

# lichtblick



Thomas Netzer

*Lichtblick • Jahresheft 2000*

*Internet: [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)*

SEITE 4

**Anti-Stigmakampagne  
«Open the doors»**

SEITE 16

**Kräfte bündeln  
für psychisch Kranke**

SEITE 17

**Wege aus der Einsamkeit**

SEITE 18

**Förderung Selbsthilfe**

SEITE 26

**Rostocker Focusgruppe**

SEITE 75

**Impressum und Abo**

*Schutzgebühr: 15 DM  
80 Lichtblick-Seiten, 72 695 Wörter, 87 Fotos ...*

Umstritten**Lehrstuhl „Wahnsinn“  
an der FU Berlin**

Was hat der Wahnsinn an der Universität verloren? Vor über 50 Jahren äusserte Michel Foucault, sein grösster Wunsch sei es, den Lehrstuhl für Wahnsinn am College de France zu belegen.

Diesen Wunsch wollte nun auch René Talbot an der Freien Universität Berlin verwirklichen, weniger allerdings, um sich philosophisch mit Psychiatrie auseinanderzusetzen als vielmehr den Lehrstuhl als eine Plattform zu benutzen, die herrschende Psychiatrie anzugreifen. Über diese Frage gibt es z.Zt. eine heftige Auseinandersetzung zwischen der Lehrkommission des Institutes für Philosophie an der FU Berlin und dem Landesverband der Psychiatrieerfahrenen. „Weder können wir erkennen, dass es sich um spezifisch philosophische Themen handelt noch lassen die Themen erkennen, dass bei den Antragstellern besondere Qualifikationen vorliegen, die für einen Lehrstuhl verlangt werden“, heisst es in einer vom Fachbereich verfassten Begründung für die Ablehnung des Lehrauftrages.

Keiner der Antragsteller habe einen akademischen Hochschulabschluss und erfülle daher schlicht die für einen Lehrstuhl erforderlichen Qualifikationen nicht, so der Direktor des philosophischen Instituts, Holms Tetens. ND

**WHO zur Lage der Psychiatrie**

*lb-news/epd/es:* Die WHO-Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland hat die psychischen Krankheiten zu einem Schwerpunkt der Weltgesundheitsorganisation erklärt. Nach Erkenntnissen der Organisation nehmen diese immer mehr zu.

Ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung sei wenigstens einmal im Leben vorübergehend von einer psychischen Störung betroffen. Studien aus Deutschland, Brasilien, USA und vier anderen Ländern zeigten, dass etwa die Hälfte aller Kranken keine ärztliche Hilfe suche. Als Gründe dafür gibt die WHO die Angst vor Stigmatisierung an, und dass diesen Krankheiten viel weniger Beachtung geschenkt werde als somatischen Leiden.

Außerdem kritisiert die WHO die Konzentration der Hilfeangebote in grossen Kliniken, was wenig effektiv und oft sogar schädlich sei.

**Lichtblicke  
in Sicht ...**

Liebe Leserinnen und Leser,

*da erscheint er doch noch, der neue Lichtblick. Es sind 80 Seiten geworden. Und wir haben jetzt schon wieder genug Stoff für die nächste Ausgabe. Sicherlich ist diese auch inhaltlich „stark“ genug - ganz im Sinne der Lebensweisheit von Ephraim Lessing: «Der Langsamste, der sein Ziel nur nicht aus den Augen verliert, geht immer noch geschwinde als der, der ohne Ziel herumirrt.»*

*Thomas Greve, Psychiatrieerfahrener aus Rostock, sieht das ähnlich. Sein Beitrag «Wege aus der Einsamkeit» (Seite 17) ist ein Beispiel für alle, die sich nicht „einlullen“ lassen, die sich aus ihrer Lethargie befreien - im Alleingang oder mit Unterstützung.*

*Zugegeben: Es fällt vielen psychisch Kranken schwer, im sogenannten «normalen Leben» Fuß zu fassen. Auch die Lebensplanung der Angehörigen ist gefährdet. Nicht selten gelangen Betroffene und Angehörige bis an die Armutsgrenze. Das muss sich ändern! (Siehe Beitrag «Schizophrenie», Rückumschlag).*

*Sie erfahren, dass es eine Anti-Stigmakampagne gibt (Seite 4), dass die Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung, sinnvolle medizinische Innovationen dem Patienten zugänglich zu machen, erheblich verbessert werden müssen (Seite 12), weshalb der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und die Lilly Deutschland GmbH eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen haben (Seite 14) und dass der Lichtblick-newsletter alle zwei Wochen im Internet erscheint. Einige Artikel aus diesem Rundbrief können Sie hier nachlesen.*

*Zudem versucht der Beitrag „Hilfe für die Helfer: Lichtblick-online“ (Seite 45) zu verdeutlichen, dass das Internet für bislang kaum beachtete Beiträge ermutigende Wege der Informationsbeschaffung bietet. Dazu gehören auch die Themen Psychiatrie und Selbsthilfe.*

*Über die Stigmatisierung und Diffamierung Betroffener informiert Susanne Heim (Seite 67). Sie behauptet: die stigmatisierende Geringschätzung psychisch Kranker und die Diffamierung ihrer Angehörigen gehe von der Psychiatrie selbst aus. „Beispiele dafür finden sich zuhauf: nicht nur im Erleben gekränkter Patienten und Angehöriger, sondern in einschlägigen wissenschaftlichen Abhandlungen, Fach- und Lehrbüchern.“ Ein mit vielen Beispielen wohl durchdachter Beitrag. Zur Wehr setzt sich auch Winni*

*Schrapps in „Jahre sind vergangen und nichts ist passiert!“ (Seite 32). Sie beschreibt Ihre Gefühle und Ihre Lage nach dem vierten Suizidversuch ihres Partners. Sie hat Rechtsanwältin beauftragt und gegen die behandelnde Ärztin schwere Vorwürfe erhoben: Keine Suizidprophylaxe, falsche Medikation, keine Zusammenarbeit mit Angehörigen, Fehleinschätzung der Situation... Jetzt sind auch noch die Krankenakten verschwunden! Im Bereich der Psychiatrie ist die Nachweisführung mutmaßlicher Behandlungsfehler besonders schwierig. Dennoch hat ihr Handeln viele psychiatrisch Tätige wachgerüttelt, nicht den Blick auf die Angehörigen zu verlieren. Dazu empfehlen wir Dörners Rede „Über Angehörige in der Psychiatrie“ (Seite 6) und den Beitrag „Behandelt werden nicht Diagnosen, sondern Menschen“ von Thomas Bock (Seite 42).*

*Wer kennt sie noch nicht - die aktuelle Vereinbarung zur Förderung der Selbsthilfe? Wie die Selbsthilfe von den Krankenkassen flankiert wird, steht in diesem Heft (Seite 18). Auch wir werden für unseren Lichtblick eine Förderung bei den Krankenkassen beantragen. Zur Zeit wird unsere Öffentlichkeitsarbeit von anderen Stellen anteilig unterstützt.*

*Besonders möchten wir uns beim Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, bei den Einzelspendern, wie Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen und Profis bedanken. Sie machten diese Printausgabe möglich.*

*Außerdem konnten wir zur Absicherung unseres Internetprojektes „Lichtblick-online“ die pharmazeutischen Unternehmen Lilly Deutschland GmbH und Janssen-Cilag GmbH für dieses Jahr gewinnen. Beide vertreten die Ansicht, dass sie als verantwortungsbewusste Unternehmen auch verpflichtet sind, einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Bürger zu leisten. In unserem Fall konnten wir Fördermittel für Technik, Software und Internetzugang einwerben. Damit verfügen wir nun über eine solide „Online-Basis“, um noch gezielter unsere Thematik verbreiten zu können. Lesen und urteilen Sie selbst - wir sind gespannt auf Ihr Echo!*

*PS: Am 10. Oktober ist der Internationale Tag der Seelischen Gesundheit.*



Roland Harig, Redaktion Lichtblick

*Zum Titelbild...*

Auf diesem Fleckchen eine Pause einlegen - wer möchte das nicht? Das einzige, was hier vielleicht noch an Arbeit erinnert, ist der produzierte Strandkorb. Ein Hinweis auf die zermürbende Zeit, in der wir leben. Denn die berufliche Hetzjagd, die Angst vor dem Morgen oder die Suche nach Arbeit machen Streß. Wer die Raserei der hektischen Zeit nicht durchhält, leidet, kann daran erkranken, durch einen „Sekundenschlaf“ sein Leben, seine Gesundheit und das Leben anderer Menschen gefährden. Wenn z.B. unsere Seele aus dem Ruder läuft, wir nach einem Rezept fragen, müssen wir also kürzer treten. Um sich von den Spannungen des Alltages zu lösen, lohnt auch ein Blick auf dieses Titelbild von Thomas Netzer. Er hat als Psychiatrieerfahrener etwas gezeichnet, das man getrost „einen Ort der Gesundheit“ nennen kann. Von hier aus in die reizvolle Umgebung wandern, um die Wunder der Natur zu erleben, oder einfach im Strandkorb liegen, oder



ein Bild malen, ein Buch lesen - in dieser Zeichnung stecken viele Anregungen. Es ist eine Landschaft, in der man nicht nur abschalten, den Terminkalender, den Streß im Autostau, den Motorenlärm und den anderen Ballast vergessen, sondern vielleicht auch neue Antworten auf die Schnellebigkeit unserer Zeit finden kann. Wer die Natur regelmäßig sinnvoll nutzt, spart sich vielleicht später das Krankenhaus. Dieses Rezept „Natur“ ist aber genauso wichtig für Menschen, die an einer Krankheit leiden oder behindert sind. Entspannung, Ruhe und Erholung werden auch bei ihnen nötig, wenn die Kraftreserven verbraucht sind.

Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet Gesundheit als einen «Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens». Aber diese drei wichtigen Aspekte kann ein Mensch kaum noch selbst steuern - Die sogenannte „Zivilisationsgesellschaft“ hat ihren Preis. Sie begrenzt oder fördert unser Wohlbefinden!

Nehmen wir darauf Einfluß!

*Ulrike Schob*

**Aus dem Inhalt**

<i>Anti-Stigmakampagne .....</i>	<b>4</b>	<i>Der aktuelle Bücher-Tipp .....</i>	<b>40</b>
<i>Über Angehörige in der Psychiatrie (Dörner) .....</i>	<b>6</b>	<i>Behandelt werden nicht Diagnosen, sondern Menschen .....</i>	<b>42</b>
<i>Berliner Empfehlungen .....</i>	<b>13</b>	<i>Hilfe für die Helfer: Lichtblick-online .....</i>	<b>45</b>
<i>Ecstasy-Folgeschäden befürchtet .....</i>	<b>15</b>	<i>DDR-Psychiater kooperierten mit der Stasi .....</i>	<b>46</b>
<i>Kräfte bündeln für psychisch Kranke .....</i>	<b>16</b>	<i>Die kreative Seite .....</i>	<b>47</b>
<i>Wege aus der Einsamkeit .....</i>	<b>17</b>	<i>Ausflug durch den Wahnsinn .....</i>	<b>48</b>
<i>Förderung Selbsthilfe (Krankenkassen) .....</i>	<b>18</b>	<i>Zecken können schwere Erkrankungen auslösen .....</i>	<b>53</b>
<i>Gefährdung der ambulanten psychiatrischen Versorgung .....</i>	<b>23</b>	<i>Psychose als Traum nach einer erhofften Welt .....</i>	<b>55</b>
<i>Universität Leipzig: Memo für Rostocker Focusgruppe .....</i>	<b>26</b>	<i>Alternativen zur Betreuung .....</i>	<b>56</b>
<i>Motzener Thesen zur Psychiatriereform .....</i>	<b>27</b>	<i>Bundesverdienstkreuz für Professor Klaus Dörner .....</i>	<b>58</b>
<i>Ohne Absicht therapeutisch: Psychoseseminar .....</i>	<b>28</b>	<i>Erinnerung an grausame Vernichtung vor 60 Jahren .....</i>	<b>60</b>
<i>Tagebuchnotizen zum EUFAMI-Kongress .....</i>	<b>30</b>	<i>Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung .....</i>	<b>61</b>
<i>Jahre sind vergangen und nichts ist passiert .....</i>	<b>32</b>	<i>Geschichte der psychiatrischen Behandlungsverfahren .....</i>	<b>70</b>
<i>Auszüge aus dem „Tagebuch eines Erziehers“ .....</i>	<b>34</b>	<i>Jenaer Klinikchefin soll «Euthanasie»-Programm der Nazis unterstützt haben .....</i>	<b>74</b>
<i>Kinder und Jugendpsychiatrie (ESCAP-Kongress) .....</i>	<b>36</b>	<i>Impressum und Abo .....</i>	<b>75</b>

**„Leitfaden der Sozialhilfe von A bis Z“**

Sozialhilfeleistungen sind für zahlreiche Bürgerinnen und Bürger eine unentbehrliche Hilfe in einer Notlage. Da aber diese Leistungen nicht „von Amts wegen“ bewilligt werden, ist es oft nötig, seine Ansprüche zu kennen und in geeigneter Form gegenüber den zuständigen Behörden durchzusetzen. Der „Leitfaden der Sozialhilfe von A bis Z“ (Ausgabe 7/1999: 208 Seiten, 8,00 DM im Voraus, Briefmarken oder Verrechnungsscheck) hilft insoweit mit leicht verständlichen Informationen zielgerichtet weiter. Am Buchende findet sich im Übrigen eine Adressenliste von Sozialhilfeinitiativen und Beratungsstellen „vor Ort“. Der Leitfaden, der jedes Jahr im September/Oktober eine verbesserte Neuauflage erfährt, kann auch abonniert werden. Abonnement heißt: Der Abonnent bekommt den Leitfaden unaufgefordert gegen Rechnung in der von ihm gewünschten Anzahl zugeschickt. Ansprechpartner ist die AG TuWas an der Fachhochschule Frankfurt, Kleiststraße 12, 60318 Frankfurt; Fax: 069/1533-2633. Internet: [www.fbp.fh-frankfurt.de/~agtuwas/index.htm](http://www.fbp.fh-frankfurt.de/~agtuwas/index.htm)

**Am frühen Morgen**

Suchend, wo die Amsel sang,  
ging ich unter Bäumen lang.  
Immer hab ich hoch geschaut  
mal klang's leiser und dann laut.  
Horchend folgte ich den Klang,  
ging am Schulgebäude lang.  
Schließlich hab ich sie erblickt  
und es hat mich sehr beglückt,  
dass sie trotzdem weitersang.  
Für den schönen Morgen Dank!

*Ingrid Klüb*

## Info-Kampagne gegen Ausgrenzung Schizophrener

Psychiater aus Kanada, Spanien und Österreich stellten erste Ergebnisse der Antistigma-Kampagne „SCHIZOPHRENIA - OPEN THE DOORS“ auf dem XI. Weltkongress der Psychiatrie in Hamburg (1999) vor. Das WHO-Programm zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung im Zusammenhang mit Schizophrenie ist das erste seiner Art in der Welt. Hugh Schulze, Vice-Präsident von Closer Look Creative, erklärte: „Wir haben festgestellt, dass wir bei unseren Bemühungen, das Verhalten gegenüber psychischen Erkrankungen zu verändern, Neuland betreten haben, obwohl es bereits eine Reihe von nationalen Initiativen gibt.“

Prof. Harold Visotsky von der Northwestern University beschreibt die Auswirkungen so: „Für den Einzelnen stellen die Mythen und Mißverständnisse, die sich um die Krankheit ranken, ein wesentliches Hindernis für eine angemessene Therapie dar. Viele Leute wissen nicht, dass man Schizophrenie behandeln kann. Unser Programm umfaßt Information und Verhaltensänderung, wohl wissend, dass Stigma und Diskriminierung von Land zu Land unterschiedlich sind.“

Die Infokampagne wurde von Psychiatern und Vertretern von Selbsthilfinitiativen aus mehr als 20 Ländern vorbereitet. In Ägypten, Deutschland, Indien und Italien läuft sie gerade an.

Schizophrenie ist eine Krankheit, die meist im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt auftritt. Sie verläuft in Schüben und ist gut behandelbar. Patienten mit schizophrenen Störungen leiden unter einer Beeinträchtigung der Denk- und Gefühlsprozesse. Sie können Umweltreize, die auf sie einfluten, nicht „auswerten“, Wichtiges nicht von Unwichtigem trennen. Dadurch haben sie Probleme bei ihrer Lebensplanung, aber auch im Umgang mit ihren Gefühlen. Dazu können noch Wahnideen und Halluzinationen kommen. Die Behandlung folgt heute aus einer Kombination von Psychopharmako-, Psycho- und Soziotherapie. *ism/rh*

[www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com)

## Radio- und Fernsehspots in Kanada

Kanada ist das erste Land, in dem das Programm zur Antistigma-Kampagne Schizophrenie „Open the doors“ erprobt wurde. Fast zwei Jahre liefen Projekte zur Aufklärung spezieller Bevölkerungsteile, wie Journalisten, Professionelle aus dem Gesundheitswesen, Geschäftsleute, Schüler und Studenten. Zusätzlich wurde die Öffent-

lichkeit durch Radio- und Fernsehspots informiert. Erste Ergebnisse liegen vor: Eindeutig ergab sich ein besserer Wissensstand und weniger Vorurteile der Bevölkerung gegenüber der Krankheit Schizophrenie. In den Schulen klärten Betroffene, Angehörige und Ärzte die Schüler über diese Krankheit Schizophrenie und ihre Mythen auf. *ism*

## Unkenntnis: Nährboden für Vorurteile

*Leipzig: Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie gegründet*

Am 3. April haben Psychiater, Soziologen, Angehörige, Betroffene, Bürgerhelfer, Politiker und Journalisten in Leipzig einen Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie gegründet. Gründungsmitglieder des Vereins „Irrsinnig menschlich e.V.“ sind u.a. Marion Beck (Betroffene), Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (MdB/FDP) und Professor Dr. med. C. Angermeyer (Universität Leipzig).

Die Arbeit des Vereins ordnet sich ein in die 1996 vom Weltverband Psychiatrie gestartete Kampagne „Open the Doors“, eine Initiative gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung psychisch kranker Menschen, insbesondere an Schizophrenie Erkrankter. In der Bundesrepublik leiden etwa 600 000 Menschen an dieser schweren psychischen Krankheit; einer von 100 Deutschen durchlebt mindestens einmal in seinem Leben eine schizophrene Psychose.

Für den Verein stark gemacht haben sich insbesondere Prof. Matthias C. Angermeyer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig und Beate Schulze, Soziologin. Beide haben schizophrene Erkrankten und ihre Angehörigen zu konkreten Stigmatisierungserfahrungen befragt. Fast alle Befragten beklagen sich über die negative Dar-

stellung psychisch Krankheit in den Medien und wie stark das dort vermittelte Bild von psychisch Kranken in der Bevölkerung wirkt. Noch immer werden psychisch Kranke abgestempelt und von der Gesellschaft nicht ernst genommen. Die Medien tragen daher eine große Verantwortung für die öffentliche Meinung. Umgekehrt sind sie aber auch auf zuverlässige und fachlich fundierte Informationen von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen angewiesen. „Irrsinnig menschlich e.V.“ will Begegnungen von Medienvertretern fördern. So wird es an Leipziger Schulen eine Projektwoche zum Thema „Irrsinnig menschlich - psychische Krankheit“ geben. „In einigen Jahren“, so Pressesprecherin Dr. Manuela Richter-Werling, „wird das Thema selbstverständlicher Bestandteil des Schullehrplans sein“.

### Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie

Dr. Manuela Richter-Werling  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie

Johannisalle 20  
D-04103 Leipzig

Tel. 0341-222 899-0

Fax 0341-222 899-2

Werling.Leipzig@t-online.de

### Buch-Tipp

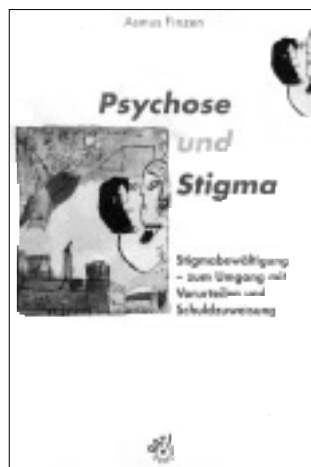
## «Psychose und Stigma»

*Dieses Buch hilft, Diffamierungen, Vorurteile und Schuldzuweisungen bewältigen zu lernen. Es setzt auf Aufklärung von Kranken und Angehörigen über die Stigmatisierung und deren Folgen für ihr Selbstwertgefühl. Es zeigt, dass ihnen Unrecht geschieht. Es erklärt, wie Stigma zustande kommt, wie es unabhängig von einzelnen Betroffenen wirkt, wie aber jeder sich konkret damit auseinandersetzen kann.*

*Auch setzt sich Asmus Finzen mit den in Deutschland entstehenden «Anti-Stigma-Kampagnen» auseinander, die von der WHO, psychiatrischen Fachgesellschaften und einzelnen Pharmafirmen unterstützt werden. Dieser Ratschlag ist eine Neubearbeitung des 1996 erschienenen Buches «Der Verwaltungsrat ist schizophren».*

Psychiatrie-Verlag, ab Herbst 2000

ISBN 3-88414-254-2, ca. 200 Seiten, 24,80 DM (23 sFr / 181 öS)



## Aktionskreis Psychiatrie

Für eine Versorgung psychisch Kranker  
gemäß medizinischem Fortschritt

«Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den USA bildet Deutschland in der Versorgung psychisch Kranker das Schlusslicht. Auch wenn seit der Enquête vor nahezu 25 Jahren viel erreicht wurde, so wird durch die restriktive Budgetpolitik die Mehrzahl der Patienten derzeit nicht nach dem neuesten Therapiestand behandelt.»

So das Fazit eines politischen Rundtischgespräches zur aktuellen Versorgungslage in der Psychiatrie, das auf Initiative des „Aktionskreises Psychiatrie“, einem Zusammenschluss von namhaften Psychiatern, in der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin stattfand. An der Diskussionsrunde nahmen Fachärzte, gesundheitspolitische Vertreter aller Parteien und Medienvertreter teil. „Nur durch eine Zusammenarbeit aller Verantwortlichen und unter Mithilfe der Medien können wir mittel- bis langfristig eine bessere Versorgung psychisch Erkrankter erreichen“, so Prof. Dr. Hanns Hippus, Mitbegründer des Aktionskreises. Hauptaugenmerk richtet die Initiative auf die Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere zu Fragen der Behandlung und Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen, psychiatrischen Alterskrankheiten und Schizophrenien. Gerade letztere sind aufgrund Häufigkeit und Schwere ihres chronischen Verlaufs, des frühen Erkrankungsbeginns und der damit einhergehenden hohen volkswirtschaftlichen Kosten mit Volkskrankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Störungen vergleichbar.

## Verwehrte Medizin

Die Experten setzen auf die Integrationsversorgung. Dazu gehöre auch das Angebot von Psychotherapie, Psychotherapie und Pharmakotherapie sowie die Kooperation zwischen Klinikern, niedergelassenen Ärzten, Fach- und Hausärzten. Die Realität sieht leider anders aus, wie Prof. Jürgen Fritze erläuterte: „Innovationen haben es in den USA viel leichter. Dort sind die atypischen Neuroleptika die «first-choice-drugs». In Deutschland dagegen bleiben diese neuen, nebenwirkungsarmen Medikamente etwa 80 Prozent der Patienten verwehrt - aus Kostengründen.“ Damit werde ihnen die bestmögliche Medikation und somit ein bedeutender therapeutischer Fortschritt vorenthalten. Doch dieser würde die Rezidiv- und Rehospitalisierungsraten deutlich senken und die Chance auf Reintegration des Patienten in die Gesellschaft verbessern.

Bislang gebe es keine Gegenüberstellung von direkten Behandlungskosten (ambulante und stationäre Versorgung) und indirekten Folgekosten, wie Aufenthalt in Pflegeheimen, Kosten für häusliche Pflege, Frühberentung und Ausfall der Produktivität etc. Erfahrungen würden belegen, dass die durch Forschung bedingt höheren Kosten der Neuroleptika letztendlich - aufgrund ihrer therapeutischen Wirksamkeit - zu geringeren Gesamtkosten führen.

## Vorurteile abbauen

Die Fachärzte und Politiker stimmten breiten Initiativen zu, die Vorbehalte, Vorurteile und Berührungängste gegenüber psychiatrischen Krankheiten abbauen helfen. „Die Gesundheitserziehung in Deutschland weist in bezug auf psychische Erkrankungen erhebliche Defizite auf. Die Aufklärung muss also da beginnen, wo das Bewusstsein entsteht - in den Schulen“, so Prof. Heinz Häfner, Mitglied im Aktionskreis. Der Aktionskreis Psychiatrie will sich nun dafür einsetzen, Aufklärungskampagnen an Schulen mit voranzutreiben. In Deutschland muss auf Länderebene angesetzt werden, wie die Parteiabgeordneten bestätigten. Dies tut auch not, denn bis heute sind psychisch Kranke stigmatisiert. So haben die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht nur mit der Erkrankung zu kämpfen. Sie leiden darüber hinaus unter Isolation, Diskriminierung und Herabsetzung. Dies hat wiederum Folgen auf die Psyche und das soziale Verhalten der Betroffenen und ihrer Familien und führt nicht selten zum Verlust sozialer und gegebenenfalls auch familiärer Akzeptanz. Das psychische Leiden wird nach außen verschwiegen, tabuisiert. Fehlbeurteilungen seitens der Gesellschaft tun ihr übriges. Experten gehen davon aus, dass die Hauptursache für die Stigmatisierung psychisch Kranker in einem mangelnden Wissen begründet liegt. Das Bild der „geschlossenen Anstalt“ geistert in noch zu vielen Köpfen und weckt falsche Assoziationen wie beispielsweise: „Diese Menschen sind gefährlich und unberechenbar.“ Durch eine weltweit angelegte Anti-Stigma-Kampagne erhoffen sich die Experten einen allmählichen Einstellungswandel gegenüber psychisch Kranken - so wie es seit einigen Jahren bei den Krankheiten Krebs und AIDS zu beobachten ist.

D. Meissner und B. Mattka

Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

## Nachrichtenaufklärung

Tagtäglich gibt es Themen, die die Medienhäuser entweder vernachlässigen oder nicht kennen, oder in der Öffentlichkeit nicht die Beachtung finden, die sie verdienen. Die Initiative Nachrichtenaufklärung ist seit 1997 dabei, solche Nachrichten und Beiträge zu entdecken und publik zu machen. Die Aktion geht auf ein Studienprojekt der Universität Siegen zurück. Dort erforschen Medienwissenschaftler, Soziologen und Zeitungsmacher, welche Beiträge untergehen.

[www.nachrichtenaufklaerung.de](http://www.nachrichtenaufklaerung.de)

EUFAMI-Deklaration  
verabschiedet

„Die Rechte der fast vier Millionen psychisch kranken Menschen in Europa müssen besser geschützt, ihre Bedürfnisse erfüllt werden. Für das neue Jahrtausend fordern wir eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Ärzten sowie den breiten Zugang zu bestmöglichen Therapieangeboten für alle Patienten“, betonte Ursula Brand, Vorstandsmitglied im deutschen Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) und EUFAMI-Abgeordnete, in Stockholm.

Auf dem III. Kongress der Europäischen Föderation von Organisationen der Angehörigen psychisch Kranker (EUFAMI) verabschiedeten Angehörige aus den 15 Mitgliedsstaaten die «Stockholm Deklaration 2000». Gefordert werden die Etablierung eines höheren Therapiestandards in Europa mit vielfältigen, individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten zugeschnittenen Angeboten.

Auf dem größten Kongress seiner Art trafen sich Angehörige und Experten der unterschiedlichsten, an der Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker beteiligten Berufsgruppen zum Erfahrungsaustausch. So war die schwierige Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ein Schwerpunkt. Verschiedene Initiativen, z.B. aus Schweden, den Niederlanden oder Finnland, die diesen „vergessenen Kindern“ die nötige Unterstützung bieten, wurden vorgestellt. EUFAMI fordert alle Politiker, professionelle und nichtprofessionelle Helfer auf, gemeinsam die nächsten Schritte zu gehen.

Weitere Infos Seite 31/32

[www.eufami.org](http://www.eufami.org)

## Lebensqualität

„Die Lebensqualität des psychisch kranken Patienten - eine gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Herausforderung und Verantwortung“ - so hieß das Thema einer Weiterbildung für Psychiater in Haselünne (Niedersachsen).

Professor Dr. D. Naber, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, erklärte vor 120 Ärzten: „In den letzten Jahren gab es weltweit 20 Forschungsarbeiten zu diesem Thema. Die Schizophrenie liegt mit 12 Millionen erkrankter Menschen weltweit in der Häufigkeit aller Krankheiten auf dem 9. Platz (1. Depressionen) und ist damit keine seltene Krankheit. 10 bis 15 Prozent der Erkrankten sterben an Suizid.“ Naber zitierte eine Umfrage, für wie wichtig Medikamente in der Therapie Schizophrener gehalten wird.

Angehörige schreiben ihnen die höchste Wichtigkeit zu, gefolgt von Patienten. Erst an dritter Stelle finden sich professionellen Helfer. Die Kosten der Medikamente machen in Deutschland 5,8 Prozent der Gesamtkosten der Behandlung aus, (England: vier Prozent; Niederlande: ein Prozent).

In den USA erhalten 60 Prozent der schizophren Erkrankten atypische Neuroleptika, in England 11 und in Deutschland 9. In Deutschland stehen dem niedergelassenen Nervenarzt pro Tag und Patient 70 Pfennig aus seinem Medikamenten-Budget zur Verfügung. 80 bis 90 Prozent der aus Kliniken entlassenen Patienten sind auf atypische Medikamente eingestellt.

Wie die Diskussion zeigte, ist es aber dem Arzt unmöglich, aus seinem schmalen Budget atypische Medikamente zu verschreiben. Seit der Psychiatrie Enquete wurden 2/3 aller Krankenhausbetten aufgelöst. Die Zahl der Nervenärzte und Psychiater habe sich aber verdreifacht. Dies könnte ein Grund dafür sein, warum die wirtschaftlichen Situation der Ärzte so schwierig sei.

In der Diskussion mit kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Verbänden der forschenden Arzneimittelindustrie, Parteien und Angehörigen wurde deutlich, dass eine Herausnahme der atypischen Medikamente aus dem Budget z.Z. der einzige Weg sei, um aus dem Desaster herauszukommen. Es wäre im Interesse der Patienten.

ism

# Der Rede wert: Über Angehörige in der Psychiatrie

Rede von K. Dörner / Nach einer Aufzeichnung des Senders Südwestdeutscher Rundfunk

Aufgeschrieben von Linde Schmitz-Moormann

Der Psychiater Professor Dr. Dr. Klaus Dörner hielt diese Rede in der Universitätsklinik Tübingen. Sie wurde vom Südwestdeutschen Rundfunk in der Sendereihe „Der Rede wert“ übertragen. Darin vertritt er die Auffassung, dass primär das soziale Umfeld und nicht der psychisch Kranke verändert werden müsse.

Um dies zu erreichen und darüber hinaus auch die Angehörigen nicht mit ihrer Belastung allein zu lassen, forderte er alle Profis in psychosozialen Arbeitsfeldern auf, verstärkt mit Angehörigen zusammenzuarbeiten. Es komme für den Patienten entscheidend auf das Netz der Familie an, die selbst erst lernen müsse, die Belastungen zu bewältigen.

Prof. Dörner war lfd. Arzt der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Gütersloh und ist Autor der Kultbuchs „Irren ist menschlich“, das in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Sein Buch „Freispruch der Familie“ ist Grundlagen-Literatur der Angehörigenbewegung, bedeutsam für Profis wie für Angehörige, so Heinz Deger-Erlenmaier in seinem Geleitwort.

Zu sprechen habe ich über Familien, in denen ein Mitglied längerfristig oder dauerhaft psychisch gestört ist. Mit diesem Begriff habe ich Probleme: Wenn jemand wahnhaft, manisch-depressiv, längerfristig oder vielleicht sogar lebenslang psychisch gestört ist, weiss man nie genau, wie man das benennen soll. Sagen kann man auch chronisch krank. Nur findet sich der Betroffene und seine Angehörigen darin nicht so recht wieder. Eigentlich erwartet man die Anwendung des Begriffs „behindert“, zumal er vom Bundessozialhilfegesetz so vorgeschrieben ist.

## Gestört, krank, behindert?

Nach diesem Gesetz kann man in drei Richtungen behindert sei: körperlich, geistig und psychisch, aber irgendwie finden die psychisch Gestörten da keinen rechten Anschluß. Ob sie in der Gemeinde der Behinderten nicht gerne aufgenommen werden, so wie das in Werkstätten für Behinderte lange gegolten hat, kann ich nicht sagen.

Auch die Betroffenen selbst sträuben sich gegen den Begriff „Behinderung“ und wollen ihn nicht auf sich angewendet wissen. Wenn man sich in jemanden hineinversetzt, der das Schicksal einer psychischen Erkrankung erfahren hat, kann man diesen Widerstand verstehen. So kommt man schon rein begrifflich in Schwierigkeiten.

Wenn ich mich nicht verspreche, werde ich meistens von gestörten Menschen sprechen oder von psychischen Störungen. Der Begriff der psychischen Störung hat den Vorteil, dass die Störung eines Menschen, aber auch die anderer Menschen, ebenso eine Störung für andere Menschen sein kann. So ist er zumindest wechselwirksam, wenn auch nicht besonders weiterhelfend.

Wenn man sich um Begriffsklärung psychischer Störungen und deren Auffälligkeiten bemüht, rettet man sich am besten in psychoanalytische Hilfsbegriffe. Diese erklären, wie sich die unerträglich gewordene Situa-

tion eines Menschen in Symptomen äussert und wie er versucht, Schutz- und Abwehrstrategien zu entwickeln. Wir wissen heute einermassen gesichert, dass ein Drittel der Betroffenen nach zwei oder drei psychiatrischen Episoden ihr Leben weiterleben können wir bisher.

Auch das zweite Drittel lebt irgendwie weiter, aber mit Narben und Einschränkungen im privaten oder beruflichen Bereich, häufig als Einzelgänger.

Vom letzten Drittel hat man bis vor kurzem geglaubt, sie würden lebenslang eine institutionelle Stütze brauchen, z.B. ein Heim oder Landeskrankenhaus. Heute kann man sagen, dass dies nicht mehr stimmt.

In Gütersloh haben wir in den letzten Jahren von 400 dieser Langzeitpatienten mit einem Durchschnittsaufenthalt im Krankenhaus von zehn Jahren die Hälfte nicht in Heime, sondern fast ausnahmslos in Wohnungen entlassen. Weniger in Wohngruppen - ganz entgegen unserer ursprünglichen Ideologie - sondern überwiegend allein oder zu zweit. Es ist auch gelungen, den größeren Teil in entweder vollzeitliche oder teilzeitliche Arbeitsplätze zu vermitteln, die wir zuvor aufgebaut haben.

Zu den längerfristig psychisch Gestörten gehören nicht nur schizophrene Menschen, sondern auch dauerhaft oder längerfristig manisch-depressive, abhängige, suchtkranke, persönlichkeits- und verhaltensgestörte Menschen, ebenso gerontopsychiatrische und ein Teil der geistig Behinderten. Soweit die Begriffsklärung, jetzt zu den Angehörigen.

## Angehörigengruppen

In der Bundesrepublik gibt es derzeit etwa 400 Angehörigengruppen, die von Profis gesteuert sind, sich also in Krankenhäusern von Stationen aus gebildet haben und etwa 350 Angehörigenselbsthilfegruppen. Diese Selbsthilfegruppen haben sich inzwischen

als Bundesverband zusammengeschlossen. In anderen Ländern vollzog sich dies schon früher. Heute sind die Landesverbände eine nicht zu unterschätzende politische Kraft. Bei der Frage der Verteilung von Mitteln und dem Problem, wie denn die Psychiatriereform fortgeführt werden soll, ist natürlich die Stimme der Angehörigen authentischer und glaubwürdiger als die Stimme eines Profiverbandes, der immer zugleich ein Verband mit beruflichen Eigeninteressen ist.

## Wie ergeht es der Familie?

Wie bin ich überhaupt auf die Idee gekommen, mich mit diesem Thema zu beschäftigen? Einmal ist mir der Blick auf die Angehörigen bei meiner Tätigkeit in einer Tagesklinik Ende der 70er Jahre ein unabweisbares Bedürfnis geworden.

Wenn man die Leute abends und am Wochenende nach Hause schickt, muss die Fähigkeit zum Phantasieren der Lebenswelt des jeweiligen Patienten wesentlich stärker und besser ausgeprägt sein als auf einer Station. Man ist existentieller darauf angewiesen zu wissen, in welches Umfeld man sie entlässt und wie es der Familie dabei ergeht. Deswegen haben wir uns eines Tages gesagt: machen wir eine Angehörigengruppe, bieten wir den Angehörigen unserer Patienten regelmäßig einmal die Woche an, sich in einer Gruppe auszusprechen. Das war dann der Beginn unserer Angehörigenarbeit.

Ein anderer Zugang war, dass ich nebenamtlich jahrzehntelang im Gesundheitsamt gearbeitet habe. In diesem Rahmen hat man wiederum andere Gelegenheiten, die brutale Realität der Lebenswelt und die Bezüge zwischen den Familienmitgliedern zu sehen, als es vom Krankenhaus aus der Fall ist.

## NS-Psychiatrie zerstörte familiäre Bindungen

Einen weiteren Zugang fand ich durch meine intensive Beschäftigung mit der NS-Psychiatrie. Es gehörte zu ihren Methoden, den Patienten nicht nur zu isolieren, ihn zum Objekt der Verwaltung zu machen, sondern auch sein familiäres Netz zu zerstören.

Trotzdem haben es Angehörige in großer Zahl versucht, ihre Patienten aus den jeweiligen Landeskrankenhäusern herauszuholen, um sie vor dem sicheren Tode zu retten. In der Mehrzahl der Fälle wurde das vom jeweiligen Anstaltsleiter abgelehnt. Es gibt auch gegenteilige Beispiele, die aber eindeutig in der Minderzahl sind. Dann überlegt man sich, wie es gewesen wäre, wenn familiäre Netzwerke noch bestanden hätten und ob dann ein solches Programm, wie z.B. die Sterilisierung und später vor allem die Euthanasie überhaupt möglich gewesen wäre.

Seit ich Psychiatrie mache, lese ich immer neidvoll von neuen theoretischen Konstrukten in der Psychiatrie oder den psychosozialen Wissenschaften. Sie klingen alle plausibel, ob es nun Interaktionstheorien, Kommunikationstheorien, familientherapeutische Ansätze, systemische oder ökologische Theorien oder was auch immer sind. Wie bekommt man sie aber in die Alltagsrealität der familientherapeutischen Versorgung hinein?

## Festgefahreneres verändern

Gerade die Arbeit mit Angehörigen ist ein ganz hervorragendes Mittel, festgefahrene Beziehungen zwischen Menschen zu verändern. Auch lässt sich diese Arbeit in der Praxis gut realisieren. Um es polemisch zu sagen: Wenn man in einer psychiatrischen Institution arbeitet, sei es die Station einer Klinik, ein Heim, eine Tagesstätte oder die Institutsambulanz, wäre es ein Kunstfehler, nicht mit einer Angehörigengruppe zu arbeiten. So gut man ansonsten auch sein mag, man würde von einem Fehler in den anderen taumeln. Wenn Familien zum ersten Mal eine Einladung erhalten, seien es Ehepartner, Geschwister oder Eltern eines psychiatrischen Patienten, man möge Mittwoch um 18.00 Uhr in den und den Raum kommen, dort würde man mit anderen Leidensgenossen zusammentreffen, löst das natürlich bei Menschen, die das noch nie erfahren haben, zunächst Befremden und Verwirrung aus. Es ist auch durchaus nicht so, dass alle auf den ersten Impuls hin kommen.

Ich sage immer: wer Erfahrungen mit Gruppenarbeit sammeln möchte, sollte am besten eine Angehörigengruppe machen, weil es die einfachste Form des Lernens ist. Irgendeiner beginnt von sich zu erzählen, von Sohn, Tochter, Ehepartner und von seinem Leidensweg. Dann ist der Damm gebrochen. Es bricht in der Tat aus fast allen das hervor, was sich über kürzere oder längere Zeit, Jahre, Jahrzehnte angestaut hat - mit der Chance, auch geglaubt zu werden.

Die Situation ist auch deswegen ungewöhnlich, weil dort vielleicht ein Arzt und eine Krankenschwester einer Station und über eine Handvoll Angehörige sitzen. Die Angehörigen sind in der Mehrzahl, Profis in der Minderzahl - das ermuntert, offener zu werden. Die Aussagen reichen von der kompletten Beschimpfung des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems, des Krankenhauses, der niedergelassenen Ärzte, des Gesundheitsamtes und bis hin zu der Anklage, immer allein gelassen zu werden, egal wie dicht das Versorgungsnetz ist.

Man lässt auch mal seinem Herzen freien Lauf und sagt, dass man doch nie genau wisse, ob das kranke Familienmitglied, das gestör-

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Dramatische Jahre

In den skandinavischen Ländern haben 32 Seiten aus dem Buch der Generalsekretärin der WHO, Gro Harlem Brundlandt, mit dem Titel „Dramatische Jahre“ Furore gemacht. Sie schildert darin die manisch-depressive Psychose ihres Sohnes und seinen Suizid.

Sie selbst, Kinderärztin und spätere Ministerpräsidentin in Norwegen, schreibt: „Niemand klärte uns über die verschiedenen Ausdrucksformen dieser Krankheit auf, über Möglichkeiten, sich Wissen darüber anzueignen und über das hohe Suizidrisiko in depressiven Phasen einer manisch-depressiven Psychose“.

Dem Gesundheitswesen wirft sie vor, zu langsam und schwerfällig neue Psychopharmaka einzuführen, mit denen die Leiden und das Suizidrisiko psychisch Kranker vermindert werden könnten. „Ich bereue, dass ich nicht noch aktiver mit anderen Angehörigen gesprochen und mehr Bücher zum Thema gelesen habe“, sagt Brundlandt. „Ich hätte mehr meinem natürlichen Mutterinstinkt folgen und mich stärker einmischen sollen.“

*lsm*

### SUIZID - das Trauma der Hinterbliebenen

Jedes Jahr bringen sich in Deutschland mehr Menschen um als es Verkehrsoffer gibt. Alle halbe Stunde geschieht ein Suizid, alle zweieinhalb Minuten wird einer versucht. Für suizidgefährdete Menschen gibt es inzwischen viele vorbeugende Hilfen, doch bestehen nahezu keine Angebote für zurückgebliebene Freunde und Angehörige.

Manfred Otzelberger, zweifacher Journalistenpreisträger für soziale Themen, beschreibt anhand zahlreicher Beispiele in seinem Buch „Suizid - Das Trauma der Hinterbliebenen, Erfahrungen und Auswege“, mit welchen Problemen die Hinterbliebenen zwangsweise konfrontiert sind und auf welche unterschiedliche Weise sie sich bewältigen lassen. Ein Serviceteil bietet dazu Hinweise für den Umgang mit Behörden und Medien sowie Adressen von Beratungsstellen. Dieses Buch entstand durch Anregung und mit Hilfe von Emmy Meixner-Wülker, Gründerin der Selbsthilfegruppe *Agus* (Angehörige um Suizid).

ISBN 3-86153-178-X, Ch.Links Verlag, Berlin, 29,80 DM

## Information vor dem Arztbesuch

Die meisten Deutschen überlassen ihre Gesundheit immer noch bereitwillig ihrem Arzt oder hören auf den Rat von Verwandten. Ganz anders in den USA: Dort informiert sich bereits der Großteil der Patienten vor dem Arztbesuch gezielt im Internet.

Die mehr als 15 Millionen deutschen Internetnutzer erwartete bisher ein eher dürftiges Angebot an Gesundheitsthemen. „Auf dem deutschen Markt der Gesundheitsinformationen schließt almeda.de eine Lücke,“ ist sich Chefredakteur Christian Sachse sicher. Bereits in den ersten Tagen gab es Zehntausende von Zugriffen.

Im almeda-Redaktionsteam arbeiten unter seiner Leitung 30 Fachredakteure mit medizinischer und journalistischer Ausbildung. Mit dem breit gefächerten Angebot setzt das Redaktionsteam nicht nur auf medizinisch fundierte Informationen, sondern auch auf individuellen Service: In der Online-Sprechstunde beantworten die Experten des almeda-Teams individuelle Fragen zur Gesundheit. Eine Antwort erfolgt kurzfristig per E-Mail.

[www.almeda.de](http://www.almeda.de)

Eine Umfrage von Deutschland-Med.de bestätigt den Trend, dass Gesundheitsthemen bei der Bevölkerung einen hohen Stellenwert haben. Die Befragten schätzen den Wunsch nach Informationen als wichtig bis sehr wichtig ein. Der Bürger möchte als mündiger Patient behandelt werden. Dies bedeutet jedoch kein Mißtrauensvotum gegen den Arzt.

Hoher Informationsbedarf besteht bei Arzneimitteln. Offensichtlich werden sie als notwendig akzeptiert, aber nicht ohne Aufklärung geschluckt. Mehr als 54 Prozent der Befragten lesen grundsätzlich immer den Beipackzettel, mehr als 32 Prozent zumindest bei bislang unbekanntem Arzneien. Die größten Informationsdefizite ergaben sich im Bereich Untersuchungsmethoden und Diagnoseverfahren. Bislang nutzen zwar noch relativ wenige Menschen (acht Prozent) das Internet als Informationsquelle zum Thema Gesundheit. Die User aber erwiesen sich als deutlich besser informiert.

[www.deutschlandmed.de](http://www.deutschlandmed.de)

te, nun wirklich krank oder ob es nicht eigentlich bössartig ist. Schliesslich gebe es „abgefeimten Gemeinheiten“, z.B. regelmäßige Störungen der Nachtruhe und des Tagesverlaufs. Das passiere so gezielt und so bössartig, dass man letztlich nichts dagegen tun könne. Ist das noch mit Krankheit vereinbar?

### „Bei der Mutter ist es kein Wunder ...“

Es liegt auf der Hand, dass jeder Angehörige eines psychisch gestörten Menschen solche Gedanken immer schon hatte, er muss sie haben, nur hatte er nie die Chance, sie auch auszusprechen.

Weil der Patient als der arme, leidende Mensch im Mittelpunkt steht, fürchten seine Angehörigen immer dann als schlechte Menschen bezeichnet oder behandelt zu werden, wenn sie über ihre eigenen Gefühle sprechen. Unser aller Kausalitätsbedürfnis, gepaart mit dem geringen Wissen über psychische Störungen, möchte gerne irgendwo Ursache oder Schuld festmachen.

Jeder, der eine Zeitlang in einer psychiatrischen Institution gearbeitet und darüber reflektiert hat, kennt das von sich selbst. Wie schnell ist er bereit, sich ein Weltbild zu verschaffen, in dem der Patient um seine Freiheit, seine Selbständigkeit und seine Autonomie kämpft und irgendwelche bössartigen Angehörigen dies verhindern wollen. Ausrufe wie „Bei der Mutter ist es kein Wunder, dass man schizophrer wird“, sind Gang und Gäbe im Klinikjargon und harmonisieren mit den Theorien aus den 60er Jahren von der schizophrerogenen Mutter und deren Charakterzügen, durch die Kinder zwangsläufig schizophrer werden müssen.

Nur hat man leider nie mit einer prospektiven Studie den Beweis dafür angetreten. Da sich auch neue Generationen habilitieren müssen, wäre auch eine Studie möglich, die das entgegengesetzte Untersuchungsergebnis zu Tage fördert, dass nämlich erst der Sohn oder die Tochter schizophrer werden und die Mutter, die das nicht aushalten kann, so gestört wird, dass man sie als schizophrerogen bezeichnen könnte. Ich drücke es ein bisschen lustig aus, es ist eigentlich keineswegs lustig und zieht sich durch alle Epochen psychiatrischer Geschichte der letzten 150 Jahre, immer wieder nach demselben Schema.

### Mindestens drei Menschen

Im folgenden werde ich auf einige Aspekte eingehen, die nach meiner Erfahrung zu einer Veränderung des psychiatrischen Arbeitens führen, wenn man regelmäßig und systematisch mit Angehörigen arbeitet.

1. Die psychiatrische Standardsituation besteht dann grundsätzlich nicht mehr und nie

wieder aus nur zwei Menschen, sondern immer aus mindestens drei Menschen; Patient, Profi und Angehöriger. Vom Grundsatz her: es gibt keine psychiatrische Situation mehr mit nur zwei Menschen, es sind immer mindestens drei.

Das ist etwas ganz Entscheidendes! Wir müssen es uns immer wieder vorbeten, damit wir es auch selber glauben, weil man immer wieder dazu neigt, davon Abstand zu nehmen. Noch einmal. man ist von vornherein zuständig für ein Feld von mindestens drei Menschen, wenn es nicht noch mehr sind.

### „Was haben wir nicht alles gefordert ...“

2. Man ist für dieses Feld verantwortlich und im Prinzip hat der Patient dabei keine Sonderstellung. Ich habe mich zu beschäftigen mit einem familiären Gebilde und seinem Drumherum. Meine Aufgabe besteht darin, mit diesem Gebilde so umzugehen, dass alle Beteiligten in Zukunft besser auf ihre Kosten kommen, auch der Patient, aber wie gesagt: nicht nur der Patient.

Dazu gehört auch etwas ganz Banales: bei dieser Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für das gesamte Feld geht es nie nur um die Menschen als Bestandteil des Feldes, sondern auch um materielle Bedingungen.

Mit vielen Gleichaltrigen teile ich die Ansicht, dass wir uns in unserem Nachholbedürfnis in den psychosozialen Fächern der Nachkriegszeit allzu einseitig auf die Bedeutung der jeweils beteiligten Menschen und den Beziehungen zwischen ihnen konzentriert und die materiellen Bedingungen sträflich vernachlässigt haben. Ich nenne ein Beispiel: In der Schweiz gibt es für alle Behinderten eine Rente und zwar unabhängig davon, ob der Betreffende jemals vorher gearbeitet hat oder nicht. Dort hat man die Konjunktur der 70er Jahre genutzt und diese Forderung bei den Politikern durchgesetzt.

Auch wir hatten mal konjunkturell bessere Zeiten. Was haben wir nicht alles gefordert an Verbesserungen für die Psychiatrie, für die Psychiatriereform, bessere Räumlichkeiten in den Krankenhäusern, mehr Personal! Für unsere Arbeitsplätze haben wir viel gefordert und viel erreicht, aber die primitivste, die primäre Forderung auf finanzielle Absicherung des Patienten haben wir vergessen.

Heute wissen wir, dass für einen Menschen, der möglicherweise längerfristig, vielleicht lebenslang mit einer psychischen Behinderung zu leben hat, die Möglichkeit, seine eigene Existenz selbst zu bezahlen, zu Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen führt.

Dass niemand von uns, die wir so schlau waren und die Psychiatriereform betrieben haben, überhaupt darauf gekommen ist, so etwas wie eine Grundrente zu fordern, was



die allererste Forderung hätte sein müssen, macht mich doch sehr nachdenklich.

## „Oft leiden die Angehörigen mehr als der Patient“

Der 3. Punkt, zu dem ich jetzt komme, ist eine Art Faustregel. Es ist davon auszugehen, dass in dem erwähnten Feld alle Beteiligten gleich viel leiden. Vielleicht spüren Sie einen Widerstand gegen diese Aussage. Sie denken: „Da ist der leidende Patient. Es geht ihm schlecht und vielleicht bringt er sich sogar um! - Die Aussage ist doch irgendwie falsch!“ Es ist aber dennoch so! Ich setze noch eins drauf und sage: oft leiden die Angehörigen mehr als der Patient. Das läßt sich auch begründen.

## Patient schützt sich mit psychischen Symptomen

Was immer für Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen oder den materiellen Verhältnissen der Familie herrschen, der Patient ist derjenige, der sich aufgrund seiner besonderen Verletzbarkeit mit psychischen Symptomen schützt, ja, der überhaupt Schutzmechanismen zur Verfügung hat, die der Familie fehlen. Sie ist dem permanenten Chaos und der manchmal lebensbedrohlichen Gefährdung hilflos ausgeliefert und steht unter dem Druck ihres eigenen Gewissens und der lieben Umwelt.

„Da kann man es sehen, die Eltern haben es wieder nicht geschafft, mit dem Jungen richtig umzugehen, nun muss er wieder ins Krankenhaus.“

Deshalb lassen Sie diese zunächst absolut klingenden Gedanken auf sich wirken: Alle Beteiligten leiden gleich viel, wenn sie es auch unterschiedlich äussern.

Zu berücksichtigen ist 4., dass sich alle Beteiligten in unterschiedlichen Lebensphasen immer wieder anders mit Krisen auseinandersetzen haben und in unterschiedlicher Weise davon getroffen werden. Darauf komme ich zum Schluß zurück.

In Punkt 5 handelt es sich um das Problem des Verstehens. Es geht ein bisschen ins Erkenntnistheoretische, ich kann es nur andeuten: Nach Jaspers und anderen Leuten bedeutet das Schema des Verstehens in der Psychiatrie: Ich verstehe dich oder ich verstehe dich nicht - je nachdem.

Ein Subjekt versteht ein Objekt oder versteht es nicht. Die psychiatrische Grundsituation besteht aber darin, dass in einem Feld meh-

rere Menschen aus vielerlei Gründen miteinander verklinscht sind und den Abstand zueinander verloren haben. Es geht deshalb primär darum, Distanz zwischen allen Beteiligten zu schaffen, sodass jeder zunächst sich selbst wieder verstehen kann.

Punkt 6, die Ebene des Handelns: es gibt eine kurz gefasste Metapher: dass man Menschen nur behandelt und behandeln kann, indem man jemanden ändert. Das ist ein wichtigstes Ziel der Psychiatrie. Sozusagen ich bringe jemanden von A nach B.

## Ich ändere mich so, dass du dich ändern kannst

Das Arbeiten mit Angehörigen hat uns gezeigt, dass auch hier Umdenken erfolgen kann: ich ändere mich so, dass du dich ändern kannst. Es ist der Versuch, von der zielgerichteten Heilbehandlung wegzukommen, die uns die Krankenkassen vorschreiben, indem man sagt: im Umgang mit Menschen und insbesondere im Umgang mit Gefühlen sind alle direkten, zielgerichteten Handlungs- und Behandlungsweisen verboten, unzulässig, als kriminell abzulehnen.

Sie sind zu ersetzen durch indirekte Vorgehens- oder auch Umgangsformen. Das Wort „Umgang“ ist sprachlich gar nicht so verkehrt. Wenn ich mit einem Menschen zu tun habe und Gefühle eine Rolle spielen, Gefühle der Angst oder der Liebe, versuche ich, um das Gefühl herumzugehen und herauszufinden, was es mir signalisieren will und mache es vielleicht zum Gegenstand eines Gesprächs.

Während also die Krankenkassen zielgerichtete Heilbehandlung von uns fordern, können wir sagen, in der Psychiatrie kann zielgerichtet nur heißen, nicht zielgerichtet zu arbeiten, sondern weiß der Teufel, in Kreisen, in Arabesken, in indirekten Vorgehensweisen, in Umspielungen, um zu erreichen, dass eine Landschaft, ein Feld, ihr eigenes Potential wieder entdeckt, entwickelt und entfaltet.

## „Patienten am besten in Ruhe lassen“

Der 7. Punkt leitet unmittelbar dazu über. Anders als ich es mir immer gedacht hatte, sollte man in der Regel in der Psychiatrie den, um den es eigentlich geht, den sogenannten Patienten - um es mal etwas überspitzt auszudrücken - am besten in Ruhe lassen, weil er dann am ehesten die Gelegenheit hat, wieder zu sich selbst zu kommen.

Wenn Veränderungstätigkeiten erforderlich sind, dann im Bereich des Kontextes - und es ist erst mal egal - ob es der materielle oder der zwischenmenschliche Kontext ist, oder

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

Pressebericht der LAG Hospiz Baden-Württemberg e.V.

## Wollen die Deutschen wirklich die aktive Sterbehilfe?

Die „Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben“ (DGHS) hat in einer Pressemitteilung vom 5. Juni über eine Forsa-Umfrage berichtet, bei der sich angeblich 81 Prozent der Befragten für die aktive Sterbehilfe, also für das Töten auf Verlangen, ausgesprochen hätten, während es vor einem Jahr nur 78 Prozent gewesen seien. Das unterstreiche die Berechtigung der DGHS-Forderungen nach Aufhebung des gesetzlichen Verbotes der Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen.

Dabei wird die Formulierung der Fragen und die Auswahl der Befragten nicht offen gelegt, was zur Beurteilung der Ernsthaftigkeit der Umfrage wichtig gewesen wäre. Es ist bekannt, dass man Antworten durch die Formulierung der Fragen in weitem Maß beeinflussen kann.

Es bleibt unbestritten, dass es in Deutschland leider viel zu viele Fälle gibt, in denen schwerkranken Menschen z.B. durch mangelhafte Schmerztherapie nicht hinreichend geholfen wird. Das ist jedoch in erster Linie ein medizinisches und ein gesellschaftliches Problem, das nicht dadurch gelöst werden kann, dass man die Leidenden beseitigt statt das Leiden zu bekämpfen.

Das Problem liegt in der Ausbildung der Mediziner bei der Schmerztherapie, dem fehlenden Willen der Gesellschaft, höhere Geldsummen in die Pflege alter und kranker Menschen zu investieren und auch bei jedem Einzelnen, ob er für sein gesetzliches Recht der optimalen medizinischen Behandlung kämpft oder widerspruchslos akzeptiert, was die Ärzte ihm an Behandlungen anbieten. Die deutsche Hospizbewegung fordert deshalb, dass endlich die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, die zu menschenwürdigen Zuständen in Pflegeheimen und anderen Institutionen führen können. Sie wendet sich darüber hinaus strikt gegen jede Art einer aktiven Sterbehilfe.

Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens die Erfahrungen, die in Holland damit gemacht werden (siehe auch Beitrag „Neue Euthanasie“, S. 35). Von dort wird, allerdings mit unterschiedlichen Zahlen, über eine zunehmende Anzahl von Fällen berichtet, in denen die Tötung von Patienten ohne deren ausdrückliches Verlangen durchgeführt wurde. Zum Anden liegt ein weiterer Grund für die kompromisslose Ablehnung jeder Art von aktiver Sterbehilfe seitens der Hospizbewegung und der Kirchen darin, dass auf die Schwerstkranken verbal und non-verbal ein unendlich großer Druck ausgeübt würde, vom Arzt doch endlich die „erlösende Spritze“ zu erbitten, gäbe es diese Möglichkeit. Und schließlich machen Hospizhelfer immer wieder die Erfahrung, dass die Bitte nach der tödlichen Spritze verstummt, sobald dem Patienten die Ängste vor Schmerzen, Isolierung und menschenunwürdiger Behandlung genommen wurden. Also muss das unser Weg sein, und nur das ist mit dem Begriff „Menschenwürde“ zu vereinbaren.

Durch das neue Betreuungsrecht und durch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus dem Jahr 1998 wurden die Möglichkeiten geschaffen, auch ohne menschenunwürdige Tötung auf Verlangen durch sorgfältig erwogene und gut formulierte Voraussetzungen für sich selbst den Abbruch sterbensverlängernder Behandlungen bei gleichzeitig optimaler Schmerztherapie durchzusetzen.

Schlicht falsch ist es, wenn die DGHS behauptet, sie sei die einzige Institution, die bundesweit Patientenverfügungen anbietet, in denen der Patient im Voraus über den Abbruch lebenserhaltender Therapien entscheiden kann. Seit den 80-iger Jahren gibt es von einer Vielzahl von Institutionen eine nicht mehr zu überschauende Flut solcher Formulierungshilfen. Die dazu notwendige, kostenlose Beratung wird u.a. von vielen ambulanten Hospizgruppen angeboten.

## Patientenschutz - eine Pflichtleistung der Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 bessere Möglichkeiten zum Ausbau des Verbraucherschutzes haben. Dies forderte der Verwaltungsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Peter Kirch anlässlich einer Tagung der Versichertenvertreter in Sarstedt.

Kirch bezeichnet es als derzeit sehr schwierig für den Patienten, im Bereich der Behandlungsfehlerhaftung berechnete Ansprüche alleine durchzusetzen. Gründe hierfür seien insbesondere das Wissens- und Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient und das hohe Prozeßkostenrisiko der Versicherten. Nach der derzeitigen Gesetzeslage läge es im Ermessen der Krankenkassen, ob sie z.B. Patienten bei Behandlungsfehlern unterstützen. Kirch begrüßte, dass die Eckpunkte der Bundesregierung zur Gesundheitsreform 2000 vorsehen, den Patientenschutz zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen.

## BARMER-Hotline zu Behandlungsfehlern

Die BARMER berät ihre Mitglieder über das heikle Thema Behandlungsfehler. Mit ihrem Service trägt die BARMER dem starken Beratungsbedürfnis ihrer Patienten Rechnung.

Patienten, die vermuten, falsch behandelt worden zu sein, können sich unter den Rufnummern (0202) 568-2622 und (0202) 568-2631 Rat holen. Erreichbar sind die Experten immer montags bis donnerstags von 8 bis 16.30 Uhr und freitags von 8 bis 14 Uhr. Schriftliche Anfragen können rund um die Uhr an die Rufnummer (0202) 568-2609 gefaxt werden.

[www.barmer.de](http://www.barmer.de)

## Vorversicherungszeit

Seit Jahresanfang gilt in der gesetzlichen Pflegeversicherung eine neue Vorversicherungszeit. Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellt, erhält nur dann Leistungen, wenn er zuvor innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren mindestens fünf Jahre Beiträge in die Pflegeversicherung gezahlt hat.

ob es darum geht, eine Änderung im System überhaupt zustande zu bringen.

In aller Regel ist es so, dass jemand aus der Familie irgendeine Art von Änderung natürlich viel leichter zustande bringt als der Patient. Der Patient hat in seiner Festgefahrenheit die geringsten Möglichkeiten, eine Veränderung mit sich vorzunehmen. Wenn sich aber in einem System irgendein Element verändert, dann ändert sich auf wundersame Weise das ganze System.

## Wie sieht die «Landschaft» aus?

Das leitet zu Punkt 8. über, in dem ich sagen will, dass wir eigentlich nicht so sehr Menschen zu ändern, sondern passende Kontexte für sie zu finden haben. Ich verwende hier gern den Begriff der Landschaft.

Wie sieht die Landschaft dieser Menschen aus, aus welchen menschlichen, aber auch materiellen, sächlichen Dingen oder Aspekten besteht sie. In welcher Hinsicht ist sie so zu modifizieren, dass sie für Familienmitglieder einerseits und für Patienten andererseits ökologisch passend wird? Diese Frage steht im Gegensatz zu der Meinung, Psychosen müssten therapiert werden, gewissermaßen egal wie lange. Ich erzähle Ihnen dazu eine Anekdote.

In Gütersloh lebte ein 80jähriger Patient seit 40 Jahren auf einer Langzeitstation, der noch rüstig war und allmorgendlich die Station mit den Worten verließ: „ich gehe jetzt zur Therapie“. Damit meinte er eine bestimmte Funktion und Beschäftigung im Fuhrpark des Krankenhauses, wo er seit Jahrzehnten tätig war. Dass ein Patient nach 40 Jahren Psychiatrie noch sagt: „ich gehe jetzt zur Therapie“, ist eine der gelungensten Persiflagen auf den Irrsinn zu glauben, der angemessene Umgang mit längerfristig psychisch gestörten oder behinderten Menschen sei das therapeutische Tun. Das kann es nun mit Sicherheit nicht sein, es kann alles Mögliche sein, aber das, was wir sinnvoll unter Therapie verstehen, ist sicherlich nicht die richtige Beschreibung der Tätigkeit dieses Patienten. Deswegen sagt der Begriff «Landschaft» mehr, um uns klar zu machen: „was braucht der Mensch im Wohnbereich, im Arbeits- und Freizeitbereich?“

Der amerikanische Begriff des Life-Space-Workers, des «Lebensraumarbeiters», gefällt mir gut, eigentlich müsste der des Life-Time-Workers auch noch mitgedacht werden.

Es gab mal den Begriff des Raumpflegers, der aussagt, dass wir psychiatrisch Tätigen Räume so zu bearbeiten haben, dass sie für Menschen, so wie sie sind, passend werden. Alle diese Überlegungen wurden entscheidend durch die Arbeit mit Angehörigen angeregt, die uns auch zu der Frage geführt hat: Was brauchen langfristig Behinderte, zum Beispiel oben erwähnte 200 Langzeitpatienten,

die wir in eigene Wohnungen entlassen haben? Wir haben uns als erstes gesagt, jetzt legen wir uns selber ein Heimverlegungsverbot auf! Denn die Verlegung des Patienten ist immer das einfachste und war bis 1980 bei uns und in allen anderen Krankenhäusern üblich. Man sagt: „nun ist therapieren nicht mehr drin, der Patient ist nicht mehr heilbar, das medizinische Konzept greift nicht mehr so richtig, was soll er noch in einem Krankenhaus?“ Dann bietet sich das Heim an.

## Eigene Geschichte aneignen

Es war ein wesentlicher Impuls der Psychiatriereform zu sagen, die Krankenhäuser sind zu groß, sie müssen kleiner werden. Und jeder Landeskrankenhausesdirektor hat sich beeilt, sein Krankenhaus kleiner werden zu lassen. Das einzige zur Verfügung stehende Mittel dazu war, die Langzeitpatienten formiert in Heime zu verlegen, da man ja nicht schneller und besser therapieren konnte. Wenn solch eine Mode einmal im Krankenhaus drin ist, ist sie kaum noch zu stoppen und macht sich selbständig. Aber irgendwann ist es uns doch gelungen.

Es hat zwei bis drei Jahre gedauert, bis alle Mitarbeiter unseres Krankenhauses sich dem Heimbelegungsverbot angepasst hatten. Wir waren der Meinung, dass Menschen, die seit 10, 20, 30 und 40 Jahren bei uns lebten, entweder im Krankenhaus bleiben oder in eine eigene Wohnung gehen sollten und zwar dorthin, wo sie leben wollten, sei es in ihrer Heimat, soweit das machbar war oder, wenn Gütersloh ihre Heimat geworden war, in der Stadt Gütersloh.

## Wieder Bestandteil eines familiären Netzwerkes werden

Es klingt banal und ich schäme mich fast, es kam uns darauf an zu fragen: welche Bedürfnisse hat unser Bewohner? Die schwierigste Aufgabe war, ihm zu helfen, seine Bedürfnisse wieder zu entdecken. Jeder Mensch, der zehn Jahre in einer Anstalt lebt, hat keine Geschichte mehr! Wir haben versucht, mit jedem so umzugehen, dass er sich seine eigene Geschichte wieder aneignen konnte.

Dabei spielte die Wiederentdeckung, die kriminalistische „Ausgrabungen“ von Angehörigen, die teilweise Jahrzehnte keinen Kontakt mehr gehabt hatten, eine große Rolle. Wir hatten natürlich nicht die Absicht, diesen Angehörigen irgendwelche neuen Aufgaben zuzuspielen. Wir wollten einfach ins Gespräch kommen und dem Langzeitpatienten helfen, wieder Bestandteil eines familiären Netzwerkes zu werden. Ein Gefühl, das offensichtlich entscheidend ist, wenn es darum geht, eine eigene Person zu sein. Jeder kann es durchspielen, wenn er sich überlegt, er wäre plötz-

lich mutterseelenallein, es gäbe keinerlei familiäre Bezüge mehr und das über Jahrzehnte. Nur die Rehistorisierung ist in der Lage, Menschen zu helfen, Perspektiven zu entwickeln. Das ist die Kunst der Psychiatrie, sich eben nicht auf Menschen stürzen, sondern die Institution so zu verändern - so mit Aufforderungscharakter auszustatten - dass sie gewissermaßen von den Wänden ausstrahlt: „Ich kann hier zwar sein, ich werde nicht rausgeschmissen, aber ich kann auch gehen, und ich kann glauben, dass ich gehen kann!“ Wir haben dann gerne von einer Luftbrücke gesprochen. Aber wie kann ein Patient glauben, dass er auf eine Luftbrücke treten kann, ohne fürchten zu müssen, dass sie in der Mitte einstürzt? Versprechungen hat er bei jeder Generation von jüngeren Therapeuten in den letzten Jahrzehnten schon gehört und ist dann irgendwann enttäuscht worden.


### „Zwei Stunden am Tag oder mehr arbeiten ...“

Weil das natürlich nicht ausreicht, einen eigenen Ort zum Leben zu haben, sind wir dann der Arbeitslosigkeit zum Trotz oder wegen der Arbeitslosigkeit dazu übergegangen, eigene Firmen aufzubauen. Inzwischen sind es drei oder schon vier mit Vollzeit- und Teilzeitarbeitsplätzen in Gütersloh, in denen jeder nach eigenen Bedürfnissen zwei Stunden am Tag oder mehr arbeiten und zu seiner Sozialhilfe, zu seiner Rente dazu verdienen kann. Wir haben derzeit etwas über 30 Vollzeitarbeitsplätze und über 100 Teilzeitarbeitsplätze und damit den größeren Teil der Leute, um die es geht, schon erreicht, wenn auch sicherlich keineswegs hinreichend gut. Auch dies halte ich für überlegenswert: ich habe es nicht mit einem Individuum zu tun, sondern mit einem Feld von Gegebenheiten, in denen Menschen und sachliche Dinge vorkommen. Das hab ich so zu verändern, dass zum Schluß etwas herauskommt, in dem Menschen leben können.

### Gemeindepsychiatrie

Zum letzten und 10. Punkt, der Gemeindepsychiatrie. Der Begriff Gemeindepsychiatrie ist eigentlich eine ökologische Konstruktion. Er bedeutet, die Gemeinde in ihrer Unwirtlichkeit und nicht die Menschen zu verändern. Wie Mitscherlich sagt: sie in ihrer Unwirtlichkeit so zu verändern, dass sie wirklich wird(!), unter anderem auch für diese früher einmal ausgestossene Gruppe ihrer psychisch behinderten Bürger und zuzulassen, dass dort 60 oder 80 Wohnungen in der Stadt von ihnen bewohnt, Cafés und Firmen von ihnen betrieben werden. Dass das möglich wird, verlangt auch eine ganze Menge an Öffentlichkeitsarbeit.

## Erwachsenenbildung

Was für eine Tätigkeit ist eigentlich die Arbeit mit Angehörigen? Das ist eine Frage, die ich auch in „Freispruch der Familie“ gestellt habe. Eine der Antworten wäre, dass sie im weitesten Sinne Erwachsenenbildung ist. Manche sagen, es ist Therapie. Auch die Angehörigen streiten sich oft fürchterlich: Ist es jetzt Therapie, was wir miteinander treiben oder ist es keine? Meistens treffen sie sich in der Mitte. Mit dem Begriff Erwachsenenbildung läßt sich einiges davon umschreiben. Dazu folgender Gedanke: Man kann je nach dem eigenen Lebensalter in unterschiedliche Angehörigenrollen geraten. Man kann ab 20 bis 25, wenn man Kinder bekommt, Angehöriger eines geistig- oder auch körperbehinderten Kindes werden. Ab 30 kann man Angehöriger eines psychisch kranken Partners werden, insbesondere eines depressiv oder auch manisch depressiv werdenden oder eines suchtkranken, abhängigen Partners, ab 40 eines schizophnen gestörten Menschen. Etwa ab 45 bis 60 kann man Angehöriger eines gerontopsychiatrischen, alten Menschen werden. Da ich gerade in dieser Situation bin, kann ich nur sagen, man erlebt sich da auf eine völlig andere Weise neu, als Kind eines hilflosen, verwirrten, depressiven, alt gewordenen Menschen. Man entdeckt die eigene Kindlichkeit in sich wieder. In seiner erwachsenen Souveränität dachte man, dies alles überwunden zu haben. Vom Erwachsenenbildungs-Konzept ausgehend könnte man sagen, das Schicksal, das uns je nach Lebensalter eine Behinderung ins Haus schickt, erlegt uns unterschiedliche Reifeprüfungen auf, ob auch als Chance, wird jeder unterschiedlich erleben. Bei einem geistig oder körperlich behinderten Kind ist es die zugespitzteste Reifeprüfung, die man sich denken kann. Ab 30, mit einem depressiven, manischen oder suchtkranken Partner geschlagen, ist es die Reifeprüfung, mit einem Menschen zu leben, der stark gestört ist. Ab 40 macht man die Reifeprüfung, wenn ein Sohn oder eine Tochter schizophnen werden und muss lernen, von der Elternrolle zur Partnerrolle mit seinen Kindern überzuwechseln, eine der schwierigsten Reifeprüfungen überhaupt. Mit 45 im Umgang mit gerontopsychiatrischen Angehörigen wäre das dann die filiale Reifeprüfung. In allen Fällen gilt es, Antwort auf die Frage zu finden: Wie kann ich als Angehöriger überleben in meiner Selbständigkeit, in meiner Subjektivität? Ich muss einsehen, dass ich nicht der Kapitän meiner Seele bin. Das macht mich frei, mein Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. 

Autor Klaus Dörner: Dr. med., phil., geb. 1933 in Duisburg, Studium der Medizin, Philosophie, Soziologie und Geschichte. 1968 bis 1979 an der Psychiatrischen Universität Hamburg, 1980 bis 1996 lfd. Arzt der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Gütersloh und Lehrstuhl an der Ruhr-Universität Witten-Herdecke. Schwerpunkte: Reform der Psychiatrie, Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus und der medizinischen Ethik der Gegenwart.

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Bücher vorgestellt

„*Experten für den Alltag - Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*“: Umsetzung der Erkenntnisse dieses Buches in die Wirklichkeit würde bedeuten, dass ein neuer Geist auf psychiatrischen Stationen einzieht! Die Autoren zeigen, wie sich Richtlinien und Kompetenz mit mehr Menschlichkeit und Patientennähe verbinden lässt. Das Kapitel über Angehörige ist richtungweisend. *Psychiatrie-Verlag: Dorothea Sauter/Dirk Richter, 192 S., 34.00 DM*

„*Psychoanalyse in der psychiatrischen Arbeit - eine Einführung*“: Alles, was man schon immer über Psychoanalyse wissen wollte, verständlich und praxisnah. „Wenn man die unbewussten Faktoren kennt, die menschliches Verhalten beeinflussen, tut man sich im Umgang mit Patienten leichter“, so der Autor Karl König, Prof. Dr., Facharzt für innere Medizin, Lehranalytiker am Lou-Andrea-Salomon-Institut in Göttingen. *Psychiatrie-Verlag, 200 S., 34.00 DM*

„*Soziale Arbeit und Sozialpädagogik*“: Am Anfang dieses Buches mit Bestsellert-Qualitäten steht eine kompetente Einführung in Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Der hohe Anspruch, das erste Lehrbuch für Sozialarbeiter und -Pädagogen in psychiatrischen Arbeitsfeldern vorzulegen, ist eindrucksvoll umgesetzt. *Autoren: Marianne Bosshard, Ursula Ebert, Horst Lazarus; Psychiatrie-Verlag, 416 S., 49.80 DM*

„*Der Patient als Psychiater - Oskar Panizza Weg vom Irrenarzt zum Insassen*“: Hochaktuell, diese Biographie eines Psychiater, der gegen Stigmatisierung und ausschliesslich naturwissenschaftliche Betrachtung von Psychosen kämpfte. Wie es zur Hexenjagd auf einen schwierigen Kollegen kommt, wenn Zeitgeist und Borniertheit eine unheilige Allianz eingehen, ist spannend zu lesen. Wer über Psychosen, psychiatrisches Wirken und Irrwege der Psychiatrie lieber aus Biographien als aus Lehrbüchern lernt, sollte dieses Buch lesen! *Jürgen Müller, 260 S., 44.00 DM, Psychiatrie-Verlag*

**Gesundheits-Brockhaus:** Krankheiten verstehen, Symptome selbst erkennen und die Diagnose des Arztes sowie die von ihm gewählte Behandlungsform verstehen lernen, das versucht der neue „Gesundheits-Brockhaus“ in 16 000 Stichwortartikeln mit ca. 2 000 farbigen Abbildungen zu vermitteln. *lsm/rh*

## Angehörigensprechstunde

Mit Blickkrämpfen leben? - Frau K. Stationsschwester, 45 J., kam mit Tochter, 23, die seit drei Jahren an Schizophrenie erkrankt ist und in der Uni-Klinik behandelt wird, zu uns in die Angehörigengruppe.

