

Ratgeber für Familien psychisch Kranker

*Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker e.V. Bonn*

Angehörige helfen sich selbst

*Informationen über seelische Störungen
Therapien • Selbsthilfe*



Thomas-Mann-Strasse 49a • 53111 Bonn • Telefon 0228 - 63 26 46

VORWORT

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker ist eine Einrichtung der Selbsthilfe

Er will durch Informationen Familien mit einem psychisch Kranken helfen, zu Experten in eigener Sache zu werden, mündig, aufgeklärt und selbstbewußt.

Mit dieser Broschüre wollen wir Kenntnissen und Erfahrungen anbieten, die auf die ganz BESONDEREN BEDÜRFNISSE der Angehörigen psychisch Kranker zugeschnitten sind.

Sie werden feststellen:

Mit dem Wissen um psychische Erkrankungen, Therapien und Hilfsangeboten wächst Ihre Stärke, den erkrankten Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen!

In allen Bundesländern gibt es Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker, in den meisten Städten und Kreisen finden Sie Angehörigengruppen!

Wenn Sie weitergehende Fragen haben, nutzen Sie unsere Adressentips im Anhang oder schreiben Sie uns HINWEISE, ANREGUNGEN UND KRITIK.

Ihr Bundesverband
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Linde Schmitz-Moormann
Vorsitzende



Bonn im Dezember 1998

Vorwort**4**

Linde Schmitz-Moormann • Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Psychische Erkrankungen**5**

Mögliche Ursachen

Schizophrene Psychosen

Depressionen

Zwangserkrankungen Borderline

Standards in der psychiatrischen Behandlung als Leitfaden für Angehörige

Therapien**13**

Medikamentöse Therapie

Psychotherapie

Ambulante Einrichtungen und Hilfen zur Rehabilitation**17**

Institutsambulanzen

Tageskliniken

Tagesstätten

Sozialpsychiatrische Dienste

Betreutes Wohnen

Krisendienste

Ambulante Psychiatrische Pflege

Der Psychiatrie-Koordinator

Berufliche Rehabilitation**20**

Überblick über Möglichkeiten und Ablauf

Werkstatt für Behinderte

Zuverdienstfirmen

23

Betreuungsgesetz • Sozialhilfe • Hilfe zum Lebensunterhalt • Krankenhilfe • Hilfe zur Pflege • Einsatz von Einkommen und Vermögen
 Wegfall der Zuzahlung • Unterhaltsverpflichtung der Angehörigen • Die ärztliche Schweigepflicht • Haftung • Kindergeld Unterbringung
 Verfahrensschritte zur Unterbringung • Feststellung der Behinderung • Der Behindertenausweis • Die Pflegeversicherung

29**31**

Der Bundesverband

Der Europäische Verband EUFAMI

Die Landesverbände

Die Angehörigengruppen

32**34****44**

VORWORT

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker ist eine Einrichtung der Selbsthilfe

Er will durch Informationen Familien mit einem psychisch Kranken helfen, zu Experten in eigener Sache zu werden, mündig, aufgeklärt und selbstbewußt.

Mit dieser Broschüre wollen wir Kenntnissen und Erfahrungen anbieten, die auf die ganz BESONDEREN BEDÜRFNISSE der Angehörigen psychisch Kranker zugeschnitten sind.

Sie werden feststellen:

Mit dem Wissen um psychische Erkrankungen, Therapien und Hilfsangeboten wächst Ihre Stärke, den erkrankten Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen!

In allen Bundesländern gibt es Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker, in den meisten Städten und Kreisen finden Sie Angehörigengruppen!

Wenn Sie weitergehende Fragen haben, nutzen Sie unsere Adressentips im Anhang oder schreiben Sie uns HINWEISE, ANREGUNGEN UND KRITIK.

Ihr Bundesverband
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Linde Schmitz-Moormann
Vorsitzende



Bonn im Dezember 1998

Mögliche Ursachen psychischer Erkrankungen

Bis heute weiß niemand genau, wie psychische Krankheiten entstehen und alles spricht dafür, daß es nicht nur eine Ursache gibt.

Weder biologische, genetische, somatische, psychosoziale noch biochemische Faktoren können für sich allein die Auslöser sein. Nur ihr Zusammenwirken kann bei einem besonders empfindsamen Menschen zu einer psychischen Erkrankung führen.

Aufbauend auf dieser Erkenntnis hat sich in der modernen Psychiatrie das „Vulnerabilitäts-

Streß-Konzept“ durchgesetzt. Es bedeutet, daß Menschen mit einer erhöhten Empfindsamkeit auf Dauerstress und Überforderung, aber auch auf Schicksalschläge mit einer Psychose reagieren können.

Sie haben eine dünnere Haut als andere und können sich gegen die Aussenwelt schwerer abgrenzen und schützen.

Da Menschen dazu neigen, für Unbegreifliches Erklärungen zu suchen, hat man in der Vergangenheit immer wieder die Schuld an psychischen Erkran-

kungen den Angehörigen zugewiesen. Heute weiß man, daß diese Denkrichtung einer der vielen Irrwege der psychiatrischen Forschung war.

Die «schizophrenogene Mutter»: Es gibt sie nicht!

Unser Hinweis:

Für Schuldgefühle und schlechtes Gewissen besteht kein Grund! Sie lähmen und binden Ihre Kraft! Ihr Verhalten hat auf die Entstehung der Krankheit keinen Einfluß!

Schizophrene Psychosen

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine relativ häufig auftretende psychiatrische Erkrankung. Das durchschnittliche Erkrankungsrisiko liegt bei etwa einem Prozent der Bevölkerung. Weltweit sind etwa 45 Millionen Menschen betroffenen, unabhängig von ihrer ethnischen oder kulturellen Zugehörigkeit.

Das Wort „schizophren“ läßt sich mit „Spaltung der Seele“ übersetzen. Damit ist keinesfalls, wie oft angenommen, eine multiple Persönlichkeitsstörung gemeint. Vielmehr wird mit dem Begriff „schizophren“ das Vorhandensein von zwei nebeneinander stehenden Wahrnehmungswelten umschrieben.

Zum einen nehmen schizophrene Erkrankte die Realität wahr so wie sie ist. Zum anderen erleben sie gleichzeitig eine andere Realität, die für Gesunde schwer nachvollziehbar ist. Fühlen, Denken und Handeln sind verändert. Schizophrene Psychosen werden vor allem bei jüngeren Menschen diagnostiziert.

Wenn auch der Ausbruch der Krankheit in fast jedem Alter möglich ist, so beginnt mehr als die Hälfte der schizophrenen Psychosen zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr. Beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen, jedoch liegt bei Frauen der Beginn tendenziös später.

Symptome

Das Krankheitsbild ist durch gleichzeitiges Auftreten verschiedener Symptome charakterisiert, die in Positiv- und Negativ-Symptome eingeteilt werden. Zu den Positiv-Symptomen zählen Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Denkstörungen

und bizarre Verhaltensweisen. Die Negativ-Symptome beschreiben einen allgemeinen Aktivitätsverlust, der mit Sprachverarmung, Störungen des Gefühls- und Gemütslebens, reduzierter geistiger Aktivität und sozialem Kontaktverlust einhergehen kann.

Aussichten

Die schizophrene Psychose hat eine bessere Chance auf Heilung als früher allgemein angenommen. Eine Faustregel besagt, daß ein Drittel der Patienten nur einmal im Leben eine Krankheitsphase erleidet, die vollständig ausheilt. Bei einem weiteren Drittel der Erkrankten können immer wieder neue Krankheits-schübe auftreten. Die Betroffenen können jedoch bei medizinischer und therapeutischer Behandlung weiterhin ein relativ normales Leben führen.

Bei einem letzten Drittel nimmt die Schizophrenie einen chronischen Verlauf und führt zu unterschiedlich starker Einschränkung der Lebensqualität und der Notwendigkeit lebenslanger Unterstützung.

Therapie bei schizophrenen Psychosen

Die bestmögliche Behandlung von schizophrenen Psychosen besteht derzeit aus einer medikamentösen Therapie, die in psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen eingebunden ist.

Medikamentöse Therapie

Die Wahl der Antipsychotika orientiert sich an den zu beeinflussenden Symptomen: Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sind am besten durch hochpotente Neuroleptika zu beeinflussen, die nur einen gering beruhigenden Effekt haben.

Bei psychomotorischer Unruhe werden bevorzugt niederpotente Neuroleptika eingesetzt, die weniger antipsychotisch als mehr sedierend wirken.

Moderne Antipsychotika sind besser verträglich und häufig wirkungsvoller als herkömmliche Neuroleptika, aber leider auch teurer.

Patienten beklagen häufig die Nebenwirkungen der Medikamente und die Tatsache, daß mit ihnen nur Symptome unterdrückt würden. Viele fordern das Ausleben von Psychosen ohne Beeinflussung durch Me-

dikamente. Da aber durch Neuroleptika der Dialog zwischen dem Patienten und seiner Umgebung verbessert, oft sogar erst wieder möglich wird, unterstützen Angehörige in den meisten Fällen die medikamentöse Therapie, obwohl auch für sie die Nebenwirkungen erschreckend sind.

Sie fordern von Forschung und Pharmaindustrie grössere Anstrengungen, nebenwirkungsärmere Neuroleptika zu finden. (Siehe hierzu auch „Angehörige fragen - Experte antwortet“ in dieser Broschüre).

Psychotherapie

Während der Akutphase der schizophrenen Psychose brauchen Patienten vor allem ausreichende Rückzugsmöglichkeiten, um sich vor Überstimulierung und Überreizung zu schützen.

Die vehemente Einforderung von therapeutischen Gesprächen durch Angehörige ist deshalb in diesem Stadium verfehlt. Nach Abklingen der akuten Symptomatik besteht aber häufig ein großes Bedürfnis, über die zurückliegenden Ereignisse zu sprechen, um das Erlebte verarbeiten zu können. Dann sollte ein psychotherapeutisches Angebot gemacht werden!

Es würde den Rahmen dieser Broschüre bei weitem sprengen, wenn hier auf die Vielfalt der verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ausführlicher einge-

gangen würde. Deshalb im folgenden nur einige Hinweise auf die häufigsten psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen bei psychotischen Erkrankungen und wann sie zum Einsatz kommen:

Ein allgemein stützendes psychotherapeutisches Basisverhalten sollte grundsätzlich bei allen Patienten in der Akutphase von jedem behandelnden Arzt durchgeführt werden.

Es sollte umfassen:

- Seelische Unterstützung durch Gespräche und persönlichen Beistand
- Patientengerechte Information über die Erkrankung und die erforderliche Behandlung
- Hilfestellung, die Erlebnisse während der akuten Erkrankung zu verarbeiten
- Unterstützung in der längerfristigen Auseinandersetzung mit der Erkrankung

Nach der Akutphase sollten spezielle psychotherapeutische Verfahren, stets angepaßt an das individuelle Bedürfnis des Patienten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, angeboten werden.

Es sind dies:

- Entspannungsverfahren
- Stützende Psychotherapie
- Verhaltenstherapeutische Verfahren

Der Psychotherapeut sollte viel Erfahrung mit der Behandlung von Psychosen haben.

Depressionen

Eine Depression im medizinischen Sinne ist eine behandlungsbedürftige, häufig sehr schwere psychiatrische Erkrankung. Ein einheitliches Erscheinungsbild gibt es nicht. Das macht Ärzten die Diagnose und Angehörigen die Hilfe schwer, zumal Depressionen fast immer mit körperlichen Beschwerden einhergehen wie Schlaf- und Eßstörungen, Kreislaufproblemen, Kopf- und Magenschmerzen.

Eine zusätzliche Komplikation bereitet die Tatsache, daß somatische Erkrankungen sowohl Ursache als auch Begleitscheinung der Depression sein können. Eine Depression beginnt fast immer schleichend, selten über Nacht oder binnen weniger Tage. Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer sind von dieser Krankheit betroffen. Genetische, psychosoziale und neurobiologische Faktoren sind in der Regel die Ursachen der Erkrankung.

Man unterscheidet zwischen endogenen (scheinbar grundlosen), psychogenen (reaktiven) und manisch-depressiven (bipolaren) Depressionen.

Wie erkennt man eine Depression?

Das größte Problem bei der Erkennung einer Depression ist ihr vielschichtiges und manchmal sogar täuschendes Beschwerdebild. Fast immer gehen Depressionen mit Schlafstörungen einher, sowohl Einschlafstörungen als auch häufiges Erwachen in der Nacht oder exzessiv langer Schlaf. Der Appetit ist entweder vermindert mit Gewichtsabnahme oder vermehrt mit Heißhungerattacken. Das sexuelle Interesse läßt nach. Typisch

sind starke Tagesschwankungen mit einem Morgentief und abendlicher Besserung. Im Gegensatz zu Trauer und Verstimmung, die jeder kennt, sind solche Gefühle bei depressiv Erkrankten ein Dauerzustand, aus dem er ohne ärztliche Hilfe nicht herausfindet. Das Leben hat keine Farbe mehr, nichts erregt Interesse oder macht Freude. Schuldgefühle und Angstzustände bis hin zur Panik, innere Leere, Gedanken an den Tod und Selbstmordphantasien gehören fast immer zum Krankheitsbild. Es gibt keine Labortest, mit denen Depressionen oder andere psychische Erkrankungen diagnostiziert werden können.

Wie behandelt man eine Depression?

Depressive Erkrankungen werden im allgemeinen behandelt:

- *medikamentös mit sogenannten Antidepressiva*
- *seelisch stützend durch Gespräche und / oder längerfristige Psychotherapie*

Medikamente und Gesprächstherapie sind die Grundpfeiler der Behandlung. Beschäftigungs- Musik- und Lichttherapie sowie Schlafentzug werden zusätzlich angewandt.

Medikamentöse Therapie

Antidepressiva machen, entgegen weitverbreiteter Ansicht, nicht süchtig. Entscheidend ist die regelmäßige Einnahme über einen längeren Zeitraum hinweg.

Bei manchen Menschen kann es monatelang dauern, bis Medikamente wirken, während andere nach nur wenigen Wochen Stimmungsaufhellung und Antriebsverbesserung zeigen.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Antidepressiva sind Mundtrockenheit, Schwindel, Herzklopfen und Verdauungsbeschwerden.

Psychotherapie

Bei schweren Verläufen kann Psychotherapie zu Beginn der Behandlung nur in stützenden und begleitenden Gesprächen bestehen, die betonen, daß es sich um eine vorübergehende Krankheit ohne Zutun oder Verschulden des Patienten handelt.

Bei leichteren Verläufen werden Modifikationen der Verhaltenstherapie angewandt. In jedem Fall ist Vertrauen und Verständnis zwischen Patient und Therapeut wichtiger als die therapeutische Technik.

