

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 Vorstandes

20 Jahre Angehörige psychisch Kranker, Landesverband Berlin e.V.

Einladung zur Jubiläumsveranstaltung unter dem Motto: „Familie und Seelische Gesundheit“

Schirmherrin: Katrin Lompscher, Senatorin für
Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Freitag, den 9. Oktober 2009
Im Rathaus Wilmersdorf, 10713 Berlin,
Fehrbelliner Platz 4, BVV-Saal, 3. OG
Von 16.30 Uhr bis 21.00 Uhr

In diesem Jahr können wir, der Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch Kranker, auf 20 Jahre Familienselbsthilfe zurückblicken. In diesen vergangenen 20 Jahren Verbandsarbeit haben wir viele Hilfe suchende Menschen erreicht und vieles bewegt; doch noch immer gibt es Defizite und Verbesserungsbedarf im Versorgungssystem. Wir wollen und werden auch in Zukunft Ansprechpartner und Lobby für seelisch beeinträchtigte Menschen und ihre Familien sein.

Wir möchten uns bedanken bei unseren Förderern und Weggefährten in dieser Zeit und natürlich in allererster Linie bei all denen, die unsere Arbeit erst möglich gemacht haben: unseren engagierten Mitgliedern und aktiven ehrenamtlichen Helfern.

Im Rahmen der 3. Berliner Woche der Seelischen Gesundheit möchten wir Sie ganz herzlich einladen, mit uns gemeinsam dieses 20jährige Jubiläum zu feiern und in einem festlichen Rahmen einige frohe, unbeschwerte Stunden zu erleben.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!
Der Vorstand



Programm

Moderation: Gudrun Weißenborn

16.30 Uhr Musikalisches Entree

Moderation: Gudrun Weißenborn

17.00 Uhr Eröffnung:

Jutta Crämer, Vorstand des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Grußworte:

Heinrich Beuscher, Berliner Landesbeauftragter für Psychiatrie – angefragt

Eva Straub, Stellv. Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bonn

Antje Müller, Netzwerk Stimmenhören e.V.

Patrizia Di Tolla, Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V., – angefragt

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit, Düsseldorf

Musikalisches Intermezzo

Kurzvortrag:

„Familien-Selbsthilfe in der Psychiatrie – ein praktisch gelebter Dialog“

Dr. Melene Bahner

Festvortrag:

„Was brauchen Angehörige und wer braucht Angehörige?“

Prof. Dr. Asmus Finzen, Basel / Schweiz

Resümee:

Was bleibt, wie geht es weiter?

Familie und Seelische Gesundheit in Berlin

Beate Lisofsky, Vorstand des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

19.00 Uhr: Empfang – Gemeinsames Beisammensein beim Büfett, bei Getränken und Musik. Eine Ausstellung der künstlerischen Arbeiten des Aquarellkurses ApK und des Ateliers Galeria Pinella sowie Infostände aus dem Berliner Zuverdienstbereich begleiten die Festveranstaltung.

Anmeldung:

Bitte melden Sie sich bis zum **01.10.2009**

telefonisch unter 030-863 957 01, per Fax unter 030 863 957 02 in unserer Geschäftsstelle oder per E-Mail: info@apk-berlin.de verbindlich an.

Wir bedanken uns bei der Techniker-Krankenkasse für die finanzielle Förderung.

Informationen über den Verlauf der Mitgliederversammlung am 27. März 2009



Sibylle Kerkow

Liebe Mitglieder,
allen, die an unserer diesjährigen Mitgliederversammlung am 27. März 2009 im Rathaus Wilmersdorf nicht teilgenommen haben, möchte ich eine kurze Information über deren Verlauf geben.

Bevor die eigentliche Mitgliederversammlung begann, hielt Frau Gudrun Weißenborn, Rehabilitationspädagogin und ApK-Vorstandsmitglied, den informativen Vortrag: „Welche Hilfen bietet das psychiatrische Versorgungssystem“? Die anschließende Diskussion zeigte die Wichtigkeit des Themas.

In der folgenden Mitgliederversammlung beeindruckte neben dem klar gegliederten und

übersichtlichen Geschäftsbericht der Finanzen von Frau Müller der ausführliche, über mehrere Seiten sich erstreckende Geschäftsbericht des Vorstandes über das vergangene Geschäftsjahr, erarbeitet und vorgelesen von Beate Lisofsky. Dieser Geschäftsbericht zeigte die große Vielzahl von verwirklichten Projekten, Öffentlichkeitsarbeiten und Tätigkeiten in der Familienselbsthilfe, die von ehrenamtlich tätigen Mitgliedern des ApK im vergangenen Geschäftsjahr geleistet wurden.

An dieser Stelle ein Aufruf an alle Mitglieder: Der ApK benötigt noch viele neue ehrenamtliche Mitarbeiter. Wer Lust und Zeit hat, mitzuarbeiten, ist im ApK-Team herzlich willkommen.

Ein anderer Tagesordnungspunkt war die Neuwahl eines Vorstandsmitgliedes, da Herr Große aus dem Vorstand aus wichtigem Grund abgewählt wurde. Die Kandidatin Frau Sibylle Kerkow wurde in den Vorstand gewählt. Frau Kerkow ist studierte Theologin und übt den Beruf einer selbstständigen Ergotherapeutin aus.

Schade, dass von unseren 450 Mitgliedern nur 40 an der Mitgliederversammlung teilgenommen haben. Sie haben viel verpasst, auch den von Vorstandsmitgliedern selbstgebackenen, leckeren Kuchen und frisch gebrühten Kaffee. Herzlichen Dank an den Vorstand!

Dagmar Hasse

Förderung einer neuen Selbsthilfegruppe durch die BARMER ERSATZKASSE

Liebe Mitglieder,
der Landesverband Berlin e. V. Angehörige psychisch Kranker hat 12 Mitglieder zu ehrenamtlichen Angehörigenhelfer/Innen ausgebildet, s. Info2/2008. Diese begleiten besonders schwer betroffene Familien mit psychisch Erkrankten schnell und unbürokratisch, da sie über die Kompetenz zum Versorgungssystem und über die Erfahrung im einfühlsamen Umgang mit psychisch Kranken und deren Angehörigen verfügen. Damit die Gruppe der 12 ausgebildeten Familienhelfer/Innen nicht auseinander bricht, wird sie als neue Selbsthilfegruppe im ersten

Jahr von fachkundigen Referenten begleitet.

Es freut uns sehr, Ihnen mitteilen zu können, dass die BARMER Ersatzkasse (BEK) unsere neue Selbsthilfegruppe Familienhelfer finanziell fördert. Der Angehörigenverband dankt der Barmer.

Die Familien-Selbsthilfegruppe trifft sich im Restaurant „blisse 14“, Wilmersdorf. Wer von unseren Mitgliedern mitmachen möchte, kann weitere Angaben telefonisch erfragen in der ApK-Geschäftsstelle, Tel. 030/ 86395701 bei Frau Peschel.

Der Vorstand

Die Arbeit des Landesverbandes

Ehrung

Der ApK-Vorstand hatte mehrere, ehrenamtlich tätige Mitglieder dem Paritätischen-Landesverband Berlin zur Ehrung vorgeschlagen.

Wir freuen uns sehr, unseren Mitgliedern mitzuteilen, dass unser langjähriges, ehrenamtlich sehr engagiertes Mitglied, Herr Ludwig Wast, eine Ehrenurkunde erhalten hat und gratulieren ihm von Herzen.

Der Vorstand



Staatssekretärin Fr. Dr. Leuschner, Herr Ludwig Wast

URKUNDE

Für sein besonderes soziales Engagement spreche ich

Herrn Ludwig Wast

meinen Dank und meine Anerkennung aus.

Als Auszeichnung dafür wurde Ihnen heute die

Berliner Ehrennadel für besonderes soziales Engagement

verliehen.

Mit Ihrem persönlichen Einsatz haben Sie dazu beigetragen, dass menschliche Zuwendung in der Großstadt Berlin erfahrbar bleibt.

Dr. Heidi Knake-Werner
Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales

Berlin, den 22. Juni 2009

Die psychiatrische Versorgung in Berlin

Das aktuelle Thema: „Integrierte psychiatrische Versorgung“ in Berlin – Wie ist der Stand der Dinge?

Eine kurze Beschreibung der Zusammenhänge von Eleonore Fink

Es gibt im Jahre 2009 wieder neue, große Probleme bei der psychiatrischen Versorgung der Berliner Bevölkerung: Die Grundsätze in der Behandlung psychisch Erkrankter, die seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 immer wieder fortgeschrieben worden sind, sind nicht mehr gewahrt. Das schreibt der Bezirksbürgermeister Mitte in einem Brief zur einer Anhörung darüber im Abgeordnetenhaus. In Berlin gilt die Vorrangigkeit der ambulanten vor der stationären Behandlung. Grundsätze der Behandlung sollen dabei sein: „gemeindenah, mit achtungsvoller Vertrautheit“, so die Enquete.

Das aber ist heute kaum noch möglich! Die Gründe:

1. Psychische Störungen haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen, bei jungen Leuten und bei alten. Die Anzahl der zu Versorgenden wächst ständig.

So entfielen auf die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin rund 36.000 Fälle im Jahre 2004. Die SpDs der Bezirke verzeichneten rund 40.000 Vorstellungen im Jahre 2005, darunter rund 9.000 erstmalige!

2. Die psychiatrischen Kliniken in Berlin sind überbelegt, und das obwohl die Klinikaufenthalte meist durch die Vorgaben der Krankenkassen zeitlich begrenzt sind. So machte das Schlagwort vom „Bettentstand in den Hedwigskliniken“ die Runde.

