

Ruth Fricke
Mozartstr. 20 b
32049 Herford
Tel. + Fax: 05221/8641
e-mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Dresden 01.09.2011

Grenzen erleben und gemeinsam überwinden

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte mich zunächst einmal für die Einladung, hier einen Vortrag zu halten herzlich bedanken.
Ich bin gebeten worden zum Thema

Grenzen erleben und gemeinsam überwinden

ein paar Worte zu sagen. Ich möchte die Liste des Umgangs mit Grenzen noch ein wenig erweitern. Es geht meines Erachtens auch darum Grenzen zu kennen und zu erkennen sowie diese zu respektieren und nicht zu überschreiten und dies gilt sowohl für die eigenen Grenzen, als auch für die anderer Personen.

Wer in eine Depression oder Psychose rutscht, hat seine persönlichen Grenzen überschritten. Damit ihm das nicht wieder passiert muß er seine Grenzen kennen, d.h. in einem mühevollen Such- und Findeprozess aufspüren, um rechtzeitig gegensteuern zu können.

Wer mit Menschen in psychischen Krisen gemeinsam Grenzen überwinden will, , muß sein Gegenüber ernst nehmen auch in der Krise. Das geht nur, wenn man sich auf gleicher Augenhöhe begegnet und das Selbstbestimmungsrecht des jeweils anderen respektiert.



Als ich diesen Termin zusagte hatte ich noch ein ganz anderes Referat im Kopf als Sie nun heute hören werden. Je näher der heutige Tag rückte, um so mehr Fragen kamen mir in den Kopf und das mir gestellte Thema war gar nicht mehr so klar, einfach und selbstverständlich für mich. Ursache waren Erfahrungen, die ich nicht in der Patientenrolle sondern in der Rolle der Interessenvertreterin im Umgang und in der Zusammenarbeit mit Profioorganisationen auf der Bundesebene in den letzten Jahren zunehmend machen mußte.

Haben fast 20 Jahre BPE-Arbeit dazu geführt, dass Psychiatrieprofis nun auch schon bemerkt haben, dass sie Ihre Patienten, Klienten, Nutzer oder wie immer Sie uns sonst noch nennen mögen, bisher häufig wie willenlose Objekte, ja wie leblose Gegenstände behandelt haben? Ist es die Angst, Selbsthilfe könnte dereinst professionelle Hilfe gänzlich überflüssig machen? Dann kommt auch noch der Gesetzgeber mit so verrückten Ideen wie „persönliches Budget“, wo die Betroffenen sich ihre Hilfen und Helfer doch tatsächlich selbst aussuchen können und in der Arbeitgeberfunktion auch Weisungen erteilen können, oder mit Gesetzen die die Patientenrechte und die Patientenmitbestimmung stärken. Da sollen Patienten tatsächlich voraus- und mitbestimmen können was mit Ihnen geschieht und wie Art, Umfang und Qualität der für sie bestimmten Hilfen bestellt sein sollen. Da sitzen Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuß, im IQIICK, in den Zulassungsausschüssen für Ärzte und Psychotherapeuten,

sind in ein paar Bundesländern sogar gleichberechtigte Partner in den Besuchskommissionen nach PSyChKG, sogar in etlichen Kreisen und kreisfreien Städten mischen die Betroffenen in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und sonstigen Planungsgremien kräftig mit, hin und wieder gibt es sogar Beiräte in Kliniken und komplementären Einrichtungen. Dann soll man diese Menschen auch noch als Experten in eigener Sache begreifen und auch so behandeln und letzteres auch noch in beiderlei Wortsinn. Zu allem Überfluss kommt nun auch noch die UN-Behindertenrechtskonvention daher und sichert den Betroffenen die Geltung der Menschenrechte im vollen Umfang zu.

