt. Ihre Behandlung und Unterbringung erfolgte in überbelegten und abgelegenen Großkliniken, in denen zu wenig und nicht ausreichend ausgebildetes Personal sowie ein vorherrschendes biochemisches Krankheitsverständnis die Therapiemöglichkeiten auf ein Minimum beschränkte. Fernab ihrer Heimat, meist ohne sinnvolle Beschäftigung und soziale Kontakte zur Außenwelt blieben die meisten bis zu ihrem Lebensende in diesen Großeinrichtungen.

Diese Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert. Heute gibt es in Rheinland-Pfalz ein flächendeckendes und damit wohnortnahes Netz an ambulanten und stationären Behandlungs- und Unterstützungsangeboten für chronisch psychisch kranke Menschen.

Die Landkreise und Städte nehmen ihre Verantwortung zur Planung und Koordinierung der psychiatrischen Hilfen ernst. In den Kommunen wurden flächendeckend sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, Psychiatriebeiräte und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften ins Leben gerufen und Stellen für Psychiatriekoordinatoren geschaffen. Heute gibt es in Rheinland-Pfalz insgesamt 42 Tagesstätten mit integrierter Kontaktstelle für chronisch psychisch kranke Menschen.

Das Land fördert diese Strukturen und deren Weiterentwicklung mit der gesetzlichen Verpflichtung, den Kommunen jährlich 0,52 € pro Einwohner zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen zur Verfügung zu stellen – insgesamt also rund 2 Mio. Euro im Jahr.

Einen großen Sprung nach vorn in Sachen Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung hat das persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen gebracht. Mittlerweile gibt es in Rheinland-Pfalz mehr als 5000 Menschen, die dieses persönliche Budget nutzen. Rund 40 Prozent von ihnen haben eine psychische Behinderung.

Die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker haben sich zu starken Partnern im Trialog entwickelt. Die landesweite Kooperation und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen ist stetig gewachsen, nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit in den Landesgremien.

Insgesamt hat sich in Rheinland-Pfalz in den letzten

zwei Jahrzehnten das Denken und Handeln in der Psychiatrie vom Institutionenbezug hin zum personenzentrierten Ansatz gewendet. Doch trotz dieser unübersehbaren Erfolge ist die Lebenssituation chronisch psychisch Kranker und ihrer Angehörigen noch längst nicht zufriedenstellend.

Inklusion wird manchmal missverstanden als Aufforderung, Normalität durch das Weglassen von Hilfsangeboten herzustellen. Eine solche Interpretation ist grundfalsch und wäre in ihren Auswirkungen fatal. Tatsächlich geht es darum, die Hilfen so zu gestalten, dass eine umfassende Teilhabe möglich wird. Inklusion erfordert demnach, dass die notwendigen Hilfen für alle Menschen mit Behinderungen in den Bereichen Behandlung, Wohnen, Arbeiten, Freizeit gewährleistet sind. Dabei muss sich die Ausgestaltung dieser Hilfen jedoch stärker als bisher am Normalisierungsprinzip orientieren. Sie muss weiterhin den Vorrang der Selbsthilfe gegenüber institutionellen Hilfen und der ambulanten gegenüber stationären Hilfen beherzigen. Inklusion erfordert darüber hinaus, den Fokus stärker als bisher auf „Empowerment und Recovery“ der Betroffenen und eine inklusionsorientierte Sozialraumentwicklung zu legen.

Im Bereich der Psychiatrie steht der Begriff des „Empowerment“ (Selbstbefähigung) für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben – sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene.

Recovery lässt sich mit Wiedergesundung übersetzen, bedeutet aber nicht einfach „die Krankheit loswerden“. Gemeint ist vielmehr eine ganz persönliche, individuelle Reise der Heilung und Veränderung, die einen Menschen mit psychischen Problemen dazu befähigt, ein sinnerfülltes Leben in einer Gemeinschaft seiner Wahl zu führen.

1. Ein Teil der Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung ist unzureichend versorgt

Weitgehend unversorgt sind diejenigen Menschen, die im Hilfesystem nicht bekannt sind, weil sie von sich aus keine Hilfe suchen können. Dies betrifft vor allem alte und sozial isolierte psychisch Erkrankte. Zu denken ist weiterhin an diejenigen Patientinnen und Patienten, die, beispielsweise aufgrund fehlenden Krankheitsbewusstseins, Hilfe ablehnen. Auch wenn einige dieser Menschen in ihrem Alltag (gut) zurechtkommen, steigt bei einem anderen Teil die Gefahr, dass sich sowohl ihre gesundheitliche Situation wie auch ihre Lebenssituation insgesamt verschlechtern. Die Folgen können gravierend sein bis hin zur akuten Selbstgefährdung, Obdachlosigkeit oder - im Falle fremdgefährdenden Verhaltens - zur Begehung von Straftaten und anschließender Unterbringung im Maßregelvollzug.

Aber auch im Hilfesystem bekannte Menschen sind teilweise nur unzureichend versorgt. Dies trifft umso eher zu, je komplexer ihr Hilfe- und Unterstützungsbedarf ist, etwa bei Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen, Menschen mit Lernbehinderungen und psychiatrischer Erkrankung; psychisch erkrankten Migrantinnen und Migranten und traumatisierten Flüchtlingen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Unterschiedliche fachliche und finanzielle Zuständigkeiten mit entsprechenden Schnittstellenproblemen und mangelndes Wissen um die besonderen Problemlagen spielen eine wichtige Rolle.

Außerdem laufen speziell Menschen mit (potenziell) fremdgefährdenden Verhaltensweisen Gefahr, unversorgt zu bleiben oder zumindest keine gemeindenahen Wohnangebote zu erhalten. Es kommt im Einzelfall sogar vor, dass ihnen während ihres Aufenthaltes in der Akutpsychiatrie der Heimplatz gekündigt wird. Solche Entwicklungen hängen damit zusammen, dass - anders als in der Krankenhausversorgung - die Versorgungsverpflichtung im komplementären Bereich noch nicht flächendeckend realisiert wurde.

2. Ein Teil der Menschen muss sich noch immer an bestehende Angebote anpassen – es fehlt an personen- und lebensfeldzentrierter Unterstützung

Weniger aus der Versorgungsforschung (an der es mangelt), als vielmehr aus Gesprächen und anekdotischen Berichten wissen wir, welche Kriterien psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen an eine gute Behandlung und Unterstützung anlegen: Die Behandlung soll möglichst nahe am Lebensumfeld (wenn möglich ambulant oder zu Hause), unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien und anderer Bezugspersonen, zuverlässig und flexibel (vor allem in Krisensituationen) erfolgen. Sie soll – auch in scheinbar „aussichtslosen“ Fällen – Hoffnung vermitteln und die Ressourcen der Erkrankten und ihrer Angehörigen stärken.

Gewünscht wird eine subjektorientierte Psychiatrie, die die Selbstbefähigung (Empowerment) der Betroffenen stärkt und damit Selbstbestimmung (wieder) möglich macht. Eine solche subjektorientierte Psychiatrie erfordert es, dass Betroffene und Professionelle die Wünsche und Bedarfe der Betroffenen gemeinsam erkunden und Hilfsangebote entsprechend individuell gestalten. Dafür ist es notwendig, auch und vor allem die Fähigkeiten (und nicht primär die Defizite) der betroffenen Menschen wahrzunehmen, zu würdigen und zu fördern.

Obwohl viele der in der psychiatrischen Versorgung beschäftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Kriterien verinnerlicht haben und umzusetzen suchen, sind die bestehenden Rahmenbedingungen hierfür nicht förderlich. Der Schwerpunkt der Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Menschen liegt heute noch immer im stationären und nicht im ambulanten Sektor. Das gilt für die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung ebenso wie für das Wohnen.

So gibt es im Bereich des SGB V in Rheinland-Pfalz derzeit nur einen IV-Vertrag (§ 140a SGB V ff.), der eine sektorenübergreifende und damit lebensfeldzentrierte Behandlung explizit vorsieht. Dieses alternative Versorgungs- und Finanzierungsmodell ist in seiner Wirkung eng begrenzt, da es ausschließlich von einer Krankenkasse getragen wird und nur für den Personenkreis der Psychoseerkrankten ausgelegt ist.

Die ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie sind nur rudimentär - und bei weitem nicht flächendeckend - realisiert. Dies liegt u.a. an verschiedenen administrativen Hürden, die Leistungserbringer davon abhalten, diese ambulanten Behandlungsformen anzubieten.

Gerade chronisch psychisch Kranke müssen oft lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung in Kauf nehmen. Nur wenige haben Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung, etwa auch zur Bewältigung und Vorbeugung von Krisen.

Ohnehin ist die niedrigschwellige Krisenversorgung oft unzureichend; Krise bedeutet deshalb zu oft Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus.

Aus Sicht eines Teils der Betroffenen findet außerdem (medikamentöse) Zwangsbehandlung zu häufig statt und fehlt es an (personalintensiven) Alternativen zur Krankenhausbehandlung (z.B. Home-Treatment, Krisenpensionen).

Auch im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB XII) gibt es Hemmnisse, die einer lebensfeldzentrierten Unterstützung entgegenstehen. Es fehlt an einer flächendeckenden Versorgungsverpflichtung im komplementären Bereich. Trotz einer landesweiten gemeinsamen Vereinbarung zum Teilhabeplan und Teilhabeverfahren wird beides in den einzelnen Kommunen ganz unterschiedlich gehandhabt mit teilweise unbefriedigenden Ergebnissen für die daran Beteiligten. Ein besonders schwieriges und kontroverses Thema ist hierbei die Zuständigkeit für die Teilhabeplanung. Gerade bei psychisch kranken Menschen ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit neben der fachlichen Kompetenz und tiefergehenden Kenntnis der gesamten Lebenssituation der Betroffenen erforderlich, um einen Teilhabeplan zu erstellen, der den Bedarfen der Betroffenen gerecht wird. Dies ist jedoch nicht immer gewährleistet.

Bisher ist es auch noch nicht gelungen, Wohnheimplätze abzubauen. Obwohl die Anzahl der Menschen in ambulanten Wohnformen in den letzten Jahren in RLP stark zugenommen hat, ist die Anzahl der Menschen, die in Heimen leben, nicht gesunken.

Für alle Bereiche (SGB V, SGB XII) gilt, dass sich die Betroffenen und ihre Angehörigen weitgehend an bestehende Angebote anpassen und die Übergänge zwischen den Institutionen teilweise mühevoll selbst organisieren müssen. Die Fragmentierung des Versorgungs- und Finanzierungssystems und die daraus resultierende Zerstückelung des therapeutischen, rehabilitativen und komplementären Leistungsgeschehens führt häufig dazu, dass kostbare Zeit in Abgrenzungsdisputen und „Verschiebebahnhöfen“ verloren geht.

3. Es fehlt an Arbeit und sinnstiftender Beschäftigung

Das „Tätigsein für andere“ ist eine wichtige Quelle für Zufriedenheit und Lebensqualität. Dies bedeutet keineswegs allein „Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt“. Dennoch kommt der (unterstützten) Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die wichtigste Rolle zu, da sie häufig mit einem auskömmlichen Einkommen, Tagesstruktur, sozialen Kontakten, Anerkennung und vielem mehr einhergeht. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt haben jedoch lediglich 10 Prozent der Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Dieser Mangel wird sowohl von den Psychiatrie-Erfahrenen wie auch ihren Familien als eines der größten Defizite bewertet.

Ein größerer Teil der chronisch Kranken geht entweder einer Beschäftigung auf dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt oder in einer WfbM nach oder besucht eine Tagesstätte. Allerdings ist für einige Menschen auch die Hürde der „Werkstattfähigkeit“ zu hoch mit dem Ergebnis, dass sie selbst von dieser Beschäftigungsform ausgeschlossen sind. Bisher gibt es erst sehr wenige Zuverdienstprojekte mit Arbeitszeiten- und -bedingungen, die sich den Fähigkeiten der Betroffenen individuell anpassen lassen.

Zwar können Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen zur Berufsbildung- und -förderung zu einem Sprungbrett in den allgemeinen Arbeitsmarkt werden, allzu oft gelingt dieser Schritt jedoch nicht. Der Besuch einer WfbM oder Tagestätte ist für viele chronisch Kranken auch deshalb wichtig, weil sie dort neben der Beschäftigung auch Wärme, Schutz und eine Tagesstruktur finden. Viele chronisch Erkrankte empfinden das Leben in diesen Sonderwelten aber auch als stigmatisierend und unbefriedigend. Sie sehnen sich nach „normalen“ Kontakten, Freunden und Bekannten, sie sehnen sich vor allem nach einer sinnstiftenden Tätigkeit, z.B. auch in Form von ehrenamtlicher Arbeit. Auf der anderen Seite haben einige Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zunehmend das Problem, überhaupt eine Beschäftigung zu finden.

4. Chronisch psychisch kranke Menschen sind in umfassender Weise von Exklusion bedroht

„Ich gehe zur Arbeit und kann von meiner Arbeit leben“. In dieser Situation ist nur ein kleiner Teil der chronisch Kranken, die Mehrheit ist auf Transferzahlungen angewiesen und bewegt sich an der Armutsgrenze. Dies führt dazu, dass chronisch Kranke auch ein höheres Risiko tragen, erheblich verschuldet zu sein. Es führt auch dazu, dass sie es schwer haben, bezahlbaren Wohnraum in akzeptablen Wohnlagen zu finden. Aus diesem Grunde sind sie oft gezwungen, in der Peripherie von Städten oder in „sozialen Brennpunkten“ zu leben. Dies bedeutet wiederum, dass die ihnen zugängliche kommunale Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten, Treffpunkte, Bildungsangebote etc.) begrenzt ist. Oft haben chronisch Erkrankte auch Mietrückstände und laufen damit Gefahr, ihre Wohnung zu verlieren. Die Mehrheit der Wohnsitzlosen ist psychisch krank.

Schließlich begrenzt der finanzielle Mangel generell die Möglichkeiten der Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben. Damit sind nicht nur die Einschränkungen in der eigenen Freizeitgestaltung (Theater-, Kino- oder Restaurantbesuche, Urlaub etc.) gemeint, sondern auch die Einschränkung von gemeinsamen Aktivitäten mit anderen.

Chronisch psychisch erkrankte Menschen sehen sich nach wie vor Vorurteilen und Vorbehalten ihrer Mitmenschen gegenüber. Trotz der Zunahme von Wissen über psychische Erkrankungen (nicht zuletzt durch die Aufklärungsarbeit der letzten Jahrzehnte) sind diskriminierende Einstellungen kaum zurückgegangen. Besonders stark sind die Vorbehalte immer noch gegenüber Menschen, die an schizophrenen Erkrankungen leiden. Die Auswirkungen dieser Vorurteile sind vielfältig und schwerwiegend, da sie nahezu alle Lebensbereiche berühren und die dort bereits bestehenden Barrieren weiter verstärken.

Viele chronisch psychisch kranke Menschen leben nach wie vor in stationären Wohnformen. Diese Lebensform bietet einerseits die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, birgt jedoch andererseits auch das Risiko einer erneuten Ausgrenzung und damit Stigmatisierung, zumal häufig auch alle anderen Lebensbereiche wie die Gestaltung des Tagesablaufs sich im System der Psychiatrie abspielen. Andererseits bedeutet auch das Leben in der eigenen Wohnung nicht automatisch Inklusion.

Empfehlungen

Selbsthilfekräfte der Betroffenen und der Angehörigen stärken

Inklusion setzt voraus, dass Betroffene die Selbstbefähigung (zurück)gewinnen, ihr Leben (wieder) selbst in die Hand nehmen und eigene Lebensentwürfe verfolgen. Der Förderung von Empowerment auf allen Ebenen kommt daher oberste Priorität zu. Zu unterscheiden sind (1) die individuelle, (2) die gruppenbezogene und (3) die strukturelle Ebene. Mit der ersten Ebene sind Prozesse gemeint, in denen Menschen beginnen, ihr Leben wieder selbst zu gestalten. Sie hierbei zu unterstützen, muss das Ziel jeglicher Behandlung und Unterstützung sein. Daher soll sich alle Hilfe an den Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen und nicht primär an ihren Defiziten orientieren. Die Konzepte zur Förderung von „Recovery“ und „Empowerment“ sollten von allen in der psychiatrischen Versorgung Tätigen verinnerlicht und nach Kräften umgesetzt werden. Psychiatrie-Erfahrene als Genesungsbegleiter in der Gemeinde und in den Kliniken können hier wertvolle Unterstützung leisten und sind viel stärker als bisher in die Versorgungspraxis einzubeziehen.

Gruppenbezogene Empowerment-Prozesse meinen die Selbstbefähigung auf der Ebene von Gemeinschaften Betroffener, in Selbsthilfegruppen sowie auf der Ebene von Beiräten, Werkstatträten. Die dritte, strukturelle Ebene bezieht sich auf die Selbstbefähigung zur Gestaltung und Veränderung von Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Leben der Betroffenen haben. Die gruppenbezogene und die strukturelle Ebene können zum einen durch die materielle und ideelle Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen (Landesverbände, lokale Selbsthilfegruppen) der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gestärkt werden. Um hierbei alle Generationen zu erreichen, sollten auch neue Formen der Beteiligung unter Nutzung der neuen Medien erprobt und gefördert werden. Ebenso wichtig ist es, dass der Trialog landesweit und flächendeckend in allen psychiatrischen Gremien gepflegt wird, also u.a. in den kommunalen Psychiatriebeiräten, im Landespsychiatriebeirat, den Besuchskommissionen. Der Trialog ist die Voraussetzung dafür, dass Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene ihre Stimme und ihren Einfluss geltend machen, um auf bestehende Defizite hinzuweisen und an der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen mitzuwirken.

Vor dem Hintergrund des angestrebten Empowerments der Betroffenen ist die derzeitige Praxis der gesetzlichen Betreuung kritisch zu beleuchten. Das betrifft zunächst den starken Anstieg der Betreuungen (bundesweit: Verdreifachung in den letzten 20 Jahren). Erfahrungsberichte zeigen auch, wie schwer es ist, eine einmal eingerichtete Betreuung wieder abzuschaffen. Betroffene sehen es weiterhin als problematisch an, dass nicht alle gesetzlichen Betreuer ausreichend Zeit für die Betreuung ihrer Klienten aufwenden und dass Mindestanforderungen für die Ausbildung von gesetzlichen Betreuern fehlen. Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung wie auch ihre Fortdauer muss daher in jedem Einzelfall einer strengen Prüfung unterzogen werden. Gesetzliche Betreuer müssen entsprechend qualifiziert sein und dürfen nur eine überschaubare Anzahl von Menschen betreuen, um ihrer verantwortungsvollen Aufgabe gerecht zu werden und das Empowerment ihrer Klienten zu fördern.

Wenn ein Familienmitglied schwer psychisch erkrankt trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Die Förderung der Selbsthilfekräfte der Angehörigen ist deshalb von großer Bedeutung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfsangebote vor Ort. Im Behandlungsprozess müssen Familien von den in der Psychiatrie Tätigen als gleichberechtigte Partner wahr- und ernstgenommen werden, was u.a. voraussetzt, dass ihr Wissen um ihre Angehörigen und ihre umfangreichen und vielfältigen - oft jahrzehntelang erbrachten - Leistungen Anerkennung finden. Familien benötigen außerdem ganz praktische Unterstützung und Entlastung im Alltag, in vielen Fällen auch finanzielle Unterstützung und - nicht zuletzt - ein verständnisvolles und hilfsbereites Umfeld.

Anwaltschaft für die Schwächsten übernehmen

Obwohl das Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Verbreitung in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, bestehen nach wie vor Vorurteile, Vorbehalte und Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zwar besonders gegenüber psychotisch erkrankten Menschen. Diese Vorbehalte werden durch eine tendenziöse Berichterstattung in den Medien verstärkt.

Die Aufklärung über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten tun deshalb genauso Not wie die Förderung persönlicher Begegnungen mit psychisch kranken Menschen. Es ist mittlerweile erwiesen, dass Antistigmatisierungskampagnen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie den direkten Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen herstellen und einen interaktiven Austausch ermöglichen. Offenbar lassen sich Vor- und Fehlurteile am ehesten durch persönliches Erleben korrigieren. Ein besonders gutes und erprobtes Beispiel sind Schulprojekte (Psychiatrie-Erfahrene erzählen ihre Geschichte und kommen ins Gespräch mit Schülerinnen und Schülern), Psychose Seminare und Veranstaltungen wie „Der Weg aus dem Heim – aber wie?“, die der LVPE in Rheinland-Pfalz realisiert hat.

Anwaltschaft für die Schwächsten zu übernehmen, bedeutet aber vor allem auch, chronisch Kranke und ihre Familien in ihren berechtigten politischen, gesetzlichen und finanziellen Interessen zu unterstützen. Ein gutes Beispiel sind die derzeit noch drohenden negativen Auswirkungen auf Schwerstkranke die im neuen Psychiatrieentgeltsystem in Folge der geplanten degressiven Vergütung angelegt sind und die es zu verhindern gilt.
Notwendig ist auch die Förderung einer – von der Pharmaindustrie unabhängigen – Versorgungsforschung z. B. durch die öffentliche Hand (Bund, Län-

der, Universitäten, Stiftungen etc.), die vor allem auch sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungssysteme evaluiert und speziell die Lebenssituation chronisch psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf, wie etwa psychisch kranker Wohnungsloser, in den Blick nimmt.
Ebenso wird die Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen und/ oder der Einbezug Psychiatrie-Erfahrener in Ethikkommissionen angemahnt.

Lebensfeldzentrierte, integrierte Behandlung und Unterstützung
Sektorübergreifende, lebensnahe Formen der Behandlung und Unterstützung müssen in viel größerem Ausmaß als bisher erprobt und umgesetzt werden. Ein Wechsel zwischen Zuhausebehandlung, ambulanter Behandlung, Tagesklinik und vollstationärer Behandlung muss ohne negative finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer allein gemäß den Bedarfen der Patientinnen und Patienten erfolgen können. Das setzt voraus, dass die Leistungserbringer mit den Krankenkassen entsprechende Verträge über solche sektorübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsformen schließen. Noch besser wäre es, wenn nicht nur die Behandlung sektorübergreifend erfolgt, sondern auch die notwendigen Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII umfasst sind. Das würde ein sektorübergreifendes und alle Leistungen integrierendes Regionalbudget voraussetzen, in dem alle Anbieter verlässlich zum Wohl der Klienten zusammenarbeiten.
Notwendig ist außerdem eine Anpassung der Rechtsgrundlagen zur adäquaten Vergütung der Angehörigen (mit)betreuung und der Vergütung von Psychiatrie-Erfahrenen im stationären, ambulanten und komplementären Bereich.

Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege müssen endlich allen chronisch Erkrankten zugänglich gemacht werden. Hierzu wären eine Überprüfung der Vergütungssituation und eine möglichst weitgehende Entbürokratisierung des Soziotherapie-Antragsverfahren erforderlich. Die bestehenden aufsuchenden Dienste (Sozialpsychiatrische Dienste und aufsuchend tätige Psychiatrische Institutsambulanzen) sollten gestärkt werden. Es sollten außerdem niedrigschwellige Krisendienste verstärkt ausgebaut werden und alle Tagesstätten für chronisch kranke Menschen sollen auch als Kontakt- und Informationsstellen fungieren. Eine Weiterentwicklung der Tagesstätten hin zu integrativen Begegnungsstätten ist prinzipiell wünschenswert, muss aber noch erprobt werden.

Im Bereich des Wohnens muss der Prozess der Dezentralisierung und Verkleinerung der Wohnheime weiter vorangehen. Auch hier gilt der Grundsatz ambulant vor stationär; insbesondere ist es wichtig, stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Hierzu gehört auch der Ausbau der sogenannten Familienpflege in und des integrativen Wohnens in Rheinland-Pfalz.

Gemeindepsychiatrische Verbünde mit Versorgungsverpflichtung und definierten Qualitätsstandards
Chronisch psychisch kranke Menschen benötigen in ihrem Alltag kooperative und verlässliche Strukturen, die die individuell bestmögliche und erforderliche Hilfeleistung bereitstellen und dabei zugleich darauf achten, dass keine Person wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird. Dies setzt voraus, dass die gemeindespsychiatrischen Verbünde im Sinne des § 7 Absatz 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) in den Landkreisen und kreisfreien Städten die Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken in ihrer Region übernehmen und sich zur Einhaltung definierter Qualitätsstandards verpflichten, orientiert an den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV).

Dafür ist es einerseits unabdingbar, dass die bewährten kommunalen Strukturen, vor allem die Sozialpsychiatrischen Dienste, Stellen für Psychiatriekoordinatoren, Psychiatriebeiräte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, auch in Zukunft auf hohem Niveau erhalten bleiben bzw. nach Möglichkeit ausgebaut werden.

Andererseits müssen alle notwendigen Elemente eines GPV auch in ausreichender Qualität vorhanden sein.

Um diese Qualität sicher zu stellen, sollen in den regionalen Psychiatriebeiräten jährlich die Berichte der Besuchskommission, qualitative und quantitative Daten der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert werden.

Konsequente Personenzentrierung
Maßstab müssen immer die Bedarfe der Klienten sein, die es – gemeinsam mit diesen - herauszuarbeiten gilt.

Die Hilfen zur Realisierung einer inklusiven Lebensweise müssen in ausreichender Quantität und Quali-

tät zur Verfügung stehen.

Hilfsangebote müssen auf realistischen Schätzungen der individuellen Bedarfe beruhen, wozu auch der Bedarf nach Schutz in verschiedenen Formen und, für einige Menschen, der Bedarf nach einer beschützenden Gemeinschaft gehört.

Bedürfnis vieler ist es aber eben auch, außerhalb psychiatrischer Sonderwelten zu leben und zu arbeiten – in diese Richtung hin sind Angebote weiter zu entwickeln.

Konsequente Personenzentrierung äußert sich auch in der Teilhabeplanung. Diese soll nur gemeinsam mit den Klienten in einer verständlichen Sprache erarbeitet werden. Bei der Teilhabeplanung ist das Wunsch- und Wahlrecht zu berücksichtigen.

Beispielsweise können Klienten ihren Wunsch nach wirkungsvoller Steuerung und Qualität der Eingliederung anhand einer sogenannten „Teilhabekiste“ umsetzen. Die „Teilhabekiste“ bietet gute Möglichkeiten Teilhabeziele selbst zu definieren und zu bestimmen.

Fokus auf Arbeit

Ziel ist es, dass jeder psychisch chronisch kranke Mensch einer sinnstiftenden Arbeit/ Beschäftigung entsprechend seinem individuellen Bedarf, aber vor allem auch entsprechend seinen Fähigkeiten, möglichst wohnortnah nachgehen kann. Dabei kommt es darauf an, den Zugang zu vorhandenen Angeboten (WfbM, Integrationsbetriebe, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, berufliche Trainingszentren, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Zuverdienstprojekte, ehrenamtliche Arbeit) für alle Betroffenen sicherzustellen und zwar in dem Sinne, dass ein jeweils individuell passendes Angebot genutzt werden kann. Hierzu müssen die einzelnen Maßnahmen und Angebote der Rehabilitation durch eine enge und verbindliche Kooperation der beteiligten Einrichtungen und Dienste einschließlich der niedergelassenen Ärzte auf regionaler Ebene sowie für jeden Einzelfall abgestimmt und sinnvoll koordiniert sein. Analog zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbünde sind auch Verbundsysteme für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 12 Absatz 2 SGB IX zu entwickeln. Diese haben die Aufgabe in der Region – in Zusammenarbeit mit dem GPV - die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abzustimmen und zu koordinieren. Ziel dieser Zusammenarbeit und Abstimmung muss es sein, dass sowohl strukturell wie auch im Einzelfall die erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen, allgemeinen Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet wird.

Besonders wünschenswert ist es, dass es für jeden Betroffenen eine Bezugsperson gibt, die die Koordination der Leistungen in die Hand nimmt.

Entsprechend dem Normalisierungsprinzip gilt der Vorrang für Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor dem besonderen Arbeitsmarkt wie auch der Vorrang der Hilfe durch Nicht-Profis (z.B. Genesungshelfer, Kolleginnen und Kollegen) vor professionellen Helfern. Primäres Ziel ist der Erhalt des ursprünglichen Arbeitsplatzes. Daher sollte, neben den vorhandenen Plätzen in WfbM, die sogenannte unterstützte Beschäftigung stärker genutzt werden. Unterstützte Beschäftigung ist die individuelle betriebliche Qualifizierung und Berufsbegleitung behinderter Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf auf Arbeitsplätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Ziel ist der Abschluss eines Arbeitsvertrages und damit die Integration des behinderten Menschen in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Wesentlich bei der unterstützten Beschäftigung ist der Grundsatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“, d.h. die Qualifikation erfolgt direkt am Arbeitsplatz. Dies ist auch das Ziel der Integrationsfachdienste zu deren Aufgaben sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen wie auch die Information und Beratung von Arbeitgebern gehört und deren Erhalt und Ausbau zu fordern ist.

Eine weitere Möglichkeit, Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, ist das Budget für Arbeit. Das Budget für Arbeit wurde 2006 durch das Land Rheinland-Pfalz initiiert und ist eine Möglichkeit Menschen, die Anspruch auf eine Beschäftigung in einer WfbM haben, den Wechsel in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern. Über das Budget für Arbeit können bis zu 70 % der Bruttolohnkosten übernommen werden. Die Geldleistung wird als „Budget für Arbeit“ statt an die Werkstatt, direkt an den Arbeitgeber als Ausgleich für die Minderleistung des Menschen mit Behinderung gezahlt. Es wird empfohlen, dass dieses Instrument landesweit angewendet wird.

Auch die Anzahl von Zuverdienstprojekten sollte erhöht werden. Gemeinsam ist allen Zuverdienstangeboten, dass sie die Möglichkeit zu bezahlter stundenweiser Beschäftigung eröffnen. Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (z. B. in Tagesstätten oder integrativen Begegnungsstätten). Eine weitere Forderung zielt auf die Möglichkeit der

Teilzeitbeschäftigung in WfbM oder als ausgebildete Genesungshelfer.

Eine besonders unterstützenswerte berufliche Perspektive stellt der Beruf des Genesungsbegleiters dar. Im Rahmen sogenannter Ex-In-Projekte werden Psychiatrie-Erfahrene zu Genesungsbegleitern ausgebildet mit dem Ziel, anderen Erkrankten – auf der Basis eigener Erfahrungen – zur Seite zu stehen. Die Erfahrung zeigt, dass diese Form der Unterstützung für akut erkrankte Menschen von besonderem Wert ist und die Genesungsbegleiter selbst eine große Befriedigung aus dieser Tätigkeit ziehen. Wünschenswert ist daher nicht nur die Förderung weiterer Ex-In-Projekte, sondern auch die Einrichtung von Arbeitsplätzen für Genesungsbegleiter in Kliniken und der Gemeindepsychiatrie.

Inklusionsfördernder Sozialraum

Der Weg zu mehr Inklusion führt über den Abbau von Barrieren. Für chronisch psychisch kranke Menschen spielen besonders soziale Barrieren derzeit noch eine besondere Rolle. Krankheitsbedingt und häufig auch durch Stigmatisierung kommt es zum Rückzug, Einsamkeit und Ausgrenzung der Betroffenen.

Ein inklusionsfördernder Sozialraum zeichnet sich dadurch aus, dass sich alle Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Lebensumfeld willkommen und beheimatet fühlen können. Das setzt für chronisch psychisch kranke Menschen voraus, dass die o.g. Barrieren reduziert bzw. abgebaut werden. Hierzu braucht es eine größere Offenheit in der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen und mehr Verständnis für ihre besondere Lebenssituation. Vor allem braucht es die Chance des gegenseitigen Kennenlernens, damit deutlich werden kann, dass die psychische Erkrankung und ihre Folgen nur eine Facette des ganzen Menschen und seiner Lebensgeschichte sind. Daher sind Initiativen und Projekte ungemein wichtig, die solche Begegnungen und im besten Fall ein gemeinsames Erleben ermöglichen.