Kaum hilfreich kann eine Psychotherapie sein, die das Selbstbewußtsein des Patienten auf Kosten seiner Angehörigen aufbaut. Da die Familie häufig der letzte soziale Kontakt des depressiven Patienten ist, kann eine Störung der familiären Beziehungen durch den Therapeuten verhängnisvoll sein. Famili-

Die häufigsten Fragen, die Angehörige psychisch Kranker zu Neuroleptika stellen

Was sind Neuroleptika?

Neuroleptika sind in der Psychiatrie häufig eingesetzte Medikamente. Es gab in den vergangenen Jahrzehnten kritische Stimmen, die diese Medikamente verdammt und ihnen schädliche und zum Teil schreckliche Nebenwirkungen nachsagten.

Möglicherweise wurde in der Vergangenheit im Zusammenhang mit bestimmten wissenschaftlichen Konzepten und praktischen Einschränkungen wie z.B. Personalmangel in den psychiatrischen Kliniken, der Einsatz von neuroleptischen Medikamenten unkritisch durchgeführt.

Bei welcher Diagnose werden Neuroleptika eingesetzt?

Neuroleptika sind bei vielen Diagnosen einsetzbar. Streng angezeigt sind neuroleptische Medikamente bei schizophrenen Psychosen und bei bipolaren Erkrankungen wie schweren manisch-depressiven Zustandsbildern mit Wahn und Halluzination. Sinnvoll ist der Einsatz der Neuroleptika bei sogenannten hirnorganischen Psychosen, also jenen, bei denen eine körperliche Erkrankung zugrunde liegt.

Wie wirken Neuroleptika?

Neuroleptika hemmen die Übertragung von Signalen im Zentralnervensystem. Zwischen 5 und 10 Milliarden Ganglienzellen kooperieren im Zentralnervensystem. Die Reizübertragung zwischen den Nervenzellen geschieht über sogenannte Botenstoffe, z.B. Dopamin. Eine Hemmung der Reizübertragung wird dadurch bewirkt, daß die das Signal empfangenden Zellen an den Stellen, an denen die Botenstoffe andocken, blockiert werden.

Während man früher der Meinung war, daß ausschließlich oder überwiegend die Blockade des Botenstoffes Dopamin nützlich und hilfreich sei, besteht heute die Auffassung, daß es sinnvoll ist, auch andere Botenstoffe, z.B. Serotonin zu blockieren.

Muß man sie ein Leben lang nehmen?

Neuroleptika sollten über längere Zeiträume als ein paar Tage genommen werden. Im Falle von schizophrenen Psychosen werden sie zunächst zur Bekämpfung der Symptomatik eingesetzt und sind hier besonders effektiv. Nachdem die akuten Symptome abgeklungen sind, entfalten neuroleptische Medikamente eine prophylaktische Wirkung. Sie sollen die Wiederkehr der Symptome verhindern. Um das zu erreichen, ist der Einsatz der Medikamente mindestens für einige Monate erwünscht und sinnvoll.

Neuroleptika müssen in den meisten Fällen nicht ein Leben lang genommen werden, sondern Wochen, Monate oder schlimmstenfalls Jahre.

Wie erkenne ich eine therapeutische Wirkung?

Die therapeutische Wirksamkeit wurde früher am Auftreten bestimmter Nebenwirkungen ermittelt. Von diesem Verfahren ist man in der Zwischenzeit abgewichen, u.a. weil die neuen Neuroleptika Nebenwirkungen wie früher nicht mehr haben.

Ob das Neuroleptikum also eine Wirkung entfaltet oder nicht, erkennt man z.B. daran, daß die Betroffenen wieder in der Lage sind, sich zu konzentrieren und bestimmte Sachverhalte zu durchdenken. Der Patient erkennt es selbst daran, daß seine Gefühle und Gedanken wieder besser zueinander passen, aber auch daran, daß Halluzinationen z.B. akustischer Art wegbleiben. Unruhe, Getriebenheit und Rastlosigkeit können durch neuroleptische Medikamente wirkungsvoll bekämpft werden.

Was sind atypische Neuroleptika? Warum sind die neuen Medikamente besser als die alten?

Atypische Neuroleptika nennt man die Präparate Leponex, Risperdal, Zyprexa, Seroquel und Solian. Allerdings ist der Name Atypica nicht geschützt oder nicht im engeren Sinne definiert. Er rührt von

Leponex her, das als erstes Präparat eine sehr nachhaltige antipsychotische Wirkung entfaltete, während es gleichzeitig keinerlei extrapyramidal-motorische Nebenwirkung hatte.

Die neuen antipsychotischen Medikamente zeichnen sich im allgemeinen dadurch aus, daß sie Symptome der Psychose auf breiter Front bekämpfen, während sie gleichzeitig weniger Nebenwirkungen haben.

Die alten neuroleptischen Medikamente führten vor allen Dingen bei langfristiger Anwendung zum Auftreten sogenannter tardiver Dyskinesien, also einer Häufung unwillkürlicher Bewegungen im Mundbereich, am Körper und/oder den Extremitäten. Solche Nebenwirkungen sind von den neuen Präparaten bisher nicht bekannt, was allerdings zu Teilen daran liegt, daß sie erst kurze Zeit auf dem Markt sind.

Die neuen Präparate sedieren (dämpfen) weniger und scheinen auch weniger zur psychischen Einengung zu führen. Schließlich begünstigen sie wegen dieses Wirkungsprofils die Rehabilitation der Patienten und verschaffen ihm mehr Lebensqualität.

Wie findet man die richtige Dosierung?

Die Dosierung ist absolut individuell. Sie ist von Mensch zu Mensch völlig unterschiedlich. Sie kann z.B. von bestimmten Lebensgewohnheiten wie Kaffee- und Zigarettenkonsum oder biologischen Besonderheiten, z.B. des Stoffwechsels und der Leber, abhängig sein und unterschiedlich höher oder niedriger ausfallen. Zusätzlich kompliziert wird die richtige Dosierung durch die Beachtung psychischer und körperlicher Befindlichkeiten des einzelnen Patienten.

Die Standarddosierung gibt es nicht!

Kann man erkennen, ob die Dosierung zu hoch oder zu niedrig ist?

Wiewohl diese Auskünfte insgesamt wenig zufriedenstellend sind, kann es sich trotzdem lohnen, sich die üblichen Dosierungsbereiche der neuroleptischen Medikamente anzuschauen.

Präparate wie z.B. das Risperdal werden üblicher-

weise zwischen 1 bis 6 mg dosiert. Ein anderes atypisches Neuroleptikum, das Präparat Zyprexa, wird in der Praxis zwischen 5 bis 15 mg dosiert. Eine Überdosierung läßt sich bei den eben genannten Präparaten z.B. an bestimmten Nebenwirkungen des extrapyramidal-motorischen Systems erkennen. Dieser Verbund von Nervenzellen im Gehirn regelt die natürliche Grundspannung der Muskulatur. Auch die Bewegungsabläufe und ihre Koordination werden hier gesteuert.

Kommt es zu einer Überdosierung, kann z.B. die Spannung der Muskulatur angehoben sein; es fehlen natürliche Bewegungen wie spontane Mimik und Gestik. Im schlimmsten Fall kann es zu einem Zungenschlundkrampf oder zu einer Fehlstellung des Kopfes (sogenannter Schiefhals) kommen.

Häufig ist es noch eindrucksvoller, wie sich die Betroffenen psychisch fühlen: Es entsteht ein Gefühl des Eingeengtseins, der fehlenden Möglichkeiten, sich affektiv zu beteiligen. Denkprozesse können verlangsamt sein, Konzentration und Aufmerksamkeit ernsthaft beeinträchtigt.

Aber auch die Unterdosierung kann erhebliche Probleme bereiten. Sie ist relativ einfach daran zu erkennen, daß eine psychotische Symptomatik nicht zurückgeht oder gar wiederkehrt.

Kann ein Betroffener lernen, je nach Befinden seine Dosierung anzupassen?

Die Dosierung eines Neuroleptikums ist Gegenstand der Arzt-Patienten-Gespräche. Der Arzt kann ohne Angaben des Patienten, wie er sich fühlt und wie er das Medikament verträgt, ein Neuroleptikum nicht dosieren.

Der Patient, der längere Zeit Neuroleptika genommen hat, wird in der Lage sein, dem Arzt oder der Ärztin einen entsprechenden Vorschlag zur Dosierung zu machen.

Warum gibt es so viele Neuroleptika?

Es gibt so viele Neuroleptika, weil diese Präparate heute in den führenden Pharmafirmen der Welt regelrecht „designt“ werden können und jeweils neue Aspekte der Ursachenlehre der Erkrankung Schizophrenie berücksichtigen.

Wie werden Neuroleptika abgesetzt? ... auf andere umgestellt?

Neuroleptika sollten niemals abrupt abgesetzt, sondern immer ausgeschlichen werden. Ebenso sollte eine Umstellung von Neuroleptikum A auf Neuroleptikum B immer nur die schrittweise Steigerung des einen und das schrittweise Zurückführen des anderen Medikaments bedeuten.

Abruptes Umsetzen oder Beenden der Medikation bringt das Risiko des Wiederaufflackern der bekämpften Symptome sehr stark mit sich.

Können Neuroleptika heilen?

Neuroleptika können zur vollständigen Genesung des Kranken beitragen; insofern sind sie heilsam.

Mit welchen Nebenwirkungen muß man sich abfinden?

Jedes Präparat mit Wirkungen hat Nebenwirkungen, die in hohem Maße individuell sind. In Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt muß das optimale, d.h. das nebenwirkungsärmste Präparat gefunden werden.

Gibt es Spätschäden durch Neuroleptika?

Konventionelle Neuroleptika (z.B. Haloperidol) führen zu Beginn häufiger zu Begleiterscheinungen der Muskeln und Motorik, können auch sedieren (dämpfen) und unangenehme psychische Wirkungen entfalten. Diese Präparate können Spätschäden nach sich ziehen.

Machen Psychopharmaka abhängig?

Nein, Neuroleptika machen nie abhängig.

Was bedeutet hoch/niedrigpotentes Neuroleptikum?

Hochpotent heißt ein Neuroleptikum dann, wenn man mit wenigen Milligramm eine gute Wirkung erzielen kann. Niederpotent ist ein Neuroleptikum dann, wenn man mehrere 100 mg braucht, um eine entsprechende antipsychotische Wirkung zu erzielen (z.B. Taxilan).

Gibt es einen Unterschied zwischen Psychopharmaka und Neuroleptika?

Psychopharmaka ist der Überbegriff für Neuroleptika wie Antidepressiva, Tranquilizer und andere Präparate.

Gibt es Unverträglichkeit mit anderen Medikamenten?

Die neuroleptischen Medikamente vertragen sich im allgemeinen recht gut mit anderen Präparaten.

Hat der Konsum von Nikotin eine Wirkung auf Neuroleptika?

Nikotin bekämpft die neuroleptische Wirkung, ebenso Coffein.

Darf man unter Neuroleptika schwanger werden? Alkohol trinken? Auto fahren?

Eine Schwangerschaft unter Neuroleptika ist möglich, ebenso Alkoholkonsum in engen Grenzen. Autofahren ist möglich.

Bei welchen Nebenwirkungen sollte der Arzt informiert werden?

Grundsätzlich sollte der Arzt über jede Nebenwirkung informiert werden.

Machen Neuroleptika impotent?

Neuroleptika können zur erektilen Dysfunktion bei Männern und zum Milchfluß und Störungen der Regelblutungen bei Frauen führen.

Gibt es vorgeschriebene Routineuntersuchungen?

Es gibt Routineuntersuchungen. Sie sollten anfangs in zwei bis vier wöchentlichen Abständen, später dann in größeren Intervallen erfolgen und Blutbild, Leber- und Nierenwerte kontrollieren.

Die Fragen stellten

Linde Schmitz-Moormann und Ursel Brand vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Die Antworten gab

*Professor Dr. Bernd Eikelmann
Ltd. Arzt der Westf. Klinik für Psychiatrie und Neurologie, Münster*

Ambulante Einrichtungen und Hilfen zur Rehabilitation

Unter ambulanten Angeboten versteht man die außerklinischen Einrichtungen zur psycho-sozialen Hilfe für psychisch Kranke und ihre Angehörigen. Diese Angebote sind in allen Bundesländern Deutschlands außerordentlich verschieden.

Die wichtigsten, weil hilfreichsten Angebote für Angehörige im ambulanten Bereich sind:

- Krisendienste
- Betreutes Wohnen
- ambulante psychiatrische Pflege

Angehörigengruppen und Angehörigenvereine haben sich in den vergangenen Jahren erfolgreich für die Installation dieser Einrichtungen eingesetzt und beim Aufbau maßgeblich mitgearbeitet.

Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken

Institutsambulanzen sind Bestandteile der jeweiligen Krankenhäuser. Sie verfügen über einen festen Stellenplan mit Mitarbeitern der verschiedenen, im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen. Institutsambulanzen existieren in allen Bundesländern, ausgenommen in Baden-Württemberg.

Sie betreuen schwerpunktmäßig chronisch oder wiederholt psychisch erkrankte Menschen. Sie prüfen die Notwendigkeit der Klinikaufnahme und nehmen die medizinische und psychosoziale Betreuung von Krankenhauspatienten nach ihrer Entlassung wahr (Vor- und Nachsorge). Neben der medizinischen Behandlung bestehen

auch psychosoziale Betreuungsangebote.

■ ■ Unser Hinweis:

Viele psychisch kranke Menschen gelten als „nichtwartezimmerfähig“, das heißt, sie können sich nur schwer mehrere Stunden in vollen Wartezimmern aufhalten, um eine möglicherweise gefürchtete Behandlung abzuwarten.

Für diesen Personenkreis ist die Vor- und Nachsorge in der Ambulanz einer Klinik problemloser. Hier stehen neben Ärzten auch Psychologen, Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenpfleger zur Verfügung.

Gespräche mit Angehörigen finden hier selbstverständlicher statt. Ein weiteres Vorteil: Innovative Medikamente der neueren Generation unterliegen keiner Budgetierung.

Tageskliniken

Tageskliniken sind halbstationäre, ärztlich geleitete Einrichtungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen.

Dort werden psychisch kranke Menschen behandelt, die nicht mehr oder noch nicht stationärer Behandlung bedürfen. Sie sind gewöhnlich an eine psychiatrische Einrichtung angebunden und verbinden die Vorteile einer

ambulanten Behandlung (Wohnen im vertrauten Milieu) mit den Vorteilen einer Klinik.

Grundsätzlich können in Tageskliniken alle seelischen Krankheiten behandelt werden, die nicht einer vollstationären Behandlung bedürfen.

Anmeldungen können in der Regel telefonisch erfolgen. Es folgt ein Vorgespräch, in welchem geklärt wird, ob eine tagesklinische Behandlung sinnvoll und nützlich ist.