Nach Art. 1 der Konvention umfasst der Begriff behinderte Menschen auch Menschen mit langfristigen seelischen Schädigungen, die sie im Zusammenhang mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen. Psychisch erkrankte bzw. seelisch behinderte Menschen im Sinne des Betreuungs- und Unterbringungsrechts werden daher vom Schutzzweck und Anwendungsbereich der UN-Konvention erfasst. Nach Art. 2 gilt als Diskriminierung aufgrund einer Behinderung jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung auf Grund einer Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass die gleichberechtigte Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten beeinträchtigt oder vereitelt wird. Diskriminierung in diesem Sinne umfasst auch das Vorenthalten von Vorkehrungen (z.B. in Form von persönlichen und technischen Hilfen), wodurch eine gleichberechtigte Teilhabe und Ausübung der Menschenrechte vereitelt würde. Nach Art. 12. Abs. 2 sind behinderte Menschen nicht nur rechtsfähig, sondern auch für alle Lebensbereiche geschäftsfähig und handlungsfähig. Art. 14 garantiert das gleichberechtigte Recht auf Freiheit der Person (Stichwort: Zwangseinweisung). Art. 15 verbietet grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung (Stichworte: Fixierung, Isolierung) und schlussendlich wird auch Menschen mit Behinderungen im Art. 17 das Recht auf Achtung der körperlichen Unversehrtheit (Stichwort: Zwangsbehandlung) sowie in Art. 19 die freie Wahl des Aufenthaltsortes (auch im Ausland) und der Wohnform garantiert.

Wohin soll das alles noch führen???

Die Frage der Fremdbestimmung und der Einmischung Dritter in die persönlichsten Angelegenheiten ist für Menschen, die in der Patientenrolle Erfahrungen mit der Psychiatrie gesammelt haben, das zentrale Thema überhaupt. In der BPE-Forderung „selbstbestimmt leben“ stecken sowohl Ansprüche an sich selbst als auch an die professionellen Mitarbeiter der Psychiatrie aller Berufsgruppen und zwar in allen Bereichen: stationär, teilstationär, ambulant und komplementär.

In letzter Konsequenz kann selbstverständlich nur der Betroffene selbst dafür sorgen, dass er psychisch stabil bleibt und damit ein wirklich selbstbestimmtes Leben führen kann, indem er den Ursachen seiner seelischen Krisen auf den Grund geht, seine eigenen höchst individuellen Frühwarnzeichen aufspürt und sich beim Auftreten derselben eine Auszeit nimmt und sich aus den Konflikten herauszieht, die seine emotionalen Grenzen überschreiten und so unweigerlich in die nächste Krise und damit in jene psychischen Ausnahmezustände führen würden, die Dritte dazu veranlassen würden Maßnahmen ohne oder gar gegen den Willen des Betroffenen einzuleiten.

Die Forderung an die professionellen Mitarbeiter der Psychiatrie lautet demzufolge: Nehmen Sie die Betroffenen ernst! Behandeln Sie sie als gleichberechtigte und gleichwertige Partner, auch und gerade in Ihren Krisen und seelischen Ausnahmezuständen. Gerade in diesem Zustand sind die Antennen sehr weit ausgefahren, sind Betroffene übersensibel, spüren sie noch deutlicher als sonst, ob man sie wirklich ernst nimmt und ihnen wirklich zuhört oder ob man nur so tut, aber insgeheim denkt. „Du quasellst ja doch nur dummes zusammenhangloses Zeug, da schalte ich lieber meine Ohren auf Durchgang und überlege mir stattdessen, wie ich es am geschicktesten anstelle, Dich möglichst schnell mit Medikamenten ruhig zu stellen.“ Würde man nämlich richtig zuhören, würde man viel über das Leben und die Ursachen der aktuellen Krise des Betroffenen erfahren, was für eine spätere Aufarbeitung und damit einen mögliche Genesungsprozess sehr wichtig wäre.

Damit sind wir mitten in dem Thema „auf gleicher Augenhöhe“ und „Subjektorientierung“ wovon heutzutage soviel die Rede ist..