Die Tochter hat pro Woche ca. einmal Blickkrämpfe von etwa 30 Minuten. Diese Nebenwirkungen der Medikamente stehen in keinem Beipackzettel, sind aber lt. Aussage der Mutter den Ärzten bekannt. Beide fragten: Gibt es ein Medikament, das keine Krämpfe verursacht? Die Mutter ist besonders über den Arzt erbittert, der von ihr fordert, doch endlich die Tochter „loszulassen“. Das sei eine Strategie, die letztendlich fremdbestimmte Abhängigkeiten ohne therapeutischen Nutzen nur noch verstärken würde, erklärte die Mutter. *ism*

**E**ine depressive Patientin in einer Klinik sagte dem Besuch, dass es hier trostlos sei. Wortlose Schwestern, keine Kerzen und Gestecke zum Advent. Eine andere Frau sprach eine Schwester an: „Ich kann kein Wasser lassen ...“ Die Schwester abrupt: „Da können wir nichts machen. Setzen sie sich so lange drauf, bis es kommt!“ Eine andere Patientin, zum ersten Mal in der Klinik: „Letzte Nacht brachte man eine betrunkene Frau aufs Zimmer. Mir wurde angst und bange. Was sind das für Bedingungen?“ *dg*

### Buch-Tipp

#### «Pias lebt gefährlich»

Pias lebt - wenn auch gefährlich in unseren Augen. Denn Pias haust im Wald oder in Abbruchhäusern. Er kann Nähe nicht ertragen, Lärm macht ihn verrückt. Mit diesem Buch will Thomas Bock unser Verständnis wecken für Menschen, die anders sind und die es auch ohne Psychiatrie schaffen, ihr Leben zu leben. Er erzählt hier wie schon in dem Buch «Die Bettelkönigin» eine wahre Geschichte. Pias heißt im wirklichen Leben Gerd Kemme, gemeinsam haben sie seine Geschichte aufgeschrieben, eingebettet in eine spannende Story aus dem Alltag von vier Jugendlichen. Das Buch ist insbesondere für Jugendliche ab zehn Jahre gedacht und deshalb auch sehr gut als Material für den Unterricht geeignet. Aber auch alle Fans der «Bettelkönigin» können sich auf eine neue spannende Geschichte freuen. Und alle, die den Spaß an Jugendbüchern nicht verloren haben, sowieso. (erscheint Oktober 2000)

ISBN 3-88414-251-8, Edition Balance, Psychiatrie-Verlag

## Verweigerung moderner Psychopharmaka Sparen auf dem Rücken leidgeprüfter Patienten

**Nach Auffassung zahlreicher Experten ist die medikamentöse Schizophrenie-Therapie in Deutschland ein Skandal. Obwohl der medizinische Fortschritt in den letzten Jahren gewaltig war - neue Medikamente mit guter Wirksamkeit und Verträglichkeit (sogenannte atypische Neuroleptika) wurden entwickelt - kommt dies den Patienten kaum zu Gute.**

**Hamburg (ots)** Aus Kostengründen werden viele Kassenpatienten nicht mit Medikamenten behandelt, die dem internationalen medizinischen Standard entsprechen. Die Folge ist eine Verschlechterung der Patientenversorgung.

Wege zu finden, diesen Mißstand zu beseitigen, war das Ziel eines Expertenworkshops, der anfangs März in Berlin stattfand. Auf Initiative von PD Dr. Dr. Christian Dierks, Arzt und Rechtsanwalt in Berlin, analysierten zehn Vertreter des Gesundheitswesens den aktuellen Stand der Schizophrenie-Therapie und verabschiedeten die „Berliner Empfehlungen“ (S. 13).

Moderne atypische Neuroleptika befreien den schizophrenen Patienten von seinen belastenden Wahnvorstellungen, sind gut verträglich und für eine dauerhafte Einnahme geeignet. Die bei älteren Antipsychotika häufig auftretenden Denk- und meist irreversiblen Bewegungsstörungen müssten damit eigentlich der Vergangenheit angehören.

Der Skandal in Deutschland: Immer noch bekommen viele schizophrene Patienten die neuen Medikamente aus Kostengründen nicht verschrieben. Im Gegensatz zu Krebserkrankungen oder AIDS steht den Kassenärzten hierzulande nämlich für die Behandlung der Schizophrenie nur ein begrenztes Budget zur Verfügung. Zu wenig Geld, um die modernen und deshalb noch relativ teuren Schizophrenie-Medikamente zu verordnen. Während nur 237 Millionen DM pro Jahr

für Medikamente ausgegeben werden, liegen die Gesamtaufwendungen für die Behandlung der Schizophrenie bei rund 4,3 Milliarden DM. Diese Kosten könnten durch den Einsatz der atypischen Neuroleptika deutlich gesenkt werden.

Es ist weder mit dem Leitbild eigenverantwortlicher Lebensführung noch mit den darin begründeten Patientenrechten zu vereinbaren, so die Experten, dass eine bestimmte Erkrankung langfristig nicht nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis behandelt wird. Daher stimmten die in Berlin vertretenen Fachgesellschaften, Körperschaften, Interessenverbände und Experten darin überein, dass die Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung, sinnvolle medizinische Innovationen dem Patienten zugänglich zu machen, erheblich verbessert werden müssen.

*Die Besonderheit der Neuroleptika ist die therapeutische Beeinflussung von manischen, schizophrenen und körperlich begründbaren Psychosen. Sie erreichen mehr als lediglich Beruhigung und Dämpfung, die auch durch Transquilizer oder Hypnotika herbeigeführt werden könnten. Sie bewirken eine Besserung der teilweise quälenden psychotischen Symptome wie Verfolgungswahn, psychomotorische Erregung, Halluzinationen oder Denkstörungen.*

Aus: Jetzt will ich's wissen - Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker, S. 46, Psychiatrie-Verlag

### Leserpost von Dipl.-Mediziner Lutz Lang aus Lüdersdorf

*Ein Hausarzt in M-V darf monatlich für Krankenkassen-Mitglieder und deren Familienangehörige 15,40 DM für Arzneien zuzüglich 1,60 DM für Krankengymnastik ausgeben. Rentner dürfen 60,50 DM für Arzneien und 9,50 DM für Krankengymnastik im Monat in Anspruch nehmen. Das sind fragwürdige Zahlen angesichts der zum Teil sehr hohen Kassenbeiträge. Der Zwang zur Wahl preiswerterer Medikamente ist im Prinzip einzusehen. Andere bisher nicht wegzuwendende Medikamente werden nun gestrichen oder ihre Wirkung in Frage gestellt und wir Ärzte bei eventueller Weiterverordnung finanziell und moralisch (d. h. Aufgabe der Tätigkeit als Arzt) unter Druck gesetzt, um so die Kassenpolitik durchzusetzen. Wir glaubten einen Versorgungsauftrag gegenüber unseren Patienten zu haben, aber eine umfassende Behandlung ist wegen des Druckes durch die Krankenkassen kaum noch möglich.*

# Berliner Empfehlungen

1. Am Beginn des 21. Jahrhunderts stehen die Gesundheitssysteme vieler Länder mehr denn je vor den Problemen, die sich aus einer Umkehr der Bevölkerungspyramide und den medizinischen Innovationen ergeben. Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland (GKV) konnte in der Vergangenheit oft erfolgreich an diese Veränderungen angepasst werden. Finanzierungsengpässe zeigen sich jetzt jedoch dort, wo medizinisch notwendige, innovative Methoden zusätzliche Finanzmittel erfordern oder eine Verschiebung des Leistungsgeschehens zwischen dem ambulanten, dem stationären und dem Pflegebereich nach sich ziehen. Darüberhinaus werden diese Bereiche durch eine sektorale Budgetierung so eingegrenzt, dass die Verwirklichung eines dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechenden Versorgung gefährdet ist.

2. Als ein besonders deutliches Beispiel für diese Problemlage gilt die Umsetzung des therapeutischen Fortschritts in der Psychiatrie. Dort ist die Therapie der Schizophrenie in den vergangenen Jahren durch medizinische Innovationen erheblich verbessert worden.

Insbesondere die Einführung der Antipsychotika der zweiten Generation, auch als atypische Neuroleptika bezeichnet, hat die therapeutischen Möglichkeiten erweitert. Diese Medikamente verfügen über ein im Vergleich zu den Antipsychotika der ersten Generation günstigeres Nutzen/Risiko-Profil und mit einer stärkeren Besserung der Negativsymptomatik, der depressiven Symptome und auch der neurologischen Defizite ein deutlich breiteres Wirkungsspektrum. Die Verträglichkeit ist für die meisten Patienten aufgrund der geringen affektiven Einschränkungen wesentlich besser.

Vor allem treten die extrapyramidale Symptomatik (EPS) und die teils irreversible, tardive Dyskinesie (TD), die bei der Therapie mit den Medikamenten der ersten Generation in gravierender Weise die Bereitschaft des Patienten zur Dauerbehandlung beeinträchtigt, wesentlich seltener auf. Durch ihren Einsatz läßt sich der in der Schizophreniebehandlung oft beobachtete Teufelskreis - stationäre Einstellung, Entlassung, Complianceabfall, Rückfall, Hospitalisierung - bei sehr vielen Patienten nachhaltig durchbrechen.

3. Die Langzeittherapie der Schizophrenie mit Antipsychotika der zweiten Generation wird von den führenden Psychiatern, den Fachgesellschaften und den internationalen Fachverbänden daher mehr und mehr als Therapie der ersten Wahl angesehen. Ein diesbezügliches Konsensuspapier der World Psychiatric Association (WPA) ist in Vorbereitung.

Die Ausgaben für die Behandlung mit den Präparaten der zweiten Generation liegen allerdings deutlich höher als mit den Medikamenten der ersten Generation. Diesen Ausgaben stehen jedoch verminderte stationäre Einweisungen und verkürzte Aufenthaltsdauern kompensierend gegenüber. Zugleich

ermöglicht diese Therapie eine schnellere und häufigere soziale Reintegration bis hin zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

4. Die Anwendung von Antipsychotika der zweiten Generation ist in vielen Ländern der westlichen Welt stärker verbreitet als in Deutschland.

So beträgt der Anteil dieser Medikamente an den Verordnungen in den USA etwa 60%, in Italien und Spanien etwa 40%. In Deutschland beträgt dieser Anteil knapp 10%. Als Ursache hierfür ist ein zurückhaltendes Verordnungsverhalten der Vertragsärzte zu identifizieren, die aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des Budgets, besonders aber durch die Richtgrößen, in einer persönlichen Verantwortung für die Einhaltung der Budgets stehen. Dies betrifft allerdings nicht den Bereich der privaten Krankenversicherung.

5. Die durch den Einsatz dieser Medikamente mögliche Reduktion stationärer Leistungen findet nicht statt, da diese Einsparpotentiale in den schematischen Richtgrößenprüfverfahren nicht mit den Mehraufwendungen verrechnet werden können. Vor allem aber können die Krankenkassen die im ambulanten Bereich tatsächlich entstehenden Medikamentenkosten nicht als Abzugsposten den im Voraus vereinbarten, stationären Vorhaltekosten entgegenhalten. Daher folgen die Finanzmittel nicht der Leistung über die sektorale Grenze der GKV. Im Ergebnis besteht die Gefahr, dass die Antipsychotika der zweiten Generation nicht in ausreichendem Umfang der Indikation entsprechend eingesetzt werden.

6. Gleichwohl steht der Arzt nicht nur in der sozial-, sondern auch zivilrechtlichen Pflicht, den Patienten am medizinischen Fortschritt teilnehmen zu lassen. Aus dem Behandlungsvertrag schuldet er entsprechend dem Sorgfaltsgebot die Einhaltung des medizinischen Standards.

Die Langzeittherapie mit den Medikamenten der ersten Generation entspricht diesem Standard wegen des ungünstigeren Nebenwirkungsspektrums und der Spätfolgen in der Regel nicht mehr. Wirtschaftliche Zwänge vermögen jedoch eine unzureichende Beachtung der Sorgfaltspflichten gerade bei einer derart gravierenden Erkrankung nicht zu legitimieren, so dass der verordnende Arzt im Zwiespalt zwischen finanzieller und haftungsrechtlicher Verantwortung steht.

7. Es ist weder mit dem Leitbild eigenverantwortlicher Lebensführung noch mit den darin begründeten Patientenrechten zu vereinbaren, dass eine bestimmte Erkrankung nicht nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis behandelt wird. Daher stimmen die auf dieser Konferenz vertretenen Fachgesellschaften, Körperschaften, Interessenverbände und Experten darin überein, dass die Möglichkeiten der GKV, sinnvolle medizinische Innovationen gezielt und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in das System zu integrieren, erheblich verbessert werden müssen.

8. Insbesondere sollte die Sektorfizierung des Gesundheitswesens einer einheitlichen Betrachtung des therapeutischen Geschehens auch unter Kostengesichtspunkten nicht entgegenstehen. Hierzu sind zunächst alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen eine finanziell gesicherte und für den Arzt risikoärmere Verordnung der gebotenen Medikation ermöglichen. Dies wird ohne Aufhebung der sektoralen Budgets nicht möglich sein.

Mittelfristig sind die nach neuerer Rechtslage erreichbaren Konzepte einer integrierten Versorgung für eine einheitliche, also den ambulanten und stationären Sektor umfassende Allokation der Ressourcen zu verwirklichen.

9. Daher sollten zunächst die Ärzte in ihrem Verordnungsbewußtsein und bezüglich ihrer Verantwortung für den Patienten informiert und in der Auswahl der sachgerechten Therapie unterstützt werden. Der medizinische Fortschritt muss sich auch weiterhin nicht nur aus der medizinischen Forschung, sondern auch aus seiner Umsetzung in die tägliche Praxis durch die Fortbildung der Ärzte ergeben.

10. Die Fachgesellschaften bleiben aufgefördert, diesen Fortschritt in Leitlinien zu formulieren und diesen Auftrag im Bewußtsein um die Auswirkung von Leitlinien auf den Standard, seine Finanzierung und die Haftung des Arztes sachgerecht zu erfüllen. Dabei sind die Erfordernisse einer Qualitätssicherung auch und besonders für neue Methoden zu beachten. Die Validität der Leitlinien ist durch die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung zu bestätigen.

11. Gegenwärtig werden psychiatrische Patienten, insbesondere schizophrene und psychotische, nicht nur stigmatisiert, sondern auch diskriminiert, wenn ihnen wirksame, verträglichere und sozial sehr viel mehr akzeptierte Medikamente vorenthalten werden.

Die solidarische Finanzierung dieser innovativen Therapien der Schizophrenie ist geboten, da sie die Chance zu einem eigenverantwortlichen Leben in Würde erheblich verbessern und zugleich schwerwiegende Nebenfolgen anderer Therapieformen vermeiden kann. Daher werden alle Beteiligten des Gesundheitswesens und der Gesetzgeber aufgefordert, sich für eine Weiterentwicklung der GKV einzusetzen, die im Sinne der vorstehend genannten Vorgaben die Integration innovativer Methoden ermöglicht und eine patienten- und leistungsorientierte Medizin fördert.

Berlin, den 4. März 2000

Dr. EKKEHARD BAHL, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP), Heppenheim; Dr. JÜRGEN BAUSCH, 1. Vors. der KV Hessen, Frankfurt/Main; Prof. Dr. WOLFGANG BRECH, 1. Vors. der KV Süd/Württemberg, Freiburg; Dr. ARNE BOOSIS, Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN e.V., Grewenbroich; Dr. THEOL. PETER DABROCK, Lehrstuhl für Systematische Theologie (Ethik) Evangelisch-Theologische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum; Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen; Dr. CHRISTIAN DECKERT, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Hamburg; PD Dr. Dr. CHRISTIAN DIERKS, Rechtsanwalt, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, Berlin; Prof. Dr. KLAUS-DIRK HENKE, Institut für Volkswirtschaftslehre, Fachgebiet Finanzwissenschaft u. Gesundheitsökonomie, Technische Universität, Berlin; Prof. Dr. HANS-JÜRGEN MÖLLER, Psychiatrische Klinik der Ludwigs-Maximilians-Universität, München; Prof. Dr. DIETER NABER, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg; Prof. Dr. PHIL. RICHARD PELKERT, Vors. des LV Hessen der Angehörigen psychisch Kranker, Offenbach; Vorstandsmitglied des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn

## Angehörigensprechstunde

Frau S., 42, Angestellte, Witwe und Mutter von zwei Söhnen. Der Älteste studiert in Berlin, der Jüngere, 18, lebt bei ihr. Kurz vor dem Abitur wirkte er sichtlich verstört, magerte auf 40 kg ab, schlief nicht mehr, konnte sich nicht mehr konzentrieren, brach schliesslich die Schule ab. Er wurde in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeliefert, 60 km vom Heimatort entfernt. Verdacht auf Drogenmissbrauch oder eine beginnende psychische Krankheit.

Mutter und Sohn litten noch immer unter dem Verlust des Vaters, der an Herzversagen gestorben war. Ärzte sagten der Mutter, ihr Verhältnis zu ihrem Sohn sei zu eng. Eine betreute Wohngemeinschaft wäre besser. Sie müsse dann nur noch seine Wäsche waschen. Der Sohn wurde mit hohen Dosen Haldol behandelt, die er nicht vertrug. Weil bei Laborproben irrtümlich Opiate festgestellt wurden, erhielt er Strafen, wie allein essen, früh ins Bett gehen. Sein Antrag auf Verlegung an den Wohnort wurde mit Hinweis auf die (falschen) Laborwerte abgelehnt. Nach fünf Wochen wurde er auf eigenen Wunsch entlassen.

Seither Zuhause, entwickelten sich die gleichen Symptome: isst, schläft und spricht nicht. - Wir gaben Frau S. für den Tag X (Einweisung) Material über den Krisendienst und hilfsbereite Ärzte mit.

Als sie uns später aufsuchte, informierte sie uns, dass ihr Sohn zwangsweise in die Klinik gebracht werden musste. Die Situation hatte sich dramatisch zuspitzt. Er zerstörte die Wohnung, beschimpfte und bedrohte die Mutter. Als er sich eine Pistole von einem Freund besorgen wollte, wandte sich die Mutter verzweifelt an den Krisendienst und an die Polizei. Es endete mit einer Zwangseinweisung ihres Sohnes. Die Mutter brach nervlich zusammen. Über die ersten Stunden hinweg half ihr eine Freundin. Nach einem Besuch in der Klinik und Gespräch mit dem Arzt machte sich bei der Mutter eine weitere Enttäuschung breit. Ihr Sohn glaubt, der Vater habe Selbstmord begangen und die Mutter sei daran schuld. Der Gedanke, dass er seit dem Tod des Vaters neben ihr mit dem heimlichen Vorwurf gelebt hat, sie habe den Vater in den Tod getrieben, hat sie sehr verletzt. Ein Zusammenleben erscheint ihr nun fast unmöglich. Alles könne sie nicht mit Krankheit entschuldigen. Sie wolle ihm nun eine Eigentumswohnung besorgen. Wir empfehlen ihr, sich diesen Schritt zu überlegen und verweisen auf das Betreute Wohnen. /sm

## LKA warnt vor „Crystal-Speed“

*lb-news:* Das sächsische Landeskriminalamt hat vor der zunehmend auch in Deutschland gehandelten Modedroge „Crystal-Speed“ gewarnt. Bei dem neuen Stoff handele es sich um ein überaus gefährliches Amphetaminderivat aus tschechischen Laboratorien. Die Droge führe nach Einnahme weniger Dosen in die Abhängigkeit, habe eine extrem lange Wirkungsdauer von bis zu 70 Stunden und mache aggressiv. Es handelt sich um eine farb- und geruchlose kristallisierte Substanz. Im April nahm die Polizei in Sachsen vier Händler fest. Dabei wurden 1,5 Kilogramm sichergestellt (Schwarzmarktwert etwa 100 Mark pro Gramm). Die Herstellung geht nach Polizeiangaben auf Versuche von Chemikern in den vierziger Jahren zurück. Nach bisherigen Ermittlungen wird „Crystal-Speed“ in der Tschechischen Republik produziert und anschließend nach Deutschland geschmuggelt. Sachsen gilt wegen seiner langen Außengrenze als wichtiger Schmuggelweg.

## Altenpflegeausbildung

*Berlin (ots) -* Die Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung in Deutschland ist zweifellos angezeigt, erklärte die stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Dr. Maria Böhmer MdB, anlässlich der Lesung des von der Bundesregierung eingebrachten Altenpflegegesetzes.

Zur Zeit bestehen in 16 Bundesländern 17 verschiedene Ausbildungsregelungen im Bereich der Altenpflege. Unterschiedliche Ausbildungsordnungen führen zu unterschiedlichen Qualitätsstandards.

Heute sind bereits 21 Prozent der Menschen in Deutschland über 60 Jahre alt. Deren Anteil wird wachsen. Die Zahl der Demenzzkranken wird in den nächsten 10 Jahren von 800.000 auf 1,7 Mio. steigen. Eine dauerhafte und Rechtssicherheit schaffende einheitliche rechtliche Grundlage für die Altenpflege sei daher unerlässlich, so Dr. Maria Böhmer. Denkbar wäre eine einheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung im Rahmen einer neuen Vereinbarung der Kultusministerkonferenz und der Sozialministerkonferenz.

Durch das Gesetz droht die Absenkung des Ausbildungsniveaus innerhalb der Altenpflege. Die Gesetzesvorlage der Bundesregierung geht von einer dreijährigen Ausbildungsdauer aus. Der Entwurf bietet die Möglichkeit die Ausbildungszeit zu verkürzen. Zweifelhaft ist, ob mit der verkürzten Ausbildungszeit der derzeitige Qualitätsstandard in der Altenpflege aufrecht erhalten werden kann. Gelingt dies nicht, werden die Pflegenden zu den Leidtragenden.

## Rauschgift-Deals per Internet

Durch die Nutzung des Internets gewinnt der Drogenhandel nach Einschätzung des Kölner Zollkriminalamtes (ZKA) „eine ganz neue Dimension“. Wie der Spiegel berichtet, beziehen deutsche Konsumenten illegale Drogen zunehmend per Internet-Bestellung aus den Niederlanden, den USA oder Südafrika.

Die Zahlungen werden vom Kreditkartenkonto des Bestellers abgebucht. Zugestellt wird der Stoff in neutralen Versandtaschen per Post oder Kurierdienst. Auf Grund des enormen Aufkommens an Sendungen sei das „Entdeckungsrisiko“ für Kurierpäckchen „eher gering“, zitiert der Spiegel eine interne Lagebeurteilung des Zollkriminalamtes. Die deutschen Sicherheitsbehörden haben mit privaten Kurierdiensten bereits spezielle Mitarbeiterschulungen vereinbart, in denen das Erkennen verbotener Sendungen trainiert werden soll. Im Zollamt Oberhausen, Umschlagplatz für Sendungen aus den Niederlanden, werden Rauschgift-Spürhunde auf die Importpost angesetzt.

## Psychotherapeuten

*Schwerin (ddp) -* Die Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern befürchten eine zunehmende Zahl chronischer Erkrankungen und eine Steigerung der Selbstmordrate. Grund dafür sei die Unterversorgung mit ambulanten Therapiemöglichkeiten, sagte der Sprecher der Interessengemeinschaft ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, Christoph Hübener.

Er verwies darauf, dass das Budget nur das Sterben der psychotherapeutischen Praxen verlangsamere. „Bei Jahresnettogewinnen von 12 000 bis 37 000 Mark werden sich keine neuen Therapeuten niederlassen.“ In M-V praktizieren statt den gemäß einer Bundesrichtlinie der KV und der Krankenkassen erforderlichen 170 ambulanten Therapeuten nur 54. Dies habe zur Folge, dass viele psychisch kranke Menschen mit ihren Problemen allein gelassen würden, die sie dann auf andere Weise „lösen“ müssten.

Neben einer erhöhten Suizidrate könne es daher auch zu einer Zunahme des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und der Gewaltbereitschaft kommen, sagte Hübener. Patienten, die dringend eine Therapie brauchen, müssten bis zu einem Jahr auf ihre Behandlung warten.

Die Sprecherin des Sozialministeriums, Claudia Schreyer, kündigte an, Ministerin Martina Bunge (PDS) werde sich dafür einsetzen, dass es zwischen der KV und den übrigen Kassen zu Vereinbarungen komme, die mit jener vergleichbar seien, die zwischen AOK und KV ausgehandelt worden ist.

# Ecstasy-Folgeschäden befürchtet

*Eine jetzt in Großbritannien veröffentlichte Studie weist auf einen Zusammenhang zwischen Conterganartigen Mißbildungen und Ecstasy (MDMA) hin. Es verdichten sich die Hinweise, dass Ecstasy für irreparable Hirnschäden, insbesondere Gedächtnisdefizite verantwortlich ist.*

Vor den gesundheitsschädigenden Wirkungen von Ecstasy warnt der drogenpolitische Beauftragte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Hubert Hüppe. Er fordert umgehende Konsequenzen für Drogenforschung und Prävention bei Ecstasy.

Stattdessen diskutiere die Drogenbeauftragte der Bundesregierung immer noch das sogenannte „Drug Checking“, wo vor Ort Ecstasy-Pillen auf Hauptinhaltsstoffe untersucht werden sollen. Diese Überprüfung auf „Reinheit“ der Pillen geht von der unhaltbaren Annahme aus, dass rei-

nes Ecstasy gesundheitlich unbedenklich sei. Von diesem fahrlässigen Konzept müsse sich die Bundesregierung umgehend verabschieden, so Hüppe. Er verweist auf das von der ehemaligen Bundesregierung unterstützte Modellprojekt zur Ecstasy-Prävention und -Beratung in Rostock, das nun eine durchweg positive Bilanz vorlegen konnte. Die rot-grüne Bundesregierung verharre aber weiterhin in Tatenlosigkeit, „statt endlich die zielgruppenspezifische Prävention auszubauen“. Entgegen der Empfehlung des Gesundheitsausschusses wurden die Mittel für Prävention im Haushalt 2000 drastisch gekürzt.

„Wer jetzt die Augen vor der immensen gesundheitspolitischen Bedrohung durch Ecstasy-Folgeschäden verschließt, riskiert in kürzester Zeit mit den fatalen Folgen konfrontiert zu werden“, betont Hubert Hüppe. In Deutschland gibt es etwa eine Million Ecstasy-Konsumenten. newsaktuell.de

Für die Entwicklung des Jugendlichen zu einer beziehungsfähigen, eigenständigen Persönlichkeit ist in der heutigen Zeit das Drogenproblem eine gefährliche Klippe. Drogen machen abhängig, verarmen das Gefühlsleben, vernebeln das Denken und verhindern eine konstruktive Lösung der anstehenden Lebensaufgaben. In ganz Europa hat das Drogenproblem in der letzten Zeit stark zugenommen und wird immer mehr zu einer echten Bedrohung unserer Gesellschaft. Davon sind in erster Linie Jugendliche und deren Familien betroffen.

Dr. sc. nat. ETH Franziska Haller, eidg. dipl. Apothekerin und Psychologin (lic. phil. I)

## Recherchiert...

1. Cannabis ist weltweit die am meisten konsumierte illegale Droge. Ihr Anteil am illegalen Drogenmarkt beträgt schätzungsweise 50 Prozent. Dies entspricht nach amerikanischen Angaben einem Wert von 250 Milliarden Dollar.

2. Das Abhängigkeitspotential von Cannabis wird im allgemeinen unterschätzt. Mit zunehmender Toleranz der Gesellschaft gegenüber dieser Droge erhöht sich die Zahl von süchtigen Menschen.

3. Haschisch senkt die Hemmschwelle für den Konsum anderer Rauschgifte, zum Beispiel auch für das Rauchen des äußerst gefährlichen „Crack“ beziehungsweise „Freebase“, der rauchbaren Form von Kokain.

4. Die gesundheits- und gesellschaftsschädigenden Wirkungen werden seit langem von verschiedenen Gruppen systematisch verharmlost. Das Ziel des Drogenkonsums ist aber das Herbeiführen eines Rauschzustandes. Nicht zuletzt

gefährdet dieser unbeteiligte Mitmenschen. Untersuchungen belegen, dass z.B. die Verkehrstauglichkeit von Cannabis- und Ecstasykonsumenten eingeschränkt ist. Kampagnen gegen das Rauchen und Trinken tragen heute erste Früchte. Warum soll beim illegalen Drogenkonsum solange gewartet werden, bis noch mehr irreparable Schäden entstanden sind und uns die sozialen Folgen zu raschem Handeln zwingen?

## Faktoren

**Verfügbarkeit von Drogen!**  
**Soziale Akzeptanz!**  
**Gruppendruck!**  
**Individuelle Empfänglichkeit!**  
**Notlagen und Krisen!**

## Drogenkonsum!

Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

## Canabis ist eine psychoaktive Droge

„Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Cannabis die Auslösung einer latenten schizophrenen Psychose bei vulnerablen Personen beschleunigen kann.“ Zu dieser Einschätzung kommt Dr. med. Franjo Grotenhermen vom Berliner Institut für onkologische und immunologische Forschung. Cannabis kann möglicherweise bei vorliegender Erkrankung den Verlauf ungünstig beeinflussen. Umstritten ist jedoch, ob Cannabis eine chronische organische Psychose verursachen kann.

Die Vulnerabilitätstheorie besagt, dass eine Person eine Prädisposition für die Entwicklung einer Schizophrenie aufweise, die Erkrankung aber erst dann ausbreche, wenn sie durch einen Stressor „getriggert“ wird. Cannabiskonsum könnte ein solcher Stressor sein.

Cannabisprodukte sind psychoaktive Drogen, die aus Pflanzenteilen des Indischen Hanfs gewonnen werden. Marihuana besteht aus getrockneten Pflanzenteilen und sieht aus wie Tee und Gras. Haschisch ist eine krümel- oder pulverförmige oder zu Platten gepresste Substanz mit den Farben rot, grün, braun oder schwarz. Haschischöl ist schwarzbraun und hat den höchsten Anteil am Wirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol). Konsumiert werden Cannabisprodukte entweder eingebakken in Gebäck, als Tee oder sie werden in Joints oder Pfeifen pur oder mit Tabak vermischt geraucht.

Diese Drogen bewirken eine Veränderung der Sinneswahrnehmung, des Farb- und Geräuschempfindens und des Raum- und Zeitgefühls. Der Betroffene ist geistig abwesend und kann sich nicht konzentrieren. Die Risiken bei Cannabis bestehen in der Gefahr der psychischen Abhängigkeit, bei Apathie und Antriebslosigkeit. Es treten unerwartete Rauschsymptome auf.

Wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgefunden hat, sind junge Leute zunehmend bereit, illegale Drogen zu probieren. Das gelte vor allem für Cannabis, Ecstasy und Amphetamine. Wenn ein entsprechender Verdacht besteht, sollten Eltern sich an Beratungsstellen wenden; das Anliegen der Eltern wird vertraulich behandelt. Bei Hinweisen auf illegalen Drogenhandel sollte die Polizei verständigt werden. *EB*

## „Make Partnerships Work“

# Kräfte bündeln für psychisch Kranke

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und Lilly Deutschland GmbH unterzeichnen Kooperationsvereinbarung

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) unterzeichnete am 16. Juni 2000 im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung eine Kooperationsvereinbarung mit der Lilly Deutschland GmbH in Hamburg. In freiwilliger Partnerschaft wolle man sich gegen die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere Schizophrenie-Patienten, und deren Angehörigen einsetzen und sich für die Teilhabe dieser Patienten am medizinischen Fortschritt stark machen. Lilly Deutschland GmbH ist das erste Pharmaunternehmen, das eine Vereinbarung mit dem Verband getroffen hat.

*Hamburg (ots/lb-news)* Beide Partner können bereits auf eine Reihe erfolgreicher, gemeinsam durchgeführter Projekte zurückblicken. Bei der Kooperationsvereinbarung geht es darum die Kräfte zu bündeln“, sagte Burkhard Raming, Marketing Medical Coordinator ZNS der Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, „um - so gestärkt - schrittweise durch Umsetzung gemeinsamer Projekte einen Beitrag für psychisch kranke Menschen in Deutschland leisten zu können.“

Der Vorsitzende des BApK, Dr. Alfred Speidel, ist davon überzeugt, dass die Kooperation beiden Partnern von Nutzen sein wird. Für ihn ist Öffentlichkeitsarbeit ein zentraler Bestandteil der Vereinbarung, um die Stigmatisierung psychisch Kranker und deren Familien abzubauen.

Prof. Dieter Naber, Geschäftsführender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf/Hamburg, lobt das Engagement beider Seiten als vorbildlich und bezeichnet die Kooperationsvereinbarung als einen wesentlichen Fortschritt, um verstärkt bestehenden Vorurteilen und Wissensdefiziten in der Bevölkerung zu begegnen. Das ist im Alleingang kaum zu bewältigen, wie Peter Arp, BApK-Mitglied und Fördermitglied im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen,

aus Erfahrung weiß. Er sagte: „Ausgangspunkt für eine Verbesserung der quadrologischen Beziehungen kann dabei die Antistigma-Kampagne sein, wenn es gelingt alle beteiligten Gruppen angemessen für eine Mitarbeit zu gewinnen.“

Ursula Brand, Vorstandsmitglied BApK und Mitglied im Beirat MedNet (Forschungsprojekt „Schizophrenie“ und „Depression und Suizidalität“) brachte das gemeinsame Ziel

«Man kann einen einzelnen  
Bambusstab durchbrechen, aber nicht  
ein ganzes Bündel gleichzeitig»

Chinesisches Sprichwort

der Kooperationspartner auf den Punkt: „Verbesserung der Lebensqualität von Familien und ihren kranken Angehörigen.“

Außerdem verwies sie auf einen wichtigen Aspekt: „Sicher ist, dass in einem entsprechenden Umfeld, im Kontext eines breiten Therapieangebotes auch atypische Antipsychotika ihre gewünschte Wirkung besser entfalten können, als in einem Umfeld, in dem «Ruhigstellen» oft erster Therapieansatz sein muss.“

Die Kooperationsvereinbarung, die auf einer Empfehlung des europäischen Dachver-

bandes der Angehörigenverbände (EUFAMI) basiert, soll sukzessiv im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit erweitert werden. Zudem vereinbarten die Kooperationspartner, dass weitere Sponsoren einbezogen werden können.

Rund ein Prozent der Bevölkerung erkrankt an Schizophrenie - in Deutschland sind dies rund 800.000 - weltweit 45 Millionen Menschen. Nach jüngsten Vorhersagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Zahl psychischer Störungen in den nächsten Jahren dramatisch ansteigen und sich zu einer „Krise des 21. Jahrhunderts“ entwickeln, so die WHO. Aus diesem Grund hat die Organisation psychische Erkrankungen zu einem Schwerpunktbereich ihrer Arbeit erklärt.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker wurde 1985 gegründet. Der Verband versteht sich als Interessenvertretung für Patienten, die in der Regel nicht für sich selbst sprechen können.

Die Lilly Deutschland GmbH ist eine Tochter von Eli Lilly and Company, einem weltweit tätigen, forschungsorientierten pharmazeutischen Unternehmen mit Sitz in Indianapolis/USA. In Deutschland beschäftigt das Unternehmen an drei Standorten - Bad Homburg, Hamburg und Gießen - rund 1.000 Mitarbeiter.



Feierliche Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung

Foto: Roland Hartig



**Peter Arp:** «Social Sponsoring» hat in Deutschland noch keine große Tradition. Die Kooperation bietet eine Chance Projekte der Selbsthilfe weiterhin umsetzen zu können.



**Ursula Brand:** Ein gegenseitiges Abtasten und Informieren war der Beginn. Es waren z.B. ein „offener Brief an Entscheidungsträger“ und ein Seminar für Öffentlichkeitsarbeit in Frankfurt/Main.



**Dr. Nick Schulze-Solce,** Mitglied der deutschen Geschäftsführung Lilly: Dieses Beispiel wird zur Überbrückung von Berührungspunkten zwischen Selbsthilfe und Industrie beitragen.



**Dr. Alfred Speidel:** Das Projekt Öffentlichkeitsarbeit ist zentraler Bestandteil dieser Kooperationsvereinbarung. Die ehrenamtlichen Mitglieder unseres Verbandes können dies alleine nicht leisten.



**Burkhard Raming:** Unser Ziel ist es, dem Patienten zu helfen. Das heißt für ihn, trotz Erkrankung familiär eingebunden zu sein, trotz Erkrankung arbeiten zu können, eine Wohnung zu haben.



# Wege aus der Einsamkeit

*Erfahrungsbericht von Thomas Greve*

Mit meinem Artikel möchte ich zeigen, wie man Wege aus der Einsamkeit finden kann. Vor zwei Jahren war ich aufgrund einer psychischen Erkrankung und der Nebenwirkungen der damals verordneten typischen Neuroleptika sehr depressiv. Ich kapselte mich von der Außenwelt ab. Dabei ging es mir immer schlechter und ich konnte mich fast nicht mehr allein in meiner sonst so schönen Apartmentwohnung aufhalten, da ich immer trauriger wurde.

## Das musste sich umgehend ändern

Oft zog es mich zurück in die elterliche Wohnung, und das mit 28 Jahren. Damit stieg die Belastung meiner Eltern. Wir machten uns schon Gedanken über das Betreute Wohnen. Doch das wollte ich nicht. Dafür hing ich zu sehr an meiner Wohnung. Besonders die damit verbundene Freiheit wollte ich nicht aufgeben. Aber so richtig konnte ich sie nicht nutzen. Als Erwerbsunfähigkeitsrentner fühlt man sich irgendwie wegeschoben. So dachte ich damals. Das musste sich umgehend ändern.



Meine Eltern halfen mir und ich zwang mich wieder dazu, die Tage zu planen. Es fing damit an, dass ich wieder regelmäßiger zum Spazieren nach Warnemünde fuhr. Zunächst in Begleitung meiner Mutter, später allein. Die frische Luft tat mir gut.

Ich begann mich neu zu orientieren. Selbst meine Beschäftigung am Computer stellte ich auf den Prüfstand. Bislang war es nur Zeitvertreib und Unterhaltung. In Vergessenheit geratene Begabungen entdeckte ich wieder: z.B. das konzentrierte Arbeiten an einem Projekt. Meine erste eigene Homepage entstand. Über diese lernte ich andere PC-Anwender kennen, auch einen Webmaster, der nur 30 Kilometer von mir entfernt bei Heiligendam wohnt. Meine Englisch- und HTML-Kenntnisse musste ich auffrischen, schon wegen „HotDog“, ein englischsprachiges Profi-Programm für Web-Seiten. Und plötzlich - aus eigenen Kräften und vielleicht auch mit Hilfe der vorgenommenen Medikamentenumstellung auf ein atypisches Neuroleptika - kam der Ruck, ich wollte mich von jetzt an auch mit Leuten vor Ort treffen und austauschen. So lernten meine Mutter und ich den Koordinator des Landesverbandes MV der Angehörigen und Freunde psychisch Kran-

ker e.V. (LApK), Roland Hartig, kennen. Er berichtete, dass der Verband im Rahmen der Selbsthilfe eine Zeitung herausbringt. Auch stellte er mir die Internetausgabe vor. Später würde eine Mailingliste hinzukommen. Nicht nur das, ein Online-Café entstehe gerade im Haus. Ansprechpartner ist der Partnerverein „Kontakt halten e.V.“ Genau das Richtige für mich, sagte ich mir. Schließlich bin ich gelernter Datenverarbeitungskaufmann und verfüge über Internet-Erfahrungen.

Mein Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit wurde geweckt. Damit ich einen regelmäßigen Anlaufpunkt dort hatte, vereinbarten wir anfangs wöchentlich zwei feste Termine. Als Mitglied im Arbeitskreis Online-Café wartete und reparierte ich Computer und half Neueinsteigern beim Umgang mit der Computersoftware.

Heute betreue ich von Zeit zu Zeit ehrenamtlich im neu eingerichteten „Atelier Lichtblick“ des LApK die Lichtblick-Homepage, die Mailingliste und beim Verein Kontakt halten das Internet-Café.

## Mein erster befristeter 630-Mark-Job

Inzwischen ermöglichte mir der LApK durch die Vermittlung eines Sponsor den Besuch eines Computerlehrgangs im Bereich Novell-Netzwerke. Trotz anfänglicher Lernblockaden habe ich die Prüfung zum internationalen Zertifikat „Certified Novell Administrator 5.0“ geschafft. Darauf bin ich stolz, auch darauf, dass ich den fast einjährigen Kurs nicht abgebrochen habe. Schließlich weiß ich, was ich heute will: nichts verspassen, mitreden, dabei sein! Und auf wichtige „Sicherheitsgurte“ kann ich mich verlassen: auf meine Freunde, meine Eltern, meine Psychiaterin und last but not least, auf mein Medikament. Immerhin, danach konnte ich jeden Mittwoch ein Praktikum in einer Computefirma absolvieren.

Und Jetzt? Kaum zu glauben, seit zwei Monaten habe ich einen befristeten 630-Mark-Job. Das ist mehr als nur ein Weg aus der Einsamkeit! Dennoch, leicht und unbeschwerlich war und ist dieser nicht. Wie überall im Leben gibt es Höhen und Tiefen, die gemeistert werden müssen. Ich wünsche mir, dass dieser Beitrag einige Anregungen für Betroffene in ähnlicher Lage gibt.

*Thomas Greve*

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Bulimie - eine Stoffwechselkrankheit?

Die gefährliche Essstörung Bulimie ist mehr auf eine Fehlfunktion des Gehirns als auf den Wunsch, dünn zu sein zurückzuführen. Darauf deuten neue Forschungen hin. Britische Wissenschaftler hatten bei bulimiekranken Frauen eine deutliche Unterversorgung des Körpers mit der Aminosäure Tryptophan gefunden. Tryptophan spielt indirekt eine wichtige Rolle beim Essverhalten.

Die Aminosäure ist Bestandteil vieler Lebensmittel und wird im Körper normalerweise dazu benutzt, um Serotonin herzustellen, ein Hormon, das die Stimmung und den Appetit reguliert.

Die Forscher stellten fest, dass ein niedriger Serotoninspiegel im Gehirn offensichtlich zu den gleichen Symptomen führe, wie sie bei Bulimie auftreten. Das sei ein Hinweis darauf, dass Bulimie nicht nur eine psychische Störung, sondern auch eine körperliche Krankheit sei. Für die Forscher steht ein endgültiger Beweis für diese These allerdings noch aus, da die Anzahl der Testpersonen vergleichsweise gering gewesen sei.

Archives of General Psychiatry, 14.2.1999, Katharine A. Smith, University of Oxford GB

### Medikamente

### Aufklärung per E-Mail

Ein neuer Beratungsservice von NetDoktor will jetzt Schluss machen mit den Unklarheiten zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.

Unter der Adresse [www.netdoktor.de](http://www.netdoktor.de) beantworten Arzneimittel-Experten unter Leitung der erfahrenen Apothekerin Marion Sauer kostenlos per Email den Besuchern alle Fragen rund um Medikamente und Heilpflanzen. Neben dem Email-Service steht den Besuchern eine umfangreiche Medikamentendatenbank mit mehr als 20.000 deutschen Arzneimitteln zur Verfügung. Das Nachschlagewerk informiert über Wirkweise, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Warnhinweisen in leicht verständlicher Sprache.

Das Angebot umfasst neben den Medikamenten-Informationen rund 1500 Artikel zu Krankheiten, Ratschlägen, Untersuchungen, Kindergesundheit und vieles mehr. Interaktive Gesundheits-Checks, Chat-Räume und Diskussionsforen ergänzen das Angebot.

## Tag des Archivs am 19. Mai 2001

*lb-news/rh:* Die Mitglieder des Vereins Deutscher Archivare wollen erstmals am 19. Mai 2001 bundesweit zu einem „Tag des Archivs“ einladen. Bereits eine erste Probe fand am 28. Mai in dem in Pulheim beheimateten Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland, statt. Dort zeigten die Archivare nicht nur ihre Bestände, sie verwiesen auch auf ihre Dienste. Hier lagern etwa 30.000 Fotos und umfangreiches Informationsmaterial aus dem Rheinland. Das Archiv hat als Schwerpunkt unter anderem die überregionale Gesundheitspflege, die Psychiatrie, den Strassenbau, die Jugendfürsorge, die rheinische Museumstradition und die Denkmalpflege. Auch Dokumente der früheren Rheinprovinz können eingesehen werden. Studenten, Doktoranten, Historiker, Mediziner, Journalisten, Heimatforscher, Schüler und Lehrer wissen den Service zu schätzen. Kontakt: 50259 Pulheim, Landschaftsverband Rheinland, Ehrenfriedstr. 19, Tel. 02234 - 98 54 - 343. Um sich zurechtzufinden gibt es sogar eine Übersicht der Bestände in NRW im Internet, die ständig komplettiert wird.

<http://www.archive.nrw.de>

## Auf dem Tellerrand / Denken über Grenzen in der Sozialpsychiatrie

*lb-news/rh:* In Berlin veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vom 2. bis 4. November 2000 eine Fachtagung zum Thema „Auf dem Tellerrand / Denken über Grenzen in der Sozialpsychiatrie“. Der bisherige Stand der Vorbereitung verspricht ein «Lostreten von Brennpunkt-Themen», die bislang in Psychiatrie und Selbsthilfe entweder nicht erörtert oder nur von einer Seite bzw. Strömung beleuchtet bzw. „diktiert“ wurden. Gleich zwei Vorträge sind geplant, die sich mit der „Entwicklung der Sozialpsychiatrie im Verhältnis zur biologistischen Psychiatrie“ (Prof. A. Finzen/Prof. Rütger) beschäftigen. Mit den „Blinde(n) Flecken in der sozialpsychiatrischen Wahrnehmung“ wird sich der Psychiatriekritiker und Verleger Peter Lehmann auseinandersetzen. Weitere Beiträge tragen folgende Arbeitstitel: „Mauer im Kopf“, „Krisen, die im Dunkeln ablaufen - Angehörige zwischen den Fronten“, „Können wir die Kluft zwischen Psychiatrie und forensischer Psychiatrie überwinden“ und „Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Polen und Finnland“. Eine DGSP-Tagung mit Weitblick, sogar über den Tellerrand hinaus.

Kontakt und weitere Informationen: DGSP, Stuppstr. 14, 50823 Köln, Tel. 0221-51 10 02

## Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000

### Auszüge aus der Vereinbarung zur Förderung der Selbsthilfe

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg  
 Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen  
 IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
 Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
 Bundesknappschaft, Bochum  
 See-Krankenkasse, Hamburg  
 Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg  
 AEV - Arbeiter Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

in Kooperation mit Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Düsseldorf • Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., Frankfurt • Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Giessen

### 1. Präambel

Viele Gesundheitsbedürfnisse können von der Medizin nicht oder nicht alleine erfüllt werden. Dies gilt insbesondere für die Information, Beratung und Betreuung der Betroffenen in Fragen der Gesundheit und Krankheit bzw. ihrer Bewältigung.

Seit Anfang der 70er Jahre ist ein zunehmender Aufbau von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zu verzeichnen. Die von Bürgern initiierte Selbsthilfebewegung nimmt in unserem Sozial- und Gesundheitssystem inzwischen einen festen Platz ein. Sie ergänzt in vielfältiger und wirksamer Weise die institutionellen bzw. professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung. Der Erfolg der Selbsthilfe beruht vor allem auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung ihrer Mitglieder.

Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen und fördern seit Jahren die Aktivitäten der Selbsthilfe zur Prävention oder Rehabilitation von Krankheiten und Behinderungen sowie die der Selbsthilfekontaktstellen durch immaterielle und finanzielle Hilfen. Die gesetzlichen Krankenkassen verstehen unter der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V:

- eine besondere Form des freiwilligen gesundheitsbezogenen Engagements. Sie findet innerhalb selbst organisierter, eigenverantwortlicher Gruppen, in denen sich Betroffene einschließlich ihrer Angehörigen zusammenschließen, statt.
- Hilfe außerhalb der Sphäre privater Haushalte und Familien sowie professioneller Dienstleistungssysteme.
- gesundheitsbezogene Initiativen, Projekte oder Organisationen im Übergangsbereich zu professionellen Dienstleistern. Ihre Leistungen beruhen hauptsächlich auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit.

Zur Unterstützung der Selbsthilfe haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe beschlossen. Sie beziehen sich ausschließlich auf die finanzielle Förderung der Selbsthilfe und regeln Voraussetzungen, Inhalt, Umfang und Formen dieser Förderung sowie die Abstimmung mit anderen Fördersträngen. Die vielfältigen Formen und Möglichkeiten der immateriellen, sächlichen und strukturellen Förderung bleiben hiervon unberührt. Die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.\*) werden bei der Erarbeitung dieser Grundsätze beteiligt.

*\*Nachfolgend „Vertreter der Selbsthilfe“ genannt*

Selbsthilfeförderung ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Daher sollten sich die öffentliche Hand, die Sozialversicherungsträger (Renten-, Kranken- und Unfallversicherung) und die Private Krankenversicherung an der Förderung der Selbsthilfe beteiligen. Die Stärkung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen soll und darf nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger wie beispielsweise der öffentlichen Hand führen. Vielmehr sollte sie dazu beitragen, die Bereitschaft der anderen Sozialleistungsträger und der öffentlichen Hand zu steigern, die Selbsthilfe ihrerseits durch eine maßgebliche Erhöhung ihres finanziellen Engagements zu fördern. Diese Auffassung des Gesetzgebers wird von der gesetzlichen Krankenversicherung und den Vertretern der Selbsthilfe geteilt und liegt diesen „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe“ zugrunde.

Für die Förderung der Selbsthilfe gelten ab dem Jahr 2000 die nachstehenden grundsätzlichen Ausführungen zur finanziellen Unterstützung.

### 2. Gesetzliche Grundlage

Die Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen ab dem Jahr 2000 sind in der Neufassung des § 20 Absatz 4 SGB V geregelt.

#### § 20 Abs. 4 SGB V

„(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Der Gesetzgeber macht die Förderung der Selbsthilfe als Soll-Vorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen und verstärkt materiell-rechtlich die bisherige Regelung. Es wird ein Richtwert von DM 1,00 pro Versicherten pro Jahr vorgegeben. Die Selbsthilfeorganisationen werden nun ausdrücklich in die Förderzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen soll dann erfolgen, wenn sie sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben. Prävention wird hier im Sinne von Sekundär- bzw. Tertiärprävention verstanden. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit ausschließlich primärpräventiver Zielsetzung werden nicht gefördert (vgl. hierzu § 20 Abs. 1 und 2 SGB V). Der Gesetzgeber unterstreicht mit dieser Formulierung einen engen Zusammenhang zu medizinischen Erfordernissen.

### 3. Begriffsbestimmung im Sinne des § 20 Abs. 4 SGB V

#### 3.1 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie - entweder selbst oder als Angehörige - betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen materiellen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, meist wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z.B. Ärzten, Therapeuten, anderen Medizin- oder Sozialberufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

#### 3.2 Selbsthilfeorganisationen

Vielfach haben sich Selbsthilfegruppen in Selbsthilfeorganisationen (Verbänden) zusammengeschlossen. Hierbei handelt es sich um Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung, meist größeren Mitgliederzahlen, formalisierten Arbeits- und Verwaltungsabläufen, bestimmten Rechtsformen (zumeist eingetragener Verein), stärkeren Kontakten zu professionellen Systemen (z.B. Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern im Gesundheitswesen). Als Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind zum Beispiel zu nennen: Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der Betroffenen sowie der ihnen angeschlossenen Selbsthilfegruppen und -organisationen, Durchführung von Kongressen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Selbsthilfeorganisationen nicht nur für die eigenen Mitglieder, sondern weit über den Mitgliederbestand hinaus Beratungs- und Informationsleistungen erbringen. Sie untergliedern sich im Allgemeinen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene. Der Verbreitungsgrad einer chronischen Erkrankung oder Behinderung führt allerdings zu unterschiedlichen Strukturen, so dass nicht immer Landes- und Ortsebene eigenständig ausgebildete Strukturen aufweisen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen. Aufgaben, die bei zahlenmäßig großen Verbänden die örtlichen Selbsthilfegruppen übernehmen (z.B. die Beratung der Betroffenen oder die Information von Ärzten), werden bei kleinen Verbänden häufig unmittelbar von der Bundesebene übernommen. Die meisten Selbsthilfeorganisationen sind auf Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH), Düsseldorf, und im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband "Der PARITÄTISCHE" – Gesamtverband e.V., Frankfurt, zusammengeschlossen.

#### 3.3 Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Träger sind in der Regel Vereine, Kommunen oder Wohlfahrtsverbände. Sie stellen themen- bzw. indikationsübergreifend Dienstleistungsangebote bereit, die auf die Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfekontaktstellen abzielen. Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Teilnehmer bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind, sondern sich informieren und beraten lassen möchten. Die Motivation zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist ein wesentlicher Arbeitsbereich für Selbsthilfekontaktstellen. Auf Wunsch unterstützen sie aktive Betroffene bei der Gruppengründung.

Bestehenden Selbsthilfegruppen bieten sie infrastrukturelle Hilfen wie z.B. Räume, Beratung und supervisorische Begleitung in schwierigen Gruppensituationen oder bei Problemen an. Selbsthilfekontaktstellen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen (insbesondere Ärzten). Durch Öffentlichkeitsarbeit (beispielsweise die Durchführung von Selbsthilfetagungen) tragen Selbsthilfekontaktstellen zur größeren Bekanntheit und Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei. Selbsthilfekontaktstellen sind Agenturen zur Stärkung der Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote wahr und verfolgen rehabilitative und präventive Zielsetzungen. Selbsthilfekontaktstellen verbessern die Infrastruktur für die Entstehung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen.

#### 3.4 Krankheitsverzeichnis nach § 20 Abs. 4 SGB V

Das in der Gesetzesfassung bereits anlässlich der Änderung des § 20 SGB V im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes vom 01.11.1996 enthaltene Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen eine Förderung der Selbsthilfe zulässig ist, wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Vertretern der Selbsthilfe bereits erarbeitet. Es hat sich bewährt und gilt weiterhin (vgl. Anlage 1).

#### 4. Voraussetzungen der Förderung

Mit der finanziellen Förderung der Selbsthilfe tragen die Krankenkassen dazu bei, die bestehenden bzw. die in Aufbau befindlichen Selbsthilfestrukturen zu unterstützen. Die gesetzlichen Krankenkassen gehen bei der Förderung der Selbsthilfe davon aus, dass sich vor allem die öffentliche Hand maßgeblich an der Förderung der Selbsthilfe beteiligt.

##### 4.1 Förderung der Selbsthilfegruppen

Zu den Voraussetzungen der Förderung von Selbsthilfegruppen nach § 20 Abs. 4 SGB V zählen:

- Voraussetzungen gemäß Abschnitt 3.1,
- Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen,
- Grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder,
- Neutrale Ausrichtung (z.B. keine parteipolitische Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen),
- Interessenwahrnehmung und -vertretung durch Betroffene,
- Verlässliche/kontinuierliche Gruppenarbeit, Existenz von grundsätzlich mindestens einem Jahr. Ausnahmen sind mit Begründung möglich (z.B. bei Starthilfe),
- Gruppengröße von grundsätzlich mindestens 6 Personen,
- Voraussetzungen gemäß Abschnitt 3.4 (Krankheitsverzeichnis).

Nicht gefördert werden soziale oder gesundheitliche Dienste und Einrichtungen, die nicht die o.g. Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören insbesondere Wohlfahrts- und Sozialverbände, Fördervereine und Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise der Selbsthilfeorganisationen, PatientInnenstellen und Verbraucherverbände, Berufs- und Fachverbände, Kuraerien, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit. Von Professionellen geleitete Schulungsmaßnahmen, z.B. Patientenschulungsgruppen, Funktionstrainings- und Rehabilitationssportgruppen nach § 43 Satz 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB V, und Therapieaktivitäten oder Therapiegruppen kommen ebenfalls nicht für eine Förderung durch die Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 SGB V in Betracht.

##### 4.1 Förderung der Selbsthilfeorganisationen

Zu den Voraussetzungen der Förderung von Selbsthilfeorganisationen nach § 20 Abs. 4 SGB V zählen:

### Lichttherapie

Dunkle Wintertage können zu depressiven Verstimmungen führen. Ärzte sprechen von Saisonal Abhängiger Depression (SAD). Die normale Raumbelichtung liegt in der Regel bei 300 bis 500 Lux. Heute ist bekannt, dass der Mensch eine bestimmte Lichtmenge pro Tag braucht, wenn die komplexen Vorgänge im Körper reibungslos ablaufen sollen. Als Taktgeber für den biologischen Lebensrhythmus wirkt Licht erst bei einer Intensität von mindestens 2.000 Lux. Diese Helligkeit wird zwar auch im Winter tagsüber im Freien erreicht, aber viele Menschen kommen eben gerade in den Wintermonaten tagsüber kaum nach draußen. So kommt es, dass sie zu Depressionen, Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis neigen. In solchen Fällen wird heute mehr und mehr die 1980 in den USA entwickelte Lichttherapie eingesetzt.

In umfangreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass mit Hilfe der Lichttherapie Symptome der Winterdepression deutlich gemildert werden können. Die Idee, auf der sie beruht, ist im Grunde einfach: Das Lichtdefizit muss ausgeglichen werden. Zu diesem Zweck werden spezielle Lampen eingesetzt, die Licht in einer Stärke von 2.500 bis 10.000 Lux abgeben. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, sind bei diesem Licht die Infrarotstrahlen und die UV-Anteile weitgehend herausgefiltert. Die Behandlung selbst ist unkompliziert. Der Patient sitzt etwa eine halbe bis zwei Stunden vor der Lampe. Er kann dabei lesen, arbeiten oder fernsehen. Häufig zeigt sich schon nach Tagen eine positive Wirkung. Eine vorhergehende ärztliche Untersuchung und Kontrolle wird empfohlen.

### LESERBRIEF

*Vor einiger Zeit las ich in der FAZ, dass zur psychischen Gesunderhaltung nicht nur eine bestimmte Menge an Lichtstärke (Lux) notwendig ist, sondern dass das Licht seine volle Zusammensetzung haben muß. Es wurde empfohlen wenigstens eine Birne in den Räumen, in denen man sich häufig aufhält, mit einer „Vollspektrumlicht-Birne“ auszustatten. Mir scheint dieser Hinweis sehr wichtig und besonders leicht zu verwirklichen.*

E. Straub

## EU-Gesundheitsprogramm

Die EU-Kommission ist derzeit dabei, ein „Gesundheitsprogramm 2000“ zu entwickeln. Vorgaben dafür seien unter anderem bessere Informationen, schnelle Reaktionen auf Gesundheitsbedrohungen, Auswirkungen der Erweiterung der EU sowie das Verhältnis der Gesundheitspolitik zu anderen Politikbereichen. Dies erklärte Paul Weissenberg, Direktor der Generaldirektion Unternehmen bei der Kommission, anlässlich eines Treffens mit dem Gesundheitsausschuss des Bundestages in Brüssel. Eine herausragende Rolle werde die Prävention einnehmen. Zum Binnenmarkt für pharmazeutische Produkte erklärte Weissenberg, er stehe massiven Preisunterschieden für Medikamente in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten machtlos gegenüber. Dies sei Sache der Politik der einzelnen Länder. Das Problem des Parallelhandels werde sich im Zuge der Osterweiterung der Europäischen Union voraussichtlich noch vergrößern. Diese Praktik könnte sich jedoch auf die nationalen Gesundheitsbudgets positiv auswirken. *ots*

### Pharmazeutische-Industrie:

## Boomende Hightech-Branche

„Die forschende Arzneimittelindustrie ist eine international tätige, zukunftsstrahlende Hightech-Branche“, erklärte Apotheker Dr. Günther Hanke, Präsident der Arbeitsgemeinschaft für Pharmazeutische Verfahrenstechnik e. V. (APV) anlässlich des „3rd World Meeting on Pharmaceuticals, Biopharmaceutics and Pharmaceutical Technology“ in Berlin. Rund 1000 pharmazeutische Experten aus 40 Ländern trafen sich zu diesem internationalen Kongress.

Bei einem Pressegespräch äußerte sich Hanke zur Situation der Pharma-Forschung in Deutschland und Europa. Die pharmazeutische Industrie in Deutschland beschäftige rund 121.000 Menschen, von denen allein 74.000 bei forschenden Arzneimittelherstellern tätig seien. Um deren Arbeitsplätze zu erhalten, investiere die Pharmazie durchschnittlich 5,2 Prozent ihres Jahresumsatzes und liege damit deutlich vor anderen Industriezweigen.

Ein wesentlicher Faktor für den Pharmastandort Deutschland ist der hohe Ausbildungs- und Wissensstand der Beschäftigten, so Hanke. Die APV wolle mit ihrem Angebot an wissenschaftlichen Seminaren und Kongressen mit dazu beitragen, diesen hohen Ausbildungs- und Wissensstand zu erhalten. *newsaktuell.de*

- Voraussetzungen gemäß Abschnitt 3.2,
- Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen,
- Grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder,
- Neutrale Ausrichtung (z.B. keine parteipolitische Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen),
- Interessenwahrnehmung der von chronischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen,
- Verlässliche/kontinuierliche Verbandsarbeit, Existenz von grundsätzlich mindestens einem Jahr. Ausnahmen sind mit Begründung möglich,
- Vorhandensein örtlicher/regionaler Selbsthilfegruppen (bei seltenen Erkrankungen und dadurch geringer Betroffenenzahl kann hiervon abgewichen werden),
- Fachliche und organisatorische Unterstützung der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen,
- Voraussetzungen gemäß Krankheitsverzeichnis (vgl. Anlage).

Nicht gefördert werden soziale oder gesundheitliche Dienste und Einrichtungen, die nicht die o.g. Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören insbesondere Wohlfahrts- und Sozialverbände, Fördervereine und Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise der Selbsthilfeorganisationen, PatientInnenstellen und Verbraucherverbände, Berufs- und Fachverbände, Kuratoren, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit. Von Professionellen geleitete Schulungsmaßnahmen, z.B. Patientenschulungsgruppen, Funktionstrainings- und Rehabilitationssportgruppen nach § 43 Satz 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB V, und Therapieaktivitäten oder Therapiegruppen kommen ebenfalls nicht für eine Förderung durch die Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 SGB V in Betracht.

### 4.3 Förderung der Selbsthilfekontaktstellen

Zu den Voraussetzungen der Förderung der Selbsthilfekontaktstellen nach § 20 Abs. 4 SGB V zählen:

- Voraussetzungen gemäß Abschnitt 3.3,
- Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen,
- Neutrale Ausrichtung (z.B. keine parteipolitische Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen),
- Belegte Vorlaufzeit von grundsätzlich mindestens einem Jahr. Ausnahmen sind mit Begründung möglich,
- Angemessene, eigenständige Förderung durch die öffentliche Hand,
- Hauptamtliches Fachpersonal,
- Regelmäßige Erreichbarkeit und Öffnungs- bzw. Sprechzeiten,
- Dokumentation über regionale Selbsthilfegruppen bzw. Interessentenvünsche,
- Aktive Mitarbeit in der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Kooperation mit Landeskoordinierungsstellen, soweit vorhanden.
- Interessenwahrnehmung und infrastrukturelle Unterstützung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen gemäß Krankheitsverzeichnis.

Nicht gefördert werden solche Einrichtungen, die nicht die o.g. Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören insbesondere die Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KOSA). Die Förderung der nicht gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Selbsthilfekontaktstellen ist ebenfalls ausgeschlossen (z.B. soziale Aktivitäten, Seniorengruppen, Alleinerziehende, Initiativen zur Verkehrsberuhigung etc.).

## 5. Inhalte der Förderung

Als mögliche Inhalte der finanziellen Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfekontaktstellen kommen in Betracht:

- Information, Aufklärung und Beratung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder anderer Interessierter sowie Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Selbsthilfe stehen (Förderung der originären Selbsthilfe- bzw. -kontaktstellenarbeit).
- Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z.B. Broschüren, Informationsmedien, Kongresse, Workshops, Seminare, Selbsthilfetage).

Ausgangspunkt der Förderung ist der Bedarf der antragstellenden Gruppe, Organisation oder Selbsthilfekontaktstelle. Dieser Bedarf ist inhaltlich zu benennen und transparent zu machen. Hierüber ist nach Prüfung im jeweiligen Einzelfall zu entscheiden.

## 6. Formen der Förderung

Die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen kann sowohl durch projektbezogene als auch durch pauschale Zuschüsse erfolgen. Beide Förderformen sind möglich.

Projektbezogene Förderung meint die gezielte, zeitlich begrenzte Förderung einzelner, abgegrenzter Vorhaben und Aktionen von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Das können beispielsweise Veranstaltungen oder Medien sein.

Pauschale Förderung meint die direkte finanzielle Unterstützung der gesundheitsbezogenen Arbeit vor allem von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen mit und ohne Bezug auf einen speziellen Verwendungszweck. Die immateriellen, strukturellen und sächlichen Förderungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen bleiben daneben bestehen.

## 7. Umfang der Förderung

Die finanzielle Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen soll auf örtlicher, Landes- und/oder Bundesebene bedarfsbezogen und angemessen erfolgen. Demgemäß sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen (Verbände) und -kontaktstellen unter Berücksichtigung des § 1 SGB V „Solidarität und Eigenverantwortung“ und des § 12 SGB V „Wirtschaftlichkeitsgebot“ gefördert werden (Gesetzestext vgl. Anlage 2). Dabei soll eine Förderung zu reinen Marketingzwecken ausgeschlossen sein.

Eine finanzielle Förderung kommt für einzeln abgegrenzte Vorhaben, z.B. für zeitlich begrenzte Projekte und Aktionen, oder durch pauschale Zuschüsse in Betracht. Eine Vollfinanzierung der Selbsthilfe bzw. der Selbsthilfeaktivitäten ist ausgeschlossen. Grundsätzlich kann die Förderung durch die jeweilige Krankenkasse, Krankenkassen- bzw. kassenartenübergreifend erfolgen. Über Zuwendungen wird auf Antrag jährlich neu entschieden.

## 8. Abstimmung mit anderen Fördersträngen

Ziel einer Abstimmung mit anderen Fördersträngen ist die Weiterentwicklung der Selbsthilfeförderung als Gemeinschaftsaufgabe (vgl. Präambel, Absatz 1). Zur Koordinierung mit anderen Fördersträngen werden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen unter Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe Gespräche mit weiteren, für die Selbsthilfeförderung zuständigen Stellen führen. Neben der Abstimmung mit anderen Fördersträngen wird der Erfahrungsaustausch unter den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen intensiviert.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen regen an, den Austausch, der bereits auf Bundesebene mit den Vertretern der Selbsthilfe erfolgt, analog auch auf anderen Ebenen (z.B. der Länder) durchzuführen, damit die Förderung der Krankenkassen für die gesundheitsbezogene

Arbeit der Selbsthilfe nicht zu einem Abbau bestehender öffentlicher und anderer Förderung wurden.

## 9. Antragsverfahren

Die Antragstellung ist schriftlich vorzunehmen. Die Anträge müssen Angaben enthalten, die es ermöglichen, die mit der Zuwendung verfolgten Ziele und Zwecke sowie die Angemessenheit der beantragten Mittel zu beurteilen. Weiter ist anzugeben, bei welchen anderen Stellen Fördermittel für denselben Zweck beantragt wurden.

Für das Antragsverfahren auf Bundesebene gelten die Ausführungen des jeweils gültigen gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Vertreter der Selbsthilfe. Es wird empfohlen, das Verfahren auf Bundesebene sinngemäß auch auf Landesebene umzusetzen.

Die jeweilige Krankenkasse bzw. ihr übergeordneter Verband oder bei einer kassenartenübergreifenden „Poolförderung“ die jeweilige federführende Kasse bzw. der federführende Verband prüft und bewilligt die Anträge unter Berücksichtigung dieser gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze sowie der einschlägigen Haushaltsvorschriften in eigener Zuständigkeit und Verantwortung.

Die Krankenkasse kann die finanziellen Zuwendungen zurückfordern, wenn sich die Angaben des Förderungsantrages als unrichtig erweisen.

## 10. Perspektive

Die Erfahrungen bei der Umsetzung der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe werden von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowie dem Arbeitskreis „Selbsthilfe“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Vertreter der Selbsthilfe begleitet. Dieser Arbeitskreis prüft zu gegebener Zeit, ob eine Überarbeitung bzw. Anpassung erforderlich ist.

### Anlage 1

§ 20 Abs. 4 SGB V „Selbsthilfeförderung“  
- Krankheitsverzeichnis -

#### 1. Gesetzliche Vorgabe

Die Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen ab 2000 sind in der Neufassung des § 20 Absatz 4 Sozialgesetzbuch V geregelt.

#### § 20 Abs. 4 SGB V (neue Fassung)

„(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die KBV und die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 1 DM umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.“

Danach soll eine Förderung dann erfolgen, wenn Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben. Der

Gesetzgeber beabsichtigt mit dieser Formulierung einen engen Zusammenhang mit medizinischen Erfordernissen herzustellen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich am 14.02.1997 ein Verzeichnis von Krankheitsbildern beschlossen, bei denen zukünftig eine Förderung zulässig ist (vgl. Abschnitt 3). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde beteiligt. Das Verzeichnis der Krankheitsbilder orientiert sich an medizinischen Kriterien, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen, Krebs, Suchtkrankheiten, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dieses Krankheitsverzeichnis hat sich bewährt und gilt ohne Änderung weiterhin.

## 2. Begriffsbestimmung

Nach Änderung der gesetzlichen Vorgabe sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Krankenkassen gefördert werden.

### 2.1 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie -entweder selbst oder als Angehörige - betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen materiellen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, meist wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe.

Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z.B. Ärzten, Therapeuten, anderen Medizin- oder Sozialberufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

### 2.2 Selbsthilfeorganisationen

Vielfach haben sich Selbsthilfegruppen in Selbsthilfeorganisationen (Verbände) zusammengeschlossen. Hierbei handelt es sich um Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung, meist größeren Mitgliederzahlen, formalisierten Arbeits- und Verwaltungsabläufen, bestimmten Rechtsformen (zumeist eingetragener Verein), stärkeren Kontakten zu professionellen Systemen (z.B. Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern im Gesundheitswesen). Als Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind zum Beispiel zu nennen: Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der Betroffenen sowie der ihnen angeschlossenen Selbsthilfegruppen und -organisationen, Durchführung von Kongressen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Selbsthilfeorganisationen nicht nur für die eigenen Mitglieder, sondern weit über den Mitgliederbestand hinaus Beratungs- und Informationsleistungen erbringen. Dies untergliedern sich im Allgemeinen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene. Der Verbreitungsgrad einer chronischen Erkrankung oder Behinderung führt allerdings zu unterschiedlichen Strukturen, so dass nicht immer Landes- und Ortsebene eigenständig ausgebildete Strukturen aufweisen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen. Aufgaben, die bei zahlenmäßig großen Verbänden die örtlichen Selbsthilfegruppen übernehmen (z.B. die Beratung der Betroffenen oder die Information von Ärzten), werden bei kleinen Verbänden häufig unmittelbar von der Bundesebene übernommen. Die meisten Selbsthilfeorganisationen sind auf Bundesebene

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Kostenloses Internet

Ein Online-Angebot für Rollstuhlfahrer und Querschnittsgelähmte und der Informationsdienst „Politik-Digital“ haben eine Online-Petition gestartet. Darin fordern sie einen kostenlosen und gebührenfreien Zugang ins Internet für alle Schwerbehinderten. Die Petition, die an den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung gerichtet ist, kann von jedem Bundesbürger unterzeichnet werden.

<http://www.Startrampe.net>

### Neuer Sozialtarif der Telekom

*lb-news/rh:* Die bisherigen Regelungen für einen Sozialanschluss wurden durch den neuen Sozialtarif der Deutschen Telekom zum 1.12.1999 ersetzt. Zu dem berechtigten Personenkreis gehören Kunden, die von der Rundfunkgebührenpflicht befreit sind, Schwerbehinderte mit Schwerbehindertenausweis „RF“ und Studenten mit Bafög-Bescheid. Die Ermäßigung beträgt hier 15,74 DM auf die Verbindungsentgelte. Mit dem neuen Sozialtarif wird statt der früher üblichen Ermäßigung auf den monatlichen Grundpreis dieser Betrag jetzt in voller Höhe mit den Kosten der vom Anschluss abgehenden bestimmten T-Net Verbindungen verrechnet. Für Blinde, Gehörlose und sprachbehinderte Menschen ab einem Grad der Behinderung von 90 beträgt die Höhe der Ermäßigung 19,78 DM. Diese Regelungen gelten ebenfalls, wenn ein im Haushalt lebender Angehöriger die genannten Voraussetzungen erfüllt. Das Auftragsformular ist bei allen T-Punkten erhältlich. Der Sozialtarif wird höchstens drei Jahren gewährt. Danach muss er neu beantragt werden. Weitere Fragen: Deutsche Telekom AG, 0800 - 33 01 000 (gebührenfrei).

### Umzug in Altenwohnung

Die Aufhebung eines bestehenden Mietverhältnisses bei Umzug in eine altengerechte Wohnung wird nach einem entsprechenden Urteil des Landgerichts Duisburg erleichtert. Senioren, die in altengerechte Wohnungen umziehen möchten, müssen nicht warten, bis ihr bestehender Mietvertrag abläuft. Sie haben einen Anspruch auf vorzeitige Entlassung aus Ihrem Mietverhältnis. Allerdings ist erforderlich, dass sie einen geeigneten Nachmieter stellen oder die Neuvermietung sehr leicht möglich ist. Ein entsprechendes Urteil fällt jetzt, nach Informationen des Deutschen Mieterbundes und der „Mieterzeitung“ das Landgericht Duisburg (AZ. 23 S 361/98).

