

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

Die Arbeit des Landesverbandes

Mitgliederversammlung und Vorstandswahl 2008

Kontinuität und Neues Wagen:

Am 14. April fand die jährliche Mitgliederversammlung des Landesverbandes statt. Und trotz der widrigen Umstände durch den Streik der Berliner Verkehrsbetriebe hatte eine recht große Anzahl an Mitgliedern den Weg ins Rathaus Wilmersdorf gefunden. Im ersten Teil der Veranstaltung erfuhren sie Aktuelles über die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin-Pankow. Dr. Gagel vom SPD informierte über den Anspruch der Berliner Dienste, aber auch über Probleme, die sich aus der schwierigen Personalsituation ergeben. Im Anschluss berichtete Frau Schneider vom Krisendienst Nord von der Arbeit der Berliner Krisendienste. Hier besteht der Anspruch, immer dann in Krisensituationen Hilfe zu leisten, wenn reguläre Dienste keine Sprechzeiten anbieten. Dies ist ein Thema, was vor allem Angehörige stets besonders beschäftigt und wo eine Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme dringend erforderlich ist. Ungelöst erscheint dabei nach wie vor das Problem, wie man dort Unterstützung anbieten kann, wo es krankheitsbedingt an der Problemeinsicht fehlt.

Nach einer kurzen Pause begann um 19.00 Uhr die Mitgliederversammlung. Frau Weberschramm übernahm die Versammlungsleitung und stellte die Beschlussfähigkeit fest.

Den Bericht des Vorstands über die geleistete Arbeit im vergangenen Jahr trug Jutta Crämer vor. Beeindruckend war neben der Vielfalt der Aktivitäten und Einzelprojekte insbesondere, wie sehr das Ansehen des Landesverbandes in der öffentlichen Wahrnehmung als Interessenvertreter der Familien mit psychisch Kranken gestiegen ist. Sie dankt allen ehrenamtlich tätigen Mitgliedern und bittet gleichzeitig um weitere Mitarbeit.

Der gesamte Geschäftsbericht kann in der Geschäftsstelle in der Mannheimer Str. eingesehen werden.

Herr Reim stellt die Finanzen des APK dar und kann einen ausgeglichenen Haushalt für das vergangene Jahr präsentieren. Frau Müller ergänzt, dass weitere finanzielle Mittel von den Krankenkassen, der LIGA (Senat von Berlin), dem DHW und dem paritätischen Wohlfahrtsverband eingegangen sind, die zweckgebunden ausgegeben worden sind. Den größten Anteil bildeten die Personalkosten für die beiden



Dr. Gagel (SPD Pankow) im Gespräch mit Frau Crämer.



Mitarbeiter des Krisendienstes Nord.



Frau Schumacher verabschiedet Frau Diedler.

Mitarbeiterinnen des Projekts zur Entwicklung neuer Selbsthilfegruppen in Berlin. Herr Schulze zur Wiesche gibt den Bericht der Buchprüfer und stellt fest, dass die Buchführung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist und dass es keine Beanstandungen gibt.

Ohne Gegenstimmen erfolgte die Entlastung des Vorstandes. Der Dank und die Anerkennung für die geleistete Arbeit galt allen Vorstandskollegen, auch ausdrücklich jenen, die für eine erneute Amtsperiode nicht mehr zur Verfügung stehen.

Für den Vorstand kandidierten erneut Frau Crämer, Frau Müller, Frau Schumacher und Frau Weber-Schramm. Neu zur Wahl stellten sich Herr Große, Frau Lisofsky und Frau Weißenborn.

Nach dem sich die „Neuen“ kurz vorgestellt hatten, erfolgte die Wahl des Vorstandes. Alle Kandidaten wurden einstimmig gewählt.

Auch die Beiratsmitglieder fanden die Zustimmung der Mitgliederversammlung. Danach gehören dem neuen Beirat des LAPK an: Hans-Otto Böckheler, Geschäftsführer der Pinel-Gesellschaft

Ulf Fink, Senator a.D., Büro für Gesundheit und Prävention, Dr. Iris Hauth, Chefärztin der psych. Abteilungen des St. Joseph-Krankenhauses in Weißensee, Prof. Dr. A. Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Berlin –Campus Mitte, Friedrich Kiesinger, Geschäftsführer Albatros e.V., Dr. Norbert Mönter, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie/Psychoanalyse, Matthias Rosemann, Geschäftsführer Träger e.V., Patrizia Di Tolla, Referatsleiterin Psychiatrie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. und Prof. Dr. A. Diefenbacher, Chefarzt der psych. Abteilungen des Ev. Krankenhauses Elisabeth Herzberge (KEH)

Mit einem Ausblick auf geplante Veranstaltungen und Aktivitäten schloss die Mitgliederversammlung. Dem neuen Vorstand und Beirat wünschen wir Kraft, Ausdauer und Hartnäckigkeit, um die Interessen der Mitglieder weiter erfolgreich und selbstbewusst vertreten zu können!



Verabschiedung des Vorstandsmitgliedes Joachim Reim.



Verabschiedung des Vorstandsmitgliedes Marion Nabbefeld.



Der neue Vorstand (v.l.n.r.) Eva Weber-Schramm, Frank Große, Beate Lisowsky, Jutta Crämer, Heidemarie Müller, Marianne Schumacher.

Aus der Arbeit des Vorstands

Einladung zum Neujahrsempfang des Bundespräsidenten Horst Köhler ins Schloss Bellevue

Bericht Jutta Crämer

Überraschend erhielt ich Anfang Dezember vom Bundespräsidialamt eine Einladung, am 09. Januar 2008, dem traditionellen Neujahrsempfang des Bundespräsidenten, teilzunehmen. Der Bundespräsident und Frau Köhler würden sich freuen, auch mich begrüßen zu können. Eingeladen waren Bürger und Bürgerinnen, die sich um das Gemeinwohl verdient gemacht haben. Ich war sprachlos und gleichzeitig auch sehr berührt. Natürlich stellte ich mir die Frage, ob ich diese Ehrung überhaupt verdient hätte? Ist die Arbeit, die ich seit Jahren für den Landesverband durchführe nicht nur möglich, weil wir alle gemeinsam daran arbeiten? Insoweit habe ich mich als Vertreterin für alle ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gesehen und zugesagt.

Liebe Mitglieder, es war ein sehr aufregender Tag. Ein Tag, den ich in meinem Leben sicher nicht mehr vergessen werde.

Mir war klar, dass ich die Stunde nutzen musste, um auf unser Anliegen, Benachteiligung psychisch beeinträchtigter Menschen und ihrer Angehörigen in allen Lebensbereichen, aufmerksam zu machen. Da wir Ehrenamtlichen auch dem Bundespräsidenten ein Geschenk überreichen durften, nahm ich die Info-Sonderausgabe zur Veranstaltung vom 11.11.2006 mit, in der wir über die *Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker, Lücken im psychiatrischen System und was kann Selbsthilfe leisten*, berichtet haben. Auf dem abgebildeten Foto können Sie erkennen, wie aufmerksam der Bundespräsident und Frau Köhler unsere Info studieren.

Eingeladen waren 70 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus ganz Deutschland, namhafte Vertreter der Wirtschaft, der Kirchen und der Politik. Dazu die Vertreter der Presse und der Medien.

Nach dem Begrüßungsdefilee durch den Bundespräsidenten konnten sich die Gäste bei einem Glas Sekt oder Saft in den Nebenräumen unterhalten. Von der Berliner Senatsverwaltung sprach mich die stellvertretende Oberbürgermeisterin und Senatorin für Stadtentwicklung, Frau Junge-Reyer, an. Ich schilderte ihr in Kürze unsere Arbeit im ApK. Leider war die Senatorin für Gesundheit, Frau Lompscher, nicht anwesend. Auch die Bundesgesundheitsministerin, Frau U. Schmidt, war nicht gekommen. Dafür wurde ich wiederholt von der Presse interviewt und auch von der Berliner Abendschau – rbb. Ein wenig ist dadurch unsere Verbandsarbeit in die Öffentlichkeit gekommen und wir alle wissen, wie schwierig das häufig ist.

Das Veranstaltungsprogramm schloss mit einem Mittagessen für die 70 ehrenamtlichen Mitarbeiter, gemeinsam mit dem Bundespräsidenten und Frau Köhler.