Es geht um die innere Haltung der Profis gegenüber den Betroffenen. Es geht um das Krankheitsverständnis, das Menschenbild und damit um die Menschenwürde von Betroffenen auch und gerade in ihren seelischen Krisen und Ausnahmezuständen. Es geht aber auch um die Frage ist die tägliche Arbeit der Profis auch Berufung oder ist es für sie nur ein Job wie jeder andere, ein Job zum Geld verdienen, aber die eigentlichen Interessen werden nach Feierabend gelebt.

Die Karikaturen, die ich einstreue stammen übrigens alle aus „Soziale Psychiatrie“, dem MitgliederMagazin der DGSP, also eines Profi-Verbandes



GREIFEN SIE DENN BEI GEWALTTÄTIGEN PATIENTEN AUCH MAL ZU BERUHIGUNGSMITTELN?

KLAR, WENN'S MIR ZUVIEL WIRD, NEHM ICH...ÄH... VERWENDEN WIR HIER AUCH SOWAS



Wenn man jemanden auf gleicher Augenhöhe begegnen will um mit ihm gemeinsam Grenzen zu überwinden, darf man ihm vorher nicht das Rückgrat brechen. Das tut man aber wenn jemanden nicht zuhört, ihn nicht ernst nimmt, ihm mit Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation droht oder beides gar ohne Vorankündigung, besser Vorwarnung einfach mal so eben tut,

frei nach dem Motto „Und bist Du nicht willig, dann brauch' ich Gewalt!“ Auf die krankheitsverschlimmernden und damit chronifizierenden Folgen derartiger Einstellungen und Verhaltensweisen, können wir bei Bedarf in der anschließenden Diskussion näher eingehen.



Wer jemanden auf gleicher Augenhöhe begegnen will, und mit ihm gemeinsam Grenzen überwinden will, sollte sich einer allgemein-verständlichen Sprache bedienen. In Wahrheit quasselt derjenige unverständliches Zeug, der seine Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten etc. mit einem Redeschwall von Fachchinesisch übergießt. Merke: „Wahre Größe zeigt sich darin, komplizierte Sachverhalte klar und deutlich in allgemeinverständlicher Sprache darstellen zu können!“ Wer wirklich etwas kann, muß nicht damit protzen, dass er/sie die fachwissenschaftlichen Termini beherrscht. Derzeit wird die gleiche Augenhöhe im Gespräch zwischen Betroffenen und Profis, wenn überhaupt, häufig dadurch hergestellt, dass sich Betroffene mit einem Berg von Fachliteratur eindecken. Um erst einmal zu verstehen, was man ihnen sagen wollte und dann auch in dem gleichen Fachchinesisch zu antworten und Fragen zu stellen.

SP 3/06

WORKSHOP BESCHWERDEWESEN



Wer Betroffenen auf gleicher Augenhöhe begegnen will, arbeitet emanzipatorisch, d.h. er zeigt wie man Dinge erledigt, die der jeweilige Betroffene bis her **noch** nicht selbst erledigen kann, solange bis er/sie es selbst kann, aber er erledigt nicht Dinge für die Betroffenen, die diese sehr wohl selbst können und auch bisher immer selbst gemacht haben und sorgt auf diese Weise dafür, dass der Hilfebedarf, die Abhängigkeit vom psychiatrischen Hilfesystem und damit auch die Unselbständigkeit der Betroffenen immer größer wird. Wer so handelt, sorgt zwar für die Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes, er wirkt aber der Selbständigkeit und Unabhängigkeit und damit einem selbstbestimmten Leben der Betroffenen entgegen. Schlimmer noch: Ein solches Handeln schädigt in letzter Konsequenz die Gesundheit der Betroffenen. Menschen, denen man nichts mehr zutraut verlieren ihr Selbstvertrauen und können kein gesundes Selbstwertgefühl mehr entwickeln. Beides ist aber eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Erhaltung seelischer Stabilität.



SP 1/07

Wer Betroffenen auf gleicher Augenhöhe begegnen will baut auch nicht immer neue und neue Subkulturen, oder anders ausgedrückt „Als ob Welten“ auf.