Ein weiteres Problem ist: Bei Klinikentlassungen können oft Behandlungsmodelle, die in der Klinik erarbeitet wurden, vom niedergelassenen Facharzt nicht weitergeführt werden, weil seine Möglichkeiten durch niedrige Bezahlung und evtl. Regressforderungen der Krankenkassen eingeschränkt sind. Bessere Nachbehandlungsmöglichkeiten haben zwar die Institutsambulanzen, PIA. Aber dort klagen die Patienten über den häufigen Arztwechsel. Die Anonymität ist oft nicht zu vermeiden.

3. In der ambulanten psychiatrischen Versorgung hat sich in Berlin der sog. Komplen-

täre Bereich als verhältnismäßig stabil erwiesen mit seinen Angeboten von Therapeutischen Wohngemeinschaften und Tagesstätten. Aber bei dem Angebot ärztlicher ambulanter Versorgung ist ein drastischer Notstand zu verzeichnen! Oft ist bei psychischen Erkrankungen eine jahrelange Behandlung erforderlich, um lange Klinikaufenthalte oder eine neue „Drehtürpatientenschaft“ zu vermeiden. Der niedergelassene Facharzt ist dabei nicht zu ersetzen. Er stellt insbesondere für die chronisch psychisch Erkrankten den „Hausarzt“ dar. Doch das Problem ist: Die Zahl der Facharztpraxen in Berlin ist zahlenmäßig zurückgegangen! Es fehlt meist an einem ambulanten, niedrigschwelligem Behandlungsteam, in einer vertrauten, wohnortnahen Praxis, das hier einspringen könnte.

Nimmt man diese drei Punkte auf einmal in den Blick, so erkennt man: Hier besteht eine Versorgungslücke für psychisch Kranke! Oder noch besser formuliert: An dieser Nahtstelle von stationärer und ambulanter Versorgung gab es schon immer Versorgungslücken. Aber diese Lücke ist jetzt wieder zu einem großen Problem geworden!

Und das ist nun der Punkt, wo die einzelnen Krankenkassen ansetzen mit ihren Konzepten der psychiatrischen Integrierten Versorgung (IV): Die Krankenkassen schließen Einzelverträge mit Ärzten und Trägern und schaffen ein neues, dichtes Versorgungssystem für ihre Klienten.

So die DAK bereits 2004. Die DAK und mehrere andere Krankenkassen schlossen mit dem „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V.“ Verträge ab. Die DAK fühlte sich dabei, so ein DAK-Flyer, als „Schrittmacher bei der Modernisierung des Gesundheitswesens“.

Worum geht es dabei? Bei dem System der psychiatrischen Integrierten Versorgung sollen alle Behandlungsmöglichkeiten „optimal koordiniert“ werden: Es soll ein Netzwerk entstehen, ein Behandlungsnetzwerk, fachübergreifend aus Ärzten, Psychiatern, Nervenärzten, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Psychotherapie. Klinikaufenthalte sollen möglichst ganz vermieden werden. Die Behandlung findet

soweit wie möglich ambulant in der häuslichen Umgebung statt. Mehr Lebensqualität und schnellere Überwindung der Arbeitsunfähigkeit verspricht man sich davon. Der zuständige Facharzt ist dabei der persönliche „Gesundheitslotse“ des Patienten während des gesamten Behandlungsablaufes, auch in Notsituationen. Er bekommt mehr Geld in Form von Pauschalen für die Patienten. Dafür muss er aber regelmäßig Gutachten über die Patienten für die Krankenkasse schreiben.

Jeder DAK-Versicherte z.B. kann an diesem System freiwillig teilnehmen. Er wird zunächst durch den behandelnden Arzt ausführlich beraten und unterzeichnet dann eine Teilnahmeerklärung an der Integrierten Versorgung. (Informationen unter www.dak.de und www.psychiatrie-in-berlin.de)

Ein zweites psychiatrisches Integriertes Versorgungssystem wird jetzt seit 2009 aufgebaut durch die Technikerkrankenkasse, TK, in Berlin und Brandenburg. Die TK hat einen 500-Seiten-Vertrag mit dem Versorgungsträger „Pinel Gesellschaft e.V.“ geschlossen. Dieses Modell ist viel umfassender und versteht sich als „die zweite Generation der Integrierte-Versorgungs-Verträge“. In einer Informationsveranstaltung dazu beim Paritätischen Wohlfahrtsverband im April 2009 zeichnete sich folgende Planung ab:

Bei diesem System werden sechs Schweregradgruppen bei den psychischen Erkrankungen unterschieden und in mathematischen Modellen berechnet. Hier merkt man schon: Man erhofft sich von diesem System Kostenersparnis z.B. will man weg von den hohen Pauschalen an die Ärzte.

Diejenigen der Versicherten, die teilnehmen wollen, schreiben sich für 3 Jahre bei der TK für die Mitgliedschaft ein. Diese Klienten werden dann von Pinel angesprochen und es erwartet sie eine rundum Versorgung mit einem Fallmanager, der vorläufig „Behandlungsverantwortlicher“ heißt, der mit einem Team zur Verfügung steht mit einem Bezugsbegleiter, einem Arzt, z.B. dem bisherigen niedergelassenen Arzt des Klienten, wenn er Mitglied ist, und einem zweiten Bezugsbegleiter, der ein Angehöriger

oder Psychiatrieerfahrener sein kann. Dieses Team bietet auch Familiengespräche an und erklärt: Wo kann man was tun? Sie sorgen für Kontinuität. Sie prüfen das vorhandene Netzwerk, ob es reicht und suchen Hilfemöglichkeiten, die passen wie z.B. Soziotherapie.

Dieses neue System der psychiatrischen Integrierten Versorgung von TK und Pinel ist in Berlin zunächst begrenzt auf den Bezirk Schöneberg. Die TK entschied sich für Schöneberg, weil sie interessiert war an der Krisenpension, die sie dort vorgefunden hat. Das noch aufzubauende System für ganz Berlin soll dann auch, wie es in Berlin üblich ist, regional und bezirksorientiert strukturiert sein. Aber von Anfang an gibt es auch die Zusammenarbeit von Berlin und Brandenburg. Das ist neu.

Beide Systeme, die hier beschrieben werden, laufen zunächst einmal nebeneinander. Nach zwei bis drei Jahren will man auswerten: „Was hat sich bewährt?“ Vielleicht kommt es dann mittelfristig zu einer Verzahnung der beiden Systeme der psychiatrischen Integrierten Versorgung!

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

Familienselbsthilfe Psychiatrie

Hilfen für Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Was ist aus Sicht der Angehörigen wichtig?

Zusammenfassung: Familien, in denen Kinder bzw. Jugendliche mit psychischen Störungen leben, wenden sich in den letzten Jahren verstärkt an die Angehörigenselbsthilfe. Eltern haben einen großen Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der im Versorgungssystem derzeit nicht ausreichend wahrgenommen wird. Z.Z. existieren keine spezifisch auf ihre Belange ausgerichteten Selbsthilfeangebote.

Kinder psychisch kranker Eltern – als Angehörige verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gekommen – haben ein stark erhöhtes Risiko, selbst einmal psychische Probleme zu entwickeln. Sie frühzeitig und adäquat zu entlasten und zu unterstützen, wirkt präventiv und verhindert, dass diese Kinder die (chronisch) psychisch Kranken von morgen werden.

Wenn man auf Veranstaltungen der Angehörigenselbsthilfe oder in örtlichen Selbsthilfegruppen seinen Blick über die Köpfe der Teilnehmer schweifen lässt, ist es wohl nicht zu übersehen: Die bevorzugte Haarfarbe ist grau. Und so ist die „klassische“ Angehörigenvertreterin auch oft natürlich weiblich, Mutter und im Rentenalter bzw. nicht mehr fern von der Pensionierung. Das war vor mehr als 25 Jahren so, als der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet wurde. Und zumindest in der Außenwahrnehmung hat sich daran bis heute nichts geändert, obwohl im letzten Jahrzehnt andere, jüngere Gruppen verstärkt aktiv geworden sind in der Angehörigenselbsthilfe, z.B. Kinder und Geschwister psychisch Kranker oder Partner mit ganz eigenen Problemen und Hilfebedürfnissen.

Psychisch kranke Kinder

Aus der Beratungspraxis durch die Hotline des Bundesverbandes und vieler Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker erfahren wir in der letzten Zeit ebenso eine auffällige Zunahme an Anfragen von Eltern, deren Kinder in einem sehr frühen Alter schwere psychische Auffälligkeiten zeigen. Dabei ist der Leidensdruck der ratsuchenden Eltern sehr hoch. Eine große Gruppe von Anfragen lässt sich in etwa

auf folgenden Nenner bringen: „Ist das Verhalten noch normal und die ganz normale pubertäre Abnabelungsproblematik oder steckt da etwas anderes dahinter?“ Manche Eltern, die bei der Angehörigenselbsthilfe Hilfe suchen, haben mit ihren Kindern mitunter schon eine lange Odyssee durch die verschiedenen Unterstützungssysteme der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe hinter sich. Und obwohl ja gerade bei der Behandlung von jungen Menschen eine Einbeziehung des familiären Umfeldes selbstverständlich sein sollte, fühlen diese Mütter oder Väter sich oft allein gelassen und zwischen allen Stühlen. Wir erfahren hier Geschichten meist ohne Happy End. Einen großen – und vom professionellen System unbefriedigten – Informations- und Unterstützungsbedarf formulieren alle Eltern, und auch die gesunden Geschwister in diesen Familien fühlen sich oft überfordert und allein gelassen.

Ohne Aussagen über die tatsächliche Versorgungslage treffen zu können (obwohl oft langwierige und kostenintensive Therapien durchgeführt werden, erscheint zumindest die Kooperation und Vernetzung der Hilfen vielfach nicht ausreichend), haben die Familien selbst keine oder unzureichende Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien.