Für die Entwicklung einer inklusiven Stadt(teil)kultur gibt es gute Vorbilder, zum Beispiel die heilpädagogische Wohnstätte für 30 mehrfachbehinderte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Maikammer in der Pfalz. In Maikammer ist es in besonderer Weise gelungen, den Anspruch der Inklusion im Leben der Bewohnerinnen und Bewohnern spürbar zu machen. Das hängt mit der Lage der Wohnstätte – mitten im Ortskern – zusammen, vor allem aber mit dem Engagement von Familien, die Patenschaften übernehmen, engagierten örtlichen Vereinen und der intensiven Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und dem Gemeinderat. Ein weiteres Beispiel ist die Idee des niederländischen „Kwartiermaken“. „Kwartiermaken“ bezeichnet die Arbeit an der Gastfreundschaft einer Gesellschaft und den Aufbau einer toleranten Infrastruktur. Zu der Idee des „Kwartiermaken“ gehört die (unterstützte) Bildung von Freundespaaren, bestehend aus Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen, die miteinander Zeit verbringen, sich besuchen und gemeinsam am lokalen Sozialleben teilnehmen. Weiterhin gehören organisierte Treffen und Veranstaltungen dazu, die alle das Ziel haben, Begegnung und Austausch zwischen Betroffenen und den anderen Bürgern des Stadtteils sowie Vertretern lokaler Institutionen (Polizei, Kirche, Wohnungsbaugesellschaften, Schulen, sozialen Diensten etc.) zu ermöglichen und den Beitrag Psychiatrie-Erfahrener zum Gemeinwesen z.B. über das Medium Kunst erlebbar zu machen.

Die Entwicklung eines inklusiven Sozialraums muss auch und vor allem (kommunal-) politisch gewollt sein und entsprechend gefördert werden. Hilfreiche Instrumente zur Umsetzung der Förderung inklusiver Projekte können dabei kommunale Aktionspläne, Sozial- und Psychiatrieplanung und kontinuierlich tagende Psychiatrie- und Behindertenbeiräte sein. Dabei müssen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige von vornherein in kommunalpolitischen Prozesse und Gremien einbezogen werden, damit nicht über sie und ihre Belange sondern mit ihnen diskutiert und entschieden wird.

Ebenso wichtig ist es, örtliche Vereine, Sport- und Kultureinrichtungen für den Gedanken der Inklusion und den Abbau von Barrieren zu gewinnen.
Da bezahlbarer Wohnraum Mangelware ist, gilt es außerdem, Wohnungsbauunternehmer und private Vermieter zu gewinnen. Voraussetzungen hierfür könnten finanzielle Anreize und Sicherheiten von Seiten der Kommunalverwaltung sein. Im Idealfall sind Wohnungsbauunternehmen bereit, im Sinne des Gemeinwohls Wohnungen zur Verfügung zu stellen und/ oder ein entsprechendes Wohnprojekt mit zu realisieren.

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle/meldung/article/pressemitteilung-un-ausschuss-kritisiert-gesellschaftliche-ausgrenzung-von-menschen-mit-behinderung/

Deutsches Institut für Menschenrechte

UN-BRK UN prüfen Deutschland 2015

Monitoring-Stelle - aktuell

Pressemitteilung

04.05.2015

UN-Ausschuss kritisiert gesellschaftliche Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland / Aichele: „Es ist höchste Zeit, dass Deutschland die Weichen für eine inklusive Gesellschaft stellt."

Berlin – Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD-Ausschuss) hat am 17. April seine Abschließenden Bemerkungen zum Staatenprüfungsverfahren Deutschlands veröffentlicht.

Die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, eingerichtet im Deutschen Institut für Menschenrechte, legt nun zeitnah eine deutschsprachige Übersetzung der Abschließenden Bemerkungen sowie eine Zusammenfassung vor. Dazu erklärt Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle:

„Der CRPD-Ausschuss formuliert in seinen Abschließenden Bemerkungen klare und richtungsweisende Anforderungen, wie die UN-Behindertenrechtskonvention weiter umgesetzt werden soll. Bund, Länder und Gemeinden haben aus Genf sehr viele Hausaufgaben bekommen. Es ist höchste Zeit, dass Deutschland die Weichen für eine inklusive Gesellschaft stellt. Dabei ist nicht nur das Tempo zu erhöhen, sondern es müssen auch Strukturen geändert und gesellschaftliche und politische Widerstände gegen Inklusion überwunden werden.

So fordert der Ausschuss bei Wohnen, Bildung und Arbeit den Ausbau inklusiver Strukturen. Im Bereich Wohnen ist die sogenannte ‚Deinstitutionalisierung' verstärkt voranzubringen. Das bedeutet, Menschen mit Behinderungen nicht mehr in gesonderten Wohnformen unterzubringen, sondern ihr Selbstbestimmungsrecht im Bereich Wohnen maßgeblich zu respektieren. Der Ausschuss legt Deutschland zudem nahe, die Zahl der Sonderschulen deutlich zu verringern, behinderte und nicht-behinderte Kinder gemeinsam zu beschulen sowie die Werkstätten zugunsten einer Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt abzuschaffen. Der Ausschuss übt berechtigte Kritik an der heute in Deutschland üblichen gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen. Das Festhalten an den Doppelstrukturen bei Wohnen, Bildung und Arbeit ist eindeutig konventionswidrig.

Weiter verlangt das aus 18 Expertinnen und Experten bestehende Fachgremium mehr Anstrengungen beim Schutz der persönlichen Integrität von Menschen mit Behinderungen. Insbesondere kritisiert der Ausschuss, dass Zwang bei der Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychosozialer Behinderung weit verbreitet sei und die freie Entscheidung eine nachgeordnete Rolle spiele. Der Ausschuss fordert Deutschland dringend dazu auf, Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung gesetzlich zu verbieten. Deutlichen Handlungsbedarf erkennt er außerdem beim Gewaltschutz von Frauen und Mädchen, von älteren Menschen in Pflege und von intersexuellen Kindern."

Deutschland hat die UN-Behindertenrechtskonvention am 26. März 2009 ratifiziert. Es ist das erste Mal, dass die Vereinten Nationen den Vertragsstaat auf den Umsetzungsstand der Konvention hin im März 2015 geprüft haben.

Deutsche Übersetzung und Zusammenfassung der Abschließenden Bemerkungen der Monitoring-Stelle :

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle/staatenberichtspruefung/crpd-follow-up/

Diese Übersetzung ist vorläufig, da die Vereinten Nationen bislang lediglich eine „Advance Unedited Version" veröffentlicht haben.

Die Abschließenden Bemerkungen in englischer Sprache:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fDEU%2fCO%2f1&Lang=en

Die Monitoring-Stelle zur UN- Behindertenrechtskonvention, eingerichtet im Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin, hat gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern und zu schützen sowie die Umsetzung der Konvention in Deutschland zu überwachen.

Pressekontakt:

Paola Carega

Öffentlichkeitsarbeit

Tel. 030 259 359 - 465

E-Mail: carega@institut-fuer-menschenrechte.de

3) Aus Vorstands- und Gremienarbeit

Seite

3.1) Stellungnahme des LVPE RLP e.V. zum Thema „Geschlossene Heime“

- Stellungnahme des LVPE RLP e.V. zu den tragischen Einzelfällen in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten Jahren“ anlässlich der 36. Sitzung des Landespsychiatriebeirates vom 4.11.2015 **35**
- Anfrage zur Situation der Menschen mit Behinderung in Wohnheimen im Land Rheinland-Pfalz vom 25.3.2015 **36**

3.2) Internes

- Protokoll der 20. Mitgliederversammlung des LVPE RLP e.V **37**
- Haushaltsabrechnung 2014 (Tabellarischer Haushaltsplan) **43**
- Abrechnung des Haushaltes 2014 **45**
- Bericht der Kassenprüfung durch die AOK für das Jahr 2013 **49**
- Kooperative Mitarbeit am Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse! **50**
- Anfrage für ein „Ex-In-Projekt“ in Rheinland-Pfalz **51**

3.3) Externes

- Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung - Stellungnahme zum Handlungsfeld Gesundheit **53**
- 27.1.2015 in Andernach, Alzey und Klingenmünster **56**
- Ein Stein für Berlin **59**

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

Tel. 0651/1707967
f.i.wagner@gmx.net
www.lvpe-rlp.de

Trier, den 4.11.2014

Stellungnahme des LVPE RLP e.V. zu den „Tragischen Einzelfallen in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten zwei Jahren“ anlässlich der 36. Sitzung des Landespsychiatriebeirates

Sehr geehrte Damen und Herren des Landespsychiatriebeirates!

In den letzten zwei Jahren sind 3 Todesfälle in den Psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz bekannt geworden, ein weiterer Todesfall konnte knapp verhindert werden. Es handelt sich um zwei ungeklärte Todesfälle durch Brand in Wissen (Mai 2013 und August 2014) und einen Todesfall an der Unimedizin Mainz durch Fremdeinwirkung eines Patienten auf der beschützten Station (Januar 2014). Der Beinahe-Todesfall auf der fakultativ geschlossenen Station in Trier ist hinzuzurechnen. Wir Psychiatrie Erfahrenen können nur spekulieren wie viele Todesfälle und fast Todesfälle nicht an die Öffentlichkeit kommen, da es keine hinreichenden öffentlichen Daten gibt.

Die 76. Gesundheitsministerkonferenz erklärte vor 14 Jahren (2000), es gäbe in Rheinland-Pfalz 2772 Heimplätze in 42 Einrichtungen. Kürzlich, am 14. Oktober 2014, teilte uns der Abteilungsleiter für Soziales und Demographie, Bernhard Schölten, mit „Wir können Ihnen mitteilen, dass in den genannten Einrichtungen insgesamt 192 Wohnplätze, geschlossen und fakultativ geschlossen, zur Verfügung stehen.“ Nachdem wir Herrn Schölten am 21.7.2014 fünf Einrichtungen mit geschlossener Unterbringung nannten. Mittlerweile sind uns noch weitere Einrichtungen bekannt geworden - dabei sind geschlossene Altenheimplätze noch nicht aufgeführt. Wir gehen aktuell davon aus, dass über 10 % der Heimplätze geschlossen sind.

Was haben beide Sachverhalte miteinander zu tun?

Gemäß der aktuellen Tagungsordnung soll unter Top 7 „Leitlinien für die Gemeindepsychiatrie in Rheinland-Pfalz zur Entwicklung personenzentrierter Hilfe für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und stark herausforderndem Verhalten“ diskutiert werden. Die Leitlinien beschreibt, im ersten Abschnitt auf Seite 2, den Personenkreis: „Es handelt sich hierbei um eine zahlenmäßig kleine Teilgruppe chronisch psychisch kranker Menschen, deren Verhalten häufig durch Aggressivität, Substanzmissbrauch, schwere Selbstschädigung, Delinquenz, hohe Impulsivität und Suizidalität geprägt ist.“ Diese Menschen werden in der Leitlinie als „Systemsprenger“ bezeichnet. Kennzeichnet dieser Begriff Mängel der Menschen oder Mängel des Systems? Die am 8.9.2014 verabschiedeten „Leitlinien für dem Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“ der Chefärzte und leitenden Pflegekräften der psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz benennen das Problem der kleinen Teilgruppe vage als „gelegentlich aggressives Verhalten der Patienten“. Ist es angemessen und verhältnismäßig, wenn die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte der „kleinen Teilgruppe“ in den Heimen und psychiatrischen Kliniken unkontrolliert eingeschränkt werden? Wie kommt Rheinland-Pfalz seinen Schutzpflichten für Menschen mit F-Diagnosen in den psychiatrischen Kliniken und Heimen nach?

Das Ärzteblatt vom 23. September 2014 schreibt: „Die Zahl der Fixierungen werden nicht systematisch erfasst. Die Grundrechte des Patienten werden durch Maßnahmen ohne Einwilligung verletzt und die Toleranzschwelle gegenüber abweichendem Verhalten nimmt immer mehr ab.“ Wir müssen nicht nur aus der negativen Bewertung des „Systemsprengers“ herauskommen, sondern wir müssen eine menschenwürdige Gemeindepsychiatrie entwickeln. Wir fragen uns daher: Liegt das Problem wirklich in der offensichtlichen Toleranzschwelle gegenüber abweichendem Verhalten oder/und zeigt die Sichtweise der Mitarbeiter der Gemeindepsychiatrie, durch die Bezeichnung „Systemsprenger“ statt auf der Bezeichnung „Lebenskünstler“, die Unzulänglichkeiten der Gemeindepsychiatrie auf? Sind die Strukturdaten der Heimunterbringung annähernd vollständig und wie können wir die Daten zu Fixierungen und Zwang in der Gemeindepsychiatrie ermitteln? Besagen die Zahlen nicht ebenso etwas zur Prozess- und Ergebnisqualität in der Gemeindepsychiatrie? Wir wollen hiermit die Diskussion anstoßen, wie mehr Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Gemeindepsychiatrie erreicht werden kann. Es geht nicht nur um Daten und Zahlen. Es geht vor allem um Menschenrechte, auch und gerade für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Der Vorstand des LVPE RLP e.V.

Franz-Josef Wagner Carsten Hoffmann Hans-Winfried Krolla Astrid Steinmetz

L·A·G SELBSTHILFE

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

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie Rheinland-Pfalz
Herr Referatsleiter Harald Diehl
Bauhofstr. 9
55116 Mainz

Mainz, den 25.3.2015

Anfrage zur Situation der Menschen mit Behinderungen in Wohnheimen im Land Rheinland-Pfalz

Sehr geehrter Herr Diehl,

wir danken Ihnen für das Gespräch im Rahmen der ständigen AG des Landesteilhabebeirates am 23.3.2015 und die Erläuterungen zur „Situation von Menschen mit Behinderung in Wohnheimen". Als Ergebnis vereinbarten wir, dass wir Ihnen fünf Leitfragen zur statistischen Erhebung zusenden, mit deren Beantwortung wir eine Grundlage hätten, um in weitere Diskussionen zum Thema einzutreten und ggf. Lösungsansätze zu finden, um den Leitsatz „ambulant vor stationär" mit Leben zu füllen:

1) Wie haben sich die Platzzahlen der Heimplätze für Menschen mit Behinderungen im stationären Wohnbereich in den letzten zehn Jahren im Land Rheinland-Pfalz entwickelt (gegliedert nach Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, offene und geschlossene Plätze in der Psychiatrie, Altenhilfe, Wohnheime für behinderte Menschen etc.)?
2) Wie hat sich die Anzahl der Rheinland-Pfälzer/innen in diesen Wohnheimen entwickelt, wie viele Rheinland-Pfälzer/innen leben in Heimen außerhalb von Rheinland-Pfalz und wo sind diese Einrichtungen? Sind Ihnen die Gründe für die Belegungen außerhalb von Rheinland-Pfalz bekannt?
3) Wie lange befinden sich die Menschen mit Behinderungen bereits in diesen Einrichtungen?
4) Wer hat die Belegung veranlasst (selbst, Betreuer, Angehörige, Richter, Arzt, sonst.)? Auf welcher Grundlage ist dies geschehen (PsychKG, BGB, sonst.)?
5) Wie hat sich die Anzahl der Menschen mit Behinderungen in SGB XI Einrichtungen in den letzten zehn Jahren entwickelt? Insbesondere interessiert hier auch die Anzahl der Menschen, die auf Grund Ihrer Behinderung in einer Altenhilfeeinrichtung leben, aber nicht dem eigentlichen Klientel entsprechen, wie zum Beispiel: jünger als 65?

Es wäre schön, wenn Sie die Antworten mit entsprechenden Tabellen unterlegen könnten und für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sollte eine Frage nicht komplett zu beantworten sein, bitten wir um Mitteilung der vorhandenen Informationen und um Mitteilung, ob die Informationen noch erfolgen bzw. welche Anstrengungen unternommen werden, um die entsprechenden Informationen zu erlangen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Stephan Heym gez. Franz-Josef Wagner

Protokoll der 20. Mitgliederversammlung des LVPE-RLP vom 22. Mai 2015 in der Jugendherberge Hermeskeil

Ort: DJHW Jugendherberge, Adolf-Kolping-Str. 4

Beginn: 19.00 h; Pause ca. 20.35 - 20.50 h; Ende 22.05 h

Anwesend waren 20 Mitglieder und 2 Gäste; siehe Anwesenheitsliste

1. Begrüßung durch den 1. Vorsitzenden

Der 1. Vorsitzende, Franz-Josef Wagner begrüßt die anwesenden Mitglieder.
Die Einladung zur Mitgliederversammlung erfolgte gem. der Satzung fristgemäß.

2. Wahl der Protokollanten

Die anwesenden Mitglieder wählen einstimmig Frank Rettweiler und Carsten Hoffmann zu Protokollanten und Franz-Josef Wagner zur Moderation.

3. Abstimmung über Regularien

Es wird einstimmig vereinbart und die TO dahingehend ergänz, die Mitgliederversammlung spätestens um 22.30 Uhr zu beenden und ca. 20.30 eine Pause zu machen.
Es wird eine maximale Redezeit von 2 Minuten pro Wortmeldung vereinbart; ausgenommen hiervon sollen die Vorstandsberichte, die Berichte der Kassenprüfer, des Vorstands, die Berichte aus Verbänden, Gremien und Selbsthilfegruppen sein. Einstimmig angenommen.
Die Tagesordnung wird unter Punkt (8) ergänzt zu: „(8) Bericht der Kassenprüfer und Entlastung des Vorstandes" und dann einstimmig bestätigt.

4. Genehmigung des Protokolls der 19. Mitgliederversammlung v. 06.06.2014 in Hermeskeil

Gernot Reppmann weist darauf hin, dass bezüglich Punkt 4.) der korrekte Name lautet: „Apfelbaum - Verein für seelische Gesundheit im Landkreis St.Wendel" und die Zeitschrift des Vereins „Apfelbäumchen" heißt.

Das Protokoll der o.a. Mitgliederversammlung wird einstimmig genehmigt.

5. Berichte aus den Verbänden, Gremien, Selbsthilfe- und Ortsgruppen

a) Der 1. Vorsitzende berichtet von den Zuwendungen für Selbsthilfegruppen. Die Gruppe in Ochtendung besteht anscheinend nur aus einem Mitglied und hat zwar 100,- € Zuschuss beantragt, aber keine Kostenabrechnung eingereicht und daher keine Mittel erhalten. Dazu wird später noch ein Antrag unter Punkt 12. der TO diskutiert und abgestimmt, wie in Zukunft bei der Förderung von Selbsthilfegruppen zu verfahren sei.

b) Gernot Reppmann berichtet von der kooperierenden Gruppe „Apfelbaum - Verein für seelische Gesundheit im Landkreis St.Wendel" und dessen Aktivitäten im Saarland.

c) Es wird erneut berichtet von Beate Liebscher und dem 1. Kassenwart Hans-Winfried Krolla, dass auch im letzten Jahr in Mainz keine Aktivitäten von SHG´s möglich sind. Stefan Claus versucht dort im Rahmen seiner Möglichkeiten etwas zu bewegen, hat damit aber auch weiterhin keinen Erfolg, da die Stadt Mainz keine Unterstützung bietet.

d) Robert Schunder berichtet aus Ludwigshafen, dass dort keine aktive SHG mehr besteht. Die Veranstaltungen dort, hätten lediglich noch den Charakter eines „Freizeitclubs".

e) René Müller berichtet von den Aktivitäten des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen in Baden-Württemberg. Nachdem Klaus Laupichler unerwartet vor kurzem verstarb, ist René nun als 2. Vorsitzender des LVPE-BW kommissarischer 1. Vorsitzender. Der Landesverband unterstützte dort 2014 35 SHG´s, der Anzahl 2015 auf 40 gestiegen sei.
Er berichtet u.a. auch von der Mitarbeit am neuen psychischen Krankenhilfe Gesetz in BW und das es ähnliche Gesetze bereits in England und Italien gäbe. Der LVPE-BW wirkt dabei besonders mit, in Bezug auf die möglichst auch durch Psychiatrieerfahrene zu besetzenden neuen IBB-Stellen (Information-Beratung-Beschwerde) in Modellprojekten, die dieses neue Gesetz einführt. Es ist auch Ziel der Mitarbeit, die Vergütung für die IBB-Stellen mindestens mit 12,50 € festzulegen, da die für diese Stellen geeigneten Psychiatrieerfahrenen, allein durch ihre Lebens-, Therapieerfahrung und Erkrankung eine besondere Qualifikation besäßen. Dies erfuhr einhellig Zustimmung.
Allgemein wurde beklagt, dass es notwendig sei, ein solches Gesetz in Rheinland-Pfalz und auch anderen Bundesländern zu schaffen und zu verabschieden.

f) Eugen Berker berichtete aus Hessen und vom ständigen Arbeitskreis, bzw. den Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Die DGSP hat einen umfangreichen Fragenkatalog zur Situation der Versorgung in der Psychiatrie erstellt, der in absehbarer Zeit durch Arbeitsgruppen bearbeitet wird und zu einem umfassenden Situationsbericht der deutschen Psychiatrie führen soll.

g) Hans-Peter Sturm berichtete kurz von den Aktivitäten der SHG in Trier.

h) Der 1. Kassenwart berichtete von den Aktivitäten des Landesbehindertenbeirats, dessen Mitglied er ist. Da er durch eine vehemente Grippeerkrankung in den letzten 2 Monaten der Erholung bedürfe, wird der 2. Vorsitzende, Carsten Hoffmann, ihn bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe nach Bedarf unterstützen.

6. Wahl der Kassenprüfer für das Geschäftsjahr 2014

Nach Vorschlag wurde Carmen Porten und Oswald Bender jeweils einstimmig als Kassenprüfer für das Jahr 2014 bestätigt. Die Kassenprüfung wurde durchgeführt.

7. Tätigkeitsberichte des Vorstands

7.1. Bericht des 1. Vorsitzenden Franz-Josef Wagner

Seit der letzten MV wurden zwei Vorstandsitzungen, eine Klausurtagung und drei Telefonkonferenzen durchgeführt.

2014 hatte er 89 Termine, davon 16 mit mehrtägiger Abwesenheit bei einem Gesamtaufwand von 1300 Stunden außer Haus.

Er hatte sich 2014/15 u.a. an folgenden Veranstaltungen beteiligt:

- „Inklusion braucht Platz" am 7/8.5.2015 auf der Landesgartenschau in Landau
- „Doppeldiagnose!? Sucht und Psyche – Was braucht der Mensch" am 15.5.2015 mit den Guttempler in Nürtingen Baden Württemberg
- Kooperationspartner mit der Aktion psychisch Kranke (ApK) beim Projekt des BMGs „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse" mit Prof. Fegert und Prof. Kölch
- Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern (1.10.2014 – 31.10.2015) in Zusammenarbeit mit dem Pfalzklinikum
- Mitarbeit in der AG „Recovery" des Deutschen Fachverbands für psychiatrische Pflegekräfte
- Kuratoriumsmitgliedschaft im Verein für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz
- Wissenschaftlicher Beirat am Institut personenzentrierter Hilfen GmbH des FB Sozialwesen der Hochschule Fulda usw.

Für die Zukunft wünscht er sich räumliche und personelle Unterstützung durch ein Büro und eine Psychiatrie Erfahrene Hilfskraft.

7.2. Bericht des 1. Kassenwarts Hans-Winfried Krolla

Der 1. Kassenwart berichtete von der Kassensituation. Der 1. Vorsitzende ergänzte dies mit einem Ausdruck der Haushaltsabrechnung von 2014 (siehe Anlage). Die Kasse und die Haushaltsabrechnung des Geschäftsjahres 2013 wurden 2014 nochmals durch die Prüfstelle der AOK Gemeinschaftsförderung ohne jegliche Beanstandungen geprüft.

Weiterhin kommentierte Hans-Winfried die Aktivitäten des Landesbehindertenbeirats, dem er angehört.

7.3. Bericht des stellvertretenden Kassenwarts Frank Rettweiler.

Da die bei der MV 2014 gewählte Birgit Woytt zwischenzeitlich aus gesundheitlichen Gründen dieses Amt zu Ende des Jahres 2014 niederlegen musste, bestimmte der Vorstand satzungsgemäß zum kommissarisch bestellten stellvertretenden Kassenwart Frank Rettweiler.

Frank nahm an den Vorstandsaktivitäten und einigen Veranstaltungen teil. In der kurzen Zeit seiner Zugehörigkeit zum Vorstand hatte er Gelegenheit sich einzuarbeiten, soweit dies auch seine psychotherapeutische Praxis in Speyer zulässt.

7.4. Bericht des 2. Vorsitzenden Carsten Hoffmann

Der 2. Vorsitzende berichtete von seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit von August 2014 bis März 2015 bedingt durch fortgesetzte und immer wieder auftretende grippale Infekte und eine sechswöchige Rehabilitationsmassnahme im September/Oktober 2014.

Neben der Tätigkeit in der Ethikkomission des Pfalzklinikums bei der er die letzten beiden Termine krankheitsbedingt absagen musste, berichtete er auch über die gemeinsame Veranstaltung mit den AHG-Kliniken in Daun am 07. November 2014 mit etwa 45 Teilnehmern, davon einige aus Luxemburg.

Auch war er der Hauptautor der Stellungnahme des LVPE-RLP zum neuen Maßregelvollzugsgesetz in Rheinland-Pfalz. Der 2. Vorsitzende war auch zu einer Diskussionsveranstaltung zur Zwangsbehandlung des jährlichen DGPPN-Kongresses am 26. und 27. November in Berlin eingeladen. Leider konnte er auch hier krankheitsbedingt nicht teilnehmen, machte es aber möglich, dass unsere Stellungnahme dazu bei der Diskussion verlesen wurde.

Weiterhin konnte er bekanntgeben, dass er nun seine Fortbildung zum zertifizierten Fachberater Psychotraumatologie mit der Abschlussarbeit und dem Erhalt des Zertifikats erfolgreich abgeschlossen habe.

Da er nun wieder genesen sei, könne er in Zukunft seine Aufgaben wieder in vollem Umfang wahrnehmen, auch wenn er bis zum Ende dieses Jahres versuche eine Halbtagsanstellung in einer Beratungsstelle zur traumazentrierten Fachberatung zu bekommen.

7.5. Bericht der Schriftführerin Astrid Steinmetz

Astrid war bei der MV nicht anwesend, da sie erkrankt ist. Wir wünschen ihr eine gute Besserung.

8. Bericht der Kassenprüfer für das Geschäftsjahr 2014 und Entlastung des Vorstandes

8.1. Bericht der Kassenprüfer

Von den Kassenprüfern berichtete Oswald Bender ausführlich über Art und Umfang der Kassenprüfung. Alle Konten wurden auf Richtigkeit und ordnungsgemäße Verwendung in Stichproben und in Bezug auf geplanten und gebuchten Haushalt anhand der Originaldokumente (Buchhaltung, Belege und Kontoauszüge) überprüft. Die Kassenprüfer hatten keinen Anlass zu Beanstandungen und empfahlen den Vorstand zu entlasten.

8.2. Entlastung des Vorstandes

Der Antrag von Gernot Reppmann zur Entlastung des Vorstandes wird von den Kassenprüfern befürwortet und unterstützt.

Bei der folgenden Abstimmung wird der Vorstand mit 15 Stimmen bei 4 Enthaltungen und ohne Gegenstimme durch die MV entlastet.

9. Wahl der Wahlleiter zur Neuwahl des Vorstandes

Werner Schantz und Gernot Reppmann werden als Wahlleiter zur Neuwahl des Vorstandes vorgeschlagen und bei 2 Enthaltungen mit 18 Stimmen ohne Gegenstimmen gewählt. Daraufhin übernehmen die Wahlleiter die weitere Moderation der MV zur Neuwahl des Vorstandes.

10. Wahl des Vorstandes

10.1. Wahl des ersten Vorsitzenden

Es wurde als Kandidat zur Wahl des ersten Vorsitzenden Franz-Josef Wagner vorgeschlagen. Ein weiterer Kandidat wurde nicht vorgeschlagen.

Bei der Abstimmung wurde Franz-Josef Wagner zum 1. Vorsitzenden mit 19 Stimmen bei einer Enthaltung ohne Gegenstimmen gewählt. Franz-Josef bedankte sich für das Vertrauen und nahm die Wahl an.

10.2. Wahl des zweiten Vorsitzenden

Als Kandidat zur Wahl des zweiten Vorsitzenden wurde Carsten Hoffmann vorgeschlagen. Auch zur Besetzung dieses Vorstandssitzes wurde kein weiterer Kandidat vorgeschlagen.

Carsten Hoffmann wurde zum zweiten Vorsitzenden mit 19 Stimmen bei einer Enthaltung und ohne Gegenstimme von der MV gewählt. Carsten bedankte sich für das Vertrauen und nahm die Wahl an.

10.3. Wahl der drei weiteren Vorstandsmitglieder

Als Kandidaten zur Wahl der drei weiteren Vorstandsmitglieder wurden vorgeschlagen:
Hans-Winfried Krolla, Erwin Feider und Frank Rettweiler.

Als „Neuling" in der Runde stellte sich Erwin Feider den Mitgliedern vor. Dann wurde einzeln über jeden Kandidaten abgestimmt. Dabei erhielten diese folgende Stimmen:
- Hans-Winfried Krolla - 19 Stimmen dafür, 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen,
- Erwin Feider - 19 Stimmen dafür, 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen,
- Frank Rettweiler - 19 Stimmen dafür, 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen.

Damit wurden alle drei Kandidaten in den Vorstand gewählt. Diese bedankten sich für das Vertrauen und nahmen alle die Wahl an.

Danach übernahm der 1. Vorsitzende wieder die Moderation der MV.

11. Wahl der Kassenprüfer für die Jahre 2015 und 2016

Als Kandidaten zur Wahl der neuen Kassenprüfer wurden Oswald Bender und Dieter Thix vorgeschlagen. Über beide Kandidaten wurde einzeln abgestimmt. Die Abstimmung ergab für:
Oswald Bender -19 Stimmen dafür, 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen
Dieter Thix - 19 Stimmen dafür, 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen

Damit wurden beide zu Kassenprüfern für die Jahre 2015 und 2016 gewählt und beide nahmen die Wahl an.

12. Antrag und Diskussion zum Thema: Welche Bedingungen sind für eine zukünftige SHG-Förderung notwendig?

Franz-Josef erklärte seinen Antrag zur künftigen Regelung der SHG-Förderung. Grundsätzliches Ziel sei es, auszuschließen, dass Einzelpersonen eine Förderung erhalten, die so nicht rechtmäßig sein kann, da diesen natürlich kein „Gruppenstatus" zugebilligt werden könne.

Nach Diskussion wurde über zwei Möglichkeiten abgestimmt:

a) zukünftig sollen nur SHG´s gefördert werden, von denen 3 Mitglieder auch im LVPE einen Mitgliedsstatus besitzen **und** die Gruppe gleichzeitig bei der WEKISS, KISS, PFALZKISS, SEKISS (oder ähnlichen Organisationen) registriert ist, oder

b) zukünftig sollen nur SHG´s gefördert werden, von denen mindestens 3 Mitglieder auch im LVPE einen Mitgliedsstatus besitzen, **oder** nur 1 Mitglied auch Mitglied des LVPE ist **und gleichzeitig** die SHG bei der WEKISS, KISS, PFALZKISS, SEKISS (oder einer ähnlichen Organisation) registriert ist.

Bei der Abstimmung erhielt von noch 18 Anwesenden Antrag a) 13 Stimmen, Antrag b) 5 Stimmen ohne Enthaltungen oder Gegenstimmen. Damit wurde **Antrag a) angenommen**.

13. Verschiedenes, weitere Anträge

Weitere Anträge wurden nicht gestellt.

Die konstituierende Sitzung des Vorstandes findet am 04.06.2015 um 10.00 h statt.

Der 1. Vorsitzende kommentierte noch einige Termine dieses Wochenendes, bedankte sich bei allen Mitgliedern für die Teilnahme und beendete die MV.