Muß Seidenmalerei, Specksteinarbeit, Sport, Singen, Kochen etc. unbedingt in einer psychiatrischen Tagesstätte erlernt und gemacht werden? Geht das alles nicht auch in ganz normalen Volkshochschulkursen, Sportvereinen, Chören, Kochclubs etc. Wäre es nicht Aufgabe der

Profis die Wege dorthin zu ebnen? Wären nicht Hilfen zur Integration in das gesellschaftliche Leben, welches sich in Vereinen, Veranstaltungen und Initiativen abspielt, angebrachter als die Erfindung und der Bau immer neuer Betroffenen-Getthos?

Kann man Betroffenen überhaupt auf gleicher Augenhöhe begegnen, wenn man meint man könne über alles Mögliche was Betroffenen gehört oder für sie bestimmt ist einfach mal so ohne zu fragen verfügen und wirtschaftliche Nutzen für sich daraus schlagen, ohne auch nur so etwas ähnliches wie ein Schuldgefühl dabei zu entwickeln? Da versuchen Trägervereine oder deren Zusammenschlüsse mit Ettikettenschwindel die Selbsthilfetöpfe der Krankenkassen zu leeren. Da werden Selbsthilfeleitfäden von Betroffenenverbänden eben mal so in Profiprojekte umgestrickt, ohne auch nur zu fragen, ob und wenn ja zu welchen Bedingungen man das geistige Eigentum anderer Nutzen darf. Da werden fertige Projektideen von Selbsthilfeorganisationen abgekupfert und da man ja doch mehr Geld im Rücken hat, als die Selbsthilfeorganisationen ist man mit der Förderantragstellung dann eben schneller als der Selbsthilfeverband, da werden Gemälde und Skulpturen, die von Betroffenen erstellt wurden in Psychiatriezeitungen abgedruckt mit der Unterschrift erstellt in der Tagesstätte XY, ohne den Namen des Künstlers zu nennen, Urheberrechtsschluss scheint für Besucher von Tagesstätten also nicht zu gelten usw., usw. Unter einer Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe und gemeinsamen Grenzen überwinden stelle ich mir zumindest Fairness zwischen Profis und Betroffenen sowie deren Verbänden vor.

Wenn man es nur geschickt genug anstellt, muß man Betroffenen im Rahmen der örtlichen Interessenvertretung nur selten, im Idealfall überhaupt nicht begegnen. Das einfache Kochrezept lautet:

- Man treibe die Zahl der Gremien, in denen Betroffenen Interessenvertretung betrieben müßten endlos in die Höhe.
- Man lege die Sitzungen am besten auf den Vormittag. Um diese Zeit kann man recht sicher sein, dass Betroffenen, die noch erwerbstätig sind, nicht teilnehmen können, weil sie ja nicht ihren ganzen Jahresurlaub in Psychiatriegremien verbraten und dann noch jede Menge unbezahlten Urlaub nehmen können, um die Vielzahl der Termine wahrzunehmen.
 - Interessenvertretung machen nämlich i.d.R. in der Selbsthilfe diejenigen, die noch erwerbstätig sind, deren Rückgrat noch nicht gebrochen wurde. Nur diese Menschen haben überhaupt noch den Mut Mißstände anzusprechen und Forderungen durchzusetzen.

Ich möchte aber nicht schließen, ohne zu sagen, das die psychiatrische Welt nicht überall so trostlos aussieht, wie man nach meinem bisherigen Vortrag meinen könnte.

Von den Medien wissen wir: „Die Tatsache, dass es auf der Autobahn von Hannover nach Dresden keinen Stau oder keine Massenkarambolage gab, ist **keine** Meldung Wert.“ Reden wir also über die Mißstände und überlegen wir gemeinsam, wie wir diese abstellen können.

Die Region Ostwestfalen-Lippe, aus der ich komme, ist sehr sozialpsychiatrisch geprägt. Dafür stehen u.A. die Namen Dörner und Pörksen. Trialogische Planungs- und Entscheidungsprozesse sind hier seit vielen Jahren gut geübte Praxis.