Diese „gefühlte“ Zunahme von Rat suchenden Eltern, deren Kinder in einer frühen Phase seelische Probleme entwickeln, spiegelt sich bisher in den regionalen Selbsthilfegruppen nicht oder nur ungenügend wieder. Gründe dafür sind sicher die hohe zeitliche Belastung von berufstätigen Eltern, die oftmals einfach keine Zeit für eine regelmäßige Gruppenpartizipation oder sogar darüber hinausgehendes Engagement in der Selbsthilfe haben, und psychische Barrieren, die bedingt sind durch die Tabuisierung psychischer Krankheiten.

Ein weiteres Problem ergibt sich auch daraus, dass die langjährigen Teilnehmer in den Selbsthilfegruppen natürlicherweise Angehörige sind von ebenso langjährig, chronisch Erkrankten und deren Lebens- und Leidensgeschichten von Vätern oder Müttern von kranken Kindern und Jugendlichen eher frustrierend als hilfreich erlebt werden.

Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, qualifizierte Selbsthilfeangebote, die die Problemlagen von Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen berücksichtigen, zu entwickeln. Außer bei den Krankheitsbildern Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und Essstörungen gibt es derzeit kaum Selbsthilfeangebote für Familien mit erkrankten Kindern bzw. Jugendlichen.

Beim Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Töchter und Söhne (BVEK) haben sich in den letzten Jahren verstärkt Eltern zusammengeschlossen, deren Kinder durch intensiven Cannabiskonsum von Sucht betroffen und zusätzlich an einer Psychose erkrankt sind. Sie thematisieren die Problematik der Doppeldiagnose und stellen fest, dass eine Hilflosigkeit in den unterschiedlichen Hilfesystemen der Suchthilfe und Psychiatrie existiert.

Hier einen regen Austausch, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Angehörigenverbänden und anderen in der Selbsthilfe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche engagierten Initiativen zu entwickeln, ist Ziel eines Projektes, dem sich der BApK in den nächsten Jahren zuwenden wird. Zunächst ist die Alltagssituation und die Bedürfnislage der Familien mit schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu beleuchten und zu ermitteln. Darauf aufbauend sollen Informations- und Unterstützungsangebote unter besonderer Berücksichtigung von Selbsthilfe- und Empowermentstrategien entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Durch die Entwicklung von Weiterbildungsangeboten im Rahmen der Angehörigen Selbsthilfe soll gewährleistet werden, dass diese nachhaltig und regional nutzbar den betroffenen Familien zur Verfügung stehen.

Kinder psychisch Kranker – Psychiatriepatienten von morgen?

Ein anderer Zugang zur Problematik von Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ergibt sich aus der Auseinandersetzung mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, die sich in der Angehörigenbewegung in den letzten Jahren verstärkt vollzogen

hat. Dass Kinder auch Angehörige sind in Familien mit psychisch Kranken, ist eigentlich eine Binsenweisheit. Trotzdem wurden (und werden) sie vielfach nicht wahrgenommen und auch nicht unterstützt.

Gemeinsam mit dem BKK-Bundesverband hat die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK) deshalb im vorigen Jahr ein Projekt auf den Weg gebracht, um Aufmerksamkeit für die Belange der Kinder und Jugendlichen zu verstärken, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen. In Deutschland leben zwischen drei und vier Millionen Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung.

Und neben vielen, sehr individuellen und auf die jeweilige konkrete Familiensituation abgestimmten Unterstützungsangeboten brauchen alle Kinder vor allem eines: altersgerechte Information über die Erkrankung der Eltern und die Möglichkeit, frei über ihre Fragen, Sorgen und Nöte sprechen zu können.

Hierbei hat auch die Erwachsenenpsychiatrie eine große Verantwortung. „Angehörigenarbeit“ bezieht sich nicht nur auf erwachsene Familienangehörige, sondern schließt die Kinder der Patienten mit ein.

Die meisten Patienten mit Kindern haben Angst davor, schlechte Eltern zu sein oder ihre Kinder sogar aufgrund der Erkrankung zu verlieren. Mitarbeiter in der Psychiatrie können den Eltern diese Angst nehmen, wenn sie deutlich machen, dass Kinder am besten bei ihren Eltern aufwachsen. Aber auch, dass es Situationen gibt, wo Eltern Unterstützung und Hilfe benötigen.

Um mit den Kindern ins Gespräch zu kommen und die so nötigen Informationen altersgerecht zu vermitteln, gibt der BApK im Rahmen des Projektes u.a. Broschüren heraus (www.bapk.de; www.kipsy.net)

Was hat dies nun mit der umgekehrten Konstellation – **Eltern psychisch kranker Kinder – zu tun?**

Die Risikoforschung bestätigt, was schon jeder ahnt: Kinder, die in Familien aufwachsen, in

denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise davon betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Zahlreiche Untersuchungen schätzen, dass das kindliche Störungsrisiko um den Faktor zwei bis drei gegenüber einer gesunden Vergleichsgruppe erhöht ist. Ein Drittel der untersuchten Kinder weisen keinerlei Beeinträchtigungen auf, ein weiteres Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten, beim restlichen Drittel zeigen sich fortdauernde seelische Störungen. Die Kinderpsychiater konnten zeigen, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben. Bei der Frage nach der Ursache drängt sich natürlich die Schlussfolgerung auf: Hier spielen vor allem genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Das stimmt auch, besonders für Kinder von schizophren Erkrankten (während das generelle Lebenszeitrisko 1% beträgt, liegt die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern bei 10–15%, und zwar

nicht nur für eine eigene Schizophrenie, auch für andere seelische Störungen). Das Risiko für eine affektive, also Gemütsstörung wie Depression und/oder Manie ist etwa 3- bis 6-mal höher als bei unauffälligen Eltern. Sind beide Elternteile depressiv erkrankt, liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei rund 70%. Noch problematischer wird es offenbar bei Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung, ggf. noch mit einer Suchterkrankung kombiniert. Auch bei Angststörungen liegt das Risiko um das 7-fache über dem Durchschnitt. (http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/05lenz_kinder.html)

Vor diesem Hintergrund ist die Unterstützung der betroffenen Kinder die beste Prävention, um zu verhindern, dass diese Kinder die Psychatriepatienten von morgen werden.

Beate Lisofsky
Vorstandsmitglied des
ApK-Landesverbandes Berlin, e.V.
zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit



Die vergessenen Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland

Auch Kinder sind Angehörige.

Dies war der Fokus, unter dem sich der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. erstmals 1996 mit der Lebenssituation und den Belastungen von Kindern und Jugendlichen, die mit einer psychisch kranken Mutter oder einem psychisch kranken Vater aufwachsen, auseinandergesetzt hat. Bis dahin wurde die Problematik, allgemein wie auch in Fachkreisen, nicht oder nur sehr vereinzelt thematisiert. Dies ist wahrscheinlich auch ein Grund, warum in diesem Zusammenhang mittlerweile oft auch von den „vergessenen Kindern“ gesprochen wird. Eine andere Ursache für diese Begriffswahl ist vielleicht auch eine Ursache dafür, dass sich so lange niemand für die betroffenen Kinder „interessiert“ hat: Die Kinder aus solchen Familien sind oft „auffällig unauffällig“; sie sind ihren Eltern loyal verbunden und versuchen, ihr Leid und ihre Belastungen so gut es geht zu verstecken. Hier spielt ein gesamtgesellschaftlicher Mechanismus, die Stigmatisierung psychischer Krankheit, eine entscheidende Rolle. Davon haben sich die erwachsenen Angehörigen – Eltern, Partner oder auch Geschwister – mühsam genug und noch lange nicht immer und überall, im Rahmen der Selbsthilfebewegung emanzipiert. Inzwischen ist ihre Einbeziehung in die Behandlung zumindest in der Theorie zum Standard psychiatrischer Versorgung geworden. Davon profitieren die Kinder psychisch Kranker bis heute nicht oder nur unzureichend. Dabei haben sie selbst aufgrund erblicher und psychosozialer Belastungen ein erhöhtes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln.

Impulse, sich aus fachlicher Sicht mit den Kindern psychotischer oder depressiver Eltern zu befassen, kamen deshalb auch kaum aus der Erwachsenenpsychiatrie, sondern aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1998 erschien im Psychiatrieverlag der von F. Mattejat und B. Lisofsky herausgegebene Ratgeber „... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker“. Hier wurde der Versuch unternommen, aus der Perspektive sowohl der Betroffenen wie auch der verschiedenen Professionen die Situation zu beleuchten und Praxisbeispiele vorzustellen. Der Ratgeber

wurde im November 2008 im BALANCE-Buch- und Medienverlag überarbeitet neu aufgelegt und gilt nach wie vor bei Fachleuten wie Angehörigen als Fachbuch der ersten Stunde.

Was hat sich seitdem getan?

Auch aktuell gibt es erst rund 100 spezielle Hilfeangebote für Kinder und Eltern und das bei schätzungsweise 1,5 Millionen minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern in Deutschland. Obwohl inzwischen erfolgreiche und auch evaluierte Konzepte für Hilfeangebote, für die Kooperation und Vernetzung der beteiligten Systeme vorliegen, ist man von einer flächendeckenden Umsetzung nach wie vor weit entfernt. Ursachen liegen wohl zum einen in dem Anspruch der Vernetzung zwischen den verschiedenen Bereichen, andererseits in der Schwierigkeit, Zugang zu finden zu den betroffenen Familien.

