

FAMILIENSELBSTHILFE - PSYCHIATRIE  
**ANGEHÖRIGE PSYCHISCH KRANKER**  
IM LANDESVERBAND BERLIN E.V.

**WIR INFORMIEREN ÜBER:**

**Familienselbsthilfe Psychiatrie**

**die Arbeit des Landesverbandes**

**unsere Gesprächsgruppen**

**Projekte für psychisch Beeinträchtigte**

**die psychiatrische Versorgung  
in Berlin**

**Veranstaltungen des Landesverbandes**

**gesetzliche Neuregelungen**

# Aus der Arbeit des Landesverbandes Berlin

## Veranstaltung der ApK, der Charité Campus Mitte und Berliner Bündnis gegen Depression am 13. Mai 2006 im Rathaus Wilmersdorf

---

### **Thema: Versorgungslücken bei psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund – Ausblicke und Perspektiven in der Selbsthilfe**

Bericht und Eindrücke zur Fachtagung

Gudrun Weißenborn

ApK-Projekt Koordinatorin

Die Situation für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund stellt sich in Berlin als bedrückend dar: Die Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen sind auf Grund verschiedener Integrationsbarrieren nicht niedrigschwellig genug, um von ihnen wahrgenommen und in Anspruch genommen zu werden. Trotz des umfangreichen Angebotes in der Psychiatrie stehen die Betroffenen und Angehörigen mit Migrationshintergrund somit völlig allein da.

Mit dem Beginn des Jahres 2006 startete der Landesverband sein neues Projekt, dass sich zum Ziel gesetzt hat, die Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und ihre Angehörigen in Berlin zu verbessern. Dies will der LV durch die Gründung neuer SHG in den verschiedenen Bezirken Berlins erreichen. Für diese Aufgabe erhält der Landesverband eine dreijährige Finanzierung aus den Mitteln der ARD-Fernsehlotterie, mit der der LV zwei Mitarbeiterinnen einstellen konnte.

Ein Schwerpunkt dieses Projekts ist es, psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen zu erreichen und diese über die Möglichkeiten und Stärken der organisierten Selbsthilfe zu informieren. Um die Zielgruppen anzusprechen, muss der Landesverband die Menschen dort abholen, wo sie gerade stehen, wie es so schön heißt. Doch das ist ein weites Feld.

Deshalb beschränkt sich der Landesverband zunächst auf die Kliniken, Institutsambulanzen und weitere Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung. Über die Zusammenarbeit mit den „Professionellen“ will er in Kontakt mit den Betroffenen und Angehörigen treten.

Und gleich zu Beginn des Jahres bot sich uns Projektmitarbeiterinnen die Möglichkeit, in Kooperation mit Frau Dr. M. Schouler-Ocak, Oberärztin in der Psychiatrischen Universitätsklinik im St. Hedwigs-Krankenhaus Charité und Leiterin des Bündnisses gegen Depressionen, das Anliegen des Landesverbandes voran zu treiben. Gemeinsam organisierten wir die Fachtagung zum Thema: Versorgungslücken bei psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund – Ausblicke und Perspektiven in der Selbsthilfe.

Die Zusammenarbeit gestaltete sich gut und mit Hilfe von Frau Schouler-Ocak konnten wir namhafte Referenten für die Veranstaltung am 13.5.2006 gewinnen. Frau Prof. Dr. B. John, ehemalige Beauftragte für Ausländerfragen der Bundesrepublik, heute Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,

übernahm die Schirmherrschaft der Veranstaltung. In ihrem Beitrag schlug sie eine Brücke von den Anfängen ihrer politischen Arbeit zu den heutigen Herausforderungen unseres Sozialstaates. Ein paar Grußworte richteten Herr G. Piening, Beauftragter für Integration und Migration im Senat, sowie der stellvertretende leitende Oberarzt des Campus Charité Mitte, Herr A. Ströhle, an das Auditorium.

Die Moderation übernahmen Frau Pelkhofer-Stamm, Referentin für Migration beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, und Frau Schouler-Ocak, die damit für das gute Gelingen der Veranstaltung sorgten.

Mit dem anschließenden Podiumsgespräch, in dem zwei Betroffene, eine Angehörige und ein Sozialarbeiter – alle vier Gesprächspartner mit Migrationshintergrund – beteiligt waren, sowie ein niedergelassener deutscher Psychiater, wurde der Diskurs eröffnet.

Es stellte sich heraus, dass eine psychische Erkrankung bei unterschiedlichen kulturellen Hintergründen nicht „anders“ empfunden wird, die Ohnmacht und Hilflosigkeit werden gleich wahrgenommen. Auch werden von den Betroffenen aus anderen Kulturkreisen die Symptome somatisiert wie bei dem uns bekannten Kulturkreis. Allerdings werden den „somatischen“ Beschwerden bestimmte Bedeutungen zugeschrieben, die in ihrem kulturellen Kontext stehen. Das bedeutet, dass die größte Herausforderung in der Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund vor allem in der Kenntnis der kulturellen Zusammenhänge und ihrer Bedeutungshaltigkeit bestehen. Deshalb ist die Sprache ein wesentlicher Faktor bei der Behandlung: Zum Einen zur Verständigung, zum Anderen zum Verstehen.

Wie zur Erklärung beschrieb ein Betroffener seine kulturelle Identität folgendermaßen: Er besitze ein deutsches und ein türkisches Bein – laufen kann er aber nur mit beiden Beinen.

Er sprach auch davon, dass er in der Erkrankung seine Fähigkeit, auf deutsch zu kommunizieren, teilweise verliere. Üblich sei in den Familien mit Migrationshintergrund dann die Einbeziehung von Angehörigen zu den Arztbesuchen, die der deutschen Sprache mehr oder weniger mächtig sind. Doch die Übersetzungen der Angehörigen bergen einige Schwierigkeiten: Es kann zu Verzerrungen des Inhaltes kommen und viele Dinge können aus Gründen der Scham vom Betroffenen auch nicht angesprochen werden. Der Arzt steht dann vor der Aufgabe, die Informationen zu entschlüsseln – mit dem Risiko, dennoch kein stimmiges Bild zu erreichen.

Zur Verbesserung dieser heiklen Situation hat sich der Gemeindedolmetschdienst Berlin etabliert. Er bildet Muttersprachler zu Dolmetschern im Gesundheitswesen weiter, die der absoluten Neutralität

verpflichtet sind. Damit wird ganz klar eine Verbesserung der Sprachbarriere erreicht, die jedoch die Aufforderung an den behandelnden Arzt bzgl. seiner Kenntnisse der kulturellen Zusammenhänge nicht außer Kraft setzt.

Schon in der Vorbereitung der Veranstaltung und in den Vorgesprächen stellte sich heraus, dass die Betroffenen und Angehörigen bis dato noch nicht über die Hilfemöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen informiert waren. Auch konnte keine Selbsthilfegruppe von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund eruiert werden. Deshalb waren die TeilnehmerInnen der Gesprächsrunde sehr aufgeschlossen gegenüber den Angeboten des Landesverbandes ApK und seiner Initiative der Gründung neuer Selbsthilfegruppen, die sich nach den unterschiedlichen Bedürfnissen (Sprache, Diagnose, etc.) der Interessenten richten sollen. In diesem Zusammenhang konnte festgehalten werden, dass Selbsthilfe ein in jeder Kultur bekanntes Phänomen ist.

Sie beginnt mit der Geburt und wird in und mit der Familie entwickelt und gelebt. Damit bewegt sie sich in einem umschriebenen und begrenzten Rahmen, der wiederum in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Toleranzen aufweist. Mit dem Besuch einer Selbsthilfegruppe wird der Rahmen in jedem Fall verändert – und diese Veränderung bietet die Möglichkeit der Wiederbelebung verloren geglaubter Potentiale.

Aus dem Podiumsgespräch ging hervor, dass nur die individuelle Behandlung unter Einbeziehung der kulturellen Hintergründe die Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung sichern hilft – ob mit oder ohne Migrationshintergrund.

Mit den weiteren Referenten aus dem professio-

nellen Bereich zeichnete sich ein Bild, dass das Versorgungssystem weiterhin noch unzureichend auf die Bedarfslagen von Menschen mit psychischer Erkrankung vorbereitet ist und die Hilfen nicht ausreichend ineinander greifen, auch wenn der Einzelne sich darum bemüht. Dabei gestaltet sich auf Grund der mangelnden Kenntnisse über kulturelle Besonderheiten die Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund besonders schwierig.

Unter diesem Gesichtspunkt galt meine besondere Aufmerksamkeit einem Redner, der als türkischstämmiger Psychiater in Neukölln eine Praxis führt: Er erzählte aus seinem Berufsalltag, in dem er ganz selbstverständlich die Angehörigen mit in die Behandlung des Betroffenen einbezieht, allerdings nicht als Übersetzer, denn das ist nicht nötig, sondern als Teil des Beziehungssystems.

Ich habe mir nicht zum ersten Mal die Frage gestellt, warum dieses Selbstverständnis der Einbeziehung der Familie in unserem eigenen Kulturkreis auf so viel Widerstand seitens der Professionellen und des Systems stößt. Nun führt uns ein Psychiater mit Migrationshintergrund in diesem deutschen System dennoch vor, dass es auch mit der Familie geht. Ich erhoffe mir deshalb, dass die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Kulturkreisen unserem Verständnis von Erkrankung, Behandlung und Selbsthilfe eine neue Orientierung gibt.

Die Familienselbsthilfe psychisch kranker Menschen – ApK Landesverband Berlin – erhält aus Mitteln der ARD-Fernsehlotterie „Ein Platz an der Sonne“ eine Förderung über 3 Jahre für Personal- und Sachkosten. Allen Mitspielern der ARD-Fernsehlotterie, die durch ihr Los dazu einen Beitrag geleistet haben, unseren herzlichen Dank.