Ende der Mitgliederversammlung ca. 22.05 h

Königswinter und Speyer, den 01.06.2015

Frank Rettweiler

Carsten Hoffmann

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

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

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

www.lvpe-rlp.de

Trier, 30.Januar 2015

Haushaltsabrechnung für Haushaltsjahr 2014

	Geplant 31.12.2014	
Fachtagung und besondere Projekte		
-Fachtagung Wittlich	2500 Euro	3187 Euro
-Workshop zu Pfingsten	2500 Euro	2849 Euro
-Fachberatung Trauma	500 Euro	540 Euro
-Beschwerdestelle	500 Euro	680 Euro
Summe: Fachtagung und besondere Projekte	**6000 Euro**	**7256 Euro**
Öffentliche Präsentationen		
-Homepage	1100 Euro	1109 Euro
-Leuchtfeuer-Journal erstellen und versenden	3500 Euro	3650 Euro
-Faltblatt aktualisieren	400 Euro	225 Euro
Summe: Öffentlichkeitsarbeit	**5000 Euro**	**4984 Euro**
Mitgliedewebung, Infostände und andere Öffentlichkeitsarbeit		
-Förderung von bestehenden und neuen SHG`s	1000 Euro	1535 Euro
-Info-Stände und andere Öffentlichkeitsarbeit	2000 Euro	1575 Euro
Summe: Mitgliederwerbung usw.	**3000 Euro**	**3110 Euro**
Weitere diverse Aufgaben des LVPE		
Summe: Weitere diverse Aufgaben des LVPE	**1000 Euro**	**1406 Euro**
Summe der Ausgaben	**15 000 Euro**	**16756 Euro**
Projekte		
Fachtagung „Wenn Gemeindepsychiatrie – dann richtig“	5000 Euro	4762 Euro
Trialogischer Workshop Landau	2880 Euro	2821 Euro
Peerberatung	1100 Euro	1220 Euro
Gesamte Ausgaben	**23980 Euro**	**25559 Euro**

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

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

Einnahmen	
- MSAGD	7 000 Euro
- GKV Pauschal	6 650 Euro
- Projekt AOK, TK, MSAGD	7 130 Euro
- Mitgliedsbeiträge	2 012 Euro
- Sonst wie Spenden	1 464 Euro
- Entnahme aus den Rücklagen	1 303 Euro
Gesamte Einnahmen	25 559 Euro

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

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

www.lvpe-rlp.de

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

Bankverbindung:
LVPE Rheinland-Pfalz e.V.
bei der Mainzer Volksbank
IBAN: DE92 5519 0000 0364 9590 15
BIC: MVBMDE 55

Trier, den 1.2.2015

Abrechnung Haushalt 2014

Fachtagung und besondere Projekte

Fachtagung „Lust statt Frust“ in Wittlich

Text aus der Einladung:
Es war ein Anliegen der Selbsthilfegruppe „Wende-Treppe“, die Elisabeth Pütz vor 18 Jahren gegründet hat, dieses Thema zu wählen. In gutem Kontakt mit Dr. Lammertink, dem Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung des Verbundkrankenhauses Bernkastel-Wittlich, der bereit war, die Tagung in Kooperation mit der Sekis und uns zu planen, wurde die Idee für diese Fachtagung geboren und umgesetzt.
Das Thema Sexualität – übrigens ein menschliches Grundbedürfnis – ist nicht nur für Betroffene, sondern auch für Behandler wichtig. Denn wie kann Sexualität während einer oft sehr langwierigen Behandlungsphase (mit oder ohne Medikamente) gelebt werden? Wo ist z. B. Raum dafür? Wie wird damit bei Heimbewohnern oder im betreuten Wohnen umgegangen? Werden dafür Gelder zur Verfügung gestellt?
*Diese und weitere Fragen - es geht nicht nur um **Sexualität**, sondern auch um **Beziehung** und um **Partnerschaft** - haben uns in der Vorbereitung beschäftigt. Und weil das Thema körperlich, geistig als auch psychisch Behinderte angeht, wollten wir unsern Horizont erweitern. Vielleicht zufällig entstand übrigens in Trier auf Anregung der pro familia Beratungsstelle endlich ein Arbeitskreis „Sexualität und Behinderung“, der sich in der Zwischenzeit auch schon einige Male getroffen hat.*
Unsere Referenten - Peter Lehmann, der Begründer des Anti-Psychiatrie-Verlags, Elisabeth Pütz als Betroffene, Michaela Franzen von der „Schatzkiste Neuwied“, Petra Hauschild von der Lebenshilfe Mainz und Claudia Heltemes von pro familia Trier und schließlich die Achtsamkeitstrainer (MSBR und MBCT) Laurette Bergamelli und Axel Bilharz aus Trier werden Ihnen ihre Thesen, ihre Modelle und ihre Denkanstöße vorstellen.

Über 100 Zuhörer waren anwesend und hörten den Grußworten von Dr. Michael Lammertink, Carsten Müller-Meine, Dr. Richard Auernheimer und Dieter Burgard, dem Bürgerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz zu. Auf Grund der großen Resonanz der Tagung hat sich der Vorstand des LVPE RLP e.V. zu einer Dokumentation entschlossen, in der alle vorliegenden Grußworte und Referate enthalten sind. Diese Dokumentation wird 2015 in Druck gehen.

Workshop zu Pfingsten

Viele neue Mitglieder hatten sich für das Pfingsttreffen angemeldet und kamen für vier Tage in die Jugendherberge nach Hermeskeil. Neben dem Vortrag von Franz-Josef Euteneuer, Spaziergänge mit Diskussionen zu Aktivitäten des Landesverbandes wie der Tagung „Das Recht auf Sexualität“ und „Wenn Gemeindepsychiatrie – dann richtig“ haben wir uns zu über die Problematik „Ambulant Betreutes Wohnen versus Persönliches Budget“ und über das großen Thema „Inklusion“ unterhalten. In diesem Treffen ist auch über 20 Jahre Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz gesprochen worden. Ergebnis war: In Kooperation mit anderen Verbänden und der Landesregierung soll auf diesen Tag hingewiesen werden. Am 26.5.2015 wird in der Staatskanzlei ein Festakt mit MP Malu Dreyer und Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler stattfinden.

Der Wunsch der Beteiligten: Auch 2015 soll diese Arbeitstagung am gleichen Ort stattfinden.

Fachberatung Trauma

Die Ausbildung von Carsten Hoffmann zum „Fachberater Psychotraumatologie“ haben wir unterstützt. Die Ausbildung läuft noch bis Mitte 2015. Nach Abschluss zum „Zertifizierten Fachberater Psychotraumatologie“ werden wir uns überlegen wie mit den Teilnehmern aus der „Ex-In-Ausbildung“ in Kaiserslautern kooperativ zusammen gearbeitet werden kann. Hier sehen wir große Schnittmengen.

Beschwerdestelle

Nach dem turbulenten Jahr 2013 hat sich die Beschwerdeproblematik in Rheinland-Pfalz normalisiert. Telefonanrufe und schriftliche Beschwerden konnten problemlos auf dem kleinen Dienstweg gelöst werden. Durch die positive Beziehung mit dem Bürgerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz, Dieter Burgard, können wir uns sehr gut vorstellen, im nächsten PsychKG die Beschwerdestellen beim Bürgerbeauftragten zu professionalisieren. Andere Bundesländer haben diese Beschwerdestellen als „Trüffel“ der Gemeindepsychiatrie in den Landesgesetzen verankert.

Öffentliche Präsentationen

Homepage

Auch in diesem Jahr hatte unsere Homepage ca. 20% mehr Klicks von 48 Browsern und 35 Betriebssystemen.

Hier eine kleine Statistik:

Krankheitsbilder:		**Wissenwertes**	
Depression	3500	Neuroleptika – Effekte, Risiken, …	3100
Beziehung bei Borderline	2900	Stellungnahme zum PsychKG …	1350
Borderline Syndrom	2750	Denkanstöße	1500
Gegenübertragung Borderline	1450		
Aufsätze und Vorträge		**Informationen**	
Liebe, Lust, Leidenschaft und Schizophrenie ...	1750	Kontaktstellen	1800
Bedeutung von Recovery und Inklusion ….	1700	Mitglied werden	1500
		Impressum	1800
Beratungsangebote		**Aktivitäten**	
Beschwerdestelle	1900	Projekte	1850
Leuchtfeuer	1800	Fachtagungen	1400
- Sonderausgabe	800	- 17. Fachtagung „(Über)Lebenskünstler ...“	700
Termine	1600	- 16. Fachtagung „ Doppeldiagnose ...“	600
Historie	1700	Kündigung vom BPE e.V.	1400

Jahr	Besucher	Klicks	Browser	Betriebssyster
2003	12910	29340		
2004	20790	51603		
2005	17312	34747		
2006	24065	46428		
2007	38473	66976	10	17
2008	57039	102348	12	15
2009	45275	88174	12	16
2010	71765	155860	11	16
2011	90400	189750	10	19
2012	108077	270500	54	19
2013	132721	336440	58	42
2014	134891	400252	48	35

Leuchtfeuer-Journal erstellen und versenden

Für die Jubiläumsausgabe Nr. 18 hatten wir Bischof Dr. Stefan Ackermann um ein Grußwort gebeten. Bischof Ackermann ging ausführlich auf die UN-Behindertenrechtskonvention und auf unser landes- und bundesweites Engagement ein.
Für das Schwerpunktthema haben wir exklusiv von der Grindelwald-Initiative die „Zusammenfassung der Ergebnisse der Grindelwaldtage 2014 zum Teilhabegesetz“ zur Verfügung gestellt bekommen und exklusiv veröffentlicht. Weitere Gliederungspunkte waren „Aus Gremien und Vorstandsarbeit“, „Öffentlichkeitsarbeit des LVPE-RLP“ und „Überregionales“. Die Seitenzahl war mal wieder dreistellig und die Auflage war sehr schnell vergriffen.
2014 ist die Seite mit den Leuchtfeuer auf der Homepage www.lvpe-rlp.de 1800 Klicks, davon hatte die „Sonderausgabe des Leuchtfeuers des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz e.V.“ aus dem Jahr 2012 mit 800 Klicks eine Sonderstellung. Die Printversion wurde an politische Multiplikatoren, Mitglieder, Psychiatriekoordinatoren und an die Sozialpsychiatrie der Erwachsenen und der Kinder und Jugendlichen sowie Landeshauptarchiv Koblenz, Stadtbibliothek Trier und Priesterseminar Trier kostenlos verteilt.

Faltblatt

Der Sinn unserer Faltblättern ist, auf uns aufmerksam zu machen und die Leistungen des LVPE zu präsentieren um ein Interesse zu wecken. Nachdem wir anlässlich der 18. Mitgliederversammlung (2013) einstimmig entschieden haben, alle Mitglieder mit Einzugsermächtigung anzuschreiben und sie für eine Überweisung oder Dauerauftrag zu gewinnen, mussten wir trotzdem ca. 70 Mitglieder ausschließen. Aufgrund der guten Flyer-Verteilung haben wir ca. 50 Mitglieder neu gewinnen können.

Mitgliederwerbung, Infostände und andere Öffentlichkeitsarbeit

Förderung von bestehenden und neuen SHG`s

Die Keimzelle der Selbsthilfebewegung sind die Selbsthilfegruppen. Um diese Keimzelle von „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu unterstützen, fördern wir die SHG´s logistisch, finanziell und ideell. Neben den vielen neuen Mitgliedern, die 2014 zu uns gestoßen sind, sind auch einige neue SHG´s entstanden die wir unterstützt haben.

Info-Stände und andere Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit im engen und weiteren Sinn sind Gedenktage, Fortbildung, Lobby-, Vernetzungs- und Gremienarbeit. Auch 2014 haben wir wieder in Andernach, Alzey und Klingenmünster – zum Gedenktag der Befreiung der Auschwitz-Opfer am 27.1.2014 – Kränze hinterlegt. Auch sind wir nicht nur Mitglied in der LAG Selbsthilfe, die Mitgliedsbeiträge

verlangen, sondern auch dem Dachverband Gemeindepsychiatrie, DPWV usw. Mit den AHG-Kliniken Daun haben wir den ersten Selbsthilfetag am 7.11.2014 veranstaltet.

Weitere diverse Aufgaben des LVPE-RLP

Auf Grund der Umstellung des Haushaltsgliederung in 2015 hatten wir Kosten zur Überprüfung der Ausgaben aus den Jahren 2013 und 2014, um auf die neue Gliederung umzustellen. Die GKV verlangte von uns einen Haushaltsplan nach deren strukturellen Vorgaben. Diese Gliederung haben wir ab 2015 auch für das MSAGD umgesetzt. Die bisherige projektbezogene Abrechnung ist ab 2015 Geschichte – mit Ausnahme spezieller Projekte.

Projekte (8804 Euro)

Fachtagung „Wenn Gemeindepsychiatrie – dann richtig“ (4762 Euro)

In Verbindung mit dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Baden-Württemberg (LVPE BW) und dem Krankenhaus Zum Guten Hirten Ludwigshafen veranstalteten wir die Tagung „Wenn Gemeindepsychiatrie – dann richtig“. Erstmals hatten wir zwei Kooperationspartner und erstmals auch einen Verband außerhalb von Rheinland-Pfalz. Über 140 Personen waren anwesend und haben den aktuellen Beiträgen gefolgt und lebhaft mit diskutiert. Dank der Guten Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Zum Guten Hirten gab es keine Probleme in der Vor- und Nachbereitung sowie dem Ablauf der Tagung.

Die Dokumentation musste aus finanztechnischen Gründen innerhalb von acht Wochen als Printversion erstellt werden. Da ist auch der Grund für die vielen Powerpoint-Präsentationen in der Dokumentation der 250er Auflage. Seit Dezember ist die Dokumentation auf der Homepage und wurde innerhalb der vier Wochen 126 mal angeklickt.

Trialogischer Workshop (2821 Euro)

Der trialogische Workshop fand am 9/10.5.2014 in Landau statt. Es haben 36 Personen teilgenommen und es waren 6 Referenten aktiv. Am 9.5.2014 begannen wir um 14.00 Uhr und am 10.5.2014 endete die Veranstaltung am Nachmittag. Dieser Workshop wurde über die Aktion Mensch refinanziert – die Auszahlung erfolgt im Jahr 2015. Mittlerweile sind aus dieser Aktivität wei Selbsthilfegrupen entstatnden und auch das Projekt „Ex-In-Ausbildung“ in Kaiserslautern.

Peerberatung (1221 Euro)

Seit Beginn des Jahres 2014 ist im Haus K des Krankenhaus der Borromäerinnen in Trier eine Stelle „Peerberatung“ aufgebaut. Diese Stelle konnte über die Refinanzierung durch die Krankenkassen erfolgen. Wöchentlich wird Freitags die Station im Haus K – Psychiatrie und Psychotherapie – besucht, um mit Patienten und Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen. Für 2015 ist eine Fortsetzung und eine andere Refinanzierung geplant.

GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz

Kontakt:
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Die Gesundheitskasse
Direktion
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg

AOK • Virchowstraße 30 • 67304 Eisenberg
Herrn
Franz-Josef Wagner
Gratianstr.7
54294 Trier

Ihre Ansprechpartnerin:
Gisela Stichler
Marketing und Produkte
Gesundheitsförderung
Telefon 0261 3904-240
Telefax 06351 403-710
E-Mail gisela.stichler@rps.aok.de
4.1.3

8. Oktober 2014

GKV-Pauschalförderung nach § 20c SGB V;
Abschluss der Belegprüfung Förderjahr 2013
für LVPE Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.

Sehr geehrter Herr Wagner,

die angeforderten Unterlagen zur Belegprüfung der Mittelverwendung Ihrer Selbsthilfegruppe sind bei uns eingegangen.

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass der Vorgang nach Sichtung und Prüfung der Belege abgeschlossen werden kann. In die Belegprüfung waren Vertreter aller Krankenkassen und Kassenverbände sowie legitimierte Vertreter der Selbsthilfe durch eine gemeinsame Prüfungssitzung eingebunden.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und die gute Zusammenarbeit und wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg in Ihrer Selbsthilfetätigkeit.

Mit freundlichen Grüßen

Gisela Stichler

Der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz gehören an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
BKK Landesverband Mitte
IKK Südwest
Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken
SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse
vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz

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

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

www.lvpe-rlp.de

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

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

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

Aktion Psychisch Kranke e.V.
Oppelnerstr. 130,
53119 Bonn

Trier, den 10.4.2015

Bewerbung zur kooperativen Mitarbeit am Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

Sehr geehrter Herr Prof. Fegert,
sehr geehrte Herr Prof. Kölch,
sehr geehrter Herr Krüger,

mit großem Interesse haben wir von Ihrem Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ gehört. Auch wir sind an der Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse interessiert.

Wer sind wir: Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V., ist ein Verband, der von Menschen mit Psychiatrieerfahrung gegründet wurde. Wir sind seit 1996 im Vereinsregister eingetragen. Seit dieser Zeit geben wir ein jährliches Fachjournal, „Leuchtfeuer“, heraus, das im Landeshauptarchiv Koblenz, in der Stadtbibliothek Trier und im Priesterseminar Trier archiviert wird *http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/Leuchtfeuer*. In diesem Jahr veranstalten wir unsere 20. Fachtagung, diesmal zum Thema „Inklusion – Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben“. Unsere Fachtagungen werden jeweils von mehr als 100 Personen aus der Gemeindepsychiatrie besucht, die Protokolle als Printversionen an Multiplikatoren der Gemeindepsychiatrie versandt und als Web-Version stehen diese Dokumentationen auf unserer Homepage. 2014 hatte unsere Homepage über 400000 Klicks von 135000 Besuchern. Wir haben neben der Sonderausgabe des Leuchtfeuers 2012 zu Zwangsmaßnahmen – hier kamen Psychiatrie Erfahrene, Mediziner, Juristen und die ApK zu Wort –, eine Tagesstättenstudie bei Prof. Peukert in Auftrag gegeben, die 2012 zu „Empfehlungen des Landespsy chiatriebeirates Rheinland-Pfalz für die Arbeit der Tagesstätten für chronisch psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz“ führte *http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Enfassung_nach_LPB_Nov_.2012.pdf*. Auch haben wir schon 1999 auf die Misere der Beschäftigung von psychisch kranken Menschen durch die

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

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

Tagung „Neue Wege zur Arbeit für psychisch kranke Menschen – Integrationsfirmen“ hingewiesen. Wir haben mehrere Genesungshelfer in Rheinland-Pfalz in eine Beschäftigung gebracht und 2014 haben wir eine Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern gestartet, für die sich über 35 Personen beworben haben.

Bisher haben wir nur landesweite Projekte umgesetzt. Mit der ApK können wir uns sehr gut vorstellen, kooperativ beim Bundesprojekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ mitzuarbeiten. Wir sind gerne bereit, Ansprechpartner für Interviews zu sein, an der Datenbeschaffung mitzuwirken und zu Texten Stellung zu beziehen.

In Verbindung mit der LAG Selbsthilfe und dem Landesbehindertenbeirat in Rheinland-Pfalz haben wir am 25. 3. 2015 das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie in Rheinland-Pfalz nach dem Bestand von offenen, geschlossenen und fakultativ geschlossenen Heimplätzen und deren Belegung gefragt, um verbindliche Informationen über die Ressourcen zu erhalten.

Wir würden uns sehr freuen, in Kooperation mit der „Aktion psychisch Kranke“ die Bestand- und die Bedarfsanalyse zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland miterstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Franz-Josef Wagner Carsten Hoffmann

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

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener
Rheinland-Pfalz e.V.

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

www.lvpe-rlp.de

Frau Dr. Julia Kuschnereit
Bauhofstr. 9
55116 Mainz

Trier, den 17.06.2015

Betreff: Ex-In-Projekt

Sehr geehrte Frau Dr. Kuschnereit,

ich habe heute von diesem Projekt in Bayern gehört. Es kann doch nicht sein, dass die CSU uns diese visionären Projekte wegnimmt und uns die Butter vom Brot nimmt! Können wir für die 20 Ex-In-ler (Ende 10.10.2015) nicht exemplarisch im SpDi Arbeitsplätze anbieten? Aktuell macht eine Ex-In-lerin im Gesundheitsamt Kaiserslautern ein Praktikum - das wäre doch ein Einstieg, oder?

„Auf einem Fachtag unter dem Motto „Erfahrungen – Chancen – Perspektiven“ hat der Bezirk Oberbayern über die im Experienced Involvement-(EX-IN-)Projekt gesammelten Erkenntnisse informiert. Die Teilnehmer zogen ein überwiegend positives Fazit. Die Genesungsbegleiter berichteten vom Gefühl, gebraucht zu werden, von der Wertschätzung im Team und der positiven Resonanz bei Klienten. Nur bei der psychiatrischen Akutversorgung stößt EX-IN bislang an Grenzen. Ganz anders sieht es bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in Oberbayern aus, die EX-IN mit großer Offenheit begegnen. Für sie hatte der Bezirkstagspräsident Josef Mederer die schöne Nachricht im Gepäck, dass jeder SpDi seit Januar 2015 je eine EX-IN-Kraft beschäftigen kann. Und für 2016 kündigte Mederer an, auch für die Tagesstätten die Tür zu EX-IN aufzustoßen.“
Den Abschlussbericht finden Sie unter
http://www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Erwachsene-mit-Behinderungen/Psychische-Erkrankungen-und-Behinderungen/Arbeit/EX-IN

Ich freue mich über ein positive Resonanz!

Franz-Josef Wagner

Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Stellungnahme zum Handlungsfeld Gesundheit

Assistenzpflege im Krankenhaus für ALLE

Was ist dem Landesteilhabebeirat wichtig?

Das „Assistenzpflegegesetz“ regelt seit 1.1.2013, dass behinderte Menschen, die im Rahmen des Arbeitgebermodells eine Pflegekraft beschäftigen, diese auch in eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Einrichtung mitnehmen dürfen. Das Pflegegeld wird für die gesamte Dauer von stationären Krankenhausaufenthalten zur Akutbehandlung oder zur medizinischen Rehabilitation weitergezahlt. Dieser Anspruch muss dringend auf ALLE erweitert werden, die aufgrund ihrer Behinderung eine Begleitung und Unterstützung benötigen, die vom Krankenhaus nicht abgedeckt wird. Der größte Teil von Menschen mit Behinderung hat nicht die Möglichkeit, das Arbeitgebermodell zu nutzten, und ist auf andere Unterstützungssysteme angewiesen. Dies gilt besonders für Menschen mit geistigen, schweren mehrfachen Behinderungen und auch Behinderungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Der weitaus größere Personenkreis ist von der bestehenden Regelung ausgeschlossen, was eine eklatante Ungleichbehandlung bedeutet und gegen grundlegende Normen der mit Bundesgesetz in deutschem Recht verankerten UN-Behindertenrechtskonvention verstößt! Diese Menschen sind eindeutig in ihrer Teilhabe am gesundheitlichen Versorgungssystem benachteiligt. Der Landesteilhabebeirat fordert deshalb, den Anspruch auf Assistenzpflege im Krankenhaus auf alle Menschen mit Behinderungen auszuweiten.

Was ist positiv am fortgeschriebenen Aktionsplan?
Was muss noch passieren?

Der alte Aktionsplan benennt das Thema. Die Frage nach Ergebnissen ist unbeantwortet. Bei den neuen Maßnahmen taucht das Thema nicht auf.
Die Landesregierung sollte, gemeinsam mit den Verbänden der Behindertenhilfe, beim Bundesgesetzgeber und den Verbänden der Pflegekassen nachhaltig auf eine Öffnung der Assistenzpflege für ALLE hinarbeiten.

Krankenversicherungen müssen sich bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus bewegen

Was ist dem Landesteilhabebeirat wichtig?

Die Abläufe in den Krankenhäusern werden immer mehr rationalisiert. Dabei wird von der Mehrheit der Patienten ausgegangen, die bei Vorbereitung, Diagnostik und Behandlung mitwirken können: „Nehmen Sie mal diesen Zettel und gehen in Bau 605, 1. Stock, Zimmer 1102 und lassen ein EKG machen. Danach kommen Sie bitte mit dem ausgefüllten Zettel wieder her.“ – „Lesen Sie mal die untere Zahlenreihe vor.“ – „Wo tut es weh?“ – „Welches Auge soll denn operiert werden?“ „Holen Sie mal tief Luft.“ – etc. etc. Diese und viele andere Anweisungen sind z.B. für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, mit Einschränkungen im Sehen oder Hören, insbesondere aber auch für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowie durch psychische Erkrankung nicht umsetzbar. Sie benötigen Unterstützung und Begleitung, mehr Zeit und z.T. andere Methoden der Diagnostik und Behandlung. Manche PatientInnen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung sowie durch psychische Erkrankungen können nicht verstehen, was hier mit ihnen geschieht. Sie entwickeln Ängste bis hin zu akuten Panikattacken, erleiden u.U. dissoziative Zustände und Desorientierung und verstehen bspw. nicht, dass sie nach einer OP im Bett bleiben müssen. Sie brauchen deshalb eine ständige Begleitung durch Personen ihres Vertrauens, im Bedarfsfall zumindest empathische Beratung, Aufklärung und situativ gerechtfertigte Unterstützung. Auf all dies sind die meisten Kliniken schon fachlich nicht eingestellt. Insbesondere gibt aber der „normale“ Ablauf im Rahmen der DRGs nicht die zeitlichen

und personellen Ressourcen her, die für eine angemessene Versorgung dieser Menschen erforderlich wäre. Zwar können Krankenhäuser das sog. ZE36 mit den Kassen aushandeln, ein Zusatzentgelt, für die Versorgung von Menschen mit „Schwerbehinderung“. Dies ist aber unter den derzeitigen Bedingungen nur verhandelbar, wenn ein Krankenhaus in erheblichem Umfang Menschen mit Behinderung versorgt, z.B. wenn eine Komplexeinrichtung in der Nähe liegt. Letztere sind aber eigentlich nicht mehr zeitgemäß und erwünscht. Außerdem werden die meisten Menschen mit Behinderung in den anderen Regionen benachteiligt, was ebenso gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstößt. Der Landesteilhabebeirat fordert daher die Krankenversicherungen auf, zusätzliche finanzielle Mittel für die individuell notwendige Betreuung und Versorgung von Menschen mit Behinderung in den Krankenhäusern bereitzustellen.

Was ist positiv am fortgeschriebenen Aktionsplan?

Neue Maßnahmen zu diesem Thema sind im fortgeschriebenen Aktionsplan nicht aufgenommen. Die fortbestehende laufende Maßnahme (Nr. 112) benennt die richtigen Ansatzpunkte, Schritte und die meisten wichtigen Akteure.

Was muss noch passieren?

Die LIGA soll in den Prozess einbezogen werden. Es gab dazu Schriftverkehr. Gespräche wurden angedacht aber noch nicht terminiert und durchgeführt. Die Landesregierung sollte, vor dem Hintergrund der UN-Konvention, auf die Spitzen der Krankenversicherungen einwirken. Die Krankenversicherungen müssen bewogen werden, auch über den gesetzlich normierten Rahmen hinaus angemessen Zusatzentgelte zur Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus bereitzustellen.

Das Krankenhausgesetz muss Maßstäbe für die Versorgung von Menschen mit Behinderung setzen.

Was ist dem Landesteilhabebeirat wichtig?

Dies wurde bei der jüngsten Reform des Gesetzes leider versäumt. Es sollte bald eine weitere und essentiell notwendige Reform erfolgen, die die Belange von Menschen mit Behinderung in den Fokus nimmt. Dabei wäre vor allem wichtig:

- Verbindliche Regelungen zum Patientenmanagement, wonach die individuellen Bedarfe von PatientInnen mit Behinderung in der Vorbereitung, Aufnahme, Versorgung, Pflege, Diagnostik, Behandlung, Entlassung und notwendige Nachsorge festzustellen und umzusetzen sind. Ferner, welche Personengruppen aktiv und informativ am Prozess zu beteiligen sind.
- Regelungen zur Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich der Belange von Menschen mit Behinderung.
- Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeverbänden und den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe.
- Zu prüfen, inwieweit geeignete und entsprechend ausgebildete Behinderte selbst in Krankenhäusern aller Fachrichtungen für andere Behinderte hilfsweise und beratend einzusetzen sind. Als Beispiel sei hier die schon erprobte und mittlerweile geschätzte mit Minijob oder sogar sozialversicherungspflichtige Anstellung von ausgebildeten sog. EX-IN (Experienced Involved - Erfahrung einbezogen) Arbeitnehmern in psychiatrischen Krankenhäusern genannt.

Die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal muss ebenfalls hinsichtlich der Belange von Menschen mit Behinderung deutlich erweitert werden. Dies ist vom zuständigen Bildungsministerium umzusetzen.

Was ist positiv am fortgeschriebenen Aktionsplan?

Neue Maßnahmen zu diesem Thema sind im fortgeschriebenen Aktionsplan nicht aufgenommen. Die fortbestehende laufende Maßnahme (Nr. 113) benennt zwar das Thema. Die Rückfrage nach Ergebnissen bzw. einem Sachstand ist bisher unbeantwortet.

Was muss noch passieren?

Die Landesregierung sollte in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Selbsthilfe und der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe eine Reform des Krankenhausgesetzes auf den Weg bringen, die die Belange von Menschen mit Behinderung in den Fokus nimmt. Dabei sollten vor allem die o.g. Punkte Beachtung finden.

Barrierefreie Arztpraxen

Was ist dem Landesteilhabebeirat wichtig?

Noch immer sind viele Arztpraxen nicht barrierefrei. Auch hinsichtlich der zeitlichen und fachlichen Ressourcen bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung ist die Situation derjenigen im Krankenhaus vergleichbar. Dies soll hier nicht alles wiederholt werden. Mittelfristig sollten alle Praxen im Lande physisch und im Bereich der Kommunikation und Information barrierefrei werden und Ärzte und Praxispersonal eine Grundqualifikation hinsichtlich der allgemeinen und medizinischen Belange von Menschen mit Behinderung erhalten haben.

Was ist positiv am fortgeschriebenen Aktionsplan?

Neue Maßnahmen zu diesem Thema sind im fortgeschriebenen Aktionsplan nicht aufgenommen. Die fortbestehende laufende Maßnahme (Nr. 109) benennt zwar das Thema. Die Rückfrage nach Ergebnissen bzw. einem Sachstand ist bisher unbeantwortet.

Was muss noch passieren?

Landesärztekammer, Landeszahnärztekammer, die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung und das Gesundheitsministerium sollten einen gemeinsamen Masterplan mit einem zeitlichen Horizont entwickeln und abarbeiten. Darin sollte geregelt werden, wie und bis wann Barrierefreiheit und Qualifikation im o.g. Sinne hergestellt wird.

Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen infolge psychischer Erkrankungen

Was ist dem Landesteilhabebeirat wichtig?

- Kontinuierliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Gute medizinisch-psychotherapeutische Versorgung mindert krankheitsbedingte Barrieren
- Leitlinien zur Inklusion psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz
- Abbau der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen in Heimen zugunsten ambulanter Unterstützungsmaßnahmen
- Stärkung der Sozialraumorientierung für ein barrierefreies Leben psychisch kranker Menschen in der Gemeinde

Was ist positiv am fortgeschriebenen Aktionsplan?

Die o.g. Punkte sind im fortgeschriebenen Aktionsplan enthalten.

Was muss noch passieren?

- Konkrete Beschreibung operationalisierbarer Ziele
- Konkrete Beschreibung der geplanten Prozessabläufe

17.6.2015, Matthias Mandos, Landesgeschäftsführer der Lebenshilfe
18.6.2015, Hans-Winfried Krolla, Mitglied des Vorstandes des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen in Rheinland-Pfalz, gemeinnütziger e.V.
3.7.2015, Matthias Mandos, Landesgeschäftsführer der Lebenshilfe

-» **Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach**

Gedenken an die Opfer der Naziherrschaft

ANDERNACH: Mehr als 70.000 Menschen mit Behinderung oder einer psychischen Erkrankung wurden während des Zweiten Weltkriegs vom Naziregimes im Rahmen des sogenannten Euthanasie-Programms ermordet. Weit mehr als 1.000 von ihnen wurden von der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Andernach, der heutigen Rhein-Mosel-Fachklinik, in die Tötungsanstalten oder weitere Zwischenlager gebracht.