Kooperationsprojekt mit dem BKK Bundesverband

Neben sehr vielen, sehr individuellen und auf die jeweilige konkrete Familiensituation abgestimmten Unterstützungsangeboten brauchen alle Kinder vor allem eines: altersgerechte Information über die Erkrankung der Eltern und die Möglichkeit, frei über ihre Fragen, Sorgen und Nöte sprechen zu können. An dieser Stelle greift das Kooperationsprojekt der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) mit dem BKK Bundesverband. Ziel ist es, den Kindern Unterstützung und Hilfestellung zu geben, indem ein Bewusstsein für die Kinder in der Öffentlichkeit geschaffen wird, sowohl in der Fachöffentlichkeit wie bei betroffenen Eltern, Kindern und Jugendlichen

In einer öffentlichkeitswirksamen Kampagne werden zuerst Mitarbeiter in psychiatrischen Kliniken und niedergelassene Nervenärzte auf die Situation der Kinder aufmerksam gemacht. Dabei lautet die eindringliche Botschaft: Auch psychisch kranke Kinder haben einen Anspruch auf Information, Einbeziehung und Unterstützung wie andere Angehörige auch! Psychiater, Krankenpfleger, Ärzte oder Sozialarbeiter müssen auch für diese Kinder kompetenter Ansprechpartner und Lotse für individuelle Hilfen werden.

Neu entwickelte Broschüren können dabei den betroffenen Familien direkt und auch dem Fachpersonal zur Information und Orientierung dienen. Sie wenden sich an Schulkinder, Jugendliche und die Eltern als übergreifende Information und Aufklärung. Ursprünglich in Holland entwickelt, in der Schweiz übersetzt und vom Angehörigenverband überarbeitet und deutschen Verhältnissen angepasst, können sie nun unter bapk@psychiatrie.de (kostenfrei gegen Versandkostenpauschale) bestellt werden.

Eine Homepage www.kipsy.net, u.a. mit einer umfassenden Datenbank (im Aufbau) ist ebenfalls seit Anfang April verfügbar. In dem Bereich tätige regionale Projekte und Selbsthilfeangebote im deutschsprachigen Raum werden dort erfasst und betroffenen Eltern, Kinder und Jugendlichen sowie interessierten Fachleuten ermöglicht, sich zu vernetzen bzw. schnell vor Ort Unterstützung und konkrete Hilfe zu erlangen.

Beate Lisofsky

Weitere Informationen:

Im ApK-Landesverband Berlin e.V., Geschäftsstelle in Wilmersdorf, Mannheimer Str. 32, Tel. 030-86395701, E-Mail: info@apk-berlin.de besteht die Gesprächsgruppe: „Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern“, die am 1. und 3. Donnerstag im Monat um 18.00 Uhr stattfindet.

Ab September 2009 entsteht in Mahrzahn eine zweite Gruppe für „Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern“ unter Leitung des ApK-Vorstandsmitglieds Frau Weißenborn.

Bestelladresse:

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BAPKe.V.)
Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
www.bapk.de; bapk@psychiatrie.de
Tel.: 0228/632646



**Jetzt
bin ICH
dran
(für Kinder
von 8 bis 12
Jahren)**



**It's my turn
(Informa-
tionen für
Jugendliche
ab 12 Jahren)**



**Nicht von
schlechten
Eltern
(Informa-
tionen für
Eltern)**

Essstörung – eine psychische Erkrankung?

Eines der verbreitetsten Gesundheitsprobleme bei Jugendlichen sind Essstörungen.

Bericht von einem Hauptseminar des Psychologen Prof. Jürgen Körner an der FU von Eleonore Fink.

Aus der Fülle des Seminarmaterials hier ein Überblick über Essstörungen:

Nahrungsaufnahme ist mit intensivem Erleben verbunden. Der Säugling hat Kontakt, Dialog, er erlebt eine intensive soziale Beziehung. Das prägt unser Verhältnis zum Essvorgang bis ins hohe Alter! Es ist eine hoch bedeutsame Situation, die aber störungsanfällig ist. Viele seelische Störungen haben eine Störung des Essverhaltens zur Folge.

Essstörungen werden in der Systematik psychischer Störungen zu den Verhaltensstörungen gezählt.

Eine Definition lautet: Essstörungen sind Störungen des Essverhaltens aufgrund innerer Konflikte. Sie sollen innerseelische Konfliktspannungen vermindern und Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen nehmen.

Es werden 3 Formen von Essstörungen unterschieden:

- Anorexie (griech. „ohne Verlangen“) = Magersucht
- Bulimie (griech. „Ochsenhunger“) = Ess-/Brechsucht und
- Adipositas oder Hyperphagie = Übergewicht.

Die Anorexie oder Magersucht

betrifft in ca. 90 % der Fälle Frauen, meistens im Alter von 15 bis 30 Jahren. Betroffen sind ca. 1 % der Bevölkerung. Untergewicht wird gemessen mit dem Body Mass Index BMI als Verhältnis von Gewicht (kg) zur Größe (m)². Ein Beispiel: 50 kg schwer, 1,70 m groß ergibt einen BMI von 17,3. Der Normalwert für erwachsene Europäer liegt zwischen 18,5 und 25 kg/m². Von Untergewicht spricht man, wenn der BMI kleiner als 17,5 ist.

Die Anorexie verläuft oft chronisch und in 20 % der Fälle tödlich! Bei der Anorexie zeigt sich ein dranghaftes Bedürfnis, Gewicht zu verlieren, eine Furcht vor Gewichtszunahme, ein bewusstes Schlankheitsideal. Dabei wird Erbrechen absichtlich herbeigeführt oder es werden Abführmittel eingenommen. Störungen des Körperschemas und Ausbleiben der Regel werden dabei in Kauf genommen.

Die Krankheit ist nicht so leicht zu erkennen. Manche sind stolz darauf und versuchen durch übertriebenes Sporttreiben schlank zu

bleiben, darunter z.B. Langstreckenläuferinnen. Manche kaschieren es und täuschen z.B. beim Wiegen in der Krankenstation. Sie schätzen sich selbst oft dicker ein als sie sind. Sie verlieren das Hungergefühl und geraten in Trance. Sie sind dann nicht mehr erreichbar, z.B. bei 30 kg.

Die Betroffenen haben oft eine asketische Einstellung. Viele Vegetarierinnen sind darunter. Sie haben einen Ekel gegenüber Fett. Sie sind oft intellektuell, glänzend, kreativ, sehr beeindruckend. Sie wollen keine normale Frau sein, sie wollen etwas Besonderes sein.

Bei Magersucht treten oft Hormonstörungen auf, Ausbleiben der Regel, niedriger Blutdruck, Frieren, blaue Flecken, depressive Störungen. Die Betroffenen nehmen Schmerzmittel und Schlafmittel (weniger Alkohol).

Die magersüchtigen jungen Frauen suchen meist nicht von selbst um Hilfe nach wegen ihrer Krankheit, sondern weil z.B. die Mutter sie kritisiert. Die Betroffenen sind oft angepasst und leistungsbereit im Alter von 10 Jahren. Die Konflikte treten in der Pubertät auf. Die Selbstfindung verläuft krisenhaft, vor allem die Beziehung zur Mutter ist meist krisenhaft. Man lehnt oft die Mutter als Ganzes ab. Man trifft die Mutter, indem man ihr das Essen verweigert. Man lehnt die weibliche sexuelle Identität ab. Asketisches Verhalten entlastet von Schuldgefühlen („Versagen von Genuss. Sieg über Bedürfnisse“). Die häufig große Leistungsbereitschaft dient der Selbstbestätigung.

In den 70er Jahren gab es viel Forschung über die Familienhintergründe bei Magersucht. Man ging von der Typologie „dominante Mutter“, „schwacher Vater“ aus. Das wurde dann wieder in Frage gestellt. Doch die Behandlung der ganzen Familie ist wichtig.

Eine zweite Form von Essstörung ist die Bulimie.

Die Bulimie betrifft 1–3 % der Bevölkerung. Auch hier sind vor allem Frauen im Alter von 15–35 Jahren betroffen. Bulimie zeigt sich als episodischer Heißhunger mit Essattacken. Man hat Angst vor Kontrollverlust und reagiert mit Selbstvorwürfen. Wegen der schmerzhaften Magenfülle führt man Erbrechen herbei, auch aus Angst vor Gewichtszunahme. Zuweilen werden auch Abführmittel oder Schilddrüsenpräparate eingenommen. Der Körper reagiert oft mit Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, Zahnerkrankungen.

Warum macht man das? Bulimiestörungen haben eine narzisstische Grundlage: Es liegt

verstärkt Selbstunsicherheit, Verletzlichkeit, Kränkbarkeit vor. Es geht um eine Störung des Selbstwertgefühls, also nicht so sehr um eine Störung der weiblichen Identität wie bei der Anorexie. Die orale Gier ist ein Ausdruck von seelischer Bedürftigkeit und Beziehungssehnsucht. Sie wird oft ausgelöst durch den Verlust stützender Beziehungen.

Es stellt sich die Frage: Geht es eher um fremdaggressives Verhalten (Man hat jemanden zum Fressen gern, man nimmt ihn auf, das erweist sich als schädlich und muss wieder rausgeschmissen werden.) Oder geht es mehr um autoaggressives Verhalten? Antwort: Die Essanfälle sind jedenfalls keine plötzlichen Attacken. Sie werden gezielt durch Einkäufe vorbereitet. Die Einkäufe sind hochkalorisch wie z.B. Schokolade. So kann man sagen: Essanfall und Erbrechen suggerieren einerseits Autonomie (Man beherrscht den eigenen Körper!), sie sind aber auch autoaggressiv, selbstschädigend und rufen Schuldgefühle hervor.

Die Störung ist günstiger zu behandeln als Anorexie.

Eine dritte Essstörung ist Adipositas (Hyperphagie).

Diese Störung betrifft beide Geschlechter und alle Altersstufen. Betroffen sind ca. 1,5 % der Bevölkerung. Man spricht von Übergewicht ab einem BMI, der größer ist als 30. Die Krankheit verläuft oft chronisch.

Adipositas wird definiert als suchtarartige, übermäßige Nahrungsaufnahme aufgrund neurotischer Entwicklung. Es werden keine gewichtsreduzierenden Gegenmaßnahmen getroffen. Man wird getrieben von innerer Unruhe, Betriebsamkeit, schlechter Stimmung, Antriebsarmut und Quengeligkeit. Im sozialen Bereich zeigt sich ein übersteigertes Kontaktbedürfnis oder das Gegenteil: Kontaktscheu.

