



Schwalbe

Oktober 2017
26. Jahrgang Nr. 44

Zeitschrift des Landesverbandes Thüringen
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



*Angehörigenarbeit –
wertvoll für die Therapie*

Der Vorstand des Landesverbandes sagt „Danke“

Liebe Mitglieder des Landesverbandes, Freunde und Sponsoren!

Wir möchten auf diesem Weg unserer ehemaligen Geschäftsstellenleiterin **Frau Karin Schütze**, die zum 30.06.2017 ihre Tätigkeit im Landesverband beendete, auch an dieser Stelle „Dankeschön“ für ihre geleistete Arbeit sagen.

Sie begann 1999 im Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker ihre Arbeit. Anfangs unter Leitung der Vorsitzenden Frau Irene Norberger, durch die unser Landesverband 1990 ins Leben gerufen wurde und später unter Leitung der Vorsitzenden Frau Dr. Ingrid Bräunlich, bis diese krankheitsbedingt 2015 aus der aktiven Tätigkeit im Verband ausschied.

Frau Schütze war viele Jahre Mitglied des Vorstandes und übte die Funktion des Schatzmeisters aus. Besonders schätzten wir ihre Hilfe und Unterstützung für die Selbsthilfegruppen. Sie hatte auch jederzeit ein offenes Ohr für alle Ratsuchenden.

Als sich unser Landesverband 2015 in einer schwierigen personellen und finanziellen Lage befand, war sie bereit, mit ihren Erfahrungen in der Vereinstätigkeit den neuen Vorstand aktiv zu unterstützen.

Es ist mit der Verdienst von Frau Schütze, dass unser Verband heute noch besteht und wieder im Territorium eine Stimme für die Angehörigen psychisch Kranker hat.

Wir wünschen ihr alles Gute für die Zukunft.



Ein weiteres „Dankeschön“ gilt **Herrn Dr. Hans-Jürgen Ziegler**. Er ist seit Jahresbeginn leider nicht mehr für unseren Landesverband als juristischer Berater tätig. Er schied aus Altersgründen aus.

Herr Dr. Ziegler, war als Jurist viele Jahre ehrenamtlich in unserem Landesverband tätig. Jeden 2. Montag bot er vorrangig für unsere Mitglieder soziale und juristische Beratungen an, was sehr genutzt wurde.

Seine kritischen Hinweise bei der Neuorientierung der Arbeit des Vorstandes haben uns sehr geholfen und sind in unsere Arbeit eingeflossen. Ebenso gab er uns als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates viele konstruktive Hinweise für die Vorstandstätigkeit.

Auch ihm wünschen wir für die Zukunft alles erdenklich Gute, vor allem jedoch Gesundheit.

Herbert Fischer
Vorsitzender des Landesverbandes

Inhalt

Der Vorstand des Landesverbandes sagt „Danke“	2
<i>Sozialpsychiatrische Informationen</i>	
Therapiemöglichkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen	4
Warum wir Angehörigen nicht tatenlos zusehen dürfen	8
Menschenwürde wahren, Zwangseinweisung vermeiden, aufsuchende Hilfen stärken	11
Was Biografiearbeit leisten kann	12
<i>Aktuelles</i>	
Zwangsbehandlung darf „nur letztes Mittel“ sein	15
Patientenkongress Depression – Den Betroffenen eine Stimme zu geben, hilft letztlich Allen	15
Wir berichten über den Länderrat 2017	16
Geschwisternetzwerk	18
Resolution des Bundesverbandes und der Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen vom Mai 2017	18
<i>Aus der Arbeit unserer Selbsthilfegruppen</i>	
Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch Kranker aus Greiz und Gera	20
Geschichten die das Leben schreibt	21
<i>Besinnliches zur Herbstzeit</i>	
Im Herbst	22
Ja, „Altweibersommer“ ist’s	23
Altweibersommer – Der Sommer will’s wissen	24
<i>Essen ist Balsam für die Seele</i>	
Rezepte	25
Unsere neue Geschäftsstellenleiterin	26
Adressen für Hilfe und Beratung	27

Dank an unsere Förderer

Für die Bereitstellung von Fördermitteln für das Haushaltsjahr 2017 bedanken wir uns ganz besonders bei:

dem **Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**,
dem **Paritätischen Landesverband Thüringen**,
der **AOK-Plus Sachsen/Thüringen** sowie
der **GEK Barmer**

Für die finanzielle Unterstützung, die Bereitstellung von Räumlichkeiten und die Hilfe bei Veranstaltungen danken wir

dem **Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH**

Therapiemöglichkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen

Resümee zum Vortrag des Herrn Dr. med. Udo Polzer, Chefarzt im Asklepios Fachklinikum in Stadtroda für Neurologie, Gerontopsychiatrie, Schmerztherapie und Schlafmedizin

Herr Dr. Udo Polzer ist Chefarzt des Asklepios Fachklinikums in Stadtroda. Seine fachliche Arbeit ist bei Ärzten und Patienten hoch geschätzt, deshalb steht er seit 2015 auf der Focus-Ärzte-Liste. Seit 1997 leitet er die Abteilung für Neurologie, Gerontopsychiatrie, Schmerztherapie und Schlafmedizin. Im Rahmen unserer Veranstaltung „Therapiemöglichkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen“ am 25.03.2017 sprach Herr Dr. Polzer zum Thema „Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei psychiatrischen Erkrankungen“. Mit seinem herausragenden fachlichen und praktischen Wissen hält Herr Dr. Polzer einen Vortrag, der die Augen öffnet. Auf Wunsch von Veranstaltungsteilnehmern veröffentlichen wir an dieser Stelle ein Resümee seiner Ausführungen.



Herr Dr. Polzer holt zunächst weit aus und beleuchtet die Entstehung psychischer Störungen und geht dann auf die unterschiedlichen psychotherapeutischen Therapiearten ein. Es würde den Rahmen dieser Ausgabe sprengen, seine Ausführungen im Detail nachzuvollziehen. Für viele Zuhörer neu sind die Ausführungen von Herrn Dr. Polzer zu den Auswirkungen aller Therapiearten, die nach landläufiger Meinung in der **Heilung** bestehen sollte. Herr Dr. Polzer räumt mit einem Märchen auf, das Betroffene wie Angehörige oft genug lähmt – **dem Märchen von der vollständigen Heilung**.

Das Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes

Wie Herr Dr. Polzer ausführt, sind die meisten psychischen Störungen eben nicht heilbar. Heilung, wie wir sie gemeinhin verstehen, würde bedeuten, dass sich die Ursache der Störung beseitigen lässt. So ließe sich der Gesundheitszustand wiederherstellen, wie er vor dem Ausbruch der Erkrankung war. Aber das ist bei psychischen Störungen eben nicht möglich. Zum einen, weil die Ursachen für viele Störungen nicht in ausreichendem Maß bekannt und erforscht sind, zum anderen, weil die bekannten Therapieformen diese Ursachen häufig nicht beseitigen können.

Das bedeutet aber keinesfalls, dass Therapien nutzlos sind. Auch wenn sie nicht, im klassischen Sinne, heilen können, so können sie den Gesundheitszustand des Patienten doch deutlich verbessern und zwar bis zu einem Punkt, der sich wie Heilung anfühlt – die Remission. Auch wenn das nur einer scheinbaren Heilung entspricht, fühlt sich der Patient im Idealfall (der Vollremission) gesund.

Vergleich unterschiedlicher Therapieformen

Es stellt sich also nicht in erster Linie die Frage, ob Psychotherapie Störungen heilen kann, sondern ob Psychotherapie zur Verbesserung des Gesundheitszustands beiträgt und wie groß diese Verbesserung sein kann. Es geht also um die **Frage der Wirksamkeit von verschiedenen Therapieformen**.

In wissenschaftlichen Untersuchungen wie der von Herrn Dr. Polzer beispielhaft zitierten von Smith, Glass

& Miller (1980) wird die Effektstärke der verschiedenen Therapieformen untersucht. Damit wird ausgedrückt, wie vielen behandelten Patienten es besser geht als unbehandelten Patienten. Eine hohe Effektstärke sagt deshalb nichts über den Heilungserfolg aus, aber etwas darüber, dass viele Patienten von der Behandlung profitieren.

Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren (nach Smith, Glass & Miller, 1980)					
	Effektstärke			N	Perzentil der Kontrollgruppe
	M	S.E.	SD		
Tiefenpsychologische Psychotherapien	0,76	(0,03)	0,44	254	78
davon Psychodynamische Therapien (inkl. Psychoanalyse nach Freud)	0,69	(0,05)	0,50	108	75
psychodynamisch-eklektische Therapien (u.a. nach Sullivan)	0,89	(0,08)	0,86	103	81
Individualpsychologische Therapie nach A. Adler	0,62	-0,18	0,68	15	73
Transaktionsanalyse nach E. Berne	0,67	-0,17	0,91	28	75
Kognitive und Verhaltenstherapien	1,02	-0,04	1,34	905	85
davon <i>Klassische Verhaltenstherapien</i>	0,91	-0,05	1,27	671	82
darunter Systematische Desensibilisierung (u.a. nach Wolpe)	1,05	(0,08)	1,58	373	85
Implosionstherapie und Reizüberflutung	0,68	-0,09	0,7	60	75
Verhaltensmodifikation	0,73	-0,05	0,67	201	77
sonstige Verfahren (inkl. Selbstsicherheitstraining)	0,89	-0,12	0,75	37	81
<i>Kognitive Verhaltenstherapien (u.a. nach Meichenbaum)</i>	1,13	(0,07)	0,83	127	87
<i>Kognitive Therapien</i>	1,59	-21	2,16	107	94
darunter Rational-emotive Therapie nach A. Ellis	0,68	-0,08	0,54	50	75
sonstige kognitive Therapien	2,38	-27	2,05	57	99
Humanistische Psychotherapien	0,63	-0,06	0,88	218	73
davon <i>Gesprächspsychotherapie nach C. R. Rogers</i>	0,62	-0,07	0,87	150	73
<i>Gestalttherapie nach F. Perls</i>	0,64	-0,11	0,91	68	74
psychologische Beratung (beruflicher und persönlicher Bereich)	0,65	-0,08	0,58	59	74
Beratung (z.B. unterstützende Gespräche, schulpyschologische Beratung)	0,28	-0,06	0,55	97	61
Beratung) Placebo	0,56	-0,05	0,77	200	71
*Prozentsatz der unbehandelten Patienten, denen es schlechter, als es den therapierten Patienten im Durchschnitt geht					
M: Mittelwert, Durchschnitt S.E.: Standardfehler SD: Streuung N: Anzahl Effektstärken					

Am Beispiel erklärt:

Tiefenpsychologische Psychotherapien weisen eine durchschnittliche Effektstärke von 0,76 auf. Das bedeutet, dass es den mit diesen Therapien behandelten Patienten im Durchschnitt besser geht, als 78 Prozent der unbehandelten Patienten.