## Eindrücke von der Tagung



Podiumsgespräche



Dr. G. Pliska, S. Kolodziejczak, M. Pelkhofer-Stamm, A. Kazci



Prof. Dr. B. John



G. Piening



G. Weißenborn, J. Crämer



Dr. M. Schouler-Ocak, S. Kolodziejczak

# Rückblick auf das Filmfestival in Berlin

**vom 27. April bis 03. Mai 2006**

**Gemeinsame Veranstalter waren der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V., das Berliner Bündnis gegen Depression und der Leipziger Verein „Irrsinnig Menschlich“ e.V.**

## **Thema: „Ausnahmезustand“**

Das Filmfestival **Ausnahmезustand** wurde von psychisch betroffenen Menschen, den Angehörigen und interessierten Menschen rege angenommen. In vielen Filmen wurde das Thema psychische Erkrankung den Zuschauern vorgestellt und anschließend mit erfahrenen betroffenen Menschen, Angehörigen und professionellen Mitarbeitern diskutiert. Noch immer wird dieses Thema in der Öffentlichkeit tabuisiert, es macht Angst. Die Protagonisten der Filme waren Menschen mit psychischen Erkrankungen, auf der Suche nach ihrer eigenen Identität im Spannungsfeld zwischen Neugier und gesellschaftlicher Stigmatisierung.

Daher danken wir den Darstellern, Filmemachern und den Veranstaltern für eine Woche mit sehr eindrucksvollen und bewegenden Filmen.

Der Vorstand dankt allen Mitgliedern, die es sich nicht haben nehmen lassen, in den Diskussionsrunden die Situation der Betroffenen und der Angehörigen psychisch kranker Menschen darzustellen. Weitergeben möchten wir ein Lob der Psychiatriereferentin Frau Di Tolla vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, die vom Sachverständigenrat der Angehörigen unseres Verbandes beeindruckt war.

Frau Marianne Bredendiek als Angehörige und Frau Anke Griesel als Betroffene gehen nachfolgend auf einige, für sie bemerkenswerte Filme ein.

## **Filmvorführung im Kleist-Haus**

### **„People say I'm crazy“**

Marianne Bredendiek

Dieser Film ist von der Familie des psychotischen John Cadigan in Amerika gedreht worden. Er lief hier in der Originalsprache mit Untertiteln. Er hat mir sehr gut gefallen, und zwar aus folgenden Gründen:

Der Betroffene ist schwer krank; er musste sein Kunststudium abbrechen. Die Familie bildet seinen Mittelpunkt. Er weiß, dass er von ihr in jeder Situation Hilfe erfahren kann.

Auffallend ist die gelöste Stimmung in der Familie. Sie erkennen die Krankheit an und führen Gespräche mit ihm, als hätten sie einen GT-Kurs mitgemacht. Dadurch ist es ihm möglich, seine Gefühle auszudrücken und seine schlechten Gedanken zu reflektieren. Die Familie ist sogar stolz auf ihn und freut sich, dass es möglich wurde, seine Holzschnitt-Drucke, die ihn während seiner Krankheit fast Tag für Tag beschäftigten, auszustellen und einiges zu verkaufen. Er selbst fühlt sich besonders

anerkannt und gestärkt dadurch, dass auch sein Vater sich ihm zuwendet und für ihn interessiert.

Eine wichtige Bedeutung hat für den Kranken die Ärztin Dr. Ballinger. Sie nimmt sich sehr viel Zeit für ihn und gibt ihm dadurch Sicherheit, Vertrauen und Hoffnung.

Außer seiner künstlerischen Tätigkeit hilft John in einer Einrichtung, die Lebensmittel an Bedürftige verteilt. Das gibt ihm auch das Gefühl, seinerseits nützlich zu sein und anderen helfen zu können.

Es ist immer wieder erstaunlich, wie er im Stände ist, über seine Gemütslage und über seine Ängste, für andere bedrohlich werden zu können (Schnitzmesser), zu sprechen.

Nach der Vorführung standen eine Ärztin, eine Betroffene und ich für Fragen zur Verfügung. Es waren ca. 50 Personen anwesend, von denen etliche ihr Interesse an der Thematik zum Ausdruck brachten. Die von mir mitgenommenen Flyer vom Landesverband waren in kurzer Zeit verteilt.



---

## Das Filmfestival in Berlin

Anke Griesel

Ich hatte als Mitglied der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und -Betroffener (BOP & P) die Möglichkeit, mir einige Filme des Filmfestivals anzusehen und im Anschluss daran bei einigen Auführungen dialogisch mit zu diskutieren. Hier in der Bundeshauptstadt hat der Veranstalter des Festivals, der Verein „Irrsinnig menschlich“, mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband kooperiert und die Ausgestaltung der Veranstaltungen organisiert. Ich möchte anschließend meine ganz persönlichen Eindrücke vom Filmfestival und einige Gedanken in diesem Zusammenhang beschreiben.

### „Ausnahmezustand“

Der Titel des Festivals spricht mich deshalb an, weil seelische Krisen Ausnahmezustände sind, die uns Menschen, die wir davon betroffen sind, tief erschüttern. Sie sind es deshalb, weil sie für unsere Umwelt nur schwer zu verstehen sind. Ausnahmezustände können allerdings Teil einer Lebensbewältigungsstrategie sein. Wenn es gelingt, sie zu überwinden, können Menschen daran wachsen. Das ist die Chance der seelischen Krise. Das sollte trotz des Leidens nicht vergessen werden. Nur ein Mensch, der Leid besteht, kann wachsen. Wachstum ist ohne bewältigtes Leid nicht zu haben. Es geht uns Betroffenen darum, dass wir bei diesem Weg begleitet und verstanden werden.

### Spot von „Irrsinnig menschlich“

Bevor die Filme beginnen, sehen die TeilnehmerInnen des Festivals einen Werbespot vom Verein „Irrsinnig menschlich“. Zwei Freundinnen treffen sich. Sie freuen sich, dass sie sich wieder sehen, sagen sie. „Ich bin immer so müde, so benommen“, sagt die eine Freundin zur anderen. Und die andere denkt und sagt: „und ich dachte, ich bin die Einzige, die schizophoren ist.“ Das ist alles. Ich halte diesen Werbespot im Umgang mit einer so genannten schizophrenen Erkrankung für außerordentlich bedenklich. Ist es wirklich so einfach, Schizophrenie darzustellen? Wie umfassend ist doch der Begriff. Wie viel Scham, Wut, Traurigkeit verbirgt sich hinter dieser bis heute belastenden Diagnose. Das wird nicht deutlich in diesem Werbespot. Ich habe damit große Bauchschmerzen. Müde und benommen war ich mit einer Depression auch. Das ist jedenfalls für mich kein Beitrag zur Entstigmatisierung. Er löst bei mir Unverständnis, unnötige Ängste und Ärger aus.

### Anmerkungen zu von mir ausgewählten Filmen und zu der sich anschließenden dialogischen Diskussion

#### Der Film: Seelenschatten

Ein Film über Depressionen in und aus der Schweiz.

Anderthalb Jahre begleitet das Filmteam zwei Frauen und Männer unterschiedlichen Alters und sozialer Herkunft durch Klinikaufenthalte und Alltag. Es sind sensible Porträts von Menschen, die ihre Depressionen unterschiedlich wahrnehmen und verarbeiten.

„Ich bin wie gelähmt“, sagt eine der Frauen. „Es ist das Gefühl von Interesselosigkeit. Fast ist es eine unheimliche Krankheit für mich. Mein Tag scheint nicht heranzugehen. Die Zeit steht still. Ist eine Depression überhaupt eine Krankheit?“, fragt sie sich. „Jedenfalls gibt es keine Fraktur, kein Röntgenbild, mit dem man eine Depression feststellen, messen kann“, resümiert einer der Darsteller, Charles. „Wenn ich ein Instrument, wenn ich Posaune spiele, da merke ich, dass ich lebe“, sagt er. „Es gibt da eine Menge Kindheitstraumata, die ich aufarbeiten muss. Andererseits gibt es noch viel im Leben zu entdecken. Es ist so, als ob ein Teil des Gedächtnisses für eine gewisse Zeit weg gewesen ist. Andere Menschen verstehen das so schwer. Wie soll ich das Gefühl sonst noch beschreiben? Meine Selbstzweifel sind groß. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren. Ich möchte es schaffen, eins nach dem anderen zu machen. Jedenfalls hilft mir das. Ich muss, ich möchte meinen Weg finden. Ratschläge von anderen brauche ich dabei nicht. Das habe ich auch meiner Familie so gesagt.“

Eine junge Frau stellt fest: „Wenn ich mein Medikament ‚Zoloft‘ nicht einnehme, geht es mir schlechter. ‚Dann wirst Du mürrisch‘, sagt meine Familie, mein Freund zu mir. Als ich versuche, das Medikament abzusetzen, ist alles wie vorher.“

Weitere Beschreibungen: „Bei einer Depression fehlt es an Lebensfreude. Schlafen ist wie eine Flucht. Es soll doch besser werden, wünsche ich mir. Meine Erwartungshaltung an die Depression und die Erwartung der anderen an mich ist groß. Es ist oft das Gefühl: einfach nicht mehr da sein zu wollen. Dann wären alle meine Probleme endlich weg.“

„Depressionen zu haben, das ist für mich ein Lernprozess. Und für meine Freunde ist er das auch. Es ist nicht nur schlimm. Ich verstehe meine Depression als einen harten Kampf.“

Einer der Porträtierten geht es mit einem neuen Medikament besser. Damit will sie versuchen, ihre Krankheit hinter sich zu lassen, auszusteigen. Eine andere nimmt Medikamente, wenn sie unter Stress steht.

