

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 Bundesverbandes

Neuer BApK-Vorstand gewählt



v.l.n.r.: Dieter Otte, Marianne Schumacher, Gudrun Schliebener, Eva Straub, Dr. Ingrid Bräunlich, Karl-Heinz Möhrmann

Auf der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) im Juni 2011 in Fulda wurde ein neuer Bundesvorstand gewählt. Dank und Anerkennung galten den ausscheidenden Mitgliedern Dr. Alfred Speidel, dem ehemaligen langjährigen Vorsitzenden des Verbandes, und Paul Peghini.

Als Vorsitzende wurde Gudrun Schliebener, Herford, für die neue Amtsperiode bestätigt. Neuer stellvertretender Vorsitzender ist Karl-

Heinz Möhrmann, München. Im Amt bestätigt wurde Dieter Otte, Berlin, als Schatzmeister. Marianne Schumacher, unser Vorstandsmitglied aus den LV Berlin, wurde neu in den BApK-Vorstand als Schriftführerin gewählt. Eva Straub, Ingolstadt, und Dr. Ingrid Bräunlich verstärken als Beisitzerinnen den Vorstand wie auch Dr. Rüdiger Hannig aus Kiel (nicht im Bild), der neu in den Bundesvorstand gewählt wurde.

Aus: Psychosoziale Umschau, 3/2011

SeeleFon – Bundesweite Information und Hilfe durch Telefon- und E-Mail-Beratung

Seit Juli 2011 hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker sein Angebot zur bundesweiten Selbsthilfeberatung erweitert. Unter der Nummer: 0180 5950951 oder der E-Mail: seelefon@psychiatrie.de erfolgt eine Selbsthilfeberatung zu psychischen Erkrankungen.

Der Informations- und Beratungsbedarf ist sehr hoch. Viele Angehörige, Betroffene, aber auch die Helfer, Freunde, Kollegen und Nachbarn suchen Antwort auf ihre Fragen, die mit dem Seelefon schnell bearbeitet werden können.

Die Beratungszeiten sind: Montag bis Donnerstag von 10:00 bis 12:00 Uhr und von 14:00 bis 20:00 Uhr und am Freitag von 11:00 bis 15:00 Uhr.

Unter seelefon@psychiatrie.de erfolgt eine erste Antwort innerhalb von 48 Stunden.

Das Beratungsteam besteht aus ehrenamtlich Tätigen aus der gesundheitlichen Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen. Die Berater/innen absolvieren eine vorbereitende Schulung und regelmäßig Fortbildungen.

Die SeeleFon-Beratung ist unabhängig von finanziellen, weltanschaulichen oder politischen Interessen, ist transparent, unterliegt der Schweigepflicht, geschieht ehrenamtlich, ist offen für alle (Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene, Nachbarn etc.). Auch anonym gestellte Fragen werden beantwortet.

Jedoch kann die SeeleFon-Beratung kein Ersatz für eine Therapie sein, sie kann keine langfristige Begleitung sein und keine Krisenintervention bieten.

Quelle: psychosoziale Umschau 032011

Psychiatrische Versorgung in Berlin

Das Neueste zur Integrierten Versorgung (IV)

Bericht von einer Tagung des „Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit“ am 17./18. Juni 2011 in Berlin mit dem Thema: „Integrierte Versorgung macht's möglich – die Ambulantisierung der Versorgung geht voran“, von Eleonore Fink.

Der „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit“, gegründet u. a. von Psychiatriefacharzt Norbert Mönter, der auch Mitglied unseres ApK-Beirats ist, arbeitet seit 5 Jahren an der Realisierung von Integrierter Versorgung in Berlin, zusammen vor allem mit Krankenkassen wie DAK und AOK.

Was wurde bisher erreicht? In Berlin nehmen bereits über 50 Psychiatrie-Praxen, 30 psychosoziale Träger und ambulante Dienste sowie Krankenkassen an dem Netzwerk des Vereins teil.

(In diesem Zusammenhang ist zu erinnern: In unserer „Info“ Nr. 2009, S. 5/6, beschreiben wir auch die „Konkurrenz“ des Vereins in Berlin durch den Vertrag zur Integrierten Versorgung zwischen Pinel und der TK, der seit September 2009 schrittweise auch in ganz Berlin umgesetzt wird!)

Die „Integration“ bei der Integrierten Versorgung erfolgt als breit angelegte ambulante Komplex-Behandlung von der Facharztpraxis aus, für eingeschriebene Mitglieder der beteiligten Krankenkassen. Die Kliniken werden möglichst wenig einbezogen – wegen der hohen Kosten. Denn mit dem IV-System soll auch gespart werden. (Eine Kritik dazu lautet: Das Krankenhaus – nur noch als Intensivstation?) Die geplanten „Behandlungspfade“ nach Leitlinien sind bisher noch nicht veröffentlicht, so dass auch der Umfang und die Art der aufsuchenden Hilfen noch nicht so ganz bekannt sind. Erinnert werden muss auch daran, dass bei der Integrierten Versorgung, die ja alle möglichen Krankheiten betrifft, psychische Erkrankungen bislang nur eine untergeordnete Rolle spielen, nur 7% der Verträge betreffen psychische Erkrankungen Ende 2008!

Auf dieser IV-Tagung gab es vor allem 3 Hauptthemen:

1. Die Einbeziehung des Patienten in alle Entscheidungen hinsichtlich seiner Therapie. Man spricht von „partizipativer Entscheidungsfindung“ oder, auf Englisch, „shared decision-making“. Marion Lautenschlager, Oberärztin in Charité Mitte, St. Hedwig, hielt dazu einen fulminanten Vortrag:

Eine paternalistische, nur betreuende Einstellung gegenüber dem Patienten war gestern! Aber wie soll ein Psychose-Kranker in die Entscheidungen über seine Behandlung einbezogen werden? Das ist doch schwierig, denn er leidet oft an Denkstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, ambivalentem Denken und Verhalten, Wahn, Stimmenhören, er hat Ausdauer-Defizite und vielleicht auch affektive Störungen. All das führt meist zu mangelnder Diskussionsbereitschaft. Das „Zeitfenster“, durch das die Realität vom Kranken wahrgenommen wird, öffnet sich nur manchmal. Trotzdem: Die Referentin ging humorig auf diese Defizite ein, aber blieb unbeirrt optimistisch. Wenn man die Patienten in die Entscheidungen, auch durch Psychoedukation, einbezieht, bleibt irgendwann die Wirkung von Wahlmöglichkeiten doch nicht aus: Die Widerstandskraft der Patienten gegen irritierende Informationsquellen wächst, die innere Tu-Freiheit wächst, Trouble-Shooting als Methode wird schnell gelernt, und da ist die Freude über einen Entschluss, den Entschluss, jetzt etwas zu entscheiden. Das dauert seine Zeit. Aber durch das langsame Heranführen an Entscheidungen kommt der Patient raus aus der Hilflosigkeit. Eine neue Theorie sagt: Ein Teil der „Schizophrenie“ ist „erlernte Hilflosigkeit“ („learned helplessness“). Zutrauen entsteht, wenn Informationen dann angeboten werden, wenn sie zu den Risiken und Erfahrungen des Patienten passen („need-adapted“).

Bei Fremdbestimmung und Zwang, falls das erforderlich wird, ist immer eine Nachbesprechung wichtig, um das Warum zu erklären.

Ein Teilnehmer in der späteren Diskussion sagte mit trockenem Humor: Die Ambulantisierung der Versorgung braucht mündige

Patienten. „Was hilft die ganze Integrierte Versorgung, wenn keiner kommt?“

Soweit der Vortrag. St. Hedwig bietet übrigens Psychoedukation auch für Langzeit-Kranke an, nicht nur für akut Ersterkrankte.