Humanistische und tiefenpsychologische Therapien haben eine ähnlich große Wirksamkeit wie psychologische Beratung. Deutlich höher ist hingegen die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie. Hier geht es den behandelten Patienten besser, als durchschnittlich 85 Prozent der unbehandelten Patienten.

Auch Placebo-Behandlungen sind wirksam

Aufschlussreich ist jedoch auch der Vergleich mit der Wirksamkeit von Placebo-Behandlungen. Placebo bedeutet dabei nichts Negatives, es handelt sich nur um Behandlungen, die keine spezifische psychotherapeutische Wirkung erwarten lassen, wie beispielsweise:

- Entspannungs- und Vorstellungsübungen,
- Aufmerksamkeitsübungen,
- Gruppendiskussionen u.a. über Theaterstücke
- Psychoedukation (d.h. Informationsveranstaltungen über psychische Störungen).

Auch für Placebo-Behandlungen lässt sich die Wirksamkeit ermitteln. Wie eine Analyse von Shapiro (1985) zeigt:

Meta-Analyse	indirekter Vergleich Therapieform		direkter Vergleich	
	TP / HP	VT	Anzahl Studien	Differenz der ES
Smilh. Glass & Miller (1980)	0,64	1,03	69	-0,49
Shapiro & Shapiro (1982)	0,40	1,06	13	- 0,53
Nicholson & Berman (1983)	0,29	0,75	10	-0,44

TP / HP: tiefenpsychologische oder humanistische Psychotherapie
VT: kognitive Verhaltenstherapie

Mit anderen Worten: Im Durchschnitt ging es Patienten, die mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren behandelt wurden, besser als ca. 69% der Patienten, die mit tiefenpsychologischer oder humanistischer Psychotherapie behandelt wurden.

Wie ist das zu verstehen?

Herr Dr. Polzer erklärt in seinem Vortrag folgendes dazu: Es muss die Neurogenese – (die Neubildung und Verknüpfung von Nervenzellen) angeregt werden und das ist auf ganz unterschiedlichen Wegen möglich. Dazu gehören psychologische Behandlungsverfahren genauso wie medizinische (Antidepressiva, Lithium, Elektrokrampftherapie). Aber auch Placebo-Therapien wie körperliche Aktivitäten, die Stimulation der Psyche und Lernprozesse wirken ähnlich wie Medikamente und verstärken die Heilung.

Herr Dr. Polzer geht dann besonders auf die Behandlungsmöglichkeiten bei den psychischen Störungen ein, die in der nachstehenden Tabelle übersichtlich dargestellt sind:

Störung	Kognitive Verhaltenstherapie	Tiefenpsychologische Therapien	Andere Therapien
Schizophrenie	wirksam (Ia)	nicht wirksam (Ib)	Familientherapie
Bipolare Störungen (manisch depressiv)	wirksam (Ib)		wirksam (Ia)
Depression	wirksam (Ia)	Kurzzeittherapie: Wirksam (Ia) Langzeittherapie: möglicherweise wirksam (Ib)	Interpersonale Therapie: wirksam (Ia) Gesprächstherapie: wirksam (Ib)
Zwangsstörung	wirksam (Ia)		
Panikstörung mit Agoraphobie	wirksam (Ia)	Therapie bis 100 Std.: wahrscheinlich oder möglicherweise wirksam (IIa / b)	
Panikstörung ohne Agoraphobie	wirksam (Ia)		
Spezifische Phobie	wirksam (Ia)	Beratung (5 bis 10 Std): fraglich (IV)	
soziale Phobie	wirksam (Ia)	Therapie bis 100 Std.: fraglich (IV)	
Generalisierte Angststörung	wirksam (Ia/Ib)	Therapie bis 100 Std.: wahrscheinlich oder möglicherweise wirksam (IIa / b)	
Posttraumatische Belastungsstörung	wirksam (Ia)	wirksam (Ib)	EMDR: wirksam (Ia)
Bulimie	wirksam (Ia)		Interpersonale Therapie: wirksam (Ia)

Zusammengefasst stellte Herr Dr. Polzer fest:

1. Affektive Störungen sind verbunden mit deutlichen Veränderungen der Hirnfunktion
2. Die Voraussetzungen zur Stressbewältigung sind genetisch und lebensgeschichtlich begründet
3. Das Gehirn lernt Zustände (modi) - und vergisst sie nicht mehr
4. Pharmakotherapie und Psychotherapie können Hirnfunktionen verändern
5. Viele affektive Störungen erfordern eine langfristige Therapie bzw. „Verankerung“

Besonders wichtig, so Herr Dr. Polzer, bei jeder Behandlung einer psychischen Erkrankung ist die Wahl der Behandlungsmethode. Hierbei sind sowohl pharmakologische als auch psychische Methoden möglich. Die Ausübung von Psychotherapie ist seit 1999 durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) geregelt.

Aber neben der richtigen Wahl der Behandlungsmethode ist die Verbindung zwischen Therapeut und Patient sehr wichtig. Mit anderen Worten „die Chemie zwischen beiden muss stimmen“.

Bereits Voltaire (1694-1778) meinte:

*Die Kunst des Arztes ist es,
den Patienten solange zu amüsieren,
bis die Natur ihn heilt.*



Anmerkung:

Der vollständige Vortrag vom Chefarzt Herrn Dr. med. Polzer kann in unserer Homepage unter www.lvapk-thueringen.de als PDF-Datei abgerufen werden.

Warum wir Angehörige nicht tatenlos zusehen dürfen

Vortrag auf der Fachtagung »Zwischen Recht auf Autonomie und unterlassener Hilfeleistung«, von Hans Jochim Meyer

An den Anfang meiner Einführung in die heutige Veranstaltung möchte ich die kurze Beschreibung eines Falls aus einem unserer Beratungsgespräche stellen. Eine Angehörige berichtete: »Wir haben bei einer Klinik in der Notfallambulanz angerufen und die Krankheitssymptome geschildert, woraufhin der Arzt uns sagte, es handele sich um eine Psychose und wir sollten uns im Internet informieren. Unserem Sohn ging es von Tag zu Tag schlechter. Wir haben dann im Internet nach einer Klinik gesucht, die sich besonders um junge ersterkrankte Patienten bemüht, und dort angerufen. Der Chefarzt war sehr nett und hat sich viel Zeit genommen, sagte uns, dass es sich hier schon um eine lebensbedrohliche Erkrankung handele und wir unbedingt versuchen sollten, ihn in die Klinik zu bringen, notfalls über eine Zwangseinweisung, da es keine Möglichkeit gäbe, zu Hause Hilfe zu bekommen.«



die krankheitsuneinsichtig und nicht compliant sind. Diese Menschen werden von den bestehenden Hilfesystemen häufig nicht erreicht, die Folgen sind erheblich. Gerade für diese Personengruppe erhöht sich das Risiko, in Obdachlosigkeit, im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug zu landen. Hier gilt es, verstärkt systemübergreifende

nachgehende und aufsuchende Hilfen zu entwickeln bzw. auszubauen ... Aufgabe von Psychiatriepolitik ist es, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme von Verantwortung für alle psychisch erkrankten Menschen gewährleisten und dabei öffentlich kontrolliert sind.«

Bisher ist wenig geschehen, allenfalls örtlich begrenzte Modellversuche. Wir, die Angehörigen, wollen endlich Fortschritte sehen. Wir versuchen, das Problem in die Öffentlichkeit zu tragen, und suchen die Unterstützung der Fachwelt.

Die Erfahrungen von Angehörigen klingen immer wieder ähnlich: Ein psychisch schwerkranker Mensch bricht sämtliche soziale Kontakte ab, bezahlt keine Miete mehr, zieht sich in seine Wohnung zurück, öffnet keine Post ernährt sich nicht mehr richtig, vermüllt, unter Umständen sind schon Strom und Heizung abgestellt, er verwahrlost, körperliche Beschwerden stellen sich zusätzlich ein, krankheitsbedingt fehlt die Einsicht in seine Hilfsbedürftigkeit oder er ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, sich um Hilfe zu bemühen. Wenn Angehörige, Freunde oder Nachbarn versuchen Hilfe für ihn zu erhalten, bekommen sie in der Regel zu hören, man könne leider nichts machen, solange keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Der einzige Rat, der Angehörigen oft gegeben wird: »Wenn es gar nicht mehr geht, müssen Sie die Polizei rufen.«

Der Politik sind diese Probleme seit Jahren gut bekannt wie der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMX) vom 28. Juni 2012 belegt: Es bestehe »...die Gefahr einer Unterversorgung derjenigen, die zumeist schwer chronisch krank sind, jedoch von sich aus nicht selbst um Hilfe nachsuchen, sowie derjenigen Patienten und Patientinnen,

Im Januar 2016 haben wir unseren Aufruf »Menschenwürde wahren. Zwangseinweisungen vermeiden, aufsuchende Behandlung stärken« veröffentlicht (1).

Im Juni 2016 haben sämtliche Verbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Deutschland meiner Resolution alle Verantwortlichen in Politik und Verwaltung aufgefordert, ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge für alle psychisch erkrankten Bürger nachzukommen, wie es von der Gesundheitsministerkonferenz schon 2012 formuliert wurde.

Seit März 2017 läuft eine Internetpetition mit dem Titel »Psychisch schwerkranke Menschen brauchen in lebensbedrohlichen Krisen aufsuchende Hilfen« (2). Fast 3000 Menschen haben den Aufruf und die Petition bisher unterzeichnet, neben Angehörigen auch viele Psychiatrie-Erfarene und sehr viele psychiatrische Fachleute aller Berufsgruppen.

Wo liegen die Probleme?

Wir müssen über Strukturen sprechen, über ethische und rechtliche Fragen. Selbstbestimmung, Autonomie und Menschenwürde sind hohe Güter. Fürsorge

und Hilfe für Menschen, die sich selbst nicht helfen können, sind gleichfalls tief in unserer Kultur verwurzelte Güter.

Bei psychisch schwerkranken Menschen kann hier ein Spannungsfeld bestehen. Rechtliche Fragen sind auch zu bedenken: Wie steht es mit dem Recht auf Hilfe durch aufsuchende Dienste? Wann liegt unterlassene Hilfeleistung vor? Angehörige sind schon wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt worden, weil sie das nicht schafften, was professionell Tätige hätten schaffen sollen.

Zunächst zu den Strukturen

Die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit vorhandener Dienste muss verbessert werden. Jeder kranke Mensch und seine Angehörigen müssen das Recht haben, diese Dienste in Anspruch zu nehmen. Die Stadt Hamburg mit 1,8 Mio. Einwohnern z.B. verfügt bislang über keinen psychiatrischen Dienst, an den Menschen in Notsituationen sich 24 Stunden am Tag wenden können. Die sozialpsychiatrischen Dienste sind nur an Werktagen zu normalen Bürozeiten erreichbar, außerdem sind sie personell schlecht ausgestattet. Nach allem, was wir hören, können sie eine intensive aufsuchende Betreuung und Begleitung schwerkranker Menschen überhaupt nicht leisten. Es fehlen Dienste, die versuchen, diejenigen Menschen zu erreichen, die keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben. Wir denken hier z.B. an Ersterkrankte, an Menschen, die den Kontakt zum Versorgungssystem verloren haben, aus welchen Gründen auch immer, und an Menschen in der Obdachlosigkeit.