Deshalb gedachten anlässlich des bundesweiten Gedenktages an die Befreiung des Konzentrationslagers Auschwitz Patienten und Mitarbeiter der Klinik gemeinsam mit Vertretern der Stadt Andernach denjenigen, die den schrecklichen Gräueltaten des Euthanasie-Verbrechens zum Opfer gefallen sind.

Unter der Leitung der Pfarrer Joachim Wagner und Jürgen Gundalin fand zunächst ein ökumenischer Gottesdienst in der Kapelle der RMF statt. Besonderes Augenmerk lag dabei auf einer Rede, die Raoul Mainka, Krankenpflegeschüler im zweiten Jahr, vortrug. Der von Dr. Stefan Elsner, Ärztlicher Direktor der RMF, vorbereitete Text befasste sich mit dem im September 2014 in Berlin eingeweihten Mahnmal für die Hunderttausenden Behinderten und Insassen von Heilanstalten, die von den Nazis über das sogenannte Euthanasie-Programm hinaus umgebracht wurden. Vor der Kapelle hatten weitere Krankenpflegeschüler der RMF Texte und Bilder aufbereitet, die den Besuchern die grauenvollen Geschehnisse darlegten.

Nach dem Gottesdienst fuhren die Teilnehmer gemeinsam zum »Andernacher Spiegel-Container« in der Innenstadt. Das Mahnmal an der Christuskirche erinnert an die vielen Opfer, die zwischen 1941 und 1944 über die damalige Heil- und Pflegeanstalt zur Tötung nach Hadamar gebracht oder deportiert wurden. Am Mahnmal legten Vertreter von Stadt, Klinik und dem »Verein Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz« Kränze nieder.

Markus Wakulat ■

-> Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Bewegende Gedenkfeier für Opfer der Naziherrschaft in der RFK

Alzeyer Schüler lesen Biografien zweier Männer aus der Region, die von den Nazis getötet wurden -Klinik, Stadt und Landkreis legen Kränze am Mahnmal nieder.

ALZEY: Die Gedenkveranstaltung für die Opfer des Nationalsozialismus war sehr persönlich und tief bewegend. Die RFK-Seelsorge, die Arbeitsgruppe »Psychiatrie im Nationalsozialismus in Alzey«, allen voran Renate Rosenau und ihr Team, und das Museum der Stadt Alzey hatten für würdige Beiträge gesorgt. So erreichten das Leid der Opfer und das fürchterliche Verbrechen der Nazischergen auch 70 Jahre nach der Befreiung des Konzentrationslagers Auschwitz jeden Teilnehmer.

Am Gedenken in der Klinikkapelle nahmen neben Patienten und Mitarbeitern von RFK und LKH auch Vertreter der Stadt Alzey und des Landkreises sowie Krankenpflegeschüler und Schüler von Alzeyer Schulen teil. Auch gehörten Angehörige von Opfern der Euthanasie-Verbrechen der Nazis, deren Geschichten in der Gedenkfeier vorgetragen wurden, zu den Gästen.

Fotos: Markus Wakulat

Unterstützt wurden die Organisatoren dieses Mal von drei Schülern der neunten Klasse des Gymnasiums am Römerkastell in Alzey, die derzeit am Geschichtswettbewerb des Bundespräsidenten teilnehmen. Felix Schmitt, Anne Busch und Malin Martens recherchieren die Biografien eines Alzeyer Jugendlichen und eines Mannes aus einem rheinhessischen Dorf, die 1941 und 1944 dem Krankenmord der Nationalsozialisten zum Opfer fielen. Im Gespräch mit Angehörigen, im Landesarchiv Speyer und in der Gedenkstätte Hadamar haben sie Spuren gefunden. So konnten sie die letzten Lebensjahre dieser beiden Menschen weitgehend rekonstruieren und trugen die persönlichen Geschichten vor.

Die drei Gymnasiasten berichteten, stellvertretend für die Opfer der Krankenmorde, der Verfolgung Andersdenkender und von Juden, Sinti und Roma, über die Leidensjahre dieser beiden Menschen, holten sie aus dem Vergessen in unsere Zeit.

Eine viel beachtete Rede, die eindringlich das Schicksal der Opfer und die Geschichte der Psychiatrie beleuchtete, hielt Dr. Wolfgang Gather, ehemaliger Chefarzt der Gerontopsychiatrie an der RFK. Er stellte heraus: »Nur im Bewusst-sein der Verfehlungen der Vergangenheit lässt sich die Zukunft gestalten.«

Nach dem Gedenken in der Kapelle begab sich die Gesellschaft zum Mahnmal unmittelbar neben dem Gotteshaus. Dort legten Vertreter von Stadt, Landkreis, RFK und dem Verein Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz Kränze nieder und gedachten der mehr als 500 Menschen, die aus der damaligen Alzeyer Heil- und Pflegeanstalt in Zwischenlager oder die Tötungsanstalt Hadamar transportiert wurden. ► *Die komplette Rede von Dr. Gather haben wir Ihnen auf der Homepage der RFK zur Verfügung gestellt unter Aktuelles/Presseinformationen.*

Markus Wakulat ■

http://www.pfalzklinikum.de/aktuelles/detail/kuenstlerisch-feinsinnige-annaeherung-an-das-gedenken/

Künstlerisch-feinsinnige Annäherung an das Gedenken

28. Januar 2015 Aktuelles

Pfalzklinikum erinnert an die Opfer des Nationalsozialismus

Auf dem Klinikfriedhof: externe Gäste, Mitarbeiter, Patienten, Klienten und Bewohner des Pfalzklinikums versammelten sich zahlreich.

Klingenmünster. Trotz eisigem Wind und Wetter versammelten sich am 27. Januar 2015 ab 14 Uhr viele externe Gäste sowie Mitarbeiter, Patienten, Klienten und Bewohner des Pfalzklinikums, um der Opfer der nationalsozialistischen Herrschaft zu gedenken. Nach einer Eröffnung durch Gemeindereferentin Christiane Götz und Pfarrerin Sylvia Schönenberg stellte Bezirkstags- und Ve rwaltungsratsvorsitzender Theo Wieder die Tragweite der Veranstaltung dar: „Die Erinnerung an ein in der Geschichte beispielloses Menschheitsverbrechen am heutigen Tag ist weit mehr als die Beschäftigung mit einem historischen Ereignis. Erinnerung bedeutet die Pflicht, die politischen, ethischen und philosophischen Werte an junge Menschen weiterzugeben, auf deren Fundament allein Menschen unterschiedlicher Hautfarbe, Rasse oder Religion in friedlicher Koexistenz zusammenleben können. Die Vergangenheit ist heute gegenwärtig und der Umgang mit ihr die entscheidende Frage, wie unsere Zukunft aussehen wird.“

Nach dem Gedenken auf dem Friedhof des Pfalzklinikums gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu einer gegenüber vom Alleehaus aufgebauten Installation. Auszubildende der Verwaltung des Pfalzklinikums hatten sich intensiv mit früheren Patientenakten aus der Zeit des Nationalsozialismus beschäftigt und ein Projekt zur Gedenkarbeit gestaltet. Ein aufgebauter Schreibtisch mit darauf liegenden Akten symbolisierte die Taten der Nationalsozialisten. Damals erstellte Listen führten zu Zwangssterilisation, Verfrachtung in Hungerstationen oder in Tötungsanstalten.

Die Auszubildenden der Verwaltung gestalteten zusammen mit den Verantwortlichen der Klinikseelsorge sowie der Pflegedirektorin Julitta Hinz den anschließenden ökumenischen Gottesdienst in der Klinikkirche. Hierzu gehörten auch Glaskerzenhalter für Teelichter, die mit dem Spruch „Im Gedenken an die vielen Opfer in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster in der Zeit von 1941-1949“ versehen waren.
Bezirkskantor Maurice Croissant führte im Gottesdienst eine Orgelsymphonie auf die in engem Bezug zum Anlass dieses Tages stand. Die Symphonie wurde komponiert von dem Hamburger Kirchenmusiker und Komponisten Andreas Willscher und trägt den Titel: Grabsteine. Willscher widmet seine musikalischen Grabsteine vier Komponisten, die ebenfalls Opfer der NS-Zeit wurden: Viktor Ullmann, Hans Kràsa, Theodor Veidl sowie Erwin Schulhoff. Alle vier starben nach ihrer Deportation in unterschiedliche Konzentrationslager entweder durch Krankheit und Unterernährung oder in der Gaskammer in Auschwitz.

Im Fokus des Gottesdienstes standen die Schicksale zweier Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster: Barbara H. und Johann S. Die Verbrechen der NS-Zeit im Pfalzklinikum Klingenmünster erhielten hierdurch ein Gesicht.
Barbara H. galt bedingt durch ihren Vater, einem starken Alkoholiker, als psychisch belastet. Es ist unklar, wann sie in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster kam. Sie starb hier mit erst 30 Jahren wahrscheinlich an Folgen einer Mangelernährung und einer damit verbundenen Erkrankung.
Johann S. war nach einem Gefängnisaufenthalt nach Frankreich geflohen und wurde dort von der Geheimpolizei gefasst. Er kam ebenfalls in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgrund von „fehlendem Allgemeinwissen und hochgradigem Schwachsinn“, er wurde zwangssterilisiert. Nach seiner Entlassung wurde er wegen Beamtenbeleidigung erneut inhaftiert und in ein KZ deportiert, von da an ist sein Schicksal nicht bekannt.

Pfarrerin Sylvia Schönenberg erläuterte: „Ein zweites Charakteristikum dieses Gedenktages ist die Art und Weise der Annäherung, die wir in diesem Jahr gewählt haben. Nicht so sehr die kognitive, also verstandesmäßige Seite des Gedenkens bestimmt unseren heutigen Gottesdienst, sondern eine eher künstlerisch-feinsinnige (ästhetische) Zugangsweise, die – ebenso wie auch die Biographien – geeignet ist, uns auch emotional anzusprechen. Wie unsere heutige Gestaltung des Gedenkens verstanden werden kann, wird treffend ausgedrückt in einem Wort des berühmten britischen Dirigenten Simon Rattle: „Die Musik bedeutet Erinnerung, Reue und Respekt. Musik ist da, um zu heilen“.

Nach dem Gottesdienst bestand die Möglichkeit, sich bei heißen Getränken zu dem Erlebten auszutauschen.

Ein Stein für Berlin

Patientin gestaltete Sandstein für neuen Gedenkort

Ein bemalter Sandstein aus Klingenmünster wurde am 2. September nach Berlin gebracht. Ob er noch am Gedenk- und Informationsort für die Opfer der nationalsozialistischen »Euthanasie«-Morde liegt?

Legte Blumen nieder: Ruth Rotter, Mitglied des Landtags Rheinland-Pfalz und des Bezirkstags Pfalz sowie des Beirats für Gedenkarbeit beim Bezirksverband Pfalz.

Haben konzeptionell am Berliner Gedenkort mitgearbeitet: PD Dr. Maike Rotzoll und Dr. Christof Beyer, beide eng mit der Gedenkarbeit im Pfalzklinikum verbunden.

Am Ort der Planungszentrale für die Krankenmorde, in der Tiergartenstraße 4, gegenüber der Philharmonie, ist auf Beschluss des Bundestages dieses Erinnerungszeichen entstanden.

Den Sandstein aus Klingenmünster hat die Patientin Vanessa F. im Rahmen der Kunsttherapie gestaltet, begleitet von Kunsttherapeutin Elisabeth Moser. Die 18-Jährige hat den unregelmäßig geformten Stein selbst gesucht, bemalt und mit einem Schutzlack versehen. Sie hat sich für eine stilisierte Menschengruppe in Schwarz-Grau-Weiß entschieden und mit dem Pinsel den Schriftzug aufgetragen: „Unvergessen: 2000 Patienten aus der Pfalz". „1940 – 1949" hat sie in den gelben Sandstein geritzt, um zum Ausdruck zu bringen, dass in diesem Zeitraum etwa 2000 Frauen und Männer aus pfälzischen Städten und Dörfern den Tod fanden, wo sie Hilfe suchten: in „Reichsanstalten" wie Grafeneck oder Hadamar, aber auch im pfälzischen Klingenmünster – unter anderem infolge des Bayerischen Hungererlasses oder durch unterlassene Hilfeleistung.

„MitarbeiterInnen des Pfalzklinikums" sind als Absender des Steins angegeben, als Ausdruck der Anteilnahme der heute mit psychisch kranken und beeinträchtigten Menschen arbeitenden Beschäftigten. Durch aktive Gedenk- und Erinnerungsarbeit schlagen die Beschäftigten immer wieder Brücken zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, setzen sie sich in ihrer täglichen Arbeit für gleichberechtigte Teilhabe von Menschen ein, die „anders" sind, treten Stigmatisierung und Diskriminierung entgegen.

Für mich war es sehr bewegend, den etwa 15x10x5 Zentimeter großen Stein nach dem Festakt in der Philharmonie am neuen Gedenk- und Informationsort niederzulegen, vor vielen Gästen aus dem In- und Ausland sowie den internationalen Medien.

Weitere Infos:
www.stiftung-denkmal.de/denkmaeler/gedenk-und-informationsort-fuer-die-opfer-der-ns-euthanasie-morde.html
www.ns-psychiatrie-pfalz.de
www.lvpe-rlp.de

Text und Fotos: Sabine Röhl

„Ich war in Berlin und finde den Stein einfach gut!" schrieb uns der Vorsitzende des Landesverbands der Psychiatrieerfahrenen Rheinland-Pfalz, Franz-Josef Wagner. Er hat den Stein – etwas vergrößert – in ein Foto montieren lassen und will die Montage auf die Titelseite der Dokumentation zur Fachtagung veröffentlichen. „Wenn Gemeindepsychiatrie – dann richtig!" hieß die Tagung, in die sich das Pfalzklinikum aktiv einbrachte.

4) Aufsätze und Vorträge von Mitgliedern

	Seite
- Das Weddinger-Modell	62
- Begrüßung der 1. Ausbildung von Ex-In-Teilnehmern des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. am 17.10.2014 in Kaiserslautern	66
- Kurzvorstellung des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. anlässlich der 2. Regionalkonferenz in Trier am 23. Februar 2015 im Stadtmuseum Simeonstift (Vortrag wurde unterbrochen)	68
- Ein Weg aus der Unheilbarkeit - Erfahrungen mit dem Recovery-Konzept	70
- 40 Jahre Psychiatrie-Enquete aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen am 27.6.2015 in Stuttgart	74
- Wege aus der Stigmatisierungsfalle – ein Projekt des Pfalzklinikums für ein Leben in Selbstachtung und Würde	80
- Impulsreferat – Erfahrungen Betroffener mit der Doppeldiagnose. Sucht und Psyche (Guttempler am 15.5.2015 in Nürtingen)	84
- Inklusion des Verbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. – kontra Inklusion des Individuums - Betrachtung aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen	87
-Psychisches Trauma - Traumaberatung und ihre Bedeutung für Betroffene	91

LIESELOTTE MAHLER & INA JARCHOV-JÄDI

Das Weddinger Modell

Veränderung ist möglich

Die Autorinnen machen deutlich, dass durch das Weddinger Modell eine konsequente multiprofessionale Zusammenarbeit, trialogische Arbeit sowie Patientenorientierung erreicht werden kann.

Seit fast vier Jahren arbeitet die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig- Krankenhaus nach dem „Weddinger Modell". Konsequent wurden in der gesamten Klinik Strukturen verändert, um Transparenz und Partizipation fest zu verankern und ein recoveryorientiertes, trialogisches Arbeiten auch in der psychiatrischen Akutversorgung zu ermöglichen. In eine schwere psychische Krise zu geraten, bedeutet im Leben eines Menschen immer eine Erschütterung. Verbirgt sich hinter der Krise die Diagnose einer psychischen Erkrankung mit einem immer wiederkehrenden oder langjährigen Verlauf, droht zunehmend der Verlust des eigenen Selbstkonzeptes und -verständnisses. Wahrnehmungen verändern sich, Vertrautes erscheint fremd, und es treten meist massive (Verlust-)Ängste sowie Scham-, Schuld-, Wutgefühle auf. Neben dieser „Entfremdung" und Verunsicherung durch die psychische Erkrankung verstärkt das psychiatrische Hilfesystem oftmals vorerst diese beängstigende „Ausnahmesituation" und „Selbstentfremdung" bei den Betroffenen. Traditionelle Stationsstrukturen ebenso wie die historisch bedingte Trennung stationärer und ambulanter Behandlungsräume werden von Mitarbeitern, Betroffenen sowie deren Bezugspersonen häufig als hinderlich für eine flächendeckende Umsetzung patientenzentrierter, ressourcenorientierter, trialogischer und multiprofessioneller Therapiekonzepte wahrgenommen.

Das psychiatrische Hilfesystem verstärkt oftmals die beängstigende „Ausnahmesituation" und „Selbstentfremdung" bei den Betroffenen.

Das Weddinger Modell ist der pragmatische Versuch, auch in der psychiatrischen Versorgung individuelle Krankheits- und Genesungskonzepte der Betroffenen konsequent und umfassend in moderne psychiatrische Behandlungsstrategien zu inkludieren. Darüber hinaus wird die Stärkung von Ressourcen und Selbstwirksamkeitserwartung sowie der Erhalt und Wiedergewinn von Autonomie in das Zentrum der Therapien gestellt.

Haltung und Strukturen

Im Folgenden werden (nur) einige Elemente der komplexen Veränderungen durch das „Weddinger Modell" aufgezeigt. Es handelt sich hierbei vorrangig um Veränderungen, welche sich auch in einer Klinik bewähren, die für ein schwieriges Versorgungsgebiet, dem Berliner Stadtbezirk Wedding („urbaner Brennpunkt"), zuständig ist. Die Erfahrungen mit dem „Weddinger Modell" zeigen, dass eine auf Partizipation, Transparenz und Recovery ausgerichtet Psychiatrie, das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Häufigkeit und Dauer auf ein Minimum reduziert, ohne sich der Verantwortung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu entziehen und ohne ihnen die Verantwortung für sich selbst abzusprechen.

Trialogische Transparenz und Partizipation

Für alle patientenbezogenen Behandlungselemente, wie z. B. Visiten, gilt, dass Besprechung, Evaluation und Bewertung der Therapie nur im Beisein der Patienten stattfinden. Bezugspersonen werden mit Einwilligung der Patienten aktiv in

© photocase/nicolaiberlin

Das Weddlunger Modell zeigt, dass nachhaltige Krankheits- und Krisenbewältigung machbar sind

den therapeutischen Prozess einbezogen und können auf Wunsch an allen Behandlungsangeboten teilnehmen. Durch veränderte Visitenstrukturen und Elemente wie die „partizipative Patientenvorstellung" „Postventionsgespräche" und Techniken wie „offener Dialog", und „reflektierendes Team" werden Entscheidungsprozesse und Handlungen konsequent transparent und partizipativ gestaltet.

Multiprofessionelle Bezugstherapeuten Teams (MBT's)

Die MBT's ermöglichen eine konsequente multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Expertise der unterschiedlichen Berufsgruppen. Dabei werden die jeweiligen Kernkompetenzen beibehalten, die in ihrer Bedeutung für die Behandlung eine Gleichstellung erfährt. Die in der trialogischen Therapieplanung vereinbarten Ziele und Strategien bilden den Behandlungsauftrag für das MBT. Die Bewertung der als hilfreich erlebten Komponenten innerhalb der Behandlung erfolgt durch die Patienten und deren Bezugspersonen. Eine automatische Fokussierung der Behandlung auf den im Allgemeinen üblichen „ärztlichen Teil" wie Diagnostik, Symptomreduktion und medikamentöse Einstellung wird aufgehoben. Die Bildung von MBT's ermöglicht es allen Mitarbeitern, intensiver in den therapeutischen Prozess involviert zu sein. Gut informiert können so auch Personalausfälle qualitativ besser kompensiert werden. Diese Form der Zusammenarbeit führt zu einem Abbau traditioneller klinischer Hierarchien und paternalistischer Strukturen.

Synergien und Beziehungskontinuität

Durch die Aufhebung der strikten Trennung von stationären und ambulanten Behandlungsräumen wurde ein flexibles und bedürfnisorientiertes Gesamtkonzept geschaffen. Möglich ist dies durch

Resilienz- und Recovery-Fokussierung

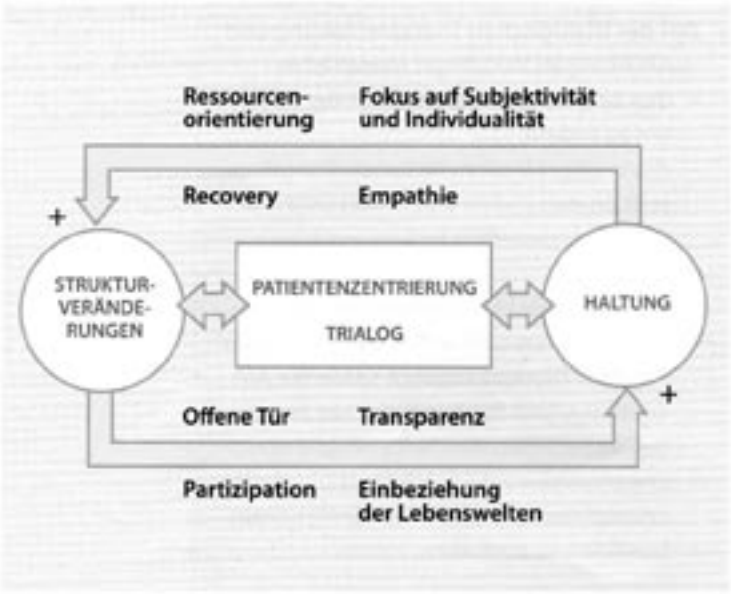
Ziel der trialogischen Therapieplanung und -ausrichtung im Weddinger Modell ist es:

- den subjektiven Leidensdruck der Patienten zu lindern;
- das multiprofessionelle Behandlungskonzept an den Zielen und Erwartungen der Patienten sowie ihrer Bezugspersonen auszurichten;
- eine sinnvolle Verknüpfung der individuellen inneren und äußeren Ressourcen mit dem Therapieangebot sowie die Ausarbeitung und Stärkung eigener Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen zu erreichen; trialogische Krisenplanungen und Behandlungsvereinbarungen zu erarbeiten.

eine konsequente „Außen"-Orientierung zu allen Behandlungszeitpunkten. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Patienten ambulant durch die MBT's im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz auf Station (PIA) weiter zu begleiten sowie durch ambulante psychiatrische Pflege (APP) oder durch ein integriertes Versorgungsmodell zu betreuen. Dies ermöglicht über alle Behandlungsräume hinweg schnelle und flexible Krisen- und Behandlungsinterventionen, welche stationäre Aufenthalte verhindern und/oder verkürzen sowie eine größtmögliche Beziehungs- und Behandlungskontinuität darstellen.

Schnelle und flexible Kriseninterventionen verhindern oder verkürzen stationäre Aufenthalte.

Es ist nur folgerichtig, dass die trialogische Therapieplanung und -ausrichtung in Effektivität und Nachhaltigkeit den rein „vorgeschriebenen" Therapien auf der Station bei Weitem überlegen ist. Diese zu erarbeiten und Patienten zu unterstützen, sie zu verstehen, zu internalisieren und umzusetzen, wird somit zum Hauptauftrag der Behandlung. Zu den wichtigsten Elementen zählen darüber hinaus die Erweiterungen der Teams durch Peers (Experten durch Erfahrung/ExIn / Genesungsbegleiter), intensivierte Angebote für Angehörige, die Normalisierung des psychiatrischen Raums, „offene Türe", Postvention und Prävention von Gewalt und Zwang etc.



„Positive Wechselwirkungen von Struktur und Haltung" (Mahler et al. 2014)

Veränderung ist möglich

Entstanden ist das Weddinger Modell aus den praktischen Erfahrungen der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit den Patienten und deren Bezugspersonen im psychiatrischen Alltag der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus. Innerhalb eines Jahres (2010) konnte das Konzept in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe entwickelt und in der gesamten Klinik sowie ihren dazugehörigen Versorgungsstrukturen (Psychiatrische Institutsambulanz, Medizinisches Versorgungszentrum, Ambulante Psychiatrische Pflege etc.) implementiert und geschult werden. Seitdem wird es vorlaufend evaluiert, aktualisiert und erweitert. Regelmäßige themenbezogene Fortbildungen sowie aktualisierte Grundlagenseminare für neue Mitarbeiter, die auch ein „Refreshing" ermöglichen, unterstützen diesen Prozess. Das Weddinger Modell impliziert neben einer Haltungsveränderung auch die Veränderung traditioneller klinischer Strukturen. Strukturveränderungsvorschläge scheitern aber häufig an dem Argument, dass es zuvor eine Haltungsveränderung der Mitarbeiter brauche. Die Erfahrungen zeigen, dass auch der umgekehrte Weg zum Erfolg führen kann. Rahmenveränderungen ermöglichen häufig erst die positiven Erfahrungen, die es braucht, um wiederum eine Haltung zu verändern. Das Weddinger Modell setzt also auf eine positive Wechselwirkung, die es ermöglicht, sowohl die Strukturen als auch die Haltung prozesshaft weiterzuentwickeln und das Konzept kontinuierlich auszuweiten.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein derart umfassender Veränderungsprozess (Paradigmenwechsel) nur in intensivem Austausch zwischen Basis und Führung (Top-down und Botom-up) vollzogen werden kann. Dazu brauchte es eine „systemsensible", transparente sowie partizipative Herangehensweise, welche Raum für Teilhabe und Mitbestimmung für alle Berufsgruppen ermöglichte. Dennoch musste damit gerechnet werden, dass manche Mitarbeiter bei so viel geplanter Veränderung mit unterschiedlich motivierten Ängsten reagieren. Die meisten Vorbehalte waren rational („... das machen wir doch schon ...") oder emotional (z. B. durch unkonkrete Vorbehalte gegen die

Einbeziehung von Patienten und Angehörigen) begründet. Diese konnten in der Regel durch gute Argumente und lösungsorientierte Gespräche relativ leicht aufgelöst werden. Wesentlich problematischer waren politisch motivierte Ängste (Verlust von Einfluss und Macht), welche selten offen ausgesprochen wurden. Hier wurde ein eindeutiges Konzept der befürwortenden Haltung der oberen Hierarchieebene notwendig.

Letztendlich aber bestimmt die Machbarkeit den Verlauf eines solchen Konzeptes. In der Praxis heißt das „einfach machen", was bedeutet, dass sich die Veränderungen an die gegebenen Umstände anpassen und im Alltag praktikabel sein müssen, ohne mehr Ressourcen zu beanspruchen. „Trotzdem machen", um durch den Beginn Gegenargumente widerlegen zu können. „Weiter machen", mit dem Wissen, dass es sich um einen lang anhaltenden dynamischen Prozess handelt und „Größer machen", da durch die prozesshaften Veränderungen die Grundlage für neue Inhalte, Qualifizierungen und Ergänzungen geschaffen wird. Die Erfahrungen mit dem Weddinger Modell zeigen, dass Veränderungen von Strukuren und Haltungen hinsichtlich einer konsequenten Recovery-Orientierung im stationären (Akut-) Bereich einerseits umsetzbar sind und anderseits eine nachhaltige Krankheits- und Krisenbewältigung unter Einbezug des Selbstkonzeptes von Menschen ermöglichen können.

Literatur

Mahler L. et al. (2014): *Das Weddinger Modell. Resilienz – und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Dr. med. Lieselotte Mahler
ist Oberärztin an der Universitätsklinik Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin.
Kontakt: lieselotte.mahler@charite.de

Ina Jarchov-Jädi
ist Pflegedirektorin am St. Hedwig-Krankenhaus und an der Psychiatrischen Universitätsklinik Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin.
Kontakt: i.jarchov@alexius.de

Mahler, Lieselotte; Jarchov-Jädi, Ina; Montag, Christiane; Gallinat, Jürgen: *Das Weddinger Modell – Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext, Psychiatrie Verlag 2014, 270 Seiten, Euro 34,95, ISBN 978-3-88414-555-5*

Aufmerksam auf das Buch wurde ich durch Psychiatrie-Erfahrene aus Berlin. Mit Interesse habe ich mich in die Kapitel des Buches vertieft, ja hineingefressen. Von allen Details faszinierte mich das Vorwort II von Gwen Schulz. Schreibt tatsächlich ein „unbekannter" Psychiatrie-Erfahrener neben Frau Michaela Amering ein Vorwort zu einem Buch, das Ärzte und Pflegekräfte herausgeben?! Aber nicht genug der Überraschung, mindestens drei Psychiatrie-Erfahrene mit Beiträgen aus Fachzeitungen werden als Autoren von Referenzliteratur angegeben! Das beschriebene klinische Modell, das Resilienz, Ressourcenorientierung und Partizipation der Patient(inn)en im Gesundungsprozess fördern soll, ist eine Weiterentwicklung des Soteria-Ansatzes mit der Verbindung zur integrierten Versorgung. Der Unterschied zur Soteria ist: Es erfolgen bei Fremd- und Selbstgefährdung Zwangsmaßnahmen. Ambulante Angebote werden aber berücksichtigt. Hatte Loren Mosher in der Soteria hauptsächlich schizophren erkrankte Menschen behandelt, werden in Wedding alle F-Diagnosen aufgenommen und in ihrer Krise begleitet. Das ist also das Besondere: Die modernen Begriffe wie Recovery, Empowerment, Salutogenese, bedürfnisangepasste Therapie und Trialog sind nicht nur Begriffe, sondern werden in die klinische Praxis und in der Stationsstruktur umgesetzt. Was hat die einjährige Praxis gebracht? Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden zeigte keine globale Veränderung oder berufsgruppenspezifische Unterschiede. Da nur ein Bruchteil der angesprochenen Angehörigen an der Evaluation teilnahm und den ausgefüllten Fragebogen zurücksandte, konnte keine Aussage gemacht werden. Die psychisch kranken Menschen hatten nach einem Jahr fast alle ein explizites Therapieziel, was ein Jahr zuvor nur bei 15 % der Befragten der Fall war.

Fazit

Das Modell scheint nicht nur effizienter zu arbeiten, was durch den Vergleich mit den Kontrollkrankenhäusern belegt wird, sondern es scheint auch die alte Forderung, „Augenhöhe" der Psychiatrie-Erfahrenen umzusetzen. Wenn dieses Modell neben der Augenhöhe auch die Freude bei den Professionellen zurückbringt, sind alle Beteiligten Gewinner! Im Sinne der psychisch kranken Menschen wünsche ich mir in allen psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern und Abteilungen diese andere Haltung der Behandlung von Ausnahmezuständen! Ein lesenswertes Buch mit Unterlagen für die praktische Implementierung.

Franz-Josef Wagner
ist Vorsitzender des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener.

Begrüßung der 1. Ausbildung von Ex-In-Teilnehmern des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. am 17.10.2014 in Kaiserslautern

Sehr geehrte Teilnehmer des 1. Ausbildungskurses vom „Ich-Wissen zum Wir-Wissen“, wie auch die Ex-In Ausbildung bezeichnet wird,
sehr geehrter Herr Klein,
sehr geehrter Herr Walter!

Über die Philosophie und Ziele von Ex-In werde ich Euch heute nichts erzählen. Das werden die Dozenten vornehmen, die diese Ausbildung nicht nur durchlaufen haben, sondern sie haben sich auch als Dozenten der Ex-In Bewegung qualifiziert und werden in den nächsten 13 Monaten den Virus der „Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen“ rüberbringen.