2. Ein zweites Hauptthema dieser Tagung war etwas technisch Organisatorisches: die Organisation dieses großen IV-Verbunds durch ein effektives, „papierloses“ Dokumentations- und Kommunikationssystem.

Der „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit“ hat dafür ein eigenes Netzwerk gegründet, die „Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“ (PIBB), die bundesweit mit über 100 Krankenkassen Verträge geschlossen hat. Die PIBB arbeitet seit 2008 mit einer Web-Software der Fa. Samedi, die Praxen und Kliniken vernetzt – mit höchsten Sicherheitsanforderungen. Es geht z. B. um Austausch von Formularen, Genehmigungsverfahren, Übermittlung von Dokumenten, Qualitätskontrolle, Verhinderung von Verzögerung, automatische Berechnungen, dynamische Dokumentationsfelder, also Software, die für eine optimale Abstimmung zwischen Kassen, Therapeuten und Ärzten sorgt. – Diese neue Entwicklung wurde in einer speziellen Arbeitsgruppe vorgestellt, an der ich aber nicht teilgenommen habe.

3. Ein drittes Hauptthema war das Thema „Führung“.

Wer soll, fachlich wie wirtschaftlich, die Führungsposition in der Integrierten Versorgung übernehmen, nicht nur in Berlin, auch bundesweit?

Dazu gab es einen Vortrag von Professor Peter Falkai aus Göttingen, der Präsident der DGPPN ist, der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“. Der Titel: „Die Integrierte psychiatrische Versorgung etabliert sich – wer soll koordinieren, führen, verantworten?“

Etwa 10% der Bevölkerung, also 8 Millionen, leiden an psychischen Erkrankungen

und möchten sich behandeln lassen. Es gibt auch andere, die wollen sich nicht behandeln lassen. Demgegenüber gibt es Defizite bei der Behandlung, bei den Psychotherapien mit zu wenig Kontinuität, häufiger Wiederaufnahme, Überforderung von Angehörigen. Die Integrierte Versorgung bietet als Lösung die Sektoren übergreifende Versorgung mit „Behandlungspfaden“ an. Dafür gibt es bereits gute Beispiele. Die Frage nach der Führung blieb offen.

Denn vieles ist nicht unumstritten, wie die Diskussionen auf dieser Tagung immer wieder zeigten. Kritiker sprechen ironisch von „Behandlung vom Fließband“ und fragen: „Wo bleibt die freie Arztwahl?“ Diskutiert wurde, ob die IV nicht eine neue Art von Sektorisierung schafft (Behandlung nur für Mitglieder von bestimmten Krankenkassen statt gleicher Behandlung für alle) und ob sie genug Transparenz ermöglicht (so Gudrun Schliebener, unsere BApK-Vorsitzende, die kräftig mitdiskutierte). Die Angehörigenarbeit wird bei der Soziotherapie bisher nicht finanziert. Und auch die Kliniken schlagen zurück: Sie machen immer flexiblere Angebote mit den PIAs, den Psychiatrischen Instituts Ambulanzen, durch Akut-Tageskliniken oder auch, wie z. B. bei Professor Bäuml in München, durch aufsuchende, mobile Teams.

Umgekehrt gibt es auch Praktiker, die gerne ihre Patienten in der Klinik weiter betreuen möchten, was nicht ganz einfach zu organisieren ist.

Jedenfalls aber scheint sich die Integrierte Versorgung bisher schon als kostensparendes System zu erweisen, weil z. B. Doppel-Untersuchungen vermieden werden und „eine optimierte Ausschöpfung der ambulanten Versorgung erreichbar wird“, durch die neuen, „stringenten“ Strukturen.

Schlussendlich kann man sagen: Die Integrierte Versorgung wird auf dieser Tagung dargestellt als ein „Lernendes System auf dem Weg zur flächendeckenden Umsetzung“ (Professor Falkai).

Der neue Freiwilligendienst

Informationen von Eleonore Fink

Seit dem 1. Juli 2011 fällt der Zivildienst ganz weg. Von jetzt an ist alles freiwillig. Es gibt weiterhin das „Freiwillige Soziale Jahr“, altersbeschränkt bis 27 Jahre. Und es gibt jetzt neu den „Bundesfreiwilligendienst“ für alle: Nach Beendigung der Vollzeitschulpflicht können sich alle dafür melden, Männer und Frauen, ohne Altersbegrenzung.

Das Thema könnte auch für uns und unsere Kinder und für unseren Verband interessant sein. Der ApK könnte vielleicht „Freiwillige“ beschäftigen, denn der neue Dienst ist für jedes gemeinnützige soziale Projekt geeignet. „Einsatzstelle“ kann eine Einrichtung sein, wenn Beschäftigung, Leitung und Betreuung des Freiwilligen dem Gesetz entsprechen. Deshalb hier einige Informationen zu dem Gesetz und seinen Ausführungen, gestützt auf eine Präsentation dazu in der Fachgruppe „Psychiatrie“ beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, wo ich als Mitglied den ApK regelmäßig vertrete. Die Referentin, Dr. Gabriele Schlimper, ist Referatsleiterin und zuständig für den Einsatz von Freiwilligen beim Paritätischen Wohlfahrtsverband in Berlin.

Für den neuen Bundesfreiwilligendienst stehen 35.000 Plätze bundesweit zur Verfügung. Der Dienst dauert 6 Monate, höchstens 18 Monate und ausnahmsweise 24 Monate. Er verlangt mindestens 20 Stunden Einsatz pro Woche, vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung. Bis zum 27. Lebensjahr sollte er einer Vollzeitbeschäftigung gleichen.

Dafür gibt es als „Entgelt“ unentgeltliche Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung (oder entsprechende Geldersatzleistung) sowie ein angemessenes Taschengeld. Es wird viel Weiterbildung angeboten, z. T. mit Seminaren zur politischen Bildung als Pflichtveranstaltung. Diese Seminarzeit wird aber als Dienstzeit angerechnet.

Zusammengerechnet lohnt sich das Angebot finanziell sogar für Hartz-IV-Empfänger. Der Dienst ist interessant für Abiturienten, z. B. für den doppelten Abiturjahrgang im nächsten Jahr. Aber auch für Senioren, weil ihnen mit der einjährigen Tätigkeit der Rentenanspruch verlängert werden kann. (So die Berliner Morgenpost, 24.6.11, S. 3)

Die Freiwilligen sind beim Bund „angestellt“ und sie schließen vor Dienstbeginn mit dem Bund eine schriftliche Vereinbarung.

„Einsatzbereiche“ für den Bundesfreiwilligendienst sind „praktische, Hilfstätigkeiten in gemeinwohlorientierten Einrichtungen“. Das sollte „arbeitsmarktneutral“ sein, d. h. es sollen keine „normalen“ Arbeitsplätze weggeschnappt oder vernichtet werden.

Wer zu dem Vortrag von Gabriele Schlimper Genaueres nachlesen will, z. B. zu den unterschiedlichen Vergütungen je nach Alter und Dienstzeit, findet Informationen unter schlimper@paritaet-berlin.de. Ansonsten gibt es Informationen unter www.bundesfreiwilligendienst-bb.de. Das Bundesministerium für Familie hat eine Hotline geschaltet unter 0221-36730.