Eine längerfristige häusliche Behandlung schwerkranker Menschen wird in Hamburg unseres Wissens lediglich als Modellvorhaben im Umkreis der Universitätsklinik durch Prof. Lambert und sein ACT-Team (therapeutisches Assertive Community Treatment) angeboten. Die Integrierte Versorgung ist bekanntlich für schwerkranke Menschen zu hochschwellig. Außerdem wird sie, zumindest bei der Techniker Krankenkasse, gerade wieder zurückgefahren. Strukturen allein lösen die Probleme nicht. Entscheidend ist das Handeln der Mitarbeiter in den Diensten. Was halten sie für ethisch richtig, welche Wertmaßstäbe sollen gelten?

Viele psychiatrische Fachkräfte meinen, in erster Linie müsse die Autonomie eines psychisch erkrankten Menschen respektiert werden. Wenn der Kranke einmal »nein« gesagt hat, könne und dürfe man gar nichts unternehmen, solange er keine Gefahr für sich

oder andere darstellt.

Es klingt einfühlsam und verständnisvoll, wenn vom Respekt vor dem psychisch erkrankten Menschen, von der Achtung seiner Autonomie, von der Achtung seiner Menschenwürde gesprochen wird. Aber führt diese Einstellung gegenüber den Schwerkranken, denjenigen, deren soziale und gesundheitliche Situation schon längst von massivem Autonomieverlust geprägt ist, nicht letztlich allzu oft zu sozialer Isolierung, finanzieller Not, Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung, Einweisung in die Forensik oder zu Obdachlosigkeit?

Es kann doch nicht sein, dass tatenlos zugehört wird, wenn der Zustand eines sogenannten uneinsichtigen Patienten sich immer mehr verschlechtert, und dass die erste »Hilfe« die Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung ist. Es kann doch nicht sein, dass gerade schwerkranken Menschen, die nicht in der Lage sind, sich um Hilfe zu bemühen, oder die nicht erkennen können, dass sie hilfebedürftig sind, ein Hilfsangebot verweigert wird. Sollte nicht gerade der Respekt vor der Autonomie verlangen, alles zu versuchen, um eine Eskalation hin zu traumatisierenden Maßnahmen zu vermeiden?

So kann und darf es nicht weitergehen

Ich bin sicher, dass die große Mehrzahl der Angehörigen und, nebenbei bemerkt, auch viele Betroffene, mir zustimmen, wenn ich fordere:

- Wir brauchen eine breite Diskussion über das Verhältnis von Respektierung des aktuellen Willens eines psychisch erkrankten Menschen einerseits und Hilfsangeboten und Fürsorge andererseits.
- Es muss darüber gesprochen werden, ob es ethisch vertretbar ist, unter Berufung auf die Willensfreiheit, einen erkrankten Menschen sich selbst zu überlassen.
- Es muss darüber gesprochen werden, ob es ethisch zu rechtfertigen ist, tatenlos zuzusehen, wie ein erkrankter Mensch sich zunehmend weiter schädigt.

Um es ganz eindeutig auszudrücken: Wir fordern keinen früheren Zwangseinsatz, sondern frühzeitige Hilfsangebote, um Zwang möglichst zu vermeiden. Es muss ein pragmatischer Weg zwischen dem Respekt vor der Autonomie eines kranken, hilfsbedürftigen Menschen einerseits und so krank ist, dass er dies nicht kann, bekommt eben keine Hilfe und kann

sehen, wo er bleibt. Zynisch ausgedrückt: Wer seine Hilfsbedürftigkeit erkennt, kommt in den Genuss staatlicher oder psychiatrischer Fürsorge, wer das nicht erkennt, ist auf Selbstsorge angewiesen, obwohl er diese nicht leisten kann. Auf rechtliche Aspekte möchte ich als juristischer Laie nur kurz eingehen mit dem Hinweis, dass mir kein Gesetz oder kein Gerichtsbeschluss bekannt ist, die es verbieten würde, einem psychisch erkrankten Menschen geduldig und wiederholt Hilfsangebote zu machen.

Zusammenfassend: Gerade der Respekt vor Autonomie und menschlicher Würde eines psychisch erkrankten Menschen gebieten es, ihm alle Hilfe anzubieten und dies auch wiederholt, auch wenn er die Hilfe nicht selbst einfordert.

Psychisch schwerkranke Menschen brauchen Fürsorge. Gefragt sind geduldig wiederholte Hilfsangebote und der Versuch, eine Beziehung herzustellen. Der Versuch wird nicht immer gelingen. Wird er aber nicht gemacht, liegt unterlassene Hilfeleistung vor.

Aus SOZIALE PSYCHIATRIE 03/2017

Dr. Hans Jochim Meyer, Vorsitzender des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, Hamburg
E-Mail: hans.jochim.meyer@lapk-hamburg.de
Christian Zechert, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn, E-Mail: zechert.bapk@psychiatrie.de

Anmerkungen

1 www.lapk-hamburg.de/index.php/aufruf-aufsuchende-behandlung-staerken

2 Aufruf und Petition können unter folgender Internetadresse abgerufen werden:
www.lapk-hamburg.de

Die Aktualität des vorstehenden Artikels zeigt dieser Brief einer verzweifelten Mutter aus unserem Landesverband:

Es ist schon so viel bei mir passiert, dass ich doch ganz schön gelitten habe.

Nach einem erneuten Suizid – Versuch wurde mein Sohn (in Baden Württemberg lebend) von der Polizei in die Psychiatrie gebracht. Ich hatte mich telefonisch an das Gericht gewandt und den Richter um Zwangseinweisung gebeten.

Diese wurde nach 9 Tagen wieder aufgehoben. Mein Sohn befand sich in der Zeit vom 04.09. – 25.09.17 auf 4 verschiedenen Stationen. Wir hatten täglich Kontakt, telefonisch sowie auch schriftlich.

Ein Pfleger teilte mir mit, dass mein Sohn von einem Spaziergang (ca. 10.00 Uhr) nicht mehr auf Station gekommen sei. Er wollte wissen, ob ich eine Idee habe, wo er hingegangen sein könnte. All seine Sachen sind noch in der Klinik. Ich wohne über 400 km von meinem Sohn entfernt.

Wie soll es weiter gehen? Er hat zuvor seine Wohnung verloren und war in einem Container untergebracht.

Schlaflose Nächte, ständige Angst vor dem Klingeln des Telefons.

Menschenwürde wahren, Zwangseinweisung vermeiden, aufsuchende Hilfen stärken

Bericht über die Fachtagung »Zwischen Recht auf Autonomie und unterlassener Hilfeleistung« Von Hans Jochim Meyer und Christian Zechert

Unter der Federführung des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Hamburg (LApK) und zusammen mit dem Rauhen Haus Hamburg sowie dem Bundesverband der Angehörigen (BApK) fand am 27.



April 2017 eine bemerkenswerte Veranstaltung statt. Belegt bis auf den letzten Platz wurde sie im hohen Maß gemischt von klinisch und ambulant Tätigen, Familienangehörigen und auch zahlreichen Psychiatrie-Erfahrenen besucht. Nach den Grußworten von Pastor Dr. Friedemann Green, Vorsteher Stiftung Das Rauhe Haus, und Gudrun Schliebener, BApK, legte Dr. Hans Jochim Meyer dar, »warum wir als Angehörige nicht tatenlos zuschauen dürfen«. Er machte klar, dass es um die vom psychiatrischen Hilfesystem kaum erreichten Ersterkrankten mit Psychosen geht. Und um chronisch Erkrankte, die einen großen Bogen um die ihnen zu gut bekannte Klinik machen, um Menschen also, die krankheitsbedingt ihren Hilfebedarf nicht mehr erkennen. Angehörige sehen diese Entwicklungen, erleben die Verschlechterung hautnah und fordern, statt bis zur Zwangseinweisung zu warten, aufsuchende Hilfen zu stärken. Dass in einer sich sozialpsychiatrisch verteilenden Region wie Hamburg kein Krisendienst existiert, ist unverständlich.

Großen Anklang fanden die einführenden Grundsatzzvorträge. Die Hamburger Philosophin mit eigener Praxis, Dr. Christiane Pohl, referierte zur Bedingtheit, aber auch Unabhängigkeit von »Autonomie und Würde« und wie Würde auch bei Verlust von Autonomie erhalten bleibt. Über die rechtliche Güterabwägung sprach der Jurist und Pädagoge Prof. Dr. Wolfgang Schütte Er erläuterte u.a., wo in unserer Gesetzgebung Spielräume für aufsuchende und frühe Hilfen besser genutzt werden können.

Experten aus Erfahrung

Im zweiten Tagungsabschnitt folgten die Beiträge der Experten aus Erfahrung und Praxis. Reiner Ott, im Rauhen Haus als Genesungsbegleiter tätig, be-

richtete, wie wichtig es für ihn war, trotz aller Krisen seine Autonomie zu wahren, und auch, wenn es ihm schlecht ging, die Entscheidung über die Form der Behandlung zu behalten. Umso verlet-

zender für ihn, wenn er sich an die Fixierung und medikamentösen Sedierungen erinnert. Ein Gefühl wie Folter. Dass nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen gleicher Meinung sind, führte Rolf Scheffel von EX-IN Hamburg aus. Er hat die Erfahrung gemacht, dass Hilfe in Phasen, in denen er sich nicht mehr ausreichend zu steuern vermag, für ihn überlebenswichtig ist.

Wie Angehörige sich in solchen Phasen fühlen, wie sie unter einer sich stetig verschlechternden Krankheitsdynamik eines jungen Erwachsenen bei einer zuvor normal verlaufenden Kindheitsbiografie mitleiden, beschrieb Renate Bublitz vom LApK Hamburg in eindrucksvollen, alle Zuhörenden berührenden Sätzen. Deutlicher konnte es nicht aufgezeigt werden, dass Angehörige auch Betroffene sind. Die Grundsätze der Praxis im Rauhen Haus aus Sicht der Leitung stellte Wolfgang Bayer souverän dar. An der Seite der Klienten zu sein, sei der Kernauftrag der Sozialpsychiatrie, was manchmal auch im Widerspruch zu den Erwartungen z.B. der Angehörigen stehe. Die Tatsache, dass die Sozialpsychiatrie zu viele Menschen nicht erreiche, müsse selbstkritisch analysiert werden.