Kontakte hatten sich unter den Berliner Ehrenamtlichen ergeben und so lernte ich u. a. auch Frau Etta Hilsberg, Chorleiterin und Dirigentin des ehrenamtlichen Chores Camerata vocale Berlin kennen. Ich erzählte ihr von unserer Arbeit und spontan fragte sie mich, ob wir an Freikarten für unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter interessiert wären. Ich war begeistert und so hatten wir das Glück, an einem wunderbaren Konzert im Konzerthaus am Gendarmenmarkt teilzunehmen.

Glückwünsche erreichten mich aus allen Bereichen. Besonders habe ich mich über einen herrlichen Rosenstrauß mit Glückwunschkarte von Frau Prof. Heuser, Herrn Dr. Dettling und Herrn Schönfeld aus der Charité in der Eschenallee gefreut.

Es waren aufregende Tage und ich möchte mich bei den Mitgliedern herzlich bedanken, die mich für diese Ehrung vorgeschlagen haben.

Die psychiatrische Versorgung in Berlin

Krisenpension und Hometreatment gGmbH

Das Projekt braucht dringend weitere Unterstützung durch Angehörige!

Das trialogische Gemeinschaftsprojekt von verschiedenen ambulanten Trägern und den Verbänden BoP&P, ApK-LV und Nest e.V. hat im Jahr 2007 eine gemeinnützige GmbH gegründet, um im Rahmen der Integrierten Versorgung Leistungsverträge mit den Krankenkassen abschließen zu können.

Ein Vertrag mit der City-BKK Berlin besteht bereits. Ein weiterer mit einer der großen Krankenkassen ist in Vorbereitung. Zunehmend kann die Krisenpension somit kassenfinanziert arbeiten.

Im Spätherbst des vergangenen Jahres bezog das Projekt größere Räume in der Ebersstr. 56 in Schöneberg. Dort stehen jetzt 7 Plätze zur Rund-um-die-Uhr-Begleitung zur Verfügung. Darüber hinaus werden mehrere unterschiedliche Leistungsmodule für ambulante, bedürfnisorientierte Krisenbegleitung angeboten.

Aufgrund des trialogischen Konzeptes, der Mitarbeit von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch Kranker konnten nachweisbar positive Ergebnisse bei den bisherigen Nutzern der Krisenpension erzielt werden, die Mut machen diesen Weg der Krisenbegleitung weiter zu gehen und damit zu einer echten Alternative zur Klinik zu werden.

Vorteile der Krisenpension und ihrer Arbeit sind z.B. die hohe Flexibilität des bedürfnis- und ressourcenorientierten Ansatzes durch ein multiprofessionelles Team und die Einbindung des persönlichen Umfeldes jedes Nutzers. Hierdurch kann längerfristige Kontinuität in der Begleitung durch das Krisengeschehen gesichert werden. Das Umgehen miteinander auf gleicher Augenhöhe und die gemeinsame Bewältigung des Alltags in den wohnlichen Räumen der Krisenpension, die Kontakte von Mensch zu Mensch, erweisen sich als äußerst hilfreich und entlastend für die Nutzer.

Die Arbeit des Projektes wird wissenschaftlich begleitet. Supervision und Fortbildung für alle professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter sind selbstverständlich. Gremienarbeit sorgt für Weiterentwicklung und Qualitätssicherung.

Einen kritischen, besorgniserregenden Punkt gibt es zur Zeit leider und das betrifft die **Sicherstellung des Trialogs im Team !**

Es gibt viele Professionelle, mit der Zeit mehr werdende mitarbeitende Psychiatrieerfahrene, aber nur ganz wenige Angehörige psychisch Kranker, die sich in der Krisenpension

engagieren. Doch gerade wir als Angehörigenverband haben lange Jahre um die Akzeptanz und Anerkennung des Trialogs gekämpft und erreicht, daß er sich in solchen zukunftsweisenden Projekten etabliert.

Deshalb bitten wir Sie als unsere Mitglieder dringend um Ihre Unterstützung !!

Die ehrenamtliche Mitarbeit in der Krisenpension erfordert keine Qualifikation, sondern lediglich die Bereitschaft etwas Zeit, ein paar Stunden im Monat zu investieren, einfach anwesend zu sein, vielleicht ein Gesellschaftsspiel mit anderen zu spielen, einen Spaziergang zu machen oder gemeinsam eine Mahlzeit vorzubereiten und zusammen zu essen.

Das Bedürfnis der Nutzer nach Gesprächen alltäglichen Inhaltes ist groß. Vielleicht ist es gerade unser Zuhörenkönnen, unsere im Umgang mit unserem betroffenen Familienangehörigen geübte Beobachtungsgabe, das „normal“ miteinander Umgehen, was in Krisensituationen von den Nutzern der Krisenpension gebraucht wird.

Bitte helfen Sie uns !!! Wenn Sie weitere Fragen zum Projekt haben oder noch unsicher sind, ob sie uns helfen können, melden Sie sich bitte in der Geschäftsstelle oder bei Marianne Schumacher unter 7050244 .

Frau Schumacher arbeitet seit Eröffnung der Krisenpension am 1.09.05 an der Basis und in den begleitenden Gremien mit und wird Sie auch während Ihrer Mitarbeit gern begleiten und für Ihre Fragen zur Verfügung stehen.

„Ich habe durch die Zusammenarbeit mit Profis und vor allem mit Psychiatrieerfahrenen sehr viel gelernt und für mich erkannt. Allerdings nicht das, was ich erwartete, wie ich z.B. meinen Sohn endlich in Behandlung bringen kann, sondern dass psychotische Phasen des Erlebens nicht nur schrecklich und voller Angst sein müssen, wie ich dachte, sondern auch Momente des Glücklicheins enthalten können. Auch kann ich jetzt manche seiner Verhaltensweisen besser deuten und versuche nicht mehr meine Vorstellung von Normalität auf ihn zu übertragen.“

Das hilft mir mich nicht mehr so hilflos und ohnmächtig zu fühlen und meinem Sohn zunehmend zu vertrauen seinen eigenen Weg zur Bewältigung der Erkrankung zu finden. Im Engagement für die Krisenpension gebe ich nicht nur Kraft, sondern ich bekomme auch viel Kraft durch Vertrauen und Zuneigung ganz unterschiedlicher Menschen – und das tut mir einfach gut!“
Marianne Schumacher, März 08

Aus der psychiatrischen Versorgung

Bessere Hilfe für psychisch Erkrankte

Artikel: Bessere Hilfe im DAK Magazin fit! 1/2008

Ein besonderes Versorgungsmodell der DAK hilft psychisch Erkrankten, schneller zu gesunden. Verantwortlich dafür sind speziell ausgebildete Mitarbeiter. Einer von ihnen ist Stefan Finkenauer aus Frankfurt am Main.

Fakt ist, dass die Zahl psychisch Kranker seit Jahren kontinuierlich steigt. Fakt ist auch, dass bei vielen Erkrankten über Jahre hinweg die eigentliche Krankheitsursache nicht erkannt wird. Warum ist das so? Stefan Finkenauer von der DAK-Bezirksgeschäftsstelle Frankfurt am Main weiß: „Viele Ärzte sind überfordert im Erkennen einer psychischen Erkrankung. Folglich werden Patienten nicht entsprechend behandelt. Hinzu kommt, dass es Ärzten aus Zeitmangel oft nicht möglich ist, mehr zu hinterfragen.“ Hier betritt der 37-Jährige das von der DAK lokalisierte Betätigungsfeld. „Wir haben im Rahmen einer regionalen Studie die Erfahrung gemacht, dass intensiv betreute Patienten wesentlich schneller wieder in das Berufsleben eingegliedert werden konnten. Wir sind also auf dem richtigen Weg und müssen weiter die Versorgung optimieren. Daran arbeiten wir jetzt bundesweit.“

Für Dieter Krebs ist die Versorgung optimal. „Darf ich vorstellen: Das ist mein persönlicher Gesundheitsberater“, lacht er, zeigt auf Stefan Finkenauer und fügt hinzu: „Ohne ihn wäre ich nicht da, wo ich jetzt bin.“ Wo war er denn vorher? „Wissen Sie, das war eine schwere Zeit“, sagt der 55-Jährige. Er hält einen Moment inne, und sein Blick fixiert die Kaffeetasse vor ihm. „Ich habe acht Jahre meine Frau gepflegt, Tag und Nacht. Sie war sehr krank. Das hat mich richtig runtergezogen. Auch im Beruf hatte das negative Folgen. Ich habe mich aber immer wieder hochgerappelt. Doch es fiel mir zunehmend schwerer.“ Als seine Frau starb, bekam er Asthma, Sehstörungen und vor allem Angstzustände. Im Krankenhaus konnten keine Ursachen dafür gefunden werden.