Bei Aufnahme in die Tagesklinik ist eine Einweisung erforderlich. Überweisungen zur tagesklinischen Behandlung erfolgen über einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus. Die Behandlungskosten übernimmt die Krankenkasse.

Tagesstätten

Hinter dem Begriff „Tagesstätte“ verbergen sich in den verschiedenen Ländern und Regionen der Bundesrepublik ganz verschiedenartige Einrichtungen. Sie sind häufig mit anderen Einrichtungen wie z.B. Beratungsstellen oder Diensten des betreuten Wohnens zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum verbunden.

Tagesstätten unterscheidet sich von Tageskliniken dadurch, daß sie nicht ärztlich geleitet sind und nicht von der Krankenkasse finanziert werden.

Sie wollen dem Klienten bei seiner Alltags- und Freizeitgestaltung helfen und bieten darüber

hinaus häufig ein therapeutisches Reha-Programm. Meist sind sie an fünf Wochentagen für jeweils acht Stunden geöffnet.

■ ■ **Unser Hinweis:**

Als Einrichtung des Sozialwesens wird die Tagesstätte auf unterschiedliche Weise finanziert, so daß man sich bei der jeweiligen Einrichtung vorab erkundigen sollte.

Sozialpsychiatrische Dienste

Angesichts der enormen Unterschiede in Ausstattung, Struktur und Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste, die selbst innerhalb ein und desselben Bundeslandes vorhanden sind, ist eine verlässliche Aussage über deren Leistung hier kaum möglich.

Man kann allerdings davon ausgehen, daß die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste über umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen verfügen und in der Krisenintervention erfahren sind.

Sie sind im allgemeinen für eine genau abgegrenzte Region zuständig und über das vorhandene Hilfesystem für psychisch kranke Menschen in ihrem Bereich gut informiert.

■ ■ **Unser Hinweis:**

Informieren Sie sich vor Ort über die konkreten Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Wenn Sie im Telefonbuch

keinen Eintrag finden, können Sie sich beim Gesundheitsamt erkundigen.

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen ist ein wichtiges ambulantes Hilfsangebot, um psychisch kranken Menschen ein Leben in der Gemeinde zu ermöglichen. Sie können einerseits frei und unabhängig in einem eigenen Zuhause leben, werden aber andererseits bei Bedarf betreut und unterstützt. Betreutes Wohnen kann in einer Wohngemeinschaft, aber auch in einer Einzel- oder Paarwohnung stattfinden.

Grundlage der Finanzierung des Betreuten Wohnens sind §§ 39/40 Bundessozialhilfegesetz/Eingliederungshilfe. Kostenträger sind die örtlichen Träger der Sozialhilfe. Diese Form der Finanzierung hat zur Folge, daß die Bewohner ab einer bestimmten Einkommens- und Vermögensgrenze ganz oder teilweise zu den Betreuungskosten herangezogen werden können. Diese Finanzierungsart gilt *nicht* für alle Bundesländer. Angehörige empfinden Betreutes Wohnen immer dann als sehr hilfreich, wenn sich der Betroffene dort wohl fühlt und gute Beziehungen bestehen. Im allgemeinen werden Angehörige nur bei hohem Einkommen zur Finanzierung herangezogen.

■ ■ **Unser Hinweis:**

Erkundigen Sie sich bei Ihrem Gesundheitsamt nach Angeboten an Ihrem Wohnort. Vergleichen Sie mehrere Angebote.

Wenn es in Ihrem Heimatort Betreutes Wohnen nicht gibt, fordern Sie es über Ihre Politiker ein.

Krisennotdienste

Gerade in Krisensituationen fehlt oft jede psychiatrische Hilfe. Diese Lücke im Versorgungsnetz sollen Krisennotdienste schließen.

Es gibt sie in unterschiedlichster Form. Sie unterscheiden sich im wesentlichen durch die Zeiten der Erreichbarkeit. Die einen arbeiten rund um die Uhr und am Wochenende, die anderen nur am Wochenende.

Nur selten sind niedergelassene Nervenärzte und Psychiater bereit mitzuarbeiten. Psychiatrische Fachkräfte leisten überbrückende Hilfe im Notfall, bis wieder die reguläre Beratung und Behandlung von Fachdiensten und Praxen in Anspruch genommen werden kann.

Betroffene und ihre Angehörigen kommen immer wieder in Situationen, in denen der „normale“ Notarzt sie nicht ausreichend entlasten kann. Für viele erfolgt der erste Kontakt mit der Psychiatrie traumatisch anläßlich einer Krisensituation. Der Umgang aller Beteiligten mit dieser Krise prägt den weiteren Verlauf der Krankheit und das Vertrauen in die angebotenen Hilfen.

Es gibt psychiatrische und psychosoziale Krisennotdienste, die sehr effektiv arbeiten und allen an der Krise Beteiligten gerecht werden. Angehörige dürfen erwarten, daß auch ihre Not verstanden wird.

Berufliche Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation soll die Schwierigkeiten beseitigen oder mildern, die aufgrund einer Behinderung die Berufsausbildung oder Berufsausübung erschweren oder unmöglich erscheinen lassen. Die hierzu erforderlichen Hilfen haben die Aufgabe, die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wieder herzustellen.

Sofern erforderlich, können berufliche Bildungsmaßnahmen auch in besonderen Rehabilitationseinrichtungen stattfinden. Ziel ist die dauerhafte berufliche Eingliederung des Rehabilitanden. Über den Umfang von Maßnahmen entscheidet der zuständige Kostenträger:

Berufliche Rehabilitation beinhaltet nicht zwingend die Notwendigkeit einer neuen Berufsausbildung.

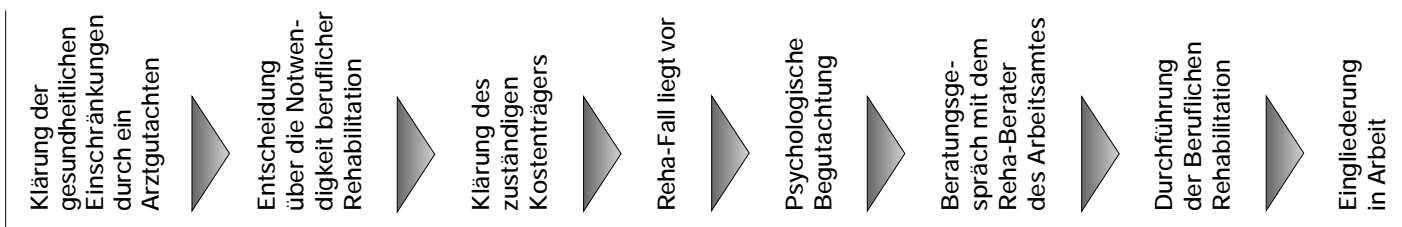
Sie umfaßt vielmehr alle notwendigen beruflichen und psychosozialen Maßnahmen zur Erlangung oder Erhaltung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen.

Diese Maßnahmen können sein:

- Vermittlung
- Einarbeitung
- Qualifizierung
- Umschulung
- Weitere Hilfen zur Arbeitsaufnahme ...

- Arbeitsamt
- Rentenversicherungsträger (z.B. BfA und LVA)
- Berufsgenossenschaften
- Versorgungsverwaltungen
- Träger der Sozialhilfe ...

Ablauf des Rehabilitations-Verfahrens



Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation für behinderte Menschen

Medizinische Rehabilitation	Berufliche Rehabilitation	Firmen und Betriebe	Soziale Rehabilitation
Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	berufliche Angebote	Arbeitsmöglichkeiten	Tagesstruktur
KLINIKEN	BERUFSTRAININGSZENTREN	ALLGEMEINER Arbeitsmarkt	WOHNHEIME mit Arbeitsangebote
ERGOTHERAPIE-PRAXEN	BERUFSFÖRDERUNGSWERK	SELBSTHILFE-Firmen	TAGESSTÄTTEN
TAGESKLINIKEN	BERUFSBILDUNGSWERK	ZUVERDIENST-Firmen	SOZIALPSYCHIATRISCHE-ZENTREN
TAGESSTÄTTEN	WERKSTÄTTEN für Behinderte	INTEGRATIONS-Betriebe	
stationär, teilstationär, ambulant	z.Z. nur Vollzeitangebote	Vollzeit- und Teilzeit möglich	verschiedene Angebote

Unser Hinweis:

Beratung und Information zu den Leistungen der Arbeitsförderung ist eine Aufgabe der Arbeitsämter, bei denen auch zu den verschiedenen Leistungen Informationsbroschüren bzw. Merkblätter erhältlich sind. Integrations- oder psychosoziale Fachdienste geben Beratung und Information über berufliche Eingliederung. Adressen und Ansprechpartner können beim Arbeitsamt oder der Hauptfürsorgestelle erfragt werden.

Rechtsgrundlagen, finanzielle Hilfen und Belastungen

Im folgenden geben wir stichwortartig Informationen und Hinweise zu Gesetzen, Einrichtungen, Versicherungen und Verfahren, mit denen Angehörige immer wieder konfrontiert sind. Wir haben uns bemüht, verständlich zu sein und möglichst nur bundesweit einheitliche Regelungen zu nennen. Wir bitten um Nachsicht, wenn in Ihrem Land einiges anders gehandhabt wird.

Betreuungsgesetz (BtG)

Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige

Durch das neue Betreuungsgesetz vom 01.01.1992 wurde die umfassende Entmündigung Volljähriger abgeschafft. Statt dessen wird durch die gesetzliche Betreuung das Recht auf Selbstbestimmung in den Vordergrund gestellt. Auf die Geschäftsfähigkeit des Betreuten hat dies grundsätzlich keine Auswirkungen.

Das Gericht bestellt einen Betreuer für Aufgaben, die der Betroffene selbst nicht regeln kann. Er soll den Betroffenen partnerschaftlich unterstützen und ihn, wenn nötig, nach außen vertreten. Wenn z.B. der Betreute sich oder sein Vermögen immer wieder in Gefahr bringt, ordnet das Gericht für diese Bereiche einen Einwilligungsvorbehalt an. Der Betreute kann dann für diese Bereiche ohne Zustimmung des Betreuers keine rechtlich wirksame Willenserklärung mehr abgeben noch allein Verträge oder Geschäfte abschließen.

Bei bestimmten Maßnahmen wie z.B. Wohnungsauflösung, zwangsweiser Unterbringung oder „gefährlichen“ Behand-

lungsmaßnahmen benötigt der Betreuer zusätzlich eine gerichtliche Genehmigung.

■ ■ Unser Hinweis:

Auch Angehörige können eine Betreuung beim zuständigen Vormundschaftsgericht anregen und eine Person ihres Vertrauens vorschlagen!

Von der Übernahme der Betreuung durch die Angehörigen selbst raten wir ab. Sie belastet häufig die familiäre Beziehung.

Sozialhilfe

Bundessozialhilfegesetz - BSHG

Die Leistungsarten der Sozialhilfe gliedern sich in

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfe in besonderen Lebenslagen.

Hilfe in besonderen Lebenslagen umfaßt unter anderem Krankenhilfe, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege.

Sozialhilfe wird nachrangig gewährt, (§2 BSHG), das bedeutet, Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen erhält, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen.

Hilfe zum Lebensunterhalt
§§ 11-26 BSHG

„Der notwendige Lebensunterhalt umfaßt besondere Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.“ (§12 BSHG)

Die laufenden Leistungen für den notwendigen Lebensunterhalt werden nach Regelsätzen bemessen, zu denen auch die Kosten für Unterkunft (Miete) sowie einmalige Beihilfen z.B. für Winter- und Sommerbekleidung und Erstausrüstung des Haushaltes gehören sowie die Krankenversicherungsbeiträge (§ 13 BSHG).

Unter bestimmten Bedingungen wird zum Regelsatz ein Mehrbedarf (§ 23 BSHG) anerkannt.

Krankenhilfe

§ 37 BSHG

Sofern keine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse besteht, werden die für Kranke notwendigen Behandlungskosten im Rahmen der Krankenhilfe übernommen.

Eingliederungshilfe

(§§ 39 - 43 BSHG)

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am

Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind z.B.: ambulante oder stationäre Behandlung, Hilfe zu einer angemessenen Schul- oder Berufsausbildung, bzw. für eine sonstige angemessene Tätigkeit, Hilfe zur Teilnahme an der Gemeinschaft.

Das BSHG ist das einzige Leistungsgesetz, in dem ausdrücklich die Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft geregelt ist.

Hilfe zur Pflege

§§ 68, 69 BSHG

Mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung erfolgte auch eine Änderung der Regelung der Hilfe zur Pflege im BSHG.

Unterschiede zur Pflegeversicherung:

- Leistungen werden z.B. auch gewährt, wenn die Pflegebedürftigkeit die Pflegestufe I unterschreitet oder voraussichtlich für weniger als sechs Monate besteht.
- Bedürfnis des Pflegebedürftigen nach Kommunikation wird berücksichtigt

In den einzelnen Pflegestufen werden jedoch die gleichen Geldbeträge wie in der Pflegeversicherung gewährt. Bei ei-

nem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I werden nur noch Kostenerstattungen für bestimmte Leistungen übernommen.

Einsatz von Einkommen und Vermögen

§§ 76-89 BSHG

Bei der Beantragung der Sozialhilfe wird unter anderem geprüft, inwieweit die Antragsteller über einzusetzendes Einkommen und/oder Vermögen verfügen.

Hier wird unterschieden nach:

- Der besonderen Einkommensgrenze (§ 81 BSHG, der 1,5 fache Betrag der allgemeinen Einkommensgrenze). Diese wird z.B. bei stationärer oder teilstationärer Eingliederungshilfe zugrunde gelegt.
- Der allgemeinen Einkommensgrenze (§ 79 BSHG), sie gilt bei ambulanter Eingliederungshilfe. Ausgenommen sind die ambulante Behandlung oder sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung. Hier wird die besondere Einkommensgrenze zugrunde gelegt.

Wegfall der Zuzahlung für chronisch Kranke in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz zur Stärkung der Solidarität /GKV-SolG)

Seit dem 1.1.99 entfällt für chronisch kranke Menschen die Zuzahlung für Arznei- und Heilmittel sowie Fahrtkosten innerhalb der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung. Der Patient erhält von seiner Krankenkasse ein Formular, auf dem der Arzt bestätigen muß, daß die Behandlung seit wenigstens einem Jahr erfolgt. Der Patient erhält dann eine Art Scheckkarte, die ihn von der Zuzahlung befreit.

Unterhaltungspflicht Heranziehung von Angehörigen

Nimmt ein Familienmitglied Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch, werden auch Ansprüche gegenüber Verwandten ersten Grades (Ehepartner, Eltern, Kinder) geltend gemacht, wenn diese über ein entsprechendes Einkommen und Vermögen verfügen.