Adipositas führt häufig zu Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Bindegewebsschwäche, Diabetes.

Ursache der Krankheit ist oft eine Störung der realistischen Selbsteinschätzung. In der Kindheit lag oft Verwöhnung vor, Förderung von Bequemlichkeit und Unselbstständigkeit. So kommt es zur Entwicklung von Versorgungswünschen, unrealistischen Erwartungen, Fehleinschätzungen der eigenen Person. Essen wird eine Form von Selbsttröstung als Ersatz für Liebe und Bestätigung.

Soweit der Überblick über die drei Formen von Essstörungen und ihre möglichen Ursachen.

Zum Schluss bleibt die Frage an die Wissenschaft: Warum werden Essstörungen in der Wissenschaft nicht als „Sucht“ geführt wie z.B. stoffgebundene Sucht (Drogen, Nikotin, Alkohol) oder nichtstoffgebundene Sucht wie Kaufsucht, Spielsucht, Sammelsucht („messies“), Arbeitssucht etc.?

Antwort: Bei Essstörungen ist man einerseits nicht von einem „Stoff“ abhängig und andererseits entstehen keine negativen Entzugerscheinungen. Doch es wird diskutiert, ob man Essstörungen trotzdem zur „Sucht“ dazu rechnen sollte.

Diese alarmierenden, wissenschaftlichen Erkenntnisse des Problems „Essstörungen“ finden in der Öffentlichkeit noch viel zu selten Resonanz! Die „Berliner Morgenpost“ berichtete aber von einer Studie der Universität Jena, nach der fast jede vierte Zwölfjährige Symptome einer Essstörung zeige. „Die Mädchen stehen unter einer Diktatur des Body-Mass-Index durch Heidi-Klum-Shows und Bravo-Vorbilder“, sagte Uwe Berger vom Institut für medizinische Psychologie, der in Erfurt ein Schulprojekt zur Prävention von Magersucht vorstellte. Das auf neun Unterrichtsstunden angelegte Projekt bietet den Mädchen ein Forum, sich kreativ mit dem Thema „Essstörung und Schönheit“ zu beschäftigen. (18.2.06)

In den USA sieht man Fettleibigkeit inzwischen als Nationales Sicherheitsrisiko an. Admiral Richard Carmona, Direktor der Mediziner-Einsatzgruppe der US-Gesundheitsbehörde, sagte in einem Vortrag an der Universität von South Carolina: „Fettleibigkeit ist der Terror im Innern“. Heute sind 2 von 3 Amerikanern übergewichtig, jeder dritte ist fettleibig. Jedes 6. Kind ist übergewichtig. Diabetes, Krebs oder Bluthochdruck sind häufige Folgen. Der US-Admiral sorgte sich um den Umfang des militärischen Nachwuchses. Und das Problem ist auch teuer. Die USA geben jährlich 120 Milliarden Dollar für Bekämpfung und Folgeschäden der Fettleibigkeit aus, 50 Milliarden wären vermeidbar. (Bericht der „Berliner Morgenpost“ vom 3.3.2006)

In der Bundesrepublik gibt es Kliniken, die sich auf Magersucht spezialisiert haben z.B. eine berühmte Klinik in Bad Bramstedt. Auskunft zu dem ganzen Thema gibt es im Internet: www.bzga-essstoerungen.de. Das ist ein umfangreiches Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. **Telefonberatung** gibt es dort unter: 0221 892031.

Geglückte Erinnerung

Der Weg zu Demenzkranken führt über das Ernstnehmen von Wahnvorstellungen

Susanne Reinhard-Karlmann

Menschen, die an Demenz erkrankt sind, scheinen sich aus ihrer Umwelt zu entfernen. Nicht selten haben Angehörige und Nachbarn das Gefühl, im Umgang mit ihnen überfordert zu sein. Susanne Reinhard-Karlmann, Theologin, Krankenschwester, Altenpflegerin und gegenwärtig freie Journalistin in Berlin, weist einen Weg, die Kommunikation mit den Erkrankten nicht abbrechen zu lassen.

Alwine K., geb. C, geboren am 2. September 1918 in Löwenberg, wohnhaft bei der Tochter in der Herderstraße.“ So steht es in der Karteikarte der Diakoniestation. Bis vor fünf Jahren hatte die Witwe allein gelebt, sich um alles, was so anfiel, selbst gekümmert, bis da eines Tages das Telefon bei der Tochter klingelte. Die Nachbarin von Frau K. war am Apparat: „Sie müssen sich unbedingt um Ihre Mutter kümmern. Sie verhält sich so merkwürdig. Heute morgen kam sie ganz aufgeregt zu mir rüber: ‚Kommen Sie, kommen Sie ganz schnell in meine Wohnung, da ist ein Mann, ein ganz großer Mann‘, hat sie gesagt. Ich bin gleich ‚rüber gegangen, aber da war überhaupt nichts. Gestern hat sie unsere Mitbewohnerin aus der 1. Etage beschimpft: ‚Sie! Sie nehmen mir alles weg. Wenn ich nicht da bin, gehen Sie einfach in meine Wohnung‘, hat sie gesagt Sie wollte sich gar nicht beruhigen lassen. Sie müssen sich unbedingt darum kümmern. Wir werden damit nicht mehr fertig.““

Erfundene Personen dienen Dementen als Projektionsfiguren für ihre Aggressionen.

Die Tochter wurde aktiv und nahm schließlich die Diakoniestation in Anspruch, Schwester Gerda betreut Alwine K. seither.

Diese ist eine von drei Geschichten, die Angehörige von Demenzkranken erzählen, die in der EKD-Broschüre „Herausforderung Demenz“ veröffentlicht sind. Jede zeigt einen anderen Aspekt dieser Krankheit und ihre Auswirkungen auf die Familien und die Umgebung der Erkrankten.

Die Geschichte von Alwine K. zeigt klassische Symptome von Demenz, Altersverwirr-

heit: Ereignisse werden erfunden oder falsch gedeutet. Alwine K. mag die Nachbarin aus der ersten Etage durchaus an diesem Tag getroffen haben. Nur wird diese nicht Alwine K.s Wohnung betreten und sie bestohlen haben. In Deutschland leben etwa 2 Millionen Menschen, die an Demenz erkrankt sind und in ihrer eigenen Welt leben. Demenz (lateinisch: Wahnsinn, geistiger Zerfall) ist der Oberbegriff für Hirnleistungsstörungen unterschiedlicher Art und Ursache. Sie ist eine Erkrankung des höheren und hohen Lebensalters, ihr Beginn oft nicht eindeutig erkennbar und anfangs der Depression ähnlich. Gemeinsam sind ihnen die vielfältigen Symptome: Vergesslichkeit, intellektuelle Fehlleistungen wie das Verkennen von Situationen und Personen, Desorientierung (räumlich, zeitlich, in Bezug auf die eigene Person). Je nach Ursache werden organisch und nicht-organisch bedingte Formen unterschieden: Die Alzheimer-Demenz ist die bekannteste der organisch bedingten. Diese Diagnose des Hirnabbaus und -Zerfalls kann mit der Computer- oder Kernspin-Tomographie gestellt werden. Diese Demenz ist nicht reversibel, das heißt, sie bildet sich nicht zurück, sondern schreitet voran.

Anders ist es mit den nicht organisch bedingten Formen: Sie sind medizinisch nicht nachweisbar, sie haben unbewusst funktionalen Charakter, sind beeinflussbar, in gewissem Maße reversibel. Es gibt zwei Ursachen für diese Formen der Demenz:

Es handelt sich um eine Reaktion auf die Wahrnehmung körperlicher und sozialer Einschränkungen und Verluste, zum Beispiel nachlassendes Seh- und Hörvermögen, unsicherer Gang, Inkontinenz (unkontrollierter Abgang von Urin und Stuhl). Die Betroffenen nehmen diese Verluste und Einschränkungen wahr und leiden sehr darunter. Sie empfinden Scham und wollen diese Defizite vertuschen. Das kann mitunter skurrile Formen annehmen: Jemand schafft es morgens beim Aufstehen nicht, rechtzeitig zur Toilette zu kommen, und der Urin geht ins Bett. „Das war die Katze“ oder „es hat reingeregnet“ – das ist seine Realität. Er lügt nicht – in seinem Selbstverständnis! Er ist für die Realität der andern aber auch nicht zugänglich und rational nicht ansprechbar.



Foto: Werner Krüper
Wer demente Menschen erreichen will, muss das, was sie sagen, ernst nehmen.

Die Zeit bleibt stehen

Soziale Verluste entstehen durch den Tod von nahe stehenden Menschen die einem Halt gegeben haben – oder auch schon dann, wenn Aufgaben nicht mehr vorhanden oder möglich sind, die Lebensinhalt waren. Auch wird die sich verändernde Alltagswelt für die Erkrankten immer ungemütlicher (der Erwerb eines gültigen Busfahrerscheins kann zum Fiasco werden), sie finden sich nicht mehr zurecht, fühlen sich dem Leben nicht mehr gewachsen. Sie ziehen sich in sich zurück. Sie suchen und finden Sicherheit und Vertrautes schließlich dort, wo sie gebraucht wurden, eine Aufgabe hatten, wo sie gesund und dem Leben gewachsen waren – in ihrer Vergangenheit. Die Zeit ist stehen geblieben. Nach außen hin werden sie immer sprachloser, verschlossener, unzugänglicher:

„Alte Menschen spüren, wenn sie sterben“, sagt der Volksmund. Genau das hat Naomi Feil, deutsch-amerikanische Gerontologin (Altenforscherin), in ihrer langjährigen Forschung und Praxis herausgefunden: Weil alte Menschen spüren, dass ihre Lebenszeit überschaubar geworden ist, müssen sie aufräumen mit ihrem Leben, damit sie in Frieden gehen können. Gestört ist der persönliche Frieden durch Gefühle wie Wut, Trauer, Hass, Rache, Schuld, die in frühen Jahren entstanden sind, runtergeschluckt und über Jahrzehnte aufgestaut wurden. Die müssen jetzt ‘raus, weil sie immer

mehr schmerzen, ob es nun um erlittenes Unrecht oder um eigene Schuld geht. „Mit diesen Schmerzen kann niemand sterben“, fasst Feil ihre Erkenntnisse zusammen.