„Ich sage ihnen was“, so der kaufmännische Angestellte mit fester Stimme, „eine psychische Erkrankung kommt nicht von heute auf morgen wie etwa ein Beinbruch. Das ist ein schleichernder Prozess. Mancher Arzt erkennt das einfach nicht und behandelt einen Betroffenen auf physisch ausgelöste Symptome.“

In dieser Phase befand sich auch Dieter Krebs. Davon wusste Stefan Finkenauer und lud ihn zu einem Beratungsgespräch ein. Es stellte sich heraus, dass es im Ablauf der medizinischen Versorgung von Dieter Krebs einiges zu verbessern gab. Durch seine Verbindungen vor Ort konnte Stefan Krebs hier Abhilfe schaffen.

In Fällen wie diesem übernimmt die DAK eine Brückenfunktion zwischen Arzt und Patient. Sie motiviert zur Rehabilitation und unterstützt die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. „Damit das klar wird: Wir ersetzen keinen Arzt oder Psychiater“, macht Stefan Finkenauer deutlich, „dafür haben wir gar nicht die erforderliche Qualifikation. Wir, die PsyCaseManager – was für ein Wort – fühlen uns in erster Linie als Kommunikatoren oder besser Gesundheitsberater mit erworbenem Grundlagewissen zu unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern. Hier sind Gespräche das ein und alles, und die Fragestellung ist klar: Was will der Patient?“ Für Dieter Krebs stand fest: „Ich will wieder arbeiten. Ich will was gestalten, mit Menschen umgehen. Nach vorne schauen. Das brauche ich zum Leben, das gibt mir Halt.“ Strahlend ergänzt er: „Den finde ich auch zu Hause, ich habe wieder geheiratet.“

Was empfindet der zweifache Familienvater Stefan Finkenauer, einer von vier Gesundheitsberatern bei der DAK in Frankfurt am Main und rund 330 bundesweit, angesichts des erfolgreichen Weges von Dieter Krebs? Seine Antwort kommt ganz schnell: „Im zwischenmenschlichen Bereich ist das eine wirkliche dankbare Aufgabe.“

Wir hoffen, dass derartige Projekte (PsyCaseManager) bald auch in Berlin von den Krankenkassen durchgeführt werden.

Die Redaktion

**Wir machen darauf
aufmerksam, dass sich unsere
E-Mail-Adresse geändert hat.**

NEU: info@apk-berlin.de

Schizophrenie

Neue Umfrage ergibt grundlegende Verschiebung der Wahrnehmungen von Behandlungsergebnissen bei Schizophrenie

Einer Umfrage der EUFAMI zufolge glauben Betreuungspersonen in ganz Europa an Remission als realistisches Behandlungsziel für viele Menschen, die mit Schizophrenie leben

Leuven, Belgien, 10. Oktober 2007 – Eine große Mehrheit der Familien, die einen Schizophreniekranken betreuen, ist überzeugt davon, dass viele Menschen mit der Krankheit ein unabhängiges, erfüllendes Leben führen und einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können, wenn sie optimale Kontrolle über ihre Symptome haben. Diese am heutigen „Tag der seelischen Gesundheit“ veröffentlichten Ergebnisse sind Erkenntnisse aus einer europaweiten Umfrage unter 320 Familien und Betreuungspersonen von an Schizophrenie Erkrankten, die zwischen Juli und September 2007 von der EUFAMI (Europäische Föderation von Organisationen der Angehörigen psychisch Kranker) durchgeführt wurde.

„Dieser Umfrage zufolge sind die Familien zwar realistisch bezüglich der möglichen Behandlungsergebnisse bei Schizophreniekranken, doch sie glauben an Remission als ein positives und vernünftiges Behandlungsziel“, sagte Kevin Jones von der EUFAMI. „Die EUFAMI ist überzeugt davon, dass diese optimistische Sicht zusammen mit Entwicklungen des Umgangs mit der Krankheit zur Verbesserung der Ergebnisse für jene beitragen wird, die mit Schizophrenie zurechtkommen müssen.“

Schätzungsweise 6,6 Millionen Menschen in Europa leiden an Schizophrenie, 1 einer schweren psychischen Krankheit, die durch Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, des Gefühlslebens und Verhaltens einer Person gekennzeichnet ist. Menschen mit Schizophrenie und ihre Familien sind nicht nur von der Krankheit selbst betroffen, sondern auch von dem Stigma und der negativen Wahrnehmung, die die Störung in der Öffentlichkeit hervorruft. Wegen der Fortschritte, die beim Wissen über die Schizophrenie und deren Behandlung in den vergangenen 50 Jahren gemacht wurden, haben sich die erwarteten Behandlungsergebnisse drastisch verbessert und sich von der Beherrschung der Symptome oder Stabilität hin zu positiveren Ergebnissen verlagert, wie z. B.

anhaltende Remission, funktionelle Remission und Genesung. Obwohl der Begriff Remission bereits in anderen medizinischen Disziplinen verwendet wird, stellt er ein neues Denken bezüglich der Schizophrenie dar und gibt ein Niveau an, auf dem nur minimale Schlüssel-symptome vorhanden sind, die das tägliche Leben der Person nicht beeinträchtigen.

Die Umfrage bewies, dass die positiven Fortschritte beim Umgang mit der Schizophrenie eindeutig im Einklang mit den Betreuungspersonen sind, da 77% glauben, dass eine Remission bei mit Schizophrenie lebenden Menschen erreichbar ist.

„Remission bei Schizophrenie bedeutet einen drastischen Fortschritt im Umgang mit ihr und beweist eine Verbesserung des Zustands der Person bis zu dem Grad, bei dem es schwierig sein kann zu sagen, dass sie tatsächlich an dem Zustand leidet. Die Umfrage unterstrich, dass die Wiedereingliederung in die Familie, den Arbeitsplatz und die Gesellschaft ein viel realistischeres anzustrebendes Ziel ist“, sagte Kevin Jones.

Fachkräfte im Gesundheitswesen werden jedoch von Familien und Betreuungspersonen als weniger optimistisch bezüglich möglicher Behandlungsergebnisse bei Schizophrenie wahrgenommen. Der Begriff Remission* wurden mit der Mehrzahl der Betreuungspersonen nicht besprochen und nur einer kleinen Anzahl wurden Behandlungsziele mit einer positiven Haltung vorgestellt. Falls Behandlungsergebnisse mit Fachkräften im Gesundheitswesen besprochen wurden, wurde Familien gesagt, dass das wahrscheinlichste Ergebnis darin bestünde, dass die Symptome der



Gendarmenmarkt

Schizophrenie wahrscheinlich fortbestehen und ihr tägliches Leben beeinträchtigen würden.

Bei der Umfrage wurde auch untersucht, welche Faktoren beim Erreichen und Bewahren der Remission Schizophreniekranker wichtig waren, und 81% der befragten Betreuungspersonen waren der Meinung, dass die Chancen, eine Remission zu erreichen, besser sind, wenn kurz nach der Diagnose eine geeignete Behandlung in die Wege geleitet wird.

Bedauerlicherweise ergab die Umfrage auch, dass ihrer Erfahrung nach eine genaue Diagnose oft fünf Jahre oder länger dauert.

Um in Remission zu bleiben und Rückfälle zu verhindern, wurde die Einhaltung der Behandlung von den Betreuungspersonen als der wichtigste Faktor des medizinischen Umgangs mit der Krankheit angegeben. Die Umfrage hob jedoch auch mehrere Gründe hervor, weshalb Schizophreniekranke mit der Einhaltung ihrer medikamentösen Behandlung langfristig Mühe haben können. Die von den Betreuungspersonen angegebenen häufigsten Gründe waren Nebenwirkungen der Behandlung und mangelnde Unterrichtung bezüglich des Zustands und der möglichen Vorteile der Weiterbehandlung.



Kirche St. Peter und Paul



Schloss Charlottenburg

*Remission: eine mindestens 6-monatige Phase der Stabilität, in der die Kernsymptome der Schizophrenie abwesend oder kaum ausgeprägt sind. Definition nach: Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR; Remission in Schizophrenia; Am J Psychiatry 2005; 162: 441-449

Zwischenergebnisse der Umfrage wurden auf dem 4. EUFAMI-Kongress „Touching the Stars“ (Nach den Sternen greifen) am 16. September 2007 in Torun, Polen, vorgestellt.