Ich will ein wenig auf die historische Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen eingehen. Die Experienced-Involvement-Bewegung hat in Deutschland seinen Ursprung in der Gründung des Bundesverbands Psychiatrie Erfahrener (BPE e.V.). Eine ihrer Hauptinitiatoren war 1992 Dorothea Buck. Dorothea Buck wurde 1938 in Bielefeld Bethel zwangssterilisiert, durfte keinen sozialen und akademischen Beruf ausüben und hat sich als Künstlerin und später als Kunstlehrerin ihren Lebensunterhalt verdient. Heute lebt Dorothea Buck, die Ehrenvorsitzende des BPE e.V. ist, mit ihren 97 Jahren in einem Altenheim in Hamburg und bezieht eine kleine Rente. Sie mischt sich noch heute in psychatrie-politische Diskussionen ein. Zusammen mit Prof. Thomas Bock - der mit Jörg Utaschakowski das Curriculum der Ex-In-Ausbildung erstellte - führte sie auch die trialogischen Psychose-Seminare ein.

Drei Jahre nach der BPE-Gründung - 1995 - hatte Hans-Winfried Krolla in Rheinland-Pfalz die Initiative ergriffen, die Selbsthilfegruppen Trier, Landau und Mainz nach Mainz einzuladen und mit ihnen die Gründung eines Landesverbandes zu diskutieren. Sechs Monate später - im Mai 1996 - war dann die 1. Mitgliederversammlung in Mainz. Kontrovers wurde der Name des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener diskutiert, da wir nicht nur für die Menschen ein Sprachrohr sein sollten, die eine klinische Psychiatriekarriere haben, sondern für alle Menschen mit Krisen. Seit dieser Zeit haben wir nicht nur trialogische Psychoseseminare, Ethikseminare und das Schulprojekt ins Leben gerufen. Wir veranstalten und dokumentieren darüber hinaus jedes Jahr zu einem aktuellen Thema eine Fachtagung. In unserem jährlich erscheinenden Fachjoumal „Leuchtfeuer“ - das mittlerweile im Priesterseminar Trier, in der Stadtbibliothek Trier und im Landeshauptarchiv Koblenz archiviert wird - werden aktuelle Themen des Landesverbandes zusammengefasst. Uber die Landesgrenzen ist die Tagung „Der Weg aus dem Heim - aber wie?“ bekannt geworden, die heute der „Verein für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz“ weiterführt. Zur Diskussion von Zwang und Gewalt entstand ein Sonderheft des „Leuchtfeuer“, das nicht nur in Rheinland-Pfalz verteilt, sondern auch von der aktuellen Bundesministerin Andrea Nahles für die Bundestagesmitglieder eingefordert wurde. Wir haben schon vor 12 Jahren - 2002 - eine Homepage aufgebaut, die 2013 über 330 000 Klicks hat. Hier werden neben unseren Fachtagungsdokumentationen auch das „Leuchtfeuer“, Therapieverfahren, Krankheitsbilder, Wissenswertes, Denkanstöße und vieles mehr den Lesern präsentiert. Von den 130 000 Besuchern kamen knapp 10 % über Suchmaschinen 70 % über direkte Verweise und 20 % über verweisende Domains. 58 Browser und 42 Betriebssysteme hatten unsere Homepage genutzt. In diesem Jahr könnte die 400 000er Marke fallen!

Wie sind wir zu diesem neuen Projekt „Ex-In-Ausbildung“ gekommen?

Vor zwei Jahren hatten wir - das Pfalzklinikum und der Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. - mit 35 Teilnehmern einen trialogischen Workshop in Hauenstein. In drei Gruppen mit jeweils zwei Stunden Arbeitszeit haben wir die Themen diskutiert: Fehlen Unterstützer, Welche Unterstützer fehlen? Braucht

es Räume? Wo und wie wollen wir mitarbeiten? Usw. Voller Ideen brachten sich die Teilnehmer ein - auch Petra Schröck - die sich schon damals für die Qualifizierung der Psychiatrie-Erfahrenen stark machte. Thomas Dech vom Pfalzklinikum nahm den Gedanken auf, brachte die Idee immer wieder ins Kollegium und berief für den 24.3.2014 eine Arbeitsgruppe von neun Personen nach Rockenhausen ein. Hier waren neben sechs Teilnehmern des Pfalzklinikums auch Tom Klein und Werner Walter als Ex-In Dozenten vertreten. Tom Klein und Werner Walter brachten uns nicht nur die Details der Ex-In Ausbildung näher, sondern sie informierten uns über Fallstricke, über Schwierigkeiten sowie über die Rahmenbedingungen. Damals hatten wir schon einen Zeitplan: Beginn Oktober 2014, Veranstaltungsort Kaiserslautem und eine Teilnehmerzahl von 22 Personen. Es wurde über die Information der Öffentlichkeit, Bewerbungsverfahren, Veranstalter der Ausbildung und die Finanzierung diskutiert. Ein zweites Treffen fand zwei Monate später am 21.5.2014 in Kaiserslautem mit Petra Schröck statt. Hier wurden neben der Auswertung des Pressetermins auch der Trialogische Workshop vom 8./9 Mai besprochen und für den 30.Juni ein dritter Termin vereinbart. Neben den Teilnehmerkosten, Bewerbungsverfahren wurde auch eine Teilfinanzierung durch die Aktion Mensch diskutiert und hinterfragt. Am 28.7.2014 wurde der Antrag bei Aktion Mensch eingereicht. Er wird im Laufe des nächsten Jahres entschieden werden. Das bedeutet für Euch: Ihr könnt hoffen, von den 150 Euro Gebühren bis zu 120 Euro erstattet zu bekommen. Für diese Hilfe müssen wir Herrn Dech und den Mitarbeitern des Pfalzklinikums danken, die nicht nur die Verwaltung und Organisation umsetzen, sondern uns auch die Räumlichkeit kostenlos zur Verfugung stellen. Das ist auch der Grund, weshalb diese Ausbildung so kostengünstig ist - was die Bearbeiter des Antrages von „Aktion Mensch“ nicht für möglich hielten. (Eine Anmerkung: Wir hatten im Mai den Trialogischen Workshop in Landau, und da ist die Fmanzierungszusage erst im Oktober gekommen.)

Warum engagiert sieh der Landesverband Psychiatrie Erfahrener für die Ex-In-Ausbildung?

Unsere verstorbene 2. Vorsitzende Arlette Mathoni-Welling setzte sich schon 2010 gegen größten Widerstand für die Beratung der Psychiatrie-Erfahrenen in der Klinik ein. Sie ging in die Rhein-Mosel-Fachklinik und sprach mit den psychisch kranken Menschen. Nach ihrem plötzlichen Tod übernahm Wolfgang Kluck diese Arbeit, und heute ist Vera Kluxen Vertreterin der Psychiatrie-Erfahrenen in der Rhein-Mosel-Fachklinik.

Wir wollen nicht nur passiv über Internet und über Printversion die Psychiatrie Erfahrenen, Multiplikatoren und Öffentlichkeit informieren, sondern wir wollen die Menschen ambulant, stationär und im komplementären Raum erreichen, und das geht nur über eine dialogische Kommunikation. So sind in Kaiserslautem, Rockenhausen, Andernach, Trier und Alzey von der Klinik bezahlte Psychiatrie Erfahrene als Genesungshelfer eingestellt. Diese Bewegung wollen wir mit der Ex-In-Ausbildung forcieren und weiter unterstützen. Wir wollen nicht nur ausbilden, wir wollen auch begleiten, unterstützen und uns gegenseitig informieren. Dazu brauchen wir ein Netzwerk. Dieses Netzwerk wollen wir in Rheinland-Pfalz mit Eurer Hilfe aufbauen! So treffen wir uns jährlich in der Jugendherberge Hermeskeil, haben Freitags die ~y Mitgliederversammlung und sprechen Samstag und Sonntag in ungezwungener Umgebung über Probleme, Ideen, Projekte, Arbeitsgruppen, Fachtagungen usw. Hier könnte ich mir sehr gut vorstellen, auch das Treffen der „Genesungshelfer der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung in Rheinland-Pfalz“ zu organisieren. Wir wollen auch für die Probleme der Genesungshelfer Ansprechpartner sein!

Ich hoffe wir können Euch auf diesem Weg begleiten und sind für Euch ein zuverlässiger Partner! Ich wünsche der Ausbildung nicht nur ein gutes Gelingen, sondern auch allen Teilnehmern viel Erfahrung aus dem „Ich Wissen zum Wir Wissen“. Danke für die Aufmerksamkeit!

Franz-Josef Wagner

Kurzvorstellung des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. anlässlich der 2. Regionalkonferenz in Trier am 23. Februar 2015 im Stadtmuseum Simeonstift Trier

Sehr geehrte Frau Dühr,
sehr geehrte Frau Scheeder,
sehr geehrte Damen und Herren!

Der Vortrag wurde von Frau Dühr und Frau Scheeder unter - und abgebrochen!

Ich bedanke mich für die Einladung anlässlich der 1. Regionalkonferenz 2015, hier in Trier, den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. vorstellen zu dürfen und zu können.

Zunächst möchte ich auf eine Gemeinsamkeit des Museumsverbandes Rheinland-Pfalz und der Psychiatriebewegung hinweisen. Nicht nur der Museumsverband Rheinland-Pfalz hat seine Gründung im Jahr 1992 vollzogen, sondern auch die Psychiatriebewegung in der Bundesrepublik Deutschland. Die im 3. Reich zwangssterilisierte, heute 97 jährige Dorothea Buck, organisierte mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen den Aufbau des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. Das war bundesweit der erste Verein, der von Psychiatrie-Erfahrenen gegründet und geleitet wird und der sich mit den politischen Themen beschäftigt. Damals wurde von professioneller Seite argumentiert: „Die psychiatrieerfahrenen Menschen bekommen sich selbst nicht organisiert und jetzt wollen die Psychiatrie-Erfahrenen einen Verein organisieren und leiten!“.

Vier Jahre später haben sich in Rheinland-Pfalz die Ortsgruppen Trier, Landau und Mainz getroffen und den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. ins Leben gerufen. Heute übernehmen wir ehrenamtlich gesellschaftspolitische Aufgaben, indem wir uns zu Gesetzesvorlagen äußern, uns in Gremien Gehör verschaffen und vielfältige Öffentlichkeitsarbeit betreiben. So haben wir die ersten Psychose-Seminare in Rheinland-Pfalz eingeführt, ein in der Fachwelt anerkanntes Journal „Leuchtfeuer“ herausgebracht, das nicht nur im 19. Jahr und in der 19. Auflage erscheint; es ist auch – wie alle unsere Veröffentlichungen – im Landeshauptarchiv Koblenz, Stadtbibliothek Trier und Priester Seminar Trier archiviert. Wir veranstalten im 19. Jahr unsere 20. Fachtagung zu einem aktuellen Thema. Die Dokumentationen der Fachtagungen wurden und werden in einer 250er Auflage an die Mitglieder und landesweite Multiplikatoren kostenlos verteilt. Seit 2003 haben wir eine Homepage mit über 400 000 Klicks. Hier sind neben Krankheitsbildern und Therapien, Informationen zur Organisation der Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, Satzung und Historie des Landesverbandes, Denkanstöße und Wissenswertes aufgeführt. Seit diesem Jahr haben wir auch die Gesundung von Menschen als Beiträge zu Recovery unter einem eigenem Link zusammengetragen und präsentiert.

Wir sind Mitglied in vielen landesweiten Organisationen wie dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) Rheinland-Pfalz/Saarland, der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Selbsthilfe Behinderter Rheinland-Pfalz e.V., dem Netzwerk Gleichstellung und Selbstbestimmung in Rheinland-Pfalz, dem Verein für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V., dem Landesbehindertenbeirat, dem Landespsychiatriebeirat und anderen regionalen und landesweiten Organisationen der Behindertenhilfe.

Ein aktuelles Thema ist für uns die soziale Inklusion von psychisch kranken Menschen. 2009 hat Deutschland die UN-BRK (UN-Behindertenrechtskonvention) ratifiziert. Hier sollen Maßnahmen initiiert werden, die eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe der Kranken an der Gesellschaft durchsetzen. In Artikel 1 heißt

es ***„Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“***

Hierzu möchte ich den weltweit anerkannten Psychiater, Asmus Finzen, aus der „Neue Züricher Zeitung“ vom 24/25 März 1991 zitieren: ***„Psychiatrie Patienten sind die einzigen Kranken, die eine medizinische Behandlung erdulden müssen, obwohl sie diese nicht wollen.“***

Zu dieser Problematik schreibt das Deutsche Institut für Menschenrechte (Berlin), das die Umsetzung der UN-BRK überwachen soll 2012: ***„Das Konzept der ´krankheitsbedingten Nichteinsichtigkeit´ findet also im Wortlaut der UN-BRK selbst keinen Halt.***

Der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer schildert in einem Beitrag „Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht“ den Ablauf und die Folgen von Zwangsmaßnahmen: ***„Für eine Zwangsbehandlung wird, wenn nötig, das „Aufgebot“ herbeigerufen: Bis zu acht zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen einem oder einer einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber. Auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar mit Vergewaltigungen, Folter und sexuellen Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen. Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierende Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde. In diesem Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen. Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann.“***

Mein Fazit:

Nach meiner Meinung und der Analyse von Herrn Rufer ist die aktuelle Zwangsbehandlung der Auslöser vieler nachrangiger SGB Leistungen. Eine andere, nicht biologistische Akutbehandlung der traumatischen Ereignisse zu fordern, ist notwendig. Eine nicht rein biologistische, sondern stärker empathisch-humanitäre Sicht hat Auswirkungen auf die Gesundung von uns Menschen und die staatlichen Leistungen. Wir werden mit Hilfe der UN-BRK die Probleme in der stationären Psychiatrie und dem Maßregelvollzug, den offenen und geschlossenen Heimen, dem betreuten Wohnen, den Werkstätten für behinderte Menschen, dem ersten Arbeitsmarkt, den Tagesstätten und die Probleme bei der Inklusion ins soziale Leben ansprechen, offen diskutieren und mit allen Beteiligten gemeinsam nach Lösungen suchen.

Ich möchte Ihnen danken für die Aufmerksamkeit und freue mich auf weitere positive Zusammenarbeit in den verschiedenen Netzwerken.

Franz-Josef Wagner

Frank Rettweiler

Ein Weg aus der Unheilbarkeit

Erfahrungen mit dem Recovery-Konzept

Es ist fast schon eine Ironie des Schicksals, dass ich das Recovery-Konzept trotz langjähriger Erfahrung als Betroffener und trotz meines psychotherapeutischen Hintergrunds erst seit Kurzem kenne. Den Begriff „Recovery“ habe ich zum ersten Mal gehört, als mein persönlicher Gesundungsprozess bereits weit fortgeschritten war. Umso überraschender ist für mich, wie eng meine eigenen Erfahrungen an den grundlegenden Ideen des Konzepts liegen. Die Beschreibung von William Anthony umfasst vieles von dem, was ich selbst als wesentlich erlebt habe. Für ihn ist Recovery „ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.“

Zu Beginn des Recovery-Weges stehen Betroffene vor einer fatalen Ausgangssituation: Das Schiff des Lebens ist gekentert auf dem aufgewühlten Ozean des eigenen Geistes. Die Masten sind gebrochen, der Rumpf ist leck geschlagen. Wasser dringt ein. Möglicherweise sinkt das Schiff und wir flüchten uns in ein Rettungsboot. Wie können wir überleben, auf stürmischer See? Zunächst haben wir eine bessere Chance, wenn wir nicht alleine sind. Und wir brauchen einen Fixstern zur Orientierung. Ein Leuchtturm in der Ferne ist hilfreich, ebenso ein Kompass. Wir sollten akzeptieren, dass unser vermeintlich stolzes Schiff unwiederbringlich gesunken ist. In unserer Not brauchen wir Hoffnung, Zuversicht und Durchhaltevermögen.

Recovery ist die nun folgende Heldenreise in ein unbekanntes Terrain. Wenn wir die Herausforderung bestehen, werden wir nicht mehr die Gleichen sein wie vor dem psychischen Sturm. Wir werden gewachsen sein, verwandelt. Und wir werden aufgrund unserer Erfahrung in der Lage sein, anderen zu helfen, die in Seenot sind.

Doch zunächst zum Sturm, zum Kentern des Schiffs und den Überlebenskämpfen auf hoher See: Meine letzte Depressionsepisode liegt etwas mehr als ein Jahr zurück. Davor gab es bereits zwei Krankheitsphasen. Die Diagnosen reichten von „bipolare affektive Störung“ bis hin zu „rezidivierende depressive Störung“. Damit wurde ich quasi als „unheilbar“ eingestuft. Aus heutiger Sicht war dieser Tiefpunkt gleichzeitig der Wendepunkt. Mitten im mentalen Unwetter habe ich schließlich gelernt, dass es hinter der Wolkendecke eine unbesiegbare Sonne gibt.

Im Folgenden geht es um Antworten auf Fragen zum Recovery-Weg: Was hat mein Überleben gesichert? Was hat mir Orientierung gegeben? Was hat mich getragen und mir Kraft gegeben? Was hat mir geholfen, Schwankungen und Rückschläge durchzustehen? Welche Einsichten waren entscheidend?

Sinn und (Be-)Deutung

„Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie“. Für Victor Frankl sind Menschen Sinn-Sucher. Ein Mensch, der auf einen tiefen Sinn ausgerichtet ist, verfügt über eine existenzielle Motivation, die ihn antreibt. Das Leben eines jeden Menschen hat einen Sinn, auch unter den widrigsten Umständen. Der Sinn ist ein Anziehungspunkt, von dem Kraft ausgeht. Wir alle brauchen eine Ausrichtung, etwas, das Hoffnung geben kann. Etwas, wofür es sich lohnt, den mühevollen Weg zu gehen, Rückschläge zu ertragen, wieder aufzustehen. Dazu gehört auch die Beschäftigung mit den existenziellen Fragen unseres Daseins. Wofür bin ich hier? Welchen Sinn macht es zu leben? Welchen Sinn würde es machen, nicht mehr weiterzuleben?

Meine Antwort war naheliegend und doch zunächst aufgrund der eigenen Betroffeneheit auch irritierend: Ich wollte zum einen Menschen in psychischen Krisen therapeutisch begleiten. Zum anderen wollte ich mein Wissen nutzen, um meine Erfahrungen weiterzugeben. Ich dachte an Trainings, Workshops und Vorträge. Ich wollte die Interessen Betroffener vertreten und mich an zukunftsweisenden psychiatrischen Projekten beteiligen. Dies also war die Mission.

Eng mit der Sinnfrage verbunden sind Fragen nach der Deutung oder Bedeutung der Krankheit. Was will die Krankheit mir sagen? Was könnte die Botschaft sein? Welche Deutung der Krise schafft Sinn? Ist die Krise vielleicht

eine Chance? Ist die Erkrankung eine Art „Heldenreise“? Die Aufgabe des Helden könnte sein, sich seinen inneren Dämonen zu stellen, sie zu zähmen und geläutert und verwandelt zurückzukehren, um denjenigen zu helfen, deren Heldenreise gerade erst begonnen hat. Letztlich hat in mir eine umfassende Umdeutung und Neubewertung stattgefunden, die mein Verständnis von Identität, meine Werte, meine Denkmuster und Lebensziele nachhaltig veränderte. Letztendlich kann jeder nur selbst einen eigenen Sinn für sein Leben finden, denn jedes Schicksal ist einzigartig. Doch das, was wir auf der Sinnsuche finden, kann uns ein Fixstern am Himmel sein, der uns die Richtung zeigt, in jedem Sturm.

Beziehungen und Zugehörigkeit

Ein essenzieller Recovery-Baustein sind die Beziehungen zu Menschen, die uns nahe stehen, zu Familie, Freunden und Mentoren. Selbst in Zeiten, in denen ich aufgrund der Krankheit kaum in der Lage war, Gefühle zu empfinden, war da doch ein vages, verschwommenes Gefühl von Liebe, Wärme, Nähe, Geborgenheit, Vertrauen. Da waren die Versuche des Verstehen-Wollens, was eigentlich für Nicht-Betroffene nicht zu verstehen ist. Es gab zahllose Versuche zu stützen, aufzufangen, was sich letztlich kaum stützen oder auffangen lässt. Das Mitgefühl, die liebende Güte und die Hoffnung im Angesicht des Unbegreiflichen. Trotz der eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht. Dazu kamen Mentoren, die mich begleitet und inspiriert haben und von deren Vorbild im Denken oder Handeln ich profitieren konnte. Und ich suchte mir Lehrmeister verschiedener Denkrichtungen, deren Gedanken ich letztlich für mich interpretiert und mit einiger Verzögerung umgesetzt habe.

Akzeptanz

Das Leben annehmen, denn es ist, wie es ist. Mit der ganzen Katastrophe des Lebens leben, im Hier und Jetzt. Ich meine, dass die Bereitschaft zu akzeptieren, was ich in diesem Moment nicht ändern kann, mir zu einem Entwicklungssprung verholfen hat. Ich versuche heute nicht mehr so sehr, Kämpfe zu kämpfen, die ich nicht gewinnen kann. Ich habe zunehmend gelernt, Rückschläge besser anzunehmen, Krisen mit einer neutraleren Haltung zu begegnen. Dadurch wird der Leidensdruck geringer. Somit bleibt mehr Kraft, um weiterzumachen. Freiheit ist eine Folge des Loslassens, des Nicht-gegen-Windmühlen-Ankämpfens, des Geschehen-Lassens. Es ist eine scheinbar seltsame Erfahrung: Das, was wir nicht akzeptieren oder gar bekämpfen, bleibt. Es prägt unser Denken und engt uns ein. Akzeptanz hingegen führt zu mentaler Entlastung, zu mehr Freiräumen für Neues.

Achtsamkeit

Die Achtsamkeitspraxis führt uns in ein Leben in der Gegenwart, im Hier und Jetzt. Ich habe im Laufe der Monate gelernt, gedanklich weniger oft in meiner belastenden Vergangenheit zu sein. Ich versuche, mich weniger intensiv mit der Zukunft zu befassen, mit all den existenziellen Unsicherheiten, mit Sorgen, Ängsten. Der Achtsamkeitsweg führt zunehmend zu einer Haltung des Nicht-Vergleichens, des Nicht-Bewertens, des Nicht-Beurteilens. Der Umgang mit Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen verändert sich. Für mich ist Achtsamkeitsmeditation das Gegenmodell zu all dem, was Menschen in der Depression gefangen hält: das sich verewigende Denken an eine belastete Vergangenheit oder eine beängstigende Zukunft, das Vergleichen der Situation mit dem, was ich lieber hätte sowie sich aufschaukelnde negative Deutungen und Selbstabwertungen.

Regelmäßiges Praktizieren hilft, die destabilisierenden Automatismen zu entmachten. Es sind der „Autopilot“ und die „neuronalen Autobahnen“ im Kopf eines Depressiven, die direkt in die Krise führen, die endlosen Grübeleien, die Teufelskreise, die Abwärtsspiralen. Ich habe gelernt, Distanz zu den Vorgängen in meinem Geist zu gewinnen. Heute identifiziere ich mich nicht mehr so sehr mit meiner Melancholie oder meinen vermeintlichen Niederlagen. Natürlich ist „meine Dame in Schwarz“ noch von Zeit zu Zeit zu Besuch. Mir gelingt es nun aber eher, von außen auf die Situation zu schauen, wie eine Art neutraler Beobachter oder mitfühlender Zeuge. Ich weiß heute, dass das Gehirn formbar ist, dass es sich immer wieder erneuert, jeden Tag, auf Basis dessen, was ich denke. Diesen Effekt können Betroffene nutzen. Achtsamkeit hilft, die alten Denkautobahnen in unseren Köpfen nach und nach zurückzubauen. Dafür können neue Bahnen entstehen, zunächst Feldwege, dann Bundesstraßen, die später zu Autobahnen psychischer Stabilität werden. Dies braucht allerdings Zeit, Motivation, Geduld und Praxis.

Selbstwert

Der Selbstwert als Wert, den wir uns selbst zuschreiben, war immer ein zentraler Faktor für mein Wohlbefinden. Während der Krisen war der Selbstwert katastrophal niedrig. Die Selbstbewertung ist aus heutiger Sicht auch ein wesentlicher Faktor für das Entstehen der Krisen. „Ich bin nur

etwas wert, wenn ich etwas leiste.“ Dieser mächtige Glaubenssatz hat sich bei mir früh eingebrannt. Ich habe jedoch erkannt, wie unsinnig es ist, den Wert eines Menschen an Leistungsanforderungen zu knüpfen. Und ich habe begriffen, dass ich mich mit diesem Denkmuster von der Bewertung anderer abhängig gemacht habe. Jeder Mensch ist einmalig und wertvoll, trotz allem… egal ob lebenserfahren, ver-rückt und kreativ, hochsensibel oder außergewöhnlich. Auch hier können Fragen den Weg weisen: Was bin ich mir selbst wert? Was ist das Besondere am Anderssein? Was macht mich einzigartig? Was davon kann ich im Alltag nutzen? Wie kann ich unabhängiger werden von den Projektionen anderer? Wie kann ich in Würde zu mir stehen?

Identität

Was sind wir im Kern unseres Seins, wenn alles Äußere wegfällt? Was wir über uns denken und welche Bedeutung wir dem zuschreiben, hat eine massive Auswirkung auf unser Befinden. Bin ich „unheilbar krank“ oder „besonders kreativ“? War van Gogh ein Psychotiker oder ein Vorreiter der modernen Kunst? War Hesse ein lebenslang Depressiver oder einer der bedeutendsten deutschen Schriftsteller? War Hemingway depressiv bis in den Suizid oder war er Nobelpreisträger für Literatur? War Churchill, der seine Depression als „schwarzen Hund“ bezeichnete, psychisch beeinträchtigt oder war er doch eher der Politiker, der Hitler die Stirn bot? War der Mathematiker Nash ein unheilbar schizophrener Psychotiker oder eher der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften? Die Fragen auf dem Genesungsweg sind: Wer bin ich, eigentlich, hinter meinen sozialen Masken, hinter meinen emotionalen Schutzmauern und Fassaden? Wer kann mir meine Würde nehmen (außer ich selbst)? Was ist das Besondere an mir und meiner Geschichte? Was ist die „Perle“ in der Tiefe meines Seins?

Werte und Haltung

Werte sind wie ein Kompass. Sie geben Orientierung. Sie verleihen unseren Handlungen Richtung und Bedeutung. Im Laufe der Jahre habe ich meine Werte immer wieder auf den Prüfstand gestellt und letztlich radikal verändert. Heute ist meine Werte-Landkarte eine völlig andere als damals: Aus „Haben“- und „Tun“-Werten wurden eher „Sein“-Werte. Lebenserfolg resultiert nun weniger aus materiellem Schein und Status und mehr aus gelungenen Beziehungen. Aus Werten, die sich stark aus Logik und Vernunft ableiten, wurden solche, die ihre Wurzeln eher in der Spiritualität haben. Aus Vorstellungen, die meinem Egoismus entstammten, wurden Werte, die auch das Wohl anderer im Blick haben. Dieser Wertewandel ist ein wesentliches Fundament jeder Neuausrichtung.

Denkmuster und Überzeugungen

„Wir sind, was wir denken. Alles, was wir sind, entsteht in unseren Gedanken. Mit unseren Gedanken erschaffen wir die Welt“. Die Erkenntnis des Buddha wird bestärkt durch die moderne Psychologie. Diese sieht es als eine ihrer bedeutsamsten Entdeckungen an, dass Menschen ihre Art zu denken verändern können. Wir sollten dies also zumindest versuchen. Denn wo sollen Veränderungen entstehen, wenn nicht in unserem Denken? Fragen wir uns also gelegentlich: Was denke ich gerade? Welche Selbstgespräche führe ich? Was spielt sich auf meiner inneren Theaterbühne ab? Ist das wirklich wahr, was ich da gerade denke? Welche Vergleiche, Bewertungen und Abwertungen prägen mein Denken? Wie geht es mir, wenn ich so denke? Könnte es auch andere Sichtweisen geben? Sind Gedanken nicht letztlich nur mentale Ereignisse, Wolken, die aufziehen und wieder verschwinden? Drehe ich mich gerade im Kreis? Was würde geschehen, wenn ich belastende Gedanken annehmen und loslassen könnte?

Perspektivwechsel

Ich habe lange gebraucht, um zu verstehen, wie wichtig die Lebensperspektive ist. Anfangs war meine Aufmerksamkeit einseitg auf Symptome und Defizite fokussiert. Zudem wurde mir diese Sichtweise durch Vertreter des Gesundheitswesens förmlich aufgezwungen. Es war ein persönlicher Paradigmenwechsel, mich zunehmend mit Ressourcen und weniger mit Pathologie zu beschäftigen. Irgendwann war die vage Zukunft dann doch wichtiger als die pathologisierte Vergangenheit. Ziele hatten mehr Kraft als Defizite und Limitierungen. Ich gestattete mir, ver-rückt zu sein, um Hindernisse und Begrenzungen zu ver-rücken. Letztlich geht es um die einfache Frage: Wie „wirklich“ ist die depressive Wirklichkeit eigentlich? Mit dem Wechsel der Blickrichtung entsteht ein neuer Wirklichkeitsraum: Was ist bereits gut (trotz allem)? Was kann ich selbst noch verbessern? Wer kann mich wie unterstützen? Was könnte der nächste Schritt sein? Die alte graue Welt wird mit einem Mal heller und farbiger. Symptombeschreibungen zementieren den symptomatischen Zustand. Ich kümmere mich heute nicht mehr sonderlich darum.

Selbstmotivation

Auch hier geht es um die Blickrichtung. „Hin zu“ Zielen und Kompetenzen statt „weg von“ Symptomen. Ich hatte

mich intensiv mit der Magie der Sprache sowie der Macht der inneren Bilder befasst. Ich begann, die Kraft der Bilder für mich selbst zu nutzen, indem ich eine Vorstellung einer gewünschten Zukunft entwarf, immer wieder. Ich spürte den Zauber der Sprache, wenn ich mich mit Metaphern und Geschichten beschäftigte. Und wie der Weg beim Gehen entsteht, wächst die neue Realitätsvorstellung mit der „story". Wesentliches wird dadurch klarer: Was will ich wirklich? Was will ich nicht mehr? Wozu bzw. wofür kann ich mich begeistern? Die gewünschte Zukunft wird gebahnt durch ein Denken in Möglichkeitsräumen: Nur einmal angenommen … ich könnte es schaffen … trotz aller Rückschläge … was wäre dann? Was wäre anders, besser, schöner …?

Selbstwirksamkeit

„Die längste Reise beginnt mit einem ersten Schritt." Auf dem Recovery-Weg ging es darum, mir positive Erfahrungen zu ermöglichen, aus kleinen Erfolgserlebnissen große zu machen. Es ging darum, belastende Denk- und Verhaltensmustermuster und Abwärtsspiralen zu unterbrechen und positive mentale Gewohnheiten zu implementieren und zu verstärken. Aufmerksamkeitslenkung hatte ich intensiv praktiziert: Was ist gut gelungen? Was war positiv? Was hat sich verbessert? Worüber habe ich mich gefreut? Was habe ich gelernt? Wie kann ich positive Erfahrungen nutzen? Wie kann ich mir selbst Mut machen? Wofür bin ich dankbar? Das bewusste Wahrnehmen dessen, was bereits gut ist oder sich verbessert hat, stabilisiert den Selbstwert und stärkt die anfangs noch zarten Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Es ist wichtig, sich auch die kleinen Erfolge bewusst zuzugestehen, denn dies bereitet den Boden für größere. Entgegen alter Vorurteile macht es Sinn, sich selbst für Fortschritte zu loben.

Krisen-Kompetenz

Heute bin ich überzeugt, dass meine Krise zu einem neuen Selbstbewusstsein, zur Selbstwerdung und zu innerem Wachstum beigetragen hat. Trotzdem ist Rückfallprophylaxe ein zentrales Thema. Es geht um nachhaltiges Lernen aus der Krise, auch aus kleineren Episoden: Welche Schwierigkeiten habe ich schon gemeistert oder durchgestanden? Was war hilfreich? Welche Eigenschaften, Fähigkeiten, Erfahrungen haben mich zu Fortschritten geführt? Was gibt mir Kraft und Stärke? Wie kann ich positiv mit Veränderungen umgehen? Wann und wie kann ich ein Problem als eine Herausforderung deuten? Was kann ich tun, um dauerhaft belastbar und gesund zu bleiben? Wie kann ich meine psychische Widerstandsfähigkeit stärken? Was trägt wirklich dazu bei, ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen?