In Gütersloh wurden Klinik- und Abteilungsbeiräte eingeführt. Im Beirat der ehemaligen Abteilung klinische Psychiatrie II (Herford/Lippe) habe Theiß Urbahn und Dr. Iris Jiko gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen, das Abteilungskonzept entwickelt und in die Praxis umgesetzt, welches ich noch immer die Gütersloher Soteria nenne.

In Bielefeld Bethel wurde im Trialog die Behandlungsvereinbarung erfunden, die heute in angepasster Form in allen ostwestfälisch-lippischen Psychiatrien eingesetzt wird und auch ansonsten in immer mehr nordrheinwestfälischen Kliniken Einzug hält, da mit seiner Zeit die Verankerung der Behandlungsvereinbarung im PsychKG-NRW gelungen ist und wir natürlich bei alle Terminen der staatlichen Besuchskommissionen, wo Betroffene und Angehörige ebenfalls seit dem Jahr 2000 gleichberechtigte Mitglieder sind, nachfragen, ob es in der Klinik inzwischen die Möglichkeit gibt, eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen.

Betroffene und Angehörige sind seit vielen Jahren als Experten durch Erfahrung Lehrende in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

In Bielefeld, Herford und Gütersloh gibt es seit vielen Jahren trialogisch besetzte „unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie“, in denen auch Profis aller Berufsgruppen ehrenamtlich (kostenlos) in ihrer Freizeit mitarbeiten.

Der Trialog in Form von Arbeitsgremien und Psychoseseminaren ist in fast allen Kreisen der Regierungsbezirks Detmold fest etabliert.

Im Kreis Herford geht keine Vorlage in den Kreistag. Die nicht zuvor von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigenselbsthilfe begutachtet und ggf. auch überarbeitet wurde. Auch in meiner Heimatregion gibt es im Bereich der Psychiatrie noch vieles zu verbessern, aber sobald ich die Grenzen Ostwestfalens überschreite, stoße ich immer wieder auf Verhältnisse und Einstellungen, die ich mir in der Zeit, als ich noch ausschließlich auf der lokalen und regionalen Ebene Interessenvertretung betrieben habe, in meinen düstersten Träumen nicht hätte ausmalen können. Ich denke dann immer: „Du darfst den Herfordern gar nicht sagen, wie gut sie sind, sonst ruhen die sich auf Ihren Lorbeeren aus.“



In meiner Eigenschaft als Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG NRW, komme ich ja nun viel im Land herum. Man merkt sofort, ob es an dem jeweiligen Ort eine funktionierende aktive Selbsthilfegruppe von Psychiatrie-Erfahrenen gibt oder nicht. Bei unseren ersten Besuchen im Jahr 2001 wurden wir Patientenvertreter in einigen Kliniken angeguckt, als kämen wir von einem anderen Stern. Inzwischen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass wir die Patientenakten kontrollieren, Fragen stellen und Beiblätter an das Protokoll heften, falls der Facharzt Dinge, die uns wichtig erscheinen, nicht protokolliert haben sollte. Festzustellen ist, dass die Ärzte und Juristen in der Kommission inzwischen unsere Fragen stellen und dass Beiblätter zum Protokoll kaum noch notwendig sind. Dies sind nur einige Beispiele von vielen, an denen sichtbar wird, dass sich die Qualität der Arbeit deutlich durch die Mitwirkung von Interessenvertretern der Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe verbessert. Also haben Sie Mut, beziehen Sie die Betroffenen in ihre Planungs- und Entscheidungsprozesse mit ein. Ermutigen Sie die Betroffenen, sich einer unabhängigen nur aus Betroffenen bestehenden Selbsthilfegruppe anzuschließen oder, wenn eine solche noch nicht geben sollte, selbst eine solche Gruppe zu gründen. Der BPE unterstützt Betroffene gern bei der Gründung von Selbsthilfegruppen.