Familienselbsthilfe Psychiatrie

Erste Kontakte des Landesverbandes Berlin e.V. der Angehörigen psychisch Kranker mit dem Gemeindepsychiatrischen Servicehaus Tagesstätte „Nordlicht“ in Bergen auf der Insel Rügen

Ein Erlebnisbericht von Dagmar Hasse

Seit dem Jahr 2008 findet im Landesverband Berlin e.V. Angehörige psychisch Kranker (ApK) jeden Mittwoch um 11.00 Uhr die Selbsthilfe-Aktivgruppe „Nordic-Walking mit anschließender Gesprächsrunde“ statt. Teilnehmer sind psychisch betroffene Menschen und Angehörige.

Ein niedergelassener Psychiater und die Pinel Gesellschaft mit ihrer „Starthilfe Sport“ empfehlen ihren Patienten/Patientinnen, an der Apk-Laufgruppe teilzunehmen. Mit den Jahren ist die Gruppe auf ca. 10 bis 12 Personen angewachsen. Nach einstündigem, gemeinsamem Laufen findet in einem Restaurant im Volkspark Wilmersdorf bei einem Getränk ein angeregter Gedankenaustausch statt, bei dem sich Freundschaften, Einzelgespräche und andere gemeinsame Aktivitäten entwickelt haben.

Eines Tages kam unserer Gespräch auf das Nordic Walking am Meer, die Insel Rügen sei dafür besonders geeignet. Unsere Gruppenleiterin stellte bei der Techniker-Krankenkasse einen Antrag auf finanzielle Förderung der Reise der Apk-Laufgruppe. Wie erfreut waren wir, als uns die Techniker-Krankenkasse die finanzielle Unterstützung zusagte.

Für die finanzielle Förderung möchte die Apk-Selbsthilfegruppe der Techniker-Krankenkasse ihren ganz besonderen Dank aussprechen.

Am Mittwoch, den 22. Juni 2011 fuhren wir für 4 Tage mit dem Bus nach Binz, wo wir jeden Morgen um sieben Uhr an der Ostsee entlang walkten. Körperlich und geistig gestärkt fuhren wir am Donnerstag mit dem Zug nach Bergen, um einen Kontakt herzustellen zwischen dem Apk Berlin und der Selbsthilfegruppe der Angehörigen und der seelisch Betroffenen auf der Insel Rügen. Es fand eine Begegnung im Gemeindepsychiatrischen Servicehaus Tagesstätte „Nordlicht“ in Rügens Hauptstadt statt.

Bei Kaffee und selbstgebackenem Kuchen, in freundlich ungezwungener Atmosphäre wurden einfühlsame Gespräche geführt. In diesen begegneten sich die Rügener Tagesstättenbesucher, die Selbsthilfegruppe des Berliner Apk und die dort professionell Tätigen auf Augenhöhe. Es wurden Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung erörtert. Aber auch frohe Botschaften übermittelte uns die Tagesstättenleiterin, so spielte für uns ein Gitarrist auf, bei dessen Musik wir mitsangen oder Fotoalben von schönen Ereignissen in der Tagesstätte wurden herumgereicht und sogar



eine Einladung für 2012 nach Berlin durch den Apk ausgesprochen.

Bei obiger Zugfahrt ereignete sich eine Episode voller Komik, eine Komik, an der wir mit Erlaubnis unsere Leser teilhaben lassen dürfen: Der Zug fuhr in Bergen ein, die Apk-Gruppe machte sich zum Aussteigen bereit. Aber wo war nur einer unserer Gruppenteilnehmer? Trotz Rufens und Klopfens an der speziellen Tür war von ihm nichts zu sehen und zu hören. Dafür stand auf seinem Sitz eine vollgefüllte Thermoskannenkappe mit dampfendem Getränk, auf dem Nebensitz lagen Jacke, Regenschirm, und unten auf dem Boden befand sich die offene, mit heißer Flüssigkeit gefüllte Thermoskanne und der Rucksack! Der Zug rüstete sich zur Abfahrt, in Windeseile ergriffen wir die heißen Getränke, Jacke, Rucksack und Regenschirm und stiegen aus. Der Zug fuhr ab mit unserem Gruppenteilnehmer! Die Geschichte hatte ein gutes Ende, mit einigen Stunden Verspätung und unter aufmerksamer Unterstützung unserer Gruppenleiterin und einer freundlichen Mitarbeiterin des Servicehauses trafen wir uns in der Tagesstätte „Nordlicht“ in Bergen wieder.



Auf Empfehlung der Rügener Tagesstätte fuhr unsere Selbsthilfegruppe am Freitag mit dem „Rasenden Roland“, eine 30 km/h-schnelle Schmalspureisenbahn, nach Lauterbach. Dieses kleine Hafendörfchen liegt malerisch am Rügischen Bodden und weist zwei Sehenswürdigkeiten auf, die schwimmenden Ferienhäuser und das im herrlichen Park am Wasser gelegene, feudale Badehaus.

Am Samstag reisten wir per Bus zurück nach



Berlin, körperlich gestärkt durch das Nordic Walking an frischer Ostseeluft, in der Selbsthilfearbeit vorwärts gekommen durch die Vernetzung des ApK Berlin mit dem Gemeindepsychiatrischen Servicehaus auf der Insel Rügen. Tagesstätte „Nordlicht“ in 18528 Bergen, Billrothstraße 21
Telefon: 0 38 38-20 25 52
E-Mail: Tagesstaette-bergen@gartenhaus-ev.de
Internet: www.gartenhaus-ev.de

Bewegung fördert die Gesundung von seelischer Erkrankung

Im Zusammenhang mit dem voran stehenden Text sollen hier aus einem Artikel von Susanne Donner, der in einer Juni 2011 Ausgabe von der „Westdeutsche Allgemeine Zeitungsverlagsgesellschaft“ (WAZ) erschienen ist, einige neue wissenschaftliche Erkenntnisse wiedergegeben werden.

„Bewegung lindert neurodegenerative wie auch psychische Erkrankungen mit strukturellen Veränderungen im Gehirn“, sagt der Neurobiologe Andreas Ströhle von der Berliner Charité. „Regelmäßige Bewegung hilft bei Depressionen, bei Demenz, bei Schizophrenie und Angststörungen“. Bereits eine halbstündige Bewegung auf dem Ergometer senkt bei Patienten mit einer Panikstörung messbar die Angst. Bei regelmäßigem Ausdauertraining nimmt die Zahl der Panikattacken um mehr als die Hälfte ab.

Ströhle begründet die angstmindernde Wirkung durch den Sport mit der vermehrten Bildung eines Hormons, dem atrialen natriuretischen Peptid, das im Herzen gebildet

wird. Es baut Angst und Stress ab. Der erhöhte Gehalt dieses Hormons wird im Blut der sporttreibenden Erkrankten nachgewiesen. „Schon einmal 30 Minuten Bewegung zeigen diese Wirkung, die mehrere Stunden andauert“, sagt Ströhle. Die ärztlichen Leitlinien zur Behandlung psychisch Erkrankter sollen neben der Medikation und Psychotherapie auch Bewegung beinhalten. Ein weiteres Hormon, der Nervenwachstumsfaktor BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), wird durch körperliche Bewegung vermehrt produziert. Das Hormon verursacht die Bildung neuer Nervenzellen im Gehirn und ihre Verknüpfung miteinander.

Regelmäßige ausdauernde sportliche Bewegung lindert psychische Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen und Demenz, aber auch der möglichen Gewichtszunahme durch Einnahme von Neuroleptika kann durch Bewegung entgegen gewirkt werden.

Quelle: WAZ Essen; Autorin: Susanne Donner

Dagmar Hasse

Zum Thema "Rauchen und Medikamenteneinnahme" – Achtung, Wechselwirkung!