Quelle: OVB, 17.05.2000

## Leben in zwei Welten

*lb-news/rh:* Im Rahmen der 4. Schweriner Woche der Gemeindepsychiatrie (19.6. bis 30.6.) begeht die Initiativgruppe Sozialarbeit e.V. ihr zehnjähriges Bestehen. Die unter dem Motto „Leben in zwei Welten“ laufenden Veranstaltungen bieten Austausch und Geselligkeit. Dazu gehören u.a. die Kunstausstellung „Traum und Alptraum“, das Vereinsfest mit der Band „Lewinski´s“, der Angehörigentreff, ein Lesertelefon der SVZ zum Thema „Wenn die Kinderseele krank ist, eine Buchlesung mit Dorothea Buck („Auf der Spur des Morgensterns“) und die Podiumsdiskussion „Gemeindepsychiatrie - eine kommunalpolitische Aufgabe“. Kontakt: Initiativgruppe Sozialarbeit e.V., Rogahner Str. 2, 19061 Schwerin, Tel. 0385 - 61 40 15.

## Auf der Suche nach dem idealen Psychopharmakon

*lb-news/lsm:* Am 18.05.00 fand in Regensburg im Bezirksklinikum ein Symposium zur Klinischen Pharmakologie statt, auf dem es schwerpunktmäßig um Psychopharmaka ging. Erstmals kamen Patienten selbst zu Wort, neben Klinikern, Pharmakologen und der Industrie. Ergebnis: Das ideale Psychopharmakon gibt es noch nicht. „Ein ideales Antipsychotikum soll die Symptome bessern und Rückfälle verhüten, ohne unerwünschte Nebenwirkungen - und das alles bei einmal täglicher Dosierung“, sagte der Organisator und wissenschaftliche Leiter, PD Dr. Dr. Ekkehard Haen in seiner Eröffnungsrede.

„Nicht nur die Ärzte, sondern zunehmend die Patienten selbst beurteilen den Erfolg ihrer Behandlung“, erklärte Prof. Dr. Naber, Direktor der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Eppendorf. Gewichtszunahme und Müdigkeit wurden von „Pharmakon-Erfahrenen“ als besonders gravierende Nebenwirkungen genannt.

Kurios: Da von depressiven Patienten als eine der häufigsten Nebenwirkung der Antidepressiva Impotenz und andere sexuelle Störungen genannt wird, prüft die Pharma-Industrie derzeit, ob z.B. das bekannte Mittel Paroxetin gegen Depressionen nicht auch gegen Ejakulatio praecox eingesetzt werden könnte, so Professor Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, Vorsitzender der Arzneimittelkommission.

in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), Düsseldorf, und im Paritätischen Wohlfahrtsverband „Der PARITÄTISCHE“ - Gesamtverband e.V., Frankfurt, zusammengeschlossen.

### 2.3 Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Träger sind in der Regel Vereine, Kommunen oder Wohlfahrtsverbände. Sie stellen themen- und indikationsübergreifend Dienstleistungsangebote bereit, die auf die Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfekontaktstellen abzielen. Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Teilnehmer bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind, sondern sich informieren und beraten lassen möchten.

Die Motivation zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist ein wesentlicher Arbeitsbereich für Selbsthilfekontaktstellen. Auf Wunsch unterstützen sie aktive Betroffene bei der Gruppengründung. Bestehenden Selbsthilfegruppen bieten sie infrastrukturelle Hilfen wie z.B. Räume, Beratung und supervisorische Begleitung in schwierigen Gruppensituationen oder bei Problemen an. Selbsthilfekontaktstellen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen (insbesondere Ärzte). Durch Öffentlichkeitsarbeit (beispielsweise die Durchführung von Selbsthilfetagungen) tragen Selbsthilfekontaktstellen zur größeren Bekanntheit und Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei. Selbsthilfekontaktstellen sind Agenturen zur Stärkung der Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote wahr und verfolgen rehabilitative und präventive Zielsetzungen. Selbsthilfekontaktstellen verbessern die Infrastruktur für die Entstehung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen.

### 3. Verzeichnis der Krankheitsbilder

Hinweis zur Lesart des Krankheitsverzeichnisses: Maßgebend für das vom Gesetzgeber geforderte Verzeichnis sind die fett gedruckten Krankheitsgruppen. Diese korrespondieren mit den existierenden Selbsthilfevereinigungen, die i.d.R. indikations- bzw. diagnoseübergreifend organisiert sind (z.B. Rheuma Liga). Um zu vermeiden, dass das Verzeichnis ständig aktualisiert und neu abgestimmt werden muss, wurden in Klammer mögliche Diagnosen aufgeführt, die der jeweiligen Krankheitsgruppe zuzuordnen sind. Diese Auflistung von Diagnosen bzw. konkreten Krankheitsbildern ist exemplarisch und kann jederzeit intern ergänzt werden. Die Zusammenarbeit soll mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit präventiver (sekundärpräventiver) oder mit rehabilitativer Zielsetzung in den nachstehend aufgeführten Bereichen erfolgen:

- ☐ **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (z.B. chronische Herzkrankheiten, Infarkt, Arteriosklerose)
- ☐ **Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes** (z.B. rheumatische Erkrankungen, Arthrose, Morbus Bechterew, Sklerose, Myasthenie, Sklerodermie, Skoliose, Fibromatosen, Fibromyalgie, Osteoporose, Osteomyelitis)
- ☐ **Tumorerkrankungen** (z.B. Organe, Mundhöhle, Kehlkopf, Haut, Brust, Blut)
- ☐ **Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen** (z.B. Allergien, Asthma, Neurodermitis)
- ☐ **Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Darmtraktes** (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Darmschwäche, künstlicher Darmausgang, Dialyse, künstliche Niere, Blasenschwäche)
- ☐ **Lebererkrankungen** (z.B. chronische Hepatitis, Leberzirrhose)
- ☐ **Hauterkrankungen** (z.B. Psoriasis, Atopisches Ekzem, Epidermolysis Bulloso)

- ☐ **Suchterkrankungen** (z.B. Medikamenten-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit, Essstörungen (Anorexie, Bulimie))
- ☐ **Krankheiten des Nervensystems** (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Hydrozephalus, Chorea Huntington, Meningitis, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Polyneuropathien, Zerebralparese/Lähmungen, Narkolepsie, Schädigungen des zentralen Nervensystems, Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD), Alzheimer Krankheit, Hereditäre Ataxie, Guillain-Barré-Syndrom, Recklinghausensche Krankheit)
- ☐ **Hirnbeschädigungen** (z.B. apallisches Syndrom, Aphasie, Apoplexie, Schädel-Hirn-Verletzungen)
- ☐ **Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** (z.B. Adipositas, Diabetes mellitus, Zystische Fibrose, Mukoviszidose, Zöliakie, Phenylketonurie, Gaucher Krankheit, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen)
- ☐ **Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte** (z.B. Leukämie, Hämophilie, AIDS, HIV-Krankheit, Sarkoidose)
- ☐ **Krankheiten der Sinnesorgane Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen** (z.B. Tinnitus, Ménière, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Retinitis Pigmentosa, Stottern)
- ☐ **Infektiöse Krankheiten** (z.B. Poliomyelitis/Kinderlähmung, Viruskrankheiten)
- ☐ **Psychische und Verhaltensstörungen / Psychische Erkrankungen** (z.B. psychische und Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische und psychoneurotische Erkrankungen, Suizidalität, Hyperkinetische Störungen, Angststörungen, sexueller Missbrauch, Entwicklungsstörungen, Autismus)
- ☐ **Angeborene Fehlbildungen / Deformitäten und Behinderungen** (z.B. Spina bifida, Hydrozephalus, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte, Down- Syndrom, Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Körperbehinderungen, Kleinwuchs, geistige Behinderungen).
- ☐ **Chronische Schmerzen** (z.B. Migräne, Gelenkschmerzen)
- ☐ **Organtransplantationen.**

### Anlage 2

#### Gesetzestexte zu §§ 1 und 12 SGB V

#### § 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

1. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.
2. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.
3. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

#### § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

1. 1 Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- 1.2 Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
2. Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.
3. Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

Nachzulesen unter [www.selbsthilfe-online.de](http://www.selbsthilfe-online.de) (Rubrik „Dokumente“)

## Gefährdung der ambulanten psychiatrischen Versorgung

Es ist leider erforderlich, auf eine Fehlentwicklung hinzuweisen, die viele psychiatrische Praxen existentiell gefährden wird und die der Öffentlichkeit nicht bekannt ist. Die Vergütung für psychiatrische Leistungen war und ist miserabel. Für die Behandlung eines schizophrenen oder depressiven Patienten stellt die KV dem Arzt 80 bis 100 DM (je nach Punktwert) pro QUARTAL zur Verfügung.

Viele Praxen konnten sich nur über Wasser halten, weil sie die Behandlung psychiatrischer Patienten durch die bessere und nichtbudgetierte Honorierung von Psychotherapie „subventioniert“ haben.

Durch ein Urteil des BSG aus dem Jahre 1999 wird jetzt der Punktwert von Psychotherapieleistungen mit 10 Pfennig (145 DM/Stunde) festgeschrieben. Dies betrifft aber nur Ärzte und Psychologen, die mehr als 90 Prozent ihrer Kasseneinkünfte durch Psychotherapie erzielen.

Alle Praxen, die sich um chronisch psychisch Kranke kümmern und z.B. nur 50 Prozent Psychotherapieleistungen erbringen, bekommen in Zukunft für Psychotherapie vielleicht zehn oder auch vielleicht 30 Mark oder vielleicht auch gar nichts, wenn das Psychotherapiebudget durch die «Über-90-Prozent-Therapeuten» ausgeschöpft wurde. Ausschließlich psychotherapeutische Ärzte sowie alle Psychologen werden dagegen mit 145 DM/Stunde honoriert. Andere Ärzte wie Augenärzte oder Orthopäden werden einen Teufel tun um die Psychiater zu unterstützen, weil es dann an ihr eigenes Geld geht. Das Budget für Psychotherapie wurde offensichtlich falsch berechnet. Die Kassen sind dennoch nicht bereit mehr Geld ins System zu stecken. Die betroffenen Praxen (Psychiatrie **und** Psychotherapie) haben jetzt zwei Optionen.

1. Sie machen ausschließlich Psychotherapie, kündigen den Helferinnen und stehen damit zur Versorgung psychiatrischer Patienten nicht mehr zur Verfügung (kein oder nur ein minimales Medikamentenbudget, 90 Prozent Regel).

2. Sie machen keine Psychotherapie mehr, da diese für sie völlig unwirtschaftlich ist. Dies führt dann möglicherweise dazu, dass mehr psychiatrische Leistungen erbracht werden und der Punktwert noch weiter sinkt. Laufende Psychotherapien müssen abgebrochen werden. Kein Arzt kann verpflichtet werden, weit unter Selbstkostenpreis zu arbeiten.

Die klassischen Nervenärzte (Neurologie und Psychiatrie) werden mit Sicherheit nicht mehr psychiatrische Patienten behandeln, solange die Vergütung (80 bis 100 DM/Quartal) so schlecht ist und mit Apparatedizin (z.B. Doppler, ev. Potentiale etc.) gut und sicher Geld zu verdienen ist. Die geschilderte Entwicklung hat mit Sicherheit Auswirkungen auf die Qualität der weiteren ambulanten psychiatrischen Versorgung. Es geht hier nicht nur um die Frage des wirtschaftlichen Überlebens einer ganzen Arztgruppe, sondern auch um die Sicherstellung der weiteren ambulanten ärztlichen Versorgung unzähliger psychisch kranker Menschen.

Für jede Unterstützung sind wir dankbar. Das Problem ist nur politisch zu lösen. Der Gang zum Bundessozialgericht dauert erfahrungsgemäß mehrere Jahre. Eine Lösung muss bald gefunden werden, sonst werden die Kollegen zum Aufgeben oder in die Insolvenz gezwungen.

Thomas Lippert, Psychiater

Mit Zustimmung des Autors aus Mailingliste Betreuungsrecht  
[www.ruhr-uni-bochum.de/zme/ML-Betreuungsrecht.htm](http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/ML-Betreuungsrecht.htm)

## „Irre menschlich“ - Aktionstage der Gemeindepsychiatrie in Rostock



Unter dem Motto „Irre menschlich“ veranstaltet die Rostocker Gemeindepsychiatrie vom 16. bis 28. September ihre traditionellen Aktionstage. Den Auftakt bildet um 15 Uhr ein Integratives Sommerfest in Groß Klein, Schiffbauerring 20. Psychoseerfahrene, Ärzte, Therapeuten und Angehörige werden sich am 19.9. um 16 Uhr in der Volkshochschule, Alter Markt 19, zu ihrem ersten Psychoseseminar treffen. Die Kunst das Gespräch in Gang zu bringen trauen die Veranstalter Dr. Thomas Bock zu. Er hat vor zehn Jahren zusammen

mit Dorothea Buck, der Ehrenvorsitzenden des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen, das erste Psychose-Seminar in Deutschland ins Leben gerufen. Sie sind notwendiger denn je, um Wege zur Erleichterung, ja zur Heilung zu finden.

„Motivierende Gesprächsführung zur Rückfallvorbeugung Psychoseerfahrene“ heißt das Thema einer Infoveranstaltung am 20.9. Sie findet um 14 Uhr in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uni Rostock, Gehlsheimer Str. 20, statt. Referent ist Dipl.-Psychologe Thomas Lay. Am 21.9. lädt das Wohnheim „Startbahn“ von 10 bis 16 Uhr zum Sportfest in die Joseph-Herzfeld-Str. 18 ein.

Angehörige von Alzheimerpatienten treffen sich am 26.9., 15 Uhr, in der Außenstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Stockholmer Str. 14 A. Am 27.9., 15 Uhr, geht es um das Thema „Gesunde Ernährung“. Grüner Ring und der LPE laden dazu Psychiatrieerfahrene und Interessierte in die Begegnungsstätte im Schiffbauerring 20 ein. Am 6.10. feiert die Tagesklinik in der Hamburger Str. 50 ihr fünfjähriges Bestehen. Die ambulante Einrichtung ist zugleich von 14 bis 18 Uhr Gastgeber der Fachtagung „Gemeindenähe Psychiatrie - Chancen und Grenzen, Erfahrungsfelder“.

Ansprechpartner und vollständiges Programm: Förderverein Gemeindepsychiatrie e.V., Stefan Paulaeck, Schiffbauerring 20, 18109 Rostock, Tel. 0381 - 12 37 119.

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Reif für die Couch

„Lange Zeit dachte ich, es wäre normal, diese entsetzliche Stimmung, dies leere Gefühl, diese Müdigkeit. Wenn es ganz schlimm wurde, habe ich Tabletten genommen. Niemand hat mich darauf gebracht, eine Psychotherapie zu beginnen.“ So schildert eine 37jährige Patientin ihr Leben vor der Therapie.

Vorbehalte, Unwissenheit und die Angst, „reif für die Couch“ zu sein, sind nach Aussage der Verbraucherverbände häufige Gründe, warum Patienten vor einer Psychotherapie zurückschrecken.

Um Licht in den Dschungel des Psycho-marktes zu bringen, hat die Verbraucherzentrale NRW den Ratgeber „Chance Psychotherapie“ herausgegeben.

„Wann sollte sich ein Mensch therapeutisch behandeln lassen? Was kostet das und wer bezahlt es? Können auch Kinder psychotherapeutisch behandelt werden und von wem?“ - Das sind einige der Fragen, die der Ratgeber beantwortet. „Chance Psychotherapie“ gibt es in allen Beratungsstellen der Verbraucherzentrale NRW für 18 Mark.

Tel. 0180 - 5001 43 3

ism

### Patienten-Beratung

Kiel (ots) - Patienten in Schleswig-Holstein erhalten künftig eine kostenlose juristische Erstberatung in Wohnortnähe. Das Pilotprojekt stellte die Stiftung Gesundheit Ende Juni auf einer Pressekonferenz in Kiel vor.

Die Beratungsgespräche führt jeweils einer der 14 Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit durch. Patienten können sich unter der kostenlosen Rufnummer 0800 0 73 24 83 an die Stiftung Gesundheit (Mo. bis Fr. 9.00 bis 12.00 Uhr) wenden. Dort wird ihnen der nächstliegende Vertrauensanwalt genannt und ein Beratungsschein ausgestellt, der zu der kostenlosen Erstberatung berechtigt. Im Beratungsgespräch wird unter anderem geprüft, welche Schlichtungsmöglichkeiten bestehen, welche Kosten und Laufzeiten der Rechtsweg bringen würde und welche Möglichkeiten der Prozesskostenhilfe es gibt. „Der Patient soll von fachkundiger Stelle eine erste Einschätzung mit auf den Weg bekommen, ob es überhaupt sinnvoll ist, den Fall einer genauen juristischen Prüfung zu unterziehen“, sagt Rechtsanwalt Christian Henning, Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit. Das Pilotprojekt wird von einer Studie in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel analysiert.

# Die Ohren hören, was die Augen nicht sehen

*Schizophrene fühlen sich häufig stigmatisiert und gebrandmarkt durch die Aufenthalte in der Psychiatrie*

Von Karen Allihn

FRANKFURT, im Januar. Das erste Mal passierte es, als Carla Fernandez (Name geändert) sechzehn Jahre alt war. Sie hatte ruhig in ihrem Zimmer gegessen. Da spürte sie plötzlich eine kleine Explosion im Kopf - und schon befand sie sich mitten in einem Land, das sie eigentlich nur aus Büchern kannte: dem Märchenland. Hier traf sie einen Prinzen und fragte sich gleichzeitig: Was tust du da eigentlich? Im Krankenhaus wurde eine Identitätskrise diagnostiziert.

Später - sie hatte das Abitur bestanden und begonnen, Englisch und Spanisch zu studieren - kam es vor, dass sie sich in der Nacht im Bett nicht mehr rühren konnte. Sie hörte, wie jemand die Treppe hinaufkam und die Tür öffnete - und ihre Augen sahen, dass die Tür geschlossen blieb. Als sie endlich auf beiden Füßen stand, hatte sie Angst und nur einen Gedanken: „Jetzt muss ich fort und mich umbringen, um meinen Verfolgern und dem Teufel zu entgehen.“ Als die Polizei sie auf einer Baustelle wiederfand, hatte sie zwei Rasierklingen in der Hand. Da war sie 23.

Ein Jahr später befahl ihr eine Stimme, aus dem Fenster zu springen, um die Welt zu retten. Gerade noch rechtzeitig konnten Freunde sie vom Sims holen. Das Leben ging weiter. Doch das Studium musste sie abbrechen. Besonders schwierig wurde es, als sie einen Mann kennen lernte - weil sie sich zwischen ihm und ihrem Geliebten aus der Traumwelt entscheiden musste. Sie wählte den Märchenprinzen. Eines allerdings, sagt Carla Fernandez, verstehe sie bis heute nicht. Einmal habe sie sich nach dem Aufstehen „wie durchgeschnitten“ gefühlt und eine unbekannte Leichtigkeit verspürt. Tatsächlich habe sie an diesem Morgen zehn Kilogramm weniger auf den Rippen gehabt - und keine einzige ihrer Hosen habe mehr gepasst. „Das ist eines der großen Rätsel“, sagt die 30 Jahre alte Frau.

Carla Fernandez fragt sich immer wieder, wo der Traum aufhört, wo die Wirklichkeit beginnt. Und sie kennt den Begriff, mit dem die Medizin solche Merkwürdigkeiten auf den Punkt bringt: Schizophrenie. Viele Menschen müssen mit einer solchen Diagnose leben. In der Bundesrepublik leiden etwa 600 000 Menschen an dieser schweren psychischen Krankheit; einer von 100 Deutschen durchlebt mindestens einmal in seinem Leben eine schizophrene Psychose. Zu den Symptomen gehören Halluzinationen und etwa das Hören von Stimmen. Die Erkrankten fühlen sich auf bizarre Weise bedroht, das logische Denkvermögen ist gestört; viele können nicht mehr folgerichtig formulieren. Schizophrenie kann auch Antriebsmangel, eine Verarmung der Sprache oder ein Verflachen der Gefühle zur Folge haben.

Warum aber hört ein Mensch auf einmal Stimmen, fühlt sich bedroht oder beginnt, in einer Traumwelt zu leben? Warum gelingt es dem einen, mit einer Lebenskrise fertig zu werden, während ein anderer mit Wahnvorstellungen reagiert? „Die Ursachen für Schizophrenie sind bis heute nicht bekannt“, sagt Burkhard Pflug, Direktor der Klinik II für Psychiatrie und Psychotherapie am Frankfurter Universitäts-Klinikum. Noch im 18. Jahrhundert glaubte

man, Schizophrene seien von Dämonen besessen; später wurde die Moral zitiert, indem etwa Homosexualität als Auslöser angesehen wurde. In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts dann rückten körperliche Ursachen wie Stoffwechselstörungen ins Blickfeld. Erst Eugen Bleuler erkannte 1911: Schizophrenie ist keine einheitliche Krankheit. Und er fasste ihre verschiedenen Formen unter dem aus dem Griechischen abgeleiteten Wort „Spaltungsirresein“ (schizein = spalten; phrén = Geist, Gemüt) zusammen. „Die wichtigste These für die Ursachen ist heute das Vulnerabilitätsmodell“, sagt Pflug. Darunter ist eine Verquickung von individueller Verletzlichkeit und äußerer Belastung zu verstehen.



Eine große Rolle spielten auch Funktionsstörungen des Gehirns - ein Überschuss von chemischen Botenstoffen wie etwa Serotonin oder Dopamin. Dadurch wird das Weiterleiten von Reizen zwischen den Nervenzellen gestört; durch den Überschuss an Botenstoffen werden die Impulse immer stärker, bis psychotische Symptome entstehen.

Wenn das Kind oder der Partner in Welten abzudriften beginnt, in die die anderen nicht folgen können, heißt es Abschied nehmen vom üblichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit, von Hobbys oder auch von Lebensplanungen. Carla Fernandez zum Beispiel hat als eine der Klassenbesten das Abitur bestanden, dann das Studium abgebrochen, später als Parkplatz-Kassiererin gearbeitet. Wie haben sich ihre Eltern damit abgefunden, dass ihre Tochter immer wieder „irre“ wird an sich selbst? „Mein Vater“, sagt sie, „setzt kaum einen Fuß über die Schwelle der Psychiatrie.“ Auch mit der Mutter könne sie nicht offen sprechen.

Für viele Angehörige, berichtet Jutta Herrlich, Psychologin am Frankfurter Universitäts-Klinikum, beginne mit der Erkrankung ihrer Verwandten ein Teufelskreis. „Viele schämen sich, fühlen sich unverstanden, meiden aus Angst vor Fragen Nachbarn, Bekannte und Freunde.“ Die Sorge, im sozialen Abseits zu landen, ist nicht unberechtigt: Die Angst, irgendwann einmal selbst



psychisch zu erkranken, wird von nicht wenigen Menschen mit Abwehr kompensiert. „Du bist ja schizophren!“, heißt es da salopp. Die Worte „irre“ und „Wahnsinn“ kommen im modernen Sprachgebrauch nur verfremdet vor. Bilder von kreischenden Kranken in Schlafsälen (wie in dem Film „Einer flog über das Kuckucksnest“) geistern noch immer durch die Köpfe - und tragen nicht gerade dazu bei, dass man psychisch Kranken ohne Angst gegenübertritt. Gewalttaten kämen bei psychisch Kranken indes nicht häufiger vor als bei Gesunden, sagt Pflug.

Nicht nur die Gesunden meiden die Kranken, die Kranken meiden auch die Öffentlichkeit. Im Landesverband Hessen der Psychiatrie-Erfahrenen etwa lehnt man den Kontakt zu Journalisten ab. „Das ist eine Reaktion auf das Stigma“, sagt eine Mitarbeiterin. „Ein psychisch Kranker ist abgestempelt.“ Da sei es nur folgerichtig, „dass wir uns schützen und wehren“. Das eigentliche Problem, sagt ein Betroffener, sei die Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Wenn man einen Aufenthalt in der Psychiatrie hinter sich habe, fühle man sich gebrandmarkt. Geisteskrankheit sei ein Etikett, das dazu führe, dass man von der Gesellschaft nicht ernst genommen werde. Während seines Aufenthalts in der Psychiatrie vor drei Jahren fühlte sich der heute 40 Jahre alte Jurist zum Untersuchungsgegenstand degradiert. Deshalb setzt er sich sowohl im Verband der Psychiatrie-Erfahrenen für einen sensibleren Umgang mit Menschen in der Psychiatrie ein. Um dieses Thema geht es auch immer wieder in den etwa 80 Psychose-Seminaren, die seit 1989 in Deutschland gegründet wurden. Außerdem helfen psychosoziale Beratungsstellen.

„Viele der Schwierigkeiten resultieren aus mangelndem Wissen“, sagt Jutta Herrlich. Zahlreiche Angehörige könnten hoffnungsvoller in die Zukunft blicken, wenn sie wüssten: Die Heilungschancen sind besser als allgemein angenommen. Ein Drittel der Patienten erlebe nur ein- bis zweimal in seinem Leben einen „Zustand“, sagt Pflug. Das zweite Drittel müsse immer wieder mit Schüben rechnen. Nur das letzte Drittel leide an „spektakulären Psychosen“ und gelte als unheilbar. Auf dem neunten Weltkongress für Psychiatrie im vergangenen August in Hamburg wurde der Anteil der Erkrankten, die den Sprung in die ambulante Behandlung schaffen, mit 90 Prozent angegeben.

In seiner Klinik, sagt Pflug, setze er auf eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut - „ein Hilfs-Ich, das stellvertretend Strukturen bietet“. Auch das Erlernen von Entspannungsübungen (etwa Yoga), Verhaltenstherapie, ganzheitliche Pflege durch eine einzige Bezugsperson spielten eine Rolle. Besonders liegt dem Professor am Herzen, dass auf seinen Stationen das Abendessen von Personal und Patienten gemeinsam eingenommen wird: „Das schafft ein Gefühl des Eingebunden-Seins, das durch nichts zu ersetzen ist.“

Durch nichts zu ersetzen jedoch sind auch die seit den vierziger Jahren zur Behandlung von Schizophrenie entwickelten Medikamente, die so genannten Neuroleptika. Sie regulieren den Überschuss an Botenstoffen im Gehirn. Die Nebenwirkungen allerdings reichen von Muskelkrämpfen über schwere Bewegungsstörungen (zum Teil ähnlich der Parkinsonschen Erkrankung) bis zur Unfähigkeit, länger still sitzen zu können. Außerdem verringern sie die Antriebskraft und das Empfinden, ja sogar den Stoffwechsel. Auch Carla Fernandez musste diese Erfahrung machen. „Früher hatte ich 65 Kilo“, sagt die etwa 1,70 Meter große Frau traurig, „jetzt wiege ich 88.“

In jüngster Zeit jedoch sprechen Fachleute von einem schnellen Fortschritt in der pharmakologischen Entwicklung: Seit Mitte der neunziger Jahre sind so genannte atypische Neuroleptika auf dem Markt. Sie greifen gezielter in den Hirnstoffwechsel ein und haben deutlich weniger Nebenwirkungen. Allerdings kosten sie etwa fünf- bis zehnmal so viel wie herkömmliche Medikamente - vor dem Hintergrund der Arzneimittelbudgetierung kein geringes Problem. „Die Behandlungskosten können für atypische Neuroleptika je Kassenpatient im Quartal gerade einmal für viereinhalb Tage finanziert werden“, rechnete Raimund Wimmer, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, im vergangenen Mai auf einem Symposium in Gütersloh vor. Doch wenn die Verordnung atypischer Neuroleptika dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche, hätten die Versicherer auf diese Verordnung einen Rechtsanspruch.

Carla Fernandez nimmt täglich drei verschiedene Medikamente, unter ihnen auch ein atypisches Neuroleptikum. Seit 1993 muss sie mit Psychopharmaka leben, wie lange das noch so gehen wird, steht in den Sternen. „Die Gefühle - alles ist nicht mehr so intensiv wie früher, aber ich bin auch nicht mehr so verletzlich“, sagt sie. Wenn sie drei Wünsche frei hätte? Einen Lebenspartner, einen Job als Fremdsprachensekretärin, ein Hobby - und eines noch: sich endlich einmal nicht mehr anders als die anderen fühlen zu müssen. „Für viele Gesunde bin ich einfach zu krank - und für viele Kranke zu gesund.“

Mit freundlicher Genehmigung der Autorin Karen Allihn  
Erstveröffentlichung: „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (F.A.Z.) vom 22. Januar 2000

## Zahlen und Fakten zur Schizophrenie

**NAME:** Schizophrenie, richtiger Gruppe der Schizophrenien: (Wortbedeutung mißverständlich „Bewußtseinspaltung“). Andere Bezeichnungen: Psychose, paranoide Psychose, schizophrene Psychose.

**HÄUFIGKEIT:** Erkrankungswahrscheinlichkeit ein Prozent: jeder Hundertste erkrankt im Laufe seines Lebens an Schizophrenie. Stichtagshäufigkeit ca. 0,5 Prozent: an jedem gegebenen Tag sind 0,5 Prozent der Bevölkerung schizophrenekrank.

**SYMPTOME:** Vielfältig: zentrales schizophrenes Syndrom: Erleben der Eingebung von Gedanken, Gedankenübertragung, Gedankenentzug, Gedankenlautwerden; Stimmen, die Gedanken und Handlungen begleiten und kommentieren; Veränderungen des Gefühls und des Wollens, (z.B. nicht wollen können).

**DIAGNOSE:** Die Schizophreniediagnose ist ein wissenschaftliches Konstrukt. Sie wird nach Anzahl, Ausmaß und Dauer definierter Symptome gestellt und stützt sich nicht auf ein bestimmtes Krankheitskonzept oder bestimmte Vorstellungen von den Ursachen. Je nach Definition werden demnach mehr oder weniger Menschen als "schizophren" diagnostiziert (Schwankungsbreite nach oben bis zu 100 Prozent).

**URSACHEN, Entstehung:** immer noch weitgehend unbekannt: Nach dem derzeit allgemein anerkannten „Vulnerabilitätskonzept“ (vulnerabel = verletzlich) reagieren Menschen, die schizophren erkranken, besonders empfindsam auf körperliche, seelische und soziale Reize. Niemand ist schuld, schon gar nicht die Kranken oder ihre Angehörigen.

**THERAPIE:** Medikamente (Neuroleptika) bei akuter Erkrankung und zur Rückfallprophylaxe, Psychotherapie, soziale Maßnahmen: frühzeitig Mitwirkung der Kranken am Behandlungsplan, aktive Einbeziehung der Angehörigen.

**VERLAUF und Heilungschancen:** Auch schwere schizophrene Episoden bessern sich in der Regel. Ein Viertel bis ein Drittel heilen spontan aus. Bei zwei Drittel war der Verlauf auch schon vor Einführung moderner Therapien langfristig günstig. Konsequente Therapie bessert die Chancen erheblich.

Aus: Asmus Finzen, „Der Verwaltungsrat ist schizophren“, Psychiatrie-Verlag, Bonn (1996)  
ISBN 3-88414-178-3, 245 Seiten, 29,80 DM

# Stigma und Diskriminierung hören nicht im privaten Bereich auf

Universität Leipzig legt Ergebnis über die Rostocker Focusgruppe vor

*Von der Universität Leipzig liegt Lichtblick eine Aufstellung der Stigmatisierungserfahrungen aus der Rostocker Fokusgruppe (Angehörige) vor. Die beiden wichtigsten Erkenntnisse: 1. Stigma und Diskriminierung hören nicht im privaten Bereich auf, sondern sind auch in politischen Entscheidungen und rechtlichen Regelungen verankert. Medienberichte über vermeintlich psychisch kranke Gewalttäter verletzen und legen entsprechend negative Einstellungen in der Bevölkerung nahe, und die Lebensplanung in Bezug auf Beruf und Familie ist als Folge der Erkrankung und ihres Stigmas stark eingeschränkt. 2. Am häufigsten wird Stigma im Rückzug von Freunden und Bekannten erlebt, gefolgt von einem oft wenig kooperativen Umgang der psychiatrischen Fachkräfte mit Angehörigen. Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse aller Gruppen (Angehörige, schizophrene Erkrankte, psychiatrisch Tätige) ist geplant. Besonders bedeutsam sind die Erkenntnisse aus der Stigmaforschung beim Aufbau konkreter Anti-Stigma-Projekte. So gründet sich in Leipzig der Verein „Irrsinnig menschlich e.V.“, der sich besonders der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit im psychiatrischen Bereich widmet. Eine Journalistin unterstützt Medienvertreter bei der Themenfindung und Recherche. Darüber hinaus arbeitet der Verein mit Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen zusammen (Anschrift, S. 4). Lesen Sie nachstehend die Auswertung der Rostocker Focusgruppe. (leicht gekürzt, d.R.)*

## MEMO FÜR DIE FOCUSGRUPPE ROSTOCKER ANGEHÖRIGER

### Strukturelle Stigmatisierung

Durch die Qualität der psychiatrischen Versorgung fühlen sich die Rostocker Angehörigen ganz klar am meisten stigmatisiert. Großteils fehlen entsprechende Unterstützungs- und Anlaufstellen oder sie seien zu einseitig auf das medizinische Krankheitsmodell ausgerichtet. So würden Medikamente eben hauptsächlich eingesetzt um lästige Symptome zu beseitigen, deren Ursache - so die Ärzte - in einer Stoffwechselerkrankung im Gehirn liege. Dass Liebe und Zuwendung auch eine wichtige Rolle spiele anerkenne man kaum. Abstoßende, kein bisschen Geborgenheit spendende Klinikeinrichtungen verdeutlichten dies.

Die Angehörigen bestritten nicht die Notwendigkeit der Medikamente, aber die noch existierende Unwissenheit solle nicht dazu führen, dass die Klinik zur Versuchsanstalt werde oder voreilig zu „Vorschlaghammermethoden“ gegriffen wird. Außerdem seien die durch die Medikamentenum- und -einstellungen verursachten Schwankungen auch von den Angehörigen mitzutragen. Und neben der Behandlung des Körpers müsse die Seele eben auch ein entsprechendes Gewicht bekommen.

Ursache hierfür sei die Ausbildung der Mediziner, die entsprechende Sichtweisen vertreten und weiterverbreiten. Grundlage für die Meinungsbildung in einer Region seien ortsansässige Universitäten mit ihren Professoren, deren Einstellungen durch deren Multiplikatorenfunktion auf eine Region abstrahlen. Haben diese kein Interesse an sozialpsychiatrischer Forschung und Veränderung, blieben alte Sichtweisen bestehen.

Wenn in großen Belastungssituationen aufgrund akuter Phasen eines Angehörigen Klinikeinweisungen von offizieller Seite abgelehnt werden, bliebe dies für die Angehörigen unverständlich. Unverständlich bleibe auch vieles Andere, da aufgrund der aus Sicht der Angehörigen vorgeschobenen Schweigepflicht notwendiger Informationsfluß fehle. So könnten auch Eltern ihre schon über 18-jährigen Kinder nicht ausreichend während der Therapie begleiten. Die Ursachen hierfür lägen also

schon in den Gesetzen, doch in den Genuß von Aufklärung zu kommen dürfe kein Zufall sein. Dies gelte vor allem auch für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt.

Kliniken wollten sich zum Teil neue Identitäten geben, dies geschähe aber vorrangig über neue technische und räumliche Ausstattungen sowie über den Namen der Einrichtung. Meist sei dies aber inkongruent zu dem was man dort erwarten könne.

Die Angehörigen psychisch Erkrankter sehen die psychisch Erkrankten in der Anerkennung von Krankheiten durch die Gesellschaft auf der untersten Stufe stehen. Ganz deutlich werde dies bei der Bereitschaft zur Kostenübernahme durch die Sozialversicherer. Am schwierigsten sei hier die Anerkennung von Pflegestufen, was aber bei körperlichen Erkrankungen ganz normal sei. Einige Angehörige schildern, dass es bei der Zahlungsbereitschaft der Kassen regionale Unterschiede gebe. Das gleiche dann schon einem Glücksspiel in den Genuß verschiedener Versicherungsleistungen zu kommen oder nicht. Die Angehörigen sind vor allem auch besorgt betreffs der ökonomischen Absicherung ihrer Erkrankten. Nicht abgeschlossene Ausbildungen und daraus folgend nicht bestehende Arbeitsmöglichkeiten haben zur Folge, dass viele psychisch Erkrankte sich nie einen Rentenanspruch erwerben können.

Wenn das von der Gesellschaft auferlegte Arbeitsverbot doch durch private Jobvermittlungen einmal durchbrochen wurde, werden die Grenzen immer wieder durch die Leistungsorientierung im freien Markt erreicht, bei der psychisch Erkrankte oft nicht mithalten könnten.

### Interpersonelle Interaktion

Vorrangig sei hier der Umgang der Profis mit den Erkrankten und ihren Angehörigen stigmatisierend. Hierzu gehörten immer noch Informationsbarrieren, unter anderem aufgrund der Fachsprache, zwischen Ärzten, Angehörigen und Patienten. Gespräche die zur Diagnosenstellung dienen sollen lassen schon vermuten, dass die ausschließliche Suche in der Kindheit nur nach Fehlern bei den Eltern dienen soll. Überhaupt sei der Umgang mit den Erkrankten und Angehörigen sehr unsensibel wofür das Ausfüllen eines Fragebogens als erste Handlung beim Erstkontakt mit dem Arzt und auf der anderen Seite das völlige Fehlen von Gesprächen hier als Beispi-

le dienen. Dass Veränderungen in der medikamentösen Therapie ohne Information der Eltern oder des Patienten durchgeführt würden, sei eine extreme Form von Ignoranz. Ignoriert würde auch das Engagement und die Zuwendung der Angehörigen dem Erkrankten gegenüber. Da werden schnell mal alle Fortschritte auf die Medikamente zurückgeführt.

Schuldzuweisungen würden nicht nur durch die therapeutisch arbeitenden Profis ausgesprochen. Da kann auch schon mal der Amtsrichter die schuldigen Eltern von ihrer Betreuerfähigkeit entbinden wollen und ein Urteil mit allen was Eltern so alles ihrem erkrankten Angehörigen gegenüber verschuldeten verlesen. Oft genug finde man auch die Einstellung, „dass die Erkrankten uns nur mit ihrem Verhalten ihren Willen aufzwingen wollten“.

Beispiel von Rückzug wurden aus dem Freundeskreis der Erkrankten geschildert. Vor allem in Tiefpunktphasen könne man den abnehmenden Kontakt besonders bemerken.

Die negativen Nebenwirkungen der Medikamente wie Gewichtszunahme behinderten das Entstehen von Partnerschaftsbeziehungen.

### Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit

Hauptverursacher der falschen Bilder in der Öffentlichkeit seien die Medien. Nun sei es an der Zeit diese zu korrigieren. Überschriften ständen kaum in Bezug zum eigentlichen Text und Selbsthilfeaspekte fehlten total in der Berichterstattung. Für die Angehörigen sei dies Verhalten unverständlich, da es doch so etwas wie den Presskodex gebe. Mancher sieht da die Gefahr, dass auch die Erkrankten sich mit einem derartig dargestelltem Bild identifizieren.

Wort- und Begriffswahl in der Alltagssprache ständen teilweise noch in Bezug zur NS-Zeit. Oder Begriffe werden zu Vermarktungszwecken für Medien oder Produkte mißbraucht.

Die Menschen suchten sich in ihrem Leben eben nur die angenehmen Seiten. So halten sie auch den Kontakt in Hochphasen des Erkrankten und wenden sich ab in Tiefpunkten.

Ob Profis oder Umwelt, es werden immer Unterschiede zwischen physischen und psychischen Erkrankungen gemacht, in den Sichtweisen und in den daraus resultierenden Handlungen.

### Zugang zu sozialen Rollen

Mit Defiziten bei der Integration in die Arbeitswelt beschrieben die Angehörigen die Situation ihrer erkrankten Familienmitglieder. Es wurden mehrere Beispiele beschrieben, bei denen mit Bekanntwerden der Erkrankung ihr beruflicher Abstieg folgte. So durfte eine Erzieherin keine Tätigkeit mit den Kindern ohne zusätzliche Aufsichtsperson durchführen, selbst beim Musikinstrument vorspielen. Sie wurde von ihrer Arbeit mit Menschen zur Tätigkeit als Raumpflegerin gedrängt.

Ein Ehemann beschreibt, dass er aufgrund der Erkrankung seiner Frau berufliche Einschränkungen hinnehmen musste, in der Form, dass er zum Beispiel nicht mehr auf Montage arbeiten konnte.

# Motzener Thesen zur Psychiatriereform

*Auf der Tagung 10 Jahre Psychiatriereform in den neuen Bundesländern - Professionelle, Psychiatrieerfahrene und Angehörige ziehen Bilanz“ im Oktober 1999 haben 300 Tagungsteilnehmer in einem dialogischen Diskussionsprozeß wichtige Aspekte psychiatrischer Hilfen erörtert. „Das Ergebnis der Tagung wurde in den «Motzener Thesen» festgehalten. „Würden die Thesen Wirklichkeit werden, dann wären Hilfesuchende, Angehörige und Ärzte ein Team, das gleichberechtigt zusammen eine Therapie aushandelt“, so die Potsdamer Neueste Nachrichten. Die gesamtdeutsche Psychiatrie scheint vor einem radikalen Wandel zu stehen. Die neuen Impulse, die von der Tagung in der Fontane-Klinik im Dahme-Spreewald-Kreis (Berlin-Brandenburg), geben die Richtung vor.*

*Lichtblick*

1. Die politische Wende wurde auch in der Psychiatrie der DDR als Befreiung erlebt. Es entstand für kurze Zeit ein politisches, ökonomisches und soziales Vakuum. Der psychiatrische Aufbruch seit 1990 hat kreative Potentiale freigesetzt, aber psychisch Kranke, Angehörige und Professionelle auch teilweise überrollt. Das Gesundheits- und Sozialsystem Westdeutschlands ist den neuen Bundesländern übergestülpt worden. Es wird als unangemessen empfunden, den Beginn der Psychiatriereform als Stunde Null der Sozialpsychiatrie im Osten anzusehen. Im Bereich Arbeit und beruflicher Rehabilitation verfügte die DDR-Psychiatrie über wesentlich bessere Möglichkeiten.

2. Angst und Autoritätsfurcht sind nicht allein auf die DDR-Psychiatrie beschränkt. Erfahrungen von Unterdrückung und das Fehlen eigenständiger Interessenvertretungen von Psychiatriepatienten und Angehörigen haben die Auflehnung gegen entmündigende Behandlungserfahrungen und unmenschliche Verwirklichungspraktiken erschwert. Die Einbindung in Arbeitskollektive, die Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie das Defizit an demokratischen Aushandlungsprozessen haben den Aufbau von Selbsthilfegruppen verhindert, ebenso wie ein geringerer beruflicher Leistungsdruck entlastend wirkte.

3. Die Zwischenbilanz zur gegenwärtigen Situation der Psychiatriereform in den neuen Bundesländern hat gezeigt, dass die Kompetenzen, der Erfahrungsschatz und das Engagement von Betroffenen und Angehörigen bei der Neuorientierung seit der Wende ungenutzt blieb. Damit sind wesentliche die Qualität psychiatrischer Arbeit bestimmende Ressourcen verschenkt worden. Psychiatrische Fachlichkeit erfordert, Nöte, Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen nicht nur wahr- und ernstzunehmen, sondern auch in die professionellen Therapiekonzepte aufzunehmen. Ohne den Dialog zwischen psychiatriee erfahrenen Menschen, Angehörigen und Fachleuten verkommt psychiatrische Professionalität zu medizintechnischen Praktiken.

4. Ein wesentlicher Teil psychiatrischer Krankenhausbehandlungen und ca. 80% der Heimunterbringungen sind bei bedarfsentsprechenden kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten überflüssig. Deshalb entspricht sowohl dieser Anteil der einrichtungsmäßigen Unterbringungen als auch die öffentlich-rechtlich geförderte Untätigkeit beim Aufbau ambulanter Strukturen einem eklatanten Rechtsbruch und erfüllt den Tatbestand der Freiheitsberaubung.

5. Damit diesem rechtlich und moralisch-ethischen Mißstand endlich abgeholfen wird, muß die Verteilung aller Geldmittel für psychiatrische Hilfen der kommunalen Ebene übertragen werden. Kommunen sind so auszustatten, dass sie den Ausbau der Hilfen den örtlichen Rahmenbedingungen entsprechend und an den Bedürfnissen der Nutzer orientiert planen und finanzieren können.

6. Das gesetzlich verankerte Recht der Betroffenen auf weitestgehende ambulante und gemeindenahere Hilfen muß endlich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln umgesetzt werden. Für alle Beteiligten und Interessenvertretungen gilt, dass die Suche nach Verbündeten in der eigenen Gemeinde und Region beginnt. Gefordert wird, regelmäßig zu überprüfen, wie Politiker ihrer Verantwortung auf dem Gebiet ambulanter Hilfen gerecht werden.

7. Die stationäre Psychiatrie darf sich nicht wieder zu einer Wachstumsbranche entwickeln. Der Ausbau ambulanter Hilfen ist durch Anreize zu belohnen. Um Verschwendungen zu verhindern, wird gefordert, dass Qualitätskontrolle und Ausbau psychiatrischer Hilfen nicht wie bisher üblich - lediglich Professionellen vorbehalten bleibt. Überprüfungs-, Kontroll- und Planungsgremien, wie Psychiatriebeiräte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Besuchskommissionen, sind nur unter Einbeziehung der Interessenvertretungen der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen zu berufen.

8. Einige Stimmen haben vor einer Dämonisierung psychiatrischer Kliniken in der Befürchtung gewarnt, Krankenhäuser könnten als Rückzugs- und Schutzraum in Krisensituationen nicht mehr zur Verfügung stehen, bevor ambulante Alternativen geschaffen worden sind. Andere sprechen sich für die Entwicklung einer Gegenmacht auf dem Weg des Dialogs zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen aus, um die Dominanz der Landeskrankenhaus-Psychiatrie und Heime zurückzudrängen. Die Gleichstellung von psychisch mit körperlich Kranken kann nur in psychiatrischen Abteilungen mit Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern gewährleistet werden. Gefordert wird auch, niedergelassener Nervenärzte in gemeindepsychiatrische Hilfen einzubinden.

9. Betroffene und Angehörige beschreiben Fähigkeit und Bereitschaft der Behandler zum gemeinsamen Gespräch über psychiatrische Diagnosen, über Vor- und Nachteile von Behandlungsverfahren sowie über die psychischen und sozialen Folgen der Erkrankungen als bislang völlig unzulänglich. Krankheits- und Prognose-Urteile von Psychiatern sind wesentlich geprägt von ihrer Grundhaltung zum Phänomen „psychische Störung“. Deshalb sind der gleichberechtigte, dialogische Austausch und die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen auf den Ebenen Ausbildung, Forschung, Gesetzgebung, Justiz, Verwaltung und Leistungserbringer Voraussetzung für eine angemessene Auseinandersetzung mit wesentlichen Fragen von Betroffenen und Angehörigen. Um das kommunikative Defizit unter den Beteiligten zu mindern, wird gefordert, die seit Jahren an weit über hundert Orten in Deutschland als sehr hilfreich sich erweisenden „Psychosese minare“ zu einem Regelbestandteil professioneller Ausbildung und Praxis zu machen.

10. Behandeln wird so zu einem Prozeß des Verhandeln und Aushandeln. Psychotische Krisen müssen als Lebens- und Lernerfahrung verstanden und ernst genommen werden. In der psychiatrischen Arbeit gibt es keine Qualität ohne Zeit. Vor Tabuthemen wie Medikamentennebenwirkungen sowie Selbsttötungsrisiken bei psychischen Erkrankungen dürfen psychiatrischen Fachkräfte in den Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen nicht zurückschrecken, da sonst Leid und Risiken bei Hilfesuchenden ungerechtfertigt erhöht werden. Diese beschreiben es als größte Erniedrigung, in Unwissenheit belassen zu werden.

11. Gerade für psychisch kranke Menschen stellt Arbeitslosigkeit ein besonderes Risiko für Gesundheit und weiteren Lebensweg dar. Gefordert wird deshalb die Langzeitintegration durch Arbeit und Beschäftigungsmöglichkeiten, ersatzweise arbeitsmäßige Beschäftigungen zu Lasten der sozialen Hilfesysteme. Um die Krankheitsbenachteiligung für Betroffene und ihre Angehörigen zumindest ansatzweise auszugleichen, sind Modelle der Grundsicherung anstelle der Sozialhilfe zu erproben.

12. Die Erfahrung der Motzener Tagung haben für 300 Tagungsteilnehmer aus den neuen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eindrucksvoll bewiesen, wie weit inzwischen der fruchtbare Dialog aller Beteiligten gelungen ist. Aus diesem gemeinsamen Gespräch sollen kreative Potentiale für die Öffentlichkeitsarbeit in den einzelnen Bundesländern entwickelt werden im Sinne aufklärender Bildungsprozesse.

*Verabschiedet am 9. Oktober 1999, Fontane-Klinik, Motzen  
Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.psychiatriereform.de>*

## MEINUNGEN

*Die Motzener Fachtagung war für uns als Landesverband der Angehörigen in ihrer Konzeption, Durchführung und ihrem Resultat eine Überraschung. Hier stellte sich die Psychiatrie in ihrer ambulanten und klinischen Arbeit in einer völlig neuen Gestalt institutionsübergreifend dar. In unserer über sechsjährigen Arbeit im Landesverbandes, wie auch in unserer über 20jährigen, persönlich/familiären Erfahrung mit Psychiatrie, haben wir Angehörigen immer gelitten unter der Diskrepanz zwischen diesen zwei, jeweils in sich geschlossenen Blöcken von ambulanter und klinischer Versorgung. Diese Kluft hat die Motzener Tagung bereits in ihrer Konzeption überwunden und damit institutionsübergreifend die Frage nach Versorgungserfolgen und Versorgungslücken stellen und beantworten können.*

Frank Richter, Vors. Landesverband Brandenburg ApK

*Motzen hat aufgezeigt, dass es ohne die Einbeziehung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen keine Fortschritte in der Psychiatriereform geben kann. Besonders richtungswesend finde ich die Ansicht von Prof. Dr. Dörner. Er sagte: „Wenn ich wähle, im Gesundheits- oder Sozialwesen tätig zu sein, habe ich auch die Pflicht gewählt, meinen Job überflüssig zu machen.“ Die Klinikbetten in Gütersloh konnten drastisch schrumpfen, weil gleichlaufend dazu die gemeindenahere Unterbringung der Patienten mit ambulanter Versorgung und sinnvollen Beschäftigungsangeboten erfolgreich verwirklicht werden konnte.* Helmut Hartig, Ehrenvorsitzender LApK MV e.V.

## Psychoedukation als Selbstsicherheitstraining

*lb-news/rh* - Vor drei Jahren hatten Nervenärzte, Psychologen, Psychiatrieerfahrene und Angehörige in Leipzig und Saarbrücken die zündende Idee, im Rahmen eines Pilotprojektes „Integrierte Schizophreniebehandlung“ zu prüfen, ob sich durch eine Stärkung des ambulanten Bereiches die Behandlungsqualität schizophrener Patienten verbessert und gleichzeitig die direkten Kosten der Krankheit reduzieren lassen.

Inzwischen liegen erste Ergebnisse zum Leipziger Projekt vor, die bundesweit für Furore sorgen. So auch in Rostock, wo sich eine Arbeitsgruppe „Versorgungsqualität psychisch Kranker in Mecklenburg-Vorpommern“ gebildet hat. Einen Überblick über das Projekt gab gestern der mitarbeitende Leipziger Psychiater Dr. med. Rainer A. Richter in der Hansestadt. So ziele das wissenschaftlich begleitete Vorhaben auf die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen. Dabei stehe die Wissensvermittlung über die Erkrankung, Möglichkeiten der Therapien wie Soziotherapie, Psychotherapie, Pharmakotherapie sowie das Erkennen von Frühsymptomen und die Erarbeitung eines Krisenplanes im Vordergrund. Dafür wurde unter der Trägerschaft des „Verein für ergänzende psychiatrische Therapie und Information e.V.“ ein spezielles Therapie- und Informationszentrum gegründet, das eng mit den niedergelassenen Ärzten zusammenarbeitet. Kern am Zentrum bilden die sogenannten psychoedukativen Gruppen für Patienten, Familienangehörige und enge Bezugspersonen, die sich hier unter psychologischer Anleitung - in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten - in regelmäßigen Abständen treffen. Drei Monate nach Beendigung des „Selbstsicherheitstrainings“ ist ein Auffrischungskurs vorgesehen, um die günstige Krankheitsprognose nachfolgend zu beeinflussen.

Besonders der aus der Wissensvermittlung gewonnene «emanzipatorische Aspekt» erleichtere den Umgang mit der Krankheit Schizophrenie, trage zur Entstigmatisierung sowie zu einem „Wohlgefühl“ in den betroffenen Familien bei, so Dr. Richter. Zudem habe sich bei den Patienten die Compliance (Therapiebereitschaft) deutlich erhöht. Anbahnende Rezidive (Rückfälle) konnten rechtzeitig behandelt werden. Jedoch der Nachweis, Krankenhaustage einzusparen, stehe noch aus.

Der Leipziger Mediziner verwies darauf, dass obwohl der medizinische Fortschritt besonders auch für Schizophreniekranken innovative Therapien bereithalte, wie z.B. Psychoedukation und moderne atypische Neuroleptika, werde ihnen immer noch diese Chance weitestgehend vorenthalten. Der bisherige positive Verlauf des Projektes ist somit auch mit der Frage verbunden, ob die Psychoedukation als sozialrechtliche Behandlungsleistung abgesichert werden kann.

Bislang werden die Kosten für das Modellprojekt von Janssen-Cilag, einem führenden forschenden pharmazeutischen Unternehmen, getragen. Im Ergebnis der anschließenden Diskussion sprachen sich die Teilnehmer der Rostocker Arbeitsgruppe für ein ähnliches Projekt in ihrer Hansestadt aus.

# Ohne Absicht therapeutisch: Zum Verhältnis von Psychose-Seminar und Psychotherapie

Ausgangspunkt des Psychose-Seminars war und ist das Eingeständnis, dass eine wissenschaftliche Erklärung oder auch nur ein einheitliches Bild der (schizophrenen oder manisch-depressiven) Psychose nicht möglich ist. Weitere Erkenntnisfortschritte setzen einen wechselseitigen Austausch und eine stärkere Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmungen voraus.

## Wissen vervielfachen

Lange Zeit fanden sich Patienten im wesentlichen in der Rolle des Objektes von Behandlung sowie Angehörige sich in der des Störenfrieds. Eine gleichberechtigte Begegnung mit dem Ziel, Wissen zu addieren, wechselseitig zu ermöglichen und so zu verstehen, war überfällig. Dabei erwies sich die Begegnung unabhängig von den »Barrieren« therapeutischer oder familiärer Abhängigkeit als besonders fruchtbar.

Noch ein anderer paradoxer Effekt war zu beobachten: Menschen, die sich unter dem Druck therapeutischer Absichten eher verschließen, öffneten sich im Psychose-Seminar – das sich explizit *nicht* als therapeutische Einrichtung versteht – eher beiläufig und aus sich heraus. Hilfreich war dabei vermutlich, dass gewissermaßen eine Verkehrung der Rollen stattfand: Psychoseerfahrene gelten im Psychose-Seminar als Experten, Angehörige als deren »Kenner« und Profis als die, die sich einen persönlichen Zugang zum Geschehen erst noch erarbeiten müssen.

## Der Status ist für alle gleich

Studenten lernen die Verschränkung der Perspektiven kennen, bevor sich die übliche Haltung machtvollen Tuns allzu sehr verfestigen kann. Die Erfahrungen im Psychose-Seminar verdeutlichen einen Widerspruch, den manche Therapie nicht auflösen vermag: Emanzipatorisch wirken zu wollen, durch eine eher hierarchische Beziehung aber eben das gleichzeitig zu erschweren. Im Psychose-Seminar ist der Status des Seminarteilnehmers für alle gleich. Darin steckt eine Chance.

Natürlich gibt es auch allgemeine Risiken und Gefahren, die es zu vermeiden gilt: So sind die professionellen Mitarbeiter manchmal versucht, ihr professionelles Wissen zu verstecken und zuwenig Farbe zu bekennen. Bei manchen Erfahrenen besteht die Tendenz, die Erlebnisse im nachhinein rosa, bei manchen Angehörigen die, im nachhin-

ein schwarz zu färben. Doch genau an diesen Stellen bietet der Dialog die Chance einer »Korrektur«.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Das Psychose-Seminar ist keine Therapie! Und doch hat es (vielleicht gerade deshalb) vielfach eine therapeutische Wirkung. Vielleicht ist die so zu erklären: Wenn sich jemand mit seinen psychotischen Wahrnehmungen betrachtet, sich sogar offen und öffentlich in wohlwollender Umgebung zu ihr bekennt, so wirkt das selbst-integrierend, also der Spaltung entgegen. So kann ein Prozeß in Gang kommen, der durch reine medizinische oder psychotherapeutische Symptombekämpfung eher verhindert wird.

Die relative Öffentlichkeit des Seminars kann helfen, der Gefahr der gesellschaftlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Das Erkenntnisinteresse im Psychose-Seminar signalisiert eine grundlegende Akzeptanz: Psychosen gibt es - was bedeuten sie? Im Vordergrund steht weniger die Suche nach Ursachen, als die nach dem Sinn. Psychoseerfahrene Menschen lernen sich untereinander, auch in der Wahrnehmung durch Angehörige und Profis, als ganze Menschen kennen, als Menschen mit besonderer Lebenserfahrung.

## Leichtigkeit und Humor

Um das leisten zu können, braucht das Psychose-Seminar bei aller Dringlichkeit und Schwere der Themen auch Leichtigkeit und Humor. Ich war selbst anfangs überrascht, wie sehr meistens beides möglich war, vielleicht weil Therapie und Veränderung nicht das erklärte Ziel waren. Sinnsuche geschieht im Psychose-Seminar nicht so sehr auf individueller psychoanalytischer Ebene, sondern auf einer eher grundsätzlichen »philosophischen«, vielleicht auch manchmal etwas oberflächlichen Ebene. So wird dort Psychose verstanden als Ausdruck eines Ringens um Eigenheit, als Lösungsversuch vorausgegangener Konflikte und Krisen, als Rückgriff auf frühere Entwicklungsstufen, als verzweifelter Versuch der Angstreduktion usw. Dieser eher bescheidene Ansatz kann ermutigend wirken.

Das Psychose-Seminar wird nicht nur von sogenannten »leichten Fällen« besucht. Die meisten psychoseerfahrenen Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer haben mehrere Psychosen erlebt. Im Unterschied zur Klinik kommen nicht nur Menschen in akuter oder nur in Rehabilitationsphasen zusammen, sondern eine bunte Mischung

von Menschen, darunter auch solche, die »über ihrer Erkrankung stehen«. Andererseits ist die Kommunikation im Psychose-Seminar mitunter sehr »verrückt«. Psychose-nahe Spannungen können dann die Atmosphäre bestimmen.

Manchmal fühlen sich auch akut psychotische Menschen vom Psychose-Seminar angesprochen oder können dies auf unterschiedliche Weise bereichern. Manchmal aber kommen alle Beteiligten an ihre Grenzen und können dies (vielleicht unbefangener als in einer Therapie) nur zugeben.

## Wichtig: Freiwilligkeit

Eines ist in jedem Fall wichtig: Ein Psychose-Seminar kann nicht »verordnet« werden. Die Teilnahme ist in jedem Fall und in ganz umfassendem Sinne freiwillig. Das gilt auch für die Häufigkeit, Intensität und Aktivität der Teilnahme. Das heißt, es gibt Menschen, die sagen nie etwas, kommen immer und profitieren mehr als die, die ständig im Mittelpunkt stehen.

Dass die Psychose-Seminare so viel Zulauf finden, dass diese banale Idee auf soviel Echo stößt, ist eigentlich beschämend. Offensichtlich gibt es einen Nachholbedarf an vorurteilsfreier Begegnung, an gleichberechtigtem Austausch und an Gelegenheit zu offenem Bekenntnis. Offensichtlich ist der phänomenologische Ansatz vergangener Zeiten, das Bemühen, dem Phänomen Psychose unvoreingenommen und nicht nur medizinisch zu begegnen, immer noch hochaktuell. Offensichtlich ist manches an unserer gewohnten professionellen Einstellung gegenüber Psychosen überholungsbedürftig.

## Auseinandersetzung

Einen besonderen Wert haben Psychose-Seminare für eine Patientengruppe, die nach Ansicht vieler Experten die künftige Psychiatrie besonders kritisch auf die Probe stellen wird: Gerade jüngere Psychosepatienten, auch und gerade die, die wiederholt psychotisch werden, brauchen Gelegenheit, sich kritisch mit der Psychiatrie *und* selbstkritisch/reflektierend mit der eigenen Psychose auseinanderzusetzen.

Gerade die sogenannten »neuen chronischen Patienten«, die keine ewige Krankenhaus-Sozialisierung hinter sich haben und sich dann dankbar rehospitalisieren lassen, die vielleicht noch hochfliegende Pläne haben und die die Psychiatrie als fremd und feindlich erleben, suchen im Psychose-Seminar eine ihnen angemessene Form der Auseinandersetzung.

Das Psychose-Seminar ist in der Regel geeignet, die Identität eines psychoseer-

fahrenen Menschen zu stärken – und zwar zunächst einmal unabhängig von der Fortexistenz der psychotischen Wahrnehmungen. Es fördert die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung oder Störung oder besonderen Verletzbarkeit. Das kann in bestimmten Phasen der eigenen Entwicklung allerdings auch schon mal falsch sein. Es kann hingegen wichtiger sein, sich abzuwenden von der Beschäftigung mit der Psychose, ihren Hintergründen und Bedeutungen. Es kann wichtiger sein, die Selbstverständlichkeit des Lebens auf andere Weise (wieder) zu erringen.

Die Balance liegt in jedem einzelnen Menschen. Von daher ist das Psychose-Seminar nicht für diese Gruppe immer und für die andere nie geeignet. Es kann für einen konkreten Menschen in einer bestimmten Phase und entsprechend seiner Offenheit Impulse geben bzw. von ihm empfangen. In einer anderen Phase kann sich das mehrfach verändern. Günstigenfalls gelingt diese Unterscheidung auch im Seminar.

## Alle sind Gewinner

Dabei ist es wichtig, sich immer wieder ins Gedächtnis zu rufen: Das Psychose-Seminar ist keine Therapie und keine Selbsterfahrung im engeren Sinne. Es soll ein wechselseitiges Lernen ermöglichen mit dem Ziel, das jeweilige Bild und das gemeinsame Wissen zu vervollständigen sowie die Souveränität der drei Gruppen im möglichst gleichberechtigten Umgang zu stärken. Für psychotherapeutisch tätige Mitarbeiter bietet der Austausch im Psychose-Seminar eine ungeahnte Möglichkeit, den Doppelcharakter der Psychose als Störungs- und vorläufigen Lösungsversuch in seiner vollen Ambivalenz zu erfassen und frühe Balancierungs- und Selbstheilungsversuche des einzelnen kennenzulernen. Das ist in seiner Bedeutung kaum zu unterschätzen, denn für alle Therapien gilt, dass die am schonendsten und besten wirkt, die an den Selbstheilungskräften ansetzt.

Thomas Bock

Es ist sonderbar,  
aber Eltern sind auch  
Menschen, und sie sind,  
was die «Herstellung und  
Aufzucht» von Nachwuchs  
betrifft, so was wie  
ungelernte Arbeiter.

„Loriot“, Vicco von Bülow

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Meinungen

„Stimmenreich“ und „Im Strom der Ideen“ - zwei Bücher aus dem Psychiatrie-Verlag - dokumentieren die spannende Geschichte dieses Hamburger Psychose-Seminars, das zum Vorbild wurde für eine bunte Vielfalt von mittlerweile über hundert ähnlichen Verständigungsbemühungen quer durch die Bundesrepublik (und darüber hinaus). Sie sind bis jetzt überwiegend an außerklinischen Diensten und Institutionen angesiedelt, leider noch zu selten an psychiatrischen Kliniken, obwohl sie gerade hier - als eine Form von institutioneller Supervision - wichtige Impulse geben könnten für die Entwicklung einer menschlicheren, einer verständigeren Psychiatrie.

„Dabei kann man ruhig mal darauf verweisen, dass solche Foren für die Aus- und Weiterbildung eine hohe Bedeutung haben können“, heißt es im Vorwort zu dem Band „Im Strom der Ideen“. „Denn wo sonst erlebt man als werdende Fachkraft so hautnah die notwendige Verunsicherung des unbedingten Helfen-Wollens und so lebendig die ‚Verschränkung der Perspektiven‘“. Weshalb eine chinesische Weisheit empfiehlt: „Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten.“

*Susanne Heim in einem Beitrag zum Kölner Psychose-Forum*

### Schizophrenie

#### Nicht gefährlicher als andere

Vorurteile erschweren psychisch kranken Menschen häufig den Heilungsprozess und die Wiedereingliederung in den Alltag. Besonders betroffen von dieser Stigmatisierung sind Schizophrenie-Kranke. Wie Richard Warner, Vorsitzender des Stigma-Komitees der World Psychiatric Association, in Leipzig sagte, haben die Betroffenen vor allem mit dem Vorurteil zu tun, sie seien gewalttätig oder unzuverlässig. Tatsache sei jedoch, dass Schizophrene in Behandlung nicht gefährlicher als andere Menschen und durchaus leistungsfähig seien. Das Negativ-Bild werde jedoch in Medien stark verbreitet. „Das Stigma psychischer Erkrankungen ist eine der letzten Bastionen in der Gesellschaft mit Vorurteilen - mehr als gegenüber Körperbehinderten“, rügt Warner. Deshalb neigten Betroffene und deren Angehörige häufig dazu, die Krankheit nicht zu akzeptieren. Beklagt wurde auch der Ausschluss psychischer Erkrankungen aus der allgemeinen Gesundheitsdebatte.

*Frankfurter Rundschau, 29.4.00*



EUFAMI-Tagungsort für Angehörigenverbände aus 15 europäischen Ländern



Lennart Lundin, Vizepräsident des schwed. Angehörigenverbandes RIKS-IFS



Die über 200 Konferenzteilnehmer waren von dem Programm überwältigt.



Wissenschaftler, Ärzte und Sozialarbeiter stellten neue Untersuchungen vor.



Mitglieder der deutschen Delegation in Stockholm.

# Tagebuchnotizen zum EUFAMI-Kongress...

## Freitag, 08.10.99

Der Wecker klingelte um 3.30 Uhr. Frühes aufstehen war angesagt, um 06:40 ging der Flieger von Bremen nach Frankfurt, dann weiter nach Stockholm. In Frankfurt traf ich Frau Hanschke und Herrn Peukert. Sie flogen mit der selben Maschine und so konnten wir dann auch gemeinsam mit dem Airport Bus in die City von Stockholm fahren. Kurz nach 14.00 Uhr haben wir im Hotel eing检eckt. Noch Zeit zum Koffer auspacken und frisch machen. Das Konferenzzentrum von Stockholm ist nur 5 min zu Fuß entfernt.

17.00 Uhr, Bas van Raay, Präsident EUFAMI, und Rolf Lundquist, Präsident des Angehörigenverbandes Schweden, begrüßen im großen Sitzungssaal die bis dahin eingetroffenen Angehörigen. Ein Chor junger Frauen singt mit viel Engagement Musicalmelodien. Danach Empfang, „Smaltalk“ mit Häppchen, Wein und Fruchtsäften. Die EUFAMI-Delegierten aus Deutschland kommen hinzu. Sie haben schon die ersten Sitzungen hinter sich. Frau Brand möchte noch den Info-Tisch des BApK herrichten. Ich besorge TESA-Film zum Befestigen des Plakats. Ulrike Schob und Roland Hartig haben einige Exemplare „Lichtblick“ mitgebracht. Es werden BApK- und EUFAMI-Infos in deutscher und englische Sprache ausgelegt. Die „Lichtblick“-Exemplare sind schnell vergriffen.

## Samstag, 09.10.99

Frühstück gibt es ab 6.30 Uhr. Ich gehe aber erst um 7.30 Uhr und treffe auch gleich andere Teilnehmer aus Deutschland. Wir sind alle im selben Hotel untergebracht. Einen Großteil der Anderen kenne ich auch schon von anderen Veranstaltungen. So geht auch sofort eine rege Unterhaltung los, die wir abrechnen müssen, um nicht zu spät zur Eröffnung zu kommen.

Um 9.00 Uhr sind (wohl) alle Kongressteilnehmer im großen Konferenzsaal A anwesend. Bas van Raay und Rolf Lundquist eröffnet den Kongress. Dabei überbringt Rolf Lundquist die herzlichen Grüße der Schwedischen Königin Sylvia, die die Schirmherrin des Kongress ist, und des Bürgermeisters von Stockholm.

Der Kongress hat drei Themenschwerpunkte, die in Kurzvorträgen vorgestellt wurden:

1. Kinder von psychisch erkrankten Eltern,
2. Selbsthilfe und Information gegen Stigmatisierung,
3. Gute Praxis der Vorbeugung und Behandlung.

Bis 10.50 Uhr werden drei Vorträge a' ca. 20 min zum 1. Schwerpunkt gehalten. Dabei hat mich die Vorstellung eines Theaterprojektes, welches sich mit kindgerechter Darstellung der Krankheitsproblematik beschäftigt besonders berührt. Die vortragende Theaterleiterin hatte selbst eine erkrankte Mutter und bringt das Thema sehr intensiv rüber. Im Anschluss an diese Vorträge werden nach kurzer Pause in verschiedenen Sälen Symposien zum 1. Schwerpunktthema abgehalten. Hier ist auch (allerdings recht knapp) Gelegenheit zur Diskussion.

Mittags ein besonderer Höhepunkt. Die Stadt Stockholm lädt zu einem Empfang mit Büfettimbiss ins Rathaus. Wir werden von der stellvertretenden Bürgermeisterin sehr herzlich begrüßt. Der Empfang findet im Saal, in dem auch das Nobelpreisdinner abgehalten wird statt. Hier ergibt sich eine besonders gute Gelegenheit, mit Angehörigen aus anderen Ländern der EU ins Gespräch zu kommen.

Nach dem Empfang wird die Veranstaltung mit Kurzvorträgen zum 2. Schwerpunktthema fortgesetzt. Auch hier spricht mich ein Vortrag besonders an. Der Vortrag „Vom Opfer zum Sieger“ berichtete über den Weg eines stimmenhörenden Mannes. Da er selbst verhindert ist, wird der Bericht von seiner Lebensgefährtin in beeindruckender Weise vorgetragen. Er ist auch ein Dank an die Menschen, die ihm zur Seite standen und geholfen hatten. Prof. M. Romme und Sandra Escher, die auch in Deutschland sehr bekannt sind, werden besonders erwähnt. Auch im Anschluss an diese Kurzvorträge wird das Thema in verschiedenen Sälen vertieft. Ich besuche das Symposium, das sich mit der Partnerschaft zwischen Patienten, Angehörigen und professionellen Helfern sowie dem Programm gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die unter Psychosen des schizophrenen Formenkreises leiden, befasst. Hier stellt Prof. Angermeyer aus Leipzig in Vertretung des Präsidenten der Weltverbandes der Psychiater (WPA) die Kampagne „Schizophrenia – open the doors“ (Schizophrenie – öffnet die Türen) vor. Er erläutert an selbst untersuchten Beispielen die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Mitbürger.

Das Programm des Samstag endet ca. 19.00 Uhr. Abends nehme ich die Gelegenheit wahr, mir die Stockholmer Altstadt anzusehen und mal allein auf ein (recht teures) Bier ein Lokal aufzusuchen.

## Sonntag, 10.10.99

Die Kurzvorträge und vertiefenden Symposien des Sonntags sind dem 3. Hauptthema gewidmet. Hervorgehoben wird dabei die Notwendigkeit sich ergänzender Therapien medikamentöser und psychosozialer Art. Prof. Dieter Naber vom UKE Hamburg hält einen Vortrag zum Thema: „Atypische Antipsychotika und subjektive Erfahrungen mit Neuroleptika“. Neu war für mich ein Vortrag über die Kunst der Behandlung mit Neu-

## ...vom 8.10. bis 10.10.1999 in Stockholm

roleptikern von Prof. Lars Farde, Karolinske Hospital Stockholm. Prof. Farde vertritt die Auffassung, dass die optimale Wirkung – grösst mögliche antipsychotische Wirkung bei kleinst möglichen Nebenwirkungen nur in einem schmalen Bereich der Wirkstoff-Dosierung liegt und dass es keine Grund gibt, einen Patienten mit mehr als einem Neuroleptikum zu gleichen Zeit zu behandeln, solange sie nach dem selben Prinzip arbeiten. In Anschluss daran finden wieder vertiefende Symposien statt.

Ca. 14.00 Uhr versammeln sich alle Teilnehmer zu einer abschliessenden Diskussion noch einmal im grössten Saal. Der Kongress endet ca. 15.45 Uhr, nach dem der Präsident EUFAMI Bas van Raay die Erklärung von Stockholm (Deklaration für das Jahr 2000) mit der Aufforderung, diese von möglichst vielen Angehörigen und Freunden psychisch Kranker an möglichst viele EU-Parlamentarier zu versenden, verlesen hat. Die Erklärung fordert das EU-Parlament auf, sich für eine optimale und in allen Länder der EU gleich gute Versorgung von psychisch kranken Mitbürgern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse einzusetzen. Abschließend danken die Teilnehmer den schwedischen Organisatoren für die gute Ausrichtung des Kongresses.

Abends treffen sich die deutschen Teilnehmer zu einer Busrundfahrt durch Stockholm und zu einem gemeinsamen Abendessen. Hier ist eine gute Gelegenheit der Diskussion unter den deutschen Teilnehmern.

### Nacharbeit am Montag, 11.10.99

09.00 Uhr, die deutschen Teilnehmer treffen sich zu einem Workshop im Hotel. Die Moderatorin des Workshops bittet die Teilnehmer um Angabe von zwei Themen zur weiteren Vertiefung. Aus den Anregungen kristallisieren sich drei Schwerpunkte heraus, die in Arbeitsgruppen vertieft werden sollen. Ich wirke in der Arbeitsgruppe „Interner Informationsfluss“ mit. Wir diskutieren, wie wir die Deklaration 2000 weiter behandeln wollen, so dass das Ziel einer grösst möglichen Versendung an die EU-Parlamentarier erreicht wird. Wir schlagen vor, die Erklärung mit einem Standardschreiben im Schneeballsystem über den BApK an alle Landesverbände und die an alle Mitglieder, Mitgliedsgruppen und –vereine zu versenden. Wir hoffen, dass damit möglichst viele Mitglieder erreicht werden. Diese sollen dann „vor Ort“ eine Kampagne zur Versendung der Erklärung an die jeweiligen EU-Parlamentarier ihrer Region starten.

Nach einem abendlichen Altstadttrudgang treffen wir uns noch einmal zu einem abschließenden Abendessen. Das Essen findet in sehr entspannter Atmosphäre statt. Ich habe selten einen Abend so genossen. Vielleicht liegt das ja daran, dass Angehörige, die zu solchen Veranstaltungen fahren eine ähnliche Wellenlänge haben.

### Dienstag, 12.10.99

Nach einem Frühstück und der Fahrt zum Flughafen startet der Flieger nach Frankfurt bei herrlichem Wetter pünktlich um 09.15 Uhr. Bei gleich schönem Wetter komme ich gegen 14.00 Uhr in Bremen an. Ich hole mein Auto aus dem Flughafen-Parkhaus und fahre nach Wilhelmshaven. 15.15 Uhr bin ich zuhause. Meine Frau steht gerade auf. Ich bemerke, dass ich meine Jacke im Flugzeug vergessen habe. Der Alltag hat mich wieder.