Wenn ein psychisch kranker Mensch über kein oder kein ausreichendes Einkommen verfügt, außerdem kein Vermögen (Ausnahme: Sparguth bis zu 2.500 D-Mark bei Alleinstehenden) besitzt und Hilfe zum Lebensunterhalt beantragt, können Verwandte ersten Grades bis zur Sozialhilfeschwelle herangezogen werden und müssen, falls ihr laufendes Einkommen für die Unterhaltsverpflichtung nicht ausreicht, auch ihr Vermögen einsetzen. Die Freibeträge richten sich nach den Sozialhilfe-Regelsätzen.

Die Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger ist ausgeschlossen, wenn dies eine unbillige Härte bedeuten würde.

■ ■ Unser Hinweis

Über Sozialhilfeleistungen zu informieren und zu beraten ist

Aufgabe der Sozialämter. Wenn diese Aufgabe nicht befriedigend wahrgenommen wird, wende man sich an „Sozialhilfeinitiativen“, bei denen Angehörige und Betroffene Beratung finden.

Ärztliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht ist u.a. in der „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ geregelt. Im Mittelpunkt steht hier das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt im Grundsatz für alle Menschen, die von einem anderen Informationen über dessen persönlichen Lebensbereich erhalten. Für bestimmte Berufsgruppen (z.B. Rechtsanwälte, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter etc.) ist die Verletzung der Schweigepflicht unter Strafe gestellt (§ 203 Strafgesetzbuch).

Die Weitergabe von persönlichen Daten und Informationen erfordert die Zustimmung des Betroffenen. Eine generelle Entbindung von der Schweigepflicht ist unzulässig. Der Betroffene muß informiert werden, wer welche Informationen über ihn erhalten soll.

Von der Schweigepflicht wird die allgemeine Information und Einbeziehung der Angehörigen nicht berührt.

■ ■ Unser Hinweis:

Die Psychiatrie-Personalverordnung enthält für den Bereich der klinischen Behandlung ausdrücklich die Auflage, Ge-

spräche mit Angehörigen zu führen. Der Hinweis auf Datenschutz ist häufig eine Schutzbehauptung der professionellen Helfer, um keine Gespräche mit Angehörigen führen zu müssen.

Haftung

Von Angehörigen psychisch kranker Menschen wird häufig die Frage gestellt, wer für einen Schaden haftet, den ihr psychisch erkranktes Familienmitglied infolge seiner Erkrankung verursachen könnte.

Angehörige haften nicht für Schäden, die ihr volljähriges Familienmitglied verursacht.

Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann die Schuldfähigkeit vermindert sein oder Schuldunfähigkeit vorliegen, so daß der Betroffene für einen von ihm verursachten Schaden nicht haftbar gemacht werden kann.

■ ■ Unser Hinweis:

Zur Haftpflichtversicherung

Um ein Haftungsrisiko abzudecken, empfehlen wir den Abschluß einer Privat-Haftpflichtversicherung. Informieren Sie sich bei unterschiedlichsten Anbietern.

Zur Unfallversicherung

Nach § 3 Abs.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen können psychisch Kranke keine Unfallversicherung abschließen.

Sind sie in Ihrer Familienunfallversicherung mitversichert, ist dieser Zusatz ungültig.

Kindergeld

Ohne Rücksicht auf das Lebensalter wird Kindergeld unbefristet weitergezahlt, wenn ein Kind wegen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung nicht in der Lage ist, sich selbst zu unterhalten.

Es wird davon ausgegangen, daß ein behindertes Kind sich nicht selbst unterhalten kann, wenn:

- im Bescheid des Versorgungsamtes das Merkmal „H“ (hilflos) eingetragen ist
- der Grad der Behinderung mit 50 oder mehr festgelegt wurde
- besondere Umstände eine übliche Erwerbstätigkeit des Kindes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verhindern.

Die Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte ist eine teilstationäre Maßnahme und setzt voraus, daß die Verfügbarkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht vorliegt.

Ob ein Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, hängt jedoch nicht nur von der Behinderung, bzw. Erwerbsunfähigkeit ab, sondern auch von seinen Einkünften.

Bei Bezug von Versicherungs- oder Versorgungsleistungen (z.B. Rente) oder z.B. bei Einkünften aus Kapitalvermögen, die einen Pauschalbetrag übersteigen, wird angenommen, daß es sich selbst unterhalten kann. Die Höhe des Pauschalbetrages kann bei der Familienkasse des zuständigen Arbeitsamtes er-

fragt werden. Leistungen zur Pflege und Unterhaltsleistungen gelten nicht als Einkünfte.

■ **Unser Hinweis:**

Eltern eines psychisch behinderten Volljährigen sind prinzipiell unbefristet kindergeldberechtigt! (Es gibt 70jährige Eltern, die für ihr 50jähriges „Kind“ Kindergeld beziehen!)

Scheuen Sie sich nicht, bei Ablehnungsbescheiden Widerspruch einzulegen.

Es besteht die Möglichkeit, bei der Kindergeldkasse den Nachweis zu erbringen, daß der Unterhaltsbedarf des behinderten Kindes höher liegt und durch Einkünfte, die über dem erwähnten Pauschalbetrag liegen, nicht gedeckt werden kann.

Unterbringung

Die gesetzlichen Grundlagen für die Unterbringung von psychisch kranken Menschen sind in den vergangenen Jahren neu gefaßt worden. Es ist zu unterscheiden zwischen:

- zivilrechtlicher
- öffentlich-rechtlicher
- strafrechtlicher Unterbringung.

Das 1992 in Kraft getretene Betreuungsgesetz sieht u.a. ein einheitliches Verfahren für zivilrechtlichen Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch und die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach den Landesunterbringungsgesetzen vor. Verfahrensrechtliche Regelungen für diese Unterbringungsarten sind nunmehr ein-

heitlich im Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit getroffen.

Für die strafrechtliche Unterbringung gilt als Rechtsgrundlage das Strafgesetzbuch und die Maßregelvollzugsgesetze der Länder.

Unterbringungs- oder unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 BGB) sind nur zulässig, wenn:

- aufgrund einer psychischen Krankheit bzw. einer geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten eine Selbstgefährdung vorliegt
- eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann.
- der Betreute z.B. aufgrund seiner psychischen Krankheit die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen kann (§1906 Abs. 1 BGB)

Die Unterbringung wegen Fremdgefährdung ist eine „öffentlich-rechtliche“ Unterbringung, die sich nach den Unterbringungsgesetzen der einzelnen Bundesländer richtet.

Die Unterbringung und die unterbringungsähnlichen Maßnahmen (z.B. Fixierung oder „Ruhigstellung“ durch Medikamente) ist nur mit Genehmigung des Gerichts zulässig.

Ausnahme: wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung muß dann jedoch unverzüglich nachgeholt werden.

Neben dem gerichtlichen Verfahren zur Unterbringung gibt es noch das in den Landesgesetzen geregelte Verfahren zur sofortigen Unterbringung. Sie erfolgt im Rahmen eines behördlichen Verfahrens und ermöglicht eine Zwangsunterbringung bis zu 24 Stunden ohne richterlichen Beschluß.

Kein ausreichender Grund für eine Unterbringung ist, wenn die Gefahr eines Rückfalls oder der Ausbruch einer Psychose besteht oder der Betreute sich weigert, ärztlich verordnete Medikamente zur Behandlung der psychischen Erkrankung einzunehmen oder sich in Behandlung zu begeben.

Verfahrensschritte zur Unterbringung

- Bestellung eines Verfahrenspflegers, wenn die eigenen Interessen nicht selbst vertreten werden können oder kein Bevollmächtigter mit der Interessenwahrnehmung beauftragt wurde
- Persönliche Anhörung des Betroffenen
- Gelegenheit zur Anhörung von Angehörigen oder einer vom Betroffenen benannten Vertrauensperson
- Einholung eines fachärztlichen Gutachtens

Ein Unterbringungsbeschluß muß enthalten:

- eine nähere Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme
- die vorgesehene Dauer (maximal ein Jahr, in Ausnahme-

fällen maximal zwei Jahre bis zur erneuten Überprüfung)

- eine Rechtsmittelbelehrung

■ ■ **Unser Hinweis:**

Gegen die Entscheidung des Gerichts kann der Betroffene oder auch ein Angehöriger Beschwerde einlegen.

Feststellung der Behinderung

Grundsätzlich wird das Vorliegen einer Behinderung nur auf Antrag des Betroffenen festgestellt. Jedoch können auch bestimmte Leistungsträger wie Krankenkassen und Arbeitsämter Anträge auf Feststellung einer Behinderung stellen.

Der Betroffene muß dem Folge leisten, will er nicht Rechtsansprüche verlieren. Bei Weigerung kann der Anspruch auf Kranken- oder Arbeitslosengeld ruhen oder entfallen.

Auch das Sozialamt kann dazu auffordern, Behinderungen feststellen zu lassen, um den Sozialhilfeaufwand zu verringern.

Der Behindertenausweis

Der Behindertenausweis wird beim Versorgungsamt der Kommune beantragt, in der der Behinderte lebt. Mit seiner Hilfe kann der Betroffene eine Reihe von Vergünstigungen leichter in Anspruch nehmen wie z.B. Ermäßigung oder Befreiung der Fahrtkosten im öffentlichen Nahverkehr, bei Telefon-, Rundfunk- und Fernsehgebühren, zusätzlicher Urlaub, Lohnkostenzuschüsse, Reha-Maßnahmen,

behindertengerechte Wohnungen und Steuervorteile.

Der Ausweis gilt fünf Jahre und wird bei Fortbestehen der Behinderung jeweils für fünf Jahre verlängert.

Anträge von psychisch kranken Menschen werden immer häufiger abgelehnt. Scheuen Sie sich nicht, Widerspruch einzulegen. Häufig wird nach Widerspruch dem Antrag entsprochen.

■ ■ **Unser Hinweis:**

Über die Vor- und Nachteile eines Behindertenausweises für den Betroffenen wird unter Angehörigen viel diskutiert. Manche psychisch kranke Menschen fühlen sich durch ihn diskriminiert und für immer abgestempelt, für andere bedeutet der Ausweis Schutz und Sicherheit. Angehörige sollten die letzte Entscheidung, ob Ausweis oder nicht, dem Betroffenen überlassen.

Die Pflegeversicherung

§ 14 Sozialgesetzbuch XI

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.

Pflegebedürftigkeit wird bei Krankenkasse durch den Kranken selbst oder seine Angehörigen beantragt und durch den

Medizinischen Dienst (MDK) überprüft und festgestellt.

Sie wird in drei Stufen eingeteilt und muß für folgende Bereiche vorliegen:

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung

Leistungen bei ambulanter Pflege:

Sachleistungen

Die Pflege wird durch einen Pflegedienst erbracht und kann bei Pflegestufe I 750 D-Mark, bei Stufe II 1.800 D-Mark und bei Stufe III DM 2.800 D-Mark betragen.

Geldleistungen

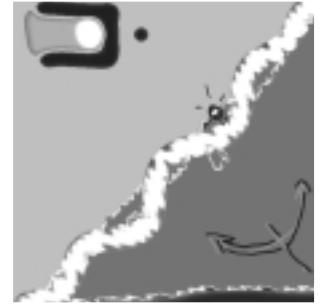
Übernehmen Verwandte oder nahestehende Personen die Pflege, so erhält der Kranke für die Pflegestufe I 400 D-Mark, für Stufe II 800 D-Mark und für Stufe III 1.300 D-Mark pro Monat. Eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich.

Urlaubspflege

Wenn Angehörige oder nahestehende Personen einen Pflegebedürftigen betreuen, droht für den Urlaub oder bei Krankheit der Pflegeperson eine Pflegegelücke.

In diesen Fällen übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen pro Kalenderjahr bis zu einer Höhe von 2.800 D-Mark.

Mit einem chronisch psychisch kranken Angehörigen leben ...



Mein Sohn Paul, das jüngste meiner vier Kinder, ist jetzt 33 Jahre alt. Vor 16 Jahren wurde er krank, Diagnose: schizophrene Psychose. Diese Krankheit bestimmt seither sein Leben und hat auch lange Jahre das unserer Familie beherrscht. Von diesen Jahren will ich hier erzählen.

Als Paul geboren wurde, galt das Hauptinteresse der Eltern schon dem Geschäft. Die Kinder waren sich selbst überlassen und fühlten sich offensichtlich wohl in ihrer Kinderwelt. Es ging chaotisch und vergnüglich zu, nirgends ein Grund zur Sorge.

Sicherlich - der Jüngste war anders als die drei älteren: stiller vor allem, ein bißchen ängstlich, langsam. Drei Dinge fielen auf: er hatte kein Zeitgefühl, lernte erst sehr spät, was „gestern“ und „morgen“ bedeutet. Er war nie krank, auch Kinderkrankheiten blieben ihm fern und: er hatte kein Schmerzempfinden. Ob Zahnarzt oder Verletzungen: er nahm es stoisch, empfand offensichtlich nichts.

Es gab immer wieder Hinweise auf sein „Anderssein“: die schulpsychologische Beratungsstelle empfahl eine spätere Einschulung wegen einer - uns unverständlichen - zurückgebliebenen Entwicklung. Ein Internat wies uns, als er 13 Jahre alt war, auf seine Selbstmordgefährdung hin. Ungefähr mit 16 Jahren begann er exzessiv, Haschisch zu rauchen und Tabletten zu schlucken, die Nacht zum Tage zu machen und ein erschreckend bizarres Verhalten an den Tag zu legen. Ein Gespräch mit ihm war nicht mehr möglich, er monologisierte und seine Rede ergab keinen Sinn.

Was in den nächsten Jahren ablief, war wie ein beängstigendes Naturereignis und begann, unser aller Leben zu beherrschen und zu verändern. Um einige Beispiele zu nennen: Paul schlief tagsüber und fuhr nachts mit dem Taxi von Ort zu Ort. Da er häufig nicht zahlen konn-

te, holte er aus unserem Haus Radios, Schmuck, Schreibmaschinen und ähnliches, um das Taxi zu bezahlen. Es ist vorgekommen, daß ich morgens aufstand und der größte Teil unserer Wohnung war schwarz angestrichen. Es passierte, daß er - neben mir im Auto sitzend - im dicksten Verkehr die Autotür aufriß und sich auf die Straße warf. Immer wieder versuchte er, sich das Leben zu nehmen. Er ritzte sich die Pulsadern auf, brannte sich mit Zigaretten Wundmale in die Haut.

Paul arbeitete damals in der elterlichen Firma. Wir versuchten, vor unseren Angestellten und aller Welt die Fassade aufrechtzuerhalten, aber sie begann zu bröckeln. Und schließlich kam der Tag, an dem wir die Polizei riefen und man ihn in die psychiatrische Klinik brachte: Er kam morgens in unser Büro, verkleidet wie ein Dorftrödel, ein Seil hinter sich herziehend, an dem Dosen rasselten und klapperten. Er begann, die Geschäftspapiere in kleine Stücke zu reißen, „eine Botschaft für Dich“, wie er mir später sagte. Nie vergesse ich den Anblick: mein Sohn, von zwei Polizisten weggeschleppt.