Wer regelmäßig Medikamente einnimmt, sollte sich den Griff zum Glimmstängel zweimal überlegen. Tabakrauch verändert die Art und Weise, wie Arzneimittel im Körper wirken, beträchtlich. So ist bei der Dosierung besondere Vorsicht geboten, oft müssen Raucher deutlich höhere Dosen einnehmen.

Rauchen kann die Wirkung von Medikamenten verändern. Inhaltsstoffe des Tabakrauchs verändern den Stoffwechsel und beeinflussen, wie die Medikamente im Körper aufgenommen werden. Sie regen Enzyme in der Leber dazu an, Medikamente rascher abzubauen. Das kann dazu führen, dass diese weniger oder gar nicht wirken. Bei Rauchern werden viele Medikamente sehr viel schneller abgebaut als bei Nichtrauchern. Dementsprechend müssen sie deutlich höhere Dosen einnehmen. Folglich gilt aber auch: Bei betroffenen Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, muss die Dosis unbedingt verringert werden. Wenn sie nicht mehr rauchen und Medikamente einnehmen, kann sich deren Wirkung verändern, denn die Dosierung war bislang auf die Stoffwechselfunktionen eines Rauchers abgestimmt.

Dosisanpassung nach Rauchstopp

Der behandelnde Arzt muss deshalb über die Rauchgewohnheiten des Patienten immer auf dem Laufenden gehalten werden, sodass er wenn nötig die Serumspiegel der Medikamente überprüfen und gegebenenfalls die Dosis anpassen kann. In vielen Fällen reichen dann geringere Mengen eines Arzneimittelwirkstoffs aus, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Auch viele Medikamente, die zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt werden, sind von dieser Wechselwirkung betroffen.

- Atypische Neuroleptika, wie Olanzapin und Clozapin, werden bei Rauchern fast doppelt so schnell abgebaut und aus dem Körper ausgeschieden wie bei Nichtrauchern. Um die gleichen Medikamentenwirkung zu erzielen müssen Raucher deshalb eine höhere Dosis der Medikamente einnehmen.
- Der angekurbelte Stoffwechsel sorgt bei Rauchern dafür, dass das Antidepressivum Fluvoxamin im Serum in niedrigeren

Spiegeln vorliegt. Wird mit dem Rauchen aufgehört, muss vor allem auf das Auftreten von unerwünschten Wirkungen geachtet werden.

- Das Antipsychotikum Haloperidol wird bei Rauchern deutlich schneller abgebaut als bei Nichtrauchern.
- Trizyklische Antidepressiva, wie Nortriptylin, Imipramin, Amitriptylin, werden hauptsächlich durch ein Enzym verstoffwechselt, das seinerseits durch Kohlenmonoxid induziert wird.
- Das Alzheimer-Mittel Tacrin wird bei Rauchern deutlich schneller abgebaut, die Halbwertszeit kann sich bis auf die Hälfte verkürzen. Bei Rauchern wurden in Untersuchungen Plasmakonzentrationen gemessen, die nur ein Drittel so hoch waren wie bei Nichtrauchern. Beim Rauchstopp ist deshalb eine Dosisminderung um circa das Dreifache nötig.
- Die Schmerztoleranz ist bei Rauchern erniedrigt. Deshalb sind bei den meisten untersuchten Schmerzmitteln die Dosen für Raucher höher als für Nichtraucher.
- Nikotin bewirkt eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Deshalb vermindert Rauchen die sedierende Wirkung von Benzodiazepinen.
- Viele Neuroleptika werden von Rauchern schneller abgebaut, sodass die sedative und orthostatisch hypotone Wirkung der Mittel geschwächt wird.
- Übrigens: Zigarettenrauch hat auch Einfluss auf die Verstoffwechslung von Koffein. Wer mit dem Rauchen aufhört, verträgt deshalb häufig nicht mehr so viel Kaffee. (nec)

Nehmen Sie Medikamente? Dann sagen Sie lieber nein zur Zigarette!

Quelle: „Faszination Seele“ 1/2011, S.20, Autorin: Nadine Eckert, Biermann Verlag GmbH

Begegnungen in der (Sozial-)Psychiatrie

Kontaktstätten und das Konzept des offenen Dialogs (Zur Arbeit des KBS = Kontakt- und Beratungsstellen in Berlin)

Von Astrid Delcamp und Elke Hilgenböcker

Überall begegnen sich Menschen: In Geschäften, Kneipen und Cafés, öffentlichen Verkehrsmitteln, in der Familie, in Liebesbeziehungen, Freundschaften, am Arbeitsplatz, beim Arzt, in der Klinik sowie bei Freizeitaktivitäten oder auf Urlaubsreisen. Zufällig, gewollt, geplant, unerwartet oder gezwungenermaßen – über einen längeren Zeitraum oder flüchtig, gleichberechtigt oder voneinander abhängig. Menschliche Begegnungen bewegen sich permanent in einem Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, einem ständigen Prozess des Abwägens zwischen „Sichöffnen“ und „Sichzurückziehen“, Reden oder Schweigen, Bleiben oder Gehen. Gleichzeitig sind sie von Machtbalancen geprägt und in gesellschaftliche Entwicklungen eingebettet.

In unserer modernen Gesellschaft sind Begegnungen vielfach von verschiedenen Entfremdungsprozessen beeinflusst. Automatisierung und Digitalisierung erleichtern unseren Alltag, wir sparen Zeit, Geld und Nerven. Wir gehen zum „Cut-&-go-Friseur“ – der Zehnminutenhaarschnitt für zehn Euro, den Kaffee und die Neuigkeiten aus dem Kiez sparen wir uns dabei. Einkäufe und Bankgeschäfte erledigen wir online; die fachkundige Beratung durch den sympathischen Verkäufer entfällt. Während früher der Erwerb von Waren und Dienstleistungen auch immer ein „Im-Kontakt-Sein“ bedeutete, ein Geben und Nehmen von Berührungen also, erleben wir heute eine fortschreitende Privatisierung und den Rückzug in die eigenen vier Wände. Der Kontakt, das „Berührtwerden“ bleibt auf der Strecke.

Diese Veränderungen machen sich auch im Arbeitsbereich der Psychiatrie bemerkbar. So bleibt durch ausdifferenzierte Qualitätsmanagementsysteme, Erhöhung des Dokumentationsvolumens bei gleichzeitigem Abbau von Arbeitsstellen und Erweiterung der Aufgaben und Sparvorgaben der Kostenträger bzw. Arbeitgeber immer weniger Zeit für Kontakte und direkte Begegnungen mit den Klientinnen und Klienten.

Vom Ich zum Wir: „Keine distanzierten Experten“

Doch ohne Begegnung, ohne Kontakt (lat. *contactus* = Berührung) und ohne Kommunikation ist eine gesunde menschliche Existenz nicht denkbar. Begegnungen in der Sozialpsychiatrie sind eine Sonderform zwischenmenschlicher

Kontakte. Es ist schwer vorstellbar, dass ein Mensch, dem ein „echter“ Kontakt zu seiner Umwelt problemlos gelingt, psychisch krank sein sollte. Neurotische oder gar psychotische Episoden könnten auch als Kontaktstörungen zwischen den betroffenen Personen und ihrer Umwelt verstanden werden. Symptome sind häufig seelische Konstrukte, die den Kontakt entweder verhindern oder ihn nur in reduzierter Weise ermöglichen. Vielfach werden zwischenmenschliche Kontakte durch Vorbehalte oder durch unverstandene Ängste in ihrer Qualität gestört. Oft gehen pathologische Störungen und Normalität ineinander über.