Was also ist im Rückblick der Wesenskern von Recovery?

Gelingendes Recovery ist für mich…

…eine Antwort auf einen unüberhörbaren, unausweichlichen Ruf des Lebens
…eine existenzielle Veränderungserfahrung, die das bisherige Leben, das gewohnheitsmäßige Denken und das Fühlen „auf den Kopf stellt", „durchmischt", „pulversiert"…
…ein Eingeständnis der Grenzen und Beschränkungen
…eine Form der Selbstakzeptanz und der radikalen Annahme von Unveränderlichem
…eine Heldenreise, die zum Kampf mit den eigenen Dämonen auffordert
…eine Reise in die (Un-)Tiefen der Seele und ein Auftauchen aus den Katastrophen der Krankheit
…die Begegnung mit dem eigenen „Schatten", den unterdrückten Teilen der Persönlichkeit
…ein Weg zu mehr Klarsicht und Spiritualität
…ein Ausdruck von Kreativität, die danach strebt, eine neue befriedigende Daseinsform zu finden
…eine besondere Form des inneren Wachstums, der Reifung
…ein Prozess der Selbstwerdung „von der Raupe zum Schmetterling"
…immer auch ein Ausdruck der Demut und der Dankbarkeit
…letztlich ein Geschenk des Lebens in Form einer einer neuen Chance

Literaturangaben beim Autor

Frank Rettweiler
hat in Speyer eine Praxis für Systemische Psychotherapie, Hypnose und Beratung.

Kontakt: http://hypno-sys.de/ | info@hypno-sys.de

40 Jahre Psychiatrie-Enquete aus Sicht der Psychiatrie Erfahrenen

Gliederung:

1) Ausgang am 31. August 1971

2) Was sind die aktuellen Herausforderungen?

3) Fazit

Ausgang 1971

- 19 Mitglieder der Enquete-Kommission treffen sich im BM für Jugend, Familie und Gesundheit

- am 26. – 28.09.1971 findet in Quickborn (Hamburg) eine Klausurtagung der Enquete-Kommission statt

- Grundlage der Kommission sind die Reformen in USA, England, skandinavischen Ländern, Niederland und Frankreich

Was war die Kritik der Kommission???

- Katastrophale Verhältnisse in der Anstaltspsychiatrie

- 80% der Psychiatrien hatten 500 – 1000 Betten

- überfüllte Psychiatrien

- fehlplatzierte geistig behinderte Menschen in den Psychiatrien

- Einzugsbereich von 1 Million Einwohner

Ziele der Enquete-Kommission

- kleinere Einzugsbereiche (Gemeindenähe)
- Gleichstellung von Psychisch und somatisch kranken Menschen
- Reduktion der Bettenzahl
- Trennung von psychisch und geistiger Behinderung
- Kontinuität der Behandlung
- Verstärkung des ambulanten Sektors

Was waren die Probleme der Umsetzung???

- „„Anstaltslobby“ (Casper Kullenkampf) verteidigte den Bestand der großen Häuser mit „Klauen und Zähne“.
- Die Formulierung „Auflösung“ und „Schließung“ waren nicht im Schlusspapier durchsetzbar.
- Über die Umsetzung einer Richtgröße von 200 Betten wurde heftig gestritten.
- Niedergelassene Nervenärzte misstrauten den Institutsambulanzen.
- Psychoanalytiker wollten in die Ambulantisierung einbezogen werden.

Erste Ergebnisse

- Hilfsvereine gründeten sich.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BapK) gründete sich.
- Bundesverband Psychiatrie Erfahrener (BPE) gründete sich.
- Aktion psychisch Kranke (ApK) gründete sich und organisierte Informations-veranstaltungen.
- Bundesregierung stellte 500 Millionen DM zur Reform zur Verfügung (CDU und CSU regierten Bundesländer lehnten die Reform wegen verfassungsrechtlicher Bedenken ab).

Warum diese Ausführungen???

- Sichtbarmachung des fachlichen und politischen Umfeldes vor 40 Jahren

- Sichtbarmachung der aktuellen Positionskämpfe zwischen den Wohlfahrtsverbänden, Dachverbänden der Leistungserbringer, Politik, Medizin, Angehörigen und Psychiatrie Erfahrenen

Was sind die Herausforderungen für die stationäre Behandlung???

- Eine grund- und menschenrechtskonforme Psychiatrie
- Transparenz der qualitativen und quantitativen Berichtserstattung
- Überdenken der biologischen Sichtweise zu Gunsten der bio-psycho-sozialen Perspektive
- Mehr Traumabehandlung statt medikamentöser Therapie
- Einstellung von Genesungsbegleiter in der Gemeindepsychiatrie
- Einstellen des Abbaus von Pflegekräften statt Vermehrung der Informationstechniker
- Mehr diagnosebezogene Cluster statt regionale Clusterbildung
- Aufbau von diagnosebezogener therapeutischer Behandlung

Was sind die ambulanten Herausforderungen???

- Aufbau von Hometreatment, Stattkrankrankenhaus und regionalem Budget statt Ausbau von stationären Abteilungen
- Kürzere Wartezeiten für Patienten bei Psychiatern und Psychotherapeuten
- Bestandsanalyse der Heime und deren Fehlbelegung
- Qualitätsvorgaben und -überprüfung der Heime
- Prüfung und Kontrolle der Einweisungen in geschlossene Heime
- Transparenz der Rechtsstellung der Menschen in geschlossenen Heimen
- Erweiterung der Sichtweise vom „Systemsprenger“ auf Salutogenese und „Lebenskünstler“

Was sind die politischen Herausforderungen???

- Gleichstellung der Menschen bei Versicherungen (Unfall, Lebensversicherungen usw.) und in der Forensik bzw. JVA
- in vielen Berufen (Ärzte, Psychologen, Lehrer, Polizei, Beamte usw.) erhalten Menschen mit psychischen Diagnosen keine Einstellung, hier brauchen wir eine differenziertere Wahrnehmung und Einstellung
- bei der Bezahlung des Ehrenamtes erhalten Politiker Pauschalen(Wahlleiterpauschale), im Behindertenbeirat werden Sitzungsgeld, Reisekostenerstattung usw. bezahlt. Die Teilnehmerkosten an den Sitzungen des Psychiatriebeirates und seinen Gremien müssen auch übernommen werden
- Beteiligung der Betroffenen an Evaluationen
- Mehr pharmaunabhängige Forschungen
- Untersuchung von Reduzierung und Absetzungsmöglichkeiten von Psychopharmaka
- Weniger WfbMs zu Gunsten von Integrationsfirmen, Budget für Arbeit usw.
- Zusammenführung der 12 SGBs zu einem globalen Budget
- Einstellung der Differenzierung einkommensunabhängiger und einkommensabhängiger Leistungen

Fazit

- eine **SGB-Enquete**, da das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), das Teilhabegesetz und die UN BRK die Probleme im stationären, ambulanten und politischen Bereich nur noch weiter vergrößert.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit

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

Franz-Josef Wagner, Gratianstr. 7, 54294 Trier

Wege aus der Stigmatisierungsfalle – ein Projekt des Pfalzklinikums für ein Leben in Selbstachtung und Würde

Brandmale, so schmerzhaft wie die psychische Erkrankung selbst,,

„Sehr geehrter Kollege, S. wurde von seinem Vater abgeholt. Er wurde sterilisiert“. Das Dokument vom Juli 1939 stammt aus der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Es ist Bestandteil der Dokumentation, die das Pfalzklinikum zur Rolle der Klinik während der NS-Zeit herausgegeben hat. Das Brandmal in diesem Fall: „Angeborener Schwachsinn“. Glücklicherweise gehört in unserer Gesellschaft eine solch radikale Form der Stigmatisierung der Vergangenheit an. Und doch findet Stigmatisierung auch in der heutigen Gesellschaft noch immer statt, jeden Tag, jeden Augenblick, überall, am Arbeitsplatz, in Behörden, in Kliniken, selbst unter Freunden und in der Familie. Ein Stigma ist ein Merkmal, das Menschen gesellschaftlich ausgrenzt und abwertet. Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erschütterungen bedeutet, dass diese aufgrund ihrer Diagnose vielfach Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt sind.

Das trostlose Gefühl, ausgeschlossen zu sein

Betroffene Menschen empfinden eine soziale Stigmatisierung wie einen weiteren tiefen Stich, eine offene Wunde, ein schmerzhaftes Trauma. Die Verletzung ist für viele ebenso beeinträchtigend und peinigend wie die eigentliche Erkrankung. Aus der Gemeinschaft verstoßen zu werden, war im Mittelalter eine härtere Strafe als der Tod. Das Gefühl, ausgeschlossen zu sein, nicht zur Gemeinschaft zu gehören, wirkt hochgradig verstörend. Stigmatisierung wirkt insbesondere dann, wenn die Etikettierung, die Stereotypisierung, die Ausgrenzung, der Statusverlust und die Diskriminierung in Situation ungleicher Machtverteilung auftreten. Diese Situation ist z.B. gegenüber dem Arbeitgeber, den Behörden oder dem Vermieter häufig gegeben. Das Leid der Betroffenen trifft vielfach auf Unverständnis, Unwissen, Ignoranz und Vorverurteilung. Das durch die Krankheitssymptome hervorgerufene Leid potenziert und automatisiert sich durch die Stigmatisierung. Andererseits: Was wäre, wenn über Nacht ein Wunder geschähe? Was wäre, wenn Betroffene vorurteilslos wahrgenommen würden, auf Verständnis, Empathie und Achtung träfen und so ein Gefühl des Angenommenseins entwickeln könnten? Vermutlich wäre damit ein Weg für einen Wandel und für Heilung bereits gebahnt. Würden wir Akzeptanz, Schutz, Anwaltschaft, Mitmenschlichkeit, persönliches Interesse am Anderen als eine Art ewiges Naturgesetz im Umgang miteinander verstehen, bestünde auch für vermeintlich Unheilbare wieder Hoffnung.

Das Gefängnis der Selbststigmatisierung

Mindestens ebenso belastend ist das Gefühl, eingeschlossen zu sein in einem inneren Gefängnis. Menschen mit einer psychischen Erkrankung neigen häufig dazu, Vorurteile zu übernehmen und sie gegen sich selbst zu richten. Wir alle lernen früh, dass gewisse Merkmale – dazu zählen noch immer psychische Erkrankungen - sozial nicht akzeptiert sind. Wir alle haben solche Maßstäbe tief verinnerlicht. Für psychisch Kranke sind diese Bewertungsmuster verhängnisvoll. Sie stellen Vergleiche an zwischen der sozial vorgegebenen Norm und dem Bild, das sie von sich selbst haben. Der Vergleich führt zu permanenten Abwertungen und Selbstvorwürfen, Selbstverurteilungen und einer Abwärtsspirale mit einer fortschreitenden Erosion des Selbstwerts und der Selbstachtung. Damit gehen zunehmende Isolierung, Existenzängste und fortschreitende Depressivität einher. „Ich bin anders. Ich genüge den Anforderungen nicht. Ich schäme mich. Ich bin es nicht wert, dazuzugehören.“ Die Selbst-Stigmatisierung wird zu einem emotionalen Gefängnis mit massiven, hohen Mauern und dicken Gitterstäben.

Gibt es eine Hoffnung auf einen Ausweg aus dieser unheilvollen Verstrickung? Wenn es Betroffenen gelingt, wenn sie dabei unterstützt werden, sich selbst nach und nach mit fürsorglicher Achtsamkeit zu begegnen, öffnet sich die Gefängnistür bereits einen Spalt breit. Achtsamkeit meint hier eine Offenheit in der Wahrnehmung der Situation, so, wie sie gerade ist, ohne Vergleiche zu ziehen, ohne Bewertungen und Urteile vorzunehmen oder sich mit der Krankheit zu identifizieren. Gelingt es darüber hinaus, eine annehmende Haltung zu entwickeln, reduziert sich der emotionale Druck spürbar. „Es ist, wie es ist. Ich akzeptiere mein Sosein. Ich bin ich, ich bin ok und ich stehe zu mir. Ich sage trotzdem JA zu mir, trotz der ganzen Katastrophe des Lebens“. Die Welt ist, wie sie ist. Was wir ablehnen, verfängt sich in unserem Geist. Es entlastet und macht Sinn, den gegenwärtigen Zustand im Hier und Jetzt als gegeben anzunehmen. Was wir akzeptieren, können wir früher oder später loslassen.

„Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll“. Dies gilt uneingeschränkt auch für psychisch Kranke, gleichgültig ob

ver-rückt, hochsensitiv oder außergewöhnlich. Auch für sie gilt, dass es niemanden in diesem Universum gibt, der so ist wie sie. Wenn Betroffene ihr Anderssein in dieser Weise umdeuten können, öffnen sich neue Freiräume und Chancen im Denken, Fühlen und Handeln, verbunden mit positiven Effekten für den Selbstwert. Denn letztlich ist der Selbstwert der Wert, den wir uns selbst – nicht andere – zuschreiben. Also: Was ist das Besondere im Anderssein? Was macht mich einzigartig? Welche Stärken, Gaben und Talente kann ich im Alltag einsetzen? Was ist „das Gute im Schlechten"? Kann ich mich auch über die Krankheit hinaus definieren? Wenn wir auf diese Fragen sinnstiftende Antworten finden, schmelzen die Gefängnisgitter und die Mauern werden brüchig.

Die meisten von uns haben eine Haltung der Achtsamkeit, der Akzeptanz, der Selbstfürsorge und des Selbstmitgefühls nicht gelernt. Zu sehr widerspricht diese Denkweise unseren konditionierten Leistungs-, Konsum-, Konkurrenzphantasien und unseren Identitätskonstruktionen. Mithilfe achtsamkeitsbasierter Übungsformen können Betroffene lernen, ihr konditioniertes Denken, Fühlen und Handeln sukzessive zu transformieren. Eine unvoreingenommene Aufmerksamkeit, eine annehmende Haltung, mehr Gelassenheit, mehr Distanzierungsfähigkeit, Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl lassen sich trainieren. Der Lohn der Übung ist eine größere innere Freiheit im Umgang mit der eigenen Erkrankung und den Reaktionen der Umwelt. Vielleicht wird es vorstellbar, aus dem emotionalen Kerker auszubrechen. Vielleicht wächst die Hoffnung, vom Leiden zum Leben zurückzukehren, zum selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben – und das mit der eigenen ganz besonderen Geschichte. Eine achtsame nicht-identifizierende Wahrnehmung und die Annahme des eigenen Lebens - mit all den Symptomen und der Diagnose - ist die Basis für ein Leben in mehr Autonomie und Zugehörigkeit.

Entstigmatisierung durch Information, Begegnung und Kommunikation

In der Gesellschaft gibt es mittlerweile einige ermutigende Anzeichen, dass die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten mittlerweile im Gange ist. Fast jeder kennt heute Menschen, die relativ offen über psychische Probleme und Psychotherapien sprechen. Immer mehr Menschen bekennen sich zu einer psychiatrischen Diagnose. Die größere Offenheit beschränkt sich allerdings noch vorrangig auf Mode-Diagnosen wie Burnout oder auf Angststörungen und mittlerweile auch auf depressive Episoden. Ein Bekenntnis im Sinne „Ich habe F20.0', paranoide Schizophrenie" ist noch immer kaum vorstellbar.

Die Stigmaforschung in Deutschland in jüngster Vergangenheit ist in verschiedenen Studien zu einem für viele überraschende Ergebnis gekommen: Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nimmt allen Aufklärungskampagnen zum Trotz eher zu als ab. Die Entwicklung erscheint paradox: Zwar glauben die Befragten, dass die Gesellschaft psychische Störungen weniger stigmatisiere als früher. Sie nehmen heute eher als noch vor 1990 an, dass die meisten Menschen ehemalige Psychiatrie-Patienten genauso behandeln wie alle anderen. Wird der Einzelne aber nach seinen eigenen Gefühlen befragt, will er eher mehr Distanz zu psychisch Kranken als damals. Befragte wollen Betroffene nicht als Nachbarn, nicht als Kollegen, als Mitarbeiter und sie nicht zum Freundeskreis zählen. Das Tabu sitzt fest in den Köpfen. Die Forschung zeigt aber auch, dass Menschen weniger soziale Distanz zu psychisch Kranken aufbauen, wenn man ihnen zuvor Informationen darüber gegeben hat, dass man sich psychische Krankheit und Gesundheit nicht als Gegensätze im Sinne von „Schwarz" oder „Weiß" vorstellen darf, sondern eher als Zustände mit fließenden Übergängen. Die im Sinne von Entstigmatisierung völlig kontraproduktive Zementierung der Betroffenen in den Kategorien der internationalen Klassifizierungsrichtlinien (ICD-10, DSM-IV, DSM-5) lässt sich ein Stück weit aufweichen. Die Menschen können dann psychische Störungen als etwas Normaleres ansehen, als etwas was zu Leben dazugehört. Sie sehen dann nicht mehr vollständig getrennte Welten. Damit können sich Grenzen und Barrieren in den Köpfen nach und nach auflösen.

Die Herausforderung

Der Auf- und Ausbau der Anti-Stigma-kompetenz ist ein essezieller Baustein eines ganzheitlichen Recovery-Konzepts. Recovery steht für Erholung, Besserung, Gesundung, Rettung, Rückgewinnung. Recovery können wir als Weg der psychischen Gesundung verstehen. Wie können wir also Menschen mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung auf ihrem Gesundungsweg unterstützen? Was wäre die bestmögliche Begleitung auf einem Weg zu mehr Autonomie und Inklusion? Was wäre hilfreich, um die Lebensperspektiven psychisch kranker Menschen nachhaltig zu stärken? Welchen Beitrag kann die Psychiatrie zukünftig zur Verbesserung der seelischen

Gesundheit Betroffener leisten? Kompetenzen zur Bewältigung der Stigmatisierung sind die Wegbegleiter durch die verschiedenen Phasen seelischen Gesundung.

Training der Anti-Stigma-Kompetenz – ein Peer-geleitetes Programm in der Schweiz

„In Würde zu sich stehen“ ist ein Trainingsmanual zur Offenlegung einer psychischen Erkrankung von B.A. Buchholz und P.W. Corrigan. Hierauf basiert das erste Peer-geleitete Programm, das in der Schweiz seit 2013 erfolgreich im Sanatorium Kilchberg/Schweiz durchgeführt wird. Experten und Expertinnen durch Erfahrung versuchen, stigmatisierendes Verhalten zu erkennen, in Frage zu stellen, offen anzusprechen und auf eine Veränderung hinzuwirken. Zentraler Punkt ist die Schaffung eines Anti-Stigma-Bewusstseins: „Stigma geht uns alle an“. Die Initiativen adressieren Betroffene, Fachpersonen und die Öffentlichkeit. Das Peer-geleitete Trainingsprogramm besteht aus Wissenstransfer, Diskussionen sowie Gruppenübungen und ist ausgelegt für vier bis acht Teilnehmer. Ziel des Trainings ist es, Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken einer Offenlegung der psychischen Erkrankung abzuwägen. Geübt werden darüber hinaus Strategien für eine möglichst effektive Kommunikation. Ein wesentliches Element ist die Reflektion der eigenen Haltung zur Erkrankung. Angestrebt wird eine positive Ausrichtung auf Ziele und Zukunft - trotz oder gerade wegen der psychischen Beeinträchtigung - und der Aufbau einer annehmenden Haltung zu dem, was im Moment noch nicht zu ändern ist. Die Einheiten zielen auf eine Stärkung von Selbstakzeptanz und Selbstwert. Wer bin ich - eigentlich? Das oft starre, dunkle und verzerrte Bild der eigenen Identität wird aufgeweicht. Belastende Überzeugungen und angsterzeugende Geheimnisse können bearbeitet werden. Über eine wohlwollende Selbstidentifikation können Betroffene zunehmend Zugang zu einem freieren, offeneren Leben finden, sich mit Gleichgesinnten zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung zusammenfinden. Die Offenlegung kann sich auf ausgewählte Lebensbereiche beziehen oder auch übergreifend erfolgen. Abschließend wird der Umgang mit möglichen Reaktionen der Umwelt auf eine Offenlegung trainiert. Diese können von Verständnis und Beistand bis zu aktiver Unterstützung reichen. Anderseits sind auch negative Reaktionen in Form von Respektlosigkeit, Ablehnung, Bestrafung, Furcht, Vermeidung, Tratsch und Schuldzuweisung zu erwarten. Hier gilt es, möglichst wirkungsvolle Bewältigungskompetenzen aufzubauen, um Rückschläge effektiv abfedern zu können.

Eine Pilotinitiative des Pfalzklinikums und des Landesverbands Psychiatrie Erfahrenen Rheinland-Pfalz (LVPE) e.V.

Auch in den psychiatrischen Einrichtungen Deutschlands gewinnen Ideen zur Entstigmatisierung im breiteren Kontext von Inklusion und Recovery zunehmend an Bedeutung. So hat das Pfalzklinikum zusammen mit dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE) e.V. einen Ausbildungsgang für Experten durch eigene Erfahrung (Ex-In) initiiert. In mehreren Modulen erfolgt die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung, die Bedeutung der Krise vor der eigenen individuellen Lebensgeschichte jedes Einzelnen wird re-flektiert und Bewältigungsstrategien werden in der Gruppe diskutiert und ausgebaut. Die derzeit ca. 20 Teilnehmer des Trainings werden ausgebildet zu Genesungsbegleitern, die in der Folge Menschen in Krisen mit ihrer eigenen Erfahrung zur Seite stehen, auch bereits während der Erkrankungsphase Hoffnung vermitteln und zur Sinnfindung beitragen können.

Als erste Klinik in Deutschland (?) befasst sich das Pfalzklinikum in Klingenmünster derzeit intensiv mit konkreten Konzepten zur Förderung von Antistigma-Kompetenzen der Betroffenen. Im stationären Setting werden durch die Genesungsbegleiter in den entsprechenden Gruppentherapien Anleitungen vermittelt zum Umgang mit Stigmatisierung und insbesondere zur Überwindung von Selbststigmatisierung der Betroffenen.

Aber auch und gerade nach einer Behandlung soll ein Angebot für Menschen mit psychischen Erschütterungen etabliert werden, welches dazu beiträgt, den oft nicht einfachen Weg zurück in die Lebenswelt des Alltags zu finden. Ein wichtiger Meilenstein auf diesem Weg war eine Tagung im Rahmen des PIELAV-Projekts des Dachverbands Gemeindepsychiatrie, welches sich der Leitlinie „Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion“ verschrieben hat. Die vom vom Pfalzklinikum, vom Dachverband Gemeindepsychiatrie und vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE) e.V. gemeinsam ausgerichtete Veranstaltung stand unter dem Motto „Reden statt Schweigen“. Sie bot eine Plattform für eine offene Auseinandersetzung aller im TRIALOG gebündelten Perspektiven auf Stigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen. Präsentiert wurden das oben dargestellte

Projekt des Sanatoriums Kilchberg/Schweiz sowie Möglichkeiten des Aufbaus von Bewältigungskompetenzen im Rahmen des Recovery-Ansatzes. Betroffene, Angehörige und Behandler hatten Gelegenheit, sich durch Fachvorträge zu informieren. In Workshops bestand die Möglichkeit, sich internsiver mit den Konzepten auseinanderzusetzen und auszutauschen. Das Resumée ist eindeutig: sowohl Betroffene als auch Angehörigenvertreter und Behandler sind der Auffassung, dass Trainingsprogramme dazu beitragen können, die zur Zeit noch bestehenden Lücken in der Vermitllung von Bewältigungskompetenzen zu schließen. Die zarte Pflanze der Hoffnung vieler Betroffener hat Nahrung bekommen. Sie wünsche sich nun, dass solche innovativen und gleichzeitig pragmatischen Konzepte zunehmend das Stadium der theoretischen Diskussion und der reinen Willenserklärung verlassen und nun auch in der Praxis umgesetzt werden.

Angedacht ist aktuell ein Training in der Kooperation mit der Volkshochschule in Landau, anzubieten, welches dann wie die interenen Veranstaltungen von Genesungsbegleitern geleitet werden wird. Entscheidend dabei ist, solch neue Ansätze außerhalb des Kliniksettings zu ermöglichen, um dadurch die Grenzen zwischen der Behandlungswelt und dem Lebensalltag der Betroffenen zu überbrücken. Das Anti-Stigma-Training bildet damit einen wichtigen Beitrag im Rahmen der allgemeinen Förderung von Recovery-Kompetenzen. Die Kompetenzen und Erfahrungen der Genesungsbegleiter spielen dabei sicherlich mit die entscheidende Rolle. Die nachhaltige finanzielle Sicherung solcher Setting-übergreifender Angebote ist eine offene Frage und bleibt eine Herausforderung der Zukunft.

Diese Initiative des Pfalzklinikums in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE) e.V. kann einerseits dazu beitragen, eine offenere und vorurteilsfreiere Haltung zu fördern. Dazu werden die entsprechenden Programme auch öffentlichkeitswirksam platziert. Die Thematik wird wie selbstverständlich aus dem geschlossenen Raum der Psychiatrie dorthin gebracht, wo man auch andere Kompetenzen für die persönliche Entwicklung erwerben kann. Konkret heißt das, dass Trainings auch an bekannten öffentlichen Weiterbildungseinrichtungen wie den lokalen Volkshochschulen angeboten werden. Die Idee dahinter: Wenn Trainings zur Anti-Stigma-Kompetenz in direkter Nachbarschaft zu Sprachkursen und Kursen zur Persönlichkeitsentwicklung stattfinden, werden die Grenzen durchlässig. Statt sich bewusst aus dem Weg zu gehen, treffen sich „Normale“ und „Ver-rückte“ auf dem Flur. Das Nebeneinander wird möglicherweise irgendwann zur Normalität.

Inhaltlich sollen die Trainings innerhalb und außerhalb der Klinik Betroffene befähigen, sich in dieser für sie emotional, sachlich und kommunikativ komplexen Gemengelage sicherer zu bewegen. Betroffene können lernen, Ihre eigene Position besser darzustellen und zu vertreten. Sie können Ihre Erfahrungen austauschen. Und bestenfalls können sie dazu beitragen, dass sich die Vorstellung von Krankheit und Gesundheit in den Köpfen der Einzelnen und damit sukzessive auch in der Gesellschaft verschiebt. Damit würden Sie als Multiplikatoren sukzessive selbst zur Entstigmatisierung in der Gesellschaft beizutragen.

Es geht also um die Einzelnen und es geht um eine gesellschaftliche Multiplikatorwirkung. Aus kleinen Fortschritten größere machen. Über Vorbilder zu lokalen und regionalen Effekten kommen. Über die persönliche Haltung auch gesellschaftliches und politisches Bewusstsein schaffen. Diese Wechselwirkungen gilt es zu nutzen, auch wenn das Ziel noch in weiter Ferne liegt. Denn auch hier gilt: Die längste Reise beginnt mit einem ersten Schritt.

Literatur

Blythe A. Buchholz und Patrick W. Corrigan. In Würde zu sich stehen
Finzen, A. (2013). Stigma psychische Krankheit. Köln: Psychiatrie Verlag

Frank Rettweiler hat in Speyer eine Praxis für Systemische Psychotherapie, Hypnose und Beratung und ist Mitglied im Vorstand des Landesverbands Psychiatrie Erfahrenen Rheinland-Pfalz (LVPE) e.V. Homepage: www.lvpe-rlp.de
Kontakt: http://hypno-sys.de/ | info@hypno-sys.de

Birgit Fuchs, Einrichtungsleiterin Betreuen-Fördern-Wohnen, Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie, (Anstalt des öffentlichen Rechts), Dienstleister für seelische Gesundheit Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster

Impulsreferat
– Erfahrungen Betroffener mit der Doppeldiagnose. Sucht und Psyche

anlässlich der Tagung: „Doppeldiagnose !? Sucht und Psyche – was braucht der Mensch?“
am 15.5.2015 in Nürtingen

Liebe Wiebke,
lieber Heinz,
lieber Klaus,
sehr geehrte Damen und Herrn!

Wir, der Landesverband Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz e.V. , sind froh, bei dieser Tagung „Doppeldiagnose!? Sucht und Psychose – Was braucht der Mensch?“ nicht nur teilnehmen zu dürfen, sondern auch Mitveranstalter zu sein. In meinem Impulsreferat möchte ich die Bedeutung des Themas aus Sicht der Selbsthilfe darstellen.

Wie sind wir zu dem Thema „Doppeldiagnose“ gekommen?

Das Thema Doppeldiagnose kam von meiner verstorbenen Vorstandskollegin im Jahre 2011. Selbst betroffen erklärte sie mir immer wieder, wie schlecht die medizinische, therapeutische und soziale Betreuung der Menschen mit Doppeldiagnose ist. Wir entschieden, am 29. September 2012, die 16. Fachtagung des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. zum Thema: „Sucht und Psychose – Doppeldiagnose, die Herausforderung der Zukunft“ in Landau zu veranstalten. An dieser Tagung nahmen zwei Professionelle, zwei mittlerweile verstorbene Psychiatrie-Erfahrene und Wiebke von den Guttempler teil – die Initiatorin war zu dieser Zeit nicht mehr unter uns. Wiebke und ich trafen uns erstmals drei Monate vor dieser Tagung in Fulda bei einer bundesweiten Veranstaltung. Wir waren uns sofort einig: Das ist ein Thema mit Schnittmenge aus der Psychiatrie- und Suchtselbsthilfe. In einem mit Daten unterlegten Vortrag stellte Wiebke die Problematik „Angehörigenselbsthilfe – Sucht und Psychose“ dar. Angehörige können Partner und Partnerinnen, kleine Kinder, erwachsene Kinder, Eltern und diejenigen, die sich nahe fühlen sein. Bei allen hat das Familiengeheimis, wie sie ausführte, unterschiedliche Auswirkungen und Bedeutung. Die Angehörige wollen nichts hören, sehen und nicht darüber sprechen – so wie Wiebke uns die Problematik erklärte. Eine gegenseitige Unterstützung erfolgt in der Selbsthilfe durch voneinander Lernen, miteinander Entwickeln usw. Jedoch kann Selbsthilfe keine Therapie und kein Ersatz für professionelles Hilfeangebot sein.

Was hatte diese Tagung noch öffentlich gemacht?

Frau Dr. med. Silvia Claus präsentierte soziodemografische Daten: Menschen die häufig eine Psychose und Suchtproblematik haben, sind männlich, unverheiratet, jünger als andere schizophrene Patienten und haben häufig eine unzureichende schulische und berufliche Ausbildung. Der Teufelskreis: Soziale Probleme – Drogenkonsum – Psychische Probleme führt zu deutlich mehr Suizidversuchen und Suiziden als bei einfacher Diagnose. Die Probleme der Behandlung und Nachsorge sind: keine einheitlichen Behandlungsansätze. Doppeldiagnosen sind häufig therapeutische Ausschlusskriterien; Menschen mit Doppeldiagnose fallen häufig durch die Maschen des Versorgungsnetzes und werden somit Drehtürpatienten. Unerkannte Patienten mit einer Doppeldiagnose sind negativ bezeichnet „Systemsprenger“.

Die Psychiatriepolitik hat für diese Menschen mindestens drei Versorgungssysteme: Die Psychiatrie, die Sucht und die Heime. Die beiden Versorgungssysteme Sucht und Psychiatrie arbeiten in Rheinland-Pfalz getrennt als selbständige Referate und in unterschiedlichen Abteilungen des gleichen Ministeriums. Gründe werden aufgeführt: Unterschiedliche Behandlungstraditionen und – dynamiken, unterschiedliche Fachsprachen und unterschiedliche organisatorische-institutionelle Rahmenbedingungen, wie die Leiterin der Referates für Psychiatrie und Maßregelvollzug, Frau Dr. Julia Kuschnereit, feststellte. Sie machte auch Vorschläge zum Überwinden dieser Barrieren: Die Festlegung klarer Zuständigkeiten im regionalen Versorgungssystem, verbindliche Verfahrensabsprachen hinsichtlich der Zusammenarbeit beider

Systeme und eine rechtzeitige wechselseitige Informationsweitergabe für Patienten und Patientinnen, die überwiesen werden.