Weitere Informationen und ausführliche Umfrageergebnisse können unter www.eufami.org eingesehen oder bei Kevin Jones von EUFAMI angefordert werden.

Ansprechpartner für weitere Informationen:
Kevin Jones

Secretary General, EUFAMI
Diestsevest 100, 3000 Leuven, Belgien
Tel.: +32 16 74 50 42

E-Mail: secr.general.office@eufami.org

Oder

Clare Pressney
Resolute Communications
Tel.: +44 (0)207 357 8187

E-Mail:

clare.pressney@resolutecommunications.com

**Liebe Mitglieder
Sollten Sie per E-Mail erreichbar sein, teilen Sie uns bitte
Ihre E-Mail-Adresse für weitergehende Informationen mit.**

Aus der psychiatrischen Versorgung

Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme

Vorwort

Aufgrund zahlreicher Anfragen und Kommentare zur Stellung der Elektrokrampftherapie bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen hat sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer ausführlich und kritisch mit diesem Verfahren auseinandergesetzt. Das Ergebnis ist in der folgenden Darstellung niedergelegt. Daraus wird deutlich, dass die Elektrokrampftherapie wissenschaftlich begründet ist, für bestimmte psychiatrische Erkrankungen die bestmögliche Behandlung darstellt und im Verhältnis zum angestrebten Therapieerfolg mit einem geringen Risiko verbunden ist. Sie ist immer nur eine Komponente im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts.

Die immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragene Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode ist falsch und beruht weitgehend auf einer mangelhaften Information. Ein Verzicht auf die EKT würde eine ethisch nicht vertretbare Einschränkung des Rechtes von häufig suizidal gefährdeten, schwerstkranken Patienten auf bestmögliche Behandlung bedeuten, zumal die EKT von den Patienten retrospektiv gut bis sehr gut beurteilt wird.

Prof. Dr. med. J.-D. Hoppe

Prof. Dr. med. Dr. h. c. P. C. Scriba

Präsident der Bundesärztekammer, Vorsitzender des Wissensch. und des Deutschen Ärztetages, Beirat der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Die Elektrokrampftherapie (EKT) beruht im Wesentlichen darauf, dass in Narkose und unter Muskelrelaxation durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird. Nach heutigem Kenntnisstand ist die Wirkung der EKT auf neurochemische Veränderungen verschiedener Neurotransmittersysteme zurückzuführen.

Pharmakologisch ausgelöste Krampfanfälle als therapeutisches Prinzip wurden erstmals von dem Ungarn Ladislaus von Meduna 1934 angewendet. Im Sinne einer Verbesserung des Verfahrens wurde von den Italienern Cerletti und Bini im Jahre 1938 die Elektrokrampftherapie (EKT) eingeführt [3].

Seit Verbesserung der Anästhesiemethoden wird die Elektrokrampfbehandlung regelmäßig

in Narkose durchgeführt. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern (z. B. Großbritannien, skandinavische Länder, USA) wird dieses therapeutische Verfahren in Deutschland vergleichsweise selten angewandt (ca. 1.000 Patienten pro Jahr), obwohl an seiner Wirksamkeit bei richtiger Indikation keinerlei Zweifel bestehen.

In Deutschland wird die EKT in Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien der jeweiligen nationalen Fachgesellschaften (u. a. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie, 1996 [6]; American Psychiatric Association, The practice of electroconvulsive therapy, 2001 [2]; Royal College of Psychiatrists: Council report CR 39, 1995 [10]) eingesetzt. Sie stellt bei richtiger Indikation die am schnellsten und am häufigsten wirksame Therapieform dar, die unter Umständen lebensrettend sein kann.

2. Indikationen für die EKT

Die Indikation für die EKT stützt sich auf zahlreiche Wirksamkeitsnachweise (Übersichten bei [2, 7, 8, 11]). Für die Auswahl der Patienten sind maßgeblich: die Diagnose, die Schwere der Symptome, die Behandlungsvorgeschichte sowie die Abwägung zwischen Nutzen und Risiken unter Berücksichtigung anderer Behandlungsoptionen. Dabei wird bei gegebener Indikation auch der Wunsch des Patienten berücksichtigt. Am häufigsten wird die EKT eingesetzt, nachdem Behandlungen mit Psychopharmaka keinen Erfolg gebracht haben. Die EKT ist grundsätzlich dann indiziert, wenn

- eine Notwendigkeit für eine schnelle, definitive Verbesserung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung besteht,
- die Risiken der EKT geringer sind als die anderer Behandlungen,
- aus der Vorgeschichte ein schlechtes Ansprechen auf einschlägige Psychopharmaka (Therapieresistenz) oder ein gutes Ansprechen auf EKT bei früheren Erkrankungsepisoden bekannt ist,
- Unverträglichkeit oder erhebliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie aufgetreten sind.

Bei folgenden psychiatrischen Erkrankungen ist die EKT die Therapie der ersten Wahl: 1. wahnhafte Depression, depressiver Stupor, schizoaffektive Psychose mit schwerer depressiver Verstimmung,

-
2. Major Depression mit hoher Suizidalität oder Nahrungsverweigerung,
 3. akute, lebensbedrohliche (perniziöse) Katatonie.

Als Therapie der zweiten Wahl ist die EKT angezeigt bei:

1. therapieresistenter (pharmakoresistenter) Major Depression, somit nach Applikation von mindestens zwei verschiedenen Antidepressiva möglichst unterschiedlicher Wirkstoffklassen in ausreichender Dosierung und zusätzlichem therapeutischem Schlafentzug,
2. therapieresistenten, nicht lebensbedrohlichen Katatonien und anderen akut exazerbierten schizophrenen Psychosen nach erfolgloser Neuroleptika-Behandlung,
3. therapieresistenten Manien nach erfolgloser Behandlung mit Neuroleptika, Lithium oder Carbamazepin.

Seltener Indikationen können therapieresistente schizophreniforme Störungen, therapieresistente schizoaffective Störungen, therapieresistente Parkinson-Syndrome und das maligne neuroleptische Syndrom sein.

3. Wirkprinzip der EKT

Für die Wirkung der EKT sind primär die Konvulsionen und nicht andere mit der Anwendung verbundene Faktoren verantwortlich [2, 5, 8, 9]. Der Wirkmechanismus der EKT ist jedoch noch nicht abschließend geklärt. Nach dem Stand der bisherigen klinischen und tierexperimentellen Studien kommt es zu zahlreichen neurochemischen Veränderungen. Hierzu gehören Änderungen der Anzahl von Transmitterbindungsstellen und der Affinität der Transmitter zu diesen Bindungsstellen, der Synthese von Neurotransmittern sowie endokrinologische Veränderungen.

4. Durchführung der EKT

Die EKT wird als Behandlungsserie (in der Regel 8-12 Behandlungen) durchgeführt; meist im Abstand von 2-3 Tagen. Die Dauer des Krampfanfalls darf 25-30 Sekunden nicht überschreiten, sie wird durch das gleichzeitig abgeleitete EEG objektiviert. Zum obligaten Monitoring gehören ein EKG-Monitor sowie die Pulsoxymetrie.

Die EKT wird in Kurznarkose unter Muskelrelaxation, Sauerstoffbeatmung und Zahnschutz durchgeführt. Die Elektrodenplatzierung erfolgt in der Regel unilateral mit

Applikation von Kurzpulsströmen, da hierbei nachweislich die geringsten Gedächtnisstörungen zu erwarten sind.

Unter bestimmten Umständen ist eine Überlegenheit der bilateralen EKT erkennbar. Insbesondere bei Schwerstkranken (perniziöse Katatonie, wahnhafte Depression mit ausgeprägter Suizidalität, schwere Manien) kann der primäre Einsatz der bilateralen EKT sinnvoll sein [1, 2, 7, 8]. Die Behandlungseffektivität der bilateralen EKT ist besonders robust gegenüber verschiedenen Einflussfaktoren

Die EKT darf nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten unter Beteiligung eines Anästhesisten (in der Regel stationär) durchgeführt werden.

5. Risiken und Nebenwirkungen der EKT

Die lege artis durchgeführte EKT ist eines der sichersten Behandlungsverfahren in Narkose überhaupt. Die Risiken der Behandlung sind im Wesentlichen die Risiken der Narkose. Das Mortalitätsrisiko der EKT liegt bei 1:50.000 Einzelbehandlungen (d.h., wenn drei Patienten wöchentlich jeweils drei EKT unterzogen werden, ist statistisch alle 100 Jahre mit einer schwerwiegenden Komplikation zu rechnen).