Bei der sich anschließenden Diskussion verweise ich, Anke Griesel, auf das Selbstwertproblem, das bei Depressionen eine große Rolle spielt. Zudem auf die bisweilen verhängnisvollen Nebenwirkungen der neuen Antidepressiva, der von der Pharmaindustrie viel gepriesenen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Zoloft ist eins davon. Damit fühlt man sich gut, obwohl es einem damit faktisch nicht besser geht. Sie machen eine bessere Stimmung. Wenn ich

sie einnehme, muss ich nicht mehr an mir arbeiten. So habe ich es erfahren. Bei Depressionen ist die Medikamentengabe immer noch die Eintrittskarte in die Psychiatrie, der Beginn der psychiatrischen Behandlung. In Zeiten der Mitbestimmung darf sich der/die Patientin anscheinend ein Medikament für seine Behandlung aussuchen, sagt der Arzt. Vor- und Nachteile der (Neben-)Wirkungen werden mitgeteilt. Aber wie Depressionen therapeutisch beizukommen ist, darüber konnten die mitdiskutierenden ÄrztInnen wenig sagen. Einmal mehr habe ich bei dieser Diskussion das Gefühl, dass die Profis gar nicht wissen, was eine Depression ist. Sie sagen, dass die Prognose günstig ist. Und, dass der Film wenig Hoffnung vermittelt. Einer der Darsteller, Charles, stellt fest: „In der Konfrontation mit dem Leiden fallen die Masken. Dabei finden auch – im Schlimmen wie im Guten – die vermeintlich Gesunden zu

sich selbst.“ Sein Mut zur Auseinandersetzung hat mir in diesem Film am besten gefallen. Er hat begonnen, seinen Weg, den Weg zu sich zu gehen.

#### **Film: „Raum 4070“**

Das ist der Raum, in dem das Psychose-Seminar an der Fachhochschule in Potsdam stattfindet. Dokumentiert werden dabei Ausschnitte aus Psychose-Seminaren über einen längeren Zeitraum.

Die TeilnehmerInnen des Seminars mit ihren Empfindungen kommen in diesem Dokumentarfilm zu Wort. Es ist ein Trialog. Oft sind die TeilnehmerInnen Familienangehörige, Kinder und Eltern einer Familie. Es gelingt ihnen, über den Tellerrand hinauszuschauen, über die Kontakte im Psychose-Seminar hinaus „privat“ füreinander einzustehen, sich zu unterstützen. Das hat mich beeindruckt.

Anschließend Wortbeiträge aus dem Seminar.

„Ich weiß nicht, ob eine Psychose eine Erkrankung ist“, so die Aussage von Professor Dr. Peter Stolz, dem Moderator des Psychose-Seminars, am Anfang des Seminars zu Beginn des Films. „Deshalb hören wir hier und heute unterschiedliche Wahrheiten“, sagt er weiter.

„Bei mir als Vater“, hören wir, „gibt es viel Zorn auf die Psychose meines Sohnes. Ist das ein anomales Verhalten, sein Verhalten, frage ich mich. Unser Sohn verändert sich und erkennt seine Krankheit nicht. Da bin ich fassungslos. Was ist jetzt mit ihm? Mir scheint es so, als ob ich dann für ihn ein niedrigeres, niederes Individuum aus seinem, in seinem Universum bin. Ich habe dann immer die Angst, dass er glaubt, fliegen zu können und dass er das umsetzt.“

„Für mich als Betroffener ist die Psychose ein Hervorbrechen aus meinem Inneren, das mich überrennt. Alles läuft wie von allein. Ich kann keine Entscheidungen treffen. Ich kann mich nicht für oder gegen die Psychose entscheiden.“

„Eine Psychose macht, dass etwas anders ist mit meinem Sohn.“

„Das ist für mich als Betroffene wie ein Spiel, das neu gespielt wird. Ich kann es nicht erklären. In meiner Psychose macht alles Sinn. Psychose bedeutet für mich auch Angst. Dieses auf mich bezogen sein. Psychose ist die Angst davor, getrieben zu sein. Sie ist angstvolles Getriebensein. Psychose bedeutet aber auch Leben, und sie kann Spaß machen.“

„Für mich ist die Psychose meines Sohnes eine Krankheit.“

„Ich als Arzt bezweifle, dass eine Psychose eine Krankheit ist.“

„Es sind wechselnde Eindrücke in kurzen Momenten. Für mich sind meine Wahnideen stimmig. Sie passen. Ich kann es schaffen, die Psychose zu beherrschen. Psychose ist: Eigensinn pur. Aufgelöste Grenzen. Mein Zugang zum Paradies. Sie ist aber



---

auch brutal und rücksichtslos.“

„Eine Psychose bedeutet auch veränderte, zerstörte Familienbeziehungen. Wie werde ich als Angehöriger damit fertig? Wie kann ich das bewältigen?“

„Psychose ist für mich ein Stück Rücksichtslosigkeit. Tue ich da Gutes in der Psychose? Mir ist es egal, was die anderen von mir denken. Ist mir das egal? Ich mache das meinetwegen. Ich tobe mich aus? Doch dafür gibt es nur Etiketten. Wichtig ist dann die Frage: „Liebst Du Deine Eltern? Demütigst Du sie?“

„Deine Faulheit“, schreibt die Familienangehörige, eine Schwester an ihren Bruder Andreas, „wird als Krankheit bezeichnet. Ich verachte Dich dafür, was du meinen Eltern antust. Du kannst nicht mein Bruder sein.“

„Was aber ist krankhaft. Was bedeutet es, sich gehen zu lassen?“

„Der Brief an den Bruder, an Andreas, bringt etwas Zerstörerisches in diese Familie. Und dahinter steckt auch die Frage: Kann man einem Psychotiker alles verzeihen. Wird da etwas ausgelebt in der Psychose. Was ist es? Was wird da ausgelebt?“

„Die Psychiatrie. Die Psychiater. Sie wollten mich mitnehmen.“

„Für uns als Ärzte steht die Störung im Vordergrund. Wir sehen die Störung. Den Rückzug. Die Vereinsamung. Das sehen wir als Krankheit.“

„In meiner Psychose erlebe ich meine Realität. Dann ist die Alltagswelt eine Scheinwelt für mich.“

„Psychose kann heißen: ich ziehe mich auf mein Ich zurück, weil ich mich auf nichts mehr verlassen kann.“

„Wir Profis wissen nicht, wohin der Weg führen soll. Es gibt nicht diesen einen Weg. Es gibt nur individuelle Wege, die heute passen und morgen nicht mehr.“

„Die Medikamente nehme ich für meine Familie. Nicht für mich. Eigentlich brauche ich sie nicht.“

„50 – 60% der PatientInnen sind überdosiert. Und Psychose-Erfahrene sind mit ihren Empfindungen oft nah am Tod. Sie können sich mit der Wahl für den Tod, für den Freitod von der Erkrankung befreien.“

Die Erschütterung am Schluss des Filmes. Andreas, der Bruder der Schwester, nimmt sich später das Leben. Besteht ein Zusammenhang zu diesem Brief, den er im Seminar vorträgt? Der ihn bewegt hat? Wir wissen es nicht.

„Jedenfalls können wir ihn, den Bruder, Adressat des Briefes, nicht von seinem Weg abbringen. Das können auch die PsychiaterInnen nicht. Mit dem Erleben des Todes eines anderen Menschen bleibt man der Alte, und es stirbt etwas in einem. Es geht etwas verloren. Es fällt uns schwer, den Verlust anzunehmen und zu verarbeiten.“

„Das Gebrauchtwerden als Arzt gibt mir Lebens-

gefühl und Sinn“, sagt Professor Stolz am Ende des Films.

Abschließende Besprechung mit beiden RegisseurInnen, Jana Kalms und Torsten Striegnitz:

„Wir haben den Film gemacht, weil das Psychose-Seminar ein starker Ort ist“, sagen sie. „Ich als Filmemacherin bin selbst Angehörige. Wir waren beide über längere Zeit TeilnehmerInnen beim Psychose-Seminar, bevor wir mit dem Filmen begonnen haben. Das anzunehmen, die Psychose anzunehmen, der Umgang mit ihr, all’ das hat mich beeindruckt am Seminar. Deshalb wollte ich die Kraft des Erlebens als Filmemacherin weitertragen.“

„Es gab keine Pharmaindustrie, die den Film gesponsert hat. Wir wollten den Film so unabhängig wie möglich produzieren. Es gab auch TeilnehmerInnen, die nicht vor die Kamera wollten. Sie wurden nicht gefilmt. Sie konnten sich schützen.“

Der Tod von Andreas ist bewegender, auch unstrittener Moment des Films. „Ist Andreas unnötig gestorben? Er wurde mit dem Brief von seiner Schwester im Psychose-Seminar allein gelassen. Da hätte er womöglich Individualtherapie für sich gebraucht“, sagt ein Teilnehmer aus dem Publikum. Dabei geht es auch um die Frage, was das Psychose-Seminar leisten bzw. nicht leisten kann. Wo die Grenzen des Psychose-Seminars sind. Allerdings lag zwischen dem Brief der Schwester und dem Tod von Andreas der Zeitraum von fast einem Dreivierteljahr.

„Selbstmord, Suizid kann auch ein Akt der Eigenverantwortung sein.“

„Wir Profis wissen eigentlich nichts über Psychosen. Der ICD 10, Diagnoseschlüssel, ist deshalb ein Zeichen von erklärter Hilflosigkeit. Das ist eine Einkategorisierung, die nichts mit dem Psychoseerleben zu tun hat.“

Das Psychose-Seminar in Potsdam hat beinahe den Charakter einer großen Familientherapie. Weil im Seminar Angehörige und Betroffene zu einer Familie gehören. Das kann eine Chance für das Seminar sein, aber auch ein Risiko.

### **Persönliches Resümee, Ziele des Filmfestivals aus Betroffenen-sicht**

Leichte Kost: das waren alle Filme des Festivals nicht. Sie erzählten ganz viel über das Erleben in seelischen Krisen. Das finde ich notwendig. Seelische Krisen sind keine leichte Kost. Die Filme sind ein Weg hin zum Verständnis dieser starken Gefühle. Sie sind menschlich. Allzu menschlich. Vielleicht ist das ein Weg hin zu einer Entstigmatisierung seelischer Krisen, indem die ZuschauerInnen einen Eindruck von diesen Gefühlen bekommen. Sie können sich ein Bild machen von einer seelischen Krise. Sie bekommen eine Ahnung davon, was eine seelische Krise bedeuten kann. Eine Ahnung von starken, überwältigenden Gefühlen. Das ist ein Weg hin zu

menschlichem Verständnis und Mitgefühl. Das kann ein guter Weg sein. Dieser Weg sollte weiter beschritten werden, finde ich.