Nebenbei bemerkte Frau Dr. Julia Kuschnereit: Die Frage der Doppeldiagnosen ist ein heiß diskutiertes Thema in der Gemeindepsychiatrie. Der Teufelskreis, in dem sich diese jungen männlichen Patienten befinden, führt nicht selten in die Forensik, geschlossene, wohnortferne Heime ländlicher Bundesländer. Diese geschlossenen Heime bieten nur rudimentär - therapeutische Unterstützung für solche Patienten.

Es gibt aber auch einzelne Menschen wie Klaus Laupichler, die diesem Teufelskreis mit viel Glück, Widerstandsfähigkeit, gutem sozialen Umfeld und dem richtigen Ansprechpartner entkommen sind. Klaus Laupichler stellt seine bewegte Biographie im Detail vor und machte uns auf Ressourcen aufmerksam, die am Wegesrand liegen und die Menschen mit Doppeldiagnose nutzen können und müssen, um den Teufelskreis zu verlassen.

Was ist seit dieser Zeit passiert?

2013 haben die Guttempler in Rheinland-Pfalz und Saarland anlässlich ihrer Tagung eine Arbeitsgruppe „Sucht und psychische Störungen“ angeboten. Hier ist uns – den Guttemplern und den Psychiatrie-Erfahrenen – die zukünftige Bedeutung und Aufmerksamkeit der sog. „Doppeldiagnosen“ nochmals deutlich geworden. Wir entschieden 2015, dass Thema hier in Baden-Württemberg einem noch größeren Publikum öffentlich zu machen. Das dieses unter der Schirmherrschaft der Ministerin Katrin Altpeter erfolgt, dazu kann ich Heinz nur gratulieren.

Weiter waren die Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz in der Arbeitsgruppe „Geschlossene Heime“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie und haben von der Forderung der Wohlfahrtsverbände nach mehr Heimen erfahren. Rheinland-Pfalz soll seit Jahren auf hohem Niveau 10 248 Plätze der Eingliederungshilfe haben. Diese offenen, geschlossenen und fakultativ geschlossenen Plätze sollen zu 80 % von Rheinland-Pfälzern belegt sein. Für die Psychiatrie sind uns 42 Einrichtungen mit 2772 Heimplätzen bekannt. Davon sind mindestens 192 Wohnplätze geschlossen und fakultativ geschlossen. Inoffizielle Daten sprechen von mindestens 10% geschlossener und fakultativ geschlossener Wohnheimplätze. Unsere Daten haben wir der 36. Sitzung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz vorgelegt. Der Landesbehindertenbeirat von Rheinland-Pfalz hatte davon gehört und uns 2015 in einen Arbeitskreis eingeladen. Zwischenzeitlich haben wir in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe das Ministerium nach der Platzzahl der stationären Heimplätze der Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Altenhilfe gefragt. Auch fragten wir nach dem Veranlasser der Unterbringung, Dauer und der Grundlage der Belegung.

Warum ist dieses so wichtig für diese Tagung?

Wie Frau Dr. med. Silvia Claus in ihrem Referat mitteilte, haben 30 % der Patienten in psychiatrischen Einrichtungen eine Doppeldiagnose. Diese Menschen wollen den Teufelskreis: Drogenkonsum – Psychische Probleme – Soziale Probleme, entkommen. Um ihnen helfen zu können, werden Sie verstärkt in geschlossene und fakultativ geschlossene Heime gebracht. Dabei hat man die Vorstellung, den Drogenkonsum und die psychischen Probleme durch die soziale Abgeschiedenheit kontrollieren zu können. Therapeutisch besteht das Problem: Diese Menschen leben anschließend nicht mehr selbstbestimmt. Auch haben wir Informationen, dass die Belegungszeit der Heimplätze unbegrenzt ist, und wir haben den Verdacht, dass Stationen der Altenheime mit Menschen der Eingliederungshilfe belegt werden. So löst nur das biologische Lebensende die Gemeinschaft Heim und Patient auf.

Was ist eine Manie bzw. Depression?

Um das Problem der Doppeldiagnose zu erklären, möchte ich auf die Formulierung des Gitarristen Martin Kolbe zurückgreifen, der in der Zeitschrift „Folker“ März/April 2015 die Manie und Depression wie folgt beschrieb: „Manisch bist Du euphorisch, brauchst so gut wie keinen Schlaf mehr, textest ohne Ende alle anderen zu, hast abenteuerliche Ideen und verlierst soziale Hemmungen,

du bist ultrakreativ – jedenfalls meinst du das.“ In dieser Phase mietete er ein Studio an, um eine Soloplatte aufzunehmen, die allerdings nie veröffentlicht wurde. Er bewertete später die Platte: „Mit nüchternen Ohren konnte ich später das Resultat fast nicht hören. Es war alles überexpressiv und übertrieben, nicht zu verwenden.“ Die Depression beschreibt er: „Du bist gehemmt, fühlst dich unfähig auf allen Gebieten, kannst - und das fand ich immer das Schlimmste – überhaupt nichts mehr empfinden außer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Ein schrecklicher Zustand, und an Kreativität oder Freude an der Musik ist da nicht mehr zu denken.“ Dieser Beschreibung der beiden Zustände brauche ich nichts mehr hinzuzufügen – sie ist auch für mich vollkommen zutreffend.

Fazit
– Was braucht der Mensch mit Doppeldiagnose?

Nach meiner Meinung braucht der Mensch mit Doppeldiagnose, um dem Teufelskreis zu entkommen, Empathie – warmes und akzeptierendes Beziehungsklima mit dosierter Anforderung und Verantwortungsweitergabe - von einem nahen Freund und einem sehr guten sozialen Umfeld. Dieser Freund hilft beim Aufbau von Humor, emotionaler Ausgeglichenheit, Frustrationstoleranz, Durchsetzungsvermögen, Ausdauer, Kraft, Optimismus, Interesse an Hobbys, aktiver Problemlösung und dem Aufbau des Selbstbewusstseins. Dieses fördert die soziale Beziehungen außerhalb des sozialen Umfeldes, zu Erziehern, unterstützenden Geschwistern, zur Schule und Ausbildung oder Berufskollegen, zur Religion bzw. Spiritualität und gibt Zufriedenheit mit der erfahrenen Unterstützung. Der junge Mensch mit Doppeldiagnose dankt es mit positivem Sozialverhalten, hoher Sprachfertigkeit, guter Schulleistung, realistischer Planung der Zukunft, Leistungsmotivation und Intelligenz.

Der Aufbau von Widerstandsfähigkeit – sprich Neudeutsch „Resilienz“ - geht nicht mit Verweilzeiten in der Psychiatrie von bis zu 15 Tagen und anschließenden unbefristeten Verweilzeiten in den Heimen, oft bis zum biologischen Ende. Klaus Laupichler hat nach dem Aufenthalt in verschiedenen Psychiatrien und einem Heim große gesundheitliche Probleme bekommen. Nach Jahren schließlich traf er einen Zivi, der Klaus auf dem Recoveryweg und beim Ausbruch aus dem Teufelskreis begleitete. Fünf Jahre war Klaus Vorsitzender des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg und reiste bis zu seinem Tod am 16.4.2015 – mit großen gesundheitlichen Problemen – durch Deutschland, um die Heimqualitäten zu verbessern. Bezeichnend ist auch sein plötzlicher Tod, der nicht in seiner Wohnung erfolgte, sondern auf einer Dienstreise in Berlin.

Was können wir „Die Verbände“ tun?

Wir, die Psychiatrie-Erfahrenen aus Rheinland-Pfalz und der Abstinenzverband Guttempler Deutschland, müssen diesen Menschen eine politische, therapeutische und sozial-gesellschaftliche Stimme geben. Es sind die Menschen, die durch alle Raster fallen, die oft sehr jung in geschlossene Heime kommen und diese Heime nicht mehr verlassen dürfen.

Auch wollen wir die Selbsthilfegruppen qualifizieren, die Ängste und Hilflosigkeit vor den Menschen mit Doppeldiagnose abzubauen. In enger Kooperation wollen wir verbandsübergreifende Ansätze und Lösungen finden, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen. Daher auch die Frage dieser Tagung: Was braucht der Mensch für ein differenziertes Angebot mit einer Sucht und psychischen Diagnose? Eine andere Frage dieser Tagung ist: Wie können wir die professionelle Hilfe und die Selbsthilfe-Angebote fruchtbar und konstruktiv miteinander verzahnen. Dieses möchten wir in der Arbeitsgruppe mit Ihnen am Nachmittag besprechen und erarbeiten

So freuen wir uns als Kooperationspartner dieser Tagung „Doppeldiagnose!? - Sucht und Psyche – Was braucht der Mensch“ hier in Baden-Württemberg Mitveranstalter zu sein und das unter der Schirmherrschaft der Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren, Katrin Altpeter.

Ich danke für die Aufmerksamkeit und wünsche allen eine erkenntnisreiche Veranstaltung mit bundesweiter Auswirkung!!!

Franz-Josef Wagner

Inklusion des Verbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. – contra Inklusion des Individuums

- Betrachtung aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen

Veröffentlicht im Sonderheft des Berufsverbands der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN 2015

1 Zum Begriff Inklusion

Der Begriff „Inklusion“ hat seinen Ursprung in der Systemtheorie bzw. Systemlehre von Ludwig von Bertalanffy, (1901 – 1972), der von offenen Systemen sprach und den Begriff der organisierten Komplexität entwickelte, was den dynamischen Austausch mit der Umwelt beschreiben soll. Mit der Definition des Informationsbegriffes und der Kybernetik bekam die Systemtheorie weiteren Vorschub. Kulturgeschichtlich geht die ursprüngliche Definition des Systembegriffs auf den schweizerisch-elsässischen Philosoph der Aufklärung Johann Heinrich Lambert zurück (1728 – 1777).

Die Soziologie beschreibt das Konzept der Inklusion einer Gesellschaft als ein Akzeptieren aller Menschen durch Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe, unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Religionszugehörigkeit, Bildung oder Behinderungen und sonstigen individuellen Merkmalen. Hier gibt es keine Normalität. Normal ist allein die Tatsache, dass Unterschiede vorhanden sind. Diese Unterschiede werden als Bereicherung aufgefasst und haben keine Auswirkungen auf das Recht der Individuen auf Teilhabe. Seit 2009 verpflichten sich die Unterzeichnerstaaten der UN-Behindertenrechtskonvention u.a. Menschen mit F-Diagnosen soziologisch und beruflich zu inkludieren.

Wieweit der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. angemessen politisch inkludiert ist und wie der Stand des Individuums in der Inklusionsdebatte ist, soll in diesem Beitrag reflektiert werden.

2 Inklusion des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland Pfalz e.V.

Ähnlich wie in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts Psychiater durch ihr politisches Engagement die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft mitprägten, organisierten sich die Bürgerhelfer, die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die Psychiatrie-Erfahrenen in den 80er und 90er Jahren, um die politische Landschaft in ihrem Sinne mitzugestalten. Damals stellte die Bundesregierung 500 Millionen DM „zur Schaffung der psychiatrischen Angebote im Sinne des Psychiatrie-Enquete-Vorschlags“ zur Verfügung. Dieser Vorschlag fand bei den CDU/CSU regierten Bundesländern allerdings keinen Anklang. Sie begründeten dies mit ungeklärten verfassungsrechtlichen Gründen.

Auf Initiative des damaligen Psychiatrie-Referenten Bernhard Scholten betrieben 1996 die Selbsthilfegruppen von Mainz, Trier, Landau und einige nicht organisierte Psychiatrie-Erfahrene den Aufbau des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.. Das im November 1995 verabschiedete Landesgesetz für psychisch kranke Menschen (PsychKG) formuliert im zweiten Teil: „Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Angehörigenarbeit sowie Projekte der Selbsthilfe sind in die Versorgung psychisch kranker Personen einzubeziehen. Soweit dies deren Wünsche entspricht, haben diese Hilfen Vorrang vor öffentlicher Arbeit.“

Seit dieser Zeit arbeiten zwei Psychiatrie-Erfahrene im „Ständigen Ausschuss der Landespsychiatrie-Beirates“, im Landespsychiatriebeirat und in einigen Psychiatrie-Beiräten und Psychiatrischen Arbeitskreisen der Kommunen mit. Wir Betroffenen wurden so zur Novellierung des PsychKGs und Umsetzung als Vorschaltnovelle des PsychKG angehört. Jedoch erfuhren unsere Anmerkungen leider kaum Beachtung: http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Stellungnahme_LVPE_RLP_zu_PsychKG_RLP_2013.pdf.

2.1 Projekte und Tagungen

Mehr Aufmerksamkeit/Anerkennung gewann unser Schulprojekt (2002 – 2008), der Krisenpass – den wir wegen juristischer Schwierigkeiten leider aufgeben mussten –, und die Evaluation der Tagesstätten, die auf der 26. Sitzung des Landespsychiatriebeirates in Empfehlungen mündete: http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Empfehlung%20des%20Landespsychiatriebeirates%20Rheinland-Pfalz%20%20.pdf . Seit dieser Zeit erhalten wir Anfragen zur Mitarbeit an der Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme der Versorgungslandschaft psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Wir wurden um die Erstellung einer Expertise zum Projekt „Förderung von älter werdenden Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ angefragt und um eine Kooperation bei den PIELAV Projekten des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und des Pfalzklinikums gebeten. Ferner haben wir die ethische Stellungnahme der DGPPN „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von Psychisch erkrankten Menschen“ kommentiert. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. wertet das als Paradigmenwechsel: http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Der_naechste_Paradigmenwechsel.pdf . Im Pfalzklinikum sind wir seit Jahren im Ethikkomitee vertreten. Seit 2009 bietet der LVPE RLP e.V. eine Beratungsstelle als Genesungshelfer in der Rhein-Mosel Fachklinik Andernach an. Die Peer to Peer-Beratung wurde anfangs über die

Selbsthilfe finanziert. Mittlerweile haben andere Kliniken, Pfalzklinikum Rockenhausen und Kaiserslautern sowie die Rheinhessenfachklinik Alzey, den Gewinn der Peer-Beratung erkannt und ebenfalls Genesungshelfer eingestellt. Diesen Trend unterstützen wir mit der 2014/2015 von der Aktion Mensch geförderten Ex-In-Ausbildung in Kaiserlautern. 20 Psychiatrie-Erfahrene möchten sich in 12 Modulen vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen befähigen und später als sozialversicherungspflichtige Genesungshelfer arbeiten. 2007 erhielten wir den Selbsthilfepreis der Ersatzkassen für die Weitergabe und das Einbringen unserer Lebenserfahrung zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung.

Aus kommunikativen und juristischen Gründen trennten wir uns 2013 vom Bundesverband Psychiatrie Erfahrener (BPE) http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Kuendigung_BPE_Zusammenarbeit.pdf und erhielten seitdem bundesweite Aufgaben, Anfragen und Nachfragen zu Projekten.

Große Resonanz hatten und haben unsere Fachtagungen. 2015 veranstalteten wir unsere 20. Fachtagung. Das Thema lautete: „Inklusion – Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben." Es ist die Konsequenz aus der Tagung „Wege der Genesung – Wieder in die Gesellschaft" aus dem Jahr 2006 mit Prof. Dr. Michaela Amering. Mit dieser Tagung haben wir unsere Sichtweise auf psychisch kranke Menschen geändert: Psychisch kranke Menschen sind nicht permanent krank, sondern sie können in vielen Fällen mit ihrem Handicap produktiv und sozialversicherungspflichtig an der Gesellschaft teilnehmen.

So entstand mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, dem Verein für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen eine Dokumentationsreihe und eine Tagung zum Thema „Der Weg aus dem Heim – aber wie?". Ministerpräsidentin Malu Dreyer schrieb in der Broschüre „Zurück ins Leben" 2007 „ … der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz hat für diese Broschüre den Titel „Zurück ins Leben" gewählt, um damit die Hoffnung oder besser die Erwartung der Betroffenen, „zurück ins Leben zu finden," zu unterstützen." Infolge der großen Nachfrage nach der Broschüre und der Übersetzung des Beitrages von Ph.D. Patricia E. Deegan aus dem Jahr 1996: „Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung", haben wir 2008 eine weitere Broschüre zum Thema „Gesundung als Reise des Herzens" in Höhe von 2000 Stück aufgelegt. Die Leiterin der Techniker Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, Anneliese Bodemar, kommentierte dies in unserem Sinne: „Die Arbeit der Selbsthilfe, insbesondere der praktische Ansatz, das Erfahrungswissen Betroffener zu nutzen, ist ein wichtiges Element bei der Betreuung chronisch Kranker". Neben einem weiteren Beitrag von Frau Deegan aus dem Jahr 1995 formulierte der kürzlich verstorbene Klaus Laupichler, ein abstinenter, „trockener" Alkoholiker mit Heimerfahrung, „18 Bitten und Hinweise, die den Weg aus dem Heim erleichtern." Mittlerweile hat der Verein für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland Pfalz unter der Schirmherrschaft von Roswitha Beck die Tagungsreihe übernommen und veranstaltet regionale Informationsveranstaltungen zum „Weg aus dem Heim – aber wie?"

Weitere Fachtagungen hatten ebenfalls visionären Charakter, z.B. die vom September 1999 in Mainz: „Neue Wege zur Arbeit für psychisch Kranke – Integrationsfirmen". Bei dieser Tagung ging es nicht nur um den schwierigen allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern auch um die Beschäftigungsquote der Schwerbehinderten bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern. Bernhard Scholten hinterfragte den Grund der Beschäftigung von Menschen soziologisch: Wer arbeitet, verdient Geld; Arbeit stärkt das Selbstbewusstsein; Arbeit strukturiert den Tag; Arbeit schafft soziale Kontakte und Arbeit schafft nützliche Werte. In der Diskussion des aktuellen Teilhabegesetzes ist Arbeit ein Schwerpunkt. Eine andere Tagung „Empfehlungen zur frauengerechteren Psychiatrie aus Sicht von Betroffenen und Professionellen" fand ein Jahr später im Gemeindezentrum Neuwied statt. Die Schirmherrschaft übernahm wie immer Frau Roswitha Beck, die im Grußwort schrieb: „Ich kann Ihnen dabei versichern, dass ich die grundlegende Einschätzung teile, dass Frauen ein spezifisches, an ihren differenzierten Bedürfnissen orientiertes Angebot in der Psychiatrie brauchen. Gewalterfahrungen als Ursprung psychischer Erkrankungen zum Beispiel spielen in den Biographien von Frauen leider eine allzu große Rolle, als dass es hier mit allgemeinen psychiatrischen Hilfsangeboten alleine getan wäre." Zu dieser Zeit gab es noch keine weiblichen Psychiaterinnen in Führungsrollen der Psychiatrien von Rheinland-Pfalz. Heute haben von drei ehemaligen Landeskrankenhäusern zwei eine Frau als ärztliche Leiterin eingestellt.

Mit der 9. Fachtagung am 23. September 2005 diskutierten wir die Problematik „Wohnen und Betreuen – heute und morgen." Diese Tagung war auch der Einstieg in die Reihe „Der Weg aus dem Heim – aber wie?" Die Psychiatrie-Erfahrenen Klaus Laupichler und Peter Weinmann berichteten hierzu beeindruckend vom „Innenleben" der Heime.

Mit der Tagung „Sucht und Psychose – Doppeldiagnose, die Herausforderung der Zukunft" am 12.10.2012 in Landau präsentierte uns Julia Kuschnereit die politische, psychiatrische und menschliche Trennung von Sucht und Psychose. Mittlerweile haben die Psychiatrie-Erfahrenen aus Baden Württemberg, der Guttempler-Bundesverband und wir die Problematik erkannt und wollen gemeinsam diesen Menschen sozial behilflich sein. Wir wollen den komorbiden Suchterkrankten eine Zukunftsperspektive geben und für sie ein Sprachrohr sein. Mittlerweile sprießen überall Tagungen zum Themenkreis „Komorbide Suchterkrankung" und deren Behandlung und Unterstützung aus dem Boden.

Ein Jahr später, am 13. 3. 2013, musste die Teilnehmerliste bereits sechs Wochen vor Tagungsbeginn geschlossen werden. Das Thema „(Über)Lebenskünstler - Vom Systemsprenger zum Lebenskünstler“ füllte das Pfalztheater bis auf den letzten Platz. Trotz extremen Schneefalls kamen Psychiatrie-Erfahrene aus 200 km Entfernung angefahren, um mitdiskutieren zu können. Lebhaft präsentierten die psychiatrie-erfahrenen Margret Osterfeld, Sybille Prins und Peter Weinmann ihre ungewöhnlichen Biographien, und Birgit Richterich und Friedericke Ruppelt versuchten, ihre Entwicklung analytisch und akademisch zu begründen. Der Geschäftsführer des Pfalzklinikums, Paul Bomke, sagte später: „Und so ist diese Tagung eine echte FORTBILDUNG für mich.“ Die Abteilungsleiterin Gesundheit, Morgenstern, stellte fest: „Veränderung ist möglich. Wiedergesundung ist möglich und vor allem: ein gutes Leben mit und ohne trotz einer psychischen Erkrankung ist möglich.“ Diese Tagung beeinflusste auch die Empfehlungen des Landespsychiatriebeirats in Rheinland-Pfalz, der in seiner 37. Sitzung, am 5. Mai 2015, Empfehlungen für den Weg zur Inklusion von Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung verabschiedete http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Empfehlungen_Inklusion_verabschiedet.pdf .

Die bundesweite Diskussion zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 23. März 2011 zur Zwangsbehandlung haben wir in einer Sonderausgabe „des Leuchtfeuers“ zusammengefasst. Zehn Beiträge von Psychiatrie-Erfahrenen, Medizinern, Juristen und dem Verband „Aktion psychisch Kranke“ wurden begeistert in Rheinland-Pfalz und Berlin gelesen, verteilt und diskutiert.

2.2 Das Fachjournal „Leuchtfeuer“

Zwei Jahre nach der Gründung (1998) brachten wir in einer Auflage von 150 Stück die „Zeitung des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen Rheinland-Pfalz e.V.“ heraus. Ein Jahr später lobte Staatssekretär Klaus Jensen diese Zeitschrift als ein wichtiges Projekt in der „Psychiatrie-Szene“ von Rheinland-Pfalz. Seit der Ausgabe Nr. 5 (2002) enthält die 140 Seiten starke Zeitschrift ein Schwerpunktthema. Neben der „Deklaration von Seattle 2000 über Selbstbestimmung und individuell gestaltete Finanzierung“ wurde das Persönliche Budget aus Sicht des Arbeitgebers, Leistungsnehmers und Leistungsträgers betrachtet. Die Auszeichnung von Ministerpräsident Kurt Beck mit dem MUT Preis und 10 Jahre Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz hat uns veranlasst, die Ausgabe Nr. 7 mit einem Grußwort des Ministerpräsidenten zu beginnen. Neben dem jeweiligen Schwerpunktthema wurden Berichte und Empfehlungen aus den Gremien und der Vorstandsarbeit, der LVPE RLP e.V. in der Öffentlichkeit, Überregionales, Berichte aus den Ortsgruppen, aus dem Mitgliederforum und Kulturelles gesammelt. Die Mitgründerin und Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), Dorothea Buck-Zerchin, schrieb 2005 beeindruckend über „60 Jahre nach der „Euthanasie.“ Kardinal Reinhard Marx dankte uns 2006 für unser journalistisches Engagement und Bischof Stefan Ackermann (2014) bezeichnete das Leuchtfeuer schließlich als „Fachjournal.“

Die Leiterin des Berufsverbands der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Christa Roth-Sackenheim, beleuchtete 2009 (Ausgabe 12) die Psychiatriereform seit der Psychiatrie-Enquete 1975. Sie kommt zu dem beiendruckenden Merksatz und Schluss: „Also: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.“

Auch über zehn Jahre später nach 2003 schreibt Ministerpräsidentin Malu Dreyer ihr Grußwort im Leuchtfeuer. Ihr Credo lautet: „Betroffene und ihre Angehörige wissen am besten, wo die Versorgung weiter verbessert werden kann und sind oft die wichtigsten Ansprechpartner für andere Betroffene. Glücklicherweise setzt sich diese Erkenntnis der Psychiatrie-Erfahrenen als „Profis in eigener Sache“ immer stärker durch.“

Um unsere jeweils aktuelle Berichterstattung auch für die Zukunft zu bewahren, sind alle Dokumentationen der Fachtagungen und Print-Veröffentlichungen im Landeshauptarchiv Koblenz, der Stadtbibliothek Trier und im Priesterseminar Trier archiviert. Sie dienen hier auch als Quellen für die Entwicklung der Psychiatrie in Rheinland-Pfalz.

2.3 Die Homepage

Zwischen Ende 2001 und Anfang 2002 entschied der Vorstand, eine Homepage zu erstellen. Das damalige und noch heute gültige Konzept der Homepage wurde von einem Psychiatrie-Erfahrenen geschaffen, der bis 2006 erfreulich hartnäckig diesen nicht nur angenehmen Posten durchhielt.

Die Homepage www.lvpe-rlp.de hatte 2003 gerade 12910 Besucher und 29340 Klicks. Elf Jahre später waren es bereits über das Zehnfache an Besuchern (134891) und das Dreizehnfache an Klicks (400252). Die Aufrufe erfolgten 2014 von 48 Browsern mit 35 Betriebssystemen.

Jahr	Besucher	Klicks	Browser	Betriebssysteme
2003	12910	29340		
2004	20790	51603		
2005	17311	34747		
2006	24065	46428		
2007	38473	66976	10	17
2008	57039	102348	12	15
2009	45275	88174	12	16
2010	71765	155860	11	16
2011	90400	189750	10	19
2012	108077	270500	54	19
2013	132721	336440	58	42
2014	134891	400252	48	35

3 Inklusion des Individuums „Psychiatrie Erfahrener“

Die politische Herausforderung liegt in der Inklusion der F-Diagnosen: Bis heute gibt es noch keine Gleichstellung seelisch behinderter Menschen mit körperbehinderten Menschen. Trotz Beitragszahlung gibt es keinen Leistungsanspruch bei Reiserücktritts-, Unfall- oder Lebensversicherung. Das für ähnliche, juristische Delikte die Zeit der Unterbringung in der JVA und der Forensik sehr verschieden ist, ist auch den Berichterstatter für die UN BRK aufgefallen. Angehende Ärzte und Psychologen erhalten keine Approbation, wenn über sie eine psychiatrische Diagnose bekannt ist. Aus diesem Grund gehen viele Studenten zu nicht kassenärztlich zugelassenen Psychologen und Heilpraktikern, die privat bezahlt werden und keine Diagnosen stellen. Einstellungsprobleme haben auch Beamte, Polizisten, Lehrer, Erzieher, Soldaten usw., wenn psychische Diagnosen bekannt sind. Werden während der Beschäftigung psychiatrische Diagnosen gestellt, erfolgt oft die Freistellung vom Dienst.

Die U.S. Army hatte bei den Heimkehrern nach den Kriegen im Vietnam, Iran und Afganistan das Problem der traumatisierten Soldaten. 2009 beschloss sie, das Trainingsprogramm „Comprehensive Solidier Fitness“ (CSF) aufzulegen. Im ersten Bericht 2011 erfolgte die Auswertung von Fällen mehrerer tausend Soldaten und acht Kampfbrigaden. Dementsprechend wurden Trainingsprogramme eingeführt. Nach 15 Monaten zeigten sich bei den geschulten Truppen erheblich bessere Resilienzwerte als bei den übrigen, nicht geschulten Truppen.

Was hat das mit der Inklusion zu tun?

Wenn die Stressoren wie: Tod des Ehepartners, Scheidung, eigene Verletzung oder Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Aussöhnung mit dem Ehepartner, Änderung im Gesundheitszustand eines Familienangehörigen, Schwangerschaft, sexuelle Schwierigkeiten, Veränderung im Beruf, Tod eines nahen Freundes, Wechsel des Berufs usw. auftreten, erfolgt eine seelische Belastung, die zu F-Diagnosen führen kann. Soziale Kontakte, wie gute Beziehungen zu engen Freunden und Familienangehörigen, helfen zu adäquaten Reaktionen, und die unlösbaren Probleme anders zu interpretieren. Die Veränderungen des Lebens werden akzeptiert und neue Ziele definiert. Psychiatrie-Erfahrene haben dieses schon durchgemacht und können so gestressten Menschen zur Seite stehen und behilflich sein. Der Einsatz von Genesungshelfern in den Kliniken Andernach, Alzey, Rockenhausen und Kaiserslautern sowie die Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern hat das Ziel: Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen, den Menschen mit F-Diagnosen Ansprechpartner zu sein und Perspektiven für ihr Leben zu geben. Aus diesem Grund haben wir 2015 auch den Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen in den Sozialpsychiatrischen Diensten angeregt. In Oberbayern berichtet der Sozialpsychiatrische Dienst von großer Offenheit gegenüber den Genesungshelfern, und die Genesungshelfer berichten vom Gefühl, gebraucht zu werden, von der Wertschätzung im Team und der positiven Resonanz bei Klienten. Nur bei der psychiatrischen Akutversorgung stößt EX-IN bislang an Grenzen.

Ministerpräsidentin Malu Dreyer schrieb im Grußwort der 16. Ausgabe des „Leuchtfeuers“. „Glücklicherweise setzt sich die Erkenntnis der Psychiatrie-Erfahrenen als „Profis in eigener Sache“ immer stärker durch. Deshalb ist auch die in dieser „Leuchtfeuer“-Ausgabe vorgestellte „Ex-In-Ausbildung“ von Psychiatrie-Erfahrenen und ihre anschließende Tätigkeit als Genesungshelfer so bemerkens- und unterstützenswert.“

4 Fazit

Man kann sagen, dass politisch orientierte Psychiatrie-Erfahrene erstaunlich viel mitgestaltet haben und auch mittlerweile mitgestalten können. Die Projekte haben in der Bevölkerung Aufsehen erregt, die politischen Fachtagungen erfuhren und erfahren Beachtung in der Gesundheitspolitik und die Homepage wird sowohl von Psychiatrie-Erfahrenen als auch von Professionellen gelesen. Wir können behaupten die Homepage ist für Betroffene eine der wichtigsten Quellen im Internet (am 9.7.2015 - 5289 Seitenaufrufe). Dass nach 18 Jahren die Selbsthilfezeitung als „Fachjournal“ bezeichnet wird, ehrt uns sehr. Auch können wir durch die vielen Anfragen nach Kooperation, Expertise und Mitarbeit (Teilhabe) bei landesweiten und bundesweiten Projekten behaupten: Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. ist Teil der Psychiatrie-Kreise in Rheinland-Pfalz geworden. Selbstbestimmt können „schwierige“ Themen wie „Das Recht auf Sexualität“ (2014) vor über 100 Personen diskutiert und Forderungen formuliert werden.

Gemäß der Aussage von Christa Roth-Sackenheim, „Also: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar“, ist auf dem langen Weg der Inklusion des Individuums noch viel Arbeit zu leisten. Zum Teil sind Gesetze, Vorschriften und auch Verhaltensregeln, die unter nicht mehr gegebenen Bedingungen formuliert wurden, 70 Jahre und älter. Nicht nur das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland auch die UN Behindertenrechtskommission fordert aufgrund des in den Nachkriegszeiten gewandelten Bildes kranker Menschen die soziale Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken.

Franz-Josef Wagner,

Psychisches Trauma - Traumaberatung und ihre Bedeutung für Betroffene

Dieser Artikel ist die Zusammenfassung eines Vortrages, gehalten bei einer Fachtagung des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener in Rheinland-Pfalz in Hermeskeil sowie im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit in Saarbrücken, und wird im Original als pdf-Datei zum Download auf der Website des Landesverbandes (www.LVPE-RLP.de) angeboten.