### Was bleibt noch anzumerken?

Der Kongress war anstrengend. Er forderte ein hohes Maß an Konzentration. Er bot die Möglichkeit des Austausches von Problemen und Sorgen. Er ist die logische Fortsetzung der örtlichen Gruppentreffen, Landesverbandstreffen und Bundesverbandstreffen. Eine einheitliche Sprache innerhalb Europas zu finden ist bei immer grösser werdender Gesetzgebungs-Zuständigkeit und Macht der EU unabdingbar. Hier wird dazu eine Gelegenheit geboten.

Der Kongress hat viel Spass gemacht. Es wurde viel gelacht bei Gesprächen mit Teilnehmern aus anderen EU-Ländern oder auch mit anderen Deutschen. Dieses gute Klima habe ich auch schon bei anderen Veranstaltungen an denen Angehörige psychisch Kranker teilnehmen erfahren.

Der Kongress machte mir wieder einmal deutlich, dass Angehöriger eines psychisch kranken Familienmitgliedes zu sein nicht nur Angst, Kummer und Sorge bedeutet. Angehöriger eines psychisch kranken Familienmitgliedes zu sein kann auch eine Herausforderung sein, kann einen auch wachsen lassen. Die Kontakte, die ich auf solchen Veranstaltungen in der Angehörigenbewegung knüpfen kann, helfen mir, die Erkrankung meiner Frau zu akzeptieren, helfen mir der Angst entgegenzuwirken und die Sorge zu tragen.

Abschließend möchte ich mich bei Ursula Brand und Linde Schmitz-Moormann bedanken, dass sie mir, als einfachem Mitglied eines Landesverbandes, die Möglichkeit eröffnet haben, mit dabei zu sein. Ich möchte mich auch bei den Sponsoren bedanken. Durch ihr finanzielles Engagement ist es den Meisten von uns erst möglich geworden teilzunehmen. Ohne diesen Beitrag wäre die deutsche Delegation kleiner als die Italiens, Österreichs oder Norwegens gewesen. Die Vertreter der Sponsoren haben sich dabei wohlthuend im Hintergrund gehalten.

Peter Arp, Wilhelmshaven, 16.10.1999 / E-Mail: Peter.Wilhelm.Arp@t-online.de



Ursula Brand: Psychiater, Patienten und Angehörige müssen zusammenarbeiten.



Fragen über Fragen an die Podiumsrunde ... und alles in englisch!



BApK-Vorsitzender Dr. Alfred Speidel bedankt sich bei den Gastgebern.



Angehörige: keine stummen Partner mehr!



Susan Kirkwood vom EUFAMI-Vorstand verteilt die „Deklaration 2000“.

## SOS-Krisenhilfe in der Psychiatrie

Ein schwerer Verkehrsunfall, Herzinfarkt oder die lebensbedrohliche Zuspitzung einer chronischen Erkrankung - effektive medizinische Notfallhilfe ist zentraler Bestandteil und Qualitätskriterium der gesundheitlichen Versorgung.

Ganz anders stellt sich die Situation allerdings bei psychischen Krankheiten dar, obwohl diese doch wesentlich durch krisenhafte Zuspitzungen gekennzeichnet sind. Diese Krisen können für die Betroffenen und ihre Familien durchaus lebensbedrohliche Dimensionen annehmen. Trotz der Reform der psychiatrischen Versorgung liegt die psychosoziale Krisenhilfe nach wie vor in erster Linie bei den Familien. Deshalb ist sie für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) auch ein Dauerthema, das der Verband auf seiner 18. Jahrestagung im November in Bad Hersfeld aufgegriffen hat.

In den letzten Jahren sind in den verschiedenen Regionen, so z.B. in Bielefeld, Hannover oder Berlin, psychosoziale Krisendienste entstanden. Eine Befragung des Angehörigenverbandes bei seinen örtlichen Gruppierungen ergab, dass die Versorgung dennoch nach wie vor mangelhaft ist. Ganz besonders trifft dieses Urteil auf die sogenannten Flächenländer zu, wo spezifische Angebote bei seelischen Krisen besonders dünn gesät sind.

Konzepte und Modelle einer psychiatrischen Krisenhilfe sind inzwischen entwickelt und auch ausreichend wissenschaftlich evaluiert. Dies betonte auch Dr. Annegret Kriegel vom Bundesministerium für Gesundheit in Bonn. Wichtig sei die Umsetzung solcher Bausteine wie krisenorientierte Akutbehandlung (Soteria), ambulante Soziotherapie sowie der Ausbau der Institutsambulanzen auch an psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Den weiteren zügigen Ausbau dieser Elemente der psychiatrischen Notfallversorgung forderten die Angehörigen. Ziel sei, so Dr. Alfred Speidel, Vorsitzender des BAPK, kompetente, aufsuchende Hilfen am Ort der Krise flächendeckend zu ermöglichen. Dies würde die Gewähr bieten, Leid und Gefahr für die Betroffenen und ihre Familien zu mildern und gleichzeitig die Kosten, die aus einer nicht adäquat behandelten Krise entstehen, entscheidend zu senken.

B. K.-L

## Jahre sind vergangen und nichts ist passiert!

*Der 4. Suizidversuch machte Wilfried zum Schwerstpflegefall / Keine Suizidprophylaxe, falsche Medikation, keine Zusammenarbeit mit Angehörigen, Fehleinschätzung der Situation ...*

Es reicht! Jahre sind vergangen und nichts, absolut nichts ist passiert. Ich bin hin- und hergerissen, zwischen Wut und Hilflosigkeit. Es ist alles tausendfach gesagt, trotzdem die Hintergründe noch einmal in Stichpunkten:

Wilfried, 44 Jahre alt, ist nach dem vierten Suizidversuch im Mai 1994 mit Tabletten zum Schwerstpflegefall geworden. Er kennt keinen, wird gewickelt, vegetiert in der geschlossenen Abteilung eines Pflegeheimes, ohne ein Fünkchen Hoffnung auf Besserung. Zeitweise ist Wilfried aggressiv, sodass er nicht einmal richtige Möbel haben kann. An dieser Stelle ein Dank an die Mitarbeiter des Pflegeheimes, die sich um ihn rund um die Uhr fürsorglich und pflegerisch kümmern. Anfangs war es fraglich, ob er überhaupt wegen der Schwere der Erkrankung und Behinderung in diesem Heim aufgenommen werden kann.

Seine Erkrankung: Endogene manische Depression mit schizophrenem Formenkreis von Jugend an (1988 heirateten wir, kein Mensch hielt es für nötig, mir zu sagen, wie krank er war). Aber das soll hier nicht das Thema sein.

Er befand sich gerade in einer guten Phase, über viele Monate. Heute weiß ich, eine Scheinwelt, in der er sich geflüchtet hatte. Ich liebte diesen Mann, er war der liebste, beste, ausgeglichenste, zärtlichste Mann und Vater, den ich mir wünschen konnte. Er sah gut aus, war intelligent, verfügte über ein geniales Computer-Wissen, er fühlte sich wie ein unverstandenes Genie... Doch als bei ihm die Krankheit nach zweieinhalb Jahren wieder ausbrach, stürzte alles wie ein Kartenhaus in sich zusammen. Jahre durch die Hölle folgten.

Wenn es eine Chance gegeben hätte, wie froh und dankbar wäre ich damals. Jede noch so kleine hätte ich ergriffen. Allein im Kampf gegen diese schlimme Krankheit - zwischen Hoffen und Bangen - besteht die Gefahr, wenn man nicht auch an sich denkt, selbst daran kaputt zu gehen.

Damals gab es nur einen Psychiater, der uns wirklich half und die Krankheit richtig einschätzte, Dr. med. Frick aus Malchin. Er weiß, dass ich ihm dankbar bin, ohne ihn wäre ich wirklich zerbrochen.

Fatal ist, dass die anderen „Experten“, in deren Hände sich Wilfried vertrauensvoll begeben hatte, nur experimentiert haben. Sie hätten helfen können, doch sie haben nur zerstört. Es wurde völlig unqualifiziert gearbeitet. Wir als Wilfrieds Familie, die ein-

zigen, die er damals nur noch hatte, wurden draußen gelassen. Als Ehefrau wurde ich wie ein kleines dummes Ding abgefertigt. Sehr oft bin ich die 300 Kilometer heulend, völlig verzweifelt nach Hause gefahren. Statt Hilfe stieß ich auf Ablehnung. Gespräche mit den Profis verliefen, wenn sie überhaupt stattfanden, auf der Basis von Schuldzuweisungen und Beschimpfungen. Ich frage mich, wer gibt jemanden das Recht, ohne die anderen und die häuslichen Umstände zu kennen, Angehörige von psychisch Kranken derart anzumotzen und dazu noch den Kranken negativ zu beeinflussen?

Ein Hilferuf in Form eines Briefes existiert und die lapidare Antwort darauf beweist, wie falsch die Situation damals eingeschätzt wurde. Ich wollte diese Ungerechtigkeiten hinausprechen. Damals hatte ich dafür keine Kraft.

Die Zeit läßt sich nicht mehr zurückdrehen. Wilfried ist jetzt ein Schwerstpflegefall. Aber ich weiß auch, dass unser Schicksal kein Einzelfall ist. Deshalb will und werde ich nicht still sein, sonst hören diese Mißstände nie auf.

An dieser Stelle will ich betonen, dass ich keine Schwarzmalerei betreiben will, was die Psychiatrie betrifft. Ich weiß aus meiner Berufserfahrung im sozialen Bereich, wie schwer und kompliziert dieses Fachgebiet der Medizin ist. Ich zolle denen, die da arbeiten durchaus meinen Respekt. Was wir aber erlebt haben, schreit zum Himmel!

Man neigt auch in seiner Verzweiflung die „Schuld“ bei anderen zu suchen. Das ist nicht der richtige Weg. Wenn Sie ähnliches erlebt haben, dann reiche ich Ihnen meine Hand, mache Ihnen Mut und ermuntere Sie, nicht still zu sein. Schliesslich geht es um Ihren betroffenen Angehörigen, um seine durch Krankheit beeinträchtigte Lebenssituation, die letztlich auch die ganze familiäre Situation erfaßt.

Über Jahre habe ich versucht, mit Hilfe von zwei Anwälten etwas zu bewegen. Doch so recht hat sich keiner an dieses heiße Eisen herangetraut. Es ist nämlich nichts passiert, bis auf das wenige hin und her Wortgeplänkel. „Götter in Weiß“ - ein heikles Thema. Na ja, und in der Psychiatrie ist es doppelt schwierig, da manches nicht greifbar ist. Keine Suizidprophylaxe, falsche Medikation, keine Zusammenarbeit mit Angehörigen, Fehleinschätzung der Situation!

Auskünfte bekomme ich nicht, der behandelnde Arzt auch nicht. Akteneinsicht? -



Unter fadenscheinigen Ausflüchten gibt es auch die nicht mehr. Direkt vor Ort nachgefragt, sagte man uns, die Akten seien verschwunden. Ein Witz? Außer einer leeren Hülle, kein einziges Krankenblatt! Unverständliches Schulterzucken bei den kleinen Mitarbeitern, Wutausbrüche bei der Oberärztin über unsere Dreistigkeit. Dabei suchten wir nur ein klärendes Gespräch - ich war doch seine Frau.

Der Anwalt sagt, wenn die Akten weg sind, kann man nichts mehr machen. Warum ist es so schwierig, im Kampf gegen „Ärztepfusch“ berechnete Ansprüche durchzusetzen? Nur wenige haben die Kraft und die Mittel für eine jahrelange, nervenaufreibende Auseinandersetzung.

Ich bin kein Jurist, nur ein Mensch mit Gefühlen, einer gesunden Portion Menschenverstand und Gerechtigkeitsinn. Die damalige Stationsärztin praktiziert übrigens seit Jahren nicht mehr dort, sagte man uns. Ob sie inzwischen an anderer Stelle Unheil anrichtet? (meine ganz persönliche Frage) Sie meinen, das alles gibt es doch nicht, es klingt wie ein Märchen aus tausend und einer Nacht? Leider ist es das nicht. Es ist grausame erlebte Wirklichkeit, in der Charité Berlin, Klinik für Psychiatrie, im Zeitraum von 1993 bis 1994. Konkret auf Station 7 mit OÄ Frau Dr. Ruser und der damaligen Stationsärztin Frau Ruhrig.

Und wenn es keinen Anwalt gibt, der sich mit Rückgrat hinter diesen Fall stellt, werde ich trotzdem nicht still sein. Schon um derer Willen, die ähnliches erleben mussten oder heute kurz davor stehen. Ich will darüber reden, will nicht, dass andere so «enden» wie Wilfried. Denn wenn es eine Chance gibt, bei dieser Krankheit, die ohnehin sehr schwierig ist, dann nur, wenn alle an einem Strang ziehen.

Ich sage nicht, dass die benannten Ärzte schuld daran sind, dass sich Wilfried durch eine Tablettenüberdosis so schwer schädigen konnte. Ich weiß nicht, wie der Verlauf sonst gewesen wäre. Aber ich weiß, dass ihm und unserer Familie jegliche Chance genommen wurde. Noch was: auf den Zustand von Wilfried angesprochen, hatte die Oberärztin nicht mal ein Wort des Mitgefühls übrig. Das ist fünf Jahre her. Ob sie inzwischen mal nachgedacht hat?

Ich bin nicht zerbrochen an dem, was so unsagbar schwer war. Für mich gab es trotz allem einen Neuanfang. Wie? Das erzähle ich Ihnen ein anderes mal. Dankbar bin ich, dass es den Landesverband für Angehörige Psychisch Kranker und Freunde in Mecklenburg-Vorpommern gibt. Hätte ich diese engagierten Mitglieder eher getroffen, dann hätte ich sicher viel früher mit der Faust auf den Tisch gehauen... Danke Helmut, Roland und wie Ihr alle heißt. *Winni Schrapps*

## Bei Genesung mehr Geld

Stern/lb-news: Noch laufen viele Ärzte Sturm gegen erfolgsabhängige Honorare. Beispiele aus dem In- und Ausland zeigen jedoch: Die Methode funktioniert.

So zahlt z.B. die Gmünder Ersatzkasse einer Reha-Klinik in Bad Füssing pauschal 2700 Mark pro behandeltes Knie. Davon werden zunächst nur 2160 Mark ausgezahlt. Den Rest gibt es, wenn nach eineinhalb Jahren Patienten besser dran sind als statistische Vergleichsgruppen.

In der brandenburgischen Reha-Fachlinik Bad Freienwalde hat die GEK einen Sondervertrag für Rückenpatienten unter 51 Jahren abgeschlossen. Für 4200 Mark wird dort die Wirbelsäule drei Wochen lang auf Vordermann gebracht. Verursacht der Patient in den folgenden 18 Monaten 30 Prozent weniger „Rückenkosten“ durch Arbeitsausfall oder Operation als der Durchschnitt, bekommt Freienwalde 420 Mark Zuschlag, andernfalls erfolgt ein Abzug.

Die Barmer belohnt in Westfalen Hausärzte, die es ohne die Hilfe von Fachärzten schaffen, die Blutwerte von Diabetikern richtig einzustellen. Im westfälischen Herdecke wird Medizinerinnen, die sich zu einer „Qualitätsgemeinschaft“ zusammenschließen, seit Januar von einem Konsortium aus

Ersatzkassen ein eigenes Budget zugestanden.

Verbesserte Qualität durch Erfolgshonorare können unsere Gesundheitsversorgung rund 25 Milliarden Mark billiger machen, schätzt man bei der GEK. Das Ausland zeigt längst, wo es lang geht.

In den USA bekommen Internisten umso mehr Geld, je weniger Zuckerkrankte ins Krankenhaus müssen. Chirurgen sammeln Pluspunkte, je weniger Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Operation sterben. In der Schweiz werden an Gemeinschaftspraxen Pauschalen pro Patient gezahlt. Durch effektive Medizin können sich Ärzte einen Zusatzverdienst schaffen. Kosteneinsparungen für die Kassen: 30 bis 35 Prozent. Die besonders umhetzten Patienten sind zufrieden.

Der gesundeste Wettbewerb kommt dort zustande, wo Durchschnittsmenschen Überdurchschnittliches leisten.

Colin Powell

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Todesfälle

## Gentherapie gestoppt

*lb-news:* Über 600 schwerwiegende Vorfälle bei gentherapeutischen Studien räumt ein jetzt von der US-Gesundheitsbehörde NIH vorgelegter Bericht ein. Darunter auch mehrere Todesfälle.

Die US-Behörden haben die ersten Konsequenzen gezogen: Mehrere klinische Prüfungen, die als zu risikoreich eingeschätzt werden, sind vorerst auf Eis gelegt worden. Aufmerksam auf die zum Teil drastischen Nebenwirkungen der Gentherapien wurden die US-Behörden erst durch den Tod des 18jährigen Jesse Gelsinger, der bei einer Versuchsreihe am Institute for Human Gene Therapy (IHGT) in Philadelphia an Organversagen starb. Dem 18jährigen hatten die Ärzte manipulierte Adenoviren verabreicht. Mit den manipulierten Schnupfenviren sollte eine genetische Stoffwechselstörung der Leber korrigiert werden. Für Gelsinger war die Krankheit nicht lebensbedrohend.

*gekürzter Bericht von Wolfgang Lohr, TAZ vom 9.2.2000, Seite 14*

## Fehldiagnose

*lb-news:* Eine Psychiaterin aus einer Klinik in W. diagnostizierte bei einer 45jährigen Patientin eine „schizo-afektive Störung“. Im Arztbericht steht „hypomanisch, depressiv, mimische Starre, gebundene Körperhaltung“. Für die Behandlung mit Psychopharmaka sah die Fachärztin einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren vor.

Der Zustand der Patientin verschlechterte sich weiter. Zwei Monate später liess sich die 45jährige in eine Klinik in Holstein einweisen. Dort konnten die Psychiater die Laborbefunde richtig lesen. Sie diagnostizierten nicht nur eine Schilddrüsenstörung, einen Mangel an Eisen, sondern auch ein Parkinson-Syndrom, hervorgerufen durch die verabreichten Psychopharmaka.

Während einer dreiwöchigen Therapie wurde die Psychopharmaka abgesetzt. Ihr Hausarzt übernahm die weitere Behandlung. Inzwischen arbeitet die Betroffene wieder. „Sie lebt förmlich auf“, so der Ehemann. Inzwischen hat sich die Frau wegen Verdacht einer Fehldiagnose an die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gewandt. Die Untersuchungen laufen noch.

# Auszüge aus dem „Tagebuch eines Erziehers“



*Volker Keßling, Jahrgang 1939, wurde Forstfacharbeiter, später Leistungssportler, Bauhilfsarbeiter und schließlich Unterstufenlehrer. Er unterrichtete an einer Hilfsschule und absolvierte ein Hochschulstudium für Sonderpädagogik, leitete eine Hilfsschule und danach eine Tagesstätte für geistig schwerbehinderte Kinder in Neubrandenburg. Sein 1980 erschienenes »Tagebuch eines Erziehers« brach in der DDR ein Tabu und wurde zum Bestseller.*

## 18.10. Rehabilitationspädagoge K.:

Dr. Unger hat mir einen Berg Schriften zurechtgelegt, die ich unbedingt lesen soll.

„Ich habe hier neue Ausarbeitungen über den Autismus, hochinteressant“, sagt er, „Sie sollten diese zuerst lesen.“

„Niemand scheint genau zu wissen, was frühkindlicher Autismus ist, und noch weniger scheint über die Ursache bekannt zu sein“, sage ich.

„Das ist ja das Unglück“, sagt Dr. Unger. „Es wird hier (ehem. DDR, d.R.) nicht ernst genommen, und darüber gehen Hunderte von Kindern buchstäblich zugrunde. Das erlebe ich täglich.“

Weshalb will Dr. Unger mich immer wieder auf dessen Weg drängen? „Ich kenne Sonderbegabungen bei vielen geistig Behinderten“, sage ich, „Auswendigkönnen ganzer Fahrpläne, hervorragende Zeichenleistungen mit geradezu fotografischer Genauigkeit ... Aber immer handelt es sich um geistig Behinderte mit deutlich geminderter Intelligenz.“

„Nein“, sagt Dr. Unger, „ich meine die Sonderform der Schizophrenie, nicht Sonderbegabungen bei ansonsten üblicher geistiger Behinderung. Wissen Sie, das Besondere dabei ist gerade, dass diese Kinder wie jedes geistig behinderte Kind erscheinen, im Hintergrund aber eine verborgene Intelligenz liegt.“

„Meinen Sie nicht auch“, frage ich, „dass der Begriff Schizophrenie, auf Kinder angewendet, nach unserem Verständnis problematisch ist?“

„Vielleicht sollten Sie erst einmal nachlesen, bevor wir weiterreden“, sagt Dr. Unger und erhebt sich.

„Das will ich gern tun“, erwiderte ich, „obwohl es mir etwas zu denken gibt, dass

diese Schriften ausnahmslos westlichen Ursprungs sind. Vor allem die Amerikaner übertreiben es mit der Diagnose »Kindliche Schizophrenie“, das sagen unsere Wissenschaftler jedenfalls. In den USA werde ein regelrechter Schizophrenierummel getrieben, und das wird eher gesellschaftliche denn medizinische Ursachen haben.“

„Nun, Herr K., als ich so alt war wie Sie, habe ich mich in Amerika, Nordafrika, Spanien umhergetrieben, damals gab es keine, wie Sie sagen, westliche Literatur. Man mußte sich sein Urteil bilden. Also lesen Sie und vertrauen Sie Ihrem Verstand.“

Eine Mitarbeiterin (Pädagogin) zu K.: „Bilden und erziehen kann man die geistig Behinderten im eigentlichen Sinne nicht. Man kann ihnen nur sein eigenes Leben widmen.“

6.12. Der Rat des Bezirkes möchte eine Vorlage zum Aufbau von Förderungseinrichtungen und zur Rehabilitation geistig geschädigter Bürger jeder Altersstufe. Ich schlage vor, eine Arbeitsgruppe zu berufen. Wir brauchen dafür alle Spezialisten des Bezirkes.

15.12. Ein „Weihnachtsgeschenk“: Im Januar wird die angekündigte erste Wocheneinrichtung des Bezirkes im Landkreis eröffnet. Bis zu dreißig Kinder können in das Wochenheim aufgenommen werden. Damit haben wir zu unseren vierundzwanzig Kindern in der Tagesstätte bald diese dreißig in der Wocheneinrichtung. (Aber es sind erst vierundfünfzig von sieben- bis achthundert Kindern im Bezirk!)

2.1. Das Psychiater-Ehepaar hat mit der Arbeit begonnen. Beide kommen aus einer großen Klinik, sollten demzufolge viel Sinn für die Arbeit mit meinen Kindern und Jugendlichen haben. In der Klinik wurde jahrzehntelange Pionierarbeit in unserer Sache geleistet. ... Wer einmal in die Klinik

aufgenommen, also auf Dauer von der Familie getrennt wurde, ist selten wieder in diese Gemeinschaft zurückzubringen. So wandern die Kinder von der Kinderstation in die Arbeitstherapie und später in das klinikeigene Altersheim, sorgsam getrennt von der Gesellschaft. Alle vorbildliche Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken kann diese Kluft nicht überwinden.

Für uns kann es nur eine „Flucht“ aus der traditionellen Psychiatrie geben. ...

27.1. Die Wohnbedingungen bei fünf Familien unserer Kinder sind nicht gut. Wir werden mit dem Wohnungsamt reden müssen. Die Kinder brauchen Platz, Ruhe und Zuwendung.

21.2. Meine erste Elternversammlung in der Fördereinrichtung. Die Eltern sind alle anwesend. Das habe ich in der Schule nie erlebt. Ich sage: „Die Aufgabe der Fördereinrichtung ist es, geistig schwerbehinderte Kinder so weit zu fördern, dass diese relativ selbständig am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.“

17.10. Wir hatten Besuch aus der Volksrepublik Polen. Die Gäste waren beeindruckt von unserer Arbeit. Ich hielt meinen Vortrag. Dann erzählten die Gäste von ihren Vorhaben. Der Delegationsleiter sagte: „Wir haben die Kinder und haben die Pädagogen, mehr noch nicht.“ Er arbeite in einer Kommission, die sich in fast allen Ländern Europas umgesehen hat, um die richtigen Wege zu finden. Fast überall, so sagte er, sei das „Problem Euthanasie“ genannt worden. ... Wir denken eigentlich nie darüber nach.

20.7. Was hülfe uns ein Dorf für Behinderte, wie es solche in der Schweiz, auch in der BRD gibt. Auch alle Versuche mit „Stadtteilen“ für Behinderte, mit Gemeinschaftswohnungen und so weiter sind kein Weg, der in die Zukunft führt.

*Nach authentischen Aufzeichnungen frei gestaltet, Oktober 1977*

**Volker Keßling**

Neue Bücher von der Realität in der ehemaligen DDR

„*Rene und die 66*“ (Thema: Behinderung) DM 22,80  
Gebundene Ausgabe (1992), Verlag Junge Gemeinde E.  
Schwinghammer GmbH & Co. KG; ISBN: 3702656499

„*Tod in Kuscherow*“ (Gesellschaftskritischer Roman)  
224 Seiten (1997), DM 19,80, Taschenbuch  
Am Park, Berlin; ISBN: 3932180399

Tipp: [www.amazon.de](http://www.amazon.de)

## Der Weltkongress der Psychiatrie beschäftigte sich auch mit der „Psychiatrie im Nationalsozialismus“

*Rund 200.000 Menschen sind von 1939 bis 1945 im nationalsozialistischen Deutschland ermordet worden, weil sie psychisch krank oder geistig behindert waren.*

*Die Psychiatrie war in diese grauenhaften Vorgänge tief verstrickt. Darüber besteht heute Einigkeit unter den Historikern.*

Nach Kriegsende herrschte jahrzehntelang ein bleiernes Schweigen, bis vor etwa 15 Jahren die Auseinandersetzung mit diesem Thema begann. Die Ausstellung „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ dokumentierte beim 11. Weltkongress der Psychiatrie (August 1999) in Hamburg - dem ersten auf deutschen Boden - das Geschehene. Darüber hinaus befaßten sich renommierte Experten mit dem Thema Ethik in der Psychiatrie.

Der Leiter des Fachkrankenhauses für Psychiatrie in Kaufbeuren und Organisator der Ausstellung, Michael von Cranach, hat gemeinsam mit Hans-Ludwig Siemen in dem kürzlich erschienenen Buch „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ (Oldenbourg Verlag, München) eine Bestandsaufnahme versucht.

Das Fazit der Autoren: „Die Tötung von Psychiatriepatienten im Nazi-Deutschland war das grauenhafte Ende eines Ausgrenzungsprozesses, in dessen Verlauf psychisch Kranke als lebensunwert, abartig und die Volksgemeinschaft schädigend denunziert wurden, in Anstalten elend dahinleben mussten, als vermeintlich Erbkrankte zwangssterilisiert und schließlich ermordet wurden.“ Am 14. Juli 1933 verabschiedeten die Nationalsozialisten das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Mit Hilfe dieses weder wissenschaftlich noch moralisch

zu begründenden Erlasses wurden in Deutschland bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges rund 300.000 Menschen zwangssterilisiert. Mediziner zeigten die Betroffenen an, erstellten Gutachten und saßen als Beisitzer zu Gericht.

Mit dem Überfall auf Polen am 1. September 1939 setzte ein systematischer Vernichtungsfeldzug gegen Patienten psychiatrischer Anstalten ein. Im Zuge der Aktion T4, nach dem Zentrum der Organisation in der Berliner Tiergartenstraße 4 benannt, wurden mehr als 70.000 Psychiatriepatienten in eigens eingerichteten Tötungsanstalten mit Gas ermordet. Rund 5000 Kinder wurden Opfer der sogenannten Kindereuthanasie, die nach dem Stopp der T4-Aktion 1941 systematisch ausgebaut wurde.

Nach dem Einstellen der T4-Aktion ging das Morden von Psychiatriepatienten im Rahmen der „Wilden Euthanasie“ weiter - zum Teil durch Todesspritzen, zum Teil durch die von den Nazis so benannte Hungerkost. Dabei starben mehr als 90.000 Menschen an Unterernährung. Über die in Anstalten vorgenommenen Menschenversuche ist noch immer wenig bekannt.

„Machen wir uns die Geschichte klar, so müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass fast die gesamte wissenschaftliche und klinische Elite unseres Faches in irgendeiner Weise an diesen Verbrechen beteiligt war und dass so gut wie niemand Widerstand geleistet hat“, sagt Prof. Josef Aldenhoff. Er ist Chef der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Kiel und Leiter des Ethik-Referats der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Aus: Wiener Zeitung

## Morbus Parkinson: Weniger Dyskinesien mit Pergolid

Hamburg (ots) - Morbus Parkinson ist keine Krankheit mehr, die nur ältere Menschen betrifft. Im Gegenteil: Der Anteil der Parkinson-Erkrankten unter vierzig Jahren liegt bei zehn Prozent - Tendenz steigend. Jüngstes prominentes Beispiel ist der amerikanische Schauspieler Michael J. Fox. Er erkrankte bereits mit Ende Zwanzig an Parkinson und hat mit der Gründung seiner Stiftung die Parkinson-Problematik jüngerer Menschen ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt.

Es gibt vielfältige therapeutische Ansätze zur Behandlung des Morbus Parkinson. Dem vorläufigen Nutzen steht eine sorgfältige Betrachtung der mittel- und langfristigen Nebenwirkungen gegenüber. So führt die gängige Behandlung mit dem Wirkstoff Levodopa (L-Dopa) bereits nach drei bis fünf Jahren zu schweren motorischen Störungen, die dem Patienten ein erwerbstätiges Leben kaum noch erlauben.

Aufgrund geringerer motorischer Nebenwirkungen stellt die Behandlung mit dem Dopaminagonisten Pergolid eine wichtige Alternative dar. In einer im Rahmen des „6th International Congress on Parkinson's Disease and Movement Disorders“ in Barcelona vorgestellten Drei-Jahres-Studie zur Monotherapie mit Pergolid versus L-Dopa in der frühen Parkinson-Erkrankung zeigen die Ergebnisse eine deutliche Überlegenheit von Pergolid gegenüber L-Dopa bezüglich der motorischen Komplikationen. So verzögert die Pergolid-Monotherapie signifikant das Einsetzen von Dyskinesien (motorische Komplikationen wie Bewegungsunfähigkeit und Überbeweglichkeit in ständigem Wechsel) und zeigt im Vergleich zu L-Dopa signifikant weniger schwere motorische Komplikationen. Durch seine lange Halbwertszeit entfaltet es eine optimale Wirkung, die dem Wirkmechanismus des natürlichen Dopamins sehr ähnlich ist.

## Newsletter www.lichtblick99.de

### Gewalt und Psychiatrie

Es sei noch nicht allzu lange her, dass psychisch Kranke unwürdig untergebracht waren, erklärte Karl-Ludwig Täschner, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Stuttgarter Bürgerhospital, auf der Wintertagung. „Wir müssen nicht bis Griechenland gehen, wo vor zehn Jahren noch psychisch Kranke in einem Krankenhaus angekettet waren.“

Deutliche Worte fand Prof. Udo Rauchfleisch (Uni in Basel): „Gewalt muss nicht immer physisch sein. Oft ist sie ganz subtil.“ Die viel zitierten Sachzwänge seien eine solche Form der Gewalt. Auch hinter Theorien und Konzepten der Psychologen und Psychiater könne Gewalt stecken. „Wir überhöhen oft das Bild der Mutter als wichtigste Bezugsperson für ein Kind. Welche Schuldgefühle laden wir diesen Frauen aber auf, wenn in der Erziehung ihres Kindes etwas schief läuft. Das Umfeld spielt in solchen Konzepten oft gar keine Rolle.“ Stuttgarter-Zeitung, 29.11.1999

### „Neue Euthanasie“

Der deutsch-schweizerische Psychiater Asmus Finzen sieht nach dem Massenmord und den Zwangssterilisierungen im Dritten Reich abermals die psychisch Kranken durch das Aufkommen einer „neuen Euthanasie“ bedroht, so die F.A.Z. in ihrem Vorspann zu Finzens Beitrag vom 13. März, S. 52 («Die Anmaßung einer neuen Euthanasie, Gewalt gegen psychisch Kranke: Die Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden, den Vereinigten Staaten und der Schweiz»).

Finzen berichtet darüber, dass sich in den Niederlanden die Beihilfe zum Selbstmord etabliert habe. Auch werde der sogenannte „begleitete Suizid“ in der Schweiz und in den Vereinigten Staaten forciert. In Holland sind etwa 0,3 bis 0,4 Prozent aller Todesfälle begleitete Suizide und in der Schweiz sind es mehr als 13 Prozent. Finzen: „Im amerikanischen Bundesstaat Oregon ist der ärztlich begleitete Suizid seit Ende 1997 gesetzlich erlaubt. In den Niederlanden ist die Duldung des ärztlich begleiteten Suizides vor kurzem mit Billigung der medizinischen Fachgesellschaften auch auf psychisch Kranke ausgedehnt worden.“ Damit wird, so eine Kernaussage des Beitrages, die Hilfe zur Selbsttötung in den Status einer legalisierten „medizinischen“ Behandlungsmethode erhoben.

F.A.Z./EB

**Kommentiert**

**Versicherungsverträge nur noch nach einem Gentest?**

Der „Donaukurier“ vom 21. März berichtet, dass britische Versicherer von ihren Kunden bald Gentests verlangen können, um das Risiko von Erbkrankheiten vor Vertragsabschluss abschätzen zu können. Der „Daily Telegraph“ schreibt dazu, dass die britische Regierung bereit sei, spezielle Gentests dafür zuzulassen. Bei dem Risiko einer schweren Erkrankung könne die Versicherung eine höhere Prämie fordern.

Soweit die Meldung, und wie sieht dann die Zukunft der psychisch kranken Menschen aus? Wie wird sie sich entwickeln, wenn fast ausschliesslich das Hauptaugenmerk bei Ursache und Diagnose auf dem Biologischen und Genetischen liegt? Schon heute schließen Sach- und Risiko-Versicherungen Menschen mit Psychosen als Versicherungsnehmer aus. In einer Werbeanzeige aus einer Mieterzeitschrift, Januar 2000: DMB-Mieter-Police bietet Hausrat-, Glas-, Unfall- und Haftpflichtversicherung an, alles für Personen „die weder an einer Erkrankung des zentralen Nervensystems leiden, noch pflegebedürftig oder psychisch krank sind“.

Versicherungen waren einmal der Inbegriff einer Solidargemeinschaft. Durchlöchert ist dieses System im alltäglichen Leben längst. Und wer ist der Dumme? Der sowieso schon durch Krankheit, Leid und Behinderung Benachteiligte. es

**Ärztelatein im Klartext**

Wenn die Medizin den Laien als eine Art Geheimwissenschaft erscheint, hat das mehrere Ursachen: Welcher Arzt, welche Ärztin findet aus dem lange Jahre trainierten Fachjargon schon heraus, zurück zur Sprache ihrer Klienten?

Auch das Gesundheitssystem trägt dazu bei, dass dem Arzt wenig Zeit bleibt für geduldige und verständliche Erläuterungen. Ein Buch mit dem Titel „Ärztelatein im Klartext“ enthüllt jetzt einiges darüber, u.a. wie sich manche Ärzte bei Überweisungen gegenseitig informieren. Hinter lateinischen Vermerken verbergen sich mitunter auch die miesesten Patientenbeschimpfungen.

Zum Beispiel: CP = Fauler Sack, C2 = Alkoholiker, OS = Oralsau, d.h. mangelnde Mundhygiene. Weitere „Klartexte“ unter [www.almeda.de](http://www.almeda.de).

**11. Internationale Kongress der Europäischen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP)**

Ausgewählte Berichte von Absolventen der Henri-Nannen-Schule Hamburg

*Der 11. Internationale Kongress der Europäischen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP), der vom 15. bis 19. September 1999 in Hamburg stattfand, lockte mehr als 1.000 Experten aus aller Welt in das CCH-Congress Centrum. Das Spektrum der Themen reichte dabei von epidemiologischen Studien über Eßstörungen, Sucht, aggressivem und kriminellem Verhalten von Kindern und Jugendlichen bis hin zu Autismus und Lernstörungen. Auch Suizidalität, Angststörungen, der Einfluß von somatischen und psychischen Erkrankungen der Eltern auf die Entwicklung ihrer Kinder, Mißbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie die Folgen von Krieg und Verfolgung auf die psychische Entwicklung standen auf dem Programm. Darüber informieren die ausgewählten Beiträge von Absolventen der Hamburger Journalisten-Schule. [www.cch.de/ESCAP](http://www.cch.de/ESCAP)*

**Europaweit: Einheitliche Ausbildung in der Kinderpsychiatrie**

(hns.cs) - „Die Qualität eines Arztes ergibt sich aus der Qualität seiner Ausbildung.“ Nach dieser Devise forderte der Göttinger Universitätsprofessor für Kinderpsychiatrie Aribert Rothenberger eine europaweite Koordination der kinderpsychiatrischen Lehr- und Trainingsprogramme.

„Eine gute Ausbildung verbessert die Betreuung der Patienten. Und die bessere Betreuung verringert die Gesundheitskosten“, so Rothenberger. Zur Zeit erarbeitet eine Kommission der Europäischen Gemeinschaft Medizinischer Spezialisten (UEMS) ein Lehrbuch zur Methodik der Ausbildung, das noch in die-

sem Jahr erscheinen soll. Dort werden Vorschläge zur Ausbildung festgehalten, unter anderem wie viele Patienten ein junger Arzt persönlich betreut haben sollte und dass neben der Ausbildung auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen dazugehört. Auch soll über ein größeres Mitbestimmungsrecht der Auszubildenden gesprochen werden.

Ziel ist die europaweite Vereinheitlichung: „Denn wenn innerhalb der europäischen Gemeinschaft der schwedische Doktor nach Sizilien wechseln kann und umgekehrt - dann soll auch garantiert werden, dass er mit dergleichen Qualifikation kommt.“

**Schleswig-Holstein-Studie belegt: Drogeneinstieg immer früher**

(hns.ub) Die Partydroge Ecstasy hat Dauerkonjunktur. Seit Beginn der neunziger Jahre werden die kleinen bunten Pillen in den Discotheken verkauft. Oft ist ihre Mischung unbekannt, und auch später nicht mehr rekonstruierbar. Dadurch werden sie zu einem unberechenbaren Cocktail mit oft tödlichen Nebenwirkungen.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein hat eine Befragung zum Drogenkonsum schleswig-holsteinischer Schüler in Auftrag gegeben. Die Autoren der Studie - Andreas Speck und Sönke Reimers - haben knapp 2000 Schüler und Discobesucher 1998 und 1999 befragt und kamen zu überraschenden Ergebnissen:

Fast 40 Prozent aller Gymnasiasten hatten bereits Kontakt mit Drogen, jedoch nur 30 Prozent der Real- und 22 Prozent der Hauptschüler.

Cannabis ist neben legalen Rauschmitteln wie Alkohol (81 Prozent) und Tabak (62 Prozent) die am meisten verbreitete Droge unter den Schülern Schleswig-Holsteins: 23 Prozent haben schon einmal einen Joint geraucht, fünf Prozent haben Ecstasy genommen. Der Drogeneinstieg erfolgt meistens mit 14 oder 15 Jahren - ein Alter, in dem viel experimentiert wird. Das Durchschnittsalter der Ecstasy-Erstkonsumenten beträgt im Schnitt 17, bei Heroin und Kokain 18 Jahre. Fazit der Studie: Illegale Drogen haben sich offensichtlich unter den Jugendlichen etablieren können.

**Erfolgreich: Behandlung psychisch kranker Kinder im Elternhaus**

(hns.ub) - Schon vor zehn Jahren hatten Kindertherapeuten die Idee, ihre psychisch kranken kleinen Patienten in deren vertrauter Umgebung zuhause zu behandeln. Studien belegten, dass die auffälligen Kinder im Elternhaus sogar besser und schneller geheilt werden konnten als im Krankenhaus. Bis heute wird diese Idee jedoch kaum umgesetzt.

Barbara Lay vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim kündigte an, sie werde zusammen mit anderen Ärzten dafür kämpfen, dass bestimmte kranke Kinder auch daheim behandelt werden.

Seit 1995 hat sie rund 70 Fälle untersucht. Obwohl sie noch mit der Auswertung ihrer Studie beschäftigt ist, kann sie heute schon sagen: Die Therapie in den eigenen vier Wänden ist ein voller Erfolg. Fast alle verhaltensgestörten Kinder aus ihrer Untersuchung konnten innerhalb von dreieinhalb Monaten nach rund 20 Sitzungen als weniger auffällig eingestuft werden.

Kriterien sind: Die Patienten sollten zwischen sechs und 16 Jahre alt sein; Eltern und Kind müssen der Zuhause-Therapie zustimmen. Auch sollte die nächste Klinik nicht mehr als 30 Kilometer entfernt sein.

Für eßgestörte, leicht depressive oder hyperaktive Kinder ist diese Therapie am besten geeignet. Die Vorteile liegen für Lay auf der Hand: „Oft sind die Ergebnisse nach einer stationären Behandlung zunächst gut, doch wenn das Kind in sein normales Umfeld zurückkehrt, fällt es schnell in seine alten Verhaltensmuster zurück.“ In vertrauter Umgebung fühle sich das Kind sicherer und öffne sich eher für eine Therapie. Die ambulante Behandlung ist bis zu 25 Prozent billiger als die stationäre. Deshalb versteht Barbara Lay auch nicht, warum die Krankenkassen sich nicht für diese Therapiemethode interessieren. In einem Jahr will sie die ausgewertete Studie vorlegen - und hofft, dass sie dann mehr Akzeptanz findet.

## Kinder und Jugendliche mit Schizophrenie

(hns.yw) - Kinder und Jugendliche, die an Schizophrenie erkranken, haben schlechte Heilungschancen. Dies trifft auf etwa 20 Prozent der an Schizophrenie erkrankten in Deutschland zu. Bei ihnen treten typische Symptome wie plötzlicher Gedankenabruß, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen bereits im Alter zwischen 14 und 18 Jahren auf.

Wichtige Entwicklungsprozesse werden durch den frühen Beginn der Krankheit unterbrochen. Ein großer Teil dieser Patienten zeigt allerdings schon vor Ausbruch der Krankheit Auffälligkeiten, die eher behandelt, möglicherweise zu besseren Ergebnissen führen könnten.

„Vieles weist darauf hin, dass schizophrene Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die später das Vollbild einer schizophrenen Psychose entwickeln, schon lange vor dem Ausbruch der Krankheit vorliegen“, sagte Professor Eberhard Schulz aus Freiburg. In einer Langzeituntersuchung an 101 Pati-

enten, die im Alter von etwa 14 Jahren an Schizophrenie erkrankten, stellte er bei 57 Prozent Probleme bei der Sprach- und Bewegungsverwicklung fest, die bereits vor Beginn der Schizophrenie aufgetreten waren. 63 Prozent der Kinder waren zudem stark introvertiert.

Zehn Jahre nach Krankheitsbeginn waren nur 20 Prozent der Patienten symptomfrei. 43 Prozent benötigten weiterhin Tag und Nacht Betreuung in psychiatrischen Einrichtungen. Die übrigen Patienten waren auf Unterstützung durch ihre Angehörigen angewiesen.

„Ein großes Problem für viele Patienten ist der Eintritt ins Erwachsenenalter“, sagte Professor Eberhard Schulz. „Wenn die enge Betreuung der jugendpsychiatrischen Dienste entfällt, bleiben die Patienten häufig sich selbst überlassen. Das Risiko für Rückschläge ist dann besonders hoch.“ In besseren Übergangslösungen sieht Schulz Möglichkeiten, den Patienten zu helfen.

## Resozialisierung jugendlicher Sexualtäter

(hns.cf) - „Auch wenn mein Leben durch Mißbrauch ruiniert wurde – ich will Hilfe, denn ich habe kein Recht, das Leben anderer Kinder zu zerstören.“ John ist einer der 240 - hauptsächlich männlichen - jugendlichen Sexualstraftäter, die von der englischen Ärztin Eileen Vizard in einer Londoner Anlaufstelle betreut werden. John ist nach seiner Therapie nicht mehr rückfällig geworden.

Über 60 Prozent der von ihr betreuten jugendlichen Sexualstraftäter sind selber sexuell mißbraucht worden, knapp die Hälfte wurde körperlich mißhandelt und von ihren Eltern vernachlässigt. Außerdem zeigten die meisten weitere auffällige Verhaltensweisen: Fast alle beteiligten sich häufig an Schlägereien, über 80 Prozent beginnen sinnlose Zerstörungen und 60 Prozent waren als Brandstifter in Erscheinung getreten. Zwei Drittel quälten Tiere. Dazu kamen schwere Mobbingprobleme in der Schule - entweder waren

die Jugendliche selber Opfer von Ausgrenzung oder sie drangsalierten ihre Mitschüler. Sobald ein Kind neben auffälligem sexuellem Verhalten mehrere dieser schweren Persönlichkeitsstörungen zeigt, zählt Vizard es zu einer Hochrisikogruppe: „Kann die Therapie dann vor der Pubertät einsetzen, ist die Chance groß, dass der Wille zu sexuellem Mißbrauch durchbrochen wird.“

Bei älteren Jugendlichen gelingt das in der Regel nicht mehr. Im Gegenteil entwickeln die jungen Straftäter eine Art Suchtverhalten.

Der Mißbrauch wird als ständig benötigte Befriedigung wiederholt, die Opfer werden planvoll ausgesucht und in die Falle gelockt. - „Eine Therapie kann vor Rückfällen schützen - das Problem ist die Zeit nach der Behandlung“, erklärte Vizard. Erst dann zeigte sich, ob die jugendlichen Sexualtäter noch unter Kontrolle zu bringen seien.

## Dilemma für Ärzte und Kinder: Nichtzugelassene Medikamente

(hns.sk) - Die rasante Entwicklung neuer Wirkstoffe für Neuroleptika, Aids- oder Meningitis-Medikamente ist für viele Patienten ein Segen: Die Nebenwirkungen sind geringer, und die Heilwirkung ist wesentlich verbessert. Doch diese Mittel stehen nicht allen Menschen gleich zu Verfügung: Etwa 80 Prozent der in der Kindermedizin angewandten neuen Medikamente sind für Kinder nicht zugelassen.

Weil Arzneimittelfirmen Geld sparen wollen, haben sie die Forschungsversuche der Medikamente für Kinder gestrichen. Die Folge: Die neuen Pillen dürfen von Ärzten nicht ohne weiteres an unter 18jährige verschrieben werden. „Das ist eine Diskriminierung, die nicht hingenommen werden kann“, erklärte Jörg Fegert, Professor für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie am Universitätsklinikum Rostock. Die Situation ist ein Dilemma für die kleinen Patienten - und für die Ärzte. Sie geraten schnell in die Gefahr, sich im Dickicht des Arztrechts zu verirren: Verschreiben die Mediziner ein Medikament, für das es die aktuellen Fachgesellschafts-Leitlinien gibt, aber noch keine offiziellen Zulassung, können sie bei Schäden strafrechtlich verfolgt werden, weil sie den Patienten nicht bestmöglich versorgt haben. Im so-

genannten Aciclovir-Fall verurteilte erstmals 1991 das Oberlandesgericht Köln einen Mediziner, der einem an Gehirnhautentzündung erkrankten Kind nicht das neue Medikament Acyclovir verabreicht hatte. Diese Klippen können Ärzte nur umschiffen, wenn sie von Eltern und Kindern die ausdrückliche Erklärung einholen, im Fall schädlicher Nebenwirkungen selbst zu haften. „So verlagern die Arzneimittelfirmen Risiko und Kosten“, erläuterte Fegert.

Die Lage könnte noch brisanter werden: Im Herbst wird im Bundestag die neue Arzneimittelrichtlinie debattiert. Ein Neuvorschlag lautet, dass die Krankenkassen keine Kosten mehr für nicht zugelassene Medikamente übernehmen müssen. Das hieße: Kinder müssen zahlen, Erwachsene nicht.

Fegerts Forderung: Die Pharmakonzerne müssen durch gesetzliche Verordnungen oder finanzielle Anreize dazu gebracht werden, die Medikamente für alle Menschen zulassungsreif zu machen. Amerika nennt Fegert als Vorbild in dieser Beziehung: Dort versucht die Food & Drug Administration gerade durchzusetzen, dass Firmen, die Medikamente auch für Kinder erforschen, auf diese Produkte wesentlich längere Patentzeiten genehmigt erhalten.

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Enquete soll „Recht und Ethik der Medizin“ untersuchen

Eine Enquete-Kommission mit dem Titel „Recht und Ethik der modernen Medizin“ soll vom Bundestag eingesetzt werden. SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und F.D.P. haben hierzu einen Antrag eingebracht.

Die Kommission soll den Sachstand über die Entwicklungen in der medizinischen Forschung darstellen und dabei ethische, verfassungsrechtliche, soziale, gesetzgeberische und politische Aspekte einbeziehen. Sie soll außerdem die zugehörige Forschungspraxis untersuchen und insbesondere auf gesetzlich nur unvollständig geregelte Bereiche hinweisen. Es wird erwartet, dass sie Kriterien für die Grenzen der medizinischen Forschung entwickelt, die das unbedingte Gebot zur Wahrung der Menschenwürde beinhalten.

Zur Begründung heißt es, die fortschreitende weltweite Entwicklung in Biologie und Medizin eröffne neue Ansätze für den Umgang mit bislang nicht oder nur begrenzt heilbaren Leiden. Dadurch würden grundsätzliche ethische und moralische Fragen aufgeworfen, die das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung berühren. Gleichzeitig stelle sich die Frage nach der Vereinbarkeit dieser Entwicklung mit dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz der Würde des Menschen. Der Enquete-Kommission sollen je 13 Abgeordnete und Sachverständige angehören.

hib/RAB-ge

### Zitat verschreckte anfangs Gäste

„Heimträger sind Geiselnahmer und die Kostenträger leisten Beihilfe zur Geiselnahme!“ Mit diesem Zitat verschreckte Professor Dr. Dr. Klaus Dörner als Gastredner bei der Eröffnung eines Wohnhauses für psychisch Kranke in Hamm die Öffentlichkeit. Anwesend waren unter den geladenen Gästen aus Politik und Verwaltung auch das Sozialwerk St. Georg als Kostenträger und der Caritasverband. Dörner wurde aber dann versöhnlich: Hier sei gerade nicht wieder ein Heim entstanden, das im Endeffekt psychisch Kranke ausgrenze und entmündige.

Hinweis: Anlässlich des Forums Psychosoziale Rehabilitation im Kongress-Centrum Hamburg (4. bis 6.05.) erhält der Historiker und Psychiater Prof. Dr. Dr. K. Dörner aus der Hand von Gesundheitsministerin Fischer das Bundesverdienstkreuz.

lsm

## Kurz & bündig

Nach Angaben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) wird ab 2001 jeder Versicherte eine Prognose zu seiner Altersrente erhalten. Die im Abstand von drei Jahren geplanten Schreiben enthalten rentenrelevante Daten, u.a. die gespeicherten Zeiten, Arbeitsentgelte, Beiträge und erreichte Rentenanzwachsung sowie die Höhe einer nach derzeitigem Recht zu zahlenden Monatsrente.

Krankenkassen müssen Pflegedienste auch dann bezahlen, wenn sie lediglich auf ärztliche Anweisung Medikamente verabreichen. Dies entschied das Bundessozialgericht am 30.03. (Az: B3 KR 14/99 R). Konkret ging es um eine nicht pflegebedürftige Frau, der Mitarbeiter eines Pflegedienstes zwei Mal täglich Medikamente verabreichten, weil sie zur regelmäßigen Einnahme nicht zu bewegen war.

## Wird an der falschen Stelle gespart?

*lb-news/es:* Jährlich werden 4.500 Tonnen Arzneimittel im Wert von 4 Mrd. DM auf den Müll geworfen. Da empören sich der Steuerzahler und vor allem Angehörige psychisch kranker Menschen. Werden doch rigorose Sparmaßnahmen bis hin zum Vorenthalt notwendiger, atypischer Neuroleptika auf Kosten der Kranken durchgezogen.

Ein Grund für die Verschwendung der Medikamente wird in den gesetzlich geforderten, Angst auslösenden Beipackzetteln gesehen. Worin auch immer die Ursache zu suchen ist, das Bundesgesundheitsamt sollte sich endlich dieses Problems annehmen, „statt der Vergeudung der Gelder der gesetzlichen Krankenkassen tatenlos zuzusehen“, so Prof. Jürgen Fritze, in „psycho“ Nr. 3. Und noch ein paar Zahlen: In 45 000 zugelassenen Medikamenten sind gerade mal 8 500 Wirkstoffe enthalten. Nur die Hälfte dieser Medikamente sei nach dem geltenden Arzneimittelrecht zugelassen, so ist ebenso in dem Buch der Stiftung Warentest „Handbuch der Medikamente“ zu lesen wie die Mitteilung, „dass jährlich – so die Schätzung – in Deutschland 25 000 Menschen an unerwünschten Arzneimittelwirkungen versterben.

*Kommentar: Wenn alle diese Zahlen stimmen, ist das eine Katastrophe, und hier sollte eigentlich angesetzt werden, wenn von Gesundheitsreform die Rede ist.*

## Autismus: Beziehungs- und Kommunikationsstörung

*(hns.yw/awi)* - Ähnlich wie eine Antilope bald nach der Geburt lernt, dass ein Löwe Gefahr bedeutet, erkennen Babys normalerweise in den ersten 18 Monaten, ob Mutters Gesicht froh oder traurig ist.

Autistische Kinder können das nicht. Sie reagieren auch nicht auf Hände, die sich ihnen entgegenstrecken - oder sie schreien, weil sie die zarteste Berührung quält. Das erste Wort ist nicht „Mama“, sondern meist etwas ganz Abstraktes. „Quadrat“ zum Beispiel. - „Für die Eltern ist das ein Schock“, berichtete Professor Donald J. Cohen in Hamburg. Diese Kinder sehen die Welt nur in Details, sie registrieren die Mimik der Mutter, können sie aber nicht in einen größeren Zusammenhang einordnen. Sie verstehen keine Geste, kein Lächeln, kein Bitte. Sie ziehen sich zurück, kapseln sich „autistisch“ ab. Daher der Name für die Beziehungs- und Kommunikationsstörung.

„Untersuchungen zeigen, dass im Gehirn autistischer Kinder andere Prozesse ablaufen“, erklärte Professor Cohen. Wenn Autisten im Umgang mit anderen Menschen gefordert sind, wird ein Bereich ihres Gehirns aktiv, mit dem gesunde Menschen sich eigentlich nur über abstrakte Gegenstände Gedanken machen. Aus diesem Grund sind Bilder auf Puzzle-Spielen für autistische Kinder keine Hilfe: Sie empfinden das Motiv sogar als störend, drehen es nach unten, und fügen die einfarbigen Teile dann in Windeseile zusammen.

Verursacht werden diese Störungen durch sehr frühe Hirnschädigungen, für die auch bestimmte Gene ver-

antwortlich sein können - und nicht etwa äußere Einflüsse wie fehlende Mutterliebe oder falsche Behandlung. Nach internationalen Studien sind vier bis fünf von 10.000 Kindern autistisch. Die Kinder sind meist fixiert auf spezielle Themen, können mit anderen Kindern nichts anfangen und haben Angst vor jeder Veränderung.

Die Begabung der Kinder ist sehr unterschiedlich. Sie reicht von geistiger Behinderung bis zu normaler Intelligenz, wobei Autisten häufig schon früh erstaunliche Leistungen im Rechnen, in technischen Disziplinen oder in der Musik zeigen. Die Hälfte aller autistischen Kinder lernt niemals sprechen.

Es gibt nur kleine Schritte, die das soziale Defizit dieser Kinder verringern können. Die Wissenschaftler warnten die Eltern vor sogenannten „Wundertherapien“ mit Spezial-Diäten oder Hormonbehandlungen. Der Leidensdruck der Eltern sei groß, das verführe zu unerfüllbaren Hoffnungen.

Bei Zusatzförderung können manche sogar Abitur machen. Der Übergang ins Erwachsenenalter ist trotzdem eine kaum zu überwindende Hürde. Viele reagieren auf die Veränderungen der Pubertät hilflos und aggressiv. Auch die Arbeit in einer normalen Firma ist nur mit speziellen „Job-Coaching“-Programmen denkbar, die bei jeder kleinen Veränderung Hilfe gewährleisten. Bleibt sie aus, wird oft auf bizarre Weise Widerstand geleistet. Ein ganz eigenständiges Leben kann es für autistische Kinder nie geben, so die Einschätzung der Wissenschaftler und Eltern.

## Untersuchungen zur Magersucht

*(hns.nl)* - Anorexia Nervosa, als Magersucht bekannt, tritt fast nur bei jungen Mädchen und Frauen auf. Es ist eine Essstörung, die im schlimmsten Fall zum Tod führen kann. Auf dem 11. Internationalen Kongress für Jugend- und Kinderpsychiatrie in Hamburg stellten Wissenschaftler ihre neusten Forschungsergebnisse zu den Ursachen dieser Störung vor.

Die Psychiaterin, Frances Connan vom Londoner Institut für Psychiatrie, erläuterte die Bedeutung von Stress als Ursache der Magersucht. Gefühle der Hilflosigkeit oder der Unfähigkeit, ein Problem zu bewältigen, können gerade in der Pubertät zur Magersucht führen. Die Weigerung Nahrung aufzunehmen ist dann ein Symbol für Machtlosigkeit. Kommen Umweltfaktoren mit biologischen Faktoren, wie etwa eine Funktionsstörung des Gehirns, zusammen, dann kann es zu einer chronischen Appetitlosigkeit kommen, weil der Körper kein Signal sendet, dass er Nahrung braucht. Die Frage, inwieweit Essstörungen vererbbar sind, haben Wissenschaftler der dänischen Universität von Odense untersucht. 61 eineiige und zweieiige weibliche Zwillingspaare wurden auf ihre genetische Belastung hin untersucht. Die Ergebnisse deuten auf eine mögliche erbliche Veranlagung zu Anorexia Nervosa bei eineiigen Zwillingen hin, doch für eine allgemeingültige Aussage sind weitere Studien nötig.

Den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Magersucht erläuterte Maria Rastam vom Institut für Gesundheit von Frauen und Kindern in Göteborg, Schweden. Über zehn Jahre lang wurden 51 Jugendliche (48 Mädchen, 3 Jungen) von Beginn der Magersucht an beobachtet. 94 Prozent der Kranken waren nach zehn Jahren geheilt. Der Rest war zwar auch nicht mehr magersüchtig, litt aber an schweren Persönlichkeitsstörungen. Ein Zeichen

dafür, dass die Essstörung Teil eines anderen Krankheitsbildes war.

Die vierte Untersuchung stammt ebenfalls aus dem schwedischen Institut: 51 an Magersucht erkrankte und 51 gesunde Jugendliche wurden einem Intelligenztest unterzogen. Beide Gruppen entsprachen dem allgemeinen Mittelwert normal intelligenter Menschen. Allerdings gab es eine kleine Auffälligkeit. Die Gruppe der Kranken hatte Probleme beim Zusammensetzen von Objekten, etwa bei einem Puzzle. Hier lagen ihre Leistungen unter dem Normalwert. Sie blieben auch in den Folge-Untersuchungen immer leicht unter dem Durchschnitt. Möglicherweise deutet das auf eine Schwäche im kohärenten Denken hin. Ferner fanden sich in der Gruppe der Kranken häufiger Personen mit Problemen der Motorik.

Zudem laufen magersüchtige Frauen größere Gefahr, an Osteoporose zu erkranken. Dieter Schlamp von der Heckscher-Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie München stellte eine gemeinsame Studie der Universitäten Würzburg, Marburg und München zur Knochendichte bei Magersüchtigen vor. 52 junge Frauen mit der Essstörung Anorexia Nervosa wurden seit 1989 regelmäßig untersucht. Durch Röntgenbilder und Computer-Tomographie konnte die Entwicklung der Knochendichte festgehalten werden. Besonders die Dichte im innersten Teil des Knochens, der sensibel auf Stoffwechselveränderungen reagiert, zeigte sich rückläufig. Die Folgeuntersuchungen lassen vermuten, dass die Knochendichte bei ehemals Magersüchtigen auch nach Genesung geringer ist als bei anderen Frauen. Es besteht somit höheres Risiko an Osteoporose zu erkranken, da Knochendichte nach der Pubertät nicht mehr aufgebaut werden kann.

## Medikamente können helfen

(hns.stö) - Bei der Behandlung psychisch kranker Kinder mit Medikamenten stoßen die Kinder- und Jugendpsychiater immer noch auf Vorurteile in der Öffentlichkeit. „Die machen unsere Kinder süchtig“, lautet ein gängiges. Helmut Remschmidt, Präsident der Europäischen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, führt die Vorurteile auf Unkenntnis zurück. Unzureichend informiert seien auch die Lehrer. „Dabei sitzen in jeder Klasse zwei Schüler mit seelischen Störungen“, sagt Remschmidt und wünscht sich deshalb, dass in der Lehrerausbildung wenigstens Grundkenntnisse über psychische Auffälligkeiten vermittelt werden. Auch Eltern hätten teilweise große Vorurteile. „Sie unternehmen oft eine ganze Odyssee, gehen zu den unterschiedlichsten Leuten, bevor sie einer

Behandlung mit Medikamenten zustimmen“. Medikamente seien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lediglich eine von drei Säulen der Behandlung. Den Schwerpunkt legten die Mediziner heute auf die Psychotherapie und Aufklärung. Tabletten bekommen lediglich fünf Prozent der Patienten verabreicht, in der stationären Behandlung sind es 30 Prozent, sagte Remschmidt. Der Einsatz von Medikamenten zeige vor allem beim hyperkinetischen Syndrom, der Depression, Schizophrenie und bei Zwangsstörungen Erfolge. Viele der Medikamente seien heute wirksamer und riefen weit weniger Nebenwirkungen hervor als frühere. Allerdings seien nur die wenigsten Medikamente an Kindern erprobt worden. Das gelte andererseits aber auch für Antibiotika.

## Der Zappelphilipp wird erwachsen

(hns.yw) Neurobiologische Ursachen sind hauptsächlich verantwortlich für die hyperkinetische Störung bei Kindern. In den USA lassen sich nun auch immer mehr Erwachsene behandeln.

*„Ob der Philipp heute still  
wohl bei Tische sitzen will?“  
Also sprach im ernsten Ton  
der Papa zu seinem Sohn,  
und die Mutter blickte stumm  
auf dem ganzen Tisch herum.  
Doch der Philipp hörte nicht,  
was der Vater zu ihm spricht.  
Er gaukelt  
und schaukelt,  
er trappelt  
und zappelt  
auf dem Stuhle hin und her.  
„Philipp, das mißfällt mir sehr!“*

So beginnt die Geschichte vom Zappelphilipp, die der Arzt Heinrich Hoffmann vor mehr als 150 Jahren aufschrieb. Wie sie ausging, ist bekannt: Das Geschirr liegt in Scherben, das Essen auf dem Boden. Die Eltern sind wütend. Philipp aber zappelt weiter. Heute würde der Junge vermutlich auf Grund einer hyperkinetischen Störung mit Verhaltenstherapie und Medikamenten behandelt werden.

„Diese Störung ist kein Zeitgeistphänomen, es hat sie immer schon gegeben, heute schenkt man diesen Kindern lediglich mehr Aufmerksamkeit“, sagte Professor Hans-Christoph Steinhausen aus Zürich. Die Häufigkeit der hyperkinetischen Störung ist umstritten. Die Zahlen schwanken je nachdem, welche Kriterien und Methoden Wissenschaftler bei ihren Untersuchungen heranziehen. Europäische Wissenschaftler gehen von etwa einem Prozent der Kinder aus, die schon früh durch deutliche Unaufmerksamkeit, mangelnde Ausdauer bei geistigen Anforderungen, motorische Unruhe und starke Impulsivität auffallen. US-Amerikaner kommen auf bis zu zehn Prozent.

Als sicher gilt, dass Jungen etwa drei bis neun Mal häufiger betroffen sind als Mädchen. Die Probleme der Kinder nehmen vor allem mit der Einschulung zu. Sie lassen sich bereits durch Kleinigkeiten ablenken, so dass sie dem Unterricht nur schwer folgen können. „Es ist sehr schwer den Eltern zu vermitteln, dass wir

heute einerseits die Störungen der Kinder nur begrenzt verstehen, andererseits aber Grund zu der Vermutung haben, dass die Probleme der Kinder irgendetwas mit vererbten Abläufen im Gehirn zu tun haben“, sagte Steinhausen. Er selbst geht davon aus, dass eine ungünstige genetische Ausstattung mit einem veränderten Stoffwechsel im Gehirn zusammenhängt. Dadurch soll die Übertragung von Informationen zwischen den Nervenzellen beeinträchtigt sein. Psychosoziale Faktoren wie mangelnde Aufmerksamkeit dem Kind gegenüber, zu wenig Beschäftigung mit dem Kind und chaotische Verhältnisse würden diese Anlagen ausformen und verstärken. In den USA lassen sich seit Beginn der 90er Jahre auch immer mehr Erwachsene behandeln. Dort sind inzwischen sogar Selbsthilfegruppen entstanden. Die Betroffenen klagen über anhaltende Konzentrationsprobleme und haben Schwierigkeiten im Berufsleben. Viele könnten nur schwer stabile Beziehungen entwickeln. Steinhausen glaubt, dass die Behandlung Erwachsener in einigen Jahren auch in Europa vermehrt auf der Tagesordnung stehen könnte.



## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Neues Neuroleptikum

*lb-news/es:* Wie die Zeitschrift „psycho“ Nr.3 berichtet, hat die Firma AstraZeneca Anfang März ein neues Neuroleptikum zur Behandlung der Schizophrenie mit dem Namen „Seroquel“ eingeführt. Der darin enthaltene Wirkstoff Quetiapin hat eine höhere Affinität zu Serotoninrezeptoren als zu Dopaminrezeptoren. Dieses Medikament beeinflusst, so psycho, sowohl die Positivsymptomatik mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen wie die Negativsymptomatik mit Zurückgezogenheit und Motivationsmangel. Unter anderem wird berichtet, dass extrapyramidalmotorische Störungen nicht häufiger auftreten als unter Placebogabe. Regelmäßige Blutbildkontrollen seien auch nicht nötig.

### Medikamente getestet

*lb-news/es:* Stiftung Warentest testet Medikamente, A.Bopp, V. Herbst (Hrsg.) Handbuch Medikamente - Über 5000 Arzneimittel für Sie bewertet. 767 S., ISBN 3-931908-12-7, 78 Mark.

Prof. Jürgen Fritze, Pulheim, setzt sich mit diesem Buch in der Zeitschrift „psycho“ Nr. 3 auseinander. Er begrüßt, dass die von der Bundesregierung gegründete Stiftung Warentest sich der Aufgabe, Laien über Medikamente zu informieren, unterzogen hat.

In dem Buch ist der Besprechung der Medikamente eine kurze Einführung in die betroffenen Krankheitsbilder vorangestellt, und am Ende jeden Kapitels folgt eine tabellarische Zusammenstellung. Die Bewertung ist vierstufig: „geeignet“, „auch geeignet“, „mit Einschränkungen geeignet“, „wenig geeignet“.

Fritze nimmt die Beurteilung einiger Medikamenten aus der Psychiatrie unter die Lupe. Die Bewertungen einiger Mittel kommentiert er mit: erstaunlich, verblüffend, „scheint den kompetenten Fachleuten perfekt verborgen geblieben zu sein“, bis ignorant. Zwischen den Zeilen ist zu lesen, dass wohl der Zweck dieses Buches, seines Erachtens nach, offener wird, wenn man bedenkt, dass der Schlußgutachter, Prof. Glaeske, ehemals bei der Barmer Ersatzkasse für medizinische Grundsatzfragen zuständig, war. Die Aktualität des Werkes bezweifelt Fritze u.a. wegen des Fehlens der neueren Antipsychotika wie Olanzapin und Amisulprid und anderer Mittel. Er beendet seine Besprechung wie folgt: „Das Werk ist nicht geeignet, den Dialog zwischen Patient und Arzt zu ersetzen, aber sehr wohl geeignet, diesen Dialog zu stimulieren“.

## Patientenvereinigungen

*lb-news/lsm:* „Wer schon immer mal wissen wollte, wer oder was hinter den Patientenvereinigungen steckt, kann sich jetzt einen Überblick verschaffen: Im neuesten Heft «Dr. med. Mabuse» findet sich eine sorgfältig recherchierte Untersuchung, welche Verbände, Vereine und Gruppen die Interessen der Patienten unabhängig und neutral vertreten. Auch graue und schwarze Schafe werden genannt. Zu lesen bei «Dr. med. Mabuse», Nr. 123, Januar und Februar 2000, S. 22.

[www.oeko-net.de/mabuse/](http://www.oeko-net.de/mabuse/)

## Medikamentenmüll

*lb-news/rh:* „Wir bekommen täglich nichtverbrauchte Medikamente zurück, die noch nicht verfallen sind“, berichtete Apothekerin Dagmar Weinländer in der tm3-Sendung «Forum Gesundheit». Dr. Christian Ruetz vom Schweizer Apothekerverein legte Zahlen vor: „In 650 Apotheken wurden in nur einen Monat über 183.000 Medikamentenpackungen zurückgegeben.“

Im Rahmen der Aktion zur „Entrümpelung der Hausapotheke“ wurde ein „großer Prozentsatz“ nicht angebrochener Medikamente mit mindestens noch einjähriger Gültigkeit abgeliefert. Als Gründe wurden die schnelle Wirkung der Medizin, Angst vor Nebenwirkungen und die sichere Entsorgung genannt. Zudem würde der Beipackzettel „übergewichtete“ Informationen zu den Nebenwirkungen enthalten. Beschreibungen zum eigentlichen Nutzen der Arznei kämen zu kurz. Häufig löse gerade die Nichteinnahme weitere Verschreibungen aus. „Man greift zu anderen, stärkeren Medikamenten“, erklärte Dr. Ruetz.

„Nur ein informierter und letztlich überzeugter Patient wendet auch die Medikamente richtig an!“, ergänzte Apotheker Dr. Theo Voegtli. Es sei jedoch enorm schwierig, Patienten zur Therapietreue zu ermuntern, wenn der unmittelbare Erfolg ausbleibt. Im Rahmen des Beratungsauftrages geben inzwischen die Schweizer Apotheker auch therapiebegleitende Aufklärungsmaterialien heraus. Fazit der Sendung: Die teuersten Medikamente sind die, die weggeworfen werden!

## DER AKTUELLE Bücher-Tipp

### Bin ich wirklich schizophr?

Die unsicheren Diagnosen der Psychiatrie und ihre Folgen für die Patienten



Carola Burkhardt-Neumann

### Bin ich wirklich schizophr?

Die unsicheren Diagnosen der Psychiatrie und ihre Folgen für die Patienten

144 Seiten – DM 19,80 – ISBN 3-928316-13-3, ZENIT Verlag

«...Psychose... Stoffwechselstörung im Gehirn... zur Vorbeugung regelmäßig Medikamente nehmen...»

Wer seine seelische Krankheit so erklärt bekommt, leidet an einer Form der Schizophrenie.

Aber: Bei der Diagnose Schizophrenie gibt es mehr offene Fragen als brauchbare Antworten. Dieses Buch weist auf die offenen Fragen hin und fordert die Leser auf: Fragen Sie weiter! Lassen Sie sich nicht entmutigen!

Denn oft ist der Verlauf dieser Krankheit gutartig: Nach einer psychotischen Phase werden die Betroffenen wieder gesund. Die Autorin fordert energisch eine Weiterentwicklung der Psychiatrie ein, bei der die Erfahrungen der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen ernst genommen werden. Psychopharmaka dürfen nicht die wesentliche Antwort bleiben.

Ein Buch für Betroffene und Angehörige – und alle, die mit den vorschnellen Diagnosen der Psychiatrie unzufrieden sind.

Carola Burkhardt-Neumann, Jg. 1943, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie. Mitbegründerin der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Langjährige Tätigkeit in der Krisenstation des Bezirkskrankenhauses Haar bei München, an Sozialpsychiatrischen Diensten und bei der Drogenberatung der Stadt München. Seit 1991 niedergelassen in freier Praxis als Psychiaterin mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie.

### Zwang

Was tun bei rechtlicher Betreuung und Unterbringung? Wie Vorsorge treffen?



Rudolf Winzen

### Zwang

Was tun bei rechtlicher Betreuung und Unterbringung? Wie Vorsorge treffen?

2., erweiterte und aktualisierte Auflage  
ISBN 3-928316-08-7, ZENIT Verlag  
224 Seiten - DM 24,80

Wer in eine schwere psychische Krise oder in geistige Verwirrung gerät, kann „entmündigt“ und sogar eingesperrt werden – das geht manchmal schneller, als man denkt.

Juristen sprechen seit einigen Jahren nicht mehr von Entmündigung, sondern von Betreuung, nicht mehr vom Vormund, sondern vom Betreuer – jedoch hat sich die Lage der Betroffenen nur teilweise verbessert. Dieses Buch informiert über die Gesetze und Vorschriften zu Betreuung und Zwangs-Unterbringung und erklärt, wie man sich dagegen wehren kann. Ausführlich werden die Möglichkeiten der Vorsorge beschrieben: mit Hilfe von Vollmachten und Patientenverfügungen kann man auch für Krisenzeiten sein Selbstbestimmungsrecht weitgehend sichern.

Zahlreiche Musterbriefe mit Anträgen und Beschwerden sowie Beispiele von Vollmachten und Verfügungen ergänzen diesen Ratgeber und machen ihn unentbehrlich für Psychiatrie-Erfarene, alte Menschen, Behinderte, Heimbewohner, Angehörige und Helfer. Die überarbeitete Neuauflage geht auch auf die Änderungen des Betreuungsrechts ein, die am 1. Januar 1999 in Kraft getreten sind.

Rudolf Winzen, Jg. 1948, Berufserfahrung in den unterschiedlichsten Bereichen: vom Behinderten-Pfleger bis zum Bildungsreferenten bei einer sozialpolitischen Organisation. Mitbegründer von antipsychiatrischen Initiativen - u.a. Beschwerdezentrum Psychiatrie München - und psychiatriekritischen Zeitschriften. Heute selbständiger Referent, Lektor und Verleger.

Pressestimmen zu diesem Buch

„Der Ratgeber, der eine fundierte und weitgehend allgemeinverständliche Einführung in die Rechte der Betroffenen vermittelt, dürfte auch für Professionelle ... ein nützliches Nachschlagewerk sein.“ sozial extra 2/94

„Das Buch liefert hier wertvolle Aufklärungsarbeit in Richtung eines besseren Verständnisses der Begriffe.“ Soziale Psychiatrie 3/99



## Experten in eigener Sache

Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe



Rosa Geislinger

### Experten in eigener Sache

*Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*

252 Seiten – DM 24,80 / ÖS 180,- / SFr 23,-  
ISBN 3-928316-10-9, ZENIT Verlag

In den letzten Jahren sind zahllose Selbsthilfegruppen von Psychiatrie-Erfahrenen entstanden. Psychiatrie-Erfahrene haben entdeckt, dass sie sich durch Erfahrungsaustausch und praktische Solidarität gegenseitig stärken und stabilisieren können – und dass sie Fähigkeiten und Kompetenzen haben, die ihnen von den Professionellen früher überhaupt nicht zugetraut wurden.