Die für mich sehr bewegenden Filme des Festivals, deren Inhalte, Aussagen mich bis heute nicht losgelassen haben, vermitteln für mich einen Eindruck davon, was eine seelische Krise sein kann, wie eine seelische Krise von Menschen empfunden, erlebt wird. Ich werte es als positiv, dass Seelenzustände anhand von Filmen diskutiert und dokumentiert werden. Ich finde, dass Filme ein wunderbares, geeignetes Medium sind, um seelische Befindlichkeiten zu dokumentieren. Dass sie ein Stück Krisenbewältigungsstrategie sein können. Sie vermitteln Menschen, die seelisches Leid nicht kennen, noch nie gespürt haben, einen Eindruck davon, wie es sein kann. Bei ihnen können diese Filme menschliches Verständnis für Ausnahmestände bewirken. Das gilt auch für uns Betroffene, damit wir das für uns nötige Verständnis und die Toleranz bei uns selbst aufbringen und seelische Krisen nicht in unterschiedliche Kategorien, Wertigkeiten einordnen. Was ist nun schlimmer? Psychotisch sein? Depressiv sein? Bipolar sein? Nichts davon. Jede seelische Krise, jede Bewältigungsstrategie hat ihre Berechtigung. Deshalb war ich von den Filmen sehr beeindruckt. Bei aller, sicher berechtigten Kritik am Verein „Irrsinnig menschlich.“

Für mich leistet das Filmfestival seinen Beitrag hin zur Entstigmatisierung, hin zu den Menschen. Hinein in die Gesellschaft. Das finde ich wichtig. Deshalb habe ich mitdiskutiert und mir einige Filme angesehen. Ich schätze das Filmfestival trotz aller Vorbehalte, die ich geschildert habe, als gelungen ein. Zudem finde ich, dass wir Betroffenen den Mut dazu haben sollten, uns mit Projekten zu konfrontieren, die umstritten sind, die aber einen wichtigen Ansatz vertreten. Wir sollten streitbar sein und bleiben und gleichwohl eine konstruktive Auseinandersetzung führen. Und damit dokumentieren, dass wir ihr gewachsen sind. Die anti-psychiatrische Haltung ist dabei nicht mein Weg. Sie greift für mich nicht weit genug. Wenn ich eine Anti-Haltung habe, bin ich dagegen. Ich finde, dass ich kritisch sein kann, ohne „Anti“, also dagegen zu sein. Es ist notwendig, zu überlegen, wofür ich bin und was ich möchte. Meine Ziele deutlich zu formulieren. Konstruktive Kritik zu formulieren. So kann für mich ein Dialog beginnen. Ich bin deshalb für den Dialog, weil dabei Diskussionspartner mit unterschiedlichen Meinungen voneinander lernen können. So wie bei diesem Filmfestival. Da genügt es nicht, so wie die Irren-Offensive, Flugblätter zu verteilen, finde ich.

Anke Griesel

### **Psychose-Seminare in Berlin**

Abschließend möchte ich hinweisen auf die vier Psychose-Seminare in Berlin, die mir bekannt sind:

1. Freie Universität, Herr Prof. M. Zaumseil, Uferstr. 14, 13357 Berlin,  
Termine: vierzehntägig  
Tel.: (030) 4656063
2. Volkshochschule Pankow, Gesundheitshaus, Grunowstr. 8-11, 13187 Berlin,  
Termine: einmal im Monat,  
Kontakt: Marion Bohn,  
m.bohn@berliner-krisendienst.de  
Es wird in einem so genannten Utopie-Kreis dialogisch vorbereitet.
3. Katholische Fachhochschule für Sozialarbeit, Prof. Dr. R-B. Zimmermann, Gundelfingerstr. 52, 10318 Berlin-Karlshorst,  
Kontakt: Bettina Krentel, Tel.: 51658058,  
oder e-Mail: zimmermann@kfb-berlin.de
4. c/o Pinell gGmbH, in Platane 19 e.V. Knobelsdorffstr. 15, 14059 Berlin,  
Kontakt: Marion Eggert, Tel.: 8257812

Bildquelle: Filmfestival „Ausnahmestand“ und mit freundlicher Unterstützung des Biermann-Verlages  
Weitere Informationen unter:  
[www.ausnahmestand-filmfest.de](http://www.ausnahmestand-filmfest.de)



Aquarellkurs



Gesundheitsmarkt in Steglitz, Stand des Landesverbandes

# Aus der Arbeit des Vorstandes

## Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie

---

Eva Weber-Schramm  
Vorstandsmitglied  
ApK Landesverband Berlin e.V.  
Vors. RichterIn LG Berlin

Im November 1995 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie veröffentlicht.

Dieser kurze Beitrag befasst sich mit der Bedeutung der Leitlinien und gibt auszugsweise einige Empfehlungen der Leitlinien wieder.

Seit Mitte der 90er Jahre sind die Medizinischen Fachgesellschaften verstärkt dazu übergegangen, Leitlinien zu entwickeln, die die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und in der Praxis bewährte Verfahren wiedergeben und bewerten. Anlass hierfür waren unter anderem eine wissenschaftliche Untersuchung über die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, aus der sich ergab, dass nicht einmal innerhalb eines Krankenhauses dieselben Behandlungsmethoden angewandt wurden – mit welchem Medikament, in welcher Dosierung und für wie lange Zeit man behandelt wurde, hing mit dem Stockwert des Krankenhauses zusammen und nicht mit der Art und Schwere der Erkrankung. Von dieser Feststellung bis zu der Erkenntnis, dass Leitlinien notwendig sind, um die Standards der Behandlung festzulegen, war es ein langer Weg. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als Dachorganisation medizinischer Fachgesellschaften fördert und begleitet den Prozess zur Erstellung von Leitlinien. Die DGPPN gründete 1993 ein „Referat Qualitätssicherung“ das die Entwicklung von Praxisleitlinien vorbereitete.

Methodisch werden 3 Stufen der Leitlinien – Entwicklung unterschieden. Am Ende steht die so genannte „S3-Leitlinie“, die neben einer Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse nach bestimmten Kriterien eine „formale Konsensusfindung“ zur Voraussetzung hat. Das bedeutet: eine Gruppe von Experten muss in Gesprächen, Diskussionen und abschließenden formalisierenden Beratungen die Zusammenstellung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erkenntnisse aus der praktischen Arbeit in den Leitlinien beschließen. Bei der jetzt veröffentlichten Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie handelt es sich um eine S3-Richtlinie. Sie gibt damit den Stand des Wissens über effektive und angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder. Sie stellt zwar keine verbindlichen Regelungen für die behandelnden Ärzte auf. Da der Arzt aber eine Behandlung schuldet, die dem Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Behandlung entspricht, besteht zunächst eine Vermutung dafür, dass dies eine richtlinienkonforme Behandlung sein muss. Der Arzt, der hiervon ab-

weicht, muss begründen, weshalb aus seiner Sicht im konkreten Einzelfall eine andere Behandlung angezeigt ist. Es versteht sich von selbst, dass beispielsweise ein Ausschöpfen des Budgets für Arzneimittel eine andere Behandlung nicht rechtfertigt.

Bei der Erstellung der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung der Schizophrenie haben von der Betroffenen Seite unter anderem mitgewirkt: der Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und die Aktion Psychisch Kranke e.V.

Innerhalb der Leitlinie wird der Grad der jeweiligen Empfehlung unterschieden. Der stärkste Empfehlungsgrad ist „A“ – er hat zur Grundlage eine bestimmte Anzahl von randomisierten kontrollierten Studien – das heißt: Studien, bei denen die Teilnehmer per Zufallsauswahl in Behandlungs- oder Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Es folgt der Empfehlungsgrad „B“, der ebenfalls noch aus einer wissenschaftlichen Studie hergeleitet wird und der Empfehlungsgrad „C“, der sich auf Berichte und Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Ableitungen von wenigster einer Studie stützen lässt. Der geringste Empfehlungsgrad ist „GCP“ – das bedeutet „good clinical praxis“, also „gute klinische Erfahrung“. Sie bezieht auf die Aspekte der Behandlung, die in Experimenten nicht erforscht werden kann (zum Beispiel kann keine Studie darüber gefertigt werden, ob ein Patient, dem in seiner Erkrankung mit Respekt begegnet wird und dessen Menschenwürde gewahrt wird, einen besseren Krankheitsverlauf hat als einer, bei dem dies nicht der Fall ist) und bei denen einem schon der „gesunde Menschenverstand“ sagt, was richtig und was falsch ist.

Die Langversion der Leitlinie beträgt 159 Seiten im DIN A8 Format. Sie ist veröffentlicht auf der Homepage der DGPPN. Hier können nur einige Empfehlungen herausgegriffen werden, die besonders wichtig erscheinen und von denen wir wissen, dass sie in der Praxis noch immer nicht beachtet werden. In Klammern ist der jeweilige Empfehlungsgrad angegeben. Ich gebe nicht immer den vollständigen und genauen Wortlaut der Originalfassung wieder und versuche, die Bedeutung von Fremdwörtern zu erklären.

Leitlinie 2 (GCP): Bei einer Ersterkrankung sollten zum Ausschluss eines Tumors oder eines entzündlichen Prozesses immer eine Bildgebung des Gehirns (CT/MRT) vorgenommen werden. Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung ist durchzuführen, ein Blutbild und ein Differentialblutbild soll erstellt werden, die Leber- und Nierenwerte sind zu überprüfen und ein Drogen-screening ist vorzunehmen.

Leitlinie 12 (B): Bei schizophrenen Ersterkrankungen sollen aufgrund der vergleichbaren Wirkung

---

auf die Positivsymptomatik und Hinweisen auf eine überlegene Wirksamkeit bezüglich der Negativsymptomatik und geringere dosisabhängige extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen in erster Linie Atypika eingesetzt werden – das heißt also eines der neueren Medikamente.