Professionell Tätige haben die Aufgabe, Kontakte herzustellen und damit Kommunikation zu ermöglichen. Ihre Professionalität besteht darin, mit Geduld, Weitsicht, Respekt und Empathie auch mit denen Beziehung herzustellen, für die es, bedingt durch ihre Erkrankung, schwierig ist, in Kontakt zu treten. Nicht selten wendet sich ihr übliches Umfeld resigniert und verärgert ab. Sie leiden häufig unter Vereinsamung, trotz Sehnsucht nach sozialen Kontakten. Therapeuten (griech. *therapeutés* = Gefährte u. Ä.) als Experten der Gemeinsamkeit suchen zusammen mit den Betroffenen, die, bedingt durch ihre Erkrankung, wenig Kontakte haben und kaum „berührt“ werden, nach Möglichkeiten verbesserter Kommunikation. „Ihr Beruf ist es, zu wissen, wie man die Seele des Einzelnen mit der Gemeinschaft, wie man ein Ich mit dem Du und dem Wir verbindet, ohne dass sich eine der Parteien dabei ungebührlich verbiegen muss. Therapeuten sind Gefährten in der Gefahr der Annäherung“ (Depner 2000). Sie sind keine distanzierten Experten, die „verkorkste“ Seelenstrukturen mit psychologischem Röntgenblick durchschauen und mithilfe von bestimmten Techniken wieder in die Reihe bringen.

Im Prozess der Begegnung – Die Rolle des Profis

„In Beziehungen sieht der Mensch das Gesicht des anderen, kann seine Struktur (Mimik, Blick, Haut) wahrnehmen. Was hinter der Struktur des Gesichtes liegt, ist für uns nicht einsehbar. Dieses ‚Verborgene‘ bezeichnet Levinas als ‚Antlitz‘ ... das Antlitz des anderen weist über meine Idee, die ich von ihm habe, hinaus: ich kann mich dem anderen nur nähern, kann ihn aber nicht vereinnahmen“ (Pfau, in Bock u. a. 2004, S. 171).

Begegnungen in Behandlungs- und Betreuungszusammenhängen sind geprägt durch therapeutische Gespräche, Empathie, Selbsthilfe, Dialog und gemeinsame Freizeitaktivitäten, aber leider auch durch Kontrolle, Macht und Zwangsmaßnahmen. Sie finden zum größten Teil in beruflichen Settings statt. In manchen therapeutisch-medizinisch orientierten Angeboten der psychiatrischen Versorgung erleben die Nutzerinnen und Nutzer der Akteure (Ärzte, Wohnbetreuer, Klinikmitarbeiter, Sozialpsychiatrischer Dienst, rechtliche BetreuerInnen, häusliches Pflegepersonal) als fordernd und ihren eigenen Wünschen zuwiderlaufend. Die professionell Tätigen sind häufig in der Rolle, an gemeinsam formulierte Absprachen und Ziele zu erinnern, Medikamente zu verordnen und zu verabreichen (manchmal auch gegen den Willen des Betroffenen), an ihre Einnahme zu erinnern, zu kontrollieren, zu ermahnen, dafür zu sorgen, dass die Wohnung aufgeräumt wird oder bestimmte Leistungen zu befürworten. Die Begegnungen sind nicht immer freiwillig und manchmal unangenehm, das Machtgefüge ist häufig nicht in der Balance. Vielleicht ist das aufgrund der unterschiedlichen Rollenaufteilung und Professionen auch nicht möglich. Dennoch bleibt es das Ziel der professionell Tätigen, in der Begegnung und im Kontakt mit Betroffenen wertschätzend, respektvoll und offen auf gleicher Augenhöhe miteinander zu kommunizieren.

Kontaktstellen: Unentbehrlich für das psychiatrische Versorgungssystem

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen bieten in besonderem Maße für diejenigen die Möglichkeit, soziale Beziehungen zu knüpfen, die aufgrund ihrer Erkrankung von Vereinsamung, sozialer Isolation und/oder Verarmung bedroht oder betroffen sind. In den Kontaktstellen wird ein Mindestmaß an Leistungsanforderungen gestellt: Den Weg in die Einrichtung zu finden und sich an die Hausordnung zu halten. Für die NutzerInnen kann der Besuch einer Kontaktstätte Erfahrungen von Solidarität und Nützlichkeit für die Gemeinschaft ermöglichen, tragfähige soziale Netzwerke und Beziehungen fördern, soziale Kontakte erweitern und vertiefen, die allgemeine Lebenszufriedenheit stärken, Teilhabe an kulturellen Aktivitäten ermöglichen, kreative Erlebnismöglichkeiten und Interessen fördern, zur zunehmenden Nutzung nichtpsy-

chiatrischer Einrichtungen und Hilfen führen, das Selbstwertgefühl stärken, zur Wahrnehmung eigener Ressourcen führen und zur Normalisierung beitragen.

Anders als in einzelfallbezogenen Betreuungszusammenhängen besteht die Aufgabe der in diesem Feld professionell Tätigen darin, „therapiefreie“ und dennoch therapeutisch wirksame soziale Räume zu schaffen. In Zeiten zumeist hochschwelliger Zugänge zu Behandlung und Hilfen in einem stark ausdifferenzierten System verschiedener Kosten- und Leistungsträger ist das Angebot der Kontakt- und Begegnungsstätten unentbehrlich. Sie schaffen Handlungsspielräume für Selbsthilfenetzwerke und sind in ihrer spezifischen Funktionalität und Wirksamkeit als „Orte der Begegnung“ des psychiatrischen Versorgungssystems im Sozialraum nicht mehr wegzudenken.

„Hier kommt man als Gast und geht als Freund“

für die meisten BesucherInnen erhalten psychosoziale Kontaktstellen dadurch eine soziale Bedeutung, dass Bekanntschaften geknüpft und im besten Fall Freundinnen und Freunde gewonnen werden. Alltags- und Lebensnähe bieten ihnen die Möglichkeit, soziale Kompetenzen zu erlangen bzw. wiederzuentdecken. Ihr Selbstbewusstsein wird dadurch gestärkt. Die gute Atmosphäre, kommen und gehen zu können, wie es gerade beliebt, das preiswerte Essen, der Wunsch nach Aktivitäten in der Gruppe und die Hilfe bei persönlichen Problemen sind weitere Gründe für den Besuch einer Kontaktstelle. Es bestehen keine Anforderungen an eine regelmäßige Teilnahme und/oder ein Durchhalten des Gruppentreffs, nur für einige Angebote besteht eine Anmeldepflicht. Die Gruppenangebote können lebenspraktisch, kreativ, sportlich, therapeutisch oder freizeitorientiert sein. Sie unterscheiden sich durch den Grad der Verbindlichkeit und ihre zeitliche Begrenzung (vgl. Delcamp 2010, S. 51). Geprägt durch schlechte Erfahrungen mit Kliniken, Ärzten und anderen Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems haben manche BesucherInnen eine gewisse Abwehrhaltung gegenüber medizinisch-therapeutischer Behandlung entwickelt. Sie nutzen Begegnungsstätten, weil sie hier so sein können, wie sie sind. Der Treffpunkt wird häufig zu einer Art Ersatzfamilie, da viele von ihnen wenig oder keinen Kontakt zu ihren Angehörigen mehr haben. Ein

erklärtes Ziel der Kontaktstellenarbeit ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die Basis subjektorientierter Beziehungsarbeit ist die Rückgabe der Eigenverantwortung an die von der Erkrankung betroffene Person.