Gleichzeitig entstanden viele Projekte, bei denen Psychiatrie-Erfahrene und professionelle Helfer gemeinsam die Ver-

antwortung tragen: Werkstätten, Teestuben, Clubhäuser etc. Außerdem entwickelten sich - als Forum des gleichberechtigten Erfahrungsaustauschs von Betroffenen, Angehörigen und Profis - die sogenannten Psychose-Seminare.

*Die Herausgeberin, Rosa Geislinger, ist im Bereich Selbsthilfe seit vielen Jahren als Psychologin tätig. Sie hat die Erfahrungen von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern zusammengestellt. Das Ergebnis ist ein Buch, das Selbsthilfe aus unterschiedlichen Blickwinkeln darstellt und von Menschen in ähnlicher Situation als Anregung und Ratgeber genutzt werden kann.*

*Rosa Geislinger, Jg. 1949, Diplom-Psychologin, beschäftigt sich seit Mitte der 80er Jahre mit alternativen Projekten und Beteiligungs-Modellen für Psychiatrie-Erfahrene. Unter anderem ist sie Mitbegründerin der Teestube Kontakt-Tee, eines Qualifizierungs- und Betreuungsprojekts. Seit 1990 Mitarbeiterin im Selbsthilfezentrum München mit den Schwerpunkten Beratung, Psychiatrie und Sucht.*

#### Pressestimmen zu diesem Buch

Soziale Psychiatrie, Nr. 4/98:

*„Dieses Buch versucht, die Erfahrungen von Betroffenen, die Berichte von Profis und die Reflexionen von Theoretiker/innen unter einen Hut zu bringen. Man kann sagen: es gelingt ihm ziemlich gut. ....“*

*Fazit: Für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ermutigend. Für Profis ein guter Überblick.“*

Psychoziale Umschau, Nr. 1/99:

*„Kaleidoskopartig versammeln sich in diesem Buch Beiträge, die aus unterschiedlicher Perspektive Entwicklungen und Erfahrungen schildern und zur Selbsthilfe und zur Selbstorganisation anregen.“*

ergotherapie, Nr. 1/99:

*„Zu Wort kommen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, LeiterInnen von Selbsthilfegruppen und professionelle Helfer. Diese Mischung schafft die Voraussetzung für sehr interessante, persönliche Darstellungen ....“*

*Aber nicht nur die praxisnahe Darlegung der einzelnen Gruppen und Projekte macht das Buch lesenswert. Auch die theoretischen Aspekte und Anregungen tragen das ihre zur Komplettierung dieses Buches bei.“*



janus

das Psychiatrie-Magazin  
im Internet

**D**emnächst geht „janus“ - ein kostenloses Online-Magazin ins Netz. In janus sollen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Laienhelfer und Professionelle gleichermaßen - und vor allem gleichberechtigt - zu Wort kommen.

Die Homepage wird sich kritisch mit der Psychiatrie beschäftigen - besonders kritisch dann, wenn es um die stationäre Psychiatrie geht, so Herausgeber Rudolf Winzen. Die Initiatoren haben nicht vor, aus janus eine Klagemauer zu machen. „Vielmehr wird janus dem Informationsaustausch dienen und allen zur Verfügung stehen, die sich für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen einsetzen.“

Besonderheit: es wird keine bezahlten Redakteure geben, keinen Sponsor - außer dem ZENIT-Verlag,

der die Webseiten und sein Internet-Know-how zur Verfügung stellt - und keinen öffentlichen Zuschußgeber.

Dazu heißt es in der Ankündigung: „Janus wird deshalb ohne aktive Mitwirkung seiner Leserschaft nicht bestehen können. Wir benötigen die Mitarbeit von Menschen, die Artikel schreiben, und von Informanten, die uns auf fachliche Veranstaltungen sowie alles, was rund um die Psychiatrie passiert und berichtenswert ist, hinweisen.“

*Wer sich für janus interessiert, kann sich an den Herausgeber per Email ([janus@zenit-verlag.de](mailto:janus@zenit-verlag.de)) wenden. Briefadresse: Postfach 75 09 74, 81339 München*

Weitere Informationen unter: [www.zenit-verlag.de](http://www.zenit-verlag.de)



Rudolf Winzen  
Lektor und Verleger

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

Kommentiert

### Leben mit Depressionen

*lb-news:* In letzter Zeit hat sich die Krankheit „Depression“ in den Medien beinahe zu einem Modethema entwickelt. Nicht immer seriös wird da berichtet: Depressionen werden mit kleinen Stimmungsschwankungen verwechselt oder durch die Bezeichnung „Winterblues“ verharmlost.

Anders im WDR-Beitrag „Gefangene Gefühle - Leben mit Depressionen“ vom 17. Januar. Drei Menschen sprachen über ihre Depression und wie sie ihr Leben verändert und gefährdet hat. Vieles blieb den Protagonisten und den Zuschauern unerklärlich. Es wurden keine platten Erklärungsmodelle angeboten. Gerade deshalb weckte der Film grosses Mitgefühl für die Unerträglichkeit des Lebens in einer Depression. Aus der Sicht der Betroffenen wurde gezeigt, wie sie durchlebt und überstanden wird. Ein hervorragender Beitrag gegen Stigmatisierung und für mehr Verständnis.

Linde Schmitz-Moormann

### Psychoseseminar in Rostock

Eine neue Art und Weise über seelische Krisen und psychische Erkrankung zu sprechen, eröffnet das 1. Psychose Seminar, das am 19. September in Rostock stattfinden wird. Psychoseerfahrene, Ärzte, Therapeuten und Angehörige werden sich um 16 Uhr in der Volkshochschule, Alter Markt, treffen. Gleichberechtigter Austausch über das innere Erleben, das in „psychotischen“ Phasen zu Angst, Weltflucht und scheinbar unverständlichem Verhalten führt, soll hier möglich sein. Nur die Bereitschaft zur freien Äußerung und zum Zuhören sind notwendig. Die Kunst das Gespräch in Gang zu bringen trauen die Veranstalter Dr. Thomas Bock zu. Er hat vor zehn Jahren zusammen mit Dorothea Buck, der Ehrenvorsitzenden des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen, das erste Psychose-Seminar in Deutschland ins Leben gerufen. Heute gibt es sie überall im deutschsprachigen Raum. Sie sind notwendig denn je, um Wege zur Erleichterung, ja zur Heilung zu finden.

*Veranstalter: Gemeindepsychiatrie Rostock e.V., LV Psychiatrieerfahrener und LV der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker, Anmeldung: LPE, W. Mundt, Henrik-Ibsen-Str. 20, 18106 Rostock, Tel./Fax: 0381 - 76 80 214 (siehe auch S. 23 unten)*

Antworten aus der Online-Sprechstunde der Redaktion Lichtblick

## Behandelt werden nicht Diagnosen, sondern Menschen



Thomas Bock

Unter dem Motto „Sie fragen, Experten antworten“ hatte die Redaktion Lichtblick im April zu einem Online-Forum «Psychiatrie» via Internet eingeladen. Der erste Versuch, per E-Mail die Antworten an die 290 Abonnenten unseres Newsletters zu verschicken, ist uns gelungen. Selbst die geladenen Gäste, Prof. Dr. med. Michael Stark (DRK Krankenhaus Rissen) und PD Dr. Thomas Bock (Universitäts-Krankenhaus Eppendorf), fanden unsere Aktion „spannend“. Beide sagten zu, trotz Termindruck. Auf diesen Seiten und unter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de) können Sie die Antworten von PD Dr. Thomas Bock nachlesen. Etwas später werden wir die Zuarbeit von Prof. Dr. med. Michael Stark auf unserer Homepage veröffentlichen und über den Newsletter bekanntgeben. Besonders freut uns: Die aus dem Internet „gewonnenen“ Lichtblick-Inhalte haben auch in der Medienlandschaft, Selbsthilfe und Psychiatrie eine breite Leserschaft gefunden. Selbstkritisch möchten wir aber darauf hinweisen, dass wir die Fragen redaktionell aufbereitet und auf eine Namensnennung verzichtet haben. Somit kommen die persönlichen Hintergründe der Ratsuchenden einfach zu kurz. Mit den hoffentlich hilfreichen Antworten können wir dieses Manko etwas ausgleichen. Lichtblick/Newsletter

*Was kann ich tun, wenn mein Angehöriger sich nicht für krank hält und jede Hilfe ablehnt?*

Bei Ihrer Frage gilt es, verschiedene Aspekte zu beachten, z.B., die Perspektive ihres kranken Familienmitgliedes und die Ihrige, als Angehöriger. Einem Psychose-Erfahrenen kann die Nicht-Wahrnehmung der eigenen Krankheit ein Schutzmechanismus sein: Man möchte das eigene Selbstbild so lange wie möglich aufrechterhalten. Das was allgemein als psychische Krankheit verstanden wird, erscheint einem unpassend, und vor Hilfe hat man Angst und vielleicht sogar schlechte Erfahrungen damit gemacht. Nach meiner Meinung trägt die Psychiatrie selbst zu dieser Strategie vieler Patienten bei: Sie hat ein zu enges Krankheitsverständnis und sie macht so viele Voraussetzungen, um dann Hilfe zu gewähren, die ebenfalls oft viel zu eng konzipiert ist.

Nun zu Ihrer Perspektive als Angehöriger: Sie sind Angehöriger, nicht Therapeut oder Arzt, d.h. über weite Strecken halte ich es für richtig oder angemessen, dass Ihre Beziehung als Vater, Mutter, Tochter, Schwester, usw. nicht in erster Linie über Krankheit definiert ist, sondern über die gemeinsame Zusammengehörigkeit und Lebenserfahrung. Dazu kann es gehören, möglichst lang den gemeinsamen Alltag und das gegenseitige alltägliche Verständnis aufrechtzuerhalten. Genauso wichtig ist es, deutlich zu machen, wenn in diesem Zusammenhang für Sie eine Grenze erreicht ist, was sie aushalten können und wollen und wo sie selbst eine deutliche Angst spüren um sich oder den anderen. Diese Grenze offen zu bekennen, sich nicht dauernd selbst ausbeuten oder ausbeuten zu lassen, ist wichtig, um Normalität und Unbefangenheit, so weit irgendsmöglich, zu wahren, dem Menschen gegenüber Schuldgefühle zu ersparen und um zu verhindern, dass die wichtige Rolle/Aufgabe des Vaters, der Tochter, der Schwester, usw. nicht alle Konturen verliert.

Es gibt kein Patentrezept, wie die eigenen Grenzen zu verdeutlichen sind. Das fängt an beim Einhalten eigener Interessen und Hobbys und beim Pflegen eigener Freundschaften und reicht über eigenen Urlaub bis zum Antrag für Betreuung oder dem Einschalten des psychiatrischen Notdienstes bei akuter Gefahr.

*Immer mehr niedergelassene Ärzte gehen aus Kostengründen dazu über, unseren Angehörigen, statt Leponex, Elcrit oder Clozapin zu verschreiben. Haben diese Generika tatsächlich dieselbe Wirkung?*

Bei dieser Frage verweise ich auf Prof. Stark.

*Ich bin seit einem Jahr in Behandlung, aber die Psychiater sagen mir nicht, was ich eigentlich habe. Die Medikamente, die ich bekomme, z.B. Lithium, Dapothom, Adol und Akineton schlagen nicht an. Ich kann mich nicht konzentrieren und bin immer müde. Was können Sie mir empfehlen?*

Wenn die Psychiater nicht sagen, was sie haben, kann das bedeuten, dass sie es auch nicht wissen. Bedenken Sie, dass alle Diagnosen nur Konstruktionen oder Überschriften sind. Sie aber sind ein einzigartiger Mensch - mit ganz besonderen Erfahrungen, Ressourcen, Handicaps. Sie sind also der eigentliche Experte und die Psychiater brauchen Ihre Hilfe, um gemeinsam herauszufinden, was hilft und was nicht. Längst nicht alle psychischen Leiden sind mit Medikamenten oder nur mit Medikamenten zu beseitigen. Müdigkeit und mangelnde Konzentration können auch für maßlose Erschöpfung sprechen oder auch für Depressionen.

Entsprechend fallen mir folgende Rückfragen ein: „Wie haben Sie sich früher erholt?“ - „Was macht Ihnen (noch) Spaß?“ - „Wann waren Sie zuletzt im Urlaub?“ - „Hatten Sie schon einmal Phasen, in denen Ihre Kräfte unerschöpflich schienen?“ - „Haben Sie schon einmal mit Ihrem Arzt über (neue) Antidepressiva gesprochen?“ und vor allem: „Wie können Sie akzeptieren, dass Ihre Kräfte zur Zeit erschöpft sind?“ und „Wie können Sie sich ganz bescheidene Ziele stecken und sich so Erfolge organisieren, statt immer neue Niederlagen?“

*Gibt es für Schizophrenie-Kranke stationäre Psychotherapie oder entsprechende Kurangebote, die von den Krankenkassen bezahlt werden?*

Für stationäre psychiatrische und therapeutische Behandlungen ist die Krankenkasse zuständig. In der Regel ist Psychiatrie und Psychotherapie nicht zu trennen sowie auch in der neuen Facharzt-Ausbildung beides integriert wird. Entsprechend haben Sie Anspruch auch auf stationäre Psychotherapie im regional zuständigen psychiatrischen Krankenhaus. Leider ist dieses manchmal Theorie, weil die Liegezeiten immer weiter und zum Teil unzulässig verkürzt werden und weil sich das Selbstverständnis der Behandler entsprechend immer mehr auf Symptombehandlung reduziert. Einige überregionale Krankenhäuser bieten statt explizit stationäre Psychotherapie, die dann entweder über die Krankenkassen oder als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation über die Rentenversicherung bezahlt wird. Manche dieser Krankenhäuser schließen Menschen mit Psychose-Erfahrung aus. Sie können letztlich über die Kostenträger bzw. über den behandelnden Arzt herauskriegen, wo eine stationäre Psychotherapie in diesem Sinne, auch für Sie, möglich ist.

*Warum werden Patienten immer früher aus der Klinik entlassen, obwohl sie noch nicht für „das Leben in der Gemeinde fit genug“ sind?*

Die Frage ist kompliziert, die Antwort entsprechend auch. Die immer kürzeren Liegezeiten haben sicher vor allem gesundheits- bzw. sparpolitische Gründe. Doch passen sie auch zum modernen Selbstverständnis, wie die Psychiater, als Ihre vorrangige Aufgabe ansehen, Symptome zu reduzieren. Doch steckt in der Frage, Vorannahme, dass eine längere Behandlung besser auf das eigenständige Leben in der Gemeinde vorbereiten könnte. Das ist mit Sicherheit nicht automatisch so. Im Gegenteil ist eher davon auszugehen, dass eine langfristige Hospitalisierung zusätzlichen Schaden macht. Aus meiner Sicht sollten Kliniken nicht so schematisch vorgehen und sich selbst bzw. Krankheitsverständnisse erweitern. Das würde bedeuten, dass Sie dem einen Menschen nur sehr kurzfristig stationär aufnehmen, im Sinne einer Krisenintervention, dem anderen Menschen aber mehr Zeit lassen. Vor allem sollten Kliniken aus meiner Erfahrung heraus, dazu übergehen, Menschen, die mehr Unterstützung brauchen, strukturübergreifend zu begleiten. Das bedeutet, dass ein Therapeut zuständig bleibt, auch wenn die stationäre Behandlung zu Ende ist, und dann teilstationär oder ambulant weiter begleitet.

Ein letzter Aspekt: In mancher Hinsicht geht es meiner Meinung nach weniger darum, Menschen mit Psychose-Erfahrung fit für das Leben in der Gemeinde zu machen, sondern umgekehrt, die Gemeinde fit für das Leben für Psychose-Erfahrene. Das hätte positive Konsequenzen für unsere Lebenskultur, für unsere Großzügigkeit, Toleranz, für Wiederentdecken von Langsamkeit und Feinfühligkeit. Diese Zielsetzung hat aber auch ganz konkrete Konsequenzen für die Organisation sozialpsychiatrischer Hilfen vor Ort. Wenn solche begleitende Hilfe im Wohnraum und aber am Arbeitsplatz vorhanden ist, dann ist es kein Problem, wenn die Aufgaben der stationären Behandlungen in Kliniken sich auf kurze Zeit beschränkt.

*Was muss der Arzt bei der Stellung einer Diagnose beachten und welche Hilfsmittel/Verfahren stehen ihm dabei zur Verfügung?*

Er muss vor allem beachten, dass jede Diagnose nur eine Konstruktion ist. D.h., die Fachleute haben sich geeinigt, bestimmte Symptome unter einer bestimmten Überschrift zusammenzufassen, um sich untereinander besser über die Behandlung verständigen zu können.

Behandelt werden aber nicht Diagnosen, sondern Menschen. Der einzelne psychisch kranke Mensch ist einzigartig und hat individuell besondere Erfahrungen, Ressourcen, Probleme, Beeinträchtigungen, usw. Seine positive Sicht der Dinge, seinen biografischen und seinen sozialen Kontext gilt es zu beachten. Dabei kann eine Diagnose durchaus auch im Weg stehen. Bei der Stellung von Diagnosen ist der Arzt also der Aufpasser, dass er nicht den Versuchen unterliegt, zu glauben, er sei jetzt der Experte und wisse, was für den anderen Menschen gut und richtig ist. In aller Regel kann er dieses nicht oder nur sehr eingeschränkt wissen. Umgekehrt neigen auch viele Patienten dazu, in dem Moment der Diagnosestellung Verantwortung abzugeben und eigene Ressourcen und Möglichkeiten gering zu schätzen.

Andere Patienten brechen im Moment der Diagnose die therapeutische Beziehung innerlich oder äußerlich ab, weil die Diagnose nicht mit ihrem eigenen Selbstbild übereinstimmt, oder weil sie die gesellschaftlichen Konsequenzen einer Stigmatisierung fürchten.

All diese Gründe und Perspektiven tragen dazu bei, dass eine Diagnose nur mit äußerster Vorsicht und im Kontext einer therapeutischen Beziehung zu stellen ist. Hilfsmittel bei einer solchen Diagnosestellung sind nicht in erster Linie Manuale und Tests, sondern die therapeutische Beziehung selbst. Ein

erfahrener Therapeut oder Arzt spürt die Wirkung des anderen auf sich, macht also sich zum diagnostischen Instrument. Das heißt, er nutzt sich selbst als Spiegel und muss darauf achten, dass er diesen Spiegel durch Selbstreflexion und Supervision blank hält und nicht nur durch Tests und Manuale stellt.

*Psychisch kranken Menschen soll durch Einführung einer ambulanten Soziotherapie unnötiger Krankenhausaufenthalt erspart bleiben. Wie bewerten Sie dieses Angebot?*

Soziotherapie ist nicht neu. Sie findet in vielen Krankenhäusern statt, und im Sinne einer strukturübergreifenden Behandlung wird es Sinn machen, dass diese Krankenhäuser die gleiche Leistung auch ambulant abrechnen. Sie findet aber vor allem in vielen sozialpsychiatrischen Einrichtungen statt, im Bereich des Betreuten Wohnens, und in vielen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten. Ich hoffe, dass die Einführung ambulant zur Soziotherapie als Kassenleistung dieses Angebot stärkt und stützt und nicht unnötig bürokratisiert. Möglicherweise werden in Zukunft manche Beratungsstellen und Dienste diese Leistung extra abrechnen müssen (Nun statt mit dem örtlichen Sozialträger in Krankenkassen). Vielleicht werden aber auch neue Institutionen und vor allem auch niedergelassene Psychiater und psychologische Psychotherapeuten diese Leistung in ihre Praxis integrieren. Das würde bedeuten, dass sie entweder selbst solche Leistungen erbringen, oder aber Kollegen einstellen, deren Leistungen sie nun neu abrechnen können. Auf diesem Wege könnten mehr Patienten als bisher in den Genuss ambulanter Soziotherapie kommen. Aber auch hier bleibt die Frage, wie genau die Gestaltung aussieht. Im Bereich der ambulanten Behandlungen, etwa von Psychose-Erfahrenen, geht es ja nicht in erster Linie um einzelne kurzfristige therapeutische Maßnahmen (Kasse XY bewilligt zwölf soziotherapeutische Maßnahmen), sondern die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung mit möglichst vielen Facetten. Insofern wird es jetzt darauf ankommen, die neue Kassenleistung auf gute Weise in die bestehenden Angebote zu integrieren, damit sie die therapeutische Beziehung nicht bürokratisiert, sondern bereichert.

*Von Cannabis, Ecstasy und Amphetamin hört man gelegentlich, dass sie eine Psychose auslösen können. Was ist dran?*

Ich bin in diesem Bereich kein Experte. Nach meiner Erfahrung können diese Stoffe Psychosen auslösen, in dem Sinne, dass bestimmte Halluzinationen auch auftreten, wenn der Stoff nicht mehr wirkt oder nicht mehr genommen wird. Das kann im Sinne eines Flash Back, auf wenige kurze Zeiten und wenige Symptome beschränkt sein. Die genannten Stoffe können aber auch Psychosen im engeren Sinne, also eine umfassendere Wesensveränderung auslösen. Ob in diesem Fall die genannten Stoffe allein für die Psychose verantwortlich zu machen sind, oder eine andere Krise (hormoneller, psychischer, chemischer, sozialer Art) den selben Effekt gehabt hätte, ist in der Regel nicht zu klären.

Auf der anderen Seite ist aber auch zu beachten, dass manche Patienten die genannten Stoffe quasi zur Selbstbehandlung einsetzen, um bestimmte schon vorhandene psychotische Symptome zu kontrollieren, oder aber die Zuspitzung einer psychischen/psychotischen Krise zu vermeiden bzw. herauszuzögern.



*Welche Erfahrung gibt es mit der Behandlungsvereinbarung?*

Behandlungsvereinbarungen sind Vereinbarungen zwischen einem Psychiatrie-erfahrenen Patienten und dem zuständigen Krankenhaus, um in stabilen Zeiten die Modalitäten des Umgangs mit einer neuen Krise partnerschaftlich zu klären. Dazu gehören soziale und alltägliche Dinge (wen informieren, was regeln?), aber auch Fragen der Behandlung (welche Station? Welcher Arzt? Medikamente - Ja oder Nein? Welches Medikament (nicht)? usw.). Die Botschaft solcher Vereinbarungen ist - nur dann funktionieren sie - den Patienten als Experten ernst zu nehmen und als Partner an der Konstitution individueller Hilfen zu beteiligen.

Die Behandlungsvereinbarung wurde zuerst vom Psychoseseminar Bielefeld, also unter Beteiligung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Profis entwickelt und hat sich zuletzt über die Psychoseseminare verbreitet. Die Haupterfahrung ist bisher, dass Verhandlungsvereinbarungen als vertrauensbildende Maßnahmen funktionieren. Das heißt, sie helfen Angst abzubauen, Schwellen zu erniedrigen, und führen dazu, das Hilfen rechtzeitiger in Anspruch genommen werden und auch, dass sie flexibler und individueller gestaltet werden.

*Was halten Sie von der Info-Kampagne Open The Doors, gegen Ausgrenzung Schizophrener?*

Bei dieser Kampagne des Weltverbands für Psychiatrie geht es darum, die negative Wirkung des Stigmas Schizophrenie in der Öffentlichkeit zu verändern. Insofern handelt es sich um eine Antistigma-Kampagne. Die Intension ist nicht neu, die Kampagne dennoch in ihrer Grundintension zu begrüßen. Ich bedaure, dass die Kampagne nicht von vorneherein dialogisch angelegt war, also von vorneherein Angehörige und Psychose-Erfahrene und mehr Beteiligte. Außerdem scheint mir die Kampagne zu sehr auf die Botschaft fixiert, dass die Psychiatrie alles im Griff hat und psychische Störungen einschließllich schizophrene Psychosen inzwischen ausreichend heilbar sind.

Bei dieser Frage ist zu beachten, dass ein Großteil der Vorurteile gegenüber Psychosen quasi ein Reflex auf die Fehler der Psychiatrie sind, die Psychiatrie also für das Stigma mit verantwortlich ist. Eine Umkehr dieser Entwicklung, eine Veränderung des Bildes von Verrücktheit in der Öffentlichkeit wird nur gemeinsam gelingen, in gemeinsamer Anstrengung von Psychiatrietätigen, Psychose-Erfahrenen und Angehörigen.

Dieses Ziel könnte ein Anliegen sein, dass die drei Gruppen zutiefst gemeinsam berührt und verbindet. Deshalb ist eine dialogische Konzeption der Kampagne nötig. Wir brauchen nicht einen Zirkus von Hochglanzveranstaltungen, der einmal durch die Republik zieht, sondern kontinuierliche gemeinsame Anstrengungen. Dabei spielt auch die inhaltliche Zielsetzung eine große Rolle: Ich glaube nicht, dass eine Psychiatrie, die behauptet, alles im Griff zu haben, nachhaltig Vertrauen schafft. Im Vertrauen schaffen vielleicht Psychose-Erfahrene, die sich in ihrer besonderen Verletzlichkeit und allzu Menschlichkeit, für sich und über sich sprechen, und Angehörige, die sich aus der Isolation heraus, in die Öffentlichkeit trauen. Ziel ist ein anderes Bild von Verrücktheit, als eine menschliche Reaktion auf existentielle Krisen, als besondere Dünnhäutigkeit, als Rückgriff auf kindliche Wahrnehmungen, als Aufbrechen von Unbewußtem, als eine Erscheinung vergleichbar den Träumen nur ohne Schutz des Schlafes, usw.

In diesem Sinne sind Psychoseseminare von Anfang bemüht gewesen, statt einer ausschließlich pathologischen Betrachtung, subtil und vielfältig eine Anthropologie und Psychosen zu entwerfen. Von Anfang an war ihr Anliegen, das Stigma, also die öffentlichen Vorurteile gegenüber Psychosen zu verändern. Denkt man an den Begriff Psychose-Erfahrung, der in diesem Kon-

text der Psychoseseminare entstanden ist, wird deutlich, dass sich einiges in dieser Richtung schon bewegt hat.

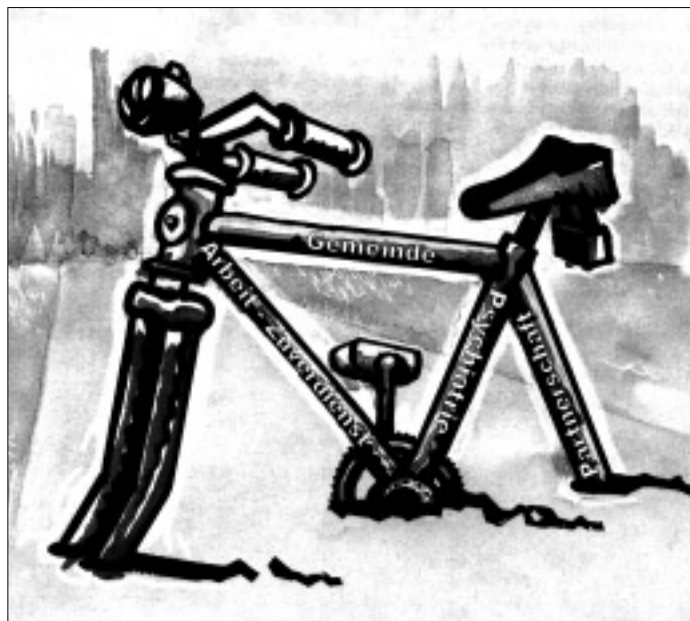
Bei dem bundesweiten Erfahrungsaustausch der Psychoseseminare vom 7. bis 9. Juli 2000 in Schwerin wird es auch darum gehen, die Anstrengungen der Psychoseseminare in diese Richtung zu verstärken, also die Antistigma-Kampagne zu unterstützen, in die Provinz zu tragen, sie dabei aber dialogisch zu konzipieren. In diesem Sinne hat sich in Hamburg eine Untergruppe des Psychoseseminars gebildet und bereitet eine eigene Kampagne an Hamburger Schulen vor nach dem Motto: «Es ist normal, verschieden zu sein».

Scientology und KVMP brandmarken psychiatrische Diagnosen als erfundenen Wahnsinn, und treten als Fürsprecher psychisch Kranker auf. Wie geht die Psychiatrie mit diesem Phänomen um? Welche Folgen hat das für die praktische Arbeit als Therapeut?

Wenn Scientologen gegen die Psychiatrie mobilisieren, kann man das entweder als Bauernfängerei oder als Ablenkungsmanöver (Haltet den Dieb!) verstehen. In jedem Falle aber als Marktgeschrei, das zu hinterfragen gilt: Die Scientologen kritisieren die Psychiatrie als fremdbestimmende Macht und haben doch selbst nichts als Fremdbestimmung im Sinn. Sie kritisieren sie als autoritär und sind selbst hierarchischer strukturiert als jede mittelalterliche Anstalt.

Wenn jemand ernsthafte psychische Störungen hat, erst recht, wenn er dabei mit Psychiatrien in Berührung kommt, so wird er in aller Regel von der Scientology stigmatisiert und ausgeschlossen. Im Menschen- und Weltbild des Scientologen gibt es für Psychose-Erfahrung keinen Platz. Nach dem Motto, das nicht ist, was nicht sein darf, werden Menschen mit Psychose-Erfahrung in extremer Weise allein gelassen und wird ihnen bzw. ihren Familien Schuld zugesprochen - in einer Weise, die mit moderner Psychotherapie nichts zu tun hat - dafür viel mit der Tradition kirchlicher Inquisition des Mittelalters.

Auf dem Weltkongress für Psychiatrie in Hamburg im August 99 ist die Psychiatrie insgesamt mit diesem Phänomen eher ungeschickt umgegangen. Oberflächlich war die Kritik von Patientenorganisationen und Scientology an der Psychiatrie und am Kongress nicht leicht zu unterscheiden. Die Intention aber ist geradezu gegensätzlich. Im therapeutischen Alltag ist es oft erschreckend, welchen zusätzlichen Schaden Patienten durch den Kontakt zu Scientology erfahren - und es ist mühsam, den subtilen negativen Zuschreibungen entgegenzuwirken.



Hilfe für die Helfer

## Lichtblick-online

„Man entdeckt keine neuen Erdteile, ohne den Mut zu haben, alte Küsten aus den Augen zu verlieren.“

André Gide, franz. Schriftsteller

Lediglich einen Mausklick entfernt von SPIEGEL oder FOCUS, TAZ oder Süddeutsche Zeitung tummeln sich die Websites von Unternehmen und PR-Agenturen, von Organisationen und Privatpersonen. „Die Journalisten stehen demnach nicht mehr allein auf der massen- und multimedialen Bildfläche.“\*

Dennoch, trotz wachsendes World-Wide-Web konzentrieren sich die Surfer auf wenige Angebote. Das ergab eine Studie von Media Metrix. Demnach nutzten die Surfer etwa 35 Prozent ihrer Onlinezeit für ihre Top 50 Bookmark-Sites. Die besten zehn Sites konnten immerhin 19 Prozent der verstriften Zeit auf sich buchen.

Ein klares Indiz dafür, dass es vor allem auf aktuelle Inhalte und nützliche Archive ankommt. Insbesondere für bislang kaum beachtete Beiträge bietet das Internet ermutigende Wege der Informationsbeschaffung. Dabei geht es vor allem um den inhaltlichen „Mehrwert“ der Angebote, egal ob von Profis oder Laien gemacht.

### Newsletter: Nachrichten aus Psychiatrie und Selbsthilfe

„Lichtblick-online“ ist seit Januar 1998 dabei, Nachrichten und Artikel aus dem Bereich Psychiatrie und Selbsthilfe zu schreiben, aufzuspüren und publik zu machen. Seit Juli 1999 ist an zentraler Stelle der Lichtblick-newsletter gerückt.

Die direkte Anbindung an das Internet sorgt für weniger finanziellen und administrativen Aufwand, jedenfalls was das Versenden von E-Mails betrifft. Das ermöglicht Aktualität und einen zuverlässigen Informationsfluss.

Seit Juli 1999 präsentiert sich unsere Homepage [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de) in einem neuen „erfrischenden Design“ und verbesserter Benutzerführung, so das Lob vieler Surfer. Doch es geht nicht nur um das Erscheinungsbild. Immer wieder Neues aufzugreifen, z.B. Anti-Stigmakampagne, EUFAMI, Gesundheitsreform, Interviews, Online-



Sprechstunde und Download von PDF-Dokumenten (Faltblätter, Broschüren, Manuskripte, Studien usw.), ist ein Muss.

Lichtblick-online wendet sich an alle Internetnutzer, die an psychiatrischen Themen interessiert sind. Hauptzielgruppen und Kommunikationspartner sind Angehörige und Freunde psychisch Kranker, Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrisch Tätige, Studenten, Ausbilder, Politiker und Journalisten. Lichtblick-online ist offen für alle Anregungen, die helfen, Verletzungen der Menschenwürde, besonders der psychisch Erkrankten und ihrer Angehörigen, aufzudecken und beiseitezuräumen.

Lichtblick-online bietet u.a. Nachrichten und Beiträge über die häufigsten psychischen Krankheiten, beschreibt allgemeinverständliche, aber fachlich fundierte Artikel über die Wirkungsmöglichkeiten von Psychopharmaka, stellt die wichtigsten psychotherapeutischen Verfahren vor und verweist auf die wichtigsten Anlaufstellen der Angehörigenverbände in den Bundesländern.

Lichtblick-online steht ganz im Zeichen der Mitverantwortung gegenüber psychisch Kranken und der Aktivierung der Selbsthilfekräfte der Familien. Wie die Betroffenen mit den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung im Alltag besser zurechtkommen - auch wie eine verfrühte Berentung vermieden werden kann - und was Angehörige selbst für ihr gesundheitliches Wohlbefinden und für ihre berufliche Absicherung und Entwicklung tun können, sind wichtige Brennpunktfragen unserer Aufklärungsbemühungen.

Alles in allem, es geht um das Thema «Psychiatrie und Selbsthilfe», das in den klassischen Medien bislang viel zu selten auftaucht. Lichtblick bietet Denkanstöße und Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit Namen und Adressen von Ansprechpartnern.

\*Internet-Journalismus, Bd. 35, Klaus Meier (Hg.), Konstanz: UVK Medien, 1998, ISBN 3-89669-233-X, Seite 16

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Wie melde ich mich an?

Auf [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de) können Sie sich einschreiben. Sie bekommen dann eine Bestätigungsmail, die Sie bitte **ohne Inhalt** bei **unverändertem Betreff** beantworten.

Die Adresse der Redaktion lautet:

**[lichtblick99@selbsthilfe-online.de](mailto:lichtblick99@selbsthilfe-online.de)**

Wir freuen uns über jeden eingesandten Beitrag, bitten jedoch um Verständnis dafür, dass wir auf Grund der Anzahl der Zuschriften und Manuskripte keinen Rechtsanspruch auf Veröffentlichung gewähren können. Die Redaktion behält sich vor, Zuschriften gekürzt und kommentiert wiederzugeben.

Für den Fall, dass Sie sich aus dieser Liste austragen wollen, E-Mail an:

**[lichtblick-request@selbsthilfe-online.de](mailto:lichtblick-request@selbsthilfe-online.de)** mit dem Betreff „help“ (ohne Anführungszeichen)

Vieles kann auch über die Website einfacher veranlasst werden. Dazu gehen Sie zu:

**<https://mail.selbsthilfe.franken2000.de/mailman/listinfo/lichtblick>**

Die Liste „Lichtblick-newsletter“ wird auf [www.selbsthilfe-online.de](http://www.selbsthilfe-online.de) betrieben.

### Psychi@trie im Internet

*Bonn/LJ* - Das Psychiatrienetz ([www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)) hat sich zu einer der wichtigsten Anlaufstellen zum Thema Psychiatrie im Internet entwickelt. Das zeigt u.a. die Resonanz in ganz unterschiedlichen Presseorganen. Die Frauenzeitschrift Brigitte («Sprechstunde im Internet: Die besten Internet-Adressen für Körper & Seele») verweist ebenso auf das Psychiatrienetz wie das Deutsche Ärzteblatt in seiner Beilage Praxis («Dienstleistungen für die Seele») oder die Computerzeitschrift c't («WWWissen: Fachspezifische Online-Nachschlagewerke»).

Eine andere Form der Kommunikation im Psychiatrienetz ist ein „virtuelles“ Psychoseseминаr in Form einer Mailingliste. Dort tauschen sich etwa 120 Betroffene, Angehörige, Bürgerhelfer und Profis über die Möglichkeiten von Selbsthilfe im Internet aus und entwickeln die Mailingliste selbst zu einem Psychoseseминаr. Neu im Psychiatrienetz ist ein Expertenforum. Dort beantworten vier Experten Fragen per E-Mail, u.a. zur Angehörigenarbeit, zu Diagnosen und Therapie, zum Betreuungsrecht, Unterbringung, Forensik sowie Hilfsmöglichkeiten der Gemeindepsychiatrie.

## Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre

Köln (ots) - Der Deutsche Ärztetag hat das Weiterbildungsrecht der Ärzte neu strukturiert und die Bundesärztekammer beauftragt, die Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) weiterzuentwickeln. Die Delegierten stimmten mit großer Mehrheit den Eckpunkten für eine Novellierung zu. „Oberstes Ziel dieser Weiterentwicklung ist eine optimale Patientenversorgung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte“, erläuterte Dr. Hans Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Er wies darauf hin, dass sich das Wissen in der Medizin alle fünf Jahre verdoppele.

## Jeder dritte fällt durch

Jährlich müssen 120 000 Autofahrer zur medizinisch-psychologischen Untersuchung, um zu klären, ob sie körperlich und charakterlich in der Lage sind, Auto zu fahren. Bei diesem Test fällt jeder dritte Prüfling durch. Ihm müssen sich oft Alkoholsünder stellen. *P.S.*

## Medizin und Medien

An Journalisten und andere Interessierte wendet sich die Tagung „Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit“, die von der Ärztekammer Westfalen-Lippe und dem Berufsverband Deutscher Pathologen am 9. September in Dortmund veranstaltet wird. Kontakt: Universität Dortmund, Institut für Journalistik, Tel. 0231 - 755-2820. *DJV*

## Alzheimer-Hilfe

Die neue Broschüre „Die Alzheimer-Krankheit: Wissenswertes und Tipps für Interessierte, Betroffene und Angehörige“, herausgegeben von der Alzheimer-Hilfe, gibt einen umfassenden Einblick in das Krankheitsbild. Sie hilft erste Warnsignale zu erkennen, informiert über den Weg zur Diagnose, skizziert den Verlauf der Erkrankung und gibt Tipps für Betroffene und Angehörige. Erhältlich bei: Alzheimer-Hilfe, Postfach 70833, 60599 Frankfurt, Tel. 0180-33 666 33 (DM 0,18/min.), montags bis freitags von 8.00 bis 20.00 Uhr.

Internet: [www.alois.de](http://www.alois.de)

# DDR-Psychiater kooperierten mit der Stasi

Sonja Süß: Befugnisüberschreitungen zum Nachteil von psychisch Kranken

Buchautorin Sonja Süß, Psychiaterin und ehemalige Oppositionelle, kommt in ihrer wissenschaftlichen Monographie „Politisch mißbraucht? - Psychiatrie und MfS“ zu dem Schluß, dass es keinen systematischen politischen Mißbrauch der Psychiatrie in der DDR gegeben hat.

Auch wenn sich das wie ein Schlußstrich anhört, so sind die Ergebnisse ihrer langjährigen Recherchen aufschlußreich. Sonja Süß konnte nachweisen, dass tatsächlich ein Teil der Ärzte, die als inoffizielle Mitarbeiter des MfS tätig waren, Patientengeheimnisse verraten haben. Zudem wurden psychisch Kranke anlässlich politischer Höhepunkte als potentielle Störer zeitweilig in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen. Weiterhin gelang es ihr, mehrere Fälle von Psychiatriemißbrauch zur Disziplinierung unbequemer Menschen durch die politischen Machthaber nachzuweisen.

Selbst in „personalpolitische Entscheidungen“ griff das MfS ein. So erfuhr die Autorin aus den Kaderakten der Berliner Charité, dass die dort tätigen MfS-Offiziere für ein umfangreiches Netz von IM und GMS verantwortlich waren, „bei denen es sich größtenteils um Ärzte oder Schlüsselpositionen handelt(e)“.

Sicherheitsmaßnahmen des MfS schränkten die Bewegungsfreiheit psychisch Kranker ein. Im Rahmen z.B. der MfS-Aktion „Dialog“ (Besuch von Bundeskanzler Helmut Schmidt in Güstrow, 1981), die der damalige Gesundheitsminister Mecklinger mit einer Weisung an Bezirksärzte flankierte, gestattete keine Beurlaubungen von eingewiesenen Patienten und ermöglichte die Zwangseinweisung psychisch Kranker, „von denen eine Gefährdung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit ausgehen kann“. Als „befremdlich“ bezeichnet Sonja Süß den dazu herausgegebenen 41seitigen Mielke-Befehl 17/81, der Psychiatrische Krankenhäuser in den Bezirken Berlin, Potsdam, Frankfurt/O., Schwerin und Rostock von den Schutzmaßnahmen her in einem Satz „mit Waffenlagern“ einstuft.

Auf „absolut außergewöhnliche Behandlungsmethoden“ verwies der Bericht der ersten Waldheimer Untersuchungskommission (1990). Demnach hatte der Chefarzt Dr. Wilhelm Hoppe an mehreren Waldheimer Patienten Hirnoperationen und Kastrationen vornehmen lassen. Sonja Süß recherchierte: „In keinem Fall fand sich in den Waldheimer Krankenunterlagen eine Dokumentation darüber, dass die Patienten oder ihre gesetzlichen Vertreter über die Eingriffe aufgeklärt worden wären und in keinem Fall lag eine Einwilligungserklärung der Patienten oder ihrer gesetzlichen Vertreter vor.“ Im Frühjahr 1993 erhob die Staats-

anwaltschaft Leipzig Anklage gegen den ehemaligen ärztlichen Direktor wegen schwerer Körperverletzung und Freiheitsberaubung. Das Hauptverfahren endete am 28. Dezember 1998 mit einem Freispruch. Dass führende Experten an der Sektion Kriminalistik der Humboldt-Universität (Berlin) als MfS-Psychiater diffamierende Gutachten über politische Häftlinge schreiben konnten, verdeutlicht das besonders obskure Zusammenspiel von SED, Justiz, MfS und Psychiatrie in der DDR.

Die Autorin wies nach, dass die politischen Häftlinge in den Untersuchungshaftanstalten des MfS auch einer zweifelhaften Forschung ausgesetzt waren. So beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe „Forensische Psychiatrie“ mit dem Thema „Hirnschaden als mögliche Komponente spezieller Arten der sozialen und kriminellen Gefährdung“. Diese Untersuchung lief unter Geheimhaltung. An der Juristischen Hochschule des MfS in Potsdam wurden die Methoden der Zersetzung politisch Andersdenkender als Universitätsfach gelehrt. Dazu stellt Sonja Süß fest: „Bei der Erarbeitung und Vermittlung psychologischer Kenntnisse wurde Wert auf eine möglichst große Nähe zur «operativen Praxis» des MfS gelegt.“ Damit ließ und läßt sich Karriere machen. Die erworbenen akademischen Titel an der Potsdamer Hochschule des MfS sind auch im vereinten Deutschland gültig!

Sonja Süß liefert den Nachweis, dass es in der DDR-Psychiatrie „Befugnisüberschreitungen zum Nachteil von psychisch Kranken, Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht und andere Normenverletzungen“ gegeben hat. In das Blickfeld ihrer Untersuchungen rückten fast nur Psychiatrische Kliniken und Personen, die nach der Wende für Schlagzeilen in der Presse sorgten. Sonja Süß, „lag viel an einer gründlichen Klärung der Angelegenheit“.

Sie hat sozusagen die Spitze des Eisberges untersucht. Wird es bei diesem „überregionalen“ Stand der Aufklärung bleiben?

Lichtblick

Sonja Süß

Politisch mißbraucht?  
Psychiatrie und  
Staatssicherheit  
in der DDR

773 Seiten, 58,00 DM  
Ch. Links Verlag, Berlin  
ISBN 3-86153-173-9

Analysen und Dokumente,  
Band 14, wissenschaftliche  
Reihe des Bundesbeauftragten für die  
Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der  
ehemaligen DDR, Herausgegeben  
von der Abteilung Bildung  
und Forschung



## Gewaltbereitschaft

**Realistische Einschätzung oder Kaffeesatzleserei?**

Diese provokante Frage muß auch nach der Lektüre des FAZ-Artikels vom 24.5.2000 mit „die Wahrheit liegt in der Mitte“, beantwortet werden.

Sie läßt weder die Fachwelt, noch die Betroffenen, noch die Angehörigen und schon gleich gar nicht die Medien zur Ruhe kommen – die Frage wie gewalttätig sind psychisch kranke Menschen, und wie vorhersehbar ist die Gewaltbereitschaft.

Viele Jahre hindurch hielten sich alle Beteiligten an Statistiken, aus denen hervorging, dass psychisch kranke Menschen prozentual nicht mehr schwere Gewalttaten verüben als „normale“ Bürger. Man weiß längst, dass sich diese statischen Daten heute nicht mehr so halten lassen. Die Gewaltbereitschaft psychisch Kranker hängt von vielen Faktoren ab.

In dem mit A.F. gezeichnet FAZ-Artikel schreibt der Autor zur Häufigkeit, die Zahl der Gewalttaten, begangen durch psychisch kranke Mensch, sei „gegenüber der Allgemeinbevölkerung statistisch etwas erhöht. Da Gewalttaten gegen das Leben aber eher selten sind, bewegt sich dieses erhöhte Risiko in Promille und nicht in Prozent.“

Beruhigend wirkte bisher die Aussage, dass der Aufstau von Gewalt bei psychisch kranken Menschen leichter zu erkennen sei als bei Gesunden.

Eine möglichst genaue Risikoeinschätzung wird von Behandelnden und Gutachtern erwartet. Bei einer Fehleinschätzung drohen dem Arzt rechtliche Konsequenzen. Auch daher das Interesse der Professionellen an einer möglichst genauen Vorhersage. Die Trefquote, so A.F., ist heute wesentlich gestiegen

gegenüber früheren Jahren, vor allem was die kurzfristige Einschätzung anbelangt und die Zuverlässigkeit erhöht sich noch, wenn soziale und biographische Daten in die Beurteilung mit einfließen. Zu Aussagen herangezogen werden „Aggressivität in der Vergangenheit, nebeneinander von Psychose und Sucht, akute psychotische Symptome und bestimmte Formen von wahnhafter Verknennung der Lebensumwelt.“

Neue Erkenntnisse dazu aus Untersuchungen des englischen forensischen Psychiaters Jonathan Sanders sind ernüchternd. Er stellte fest, dass ein Viertel aller von ihm untersuchten, hospitalisierten Forensikpatienten aggressive Gedanken haben, dass ein Sechstel Vorstrafen wegen Aggressivität hatten, dass 10 Prozent Waffen besitzen, dass 5 Prozent sie ständig mit sich herumführen. Die Befragungen ergeben auch, dass die Kranken häufiger an Selbstmord als an Mord denken. A.F. bemerkt dazu, dass bei Gesunden die Auswirkungen einer solchen Kumulation von erschwerenden Faktoren zum Vergleich nicht untersucht wurden.

Es bleibt also schwierig die potentielle Gewaltbereitschaft psychisch Kranker frühzeitig einzuschätzen. In Anbetracht dieser Umstände haben sich zwei Kollegen von Sanders dafür ausgesprochen, das Gewaltisiko durch konsequente, intensive Behandlung der Erkrankung zu mindern. "Dieser Weg ist wirksam; er wirft sehr viel weniger rechtliche und ethische Fragen auf als statistisch begründete Risikoabschätzung, die der jeweiligen individuellen Situation des Kranken nicht gerecht wird", so der Autor. *Eva Straub*

**Psychisch Kranke in der Serie „Emergency Room“**

Zwei Psychiater aus dem englischsprachigen Raum, Rita Mairead Condem, Dublin und Peter Byrne, Kent, schreiben in der Zeitschrift „British Medical Journal“ (BMJ) zum permanent ärgerlichen Thema der Diskriminierung psychisch kranker Menschen in Fernsehfilmen. Sie nehmen die allseits sehr geschätzte und ungeheuer viel gesehene Serie „Emergency Room“ auf's Korn.

Auch im englischsprachigen Raum hat die Serie enorm hohe Einschaltquoten. In Deutschland wird sie regelmäßig von ProSieben ausgestrahlt.

Auslöser für eine Untersuchung der Serie über die Darstellung psychisch Kranker und den Umgang mit psychiatrischen Krankengeschichten war eine Sendung, in der ein psychisch kranker Mann schließlich zwei Ärzte so mißhandelt, dass eine Ärztin stirbt, jede Menge Blut fließt und die ganze Hilflosigkeit des Teams dramatisiert wird!

Das Ergebnis: 28 psychisch kranke Patienten kamen in den 22 aufeinanderfolgenden Sendungen vor, die meisten waren Suchtkranke, sechs waren psychotisch. Stimmenhören, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und daraus resultierende Gewalttaten vervollständigten das Szenario. Von Selbstverstümmelungen, Polizistenmord, der Ausrottung der ganzen eigenen Familie war alles vertreten. Vier hyperaktive Kinder wurden gezeigt, und vier Erwachsene mit einem posttraumatischen Syndrom, ein Kind, dem man psychische Probleme unterstellte, tötete ein anderes. Noch etliche weitere Varianten der Grau-

samkeit wurden den Zuschauern als typisch für eine Psychose untergejubelt.

Alle diese Beispiele sollen weismachen, dass psychisch Kranke entweder zerstörerisch gegenüber sich selbst oder gegen andere sind. Die Autoren werfen der Serie vor, dass eine Atmosphäre von Gewalt mit all diesen Geschichten erzeugt wird, die ein Mitgefühl mit den Kranken unmöglich macht. Es wird eine starke Verbindung von psychischer Krankheit und Gewalt hergestellt. Die Tendenz fügt sich damit glatt in die bekannte Stigmatisierung durch Medien ein, so die Meinung der Autoren.

Erschwerend wirke sich aus, finden sie, dass diese Serie gerade den Anspruch auf Realität erhebt, wenn es sich um medizinische und chirurgische Behandlung dreht. Sie wünschten die gleiche Gründlichkeit der Berichterstattung für die Psychiatrie, und sie wünschten sich die Darstellung einer hilfreichen, stützenden Begleitung der psychisch Kranken in diesen „Emergency Room“ Serien. Sie verweisen darauf, dass die Zahlen über Körperverletzungen durch psychisch Kranke in Großbritannien seit 1957 ständig zurückgegangen sei.

Bemerkenswert an diesem Bericht ist nicht die Tatsache der Diskriminierung an sich in diesem Publikumslied. Ungewöhnlich ist, dass sich Profis öffentlich dagegen wenden.

*E.S.*Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)**Schizophrenie-Studie**

Bisher folgte man bei der Einschätzung des Verlaufs von Schizophrenien der „Dritteltung“: ein Drittel heilt ganz wieder aus, ein Drittel der Betroffenen muß mit geringen Restsymptomen leben und ein Drittel chronifiziert. Wen allerdings welches Drittel trifft, konnte man nicht mit Sicherheit vorhersagen.

Die FAZ, 31.5.2000, berichtet nun von einer Langzeitstudie des „Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit“, in der Wolfram an der Heiden mit der Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung zu einer pessimistischeren Einschätzung kommt. 56 an Schizophrenie Leidende wurden von ihrem ersten stationären Aufenthalt an über mehr als 15 Jahre mehrmals untersucht.

Resultat: Die Erkrankung verläuft bei den Einzelnen äußerst unterschiedlich. Mehr als 60 Prozent der Betroffenen (34 Patienten) zeigten auch eineinhalb Jahrzehnte nach ihrem ersten Klinikaufenthalt noch immer ausgeprägte Krankheitssymptome mit wiederkehrenden Schüben (Drehtürpatienten). Bis auf eine Ausnahme wurden alle mit Neuroleptika behandelt. Sie waren überwiegend unverheiratet, aus dem Berufsleben ausgegliedert und auf beschützende Wohnverhältnissen angewiesen. Sieben Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung unauffällig, mußten aber zur Vermeidung von Rückfällen Neuroleptika nehmen. „Mutmaßlich geheilt waren die 15 Patienten der dritten Gruppe“, ohne Medikamente seit Jahren symptomfrei.

Bei den 15 am Ende geheilten Patienten nahm die Psychose einen anderen Verlauf: die ersten fünf Jahre hin und wieder Schübe, ab dem 6. Jahr ein „deutlicher Knick“ zum Besseren, bei allen dann keine Einweisung mehr.

Bei der zweiten Gruppe, den Symptomfreien, ist dieser Knick nach dem 5. Jahr an nur noch sporadischen Krankenhausaufenthalten auch zu erkennen.

Nicht bestätigen konnten die Mannheimer Forscher, so die FAZ, dass Positivsymptome in den ersten Jahren der Psychose und „Negativsymptome wie eine Verflachung des Intellekts und des Gefühlslebens später in den Vordergrund treten.“

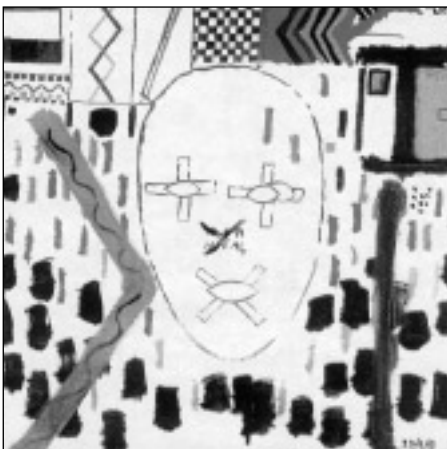
An Wahn und Halluzinationen litten die untersuchten Patienten auch nach 15 Jahren noch. Ernüchterung macht sich breit bei der Beurteilung der Prognose. Aber was werden diese Erkenntnisse für Folgen auf die Behandlung haben? Wird man in den kritischen „Knick-Jahren“ besonders engmaschig behandeln, oder sollten die Medikamente wenigstens bis zu dem kritischen 6. Jahr genommen werden? *Eva Straub*



16.4.1991 Bryan Charnley stellt einen ganz gewöhnlichen Mann dar, vielleicht etwas ängstlich über das Experiment, das er unternehmen will. Ein Leidender seit seinem 18. Lebensjahr, er hat gelernt, die Schizophrenie mit Hilfe einer Kombination aus antipsychotischen und antidepressiven Medikamenten zu kontrollieren. Für diese Serie von Selbstbildnissen entschloß er sich, die Medikamente zu reduzieren und es zuzulassen, dass die Symptome wiederkommen.



20.4.1991 «Sehr paranoid», schreibt Bryan in sein Tagebuch. „Die Person oben liest meine Gedanken und spricht zu mir in einer Art «Ego-Kreuzigung».“ - „Das lange Hasenohr bedeutet, dass ich konfus bin und extrem empfänglich für menschliche Stimmen - wie ein wildes Tier.“



23.4.1991 Eine Woche, nachdem der die Medikamente halbiert hat, fühlt Bryan die Effekte des Rückzugs. Er fühlt sich inspiriert von Louis Wains berühmter Katzenserie: „sie scheinen ein integriertes Ego zu zeigen“, schreibt er. „Ich erwarte etwas ähnliches, statt dessen bin ich nicht mehr in der Lage, mich zu konzentrieren. So nehmen die Bilder die Rohheit schlechter Zeichnungen an.“ Bryans Ängste vor Menschen, die seine Gedanken lesen können, haben sich intensiviert. - „Ich bin wie ein blinder Mann - deswegen die Kreuze auf meinen Augen.“

# Ausflug durch den Wahnsinn

Bryans «Selbstportrait» - eine tragische Entscheidung

Um 11 Uhr an einem sonnigen Morgen im August 1991 hält Pater Bayley ein Requiem in «St. Joseph und das heilige Kind», einer grossen viktorianischen Kirche nahe dem Zentrum von Bedford. Die Türen sind offen. Von Zeit zu Zeit übertönt der Straßenlärm die Stimme des Priesters. Eine dunkelhaarige Frau geht nach vorn und legt eine kleine Blume auf den Sarg.

Als Pater Bayley den Sarg mit Weihrauch segnet, ahnt kaum jemand das Ausmaß der Tragödie, das diesem Tod vorausgegangen ist - dass ein 41-jähriger Künstler Suizid begangen hat. Doch dann, in seiner kurzen Lobrede, beschreibt der Priester, was Bryan Charnley seit seinem 18. Lebensjahr durch seine schizophrene Erkrankung erleiden musste. Seit 23 Jahren kämpfte er einen einsamen täglichen Kampf gegen seine Krankheit - eigensinnig, hartnäckig. Jeder, der ihn kannte, achtete ihn dafür.

## Der gescheiterte Versuch einer Verständigung

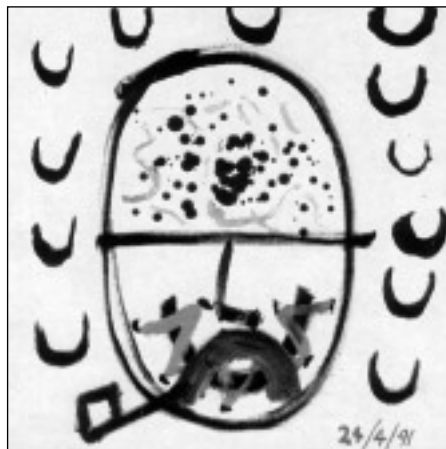
Trotz seiner Niederlage im Kampf gegen die Krankheit hat Bryan eine letzte triumphale Leistung vollbracht, bevor er sich das Leben nahm. In einem bemerkenswerten, dreimonatigen Experiment nutzt er alle seine künstlerischen Fähigkeiten, um sein Leiden und das seiner Leidensgefährten für Ausenstehende erfahrbar zu machen. In einer Serie von Bildern, die er „Selbst-

portrait“ nennt, macht er deutlich, was es heißt, immer „auf Messers Schneide“ zu leben, Tag und Nacht mit geistigen Kräften zu ringen wie Gut und Böse, Hell und Dunkel, Vernunft und Chaos. Er selbst beschreibt seine Absicht sehr eindringlich: „Selbstportrait“ will zeigen, was es bedeutet, ein Mensch und schizophren zu sein.“

## Ziel: Akute Phase

Um diesen Ausflug durch den Wahnsinn zu malen, entschloss er sich, die Zusammensetzung und Dosierung seiner Medikamente zu ändern, von denen seine relative Stabilität abhängig war. Es waren dies Depixol, ein neuroleptisches Medikament, das die akuten und bedrängenden Symptome dämpft, und Tryptisol, ein Antidepressivum. Er glaubte, wenn er gleichmäßig die Dosis reduziere, könne er den chemischen Vorhang zurückziehen und die charakteristischen Merkmale der Schizophrenie in seinen Selbstbildnissen darstellen - ein kühnes und riskantes Experiment. Am 29. Juli 1991, zehn Tage nach Beendigung seines letzten Portraits, legte er Hand an sich.

Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass die Krankheit durch ein biochemisches Ungleichgewicht im Gehirn hervorgerufen wird. Auslöser können soziale oder emotionale Faktoren sein. In einigen Fällen können Medikamente die Symptome beruhigen. Bryan selbst glaubte dies, obwohl er sie, wie die meisten Leidenden, ablehnte.



24.4.1991 „Warum schaffe ich es nicht, in meiner Malerei die totale mentale Auflösung zu beschreiben?“, fragt sich Bryan in seinem Tagebuch und fährt dann fort: „Die Tropfen auf dem Gehirn sind Blut, um die Schmerzen auszudrücken, die ich erleide. - Ich rauche zuviel, darum die Pfeife... keine Augen, um zu sehen, was vor sich geht und ein zugenähter Mund... Ich weiß, ich kann nicht mehr länger so weitermachen.“ Ängstlich, weil er seine Medikamente zu schnell reduziert hat, nimmt er eine Dosis von 15 Depixoltabletsen, siebenmal mehr als die verordnete Dosis.



29.4.1991 Bryan nimmt wieder eine höhere Dosis Depixol, aber so schnell wirken die Medikamente nicht, den Aufruhr seines Geistes zu unterdrücken. Sein Portrait wirkt fragmentarisch, fühlt sich einsam und ausgesetzt - wie auf einer Bühne. „Eine fremde geistige Kraft sagt mir, ich solle nicht so viel rauchen, andernfalls würde ich ein Desaster heraufbeschwören.“ Bryans Zwillingbruder ruft an, besänftigt ihn und nimmt den spirituellen Kräften ihre Macht. „Liebe ist seltsam - dies ist die erste wirkliche Hilfe, die mir mein Bruder gegeben hat.“



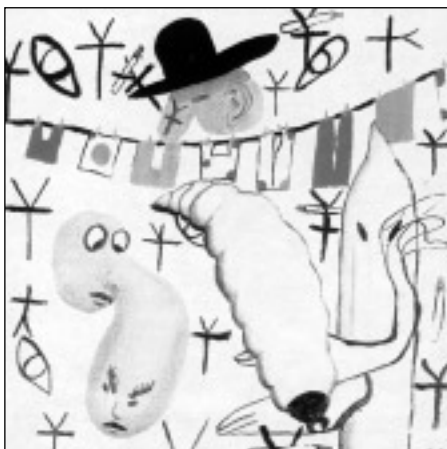
Er bezeichnet sie an einer Stelle im Tagebuch als „Leitschuhe“.

Wie «Selbstportrait» zeigt, war Bryan ein klassischer Schizophrener, Opfer der meist verbreiteten Symptome. Er hörte Stimmen und gab Unwesentlichem eine besondere Bedeutung. Er war überzeugt, dass andere seine Gedanken lesen können und dass fremde Mächte die Kontrolle über seinen Geist haben. Er konnte z.B. keine Ablenkung durch Fernsehen oder Radio finden, weil er glaubte, bedrohliche Nachrichten würden über ihn verbreitet.

Die Tragik der Schizophrenie ist, dass sie Menschen trifft, die normal und intelligent sind, wenn sie sich nicht gerade in der Gewalt der Krankheit befinden. Das Stigma, das immer noch mit psychischen Erkrankungen verbunden ist, verstärkt das Gefühl von Ablehnung und Isolation der Betroffenen. Wie Pater Bayley auf Bryans Beerdigung sagte: „seine Krankheit verhindert all die Beruhigungen, die das Leben erträglich machen.“

### „Ehrliche Aussagen ...“

In gewisser Weise war Bryan der Typ des ringenden Künstlers. Er lebte allein in einer armseligen Wohnung, aß unregelmäßig und fühlte sich vernachlässigt. Traurig, dass erst „Selbstportrait“ ihn nach seinem Tod bekannt gemacht hat. Edward Adamson, ein Künstler in Großbritannien, der sich für die heilenden Kräfte der Kunst einsetzt, war sehr beeindruckt, als er Bryans Bilder sah: „Ich bin sicher, dass er sehr erfolgreich geworden wäre. Es sind ehrliche Aussagen, wie es ist, schizopren erkrankt zu sein.“



**2.5.1991** Die massive Dosis Depixol wirkt. „Ich bin fast ohne Energie“, schreibt er. „Das drückt sich in der Insektenlarve aus, im erstarrten Zustand eines Insektes. Der Geist, ausgedrückt durch einen Vogel, zerquetscht die Made. Die widerstreitenden Gedanken sind ausgedrückt durch einen Mann mit zwei Köpfen, einer ist eine Nase. Die Wäscheleine bedeutet, dass all meine schmutzige Wäsche - meine Gedanken - zur Ansicht ausliegt.“ Ermüdet durch das Gespräch mit seinem Bruder, nimmt Bryan jetzt wieder die Medikamentendosis vor dem Experiment.

Bryans Kunst war von zwei Künstlern beeinflusst: Vincent van Gogh, der seinen geistigen Aufruhr durch reiche Texturen und kühne, deutliche Farben darstellte, der „Chemiker der Malerei“, und Louis Wain, der seine eigene Schizophrenie in einer berühmten Katzenserie manifestierte. Für kurze Zeit hing eines von Bryans frühen Bildern im Bethlehem Royal Hospital neben Bildern von Wain.

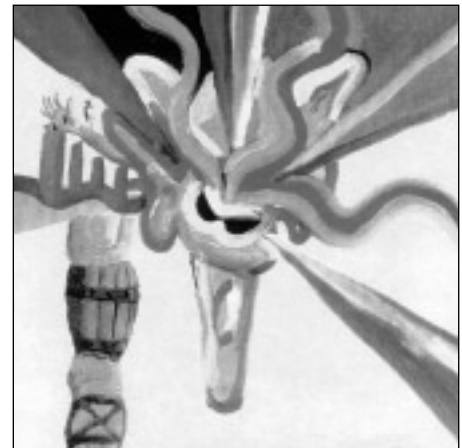
### Eine Mission, um zu helfen

Bryan suchte bewußt nach einfachen und kraftvollen Symbolen, damit der Betrachter mit ihm jede Phase seiner Reise in den Wahnsinn teilen könne. Außergewöhnlich, dass er trotz fortschreitendem Chaos noch immer in der Lage war, nach rationalen Symbolen seiner irrationalen Gedanken zu suchen.

Einige der wiederkehrenden Themen wie das allsehende böse Auge, die Stifte und Nägel, die religiöse Bildsprache, sind gut bekannt in der psychotischen Kunst. „Es gibt Bilder von schizophrenen Künstlern, die dieselben gestörten Vorstellungen vermitteln“, sagt Professor Michael Gelder, Chef der Psychiatrie an der Oxford University, als er „Selbstportrait“ sah.

Was Bryans Arbeit einzigartig macht, ist die Intention, mit der er aufbrach, die Welt über seine Erfahrungen zu informieren und dass er die Serie abschloss. Vermutlich sollte sie keine Therapie für ihn selbst darstellen, sondern eine Mission, um anderen zu helfen.

Bryans Zwillingbruder Terence, ein Videoproduzent, schickte die ersten Bilder von „Selbstportrait“ an eine Zeitung. Man mach-



**14.5.1991** Bryan beschreibt dieses Bild als „das Ego, das sich wie eine Krebszelle teilt, wenn es unter Druck gerät.“ Er hat seine Antidepressiva auf gerade eine Tablette pro Tag reduziert. Das Ergebnis sind Gefühle der Angst, Beklemmung und Schuld. Ihn quält der Gedanke, es habe den Suizidversuch seiner Freundin provoziert. Er glaubt, wenn er im alten Rom gelebt hätte, wäre er von ihrer Familie verfolgt worden.



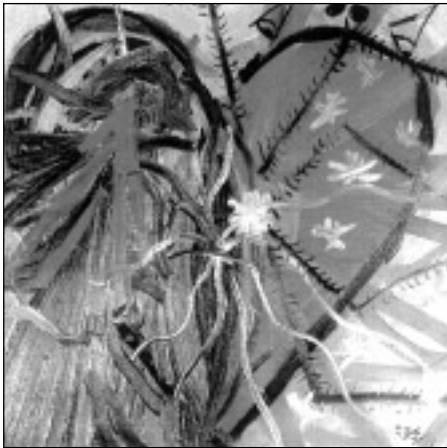
**18.5.1991** Acht Tage nach Reduzierung der Antidepressiva ist Bryans Selbstbildnis zerstört. „Mein Verstand ist ein Gedankenradio, und ich kann nichts dagegen tun. Ich habe mein Gehirn als einen riesigen Mund gemalt, der unabhängig von mir agiert. Ich fühle, dass ich geteilt bin, in mir und gegen mich. Der Nagel im Mund drückt meine soziale Lächerlichkeit aus, meine Unfähigkeit, mich zu integrieren, die mich zur Zielscheibe macht.“



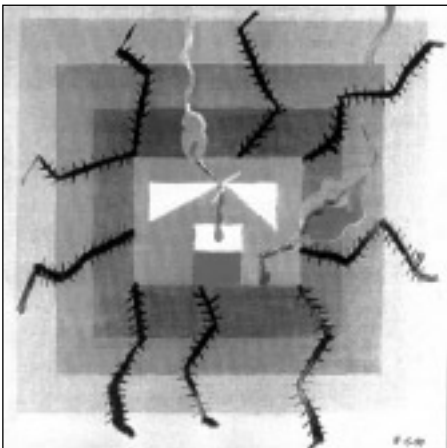
**6.5.1991** Vier Tage lang hat Bryan die ihm verschriebene Medikamentendosis beibehalten, aber die Turbulenzen der zu hohen Dosierung halten an. Er hat den Blick für sein Gesicht wiedergewonnen. Aber es verwandelt sich nun in eine Dartscheibe. „Ich fühle mich als Zielscheibe grausamer Bemerkungen anderer Menschen. Was geht vor? Ich habe einem Mädchen den Selbstmord mit Engelszungen eingeredet, weil ich keine Zunge hatte. Die Frau, die er meint, ist eine Freundin, von der er glaubt, er habe sie zum Suizidversuch angestiftet.“



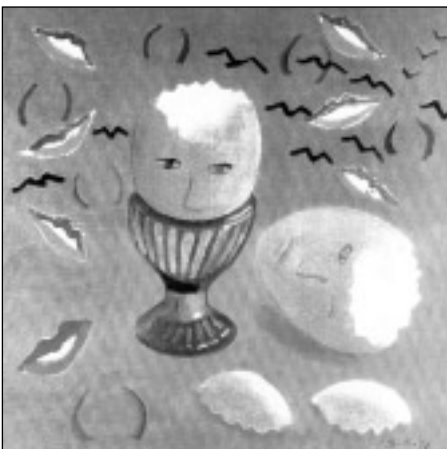
**23.5.1991** „Das Blau ist da, weil ich mich depressiv fühle, durch die Verminderung der Medikamente. Die Wellenlinien bedeuten, dass, als ich mich gerade sicher fühlte, eine Stimme von der Straße mich emotional ausplünderte. Ich bin dankbar, dass ich fähig bin, ein so reines, mentales Konzept wie ein Gedankenradio darzustellen mit Hilfe der einfachen Idee, das Gehirn in einen Mund zu verwandeln, sodass ich es noch einmal gemalt habe. Man kann schon was, wenn man es schafft, in der Malerei etwas zu zeigen, was total unsichtbar ist.“



**2.6.1991** „Vielleicht ist ein gebrochenes Herz die Ursache von allem. Durch die Spinnenbeine auf der rechten Seite versuche ich, meine Unsicherheit auszudrücken. Ich fühle, dass ich mehr und mehr meiner Schizophrenie Ausdruck geben kann.“



**8.6.1991** Das Bild zeigt einen eintönigen rechteckigen Kopf der mit Klötzen und Dreiecken gefüllt ist, die Gedanken bedeuten sollen. Bryan fühlt sich attackiert, daher die brennenden Pfeilspitzen. Die Spinnenbeine symbolisieren Schuldgefühle. Er schreibt in sein Tagebuch: „Sie strahlen aus und werden schwächer, wenn sie mein Gehirn verlassen.“



**13.6.1991** Seit dem 24.5. hat Bryan seine Antidepressiva ganz abgesetzt. Sein Selbstportrait zeigt zwei geköpften Eierschalen ohne Inhalt. Die Eier sind leer wie ein Kopf ohne Gedanken, seiner Geheimnisse beraubt. Er schreibt: „Jemand, der Macht über mich hat, stillt seinen Appetit an ihnen.“ Bryan hat die Krähen aus Van Goghs letztem Weizenfeld-Bild übernommen. Die Krähen sind wie seine Gedanken, die wegfliegen. Von jetzt ab erwähnt er in seinem Tagebuch ganz offen seine Absicht, sich das Leben zu nehmen.

te einen Termin aus, Bryan zu besuchen. Bryan wartete sehnsüchtig auf diesen Besuch und hoffte, dass seine Serie veröffentlicht würde. Aber dann verschob man den Termin auf Ende August.

## Rückblick

Bryan hinterließ keine Nachricht. Dafür Fragen, z.B.: Könnte es eine Bedeutung haben, dass sein Todestag der 29. Juli war, der Tag, an dem sich Bryans Idol, Vincent Van Gogh, erschossen hat?

Auf der Beerdigung waren Familie und Freunde versammelt, sprachlos und betäubt von ihrem Verlust. Alle fühlten sich schuldig, alle waren verstört. In Gesprächen stellte sich heraus, wie allein gelassen sich die Familie während Bryans Krankheit fühlte. Seit der ersten Diagnose vor mehr als 20 Jahren hatte sie keinerlei Ratschläge oder Informationen erhalten, sie wußten keine Stelle, an die sie sich hätte wenden können. Sie war sich der Gefährdung ihres Angehörigen nicht bewußt, hielt sein Verhalten für absonderlich.

„Ich bedaure schmerzlich, dass ich mir nicht mehr Zeit genommen habe, nach ihm zu sehen“, sagt sein Zwillingsbruder Terence, „aber irgendwie dachte ich immer, er würde damit fertig werden.“

Bryan kam eine halbe Stunde vor Terence zur Welt. Wie viele Zwillinge entwickelten sie starke Abhängigkeiten voneinander. Als Dreijährige sprachen sie miteinander in einer Geheimsprache. „Wir waren zwei gegen die Welt, ich wußte, was er dachte und er wußte, was ich dachte“, sagt Terence. Als sie auf dem Gymnasium waren, begann Terence, sich mehr und mehr von seinem Bruder

zu lösen. „Ich hasste es, nur ein halber Mensch zu sein und die Charnley-Zwillinge gerufen zu werden. Wir waren wie ein altes Ehepaar. Ich wollte die «Scheidung».“ Die Mutter führt viele von Bryans sozialen Unangepaßtheiten auf Terence Entschluß zurück, die Fesseln des Zwillingsdaseins zu zerreißen. Bryan war viel weniger in der Lage, Freunde zu finden. Er war immer derjenige, der im Schatten stand. Beide Jungen hatten vorstehende Zähne, aber nur Bryan litt darunter, sagt sie. Ein leichter Sprachfehler machte ihm den Kontakt zu Menschen zusätzlich schwer.

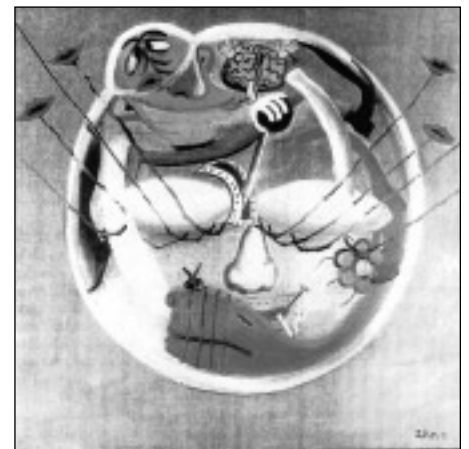
Er war 18 Jahre alt - beide Jungen gingen inzwischen auf verschiedene Kunstschulen - als er seinen ersten Zusammenbruch hatte. „Er zog sich ganz in Weiß an und wollte mit uns über den Gekreuzigten reden“, sagt die Mutter. „Er wurde sehr aggressiv und veränderte sich.“

Von diesem Zusammenbruch erholte er sich schließlich soweit, dass er sein Vordiplom an der Kunstschule abschließen konnte, wo man ihn für einen der begabtesten Schüler hielt. Dann gewann er einen begehrten Platz in der Central School of Arts und Design in Hofborn. Beide Brüder spielten in den sechziger Jahren ein wenig mit Drogen herum, nahmen Marihuana und LSD. „Ich war o.k.“, sagt Terence, „aber Bryan konnte nicht damit fertig werden.“ Er geriet außer sich, sprach unaufhörlich und nahm dabei für Stunden eine starre Position ein. Seine Eltern holten ihn nach Hause, wo er die meiste Zeit im Bett verbrachte und nur noch selten malte. Er geriet in eine schwere Krise. Er musste in die Psychiatrie, bekam schwere Medikamente und Elektroschocks. Erstmals fiel das Wort: „Schizophrenie“.