Den seltenen Todesfällen lagen hauptsächlich kardiovaskuläre Komplikationen bei kardial vorgeschädigten Patienten zu Grunde, was eine ausreichend lange Überwachungsphase (insb. EKG-Monitoring) nach EKT erfordert [7].

Die in der Literatur diskutierten unerwünschten Wirkungen sind wie folgt zu bewerten:
- Strukturelle Hirnschäden sind nach lege artis durchgeführter EKT nicht beschrieben worden



Pfaueninsel



Fregattenschuppen Pfaueninsel

[4]. Auch aus prospektiven kernspin- und computertomographischen Untersuchungen ergeben sich keine Hinweise auf strukturelle Veränderungen nach EKT.

- Kognitive Störungen können als Nebenwirkungen nach EKT auftreten. Sie sind bei der heute üblichen Form der EKT deutlich geringer als bei der früher üblichen bilateralen Stimulation. Direkt nach der EKT können eine passagere diskrete Störung der Orientierung, des Kurzzeitgedächtnisses, der Aufmerksamkeit sowie Gedächtnisstörungen auftreten. Während sich die anterograden Gedächtnisstörungen in der Regel rasch (in der Regel nach Stunden bis zu wenigen Tagen, spätestens 4 Wochen) zurückbilden, können die retrograden Amnesien länger persistieren.
- Unmittelbar nach der EKT auftretende neuropsychologische Störungen (z.B. Aphasien, Apraxien, Agnosien) sind selten, bilden sich stets zurück und bedürfen keiner Behandlung [7].
- Kopfschmerzen in Form von Spannungskopfschmerzen treten bei knapp einem Drittel der Patienten nach EKT auf (häufigste Nebenwirkung der EKT) und können im Bedarfsfall mit Analgetika behandelt werden. In seltenen Fällen können auch typische Migräneattacken durch EKT ausgelöst werden [6,7].
- Übelkeit und Erbrechen nach EKT können (selten) vorkommen und werden bei Bedarf symptomatisch behandelt.

Die EKT wird von den Patienten retrospektiv gut bis sehr gut beurteilt (Übersicht bei [8]).

6. Kontraindikationen für die EKT

Absolute Kontraindikationen der EKT sind:

- kürzlich überstandener Herzinfarkt (3 Monate),
- schwerste kardiopulmonale Funktions-

einschränkungen (Narkosefähigkeit dann möglicherweise nicht gegeben),

- schwerer arterieller Hypertonus (hypertensive Krise),
- erhöhter Hirndruck,
- frischer Hirninfarkt (3 Monate),
- eine mit Begleitödem versehene intrazerebrale Raumforderung,
- akuter Glaukomanfall.

Relative Kontraindikationen sind:

- zerebrales Aneurysma
- zerebrales Angiom

Keine Kontraindikationen sind

- höheres Lebensalter (steigende Effizienz d. EKT),
- Schwangerschaft,
- Herzschrittmacher.

7. Aufklärung und Einverständnis

Die EKT wird, wie bei allen anderen medizinischen Eingriffen üblich, nur nach angemessener Aufklärung und schriftlicher Einverständniserklärung durchgeführt.

Das Einverständnis oder die Ablehnung setzt die Einwilligungsfähigkeit der Patienten voraus. Diese beinhaltet, dass der Patient die Sachlage sowie die Bedeutung und Tragweite der vorzunehmenden Behandlung hinreichend zu beurteilen vermag. Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten mit dringlicher Indikation für eine EKT wird eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz eingerichtet. Im Bedarfsfall wird bei konkreter Gefährdung des Patienten eine einstweilige Betreuerbestellung bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht veranlasst. Falls der vom Gericht eingesetzte Betreuer der EKT zustimmt, der Patient der EKT jedoch ausdrücklich widerspricht, wird im Regelfall auf die EKT verzichtet.

Zitierte Literatur:

www.bundesärztekammer.de

Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie

Auch in unserem Verband wird die Elektrokrampftherapie als Behandlungsmaßnahme widersprüchlich gesehen. Wir haben deshalb die Stellungnahme der Bundesärztekammer – gefunden im Internet unter: www.Bundesärztekammer.de – zu Ihrer Unterrichtung hier aufgenommen.

Die Redaktion

Rechtliche Grundlagen zur Teilzeit in Werkstätten

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat im Zusammenhang mit dem Schreiben zur Erstattung der Rentenversicherungsbeiträge eine zusätzliche zentrale Aussage getroffen. Es hat dem Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) mit Schreiben vom 05.06.2007 die Rechtsauffassung zur Behandlung von Teilzeitbeschäftigungen mitgeteilt. Nach Auffassung des BVA hat die Regelung der Beschäftigungszeit in § 6 WVO zudem für die Beitragsbemessung der Rentenversicherungsbeiträge keine Bedeutung.

Diese Auffassung wurde bereits am 19.03.2007 allen zuständigen Landesstellen mitgeteilt.

Der Vorschrift in der WVO lasse sich nicht entnehmen, dass behinderte Menschen in Werkstätten grundsätzlich eine Vollzeittätigkeit ausüben sollen und für sie nur in den in § 6 Abs. 2 WVO geregelten Ausnahmefällen eine Teilzeitbeschäftigung in Frage kommt. § 6 WVO richte sich an die Werkstatt und bestimme, welches Leistungsangebot sie bereitzustellen habe. Dies ergibt sich neben dem Wortlaut auch aus der Stellung der Vorschrift im Abschnitt „Fachliche Anforderungen an die Werkstatt“. Den behinderten Menschen dagegen mache § 6 WVO keinerlei Vorgaben, in welchem Umfang sie dieses Angebot in Anspruch zu nehmen haben.

Teilzeitbeschäftigungen sind auch auf anderen Grundlagen wie dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG) zulässig. Aus § 6 WVO lässt sich daher nicht auf ein auf § 162 Nr. 2 SGB VI zu übertragendes Bild einer Tätigkeit in Werkstätten als regelmäßige Vollzeittätigkeit schließen.

Vor dem Hintergrund noch ausstehender endgültiger Feststellungen durch die Prüfungsämter des Bundes wird deshalb für die laufenden Erstattungen (ab 01.01.2007) davon ausgegangen, dass sich die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung nicht auf die Beitragsbemessungsgrundlage und damit auch nicht auf die Höhe der Beitragserstattung auswirkt. Teilzeitbeschäftigungen sind dem ZBFS zwar weiterhin anzuzeigen, Kürzungen im Hinblick auf das fiktive Entgelt werden jedoch nicht mehr vorgenommen. Es erscheint dem BVA

allerdings ausgeschlossen, dass ein behinderter Mensch neben einer Teilzeitbeschäftigung in einer anerkannten Werkstatt zusätzlich eine versicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausübt.

Die Rechtsauffassung des BVA zur Teilzeitbeschäftigung hat jedoch keine Auswirkungen auf die Kostensätze, die für den konkreten Fall mit dem Kostenträger ausgehandelt werden müssen.

Quelle: BAG WfbM

Gerichtsentscheid – Soziotherapie nicht nur auf Schwerstkranke beschränkt

In einem Rechtsstreit zur Soziotherapie, der am 26.06.2007 vor dem Sozialgericht Freiburg (AZ S 5 KR 4103/06) entschieden wurde, hat das Gericht die vorliegende Soziotherapierichtlinie kritisch betrachtet und relativiert. Das Gericht führte u. a. aus: „... die in Unterziffer 10 genannten Fähigkeitsstörungen (dürfen) nicht so schwer sein, dass sie zur Nichterreichbarkeit der Therapieziele beim Patienten führen (II.12 der Richtlinie).

Nach dieser Ziffer soll der Patient noch die für die Therapieziele notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. Damit dürfen von vornherein keine schwerwiegenden Störungen im Sinne von Abs. II Ziffer 10 der Richtlinie vorliegen, denn dann wäre nicht mehr vorstellbar, dass der Patient überhaupt in der Lage wäre, einfache Absprachen einzuhalten, oder noch eine für Therapieziele notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit aufzuweisen.

Deshalb sind insbesondere die in Ziffer 10 genannten Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten, der Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens insoweit zu relativieren, als diese nicht in schwerwiegendem Ausmaße vorhanden sein müssen (und auch nicht dürfen).“

Dies bedeutet, dass das Gericht entschieden hat, dass die Soziotherapie nicht auf schwer psychisch kranke Personen beschränkt werden darf.

Quelle: Angehörigen Post LV BaWü ApK

Ist ein Ehrenamt erlaubt?