Nun begann der lange Weg durch die Psychiatrie. Ich, die Mutter, war der Schrecken der Ärzte und Pfleger. Es dauert seine Zeit, bis man erkennt und schließlich sogar akzeptiert, daß professionelle Helfer auch nicht viel helfen können,

daß hier eine «griechische Tragödie» abrollt, die niemand aufhalten kann. Vor 18 Jahren, bei unserem ersten Kontakt mit der psychiatrischen Szene, war die Vorstellung von der «schizophrenen Mutter» noch weit verbreitet; Angehörigen wurden weder informiert noch einbezogen, das Buch „Freispruch der Familie“ von Dörner, Egetmeyer und Koenning, das viel verändert hat, war noch nicht erschienen.

Ich habe damals viele Fehler gemacht, vielleicht auch den, ihn von Klinik zu Klinik, von Therapeut zu Therapeut zu schleppen. Es hat lange gedauert, bis ich den Wert der Kontinuität erkannte, bis ich meine hohen Ansprüche an psychiatrische Kliniken aufgab, bis mein Zorn nachließ. Ich gründete eine Angehörigengruppe und versuchte, gemeinsam mit anderen Angehörigen, die psychiatrische Landschaft vor Ort zu verändern. Wir forderten und erhielten einen Krisendienst und gründeten eine Einrichtung des Betreuten Wohnens. Das half mir und meinem Sohn.

Noch etwas kam hinzu: ich hatte einen scharfen Blick für psychiatrische Defizite und ein Ohr für richtige und falsche Töne entwickelt. Als mein Sohn eines Tages in eine der Kliniken der Alexianerbrüder eingeliefert wurde, entschloß ich mich spontan: „Von jetzt ab mische ich mich nicht mehr ein!“

Wir hatten auf unserer Reise durch die psychiatrische Landschaft erstmalig eine Klinik gefunden, die die Patienten nicht wie böse Buben, sondern wie Kranke behandelte, die ihnen menschliche Wertschätzung entgegenbrachte und Angehörigen in den Behandlungsprozess mit einbezog.

Hier blieb mein Sohn 6 Jahre lang und zog dann ins Betreute Wohnen.

Morgens fährt er in die Behindertenwerkstatt, ißt dort noch zu mittag und hat den Nachmittag für sich. Er nimmt 475 mg Leponex, das die Symptome seiner Krankheit wie Wahnideen, Halluzinationen und Stimmen hören einigermaßen unterdrückt. Das Wochenende verbringen wir gemeinsam wie ein altes Ehepaar, Kaffee-trinkend, schlafend, fernsehend. Wir erzählen uns, was in der Woche passiert ist und vertrauen uns Freuden und Enttäuschungen an.

Ich weiß, daß ich im Vergleich zu anderen Angehörigen privilegiert bin: Mein Sohn hat eine vorzügliche Betreuung, er hat seinen Frieden mit der Welt und seiner Krankheit gemacht, er hat seit acht Jahren keinen Rückfall, er weiß, daß er krank ist, er nimmt pünktlich seine Tabletten, er kann mir seine Zuneigung zeigen. All das ist eher die Ausnahme als die Regel, wie ich aus vielen Gesprächen mit Angehörigen weiß.

Und doch, es ist ein Leben über schwankendem Grund, mit der ständigen Drohung eines Rückfalls, mit dem nicht zu lösendem Problem: „was wird, wenn ich nicht mehr da bin?“

Es gibt zwei Dinge, die ich mühsam lernen mußte, die aber unser Leben entscheidend verbessert haben und die ich gerne an andere Angehörige weitergeben möchte:

1. Sag immer die Wahrheit! Selbst die kleinste Notlüge ist verboten! Bemühe Dich, in einer Welt, in der Dein Angehöriger sich schwer zu rechtfindet, wie ein offenes Buch zu sein.

2. Du hast ein Recht auf Dein eigenes Leben! Zeig Deinem Angehörigen, wo die Grenzen Deiner Teilnahme und Hilfe sind!

Grenzen sind für ihn eine Orientierungshilfe und schaffen vertraute Sicherheit!

Die Angehörigenselbsthilfe

Der Bundesverband

Seine Aufgaben sind

- politische Einflußnahme auf die Bundesgesetzgebung zugunsten psychisch Kranker und Ihrer Angehörigen
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Situation psychisch Kranker und ihrer Familien
- Darstellung der Chancen und Unzulänglichkeiten im Behandlungs- und Versorgungssystem der Psychiatrie
- Koordinierung und Zusammenarbeit der Landesverbände,
- Erfahrungsaustausch und Weitergabe von Information
- Anregung von psychiatrischer Forschung und Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern
- Durchführung von Fachtagungen und Seminaren zur Information von Angehörigen

EUFAMI

EUFAMI bedeutet „European Federation of family associations of mentally ill people“ und ist der Dachverband der An-

gehörigen-Selbsthilfeverbände in Europa. Der deutsche Bundesverband ist Mitglied und wird von vier Delegierten vertreten.

Die Landesverbände

Partner der Familien mit einem psychisch kranken Menschen sind die Landesverbände. Es gibt sie in allen Bundesländern. Sie helfen bei der Gründung neuer Angehörigenvereine - und Gruppen und vermitteln ihren Mitgliedern durch Fachkompetenz und Engagement das Gefühl der Sicherheit und Solidarität. Sie arbeiten aktiv in der Psychiatrie-Planung ihres Landes mit.

Adressen finden Sie im Anhang.

Die Angehörigengruppe

Die Angehörigengruppe ist ein wichtiger Baustein im Gefüge der psychiatrischen Hilfsangebote. Für Familien bedeutet sie nicht selten das hilfreichste ambulante Angebot, sei sie nun an Kliniken oder in der Kommune angesiedelt, von professionellen Helfern oder Angehörigen selbst geleitet. Hier kann man sich ohne Scheu aussprechen

und bekommt alle die Informationen, die zu geben professionelle Helfer häufig weder Lust noch Zeit haben. Immer findet sich ein Angehöriger, der schwierige und unlösbar scheinende Situationen selbst schon erlebt hat und eine Lösung anbieten kann.

Hier kann man von erfahrenen Angehörigen lernen,

- daß man an der Erkrankung nicht schuldig ist
- daß man ein Recht auf ein eigenes Leben hat
- daß es Grenzen der Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft gibt
- daß man auch für sich selbst Hilfe einfordern darf und wo man sie findet

Hier begegnen sich professionelle Helfer und Angehörige und lernen voneinander.

■ ■ Unser Hinweis:

Adressen von Angehörigengruppen in Ihrer Nähe erfahren Sie über Ihren Landesverband. Sollte es keine geben, gründen Sie selbst eine Gruppe!

 Notizen

Allgemeine Literatur

- BINDER, W./ BENDER, W. (Hrsg.): Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. Standortbestimmung und Ausblick. Köln 1998
- BOCK, T./WEIGAND, H.: Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn 1998
- BOCK, T./DERANDERS, E./ESTERER, I.: Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn 1997.
- BRILL, K.E.: Psychisch Kranke im Recht. Bonn 1998.
- DIETZ, A./PÖRKSEN, N./VOELZKE, W.: Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn 1998.
- DÖRNER, K./PLOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn 1996.
- DÖRNER, K./EGETMEYER, A./KOENNING, K.: Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei - sprechen. Bonn 1997
- EIKELMANN, B.: Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Stuttgart 1998
- EIKELMANN, B.: Die Tagesklinik in der Psychiatrie. Stuttgart 1999
- FINZEN, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. Bonn 1998
- FINZEN, A.: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung. Bonn 1997.
- FINZEN, A.: Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma. Bonn 1996
- JANSSEN, L. (Hrsg.): Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. Bonn 1998
- KNOPP, M.-L./NAPP, K.: Wenn die Seele Überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie. Bonn 1996.
- KÖTTGEN, C.: Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998
- LUDERER, H.-J.: Von Aderlüssen, Brechkuren und Sturzbädern zur Pharmako, Psycho- und Soziotherapie am Ende des 20. Jahrhunderts, Zur Geschichte der Behandlungsverfahren. Ratgeber: Angehörige helfen sich selbst. Rostock. / Abstract, Broschüre „Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung zum Medientag - Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena 1999
- MATEJAT, F./LISOFSKY, B.: Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn 1998
- MATTHIAS, C./ANGERMEYER, M./ZAUMSEIL, M. (Hrsg.): Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn 1997
- RAHN, E./Mahnkopf, A.: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn 1999
- ROSEMANN, M.: Zimmer mit Aussicht. Betreutes Wohnen bei psychischer Krankheit. Bonn 4/99
- SCHNEIDER, D./TERGEIST G.: Spinnt die Frau. Ein Lesebuch zu der Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn 1993.
- THUST, W./TRENK-HINTERBERGER, P.: Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen. Düsseldorf 1997.
- WEBER, P., STEIER, F.: Arbeit schaffen. Initiativen, Hilfen, Perspektiven für psychisch Kranke. Bonn 1998.

Spezielle Krankheitsbilder

- AEBI, E./CIOMPI, H./HANSEN, H.: Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn 1996.
- ARIETI, S.: Schizophrenie. Ursachen - Verlauf - Therapie. Hilfe für Betroffene. München/ Zürich 1988.
- BÄUML, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin/Heidelberg/New-York 1994.
- FINZEN, A.: Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn 1995
- HELL, D./ FISCHER-GESTEFELD, M.: Schizophrenien, Verständnisgrundlagen und Orientierungshilfen. Berlin/Heidelberg 1993.
- KNUF, A./GARTELMANN, A. (Hg.): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn 1997.
- LEHMANN, A.: Depressionen ... und was man dagegen tun kann. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Freiburg i. Breisgau 1993.
- LUDERER, H.-J.: Schizophrenien - Ratgeber für Patienten und Angehörige. Stuttgart 1989.
- MÜLLER, P.: Schlafentzug. Erfolgreich gegen Depressionen. Ein Erfahrungsbericht und ein Leitfaden für Betroffene, Nahestehende und Behandelnde. Bonn 1995.
- NUBER, U.: Die verkannte Krankheit «Depression». Wissen, Behandeln, mit der Krankheit leben. Zürich 1996.
- ROMME, M./ESCHER, S.: Stimmenhören akzeptieren. Bonn 1997.

Angehörigenliteratur

- BUNDESVERBAND DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER E.V. LISOFSKY, B. (Hg.): Bei uns ist alles anders. Auch Kinder sind Angehörige. Bonn 1998.
- DEGER-ERLENMAIER (Hg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war. Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Bonn 1994.
- DEGER-ERLENMAIER, TITZE, E./WALTER, KH: Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Bonn 1997.
- DEGER-ERLENMAIER, H. HEIM, S. SELLNER (Hg.): Die Angehörigengruppe. Ein Leitfaden für Moderatoren. Bonn 1997
- HATTEBIER, EDDA: Reifeprüfung - Eine Familie lebt mit psychischer Erkrankung, H.Deger-Erlenmaier (HG.), Bonn 1999
- HELD, T. u.a.: Modellprojekt „Schizophreniebehandlung in der Familie“ im Modellverbund Psychiatrie (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Bd. 17), Bonn 1993

Zeitschriften

- PSYCHOSZIALE UMSCHAU, Aktuelle Informationen aus Gemeinde und Psychiatrie, Erscheint vierteljährlich und informiert Angehörige, Betroffene und psychiatrisch Tätige über gemeinsame Anliegen und Entwicklungen der Psychiatrie und ist gleichzeitig Mitteilungsblatt des BApK und seiner Landesverbände. Abonnement über die Landesverbände.
- KERBE/ Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie
Erscheint vierteljährig und behandelt ein Schwerpunktthema
- LICHTBLICK / Zeitschrift der Selbsthilfe in der Psychiatrie
Erscheint vierteljährig und wird von Profis, Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen gemeinsam gemacht. «Geheimtip»!

Partner in Ihrer Nähe

Die Landesverbände im



LV Baden-Württemberg ApK e.V.

Paul Peghini
Hebelstr. 7
76448 Durmersheim
Telefon (07245) 91 66 15 / Fax (...) 91 66 47

LV Bayern ApK e.V.

Eva Straub
Landsberger Straße 135 / III r.
80339 München
Telefon (08406) 6 31 und Fax (08406) 6 31

LV Berlin ApK e.V.

Jutta Crämer
Mannheimer Str. 32
10713 Berlin
Telefon (030) 86 39 57 01 / Fax (...) 86 39 57 02

LV Brandenburg ApK e.V.

Klaus Meynersen
Postfach 100412
14609 Rathenow
Telefon und Fax (03322) 23 54 12

LV Hamburg ApK e.V.

...
Postfach 71 01 21
22161 Hamburg
Telefon und Fax (040) 65 05 54 93

LV Hessen ApK e.V.

Prof. Dr. Reinhard Peukert
Ludwigstr. 32 / Postfach 101109
63067 Offenbach
Telefon (069) 811 255, Fax (...) 811 253

LV Mecklenburg-Vorpommern ApK e.V.

Ulrike Schob
Henrik-Ibsen-Straße 20
18106 Rostock
Telefon und Fax (0381) 72 20 25

AG Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB)

Rose-Marie Seelhorst
Wedekindplatz 3
30161 Hannover
Telefon (0511) 62 26 76

LV Nordrhein-Westfalen ApK e.V.

Gudrun Schliebener
Graelstraße 35
48153 Münster
Telefon (02 51) 520 95 22 / Fax (...) 520 95 23

LV Rheinland-Pfalz ApK e.V.

Monika Zindorf
Obere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Telefon (06131) 5 39 72, Fax (06131) 55 71 28

LV Saarland ApK e.V.

Irma Klein, Königsberger Straße 42
66121 Saarbrücken
Telefon und Fax (0681) 83 16 82

LV Sachsen ApK e.V.

Monika Schöpe
Lützner Str. 75
04177 Leipzig
Telefon (0341) 912 83 17 / Fax (...) 478 58 98

LV Sachsen-Anhalt ApK e.V.

Karin Hanschke
Taubenstr. 4
06110 Halle (Saale)
Telefon und Fax (0345) 68 67 360

LV Schleswig-Holstein ApK e.V.

Ernst Maß
Dorfstr. 31
23617 Stockelsdorf
Telefon (0451) 49 8 89 29
Fax (0451) 4 99 43 36

LV Thüringen ApK e.V.

Irene Norberger
Geschäftsstelle
Landesfachkrankenhaus
Bahnhofstraße 1 a
07646 Stadtroda
Telefon und Fax (036428) 5 62 18

Unser Hinweis:

Anfragen und Anträge zur Mitgliedschaft richten Sie bitte an Ihren Landesverband!

Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbädern zur Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie am Ende des 20. Jahrhunderts

Zur Geschichte der Behandlungsverfahren

von Hans-Jürgen Luderer

Die Beziehung zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken war seit jeher ambivalent. Auf der einen Seite stand das Bedürfnis, zu helfen, auf der anderen die Versuchung, die Augen vor dem Elend der Hilfsbedürftigen zu verschließen, sie auszugrenzen, sie zu misshandeln oder sich über sie lustig zu machen. Im Folgenden soll die wechselhafte Geschichte der Behandlung und Versorgung psychisch Kranker vom Altertum bis zur heutigen Zeit skizziert werden.

Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in Altertum, Mittelalter und zum Beginn der Neuzeit / Desinteresse und Fürsorge / Umgang mit psychisch Kranken im Altertum

Seit dem Altertum wurden körperliche wie psychische Krankheiten durch körperliche Eingriffe behandelt, vor allem durch Entfernen der „materia peccans“ durch Reinigung der vier Körpersäfte Blut, Schleim, Gelbe und Schwarze Galle. Regeln für den Umgang mit psychisch Kranken wurden erstmals durch den römischen Autor Celsus im 1. Jahrhundert nach Christus formuliert. Er beschreibt verschiedene Möglichkeiten der psychischen Beeinflussung, z.B. die heilsame Lüge, den heilsamen Schmerz, den heilsame Schrecken oder die heilsame Ablenkung. In der Regel soll aber einfühlend auf die Patienten eingegangen werden:

„Öfter muß man freilich dem Kranken beistimmen als ihm widersprechen und beim Reden seine Gedanken allmählich - und ohne daß er es merkt - zur Vernunft zurückbringen.“

Glaube an wundertätige Reliquien im Mittelalter: Das christliche Mittelalter entwickelte andere Formen der psychischen Beeinflussung. Neben dem Exorzismus war dies vor allem der Glaube an wundertätige Reliquien.

Ein zentraler Wallfahrtsort für Familien psychisch Kranker war der kleine Ort Gheel in Belgien. Dort liegt Dymphna begraben, eine irische Königstochter, die nach der Legende von ihrem Vater sexuell belästigt wurde. Sie versank in geistige Umnachtung, floh nach Gheel, wurde dort von ihm eingeholt und enthauptet. An Ihrem Grab flehten die Pilger um Hilfe für ihre geisteskranken Angehörigen. Sie übernachteten bei den Bauern in der Umgebung. Schließlich begann man, die Kranken gegen Entgelt bei den Bauern zu lassen, damit sie möglichst nahe bei den Reliquien leben konnten. Die Kranken erwiesen sich als gute Einnahmequelle, und die meisten waren durchaus in der Lage, bei der Feldarbeit zu helfen.

Errichtung von Domspitälern: Ebenfalls im Mittelalter wurde in Frankreich und Deutschland mit dem Bau von Domspitälern begonnen, in denen neben Armen und anderweitig Hilfsbedürftigen auch Geistesranke aufgenommen wurden. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des kirchlichen Versorgungssystems war die Tätigkeit einiger Ordensgemeinschaften.

Im heutigen Nordrhein-Westfalen gründeten die Alexianer seit Ende des 14. Jahrhunderts Irrenhäuser (z.B. Aachen 1396), von denen die meisten heute noch in Betrieb sind. In Polen, Italien, Österreich und Bayern bemühten sich die aus Spanien kommenden „Barmherzigen Brüder“ («Hermanos de la Caridad», «Frères de la charité», «Fatebenefratelli») in katholischen Teilen Süddeutschlands die „Barmherzigen Schwestern“ um psychisch Kranke. Klösterliche Werte wie Gehorsam, Armut und Keuschheit wurden in diesen Häusern zu Prinzipien des Umgangs mit den Patienten, Arbeit, Einsamkeit und Gebet zu zentralen Elementen der Therapie.

Weltliche Irrenfürsorge: Parallel zu den kirchlichen entwickelten sich seit dem Spätmittelalter weltliche Formen der Irrenfürsorge. Die sozialen

Verpflichtungen der freien Reichsstädte in Deutschland führte vielerorts zur Gründung von Städtischen Bürgerhospitälern, in denen neben Armen und Alten auch „harmlose Irre“ aufgenommen wurden. Unruhige und aggressive Kranke wurden in die Stadttore gesperrt oder vor die Stadt verbracht. Dort lebten sie in dunklen Verliesen oder in hölzernen „Narrenkäfigen“, „Tollkästen“ oder „Dorenkisten“, wie sie aus Hamburg (1386), Lübeck (1471) und Düsseldorf (1550) überliefert sind, oder in Türmen der Befestigungsmauern.

Beginnende Neuzeit: Das Verschwinden der Lepra und das Ausbleiben von Pestepidemien brachte es mit sich, daß psychisch Kranke seit dem 16. bis 17. Jahrhundert in Lepra- und Pesthäusern untergebracht werden konnten. Von den Neuerungen der städtischen Irrenfürsorge profitierte die Landbevölkerung nicht. Wer als psychisch Kranker nicht in der Nähe einer kirchlichen Einrichtung lebte, konnte nicht mit fremder Hilfe rechnen. Dieses Problem wurde von den Fürsten der Reformation erkannt und in Hessen einer besonders radikalen Lösung zugeführt. Laut Beschluß der Homburger Synode (1526) wurden die Klöster enteignet und in „Hohe Landeshospitäler“ umgewandelt.

Im katholischen Würzburg gründete Julius Echter von Mespelbrunn 1579 das nach ihm benannte Juliuspital, das für Arme und Kranke offenstand, auch wenn sie keine Bürger der Stadt Würzburg waren. Seit 1589 wurden dort auch psychisch Kranke betreut.

Behandlung und Versorgung psychisch Kranker im 17., 18. und 19. Jahrhundert / Humanität und Menschenverachtung

Absolutismus und Aufklärung: Diese Entwicklung wurde in Deutschland durch den Dreißigjährigen Krieg unterbrochen. Zu dieser Zeit entstand in Frankreich ein gegliedertes Versorgungssystem. Akut Kranke wurden zu einer mehrwöchigen Behandlung in das „Hôtel-Dieu“ verbracht. Wer nicht gesund wurde, wechselte in das „Hôpital général“, bestehend aus dem „Hôpital de Bicêtre“ für Männer und dem „Hôpital de la Salpêtrière“ für Frauen. Beide Häuser beherbergten große Abteilungen für psychisch Kranke.

In Deutschland entstanden in Abwandlung des Vorbilds Zucht- und Tollhäuser, unter anderem das in Celle (Bauzeit 1710-1713). Man betritt das Gebäude durch ein Tor, gelangt in den Zuchthof und blickt auf die Kirche und das zweistöckige Zuchthaus, das rechts und links von zwei Zellenflügeln flankiert wird. Hinter der Kirche gelangt man in das ebenerdige Tollhaus mit dem Tollhof. An anderen Orten wurden ähnliche Häuser eröffnet.

Österreich ging einen ähnlichen Weg wie Frankreich. Dort spielten - wie in Bayern - kirchliche Einrichtungen der Krankenfürsorge eine weitaus größere Rolle. In Wien wurde die psychisch Kranken im „Spital der Barmherzigen Brüder“ versorgt. Die Unterbringung gefährlicher Irreer war allerdings ein ungelöstes Problem. Hinter dem von Kaiser Joseph II gegründeten „Allgemeinen Krankenhaus“ wurde deshalb eine Abteilung für besonders unruhige Patienten gebaut, der 1784 eröffnete „Wiener Narrenthurm“. Die Grundidee - das Irrenhaus hinter dem Krankenhaus und eine davon getrennte Heilstätte für ruhigere psychisch Kranke - setzte sich an vielen Orten in Österreich durch.

Allerdings wurden weder im Pariser „Hôpital général“ noch im Wiener „Narrenthurm“ Behandlungen durchgeführt. Die waren dem „Hôtel-Dieu“ und dem „Spital der Barmherzigen Brüder“ vorbehalten. Dort arbeitete man nach humoralpathologischen Prinzipien mit Aderlässen, Bädern und Brechkuren. Die ausbleibenden Erfolge bestätigten den vorherrschenden therapeutischen Pessimismus, und wer im „Hôpital général“ oder im „Narrenthurm“ ankam, hatte kaum eine Chance, wieder lebend herauszukommen. Gewalt gegen Patienten war oder unter den Patienten an der Tagesordnung. Die unruhigen und gefährlichen Patienten wurden in Ketten gelegt und geprügelt.

18. und 19. Jahrhundert: Bemühungen um menschenwürdige Behandlung psychisch Kranker

Die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert: Die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert brachte erste Bemühungen um menschenwürdige Behandlung psychisch Kranker mit sich. Bedeutsam für die Entwicklung der psychosozialen Versorgung war der neue therapeutische Optimismus. Die Wurzeln dieses Umdenkens liegen in Italien, Frankreich, vor al-

lem aber in England. Dort nahm der Pfarrer der Gemeinde Greatford/Lincolnshire 1776, Reverend Francis Willis, einige Geisteskranke in einem Bauernhaus auf. Er verzichtete vollständig auf Prügel und Ketten.

Die Behandlung bestand in „moral management“, der gezielten Anwendung der heilsamen Furcht. Wenn seine Schutzbefohlenen sich oder andere gefährdeten, steckte er sie in „strait jackets“, Zwangsjacken, in denen sie sich wenigstens nicht verletzen konnten. Der Ruhm des Landgeistlichen drang bis in die Hauptstadt, so daß er bei akuten psychischen Krankheiten von König George III 1788 und 1801 nach London geladen und um Rat gefragt wurde.

Einen ähnlichen Weg gingen die Quäker, die „Society of Friends“. William Tuke (1732-1822) gründete 1794 in York ein privates „madhouse“, dem er den programmatischen Namen „The Retreat“ gab. Die heilsame Einsamkeit in einer idyllischen Landschaft bildete den Rahmen für die Methode des „moral management“. Das Haus bot Schutz vor der Welt und vor der aus den Fugen geratenen Natur, die sich in der psychischen Krankheit äußerte. Schutz und Ruhe ermöglichten es dem Kranken, die Selbstkontrolle wiederzugewinnen. Zur Selbstkontrolle waren sie wiederum vor Gott verpflichtet. Die heilsame Furcht vor der göttlichen Autorität sollte sie beim Einhalten dieser Pflicht unterstützen.

Offenbar ist es im „Retreat“ gelungen, auf Prügel, Ketten und sogar auf Zwangsjacken zu verzichten. Brach die Selbstkontrolle einmal zusammen und kam es zu einem Erregungszustand, führte man den Kranken in ein abgedunkeltes Zimmer, wo er sich beruhigen konnte. Besucher waren von der freundlichen Atmosphäre beeindruckt. Gerade auch deshalb beeinflusste das Ideal der heilsamen ländlichen Einsamkeit die Zielvorstellungen der Reformpsychiater des 19. Jahrhunderts nachhaltig.

Gegen die Konsequenz der Engländer wirken die ähnlichen Bemühungen in Frankreich und Italien geradezu halbherzig. Bekanntlich hatte Philippe Pinel nach 1789 in der Salpêtrière einer Patientin die Ketten abgenommen und mit seinem „traitement moral et philosophique“ das Gegenstück zum „moral management“ der Engländer geschaffen.

Von einer menschenwürdigen Behandlung und Unterbringung der Patienten war man allerdings in Frankreich noch weit entfernt. Pinels Schüler Jean

Etienne Dominique Esquirol berichtete 1818 in einer vom französischen Innenministerium angeforderten „Psychiatrie-Enquête“ von angeketteten nackten, unterernährten, auf Stroh legenden Patienten, von kalten, feuchten Verliesen und von willkürlichen Mißhandlungen der Wärter. Der Übergang zu schonenderen Methoden der mechanischen Beschränkung wurde in Italien früher eingeleitet. 1786 begann Vincenzo Chiarugi (1759-1820) am Florentiner „Ospedale di Santa Dorotea“, eiserne Ketten durch weiche Baumwolltücher zu ersetzen.

Diese Entwicklungen ändern nichts an der Tatsache, daß England (und nicht Frankreich, Italien oder gar Deutschland) gegen Ende des 18. Jahrhunderts zum Zentrum der Reformpsychiatrie wurde.

Die Deutsche Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts: Die Kritik an den Zuständen in den Irrenanstalten wurde in Deutschland ebenso aufgegriffen wie die Idee, Geisteskrankheiten mit psychischen Methoden zu behandeln. 1803, also noch vor Esquirol, schilderte Johann Christian Reill in seinem Buch „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung“ unerträgliche Zustände in den Zucht- und Tollhäusern und schlug zur Überwindung dieses Übels Methoden des Umgangs mit psychisch Kranken vor, die an Celsus und das englische Vorbild des „Retreat“ erinnern. Um ein der Heilung zuträgliches Klima zu schaffen, schlug er vor, Heil- und Pflegeanstalten zu trennen. Die Ansicht, daß „Narrheit“ übertragbar sei, war damals weit verbreitet.

Die erste reine Heilanstalt wurde auf Initiative des preußischen Ministers Karl August von Hardenberg in Bayreuth gegründet (1805). In den folgenden Jahrzehnten begann man an vielen Orten mit dem Aufbau getrennter Heil- und Pflegeanstalten.

Bald lernte man allerdings die Schattenseiten der Trennung kennen: Verlegungen von Heil- in die Pflegeanstalten waren kompliziert, langwierig und kostspielig. Diese Erfahrungen gaben unter anderem Anlaß, über eine Vereinigung der Heilanstalten mit den Pflegeanstalten nachzudenken.

Die Entwicklung psychiatrischer Institutionen im 19. Jahrhundert / Christian Friedrich Wilhelm Roller: die relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt

Der geistige Vater dieser neuen Entwicklung war Christian Friedrich Wilhelm Roller, der 1931 als

29-jähriger Assistenzarzt eine radikale Kritik an den Zuständen in der zeitgenössischen Psychiatrie verfaßte. Roller hatte in Tübingen Medizin studiert und dort bei J.H.F. Autenrieth, dem Arzt Friedrich Hölderlins, gehört. Nach dem Studium ging er nach Frankreich, wo er die Ideen Esquirols kennenlernte.

1827 kam er als Assistenzarzt an die dortige Universität nach Heidelberg. Roller erwies sich als unbequemer Mitarbeiter. Er ließ kein gutes Haar an der Heidelberger Klinik: Seiner Meinung nach fehlte dort an Platz, an guter Luft und an Arbeitsmöglichkeiten für die Patienten. Die Badische Regierung gab eine Untersuchung in Auftrag, las Rollers Schrift „Das Irrenhaus in all seinen Beziehungen“ und schloß sich seiner Meinung an.