Ein psychisches Trauma ist ein Erlebnis, dass die Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen übersteigt. Dabei hat das Erlebnis einen extrem bedrohlichen (u.U. einen lebensbedrohlichen) Charakter; dies gilt nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für eventuell beobachtende Mitmenschen. Auch muss es sich nicht nur um ein einzelnes Erlebnis handeln, sondern auch über längere Zeit (Monate, eher Jahre) anhaltende Spannungs- und/oder gar mit Gewalt/-androhung belegte Situationen können ein psychisches Trauma darstellen.
„Dies geht mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und schutzloser Preisgabe einher und bewirkt eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“ (Fischer, Riedesser). Gefühle von Angst/Todesangst, Erlebnis der Todesnähe, Panik, Schock, Schmerz / Trauer, Ekel- und Schamempfinden, andere besonders heftige Gefühle und körperliche Reaktionen, meist im Zusammenhang ohne wirkliche Handlungskontrolle.

Welche Erlebnisse können das sein?
Ganz vorrangig sind dies Kriegserfahrungen, Folter, Gefangenschaft, sexueller Missbrauch, körperliche extreme und u.U. lebensbedrohliche Gewalt, Terroranschläge, kriminelle Gewalttaten und Großschadenslagen, aber auch Unfälle, schwere Erkrankungen, Tod von Partnern, Verwandten oder Freunden, Mobbing, langjährige belastende Beziehungen (Partner, Ehe, Eltern-Kind) mit sich immer wiederholendem hohem psychischem Druck und Auseinandersetzungen und andere besonders belastende Lebenssituationen (z.B. auch Fixierungssituationen oder andere Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie!).

Die Reaktionen eines davon Betroffenen umfassen ein Spektrum von 3 Möglichkeiten: die sog. 3-F, Fight-Flight-Freeze, aus dem Englischen übersetzt also Kampf-Flucht-Erstarren. Auf der Handlungsebene kommt es bei allen drei Reaktionen nicht unbedingt zu folgerichtigem Handeln. So bedeutet für den Betroffenen die Reaktion „Kampf“ auf der Handlungsebene eher z.B. ungerichtete Bewegungsstürme, Pseudohandeln oder sog. Leerlaufhandlungen.
Auf der Wahrnehmungsebene ist u.U. das Zeiterleben (verlangsamt, beschleunigt), und/oder das Außenwelterleben (Tunnelsicht, veränderte Größenverhältnisse, andere Geräuschwahrnehmung, Realitätsverkennung, Eintauchen in Phantasiewelt) und/oder das Selbsterleben verändert (Trennung von Körper und Geist eine sog. Depersonalisation, Empfindungslosigkeit oder überwältigende Empfindungen).

Alles Beschriebene ist letztendlich eine Reaktion unseres Gehirns und zuerst einmal völlig NORMAL! Diese Reaktionen haben noch keinerlei Krankheitswert. Die Mehrzahl der Menschen erholt sich relativ schnell nach solchen Erlebnissen, und eine Rückkehr zum Alltag findet statt. Manche Menschen zeigen über einen Zeitraum von Wochen bis zu mehreren Monaten (normalerweise etwa sechs Wochen Dauer) jedoch eine akute Belastungsreaktion mit verschiedenen Arten von Krankheitszeichen, verarbeiten aber die traumatischen Erfahrungen und integrieren diese relativ folgenlos in ihre Erinnerungen und ihr Leben.

Ohne diese Verarbeitung sind jedoch **nach der normalen akuten Belastungsreaktion** weitere Mechanismen wirksam mit verschiedenen Möglichkeiten:

Möglichkeit 1 – Verdrängung

- Gehirn ist mit der Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis überfordert
- **keine Erinnerun**g mehr möglich (quasi eine Amnesie)
- Entwicklung von Depressionen, Angst-/Panikstörungen u.a. psychischen Erkrankungen
- am häufigsten Spätfolgen in Form von körperlichen Erkrankungen (psychosomatisch – Somatisieren – z.B. Schmerzsyndrome, Verdauungsbeschwerden usw.)
- Spätfolgen in Form von Persönlichkeitsstörungen

Möglichkeit 2 - Einkapselung (Sequestrierung)

- **Erinnerung** ist zwar möglich, findet aber nicht statt, und traumatische Erlebnisse werden quasi „bewusst“ vergessen!
- und auch hier:
- Entwicklung von Depressionen, Angst-/Panikstörun-

gen u.a. psychischen Erkrankungen möglich
- am häufigsten Spätfolgen in Form von körperlichen Erkrankungen (psychosomatisch – Somatisieren – z.B. Schmerzsyndrome, Verdauungsbeschwerden usw.)
- Spätfolgen in Form von Persönlichkeitsstörungen

Möglichkeit 3 - teilweise bzw. zeitweilig auftretende sog. partielle PTBS

- Zeitweiliges Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung (partielle PTBS; englisch PTSD = Posttraumatic Stress Disorder)
- Symptome sind meist nicht vollständig vorhanden und können auch wieder abklingen
- Möglichkeit einer chronischen, vollständigen und dauerhaften PTBS hoch, - unter Umständen auch erst nach Jahrzehnten

Möglichkeit 4 - Vollbild einer PTBS

Alle Kennzeichen/Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung:

- **Vermeidung**
  von Gefühlen, Situationen, Aktivitäten, die irgendwie mit dem Trauma zu tun haben

- **Übererregbarkeit**
  Schlafstörungen, Irritierbarkeit, Überwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit/Wutanfälle, Konzentrationsstörungen

- **Intrusionen**
  sich aufdrängende Bilder, Sinneseindrücke, Erinnerungen, Albträume, Flashbacks

Verschiedene Risikofaktoren können das Erkrankungsrisiko erhöhen und eine frühzeitige Verarbeitung hemmen oder gar verhindern. Auch ist es möglich, dass über Jahre oder Jahrzehnte für den Betroffenen keine Krankheitsfolgen sichtbar werden (subsyndromaler Verlauf), bis sich plötzlich eine PTBS-Erkrankung zeigt.

Die Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung und damit zusammenhängende Folgeerkrankungen (Komorbiditäten) sind meist komplex und vielfältig. Nach den Ergebnissen einer Stichprobe des Kölner-Opferhilfe-Modells der Universität Köln von Prof. Dr. G. Fischer und Mitarbeitern, die als repräsentativ angenommen werden kann, ist mit folgender Häufigkeit und Krankheitsfolgen zu rechnen (prozentuale Häufigkeit):

- psychotraumatisches Belastungssyndrom (ca. 65%)
- Depressionen (ca. 65%)
- Angst-/Panikstörungen (ca. 80%)
- psychosomatische Beschwerden (ca. 60%)
- Suchterkrankungen (ca. 30%)
- Amnesien (ca. 10%)
- Aggressivität/Reizbarkeit (ca. 75%)
- soziale Konflikte bzw. Störungen der Beziehungsfähigkeit (ca. 45%)
- Störungen der Arbeitsfähigkeit (ca. 70%)

Dabei treten - vor allem bei **unerkannten** und **unbehandelten** - PTBS Erkrankungen für den Betroffenen und das Gemeinwesen (Arbeitgeber, BA, Krankenkassen und Rentenversicherung) erhebliche Folgen ein. Diese sind z.B.:

- vermehrte Ausfallzeiten im Beruf
- erhöhte Anzahl von Frühberentungen (beginnend im Alter von 18-24J.!)
- sozialer Abstieg
- Scheidungen, Isolation, Wohnungslosigkeit
- dissoziale Entwicklungen

Problem: Bei vielen von einer PTBS betroffenen Menschen wird aufgrund der Komplexität, der Verschiedenartigkeit der Ausprägungen und folgender Faktoren die Erkrankung nicht oder zu spät erkannt. Warum?

- **Der Betroffene selbst ist meist völlig ohne Orientierung und ratlos, was mit ihm/ihr vorgeht**; hat u.U. keine Hilfe und Unterstützung; lebt event. isoliert
- Traumatisierungen **liegen u.U. lange zurück** (z.B. Missbrauch o. Gewalt im Kindesalter)
- **andere Beschwerden sind scheinbar im Vordergrund** (Depressionen, Angst, Sucht)
- andere körperliche Beschwerden und schwere körperliche Erkrankungen
- Beschwerden bestehen nur auf körperlicher Ebene in Form von unklaren und/oder anhaltenden Schmerzen, die auf keine Behandlung ansprechen (Psychosomatik)
- Betroffene sind im Kontakt mit Menschen (einschl. Therapeuten) misstrauisch/feindselig; insbesondere nach Extrembelastung und Persönlichkeitsstörungen bzw. -änderungen kann dies der Fall sein
- Angehörige, Freunde und Bekannte deuten das Ver-

halten des/der Betroffenen in der Regel völlig falsch oder nehmen die Beschwerden nicht ernst (Unwissen, Hilflosigkeit, Faulheit).

- Kliniken der Akutpsychiatrie sind die Anlaufstelle für Betroffene, wenn der Zusammenbruch (u.U. erst nach Jahren) da ist und „nichts mehr geht"! Aber nicht selten unzureichend aus- und fortgebildetes Personal ist damit völlig überfordert und Krankenkassen blockieren die meist notwendige lange stationäre Aufenthaltsdauer zur Therapie der Betroffenen; die baldige Einführung von PEPP (Pauschaliertes Entgelt in Psychiatrie und Psychosomatik) wird dies weiter negativ beeinflussen **FOLGEN: Fehldiagnosen, Drehtürpsychiatrie auch vermehrt Todesfälle durch Suizide!**
- Ambulant behandelnde Psychiater oder psychologische Psychotherapeuten sind ebenso meist nicht ausreichend fortgebildet, oder wollen nicht nur Beraten und Aufklären, sondern therapieren oder wollen einfach nicht diese „schwierigen Fälle"
- In Deutschland gibt es zu wenige Traumatherapeuten (FÄ f. Psychiatrie u. psycholog. Psychotherapeuten), die die notwendige Ausbildung und Erfahrung haben, – die vorhandenen bieten zu einem hohen Prozentsatz nur Privat (Selbstzahler) Therapien an

Wie kann das verbessert werden?

- allgemein mehr breitenwirksame Aufklärung und Hilfsangebote
- mehr Verständnis und persönlich direkte Hilfe für Mitmenschen
- politische Weichenstellungen zur Ermöglichung von Aufklärungskampagnen, ausreichend Hilfsangeboten, mehr Therapieplätzen und wirksame Teilhabemodellen, sowie umfassende wissenschaftliche Bewertung von Therapien
- auch Anpassung von Studium und Ausbildung, der Gesetze und Richtlinien für BA/Jobcenter, Krankenkassen, Rentenversicherung und andere Institutionen

Was macht den Wert einer traumazentrierten Fachberatung aus?

- Es ist ein niederschwelliges Angebot (keine Diagnose und keine „offizielle" Krankenakte!) auf „Augenhöhe" mit dem Betroffenen
- direkte Hilfe und vertrauliches Gespräch (Schweigepflicht!) nach Wunsch und Auftrag des/der Betroffenen
- Kommentierende Unterstützung, sowie Kommunikation mit und Begleitung zu Terminen bei Rechtsanwälten, Gerichten, Polizei, Ärzten, Kliniken oder Unterstützung in anderen eventuell belastenden Situationen

Was passiert konkret in einer traumazentrierten Fachberatung?

- **psychische ERSTE-HILFE** leisten, wenn notwendig
- **Stabilisieren – Stabilisieren – Stabilisieren**
  Sicherheit schaffen und vermitteln, vertrauliches Gespräch, notfalls bei ängstigenden Terminen begleite, selbst anwendbare Techniken zur Selbstberuhigung und Distanzierung vermitteln und einüben
- **Psychoinformation** (im Gespräch, mit Flyern, in Gruppen) über Trauma, normale Reaktionen, Risiken, Krankheitszeichen und -folgen, Gefahren, sowie Behandlungsmöglichkeiten, Therapieformen und Kliniken
- **Ressourcen**, also positiv wirkende Fähigkeiten und mögliche Tätigkeiten des/der Betroffenen identifizieren und fördern
- **Risikoabschätzung** und Verlaufsbeobachtung für den Einzelnen (Selbsterholer, Wechslergruppe, Risikogruppe) in einem Zeitraum von ca. 3 – 6 Monaten
- Wenn notwendig und gewünscht, bei Suche nach Behandler und/oder Klinik, bzw. der Einleitung einer **Therapie** behilflich sein

Die Fortbildung zum zertifizierten Fachberater Psychotraumatologie setzt ein Studium der Sozialpädagogik, anderer praktischer Sozialstudien, der Medizin, Zahnmedizin oder verwandter Fächer, sowie eine langjährige Berufserfahrung voraus.

Insgesamt bewertet ist die traumazentrierte Fachberatung ein wichtiges Angebot für Betroffene und auch ein Instrument, dass frühzeitig zum Einsatz kommen sollte, zur Information und Orientierung des Betroffenen und um Chronifizierung und schwerwiegende Krankheitsfolgen zu mildern, wenn nicht gar zu verhindern.

Carsten Hoffmann, Ph.D.
zert. Fachberater Psychotraumatologie, Zahnarzt; traumazentrierte Fachberatung LVPE-RLP

5) Überregionales

	Seite
- Glück und Nüternheit!	**97**
- Lesermeinung zur Homepage	**98**
- Offener Brief an den „wissenschaftlichen Beirat der Psych. Pflege Heute“ Thieme Verlag	**99**
- Presseerklärung der Grünen zu „Bundesregierung vernachlässigt Versorgung psychisch kranker Menschen“	**100**
- Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Reinhold Hasel	**101**

Ein Plädoyer für das nüchterne Glück

Daniel Schreiber

Nüchtern

Über das Trinken und das Glück

Hanser Berlin in Carl Hanser Verlag München 2014
160 S., 16,90 €

Daniel Schreiber muss ein Überflieger gewesen sein. 1977 in Mecklenburg-Vorpommern geboren und über ein Fulbright Stipendium sechs Jahre Student in New York für Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft, Slawistik, Theaterwissenschaften und Performance Studies, schaffte er es mit Ende Zwanzig allen (amerikanischen) Konkurrenten zum Trotz und geadelt vom Vertrauen der Sontag-Erben, 2007 die erste, umfassende Biographie veröffentlichen zu können: „Susan Sontag. Geist und Glamour. Biographie“, über die 2004 an Krebs verstorbene amerikanische Intellektuelle Susan Sontag, die mit ihren Romanen, medienkritischen Essays und ihrer couragierten Amerikakritik die Kultur und unser Denken tief greifend veränderte, dies nicht als trockene Akademikerin, sondern als glamouröse Präsenz. (Ihre extravagante Erscheinung lockte Amerikas berühmteste Fotografen an, sie zu verewigen: Andy Warhol, Henri Cartier-Bresson, Robert Mapplethorpe, Annie Leibovitz, Diane Arbus, Richard Avedon etc.) Schreiber erhielt für dieses Buch 2006 den Mannheimer Literaturpreis. 2009 wieder in Deutschland, war Schreiber Redakteur beim Kunstmagazin Monopol, Kulturressortleiter beim Cicero, schrieb Texte für DIE ZEIT, den Tagesspiegel, das Philosophie Magazin, Literaturen, Du, Theater heute und die TAZ, für die er seit 2013 die monatliche Kolumne „Nüchtern“ verfasste, die Ende des Jahres aufgeben wird. Bereist seit zwei Jahren in der TAZ war Alkohol/ Alkoholismus sein regelmäßiges Thema.

Seit August 2014 liegt endlich das 160 Seiten starke Essay: „Nüchtern. Über das Trinken und das Glück“, Hanser Verlag Berlin, vor. Darin bekennt Daniel Schreiber freimütig seine eigenen (15) Jahre der Alkoholabhängigkeit, und wie er es geschafft hat, nun seit drei Jahren nüchtern und zufrieden sein Leben zu leben. Dazu räumt er mit Klischees über die typischen Alkoholiker auf, vermittelt die neuesten neurobiologischen Erkenntnisse und frappiert durch Klarheit und Ehrlichkeit auch im persönlichen Bereich. Das Buch ist dabei keine gut erzählte Saufgeschichte und auch kein Ratgeber, sondern es ist ein literarischer, persönlicher Essay. Schreiber tabuisiert nichts und zeigt Reaktionen und Folgen im Körper genauso auf wie psychische Probleme. Er erzählt von den Mechanismen der Selbsttäuschung, die es den meisten Menschen erlauben, ihr Alkoholproblem zu bagatellisieren. „Selbstbetrug ist eine geradezu kosmische Kraft. Wir verleugnen bestimmte Seiten an uns, die wir nicht mögen, verschließen die Augen vor Problemen, die uns unlösbar scheinen, erzählen uns Geschichten über uns selbst. Wenn man nur stark genug an etwas glaubt, schafft man es erstaunlich lange, dieses Selbstbild auch anderen zu vermitteln. Selbstbetrug schafft kleine dysfunktionale Welten. Als Trinker ist man ein unbestrittener Experte!“ (O-Ton D.S.) Er fragt, warum sich eine Gesellschaft eine Droge gestattet und zugleich diejenigen stigmatisiert, die damit nicht umgehen können. Er sagt, dass Alkoholabhängigkeit keine Randerscheinung ist, sondern ein Phänomen der Mehrheitsgesellschaft und vor allem der miteinander zusammengehenden Wirtschaft- und Arbeitsmoral: „In Wahrheit sind unsere Kultur des Trinkens und unsere Kultur des Arbeitens so eng miteinander verknüpft, dass sie sich im Leben vieler Menschen gegenseitig unterstützen. Ohne das Ventil des Alkohols, ohne seine kraftvolle Abschaltfunktion, würde unser System von Wirtschaft und Arbeit wahrscheinlich nicht so gut funktionieren.“ Die Folgen der Sucht sehen folgendermaßen aus: Alkoholismus ist noch weiter verbreitet als Diabetes und hat noch schlimmere gesundheitliche Folgen. Mehr Personen sterben jährlich an Leberzirrhose als bei Verkehrsunfällen. Alkoholismus richtet auch größere Schäden an als Heroin und Tabak. Außerdem stehen 27 Prozent von uns an der Schwelle zur Abhängigkeit. Die typischen Abhängigen seien auch weniger sturzbetrunken auf der Parkbank zu finden, sondern im Lehrerzimmer, auf dem Bau, in der Redaktion, in der Arztpraxis oder im Friseurladen und sind damit als funktionierende Alkoholiker zu bezeichnen, wie übrigens auch Schreiber selbst sich sieht, der ebenfalls größtenteils „unscheinbar“ getrunken hat, aber beruflich erfolgreich blieb, nur dass er sein Leben um die Flasche Wein herum organisierte. „Die meisten Alkoholiker sehen nicht kaputt aus. Sie leben nicht auf der Straße, haben Freunde und einen Job. Sie sind Menschen, die früher einmal tatsächlich Spaß hatten, wenn sie tranken.“ (DS) Er sei nüchtern geworden, weil er immer öfter zu viel trank. Die Neurobiologie fand laut Schreiber schon vor Jahren heraus, dass Abhängigkeit eine neurologische Veränderung im Gehirn bewirkt und dass diese Abhängigkeit nichts mit Disziplin- und Willenlosigkeit zu tun habe. Dieses veränderte, quasi umprogrammierte Gehirn beeinflusst allein den Drang, weiter trinken zu müssen.

Kontrolliertes Trinken hält Schreiber, seriöse Studien zitierend, für unmöglich. Nur wenn der trockene Alkoholiker sich schämt, nicht zu trinken, dann ist es ein Problem, sagt Daniel Schreiber. Der Unterschied zwischen Vergnügen und Glück muss begriffen werden.

Ein erfülltes und glückliches Leben ohne das Trinken ist möglich.

Neben der Tatsache, dass dieses Buch als ein literarischer, persönlicher Essay Lesevergnügen macht, empfehle ich es besonders uns Entspannungstrinkern und unseren (toleranten) Freunden. „Nüchtern“ setzt jedenfalls unserem emotional besetzten Verhältnis zum Alkohol („wir doch nicht!“), etwas Kluges, Nüchternes entgegen.

Brigitte Siebrasse

Lesermeinung zur Homepage

lieber Franz-Josef,

Margret Osterfeld hat mich auf die Leitlinien aufmerksam gemacht. Ich habe die Stellungnahme des Landesverbandes dazu noch gar nicht gelesen, weil ich schon auf den ersten Seiten hängengeblieben bin. Da steht sinngemäß: Der Patient hat ein Recht darauf, über alle Maßnahmen der BehandlerInnen aufgeklärt zu werden. Heißt das, wenn er/sie dieses Recht nicht explizit einfordert, sind die BehandlerInnen auch nicht verpflichtet, alle Behandlungsformen/Maßnahmen/freiheitseinschränkende Aktivitäten mit ihm/ihr zu besprechen. Ich bin immer ganz erschrocken, wenn das in solchen Richtlinien nicht explizit gefordert wird, weil es bedeutet, dass für solcherart „Behandelte“ nicht die grundlegenden menschlichen Umgangsformen gelten. Wenn Menschen von Mitmenschen in anderen Zusammenhängen so behandelt/traktiert würden, wäre es doch selbstverständlich, dass sie, nachdem die Situation sich entspannt hat, so etwas hören würden wie „Wir haben uns nicht mehr anders zu helfen gewusst“.

Ich weiß aus langjähriger Erfahrung in der Besuchskommission und in der Selbsthilfe, dass die meisten so „behandelten“ PatientInnen dieses Recht gar nicht einfordern können, u.a. weil Fixieren und Niederspritzen, so wird das ja erlebt, sie stumm macht. Ich habe selbst Gott sei Dank keine solchen Erfahrungen, kenne aber viele derart Erfahrene. Ich glaube auch, dass man sich selbst schlecht verzeihen kann, in eine solche Situation gekommen zu sein, wo ein eigenes würdevolles Selbstbild nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Bei all den Leitlinien/Fachtagungen/Aufsätzen/Ethikkommissionen gibt es kaum etwas zu diesem Aspekt von Zwangsmaßnahmen: absolutes Ausgeliefertsein, völlige Machtlosigkeit, Verdammt sein zur Bewegungsunfähigkeit, was den Kreislaufstress erheblich erhöht.

Ich möchte nicht falsch verstanden werden. Ich nehme ja wahr, dass es in Kliniken trotz Bemühungen und guten Willens zu solchen Situationen kommen kann. Mir hilft dann in Besuchskommissionen nicht zu sagen, Zwangsmaßnahmen dürfen nicht sein. Ich habe auch für mich den Anspruch, diskursfähig zu sein. Wir werden ja nicht weiterkommen, wenn wir uns nicht auch wechselseitig gut zuhören.

Aber solange freiheitseinschränkende Maßnahmen vorkommen, reicht ein Recht ..des/der PatientInnen zur Information und Besprechung nicht aus. Ich erwarte, dass die BehandlerInnen sich in solchen Leitlinien verpflichten zu grundlegenden allgemeingültigen menschlichen Umgangsformen. BehandlerInnen können sich auf keinen Rechtsstatus berufen, Menschen so zu behandeln. Es gibt Situationen, wo das gegenwärtig unvermeidlich so gehandhabt wird. Es darf ja auch rechtlich nur ultima ratio sein. Ich halte so einen Satz wie „wir haben uns nicht mehr anders zu helfen gewusst“ deshalb für so wichtig, weil mit dem Aussprechen anerkannt wird, dass Menschen- und Freiheitsrechte auch für so „Behandelte“ gelten, andernfalls gibt es Regelungen über „Systemsprenger“, mit denen man umgeht, weil sie das „System sprengen“ und sie sich deshalb außerhalb des Menschenrechtsschutzes begeben haben.

Viele Grüße

Elisabeth

Moers, Offenbach, den 16. Dezember 2014

Offener Brief

Lieber Michael Schulz, liebe Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats der Psych. Pflege Heute,

als Herausgeberinnen der Zeitschrift ‚praxis wissen psychosozial' und ehemalige Mit-Herausgeberinnen der ‚Psych. Pflege Heute' ist es uns ein Anliegen, unseren Respekt vor Ihrer Entscheidung zum Ausdruck zu bringen.
Wir haben Ihre Pressemitteilung bezüglich Ihres Rückzugs aus der Zeitschrift Psych. Pflege heute aufmerksam gelesen und können sehr gut nachvollziehen, dass Ihnen diese Entscheidung nicht leicht gefallen ist.
Leider haben wir als ehemaliges Herausgeberteam mit dem Thieme Verlag vor einigen Jahren (Juni 2009) eine sehr ähnliche Erfahrung gemacht. Damals ging es um die Veränderung der Bebilderung der Zeitschrift, die in der vom Verlag geplanten Form – so unsere Überzeugung – die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen weiter transportiert hätte.

Auch wir haben damals über einen langen Zeitraum das Gespräch mit dem Verlag gesucht. Als HerausgeberInnen war uns durchaus nachvollziehbar, dass eine Zeitschrift nicht nur kluge Inhalte, sondern auch eine ansprechende Form benötigt, wenn sie gekauft und gelesen werden soll. Allerdings darf diese Form nicht zu Lasten der Menschen gehen, für deren Interessen die HerausgeberInnen einer Zeitschrift stehen. Deswegen haben wir dem Verlag damals unterschiedliche Alternativen vorgeschlagen, auf die der Verlag – entgegen den Absprachen – dann nicht eingegangen ist.

Ebenso überrascht wie Sie es heute sind, waren wir es damals, dass uns der Thieme Verlag mit dem Abdruck, der von uns abgelehnten Bebilderung, vor vollendete Tatsachen gestellt und unsere Überzeugungen damit (berechtigten) pekuniären Interessen, unter Nutzung unserer Namen, untergeordnet hat. Dies war für uns damals der Anlass, ebenfalls geschlossen als Herausgeberteam zurückzutreten. Insofern erleben wir hier die Wiederholung der Geschichte.

Ihren Anspruch, dass eine Fachzeitschrift sich ihre Unabhängigkeit bewahren muss und deswegen frei von pharmafinanzierter Werbung sein sollte bzw., dass diese eindeutig als solche zu erkennen sein muss, teilen wir sowohl in der Funktion als Herausgeberinnen einer Fachzeitschrift als auch als Kolleginnen der psychiatrischen Pflege, die nach unserer Auffassung auch immer für Werte einzustehen hat.

Mit kollegialen Grüßen und großem Respekt vor ihrer Entscheidung,

Susanne Schoppmann und Hilde Schädle-Deininger

https://www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2014/oktober/bundesregierung-vernachlaessigt-versorgung-psychisch-kranker-menschen_ID_4393158.html?type=123

Pressemitteilung 09.10.2014

Bundesregierung vernachlässigt Versorgung psychisch kranker Menschen

Zum Tag der Seelischen Gesundheit erklärt **Maria Klein-Schmeink**, Sprecherin für Gesundheitspolitik:

Die Anzahl von Fehltagen und Frühverrentungen auf Grund einer psychischen Erkrankung steigt ständig. Die Bundesregierung ist trotzdem nicht gewillt, ein stimmiges Gesamtpaket zur Verbesserung von Prävention, Therapie und Rehabilitation vorzulegen. Sie agiert mit einem Flickenteppich von Einzelmaßnahmen, statt Menschen in psychischen Krisen frühzeitig Beratung, Hilfe und Therapie zukommen zu lassen.

Sich allein auf die Reform der Finanzierung von psychiatrischen Krankenhäusern zu beschränken, zielt am drängenden Versorgungsbedarf, gerade für akute Krisensituationen und für nachstationäre Behandlung von psychisch schwer erkrankten Menschen, vorbei.

Die Versorgungsstruktur muss weiterentwickelt werden, hin zu einem personenzentrierten, gemeindenahen und Sektor übergreifenden Versorgungsangebot.

Wir brauchen mehr gemeindenahe ambulante Angebote wie Krisenhilfen, mehr integrierte Versorgungsangebote und genügend psychotherapeutische Plätze ohne lange Wartezeiten. Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung müssen verbessert sowie die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialberufen gestärkt werden.

Die Bundesregierung lässt bisher nicht erkennen, dass sie über eine Strategie verfügt, wie sie dem drängenden Versorgungsbedarf gerecht werden will. Die Beauftragung neuer Richtlinien für Kurzzeit- und Gruppentherapie sind zwar im Koalitionsvertrag vereinbart, werden aber allein die in vielen Regionen bestehende Unterversorgung nicht auflösen können.
Schon gar nicht, wenn sie vorrangig als Einsparmaßnahme konzipiert werden.

Herr Minister Gröhe, stellen Sie endlich den Patienten in den Mittelpunkt!

Die Fraktionspressestelle auf Twitter: @GruenSprecher

…….

Pressedienst:
Herausgeberin: Bündnis 90/Die Grünen • Deutscher Bundestag • 11011 Berlin
E-Mail: presse@gruene-bundestag.de • www.gruene-bundestag.de

Quelle: http://www.gruene-bundestag.de/?id=4393158

Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Reinhold Hasel

verliehen am 10. September 2014 vom Bundespräsidenten Joachim Gauck auf Vorschlag des bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer, überreicht vom Augsburger Oberbürgermeister Dr. Kurt Gribl

Dr. Kurt Grib, Reinhold Hasel und Ltd. PD Bayer
am 2. Juli 2015 im Augsburger Rathaus (Photo: Privat)

Laudatio

Die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde 1951 gestiftet vom damaligen Bundespräsidenten Theodor Heuss. Dieser Orden, so der Willen des Stifters, „soll eine Auszeichnung all derer sein, die zum friedlichen Aufstieg der Bundesrepublik Deutschland beitragen."

Das Wort „Aufstieg" ist der Zeit von 1951 geschuldet, als der Wiederaufbau Deutschlands zentrale Aufgabe der Gesellschaft war. Heute können wir „friedlichen Aufstieg" vielleicht mit „friedliche Gestaltung und gesellschaftliche Weiterentwicklung" beschreiben. Dies ist zu jeder Zeit nötig und wichtig.

Ein Bürger unserer Stadt, der diese Kriterien erfüllt, ist Herr Polizeioberkommissar a.D. Reinhold Hasel. Maßgebliche Ehrenämter von Herrn Hasel:

1.) Mitglied im Behindertenbeirat der Stadt Augsburg seit 2001; dort Fachbereichssprecher seit 2006

2.) Pressesprecher und Vorstand im Bayerischen Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. seit 2007 bzw. 2008

3.) Seit 2010 Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Die Auflistung belegt herausragenden Einsatz von Herrn Hasel für Menschen mit Behinderung. Er engagiert sich unermüdlich, gibt umfangreiches Wissen weiter und fordert andere auf zum Mitmachen. Besonderes Verdienst hierbei Ihr Einsatz um Belange von Menschen mit psychischer Behinderung. Diese Gruppe wird oft nicht wahrgenommen, da die Behinderung nicht äußerlich sichtbar sind.

Seit 2007 organisieren Sie mit dem Schwäbischen Schaustellerverband den Augsburger Plärrerrundgang des Behindertenbeirates, an dem ca. 120 Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung teilnehmen. Diese Umsetzung des Inklusionsbeirates ist beispiellos, hat in ganz Schwaben für positives Echo gesorgt.

Durch Ihr wertvolles Engagement haben Sie, Herr Hasel, sich für den Bayerischen Landesverband Psychiatrie-Erfahrener und den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. überaus verdient gemacht.

Aufgrund dieses vielfältigen Engagements werden Sie hier und heute mit der Bundesverdienstmedaille ausgezeichnet.

Dr. Kurt Gribl

Impressum

Redaktion

Anmerkung der Redaktion: Das Journal Leuchtfeuer und auch die Leuchtfeuer Zeitung wurden und werden kostenlos an die Mitglieder, Fördermitglieder und Multiplikatoren verteilt.

Carsten Hoffmann
Hans-Winfried Krolla
E. F.
Frank Rettweiler
Franz-Josef Wagner

Zusammenstellung und Layout

Reinhard Wojke
Franz-Josef Wagner

Redaktionsanschrift

Landesverband Psychiatrie Erfahrene e.V.
Franz-Josef Wagner
Gratianstr. 7
54294 Trier

E-Mail: f.j.Wagner@gmx.net

Homepage: www.lvpe-rlp.de

Dieses 19. Fachjournal „Leuchtfeuer“ wurde mit Mitteln des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie (MSAGD) und der Gemeinschaftsförderung der Krankenkassen gefördert.