Die von Reinhard Förtsch vorbereitete und spannend moderierte Podiums- und Plenumsdiskussion zeigte an dem von Karin Momsen-Wolf vorgestellten Schicksal ihrer beiden Adoptivkinder, welche extremen Belastungen für Angehörige vorliegen, wenn ihr Ruf nach Hilfen ungehört bleibt, wenn eine dramatische Krankheitsentwicklung nicht unterbrochen wird. Jurand Daszkowski, LPE Hamburg, Wolfgang Bayer, Christiane Pohl und Hildegard Esser, Leiterin BGV Hamburg, diskutierten mit dem Publikum nicht nur diesen Fall. Dass auch »Liebe« gegenüber schwerkranken Menschen Ausdruck einer professi-

onellen Grundhaltung ist, war eines der packenden Statements aus dem Publikum.

Wissenschaft: Hat sie Lösungen u. Perspektiven?

Anstelle von Prof. Dr. Jürgen Gallinat UKE, referierte Di Alexandra Bossupopulos, leitende Ärztin des IV-Projektes beim UKE, über die praktischen Aspekte der aufsuchenden Behandlung, die spätestens dann tatsächlich aufsuchend wird, wenn sich der Patient nicht mehr meldet. Bemerkenswert: Die Zahlen der Zwangsmaßnahmen sanken bei den beteiligten Patienten um ein Vielfaches. Frühe Interventionen am richtigen Ort, Vertrauen zueinander haben, ein Team, für welches Mobilität selbstverständlich ist, und ein inneres Engagement für die schwer kranken Patienten zeigen, dass der eingeschlagene Weg richtig ist.

Dass auch die »Pflegepraxis und Pflegewissenschaft« lernen muss, mit veränderten Strukturen umzugehen, berichtete gekonnt humorvoll und auf den Punkt gebracht der Pflegewissenschaftler Prof.

Dr. Michael Schulz von der FHD Bielefeld. Bislang sei die Ausbildung der psychiatrischen Pflege stets an ein Krankenhaus gebunden. Dies sei institutionell vorgegeben, es dürfe aber auch infrage gestellt werden, ob dies sinnvoll ist. Beeindruckt zeigte er sich auch von den Berichten der Angehörigen, deren Perspektive im klinischen Alltag häufig unterginge.

Mit einem Schlusswort verabschiedete Dr. Meyer die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die aus den Reihen der Zuhörer und auch per E-Mail kommenden, anerkennenden Worte zeigten, dass es den Beteiligten gelungen war, eine rundum gelungene Veranstaltung zu organisieren. Besondere Aufmerksamkeit fand die dialogische Gestaltung der Tagung.

Solche Formen kritischer Diskussionen gemeinsam von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und Profis wünschten sich viele Teilnehmer öfter. Eine Fortsetzung 2018 ist in Vorbereitung

Aus: SOZIALE PSYCHIATRIE 03/2017

Was Biografiearbeit leisten kann

Dr. Heike Stecklum, Mitglied des Vorstandes

Angeregt durch Beiträge dieser und früherer Ausgaben der Schwalbe und den eigenen fachlichen Hintergrund befasst sich dieser Artikel mit Möglichkeiten der systematischen Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie. Ausgehend von erprobten Methoden in Bezug auf verschiedene Zielgruppen wird hierbei insbesondere überlegt, inwiefern ein als "Biografiearbeit" bezeichneter Ansatz im Zusammenhang mit Erfahrungen Angehöriger psychisch erkrankter Menschen hilfreich sein kann.

Biografie wird hierbei nicht lediglich als Aneinanderreihung lebensgeschichtlicher Ereignisse verstanden, sondern als andauernder Prozess. In diesem verändert sich das Erzählen von und die Auseinandersetzung mit dem individuellen Leben im Fluss neuer Erfahrungen und der Begegnung mit anderen Menschen. Je nach unserer Einbettung in ein kulturell geprägtes soziales Umfeld, die Möglichkeiten, welche sich in einem gesellschaftlich-historischen Zusammenhang eröffnen bzw. verschließen, wird individuelles Leben in typischer Weise und doch gleichzeitig individuell unterschiedlich beeinflusst. Die folgende Definition fasst die verschiedenen Aspekte von Biografie zusammen:

„*Biografien sind subjektive und bedeutungsstrukturierte Konstruktionen des individuellen Lebens, wie sie sich in der kognitiven, emotionalen und körperlichen Auseinandersetzung zwischen individuellem Erleben und gesellschaftlichen und kulturellen Dimensionen herausbilden. In der Biografiearbeit geht es daher nie um die Rekonstruktion von Fakten bzw. dessen Realitätsgehalt, als vielmehr um das Verstehen des 'Eigen-Sinns' biografischer Äußerungen.*“

(Miethe 2017: 21).

Das hier angesprochene Verstehen als Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie wird auch in einigen der Beiträge dieses Heftes thematisiert. Da sind die Geschwister psychisch erkrankter Menschen, die sich in ihrem neu gegründeten Netzwerk gemeinsam mit ihren bisherigen Erfahrungen auseinandersetzen, diese in ihr aktuelles Leben integrieren und versuchen, einen sinngebenden kreativen Umgang damit zu finden. Am Beispiel von Dr. Peukert (siehe S. 17/18) zeigt sich, wie das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Bruder die Berufswahl beeinflussen kann. Dr. Peukerts berufliche Praxis in der Psychiatrie kann wiederum seinen Erfahrungen als Angehöriger einen Sinn verleihen und ihrer biographischen Verarbeitung dienen. Der sehr persönliche Bericht von Anne-Julie (siehe Seite 21) zeigt ihre

Beschäftigung mit belastenden Kindheitserfahrungen, die sie in der Gegenwart versucht im Kontext ihrer Familiengeschichte zu verstehen. Somit – wie auch angeregt durch Literatur und mithilfe kreativer Praktiken – erschließt sie sich Möglichkeiten, mit diesen Erfahrungen heute besser zurecht zu kommen und damit depressive Phasen abzumildern oder sogar deren Häufigkeit zu verringern.

Mich als Biografieforscherin und als Hochschullehrende interessiert seit längerer Zeit, wie Menschen verschiedenste lebens- und familiengeschichtliche Erfahrungen aus der Gegenwartsperspektive betrachten und in ihre Zukunftsvorstellungen einfließen lassen. Hierbei gilt meine Aufmerksamkeit sowohl den psychisch erkrankten Menschen selbst – deren Biografien ich erforscht habe – wie auch den Angehörigen, zu denen auch ich gehöre.

Häufig geschieht biografische Auseinandersetzung weniger geplant und unwillkürlich im Vollzug unseres Lebens, wenn wir gefordert sind, einen Umgang mit Erlebtem zu finden, Umbruchsituationen zu bewältigen und daraus neue Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Bereits das Erzählen kann hierbei bewirken, Erlebtes zu verstehen und zu ordnen bzw. angesichts schwieriger, traumatisierender Erfahrungen heilsam sein. Dieser reflektierende Umgang mit Vergangenen wird in der Fachliteratur je nach Fachdisziplin mal als „biografische Reflexion“, „biografisches Lernen“ oder „biografische Arbeit“ bezeichnet. Dem damit Gemeinten entsprechen die oben genannten Beispiele, welche beispielhaft zu ergänzen wären durch das Verfassen von Autobiografien oder anderen autobiografischen Textformen, das individuelle oder gemeinsame Erinnern einer Gruppe bzw. in der Familie zu einem bestimmten Thema oder die Erstellung eines Familienstammbaums anhand von Recherchen. Nicht zuletzt kann in diesem Sinne das Engagement in unserem Verband und die Beteiligung an einer unserer Selbsthilfegruppen als eine Möglichkeit zur biografischen Arbeit an unseren, teils sehr ähnlichen und doch auch individuellen, Erfahrungen verstanden werden. Allen in der Selbsthilfe Tätigen wird die Bedeutung des damit verbundenen Austauschs bis zum kreativen Umgang mit der Erkrankung eines oder mehrerer Angehöriger einleuchten.

Biografarbeit geht jedoch als systematische und fachlich angeleitete Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte darüber hinaus. Das heißt, in eigens zu diesem Zweck geschaffenen, professio-

nellen Zusammenhängen werden Menschen mithilfe geeigneter und erprobter Methoden zur biografischen Auseinandersetzung angeregt und darin unterstützt.

„Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild ist Biografarbeit eine strukturierte Form der Selbstreflexion in einem professionellen Setting, in dem an und mit der Biografie gearbeitet wird. Die angeleitete Reflexion der Vergangenheit dient dazu, Gegenwart zu verstehen und Zukunft zu gestalten. Durch eine Einbettung der individuellen Lebensgeschichte in den gesellschaftlichen und historischen Zusammenhang sollen neue Perspektiven eröffnet und Handlungspotenziale eröffnet werden.“
(Mieth 2017: 24)

Hierbei greift man unter anderem auf Erfahrungen und Methoden der Biografieforschung (z.B. das narrative Interview), der biografisch orientierten Pädagogik (z.B. die Arbeit mit Zeitzeugen) oder verschiedener Therapien (z.B. die Lebenslinie aus der systemischen Familientherapie) zurück. Im Unterschied zu Psychotherapien, wie sie im Mittelpunkt des Beitrags von Dr. Polzer standen, zielt Biografarbeit jedoch nicht auf die Heilbehandlung angesichts einer psychischen oder körperlichen Erkrankung ab. Da der Ansatzpunkt professionell gestalteter Biografarbeit der Mensch mit seinen Erfahrungen, unabhängig von Krankheitsdefinitionen ist, stehen hier (Selbst-)Bildungsprozesse im Mittelpunkt. Die biografische Auseinandersetzung kann jedoch bei erkrankten Menschen Prozesse der Gesundung anregen, unterstützen und begleiten. Damit verbundene Fragen wie „Wer bin ich?“, „Was zeichnet mich und meine Lebensführung aus?“, „Woher komme ich?“, „Wo sehe ich mich in der Zukunft?“ richten sich nicht nur vordergründig auf schwierige Themen und Erfahrungen oder Lücken biografischen Wissens. Es werden ebenso erreichte Ziele, individuelle Ressourcen und der gelungene und bewährte Umgang mit Handlungsanforderungen in den Blick genommen. Werden solche Potenziale angesichts (psychisch) belastender Situationen und Krisen bewusst gemacht und wiederbelebt, können sie aktivieren, neue Perspektiven eröffnen und zur Lebenszufriedenheit beitragen. Somit besteht sowohl die Chance für Psychiatriepatienten und -patientinnen als auch die verschiedensten Angehörigengruppen (Kinder, Geschwister, [Groß-]Eltern, Anverwandte), sich selbst (neu) zu entdecken.

Hierbei wird idealerweise berücksichtigt, welche Themen von Interesse sind und welche Kompeten-

zen Teilnehmende dafür mitbringen. So muss Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen andere Bedürfnisse, Interessen und Möglichkeiten berücksichtigen, als mit an Demenz erkrankten (älteren) Menschen. Psychisch erkrankte Menschen wären in akuten Krankheitsphasen vermutlich mit einigen Methoden überfordert. Andererseits kann die Besinnung auf biografisch verankerte und im Alltag praktizierte Aktivitäten wie Kochen/Backen, Handarbeiten, musikalische, sportliche oder künstlerische Betätigung helfen, den Zugang zu ihnen wiederzugewinnen und darüber ins Erzählen zu kommen.