Klaus Pohl von der Bundesagentur für Arbeit antwortet.

Erschienen im „Tagesspiegel“ vom 13.01.2008

Ich bin Webdesigner, seit einem halben Jahr arbeitslos und beziehe Arbeitslosengeld I. Jetzt habe ich die Möglichkeit, an mehreren Tagen in der Woche eine ehrenamtliche Tätigkeit auszuüben. Darf ich das?

Ja, das ist von Seiten der Arbeitsagentur im Allgemeinen sogar gern gesehen. Denn ohne bürgerschaftliches Engagement wäre ein Großteil der Aufgaben, die in den zahlreichen Verbänden, Organisationen und Selbsthilfegruppen wahrgenommen werden, nicht oder nur eingeschränkt durchführbar. Beziehener von Arbeitslosengeld können deshalb eine unentgeltliche, ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben. Dabei gilt es allerdings einiges zu beachten.

So muss die ehrenamtliche Tätigkeit dem Gemeinwohl dienen und bei einer Organisation erfolgen, die im öffentlichen Interesse liegende Aufgaben ausübt oder gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Zwecke fördert. Selbst wenn Sie 15 oder mehr Wochenstunden ehrenamtlich arbeiten, bleibt Ihr Leistungsanspruch erhalten. Voraussetzung ist, dass die Organisation nicht die Absicht hat, Gewinne zu erzielen.

Arbeitslose können sich damit grundsätzlich wie beschäftigte Arbeitnehmer ehrenamtlich betätigen. Die ehrenamtliche Tätigkeit bleibt auch dann unentgeltlich, wenn entstandene Auslagen ersetzt werden. Das gilt auch dann, wenn die Auslagen in Form einer Pauschale ausgeglichen werden. Diese darf aber 154 Euro im Monat nicht übersteigen.

Die berufliche Eingliederung des Arbeitslosen hat allerdings Vorrang vor der Ausübung eines Ehrenamtes. Eine mindestens 15 Wochenstunden umfassende Betätigung müssen Sie der Arbeitsagentur deshalb anzeigen und sicherstellen, dass Sie durch die ehrenamtliche Aufgabe nicht in Ihren Bemühungen, Arbeit zu finden, gehindert und in der Lage sind, Vorschlägen zur beruflichen Eingliederung unverzüglich Folge zu leisten. Die Regelung trägt dem gesellschaftspolitischen Anliegen, das ehrenamtliche Engagement von Mitbürgerinnen und Mitbürgern stärker zu fördern, Rechnung. Außerdem berücksichtigt es zugleich, dass ehrenamtliche

Betätigungen auch gewisse Chancen für Arbeitslose bieten.

Denn: Wer ehrenamtlich in einer Organisation tätig ist, hat oftmals die Gelegenheit, Kontakte zur Arbeitswelt zu erhalten, beziehungsweise überhaupt erst aufzubauen. Solche Beziehungen können mit etwas Glück auch eine geeignete Brücke in eine neue, reguläre Beschäftigung sein.

Soll ich sagen, dass ich behindert bin?

Anja Mengel Fachanwältin für Arbeitsrecht
Erschienen im „Tagesspiegel“ vom 30.12.2007

Ich bin Architekt, seit kurzem arbeitslos und auf der Suche nach einem neuen Job. Jetzt habe ich bald mein erstes Vorstellungsgespräch und ich bin verunsichert. Bei meinen bisherigen Arbeitgebern war es kein Problem, aber muss ich dem potenziell neuem Arbeitgeber gegenüber erwähnen, dass ich schwerbehindert bin? Was ist, wenn ich gefragt werde?

Grundsätzlich besteht für schwerbehinderte Arbeitnehmer keine Pflicht, ihren Gesundheitszustand von sich aus offen zu legen. Im Gegenteil ist selbst die Frage des Arbeitgebers nach Gesundheitszustand und Schwerbehindertenstatus vor der Einstellung heute unzulässig. Es sind aber je nach Art der Behinderung und der Position, um die sich der Kandidat bewirbt, Ausnahmen möglich – so dass im Einzelfall doch eine Offenbarungspflicht bestehen kann.

Eine solche Pflicht nimmt die Rechtspre-



Schlosspark Glienicke

chung immer dann an, wenn dem Arbeitnehmer aufgrund seiner Behinderung die Erfüllung der arbeitsvertraglichen Pflichten unmöglich oder die Behinderung für den Arbeitsplatz ausschlaggebend ist. So müsste ein Arzt bei einer Bewerbung eine HIV-Infektion offenbaren; ein Architekt ein schweres Rückenleiden, das ihm den Besuch von (bestimmten) Baustellen unmöglich macht oder erheblich erschwert. Erst recht muss dann eine entsprechende Frage wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Bisher hatten schwerbehinderte Menschen aber auch auf die ausdrückliche Frage des



Jagdschloss Grunewald

Unternehmens wahrheitsgemäß zu antworten, unabhängig davon, ob die Behinderung ihre Eignung für den Arbeitsplatz beeinflusst hat, weil mit dem Schwerbehindertenstatus bestimmte zusätzliche Belastungen des Arbeitgebers verbunden waren, wie besonderer Kündigungsschutz oder zusätzlicher Urlaubsanspruch.

Im August 2006 ist aber das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Kraft getreten, das die Diskriminierung von Bewerbern und Arbeitnehmern wegen einer Behinderung untersagt. Es ist daher zu erwarten, dass sich die bisherige Rechtsprechung entsprechend verändert. Aufgrund des älteren, vergleichbaren Verbotes der Geschlechtsdiskriminierung nämlich ist es zum Beispiel verboten, vor der Einstellung nach einer bestehenden Schwangerschaft zu fragen – obwohl auch damit für den Arbeitgeber Belastungen verbunden sind. Wird die Frage doch gestellt, darf ohne Nachteile gelogen werden.

Ein entsprechendes Recht zur Lüge werden die Arbeitsgerichte wohl nunmehr auch für schwerbehinderte Bewerber anerkennen, deren Behinderung nicht äußerlich erkennbar – und nicht ausschlaggebend für die arbeitsvertragliche Leistung ist.

Neue Charité-Workshops für den Verein der Angehörigen psychisch Erkrankter in der ApK-Geschäftsstelle

Mannheimer Str. 32, Wilmersdorf, vorletzter Donnerstag im Monat, 19.00 Uhr

- | | |
|-------------------|---|
| 17.04.2008 | Neuroleptische Medikamente – Vorteile und Risiken , Ref. Prof. J. Gallinat |
| 22.05.2008 | Behandlungsoptionen der Schizophrenie , Ref. Martin Voss |
| 19.06.2008 | Behandlungsformen psychischer Krankheiten , Ref. Marion Aichberger |
| 17.07.2008 | Besonderheiten ambulanter und stationärer Behandlung , Ref. Ali Dalanay |
| 21.08.2008 | Psychotherapie bei Psychosen , Ref. Uta Eichmann |
| 18.09.2008 | Störungen der Emotionalität , Ref. Ana Gomez |
| 23.10.2008 | Rückfälle früh erkennen , Ref. Walter de Millas |
| 20.11.2008 | Medikamentöse Prophylaxe psychischer Erkrankungen ,
Ref. Helen Schaller |
| 18.12.2008 | Psychische Erkrankungen bei Migranten , Ref. Hannah Heimann |

Um Telefonische Anmeldung unter Tel. 030-86 39 57 01 wird gebeten.

Veranstaltungen des Landesverbandes

Erster Bipolar-Selbsthilfe-Tag in Berlin

**Im Vivantes Humboldt- Klinikum,
am 19. 1. 2008**

Anlass für diesen Selbsthilfe-Tag ist die Eröffnung der ersten Bipolar-Tagesklinik in Berlin mit 12-15 Plätzen im Humboldt-Klinikum.

Es gibt vormittags und nachmittags je drei Workshops zur Wahl, wobei leider der Workshop „Bipolare Erkrankung und Arbeit“ ausfällt, aber im nächsten Jahr zusammen mit einer Rechtsberatung nachgeholt werden soll. Ich entscheide mich für den Workshop mit dem Titel **Die schwierige Rolle der Angehörigen in der Manie/ Hypomanie**, denn ich bin Angehörige. Frau Dr. Pietsch hält zunächst einen Vortrag über die bipolare Erkrankung – unter erschwerten Bedingungen – denn der Beamer funktioniert nicht. Locker hilft ihr der Klinik-Chef und langjährige Vorsitzende DGBS, Dr. Bräunig, darüber hinweg: Früher habe man gesagt: „Kommt er mit dem Beamer oder ... hat er was zu sagen?“ Statt Beamer gab es hand-outs.