Leitlinie 16(A): Bei der Behandlung der akuten schizophrenen Episode stellen atypische Antipsychotika . . . Medikamente der ersten Wahl dar, falls nicht der Patient selbst konventionelle Antipsychotika präferiert ( bevorzugt) oder er darauf bereits ohne relevante Nebenwirkungen remittierte – das heißt dass nach einer früheren Episode die Symptomatik zurückging und er keine nennenswerten Nebenwirkungen hat.

Leitlinie 33(C): Zur Langzeittherapie sollte dasjenige typische oder atypische Antipsychotikum beibehalten werden, unter dem eine Remission (Besserung der Symptome) in der Akuttherapie bei guter Verträglichkeit erzielt werden konnte.

Leitlinie 34(A): Bei der Auswahl des Antipsychotikums ist die überlegene rezidivprophylaktische (Verhinderung eines Rückfalls) Wirksamkeit als Gruppe der atypischen Antipsychotika gegenüber typischen Antipsychotika in der Langzeittherapie zu berücksichtigen.

Tabelle 4.5b nach Leitlinie 65: ein Blutbild soll alle drei Monate gefertigt werden, Leberenzyme ebenfalls alle drei Monate kontrolliert werden, EKG alle 6 Monate, unter Clozapin, Thioridazin, Pimozid, Perazin und Ziprasidon häufiger, EEG nur unter Clozapin und Zotepin alle 6 Monate.

Leitlinie 74(A): Es empfiehlt sich eine kognitive Verhaltenstherapie zur weiteren Reduktion des Rückfallrisikos zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie einzusetzen.

Leitlinie 75 (GPC): Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mit betroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollen daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.

Leitlinie 89 (GPC): Alle Hilfsansätze sollten zum Ziel haben, die Betroffenen in soziale Bezüge zu integrieren. Selbsthilfe der Betroffenen wie der Angehörigen sollte gefördert werden, das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt, ihr Wünsche nach Informationen und ihr Einbezug bei Therapieentscheidungen nachdrücklich unterstützt werden.

Die Leitlinien 90 bis 106 befassen sich mit Forderungen an die psychiatrische Versorgung, die aus wissenschaftlicher Sicht geboten sind, die aber derzeit nur in wenigen Fällen realisierbar sind, wie beispielsweise in Leitlinie 97 (C), in der die Behandlung in einer Nachtambulanz oder anderen Einrichtung empfohlen wird, wenn ein Patient aufgrund von Ängsten oder in Ermangelung eines tragfähigen Milieus nicht zu Hause übernachten kann oder will. Leitlinie 100 (A) fordert, dass psychiatrische Notdienste, sozialpsychiatrische Dienste, Netzwerke niedergelassener Fachärzte und/oder Ambulanzen von Kliniken die Funktion gut erreichbarer und möglichst mobiler Kriseninterventionsteams übernehmen. Dies deckt sich mit unseren Forderungen, ist aber von einer Realisierung noch weit entfernt.

Die Leitlinien 107 bis 169 befassen sich mit der Behandlung unter besonderen Bedingungen, unter anderem mit Früherkennung und Intervention, fehlende Krankheitseinsicht, gleichzeitigen Drogenkonsum, Erkennen und Behandeln von körperlichen Erkrankungen unter Behandlung mit Antipsychotika und mit Behandlung während einer Schwangerschaft und im hohen Alter.

**Alle Betroffenen und Angehörigen sollten eine leitlinienkonforme Behandlung einfordern.**

Weiteres zu Praxisleitlinien Psychiatrie und Psychotherapie finden Sie auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de).

### Workshops (Gespräche)

---

Workshops ab 27. Juli 2006 wieder mit den Ärzten der Charité, Campus Mitte – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – in unserer Geschäftsstelle, Mannheimer Str. 32, von 19.00 – 21.00 Uhr

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass die Workshops / Gesprächsrunden auch in diesem Jahr zu folgenden Themen durchgeführt werden:

**27.07.**

Dr. Igor Sutej – Neuroleptika

**31.08.**

Dr. Maurice Pich – Doppeldiagnose: Sucht und Psychose

**28.09.**

Dr. Thomas Stamm – Bipolare Erkrankung

**19.10.**

Dr. Holger Merz – Wie erkenne ich eine erneute Exacerbation einer Psychose

**23.11.**

Dr. Christiane Montag – Komplementäre Therapieangebote für Psychose kranke

Telefonische Anmeldung bitte in der Geschäftsstelle unter:

Tel.030-86 39 57 01

Fax030-86 39 57 02

E-Mail: info@apk-berlin.de

Jutta Crämer

### Mitteilung

Leider hat Frau Rosemarie Stolpe aus privaten Gründen die Redaktion der ApK-Zeitung niedergelegt. Wir danken Frau Stolpe für ihre jahrelange ehrenamtliche Arbeit für den Verband und für unsere Info. Durch ihre redaktionelle Mitarbeit ist die Zeitung weit über unseren Verband hinaus in der psychiatrischen Versorgung bekannt geworden.

Danke, liebe Rosemarie Stolpe. Für die Zukunft wünschen wir dir alles Gute.

Für den Vorstand

Jutta Crämer

### Schizophrenie-Patienten wollen und können mitentscheiden

**Wissen über die Erkrankung und Einstellung zur Behandlung werden deutlich verbessert**

Trotz aller Bekenntnisse zum „mündigen Patienten“ werden Kranke in medizinische Entscheidungen kaum einbezogen. Sie werden zwar meist über Nutzen und Risiken einer geplanten Therapie aufgeklärt. An der Planung selbst und am eigentlichen Entscheidungsprozess sind sie aber nur selten ausreichend beteiligt. Dafür fehlt es den Ärzten an Zeit und den Patienten an Informationen über die für ihren Fall verfügbaren Behandlungen. Besonders benachteiligt sind dabei Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“. Denn psychisch kranke Menschen werden – meist zu Unrecht – als entscheidungsunfähig angesehen.

An der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München wurden daher auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse neuartige Patienteninformationen entwickelt. Mit ihnen können sich Patienten laiengerecht über Vor- und Nachteile von Behandlungsformen informieren, um danach Nutzen und Risiken individuell abzuwägen. Diese Hilfen wurden in der Routineversorgung bei insgesamt 133 schizophrenen Patienten auf geschlossenen Akutstationen eingesetzt und auf ihre kurz- und langfristige Effekte untersucht.

#### **Ergebnis:**

Entgegen weit verbreiteten Vorurteilen haben Patienten mit Schizophrenie weder den Wunsch, alle medizinischen Entscheidungen allein zu treffen (z.B. gegen ärztlichen Rat) noch sind sie desinteressiert, den Entscheidungsprozess mitzugestalten. Es zeigte sich vielmehr, dass ihr Wunsch beteiligt zu werden etwa genauso ausgeprägt ist wie bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen. Patienten, die am Entscheidungshilfeprogramm teilnahmen und die Behandlung gemeinsam mit ihrem Arzt festlegten, wurden von Medizinern und Pflegepersonal als überwiegend sehr motiviert und entscheidungskompetent eingeschätzt. Schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes konnte nachgewiesen werden, dass sich durch die vermehrte Mitbestimmung der Patienten ihr Wissen über die Erkrankung, aber auch ihre Einstellung gegenüber der Behandlung deutlich verbesserte. In

## Patientenverfügungen müssen verbindlich sein

---

Nacherhebungen wird derzeit untersucht, welchen Einfluss diese Mitbestimmung auf den langfristigen Verlauf der Schizophrenie hat. Das Vorhaben wurde im Rahmen der zwischen 2001 und 2005 durchgeführten Fördermaßnahme „Patient als Partner“ vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziell unterstützt.

Dr. Werner Kissling von der Psychiatrischen Klinik der TU München: „Unsere Ergebnisse überraschen vor allem deshalb positiv, weil es sich nicht um ein ausgesuchtes Klientel remittierter Patienten handelt, sondern die Untersuchung im akutpsychiatrischen Bereich, z.B. auch an unfreiwillig behandelten Patienten, durchgeführt wurde. Bei gesünderen Patienten sind somit eher noch positivere Ergebnisse zu erwarten.“

### Kontakt:

Dr. med. Werner Kissling  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie  
am Klinikum rechts der Isar der Technischen  
Universität München, Tel.: 089-41 40 42 07

Stuttgart – Der baden-württembergische Justizminister Ulrich Goll (FDP) fordert eine klare gesetzliche Regelung zur Reichweite und Bindungswirkung von Patientenverfügungen. Damit sollten auch auf die Zukunft gerichtete Patientenverfügungen als verbindlich festgeschrieben werden, forderte Goll am Montag auf einem Symposium von Richtern und Staatsanwälten in Stuttgart. Für ihn habe das Selbstbestimmungsrecht des Patienten „oberste Priorität“.

Mit einer Patientenverfügung bestimmt der Verfasser, welche medizinischen Behandlungen durchgeführt werden sollen, wenn er selbst hierüber nicht mehr entscheiden kann. Goll sprach sich dafür aus, in einem Gesetz neben der Form und der Bindungswirkung auch die Beteiligung von Vormundschaftsgerichten und weiterer Gremien zu regeln. Abweichungen vom erklärten Patientenwillen dürfe es nur geben, wenn konkrete Anhaltspunkte für die Änderung des Willens vorliegen.

Das Bundesjustizministerium hatte 2004 einen Entwurf für ein Gesetz zur Patientenverfügung vorgelegt, der später wieder zurückgezogen wurde. Die große Koalition plant, in der laufenden Legislaturperiode zu einer Entscheidung zu kommen. /ddp

gelesen im [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

---

## Schon geringe Traurigkeit kann erneute Depression triggern

Menschen, die sich von einer Depression erholt haben, sollten sich auch vor geringem emotionalem Stress schützen, denn dieser könnte einen Rückfall auslösen.



Foto: Bilderbox

Nach einer Depression ist es wichtig, Stress aus dem Weg zu gehen.