Nach dem Ausscheiden des Leiters der Klinik kam es zum offenen Streit zwischen Hochschule und Regierung. Die Hochschule berief 1836 einen habilitierten Hochschullehrer zum Nachfolger, die Regierung ernannte Roller zum Direktor. Roller war allerdings weder promoviert noch habilitiert, und die Fakultät verweigerte ihm die Erteilung der Lehrbefugnis. Im selben Jahr legte Roller der Regierung Pläne für den Bau der ersten „relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt“ in ländlicher Umgebung vor. Der riesige palastartige Bau war symmetrisch aufgebaut. Rechts lagen die Frauenabteilungen, links die Männerabteilungen. Die Pflegeanstalt war rechts und links des Eingangs, die Heilanstalt rechts und links der Kirche angeordnet. In der Nähe des Eingang waren die zahlenden, dann die gebildeten Patienten untergebracht. Weiter hinten lagen die „Ruhigen“ und ganz hinten die „Störenden“ und „Tobenden“.

1837 begann die Badische Regierung genau nach Rollers Vorstellungen mit dem Bau, 1842 wurden die ersten 291 Patienten von Pforzheim und Heidelberg dorthin verlegt. In Heidelberg und Freiburg gab es keinen Psychiatrieunterricht mehr. Der psychiatrische Lehrer der 40er und 50er Jahre des 19. Jahrhunderts hieß Friedrich Wilhelm Roller. Aus allen Ländern Europas und sogar aus den USA kamen Lernbegierige, und überall wurde die Architektur der „Illenau“ kopiert.

Der Sieg Rollers im Heidelberger Streit schrieb in Deutschland die scharfe Trennung in Universitäts- und Anstaltspsychiatrie fest. Die Hochschulen gaben allerdings ihren Ausbildungsauftrag nicht auf.

Wilhelm Griesinger (1817-1868) und die Einführung der gewaltfreien Behandlung in Deutschland: Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts waren Zwang und Gewalt bei der Behandlung und Unterbringung psychisch Kranker an der Tagesordnung. Schläge mit Ruten, Stöcken und Peitschen gehörten ebenso zu den üblichen Maßnahmen wie Drehstühle, Sturzbäder mit kaltem Wasser, Zwangsstehen oder die Einreibung der Kopfhaut mit Brechweinstein, wodurch sich schmerzhaftes Geschwür bildeten.

Anregungen zur Überwindung dieser Zustände kamen wiederum aus England. Dort veröffentlichte John Conolly 1856 eine Abhandlung mit dem Titel „The treatment of the insane without mechanical restraint“. 1860 wurde das Buch ins Deutsche übersetzt. 1861 hielt sich Griesinger in England auf und lernte dort die Behandlung ohne Zwangsmittel kennen.

Eine größere Anzahl von Psychiatern schloss sich nach einem Bericht Griesingers dessen Forderung nach Einführung der zwangsfreien Behandlung an. Griesinger selbst begann in Zürich und 1865 nach seiner Berufung nach Berlin mit der neuen Methode, andere Kliniken folgten.

In der 1868 gegründeten Zeitschrift „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ veröffentlichte er den Beitrag „Über die Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“ und verärgerte damit die Anstaltspsychiater nachhaltig.

Es war nicht nur die Forderung nach Einführung der zwangsmittelfreien Therapie, mit der sich Griesinger den Zorn der Anstaltspsychiater zuzog. Besonders provokativ erschien seine Forderung nach „Stadt-Asylen“ (Rössler 1992). Nach seiner Auffassung sind die meisten psychisch Kranken nur kurzfristig stationär behandlungsbedürftig. Die Klinik soll möglichst nah am Wohnort der Patienten liegen. Dadurch könne der Arzt die Wohnung des Patienten in Augenschein nehmen, mit den Angehörigen sprechen und Patienten probeweise entlassen. Nur unruhige und gefährliche Patienten sollten weiterhin in Pflegeanstalten auf dem Land versorgt werden.

Die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert: Aufschwung, Niedergang und Neubeginn

Die Entstehung neuer Kliniken: Nach den Vorstellungen Griesingers entstanden in den folgenden

Jahren an vielen Orten neue Stadtasyle, fast immer in Form von Universitätskliniken (z.B. Heidelberg 1878, Freiburg 1887). An diesen Einrichtungen und an den bereits bestehenden Kliniken wurden dann auch wieder Studenten unterrichtet. Die Ausbildung der Ärzte ging teilweise wieder in die Hände der Universitäten über. Dadurch wurde die Trennung zwischen Universitäts- und Anstaltspsychiatrie an vielen Orten in Deutschland zementiert.

Die Universitätskliniken waren natürlich nicht in der Lage, die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung allein sicherzustellen. Bevölkerungswachstum und Verstädterung erforderten immer höhere Behandlungskapazitäten. Überall wurden seit etwa 1870 neue Anstalten gebaut, die in aller Regel noch heute in Gebrauch sind. Die bevorzugte Architekturform war neben der Unterbringung in aufgelassenen Klöstern der Pavillionstil: malerisch in einem Park verteilte Villen, in denen die Patienten teilweise ausgesprochen komfortabel untergebracht waren. So gab es beispielsweise in einer 1903 neu eröffneten württembergischen Heilanstalt (Weinsberg) fließend kaltes und warmes Wasser, Dampfheizung und elektrisches Licht.

Gleichzeitig mit dem Bau neuer Anstalten entwickelten sich neue Therapieverfahren. Ab 1880 wurde die Bettbehandlung Akutkranker eingeführt. Bei Besserung des Gesundheitszustands unternahm man den Versuch, die Patienten zunächst im Bett zu beschäftigen. Tagsüber wurden sie bei günstigen Witterungsverhältnissen angehalten, die Veranden und Gärten zu benutzen. Nicht überwachungsbedürftige Patienten konnten in Werkstätten, im Garten und auf dem Feld beschäftigt werden.

Um die Jahrhundertwende entwickelte sich die Behandlung in warmem Wasser zu den wichtigsten Maßnahmen bei erregten Patienten. Die Patienten wurden über Stunden oder Tage im Wasser gehalten, was sich in vielen Fällen als therapeutisch segensreich erwies, aber auf längere Sicht die Inaktivität der Patienten verstärkte.

Die Behandlung ohne Zwangsmittel hatte sich an vielen Kliniken durchgesetzt. Dienstanweisungen forderten „Menschenfreundlichkeit, Teilnahme, Sanftmut und Geduld“, Züchtigungen waren den Bediensteten unter Androhung der sofortigen Entlassung untersagt, selbst wenn sie von Patienten angegriffen werden sollten (Reimer, Lorenzen 1996).

Der 1. Weltkrieg: All diese Anstrengungen wurden durch den Beginn des 1. Weltkriegs zunichte gemacht. Während des 1. Weltkriegs starben etwa 140.000 Menschen in Deutschen Anstalten. Räumliche Enge, unzureichende Heizung und Unternahrung bedeuteten besonders für Alterskranke, Patienten mit Tuberkulose oder Paralyse das Todesurteil.

Nach dem 1. Weltkrieg erholte sich die Deutsche Psychiatrie langsam wieder. Es waren vor allem zwei Personen, die neue Impulse für die psychosoziale Versorgung gaben: Hermann Simon (1867-1947) und die „aktivere Krankenbehandlung“ in Gütersloh sowie Gustav Kolb (1870-1938) und die offene Irrenfürsorge in Erlangen.

Hermann Simon und die „aktivere Krankenbehandlung“: Aktive Elemente in der Krankenbehandlung gab es auch vor Simon. Der Alltag in den meisten Häusern war allerdings bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts entscheidend durch langwierige Bettbehandlungen und chaotische Wachaalszenen gekennzeichnet. Hermann Simon zeigte durch seine Arbeit in Gütersloh, daß fast alle Patienten einer Anstalt zu aktiven Tätigkeiten herangezogen werden können. Er entwickelte ab 1914 sein Konzept der aktiveren Krankenbehandlung in aller Stille. Daß überhaupt jemand von den Neuerungen aus Gütersloh erfuhr, war einem Zufall zu verdanken. Simon hatte nach seiner Dissertation keine einzige wissenschaftliche Arbeit mehr geschrieben und keinen Vortrag gehalten. 1923 entfuhr dem 56jährigen auf der Tagung des Deutschen Vereins der Psychiatrie in Jena eine abfällige Bemerkung über die übliche Anstaltsbehandlung. In der darauffolgenden Diskussion wurde er aufgefordert, bei der nächsten Tagung ausführlicher zu berichten.

Die Organisation in Gütersloh (Simon 1929) war auf Beschäftigung aller Patienten ausgerichtet. Täglich wurden die arbeitenden, die körperlich Kranken und die wegen der psychiatrischen Symptomatik unbeschäftigten Patienten namentlich registriert. Diese lag bei einer Gesamtbettenzahl von 1350 unter 13.

Diese hohe Zahl konnte nur durch ausgeklügelte Belohnungs-, Bestrafungs- und Kontrollmaßnahmen erreicht werden. Von Patienten und Mitarbei-

tern wurde bedingungslose Anpassung verlangt. Bei Arbeitsverweigerung drohten negative Folgen bis hin zum Entzug des Brotaufstrichs. Diese Konsequenz erscheint uns heute befremdlich. Kritik an der Unerbittlichkeit des Systems blieb auch in den 20er Jahren nicht aus. Selbst die schärfsten Gegner mußten allerdings zugestehen, daß Patienten und Mitarbeiter zufrieden waren. Gewalthandlungen kamen in Gütersloh sehr selten vor, beruhigenden Medikamente mußten kaum gegeben werden.

Gustav Kolb und die offene Irrenfürsorge: Gustav Kolb war der erste Psychiater, der Grundzüge der gemeindenahen Psychiatrie in die Tat umsetzte. Er öffnete die Anstalt nach außen, führte die psychiatrische Familienpflege ein und baute in Erlangen ein System der offenen Fürsorge auf, das später von fast allen Kliniken übernommen wurde (Böcker 1985).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde in vielen Kliniken nach der Aufnahme eines Patienten kaum mehr über seine Entlassung nachgedacht. Durch diesen Umstand wuchs die Anzahl der Betten wesentlich rascher als die Bevölkerung. Kola setzte sich in Kutzenberg (1905-1911) und Erlangen (1911-1934) für die Erleichterung von Aufnahmen und Entlassungen ein und sorgte für Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Er befürwortete die Einrichtung von „Irrenschutzgerichten“ zur Kontrolle der Anstaltsbetriebe sowie den Aufbau von Kinderabteilungen, Trinkerheilstätten und Altenheimen.

Einige Klinikleiter hatten bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts begonnen, ihre Patienten in Familienpflege unterzubringen und die Familien von der Anstalt aus zu betreuen. Kolb war der erste, der einen entsprechenden Versuch in Bayern unternahm. 1931 waren 130 Patienten bei fremden Familien untergebracht und wurden von der Erlanger Anstalt aus betreut.

Als wichtigste Maßnahme, die einer Überfüllung der Anstalten entgegenwirken kann, sah Kolb die Organisation von Fürsorgemaßnahmen außerhalb der Anstalt an. Zu den Aufgaben der „offenen Fürsorge“ gehörten nach seinen Vorstellungen die Erfassung sowie berufliche und soziale Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Patienten. Die Fürsorge sollte von Klinikärzten geleistet werden. Kolb richtete deshalb in Erlangen, Nürnberg und Fürth Fürsorgestellen ein. 1926 wurden von 2 Ärzten und 5 Fürsorgepflegerinnen 2517 Patienten be-

treut und 21298 Besuche gemacht. Bis 1930 wurde Kolbs System von 80 der 111 der öffentlichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten übernommen.

Psychiatrie im Nationalsozialismus: das dunkelste Kapitel

Eugenik und Euthanasie: 1920 veröffentlichten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche eine Schrift mit dem Titel «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens». Hierin sprachen sie den Tod vieler wertvoller Menschen an, die im 1. Weltkrieg ihr Leben lassen mußten, während die «Insassen» von «Idioteninstituten» ein sicheres Leben führten, eine angesichts des Sterbens in den Anstalten offensichtlich falsche Behauptung.

Zu den Menschenleben, die nach der Auffassung von Binding und Hoche „so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat ...“ zählen die durch Krankheit oder Verwundung „unrettbar Verlorenen, die im vollen Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und in irgendeiner Weise zu erkennen geben“ und die „unheilbar Blödsinnigen... Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben.“

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses: Diese Schrift blieb zunächst ohne größere Resonanz. Ihr Inhalt wurde aber spätestens bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten erneut aufgegriffen. Den ersten Niederschlag fand die neue Ideologie im «Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN)» vom 1.1.1934. Sterilisiert werden sollten nach diesem Gesetz „erbkrank“ Personen mit den Diagnosen „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit oder Taubheit, schwere ererbte körperliche Mißbildung und schwerer Alkoholismus“.

Alle Angehörigen von Heilberufen mußten „Erbkrank“ beim Amtsarzt anzeigen. Zuwiderhandlungen wurden strafrechtlich verfolgt. Der Amtsarzt beantragt beim «Erbgesundheitsgericht» im Bedarfsfall die Sterilisierung. Zur Rechtfertigung der Zwangssterilisierung wurde unter anderem die von Kolb in Erlangen eingeleitete frühzeitigen Entlas-

sung der Patienten herangezogen. Viele Kranke lebten außerhalb der Anstalten und konnten somit - so die Befürchtungen der Eugeniker - ohne äußere Einschränkungen heiraten und Kinder in die Welt setzen. Man befürchtete eine explosionsartige Vermehrung von «Ballastexistenzen», durch welche die «Volksgesundheit» gefährdet und das Volkvermögen belastet werde. Das Geld wurde radikal gekürzt. Der Tagespflegesatz sank von 4,00 RM im Jahr 1923 auf 3,00 RM im Jahr 1929 und 2,70 RM im Jahr 1939.

Die Begeisterung für neue somatische Therapieformen: Ausgerechnet in dieser Zeit wurden die ersten wirksamen biologischen Behandlungsverfahren entwickelt: die Insulinkomatherapie (Sakel 1933), die Cardiazolkrampftherapie (Meduna 1935) und die Elektrokrampftherapie (Bini, Cerletti 1937).

Die Erfolge der neuen Therapieverfahren wurden in Deutschland als Argument für eine Weiterführung der «erbbiologischen Maßnahmen» ins Feld geführt. Durch die Erfolge der neuen Therapien sollte der Bevölkerung vor Augen geführt werden, dass alles für die Heilbaren getan werde und nur die Unheilbaren von diesen erbbiologischen Maßnahmen betroffen seien.

Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter: Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter wurde 1939 nicht durch ein Gesetz, sondern durch einen „Geheimen Führererlaß“ eingeleitet.