Priorität hat dabei der Grundsatz, nur so viel Fürsorge wie nötig walten zu lassen, Freiräume der Betroffenen dagegen maximal auszuweiten. Für die MitarbeiterInnen ist es wesentlich schwieriger, die Besucher zur Mitverantwortung zu bewegen, als sie zu unterhalten oder zu umsorgen. So ist es sinnvoll, Fragen Einzelner, die zunächst an die Mitarbeiter gerichtet werden, in die Runde aller zu geben und von anderen Besuchern beantworten zu lassen. Im „offenen Dialog“ begegnen sich in der Kontaktstelle viele Welten, die sich wechselseitig für den anderen öffnen, begleitet von gegenseitigem Staunen, von gemeinsamem Lernen und Austausch von Ideen.

Während in der Kontakt- und Begegnungsstätte der offene Dialog das nicht formalisierte, gleichberechtigte Gespräch unter allen Anwesenden bezeichnet, verwendet man diesen Begriff in Finnland für einen psychotherapeutischen Behandlungsansatz. Die elementare Begegnung, das Gespräch auf Augenhöhe zwischen professionellen Mitarbeitern und dem Menschen, der sich augenblicklich in einer Krise befindet, und seinem sozialen Netzwerk steht im Mittelpunkt der Therapie. Es gibt kein Machtgefälle, alle sind gleichberechtigt. Auch für die professionell Tätigen geht es in erster Linie um das Zuhören, und nicht darum, einen therapeutischen Prozess zu dominieren.

Behandlung und Begegnung im Therapieprozess

Der „offene Dialog“ (engl. open dialogue) entwickelte sich als Behandlungsansatz seit Anfang der Achtzigerjahre in der Provinz Westlappland (Finnland). Er basiert auf der Idee der bedürfnisangepassten Behandlung, bei der die Familie in die psychotherapeutische Behandlung des Patienten mit einbezogen wird. Wichtiger Bestandteil des Open-Dialogue-Konzeptes sind die Behandlungstreffen. Ein Krisenteam versucht innerhalb der ersten vierundzwanzig Stunden, nachdem es um Hilfe gebeten wurde, ein Treffen mit allen an der Situation beteiligten Personen zu arrangieren. Das sind natürlich in erster Linie Familienmitglieder, aber auch Freunde und andere wichtige Personen des sozialen Netz-

werkes, z. B. Behördenvertreter, Nachbarn und Kollegen.

Durch das schnelle Handeln soll ein Klinikaufenthalt verhindert werden. Der Ort des Treffens wird individuell ausgehandelt. Die Treffen, die in der eigenen Wohnung der Patienten stattfinden, sind zumeist sehr effektiv, da hier die vorhandenen Ressourcen der Familien am deutlichsten werden. In der Psychose werden häufig Themen hervorgebracht, die vorher nicht geäußert werden konnten oder durften. „Ziel der Behandlung ist es dann, Erlebnisse zu verarbeiten, für die es vorher keine Worte oder gemeinsame Sprache gab. In den ersten Tagen einer Krise scheint es möglich, über Dinge zu sprechen, die nur schwer zu diskutieren sind. In diesen Tagen können die Halluzinationen angesprochen und reflektiert werden, aber danach klingen sie schnell ab, und die Möglichkeit, sich mit ihnen zu beschäftigen, kommen vielleicht erst nach einigen Monaten der Einzeltherapie wieder. Es ist, als stünde die Tür zu diesen extremen Erfahrungen nur in den ersten paar Tagen offen“ (Seikkula/Alakare 2007, S. 239).

In der akuten Phase scheint es oft sinnvoll, täglich ein Treffen zu organisieren. Anders als bei psychoedukativen Trainingsprogrammen für Patienten und deren Angehörigen wird hier die Einzigartigkeit eines jeden Behandlungsprozesses beachtet. So richten sich Häufigkeit und Ort der Treffen, die Zusammensetzung der Personen des sozialen Netzwerkes und die Inhalte der Treffen je nach dem notwendigen Thema. Das Behandlungsteam wird beim ersten Treffen nach den erforderlichen Professionen zusammengestellt und übernimmt so lange wie nötig die Verantwortung. Die Vertreter aus dem sozialen Netzwerk nehmen während des gesamten Behandlungsprozesses an den Treffen teil. Neuroleptika werden gar nicht oder zumindest nicht in den ersten Wochen verordnet, weil dadurch mehr Zeit gewonnen wird, um die Situation besser zu verstehen, und gleichzeitig wird das Risiko, dass die Medikamente die psychologischen Ressourcen schwächen, ausgeschaltet. (vgl. Seikkula/Alakare 2007, S. 244).

Auf Augenhöhe

Während der Treffen übernimmt eine Person aus dem Behandlungsteam die Moderation. Über Inhalte und Ziele des Treffens hat man sich vorher im Team nicht abgestimmt, um möglichst viel zu erfahren und ergebnisoffen in den Pro-

zess gehen zu können. Reflektive Diskussionen innerhalb des Behandlungsteams, z. B. über unterschiedliche Sichtweisen oder Standpunkte werden offen in Anwesenheit aller während der Treffen geführt. Diese Haltung setzt einerseits voraus, dass sich alle Teammitglieder ungeachtet ihrer Profession gleichberechtigt fühlen, was in Finnland einfacher als in Deutschland ist, da die Hierarchien zwischen den Berufsgruppen viel flacher sind. Andererseits braucht es viel Übung und Einfühlungsvermögen, um die Gespräche für alle Beteiligten gewinnbringend zu führen. Deshalb können in Westlappland alle Mitarbeiter/Innen kostenlos eine dreijährige Ausbildung in dialogischer Familientherapie erhalten,

Weniger Einsatz von Neuroleptika

Der offene Dialog soll dem Patienten und seinem Netzwerk in erster Linie mehr Handlungsfähigkeit verschaffen, indem alle Beteiligten miteinander die Probleme besprechen und ein neues Verständnis füreinander entwickeln können. Die Veränderung am Patienten steht erst an zweiter Stelle. Forschungsprojekte belegen, dass mit diesem Behandlungsansatz kürzere Klinikaufenthalte, erheblich weniger Einsatz von Neuroleptika, weniger Rückfälle und eine viel geringere Quote von

Erwerbsunfähigkeitsrenten erreicht werden. „Möglicherweise bedeuten die positiven Resultate des offenen Dialogs, dass Psychosen nicht länger als Zeichen einer Krankheit angesehen werden müssen, sondern als eine Art, mit Krisen umzugehen, und dass viele oder die meisten Menschen nach einer Krise in der Lage sind, wieder ein aktives soziales Leben zu führen“ (Seikkula/Alakare 2007, S. 247). Die finnischen Erfahrungen lassen uns aufhorchen, weil sie offenbar dazu beitragen, lange „Psychiatriekarrieren“ zu verhindern.

Ausblick

Kontakt und Begegnung sind elementar menschlich und einem permanenten historischen, kulturellen und gesellschaftlichen Wandel unterworfen. Arbeitssituationen, Haltungen der professionell Tätigen, Formen der Therapie, Verteilung von Macht, hierarchische Strukturen und Systeme der Finanzierung von Hilfen beeinflussen die Bedingungen, unter denen Kontakt und Begegnung im Umfeld der Psychiatrie stattfinden. Am Beispiel von

Kontaktstellen wird deutlich, wie wichtig die Finanzierung kommunikativer Räume in der Sozialpsychiatrie ist.