Meine eigene Forschung hat gezeigt, dass sie selbst auf Handlungsmuster zurückgreifen, die sie sich oft in den Herkunftsfamilien oder der Schule angeeignet haben und die ihnen dabei helfen, das „So-Geworden-Sein“ bzw. Konflikte und Krisen besser zu verstehen. Mitunter griffen sie dabei Strategien und Techniken auf, die bereits Großeltern und Eltern(-teile) in schwierigen Situationen halfen oder die gemeinsam praktiziert wurden. Während eine Interviewpartnerin beispielsweise Tagebuch führt und Gedichte schreibt, waren andere zeitweise in der Landwirtschaft tätig.

Vermittelt über eher alltagsnahe Tätigkeiten innerhalb einer sozialen Einrichtung (z.B. Heim oder Wohngruppe) oder einer Klinik findet Biografiearbeit eher *informell* statt. Das heißt, professionelle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nutzen Situationen, um mit den betreuten Menschen in biografisch orientierte Gespräche zu kommen und dabei das Erinnern und Nachdenken anzustoßen. Besonders verbreitet und bewährt ist diese Methode in der Jugendhilfe und in Pflegeeinrichtungen – in denen jeweils ja auch Personen mit psychiatrischen Diagnosen leben.

Über konkrete Erfahrungen der Biografiearbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen berichten Horst Lazarus und Marianne Bosshard (Lazarus/Bosshard 2005). Sie gehen in einer Art Bildungsinterview der Frage nach, auf welche Bildungserfahrungen im weitesten Sinne (d.h. heißt alles der Selbstbildung Dienende) Menschen mit verschiedenen Diagnosen zurückblicken können. Derart erzählte, erinnerte und nutzbar gemachte Erfahrungen werden dann erfolgreich als Anknüpfungspunkt für ganz individuell gestaltete „Bildungspläne“ genutzt. Da der Fokus darauf liegt, solche Erfahrungen zu wecken, die mit Neugier und Interesse bzw. Freude, Genuss und Erfolg verbunden waren, kann damit das mitunter verloren gegangene Selbstwertgefühl gestärkt und die emotionale Ver-

arbeitung beeinflusst werden.

Weitere Methoden werden systematisch in der *formell* organisierten Biografiearbeit angewandt. Diese findet in extra zu diesem Zweck organisierten Veranstaltungen, oft in Form von Workshops, unter Leitung spezifisch fortgebildeter (Sozial-)Pädagogen oder Psychologen statt. Je nach Zielsetzung, Zielgruppe, deren Belastbarkeit und organisatorischen Rahmenbedingungen entscheidet man sich für Einzel- oder Gruppenarbeit. In der Gruppenarbeit nutzt man, dass Erzählen immer auch die Erinnerung der Zuhörenden anregt und somit Themen in größerer Breite bearbeitet werden können. Die Themen, die in solchen Workshops bearbeitet werden, sind sowohl sehr persönlicher wie auch allgemeiner Art, lustig wie durchaus auch schwierig oder mit Scham besetzt. In der Gestaltung der Rahmenbedingungen muss darauf geachtet werden – z.B. durch den verantwortungsvollen Umgang mit dem Erzählten/Geschriebenen und einen angemessenen Umgang mit Nähe und Distanz zwischen allen Beteiligten.

Konkrete Methoden, die hierbei zum Einsatz kommen, sind zunächst solche, die auch in anderen Seminaren und Workshops angewandt werden – z.B. Übungen zum Kennenlernen und Vertrauen aufbauen. Andere Formen sind der Biografieforschung und Therapie entlehnt, verfolgen jedoch hier andere Zwecke. Außer Interviewformen werden z.B. Familienbeziehungen in sogenannten Genogrammen dargestellt und so die Erinnerung angeregt. Hierbei werden auch verschiedenste Formen des kreativen, autobiografischen Schreibens einbezogen. So können Texte entstehen, die zu einem Lebensbuch erweitert und an Kinder und Enkel weitergegeben werden.

Das Schreiben hat den Vorteil, dass nicht alles an andere mitgeteilt werden muss. Erinnerung kann durch den Einsatz von Medien wie Fotos, Filme, Bücher und andere angeregt werden. Erinnerungskoffer mit verschiedensten Gegenständen aus dem Alltagsleben können ebenso zum Einsatz kommen, wie spielerische Elemente. Es gibt spezielle Karten- und Brettspiele, die zum Zweck der Erinnerungsarbeit entwickelt wurden. Mit Menschen, denen die sprachliche Artikulation schwerer fällt, arbeitet man eventuell besser mit kreativen Methoden wie zeichnen, modellieren oder musizieren. Die Möglichkeiten sind umfangreich und reichen bis zu öffentlich gerahmtem Erzählen und Erinnern in Erzählcafés. Es sprengt hier leider den Rahmen, ausführlicher darauf einzugehen.

Das Ziel dieses Beitrages ist jedoch erreicht, wenn das Interesse der Leserinnen und Leser an Biografiearbeit geweckt wurde. Wenn zudem die vorstehenden Darlegungen nachvollziehbar waren, entwickelt vielleicht der/die Eine oder Andere eine Vorstellung davon, wie geeignete Methoden für die eigene Arbeit an der Biografie genutzt werden bzw. der erkrankten Person im familialen Umfeld ermöglicht werden können.

Literatur:

Miethe, Ingrid (2017): Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Lazarus, Horst/Bosshard, Marianne (2005): Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Aktuelles ... Aktuelles ... Aktuelles

Zwangsbehandlung darf „nur letztes Mittel“ sein

Im Juni 2017 verabschiedete der Deutsche Bundestag ein Gesetz, das die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung für die Behandlung von nicht einsichtsfähigen Patienten gegen ihren Willen regelt. Mittlerweile auch vom Bundestag beraten und verabschiedet. Eine medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten ist „nur als letztes Mittel“ erlaubt, so die Richter beim Bundesverfassungsgericht. Sie betonten dabei, dass auch hier die engen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes wie sie für die Behandlung psychisch kranker Straftäter im sogenannten Maßregelvollzug gelten, anzuwenden seien. Schließlich sei es den Betroffenen gleichgültig, auf welcher rechtlichen Grundlage eine Zwangsbehandlung erfolgen soll. So oder so sei es ein schwerer Eingriff in die Grundrechte der Patienten.

Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung wurden klar definiert. So gehöre „die krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit des Betroffenen oder dessen Unfähigkeit zu einsichtsgemäßen Verhalten“. Es

muss zunächst alles versucht werden, in Gesprächen zu einem einsichtigen Verhalten zu gelangen.

Weiter ist laut Bundesverfassungsgericht eine Zwangsbehandlung nur unter ärztlicher Aufsicht zulässig. Dabei ist zu dokumentieren, welche Maßnahmen unter Zwang erfolgt sind und wie dies durchgesetzt wurde. Jede Zwangsbehandlung muss zudem erfolgversprechend und verhältnismäßig sein. Planbare Behandlungen sind dem Patienten anzukündigen, damit er gegebenenfalls gerichtlichen Schutz suchen kann.

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus 2016 kann dabei eine Zwangsbehandlung aber auch außerhalb von Kliniken zulässig sein, etwa in Heimen. In seiner neuen Entscheidung betont das Bundesverfassungsgericht, dass dies vorab von außen kontrolliert werden muss, wenn die Zwangsbehandlung durch das Heimpersonal selbst erfolgt.

Nach Ärzte-Zeitung vom 16.08.2017

Anmerkung:

der Wortlaut des Gesetzes: »**Neuregelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen**« kann als PDF-Datei auf unserer Homepage heruntergeladen werden.

Patientenkongress Depression – Den Betroffenen eine Stimme zu geben, hilft letztendlich Allen Peggy Stuber, Leiterin der Geschäftsstelle

Betroffene und Angehörige wissen: Traurigkeit und Depression haben ungefähr so viel miteinander zu tun wie ein verstauchter Knöchel und ein Beinbruch. Leider ist diese Information in der Öffentlichkeit

noch nicht angekommen. Stattdessen müssen sich Patienten und Angehörige immer wieder gegen gut gemeinte Ratschläge wehren. Doch die helfen nicht, unter Umständen schaden sie sogar!

Die Stiftung Depressionshilfe veranstaltet alle zwei Jahre einen Patientenkongress zum Thema Depression. Der besondere Rahmen dieses Kongresses im Leipziger Gewandhaus schafft es, besonders viele Patienten und deren Angehörige zu aktivieren. In diesem Jahr kamen 1200 Menschen zusammen. Eine solch große Veranstaltung erregt Interesse bei den Medien. So gelingt es Schritt für Schritt mehr Menschen über diese Krankheit aufzuklären.

Schirmherr der Stiftung Deutsche Depressionshilfe ist der bekannte Fernsehmoderator Harald Schmidt. Zugegeben, seinen schwarzen Humor und seine mitunter platten Witze mag nicht jeder. Doch als prominente Persönlichkeit gelingt es ihm, eine Öffentlichkeit für das Thema zu gewinnen wie das sonst kaum möglich wäre. Seine Moderation des ersten Veranstaltungstages ist überraschend engagiert. Man merkt ihm an, dass er kein gebuchter Moderator ist, sondern sich wirklich für die Stiftungsziele einsetzt. Ganz nebenbei erfährt man nämlich, dass er die Stiftung nicht nur mit seinem Namen unterstützt, sondern die Geschäftsstelle in den Anfangsjahren finanziell abgesichert hat.

In vielen Vorträgen erhält der Besucher in den zwei Tagen grundsätzliche Informationen zur Krankheit

und wird über die neuesten Forschungsansätze informiert. In Workshops ist außerdem Gelegenheit auf speziellere Fragen einzugehen. An über 30 Informationsständen präsentieren Krankenkassen, Vereine und Verbände ihre Projekte. Doch neben dem aufschlussreichen Informationsmaterial und der Flut an Werbekugelschreibern und Schlüsselbändern beeindruckt vor allem die Stimmung auf diesem Kongress. Man bewegt sich in einem Kreis von Wissenden. Die Atmosphäre ist offen und von Verständnis geprägt. Niemand muss sich hier erklären. Stattdessen herrscht, trotz des bedrückenden Themas, eine freundliche, gelöste Stimmung in der jeder so sein kann, wie er eben ist. Das ist wohlthuend und erleichtert das Knüpfen neuer Kontakte erheblich. Man wünscht sich das für jeden Kongress.

Das Motto des 4. Deutschen Patientenkongresses lautete: „Den Betroffenen eine Stimme geben.“ Dieses Motto wird auch in den nächsten Jahren noch aktuell sein und gilt im Grunde für alle psychischen Erkrankungen. Wir alle arbeiten in der Hoffnung daran, dass unsere Gesellschaft irgendwann aus einem großen Kreis von Wissenden besteht, in dem sich kein Mensch verstecken muss, weil er anders tickt und kein Angehöriger deshalb in Not gerät.