12.07.06 – Remissionen einer Depression bedeuten eine Periode deutlicher Sensitivität gegenüber Stress mit dem Risiko des Rückfalls, so Zindel Segal von der University of Toronto, Kanada. Er untersuchte an 301 Erwachsenen nach einer Depression, ob sich mit der Stimmung Veränderungen des Denkens einstellen.

Eine Provokation von schlechter Stimmung war bei Patienten, die Antidepressiva einnahmen tendenziell eher mit depressiven Gedanken verbunden als bei Teilnehmern, die eine Verhaltenstherapie erhielten. Das Ausmaß der Stimmungsabhängigen Antwort sagte einen Rückfall innerhalb von 18 Monaten vorher, unabhängig vom Typ der vorherigen Behandlung.

jh/Arch Gen Psychiatry 63 (2006) 749-755  
[www.aerztlichepraxis.de](http://www.aerztlichepraxis.de)

# Aus der psychiatrischen Versorgung

## Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses Berlin

---

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine junge Abteilung an einem traditionsreichen Berliner Krankenhaus. Im Jahre 2006 feiert das Jüdische Krankenhaus Berlin sein 250jähriges Jubiläum. 1756 wurde es als „Juden Lazarett“ im heutigen Alt-Mitte, ganz in der Nähe der Synagoge in der Oranienburger Straße von der Jüdischen Gemeinde für die Juden in Berlin gegründet. Im Laufe der Zeit öffnete es sich dann für die Behandlung aller Berlinerinnen und Berliner und befindet sich seit 1914 an seinem jetzigen Standort im Bezirk Wedding, direkt am U-Bahnhof Osloer Straße (Heinz-Galinski-Straße/Iranische Straße). Das Jüdische Krankenhaus Berlin verfügt neben der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie über zwei Abteilungen für Innere Medizin, eine Neurologische Abteilung und eine Chirurgische Abteilung.

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie besteht in der heutigen Form erst seit August 2004. Sie ging hervor aus der II. Inneren Abteilung, die sich seit den 1960er Jahren auf die Behandlung Suchtkrankter spezialisiert hatte und sich hiermit einen bedeutenden Ruf in der Stadt und über ihre Grenzen hinaus erworben hatte. Mit der Umwandlung in eine Psychiatrische Abteilung vor ca. zwei Jahren wurden zwei Ziele verfolgt:

Die hohe Kompetenz in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sollte beibehalten und gestärkt werden und die Suchterkrankungen dabei in das medizinische Fachgebiet, in das sie eigentlich gehören, überführt werden. Schließlich handelt es sich bei Abhängigkeitserkrankungen zu allererst um seelische Krankheiten. Zum anderen sollten die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten und Möglichkeiten für die Patientinnen und Patienten auf das Gesamtgebiet psychischer Erkrankungen ausgedehnt werden.

Letzteres schien sinnvoll, da in den letzten Jahrzehnten immer klarer wurde, das suchtkranke Menschen sehr häufig unter weiteren psychischen Erkrankungen leiden, z. B. unter Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder schizophrenen Erkrankungen und anderen Psychosen. Mit einer isolierten Betrachtung des Suchtproblems und einer ausschließlich hierauf fokussierten Behandlung kann man diesen Menschen in der Regel nicht

gerecht werden und sie erreichen dann auch nur selten das Ziel einer dauerhaften Abstinenz. So sieht die neue Abteilung eine ihrer Hauptaufgaben im Erkennen und Behandeln so genannter Doppeldiagnosen. Aber auch psychisch Kranke ohne Suchtproblematik werden kompetent untersucht und behandelt. Gerade im Bereich der Depressionsbehandlung verfügt die Abteilung über spezialisierte und vielfältige Möglichkeiten.

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie besteht aus zwei Stationen zu je 25 Betten, die von ganz wenigen Ausnahmesituationen abgesehen, offen geführt werden und aus einer Ambulanz. Im Unterschied zu den Stationen können gegenwärtig in der Ambulanz ausschließlich abhängigkeitserkrankte Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Das therapeutische Team setzt sich aus Ärzten, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen, therapeutisch geschulten Krankenschwestern und Krankenpflegern, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeutinnen sowie aus mehreren Suchttherapeuten zusammen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Abteilung beträgt lediglich 12 Tage (was nicht ausschließt, dass einzelne Patienten auch viele Wochen bei uns sind). Diese kurze Zeit wird intensiv genutzt: Der therapeutische Wochenplan sieht ein volles Programm von 8.00 Uhr morgens bis 20.30 Uhr am Abend vor, das vielfältige einzel- und gruppenpsychotherapeutische Behandlungen umfasst. Die Abteilung erachtet es für unerlässlich für eine erfolgreiche Behandlung, dass die Patientinnen und Patienten umfangreich über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert sind. Aus diesem Grund findet drei Mal in der Woche (davon ein Mal am Samstag) eine so genannte psychoedukative Gruppe statt. Täglich werden mehrerer suchttherapeutische Gruppen durchgeführt, außerdem gehören das Genusstraining, die Entspannungsgruppen, die Ergotherapiegruppen und die Kochtherapie zum Therapieplan.

Aufgrund der langjährigen Erfahrung in der Suchtbehandlung ist es für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Selbstverständlichkeit, dass Teil des stationären Behandlungsauftrages die Organisation und Vermittlung einer umfangreichen und kompetenten Weiterbehandlung im teilstationären oder ambulanten Bereich ist. Kein Patient wird ohne ein ge-

---

klärtes Weiterbehandlungskonzept regulär entlassen.

Ebenfalls entstanden aus der langjährigen Erfahrung in der Suchtbehandlung ist die zentrale Bedeutung, die der Arbeit mit den Angehörigen unserer Patienten zukommt. So wird bei allen Patienten, bei denen dies sinnvoll erscheint und vom Patienten nicht abgelehnt wird, ein direkter Kontakt zu den Angehörigen aufgenommen. Jede Woche findet eine therapeutisch geleitete Angehörigengruppe sowie 14-tägig eine Angehörigenselbsthilfegruppe bei uns in der Abteilung statt.

Besondere Behandlungsformen hat die Abteilung z. B. für chronische Schlafstörungen (unter Verzicht auf schlaffördernde Medikation) oder kognitive Defizite von psychose- oder suchtkranken Patienten entwickelt.

Die Abteilung ist nicht im Rahmen der so genannten sektorierten Pflichtversorgung einem bestimmten Berliner Bezirk zugeordnet, sondern hat einen überregionalen Versorgungsauftrag. Patienten aus allen Teilen Berlins und des Umlandes können aufgenommen werden; Wartezeiten gibt es nur in Ausnahmesituationen. Die Aufnahmekoordination und die Klärung, in wie weit eine stationäre Behandlung sinnvoll ist, erfolgt über die

#### **Ambulanz der Abteilung,**

die montags bis freitags von 8.00 bis 16.00 Uhr unter der Telefonnummer 030/4994-2462 erreicht werden kann.

In der übrigen Zeit ist der

#### **Psychiatrischer Dienstarzt für Notfälle**

in der Rettungsstelle des Krankenhauses oder über die Telefonzentrale (030/4994-0) erreichbar.

Priv.-Doz. Dr. med. Tom Bschor  
Chefarzt

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Jüdisches Krankenhaus Berlin

Heinz-Galinski-Straße 1  
D-13347 Berlin  
Tel: +49(0)30/4994-2461  
Fax: +49(0)30/4994-2503  
E-Mail: [bschor@jbk-online.de](mailto:bschor@jbk-online.de)  
[www.juedisches-krankenhaus.de](http://www.juedisches-krankenhaus.de)



Jüdisches Krankenhaus

## **Fakten: Die Berliner Stadtmission berichtet:**

Obdachlose in Berlin – alarmierende Zahlen . . .

- Fast jeder fünfte Obdachlose verfügt über einen akademischen Hintergrund
- Das Durchschnittsalter sinkt von 50 auf 38 Jahre
- **Ca. 30% leiden unter Psychosen, Depressionen oder Angststörungen**
- Die Lebenserwartung liegt unter 60 Jahre

Berliner Stadtmission  
Lehrter Str. 68, 10557 Berlin  
Telefon: 6 90 33-3

# Eine Druckerei als Gewerbebetrieb für Maßregel- und Rehabilitationspatienten

Gerhard Schlegel<sup>1</sup>, Hanno Lotze<sup>1</sup>, Martin Heinze<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> = Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Landeslinik Teupitz

<sup>2</sup> = Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Bremen-Ost

## Korrespondenz:

Gerhard Schlegel, Landeslinik Teupitz,  
Buchholzer Str. 21, 15755 Teupitz  
g.schlegel@lk-teupitz.de

(Dieser Artikel wurde in den Sozialpsychiatrischen Informationen Ausgabe 2/2006 veröffentlicht.)

## Einleitung

Für die Rehabilitation psychisch Kranker stellt die Arbeitstherapie mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt einen wichtigen Baustein dar. Die besonderen Schwierigkeiten, bei zunehmender Arbeitslosigkeit auch psychisch Kranke in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren sind seit vielen Jahren bekannt (Bennett 1972, Schwendy 1985, Rüesch 2002). Seither hat sich die Situation eher verschlechtert. So spricht die Aktion Psychisch Kranke in ihrem Abschlußbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (APK 2004) davon, dass generell eine Vernachlässigung von Fragen der beruflichen Eingliederung in den Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung festzustellen sei. Insofern sind die Versorgungsinstitutionen auch weiterhin aufgefordert, innovative Projekte in diesem Bereich zu initiieren. Die APK fördert regionale Initiativen aktuell mit ihrem Schwerpunktprogramm „Teilhabe am Arbeitsleben“. Ziel ist eine umfassende Rehabilitation psychisch Kranker, die Eikelmann und andere (2005) als „Teilhabe am „wirklichen“ Leben“ beschreiben.