Die Betroffenen suchen die Situationen in ihrem Leben auf, in denen diese schmerzhaften Gefühle entstanden sind. Angehörige, Pflegende und Nachbarn müssen wissen, dass es nicht um die rationale Klärung einer Situation geht, sondern um die emotionale Auflösung der damit verbundenen Schmerzen. Ob und wann irgendjemand Alwine K. bestohlen hat, muss nicht geklärt werden. Das auslösende Ereignis selbst geht auch niemanden etwas an. Einzig wichtig ist, dass sie jetzt ihre Empörung und sonstige schmerzende Emotionen loswerden kann.

Eines ist den unterschiedlichen Formen der Demenz gemeinsam: Die Betroffenen sind rational nicht erreichbar. Erklärungen – wie: „Du hast doch gar keine Katze, die dir ins Bett machen könnte“ – oder Argumente – „Du warst doch die ganze Zeit zu Hause, sie hätte dich doch gar nicht bestehlen können“ – sind überflüssig, sinnlos und verletzend. Die Betroffenen sind ausschließlich emotional zugänglich.

Diesen emotionalen Zugang hat Naomi Feil gefunden: Validation, das heißt Wertschätzung. Der Mensch selber wird wertgeschätzt, in und mit seiner Verwirrtheit. Validation ist in erster Linie ein Kommunikationsverfahren, das auf der Grundhaltung des Wohlwollens, der Empathie den Erkrankten gegenüber basiert und funktioniert: „Man muss in ihre Schuhe steigen und in ihren Schuhen durch ihr Leben gehen. Dann sieht man mit ihren Augen ihre Realität.“ Dies ist nach Feil der Schlüssel für gelingende Kommunikation. Der Betroffene wird reden, weil er die Achtung spürt und so Vertrauen fasst. Und der andere wird zuhören. Nicht diskutieren, nicht korrigieren, nicht beurteilen und nicht verurteilen – weder sachlich noch moralisch –, einfach zuhören.

Wer in die Schuhe von Alwine K. steigt, durch ihr Leben geht und mit ihren Augen ihr Leben sieht, wird emotional mit ihr kommunizieren. Der wird sich mit ihr empören über die Diebstähle in der Wohnung und wird sich über den großen Mann in der Wohnung ärgern.



Foto: Werner Krüper
„Altersverwirrte Menschen sind vom Leben selbst verwirrt.“

Wichtig ist zu wissen: Reale Personen wie die Nachbarin und erfundene Personen wie der große Mann sind Projektionsfiguren. Die Nachbarin ist als Person austauschbar, sie wird auch nicht persönlich des Diebstahls bezichtigt. Sie passt aber gerade in die aktuelle Situation von Alwine K., als deren Gegenüber und Ziel für die Wut und Empörung. Sie wird gerade gebraucht, zur Auflösung emotionaler Schmerzen.

Mit dieser Einsicht in die Zusammenhänge und Hintergründe verliert die Demenzerkrankung (egal ob organisch oder nichtorganisch bedingt) ihren Katastrophencharakter. Sie ist in gewissem Maße überschaubar geworden, weil Angehörige, Pflegende und Nachbarn der Krankheit nicht mehr hilflos ausgeliefert sind, sondern wissen: Die Anschuldigung hat nichts mit mir persönlich zu tun, sondern mit dem Erkrankten. Und es gibt Möglichkeiten, mit dem Kranken zu kommunizieren: Wenn Alwine K. vor Schwester Gerda den Vorwurf erhebt, die Nachbarin habe sie bestohlen, kann Schwester Gerda in die Schuhe von Alwine K steigen, die Situation erleben, sich auf Alwine K.'s Seite stellen und zuhören.

Nicht korrigieren, nicht beurteilen und nicht verurteilen – einfach zuhören

Sie kann auch fragen: „Sie sind bestohlen worden? Das ist aber gemein! Was wurde gestohlen? Wie ist sie denn in die Wohnung

gekommen? Das, was Ihnen gestohlen wurde, war doch so besonders schön. das hat Ihnen doch immer so viel Freude gemacht!

Erzählen Sie doch mal: Wann und wo haben Sie es denn gekauft? Wer hat es ihnen geschenkt? Wann? Zu welchem Anlass? Wie war das Wetter an dem Tag, als Sie es bekamen? Wonach hat die Luft geduftet? Was hatten Sie an? Wie ging der Tag weiter, nachdem Sie das Geschenk bekommen, es sich gekauft hatten?“

Herausgelockte Wut

Mit den ersten Fragen kann zunächst die Wut herausgelockt werden, dann können sinnlich die Erinnerungen angesprochen und eine glückliche Stimmung erzeugt werden. Der „gestohlene“ Gegenstand kommt so zurück. Alwine K. ist Gerechtigkeit widerfahren.

Was aber, wenn die real unschuldige Nachbarin selber attackiert wird?

Wenn sie in Alwine K's Schuhe steigt, wird sie zugeben, dass ihr der gestohlene Gegenstand so gut gefallen hat, dass sie ihn auch mal haben wollte. Er sei doch so schön, sie wollte ihn auch mal in die Hand nehmen und in aller Ruhe ansehen – dann hätte sie es aber wieder zurück gebracht, ganz bestimmt. Stehlen sei wirklich nicht ihre Sache!

Dann könnte die Nachbarin die Schönheit dieses Gegenstandes beschreiben und so die gemeinsame Freude darüber in Worte fassen, bis Alwine K. befriedet ist.

Auch bei der Demenz-Erkrankung als Reaktion auf körperliche Defizite lässt sich Validation erfolgreich anwenden: Jene Katze könnte beschreibend thematisiert werden, oder Maßnahmen, damit die Katze das nicht wieder macht. Wenn die Betroffenen merken, dass sie mit ihren Einschränkungen angesehen und wertgeachtet sind und ihre Würde bewahrt wird, ist ihr Leben an dem Punkt befriedet.

Die Gerontologin Naomi Feil kommt zu folgendem Schluss: Altersverwirrte Menschen „sind vom Leben selbst verwirrt“. Je mehr aber das Leben aufgeräumt wird, desto friedlicher,

freundlicher, ja sogar lebensoffener wird ein Demenzkranker. Die nichtorganisch bedingte Demenz kann sich gar zurückbilden, weil der Rückzug in die Vergangenheit in bestimmten Situationen nicht mehr nötig ist.

Doch auch wenn die Alzheimer-Demenz sich nicht zurückbildet, weil das Gehirn allmählich zerstört wird, sind die Erkrankten emotional ansprechbar: Ihnen kann verbal und nonverbal Vertrauen, Zuneigung, Wertschätzung entgegen gebracht werden. „Validation ist mehr als Gesprächsführung“, resümiert Feil, „sie ist ein Menschenbild, ein zutiefst menschliches.“

Eine besondere Chance können hier Christen nutzen: Sehr viele der heute an Demenz Erkrankten sind im Glauben an Jesus Christus groß geworden, und dort finden sie Vertrautes und Frieden in die-sem und für jenes Leben, so wie Alwine K Schwester Gerda überreicht Alwine K. zum Geburtstag eine Karte mit einem Bibelvers: „Befiehl dem Herrn deine Wege und hoffe auf ihn, er wird's wohl machen.“ „Das sagt Mutter immer“, strahlt Alwine K., „das kann man singen“, und sie beginnt zu singen.

Aber auch liturgische Handlungen gehören hierher: Das Falten der Hände des Erkrankten, sofern er es nicht selber kann, Gebete, das Glaubensbekenntnis, die Tauf-Erinnerung, Absolution (auch in der evangelischen Kirche), das Spenden des Segens. Erst recht sollte das Abendmahl mit an Demenz Erkrankten gefeiert werden: Hier spüren und begreifen sie, dass sie von Gott geliebt und bei ihm geborgen sind. Das Singen von Liedern kann bei jeder Gelegenheit Entspannung, ja sogar einen Funken Lebensfreude schenken – allen Beteiligten.

Demenz ist eine schwere Krankheit, die in großem Umfang auch in das Leben von Angehörigen, Nachbarn und so fort eingreift. Aber sie verliert ihren Katastrophencharakter, wenn man um die Zusammenhänge und Hintergründe weiß und einen Zugang zu denen findet, die vom Leben selbst verwirrt sind. Ein gemeinsames Leben in Achtung und Nächstenliebe zwischen an Demenz Erkrankten und Nichterkrankten ist möglich.

Herausforderung Demenz.

Broschüre.

Mit Erklärungen zur Demenz-Erkrankung, Hinweisen für ein Gemeindeleben mit den Erkrankten und Tipps für Hilfsangebote für pflegende Angehörige.

Zu beziehen über das Kirchenamt der EKD, Herrenhäuser Str. 12, 30419 Hannover. Tel. (05 11) 27 96-441, E-Mail: eafa@ckd.de

„Quelle: Zeitzeichen. Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft 2/2004“.

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

NEU: info@apk-berlin.de



Buchbesprechung

Therapie der Psychosen



ISBN 978-3-88414-435-0

Anlässlich eines Berliner überregionalen Symposiums für Psychosenpsychotherapie in der Charité Campus Mitte hielt im Mai 2009 Prof. Johan Cullberg, ein sehr erfahrener Psychiater aus Stockholm, einen Vortrag über „Die psychotische Krise und Möglichkeiten zur Genesung“. Zu diesem Thema wurde sein Buch: „Therapie der Psychosen“, vorgestellt.