Wir berichten über den Länderrat 2017 Christine Fischer, Stellv. Vorsitzende des Vorstandes

Auch in diesem Jahr kamen Vertreter aller Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker zu einem Länderrat zusammen. Gemeinsames Ziel ist es, zusammen mit dem Bundesverband die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihrer Familien zu erreichen. Ausgerichtet wurde dieses Treffen vom Landesverband Halle und fand vom 05.05. – 07.05.17 statt. Hauptthema war: „Geschwister sind auch Angehörige“.

Teilgenommen haben der Bundesverband, Vertreter aus 13 Landesverbänden, eine Geschwistergruppe sowie Vertreter aus der Politik (Sozialministerin Sachsen/Anhalt, der Paritätische und Beigeordnete für Bildung und Soziales Stadt Halle), die über den Einsatz von Psychiatriekoordinatoren in Zusammenarbeit mit den Kommunen sowie über Möglichkeiten der Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern berichteten. Die Landesvorsitzende der Lebenshilfe sprach über das Bundesteilhabegesetz. Es ist ein Rahmengesetz zur Finanzierung der Leistungen für Menschen mit Behinderung und wird stufenweise bis 2023 in Kraft treten. In der Zeit kann geschaut werden, wie sich die neuen gesetzlichen Regelungen

auswirken und ob es noch der Nachbesserung bedarf. ***Angehörige sind auch Erfahrene- und was ist eigentlich Angehörigenarbeit?*** Darüber sprach Herr Fritz Bremer aus Baden Württemberg.

Er begann mit seinen Ausführungen von eigenen Angehörigen-Erfahrungen zu sprechen und welche Empfindungen, Gedanken und Fragen er dabei hatte. Er stieß dabei auf ein großes Problem: „Helfen wollen und Nichthelfen können“. Wut, Trauer, Schmerz und Aussichtslosigkeit machen die Beziehung zwischen den Angehörigen der Familie krank. Deswegen benötigen Angehörige und Betroffene Hilfe.

Angehörige und Profis reden oft noch aneinander vorbei. Die eigene Ratlosigkeit, Angst und die Schuldgefühle bleiben nur. Angehörige brauchen Unterstützung. Das alles für den Betroffenen getan werden muss, steht noch sehr im Vordergrund. Die Angehörigen brauchen auch dasselbe, was sie den Betroffenen geben sollen. Dazu gehören genaues Hinhören und Verstehen der Situation. Die Schwierigkeit dabei ist, dass die Angehörigen die Erfahrungen des Betroffenen nicht verstehen können und umgekehrt ist es das Gleiche. Dabei muss die Frage nach dem Umgang mit Verstrickung und Not konkret

gestellt werden. Es gilt, die erfahrbaren Grenzen von Verstehen und Helfen zu erkennen und zwar nicht, um indirekt doch wieder etwas für den Betroffenen zu tun, sondern nur zur eigenen Entlastung.

Der erste Schritt hierbei ist: „Akzeptieren und Anerkennen“, das heißt, die Angehörigenerfahrung zu akzeptieren und sich selbst darin anerkennen und annehmen. So kann man lernen, sich in der Krise zu entwickeln. Aussagen wie: „Angehörige sind überlastet und können sich oft nicht lösen“ oder „Unfähigkeit von Angehörigen loszulassen, gefangen sein durch die Erkrankung“ sind die Redeweise von Profis. Was heißt „Loslassen“, wenn es einem Angehörigen bedrohlich schlecht geht? Loslassen sollte man keineswegs den Menschen und auch nicht von der Beziehung zu ihm, sondern die Beziehung muss sich wandeln. Herr Brehmer erkannte auf Grund seiner Erfahrungen während seiner Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung, dass Angehörige für ihre behinderten Angehörigen lebenswichtig waren und sind und dass sie in allererster Linie vor jeder Einrichtung für sie eintreten.

In den 80er und 90er Jahren wurde die Angehörigenarbeit neu entdeckt und das Augenmerk auf die Angehörigengruppen und Angehörigenberatung gerichtet. Dies war damals ein wichtiger und für viele Angehörige ein entlastender Fortschritt. Dabei wur-

den die Psychoseseinare durch die Pharmaindustrie wichtig für neue Erfahrungen und entlastende Erkenntnisse. Dabei blieb aber die Rolle der Angehörigen offen. Als Angehörigenarbeit bezeichnete man damals die Arbeit von „Profis“ mit und an den Angehörigen. Dieser Begriff muss neu definiert werden. Angehörigenarbeit ist die Arbeit der Angehörigen für ihre psychisch Kranken.

Herr Brehmer warf die Frage auf: „Wie kommen wir zu einer Neubestimmung der Situation der Angehörigen“? Es gibt nicht die „Angehörigen“. Der Begriff muss differenziert werden, denn in den Landesverbänden bezieht man sich auf diejenigen, die sich in Selbsthilfegruppen treffen und bereit sind, über ihre Situation zu sprechen, ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen.

Wie sind aber all die anderen zu erreichen? Das wären die Kinder psychisch kranker Eltern, es gibt die Geschwister psychisch kranker Menschen, es gibt erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, die beruflich im Hilfesystem tätig sind und über Erfahrungen verfügen und noch einige andere. Die Differenzierung ist notwendig, um zu klären welche Interessen und wessen Interessen der Verband der Angehörigen gegenwärtig vertritt und welche Interessen er entdecken und zukünftig auch vertreten soll.

Herr Brehmer gab den Landesverbänden folgende Vorschläge auf den Weg:

1. Erstellung von Leitlinien für Teams (Profi und Angehörige)
2. Einfordern von Hinweisen zum Bundesteilhabegesetz
3. Selbstbewusst Forderungen formulieren
4. Aufruf zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Angehörigen psychisch Kranker
5. Forschung von Kindern psychisch kranker Eltern als weitere Hilfe zu nutzen.

Der Vortrag von Herrn Brehmer kann auf der Website des Landesverbandes von Baden-Württemberg nachgelesen werden.

„Geschwister sind auch Angehörige“ – ein Thema, welches jetzt in den Vordergrund rückt.

Geschwisterkinder wurden bisher vom Hilfesystem fast nicht wahrgenommen und auch kein Augenmerk auf ihre Situation in der Familie gerichtet. Da sich die Eltern überwiegend auf die Erkrankung des Bruders oder der Schwester konzentrieren, rücken die

Geschwister in der Familie in den Hintergrund. Später stellt sich die Frage, wer die Verantwortung übernimmt. Schuldgefühle entstehen mit dem Gedanken, muss ich die Arbeit der Eltern weiter machen. Es entsteht eine gewisse Hilflosigkeit und Angst, weil man

nicht weiß; wie man helfen kann. Dann gibt es noch das Stigma-Problem.

Geschwister wollen nicht die Verantwortung übernehmen. Sie haben ein Recht auf ihr eigenes Leben und auf ihre Gesundheit.

Einen interessanten Vortrag hierzu hielt Prof. em. Dr. Peukert aus Hessen über: „Die besondere Situation von Geschwistern – Belastungen, Chancen, Zmutungen“.

Herr Dr. Peukert begann seinen Vortrag damit, wie er mit seinem psychisch kranken Bruder aufwuchs, wie er sich selbst um Familie und Studium bemüht hat und wie die Beschäftigung mit dieser Thematik letztendlich berufsentscheidend war.

In Gesprächen mit anderen Geschwistern stellte Herr Dr. Peukert gleiches Erleben fest, aber mit einer strukturell nahezu identischen Biographie.

Geschwisterkinder wird in Zukunft ein großes Thema sein und für dass sich die Landesverbände stark machen werden. Bereits auf dem Länderrat 2016 in Berlin meldeten sich Geschwister zu Wort und sprachen über ihre Probleme und Anliegen. Um Gehör

zu finden, wurde 2017 ein Geschwisternetzwerk gegründet, durch das ein Diskussionsforum geboten wird.

Der Länderrat 2017 war sehr informativ und auch sehr anregend für unsere Arbeit. Unser Landesverband möchte zusammen mit den anderen Landesverbänden an der Verwirklichung dieser hohen Ziele mitarbeiten.

Der nächste Länderrat 2018 findet in Thüringen statt, in der Landeshauptstadt Erfurt. Gastgeber ist unser Landesverband. Hauptthema wird sein: „Kinder psychisch kranker Eltern“.

Nachtrag zu den Ausführungen zum Länderrat im Mai 2017 in Halle

Geschwisternetzwerk

Wie im vorstehenden Bericht ausgeführt, wurde in Halle beim Ländertreffen das Geschwisternetzwerk ins Leben gerufen. Da es leider nicht in jedem Landesverband flächendeckend Selbsthilfegruppen für Geschwister geben wird, ist durch das Netzwerk zumindest ein virtueller Austausch möglich. Wer sich als Schwester oder Bruder im Netzwerk registrieren lassen möchte, muss nur eine E-Mail schreiben an: geschwisternetzwerk@bapk.de. In Kürze wird die Freischaltung für das Forum unter www.bapk.de/geschwisternetzwerk erfolgen. Das Geschwisternetzwerk stellt einen weiteren Schritt dar, um sich der speziellen Thematik von betroffenen Schwestern und Brüdern anzunehmen.

www.psychiatrie.de So heißt die Internetadresse,

unter der Sie als Angehörige oder als psychisch erkrankter Mensch, alle wichtigen Informationen finden, die Sie brauchen: Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, Psychopharmaka, Selbsthilfe und vieles mehr.

Wir weisen auf diese Seite hin, weil sie aus dem Psychiatrie Netzwerk hervorgeht, dem der Bundesverband der Angehörigen neben einigen anderen Verbänden angehört und deshalb garantiert, dass dort keine einseitigen Informationen zu finden sind.

Sowohl diese Homepage als auch die Homepage des Bundesverbandes (www.bapk.de) sind auf dem aktuellsten inhaltlichen und technischen Stand.

Reinschauen lohnt sich auf jeden Fall!

Resolution des Bundesverbandes und der Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen

vom Mai 2017 zum: »Einbezug ihres Angehörigenwissens bei der Behandlung erkrankter Familienmitglieder«

Die im Länderrat vertretenen Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankte Menschen mit ihren ca. 8.500 Mitgliedern und ihr Bundesverband (BApK) stellen fest:

Die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen wie Ehepartnern, Eltern, Geschwistern und Kindern bei der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung ihrer erkrankten Familienmitglieder ist erheblich verbesserungsbedürftig. Dazu gehören auch Vertrauenspersonen aus dem privaten

Umfeld. Die Gründe hierfür liegen sowohl bei den Angehörigen, als auch institutionell bedingt bei den Kliniken und Abteilungen.

Erfreulicherweise finden sich in nahezu allen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkun-

de (DGPPN) zahlreiche Empfehlungen zur Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen Beteiligten, wenn dies im Einvernehmen mit dem Betroffenen geschieht.