Was lerne ich über die schwierige Rolle der Angehörigen in der Manie? Er soll gelassen und ruhig bleiben und gegebenenfalls Entscheidungen verzögern. Er soll dem Betroffenen, der ja nur ein eingeschränktes Krankheitsbewusstsein hat, helfen zu erkennen, dass sich sein Verhalten verändert hat. Er soll sich nicht provozieren lassen, sondern Konflikte deeskalieren, Beschimpfungen überhören, beharrlich freundlich bleiben. Er sollte in Zeiten der Normalität einen Krisenplan mit dem Betroffenen erarbeiten, der genau festlegt, welche Maßnahmen bei einer beginnenden Manie getroffen werden sollen. Er sollte sich einer Angehörigen-Gruppe anschließen, um Alltagsstrategien zu erwerben oder Tipps zu bekommen. In der Angehörigen-Arbeit muss zwischen dem Partner und dem Kind eines Bipolaren unterschieden werden. Kinder von Bipolaren fürchten die Genetik und geben sich fälschlich die Schuld am veränderten Verhalten eines Elternteils. Deswegen haben Bräunig, Krüger und Rosbänder ein Buch veröffentlicht „Kinder bipolar erkrankter Eltern“, das kostenfrei mitgenommen werden kann. Für die Partner ist wichtig, sich selbst zu bewahren, nicht selbst depressiv zu werden. Hier ist oft Trennungsbegleitung nötig. Es gibt schon jetzt eine Angehörigen-Gruppe an der Humboldt- Klinik, die von einer Psychologin betreut wird.



Berliner Dom

Die Psychotherapie der Patienten bleibt als Aufgabe für die Tagesklinik, denn es geht in der akuten Phase nicht, weil die Konzentration da sehr gestört ist. In Frage kommt a) Psychoedukation. Hier geht es um die Vermittlung von Wissen. Der Betroffene soll Experte der eigenen Krankheit werden. b) kognitive Verhaltenstherapie. Es geht darum zu lernen, dass Denken Gefühle beeinflussen kann. Im Foyer liegt eine Mappe aus, die anscheinend die DGBS erstellt hat. Sie enthält eine Info-Broschüre für Patienten und Angehörige, einen Stimmungskalender für Patienten, einen Krisenpass, eine Checkliste und einen Krisenplan. Ich wünschte mir, meine Tochter wäre mit dieser Mappe aus der Klinik entlassen worden! Möglicherweise wären ihr viele Klinikaufenthalte erspart geblieben.

Etwas schwierig gestaltet sich die Vorstellung der Selbsthilfe mit dem ApK und BSNe, die ans Ende der Mittagspause gelegt wird und im unruhigen Foyer stattfindet. Kein Wunder, dass es für diesen Workshop am Nachmittag wenig Zulauf gab.

Am Nachmittag entschied ich mich für den Vortrag von Dr. Bock aus Hamburg über **Bipolare Erkrankungen und Psychose**.

Er hat seinen Vortrag in 12 Thesen gegliedert. Da er aber nach jeder These Fragen zulässt, schafft er nur sechs seiner Thesen.

1. These: Depression ist nicht Trauer, Manie ist nicht Glück. Depression bedeutet Leere und Verzweiflung, Manie ist voller Hektik und Spannung. Beides bedeutet eine Entfernung von der inneren Mitte.

2. These: Die Fähigkeit, psychotisch zu werden, hat etwas mit dem Menschen zu tun. Der Mensch neigt dazu, über sich hinaus zu

denken. Wenn er den Rückweg nicht findet, landet er in der Psychose: in der Schizophrenie, wenn die Realitätswahrnehmung gestört ist, in der affektiven Psychose, wenn die Realitätsverarbeitung gestört ist.

3. These: Es Schwanken nicht nur die Betroffenen, auch die Angehörigen und die Profis. Und zwar die Betroffenen zwischen Energie und Energielosigkeit, die Angehörigen zwischen Nähe und Distanz, die Profis zwischen Macht und Ohnmacht. Für letzteres hat Dr. Bock ein Beispiel aus der eigenen ärztlichen Erfahrung: Erst als er einer schwer Depressiven gegenüber gestand: „Jetzt fällt mir nichts mehr ein,“ lächelte die Depressive.

4. These: Bipolare haben ein unsicheres Selbstwertgefühl. Deshalb sollten Angehörige und Ärzte neue Kränkungen möglichst vermeiden und helfen, ein neues Selbstkonzept zu entwickeln. Sich selbst zu finden, ist die Lebensaufgabe. In der Psychose kann der Mensch zwischen innen und außen nicht unterscheiden. Er halluziniert, d.h. er projiziert Inneres nach außen, oder er wird paranoid, d.h. er projiziert Äußeres nach innen.

5. These: Bipolare Menschen haben zu wenig eigene Maßstäbe entwickelt. Es ist eine Überanpassungskrankheit. Der Bipolare versucht es allen recht zu machen und hat kein eigenes Ich entwickelt. Der Maniker muss lernen, seine ungewöhnlichen Seiten auch in den Alltag zu integrieren.

6. These: Beim Bipolaren ist das Zeitgefühl gestört. Die Depression ist ewig, die Manie ist zeitlos. Das Zeitgefühl ist am besten im Gruppensetting wiederherzustellen, indem man die Gegenphase beim andern sieht. Aber Maniker kommen nicht in die Gruppe, weil es ihnen zu langweilig ist, und wenn sie kommen, ist es schwierig, mit ihnen umzugehen. Deswegen ist eine therapeutische Leitung angeraten.

Die weiteren sechs Thesen wurden wegen der lebhaften Diskussion jeder einzelnen These leider nicht geschafft.

Den letzten Programmpunkt, die Vorführung und Diskussion des Films **Achterbahn der Gefühle** schenke ich mir, denn ich habe den Film vor wenigen Tagen im Fernsehen (arte) gesehen und muss außerdem zum Enkelsitten aufbrechen. Diesem Enkel bringe ich das Kinderbuch „Katminka“ mit und Frau Loos, der Psychologin von der Fontane-Klinik, habe ich es eine Woche später bei der dortigen Bipolar-Tagung empfohlen.

Renate Grötzebach



Berliner Hinterhof

Mihal: „Gesprungene Seelen“



(Taschenbuch, 145 Seiten, Eigenverlag, 2007)

Unter dem Pseudonym Mihal erzählt der Autor einzelne Episoden seines Lebenslaufs als drogenkonsumierender Jugendlicher und Erwachsener, als Patient in Drogenentwöhnungseinrichtungen – insbesondere aber in stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung.

Das Besondere und Neue dieses autobiographischen „Romans“ ist die Perspektive, aus welcher die für Fachleute der Suchthilfe und der Psychiatrie weitgehend bekannten Symptome, Verhaltens- und Handlungsweisen sogenannter psychiatrisch auffälliger Drogenkonsumenten oder -abhängiger (Stichwort: „Doppeldiagnosen“) berichtet wird: Der Leser wird von der ersten Seite an in die Rolle des Protagonisten gedrängt und in gewisser Weise „genötigt“, die Perspektive des Patienten zu übernehmen.

Dies fällt alles andere als leicht – der Leser sei gewarnt! – denn als Experte der Suchthilfe, der psychologischen Begleitung, der psychiatrischen Betreuung oder gar Diagnostik kennt er in aller Regel die Symptome und Handlungsweisen der Patienten „von außen“, die es zu interpretieren, zu analysieren und zu bewerten gilt.

In diesem Buch jedoch schlüpft der Leser in die Rolle – fast kann man sagen, in den Körper,

die Haut des „Klienten/Patienten“ und wird mit dessen Gefühlen, Gedanken und (vor allem) dessen Ängsten konfrontiert. Übrigens: Vom Leser wird nicht erwartet, dass er alles „versteht“.

Es reicht, wenn er sich überwinden kann – und das fällt schwer genug, behaupte ich – zur Kenntnis zu nehmen, welche Gedanken und Gefühle sich in einem Menschen abspielen, der mit der Diagnose einer „Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis“ fortan leben muß. So ist es für diesen auch lediglich nur eine graduelle Steigerung zur „*drogeninduzierten Psychose*“.

Wer sich einlässt auf eine „Reise ins Ich“ des Autors (der übrigens seit vielen Jahren drogenfrei lebt), wird vielleicht ein Stück weit erkennen können, was es bedeutet, eine verletzte „Seele“ oder eine verzweifelt nach Orientierung und Halt suchende Innenwelt zu haben.