In seinem Buch spricht Cullberg über den interdisziplinären Ansatz bei der Behandlung von Psychosen. Dabei sind drei Komponenten wichtig: die psychologischen und die sozialen Lebensumstände und der physiologische Zustand des Gehirns.

Im Vorwort betont der Autor, dass der Psychiater sowohl eine humanistische, als auch eine biologische Perspektive einzunehmen hat, wenn er psychotische Zustände verstehen will und mit Betroffenen arbeiten will. Der Therapeut soll eine Hoffnung in sich tragen, die Hoffnung auf Besserung vermitteln, aber dabei nicht die Realität verleugnen.

Im ersten Teil „Die psychotische Krise und die schizophrene Behinderung“ stellt Cullberg die Erkenntnisse über die Psychosen vor. Eine frühzeitige Behandlung ist wichtig, um die prodromalen Symptome so kurz wie möglich zu halten und so die psychischen und sozialen Schäden gering zu halten. Die Prodromalphase ist die Phase, die vor der akuten Psychose liegt. In dieser Phase vermindert sich die Konzentra-

tions- und Leistungsfähigkeit, der Mensch zieht sich zurück. Durch Stress oder ein belastendes Ereignis kann die Prodromalphase in eine Psychose führen. Cullberg berichtet über eine von ihm geleitete schwedische Studie mit Ersterkrankten, das „Fallschirmprojekt“. Mit dem Fallschirmprojekt wird nachgewiesen, dass mit Hilfe von frühzeitiger Behandlung, von Psychotherapie, der Einbeziehung der Familie, einer mehrere Jahre dauernden, kontinuierlichen Betreuung durch Professionelle und Sozialarbeiter in häuslicher Umgebung und der anfänglichen Vermeidung und dann im Behandlungsverlauf möglichst niedriger Dosierung von Neuroleptika, die Ersterkrankten in Schweden erfolgreich und kostengünstiger behandelt werden konnten. Eine Behandlungsmethode reicht nicht aus, mehrere verschiedenen Methoden sollten sich ergänzen. Zusammen mit einem kenntnisreichen Therapeuten soll der Patient seine Probleme selbst formulieren, um sein Denken und Ausdrucksvermögen zu mobilisieren, die Fähigkeiten, die durch den psychotischen Mechanismus gestört sind.

Im zweite Teil „Die Genesung unterstützen“ führt uns Cullberg durch die Geschichte der Arten der Psychosebehandlung. Er sagt, dass jede Psychose ein Heilungspotential in sich trägt, in jedem Patienten sind Selbstgenesungskräfte vorhanden. Eine Voraussetzung dafür ist ein gutes Vertrauen des Erkrankten zum Therapeuten. Die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die an die Bedürfnisse des Patienten angepasst sein muss, ist der entscheidende Faktor für die evidenzbasierte Behandlung, nicht die Wirkung der Psychopharmaka. Antipsychotika sollten so niedrig wie möglich dosiert werden, stattdessen soll die Genesung schizophrener Patienten mit intensiver Psychotherapie gefördert werden. Der Autor stellt die verschiedenen Arten der psychologischen Behandlungen vor.

Auch für Deutschland wäre eine integrative Psychose-therapie nach dem skandinavischen Versorgungskonzept erstrebenswert, die alle ärztlichen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfearten mit mobilen Teams aus einer Hand anbietet und die Pharmakotherapie als ergänzende Behandlung einstuft.

Das Buch von Johan Cullberg ist in seiner verständlichen Darstellung auch für uns Angehörige gut zu lesen und beeindruckt durch Cullbergs philosophische, humanistische und wissenschaftliche Sicht auf die psychotische Erkrankung und seine Hoffnung auf Genesung.

Dagmar Hasse

Aus der Betroffenenarbeit

Eine Buchbesprechung

Dagmar Hasse



Wo die Seelen tanken gehen

Peter Mansdorff

www.shift-selbstverlag.de

Der Autor Peter Mansdorff stellt uns mit diesem kleinen Buch einen sehr anschaulichen und lebendigen Wegweiser durch die Berliner Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) für seelisch belastete Menschen vor. Er beschreibt auf 116 Seiten 21 von den 28 KBSsen für seelisch beeinträchtigte Menschen. Es ist das Ziel der KBSsen, Patienten, die aus der Klinik entlassen wurden, eine Hilfe und Orientierung für ihre Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung zu geben. Sie wollen Geborgenheit, Freude am Leben und Kontaktmöglichkeiten vermitteln. Wie wichtig dieses Ziel ist, zeigt uns das folgende Zitat aus diesem Buch: „...hat denn sonst die lange Klinikbehandlung einen Sinn gehabt, wenn nach der Entlassung der Nährboden für einen Rückfall durch Einsamkeit und Isolation vor sich hinkeimt?“ Der Schutz vor Einsamkeit in der KBS in einer wohlwollenden Atmosphäre und mit der Wertschätzung des Einzelnen gibt Stabilität und positive Kraft. So sagt ein KBS-Besucher: „Ich habe das Leben schätzen gelernt, kurz, meine positive Lebenseinstellung beruht auf der Freude am Leben.“

Das Angebot in den KBSsen ist sehr vielfältig, Themenabende mit geladenen Professionellen, Gesprächsgruppen, kreative Gruppen wie Malen, Musizieren, Töpfern werden angeboten. In einer KBS findet einmal im Monat eine Tanzveranstaltung statt, die sich großer Beliebtheit erfreut. Eine andere KBS besitzt einen wunderschönen Garten, eine grüne Oase, die zum erholsamen Verweilen einlädt. Man kann auch an Theatergruppen, Gesangs- und Chorgruppen und Sportgruppen mit Volleyball oder Tischtennis teilnehmen. Weitere Angebote sind Wanderungen und Fahrten ins Umland und zu bekannten Städten. In einer KBS werden Sprachkurse von Ehrenamtlichen angeboten

oder man kann in Schreibgruppen sein literarisches Talent entdecken und über vorgegebene Themen schreiben. Das „Ich“ wird gestärkt und Eigeninitiative gefördert. So bietet der Besuch der KBS eine nicht zu unterschätzende Starthilfe in den „normalen“ Alltag nach der Krankenhausentlassung. Auch als ein Ort der Geborgenheit ist die KBS nicht zu unterschätzen, bei einer Tasse Tee oder Kaffee kann man mit Bekannten plaudern, hier kann man den Tag harmonisch ausklingen lassen, hier ist man geerdet, verraten einige Besucher.

In einer KBS treffen sich Erkrankte und Normale, mit dem Ziel, der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Das Selbstbewusstsein wird gestärkt. Leider ist die Stigmatisierung psychisch Kranker noch immer eine Tatsache, viele werden ausgegrenzt, so sagt ein KBS-Besucher: „Meine Heimat ist die KBS... Freunde darüber hinaus habe ich nicht. Eine KBS ist eine Begegnungsstätte, eine KBS ist wie ein Hafen.“

Dieses spannende und unterhaltsame Buch von Peter Mansdorff ist zu empfehlen für alle, für Betroffene, Angehörige und Professionelle. Die Verantwortlichen, die über Subventionen zu bestimmen haben, sollten beim Lesen dieses Wegweisers überlegen, wie wichtig die KBSsen sind, verdeutlicht mit dem Zitat: „Wenn die KBS tatsächlich Krisen auffängt, sei solch eine Einrichtung doch volkswirtschaftlicher als ein teurerer Klinikaufenthalt, wo das Bett pro Tag bis zu 300 Euro kostet.“

Wie der Autor schreibt, ist eine KBS eine Oase, ein Zufluchtsort in der Wüste Berlin, ein Ort, an dem so tief sinnige Gedichte entstehen können, wie dieses von Michéle:

Manchmal steckst du voller Energie,
aber manchmal fühlst du dich leer.
Du siehst keinen Ausweg mehr,
hast keine Hoffnung,
hast keine Kraft mehr zum Leben.
Du willst die Zeit aufhalten.
Das Leben geht weiter,
aber du denkst, es geht an dir vorbei.
Du bist so unendlich traurig,
aber du kannst nicht mehr weinen.
Du willst nur noch vergessen,
doch Gedanken quälen dich sehr.
Du atmest ein und aus,
aber du hasst Dein Leben.
Du vergisst alles um dich herum
und bist nur noch Schmerz.
Und das alles nur,
weil du liebst
und geliebt werden willst!

Brief einer Angehörigen



Liebe Mitglieder,

einigen von Ihnen bin ich sicher bekannt, aus meiner Haupt- und ehrenamtlichen Tätigkeit hier im Landesverband. Trotzdem möchte ich mich gerne noch einmal vorstellen. Ich heiße Evelyn Benckert, von Beruf bin ich Sozialpädagogin und mein Sohn Felix hatte mich vor einigen Jahren, bedingt durch seine psychische Erkrankung, zu der Auseinandersetzung mit diesem Themenkreis gebracht. Dieses Thema, das wissen Sie und ich, beschäftigt uns alle – ob wir das wollen oder nicht! Bald hatte ich meinen persönlichen sowie meinen beruflichen Schwerpunkt in dem Bereich der Beratung gefunden. Seit 2004 leite ich eine Angehörigengruppe im Nachbarschaftsheim Mittelhof in Zehlendorf und biete in Kooperation mit der Charité Mitte und dem Auguste-Viktoria-Klinikum für den Landesverband Angehörige psychisch Kranker dort Beratung an.