Die Haltung der professionell Tätigen spielt in der Begegnung mit dem psychisch erkrankten Menschen eine entscheidende Rolle. Das Konzept des offenen Dialogs sieht den Dialog als wichtigsten Baustein seines Ansatzes, nämlich das soziale Netzwerk des Patienten als elementares Fundament in die Behandlung einzubinden. Das trägt von Anfang an dazu bei, den Prozess der Vereinsamung und Hospitalisierung zu verhindern. Da die Begegnung in strukturell vorgegebenen Bedingungen der psychiatrischen Versorgung und in einem gesellschaftlichen Rahmen und Zeitgeist stattfinden, kann das Konzept des offenen Dialogs nicht einfach auf hiesige Verhältnisse übertragen werden, weil hier ein komplett anderes Hierarchie- und Machtgefüge zwischen den Professionen herrscht. Auch die Vergabe von finanziellen Mitteln erfolgt nach anderen Regelungen.

Es bedürfte einer bewussten Entscheidung, andere Strukturen mit anderen Machtbalancen zu schaffen. Auch eine andere Verteilung der finanziellen Ressourcen wäre nötig. Die Kliniken könnten das Geld, das sie jährlich von den Krankenkassen überwiesen bekommen, dafür verwenden, die Patienten zu Hause zu behandeln und ihnen unterschiedliche Therapien anzubieten. Alle Kostenträger könnten ihre Mittel, die sie für Prävention, Behandlung, Teilhabe und Pflege ausgeben, in einen kommunalen Topf werfen, denn allzu oft scheitern professionell Tätige am zersplitterten System der sozialen Sicherung. Ein kommunales Budget könnte, zu Ende gedacht und unbürokratisch umgesetzt, ungeahnte Möglichkeiten bieten (vgl. Clausen/Eichbrenner 2010, S. 268 f.).

Auch dreißig Jahre nach der Psychiatriereform sind Visionen, Kreativität sowie sozial- und gesundheitspolitisches Engagement unerlässlich, damit der Kontakt und Begegnung mit dem Klienten im Zentrum therapeutischen Handelns stehen.

Astrid Delcamp, Diplom-Soziologin, arbeitet seit fast zehn Jahren in der Kontakt- und Begegnungsstätte „Binger Club“ der Pinel gGmbH in Berlin.

Binger Club, Güntzelstr. 4, 10717 Berlin,
Eingang in der Helmstedter Straße,
Tel.: 030 821 61 86
E-Mail: binger.club@pinel.de

Der Binger Club bringt monatlich ein Programm heraus, das neben einem regelmäßigen Wochenprogramm viele interessante Veranstaltungen, wie Ausflüge in schöne Naturgebiete Berlins, Tanz, Führungen und Feste anbietet.

Astrid Delcamp ist die Autorin des Buchs: „Basiswissen: Kontakt und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen“. ISBN 978-3-88414-511-1
Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Elke Hilgenböcker, Diplom-Soziologin, Coach, Psychotherapeutin (HP), arbeitet über zwanzig Jahre in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen

Dipl.-Soziologin Astrid Delcamp zeigt, was Kontakt- und Begegnungsstätten alles leisten können und welche Konzepte sich bewährt haben.

Kontakt- und Begegnungsstätten gehören zu den »klassischen« ambulanten Angeboten der psychiatrischen Hilfen, weil sie niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu psychisch Erkrankten bieten.

Alltagsnah, bedürfnisorientiert und ohne therapeutisches Muss - das ist das Konzept von Kontakt- und Begegnungsstellen für psychisch kranke Menschen. Die vielfältigen Angebote sind im »Verborgenen« therapeutisch wirksam und ermöglichen vor allem, Kontakt zu chronisch Erkrankten zu halten.

Die Besucher und Besucherinnen schätzen es dort

- Mahlzeiten einzunehmen
- Freizeitangebote zu nutzen
- das Maß an Kontakt zu anderen Besucherinnen und Besuchern und dort Arbeitenden selbst zu bestimmen

Die Autorin beschreibt die Arbeitsweisen der Kontakt- und Begegnungsstellen und zeigt auf, wie Kontakt- und Begegnungsstellen genutzt werden können, um den Besuchern und Besucherinnen Entwicklungschancen zu ermöglichen.

Autoren



Astrid Delcamp

Diplom-Soziologin Astrid Delcamp, Jahrgang 1964, arbeitet seit vielen Jahren in einer Kontakt- und Begegnungsstätte in Berlin. Sie hält Vorträge auf Tagungen zur Arbeit der Kontakt- und Begegnungsstätten.

Literatur:

- BOCK, THOMAS/DÖRNER, KLAUS/NABER, DIETER (Hg.)
2004: Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- CLAUSEN, JENS/EICHBRENNER, ILSE
2010: Soziale Psychiatrie: Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart; Kohlhammer-Verlag.
- DEL CAMP, ASTRID
2010: Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DEPNER, MICHAEL
2000: Der Kontakt. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann. Revidierte Fassung 2007.
- SEIKKULA, JAAKKO/ALAKARE, BRIGITTA
2007: Offene Dialoge. In: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg): Statt Psychiatrie 2. Berlin u. a., S. 234-249.

Buchempfehlung



Basiswissen: Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen

Astrid Delcamp, Psychiatrie Verlag,
ISBN 978-3-88414-511-1

Spezifische Belange von Menschen mit psychischer Behinderung/Erkrankung

Eine „Münchener Initiative“ von Experten wie J. Bäuml, H. Berger, A. Deisenhofer, K. Gross, E. Straub, G. Wörishofer, H. Hippus

1. Gleichstellung von psychisch Kranken/Behinderten (J. Bäuml, K. Gross)

1.1 Gleichstellung von psychisch kranken/behinderten Menschen mit körperlich behinderten Menschen

Die Forderung nach Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, die 1975 ein zentrales Anliegen der Psychiatrie-Enquete war, hat in den zurückliegenden drei Jahrzehnten erhebliche Verbesserungen für die Situation von psychisch kranken/behinderten Menschen gebracht. Psychisch behinderten/erkrankten Menschen soll in gleichem Ausmaß wie körperlich behinderten und sinnesbehinderten Menschen die Teilhabe an den Errungenschaften unseres modernen Sozialstaates möglich sein; diese Absicht hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren durch die Verabschiedung des Gleichstellungsgesetzes des Bundes und entsprechender Folgegesetze der Länder unmissverständlich erkennen lassen. Bei der Verwirklichung dieser Absichtserklärung haben die Behindertenverbände von körperlich beeinträchtigten Menschen sehr wertvolle Schrittmacherdienste übernommen, von der die psychisch behinderten Menschen nachhaltig profitieren konnten.

Um jedoch allen Behinderten die Möglichkeit zu bieten mit ihren Handicaps besser zurechtzukommen, müssen die Art und Ursache der jeweiligen Behinderungen gezielter berücksichtigt werden. Erst dadurch wird es möglich, die für die einzelnen Behindertengruppen am besten geeigneten Unterstützungsmaßnahmen bereit zustellen. Unterschiedliche Arten der Behinderungen verlangen unterschiedliche Hilfen. Nur so kann auch eine Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz für Behinderte erreicht werden.

Zwischen den einzelnen Behindertengruppen gibt es eine Reihe von gemeinsamen Problemen, die sich zwangsläufig aus dem Umstand, mit einer Behinderung leben zu müssen, ergeben, und zu Insuffizienzgefühlen, Überforderungserleben, depressiver Herabgestimmtheit, Schamgefühlen, und dem Gefühl von Isolation und Ausgrenzung führen können. Bei psychisch behinderten bzw. erkrankten Menschen gibt

es darüber hinausgehend jedoch zusätzliche, bislang nicht ausreichend berücksichtigte Problemfelder, deren spezifische Ursache ganz ausschließlich im Wesen der psychischen Erkrankungen selbst begründet ist. Dieser endogene Anteil ist charakteristisch für gewisse psychische Erkrankungen und ist bei anderweitigen somatisch bedingten Behinderungen nicht anzutreffen.