Die DGPPN als größte psychiatrische Fachgesellschaft greift damit Forderungen auf, die bereits seit über 40 Jahren in der „Psychiatrie –Enquete“, dem „Bericht der Expertenkommission“ und der „AG zur Zukunft der Psychiatrie“ verankert wurden. Zum Teil waren daran alle Verbände incl. der Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) beteiligt. Die DGPPN konkretisiert in den Behandlungsleitlinien die Beteiligung der Angehörigen am therapeutischen Geschehen als notwendig und sinnvoll. Sie erkennt auch an, dass Angehörige einen eigenen Beratungs- und Hilfebedarf besitzen können.

Die klinische und praktische Umsetzung dieser DGPPN - Empfehlungen zum Einbezug der Angehörigen erfolgt nur unzureichend. Im persönlichen Gespräch hört man vielfach, man wolle durchaus Angehörige einbeziehen, habe Informationsmaterial für Angehörige, spreche mit ihnen, wenn sie sich melden und biete u.a. Angehörigenselbsthilfegruppen an. Gleichwohl würden diese Angebote von Angehörigen nur geringfügig genutzt. Zugleich argumentieren die Kliniken, die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht verbiete es mit den Angehörigen über den Patienten zu sprechen. Zudem gäbe es keine Möglichkeit die zeitlichen Aufwendungen für den Kontakt mit den Angehörigen abzurechnen.

Wir Angehörigen fordern die psychiatrischen Kliniken/Abteilungen sowie die Fachgesellschaften und Verbände daher auf:

➤ Nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der klinischen Alltagspraxis die vielfältigen Empfehlungen der DGPPN-Behandlungsrichtlinien zum Einbezug der Angehörigen tatsächlich umzusetzen. Angehörige können zum therapeutischen Nutzen ihrer erkrankten Familienmitglieder auch während der klinischen Behandlung unterstützend tätig sein. Sie verfügen aufgrund der vielfach langjährigen unmittelbaren Erfahrungen mit dem erkrankten Angehörigen über ein erhebliches Hintergrundwissen. Sie wissen, dass der/die Erkrankte in bestimmten Phasen nicht in der Lage ist, selber adäquate Hilfe einzufordern. Selbstverständlich haben Angehörige zum Umgang mit dem Erkrankten eigenen Beratungsbedarf, der, wird er erfüllt, für den mittel- und langfristigen Erfolg der Behandlung von hoher Bedeutung ist.

➤ Wir fordern, bei jedem Patienten/ jeder Patientin spätestens sieben Tage nach Aufnahme eine doku-

mentierte Entscheidung herbeizuführen, ob die Einbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber einem persönlich benannten Angehörigen zum therapeutischen Vorteil des Patienten ist oder nicht. Selbstverständlich stehen dabei die Interessen des Betroffenen im Vordergrund. Der oder die benannten Angehörigen, seien es Ehepartner, Eltern, Geschwister oder Kinder werden über diese Entscheidung zur ärztlichen Schweigepflichtentbindung am selben Tag der Entscheidung, sei sie positiv oder negativ, schriftlich oder telefonisch oder per E-Mail informiert. Die schriftliche bzw. elektronische Dokumentation dieser Entscheidung ist Bestandteil der klinischen Qualitätssicherung. Sie gehört damit auch zum Prüfkatalog der staatlichen Besuchskommissionen.

➤ Die in nahezu allen DGPPN Leitlinien als notwendig erachtete Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess muss gleichzeitig materiell umgesetzt werden. Die Fachgesellschaft DGPPN, die sonstigen Verbände, die Krankenhäuser sowie weitere Verhandlungspartner der GKV fordern wir auf, ihr Vorschlagsrecht bei den jährlich neu zu fassenden Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) des Instituts für das Entgeltsystem in der Psychiatrie (InEK) zu nutzen, entsprechende Abrechnungsziffern der Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen zur Anhebung der klinischen Angehörigenarbeit im Sinne der DGPPN – Leitlinien und ihrer Empfehlungen zum Einbezug der Angehörigen vorzuschlagen und in die Verschlüsselung einzuarbeiten.

➤ Die Leitlinien zur Einbeziehung der Angehörigen und die jeweiligen Ausführungsregularien der Kooperationsvereinbarungen (siehe www.bapk.de/projekte/aktuelle-projekte/qualitaetsmanagement-vereinbarung-von-leitlinien.html) stellen eine wertvolle Grundlage für eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Vereinigungen der Angehörigen ihrer Landesverbände und den psychiatrischen Kliniken dar. Wir fordern alle Kliniken und Abteilungen auf, sich an diesen Verhandlungen zu beteiligen und aktiv mit den organisierten Angehörigen die Leitlinien auf die örtlichen Gegebenheiten abzustimmen und die Leitlinie auf ihrer Homepage bekannt zu machen.

Verabschiedet als Resolution der Mitgliederversammlung des Länderrates des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

Halle an der Saale, im Mai 2017

Aus der Arbeit unserer Selbsthilfegruppen

Heute: Die Selbsthilfegruppen der Angehörigen psychisch Kranker aus Greiz und Gera

Zusammenarbeit lebendig gestalten

Die Angehörigen psychisch Kranker kommen mit ihren Problemen und Sorgen in die Gruppentreffen, um mit Gleichgesinnten Erfahrungen auszutauschen. Auf Grund der persönlichen Stresssituation jedes Einzelnen setzt dies aber ein vertrauensvolles Miteinander voraus.

Um dies zu fördern, wollten wir in der zwanglosen Atmosphäre eines Tagesausfluges einmal unsere Gruppenarbeit anders gestalten. So verbrachten 25 Mitglieder der Angehörigengruppen Gera und Greiz im August einen entspannten Tag in den Feengrotten in Saalfeld. Damit fand die langjährige gute Zusammenarbeit beider Gruppen ihre Fortsetzung.



Alle Angehörigen, unter ihnen konnten auch neue Gruppenmitglieder begrüßt werden, haben diesen Ausflug als gelungen bezeichnet. Trotz Schienenersatzverkehr kam unser Zeitplan nicht durcheinan-

der. So war während der Fahrt, beim gemeinsamen Rundgang durch die wunderschöne Feengrottenwelt ein lockerer Austausch über den Umgang mit unseren kranken Angehörigen möglich.

Wir bedanken uns besonders bei der AOK PLUS für die finanzielle Unterstützung dieses besonderen Tages. Durch den 50prozentigen Zuschuss der Krankenkasse wurde die Teilnahme für alle (überwiegend Rentner) erleichtert. Zwischenzeitlich erleben

die SHG durch Neuzugänge eine beachtliche Aktivierung der Gruppenarbeit!

Weitere Beispiele für die Zusammenarbeit beider Gruppen in den vergangenen Jahren: gemeinsame Kinobesuche, Teilnahme am Geraer Triolog, Erfahrungsaustausche in

Gera oder Greiz verbunden mit Wanderungen in der jeweiligen Stadt, gemeinsame Gruppentreffen. Und für 2018 gibt es auch schon eine Idee: Besuch des Theaterstückes „Elling“ (hierzu gibt es auch eine Verfilmung) im Theater der Stadt Gera.

Anmerkungen:

Wollen Sie noch mehr wissen über diese beiden Selbsthilfegruppen?



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Hier die Adressen:

In Gera

Ehrenamtszentrale der Stadt Gera, Tel.: 03658383026, E-Mail: shg.apk.gera@gmx.de

In Greiz:

KISS-Kontakt- & Informationsstelle für SHG, Tel.: 03661 876515, E-Mail: shg.apk.greiz@gmx.de

Geschichten die das Leben schreibt

**Der entscheidende Schritt in unserem Leben
ist der Sprung über den eigenen Schatten.**

Aus 365 Wohlfühlgedanken – Coppenrath 2011

in Brief, der mich sehr stark berührte

Liebe Frau Mädels,

mir ist dieser Text vor einigen Wochen aus der Feder geflossen, dieser Inhalt ging mir schon lange durch den Kopf. Nun hats Gestalt angenommen. Autobiografisch, selbstverständlich und erst heute erinnere ich mich, dass Sie mich im Mai (Fachtag des TLPG in Erfurt) bgr.hessberggr-hessberg.degerda1otto2romie-3aten, einen Text für Ihren Landesverband zu schreiben.

Und wieder ist März

Warum ist die Glasscheibe der Tür kaputt? Sieben war ich, als ich sagte: „Vertragst euch doch wieder!“

Es ist dämmerig, fast dunkel und alleine gehe ich durch die Straßen zu den Großeltern. Mutter schickte mich, Opa solle kommen. Ich kann die Dämmerung von damals noch spüren und die Angst. Spärlich beleuchtete Räume machen mir noch heute ein unangenehmes Gefühl.

Immer war es März, wenn er sich die Pulsadern durch schnitt. Dreimal im Laufe von fast 20 Jahren. Wenn jemand diesen Schritt macht, dann hat er sich das doch genau überlegt, wie er es machen will, frei gewählt aus dem Leben zu scheiden.

Wie viel Not und Leid trug er mit sich, konnte er es nicht mehr ertragen? Wir haben nie mit ihm darüber gesprochen. Es beschäftigt mich deshalb wohl heute noch sehr.

Totschweigen – Totsaufen – Totschlagen – Totfressen?

Es war März als Opa (1974 – 64jährig) und Vater (1995 – 57jährig) starben. Es war März als Schwiegervater (2001 – 86jährig) starb und auf den Tag – acht Jahre später – starb mein Liebster. Es ist März und ich denke, ja nehme mir vor, in diesem Jahr bekomme ich im Frühjahr keine Depressionen.

Mit den Frauen von der SHG ging ich in unseren nahegelegenen Wald die Märzbecher zu bestaunen. Nach Foto malte ich dann den Frühlingwald mit den Blüten. In der Malgruppe fand das Motiv Anklang, die Acrylfarben machen sich gut.

„Ohne Liebe, ohne Güte wird unser Leben zur Bedrohung“ (Dr. phil. Mathias Jung) aus „Aussichtslos, Selbsttötung – Vorbeugung und Hilfe für Gefährdete und Angehörige“ 1. Auflage 2003, byemu S. 46)

Mathias Jung zitiert Hermann Hesse: „Den Sinn erhält das Leben einzig durch die Liebe. Das heißt: je mehr wir zu lieben und uns hinzu geben fähig sind, desto sinnvoller wird unser Leben.“ „Zu dieser Liebe zählt ein Wesenselement die Aufgabe, wieder Lieben zu lernen.“ (Mathias Jung a.a.V S. 177),

Anne-Julie 2017

Besinnliches zur Herbstzeit



Im Herbst

Was rauscht zu meinen Füßen so?

Es ist das falbe Laub vom Baum!

Wie stand er jüngst so blütenfroh

Am Waldessaum!

Was ruft zu meinen Häuptern so?

Der Vogel ist's im Wanderflug,

Der noch vor kurzem sangesfroh

Zu Neste trug.

Mein ahnend Herz, was pochst du so?

Du fühlst den Pulsschlag der Natur,

Und dass verwehen wird also

Auch deine Spur!

