

Antrag an die MV auf Zustimmung zu den „Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa“

Der geschäftsführende Vorstand des BPE hat es abgelehnt, die im BPE-Rundbrief Nr. 2/2008 abgedruckten *Münchener Thesen* von DGSP, BApK und ENUSP vom 1. Februar 2008 zu unterzeichnen. Darüber, wer ihn weshalb um Unterzeichnung gebeten hat, schweigt er. Seine Ablehnung der Thesen begründete er am 18. Mai 2008 und am 5.8.2008 erneut in einer korrigierten Fassung.

Aus den nachfolgenden zehn Entgegnungen auf die Begründung des Vorstands schlage ich vor, dass die BPE-Mitgliederversammlung am 11. Oktober 2008 den Vorstandsbeschluss zur Ablehnung der *Münchener Thesen* für nichtig erklärt. Die *Münchener Thesen* stehen im Internet unter www.enusp.org/documents/trialog

1) „Die Inhalte der Deklaration sind sehr abstrakt und ganz weit weg von der Lebenswirklichkeit der Menschen, die wir vertreten. Wenn es uns kaum gelingt, z. B. Leute aus psychiatrischen Heimen in der Selbsthilfe zu organisieren, nützen solch hehre Worte gar nichts. Sie hören sich vielleicht schön an, treffen aber nicht den Kern der Probleme von Menschen, die in der Psychiatrie untergebracht sind.“

Der Verweis auf Probleme bei der Organisation von Selbsthilfe in Heimen ist willkürlich, damit kann man jegliche Initiative totreden. Dies betrifft ebenso den Verweis auf den (nicht näher definierten) Kern der Probleme von psychiatrisch untergebrachten Menschen. Dabei stellen die *Münchener Thesen* ausdrücklich auf das Recht von Psychiatriebetroffenen auf körperliche Unversehrtheit ab; dass der Schutz vor Zwangsbehandlung für den BPE-Vorstand kein Kernthema ist, überrascht. Mit der Deklaration haben sich zum ersten Mal ein Sozialpsychiatrieverband und ein Angehörigenverband zur Respektierung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit Psychiatriebetroffener bekannt.

2) „Außerdem wird für die Angehörigen bzw. Angehörigenverbände nach unserer Auffassung eine zu große Einflussnahme gefordert. Ein Mitspracherecht für die gesetzlichen Betreuer, die ja im Zweifelsfall für die Betroffenen verantwortlich sind, wäre für uns vorstellbar, nicht aber für die Angehörigen. Nach unseren Erfahrungen sind die Angehörigen oft in die Konflikte involviert, die schließlich zur psychiatrischen Behandlung der Betroffenen führen. Da kann es nicht sein, dass sie auf deren Behandlungsmodalitäten Einfluss nehmen und damit ihre Sicht in den Konflikten gegen die Betroffenen mit medizinischer Hilfe durchzusetzen versuchen.“

Die Stichhaltigkeit der Argumentation ist nicht prinzipiell von der Hand zu weisen, insbesondere was die Beteiligung Angehöriger bei der Verursachung oder Auslösung von Krisensituationen betrifft. Manchmal führen aber auch Faktoren zur Psychiatisierung, auf die Angehörige keinen Einfluss haben. Zudem haben Familien insbesondere in südlichen Ländern Europas einen weit größeren Anteil an der Unterstützung von Menschen mit psychiatrischen Problemen. Das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP – www.enusp.org) mit seinen über 100 Mitgliederorganisation aus ca. 30 europäischen Ländern lehnt jegliche einseitige Sichtweise ab; dies betrifft auch die Bewertung der Mitarbeit von Angehörigen. Allerdings ist in den *Münchener Thesen* die Existenz von nichtpsychiatrischen Hilfen und Wahlmöglichkeiten ebenso wie die angemessene ideelle Unterstützung und materielle Förderung der unabhängigen Selbsthilfe Psychiatriebetroffener als Voraussetzung eines veränderten psychosozialen Systems genannt. Haben sie somit einen verbesserten Einfluss auf die Gestaltung ihrer Lage, wird der Einfluss konfliktträchtiger Angehöriger vermindert.

3) „Viel zu häufig entwickeln sich die Angehörigen auch zum verlängerten Arm der biologischen Psychiater und sorgen für zusätzlichen sozialen Druck, damit die Betroffenen ihre Medikamente nehmen. ... Wegen der Unabhängigkeit sollte jedes Sponsoring durch Pharmafirmen für alle Beteiligten abgelehnt werden.“

In den *Münchener Thesen* ist ausdrücklich von Selbsthilfeorganisationen der Angehörigen die Rede, die von Sponsoring durch Pharmafirmen unabhängig sind.

4) „Neben der körperlichen Unversehrtheit muss die menschliche Würde der Betroffenen an aller erster Stelle stehen.“

Zwei Dinge können nicht gleichzeitig an erster Stelle stehen. Dass der Schutz vor Zwangsbehandlung vom BPE-Vorstand nicht als zentrale Forderung angesehen wird, ist schwer nachvollziehbar. Wer Zwangsbehandlung am eigenen Leib erlebt hat, wird den Schutz vor dieser Menschenrechtsverletzung als wesentlich ansehen (ohne deshalb den Schutz der Würde als unwesentlich abzutun) und sich freuen, wenn sich auch die organisierten Angehörigen und die Sozialpsychiatrie zu diesem Grundrecht bekennt.