**19.6.1991** „... möchten sie alle partizipieren? Jeder hat seinen Fuß in der Tür. Mein Mund ist zugenagelt, meine Zunge angebunden, ich habe keine wirkungsvolle Antwort für sie ...“

Bryan ist endgültig in die Gewalt der Depression geraten. Sein Selbstportrait reduziert sich auf das, was wir in der kleinen Tür sehen.



**27.6.1991** Dies ist Bryans komplexeste Bild. Er spürt, dass er in den Zwängen seiner Schizophrenie eingeschlossen ist. Er fühlt sich durchsichtig: „Ich starte verrückte Experimente, um eine Art Kontrolle über diese unmögliche Situation zu bekommen (der Mann mit dem Kontrollknüppel). Mein Verstand, mein Ego ist mit Nägeln durchbohrt wie Christus, der sich am Kreuze nicht mehr bewegen konnte... Ich kann nicht mehr denken ohne Gefühle des Schmerzes. ... Meine Sinne werden durch Angst zu Halluzinationen.“

Er kam wieder nach Hause zurück und dies wäre der Zeitpunkt gewesen, durch Beratung und Hilfe der Familie und Bryan selbst in ihrer wechselseitigen Verzweigung zu helfen. Doch niemand war dazu bereit.

Die Eltern fühlten sich zunehmend unsicherer und nicht in der Lage, zu helfen. Sie drängten ihn, eine Ausbildung zu machen oder einen Job zu übernehmen. Sie vermittelten ihn sogar in eine Reinigungsfirma. Unfähig, irgendeinen Job durchzuhalten, entschloß sich Bryan mit 28 Jahren, seinen Leben und seine Krankheit selbst in die Hand zu nehmen und ernsthaft mit Malen zu beginnen.

## Jede Hilfe verweigert

Er suchte sich selbst eine Wohnung im Zentrum von Bedford, wo er für den Rest seines Lebens allein lebte, in vernachlässigten Räumen, schmutzig, mit verstreuten Sachen und halbfertigen Werbearbeiten. Er verweigerte jede Hilfe von seinen Eltern. Sein Alltag war freudlos. Es gelang ihm nicht, mit seinen Arbeiten Anerkennung als Künstler zu finden, geschweige Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten.

Eine ernsthafte Verbindung zu einer Frau endete unglücklich. Er war überzeugt, dass er für ihren Suizidversuch verantwortlich sei. Sie war die Frau, die die Blume auf seinen Sarg legte.

Wenn Bryan nicht malte, verbrachte er seine Zeit schlafend oder spazierend. In mancher Beziehung stellt er ein klassisches Beispiel für die Sozialfürsorge einer Stadt dar. Er war relativ unabhängig, konnte, wenn er wollte, zur Tagesklinik oder zur Gruppentherapie gehen. Sozialarbeiter waren



12.7.1991 Bryan macht an diesem Tag keinen Eintrag ins Tagebuch. Vielleicht will er die Betrachter seines Portraits auffordern, es selbst zu entschlüsseln. In diesem Bild wird sein Gesicht zur Luftaufnahme eines Schlachtfeldes, der Kern seiner Persönlichkeit zu einem isolierten Bataillon auf einem Hügel, das die Stellung hält, während Feinde und Rivalen sich in der Ebene zusammenziehen. Verstand und Hoffnung sind belagert. Er zitiert einen Bob-Dylan-Song: „Die Karten sind nicht gut, die Du in der Hand hast, außer sie kämen aus einer anderen Welt.“

verfügbar, um ihm zu helfen. Ein Psychiater gab ihm regelmäßig Rezepte. Alle diese Helfer arbeiten nach dem Grundsatz, das unabhängige Leben des Klienten zu unterstützen und seine Verantwortlichkeit zu respektieren. Diese Grundsätze setzen voraus, dass jedermann in der Lage ist, Hilfe nachzufragen, wenn er sie braucht.

Unglücklicherweise verhindern aber gerade die Symptome der schizophrenen Erkrankung wie Wahnideen und Stolz, dass der Klient die notwendige Hilfe anfordert.

„Er war ein sympathischer Mensch, aber verbittert über den Mangel an Anerkennung für seine künstlerischen Fähigkeiten. Hätte er sie erhalten, wäre zwar seine Krankheit nicht geheilt, aber sein Leben erträglicher gewesen“, sagt sein behandelnder Arzt.

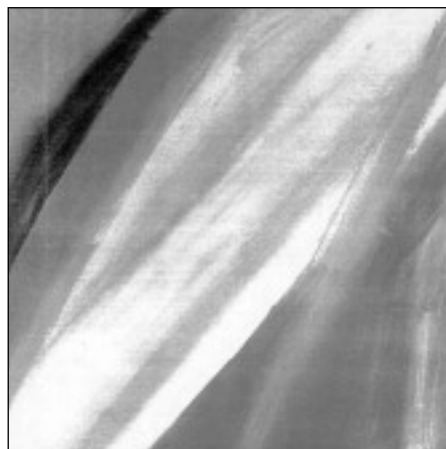
„Selbstportrait“ war eine einsame Entscheidung mit einem einsamen Resultat. Vielleicht hätte doch jemand ihm Hilfe und Unterstützung geben können - eine menschliche Stimme, die seine qualvollen Gedanken gemildert hätte?

Die Tragik von Bryans Leben und Tod, die sich in seinen Bildern spiegelt, wird anderen Künstlern besonders deutlich. Der bekannte Maler Edwards Adamson sagte: „Sie sind Schreie, Schreie nach Hilfe! Es ist schade, dass er nicht zu uns gekommen ist, als er noch lebte. Wir hätten ihm helfen können! Wir hätten ihn auf seiner Reise begleitet und ihn durchgebracht!“

Aus „telegraph magazin“

Übersetzung: Bettina Schmitz-Moormann

(gekürzt, die Bilder sind im Original farbig, d. R.)



19.7.1991 Bryan Charnley hat den «point of no return» erreicht. Er hat sich selbst in eine endgültige Leere gemalt.

Zehn Tage nach diesem Bild nahm er sich das Leben. ...

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Toleranz für psychisch kranken Nachbarn

Hausbewohner müssen für einen psychisch kranken Nachbarn ein erhöhtes Maß an Toleranz aufbringen. Das entschied jetzt das Oberlandesgericht Karlsruhe in zweiter Instanz (Az.: 14 U 19/99). Die Richter lehnten damit die Klage eines Ehepaares ab, das versucht hatte, einem psychisch kranken Nachbarn die Nutzung seines eigenen Hauses zu verbieten. Den Richtern zufolge sind Einwirkungen auf ein Grundstück durch Lärm oder in anderer Form zu dulden, soweit die Nutzung des Grundstückes nur „unwesentlich beeinträchtigt“ ist. Bei der Beantwortung der Frage, ob diese Schwelle überschritten sei, komme es auf das Empfinden eines „verständigen Durchschnittsmenschen“ an. Von einem verständigen Bürger könne erwartet werden, dass er auch dem Verfassungsverbot, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf, Rechnung trage. Die Grenze der Duldungspflicht sei hier noch nicht überschritten. Der an einer Psychose leidende Mann warf u.a. nachts Gegenstände herum, verursachte Klopfgeräusche und ließ das Radio laut laufen. gms/ddp

### AOK Bayern untersucht Mobbing

Mobbing am Arbeitsplatz kommt die Krankenkassen und Arbeitgeber teuer zu stehen. Die AOK Bayern hat ausgerechnet, dass jeder Mobbingfall zwischen 30 000 und 100 000 Mark kostet. Berechnungsgrundlagen sind Fehlzeiten in der Firma und Leistungsausfälle. Nach Schätzungen der Kasse sind etwa zwei bis vier Prozent aller Beschäftigten von Mobbing betroffen.

### Die Kunst des Boulevard

Zwei Einführungskurse in die Kunst des Boulevard-Journalismus bietet die Berliner Journalistenschule vom 20. bis 21. Juli und vom 23.11. bis 24.11.2000 in Berlin, Karl-Liebknecht-Str. 29. Wie denken Boulevard-Journalisten, welche Mittel setzen sie ein, was wollen sie bewirken? Ein Kursus über die Handhabung großer Gefühle, über Zwänge, Freiheit und Moral, mit vielen praktischen Übungen. Gebühr für DJV-Mitglieder 200 Mark, für Nichtmitglieder 400 Mark. Tel. 030 - 2327-6009, bjs@ipn.de [www.berliner-journalisten-schule.de](http://www.berliner-journalisten-schule.de)

# Suizidprävention und Krisenintervention - obligatorischer Bestandteil der Aus- und Fortbildung psychosozialer und medizinischer Berufe

*In Deutschland werden jährlich etwa 13 000 Todesfälle wegen Suizid (1995: 12 888) registriert. Im europäischen Vergleich der Sterblichkeit nimmt Deutschland einen mittleren Platz ein. Bezogen auf die verlorenen Lebensjahre je 100 000 Einwohner unter 70 Jahren weisen Finnland und Österreich bei Männern und Luxemburg bzw. Portugal bei Frauen die höchsten Werte auf. Die niedrigsten haben Griechenland und Italien (Männer) und Großbritannien und die Niederlande (Frauen).*

Legt man die mittlere Lebenserwartung zu Grunde, dann nimmt sich zur Zeit im Westen etwa jeder 71. Mann und jede 161. Frau selbst das Leben, im Osten ist es jeder 58. Mann bzw. jede 147. Frau.

Innerhalb Deutschlands variierten die standardisierten Suizidraten 1995 zwischen 11,0 je 100 000 Einwohner im Saarland und 22,4 in Bremen. Innerhalb der Flächenstaaten weisen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bei den Männern die höchsten Werte auf. Allerdings wurden in diesen Ländern historisch schon immer überdurchschnittliche Suizidraten registriert.

## Risikogruppe: chronisch Kranke

Eine psychische Erkrankung erhöht das Risiko suizidaler Handlungen deutlich. Patienten mit wiederholten Suizidversuchen befinden oder befanden sich meist in psychiatrischer Behandlung. Besonders gefährdet sind Personen in den ersten Monaten nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik. Nach den vorliegenden epidemiologischen Befunden gilt für folgende Gruppen ein besonders erhöhtes Suizidrisiko:

Die Untergruppe der affektiven Psychosen weist insgesamt das höchste Suizidrisiko auf. Die Suizidrate liegt je nach beurteiltem Schweregrad der depressiven Symptomatik zwischen vier Prozent bei allen depressiven Syndromen und 14 bis 15 Prozent bei depressiven Patienten, die wegen dieser Erkrankung stationär behandelt wurden. Bei Patienten mit Schizophrenieerkrankungen werden Suizidraten von bis zu 13 Prozent geschätzt. Die Suizidrate bei Alkoholkern beträgt etwa zwei Prozent bei unbehandelten und bis zu 3,4 bei behandelten.

Das Risiko einer Suizidhandlung scheint im mittleren Lebensalter höher zu sein als in jüngeren Jahren. Das Suizidrisiko nimmt mit dem Alter vor allem für Männer zu. Die Suizidgefährdung Medikamenten- und Drogenabhängiger dürfte 5 bis 50mal höher sein als in der Gesamtbevölkerung. Personen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben, weisen nach ein-

schlägigen Studien Suizidraten von 7 bis 22 Prozent auf.

Zu den Risikogruppen zählen außerdem chronisch Kranke mit geringer oder fehlender Heilungsaussicht oder einem hohen Sterberisiko. Bei Dialysepatienten soll das Suizidrisiko 100 bis 400mal größer sein als das der Normalbevölkerung, bei Magersucht 20mal, bei HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen 7mal, bei Krebserkrankungen nach Schätzungen bis zu 20mal. Außerdem werden Personen in Haft - insbesondere in Untersuchungshaft - als besonders suizidgefährdet angesehen.

In Deutschland muss man in der Bevölkerung über 15 Jahren von jährlich 70 000 bis 75 000 Suizidversuchen ausgehen, die einer medizinischen Behandlung bedürfen. Mit 340 Suizidversuchen je 100 000 Einwohner weisen 15 bis 19jährige Frauen die höchsten Raten auf.

In Deutschland gibt es kein länderübergreifendes Versorgungskonzept für durch Suizid gefährdete Menschen. Die meist von Kirchen getragenen Telefonseelsorgeeinrichtungen sind die einzigen überregionalen primär- und sekundärpräventiven Einrichtungen. Ihre präventive Wirksamkeit ist allerdings nicht eindeutig. Nach überwiegender Meinung besteht die beste sekundäre Suizidprävention darin, suizidale Tendenzen zu erkennen und psychiatrische Grunderkrankungen zu behandeln.

Zu den durch Suizidversuch und Suizid verursachten direkten Kosten zählen die Ausgaben für die somatische und psychosomatische Behandlung, z.B. die Aufwendungen für den Notarzt, die Ermittlungskosten der Behörden, die Transportkosten in eine Klinik und die dortige Behandlung.

Aufgrund der geschätzten Zahl von Suizidversuchen, der mittleren Verweildauer im Krankenhaus und Kostensätze für Notarzt und stationäre Versorgung lassen sich die direkten Kosten auf 57 bis 200 Millionen Mark beziffern.

Zu den indirekten Kosten eines Suizids zählen die verlorenen Erwerbstätigkeits- und Lebensjahre und die psychischen Auswirkungen. Jeder Suizid betrifft nach verschiedenen Studien im Mittel direkt fünf andere Personen. Bei Kindern wird z.B. angenommen, dass schwere Persönlich-

keitsstörungen und Depressionen auf einen elterlichen Suizid folgen können. Es gibt dazu noch weitere Suizidarten, die andere Personen direkt betreffen und hohe Folgekosten, u.a. für Behandlungen, nach sich ziehen (z.B. Eisenbahnsuizide).

Aufgrund bisher fehlender bundesweiter Präventionsprogramme fordert die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention dazu auf, Suizidprävention als gesundheitspolitische Aufgabe zu verstehen und primär- und sekundärpräventive Konzepte zu entwickeln. Dabei wird vor allem auf die notwendige enge Vernetzung verschiedener Einrichtungen hingewiesen. Die Fort- und Weiterbildung in Fragen der Suizidprävention und Krisenintervention sollte obligatorischer Bestandteil der Ausbildungs- und Studienordnungen psychosozialer und medizinischer Berufe sein.

## Verhaltenskodex für Berichterstattung

Zur Prävention sollte man vor allem die Schule als Ort sozialen Lernens einbeziehen und einen Verhaltenskodex für die Berichterstattung über suizidales Verhalten entwickeln. Ländervergleichende Studien zeigen, dass zwischen der Art der Berichterstattung in den Medien und der Suizidrate ein Zusammenhang besteht, und dass eine zurückhaltende Berichterstattung einen deutlich suizidpräventiven Effekt ausübt.

Krisenhilfsangebote sollten zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung stehen; das betrifft vor allem die Stunden außerhalb der Öffnungszeiten von Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten. Die Angebote sollten telefonisch und persönlich erreichbar sein, und wo notwendig auch aufsuchend helfen. Sie sollten ein psychosoziales Hilfeangebot vorhalten und bei Bedarf fachärztliche Kompetenz hinzuziehen können. Ihr Einzugsgebiet sollte 300 000 bis 500 000 Einwohner umfassen.

Die entsprechenden Dienste müssen eng mit den anderen psychosozialen Einrichtungen der Region und mit den Einrichtungen des Rettungswesens zusammenarbeiten. Sie sollten strukturell über einen festen Kern von Mitarbeitern verfügen, der um eine Gruppe von Honorarkräften oder ehrenamtlichen Mitarbeitern erweitert sein kann. Über die Akuthilfe hinaus sollten auch weiterführende Gesprächsmöglichkeiten angeboten werden.

Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Bundesamt für Statistik, gekürzt und zusammengestellt d.R.

# Zecken können schwere Erkrankungen auslösen

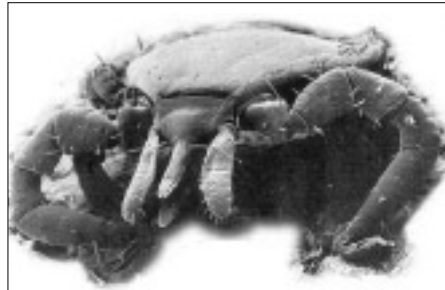
## Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Depressionen

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine Infektionserkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS). Sie wird durch FSME-Viren verursacht, die durch Zeckenstiche übertragen werden. Der erste Bericht über die FSME in Europa stammt aus dem Jahr 1931. Damals wurden Fälle aus Österreich beschrieben. 1937 gelang die Isolierung der Viren. In der Folge wurde die Krankheit in fast allen europäischen Staaten nachgewiesen.

Bei 20 bis 30 Prozent der Infizierten kommt es nach der Infektion zur Erkrankung des ZNS. Die Symptome reichen von starken Kopfschmerzen, Brechreiz und Fieber bis hin zu Bewußtseinsstörungen, Lähmungen und in seltenen Fällen zum Koma. Ein Teil der schwer erkrankten Patienten leidet langfristig an neuropsychiatrischen Störungen, etwa Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Depressionen. Beobachtet wurden auch Koordinations-, Gleichgewichts-, Hör- und Sehstörungen. In etwa einem Prozent der Infektionen verläuft die Krankheit tödlich. In den siebziger Jahren wurde in Österreich ein Impfstoff zum Schutz vor der FSME entwickelt.

Zu den von Zecken übertragenen Mikroparasiten gehören auch Bakterien wie die spiralförmigen Borrelien. Sie können - wie etwa FSME-Viren - beim Menschen schwere Erkrankungen auslösen. Nach dem Ort Old Lyme in Connecticut (USA), wo sie erstmals 1976 beschrieben wurde (Steere et al.), heißt diese Krankheit auch Lyme-Borreliose. Sie ist auch in Europa weit verbreitet. Die Lyme-Borreliose kann Haut, Nerven, Herz und Gelenke schädigen. Da es sich um Bakterien handelt, können Borrelien grundsätzlich mit Antibiotika bekämpft werden. Schwierigkeiten macht allerdings die Diagnose. Häufig bleibt der Zeckenstich überhaupt unbe-

merkt. Beides kann die Behandlung verzögern und den Erfolg beeinträchtigen. Anders als bei der FSME sind die Erreger nicht auf mehr oder weniger gut abgrenzbare "Endemiegebiete" beschränkt. In Deutschland kommt es nach Schätzungen zu 30.000 bis 80.000 Infektionen pro Jahr. Der zuverlässigste Schutz vor FSME ist daher eine vorbeugende Impfung.



*Weltweit sind ca. 850 Zeckenarten beschrieben, wovon in unseren Breiten acht Vertreter der Gruppe der Schildzecken besondere Bedeutung als Krankheitsüberträger der Früh-Sommer-Meningo-Enzephalitis, aber auch der Borreliose erlangt haben. Dazu gehört Ixodes ricinus, der gemeine Holzbock, der in Europa den wichtigsten und am weitesten verbreiteten Vertreter darstellt.*

Sie ist sinnvoll für Menschen, die voraussichtlich in FSME-Gebiete reisen oder dort arbeiten, Urlaub machen oder wohnen und in der Natur Zeckenstichen ausgesetzt sind. In verschiedenen deutschen Bundesländern haben sich interdisziplinäre Landesarbeitsgruppen gebildet, um die Fälle von FSME und anderer von Zecken übertragener Krankheiten genauer zu dokumentieren.

Was tun bei Zeckenstichen und Infektionen? Da sowohl FSME als auch die Borreliose zu schwersten Komplikationen führen können, ist die Vorbeugung besonders wichtig. Zeckenstiche lassen sich nicht völlig vermeiden. Einen gewissen Schutz bieten geschlossene Kleidung und zeckenabweisende Mittel. Man sollte außerdem hohes Gras, Gebüsch und Unterholz meiden und nach Spaziergängen oder nach der Gartenarbeit den Körper gründlich nach Zecken absuchen.

Hat sich eine Zecke festgesaugt, läßt sie sich normalerweise mit einer Pinzette oder mit den Fingernägeln entfernen. Dazu wird sie möglichst weit vorne gepackt, gelockert und vorsichtig, ohne sie zu zerquetschen, unter leichten Drehbewegungen herausgezogen. Die Drehrichtung ist dabei völlig nebensächlich. Entgegen früheren Ratschlägen wird heute nicht mehr empfohlen, die Zecke mit Öl oder ähnlichem zu betäuben, da durch den „Todeskampf“ des Tieres nur mehr infektiöse Flüssigkeiten in die Stichwunde gelangen. Das sofortige Entfernen ist besonders wirksam gegen Borrelien, da sie erst Stunden nach dem Einstich in die Wunde wandern. Gegen FSME ist die Wirksamkeit begrenzt, weil die Viren sehr rasch auf den Menschen übertragen werden. Bei der Lyme-Borreliose tritt nach dem Zeckenstich oft eine ringförmige Hautrötung auf. In diesem Fall sollte unbedingt der Hausarzt weiter beraten.

Zecken sind weltweit verbreitete blutsaugende Parasiten. Die achtbeinigen Tiere (Ixodoidea) sind eine Unterordnung der Milben (Acarina). Diese bilden mit der Ordnung der Spinnen (Arachnea) die Klasse der Spinnentiere (Arthropoda). Sie ernähren sich ausschließlich von Blut und sind Überträger von zahlreichen Mikroparasiten (Viren, Bakterien, u.a.).

### Lyme-Borreliose

Borrelien übertragende Zecken kommen überall in Mittel-, Ost-, und Nordeuropa vor, außerdem in Nordamerika und Australien. 10 bis 15% aller Zecken sind von dem Erreger *Borrelia burgdorferi* befallen. In Höhen über 1500m besteht kaum noch Gefahr für eine Infektionsübertragung durch Zecken.

**Symptome:** Zwischen Zeckenbiß und ersten Krankheitszeichen vergehen drei Tage bis maximal 12 Wochen. In 50% entsteht um die Bißstelle eine ringförmige, zentrifugal sich ausbreitende Hautrötung, die begleitet sein kann von einer grippeähnlichen Symptomatik mit Fieber, Lymphknotenschwellung, Gelenk- und Kopfschmerzen, außerdem Abgeschlagenheit. Die frühen Krankheitszeichen haben einen jahreszeitlichen Gipfel von Juli bis August.

Oftmals heilt die Erkrankung in diesem Stadium von alleine aus. Im folgenden Stadium der Lyme-Borreliose, das Wochen bis Monate nach Erkrankungsbeginn einsetzen kann, zeigen sich Komplikationen im Bereich des Zentralnervensystems bzw. des Herzens. Dabei kann es in schweren Fällen zu Entzündungen von Herzmuskel und Hirnhäuten mit Herzrhythmusstörungen und Lähmungen besonders von Gesichtsnerven kommen.

Monate bis Jahre nach dem akuten Krankheitsbild kommt es zu einem dritten Stadium. Hier findet man chronische Gelenksbeschwerden, fortschreitende neurologische Veränderungen und pergamentartige Hautveränderungen. Die Erkrankung kann in jedem Stadium spontan ausheilen oder chronische Beschwerden (vorwiegend Gelenkschmerzen) hinterlassen. **Therapie:** Antibiotika

**Rufen Sie bei akuten Vergiftungsunfällen oder im Zweifelsfall immer bei der Informationszentrale gegen Vergiftungen in der Universität Bonn an. Sie erhalten dort 24 Stunden am Tag eine individuelle, kostenlose Beratung. Tel.: 0228-287-3211 / Fax: 0228-287-3314**

### FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

Die Erkrankung ist auf Endemiegebiete beschränkt. In Deutschland ist die Anzahl der erkrankten Personen in den letzten Jahren deutlich gestiegen: 1994 wurden 306 Erkrankungsfälle registriert. FSME-Virus übertragende Zecken kommen in vielen europäischen Ländern gehäuft vor. Das natürliche Reservoir des Erregers sind Mäuse. **Symptome:** In 70 bis 90% verläuft die Erkrankung asymptomatisch. Für den Fall eines krankhaften Verlaufs ist dieser durch zwei unterschiedliche Phasen charakterisiert. Zwei bis 28 Tage nach dem Zeckenbiß kommt es in 10 bis 30% zu Fieberanstieg mit grippalen Erscheinungen. Nach einem fieberfreien Intervall von etwa einer Woche entsteht in circa 10% in der zweiten Krankheitsphase ein erneuter Fieberanstieg. 60% der davon betroffenen Patienten erleiden Entzündungen von Gehirn und Hirnhäuten, in 30% entzündet sich Nervenbahnen und -wurzeln. Diese Entzündungen gehen mit Lähmungen einher, die sich vor allem im Bereich des Schultergürtels zeigen. Kinder und Jugendliche haben in der Regel leichtere Krankheitsverläufe.

**Chronische Schäden:** Einen dauerhaften Schaden tragen 6 bis 46% der an FSME erkrankten Patienten davon. In 10 bis 15% handelt es sich dabei um lange andauernde Kopfschmerzen, bei 3 bis 11% bestehen Restlähmungen und Schwäche der Muskulatur. In Einzelfällen kann ein Anfallsleiden zurückbleiben. Das Risiko an einer FSME zu versterben beträgt etwa 1%. **Therapie:** symptomatische Behandlung.

**Schutzimpfung:** Es stehen sowohl aktive wie auch passive Impfmöglichkeiten zur Verfügung. Die Aktivimpfung mit abgeschwächten Viren ist für solche Personen vorgesehen, die sich aus beruflichen Gründen oder bei Freizeitaktivitäten in FSME-Endemiegebieten aufhalten müssen (Waldarbeiter, Landwirte, Sportler). Nach ärztlicher Rücksprache kann es eventuell sinnvoll sein, Normalbevölkerung bzw. Urlauber in Endemiegebieten zu impfen. Die Passivimpfung mit Antikörpern kann in Erwägung gezogen werden, wenn eine Person innerhalb eines Endemiegebietes gleichzeitig mehr als fünf Zeckenbisse aufweist. **Achtung:** Seit Ende August darf die passive Immunisierung nicht mehr bei Kindern (bis vollendetem 14. Lebensjahr) angewendet werden.



Seelische Gesundheit hat auch was mit der Fähigkeit zu tun, sich gegen schwierige Menschen abgrenzen zu können, bzw. umgekehrt ertragen zu können, dass andere uns als zu schwierig empfinden und uns signalisieren, dass sie keinen oder nur einen begrenzten Kontakt mit uns wollen.

Kalle Pehe, Krefeld

## Einsam

Mir ist so schrecklich kalt,  
ich friere in meinem Panzer  
aus Eis.  
Keine Wärme von den Menschen,  
die mir fehlen.  
Keine Arme, die mich zärtlich  
umschließen.  
Keine lieben Worte,  
nach denen ich mich sehne.  
Keiner, der mich auffängt,  
nach meiner langen Reise  
durch schwere Träume  
und Gedanken.

Wo bist du,  
Hoffnung, Freude, Glück?

Ich friere und merke  
wie ich langsam sterbe,  
Stück für Stück.

Simone Stark



## Omi

Du bist nun über 80 Jahre schon,  
doch es ist nicht ein Hohn,  
du hast nie über dich gesprochen,  
will auch nicht pochen.  
Einmal sagtest du, ein Leben allein,  
das kann's nicht sein.  
Dein Mann ist im Krieg gelieben.  
Konntest wohl keinen anderen lieben.

Du hast dein Leben,  
dann uns gegeben.  
Omi, was hast du bloß alles für uns gemacht,  
nicht oft, hast du gelacht.

Die schönsten Geschichten konntest du erzählen,  
und was musstest du dich beim Nähen quälen.

Du hast gerackt und getan.  
Warum verließ dich bloß dein Mann?!  
Ich wünsche dir noch recht angenehme Stunden,  
diese heilen wohl nicht die Wunden.

Antje Kasten



## Zu meiner Krankheit

Wie überall, gibt es in meiner Familie Streit,  
gleich denken sie, es wäre wieder soweit.  
Ich weiß ja, dass es sich wiederholen kann,  
bloß nicht warum und wann.

Doch sollte nicht das Glück ausklingen.  
Seht her! Wir können noch viel vollbringen.  
Hier gibt es Menschen, die mich besser kennen,  
gern werde ich ihnen meine Sorgen nennen.

Helga Müsebeck

## Nacht-Gedicht

Hier bist du,  
und die Spiralen-  
windung des Abends  
ist eben zerbrochen -  
das dunkelblaue  
Nachtlicht  
stürzt herein

Du trittst ans Fenster  
und wie ein Absturz  
endet das Zimmer  
der Abend das Jahr  
das Jahrhundert gar?

Jetzt  
wäre es gut,  
ein Schicksal zu haben  
und die Stille zu hüten  
im Universum  
von der hellen  
Winzigkeit  
deines Zimmers aus.

Marianne Beese

## Je ne peux pas tout faire

Wir gingen zur Volkshochschule  
und lernten Französisch.

Mir war alles neu.  
Ich übte zu Hause Vokabeln  
und sagte zu meinem Mann:  
„Je ne peux pas tout faire!“

Das heißt:  
„Ich kann nicht alles selber machen!“

Er verstand mich.  
Seidem wäscht mein Mann unser Geschirr.

Ingrid Klüb

## Im Wechsel der Zeiten

Viele nannte ich Freunde,  
bis sie von mir gewichen sind.  
Ich war ihnen wohl nicht normal genug.  
Andere streckten mir ihre Hand entgegen,  
die ich dankend annahm.  
Eine Tür wird zugestoßen  
und eine andere öffnet sich dafür.  
Ich brauche die Menschen  
und die Menschen brauchen bestimmt auch  
mich!

Volkmar Frank

Die Rubrik „KREATIVE SEITEN“ wurde zusammengestellt von Psychiatrieerfahrenen und der Psychiatriekordinatorin des Landkreises Ostvorpommern, Frau H. Kubik, Gesundheitsamt des Landkreises Ostvorpommern, Leipziger Allee 26, Zimmer 115, 17389 Anklam; Telefon: 03971/84645; FAX: 03971/84644

Seit 1990 bin ich psychisch krank. Mit der Wende fing alles an. Arbeitslosigkeit des Bruders, ungewisse Zukunft, Umdenken. Ich nahm kaum wahr, was um mich herum passierte. Habe oft tagelang nicht gesprochen, nur geweint, Alkohol zu mir genommen, nicht sauber gemacht, alles praktisch vernachlässigt. Habe nichts gegessen, bin nicht nach draußen gegangen. Meine drei Kinder haben sehr darunter gelitten.

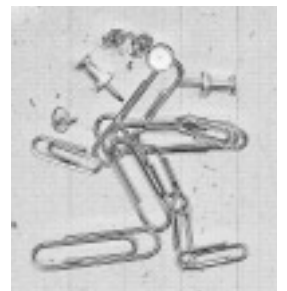
Die Probleme wurden immer mehr: z.B. Lehrstelle für meinen Großen. Nach einem Jahr klappte es endlich mit einer Lehre. Hinzu kam der Ärger mit meinem zweiten Sohn. Nach dem Hauptschulabschluss - keine Lehrstelle, ging schwarz arbeiten, entwendete Geld aus der Haushaltskasse, machte und macht Schulden, musste sich wegen Diebstahl und Körperverletzung vor Gericht verantworten. Zur Zeit hat er eine Lehrstelle, nimmt aber die Chance nicht ernst. Habe versucht, mit Alkohol und Tabletten, die Probleme runterzuspülen. Es folgten Zusammenbruch und Klinikaufenthalt.

Seit 1997 bin ich arbeitslos. Der SPDI machte mich auf die Tagesstätte für psychisch Kranke aufmerksam. Hier fühle ich mich wohl, habe das Gefühl, in einer Familie zu leben, was in meinem Verwandtenkreis nicht der Fall ist.

Ich fühle mich oft von ihnen unverstanden. Über einen Besuch meiner Verwandten in der Tagesstätte würde ich mich sehr freuen. Dann würden sie meine Krankheit besser verstehen, denke ich.

In der Tagesstätte habe ich gelernt, mein „Temperament“ zu zügeln. Problemen stelle ich mich heute offen und laufe nicht vor ihnen weg oder überlasse alles dem Zufall.

Besucherin, Tagesstätte Anklam



## Die Psychose als Traum nach einer erhofften Welt

Ein Bewußtsein wird von vielen als ein geschlossener Raum ohne Türen und Fenster betrachtet, in dem die Gedanken Schatten an den Wänden sind. Es setzt sich aus allen Inhalten, aus Erfahrung, Vertrauen, Eifersucht, Identität, usw. zusammen. Dies sind Bestandteile, und wenn ich einen Kern erkennen will, muß ich ihm volle Aufmerksamkeit schenken. Eine Erinnerung ist nicht nur in persönlichen Umständen; sie ist verwurzelt in unserem Kulturmuster, in dem auch die Auffassungen, Aktivitäten und verdrängten Inhalte unserer Ahnen enthalten sind.

Das Freiwerden durch aufgeplatzte Knoten gelöster Bedingungen empfinde ich als erhehend und wunderbar lösend. Das EinsSein überflutet mein Bewußtsein, weil EinsSein Grenzen überschreitet. Die Lebensenergie fließt dann stark, und ich fühle mich wohl. Synchronizitäten und Assoziationen begegnen mir aller Orten. Dabei kann ich das Pulsieren des Kosmos spüren. Vorübergehend fühle ich grenzenlose Liebe, fühle mich eins mit der Natur und sehe alles durchstrahlt von einem goldenen Licht, aber all das läßt in seiner Intensität wieder nach.

Die Möglichkeit, Verbindung mit dem pathologisch kollektiven Unbewußten zu erhalten, ist dann groß, was dazu führt, dass eine erhöhte Empfänglichkeit für Zeichensprache entsteht. Wenn diese Energie zurückebbt, erscheinen wieder die alten Begrenzungen. Die alten Probleme scheinen noch frustrierender, weil ich einen Zustand geschaut habe, der bestehen könnte, wenn das Leben frei von ihnen wäre. Ich kann erwachen und irrtümlicherweise glauben, was ich in blitzartiger Ahnung geschaut habe, sei bereits manifestierte Wirklichkeit. Ich hatte dies Erlebnis und denke vielleicht: „Gut, jetzt sind alle meine Probleme gelöst. Alle Möglichkeiten stehen mir offen, ich bin endlich frei und angekommen.“

Leider wird mir schon bald klar, dass dies erst ein Anfang ist. Ich bin eben noch nicht da. Manchmal erlebe ich große Schwierigkeiten, dieses Fließen von Lebensenergie aufzunehmen. Mein Nervensystem kann verwirrt werden und unter dem Zuviel an dieser Energie zusammenbrechen. Manchmal höre ich aus dem Unbewußten Stimmen oder habe Visionen, die ich nicht deuten kann. Unter Umständen können meine unbewußten Vorstellungen sich organisieren, können eine Selbständigkeit gegenüber dem Bewußten gewinnen, so dass beide Erleben als zwei getrennte Ströme nebeneinander erscheinen. Es kann ein Schub von Lebensenergie in meiner Persönlichkeit neue Formen auslösen. Das Erleben kann zu Empfindungen von Größe führen, die unter Umständen mit

ungelösten kleinkindlichen Gedanken über diese Allmacht durcheinandergebracht werden.

Zum Beispiel: Der Mittelpunkt eines allumfassenden Planes zu sein. Der Drang zum Erleben dieses grundsätzlichen EinsSein (die Suche nach Liebe) hat seine gefährlichen Seiten. Der Drogen- oder Alkoholaussch kann mir für kurze Zeit die Illusion des EinsSein vermitteln - zumindest führt er dazu, dass ich über meine Grenzen nicht mehr im klaren bin, was mir vielleicht ein Gefühl der Freiheit verschafft.

Psychosen und Träume sind ein Ursprung zur Heilung. Psychose als eine Befreiung von Bedingungen, als einen Neuanfang, im Selbstfindungs- und Selbstheilungsprozeß zu erfahren, wird als solches nicht verstanden. Stattdessen werden von Psychiatern Diagnosen erfunden, welche mit den Mitteln der Neuroleptika mit ihren schädlichen Nebenwirkungen wird keine Ursache für mein Erleben verändert, aber meine Lebensgefühle abgetötet. Anstatt die Psychose zu erleben und durcharbeiten, wird sie chronisch.

Die bisherige aus der Organmedizin übernommene Beobachtung meines von der Norm abweichenden Verhaltens und meiner Symptome entwertet mich zu einem beobachteten und behandelten Objekt. Die in der Regel nur medikamentöse Symptomverdrängung zwingt mich dazu, mein Erleben als nur „krank“ von mir selber abzuspalten und verunsichert zu bleiben, bis es erneut aufbricht und mein Selbstvertrauen weiter untergräbt. Meine erkrankte Seele hat ebenso

wie der körperlich Kranke ein Recht auf

Heilung und nicht nur auf eine Symptomverdrängung mit oft irreversiblen Schäden als Nebenwirkungen.

Ich fordere eine subjektorientiert-empirische Psychiatrie, die von meiner Erfahrung als Patient und meinem Erleben im Zusammenhang mit meiner Lebensgeschichte ausgeht, die meine Bedürfnisse berücksichtigt und Hilfe zur Verarbeitung meines Erlebens anbietet: z.B. lernen, in Gesprächen darüber zu reflektieren. Einfühlen und Verstehen im Zusammenhang mit Erreichbarkeit, das ist es was mir weiterhilft.

Diese Initiative möchte dazu beitragen, dass die Psychiatrie öffentlich wird und die Verzerrung in den herrschenden Medien aufhört. Die Verdrängung von Straftaten wie Mißhandlung, Mißbrauch und Verwahrlosung sowie psychische Gewalt durch unsere Angehörigen muss beendet werden, da sie unter anderem oft zu einer Psychiatrisierung führt.

Raimund M.

Gaukelei eines andauernden Friedens.  
Leben ohne Mühlräder im Kopf.  
Welche Versuchung!

Gebe ich nach, oder warte ich  
auf den nächsten Moment  
zwischen Nachtalp und Morgenrauen -  
der mich erinnern wird  
an bessere Tage?

Gudrun Oestreich, Tagesstätte Wolgast,  
Landkreis Ostvorpommern



### Der Arztbesuch

Es ist wieder soweit, der regelmäßige Arztbesuch ist fällig. Mein Zustand hat sich nicht gebessert, vielleicht kann mir der Doktor heute helfen. Hoffentlich hat er heute mehr Zeit für mich. Mit Niemanden sonst kann ich über meine Probleme sprechen. Die Familie will nichts mehr davon hören. Ich will sie auch nicht immer damit belasten. Aber es muss raus aus mir! Wer kann mir denn noch helfen, wenn nicht mein Arzt?! Doch im Wartezimmer sitzen noch zehn Personen, also wird es wohl wieder nichts. Wieder hört niemand zu, spricht mit mir über meine Krankheit. Wieder nur ein Rezept! Jetzt bloß nichts sagen, der Arzt ist schon genug gestreßt, denn es warten noch genügend Leute. - So viel Medikamente, ob das gut ist? Was hindert mich, einen anderen Arzt aufzusuchen, der sich vielleicht mehr Zeit für mich nimmt, der freundlich und vertrauensvoll ist? - Es liegt an mir selbst, ich musste meine «Geschichte» immer und immer wieder erzählen, und das fällt schwer, wenn man psychisch krank ist.

Besucher der Tagesstätte Anklam, Landkreis Ostvorpommern)

Ich bin 20 Jahre alt und meine Diagnose lautet ausgeprägte chronifizierte phobische Neurose mit depressiver Dekompensation. Zur Zeit besuche ich die Tagesstätte in Anklam. Unbetroffenen fällt schwer, uns zu verstehen. Es kommt daher, dass diese Krankheiten zu sehr im verborgenen gehalten werden. Ein gebrochenes Bein sieht man, psychische Krankheiten nicht. Soll ich sagen zum Glück oder Leider? Das ist der Punkt. Wie oft höre ich: „Du siehst ja gar nicht so aus!“ Wie muss man aussehen, wenn man psychisch krank ist? Zum Glück erfahre ich in meiner Familie und näheren Umgebung nur positive Reaktionen.

Anfangs, als ich selber nicht wusste, was mit mir los ist, hat sich sehr viel Ärger aufgebaut. Durch meine Verschlossenheit und mein schauspielerisches Können, konnte niemand zu mir vordringen. Leider haben mich alle missverstanden und mein Verhalten falsch gedeutet. Ich legte alles daran, mich zu ändern, doch es ging einfach nicht. Es war ein sehr langer Leidensweg, bis ein Arzt bestätigte, dass ich krank bin.

Seitdem ist alles anders. Ich kam in eine Klinik, wo ich sehr viel über meine und andere psychische Krankheiten erfahren konnte. Seit meinem Aufenthalt in der Klinik verstehe ich mich einfach besser. Ich habe das Glück, sehr viel Unterstützung von meiner Familie zu erhalten. Ich weiß, dass es nicht bei allen so ist, und das ist sehr traurig. Der Rückhalt in der Familie ist ein wichtiger Bestandteil des eigenen Wohlbefindens. Die Angehörigen des Betroffenen sollten sich über die Krankheit besser informieren. Nach meinem Aufenthalt in der Klinik kam ich in die Tagesstätte, wo ich von Menschen umgeben bin, die wenigstens versuchen neben ihren eigenen Problemen auch die der anderen zu verstehen. Hier warte ich nun auf eine Lehrstelle im geschützten Rahmen. Ich wünsche kein Mitleid, einfach nur ein bisschen mehr Verständnis.

Marlen Tetzlaff

### Angst zu leben

Keiner kennt mich mehr.  
Erschrecken in den Augen der „Freunde“.  
Ich weiß - irgendwann  
bin ich noch.  
Zwischen Nachtalp und Morgengrauen  
liegt eine Ahnung von  
glücklichen Tagen.  
Wispernde Gestalten im Kopf,  
die Mitspracherecht fordern.

## Gerichtsurteil

Erhebliche Konflikte unter nahen Angehörigen des Betroffenen, die ihrerseits zur Übernahme der Betreuung bereit wären, rechtfertigen nur dann die Bestellung eines familienfremden Berufsbetreuers, wenn der Betroffene diese Spannungen wahrnimmt und unter ihnen leidet und wenn die Auswahl eines familienfremden Betreuers die Spannungen zu mindern geeignet ist. Bei der Auswahl des Betreuers sind das Wohl und der Wille des Betreuten entscheidend.

Im vorliegenden Fall hatte die Betreute hierzu keinen Vorschlag gemacht. Die Stellungnahme der Betreuten sowie die Berichte der ehemaligen Verfahrenspflegerin und jetzigen Betreuerin machten deutlich, dass zwischen den drei Geschwistern erhebliche Konflikte bestehen, die auch beim Zusammentreffen mit der Betreuten, ihrer Mutter, zum Ausdruck kommen, und dass diese unter den Spannungen zwischen den Kindern leidet. Im vorliegenden Fall hielt das OLG Köln die Bestellung einer familienfremden Berufsbetreuerin für gerechtfertigt.

Nr. 129 OLG Köln - BGB §§1896 I, 1895 H, 1897 IV, 1897 V

## Betreuungen werden selten aufgehoben

Ende 1992 standen in Deutschland ca. 419.000 Menschen unter gesetzlicher Betreuung. Ende 1998, also nur sechs Jahre später, waren es über 800.000. „Damit steht jeder 105. Deutsche unter gesetzlicher Betreuung“, erklärt Dr. Rolf Coepicus in seinem Beitrag „Faszinierende Zahlen im Betreuungsrecht“. Das Anliegen des Betreuungsgesetzes, die Fremdbestimmung durch gesetzliche Vertretungen (damals Vormundschaften und Pflegeschaften) zurückzudrängen, habe sich nicht erfüllt, so der Autor.

Für die fast doppelte Zunahme der eingerichteten Betreuungen in nur sechs Jahren sind in erster Linie die Vormundschaftsgerichte verantwortlich „Es wird nicht hinreichend geprüft, ob die Betreuung erforderlich ist.“

Nach Dr. Rolf Coepicus Recherchen erfüllten die Betreuer ihre Pflicht nach § 1901 Abs. 5 S. 1 BGB - die Aufhebung von Betreuungen anzuregen - in mehreren hunderttausend Fällen nicht. „Diese Nichterfüllung kann nur mit finanziellen Interessen erklärt werden.“ Zudem würde oft ohne wirklichen Bedarf abgerechnet. EB

# Alternativen zur Betreuung

## Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung - Patiententestament

*Die meisten Menschen gehen davon aus, dass sie in Notfällen für ihre nächsten Angehörigen Entscheidungen treffen können. Beispielsweise, wenn ein Verwandter im Koma liegt oder durch eine psychische Erkrankung oder eine geistige oder körperliche Behinderung vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu regeln. Doch in diesen Fällen sieht das Gesetz keine automatische Vertretung vor: Ohne Vollmachten bzw. Verfügungen können Angehörige in der Regel weder Geld bei der Bank abheben, noch wichtige Entscheidungen im Sinne des Betroffenen treffen, z.B. über die schulische oder berufliche Zukunft oder die ärztliche Behandlung.*

Liegt ein wirksames Schriftstück vor und ist es dem Gericht bekannt, prüft das Gericht, ob dieses die Bestellung eines fremden Betreuer entbehrlich machen kann. Ein Betreuer wird gemäß § 1896 Absatz 2 Satz 2 BGB nur dann eingesetzt, wenn kein Bevollmächtigter tätig werden kann und es keine anderen Hilfen gibt.

Damit kein falsches Bild entsteht, auch Berufsbetreuer mit Erfahrungswissen sind gefragt, besonders in schwierigen Fällen - etwa bei schwer psychisch erkrankten, geistig behinderten, suizidgefährdeten oder drogenabhängigen Menschen. Eine Tatsache ist aber, dass Berufsbetreuer von Seiten der Gerichte zunehmend darauf getrimmt werden, nur noch die Betreuten gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Für Hilfen zur Förderung größtmöglicher Selbständigkeit ihrer Mandanten (z.B. Haushaltsführung, Lebensgestaltung) werden in der Regel keine Ver-

gütungen mehr gezahlt. Typische Aufgaben sind die Vermögensvorsorge, Wohnungsangelegenheiten sowie die Sorge für die Gesundheit. Mitunter sind auch prekäre Situation zu lösen, z.B. der Betreute verbubelt das zugeteilte Geld für Lebensmittel am Spielautomaten, telefoniert fort-dauernd, gefährdet immer wieder als Autofahrer sich und andere Verkehrsteilnehmer oder vermüllt seine Wohnung.

### Wer klug ist, sorgt vor!

Wer für den Betreuungsfall vorsorgen will, sollte die nachfolgenden Informationen beachten. Zum besseren Verständnis und für die sinnvolle Verwendung der Musterformulare (Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung) lesen Sie bitte auch die kurzen Erläuterungen.

Lichtblick

## Vorsorgevollmacht

Unter einer Vorsorgevollmacht versteht man Regelungen, mit denen Sie eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens ermächtigen, im Falle ihrer Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit für Sie bestimmte Angelegenheiten zu regeln. Anderenfalls würde nämlich das Vormundschaftsgericht von Amts wegen einen Betreuer bestellen, der Ihre Angelegenheiten regelt. Die Vorsorgevollmacht leitet sich aus § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ab. Bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen bleibt jedoch die Genehmigungspflicht durch das Vormundschaftsgericht bestehen. Eine notarielle Beurkundung ist nicht vorgeschrieben, aber dringend anzuraten (kostenpflichtig).

## Betreuungsverfügung

Auch mit einer Betreuungsverfügung benennen Sie eine Person des eigenen Vertrauens, die Sie in gerichtlichen und außergerichtlichen Fragen vertreten soll, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage dazu sind. Allerdings muss die von Ihnen in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person (es können auch hier mehrere sein) erst vom Vormundschaftsgericht als Ihr gesetzlicher Vertreter bestellt werden (§ 1901a BGB), bevor sie Entscheidungen in Ihrem Namen treffen darf. Bei der Bestellung eines Betreuers muss das Vormundschaftsgericht sich nach den in der Betreuungsverfügung festgelegten Wünschen des Betroffenen richten. Anders als der durch eine Vorsorgevollmacht Bevollmächtigte, wird ein gesetzlich bestellter Betreuer in seinen Entscheidungen regelmäßig vom Vormundschaftsgericht kontrolliert. Bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen ist eine vormundschaftliche Genehmigung erforderlich.

## Patientenverfügung

Auch für seine medizinische Versorgung kann jeder klare Richtlinien vorgeben. Mit einer Patientenverfügung wahrt man sein Selbstbestimmungsrecht für den Fall, dass die Entscheidungsfähigkeit blockiert ist. So kann etwa geregelt werden ob man in bestimmten Situationen Wiederbelebungsversuche will oder durch Apparate künstlich am Leben erhalten werden soll. Eine Patientenverfügung bietet Rechtssicherheit, vor allem für die behandelnden Ärzte, die nicht wissen können, wie ein Patient sich bei vollem Bewußtsein entscheiden würde. Um sicher zu gehen, dass die Verfügung wirklich respektiert wird, sollte man diese immer mit einer Vorsorgevollmacht kombinieren. Man entscheidet somit selbst, wer für einen handeln darf.



## Vorsorgevollmacht

### Muster

Für den Fall, dass ich, Heinrich Mustermann, geb. am 12.12.1940 in Musterdorf (jetzige Anschrift), vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äussern, bevollmächtige ich Traute Trautmann, geb. am 11.11.1970 in Trautmannshagen (jetzige Anschrift), mich - auch über meinen Tod hinaus - gemäß §§ 1896 Abs. 2, 164 ff. BGB, zu vertreten.

(Falls möglich, einen Ersatzbevollmächtigten benennen.)

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung ausserstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äussern, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Die Bevollmächtigte soll mich in allen persönlichen, gesundheitlichen und finanziellen Angelegenheiten vertreten, weil ich ihr vertraue. Ihre Rechtshandlungen sol-

len dieselbe Wirksamkeit haben, als wenn ich sie selbst ausführen würde.

Die Vollmacht gilt nur, wenn die Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, weil z.B. die Bevollmächtigte ihre Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen kann, so schlage ich dafür vor: Name, Geburtsdatum, wohnhaft, Telefon. *Ort, Datum, Unterschrift*

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass Herr/Frau die Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

*Ich habe den Inhalt erneut überprüft und bestätige, dass dieser weiterhin mein Wille ist: Ort, Datum, Unterschrift.*

## Betreuungsverfügung

### Muster

Für den Fall, dass für mich eine Betreuung eingerichtet werden muss, möchte ich, (Name, Geburtsdatum, Wohnort), dass meine Mutter (Name, Geburtsdatum, Wohnort, Telefon) meine Rechtliche Betreuerin werden soll. Sollte meine Mutter diese Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen können, so schlage ich dafür meinen Vater vor: Name, Geburtsdatum, Wohnort, Telefon.

\*Ich möchte, dass mein in der anliegenden Patientenverfügung geäussertes Wille konsequent beachtet wird. \*Ich möchte im Pflegefall solange wie möglich und zumutbar zu Hause versorgt werden. \*Ich möchte gern

weiterhin regelmässigen Kontakt zu folgenden Personen/Angehörigen haben: Name, Geburtsdatum, Wohnort.

(\*Beispiele: Unzutreffendes streichen, eigene Wünsche einfügen) Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

*Ort, Datum, Unterschrift*

Ich/Wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass Herr/Frau die Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

*Ich habe den Inhalt erneut überprüft und bestätige, dass dieser weiterhin mein Wille ist: Ort, Datum, Unterschrift*

## Patientenverfügung

### Weitere Hinweise

Seit Jahren schon werden »Für den Fall, dass ...« unter der Bezeichnung »Patiententestament« Vordrucke von verschiedenen Organisationen angeboten. Diese Angebote reichen von Vordrucken, in die lediglich der Name einzusetzen ist, bis zu kleinen Ratgebern, die Muster und Formulierungsvorschläge für die Abfassung von Regelungen, einschließlich der Patientenverfügung, zur Verfügung stellen.

Eine Patientenverfügung dokumentiert den Willen eines Patienten für den Fall, dass er sich nicht mehr äussern kann. Es richtet sich an Ärzte und ist ein gewichtiges Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten bezüglich der medizinischen Behandlung.

Arzt sowie Bevollmächtigter und Rechtlicher Betreuer sind an Ihren Willen gebunden, wenn Sie sich unmißverständlich ausdrücken. Empfohlen wird, diese Willenser-

klärung einmal als Bestandteil einer Vorsorgevollmacht, kombiniert mit einer Betreuungsverfügung, abzugeben und sie zum zweiten als Auszug - zum Verbleib in den Krankenakten - gesondert zu gestalten. Hilfreich ist es, die Therapiewünsche (Umfang und Dauer) genau zu benennen.

Die Patientenverfügung mit einer Betreuungsverfügung zu verknüpfen hat den Vorteil, als Unterzeichner dem Gericht vorschlagen zu können, wen man im »Ernstfall« als Betreuer oder Betreuerin eingesetzt sehen möchte. Die Patientenverfügung sollte regelmäßig (jährlich) überprüft und erneut durch Datum und Unterschrift bestätigt werden. Die Indizwirkung der Verfügung ist umso stärker, je kürzer Abfassen bzw. Bestätigen zurückliegen und je genauer die Aussagen zur Therapie sind.

© Psychosoziale Umschau 3/99

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Aus dem Vermögen bedient

*lb-news/rh:* Das Thema Betreuung hat DER SPIEGEL in seiner Ausgabe vom 8. Mai aufgegriffen - nicht die positiven Beispiele, sondern sechs Einzelfälle von Betrug. Cordula Meyer beschreibt in ihrem Beitrag »Porsche vorm Altersheim«, wie leicht es kriminell motivierte Betreuer haben, sich aus dem Vermögen ihrer Schützlinge zu bedienen. Der Bericht schliesst mit einem prekären Betreuungsfall: »In Freiburg ließ ein Anwalt das 1,2 Millionen Mark schwere Wertpapierdepot eines alten und kranken Universitätslehrers auf seinen eigenen Namen umschreiben. Der Professor hatte den Anwalt selbst als Vermögensverwalter eingesetzt.«

### Vorsorgevollmacht

*lb-news/rh:* Im Rahmen einer »Tournée durch Deutschland« will der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg e.V. über eine speziell für die Psychiatrie entwickelte Vorsorgevollmacht informieren. Mit dieser könne man sich vor den »Gewalttätigkeiten der Psychiatrie schützen, in der man weggesperrt und gegen den Willen gespritzt werden kann, ja sogar eine Fixierung droht«, heißt es in einem Aufruf an örtliche Initiativen. »Da viele noch Fragen haben mit dem Ausfüllen«, so der Veranstalter, sind bundesweite Schulungen geplant. Für Berlin stehen folgende Termine fest: 29./30.Mai, 1./2.Juni und am 3.6. (Gesundheitstag). Vom 5. bis 15. Juni sind Treffen in den neuen Bundesländern geplant. Alte Bundesländer: 18. Juni bis 2. Juli (beginnend am 18.6. in Bielefeld). Besonders die Empfehlungen zur Vorsorgevollmacht, die unter [www.vo-vo.de](http://www.vo-vo.de) abrufbar sind, werden von Berufsverbänden, Selbsthilfeinitiativen und von Juristen »kritisch« bewertet.

### Betreuungsrecht

#### Vormundschaftsgerichtstag

[www.ruhr-uni-bochum.de/zme/VGT](http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/VGT)

#### Bundesverband der Berufsbetreuer

[www.bdb-ev.de](http://www.bdb-ev.de)  
[www.betreuung.de](http://www.betreuung.de)

#### Online-Lexikon Betreuungsrecht

[www.betreuer-netz.de/btr](http://www.betreuer-netz.de/btr)

#### Welche Aufgaben hat der Betreuer?

<http://www.justiz-augsburg.de/ag/vormallg.htm>

#### News aus dem Sozialbereich

<http://www.sozial.de/default.htm>

#### Menschen betreiben Menschen

<http://www.betreuung-online.de/>

Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

**Handlungsleitlinien zur Unterbringung nach PsychKG**

*Lb-news/ism:* Der Arbeitskreis Psychiatrie der Stadt Münster, in dem auch Angehörige und Betroffene mitarbeiten, hat Handlungsleitlinien zur Unterbringung in psychiatrische Kliniken herausgebracht. Sie sind als praxisnahe Verfahrenshinweise gedacht, wenn eine Unterbringung nach PsychKG nicht zu vermeiden ist. Besonders gut: die kleine Broschüre stellt zwar den Patienten in den Mittelpunkt, berücksichtigt aber auch die Probleme der Angehörigen. Zu bestellen bei [apkv-verein@muenster.de](mailto:apkv-verein@muenster.de)

**Patienten in M-V verunsichert**

Nach einer OZ-Pressemeldung sei aus Sicht der Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern die medizinische Grundversorgung nicht mehr länger gesichert. Bereits jetzt seien Sterblichkeit und Zahl der Erkrankungen bei vielen Krankheitsbildern im Osten deutlich höher als in den alten Bundesländern. Die Verweildauer der Patienten in Krankenhäusern habe mit acht Tagen den niedrigsten Stand im Bundesgebiet. In den meisten Kliniken bestehe das ärztliche Personal mit Ausnahme einer dünnen Verwaltungsspitze aus Assistenzärzten und unerfahrenen Ärzten im Praktikum. Für eine dem Stand der anderen Bundesländer entsprechende Versorgung der Bevölkerung fehlten insgesamt rund 47 Millionen Mark.

**Spendenaufruf**

Es ist nicht genug, zu wissen,  
man muß auch anwenden;  
es ist nicht genug zu wollen,  
man muß auch tun.

*Kurt Goetz (dt. Schriftsteller)*

**lichtblick**

Geld- und Sachspenden  
sind steuerlich absetzbar.

Selbsthilfe-Konto  
KNr. 12 00 00 16 01  
BLZ 14 05 10 00

Sparkasse Mecklenburg-Nordwest (Wismar)

Rufen Sie uns an: Tel. 0381 - 72 20 25

Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer

**Bundesverdienstkreuz für Prof. Dr. Klaus Dörner**



In der ersten Reihe: Prof. Dr. med. (a.D.) Dr. phil. Klaus Dörner und Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer. *Foto: Anke Hinrichs, Der Eppendorfer*

Sehr geehrter Herr Prof. Dörner,  
sehr geehrter Herr Prof. Stark,  
sehr geehrte Frau Vogel,  
meine Damen und Herren,

Ich freue mich sehr, heute am „Forum Rehabilitation – Brennpunkte in der Psychiatrie“ hier in Hamburg teilnehmen zu können. Dieses Forum hat sich zu einer zentralen Fortbildungs- und Wissenschaftstagung in der Psychiatrie entwickelt. Der breite Kreis der veranstaltenden Organisationen und die Konzeption der Veranstaltung ermöglicht einen berufsübergreifenden Austausch aller an der Psychiatrie und dem weiten Feld der Rehabilitation beteiligten Gruppen. Besonders wichtig ist aus meiner Sicht, dass auch Verbände der Betroffenen und der Angehörigen in die Vorbereitung dieser Veranstaltung mit einbezogen sind.

Die vielfältigen Themen, die Sie während der letzten Tage und auch heute behandeln, wären schon Grund genug dafür, dass ich heute hier bin und einige Worte zu Ihnen spreche. Der Hauptgrund ist jedoch, wie Sie sicher wissen, ein anderer.

Der Bundespräsident hat Herrn Prof. Klaus Dörner für seine besonderen Verdienste um die Gestaltung einer modernen, humanen psychiatrischen Versorgung in Deutschland und auf internationaler Ebene das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, hat Herrn Prof. Dörner dafür vorgeschlagen und dies mit meiner vollen Unterstützung. Deshalb habe ich heute die Ehre, Ihnen Herr Prof. Dörner, diese Auszeichnung zu überreichen.

Das Forum Rehabilitation erschien uns dafür ein sehr guter Rahmen, denn hier sind viele versammelt, die sich seit Jahren gemeinsam mit Ihnen, Herr Prof. Dörner, für die Interessen psychisch Kranker engagieren.

Im Vorfeld zu dieser Verleihung habe ich mich gefragt - wie wird ein Mensch wie Herr Prof. Dörner wohl zu dieser

Auszeichnung stehen? Er wird von seinen Mitstreiterinnen und Mitstreitern als jemand beschrieben, der sich unglaublich engagiert und immerzu aktiv ist. Gleichzeitig gilt er als Mensch, der wenig übrig hat für Formalitäten, der fast asketisch wirkt und Luxus ablehnt.

Wird Herr Dörner das Bundesverdienstkreuz eher als ein wohlfeile Geste sehen, mit dem der Staat das Engagement seiner Bürgerinnen und Bürger zwar würdigt, ihre Anliegen aber dennoch kaum zur Kenntnis nehmen muss? Oder betrachtet er das Bundesverdienstkreuz als Anerkennung für seine bisherige Arbeit, als Ermutigung in dieser Richtung weiterzugehen und freut sich schlicht und einfach darüber.

Ich vermute mal, dass Ihre Beziehung zu Orden und Urkunden eher ambivalent sein dürfte, so wie dies bei vielen von uns der Fall ist. Ich würde mir aber wünschen, dass bei aller Skepsis die Freude über die Anerkennung überwiegt. Denn Sie Herr Prof. Dörner haben sich wirklich um diese Gesellschaft verdient gemacht, Ihre Arbeit hat die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande entscheidend geprägt. Wer, wenn nicht ein Mensch wie Sie, hat so eine Auszeichnung verdient.

Als Vertreterin der Bundesregierung darf ich Ihnen außerdem versichern, dass ich die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes auch als Auftrag an uns sehe, dass wir gemeinsam auf dem Weg der Reform der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande weitergehen.

Klar ist, dass einer alleine niemals eine solch tiefgreifende Veränderung bewirken kann, wie sie in der Psychiatrie in Deutschland in den letzten 25 Jahren stattgefunden hat. Er muss andere Menschen überzeugen, mit ihm in die gleiche Richtung zu gehen. Aber gerade, wenn man sich Ihr Lebenswerk ansieht, Herr Prof. Dörner, dann wird deutlich, wie viel das Engagement eines einzelnen bewirken kann, vor allem dann, wenn er so inspirierend auf andere wirkt wie Sie und sie damit ermutigt, sich ebenso zu engagieren.

Ich möchte nur beispielhaft einiges von dem herausgreifen, was sie für dieses Land getan haben. Dabei möchte ich betonen, dass mir der Name Klaus Dörner und seine Verknüpfung mit der Psychiatriereform in Deutschland schon lange bevor ich mich professionell mit diesem Thema auseinandergesetzt habe, ein Begriff war. Dies zeigt, dass sie weit über die Grenzen Ihres Faches hinaus gewirkt haben.

Sie haben den Blick auf die sozialen Bedingungen der psychiatrischen Erkrankungen gelenkt und treten schon seit vielen Jahren dafür ein, dass kein psychisch kranker Mensch dauerhaft im stationären Bereich leben muss.

Als Leitender Arzt des Landeskrankenhauses in Gütersloh konnten Sie in der Praxis zeigen, dass der größte Teil der chronisch psychisch kranken Menschen in eigene Wohnung im Rahmen des Betreuten Wohnens entlassen werden könnte. Die Voraussetzung dafür ist vor allem die umfassende Integration psychisch Kranker in die Gemeinde und die Schaffung von Arbeitsplätzen und Zuverdienstmöglichkeiten für die betroffenen Menschen.

Die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen, die den Umgang mit psychisch Kranken prägen, hat Ihren Blick auch auf die dunkelste Zeit der Psychiatrie in Deutschland, die Zeit des Nationalsozialismus gelenkt.

Inzwischen gibt es vielfältige Versuche, die Ermordung psychisch Kranker und Behinderter historisch aufzubereiten und zum Verstehen beizutragen. In mühevoller Arbeit sind die Geschehnisse in den Einrichtungen für psychisch Kranke erforscht und aufgearbeitet worden.

Sie Herr Prof. Dörner haben entscheidend mit dazu beigetragen, dass diese Entwicklung überhaupt erst in Gang kam. Dabei haben Sie es nicht nur bei der Aufarbeitung der Geschehnisse der Vergangenheit belassen, sondern sich politisch für die Rehabilitation der Opfer engagiert. Es war vor allem ihrem unermüdlichen Engagement zu verdanken, dass 1987 im Innenausschuss des Deutschen Bundestages eine Anhörung zur Frage der Entschädigung der ausgeschlossenen Nazi-Opfer stattfand, bei der die Betroffenen selbst gehört wurden. Sie haben durch vielfältige Aktionen, die Politik dazu gebracht, sich mit der lange vergessenen Opfergruppe der psychisch Kranken zu beschäftigen.

Ein Merkmal, das Ihre Arbeit auf allen Feldern durchzieht, ist dass Sie diejenigen, mit denen Sie zusammenarbeiten in einer Weise ernst nehmen, wie es leider noch nicht immer und überall der Fall ist, gerade wenn es um psychisch Kranke geht. Sie haben sowohl die Angehörigen psychisch Kranker als auch die Betroffenen immer wieder ermutigt, sich selbst zu engagieren. Sie hatten einen wichtigen Anteil an der Entwicklung des Verbandes der Angehörigen psychisch Kranker und an der Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrener.

Gerade die Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus war eine entscheidende Voraussetzung, dass psychisch Kranke überhaupt wieder Vertrauen in die Psychiatrie fassen konnten und bereit waren, mit Ärzten und Psychiatern bei aller kritischen Auseinandersetzung zusammenzuarbeiten. Wie wichtig dies für die Betroffenen war, macht Dorothea Buck vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener deutlich: „Klaus Dörner danken wir, dass er und seine MitstreiterInnen, die gegen uns gerichteten Ausrottungsmaßnahmen der Zwangssterilisationen und der «Euthanasie» nach vierzigjährigem Verdrängen und Verschweigen als Unrecht und Verfolgung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit brachten und unsere

Rehabilitation forderten. Ohne seine Briefaktion wäre Vertrauen ins unsere Psychiatrie nach ihrem Verbrechen im NS-Staat nur schwer mehr möglich.“ Dieser Anerkennung ist kaum mehr etwas hinzuzufügen.

Aber damit nicht genug. Sie haben bereits vor der Wende, aber ebenso danach die sozialpsychiatrisch orientierten Mitarbeiter in den ostdeutschen Ländern in ihren Reformvorhaben unterstützt. Dabei wird Ihnen vonseiten derjenigen, die in der damaligen DDR in der Psychiatrie gearbeitet haben, bescheinigt, dass es sich um eine partnerschaftliche Zusammenarbeit gehandelt habe, die bei aller Kritik und Auseinandersetzung vor allem auch von Neugierde auf die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen im anderen Teil Deutschlands geprägt war.

Über die Grenzen der Bundesrepublik hinaus haben Sie außerdem bereits 1985 Kontakte zu Psychiatern in Polen aufgebaut. Schließlich wurde die Deutsch-Polnische Gesellschaft für seelische Gesundheit gegründet, die die Basis für eine breite Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Kliniken in beiden Ländern bildet. Auch bei den Kontakten nach Polen wurde die Vergangenheit nicht ausgeklammert, sondern die Auseinandersetzung mit der Psychiatrie unter der Okkupation bildete die Basis für die weitere Zusammenarbeit.

Dies waren nur einige Beispiele Ihres vielfältigen Engagements. Ein besonderes Kennzeichen ihrer Arbeit ist dabei aus meiner Sicht, dass Sie immer wieder in der Lage waren, sich selbst und ihre eigene Profession in Frage zu stellen. Vielleicht hat es mit dazu beigetragen, dass sie sich schon während des Studiums nicht allein auf medizinische Fragen, sondern ebenso auf Philosophie, Soziologie und Geschichte konzentriert haben, dass sie viel stärker als andere, die gesellschaftliche Voraussetzungen medizinischer und psychiatrischer Tätigkeit in den Blick genommen haben. Sie haben deutlich gemacht, dass der Umgang einer Gesellschaft mit den psychisch Kranken, sehr viel über die Gesellschaft als ganzes aussagt.

Sie haben sich damit auch der Zumutung gestellt, dass die Frage, wer ist irre und wer nicht, in unterschiedlichen Gesellschaften verschieden beantwortet wird und dass dann auch die Kategorien für die Arbeit mit psychisch Kranken verschwimmen.

Wer Sie, Herr Prof. Dörner heute erlebt, der weiß, dass es heute nicht darum gehen kann Ihr Lebenswerk als ganzes zu würdigen, denn ich bin sicher, Sie haben noch einiges vor. Ihr Rückzug aus der Arbeit in der Klinik hat die Arbeitsschwerpunkte in den letzten Jahren lediglich verschoben. Sie haben sich grundsätzlich mit Fragen der ärztlichen Ethik befasst und ich bin schon sehr neugierig auf die Ergebnisse.

Bei der Vorbereitung auf den heutigen Tag, habe ich mir auch die Festschrift angesehen, die zu Ihrem 60. Geburtstag veröffentlicht worden ist. Sehr treffend fand ich darin den kurze Beitrag von Helga Stimpfle, der dem Buch auch seinen Namen gegeben hat: Herr Dörner hat eine Idee. Ich zitiere: „Wie war das noch? Herr Dörner ruft an, hat eine Idee und will mich für die Mitarbeit gewinnen. Ich habe natürlich Bedenken, er versteht diese Bedenken, räumt sie mit der ihm eigenen Überzeugungskraft und seinem Charme aus, und wir werden uns einig. So einfach ist das – was gibt es da schon zu erzählen.“ Vor allem das wünsche ich Ihnen auch für die Zukunft: weiterhin viele gute Ideen und Menschen, die sich von diesen Ideen begeistern lassen.

Gehalten auf dem Forum Rehabilitation am 6.5.00 in Hamburg

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

### Schizophrene Mäuse

*lb-news:* Was haben Menschen mit Mäusen gemeinsam? Unter anderem, dass beide an Schizophrenie erkranken können, so berichtet die FAZ am 20.10.99. „Schizophrenie wird möglicherweise durch einen Mangel an bestimmten Bindungsstellen für den Nervenbotenstoff Glutamat begünstigt.“ Darauf lassen, laut FAZ, Untersuchungen, die amerikanische Forscher an Mäusen vorgenommen haben, schließen. Bei den Bindungsstellen handelt es sich um so genannte NMDA-Rezeptoren. Die Forscher konnten nach gentechnischen Eingriffen an Mäusen, bei denen diese Rezeptoren verringert wurden, feststellen, dass die Tiere Verhaltensanomalien entwickelten. Sie waren unruhig, führten stereotype Bewegungen aus, interessierten sich wenig für ihre Artgenossen und hatten einen geringen Sexualtrieb. Wenn das zutrifft, was bedeutet das dann für uns Menschen? Die Hoffnung vieler an Schizophrenie erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen es könne endlich die Ursache für diese Krankheit gefunden werden, erhält zum x-ten Male neue Nahrung.

Hoffnungen, dass mit dem Finden von der Ursachen auch Heilungsmöglichkeiten entwickelt werden könnten, dass mit einem einleuchtenden Entstehungsnachweis der psychischen Krankheiten auch Vorurteile und Diskriminierungen, Schuldgefühle und Scham verschwinden mögen. Wie oft schon wurden solche Erwartungen vieler Menschen enttäuscht! Und doch - wir berichten darüber, man weiß ja nie ...!

*Kommentierte Nachricht von Eva Straub*

### Toter auf dem Klinikgelände

*lb-news:* Es war ein Sonntag, der 3. Advent vergangenen Jahr. Gegen elf Uhr meldeten der Polizei zwei Jugendliche vom Wismarer Friedenshof, dass sie einen offensichtlich hilflosen Mann gefunden haben. Er lag im hinteren Bereich des Klinikums am Friedenshof. Polizeibeamte stellten dann fest, dass der Mann tot war. Die Leichenstarre hatte bereits eingesetzt. Anzeichen für ein Verbrechen lagen nicht vor.

Bei dem Toten handelt es sich um einen 44-jährigen Wismarer, der Patient in der Neurologie war. Er hatte die Station am Sonnabend gegen 18.30 Uhr verlassen.

*Quelle: OZ Lokalausgabe, 21.12.1999*

Forensik

### So sicher wie eine JVA?

*lb-news/rh:* Fast alle Sachverständigen, die am 23. Februar 2000 an der öffentlichen Anhörung zur Novelle des Psychischkrankengesetzes (PsychKG) in Mecklenburg-Vorpommern im Gesundheitsausschuss des Schweriner Landtages teilnahmen, verwiesen darauf, dass die vorgeschlagenen Regelungen zum Maßregelvollzug im wesentlichen der Sicherheit der Öffentlichkeit und des Personals dienen. „Dieser Ansatz ist uns zu einseitig“, erklärte Ulrike Schob, Vorsitzende des Angehörigenverbandes. „Forensische Patienten haben einen Anspruch auf optimale Therapie und Resozialisierung.“ Fakt ist, dass etwa 22 Prozent der Mitarbeiter in MV über keine spezielle Ausbildung verfügen. Zudem ist die Qualifizierung der ambulanten Nachsorge gesetzlich nicht geregelt. „Ambulante Psychiater fürchten um ihren Ruf, wenn sie ehemalige Forensiker behandeln“, so ein Berufskollege. Medienberichte würden noch immer ein negatives Bild von der Forensik zeichnen. Im Fall der Ausbrüche straffällig gewordener psychisch Kranker in Nord-Vorpommern wurde die betroffene Forensik als Nervenambulanz bezeichnet. Es werde praktisch kein Unterschied gemacht. Bemerkenswert ist die Aussage eines Mitarbeiters aus der Forensik: „In der Regel werden bei uns persönlichkeitsgestörte und suchtkranke Patienten behandelt.“ Bundesweit werde geprüft, ob Sexualstraftäter in spezielle Abteilungen des Strafvollzuges untergebracht werden können. Eine Gesetzesänderung ist für 2003 zu erwarten.

Deutschland

### Medizinethik vernachlässigt?

*lb-news/lsm:* Seminare zur Ethik sind für Medizinstudenten in den meisten Ländern Pflicht. In Deutschland wurde dieses Thema lange Jahre ignoriert. Nun soll durch die neue Ausbildungsverordnung für Ärzte der Besuch von Ethikseminaren für Studierende Pflicht werden. Medizinethik ist ein Fach zwischen Theologie und Philosophie und hat mit Moral wenig zu tun. Der Ethiker soll Entscheidungshilfen z.B. zu folgenden Fragen geben: Wann dürfen lebenserhaltende Apparate abgestellt werden? Wie klärt man Patienten mit unheilbarer Krankheit auf? Welche genetischen Defekte dürfen korrigiert werden? Lehrstühle für Geschichte und Ethik der Medizin gibt es in Deutschland bisher nur in Hannover, Münster, Tübingen, Göttingen und Köln.