Verfasser unbekannt

Ja, „Altweibersommer“ ist’s

Rosmarie Mädler, Stellvertretende Vorsitzende

Als ich diese beiden Gedichte für die Ausgabe der „Schwalbe“ heraussuchte, bin ich ein wenig nachdenklich geworden. Man macht sich halt so seine Gedanken.

Das Jahr 2017 hat bereits seinen Zenit überschritten.

Es ist Anfang September.

Bei spätsommerlichen Temperaturen genieße ich immer noch die Blütenpracht auf meiner Terrasse, während ringsum die Blätter von den Bäumen anfangen sich langsam zu verfärben. Das ist eine Zeit, die ich besonders liebe. Es ist immer wieder ein faszinierendes „Naturschauspiel“. Nicht satt sehen kann ich mich vom Beginn der „Laubfärbung“ bis hin zum großen bunten „Laubwald“, den ich jedes Jahr drüben am Stirnberg beobachten kann. Er wirkt dann wie ein Gemälde, das aber leider sehr kurzlebig ist.

Im Kornfeld fallen mir die vielen Spinnenweben auf, die im morgendlichen Sonnenschein nach frostklarer Nacht besonders bizarr wirken und an die langen silbergrauen Haare älterer Frauen erinnern. Es ist „Altweibersommer“. – Vielleicht etwas früher als sonst.

Man kann Pilze, Brombeeren, Haselnüsse, Hagebutten und Schlehen sammeln, wenn man will und nach alten Rezepten der Großmutter verarbeiten. Leider

werden auch heuer wieder nicht alle Äpfel von den Streuobstwiesen gesammelt und bilden Nahrung für die Waldtiere.

Jetzt ist aber auch die Zeit der Zwetschgenkuchen, den ich mir noch warm an den „Altweibersommer“-Nachmittagen auf meiner Terrasse schmecken lasse. Die Natur deckt uns den Tisch jetzt besonders reichlich. Den „Altweibersommer“ will ich einfach nur genießen und mich in den frühherbstlichen Sonnenstrahlen wärmen.

Ein bisschen Wehmut bekomme ich jedoch auch, wenn ich an den ungemütlichen Teil des Herbstes denke und an den so oft langen Winter mit seiner Dunkelheit, Kälte, Schnee und Eisglätte.

Deshalb nutze ich die ersten Herbsttage mit meiner Familie und meinem Dackel um zu wandern und Körper und Seele auf die kalte Jahreszeit langsam vorzubereiten. Vielleicht versuchen sie es auch einmal!





Altweibersommer – der Sommer will's wissen

*Noch einmal.
Ein letztes Mal.
Schlüpft in das Gewand.
Seines Bruders.
Des Herbstes.
Hängt die Sonne.
Die Wärmende.
In den höchsten Ast.
Webt in den Himmel.
Zarte Schleier.
Spinnt Silberfäden
an Halm und Strauch.
Malt frische Farben
in den Garten.
Vergoldet den Hain.
Lädt' ein.
Zum Wandern.
Zum Genießen.
Dich, später Goldsommer.*

(Dr. Gerhard Gatzert aus seinem Buch: „Sonntag acht vom Apfelbaum“ 2008)

Essen ist Balsam für die Seele

Rosmarie Mädler, Stellvertretende Vorsitzende

Es gibt Tage an denen einfach alles schief geht. Das beginnt am Morgen, wenn man das Gefühl hat, mit dem „falschen“ Bein aufgestanden zu sein. Man kommt einfach nicht in die Gänge. Auch die sportliche Betätigung macht an solchen Tagen keinen Spaß. – Dann gehe ich in meine Küche, hole mir die alten Kochbücher hervor und entspanne mich beim Kochen und Backen.

Ich möchte heute aus dem Kochbuch meiner Uroma einige Herbstrezepte vorstellen



Es sind: Thüringer Wickelklöße (für 6 bis 8 Personen)

Sie bestehen aus:

250 ml Milch

4 Eiern

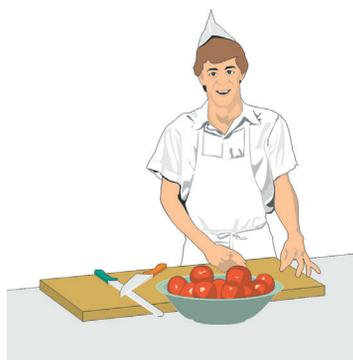
1 Teelöffel Salz und 1 Teelöffel Backpulver

Mehl

Butter

Semmelbrösel

Und so werden sie zubereitet:



Milch und Eier verquirlen, salzen, und so viel Mehl zufügen, dass ein nicht zu fester Teig entsteht. Den Teig auf einem Holzbrett ganz dünn wie zu Nudeln austreiben, mit zerlassener Butter bestreichen und mit den in Butter gerösteten Semmelbröseln bestreuen.

Dann in drei fingerbreite und zwei händelange Streifen schneiden, locker zusammenrollen und die Ränder fest aufeinander drücken, dass die Füllung nicht herausfließen kann.

In Salzwasser oder Fleischbrühe etwa 1/4 Stunde kochen.

Um zu sehen, ob sie gar sind, mit einem Hölzchen in einen Kloß stechen; hängt noch feuchter Teig daran, so müssen die Klöße noch weiter kochen, ist aber das Hölzchen trocken, so sind sie gar.

Hierzu gab es bei uns immer gekochte Heidelbeeren. Sie schmecken aber auch mit Petersiliensoße. Besonders schmackhaft sind sie mit Sauerkraut, Kasslerbraten oder Schweinshaxe.

Im Herbst liebe ich besonders, wenn die Tage kürzer und auch kälter werden, heiße Suppen. Mein Favorit ist die

Steckrübensuppe mit geräuchertem Lachs

Und hier die Zutaten:

1 mittelgroße Steckrübe (Kohlrübe)

2 Zwiebeln

Butter oder Öl zum Anbraten der Zwiebeln

0,5 Liter Gemüsebrühe

150 Gramm geräucherten Lachs

frischer Dill (geht auch getrockneter – schmeckt aber nicht so kräftig)

0,25 Liter Kokosmilch – kann aber auch Sahne sein

Und so wird's gemacht:

Steckrübe schälen und in Würfel schneiden.

Zwiebeln hacken und andünsten. Steckrübenwürfel kurz dazu geben.

Mit Kokosmilch oder Sahne und Brühe auffüllen und 20 Minuten kochen lassen.

Hin und wieder umrühren!

Wenn alles weich ist, alles nach und nach in den Mixer geben (Achtung heiß!) und kleinmixen bis eine cremige Suppe entsteht. Diesen Arbeitsschritt kann man auch mit einem Pürierstab erledigen.

Wenn die Suppe zu dickflüssig ist, verdünne ich sie noch mit etwas Flüssigkeit (Sahne, Kokosmilch oder Brühe). Ich nehme dann immer, um Kalorien zu sparen, etwas Wasser. Das Ganze wird mit Salz und Pfeffer gewürzt und mit dem Lachs garniert.

Glaubt mir, diese Suppe ist ein wahrer Gaumenschmaus! Ich finde Lachs, Dill und Steckrüben passen einfach perfekt zusammen.

Einfach mal ausprobieren!

Haben auch Sie einige Lieblingsgerichte, die wir veröffentlichen sollten, dann schicken Sie diese bitte einfach an die

E-Mail-Adresse: gr.hessberg@gr-hessberg.de

Unsere neue Geschäftsstellenleiterin

Über mich:



Gestatten, ich bin die Neue.

Meine Vorgängerin, Frau Schütze, hat große Fußstapfen hinterlassen, die ich nun zu füllen versuche. Was mir dabei hilft, ist Offenheit, Tatkraft und viel Erfahrung in Vereinsarbeit ... und Sie, liebe Mitglieder, mit Ihren Fragen, Wünschen und Anregungen.

Dass es an der Situation psychisch Kranker und der besonderen Position ihrer Angehörigen noch viel zu verbessern gibt, da sind wir uns bestimmt einig.

Gemeinsam können wir das ändern. Also besuchen Sie mich in der Geschäftsstelle in Stadtroda, rufen Sie an oder schreiben Sie eine E-Mail. Ich freue mich darauf mit Ihnen gemeinsam aktiv zu sein.

Peggy Stuber

Adressen für Hilfe und Beratung

Wenn Sie als Angehöriger Hilfe und Beratung in schwierigen Situationen brauchen, können Sie folgende Telefon-Nummern anrufen:

Geschäftsstelle unseres Landesverbandes in Stadtroda:

Telefon: (036428)1 24 56

Montag bis Donnerstag von 9.00 bis 15.00 Uhr (03 64 28)1 24 56, danach (03 66 51) 36 18

Selbsthilfe-Beratung zu psychischen Erkrankungen:

Montag bis Donnerstag von 10.00 bis 12.00 Uhr und von 14.00 bis 16.00 Uhr

Freitag von 10.00 bis 12.00 Uhr und 14.00 bis 20.00 Uhr

SeeleFon 0180 5 95 09 51 (14 ct/min aus dem deutschen Festnetz) – E-Mail: seelefon@psychiatrie.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (bundesweites Beratungstelefon)

Kostenfrei aus dem Festnetz zu erreichen (0800)0 11 77 25,

Montag bis Freitag von 10.00 bis 18.00 Uhr, Donnerstag von 10.00 bis 20.00 Uhr.

Wussten Sie schon, dass unter nachstehender Internetadresse viele hilfreiche Informationen über psychiatrische Sachgebiete angeboten werden? Probieren Sie es aus und rufen Sie die nachstehende Webseite auf!

Sie werden eine Fülle von wertvollen Hinweisen erhalten:www.psychiatrie.de

Unabhängige Beschwerdestelle für Psychiatrie in Jena

Sie möchten sich beschweren über ihre Betreuungs- oder Unterbringungsbedingungen.

Sie sind unzufrieden mit Ihrer Behandlung oder dem Umgang Ihrer Therapeuten/Betreuer mit Ihnen.

Sie brauchen Hilfe um sich Gehör zu verschaffen und Ihre Rechte durchzusetzen

Dann können Sie sich an uns wenden.

Sie erreichen uns:

Jena Beschwerdestelle für Psychiatrie bei IKOS

Regina Habelt, Löbdergraben 7, 07743 Jena

E-Mail: regina.habelt@web.de

E-Mail: Beschwerdestelle-Jena@web.de

Telefonisch: 03641/49 31 77 über die Psychiatriekoordination im Fachgebiet Gesundheit

Geschäftsstelle des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. im Asklepios

Fachklinikum Stadtroda, Bahnhofstraße 1a, 07646 Stadtroda

Telefon/Fax: (036428)1 24 56

E-mail: geschst@lvthueringen-apk.de, Web: www.lvapk-thueringen.de.

Redaktion: Rosmarie Mädels, Dr. Heike Stecklum, Christine Fischer, Peggy Stuber

Druckerei: HELIOS Fachklinikum Hildburghausen, Eisfelder Straße 41, 98466 Hildburghausen

Auflage: 500 Stück; erscheint zweimal jährlich

Redaktionsschluss: 25. September 2017