5) „Nicht die Interessen der Angehörigen sondern allein die Interessen der Betroffenen sind zu respektieren.“

Wer der anderen Seite jegliche berechtigten Interessen abspricht, verliert jede Fähigkeit zum Kompromiss, isoliert sich und verliert mögliche Bündnispartner in psychiatriepolitischen Entscheidungssituationen. Es ist bekannt, dass auch Angehörige diskriminiert werden, zum Beispiel von ihrem Arbeitgeber, wenn sie zur Betreuung als psychisch behindert geltender Verwandter freinehmen wollen, oder von Nachbarn, die ihnen eine erblich bedingte Mitschuld am Entstehen der psychischen „Krankheit“ unterstellen und sie demzufolge ebenfalls stigmatisieren.

6) „Über die Missstände in der Psychiatrie muss offen und in gleicher Augenhöhe geredet und gemeinsam überlegt werden, wie es besser laufen kann. Man muss sich auch darauf einigen, dass die gleichen Missstände, über die man im Dialog gesprochen hat, nicht wieder auftreten. Der Dialog muss als Plattform dienen, um gleichberechtigt, unbefangen und unparteiisch Kritik äußern zu können und man muss bereit sein, Lösungen zu finden.“

Da in den *Münchener Thesen* die Verhandlung als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner – auf gesetzlicher Grundlage – gefordert ist und die einseitige Definitionsmacht der psychiatrisch Tätigen in eine demokratische Handlungskultur überführt werden soll, die es allen Beteiligten ermöglicht, einen offenen und gleichberechtigten Diskurs zu führen, macht das vom Vorstand genannte Argument, man müsse offen und auf gleicher Augenhöhe reden, wenig Sinn.

7) „Kompetenzen und Finanzierung der unabhängigen Beschwerdestellen müssen gesetzlich abgesichert werden. Als Übergangslösung könnten Kooperationsvereinbarungen mit allen psychiatrischen Trägern abgeschlossen werden. Beschwerdestellen sollten dialogisch bzw. quadrolologisch besetzt sein.“

In den *Münchener Thesen* sind die Forderungen des Harassmentprojekts zu gesetzlich verankerten und mit Sanktionsmöglichkeiten versehenen Beschwerdestellen nahezu wörtlich übernommen worden; in diesem europäischen Projekt wurden 2001-2006 unter Beteiligung unter anderem von ENUSP, BPE und diverser anderer nationaler Betroffenenverbände Maßnahmen zur Bekämpfung von Diskriminierung Psychiatriebetroffener erarbeitet, siehe www.bpe-online.de/schikane.htm

8) „Außerdem fehlt die Forderung, dass "ambulant vor stationär" und "so viel Medikamente wie nötig aber so wenig wie möglich" in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden.“

Es fehlt auch die Forderung nach Einbeziehung von Psychatriebetroffenen in Zulassungs- und Monitoringverfahren bei Psychopharmaka, nach Verbot von Pharmafirmensponsering der Psychiatrie, nach Verbot des Elektroschocks, nach Einführung eines Suizidregisters, nach Beweislastumkehr bei Schadenersatzprozessen, nach Recht auf Akteneinsicht und -korrektur usw. usf. Die psychiatrische Forderung „So viel Medikamente wie nötig aber so wenig wie möglich“ fehlt, da man der psychiatrischen Definition, was an Psychopharmaka nötig und nicht nötig ist, besser nicht auf den Leim gehen sollte; ebenso problematisch ist die undifferenzierte Forderung „ambulant vor stationär“, da sie der ambulanten Zwangsbehandlung bzw. lebenslänglichen ambulanten Verabreichung von Depotpräparaten Tür und Tor öffnen kann.

9) „Bei den Alternativen zur Psychiatrie ist uns wichtig, dass auch nicht-psychiatrische Hilfen – insbesondere durch Betroffenen selbst organisierte – gleichberechtigt gefördert werden.“

Siehe unter 2). Die materielle Förderung der unabhängigen Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener ist bereits genannt. Dass nicht alle möglichen Forderungen in dem Papier stehen, hat damit zu tun, dass es sich auf die Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter konzentriert, nicht auf die Ziele einer generellen Psychiatriereform, auf den Aufbau von Alternativen zur Psychiatrie oder eines humanistischen betroffenenorientierten Systems der Hilfe für Menschen in psychosozialen Schwierigkeiten.

10) „Der BPE ist bei der Erarbeitung der Thesen nicht mit einbezogen worden. Wenn es nach den Vorstellungen des BPE gegangen wäre, wäre es nicht bei den jetzt vorliegenden Sonntagsreden geblieben, sondern es wäre ein gemeinsamer Aktionsplan entstanden, der wirklich zu Veränderungen beigetragen hätte.“

Die *Münchener Thesen* beziehen sich auf das gesamte Europa. Ein deutschsprachig verfasstes Papier mit über 100 europäischen Mitgliederorganisationen und in ca. 25 Sprachen zu diskutieren, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Die Abqualifizierung des Münchner Kompromisspapiers mit der erstmaligen Verpflichtung des Angehörigen- und des Sozialpsychiatrieverbands auf die Einforderung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (= Schutz vor Zwangsbehandlung) – als „Sonntagsreden“ – ist geeignet, den BPE psychiatriepolitisch zu isolieren. Dabei bestünde durchaus die Notwendigkeit, Bündnispartner im Kampf gegen die ständig drohende Ausweitung psychiatrischer Zwangsbehandlung und gegen weitere massive Formen der Diskriminierung Psychatriebetroffener zu suchen.

Peter Lehmann, ENUSP-Vorstandsmitglied

15.8.2008