Durch die kurzen Liegezeiten in der Allgemeinpsychiatrie spielt heute in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern die Arbeitstherapie eine nur geringe Rolle gegenüber anderen Formen der Beschäftigung bzw. ergotherapeutischer Maßnahmen im engeren Sinne. Rehabilitative Arbeitstherapie ist institutionell dagegen in vielen Versorgungsregionen über komplementäre Einrichtungen wie z. B. Zuverdienstfirmen, berufliche Rehabilitationsprogramme usw. realisiert (Übersicht z. B. bei Bühler 1998). Ziel der Arbeitstherapie ist dabei nicht

nur Arbeit im Sinne eines Broterwerbs sondern die Integration in das Arbeitsleben im Sinne einer subjektiven Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen und der Selbstverwirklichung. „Teilhabe am Arbeitsleben“ ist daher gerade in den letzten 10 Jahren Desiderat sozialpsychiatrischer Integrationsbemühungen und wird in verschiedenen bundesweiten Teilprojekten insbesondere von der Aktion psychisch Kranker in den Vordergrund der Bemühungen gerückt (Schmidt-Zadel und Pörksen 2002).

Gegenüber der Allgemeinpsychiatrie zeichnet sich die forensisch-psychiatrische Behandlung durch die langen, oft mehrere Jahren betragenden Aufenthaltsdauern aus. Eine ähnliche Situation findet sich nur noch in den wenigen Rehabilitations- oder Langzeit-Stationen der Landeskliniken. In den forensischen Kliniken sollte der Arbeitstherapie ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt werden, um die Patienten auf ein gelingendes soziales Leben nach der Entlassung vorzubereiten. Dabei ist die Prognose der Straffreiheit nach Entlassung von einem günstigen sozialen Empfangsraum abhängig, zu dem selbstverständlich die strukturgebende Regelmäßigkeit und die sozialen Kontakte bei der Arbeit gehören. In der Forensik steht die Arbeitstherapie vor besonderen Aufgaben, da die meisten Patienten schon vor Einweisung in die Klinik und vor Straffälligkeit arbeitslos waren oder in ihrer sozialen Entwicklung keine Berufsausbildung durchlaufen konnten (Lischka 1998).

Im Jahre 2003 verfügte der Fachbereich Forensische Psychiatrie der Landeslinik Teupitz über arbeitstherapeutische Angebote in Form verschiedener Werkstätten: einer Holzwerkstatt, einer Tongruppe sowie einer Fahrradwerkstatt. Solche Angebote sind hilfreich für die Erreichung eines Teils der Ziele der Arbeitstherapie, insbesondere die Tagesstrukturierung, die Wiederherstellung sozialer Kontakte und das Trainieren von Belastbarkeit. Dennoch können sie nicht direkt auf eine spätere Berufstätigkeit orientieren, da typische Situationen des normalen Berufsalltags (Arbeitsdruck, hierarchische Konflikte, Identifikation mit dem Betrieb und dessen wirtschaftlichen Zielen) nicht gegeben sind. Daher hat sich die Landeslinik Teupitz im Jahre 2003 entschlossen, eine Druckerei als einen eigenständigen Gewerbebetrieb einzurichten, der den Langzeitpatienten der Klinik aus

---

den Bereichen Forensische Psychiatrie und Sozialpsychiatrische Rehabilitation zur Verfügung stehen sollte. Das Druckereigewerbe schien dabei gegenüber anderen Gewerben besonders vorteilhaft, da eine Druckerei verschiedenste Teilarbeitsplätze bietet, die sowohl unterschiedliche Ebenen der physischen und geistigen Belastung wie auch unterschiedliche Intensität sozialer Kontakte ermöglichen. Diese Merkmale sind in der Literatur als besonders hilfreich für das Gelingen von Arbeitstherapie beschrieben (Seyfried 1985). Die Druckerei ist organisatorisch nicht Bestandteil der Klinik sondern wurde in Trägerschaft eines gemeinnützigen Vereins (Geeseberg e. V.) realisiert. Beim Aufbau der Einrichtung konnte auf langjährige Erfahrungen aus Berlin (Steinhart 1985) zurückgegriffen werden.

Die Einbeziehung der Maßregelpatienten stellte die Verantwortlichen dabei vor besondere Probleme im Umgang mit Lockerungen, in der Beaufsichtigung und dem Status der Klienten. Diese Probleme konnten durch die gemeinsame Projektarbeit der Mitarbeiter der Bereiche forensische Psychiatrie und sozialpsychiatrische Rehabilitation zusammen mit dem designierten „Chef“ der „Firma“ Geeseberg-Druck gelöst werden. Der vorliegende Artikel möchte, nachdem die Druckerei nunmehr zwei Jahre in Betrieb ist, eine vorläufige Bilanz ziehen.

### **Die Etablierung der Druckerei**

Im Juni 2003 begann der erste Mitarbeiter die Grundlagen für die Patientenversorgung und den technischen Ablauf der Druckerei zu schaffen.

Diese Aufgaben, wie das Erstellen von Konzepten, das Einrichten einer Homepage, der Entwurf von Visitenkarten und Briefköpfen, die Organisation für die Renovierung der Räume, die Einrichtung von verschiedener Software für die Dokumentation und den Gewerbetrieb, die Kontaktaufnahme mit zukünftigen Kunden usw. waren im August abgeschlossen. Im gleichen Monat kamen die ersten Patienten aus den Bereichen Maßregelvollzug (MRV) und Sozialpsychiatrische Rehabilitation. Die Gruppe des MRV wird in der Werkstatt von einer begleitenden Pflegekraft und dem Mitarbeiter der Einrichtung beaufsichtigt. Beim Verlassen der Druckerei von einer der beiden Aufsichtspersonen muss die Türe abgeschlossen werden.

Außerdem wurden alle Außenkontakte, Vertreter- und Kundenbesuche, etc. auf therapiefreie Zeiten gelegt.

Die ersten Wochen waren geprägt vom Vorführen und Erklären der verschiedenen Arbeitsbereiche und Maschinen, danach folgte eine Phase des Arbeitstrainings an einem fiktiven Auftrag. Hier zeigte sich bei einzelnen Patienten eine deutliche Angst vor laufenden Geräten und die Gruppe teilte sich damit automatisch in zwei verschiedene Leistungsbereiche. Gleichzeitig traten in der Patientengruppe deutliche Differenzen zwischen forensischen und Rehabilitationspatienten auf. Diese „Reibereien“ wurden mit Unterstützung der Mitarbeiter geklärt und verschwanden gänzlich mit dem Zusammenwachsen der Gruppe. Im Februar 2004 konnte eine weitere Mitarbeiterstelle für den Druckbereich besetzt werden. Dadurch wurde eine deutliche Verbesserung für die schwierige Anlernphase der einzelnen Klienten erreicht, das Controlling verbessert sowie die Möglichkeit geschaffen, Terminaufträge anzunehmen und die Druckerei im hart umkämpften Markt für Druckereiprodukte zu positionieren.

Im September 2003 wurde die Anwesenheitsprämie für die Patienten eingeführt, die drei Stufen beinhaltet, die Endstufe beträgt 0,94 • pro Stunde. Die Prämie wird nicht nach Leistung sondern nach Engagement des Einzelnen bezahlt.

### **Anforderungen und Arbeitsbereiche**

Die Leistung psychisch Kranker ist häufig weniger konstant als die bei geistig oder körperlich Behinderten. Sie kann innerhalb weniger Tage von der vollen Leistungsfähigkeit bis zur Leistungsunfähigkeit schwanken. In einer arbeitstherapeutischen Werkstatt kann ein rascher Wechsel von einem zum anderen Arbeitsplatz erfolgen. Der Patient muss somit nicht die Einrichtung wechseln, sondern kann an einer einfacheren Tätigkeit beteiligt werden, ohne die ihm vertraute Gruppe zu verlassen. Die Anforderungen der arbeitstherapeutischen Werkstatt reichen von einfachen Handreichungen bis zur Erledigung differenzierter Arbeitsprobleme. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit eines flexiblen Angebotes an Gruppen- wie an Einzelarbeitsplätzen. Nur bei wenig psychisch Kranken geht es dabei um die Vermittlung berufsspezifischer Kenntnisse oder handwerklich fachlicher

---

Fähigkeiten. Vielmehr scheint uns ein berufsunspezifisches Arbeitstraining zur Förderung von Schlüsselqualifikationen wie z.B. Belastbarkeit, der Konzentration sowie des sozialen Lernens notwendiger als Ausbildungs- und Umschulungsangebote.

### **Das Büro**

Im Büro werden drei Arbeitsplätze angeboten. Zum Aufgabenbereich gehören Arbeiten wie das Schreiben von Rechnungen und Lieferscheinen, die Kontoführung, der Kontakt zu Kunden und Lieferanten, der Einkauf von Materialien, das Bezahlen von Rechnungen, der allgemeine Schriftverkehr, die Abrechnung, die Kalkulation der Druckaufträge, die Terminüberwachung und der Telefondienst. Einige dieser Arbeiten können die betreuten psychisch Kranken selbständig erledigen, andere erfordern eine intensive Anleitung und Kontrolle. Das Arbeitstraining hier dient vor allem dazu, allgemeine Fähigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt gefordert werden, den Patienten zu vermitteln und sie in diese einzuüben.

### **Computerarbeitsplatz**

An diesem Arbeitsplatz wird vor allem am Layout der Druckprojekte gearbeitet unter Einbeziehung gängiger Graphikprogramme. Diese Arbeiten stellen hohe Anforderungen an das Konzentrationsvermögen und die Sorgfalt und Genauigkeit. Sie werden in der Regel durchgängig vom Arbeitstherapeuten begleitet. Ziel des Trainings an diesem Arbeitsplatz ist die in überschaubarem Maße selbständige Gestaltung eines Produkts in konzentrierter Arbeit und unter Einhaltung von Sorgfalt und Übersicht und auch der angstfreie Umgang mit elektronischer Datenverarbeitung.

### **Montage**

In der Montage werden Strich- und Rasterreproduktionen am Leuchttisch seitenverkehrt genau montiert. Durch die häufig frei gestellte graphische Anordnung und Gestaltung erfordert diese Tätigkeit nicht nur genaues und konzentriertes Arbeiten, sondern stellt auch Anforderungen im kreativen Bereich. Dieser Arbeitsbereich erfordert zudem große feinmotorische Fähigkeiten und verlangt ein vorausschauendes Vorstellungsvermögen mit hoher Konzentrationsfähigkeit. Er ist nur für Patienten im Status der Ar-

beitsrehabilitation geeignet, bei denen das Ziel der Wiederintegration in den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden soll.