„Taking the role of the other“ – selten genug als verstehende Methode angewendet – hier einmal hautnah, fast zu nah, als Zumutung für „gesunde“, stabile, im Leben stehende Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter mit der echten Chance, wenigstens ein kleines Stück der Innenwelt eines solchen „Klienten/Patienten“ verstehen zu lernen.

Wer es wagen will und dieses Experiment nicht scheut, kann den Roman bestellen unter der E-Mail: msiebel@alice-dsl.de und käuflich erwerben zum Preis von 12.80 EURO zuzügl. 1 EURO für den Versand.

(Das Buch liegt bislang ausschließlich im Eigenverlag vor und hat deshalb keine ISBN-Nummer)

Eberhard Ewers
PARITÄTISCHER Gesamtverband - Referent
für Gefährdetenhilfe
Berlin, 2.11.2007

Impuls 2008 – Integrationspreis Seelische Gesundheit

Auszeichnung für gelungene Integration psychisch kranker Menschen

Erstmalig schreibt der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) als Familien-Selbsthilfe Psychiatrie in Kooperation mit der Janssen-Cilag GmbH den Impuls 2008 – Integrationspreis Seelische Gesundheit aus. Denn die erfolgreiche Integration psychisch kranker Menschen ins gesellschaftliche und berufliche Leben ist auch für deren Familien von zentraler Bedeutung. Der Preis würdigt Personen, Organisationen, Einrichtungen und Unternehmen, die sich innovativ und nachhaltig für eine verbesserte Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen. Herausragende, wegweisende Projekte sind gesucht – aber auch engagierte Menschen, die psychisch Erkrankte begleiten, ihren Platz in der Gesellschaft wieder zu finden.

Schwerpunktthema 2008: Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben

Integration hat viele Facetten, daher steht in jedem Ausschreibungsjahr ein anderes Schwerpunktthema im Fokus. Im Jahr 2008 wird der Preis für den Bereich „Arbeit“ verliehen. Denn Arbeit ist für die psychische Stabilität eines Menschen jeglichen Alters von zentraler Bedeutung. Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes geht ein sozial integrierender und wichtiger therapeutischer Faktor verloren. Durch Arbeit ergeben sich dagegen soziale Kontakte, Erkrankte gewinnen mehr Autonomie und ihr Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit zurück. Ziel muss das vorurteilsfreie und gleichberechtigte Einbeziehen in den Arbeitsalltag unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Menschen sein.

Wer kann sich bewerben?

Das Engagement zählt: Ob Institution, Unternehmen oder Person – jeder, der eine gelungene Integration psychisch kranker Menschen in ihren beruflichen Alltag beispielhaft umgesetzt hat, ist aufgefordert, sich zu bewerben: Vom Sozialpädagogen über lokale Selbsthilfeinitiativen, bis hin zu medizinischen und gemeindepsychiatrischen Institutionen.

Preis und Preisverleihung

Der Preis ist mit 6.000 Euro dotiert und wird alle 2 Jahre verliehen. Die Preisverleihung



Alte Nationalgalerie

findet im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit am 8. Oktober 2008 in München statt.

Jury und Bewertungskriterien

Eine unabhängige Experten-Jury aus Politik, Wissenschaft, Medizin, Betroffenen und Angehörigen wird alle eingesandten Bewerbungen anhand folgender Kriterien bewerten:

- Konzeption
Idee und Entstehung des Projekts
- Umsetzung
Förderung der jeweiligen Kompetenzen sowie der Integration psychisch kranker Menschen (Zusammenleben, Voneinanderlernen, Akzeptanz)
- Evaluation
Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Projektes; Projekt ist zumindest ansatzweise realisiert
- Innovation
Vorbildcharakter und Anstoß, neue Integrationsprojekte ins Leben zu rufen

Einsendeschluss ist der 15. August 2008.

Bewerbung

Sie engagieren sich für die berufliche Integration von psychisch erkrankten Menschen? Bewerben Sie sich für den Impuls 2008 – Integrationspreis Seelische Gesundheit und machen Sie Ihr Engagement öffentlich. Oder schlagen Sie einen Kandidaten vor, der sich in besonderer Weise für die berufliche Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungen an folgende Adresse:

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Stichwort: Impuls 2008
Oppelner Straße 130
53119 Bonn
oder per E-Mail an: bapk@psychiatrie.de

Die Bewerbungsunterlagen sollten enthalten:

- a) das vollständig ausgefüllte Bewerbungsformular
- b) eine maschinengeschriebene Zusammenfassung Ihres Projektes / Ihrer Initiative (Umfang: 2 bis max. 5 DIN-A4-Seiten):
 - Schildern Sie darin die Ausgangsidee und Planung der Aktivitäten
 - Beschreiben Sie die Umsetzung des betreffenden Projekts

- Erläutern Sie, wie die Aktivitäten ausgewertet wurden, um zu verdeutlichen, dass die ursprünglich gesteckten Ziele erreicht oder übertroffen wurden
- c) ggf. Nachweise gelungener Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Medienberichte)
- d) ggf. weitere projektbezogene Unterlagen (z. B. Broschüren, Flyer)
- e) eine Selbstdarstellung der sich bewerbenden Personen oder Institutionen

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihre Bewerbungsunterlagen nicht zurückgesandt werden können.

Bei weiteren Fragen zum Preis und zum Bewerbungsprozedere gibt Frau Beate Lisofsky (BAPK) unter Telefon 030 / 91 20 88 63 gerne Auskunft.



Aquarellkurs für Betroffene und Angehörige

freitags von
16 bis 18 Uhr

in den Geschäfts-
räumen der APK

Mannheimer Str.32
Wilmersdorf

Kursleitung:
Reinhold Crämer

Malmaterial wird
gestellt

Um tel. Anmeldung
wird gebeten

Telefon: 030 - 863 957 01
E-Mail: info@apk-berlin.de

Veranstaltungen

„Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung - Was hilft und was schadet?“

Sonnabend, 19. April 2008 um 10.00 Uhr

Veranstalter: Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V.

Veranstaltungsort: Urania Berlin e. V., An der Urania 17, 10787 Berlin-Charlottenburg

Fahrverbindungen U-Bahn: U1, U2, U12, U15 (Wittenbergplatz), U4 (Nollendorfplatz)

Buslinien: M19, M29, M46, M85, 187 – Flyer im Internet oder in der Geschäftsstelle der ApK LV Berlin e.V. oder unter: www.psychiatrie-in-berlin.de.

ApK-Veranstaltungen im Rathaus Wilmersdorf, Fehrbelliner Platz 4, Beginn 9.30 Uhr

1. **Sonnabend, 24.05.2008 Wie geht es weiter, wenn ich nicht mehr bin?**
Themen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Haftung, Vererben und Erben
2. **Sonnabend, 21.06.2008 Psychische Störungen – Psychopharmaka und Nebenwirkungen**
Was ist strukturell und inhaltlich nötig, um den Einsatz von Psychopharmaka weitestgehend zu reduzieren?
Zusage: Referent Dr. V. Aderhold und Theiss Urbahn
3. **Sonnabend, 08.11.2008 Berufliche Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben.**
Ist der Aufschwung im Jahre 2008 auch bei den seelisch beeinträchtigten Menschen in Berlin angekommen? Welche Perspektiven gibt es?
Zusage: Referent Herr von Kardorff

Zu 1–3 werden die Programmübersichten in Kürze bekannt gegeben

4. **Woche der seelischen Gesundheit 06.10.–12.10.2008**
Veranstaltungshinweise hierzu werden in der Geschäftsstelle ausgelegt

Workshops-Termine und Anmeldungen bitte in der Geschäftsstelle unter Tel.: 030-86 39 57 01 erfragen.

Die Familienselbsthilfe psychisch kranker Menschen in Berlin erhält aus Mitteln der ARD-Fernsehloterie „Ein Platz an der Sonne“ eine Förderung für drei Jahre.

Allen Mitspielern der ARD-Fernsehloterie unseren herzlichen Dank.

Ein Platz an der Sonne



Herausgeber: Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)
Tel.: 030-863 957 01/03, Fax: 030-863 957 02
Internet: www.apk-berlin.de, E-Mail: info@apk-berlin.de

Redaktion: Dagmar Hasse, Beate Lisofsky, Jutta Crämer

Fotos und

Aquarelle: Reinhold Crämer

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

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337 36 00, BLZ 100 205 00