## Erinnerung an grausame Vernichtung vor 60 Jahren

1265 Patienten aus Stralsunder Anstalt wurden deportiert und ermordet

Lange war es ein Tabu-Thema, eines der dunkelsten Kapitel der Medizingeschichte: Die Verschleppung und Tötung psychisch Kranker und Behinderter im NS-Staat und die Verstrickung von Ärzten in dieses Programm. In der „IV. Pommerschen Heil- und Pflegeanstalt Stralsund“, dem heutigen Klinikum West, waren es allein 1200 Patienten, die ermordet wurden.

Im November 1999 erinnerten die Kirchengemeinden der Stadt in einem ökumenischen Gottesdienst an dieses Unrecht. Dazu hatte sich in der Klinikumkirche eine große Anzahl von Besuchern eingefunden. „Um der Anteilnahme und Betroffenheit darüber Ausdruck zu verleihen, was sich damals zugetragen hat. Gegen eine Wiederholung solch schlimmer menschlicher Entgleisung“, so Pfarrer Dietmar Prophet. Schüler des Hansa-Gymnasiums gestalteten gemeinsam mit den Behinderten Ronny, Lars und Gunnar eine szenische Lesung mit Texten von Zeitzeugen. Der Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Harald J. Freyberger sagte: „60 Jahre danach und zehn Jahre nach dem Mauerfall muss man das Thema öffentlich machen. Es ist die beste Möglichkeit, mit den Dingen, die unsere Großväter ange richtet haben, umzugehen.“

Im Frühjahr 1939 begann die sogenannte „Aktion Gnadentod“. Nachdem sich kaum Widerstand regte, schloss sich die „T4-Aktion“ an. Sie erhielt ihren Namen durch den Standort der Organisationszentrale in der Berliner Tiergartenstraße 4. SS-Führer Himmler war versprochen worden, dass er die freiwerdenden Anstalten als Kasernen

nutzen kann. Das besondere in Stralsund: Mit vorausgehendem Gehorsam des Gauleiters Franz Schwede-Coburg begann die Aktion hier zwei Monate vor dem offiziellen Start. „Bereits am 14. November 1939 wurden die Stralsunder Patienten nach Meseritz-Obrawalde, Ueckermünde, Treptow an der Rega und Lauenburg deportiert, wo sie durch Kohlenmonoxid, Gifteinjektionen oder Verhungernlassen starben.

Mehr als 300 Menschen wurden im Wald von Piasznica von der SS erschossen. Bis zum 14. Dezember 1939 waren alle 1265 Patienten der Stralsunder Anstalt verlegt und anschließend getötet worden“, so Freia Sachtleber, Oberärztin in der Kinderneuro-psychiatrie, die darüber ihre Doktorarbeit schreibt.

Die Stralsunder Anstalt wurde als erste in Deutschland an die SS übergeben und sollte bis zum Kriegsende SS-Kaserne bzw. SS-Lazarett bleiben. Gerettet werden konnten nur etwas 200 bis 300 Patienten, die ein mutiger Oberarzt kurz zuvor entließ.

„Als der Krieg vorbei war, glaubte manch einer, dass auch diese Euthanasiegedanken endgültig der Vergangenheit angehören. Ein Irrglaube?“ Das fragte in seinem Vortrag Dr. Ulrich Müller, Chefarzt der Klinik für Kinderneuro-psychiatrie.

Er setzte sich scharf mit der 1979 veröffentlichten Schrift des Australiers Peter Singer „Praktische Ethik“ auseinander, in der erneut die Begriffe „Lebenswert“ und „Unwert“ auftauchen. Die Schrift habe kein menschliches Fundament.

Mit freundlicher Genehmigung: Ostsee-Zeitung, Lokalausgabe Stralsund, November 1999, Autorin M. Walther, gekürzt, d.R.

## Patentamt ändert Patent für „Killer-Cocktail“

Das Europäische Patentamt (EPA) in München hat ein 1996 erteiltes Patent für ein „Euthanasie-Kompositionen“ genanntes Mittel zum Töten von Säugetieren nach einer Sammelbeschwerde auf niedere Säugetiere beschränken lassen. EPA-Sprecher Rainer Osterwalder erklärte, die alte Fassung des Patents hätte möglicherweise den Einsatz beim Menschen zugelassen.

Das von Kritikern „Killer-Cocktail“ genannte Mittel war mit finanzieller Unterstützung des Chemiekonzerns Hoechst von der Universität Michigan (USA) entwickelt worden. Die Universität hält auch die Patentrechte und stimmte dem Änderungsvorschlag der EPA-Einspruchsabteilung zu. Laut Patentschrift ist das Mittel für Tierärzte „zum humanen Einschläfern“ von niederen Säugetieren wie Katzen und Hunde gedacht. Der

Cocktail soll zum Herzstillstand führen. Die Kläger, darunter der CDU-Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe und die Initiative „Mut zur Ethik“, meinten, der Mensch sei nicht ausreichend von der Anwendung des Mittels ausgenommen worden; das Patent sei daher sittenwidrig.

Mitglieder der Deutschen Hospiz Stiftung hatten zu Beginn der Einspruchsverhandlung als Ratten verkleidet vor dem Patentamt gegen das Euthanasie-Patent demonstriert. Sie bezeichneten die Erteilung des Patents als „Skandal“ und erklärten, in Deutschland dürfe das Töten von Menschen nie wieder legal sein. Das ursprüngliche Patent hätte der Möglichkeit Tür und Tor geöffnet, angeblich „unwertes Leben“ eines Tages zu „vernichten“.

AFP, dpa am 23.05.2000

# Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung

Symposium des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker in Jena

Jena, 19. Juni 1999 (fh) – Anlässlich des Symposiums „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“ haben sich fast 200 Angehörige, Patienten, Ärzte und Journalisten für eine qualitativ bessere Information der Öffentlichkeit über psychisch kranke Menschen ausgesprochen.

Der größte Teil der Bevölkerung habe keinen persönlichen Bezug zur Psychiatrie und beziehe daher die Informationen aus den Medien, stellte der Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., (LApK) Veranstalter des Symposiums, fest.



„Psychiatrie“ suggeriert: dort werden gewalttätige Menschen untergebracht.

In den Medien werde jedoch die Wirklichkeit verzerrt und es herrsche vor allem das Aufmerksamkeit heischende Bild des gewalttätigen Irren vor.

Untersuchungen ergaben, dass psychisch Kranke meist nur im Zusammenhang mit Kapitalverbrechen und z.B. Attentaten auf deutsche Politiker genannt werden. Nur sehr selten wird über das persönliche Schicksal berichtet. Die Vertreter der Medien betonten in Jena ihre Bereitschaft, mehr Verantwortung für diese Themen zu übernehmen, signalisierten aber gleichzeitig, dass es ohne Offenheit von Angehörigen, Betroffenen und Ärzten nicht ginge. „In den Medien

wird die Schizophrenie häufig mit der Multiplen Persönlichkeitsstörung á la Dr. Jekyll und Mr. Hyde verwechselt. Bei der Schizophrenie treten solche Phänomene jedoch nicht auf“, so Prof. Matthias Angermeyer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig.

Die Schizophrenie gehört in den westlichen Kulturen zu den schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen, unter anderem deshalb, weil ihre typischen Symptome, z.B. das Stimmenhören, als sehr absonderlich und beunruhigend angesehen werden. Etwa ein Prozent der Bevölkerung ist irgendwann im Leben wegen einer schizophrenen Psychose in Behandlung. Die Krankheit bricht vorrangig im jungen Erwachsenenalter aus. Bei einigen bleibt der Aufenthalt in der Psychiatrie einmalig, der Großteil zeigt mäßige bis gute Behandlungserfolge.

Neue Therapien, die nebenwirkungsarme Medikamente mit geeigneten sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen verknüpfen, zeigen bereits eine hohe Erfolgsrate. Sie tragen damit entscheidend dazu bei, dass psychisch Kranke in der Familie und somit in der Gemeinschaft leben können. Die Folgen der Stigmatisierung der Angehörigen in der öffentlichen Meinung führen bei den Betroffenen und Angehörigen jedoch häufig zu Isolation, Rückzug, Gefühlen von Scham und Schuld. Soziale Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten reduzieren sich immer mehr, je länger die Erkrankung dauert. Die Angehörigen verstecken sich und am liebsten auch die Erkrankung.

Über Ansichten eines Journalisten und die Aufgaben der Presse sprach Dr. med. Christoph Fischer, verantwortlicher Ressortleiter Medizin der Bundesausgabe der BILD-Zeitung. Die Hauptaufgabe der Medien bestünde in sachlicher Berichterstattung. Bei der Informationsflut sei die Auswahl schwer, müsse aber notwendigerweise sein. Weitere Zwänge sind im jeweiligen Medium selbst begründet: Zeitdruck (z.B. Ausdruck und Sendezeiten) und Platzmangel. Ein weiterer Faktor ist der Zwang zur Produktion von Texten und Bildern, die den Absatz der Zeitung oder Sendung gewährleisten. „Schwierig ist die Gratwanderung zwi-

schen moralischer Verantwortung der Journalisten und dem Interesse des Lesers oder Mediennutzers.“ Die beste Reportage z.B. sei nur Altpapier, wenn sie nicht auf das Interesse des Lesers trifft. Der Leser wünsche vor allem „news to use“, also Informationen, die er direkt gebrauchen und in seinem konkreten Alltag umsetzen kann. Also müsse die Fülle von Nachrichten nach einem Schema selektiert werden, wie z.B. Aktualität, Außergewöhnlichkeit oder Negativität. Diese Nachrichtenfaktoren führten u.a. dazu, dass auch „Negativ-Schlagzeilen“ über psychisch Kranke entstehen könnten. In der Diskussion merkte Fischer an, dass die Medien durchaus für mehr Anregungen und Anlässe von seiten der Angehörigen, Betroffenen und Ärzten offen seien, allerdings fehle oft bei den Angehörigen und Betroffenen die Bereitschaft, offen auf die Medien zuzugehen.

Einige Angehörige machten deutlich, dass ihnen immer wieder die Kraft und zum Teil auch der Mut fehle, sich mit der Öffentlichkeit zu konfrontieren. Dies liege z.T. auch am Versäumnis der Psychiatrie, die Vorurteile von seiten der Bevölkerung maßlos unterschätzt und so nicht rechtzeitig aktiv dagegen gearbeitet hätten, so Heinz Deger-Erlenmaier, Angehöriger und Leiter einer Tagesstätte für psychisch Kranke.

„Den anderen einfach die Schuld in die Schuhe zu schieben, hilft niemandem. Man muß selber etwas tun“, so Susanne Heim, Beiratsmitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Zu den wichtigsten Aufgaben der Verbandsarbeit zählte sie die Solidarisierung der Betroffenen und ihre Ermutigung zum aufrechten Gang. Darüber hinaus müßten die Gruppen vor Ort und ihre Mitglieder zur Öffentlichkeitsarbeit befähigt werden: durch gezielte Anleitung und praktische Hilfen für den Umgang mit den Medien und Multiplikatoren.

Symposium am 19.6.99 im Best Western Hotel, Jena, mit freundlicher Unterstützung des Hauptsponsors Lilly Deutschland GmbH und Janssen-Cilag

Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Bahnhofstr. 1a, 07641 Stadtroda, Telefon/Fax: 03 64 28/5 62 18



Psychotriller: Fördern das Vorurteil, psychisch Kranke sind gefährlich und unberechenbar.



BILD-Redakteur Dr. med. Christoph Fischer im Gespräch mit einem Psychiatererfahrenen.



Mit Ihrem Medientag zu Frieden: Irene Norberger (LApK Thüringen) und Prof. K.-D. Dresler (FH Jena).

# Psychiatrie im Brennglas der Medien

Von Eva Straub

Im Film und in der Presse ist Psychiatrie dann attraktiv, wenn sie von der Faszination des Unheimlichen, des Unerklärlichen und des Schreckens umgeben ist. Psychothriller im Fernsehen, Sensationsberichte in der Boulevardpresse über mysteriöse Tötungen durch Geistesranke, psychopathische Serienkiller, die auf den Filmleinwänden ihr Unwesen treiben, garantieren hohe Zuschauerzahlen, steigern die Auflage und ziehen Kinobesucher an.

## Was fremd ist, macht Angst

Aus Informationsbruchstücken wie - psychisch kranke Menschen sind unberechenbar, geistesverwirrt, hinterhältig und brutal, am besten unter Kontrolle halten - setzt sich das Bild über Menschen mit psychischen Problemen zusammen. Auf die Personen und Einrichtungen, die sie therapieren - und auf die, die mit ihnen leben, färbt das ab. Sicher, auch Menschen mit psychischen Erkrankungen verüben Gewalttaten, das wollen und können wir nicht leugnen. Statische Zahlen über den Umfang liegen längst vor.

Wer sich mit der Öffentlichkeit der Psychiatrie beschäftigt, befasst sich nicht mit Fachliteratur, nicht mit der Geschichte der Psychiatrie, sondern mit den tagtäglich auf uns einströmenden Eindrücken.

Wer anders ist, ist fremd und was fremd ist, macht Angst! Angermeyer und Matschinger haben in einer ihrer Untersuchungen belegt: das Fremde wird mit Argwohn bis Angst betrachtet, und zu dem geht man auf „soziale Distanz“. Ich zitiere: „...insgesamt betrachtet ging die Bevölkerung gegenüber schizophrenen Kranken am stärksten auf Distanz. Es folgten Asylanten...“ Die Autoren setzen die Stufenleiter in Richtung Akzeptanz weiter fort: depressiv Erkrankte, Türken und Rückwanderer. Auf der Imageskala stehen Schizophrenie-kranke ganz unten. Jede Gesellschaft braucht ihre Buhmänner, aber müssen es Kranke sein? Müssen es gerade die sein, die man als besonders verletzlich und sensibel ansieht, die sowieso schon Probleme mit der Wahrnehmung und ihrer Beziehung zur Umwelt haben - die man Dank der Psychiatrie-Reform wieder in diese, sie ablehnende Gesellschaft schickt.

## Handeln tut Not

Es stellt sich hierbei die Frage nach den gesellschaftlichen Normen, nach unserer ethischen Einstellung, auch danach, wie die Gesellschaft mit ihren fremdwirkenden Minderheiten umgeht, was Gewinnmaximierung, Entsolidarisierung und Individualisierung damit zu tun haben.

Gerade heute im psychiatrischen Zeitalter der Wiedereingliederung von psychisch kranken und behinderten Menschen in die Gemeinde, wirken sich Diskriminierungen dieser Menschen, ja der ganzen Psychiatrie, fatal aus. Berührungängste und Vorbehalte gegenüber psychiatrischen Einrichtungen, Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychopharmaka verhindern eine frühzeitige und regelmäßige Inanspruchnahme dieser Dienste. Wenn keine Stigmatisierung zu befürchten wäre, wenn Angehörige nicht

Sorge haben müssten gesellschaftliche und berufliche Nachteile erleiden zu müssen, wenn die Bevölkerung ein vertrauensvolles Verhältnis zur Psychiatrie hätte, könnte den Familien viel Leid erspart und könnte manche Chronifizierung vermieden werden. Zur Wiedereingliederung gehören also zwei: der Betroffene und die Gesellschaft.

Die Medien tragen dazu bei, wie die Wiedereingliederung gelingt, indem sie das Klima dafür bereiten. Sie bestimmen wer „in“ ist und wer „out“, von wem, was geredet wird. Sie entscheiden, was wir erfahren sollen und wieviel. Sie wecken Mitgefühl und Hilfsbereitschaft, oder stempeln andere zu Sündenböcken.

Vorurteile gegenüber Irren, Besessenen, Verrückten - die Menge der Ausdrücke ist riesig - hat es fast zu allen Zeiten gegeben. Aber heute hätten wir mit der rasant wachsenden Medientechnik die Möglichkeit, aufklärend und verständnisfördernd zu handeln. Zu persönlichen Begegnungen mit Menschen die an einer Schizophrenie leiden, kommt es nur noch selten.

## Vorurteile sind mächtig

Thorsten Freytag stellte bei einer Straßenumfrage in Magdeburg 1993 fest, dass von 160 Befragten nur drei Personen jemals privaten Kontakt mit Schizophreniekranken hatten. In unserer Wahrnehmung existiert also kein realistisches Bild von psychischen Erkrankungen, sodass wir den Vorurteilen nichts entgegenzusetzen haben. Um nicht auch in die Schublade gefährlich, unberechenbar zu geraten, verheimlichen Betroffene und ihre Angehörigen die Erkrankung. Ein Teufelskreis setzt sich in Bewegung: Vorurteile sind mächtig, deshalb geben sich Betroffene und Familien nicht zu erkennen, weil sie sich nicht zu erkennen geben, können psychiatrieunerfahrene Laien die Vorurteile nicht abbauen.

## Rolle der Medien

Durch die rasende Geschwindigkeit und die Fülle der Informationen werden Nachrichten immer oberflächlicher. Markante, sensationelle, schrille Reize durchbrechen die Abstumpfung oder die zur Gesunderhaltung notwendige Abschottung der Konsumenten. (Das erklärt teilweise den Trend der Medienmacher nach immer mehr, immer schneller, immer lauter, immer schockierender.) Die modernen Medien bieten fantastische Möglichkeiten, Unbekanntes bekannt zu machen. Fernsehen, Rundfunk, Zeitungen und Internet - mit einer Breitenwirkung, wie es sie nie gab. Jeder Bundesbürger sieht täglich drei Stunden fern. Das macht neun Jahre bei einer Lebenszeit von 75 Jahren. In Arbeitszeit umgerechnet beträgt der Fernsehkonsum ca. 27 Jahre.

Gibt es in diesem System einen Platz für unser Anliegen nach realistischer, fachlich richtiger, psychiatrischer Information? Wer interessiert sich schon für eine trockene Psychiatrie-Info-Sendung, wer will schon Menschen mit fremden Verhaltensweisen sehen und verstehen lernen, wer will in die Tiefen der menschlichen Psyche schauen und vielleicht selbst dabei in Gefahr



Autorin Eva Straub, hier im Gespräch mit Bundespräsident Rau in München, setzt sich öffentlich für mehr Toleranz gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen ein.

geraten, aus dem labilen psychischen Gleichgewicht zukommen? Didaktische Beiträge können sehr erfolgreich sein, wenn sie: Neugier wecken, Spannung erzeugen, Gefühle ansprechen und Wissen vermitteln.

Ich könnte mir vorstellen, dass von psychisch Kranken verursachte spektakuläre Ereignisse, die immer wieder in den Nachrichten gezeigt werden, von Fachleuten, von Psychiatern kommentiert werden. Ich könnte mir weiter vorstellen, dass sich daran eine faire Diskussion entzündet. Zum Beispiel über Behandlungsmöglichkeiten, über das Leben in der Gemeinde - und nicht nur über Einsperren oder nicht!

Wie wäre es mit einer Serie, in der ein schizophrener Erkrankter ganz selbstverständlich einen festen Platz in der Familie hat und dabei versucht, sein Schicksal zu bewältigen. Eine Serie ähnlich wie die Lindenstraße. Mit Herz, Schmerz und Krankheitsbewältigung! Es gibt ja einige wenige solcher Filme, wie „Rain man“ oder „Ein Engel an meiner Tafel“. Es gibt sie nur zu wenig. Stattdessen werden wir mit Psychothrillern überhäuft!

Wie mit einem Brennglas wird in diesen Psychothrillern das Gruselige und Schockierende überbetont. In Horrorgeschichten tummeln sich „unheimliche Irre“, „verrückte Serienkiller“. - Hauptsache es verursacht Nervenkitzel und Gänsehaut. Das steigert Einschaltquoten und Auflagen! Das gräbt sich tief ins Bewusstsein ein, prägt Wertevorstellungen und Verhaltensweisen. Die Brennglasermethode lässt gesunde Zeiten aus, zeigt den Menschen nur in seiner schlimmen Phase der Krankheit, ohne sein Leid zu beleuchten.

Die Auswirkungen auf Patienten, Angehörige, auf Gemeindepsychiatrie und Reintegration sind verhängnisvoll - und nicht zuletzt auch teuer!

Ganz abgesehen von der im Grundgesetz untersagten Diskriminierung wegen Krankheit und Behinderung lässt so mancher Fernsehsender - sicher auch aus Unkenntnis der Zusammenhänge bei der Auswahl der Thriller-Filme, in erheblichem Maße Verantwortung für gesellschaftliches Zusammenleben und für Minderheitenschutz vermissen. Aber nicht alle Minderheiten sind betroffen. Niemand würde es wagen, etwas Abfälliges über HIV-Infizierte, Juden oder Sinti und Roma zu sagen.

Brauchen wir also mehr lautstarken Protest? Brauchen wir eine breitere Lobby für psychisch Kranke? Brauchen wir einen prominenten Schutzpatron, einen Schirmherrn oder eine Schirmherrin für Schizophreniekranken und ihre Angehörigen? Ich denke alles das, aber vor allem brauchen wir Solidarität mit Schwachen.

So stellte sich uns betroffenen Angehörigen die Situation dar, als der Landesverband der Angehörigen in Bayern, damals noch unter meiner Vorgängerin, eine Untersuchung über Häufigkeiten und den diskriminierenden Charakter von Psychothrillern begann.

## Mehr Fachinformationen

Fortwährend hörten wir Klagen von Angehörigen über gesellschaftliche Isolation und massive Nachteile, über Schulduweisungen, über Verlust von Beziehungen ganz besonders zu Zeiten aufsehenerregender Gewalttaten, die in den Medien psychisch kranken Menschen zugeschrieben wurden. Am meisten verletzend waren und sind Reaktionen auf sexuelle Grausamkeiten, weil dabei kein Unterschied gemacht wird zwischen sexueller Abnormität und psychischer Erkrankung. Besonders schmerzlich fiel uns auf, dass Richtigstellungen und Fachinformationen aus dem Munde von Psychiatrieprofessoren und Ärzten nicht zu hören waren. So sahen wir uns veranlaßt in die Öffentlichkeit zu gehen. Wir nahmen dazu Stellung und äußerten uns über die Kriminalitätsrate bei Psychokranken, über die Chance, bei guter Behandlung und dichter Betreuung aufkeimende Gewaltbereitschaft frühzeitig erkennen zu können, über die Notwendigkeit einer engmaschigen ambulanten Versorgung und über die verheerenden Folgen rücksichtsloser Kommerzialisierung der Medien. Um etwas bewegen zu können, braucht man auch Fakten.

## Psychothriller untersucht

Eine Angehörige nahm z.B. die riesige Arbeit und psychische Belastung auf sich, bekannte Fernsehsender nach diskriminierenden Inhalten von Psychothrillern zu untersuchen. Alle relevanten Filme hat sie aufgenommen. Innerhalb von vier Wochen kamen über 52 Filme zusammen, in denen die Psychiatrie der Angelpunkt der Geschichte ist. Erschreckende Tatsache: die Häufigkeit und die Ausstrahlung zu den besten Sendezeiten. Zudem sind es die Inhalte, die sich in drei große Gruppen aufteilen lassen:

1. Der verrückte Serienkiller, das blutrünstige Ungeheuer, der unberechenbare Mörder ist psychisch krank, aus der Psychiatrie ausgebrochen oder lebt als unbescholtener aber hinterhältiger Zeitgenosse unter den „Normalen“.
2. Der perverse Verbrecher, der auf Grund seiner Kindheit, Erziehung oder Umwelt zu dem geworden ist, was er ist, nämlich psychisch krank und gewalttätig. Dieser Typ kann sich gut getarnt hinter unauffälliges Verhalten verstecken, dann aber bricht es unberechenbar und vernichtend aus ihm heraus.
3. Die ganze Psychiatrie versagt. Deshalb sind Menschen auf freiem Fuß und begehen Verbrechen. Hier wird niemand verschont. Weder der Psychiater, der durchtrieben und gewinnsüchtig nur an seiner Bettenbelegung interessiert ist und wie ein Tyrann herrscht, noch das Pflegepersonal, das nach dem Klischee der Verwahrer auf Ruhe und Ordnung sieht, ruhig spritzt, das fixiert und Elektroschocks androht. Da ist die Klinik, die wie ein Gefängnis geführt wird, mit Videokamera und drakonischen Strafen, der Psychotherapeut, der sich von dem Patienten links läßt - und dann findet sich auch die böse Familie, die an der Erkrankung Schuld ist oder die den Patienten los sein will.

Wenigstens sollte deutlich gemacht werden, bei welchen Filmen es sich um einen Psychiatrie relevanten Inhalt handelt. Ich denke an die Warnungen vor Gesundheitsschädigungen, wie sie bei der Zigarettenwerbung durchgesetzt wurden. „Anschauen auf eigenes seelisches Risiko!“ Welcher Mensch, der an einer Schizophrenie leidet, traut sich noch nach einem Film wie „Das Schweigen der Lämmer“ auf die Straße? Grundaussage: psychisch Kranke sind intelligent - aber Monster.

Wir haben auch einige wenige Filme gesammelt und aufgenommen die wirklichkeitnäher und einfühlsam mit dem Thema psychische Erkrankung umgehen, die beispielhaft einen zwar schwierigen aber toleranten und gelassenen Umgang mit den Erkrankten zeigen. Das sind Filme wie „Danny“, „Rain man“, „Siegfried, mein schizophrener Bruder“. Das sind Filme, in denen sich das Hilfe-Verhältnis fast umkehrt, in denen der Erkrankte dem „Normalen“ hilft, zu sich selbst zu finden. Ein solcher Film gibt dem Kranken eine positive Bedeutung und macht ihn nicht zu einem geduldeten Almosenempfänger von Hilfen.

## Alle müssen sich einmischen

Die Erkenntnisse habe ich in einem Aufsatz zusammengefaßt und an Experten und Politikern geschickt. Auf die Briefe bekamen wir verständnisvolle, bedauernde Antworten. Kurz gesagt: von oben könne man nichts machen. Immerhin, meiner Vorgängerin im LVB-APK gelang es, eine Fernsehdiskussion zum Thema „Psychisch Kranke in den Medien“ anzuregen. Sie nahm mit ihrem betroffenen Sohn daran teil. Eine durchschlagende Programmänderung haben wir zwar nicht erreicht, aber das Problem wurde ins Bewußtsein gerückt. Zusätzlich protestierten wir gegen eklatante Mediendiskriminierungen bei Zeitungen und Fernse-

hintendanten, baten Bundestagsabgeordnete um Mithilfe und schalteten die Arbeitsgemeinschaft Behinderte in den Medien ein. Sie alle verwiesen auf die Presse- und Meinungsfreiheit, auf die künstlerische Freiheit - und natürlich auf den Abschaltknopf. Auf eine meiner letzten Aufforderungen um Unterstützung, bekamen wir einen sehr verständnisvollen Brief von der Staatskanzlei, die höchste Instanz der bayerischen Regierung. Darin verspricht der Staatsminister Huber, sich mit unserem Anliegen an die führenden Medienverbände zu wenden.

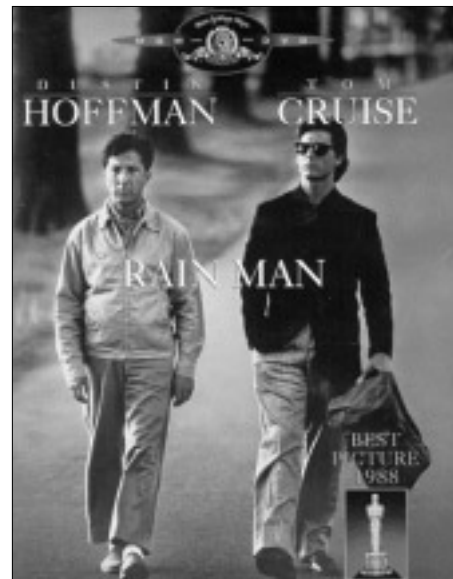
In neuester Zeit sind in Presse und Fernsehen weniger Angriffe auf die Menschenwürde unserer Betroffenen zu finden, bei Gerichtsberichterstattungen wird sorgsamer mit Vorverurteilungen umgegangen. Woraan das liegt, vermag ich nicht zu sagen. Wir hoffen, dass unsere Interventionen Wirkung gezeigt haben. Momentan versuchen wir in einer Briefaktion auf diskriminierende Psychothriller mit Briefen aus allen Teilen Bayerns zu reagieren.

Allein stehen wir Angehörigen auf verlorenem Posten im Kampf gegen Vorurteile, Diskriminierungen und Unwissenheit über Psychiatrisches. Nur in einer konzentrierten Aktion aller Beteiligten und in nicht nachlassendem Einsatz werden wir zu einem besseren Verständnis und mehr Toleranz unseren psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen gegenüber kommen. Und die Professionellen in der Psychiatrie bitte ich, die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht allein zu lassen, kommen auch Sie, aus ihren Krankenhäusern heraus und mischen Sie sich ein, klären Sie auf, protestieren Sie und stellen Sie sich schützend vor ihre Patienten oder doch wenigstens an ihre Seite.

*Gekürzter Vortrag  
„Psychisch Kranke im Spiegel  
der öffentlichen Meinung“, 19. Juni 1999, Jena*



Alfred Hitchcocks „Psycho“ - die Geschichte vom persönlichkeitsgespaltenen Motelbetreiber Norman Bates, wurde von Van Sant neu verfilmt. „Die berühmte Duschszene, für die Hitchcock 78 Einstellungen und sieben Drehtage brauchte, zeigt im neuen Streifen mehr nackte Haut und deutlichere Messerstiche. Van Sant erlaubte sich hier Freiheiten, die Hitchcock wegen der Zensur nicht hatte“, schreibt Filmkritikerin Jutta Lehmer-Conti.



1988 lernten viele durch den Film „Rain Man“ erstmals eine Erkrankung kennen, unter der allein in Deutschland etwa 40.000 Menschen leiden: Autismus. Dustin Hoffman spielte den Autisten: einen extrem selbstbezogenen, in sich gekehrten Menschen mit panischer Angst vor Veränderungen in seiner Umwelt. Dustin Hoffman und Tom Cruise zeigen realitätsnah, wie man miteinander lernen kann, mit dieser Behinderung umzugehen.

Informationen zum Medientag des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. vom 19. Juni 1999

# Sind Schizophrene wirklich gefährlich?

Betroffene, Angehörige und Ärzte beklagen irrationale Vorurteile und Stigmatisierung der Betroffenen

*Jena, 19. Juni 1999 (fh).* Oskar Lafontaine hatte Glück gehabt: Nur um wenige Millimeter verfehlte die 30 Zentimeter lange Klinge eines Küchenmessers die Hauptschlagader des SPD-Kanzlerkandidaten. Die Tat im Frühjahr 1990 beging eine kranke Frau. Diagnose: paranoide Schizophrenie. Wenige Monate später schoß ein ebenfalls schizophrener Mann auf den damaligen Bundesinnenminister Wolfgang Schäuble und brachte ihm Verletzungen bei, die ihn lebenslang an den Rollstuhl fesseln werden. Dass solche spektakulären, allerdings äußerst seltenen Ausbrüche paranoider Schizophrenie Betroffenheit und Angst auslösen, ist allzu verständlich.

## Dämonisierte Krankheit

Angehörige, Betroffene und Experten wiesen anlässlich des Symposiums „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“ allerdings darauf hin, dass die Leidtragenden der Schizophrenie in Deutschland vor allem die etwa 800.000 Kranken selbst und ihre Familien sind. Sie leiden nicht nur unter ihrer schweren Krankheit, sondern auch unter dem Stigma und den Vorurteilen, mit denen sie belegt ist. Entgegen landläufigen Vorurteilen sind Schizophrene nicht gefährlicher als andere „normale“ Bevölkerungsguppen, wie z.B. junge Männer. Der überwiegende Teil der Betroffenen kann dank moderner Behandlungsmöglichkeiten auch ein weitgehend normales Leben führen. Wohl keine andere Krankheit wird in der Bevölkerung derart dämonisiert wie die Schizophrenie. Der Schizophrene ist geradezu ein Sinnbild für den unberechenbaren, irrationalen, aggressiven und doch irgendwie genialen Irren. Auf der Straße indes möchte man ihm nicht begegnen.

Wie eine repräsentative Befragung des renommierten Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit belegt, ist es im Gefolge der beiden erwähnten Attentate zu drastischen Einstellungsveränderungen gekommen. Rund 38 Prozent der Befragten lehnen einen Schizophreniekranken als Arbeitskollegen ab, vor den Attentaten war dies bei lediglich 20 Prozent der Fall. Gar 63 Prozent der Befragten wollen nicht mit einem Schizophrenen bekannt sein, vorher: 45 Prozent.

Schizophrene suchen Schutz vor ihren „Verfolgern“ Laut Studienergebnissen sind Schizophrene keineswegs gefährlicher als einige andere Gruppen der Normalbevölkerung, z.B. männliche Jugendliche. Schizophrene Patienten seien in aller Regel auch nicht aggressiv oder gewalttätig, sagte Prof. Dr. med. Matthias Angermeyer, Direktor der Klinik und Poli-

klinik für Psychiatrie in Leipzig. Im Gegenteil, sie suchten eher Schutz vor ihren vermeintlichen „Verfolgern“, von denen sie sich bedroht fühlten. „Es gibt also für den Einzelnen keinen Grund, sich vor einem schizophrenen Erkrankten zu fürchten“, so Angermeyer. In Ausnahmefällen könne es vorkommen, dass sich Patienten derartig bedroht fühlten, dass sie sich, in vermeintlichem Selbstschutz, ihren Widersachern



gegenüber verzweifelt zur Wehr setzten. Das beträfe aber eher Menschen aus der eigenen Familie oder dem persönlichen Umfeld. Patienten, die sich bedroht fühlen, gehörten also unbedingt in die Hände von geschulten Fachkräften, um zu verhindern, dass sie sich oder andere gefährden.

Die Vorurteile gegenüber Patienten, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, seien tief in den Köpfen der Menschen verwurzelt, beklagte Irene Norberger vom Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., dem Veranstalter des Symposiums in Jena. Sie gingen auf jahrhundertelangen Aberglauben und darauf basierende Mißverständnisse zurück. „Leider besteht auch heute noch ein weit verbreitetes Mißtrauen in der Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken. Dies beruht auch darauf, dass in einer arbeitsteiligen Gesellschaft von allen Menschen eine absolute Verlässlichkeit ihres Verhaltens erwartet wird, was bei einigen Patienten vorübergehend nicht der Fall ist“, so Irene Norberger. Die Kranken würden daher zu Unrecht als generell unberechenbar,

unzuverlässig und sogar gefährlich eingestuft. Vorurteile erschweren Rückkehr ins normale Leben. In früheren Zeiten wurden sehr viele Patienten aufgrund mangelnder Behandlungsmöglichkeiten über viele Jahre in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht und damit dem Blick der Öffentlichkeit entzogen. Mittlerweile haben sich die Behandlungsmöglichkeiten aber grundlegend verändert.

„Der überwiegende Teil schizophrener Krankheiten bedarf nur noch einer vorübergehenden klinischen Behandlung“, erklärte Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer, Chefarzt am Zentrum für Psychiatrie Weinsberg. Nach der Akutbehandlung, die möglichst in einem Psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt werden solle, sei die Mehrzahl der Patienten wieder in der Lage, ihre früheren sozialen Beziehungen wahrzunehmen und am Arbeitsleben teilzuhaben. Doch hier behindern Vorurteile eine Wiedereingliederung in ein normales Leben. „Die Öffentlichkeit muß Verständnis für die Krankheit aufbringen, sonst sind unsere Möglichkeiten deutlich begrenzt“, so Prof. Angermeyer.

## Einbeziehung der Angehörigen

Auch psychoanalytische Thesen, die vor allem in den Vereinigten Staaten während der 50er Jahre sehr populär waren, haben Schuld an der Stigmatisierung von Familien mit einem schizophrenen Erkrankten: Die ohnehin schwer belasteten Eltern wurden ohne wissenschaftliche Grundlage nun auch noch als Auslöser der Krankheit verdächtigt. „Heute ist die Beratung der Angehörigen, deren Einbeziehung in Therapie und Rehabilitation, zum festen Bestandteil einer guten Schizophreniebehandlung geworden“, betonte dagegen Prof. Luderer.

Um die Rückfallraten möglichst niedrig zu halten, ist es neben einer adäquaten Behandlung wichtig, Patienten das nötige Know-how zu vermitteln, um mit ihrer Krankheit besser leben zu können. Dazu ergänzte Irene Norberger: „Bekannt ist, dass Stigmatisierung, Schuldzuweisung und Vorurteile sich zumindest indirekt negativ auf die Schizophreniebehandlung auswirken.“ Es ginge nicht darum, Menschen umzuerziehen, sondern das Spannungsfeld, das zwischen den Betroffenen sowie ihren Angehörigen und der öffentlichen Meinung noch immer bestünde, wahrzunehmen und sich der Auseinandersetzung zu stellen.

*Symposium am 19.6.99 im Best Western Hotel, Jena, mit freundlicher Unterstützung des Hauptsponsors Lilly Deutschland GmbH und Janssen-Cilag*



# Psychisch kranke Menschen brauchen unser Verständnis

OTZ-Gespräch mit Prof. Klaus-Dieter Dresler, Fachhochschule Jena

Herr Professor Dresler, heute debattieren Mediziner, Sozialarbeiter, Journalisten, Patienten und Angehörige über „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“ - so der Titel des Symposiums in Jena. Soll ein schiefes Bild geradegerückt werden?

Professor Dresler: *Nun, das wird mit einer Tagung allein nicht gelingen. Aber der Grund dieser Zusammenkunft, die vom Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. veranstaltet wird, ist schon die leider immer noch überwiegend negative öffentliche Darstellung von Menschen mit psychischen Störungen. Wir wollen aber keine Medienschele betreiben, sondern gemeinsam mit Medienvertretern nach Änderungswegen suchen.*

Die sind also nötig?

Professor Dresler: *Unbedingt. So wird heute Professor Angermeyer aus Leipzig mit Ergebnissen einer Studie belegen, wie psychisch Kranke gerade in Boulevardzeitungen immer wieder in Zusammenhang mit Gewalttaten gebracht werden, so wie auch das alte Klischee von Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit dieser Menschen immer wieder bedient wird. „Psychische Krankheit findet überwiegend im Rahmen der Verbrechensberichterstattung Erwähnung“, hat*

*Professor Angermeyer festgestellt. Eva Straub, Mutter eines an Schizophrenie erkrankten Kindes, hat darüber Beobachtungen im Fernsehen und bei Filmen gemacht und wird sie heute vortragen. Andere Betroffene tun das ebenfalls. Eine solche Darstellungsform verfestigt und verstärkt natürlich die seit Jahrhunderten bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken.*

Welche Auswirkungen hat das für die Betroffenen?

Professor Dresler: *Die sind für Patienten teilweise katastrophal. Menschen mit schizophrenen Störungen sind extrem dünnhäutig, sehr sensibel und empfindlich. Sie registrieren solche Darstellungsformen als gesellschaftliche Ablehnung, als Abdrängung in eine Randgruppe. Das hat ungünstige Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf, macht auch Heilungschancen zunichte, wie ich als Nervenarzt oft genug erfahren mußte.*

*Und die Angehörigen der Patienten leiden ebenso darunter. Nicht wenige Familien werden so in die Isolation getrieben, soziale Kontakte brechen ab. Man will der Öffentlichkeit verbergen, Angehöriger eines Menschen zu sein, dessen Krankheit als gefährlich für die Umgebung dargestellt wird.*

Wie ist dem zu begegnen?

Professor Dresler: *So, wie es Angehörige zunehmend tun: Die Öffentlichkeit suchen, aufklären, sensibilisieren für das Problem und um Verständnis werben. Psychisch Kranke brauchen Integration, keine Ausgrenzung. Es muß doch in einer aufgeklärten Gesellschaft möglich sein, das verständlich zu machen. Wir hoffen, dass uns die Medien dabei unterstützen.*

Das Gespräch führte Reinhard Querengässer

Mit freundlicher Genehmigung aus Ostthüringische Zeitung vom 19. Juni 1999



Moderator Klaus-Dieter Dresler (rechts) mit dem Referenten Heinz Deger-Erlenmaier

## Thesen

### Stigmatisierung im Alltag der betroffenen Familien

Von Heinz Deger-Erlenmaier, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

1. Psychisch kranke Menschen gehören, wie eine ganze Reihe anderer Personengruppen (Strafällige, Ausländer, Homosexuelle, Asylanten, Heimkinder, Behinderte etc.) zu den Randgruppen der Gesellschaft, die durch soziale Vorurteile und Stigmatisierung diskriminiert, an den Rand gedrängt und von der normalen Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ausgeschlossen werden. Randgruppen sichern den Zusammenhalt der Mehrheit der Gesellschaft.

2. Die Vorurteile gegenüber den psychisch Kranken treffen in der vollen Härte die Angehörigen, die Familie. All die negativen Zuschreibungen gegenüber psychisch Kranken werden auch auf deren Familie übertragen. Diese Familie hat ja, so jahrzehntelang bis heute die Überzeugung diverser psychotherapeutischer Schulen und auch des „gesunden“ Volksempfindens, dieses Elend hervorgebracht und möglicherweise auch verursacht. Die Folgen der Stigmatisierung der Angehörigen führen auch bei diesen zu Isolation, Rückzug, Gefühlen von Scham und Schuld. Soziale Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten reduzieren sich immer mehr, je länger die Erkrankung dauert. Die Angehörigen ver-

stecken sich und am liebsten auch die Erkrankung. Dies führt immer mehr zu einem „Leben auf der Insel“ mit extrem reduzierten Kontakten und Beziehungen. Neben den ohnehin schon großen psychischen, gesundheitlichen und materiellen Belastungen der Angehörigen muß die Familie mit den bekannten Auswirkungen der Vorurteile leben. Dies führt zu einer ganz erheblichen Einschränkung der Lebensqualität.

3. Vorurteile gegenüber psychisch Kranken sind keine Erscheinung des modernen Zeitalters, sondern existieren schon jahrhundertlang. Sie sind wesentlich geprägt von den Einstellungen gegenüber psychiatrischen Anstalten und Kliniken.

4. Das Vorurteil gegenüber der Anstalt, der Klinik, wird auf den psychisch Kranken und dessen Familie übertragen. Diese Vorurteile werden schon im Kindesalter „erlernt“ (Kinderreime und Witze über psychiatrische Anstalten).

5. Eines der größten Versäumnisse der Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie besteht darin, diese Vorurteile maßlos unterschätzt zu haben. So wurde in aller Regel die Gemeinde auf ein Leben

mit psychisch kranken Menschen nicht vorbereitet. Nun leben nicht mehr so viele Menschen in der Anstalt, in der Klinik, ihr Getto hat sich in die Gemeinde verlagert oder - wie der Bundesverband der Angehörigen feststellt "die Gettos sind schöner geworden".

6. Die Entwicklung der Medienlandschaft der letzten Jahre hat zu einer extremen Verstärkung dieser früh erworbenen Vorurteile massiv beigetragen (siehe Vortrag von Eva Straub).

7. Wollen Angehörige psychisch kranker Menschen sich nicht mit einem "Leben auf der Insel" einrichten, sind Kreativität, Bekanntheit und die Entwicklung neuer Strategien der Öffentlichkeitsarbeit gefragt.

8. Sowohl Psychiatrie-Erfahrene wie Angehörige müssen zu den Vorreitern und Entstigmatisierungs-Strategen werden, da die professionelle Psychiatrie hier eklatant versagt hat.

Aus Abstracts der Referenten zum Symposium: „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“, Medientag Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., 19. Juni 1999, Jena

**Nicht die Freiheit der Medien ist das höchste Gut, sondern die Würde des Menschen.**

Konrad Weiß

# „Sprich, damit ich dich sehe“ Sokrates

Susanne Heim, Autorin und Referentin in Sachen Angehörigenarbeit

„Nicht Tatsachen, sondern Meinungen über Tatsachen bestimmen das Handeln der Menschen.“ Darauf hat schon der griechische Philosoph Epiktet hingewiesen. Er ist im Jahr 50 unserer Zeitrechnung geboren, als es noch keine Massenmedien gab. Doch das ist bis heute so geblieben: Nicht die Information an sich, sondern wie wir sie verstehen, wie wir sie in unser Weltbild einordnen, das prägt unser Urteil, unsere Haltung, unser Verhalten. Und das gilt für uns alle, die wir „die Gesellschaft / die Öffentlichkeit“ bilden, psychisch Kranke und ihre Angehörigen eingeschlossen.

Ich möchte das an ein paar Beispielen verdeutlichen: In der renommierten Fachzeitschrift „Schizophrenia Bulletin“ war unlängst ein Artikel zu lesen über „Psychosoziale Auswirkungen von Stigma infolge einer Fehldiagnose“: Erfahrungen eines ehemaligen Patienten, der im Alter von 14 Jahren - irrtümlich, wie sich später herausstellte - als schizophrene diagnostiziert worden war. Der Autor ist heute als Sozialarbeiter in einer psychiatrischen Klinik tätig. In seinem Beitrag schildert er seinen verzweifelten Kampf mit dem Stigma, das ihn seiner Identität beraubt habe.

Er schreibt: „Das Stigma, das psychiatrischen Etiketten innewohnt, führt zur lebenslangen Beeinträchtigung der individuellen Fähigkeit, ein sinnvolles Leben zu führen und eine Identität zu bewahren... Ich betrat das Krankenhaus als Robert Bjorklund, ein Individuum, aber ich verließ es drei Wochen später als «Schizophrener»... Ich hatte eine psychiatrische Diagnose, die ich nicht wollte und war gezwungen, Medikamente mit unerwünschten Nebenwirkungen einzunehmen... Jegliche Aussicht auf ein auch nur annähernd normales Leben schien verloren.“  
Erst als er - nach 2-jähriger Odyssee vom 6. Psychiater, der ihn behandelte - korrekt als manisch-depressiv diagnostiziert worden war (und erfolgreich auf Lithium eingestellt), habe er mit der Rekonstruktion seiner Identität beginnen können.  
Macht es einen qualitativen Unterschied, welchem Formenkreis eine Psychose zuzuordnen ist? Verändert sich mit der Diagnose die Macht der Bedrohung, die ich erlebe, wenn ich mich verfolgt oder ferngesteuert fühle?

## Akzeptanz – durch wen?

In der jüngsten Ausgabe der KERBE stellt Hans-Wolfgang Knudsen Überlegungen „Zum Akzeptanzproblem psychisch erkrankter Menschen“ an. Der Pastor, selbst psychose-erfahren, schreibt: „Gewiß habe ich viel zu kämpfen gehabt, um mein Persönlichkeitsprofil als Theologe vor dem Hintergrund einer langjährigen psychischen Behinderung durchzuhalten. Nicht jeder in meiner Umgebung konnte meinen persönlichen Kampf kennen. Aber ich habe, um adäquat eingeschätzt zu werden, mich von Anfang an geoutet, und das hat offenbar geholfen, gerade bei der Frage: Wie kann ich innerhalb meines gesellschaftlichen Umfeldes identisch sein und leben.“

„Was heißt, steckt in deinen eigenen Kleidern“, sagen die Suaheli. Ich kann das nur bestätigen: Solange ich mich meiner unehelichen Geburt geschämt habe, solange ich mich selber als Makel empfunden habe,

so lange habe ich auch immer wieder Stigmatisierung und Diskriminierung erlebt. Meine Erkrankung (eine chronische Depression, die zur Erwerbsunfähigkeit geführt hat), meine eigene Psychiatrieerfahrung und die Psychose meines Sohnes habe ich nie als Stigma gesehen, nie verheimlicht - und werde dafür trotzdem - oder gerade deshalb - nach meiner Wahrnehmung nicht schief angesehen.

Dennoch geht auch mir der Hut hoch, wenn ich sehe, höre, lese, wie unmöglich psychisch Kranke und ihre Angehörigen gelegentlich in den Medien abgehandelt und in der Psychiatrie behandelt werden.

## Medien als Vermittler

Die Medien aber, als Massenmedien viel genutzt und gern gescholten, können eigentlich gar nichts dafür. Sie sind lediglich Vermittler, Transporteure von Informationen und Meinungen, die von Menschen gesammelt, gebündelt, aufbereitet werden. Was welche Medien wie verbreiten, wird aber nicht nur von ihren „Machern“ bestimmt, sondern auch von all denjenigen, die sich informieren und/oder unterhalten (lassen) wollen - und dafür Geld ausgeben. Sie und ich, wir alle sind also, gestaltend oder goutierend und finanzierend, an der öffentlichen Meinungsbildung - auch über psychisch Kranke und ihre Angehörigen - beteiligt. Was kein Interesse, also keine Käufer findet, verschwindet bald aus dem Angebot.

Ich halte es für wenig hilfreich, wenn wir unsererseits „die Medien“ diffamieren. Wir sollten nicht die gleichen Fehler machen und nicht nur auf die Defizite schauen. Es gibt auch viel Positivs zu entdecken. Der Österreichische Angehörigenverband hat angefangen, vorbildliche Beispiele öffentlich zu loben. Und der Medienpreis, den unser Bundesverband gemeinsam mit einem Sponsor ausloben will, ist ein ermutigender Schritt. Im übrigen lohnt es sich, uns auch einmal selbstkritisch zu fragen, was unser Interesse weckt, was uns neugierig macht. Was nur den gewohnten Rahmen füllt, fällt uns nicht auf, erregt kein Aufsehen. Auch wir Angehörigen sind im Zweifelsfalle nicht davor gefeit, Mitmenschen, Handlungs- und Lebensweisen für „krank“ oder „verrückt“ zu erklären, nur weil sie nicht in unser jeweils ganz persönliches Weltbild passen! Auch Angehörige (und Patienten!) machen einen Unterschied zwischen „besseren“ und „schlechteren“ psychischen Krankheiten. Warum sind wir so gekränkt, beleidigt, wenn es uns selber trifft? Ist es womöglich unsere eigene Beschränktheit, die uns schmerzt? Vorurteile hegen und pflegen wir doch alle! Sie ermöglichen uns schnelle, vorläufige Orientierung - ohne



langwierige tiefgründige Nach-Prüfung. Viele Witze würden wir ohne solches Vor-Wissen gar nicht verstehen: Sie kennen doch die Schwaben - schaffe, schaffe, Häusle baue... Sie wissen doch, was Sie von den Sachsen zu halten haben, Sie erkennen auf Anhieb, ob typisch Wessi oder Ossi. Und hüte Dich vor dem schwarzen Mann - wieso? Der Schornsteinfeger bringt doch Glück - oder?

Vorurteile machen die komplexe Welt durch ein grobes Raster überschaubar und geben so zunächst einmal Sicherheit. Sie werden erst dann zum Problem, wenn wir bei der Beurteilung eines Menschen oder Sachverhaltes uns mit dem groben Vorurteil begnügen und damit Verurteilung und Diskriminierung betreiben. Und wenn wir dem andern, dem Andersartigen das Recht absprechen, anders zu sein - befremdlich, meinestwegen auch absonderlich!

Beides gehört zum Leben: Gesundheit und Krankheit, beides ist normal. In diesem Sinne plädiere ich für die „Normalisierung“ auch psychiatrischer Krankheiten. Ich plädiere nicht für die unbedingte „Normalisierung“ psychisch Kranker! Denn ihnen verdanken wir viel zu viel - nicht zuletzt unzählige Werke der Weltliteratur, der Bildenden Kunst, der Musik... Wie grau und langweilig wäre die Welt, wenn sich alle Menschen auf Normalmaß, also auf Durchschnittlichkeit einebnen ließen! Ich halte es da mit dem Kölner Kabarettisten Jürgen Becker: Um die Bekloppten müssen wir uns keine Sorgen machen. Die Normalen sind das Problem.

## Informationsquellen

Wie kommt es nun immer wieder zu so verzerrten, herabwürdigenden Darstellungen, dass psychische Krankheit zum kränkenden Stigma wird? Woher nehmen Autoren und Redakteure von Printmedien, Funk und Fernsehen ihre Informationen? Wenn sie nicht gerade „vom Fach“ sind, wissen sie selten besser Bescheid als das Gros ihrer „Kunden“. Was durchaus nicht von Nachteil ist: So nämlich stellen sie die gleichen Fragen wie ihre geeigneten Leser/Hörer/Zuschauer. Und mit diesen Fragen wenden sie sich - genauso wie die meisten Angehörigen - an ausgewiesene Fachleute und an psychiatrisch Tätige, sog. Professionelle, die sie für Experten halten. Psychose-Erfahrene und ihre Angehörigen zählten bislang in der Regel nicht dazu. Denn dass auch sie Experten = Erfahrene sind, das wird ja selbst in und von der Psychiatrie erst in jüngster Zeit zaghaft und immer noch recht zögerlich zur Kenntnis genommen.

## Mut zum aufrechten Gang

Dass unter den angesehenen „Professionellen“ nicht wenige selber psychoseerfahren oder Angehörige sind, wird dabei geflissentlich übersehen und verdrängt. Dabei wären gerade sie als Identifikationsfiguren dazu berufen, das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit zu korrigieren - und Betroffene durch ihr Beispiel Mut zu machen zum aufrechten Gang. Mich hat es seinerzeit unglaublich entlastet, versöhnt, als ich - leider erst aus dem Nachruf - erfuhr, dass auch große Schriftsteller wie Uwe Johnson anhaltende Schreibblockaden erleiden können - dass es so etwas tatsächlich gibt.

Wenn wesentliche Teile verborgen bleiben, kann das Bild ja nur unvollkommen, einseitig, verzerrt ausfallen. Weshalb zu fragen wäre: warum so viele, die es besser wissen (müssten), ihre Erfahrung geheim halten. Harald Juhnke z.B. lebt das auf seine Weise vor. Schaut man sich die Krankheitstheorien, die Sprache der Psychiatrie und den Umgang psychiatrisch Tätiger mit Psychose-Erfahrenen und deren Angehörigen genauer an, wird die Zurückhaltung schon verständlicher.

**These 1** Ich behaupte, die stigmatisierende Geringschätzung psychisch Kranker und die Diffamierung ihrer Angehörigen gehen von der Psychiatrie selbst aus. Beispiele dafür finden sich zuhauf: nicht nur im Erleben gekränkter Patienten und Angehöriger, sondern in einschlägigen wissenschaftlichen Abhandlungen, Fach- und Lehrbüchern.

So ist es gar nicht ungewöhnlich, wenn ein wohlmeinender Student der Sozialarbeit, 7. Semester, seine Diplomarbeit über die „Arbeit mit Angehörigen von psychisch kranken Menschen“ schreiben will und dies so begründet - ich zitiere aus einem Brief an den Bundesverband: „Ausgehend von der Vermutung, dass an der psychischen Erkrankung des Familienangehörigen die Familie möglicherweise eine gewisse Mitschuld trägt, muss sie auch in die Behandlung mit einbezogen werden, um mögliche Störungen im Familiengefüge beseitigen oder lindern zu können, die neben anderen Faktoren zur psychischen Erkrankung geführt haben.“

Ja, die „schizophrenogene Mutter“ - eigentlich schon zur Zeit ihrer Erfindung wissenschaftlich widerlegt - feiert in Büchern und Therapeutenköpfen bis heute fröhliche Urständ. Der Psychiater Helm Stierlin, ein hochverehrter Pionier der Systemischen Therapie, charakterisiert diese Mütter, zu denen auch ich mich zählen darf, als „unerbittliche Folterknechte“ und „dramatisierende, frigide Hysterikerinnen“. Wir Mütter müssen ihm allerdings zugute halten: Stierlin hat immerhin entdeckt, dass auch psychisch kranke Menschen Väter haben - die er sogleich als „Zwangstypen“ und „sexuelle Krüppel“ entlarvte.

Der angesehene Mailänder Psychiater und Familientherapeut Luigi Boscolo bestätigte noch 1996 - Zitat: „Wie allgemein bekannt, zeichnen sich Familien in schizophrenen Transaktionen durch rigide Beziehungsmuster, Gefühle und Gedanken aus.“ Und sein deutscher Kollege Fritz Simon verglich „dieses Verrücktheit hervorbringende System mit einem Staat, in dem Bürgerkrieg herrscht. Man weiß nie, wer gerade die mit wem kämpft...“

Genug der bösen Beispiele. Das Dumme ist nur: Psychiater, Psychotherapeuten und andere Helfer haben solche Theorien als Wahrheiten gelehrt bekommen,

haben sie im Laufe ihrer Ausbildung verinnerlicht. Kein Wunder, wenn später nur selten jemand aus ihren Reihen den Mut aufbringt, sich ggf. als Angehöriger oder Psychose-Erfahrener zu erkennen zu geben? Wenn sie sich in ihren eigenen Vorurteilen verfangen, darin gefangen bleiben - und sich dementsprechend verhalten: Opfer sind schwach und verletzlich wie kleine Kinder und rohe Eier. Sie müssen bemuttert und geschützt werden. Nur wenn sie sich allzu eigensinnig aufführen - dann muss man sie zur Raison bringen. Täter sind Missetäter, die Schaden angerichtet haben - müssen also bestraft werden, mindestens mit Mißachtung.

Dass psychisch erkrankte Menschen eigentlich etwas zuviel haben, wovon die andern eher etwas zu wenig haben, nämlich: Sensibilität - davon spricht man in der Psychiatrie allzu selten. Wie viel Leid und Leiden aber außergewöhnliche Talente verursachen können, solange sie unerkannt bleiben, verkannt werden, davon können auch Hochbegabte und ihre Familien ein Lied singen! Wir tun also gut daran, auf die professionelle Fachwelt weder unbesehen zu bauen noch blindlings zu vertrauen.

**These 2** Das durch „professionelle“ Voreingenommenheiten geprägte veröffentlichte Bild von psychisch Kranken und ihren Angehörigen können und müssen diejenigen zurechtrücken, die es besser wissen: die Betroffenen selbst.

Es ist nicht genug, das Gute zu wissen, sagen die Chinesen. Wenn wir unser Wissen für uns behalten, es den andern vorenthalten, dann fördern wir deren beschränkte Sicht. Verleugnen, verschweigen und sich verstecken heißt, Fehler teilen Vorschub leisten. Wer gesehen und (an-)gehört, wer wahrgenommen werden will, muß sich zeigen, muß seine Stimme erheben.

Die Medien vermitteln Abbilder der augenfälligen Wirklichkeit. Wenn wir also eine differenzierte, ausgewogene Berichterstattung über uns und unsere Anliegen haben wollen, dann müssen wir dafür sorgen, dass psychisch Kranke und ihre Angehörigen in Erscheinung treten - in ihrer ganzen bunten Vielfalt. Unsere von HIV und Aids betroffenen Mitbürger führen seit Jahren - mit beneidenswertem Elan und Einfallsreichtum - vor, wie das geht: Die Herausforderung annehmen, daran wachsen und seine Sache selbstbewußt vertreten.

Die Psychose-Seminare, zu denen sich in den letzten Jahren Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, professionelle Helfer in öffentlichen Räumen zusammengefunden haben, sind ein Anfang. Sie bieten sich als Übungsfeld an für gegenseitiges Kennenlernen, Ernstnehmen und Geltenlassen. Fazit einer Teilnehmerin des Kölner Psychose-Forums: Durch diese Begegnungen „hat sich meine «Hemmschwelle» ebenso wie meine Angst vor dieser Krankheit reduziert“.

**These 3** Die Verbände der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen dürfen die Öffentlichkeitsarbeit nicht ihren Funktionären überlassen und sich nicht auf die Verbreitung von Sach-Information beschränken. Nichts ist wirkungsvoller als ein persönliches Beispiel. Zu den wichtigsten Aufgaben der Verbandsarbeit zählt zu allererst die Solidarisierung der Basis, der Betroffenen und ihre Ermutigung zum aufrechten Gang. Das fängt schon damit an, dass die Gruppen vor Ort erreichbar sein müssen. Die Anschrift und die Termine ihrer Treffen sollten schon bekannt sein.

Wer seinen Buckel herzeigt, trägt ihn leichter, sagen die Chinesen. Wer freilich selber noch Vorurteile gegenüber Buckeligen hegt, wer also heimlich an sein Stigma glaubt und sich dessen schämt, wird in der Öffentlichkeit ständig Stigmatisierung erleben - und seinen Buckel krampfhaft zu verbergen suchen. So sitzen auch wir Angehörigen unseren eigenen Vorurteilen auf. Solange wir aber das Stigma hochhalten und uns dahinter verbarrikadieren, überlassen wir unbesehen all jenen das Feld, von denen wir uns schlecht vertreten oder falsch beurteilt fühlen!

Wir hatten in Köln gerade wieder einmal das Fernsehen im Haus. Nicht, weil wir uns darum gerissen hätten - sondern weil im näheren Umkreis des ZDF keine Mitwirkenden aufzutreiben waren. Eine Familie mitsamt dem Erkrankten - wie ursprünglich erhofft - schon gleich gar nicht. Obwohl klar zu erkennen war: Es geht nicht um Sensationsmache. Hier bemüht sich eine Autorin, selbst Angehörige und als wohlwollend einfühlsame Regisseurin ausgewiesen durch ihren Film „Siegfried, mein schizophrener Bruder“, in dem sie auch selber zu sehen war. Sie war schon drauf und dran, das Projekt abzublasen - als sie dann doch noch fündig wurde. Immerhin hat da wenigstens das Netzwerk der Angehörigen funktioniert.

Es ist gar nicht nötig, dass alle Angehörigen zu jeder Zeit bereit und in der Lage sind, öffentlich aufzutreten. Dass es aber mehr werden, die sich trauen - dafür zu sorgen ist Aufgabe der Verbände. Sie müssen dafür sorgen, dass die Gruppen und ihre Mitglieder zur Öffentlichkeitsarbeit ermutigt und befähigt werden.

## Hilfe zur Selbsthilfe

Wenn wir uns Gehör verschaffen und (besser) verstanden werden wollen, dann müssen wir uns verständlich machen. Wie das geht, was wann wem wie gesagt werden sollte, damit es wahrgenommen wird, das kann man lernen: Wie man Kontakte zur örtlichen Presse aufbauen und pflegen kann. Wie man Anlässe schaffen und nutzen kann. Wie Nachrichten, kleine Berichte, Leserbriefe, Presse-Erklärungen ansprechend verfaßt und handlich gestaltet werden.

Wir müssen den Journalisten nicht die Arbeit aus der Hand nehmen. Es genügt, wenn wir als Ansprechpartner präsent sind, wenn wir ihnen brauchbares Material an die Hand geben - so aufbereitet, dass es bequem zu verarbeiten ist. Das erleichtert ihnen den Job und beugt zudem Mißverständnissen vor. In England scheint es bereits erfolgreiche Ansätze zu geben - mit Unterstützung professioneller Berater. Unser Bundesverband startet im August, gemeinsam mit den Organisatoren dieses Medientages, ein erstes Modellprojekt zur Schulung von Angehörigen.

Vorsichtshalber noch ein Tip für die Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen unter uns: Achten Sie in der nächsten Zeit auf die Berichterstattung von dieser Veranstaltung. Wenn Sie auf mißverständliche Informationen stoßen: Seien sie dankbar! Nutzen Sie die Chance! Falsches bietet Gelegenheit zur Richtigstellung. Auf diese Weise können Sie dafür sorgen, dass unser Anliegen gleich zweimal abgehandelt wird. Merke: Besser mangelhaft als gar nichts...

Gekürzter Vortrag  
„Psychisch Kranke im Spiegel  
der öffentlichen Meinung“, 19. Juni 1999, Jena



## Presse-Workshop

15 Mitglieder der Landesverbände und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker nahmen im August 1999 an einer ersten Schulung für Öffentlichkeitsarbeit in Frankfurt am Main teil. Es wurden u.a. Ziele und Anlässe der Pressearbeit, Formen der Zusammenarbeit mit Journalisten und der Aufbau von Pressebeiträgen besprochen. Zudem erklärten PR-Profis, wie die Kommunikation mit den Medien funktioniert und wie Vereine und Gruppen ihre Thematik wirksam in die Öffentlichkeit stellen können. Die Veranstaltung im Hause von Fleishman & Hillard wurde von Lilly Deutschland GmbH unterstützt.

## Psychiatrie 2000 in MV



„Psychiatrie 2000 - Zur Notwendigkeit des Qualitätsdenkens in der Sozialpsychiatrie“ - so hieß die Tagung des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereine MV e.V. in Kooperation mit dem Dachverband und der Friedrich-Ebert-Stiftung in Schwerin. Sozialministerin Dr. Martina Bunge betonte: „Hilfsangebote für psychisch Kranke Menschen müssen noch besser erreichbar und individueller werden.“ Erstmals öffentlich wurde der Stand des Modellprojektes zur Entwicklung eines landesweiten Psychiatriebedarfsplanes vorgestellt. Neben Fragen der Finanzierung psychiatrischer Hilfen geht es auch um die Organisation „personenbezogene Hilfen“.

## Schizophrenie in der öffentlichen Meinung

Von Prof. Dr. med. Matthias C. Angermeyer  
Universität Leipzig

Das Stereotyp vom gewalttätigen, unberechenbaren und gefährlichen psychisch Kranken in der Bevölkerung ist auch heute noch weit verbreitet. Zu diesem Ergebnis kommen Repräsentativerhebungen, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt wurden. Schizophrenie wird in erster Linie mit Persönlichkeitsspaltung in Verbindung gebracht, wobei die Vorstellung vorherrscht, dass - nach dem Muster von Dr. Jekyll und Mr. Hyde - eine gute und eine böse Person nebeneinander in einem Menschen existieren.

Die Konsequenz davon ist, dass man psychisch Kranken, insbesondere schizophrenen Kranken gegenüber auf Distanz geht und wenig bereit ist, mit diesen in soziale Beziehungen einzutreten. Die Kranken sind in unserer Gesellschaft nach wie vor Diskriminierungen und abwertenden Reaktionen ausgesetzt.

Das Bild vom psychisch Kranken als jemanden, der für seine Umwelt eine Gefahr darstellt, wird durch die Berichterstattung in den Medien verstärkt. So ergab eine Inhaltsanalyse der BILD-Zeitung (Januar bis September 1997), dass psychische Krankheit überwiegend im Rahmen der Verbrechenberichterstattung Erwähnung findet.

Über die Hälfte der Beiträge implizierten einen Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und gewalttätigem, unberechenbarem Verhalten. Auffällig war, dass



psychische Krankheit fast ausschließlich als Erklärungsversuch für besonders brutale, scheinbar unmotivierte Gewaltverbrechen herangezogen wurde.

Beinahe die Hälfte aller Nachrichten, die im Zusammenhang mit einem Verbrechen einen psychisch kranken Täter präsentierte, berichteten über Fälle von Mord, mehrfachem Mord oder versuchtem Mord. Dies galt in besonderem Maß für die Schizophrenie und andere psychotische Störungen.

Dass eine derartige einseitige Berichterstattung tatsächlich zur Reaktivierung des Stereotyps vom unberechenbaren und gefährlichen psychisch Kranken und so zu einer vermehrten Ablehnung führen kann, konnte am Beispiel der Reaktion auf die Attentate psychisch Erkrankter auf prominente deutsche Politiker eindrucksvoll demonstriert werden.

In direktem Zusammenhang mit diesen Ereignissen kam es zu einer drastischen Zunahme der sozialen Distanz gegenüber schizophrenen Kranken.

Aus Abstracts der Referenten zum Symposium: „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“, Medientag Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., 19. Juni 1999, Jena

## Konfliktmanagement in der Psychiatrie

Eine interessante Studie führte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Träger von 14 psychiatrischen Kliniken, zum Thema Gewalt durch. Gefördert vom Gemeindeversicherungsverband Westfalen-Lippe wurden Patientenübergänge auf Mitarbeiter, ihre Entstehung und Folgen untersucht.

Ziel der Untersuchung: Gewalt zu reduzieren und ein Programm zu entwickeln, wie Mitarbeiter mit aggressiven Situationen besser umgehen lernen. Dadurch sollen Zwangsmedikation, Isolierung und Fixierung der Patienten einerseits und Arbeitsunfälle der Mitarbeiter andererseits reduziert werden.

Im Gegensatz zu angelsächsischen Ländern wurde in der Vergangenheit dieses Thema in Deutschland kaum erforscht. Inzwischen hat sich die Meinung durchgesetzt, dass umfangreiches Wissen und konkretes Zahlenmaterial notwendig sind, um Präventivmaßnahmen zu ergreifen.

Hier einige der Untersuchungsergebnisse:

40 Prozent der Unfallmeldungen aus psychiatrischen Einrichtungen sind Folgen von Patientenübergreifen. Gewalt ging vorwiegend von Patienten mit längerer Krankengeschichte aus. Pflegekräfte wurden häufiger angegriffen als z.B. Ärzte und anderes Personal. Mitarbeiter mit geringer Berufserfahrung wurden überproportional angegriffen, ebenso Krankenpflegeschüler.

Die gemeldeten Vorkommnisse fanden vorwiegend auf geschlossenen Stationen und am Vormittag statt. In mehr als der Hälfte der Fälle kam es zu Tötlichkeiten. Die Untersuchung mündete in praktische Ergebnisse: Psychologen der Landespolizeischule werden in den Kliniken ein Trainingsprogramm zur Gewaltvermeidung anbieten - In der Ausbildung zur Krankenpflege sollen Mitarbeiter künftig für den Umgang mit schwierigen Patienten besser sensibilisiert werden. - Weniger Stress während der Aufnahme und auf der Akutstation.

*lsm*

# Rückkehr in die Gemeinschaft

Von Christine Theml, Herausgeberin „Nicht ohne uns“



In einem Buch über Selbsthilfegruppen las ich: „Gegen die gesellschaftlichen Vorurteile kommen wir nicht an, gesellschaftliche Veränderungen aber beginnen bei uns selbst.“

Am Anfang stand ein fünfmonatiger Klinikaufenthalt. Dort begegnete mir ein sehr einfühlsamer Arzt, dessen Art, mit mir umzugehen, die erste Voraussetzung zur schrittweisen Genesung und Normalisierung bedeutete.

Ich erhielt Medikamente. Daneben waren mir die Familie geliebt und ein Teil meiner Freunde. Und sogar eine Teilzeitarbeit. Ich kehrte, zwar geschwächt, aber doch handlungsbereit, in eine Struktur zurück. Neu in meinem Leben war nun die Bekanntschaft mit einer psychischen Krankheit und mit Menschen, die von ihr betroffen waren. Eine Selbsthilfegruppe suchte ich nicht auf, sie erinnerte mich zu sehr an die Klinik. Ich las Bücher über die Krankheit. Damit verallgemeinerte ich meine Erfahrung und machte mich eher gesellschaftsfähig. Ich war nicht allein.

Dann gründete ich eine Selbsthilfegruppe. Ich nannte sie „Nicht ohne uns“. Mein Arzt nannte den Titel trotzig. Das war ich. Ich hatte erlebt, wie sich viele von mir zurückgezogen haben, weil ich nicht mehr kommunizieren konnte. Nun war ich wieder da und neben mir waren auch Gleichbetroffene. Aber es war ein zäher Beginn.

Auch mit der Zeitung. Fast alles schrieb ich selbst. Die Auflage erhöhte sich mit den Jahren von 150 auf 400 Stück. Die Seitenzahl wuchs von 8 auf 16. Jeden Monat erscheint

das Blättchen. Ich gewann Mitstreiter und erhalte nun viele Einsendungen. Das Blatt ist etabliert.

Dann trat ich in den Verein „Aktion psychisch Kranke Jena e.V.“ ein. Dort schaffen wir Lebenswelten für chronisch Kranke (Wohnverbundsystem, Tagesstätte, Integrationsfirmen, auch eine Ergotherapiepraxis). Ich bin die zweite Vorsitzende und arbeite mit kompetenten Menschen zusammen. Im Vorstand bin ich aber die einzige Betroffene. Wir haben sonst eher Ärzte. Die Vereinsarbeit ist mir ans Herz gewachsen.

Seit einem Jahr leite ich eine Selbsthilfegruppe, die ich übernommen habe. Die Aufbauarbeit hat eine andere geleistet. Der Austausch tut uns allen gut.

Mein nächstes Standbein ist die Klassik. Ich arbeite in einer Gedenkstätte. Über die tägliche Führungstätigkeit lernte ich, mich in Menschen einzufühlen, mich zurückzunehmen, Gespräche zu führen. Ich bin im Museum unter anderem ein Vermittler zwischen West und Ost. Aus der Museumsarbeit heraus entwickelte ich eine umfangreiche Veranstaltungstätigkeit. Ich erarbeite Programme und Vorträge und wirke mit bzw. halte sie. Das ist stark öffentlichkeitsbezogen.

Aus anfänglichen Ängsten wurden Sicherheit und Freude. Ich habe es gern, wenn sich Menschen zusammenfinden, um mir zuzuhören.

Mein letztes, aber entscheidendes Standbein ist das Bücherschreiben. Im Moment kommt mein viertes Büchlein heraus (sie haben nie mehr als 120 Seiten). Das ist die Tätigkeit, die mir innere Ruhe gibt. Das Recherchieren und Schreiben sind Tätigkeiten, bei denen ich mich wohlfühle.

Soviel zur Rückkehr ins Leben. Der Arzt, die Zeitung, die Familie, die Freunde, die Arbeit und nicht zuletzt die Medikamente haben mir geholfen.

## Meinungen zum Medientag



Irene Ellenberger,  
Ministerin für Soziales und  
Gesundheit Thüringen

„Sie haben erkannt, dass eine Veränderung der öffentlichen Meinung und der Berichterstattung in den Medien nur dann erfolgen kann, wenn psychisch Kranke mit Hilfe der Menschen, die beruflich und privat für sie verantwortlich sind, in die Öffentlichkeit treten können.“ (Aus dem Grußwort zum Medientag Thüringen)



Dr. med. Christoph Fischer,  
Freier Journalist und  
verantwortlicher  
Ressortleiter Medizin  
der Bundesausgabe  
der BILD-Zeitung

„Über ein Drittel der in den Massenmedien vermittelten Nachrichtenstoffe stammen aus den Bereichen Medizin - Gesundheit - Wissenschaft. Dabei sind nicht nur der reine Nachrichtenwert, sondern vor allem die mit diesen Nachrichten verbundenen konkreten Nutzeffekte („news to use“) von größtem Interesse.“

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

# NICHT OHNE UNS



NEU! Herausgeberin  
Christine Theml  
Redaktion  
Christine Theml  
Verlag  
Christine Theml  
Kontakt  
Christine Theml  
Telefon  
Christine Theml  
E-Mail  
Christine Theml

„Nicht ohne uns“ - Das Selbsthilfe-Blatt hat sich etabliert. Christine Theml schreibt in der Ausgabe März 1999 zum Thema „Sehnsucht“.

Ich denke, alles ist gut. Es gibt viel zu tun. Bücher lesen, um über sie zu schreiben, Führungen machen im Schillermuseum, Veranstaltungen selber machen oder betreuen, Freunde oder eher Freundinnen treffen, ins Kino gehen, mit dem Mann essen, Haushalt erledigen. Der Tag ist ausgefüllt, es gibt kein Loch, in das ich fallen könnte, es gibt keinen Nebel, in dem ich mich verlieren müsste. Aber plötzlich schiebe ich alles beiseite und horche in mich: Was ist denn da noch neben aller Betriebsamkeit. Und deutlich und nicht wegzuschieben spüre ich es: Sehnsucht.