Die Aktion T4 (nach der Zentrale in einer Berliner Villa in der Tiergartenstraße 4) wurde mit Hilfe von vier Tarnorganisationen durchgeführt: Die «Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten» übernahm die Auswahl der Patienten, die «Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft» die Transporte in die Tötungsanstalten. Die «Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege» und die «Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten» waren für die verwaltungsmäßige Abwicklung zuständig. Im Oktober 1939 wurde die Gesamtzahl der zu tötenden Patienten auf 65.000 bis 70.000 festgelegt. Gleichzeitig begann die Erfassung aller Anstaltspatienten durch Meldebogen mit Angaben zu persönlichen Daten, Diagnose, Rassenzugehörigkeit, Bettlägerigkeit, Therapie und Art der

Beschäftigung. Die Daten wurden an begutachtende Psychiater weitergeleitet.

Die für die Tötung vorgesehenen Patienten wurden in sechs Tötungsanstalten (Schloß Grafeneck, Kreis Münsingen, Schloß Hartheim bei Linz, ehemaliges Zuchthaus, Brandenburg/Havel, Brandenburg/Saale, Sonnenstein bei Pirna und Hadamar bei Limburg) verbracht. Bis 1941 wurden 70.253 Patienten durch Kohlenmonoxidgas umgebracht. Die Heilanstalt Weinsberg war ebenfalls in die Aktion T4 eingebunden. Zwar wurde kein Patient ermordet. Von Weinsberg aus traten aber insgesamt 908 Patienten die Fahrt in eine der Tötungsanstalten an.

Am 24.8.1941 wurde die Aktion T4 offiziell beendet. Zum einen war das «Plansoll» von 70.000 Patienten erfüllt, zum anderen gab es zunehmende Proteste der Angehörigen, die das Verschwinden der Patienten misstrauisch gemacht hatte. Das Töten wurde deshalb in einigen Anstalten heimlich fortgesetzt. Bis zum Kriegsende wurden zusätzlich in vielen Anstalten «dezentrale Euthanasien» durch Injektionen mit Scopolamin oder Luminal durchgeführt. Andere Patienten starben durch «Hungerkuren». Insgesamt wurden bis 1945 mehr als 150.000 psychisch Kranke ermordet.

Ähnlich wie im 1. Weltkrieg starben zahlreiche Patienten infolge der schlechten äußeren Bedingungen. In Weinsberg beispielsweise stieg die Sterblichkeit von 7 Prozent im Jahr 1939 auf 28 Prozent im letzten Kriegsjahr.

Die Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg

Nachkriegszeit: In der Nachkriegszeit war niemand so recht an der Aufarbeitung der Nazi-Verbrechen interessiert. Zwar wurden durch den Nürnberger Ärzteprozeß 1946 bis 1947 und durch mehr als 40 Euthanasieprozesse bis ca. 1965 die wesentlichen Fakten der Vernichtungsaktionen allgemein bekannt. Trotzdem fanden bis zum Ende der 70er Jahre Bücher über die Psychiatrie im Nationalsozialismus keinen Verlag oder wurden nicht beachtet. Überhaupt wurde die Situation psychisch Kranker von Politik und Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen.

Der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (Psychiatrie-Enquête)

1970 wies der Mannheimer Psychiater H. Häfner in einem Hearing vor dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit auf gravierende Mängel der psychiatrischen Versorgung hin.

1971 erteilte der Deutsche Bundestags einer Expertenkommission den Auftrag, einen Bericht zur Lage der Psychiatrie anzufertigen. Eine erste Erhebung kam zu den erwarteten alarmierenden Ergebnissen. Die stationäre psychiatrische Versorgung wurde größtenteils durch 68 Psychiatrische Landes- oder Bezirkskrankenhäuser sichergestellt. Die durchschnittliche Größe von 1200, das Arzt-Patientenverhältnis von 1:64 (alle Ärzte) bzw. 1:87 (nur Assistenzärzte) zeigte die personellen Mängel auf. Bei > 70 Prozent aller Patienten wurde die Behandlung gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt.

Positive Ausnahme war lediglich das Land Baden-Württemberg mit ca. 10 Prozent Zwangsbehandlungen. Bei 80 Prozent der Patienten erfolgte die Behandlung auf geschlossenen Stationen. Es gab lediglich 1200 niedergelassene Nervenärzte die pro Patient < 15 min im Monat erübrigen konnten. Die Außenfürsorge der Krankenhäuser beschränkte sich auf ein- bis dreimonatliche Sprechstunden in Gesundheitsämtern.

Der Zwischenbericht zur Situation in den Landeskrankenhäusern (1973) warf ein Licht auf die baulichen Mängel in den Krankenhäusern. Die Bausubstanz war veraltet, die Stationen um 35 Prozent überbelegt. 40 Prozent der Patienten waren in Schlafsälen untergebracht. Für elf Patienten stand ein WC zur Verfügung, die Patienten hatten keine Möglichkeit zum Tragen eigener Kleidung und keinen Platz für die Aufbewahrung von Eigentum. Für die in den anstaltseigenen Betrieben geleistete Arbeit erhielten sie nur eine minimale Entlohnung.

Die Kommission erhob eine Reihe von Forderungen: Sofortmaßnahmen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen, Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken, Verkleinerung der Großkrankenhäuser mit weniger als 600 Betten und die Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Mindestgröße von 200 Betten, die Bildung kleinerer Versorgungsge-

bierte und die Spezialisierung der stationären Einrichtungen.

Im Abschlußbericht der Sachverständigenkommission von 1975 wurden Vorschläge zur Personalentwicklung unterbreitet: Verbesserung der Arzt-Patientenrelation von 1:60 auf 1:40, die Verbesserung der Relation Pflegepersonal/Patienten von 1:4 auf 1:2 sowie die Einstellung von Mitarbeitern anderer therapeutischer Berufsgruppen wie Diplompsychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten.

Seitdem hat sich die psychosoziale Landschaft durchgreifend verändert. Die großen psychiatrischen Krankenhäuser wurden kleiner und überschaubarer, die räumlichen und sanitären Verhältnisse besserten sich. Zusätzlich entstanden in Deutschland über 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ebenso viele Tageskliniken, ambulante Dienste sowie zahlreiche Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 wurde ein Instrument geschaffen, das eine angemessene personelle Ausstattung der psychiatrischen Kliniken sicherstellte. Leider ist es inzwischen durch die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (1993) wieder zu einem Personalabbau in allen Krankenhäusern gekommen, der sich mit der Strukturreform 2000 weiter verstärken wird.

Das System der psychiatrischen Versorgung:

Trotz allem ist die Geschichte der Psychiatrie nach 1975 eine Geschichte von Erfolgen. Das System der psychiatrischen Versorgung wurde immer weiter differenziert. Es umfasst die Bereiche der stationären und teilstationären Behandlung, der ambulanten Behandlung und Beratung und der komplementären Einrichtungen.

Die stationäre und teilstationäre Behandlung wird von den großen psychiatrischen Kliniken, den Universitätskliniken, den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und den autonomen oder in ein Krankenhaus integrierten Tageskliniken sichergestellt. Die Ambulante Behandlung und Beratung erfolgt durch Niedergelassene Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, durch Institutsambulanzen und Polikliniken und durch Sozialpsychiatrische Dienste, die in manchen Bundesländern eine ausschließlich beratende Funktion, in anderen

durch Anbindung an die Gesundheitsämter zusätzlich eine Kontrollfunktion wahrnehmen. Darüber hinaus bestehen je nach Bundesland weitere beratende Dienste.

Zu den komplementären Einrichtungen zählen die Einrichtungen des betreutes Wohnens (Wohngemeinschaften, betreutes Einzel- oder Paarwohnen und Heime) und die Hilfen am Arbeitsplatz (Dienste zur Wiedereingliederung der Patienten am alten Arbeitsplatz, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), Werkstätten für psychisch Behinderte (WfB) und Firmen für psychisch Behinderte (Selbsthilfefirmen).

Der Siegeszug der Psychopharmaka nach dem 2. Weltkrieg

Mit der Entwicklung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva in den 50er Jahren änderte sich die psychiatrische Therapie tiefgreifend. Die Entdeckung der therapeutischen Wirkung der Lithiumsalze im Jahr 1948 und ihr klinischer Einsatz seit Mitte der 50er Jahre, die Einführung des ersten atypischen Neuroleptikums Clozapin im Jahr 1974 sowie die Synthese neuerer Neuroleptika und Antidepressiva in den 90er Jahren sind weitere Meilensteine dieser Entwicklung.

Psychotherapie, Psychoedukation und Angehörigenarbeit: Einen weiteren Fortschritt bedeutete die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie. Seit 1994 ist eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung Bestandteil des neu geschaffenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Sonderform der Psychotherapie, die Psychoedukation vermittelt den Patienten notwendige und hilfreiche Informationen und hilft ihnen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit. Patientengruppen werden heute - ebenso wie Angehörigengruppen - in vielen psychiatrischen Kliniken angeboten. Auch sie sind aus der Behandlung der Schizophrenie nicht mehr wegzudenken.

Weitere Therapieverfahren: Trainierende und tagesstrukturierende Verfahren (Beschäftigungstherapie, gezieltes Training geistiger Fähigkeiten und Arbeitstherapie), Körperorientierte und kreativitätsfördernde Verfahren (Bewegungstherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie) ergänzen

vor allen Dingen im Rahmen stationärer und teilstationärer Behandlungen die Psychopharmako- und Psychotherapie. Die psychosoziale Beratung ebnet den Patienten den Weg aus der Klinik.

Ausblick

Zu allen Zeiten haben sich Ärzte gemeinsam mit anderen therapeutischen und pflegenden Berufen, Politikern und Verwaltungsbeamten der Behandlung psychisch Kranker angenommen. Dies geschah mit unterschiedlichen Zielen: Hilfe auf der einen, Ausgrenzung und Misshandlung bis hin zur gezielten Tötung auf der anderen Seite.

Heute bietet das psychiatrische Versorgungssystem eine Vielzahl von Möglichkeiten der Behandlung, Beratung und Unterstützung für alle Betroffenen, ohne dass eine dieser Möglichkeiten verzichtbar wäre. Psychiatrie und Psychotherapie sind auf einem guten Weg. Gefährdet wird dieser Weg in Deutschland durch den immer engeren finanziellen Rahmen, dem sich alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen gegenübersehen. Ihre Aufgabe ist es, gemeinsam mit Politik und Öffentlichkeit nach Möglichkeiten einer Lösung des Dilemmas zwischen dem Wünschbaren, dem Notwendigen und dem Finanzierbaren zu suchen.

Gekürztes Manuskript eines Vortrags von Prof. Dr. H. J. Luderer, Zentrum für Psychiatrie Weinsberg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (Weissenhof), zum Medientag - Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena, 19. Juni 1999

Literatur (soweit nicht in Fußnoten genannt)

- Böcker FM: Psychiatrische Familienpflege und offene Irrenfürsorge. Sozialpsychiatrische Konzepte bei Gustav Kolb und heute. In: Lungershausen E, Baer R (Hrsg): Psychiatrie in Erlangen. Perimed, Erlangen, 1985
- Deutscher Bundestag: Enquête über die Lage der Psychiatrie in Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission. Bundesdrucksache 7/4200, 1975
- Jetter D: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1981
- Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg, Informationsbroschüre 1990
- Reimer F, Lorenzen D: Moderne Psychiatrie gestern und heute. Braun, Karlsruhe, 1996
- Reimer F, Lorenzen D: Moderne Psychiatrie gestern und heute. Braun, Karlsruhe, 1996
- Rössler W: Wilhelm Griesinger und die gemeindenahere Versorgung. Nervenarzt 64 (1992), 257-261
- Schulte W: Hermann Simon. In: Kolle K: Große Nervenärzte Band 2. Thieme Stuttgart, 1970
- Siemen HL: Menschen blieben auf der Strecke. Jakob van Hoddis, Gütersloh, 1987
- Siemen HL: Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Baer R: Themen der Psychiatriegeschichte. Enke, Stuttgart, 1998
- Wienberg G, Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Die neue Psychiatrie-Personalverordnung. Chance für die Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991
- Wittem R: Die psychische Erkrankung in der klassischen Antike. Fundamenta Psychiatrica 1 (1987), 93-100

Die mit * versehenen Adressen und kurze Charakterisierungen finden sich unter dem Stichwort „Internet-adressen“ im Psychiatrienetz <http://www.psychiatrie.de>

*Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.**
<http://www.psychiatrie.de/bapk/default.htm>

*Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V. (BPE)**
<http://www.psychiatrie.de/bpe/default.htm>

*Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.**
<http://www.psychiatrie.de/dachverband/default.htm>

Aktion Psychisch Kranke (APK)
<http://www.psychiatrie.de/apk/default.htm>

*Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)**
<http://www.psychiatrie.de/dgsp/default.htm>

Österreichische Schizophreniegesellschaft
<http://info.uibk.ac.at/sci-org/oesg/>

*Lichtblick-online**
mit Adressen der Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker
<http://home.t-online.de/home/lichtblick-m-v>

*Das Kuckucksnest**
<http://www.kuckuck.solution.de>

*Die Telefonseelsorge**
<http://www.psycholBerat.xnc.com/psycholBerat/fberatung.html>

*Stichwort „Betreuungsrecht“**
<http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Lexikon/start.htm>

*Stichwort: Suizidprophylaxe**
<http://members.aol.com/suicidepsy/home.html>

*Online-Selbsthilfegruppen (Mailinglisten)**
<http://www.psychologie-online.ch/maillingliste.htm>

*Expertenrat**
<http://www.lifeline.de/experte/index.html>

MedNet (Forschung Schizophrenie)
<http://www.mednet-schizophrenie.de>

MedNet (Forschung Depression und Suizidalität)
<http://www.mednet-depression.de>

Ärzte Zeitung (Online-Ausgabe)
<http://www2.aerztezeitung.de/>

Medizinindex Deutschland
Ständig aktualisierte Datenbank der Medizin-Server Deutschlands
<http://www.medizin.de>

„Meine Erfahrungen mit psychischer Krankheit“
<http://members.xoom.com/soulwork/>

Herausgeber	<i>Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Bonn</i>
Text	<i>Linde Schmitz-Moormann und Marianne Neurath</i>
Layout/Satz	<i>Medienwerkstatt «atelier lichtblick» (R. Hartig, U. Schob, T. Greve)</i>
Druck	<i>Altstadt-Druck GmbH (Rostock)</i>
Bestelladresse	<i>BApK • Thomas-Mann-Str. 49a • D-53111 Bonn Telefon 0228 - 63 26 46 • Fax 0228 - 65 80 63 e-mail: bapk@psychiatrie.de</i>
1. Auflage	<i>10.000 Exemplare / 1998</i>

Mit freundlicher Unterstützung von

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV) • AOK-Bundesverband • Barmer Ersatzkasse (BEK) • Bundesknappschaft
Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) • Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK)
Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) • Hanseatische Krankenkasse (HEK) • Gmünder Ersatzkasse (GEK)
Bundesverband der Innungskrankenkasse (IKK) • Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HAMÜ) • Handelskrankenkasse (hKK)
Hanseatische Krankenkasse (HEK) • Kaufmännische Krankenkasse (KKH) • Techniker Krankenkasse (TK) • See-Krankenkasse