Im Sommer 2007 hat mein Sohn Felix seinem Leben durch Suizid ein Ende gesetzt. Nun musste ich mich wieder auf eine neue, sehr ungewollte, Auseinandersetzung einlassen – dem Tod. Das war und ist es noch, die bisher schwerste Herausforderung, die mir das Leben geboten hat. Es gab Zeiten, da wollte ich auch nicht mehr...., es machte nichts mehr einen Sinn! Mein Glaube an eine höhere Macht und auch die tatkräftige unterstützende Begleitung wunderbarer Freunde, haben mich wieder Mut

und Hoffnung schöpfen lassen und mir geholfen, die dunklen Stunden durchzustehen. Als Frau Crämer mit der Bitte an mich heran trat, einen kleinen Vortrag im Rahmen der Tagung für Suizidprävention und Prophylaxe im September 2009 zu übernehmen, bat ich erst einmal um Bedenkzeit. Und stimmte zu! Suizid ist und bleibt ein Tabuthema! Ich möchte ein kleines Stück dazu beitragen, für den oft hilflosen Umgang mit Suizid und den davon traumatisierten, schwer betroffenen Angehörigen Wege zu finden, damit umzugehen. Und die Suizidrate ist auch bei uns in Deutschland immens hoch – zu hoch, um dieses ungeliebte Thema zu verdrängen! Es kann jedem zu jeder Zeit widerfahren – ich weiß, wovon ich spreche! Und so bitte ich Sie herzlich, die Veranstaltung zu besuchen um Ihre persönlichen Erfahrungen einzubringen. So können wir gemeinsam an entstehenden Konzepten konstruktiver Prävention mitwirken! Denn da liegt noch einiges im argen, oder?

Mein Sohn wollte auch nur leben! Dazu sein kleines Gedicht!

Sein Freund Daniel hat in seinen Worten an ihn gedacht!

Einen Tag mit „Schutzumschlag“, das wünsche ich auch Ihnen!

Evelyn Benckert

Für Felix

Nun bist Du nicht mehr da
Bist eingetaucht ins Nirwana
Bist für immer fortgegangen
Und Deine Seele ist jetzt frei

Hab' Dich am Ende ignoriert
Konnte Dich nicht mehr verstehen
Konnte Dein Leid nicht sehen
Hab Dich ehrlich gern gehabt

Du warst ein Freund für mich
Ein echter Kumpel eben
Du bist jetzt ewig fort
Fort, an einem anderen Ort

Du bist jetzt im „Nirgendwo“
Bist eingetaucht ins Unendliche
Du bist als Freund gegangen
Ich habe so an Dir gehangen

Du hast Deinen Weg gewählt
Du hast Dich frei entschieden
Ich hoffe es geht Dir jetzt gut
Ich werde Dich wiedersehen

Daniel Dietze / 06.08.2007

Schutzumschlag

*...niemand ist böse und
niemand leidet,
niemand der sich heute
beklagt,
niemand ist böse,
weil niemand streiten mag,
an diesem schönen Tag,
wenn ich es euch doch sag -
den Tag, den jeder mag,
den Tag mit
Schutzumschlag!*

© by E. Benckert, 2007



Die psychiatrische Versorgung in Berlin

Lebenskrise – Trauma – Depression – Unterschiedliche Ansätze im Umgang mit Suizidalität

36. bundesweite Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)

Veranstalter:

neuhland e.V., Berlin in Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Reinickendorf von Berlin und der psychiatrischen Abteilung des Vivantes Humboldt-Klinikum.

Zeit und Ort:

25.9. bis 27.9.2009 in Berlin.

Veranstaltungsort:

Bezirksamt Berlin-Reinickendorf und Vivantes Humboldt Klinikum.

Informationen zur Tagung:

Es werden in Vorträgen und Arbeitsgruppen unterschiedliche Sichtweisen und Handlungs-

modelle von Hilfen für Suizidgefährdete dargestellt und erörtert. Im Fokus stehen die Themenfelder: Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, Suizidalität im Alter, Trauma und Suizidalität, Depression und Suizidalität sowie Suizidalität im Bereich der MigrantInnen. Ziel ist es, die Verständigung zwischen den Bereichen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Angehörigen-Initiativen zu fördern, um die weiterhin hohe Zahl von annähernd 10.000 Suiziden in Deutschland und ca. 1300 in Österreich jährlich weiter zu reduzieren.

Weitere Informationen

finden Sie unter www.suizidprophylaxe.de sowie unter www.neuhland.de.

Anmeldung und Anforderung des Tagungsprogramms unter:

dgs2009@neuhland.net



Neuregelung

PflegegeldEinstufung auch für psychisch Kranke. Die neue Pflegestufe Null.

Versicherte können jetzt auch unterhalb der Pflegestufe 1 Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Hierfür werden bei allgemeinem Betreuungsbedarf 100 Euro monatlich, bei höherem allgemeinem Betreuungsbedarf 200 Euro im Monat erstattet. Die Krankenkassenverbände haben inzwischen Richtlinien zur Festlegung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs erarbeitet. Diese berücksichtigen, dass u.a. Kranke einen Betreuungsbedarf haben, der bei der allgemeinen Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und der Eingruppierung in die drei Pflegestufen keine Berücksichtigung findet.

Bei der Begutachtung werden 13 Kriterien aus dem kognitiven und emotionalen Bereich geprüft. Diese werden erfüllt, weil der /die Versicherte

1. unkontrolliert den Wohnbereich verlässt,
2. gefährdende Situationen herbeiführt oder nicht erkennt,
3. unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder Substanzen umgeht,
4. sich in Verkennung der Situation tätlich oder verbal aggressiv verhält,
5. in speziellen Situationen inadäquates Verhalten zeigt,
6. unfähig ist, die eigenen körperlichen oder seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,
7. aufgrund einer therapieresistenten Depression oder Angststörung unfähig ist, sich kooperativ zu zeigen und therapeutische oder schützende Maßnahmen anzunehmen,
8. aufgrund seiner/ihrer Störung der höheren Hirnfunktion und seines/ihres herabgesetzten Urteilsvermögens, Probleme bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen hat,
9. einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus hat, d.h., nachts aktiv ist,
10. unfähig ist, den Tagesablauf eigenständig zu planen und zu strukturieren,
11. Alltagssituationen erkennt und entsprechend unangemessen reagiert,
12. sich aufgrund einer stark wechselhaften Gefühlslage emotional unkontrolliert verhält,
13. überwiegend niedergeschlagen, verzagt, hilflos und hoffnungslos ist.

(Quelle: Die Schwalbe, Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker, Nr. 28/2008)

Gesprächsleistungen gesondert honoriert

Kollaps bei ambulanter psychiatrischer Versorgung verhindert

Mitte April 2009 haben sich der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf die gesonderte Honorierung von Gesprächsleistungen in der Psychiatrie geeinigt.

Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte ((BVDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) begrüßen die Ausgliederung von psychiatrischen Gesprächsleistungen aus dem Regelleistungsvolumen (RLV).

„Durch die neue Regelung ist es gelungen, den befürchteten Kollaps bei der ambulanten, wohnortnahen Versorgung psychisch erkrankter Patienten zu verhindern“, erklärt BVDN-Vorsitzender Frank Bergmann. Diagnostik und Therapie könnten bei psychiatrischen Erkrankungen nicht in einer Pauschale abgebildet werden. So seien fast immer mehrere, der Schwere der Erkrankung angepasste Untersuchungs- und Behandlungstermine pro Quartal erforderlich.

„Das Gespräch mit dem Patienten ist unser einziges Werkzeug und in der Regel enorm zeitintensiv. Dies ist mit einer Pauschale von 30 bis 50 Euro – wie es die seit dem Januar 2009 geltende Regelung vorschreibt – abzugelten, hätte das ‚Aus für die wohnortnahe psychiatrische Versorgung und viele psychiatrische Praxen bedeutet‘, so Bergmann.

Allerdings würden auch mit der neuen Vereinbarung psychiatrische Gesprächsleistungen auf einem nach wie vor sehr niedrigen Niveau vergütet. „Hier muss noch nachgebessert werden“, fordert der BVDN-Vorsitzende.

www.aerzteblatt.de



Veranstaltungen

- 02. September 2009**
19.00–20.30 Uhr
Gemeinsame Veranstaltung von
Schlosspark-Klinik und ApK - Landesverband Berlin e.V.
Autorenlesung des Ehepaars Beitler:
„Zusammen wachsen, Partnerschaft und Familie“
- 25.–27. September 2009**
Lebenskrise – Trauma – Depression-
Unterschiedliche Ansätze im Umgang mit Suizidalität
Bezirksamt Berlin-Reinickendorf
und Humboldt Klinikum
s. Artikel in dieser Info
- 06., 08., 10. Oktober 2009**
ab 10.00 Uhr
Tag der offenen Tür in den Räumen des Apk,
anlässlich der Woche der seelischen Gesundheit
- 09. Oktober 2009**
Jubiläumsveranstaltung:
„20 Jahre Berliner Landesverband e.V.
der Angehörigen psychisch Kranker“.
s. Programm in dieser Info
- 28. Oktober 2009**
Theiß Urbahn
Das Stiefkind – forensische Psychiatrie

Fortbildung des Charité-Centrums für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie für den Verein Angehörige psychisch Erkrankter

Ort: Mannheimer Str. 32 (Nähe U+S Fehrbelliner Platz)
Zeit: vorletzter Donnerstag im Monat, 19.00Uhr

- 23. Juli 2009**
Martin Bayerl
Diagnosestellung einer Schizophrenie
- 20. August 2009**
Maria Kensche
Therapieoptionen bei Schizophrenie
- 17. September 2009**
Anja Pech
Umgang mit schizophrenen Patienten: Was hilft?
- 22. Oktober 2009**
Holger Merz
Diagnosestellung einer bipolaren Erkrankung
- 19. November 2009**
Volker Siffrin
Therapieoptionen bei bipolaren Erkrankungen
- 10. Dezember 2009**
Katharina Schmack
Umgang mit bipolaren Patienten: Was hilft?

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: Beate Lisofsky, Dagmar Hasse, Eleonore Fink

Fotos: Dagmar Hasse u.a.

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