Mit ihr habe ich zu tun, seit ich empfinde, seit ich nachdenke. Vielleicht ist es die Mutter, die mir als Kind genommen wurde. Vielleicht ist es all das Wirblige, was die Sehnsucht nach Tiefe und Ruhe erzeugt. Dieses Gefühl macht mich traurig bis hin zu Tränen. Aber ein Stück macht es mich auch froh, so paradox das klingt. Ich weiß durch meine Sehnsucht, dass ich noch tiefer Gefühle fähig bin. Es gab eine Zeit, wo ich nichts mehr spürte, die Zeit war schlimm. Ich erfülle mir die Sehnsucht auch nicht oder doch? Ich fühlte, stand auf und schrieb. Hab ich das Gefühl nun umgebracht? Bettina Brentano schrieb einmal: Es macht nichts, dass man einen Gedanken festbindet, es kommen immer neue.

„Nicht ohne uns - Die Zeitung für psychisch Kranke und Genesende aus Jena“  
Kontaktadresse: Chr. Theml, Dornburger Str. 59,  
07743 Jena, Telefon 03641 - 44 44 86

# Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbädern zur Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie am Ende des 20. Jahrhunderts

Zur Geschichte der psychiatrischen Behandlungsverfahren

Von Prof. Dr. H. J. Luderer

*Die Beziehung zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken war seit jeher ambivalent. Auf der einen Seite stand das Bedürfnis, zu helfen, auf der anderen die Versuchung, die Augen vor dem Elend der Hilfsbedürftigen zu verschließen, sie auszugrenzen, sie zu misshandeln oder sich über sie lustig zu machen. Im Folgenden soll die wechselhafte Geschichte der Behandlung und Versorgung psychisch Kranker vom Altertum bis zur heutigen Zeit skizziert werden.*

## Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in Altertum, Mittelalter und zum Beginn der Neuzeit: Desinteresse und Fürsorge

**Umgang mit psychisch Kranken im Altertum:** Seit dem Altertum wurden körperliche wie psychische Krankheiten durch körperliche Eingriffe behandelt, vor allem durch Entfernen der „materia peccans“ durch Reinigung der vier Körpersäfte Blut, Schleim, Gelbe und Schwarze Galle. Regeln für den Umgang mit psychisch Kranken wurden erstmals durch den römischen Autor Celsus im 1. Jahrhundert nach Christus formuliert. Er beschreibt verschiedene Möglichkeiten der psychischen Beeinflussung, z.B. die heilsame Lüge, den heilsamen Schmerz, den heilsame Schrecken, die heilsame Ablenkung und vor allem das heilsame Gespräch, das einführende Eingehen auf die Patienten.

**Glaube an wunder tätige Reliquien im Mittelalter:** Das christliche Mittelalter entwickelte andere Formen der psychischen Beeinflussung. Neben dem Exorzismus war dies vor allem der Glaube an wunder tätige Reliquien.

Ein zentraler Wallfahrtsort für Familien psychisch Kranker war der kleine Ort Gheel in Belgien. Dort liegt Dymphna begraben, eine irische Königstochter, die nach der Legende von ihrem Vater sexuell belästigt wurde. Sie versank in geistige Umnachtung, floh nach Gheel, wurde dort von ihm eingeholt und enthauptet. An Ihrem Grab flehten die Pilger um Hilfe für ihre geisteskranken Angehörigen. Sie übernachteten bei den Bauern in der Umgebung. Schließlich begann man, die Kranken gegen Entgelt bei den Bauern zu lassen, damit sie möglichst nahe bei den Reliquien leben konnten. Die Kranken erwiesen sich als gute Einnahmequelle, und die meisten waren durchaus in der Lage, bei der Feldarbeit zu helfen. Hier liegt die Wurzel für die auch heute wieder praktizierte psychiatrische Familienpflege.

**Errichtung von Domspitälern:** Ebenfalls im Mittelalter wurde in Frankreich und Deutschland mit dem Bau von Domspitälern begonnen, in denen neben Armen und anderweitig Hilfsbedürftigen auch Geistesranke aufgenommen wurden. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des kirchlichen Versorgungssystems war die Tätigkeit einiger Ordensgemeinschaften (Alexianer im heutigen Nordrhein-Westfalen, „Barmherzige Brüder“ in Polen, Italien, Österreich und Bayern). Klösterliche Werte wie Gehorsam, Armut und Keuschheit wurden in diesen Häusern zu Prinzipien des Umgangs mit den Patienten, Arbeit, Einsamkeit und Gebet zu zentralen Elementen der Therapie.



Prof. Dr. H. J. Luderer  
Zentrum für Psychiatrie Weinsberg

*Stark gekürztes Manuskript eines Vortrags zum Medientag des Landesverbands Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena, 19.6.1999*

**Weltliche Irrenfürsorge:** Parallel zu den kirchlichen entwickelten sich seit dem Spätmittelalter weltliche Formen der Irrenfürsorge. Die sozialen Verpflichtungen der freien Reichsstädte in Deutschland führte vielerorts zur Gründung von Städtischen Bürgerhospitälern, in denen neben Armen und Alten auch „harmlose Irre“ aufgenommen wurden. Unruhige und aggressive Kranke wurden allerdings in die Stadttore gesperrt oder vor die Stadt in eigens dafür aufgestellte Holzkisten verbracht.

**Beginnende Neuzeit:** Durch das Verschwinden der Lepra und das Ausbleiben von Pestepidemien konnten psychisch Kranke seit dem 16.-17. Jahrhundert in Lepra- und Pesthäusern untergebracht werden. Im katholischen Würzburg gründete Julius Echter von Mespelbrunn 1579 das nach ihm benannte Juliusspital, das für Arme und Kranke offenstand, auch wenn sie keine Bürger der Stadt Würzburg waren. Seit 1589 wurden dort auch psychisch Kranke betreut.

## Behandlung und Versorgung psychisch Kranker im 17. Jahrhundert: Humanität und Menschenverachtung

**Absolutismus und Aufklärung:** Zu Beginn des 17. Jahrhunderts entstand in Frankreich ein gegliedertes Versorgungssystem. Akut Kranke wurden zu einer mehrwöchigen Behandlung in das „Hôtel-Dieu“ verbracht. Wer nicht gesund wurde, wechselte in das „Hôpital général“, bestehend aus dem „Hôpital de Bicêtre“ für Männer und dem „Hôpital de la Salpêtrière“ für Frauen. Beide Häuser beherbergten große Abteilungen für psychisch Kranke. In Deutschland entstanden in Abwandlung dieses Vorbilds Zucht- und Tollhäuser.

Wer allerdings im „Hôpital général“ ankam, hatte kaum eine Chance, wieder lebend herauszukommen. Gewalt gegen Patienten war oder unter den Patienten an der Tagesordnung. Die unruhigen und gefährlichen Patienten wurden in Ketten gelegt und geprügelt.

## 18. und 19. Jahrhundert: Bemühungen um menschenwürdige Behandlung psychisch Kranker

**Die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert:** Die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert brachte erste Bemühungen um menschenwürdige Behandlung psychisch Kranker mit sich. Bedeutsam für die Entwicklung der psychosozialen Versorgung war der neue the-

rapeutische Optimismus. Die Wurzeln dieses Umdenkens liegen vor allem in England. Der Quäker William Tuke (1732-1822) gründete 1794 in York ein privates „madhouse“, dem er den programmatischen Namen „The Retreat“ gab. Die heilsame Einsamkeit in einer idyllischen Landschaft bot Schutz vor der Welt und vor der aus den Fugen geratenen Natur, die sich in der psychischen Krankheit äußerte. Offenbar ist es im „Retreat“ gelungen, auf Prügel, Ketten und Zwangsjacken zu verzichten. Besucher waren von der freundlichen Atmosphäre beeindruckt. Gerade auch deshalb beeinflusste das Ideal der heilsamen ländlichen Einsamkeit die Zielvorstellungen der Reformpsychiater des 19. Jahrhunderts nachhaltig.

**Die Deutsche Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts:** Die Kritik an den Zuständen in den Irrenanstalten wurde in Deutschland ebenso aufgegriffen wie die Idee, Geisteskrankheiten mit psychischen Methoden zu behandeln. 1803 schilderte Johann Christian Reill in seinem Buch „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung“ unerträgliche Zustände in den damaligen Deutschen Zucht- und Tollhäusern und schlug zur Überwindung dieses Übels Methoden des Umgangs mit psychisch Kranken vor, die an Celsus und das englische Vorbild des „Retreat“ erinnern.

**Wilhelm Griesinger (1817-1868) und die Einführung der gewaltfreien Behandlung in Deutschland:** Griesinger war einer der ersten Deutschen Psychiater, die sich erfolgreich für die gewaltfreie Behandlung psychisch Kranker einsetzten. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts waren trotz einzelner Ausnahmen Zwang und Gewalt bei der Behandlung und Unterbringung psychisch Kranker an der Tagesordnung. Schläge mit Ruten, Stöcken und Peitschen gehörten ebenso zu den üblichen Maßnahmen wie Drehstühle, Sturz-bäder mit kaltem Wasser, Zwangsstehen oder die Einreibung der Kopfhaut mit Brechweinstein, wodurch sich schmerzhaftes Geschwüre bildeten.

Anregungen zur Überwindung dieser Zustände kamen wiederum aus England. Dort veröffentlichte John Conolly 1856 eine Abhandlung mit dem Titel „The treatment of the insane without mechanical restraint“. 1860 wurde das Buch ins Deutsche übersetzt. 1861 hielt sich Griesinger in England auf und lernte dort die Behandlung ohne Zwangsmittel kennen.

Eine größere Anzahl von Psychiatern schloss sich nach einem Bericht Griesingers dessen Forderung nach Einführung der zwangfreien Behandlung an. Griesinger selbst begann in Zürich und 1865 nach seiner Berufung nach Berlin mit der neuen Methode, andere Kliniken folgten. Griesinger forderte zusätzlich die Errichtung von „Stadt-Asylen“ (Rössler 1992) zur kurzfristigen wohnortnahen stationären Behandlung. Nur unruhige und gefährliche Patienten sollten weiterhin in Pflgeanstalten auf dem Land versorgt werden.

**Die Entstehung neuer Kliniken:** Nach den Vorstellungen Griesingers entstanden in den folgenden Jahren an vielen Orten neue Stadtasyle, fast immer in Form von Universitätskliniken (z.B. Heidelberg 1878, Freiburg 1887). An diesen Einrichtungen und an den bereits bestehenden Kliniken wurden dann auch wieder Studenten unterrichtet. Die Ausbildung der Ärzte ging teilweise wieder in die Hände der Universitäten über.

Die Universitätskliniken waren natürlich nicht in der Lage, die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung allein sicherzustellen. Bevölkerungswachstum und Verstädterung erforderten immer höhere Behandlungskapazitäten. Überall wurden seit etwa 1870 neue Anstalten gebaut, die in aller Regel noch heute in Gebrauch sind. Die bevorzugte Architekturform war neben der Unterbringung in aufgelassenen Klöstern der Pavillionstil: malerisch in einem

Park verteilte Villen, in denen die Patienten teilweise ausgesprochen komfortabel untergebracht waren.

**Der 1. Weltkrieg:** All diese Errungenschaften wurden durch den Beginn des 1. Weltkriegs zunichte gemacht. Während des 1. Weltkriegs starben etwa 140.000 Menschen in Deutschen Anstalten. Räumliche Enge, unzureichende Heizung und Unterernährung bedeuteten besonders für Alterskranke, Patienten mit Tuberkulose oder Paralyse das Todesurteil. Nach dem 1. Weltkrieg erholte sich die Deutsche Psychiatrie langsam wieder.

Es waren vor allem zwei Personen, die neue Impulse für die psychosoziale Versorgung gaben: Hermann Simon (1867-1947) und die „aktivere Krankenbehandlung“ in Gütersloh sowie Gustav Kolb (1870-1938) und die offene Irrenfürsorge in Erlangen.

**Hermann Simon und die „aktivere Krankenbehandlung“:** Aktive Elemente in der Krankenbehandlung gab es auch vor Simon. Der Alltag in den meisten Häusern war allerdings bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts entscheidend durch langwierige Bettbehandlungen und chaotische Wachsaaalzenen gekennzeichnet. Hermann Simon entwickelte ab 1914 sein Konzept der aktiveren Krankenbehandlung in Gütersloh. Die Organisation war auf Beschäftigung aller Patienten ausgerichtet. Täglich wurden die arbeitenden, die körperlich Kranken und die wegen der psychiatrischen Symptomatik unbeschäftigten Patienten namentlich registriert. Diese lag bei einer Gesamtbettenszahl von 1350 in der Regel unter 1 Prozent.

Diese hohe Zahl konnte nur durch ausgeklügelte Belohnungs-, Bestrafungs und Kontrollmaßnahmen erreicht werden. Von Patienten und Mitarbeitern wurde bedingungslose Anpassung verlangt. Bei Arbeitsverweigerung drohten negative Folgen. Kritik an der Unerbittlichkeit des Systems blieb auch in den 20er Jahren nicht aus. Selbst die schärfsten Gegner mußten allerdings zugestehen, dass Patienten und Mitarbeiter zufrieden waren. Gewalt-handlungen kamen in Gütersloh sehr selten vor, beruhigende Medikamente mußten kaum gegeben werden.

**Gustav Kolb und die offene Irrenfürsorge:** Gustav Kolb war der erste Psychiater, der Grundzüge der gemeindenahen Psychiatrie in die Tat umsetzte. Er öffnete die Anstalt nach außen, führte die psychiatrische Familienpflege ein und baute in Erlangen ein System der offenen Fürsorge auf, das später von fast allen Kliniken übernommen wurde (Böcker 1985).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde in vielen Kliniken nach der Aufnahme eines Patienten kaum mehr über seine Entlassung nachgedacht. Durch diesen Umstand wuchs die Anzahl der Betten wesentlich rascher als die Bevölkerung. Kola setzte sich in Kutzberg (1905-1911) und Erlangen (1911-1934) für die Erleichterung von Aufnahmen und Entlassungen ein und sorgte für Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Er befürwortete die Einrichtung von „Irrenschutzgerichten“ zur Kontrolle der Anstaltsbetriebe sowie den Aufbau von Kinderabteilungen, Trinkerheilstätten und Altenheimen.

Als wichtigste Maßnahme, die einer Überfüllung der Anstalten entgegenwirken kann, sah Kolb die Organisation von Fürsorgemaßnahmen außerhalb der Anstalt an. Zu den Aufgaben der „offenen Fürsorge“ gehörten nach seinen Vorstellungen die Erfassung sowie berufliche und soziale Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Patienten.

## Psychiatrie im Nationalsozialismus: das dunkelste Kapitel

**Eugenik und Euthanasie:** 1920 veröffentlichten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche eine Schrift mit dem Titel

„Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Hierin sprachen sie den Tod vieler wertvoller Menschen an, die im 1. Weltkrieg ihr Leben lassen mussten, während die „Insassen“ von „Idioteninstituten“ ein sicheres Leben führten, eine angesichts des Sterbens in den Anstalten offensichtlich falsche Behauptung. Zu den Menschenleben, deren Weiterbestehen nach der Auffassung von Binding und Hoche „für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat ...“ zählen die durch Krankheit oder Verwundung „unrettbar Verlorenen, die im vollen Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und in irgendeiner Weise zu erkennen geben“ und die „unheilbar Blödsinnigen... Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben.“

**Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses:** Diese Schrift blieb zunächst ohne größere Resonanz. Ihr Inhalt wurde aber spätestens bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten erneut aufgegriffen. Den ersten Niederschlag fand die neue Ideologie im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN)“ vom 1.1.1934. Sterilisiert werden sollten nach diesem Gesetz „erbkranken“ Personen mit den Diagnosen „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit oder Taubheit, schwere ererbte körperliche Mißbildung und schwerer Alkoholismus“.

Alle Angehörigen von Heilberufen mussten „Erbkranke“ beim Amtsarzt anzeigen. Zuwiderhandlungen wurden strafrechtlich verfolgt. Der Amtsarzt beantragt beim „Erbgesundheitsgericht“ im Bedarfsfall die Sterilisierung.

Zur Rechtfertigung der Zwangssterilisierung wurde unter anderem die von Kolb in Erlangen eingeleitete frühzeitige Entlassung der Patienten herangezogen. Viele Kranke lebten außerhalb der Anstalten und konnten somit - so die Befürchtungen der Eugeniker - ohne äußere Einschränkungen heiraten und Kinder in die Welt setzen. Man befürchtete eine explosionsartige Vermehrung von „Ballastexistenzen“, durch welche die „Volksgesundheit“ gefährdet und das Volksvermögen belastet werde. Das Geld wurde radikal gekürzt. Der Tagespflegesatz sank von 4,00 RM im Jahr 1923 auf 3,00 RM im Jahr 1929 und 2,70 RM im Jahr 1939.

**Die Begeisterung für neue somatische Therapieformen:** Ausgerechnet in dieser Zeit wurden die ersten wirksamen biologischen Behandlungsverfahren entwickelt wurden: die Insulinkomaterapie (Sakel 1933), die Cardiazolkrampftherapie (Meduna 1935) und die Elektrokrampftherapie (Bini, Cerletti 1937).

Die Erfolge der neuen Therapieverfahren wurden in Deutschland als Argument für eine Weiterführung der „erbbiologischen Maßnahmen“ ins Feld geführt. Durch die Erfolge der neuen Therapien sollte der Bevölkerung vor Augen geführt werden, dass alles für die Heilbaren getan werde und nur die Unheilbaren von diesen erbbiologischen Maßnahmen betroffen seien.

**Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter:** Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter wurde 1939 nicht durch ein Gesetz, sondern durch einen „Geheimen Führererlaß“ eingeleitet.

Die Aktion T4 (nach der Zentrale in einer Berliner Villa in der Tiergartenstraße 4) wurde mit Hilfe von vier Tarnorganisationen durchgeführt: Die „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ übernahm die Auswahl der Patienten, die „Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft“ die Transporte in die Tötungsanstalten. Die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ und die „Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten“ waren für die verwaltungsmäßige Abwicklung zuständig.

Im Oktober 1939 wurde die Gesamtzahl der zu tötenden Patienten auf 65.000 - 70.000 festgelegt. Gleichzeitig begann die Erfas-

sung aller Anstaltspatienten durch Meldebogen mit Angaben zu persönlichen Daten, Diagnose, Rassenzugehörigkeit, Bettlägerigkeit, Therapie und Art der Beschäftigung. Die Daten wurden an begutachtende Psychiater weitergeleitet.

Die für die Tötung vorgesehenen Patienten wurden in sechs Tötungsanstalten (Schloß Grafeneck, Kreis Münsingen, Schloß Hartheim bei Linz, ehemaliges Zuchthaus, Brandenburg/Havel, Bernburg/Saale, Sonnenstein bei Pirna und Hadamar bei Limburg verbracht. Bis 1941 wurden 70.253 Patienten durch Kohlenmonoxidgas umgebracht.

Am 24.8.1941 wurde die Aktion T4 offiziell beendet. Zum einen war das „Plansoll“ von 70.000 Patienten erfüllt, zum anderen gab es zunehmende Proteste der Angehörigen, die das Verschwinden der Patienten misstrauisch gemacht hatte. Das Töten wurde deshalb in einigen Anstalten heimlich fortgesetzt. Bis zum Kriegsende wurden zusätzlich in vielen Anstalten „dezentrale Euthanasien“ durch Injektionen mit Scopolamin oder Luminal durchgeführt. Andere Patienten starben durch „Hungerkuren“. Insgesamt wurden bis 1945 wurden mehr als 150.000 psychisch Kranke ermordet.

## Die Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg

**Nachkriegszeit:** In der Nachkriegszeit war niemand so recht an der Aufarbeitung der Nazi-Verbrechen interessiert. Zwar wurden durch den Nürnberger Ärzteprozeß 1946-1947 und durch mehr als 40 Euthanasieprozesse bis ca. 1965 die wesentlichen Fakten der Vernichtungsaktionen allgemein bekannt. Trotzdem fanden bis zum Ende der 70er Jahre Bücher über die Psychiatrie im Nationalsozialismus keinen Verlag oder wurden nicht beachtet. Überhaupt wurde die Situation psychisch Kranker von Politik und Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen.

**Der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (Psychiatrie-Enquête):** 1970 wies der Mannheimer Psychiater H. Häfner auf gravierende Mängel der psychiatrischen Versorgung hin. 1971 erteilte der Deutsche Bundestags einer Expertenkommission den Auftrag, einen Bericht zur Lage der Psychiatrie anzufertigen. Eine erste Erhebung kam zu den erwarteten alarmierenden Ergebnissen. Die stationäre psychiatrische Versorgung wurde größtenteils durch 68 Psychiatrische Landes- oder Bezirkskrankenhäuser sichergestellt. Die durchschnittliche Größe von 1200, das Arzt-Patientenverhältnis von 1:64 (alle Ärzte) bzw. 1:87 (nur Assistenzärzte) zeigte die personellen Mängel auf. Bei >70 Prozent aller Patienten wurde die Behandlung gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt. Positive Ausnahme war lediglich das Land Baden-Württemberg mit ca. 10 Prozent Zwangsbehandlungen. Bei 80 Prozent der Patienten erfolgte die Behandlung auf geschlossenen Stationen. Es gab lediglich 1200 niedergelassene Nervenärzte die pro Patient <15 min im Monat erübrigen konnten.

Der Zwischenbericht zur Situation in den Landeskrankenhäusern (1973) warf ein Licht auf die baulichen Mängel in den Krankenhäusern. Die Bausubstanz war veraltet, die Stationen um 35 Prozent überbelegt. 40 Prozent der Patienten waren in Schlafsälen untergebracht. Die Patienten hatten keine Möglichkeit zum Tragen eigener Kleidung und keinen Platz für die Aufbewahrung von Eigentum. Für die in den anstaltseigenen Betrieben geleistete Arbeit erhielten sie nur eine minimale Entlohnung.

Die Kommission erhob eine Reihe von Forderungen: Sofortmaßnahmen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen, Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken, Verkleinerung der Großkrankenhäuser mit weniger als 600 Betten und die Schaffung psy-



chiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Mindestgröße von 200 Betten, die Bildung kleinerer Versorgungsgebiete und die Spezialisierung der stationären Einrichtungen.

Im Abschlußbericht der Sachverständigenkommission von 1975 wurden Vorschläge zur Personalentwicklung unterbreitet: Verbesserung der Relation Arzt-Patienten und Pflegepersonal/Patienten, Einstellung vom Mitarbeitern anderer therapeutischer Berufsgruppen wie Diplompyschologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten.

Seitdem hat sich die psychosoziale Landschaft durchgreifend verändert. Die großen psychiatrischen Krankenhäuser wurden kleiner und überschaubarer, die räumlichen und sanitären Verhältnisse besserten sich. Zusätzlich entstanden in Deutschland über 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ebenso viele Tageskliniken, ambulante Dienste sowie zahlreiche Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke.

**Das System der psychiatrischen Versorgung:** Die Geschichte der Psychiatrie nach 1975 ist eine Geschichte von Erfolgen. Das System der psychiatrischen Versorgung wurde immer weiter differenziert. Es umfasst die Bereiche der stationären und teilstationären Behandlung, der ambulanten Behandlung und Beratung und der komplementären Einrichtungen.

Die stationäre und teilstationäre Behandlung wird von den großen psychiatrischen Kliniken, den Universitätskliniken, den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und den autonomen oder in ein Krankenhaus integrierten Tageskliniken sichergestellt. Die Ambulante Behandlung und Beratung erfolgt durch Niedergelassene Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, durch Institutsambulanzen und Polikliniken und durch Sozialpsychiatrische Dienste, die in manchen Bundesländern eine ausschließlich beratende Funktion, in anderen durch Anbindung an die Gesundheitsämter zusätzlich eine Kontrollfunktion wahrnehmen. Darüber hinaus bestehen je nach Bundesland weitere beratende Dienste.

Zu den komplementären Einrichtungen zählen die Einrichtungen des betreutes Wohnens (Wohngemeinschaften, betreutes Einzel- oder Paarwohnen und Heime) und die Hilfen am Arbeitsplatz (Dienste zur Wiedereingliederung der Patienten am alten Arbeitsplatz, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), Werkstätten für psychisch Behinderte (WfB) und Firmen für psychisch Behinderte (Selbsthilfefirmen).

**Der Siegeszug der Psychopharmaka nach dem 2. Weltkrieg:** Mit der Entwicklung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva in den 50er Jahren änderte sich die psychiatrische Therapie tiefgreifend. Die Entdeckung der therapeutischen Wirkung der Lithiumsalze im Jahr 1948 und ihr klinischer Einsatz seit Mitte der 50er Jahre, die Einführung des ersten atypischen Neuroleptikums Clozapin im Jahr 1974 sowie die Synthese neuerer Neuroleptika und Antidepressiva in den 90er Jahren sind weitere Meilensteine dieser Entwicklung.

**Psychotherapie, Psychoedukation und Angehörigenarbeit:** Einen weiteren Fortschritt bedeutete die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie. Seit 1994 ist eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung Bestandteil des neu geschaffenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Sonderform der Psychotherapie, die Psychoedukation vermittelt den Patienten notwendige und hilfreiche Informationen und hilft ihnen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit. Patientengruppen werden heute - ebenso wie Angehörigengruppen - in vielen psychiatrischen Kliniken angeboten. Auch sie sind aus der Behandlung der Schizophrenie nicht mehr wegzudenken.

**Weitere Therapieverfahren:** Trainierende und tagesstrukturierende Verfahren (Beschäftigungstherapie, gezieltes Training geistiger Fähigkeiten und Arbeitstherapie), Körperorientierte und kreativitätsfördernde Verfahren (Bewegungstherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie) ergänzen vor allen Dingen im Rahmen stationärer und teilstationärer Behandlungen die Psychopharmako- und Psychotherapie. Die psychosoziale Beratung ebnet den Patienten den Weg aus der Klinik.

## Ausblick

Zu allen Zeiten haben sich Ärzte gemeinsam mit anderen therapeutischen und pflegenden Berufen, Politikern und Verwaltungsbeamten der Behandlung psychisch Kranker angenommen. Dies geschah mit unterschiedlichen Zielen: Hilfe auf der einen, Ausgrenzung und Misshandlung bis hin zur gezielten Tötung auf der anderen Seite.

Heute bietet das psychiatrische Versorgungssystem eine Vielzahl von Möglichkeiten der Behandlung, Beratung und Unterstützung für alle Betroffenen, ohne dass eine dieser Möglichkeiten verzichtbar wäre. Psychiatrie und Psychotherapie sind auf einem guten Weg. Gefährdet wird dieser Weg in Deutschland durch den immer engeren finanziellen Rahmen, dem sich alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen gegenübersehen. Ihre Aufgabe ist es, gemeinsam mit Politik und Öffentlichkeit nach Möglichkeiten einer Lösung des Dilemmas zwischen dem Wünschbaren, dem Notwendigen und dem Finanzierbaren zu suchen.

## Literatur

Böcker FM: Psychiatrische Familienpflege und offene Irrenfürsorge: Sozialpsychiatrische Konzepte bei Gustav Kolb und heute. In: Lungershausen E, Baer R (Hrsg): Psychiatrie in Erlangen. Perimed, Erlangen, 1985

Deutscher Bundestag: Enquête über die Lage der Psychiatrie in Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission. Bundesdrucksache 7/4200, 1975

Jetter D: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1981

Reimer F, Lorenzen D: Moderne Psychiatrie gestern und heute. Braun, Karlsruhe, 1996

Rössler W: Wilhelm Griesinger und die gemeindenahere Versorgung. Nervenarzt 64 (1992), 257-261

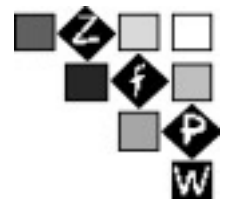
Schulte W: Hermann Simon. In: Kollé K: Große Nervenärzte Band 2. Thieme Stuttgart, 1970

Siemen HL: Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Baer R: Themen der Psychiatriegeschichte. Enke, Stuttgart, 1998

Wittner R: Die psychische Erkrankung in der klassischen Antike. Fundamenta Psychiatrica 1 (1987), 93-100

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. H. J. Luderer  
Zentrum für Psychiatrie Weinsberg  
Weissenhof, 74189 Weinsberg



## Jenaer Arzt Ibrahim in NS-Euthanasie verstrickt

Der bekannte Jenaer Kinderarzt Jussuf Ibrahim (1877-1953) war nach Angaben von Wissenschaftlern in das NS-Euthanasieprogramm verstrickt. An der Erkenntnis, dass der in Kairo geborene Arzt nach 1941 aktiv in die Euthanasie schwerstgeschädigter Kinder eingebunden war, gebe es keinen Zweifel mehr, teilte der Vorsitzende einer von der Universität Jena eingesetzten Kommission, Klaus Dicke, in Jena mit.

Die Auswertung von Krankenakten, Archivmaterial und 63 Zeitzeugen-Berichten hätten die Verstrickung von Ibrahim in das NS-Programm erwiesen. Auf Grund der Faktenlage werde die nach Ibrahim benannte Kinderklinik der Universität in Kürze umbenannt, kündigte Rektor Georg Machnik an. Ibrahim, der am Aufbau der Jenaer Kinderklinik beteiligt war und sie bis zu seinem Tod im Jahr 1953 leitete, ist auch Jenaer Ehrenbürger. Mit der Aberkennung der Ehrenbürgerschaft befasst sich nun der Jenaer Stadtrat. Dazu Pressesprecher Olaf Schroth auf Lichtblick-Anfrage: „Die Beschlussvorlage zur Aberkennung wurde zunächst zurückgenommen. Es müssen noch weitere Zeitdokumente und Zeitzeugen herangezogen werden, um eine Entscheidung aus dem hohlen Bauch heraus zu vermeiden.“

## Prozess gegen Gross

Der Prozess gegen den Psychiater und später beschäftigten Gerichtsgutachter Heinrich Gross ist wegen Verhandlungsunfähigkeit im Wiener Landgericht verlagert worden. Dem 84-Jährigen wird Beihilfe zum Mord an neun geistig behinderten Kindern in der Wiener NS-Euthanasie-Anstalt „Am Spiegelgrund“ vorgeworfen. Während der NS-Zeit wurden in dieser Klinik Hunderte Kinder für grausame medizinische Experimente missbraucht und ermordet. Gesundheitsstadtrat Dr. S. Rieder stellt klar: „Was nach 1945 nicht endete, war die wissenschaftliche Ausbeutung der ermordeten Kinder, auf deren Leichen nicht nur eine Karriere im Nachkriegsösterreich aufgebaut wurde.“ Es liege nach seiner Ansicht an der Gesellschaft, zu definieren, wie der Umgang der Wissenschaften mit Menschenrechten und Menschenwürde geregelt wird. Diese Frage könne man, wenn einem an den humanen Grundwerten etwas liege, niemals unbeantwortet lassen. „Denn die Wissenschaft ist zwar grundsätzlich frei, nicht aber frei gegenüber den Menschenrechten und der Menschenwürde.“ *bizep*

Staatsanwaltschaft Gera ermittelt

# Jenaer Klinikchefin soll „Euthanasie“-Programm der Nazis unterstützt haben

Der Thüringer Landesbeauftragte für die Unterlagen der DDR-Staatssicherheit, Jürgen Haschke, hat gegen eine Jenaer Ärztin Anzeige wegen des Verdachts auf aktive Beteiligung am „Euthanasie“-Programm der Nationalsozialisten erstattet.

Die ehemalige Dekanin der Jenaer Medizinischen Fakultät, Rosemarie Albrecht, soll als Leiterin der Frauenstation der psychiatrischen Klinik in Stadtroda Gutachten über Kranke geschrieben und sie damit praktisch in den Tod geschickt haben, erklärte Haschke in Jena. In ihrer Amtszeit von 1940 bis 1942 seien dort 159 Frauen und elf Kinder zu Tode gekommen. Die Totenscheine sollen ihre Unterschrift tragen. Im Mai 1942 wechselte sie an die Universitätsklinik Jena. Im Rahmen der ersten Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Gera konnten ihr «20 Fälle» nachgewiesen werden.

Bei Recherchen im Archiv in Gera sei man auf die Akte aus den 60er Jahren gestoßen, so Haschke. Das von der Stasi als „gesperrt“ abgelegte Dossier enthalte Informationen über die Tätigkeit Albrechts in Stadtroda. Rosemarie Albrecht, die in der DDR Leiterin der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Universität und als Fachärztin geachtet und anerkannt war, lebt heute 85-jährig in Jena. Über den Umgang der Menschen mit der Geschichte sei Haschke «sehr verwundert». So hätten die betreffende Akte vor ihm mindestens fünf Historiker gelesen. Keiner erstattete Anzeige, »dabei liegt der Mordverdacht doch auf der Hand«.

Das Papier enthalte auch zahlreiche Hinweise auf andere Mediziner und Pfleger. Besonders enttäuscht sei er darüber, «dass von Seiten der Friedrich-Schiller-Universität bisher kein Antrag auf Akteneinsicht gestellt wurde». Dabei sei die Akte X63/65 doch gerade für die Kommission, die die Verstrickung des berühmten Jenaer Kinderarztes und Ehrenbürgers, Jussuf Ibrahim in das Euthanasie-Programm der Nazis untersucht, «von ungeheurer Wichtigkeit».

Dass sich die DDR nie um eine lokalgeschichtliche Aufarbeitung der NS-Euthanasie-Verbrechen bemüht habe, wird besonders von westdeutschen Historikern kritisiert. Thüringen ist das einzige Bundesland, in dem nach 1945 kein einziger Strafprozess wegen „Euthanasie“-Verbrechen geführt wurde. Die jetzt eingeleiteten Ermittlungen könnten auch dazu beitragen, warum bekanntes Archivmaterial, dokumentierte Zeitzeugenaussagen und historische Forschungsergebnisse aus dem Westen solange verdrängt und verharmlost werden konnten. Einige Prominente Jenas sprechen bereits von einer „inszenierten Kampagne

des Westlers Klee“. Kaum zu glauben, der Wegbereiter der NS-Forschung aus Frankfurt am Main, der zunächst selbst in der alten Bundesrepublik auf eine Mauer des Schweigens stieß, wird ausgerechnet hier in den neuen Bundesländern zum „Störenfried“ erklärt. Doch die Untersuchungen lassen sich nicht mehr aufhalten. Im Fall der Verstrickung des Jenaer Kinderarztes Jussuf Ibrahim sah sich der Rektor der Friedrich-Schiller-Universität Jena Ende 1999 gezwungen, eine Kommission einzusetzen. Diese kommt am 17. April 2000 zu dem Ergebnis: „Der Verdacht, dass Prof. Dr. Jussuf Ibrahim an der Tötung «lebensunwerten Lebens» in der Zeit des Nationalsozialismus beteiligt war, hat sich bestätigt.“ Sie empfiehlt dringend eine „Forschungsstelle zur Analyse der Geschichte der Medizin an der Friedrich-Schiller-Universität zur Zeit des Nationalsozialismus“ einzurichten.

Ein folgerichtiger Hinweis, stehen doch die Medizinprofessorin Rosemarie Albrecht und noch weitere Personen unter Verdacht, an den „Euthanasie“-Morden beteiligt gewesen zu sein. Die Gutachter verweisen darauf, „dass hier insgesamt ein Gebiet angesprochen ist, in dem auch bundesweit erhebliche Lücken aufzuweisen sind“.

*ddp(Götz Aly) / lb-news/rh*

Friedrich-Schiller-Universität Jena

### Aus dem Ergebnisbericht der Kommission „Kinderklinik Jussuf Ibrahim“

Die Kommission kommt einstimmig zu dem Ergebnis: Der Verdacht, dass Prof. Dr. Jussuf Ibrahim an der Tötung „lebensunwerten Lebens“ in der Zeit des Nationalsozialismus beteiligt war, hat sich bestätigt. Unter Zugrundelegung höchster Maßstäbe kann eine Beibehaltung des Namens „Jussuf Ibrahim“ für die Universitätskinderklinik nicht verantwortet werden. Die Kommission empfiehlt deshalb der Medizinischen Fakultät sowie dem Senat der Friedrich-Schiller-Universität, nach Herstellung des Einvernehmens mit der zuständigen Stiftung den Namen „Jussuf Ibrahim“ für die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Friedrich-Schiller-Universität nicht fortzuführen.

Jena, den 17. April 2000

gez.  
Prof. Dr. Dr. Olaf Breidbach  
Prof. Dr. Klaus Dicke  
Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer  
Prof. Dr. Herbert Gottwald  
PD Dr. Susanne Zimmermann  
Prof. Dr. Felix Zintl

Den ausführlichen Bericht der Kommission finden Sie unter:  
[www.verwaltung.uni-jena.de/oeff/ibrahim](http://www.verwaltung.uni-jena.de/oeff/ibrahim)

## „Geholfen hat mir die Erkenntnis, dass ich etwas tun muss“

Ein Bericht von Gudrun Brandstetter

Es liegt mir sehr viel daran, dass seelisch Kranke genauso über ihre Krankheit sprechen dürfen, wie körperlich Kranke. Leider ist das in unserer Gesellschaft immer noch nicht so. Vor allem Berufstätige könnten dadurch Nachteile haben.

Meine Krise begann 1989 mit der Trennung von meinem damaligen Mann. Die Ehe war gescheitert. Ich wusste nicht, wohin. Damals war ich nicht berufstätig, ich wollte nur für meine zwei Kinder da sein. Jetzt stand ich vor dem „Nichts“.

Da bekam ich den Rat, nachdem ich zwei Jahre zuvor bereits eine Psychotherapie begonnen und wieder abgebrochen hatte, für ein paar Wochen freiwillig in eine psychosomatische Klinik zu gehen. Wie schlecht es mir zu diesem Zeitpunkt bereits ging, habe ich gar nicht mehr wahrgenommen. Die Klinikzeit war anfangs recht schön - nur meine Kinder fehlten mir. Und außerdem wurden aus den paar Wochen 7 Monate. Während dieser Zeit lernte ich einen Mann kennen, mit dem ich recht schnell eine Beziehung aufbaute. Dieser Mann leidet an Parkinson.

Zwei Monate nach dem Kennenlernen war ich schwanger. Von da an begann meine bewußt erlebte Leidenszeit. Kurz vor der Schwangerschaft ließ ich noch zwei Zähne mit Amalgam füllen, was nach meinen jetzigen Erfahrungen maßgeblich zu seelischen Störungen beitragen kann. Plötzlich, ohne Vorwarnung bekam ich eine Panik-Attacke. Wer das - hoffentlich - noch nicht erlebt hat, kann mit Sicherheit kaum nachfühlen, was das heißt. Es ist ein lebensbedrohlicher Zustand, der einen auch in eine massive Todesangst versetzt. Man möchte die eigene Haut verlassen, was natürlich unmöglich ist.

Unter diesen massiven Zuständen erlitt ich einen Abgang meiner Schwangerschaft. Nach dem Aufenthalt in der psychosomatischen Klinik zog ich mit meinem Freund zusammen. Meine beiden Kinder holte ich zu mir und dachte, dass jetzt wieder alles gut wird, dass jetzt ein wunderschönes Familienleben beginnt. Doch die Panik-Attacken ließen mich nicht mehr los, die mit der Angst vor der Angst und Depressionen einhergingen. Ich verzweifelte am Leben. Und was noch dazu kam, mein Freund - gezeichnet von der eigenen Krankheit - distanzierte sich immer mehr von mir. Nach einer Schwangerschaft ging ab.

Mein Lebensmut sank von Tag zu Tag. Die Psychoanalyse half mir nur insofern, dass

ich jemanden hatte, bei dem ich mich selbst etwas mehr verstehen lernte. Eigentlich geholfen hat mir die Erkenntnis, dass ich etwas tun muss. In den sogenannten „gesunden“ Phasen hielt ich Dialoge mit mir selbst. Ich versuchte, auf mein eigenes Schicksal zuzugehen. Immer wieder redete ich mir zu „die letzte Attacke hat mich nicht umgebracht, so wird mich die nächste auch nicht umwerfen“. Ich versuchte, aus meinem Tief zu lernen. Langsam merkte ich, wie ich immer stärker wurde - und die Attacken immer schwächer wurden.

Geholfen hat mir, mein Schicksal anzunehmen und auf die Panik zuzugehen. Ich kann nur sagen, dass dies eine äußerst schwere Aufgabe ist, die man auf keinen Fall einfach so voraussetzen darf. Sprüche wie „reiß Dich mal zusammen“ oder „komm, wir gehen ein bißchen spazieren oder Kaffee trinken“ sind wenig hilfreich. Nur, indem man nicht bagatellisiert, was derjenige erlebt, kann man diese Menschen unterstützen.

Ich selbst hatte nach fünf Jahren diese Krankheit besiegt - obwohl mir gesagt wurde, dass diese Krankheit „schwer heilbar sei. Heute muss man auch keine Angst mehr vor Psychopharmaka haben. Denn die Entwicklung ist in den letzten Jahren rapide fortgeschritten. Es gibt nur in seltenen Fällen noch Abhängigkeit und schwerwiegende Nebenwirkungen.

Von meinem damaligen Freund habe ich mich getrennt. Inzwischen bin ich wieder verheiratet. - mit einem Diplom-Psychologen. Ein schönes „Happy End“. Wir haben uns aber beim Singen und nicht in der „Psychoszene“ kennen- und lieben gelernt.

Durch meine Erfahrungen bin ich auf einen völlig anderen Weg gekommen. Ich habe viele Ausbildungen im Gesundheits- und Psychologiebereich absolviert und arbeite heute in einer Feierabendpraxis gemeinsam mit meinem Mann. Im Herbst strebe ich die für mich wohl wichtigste Prüfung an, die Prüfung in heilkundlicher Psychotherapie beim Amtsarzt. Als nächstes habe ich vor, mich in Systemischer Therapie und Organisationsberatung ausbilden zu lassen.

Dass bei uns die Menschen bereits nach eineinhalb bis zwei Jahren gestärkt die therapeutische Situation verlassen können, hängt sicherlich auch mit unseren unterschiedlichen Erfahrungen zusammen. Langfristig gesehen möchte ich die Praxis in eine Tagespraxis umwandeln - was hoffentlich bald der Fall ist.

## Newsletter [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

Unterschiede in der Konzentration

### Johanniskraut-Präparate

*Hamburg (ots)* - Der Kauf von Johanniskraut-Präparaten kann zur reinen Glücksache werden. Eine Exklusiv-Untersuchung der Zeitschrift VITAL hat ergeben, dass es „eklatante Unterschiede“ in der Konzentration der wesentlichen Wirkstoffe gibt. Keines der außerhalb der Apotheke verkauften Mittel erreiche die erforderliche hohe Dosierung, wie sie zum Beispiel ein Vergleichspräparat des Marktführers hat, das nur in der Apotheke zu haben ist. Etwa die Hälfte der 15 im Auftrag von VITAL vom renommierten Bremer Umweltinstitut untersuchten Präparate sei unterdosiert, erfülle nicht die Mindestanforderung, die vom Bundesgesundheitsamt gestellt wird.

Johanniskraut hilft bei richtiger Dosierung nachweislich bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen. Die Kommission E des Bundesgesundheitsamts empfiehlt pro Tag 0,2 bis ein Milligramm Gesamthypericin. Die vom Institut überprüften Pflanzenstoffe Hypericin, Pseudohypericin - beide zusammen als Gesamthypericin gemessen - und Hyperforin gelten als Hauptwirkstoffe. Die Untersuchung hat deutlich gezeigt, dass die Hersteller nicht dieselben Ansprüche an das Produkt „Johanniskraut“ stellen. Zum Teil fehle das Hyperforin, zum Teil kämen Hypericin und Pseudohypericin in verschwindend geringen Mengen vor. In einigen Produkten ließen sich alle drei nur in Spuren nachweisen.

### Blickpunkt

#### Öffentliche Gesundheit

*lb-news:* Bereits im 16. Jahrgang erscheint das Fachblatt „Blickpunkt - Öffentliche Gesundheit“. Es wird herausgegeben von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Die Akademie ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, NRW, und Schleswig-Holstein und dient der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Berufen des öffentlichen Gesundheitswesens sowie der angewandten Forschung. Das Blatt Nr. 2/2000 beschäftigt sich u.a. mit „Aufsuchende Prävention in der GK-Beratung“, sinnvollen Strategien des Infektionsschutzes im allgemeinen und im Umgang mit sexuell übertragbaren Erkrankungen und stellt ein Kennzahlensystem für den Amtsärztlichen Dienst vor. Zudem werden spezielle Anregungen zur Gesundheitsförderung gegeben.

Internet: [www.afog.nrw.de](http://www.afog.nrw.de)

# Reguliert der Markt alles?

Wer möchte schon daran erinnert werden, wie es vor der Wende in einer Nervenklinik aussah. Große Schlafsäle, unzumutbare Lebens- und Behandlungsbedingungen, Tabuisierung, wenig Personal sowie marode Bausubstanz.

Dann die Wende. Große Hoffnungen hatten Ärzte, Schwestern und Patienten. Die Schweriner Nervenklinik begann sich zu öffnen. Sie wurde modernisiert und dezentralisiert. Rehabilitative, komplementäre und ambulante Einrichtungen und Initiativen entstanden, z.B. die „Dreescher Werkstätten“, „KISS“, Betreutes Wohnen und die Initiativegruppe Sozialarbeit.

Ein weiterer Schritt zur Liberalisierung vollzog sich 1998 mit der Auflösung der geschlossenen Station 23. Nur noch wenige Plätze gibt es auf der Station 3. Die letzte „Geschlossene“ - Prima!

Und nicht nur für mich entstand ein weiterer Vorteil. Die Zwangstherapie wurde abgeschafft. Jetzt kann ich frei entscheiden, ob

ich zum Körbelflechten gehe (ich kann die Dinger nicht mehr sehen) oder lieber am See spaziere, einfach um mich zu entspannen, nachzudenken.

Doch welche Kriterien bestimmen noch das Bild unserer Nervenklinik? Hier einige Stichpunkte: Sparzwänge, steigende Kosten, Kassendiktat, harter Wettbewerb .... Wobei die Träger sich mit dem Argument rechtfertigen: Krankenhäuser müssen nach wirtschaftlichen Grundsätzen arbeiten (obwohl alles immer teurer wird), sie seien ein bürokratischer Moloch.

Zwar ist von Angleichung an das Westniveau die Rede, aber nur die Kliniken im Westen können pro Behandlungsfall das Doppelte ausgeben. Kurzum, eine richtige Zwickmühle. Wir Patienten, Schwestern und Pfleger bekommen das direkt zu spüren. „Die Patienten stehen Schlange“, so auch eine Stationschwester. Obwohl die Aufnahmezahlen steigen, sind Bettenzahlen und Verweildauer drastisch reduziert worden.

Wir Patienten fragen uns, wann die nächste Entlassungswelle auf uns zu kommt? Womit weitere Krisen, Neuaufnahmen und Kosten vorprogrammiert wären.

Der Psychiatrieplan ist ein nützliches Instrument, aber lassen sich die Besonderheiten jedes einzelnen mit seinem Krankheitsbild in Zahlen und Tabellen „verrechnen“? Zudem nehmen die Nervenkrankheiten zu.

Warum entscheiden Krankenkassen über den weiteren Verbleib des Patienten in der Klinik? Kann bei diesen Sparzwängen der Versorgungsauftrag noch erfüllt werden? Werden wir bald britische Verhältnisse haben? Viele Fragen. Antipsychiatrisch Strömungen haben die Ohren gespitzt. Aber was steckt dahinter? Liebäugelt schon wieder jemand mit Privatisierung? Reguliert der Markt wirklich alles ?

Ein gesundes Arbeitsklima wirkt sich auch gesundheitsfördernd auf die Patienten aus. Nur im Zusammenwirken von Ärzten, Krankenschwestern, Krankenkassen, Patienten und den Berufs- und Selbsthilfverbänden wird die Psychiatriereform eine Zukunft haben. *Gerd Broh, Vorsitzender LPE MV e.V.*

## Landesverband Psychiatrie-Erfahrener

Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Henrik Ibsen Str. 20 • 18106 Rostock

Telefon (*bitte auch Anrufbeantworter benutzen*) + Fax:

**0381 - 76 80 214**

Vertrauen und Hilfe ..... **SELBSTHILFE**

Wer bei seinem Namen gerufen werden kann, ist individuell und unverwechselbar.

*Wir wollen nicht als Fälle behandelt werden.*

*„ich habe es selbst erlebt...“*

„Alle Menschen haben Augen. Es gibt auch solche, die blind sind. Die Blinden werden von einem am Arm geführt....Es gibt auch Leute, die nichts sehen und noch dazu solche, die nichts hören. **Aber ich kenne auch einige, die hören zuviel. Man kann zuviel hören. Man kann zuviel sehen.** In \*\*\* gibt's viele Kranke. Man sagt zu ihnen Patienten.

Einer lehrte mich: Hier gibt's vielerlei: Patienten, Insassen, Wärter. Dann hat's noch solche, die gar nicht hier sind. Es sind alles merkwürdige Leute...“

Ein Patient Prof. Bleulers an seine Mutter, im Jahr 1911. • Eugen Bleuler schuf 1908 das Wort „Schizophrenie“.



9,1 Krisenfälle auf 1000 Einwohner

**Münchner Krisenstudie**

In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie wurde die Versorgung von Menschen in psychiatrischen Krisen- und Notfallsituationen in der Region München Süd (360 000 Einwohner) untersucht. Entsprechend der Datenlage wurde 9,1 Krisenfälle auf 1000 Einwohner pro Jahr ermittelt.

77,9 Prozent aller Krisen traten an Werktagen, 22,1 Prozent an Wochenenden und Feiertagen auf. In den Abendstunden von 17 bis 21 Uhr war die Inanspruchnahme genauso hoch wie in den üblichen Sprechzeiten von 9 bis 17 Uhr. Am Wochenende lag die durchschnittliche Inanspruchnahme mit 6,6 Krisenfällen pro Tag nur um ein Drittel niedriger als an den Werktagen mit 10 Krisenfällen/Tag. Krisen- und Notfallhilfe wurden in vier Formen in Anspruch genommen: ambulant, stationär, telefonisch und als Hilfe vor Ort. 35 Prozent der Kriseninterventionen fanden vor Ort statt. 29 Prozent der betroffenen Menschen wandten sich direkt an ambulante Einrichtungen, 15 Prozent erhielten Hilfen im Rahmen einer stationären Aufnahme und 21 Prozent fanden Rat per Telefon. 13,2 Prozent der Krisenfälle gingen mit einer Selbstverletzung oder einem Suizidversuch einher, in 8,4 Prozent lag Fremdgefährdung vor. 38,9 Prozent der Klienten in Krisen- und Notfallsituationen waren männlich, 59,7 Prozent weiblich. Bezogen auf das Alter bildeten die 18 bis 35jährigen mit 41,4 Prozent die grösste Gruppe, gefolgt von den 36 bis 50jährigen mit 32,3 Prozent und den 51 bis 65jährigen mit 11,5 Prozent.

Mobilität im Sinne von Krisenhilfe vor Ort wurde zu fast 90 Prozent durch nicht-psychiatrische Einrichtungen (Rettungsdienst, Polizei) bereitgestellt, nur 11 Prozent durch psychiatrisches Fachpersonal. Von allen Krisenfällen wurden nur vier Prozent durch den Nervenärztlichen Notdienst versorgt.

Die Ergebnisse der Studie sind so beschaffen, dass sich aus ihnen sowohl Schlußfolgerungen für den Versorgungsbedarf des untersuchten Sektors, als auch planerische Daten für andere Regionen ableiten lassen.

Projektleitung: Dr. Gabriele Schleuning, Dr. Michael Welschehold, Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus, Bavariastr. 11, 80336 München, Tel. 089 - 76 78 - 0

**Liebe Angehörige,**

im Vergleich zu anderen Bundesländern fällt unsere Mitgliederzahl eher bescheiden aus. Sie hat sich auf 170 eingeepegelt. Schon möglich, dass die geringe Bevölkerungsdichte Mecklenburg-Vorpommerns mit nur 71 Einwohnern je Quadratkilometer bei einer Bevölkerungszahl von 1,8 Millionen auf die Lobbyarbeit schwer drückt. Zum Vergleich: In Bayern leben 171 Menschen pro Quadratkilometer, bei einer Einwohnerzahl von 12 Millionen!

Aber Aufklärungsarbeit tut überall Not. Denn rund ein Prozent der Bevölkerung erkrankt an Schizophrenie. In MV sind 18 000 Menschen davon betroffen. Susanne Heim, Referentin in Sachen Angehörigenarbeit, sagte auf dem Thüringer Medientag: „Zu den wichtigsten Aufgaben der Verbandsarbeit zählt zu allererst die Solidarisierung der Basis, der Betroffenen und ihre Ermutigung zum aufrechten Gang.“ Schließlich leisten die meisten Angehörigen für ihre Kranken eine enorme fürsorgliche und materielle Unterstützung. Doch werden die Sorgen und Nöte gehört, werden

Angehörige spürbar entlastet? Immerhin: Auf der Tagung „Psychiatrie 2000 - Zur Notwendigkeit des Qualitätsdenkens in der Sozialpsychiatrie“, sagte Sozialministerin Dr. Martina Bunge (Foto, links): „Hilfsangebote für psychisch Kranke Menschen müssen noch besser erreichbar und individueller werden.“



Längst hat sich unser Verband in der Politik, quer durch alle Parteien, und im Gesundheitswesen einen Namen gemacht. Wie die Betroffenen mit den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung besser zurecht kommen und was Angehörige selbst für ihr gesundheitliches Wohlbefinden und für ihre berufliche Entwicklung tun können, darauf will der LAPK nicht nur aufmerksam machen, sondern auch der Frage nachgehen, was rechtzeitige Hilfen leisten können.

Es sind unsere engagierten Mitglieder, die bereits einiges bewegen konnten, z.B. wirkten sie bei der Novellierung des Psychiatrischen Krankengesetzes mit. Auch haben wir eine Stimme im Landesfachbeirat Psychiatrie. Eine Mitarbeit im Integrationsförderbeirat steht bevor. Wir haben auch zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein „Expertenforum zur Versorgung psychisch Kranker“ ins Leben gerufen. Ein wichtiger Grund: Obwohl der medizinische Fortschritt besonders auch für Schizophreniekranken innovative Therapien bereithalte, wird ihnen immer noch diese Chance weitestgehend vorenthalten.



Dr. W. Krüger, Ostseezentrum für Seelische Gesundheit Neustadt, informierte Angehörige in Rostock über die Gruppen an seiner Klinik.



Ulrike Schob • [lichtblick-m-v@t-online.de](mailto:lichtblick-m-v@t-online.de)

Durch den Abbau von Unter- und Fehlversorgung in den Bereichen Soziotherapie, Psychotherapie, Pharmakotherapie und medizinische Rehabilitation sowie durch eine bessere Kooperation zwischen Klinikern und niedergelassenen Fach- und Hausärzten ließen sich bestimmt Milliarden sparen. Zudem konnten wir auf unserer letzten Jahrestagung erfahren, warum sich Angehörige- und Psychoseerfahrenegruppen im Ostseezentrum für seelische Gesundheit Neustadt treffen und austauschen (Foto, unten links). Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass gerade diese Form des Austausches zur Vermeidung von Rückfällen und einer Verbesserung des Umgangs mit Krisen beitragen kann. Leider gibt es diese Angebote nur in wenigen Kliniken, noch seltener für Angehörige!



**Schizophrenia - Open the doors**

Oder die Wanderausstellung des Angehörigenverbandes «Schizophrenia - open the doors», um Vorurteile, Ausgrenzungen und Klischees weiter abzubauen zu helfen. Die aus 20 Tafeln bestehende Dokumentation wurde vergangenes Jahr am „Tag der offenen Tür“ im Schweriner Landtag gezeigt. An der Ausstellung beteiligten sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und psychiatrisch Tätige aus Rostock, Stralsund und dem Landkreis Ostvorpommern. In ihren Beiträgen befassen sie sich u.a. mit Stigmatisierung, Difamierung, Schulduweisung und den Folgen. Zudem verweist die Ausstellung darauf, ein schweres psychisches Leiden als eine behandelbare Krankheit zu begreifen. Im Ergebnis der Einnahmen überreichte der Fraktionsvorsitzende der CDU-Landtagsfraktion, Eckhardt Rehberg (Foto, dem Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker einen Scheck von über 1000 Mark.



Um viele Menschen im Land zu erreichen, setzt der LAPK auf Öffentlichkeitsarbeit. So erscheint der Lichtblick in einer Auflage von 3000 Exemplaren. Das Blatt steht sogar im Internet zum Download bereit. Bereits über 300 eingeschriebene Rundbriefleser beziehen via E-Mail alle 14 Tage den Lichtblick-newsletter. Besonders freut uns: innerhalb weniger Monate besuchten 11 000 Ratsuchende (!) unsere Homepage [www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de). Und mit unseren Gedanken sind wir schon bei unserer nächsten Jahrestagung im Oktober. Dazu erhalten Sie im August eine Einladung. Teilen Sie uns Ihre Anregungen mit!

**Ja, ich werde Mitglied!**

**LAPK MV e.V., Henrik-Ibsen-Str. 20, 18106 Rostock • Tel. 0381 - 72 20 25**

Neuer Strohalm?

Neubeelterung

*lb-news/ub/rh* - Als „eine Chance für psychotische Menschen“ bezeichnet die Lebensschule Therapeutische Gesellschaft (LTG) in Konstanz die Cathexis-Therapie. Sie ist in Deutschland unter dem Begriff „Neubeelterung“ (Reparenting) bekannt. Diese Theorie, begründet von J. Lee Schiff, ist Bestandteil einer der Schulen in der Transaktionsanalyse. Sie beinhaltet, dass der Therapeut mit Einverständnis des Patienten dessen alte Eltern-Ich-Strukturen durch neue ersetzt und im Therapiezeitraum (5 bis 7 Jahre) sein therapeutischer Vater oder seine therapeutische Mutter ist.

„Alle Patienten müssen, wenn sie stationär zu einer «häuslichen» Therapie aufgenommen werden, bereit sein, ihren vorherigen Wohnsitz aufzugeben“, beschreibt Ulrich Neumayer das Konzept der LTG. Eine weitere Auflage ist, „dass der Kontakt zu den biologischen Eltern für das erste Therapiejahr nur schriftlich stattfindet, keine noch so kurzen Besuche oder Telefonate sind erlaubt. Eine Änderung dieses Punktes wird nach einem Jahr, in Abhängigkeit der Entwicklung des Patienten, besprochen.“ Es wird angenommen, die Schizophrenie sei Resultat genetischer Prädisposition und wiederholter pathologischer Beziehungsmuster. Bei einer schizophrenen Erkrankung würde die erste signifikante Beziehungsstörung vor dem zweiten Lebensjahr stattfinden. In den folgenden Jahren käme es auf jeder Entwicklungsstufe - „mit ihren je eigenen sensiblen Phasen“ - zu Wiederholungen und Verstärkungen dieser Störungen. Der Therapieansatz geht davon aus, dass Heilung dann stattfinden kann, wenn der Patient die Möglichkeit erhält, entstandene Defizite nachzuholen und psychische Schädigungen durch korrigierende Erfahrungen in einer therapeutischen Eltern-Kind-Beziehung auszugleichen. Die LTG läßt eine medikamentöse Begleitbehandlung zu. Aufgenommen werden 18 bis 25jährige Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und mit einer Persönlichkeitsstörung. Die Therapie muss aus eigener Tasche bezahlt werden, „trotz ihrer Wirksamkeit“, so Ulrich Neumayer in seinem 15seitigen Praxisbericht, der dem Lichtblick vorliegt. Tagessatz: 200 bis 300 Mark.

*Erstes Lichtblick-Fazit:* Patient muss motiviert sein, die Eltern müssen betucht sein! Angehörige, was meint Ihr dazu?

**E** in kleineres Nachwort zum liebevoll gemachten Begleitheft zum Symposium „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung“ in Jena.

Das Begleitheft vermittelt optisch eine liebevolle Ausstrahlung. Der besondere Blickfang ist zweifellos das Umschlagbild, es ist wahre Kunst. Kunst verstehen zu wollen, ehrt den Menschen, es schult ihn. Also: „Willst Du Kunst verstehen, mußt Du das Kunstwerk mit den Augen des Künstlers sehen.“ Wenn auch die Interpretationen verschieden ausfallen, hat das Kunstwerk doch seinen Zweck erfüllt, es hat angeregt, Bewegung geschaffen.

Welch schöne Anregung kann dieses leicht wirkende Bildnis doch vermitteln, wenn man die Eleganz der Ballettschuhe auf dem schweren Untergrund als Gegensätzlichkeit erkennen will, von dem die Tänzerin abhebt. So möchte ich das Bild als Aufforderung nehmen, dass Schwere und Leichtigkeit nur scheinbar sind. Und dass die Erkenntnis der Gegensätze auch immer die Aufforderung zur Harmonisierung sind. Nicht der Kampf gegen oder gar für etwas ist gut, sondern die Befriedigung ist es.

Gestatten Sie mir, das Bild zur gemeinsamen „Auftragserteilung“ an die Betroffenen und deren Angehörige zu deuten: Wenn die Mentalität der breiten Öffentlichkeit nicht zum besseren Verstehen und Handeln, gegenüber den Betroffenen bereit ist, dann nützt keine Verurteilung Unserseits.

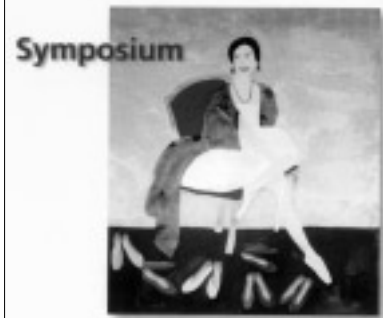
Was hilft, ist auch dadurch möglich, das wir unser Verhalten verändern. Die desinteressierte Öffentlichkeit reagiert nun einmal leichter auf Ereignisse die Bedrohlichkeit in sich haben. Zum Beispiel: wenn die Tänzerin nunmehr mit ihrem schwebenden Stuhl abstürzen würde, auf den harten Boden aufschlagend sich so schwer verletzt, dass sie in all ihrer Schönheit und Zartheit, wie tot daliegt.

So versetze ich mich in eine neue Umgebung der Verhältnisse zueinander. Ich will versuchen, dass mir eine kleine Verbesserung gelingt: Das neue Bild entspricht der reinsten Wahrheit. Es zeigt die Umstände wie sie sind. Die Aufarbeitung des Stoffes „Verständnis zur Mithilfe wegen eigener Gesundheit“, die so gut sein kann, dass die Gewissen der Angesprochenen wieder ihre ursprüngliche Funktion erhalten.

Den ethischen Spiegel wollen wir ihnen vorzeigen. Der Spiegel der öffentlichen Meinung wird immer so sein, wie wir selbst ihn sein lassen. Er bildet sich auch aus diesem optisch gefällig gestalteten Heft.

**Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung**

Medientag des LV Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Samstag, den 19. Juni 1999 - 9.30 Uhr  
Best Western Hotel Jena  
Rudolstädter Straße 82 - 07745 Jena

Einrichter: Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Bahnhofstraße 1a - 07641 Stadtilm - Telefon und Fax: 0364 281562 18

Mit freundlicher Unterstützung von



Das erste Drittel besteht vorwiegend aus dem, was den „Normalen“ ausmacht: Vorwort, Grußwort, Programm und Referenten.

Das zweite Drittel ist „Abstracts“ tituliert. Was immer das aussagen will. Die Referenten beschreiben, aus ihrer Sicht sehr gut, entsprechend ihrer Position in der Masse, ihr Anliegen.

Das letzte Drittel reicht kaum aus, die Daten der einzelnen Referenten aufzulisten.

*Ergo:*

Die Darstellung des Lebens der Betroffenen, ihrer Angehörigen und ihrer täglichen Umgebung, in aller Dramatik und auch aller Freude, 24 Stunden lang beschrieben, gezeigt, als Geräusch und Gefühl vermittelt, alle Sinne multimedial ansprechend, nur kann das bewirken, was die Wahrheit des Lebensumfeldes dieser Menschen ist.

Wenn die öffentliche Meinung vergleichbar einem groben Klotz ist, kann, entsprechend dem Grundgesetz der Natur - das die Harmonisierung der Polaritäten bewirkt - nur ein grober Keil die Öffnung der Herzen einleiten.

„Jeder liegt so, wie er sich bettet.“ Machen wir unser Bett neu, wir können, wenn wir wollen.

*Fritz Augustin, Ribnitz-Damgarten*

**Lichtblick-newsletter**

alle zwei Wochen

Der Lichtblick-Rundbrief per E-Mail  
zum Thema «Psychiatrie & Selbsthilfe»

Einfach einschreiben auf

[www.lichtblick99.de](http://www.lichtblick99.de)

Sie bekommen dann eine Bestätigungsmail,  
die Sie bitte ohne Inhalt bei unverändertem  
Betreff beantworten!

Lichtblick-newsletter bietet neue Recherchemöglichkeiten  
und Aufklärungsinformationen für Redakteure, psychiatrisch  
Tätige, Angehörige, Betroffene, Betreuer und Interessierte.  
Das Email-Abo ist kostenlos!

**Impressum lichtblick**

**Herausgeber:** Redaktion Lichtblick im Landesverband Mecklenburg-Vorpommern  
der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. (LAPK)

**Anschrift:** Redaktion LICHTBLICK IM LAPK E.V., Henrik-Ibsen-Straße 20, 18106 Rostock-Evershagen,  
Telefon/Fax: 03 81 - 72 20 25.

**Leitender Redakteur und Layout:** Roland Hartig (ViSdP)

**Mitarbeit:** Ulrike Schob, Linde Schmitz-Moormann, Eva Straub

**E-Mail:** [lichtblick-m-v@t-online.de](mailto:lichtblick-m-v@t-online.de) und [lichtblick99@selbsthilfe-online.de](mailto:lichtblick99@selbsthilfe-online.de)

**Internet:** <http://www.lichtblick99.de>

**Webmaster:** Thomas Greve ([trainer@selbsthilfe-online.de](mailto:trainer@selbsthilfe-online.de))

**Druckauflage:** 3.000 Exemplare / Erscheinungsweise: einmal jährlich mit ca. 80 Seiten  
Gefördert durch das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Printausgabe)  
und Sponsoring (Onlineausgabe) durch Lilly Deutschland GmbH und Janssen-Cilag GmbH

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten und Leserbriefen, behält  
sich Kürzungen aber vor.

Nachdruck und Kopie oder Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehensendung, auch  
auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben Auffassungen der Autoren wieder, nicht  
unbedingt die Meinung der Redaktion.

Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr.

**Abonnieren  
Mitgestalten**

**lohnt  
sich auch  
für Sie!**

**Abo-Bestellschein**

Ich bestelle ein lichtblick-Abo (1 Ausgabe jährlich\*, ca. 80 Seiten)

Vorname ..... Name .....

Straße, Nr. ....

PLZ ..... Ort .....

Tel. (für evtl. Rückfragen und Austausch) .....

Datum ..... Unterschrift .....

\*Schutzgebühr für eine Print-Ausgabe: 15 Mark

Für Mitglieder LAPK M-V und LPE M-V ist der Lichtblick  
im Jahresbeitrag enthalten.

Schicken Sie Ihre Bestellung an:  
Redaktion Lichtblick im LAPK e.V., Henrik-Ibsen-Str. 20  
D-18106 Rostock • Tel/Fax: 0381 - 72 20 25

**Noch heute: Surf, Click & Download**

«Lichtblick2000»

[www.lichtblick99.de/digital.html](http://www.lichtblick99.de/digital.html)

Holen Sie sich den Lichtblick  
via Internet auf Ihre Festplatte !

Zum Öffnen der Datei (80 Seiten) benötigen Sie  
Adobe Acrobat Reader und das Paßwort.

Sie erhalten das Paßwort per E-Mail!

**Prozedur...**

Senden Sie uns eine E-Mail mit Ihrer Anschrift an  
[lichtblick99@selbsthilfe-online.de](mailto:lichtblick99@selbsthilfe-online.de)

Schreiben Sie in die Betreffzeile:

„Passwort Lichtblick 2000“

Sie erhalten danach das Paßwort! Nach erfolgreichem  
Öffnen der Digital-Ausgabe überweisen Sie uns bitte  
innerhalb von 14 Tagen mindestens zehn Mark.

Zahlungsgrund: „Spende-Lichtblick-2000“

Unser Selbsthilfe-Spenden-Konto: KNr. 12 00 00 16 01  
BLZ 14 05 10 00 • Sparkasse Mecklenburg-Nordwest (Wismar)

## Demenz

Symptomatisch für die Altersdemenz sind unpräzises Denken, Vergeßlichkeit, Einschränkung bzw. Versagen des sprachlichen Vermögens und Orientierungsstörungen oftmals gekoppelt mit Antriebschwäche und depressiven Verstimmungen. Die soziale Integrationsfähigkeit und die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, gehen verloren. In späteren Stadien werden einige Patienten für die Angehörigen bzw. die Wohnumgebung oft sehr belastend. Dies ist u.a. bedingt durch Desorientiertheit, Fehlhandlungen, speziell aggressive Handlungen und mögliche Selbstgefährdung, etwa durch Weglaufen und Verlaufen in der früher vertrauten Umgebung. Neben den Belastungen im Umgang mit dem Kranken erfordert die wachsende Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit zunehmenden Zeit- und Kraftaufwand für die Betreuenden, der zudem mit einem erheblichen Angebundensein einhergeht. Häufig bleibt für die Familie und für die Menschen aus dem sozialen Umfeld keine andere Lösung, als den Kranken in einem Heim pflegen zu lassen. Etwa fünf bis sechs Prozent der über 65jährigen (1995: rund 700 000) sind von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen. Bei den über 90jährigen wird ein Anteil von 40 Prozent geschätzt. Mit der Zunahme an hochbetagten Menschen in den nächsten Jahrzehnten ist von einem bedeutenden Anstieg der Pflegebedürftigkeit dementer Menschen auszugehen. Die direkten Kosten werden auf knapp 6,3 Milliarden Mark (1994) beziffert.

Mit der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung und der Verschiebung der Altersstruktur wird die gesundheitspolitische Bedeutung der Demenz zudem noch steigen.

## Schizophrenie

Für die Schizophrenie sind Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Affektes bei sonst klarem Bewußtsein charakteristisch. Es wird von jährlich 10 bis 20 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner ausgegangen. An Schizophrenie erkrankte Personen besitzen über die gesamte Lebenszeit ein um zehn Prozent erhöhtes Selbsttötungsrisiko gegenüber Nichterkrankten. Generell gelten schizophrene Psychosen als die kostenintensivste psychische Erkrankung. Laut internationalen Schätzungen beanspruchen sie ca. 50 Prozent der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewendeten Mittel. Nur ca. 30 Prozent der durch Schizophrenie verursachten gesellschaftlichen Gesamtkosten entfallen jedoch auf die direkte medizinische und rehabilitativ-soziale Krankenversorgung. Sie betragen etwa 6,9 Milliarden Mark (1994). Es muss darauf verwiesen werden, dass schizophrene Erkrankte aufgrund ihres frühen Erkrankungsalters meist nicht die Voraussetzungen für Leistungen der Sozialleistungsträger, insbesondere der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit erfüllen. Daher hat sich für diesen Personenkreis faktisch eingebürgert, dass rehabilitative Leistungen in der Regel durch die Sozialhilfe finanziert werden. Diese Regelung führt dazu, dass die Betroffenen und ihre direkten Angehörigen in weitaus größerem Maße zu finanziellen Eigenleistungen verpflichtet sind als bei der Zuständigkeit von anderen Leistungsträgern. Betroffene und Angehörige gelangen dadurch nicht selten bis an die Armutsgrenze. Eine Veränderung dieser Benachteiligung chronisch psychisch Kranker wird von vielen Verantwortlichen angestrebt.

## Depressionen

Depressionen äußern sich durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. In Abhängigkeit von Dauer, Intensität und Häufigkeit des Auftretens handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Rund sechs Prozent der Bevölkerung leiden an Depressionen. Etwa zehn Prozent der Bevölkerung erkranken einmal oder mehrmals im Leben an einer schweren depressiven Episode. Frauen erkranken mehr als doppelt so häufig wie Männer. 1993 waren ca. 282 000 Arbeitsunfähigkeits-Fälle (AU) mit etwa 10,9 Millionen AU-Tagen (2,2 Prozent aller AU-Tagen) auf depressive Erkrankungen zurückzuführen.

18 629 Frühberentungen (7 146 Männer und 11 483 Frauen) wurden 1995 als Folge depressiver Erkrankungen registriert. Dies entsprach sechs Prozent aller Frühberentungen. Als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gelten Angst- und Suchterkrankungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, aber auch Trennung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Not sowie genetische Veranlagung. Depressiv Erkrankte haben ein erhöhtes Selbsttötungsrisiko. Es wird geschätzt, dass sich drei bis vier Prozent der Erkrankten sich im weiteren Verlauf das Leben nehmen. Für stationäre Behandlungen (1995: rund 159 000 Fälle) werden jährlich etwa zwei Milliarden Mark aufgewendet. Durch prophylaktische medikamentöse Behandlung läßt sich die Wahrscheinlichkeit, erneut zu erkranken, erheblich senken. Nach wie vor werden über 50 Prozent aller depressiven Erkrankungen nicht diagnostiziert bzw. unzureichend behandelt.

Grundlage für die vier Beiträge auf dieser Seite:  
Gesundheitsbericht für Deutschland 1998,  
Bundesamt für Statistik, gekürzt und zusammengestellt von Lichtblick

## Suizid

Legt man die mittlere Lebenserwartung zu Grunde, dann nimmt sich zur Zeit im Westen etwa jeder 71. Mann und jede 161. Frau selbst das Leben, im Osten ist es jeder 58. Mann bzw. jede 147. Frau. In Deutschland werden jährlich etwa 13 000 Todesfälle wegen Suizid (1995: 12 888) registriert. Im europäischen Vergleich der Sterblichkeit nimmt Deutschland einen mittleren Platz ein. Bezogen auf die verlorenen Lebensjahre je 100 000 Einwohner unter 70 Jahren weisen Finnland und Österreich bei Männern und Luxemburg bzw. Portugal bei Frauen die höchsten Werte auf. Die niedrigsten haben Griechenland und Italien (Männer) und Großbritannien und die Niederlande (Frauen). Innerhalb Deutschlands variierten die standardisierten Suizidraten 1995 zwischen 11,0 je 100 000 Einwohner im Saarland und 22,4 in Bremen. Innerhalb der Flächenstaaten wiesen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bei den Männern die höchsten Werte auf. Allerdings wurden in diesen Ländern historisch schon immer überdurchschnittliche Suizidraten registriert. Eine psychische Erkrankung erhöht das Risiko suizidaler Handlungen deutlich. Zu den Risikogruppen zählen außerdem noch chronisch Kranke mit geringer oder fehlender Heilungsaussicht oder einem hohen Sterberisiko. Bei Dialysepatienten soll das Suizidrisiko 100 bis 400mal größer sein als das der Normalbevölkerung, bei Magersucht 20mal, bei HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen 7mal, bei Krebserkrankungen nach Schätzungen bis zu 20mal. Außerdem werden Personen in Haft - insbesondere in Untersuchungshaft - als besonders suizidgefährdet angesehen.

Weitere Informationen Seite 52