### **Druckerei**

Im Druckbereich werden an zwei unterschiedlich großen Druckmaschinen kleinere und größere Auflagen erstellt. Neben dem Abbau von Angst vor großen technischen Geräten muss hier in einer längeren Anlernphase die Bedienung und Wartung einer Maschine erlernt werden. Die Bedienung stärkt in einem nicht unerheblichen Maß das Selbstvertrauen der Patienten und erhöht ihren Stellenwert innerhalb der Gesamtgruppe. Gefördert werden vor allem intellektuelle und handwerkliche Voraussetzungen der Betroffenen sowie das Durchhaltevermögen in einem zum Teil längeren Druckprozess. Die Arbeit an diesem Arbeitsplatz ist für alle Patientengruppen geeignet. Trainiert wird vor allem das Durchhaltevermögen und die Strukturierung von Arbeitsabläufen.

### **Buchbinderei**

In der Buchbinderei werden die fertigen Druckerzeugnisse weiterverarbeitet. Hier wird an Falz-, Heft- und Schneidemaschinen gearbeitet. In der Buchbinderei ist es besonders gut möglich wegen der unterschiedlichen Tätigkeiten, die Einzel- und Gruppenarbeitsplätze therapeutisch sinnvoll und produktionsgerecht zu gestalten. Aus diesen Gründen ist für viele Patienten die Buchbinderei und Weiterverarbeitung die Eingangsstufe in den Werkstattbetrieb. Für die Patienten ist in diesem Arbeitsbereich durch die sichtbare Quantität der erledigten Arbeiten schnell ein objektives Erfolgserlebnis zu vermitteln. Einfache Tätigkeiten wie das Falzen und das Zusammentragen sind durch Maschinen ersetzt worden. Andere Tätigkeiten müssen von Hand ausgeführt werden wie das Kuvertieren, Adressieren, Stempeln, Frankieren, Abzählen und Sortieren. Das Vermitteln der in diesem Bereich notwendigen Kenntnisse und die Erklärung der anfallenden Arbeiten bereiten in der Regel keine besonderen Schwierigkeiten. Trainiert wird vor allem das Durchhaltevermögen.

### **Eine erst Bewertung**

Innerhalb zweier Jahre konnte sich die Druckerei einen kleinen Kundenstamm erarbeiten. Eine marktgerechte Qualität, termingerechte Auslie-

---

ferung, preisgünstige Kalkulationen und eine intensive Kundenbetreuung waren und bleiben auch für die Zukunft die Grundlagen, um mehr Kunden zu gewinnen, den Umsatz weiter zu erhöhen und damit auch die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Durch die Mitarbeit in der Druckerei wird dem Klientel eine sinnvolle Beschäftigung angeboten und damit auch die Möglichkeit geschaffen, die Fähigkeiten und Defizite des Einzelnen zu dokumentieren und in den Teambesprechungen eine klare Aussage über Sozialverhalten, Leistungsfähigkeit etc. zu geben.

Bei den Patienten aus dem Maßregelvollzug entwickelte sich eine hohe Arbeitsmotivation. Einer der Gründe liegt sicher darin, dass die Druckerei außerhalb des gesicherten Geländes liegt und der Weg zur Arbeitstherapie einen „Schritt nach draußen“ bedeutet. Andererseits wird den Patienten in der Arbeit deutlich, dass sie Verantwortung übernehmen, Teil eines Produktionsprozesses sind und gebraucht werden. Für uns war erfreulich zu sehen, dass außerhalb der Mauern des Maßregelvollzugs – jedoch z.T. mit zu akzeptierenden Spielregeln der forensischen Behandlung – die Integration einer forensischen und einer allgemeinpsychiatrischen Patientengruppe gut gelungen ist.

Ein weiteres für Patienten hilfreiches Motiv ist gewiss die Transparenz des Betriebes. Sei es nun der telefonische Kontakt mit dem Kunden, die Anlieferung der Dateien per Internet, die Produktion des Auftrags, der aktuelle Stand unseres Geschäftskontos, die Patienten nehmen am Gesamtprozess der Druckerei teil und fühlen sich dafür auch verantwortlich. Dies zeigt auch das Angebot aus der Patientengruppe, bei Terminaufträgen Überstunden zu leisten oder am Wochenende zu arbeiten. Hier zeigt sich, dass Arbeitstherapie dann am effektivsten ist, wenn der therapeutische Aspekt in Vergessenheit gerät.

Ein zusätzlicher Indikator für das Gelingen unseres Projektes ist das Ergebnis unserer Patientenbefragung: Vom Juli 2004 bis Juli 2005 wurde den Patienten monatlich ein Fragebogen vorgelegt auf dem sie anonym auf einer Skala von 1–10 folgende Fragen beantworteten: 1. Macht Ihnen die Arbeit Spaß?; 2. Fühlen Sie sich in der Werkstatt wohl?; 3. Werden Sie von den Mitarbeitern gut betreut? und 4. Können Sie etwas in der Werkstatt lernen? Für die 13 Mo-

nate ergab sich ein Mittelwert von 8,66 mit konstanten und ähnlichen Mittelwerten für alle Fragebereiche. Dies signalisiert eine hohe Identifikation der Patienten mit der Einrichtung und vermittelt die Stimmung unter den Klienten.

Nach dem aus unserer Sicht gelungenen Start des Projektes bleibt für die Zukunft noch vieles zu tun. Die Integration der Patienten in die Werkstatt soll ergänzt werden durch eine integrierten Behandlungs- und Reha-Rehabilitationsplanung für die Zeit nach der Entlassung mit einer Schwerpunktsetzung auf das Thema Arbeit. Hierzu müssen praxisbezogene Instrumente zur Überprüfung der Entwicklung der Patienten in ihrer Arbeitsfähigkeit, z.B. Melba, eingeführt werden. Letztlich soll sich die Werkstatt im Rahmen des in der Region Dahme-Spreewald noch aufzubauenden gemeindepsychiatrischen Verbundes mit anderen Reha-Einrichtungen vernetzen.

#### **Literatur:**

- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):* Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Psychiatrie-Verlag Bonn 2004.
- Bennett, D.:* Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation chronisch kranker Menschen. In: Cranach, M., Finzen, A. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte, Springer New York, Heidelberg, Toronto 1972, S. 68-78.
- Bühler, A.:* Wege der beruflichen Integration für psychisch behinderte Menschen. In: Mauthe, J.-H. (Hrsg.): Rehabilitationspsychiatrie, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1998.
- Eikelmann, B., Zacharias-Eikelmann, B., Richter, D., Reker, T.:* Integration psychisch Kranker – Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. Deutsches Ärzteblatt 102, 2005, S. A1104 – A1110.
- Lischka, V.:* Probleme der Rehabilitation im Rahmen der psychiatrischen Maßregel. In: Mauthe, J.-H. (Hrsg.): Rehabilitationspsychiatrie, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1998.
- Seyfried, E.:* Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch Behinderte – ein Vergleich. In: Bosch, G., Kulenkampff, C. (Hrsg.): Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten, Rheinland-Verlag Köln 1985.
- Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hrsg.):* Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Psychiatrie-Verlag Bonn 2002.
- Schwendy, A.:* Berufliche Förderung und Eingliederung seelisch Behinderter – Ein Überblick über die derzeitige Situation. In: Bosch, G., Kulenkampff, C. (Hrsg.): Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten, Rheinland-Verlag Köln 1985.
- Steinhart, I.:* Arbeitsangebote für psychisch Kranke: Formen der Therapie – Möglichkeiten für ein menschlicheres Leben. In: Bosch, G., Kulenkampff, C. (Hrsg.): Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten, Rheinland-Verlag Köln 1985.
- Rüesch, P., Meyer, P. C., Graf, J., Hell, D.:* Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. Psychiatrische Praxis 29, 2002, S. 68 – 75.

# Veranstaltungen

---

## 22. September 2006

**Veranstalter:** Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V.

**Veranstaltungsort:** Rathaus Wilmersdorf

**Thema:** Neues aus dem Betreuungsrecht – Informationen zur Vorsorgevollmacht

Referentin: Rechtsanwältin Barbara Otten

Moderation: Eva Weber-Schramm – Vorstandsmitglied

## 06. bis 08. Oktober

**Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.**

Jahrestagung in Kassel

**Thema:** Denn man sieht nur die im Lichte . . .

**Anfragen:** Telefon 0228/63 26 46

## 28. Oktober 2006

**Veranstalter:** Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V.

**Veranstaltungsort:** St. Joseph-Krankenhaus, Weißensee, Gartenstr. 1–3

**Thema:** Psychose und Sucht

Welche Hilfen gibt es in Berlin?

**Veranstalter:** ApK Landesverband Berlin e.V. und St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

## 11. November 2006

**Veranstalter:** Angehörigen psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V.

**Veranstaltungsort:** wird noch bekanntgegeben

**Thema:** Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker – Sind die Angehörigen noch immer die Ungehörigen?

Was kann die Selbsthilfe leisten? Rückblick auf die Arbeit des Verbandes

## 14. und 15. November 2006

**Veranstalter:** Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

**Veranstaltungsort:** Rathaus Schöneberg

**Thema:** Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz

Teilnahmegebühr für die Gesamtveranstaltung 90,00 € (für einen Tag 50,00 €)

Auskünfte in unserer Geschäftsstelle unter 030-863 957 01

oder unter Telefon: 0228-67 67 40 – [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

---

**Herausgeber:** Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.

Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)

Tel.: 030-863 957 01, Fax: 030-863 957 02

E-Mail: [info@apk-berlin.de](mailto:info@apk-berlin.de), Internet: [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de)

Redaktion: Jutta Crämer, Dagmar Hasse

Fotos: Vittorio Ferrari

Druck: geesenberg druck, Verein zur Förderung und Hilfe psychisch Kranker, 15755 Teupitz

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337300, BLZ 100 205 00

---