Zur prägnanten Differenzierung werden die spezifischen Unterschiede in **Tab. 1** separat aufgelistet, um den Blick für die jeweiligen Besonderheiten zu schärfen.

Die aus funktionellen psychisch bedingten Handicaps erwachsenden Benachteiligungen sind im Unterschied zu somatisch Erkrankten oft nicht auf den ersten Blick erkennbar und werden deshalb oft auch nicht entsprechend wahrgenommen. Aber gerade diese funktionellen psychisch bedingten Handicaps sind häufig dafür verantwortlich, dass psychisch kranke/behinderte Menschen hinsichtlich ihrer Teilhabe am öffentlichen Leben benachteiligt werden.

Hierbei sind besonders zu erwähnen: Verdrängung bzw. Ausblendung der Behinderung; Fehlender Antrieb, um eigene Bedürfnisse zu formulieren und berechnete Ansprüche durchzusetzen; mangelndes Durchhaltevermögen, um eigene Belange langfristig zu verfolgen; mangelnde Stabilität, um auf aktuelle Anforderungen jeweils adäquat und prompt zu reagieren; mangelnde Kontaktfähigkeit, um ein stabiles soziales Netz selbständig aufrechtzuerhalten etc.

Diese Aufreihung von potentiellen Schwächen steht nur vermeintlich im Widerspruch zur Tatsache, dass viele psychisch kranke/behinderte Menschen gleichzeitig über einen enormen Reichtum an persönlichen Ressourcen, Begabungen, Talenten, Kreativität und Lebensbewältigungskapazität verfügen. Es zählt zu den Besonderheiten psychischer Erkrankungen, dass der Zugriff auf diese Ressourcen erheblichen Schwankungen unterliegt mit intermittierender Blockade der Selbstbewältigungskräfte.

Auf diese Spezifität psychischer Erkrankungen muss bei der Behandlung, Rehabilitation und Integration psychisch kranker/behinderter Menschen immer wieder Bezug genommen werden.

Besonders bei der Anwendung des Behindertenrechts (Neufassung des Bayerischen Gleichstellungsgesetzes für Behinderte vom 1.8.03) muss dieser Besonderheit psychischer Erkrankungen entsprechend Rechnung getragen

Tab. 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von körperlich und psychisch behinderten Menschen		
Spezifische Probleme von körperlich behinderten Menschen	Gemeinsame Probleme von körperlich und psychisch behinderten Menschen	Spezifische Probleme von psychisch behinderten Menschen
<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung der Mobilität • Einschränkungen der motorischen Möglichkeiten • Chronische Schmerzen • Einschränkungen bzw. Verlust des Sehens und des Hörens • Einschränkungen der sprachlichen Kommunikation • Einschränkungen der Selbstversorgung • Angewiesenheit auf fremde Hilfe • Relative Stabilität der behinderungsbedingten Einschränkungen, weitgehend unabhängig vom aktuellen Schweregrad der körperlichen Grunderkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffizienzgefühle • Nichtwahrhabenwollen der Behinderung • Schamgefühle • Depressive Herabgestimmtheit • Gefühl der Isolation und Ausgrenzung • Verbitterung • Hader mit dem Schicksal • Überforderungsgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Krankheitseinsicht • Verleugnung der Erkrankung mit Ablehnung von Behandlungsangeboten • Aktives sich Entziehen einer Behandlung • Wahnhafte Überzeugungen mit dysfunktionalen Verhaltensweisen gegenüber Behörden, Freunden, Arbeitgebern etc. • Einbußen der sozialen Kompetenz mit negativen zivilrechtlichen Folgen (Fristversäumnisse, Briefe nicht beantworten, zustehende Unterstützungsmaßnahmen nicht einfordern etc.) • Verleugnung des Behinderterstatus mit Ablehnung eines Behindertenausweises • Erhebliche Fluktuation der behinderungsbedingten Einschränkungen in Abhängigkeit vom aktuellen Schweregrad der seelischen Grunderkrankung

werden. Die Bedürfnisse psychisch behinderter Menschen lassen sich nicht ähnlich präzise operationalisieren wie bei somatisch Behinderten z. B. in Form der Bordsteinkantenhöhe für Rollstuhlfahrer oder der Griffhöhe für Gehbehinderte in öffentlichen Verkehrsmitteln. Und trotzdem sind die nicht auf den ersten Blick erkennbaren Barrieren im öffentlichen Leben für psychisch kranke/behinderte Menschen nicht weniger beeinträchtigend und die Teilhabe am öffentlichen Leben mindernd. Hierzu zählen z. B. das intermittierende Versäumen von Fristen (Einwohnermeldebereich, Krankenkassenangelegenheiten, Rentenbereich etc.), das Scheitern an Zeitvorgaben bei Ausbildungsmaßnahmen und Prüfungen (Gesellenprüfungen, Schulabschlüsse, Studium

etc.), soziophobische Hürden beim Besuch von Behörden etc. Durch die Einführung eines flexiblen, temporären Behindertenstatus für psychisch kranke/behinderte Menschen käme darüber hinaus der Umstand zum Tragen, dass psychische Behinderungen im Unterschied zu somatischen Behinderungen oft nur zeitlich befristet vorhanden sind und nach Remission der Beschwerden die Aufrechterhaltung des Behindertenstatus eher integrationshemmend wirken kann.

Um eine qualitative Verbesserung der Integration psychisch kranker/behinderter Menschen zu erreichen, müssen die oben genannten Belange psychisch kranker/behinderter Menschen künftig präziser berücksichtigt werden.

Hierbei sind die folgenden Aspekte besonders zu beachten:

1.2 Psychische Behinderungen und ihre mangelnde Vermittelbarkeit

Psychische Behinderungen sind in den Gleichstellungsgesetzen praktisch unberücksichtigt geblieben. Psychische Behinderungen sind nur im Rahmen einer Legaldefinition von Behinderung aufgeführt. Weder werden psychische Behinderungen genauer beschrieben, noch erläutert das Gesetz Barrieren, die der Gleichstellungsforderung im Falle psychisch behinderter Menschen im Wege stehen. Die nachstehenden Ausführungen sollen dazu beitragen, mehr Anschaulichkeit für zwingend notwendige Gesetzesänderungen zu vermitteln.

1.3 Formen der psychischen Behinderung

In aller Regel sind bei vielen Patienten irrationale Ängste, Bedrohungsgefühle und ein allgemeines Misstrauen vorhanden. Diese Beschwerden sind oft Folge der zugrundeliegenden depressiven Verstimmung, Wahnsymptomatik und Halluzinationen. Dadurch werden zahlreiche der nachstehend aufgeführten Beschwerden in Gang gesetzt und aufrechterhalten:

- Rückzug mit Vermeidung von Sozialkontakten
- Kommunikationsschwierigkeiten mit Kommunikationsvermeidung
- Unstetigkeit der Lebensführung (z. B. häufiger Wohnungs- bzw. Ortswechsel)
- Allgemeines Vermeidungsverhalten mit Entwicklung von Ausweichtaktiken
- Kognitive Beeinträchtigungen mit Reaktionsbehinderungen
- Konzentrationsmängel
- Wahrnehmungsstörungen mit Beeinträchtigung des Urteilsvermögens
- Verlust des Zeitgefühls mit mangelnder Einordnung von Zeitabfolgen
- etc.

Generell können sich psychische Behinderungen in einer Destabilisierung und Beeinträchtigung sozialer Beziehungen äußern. Sie führen dann zur Desintegration mit großer Benachteiligung bei der Wahrnehmung sozialer Funktionen. Als Folge hiervon treten Reaktionsbehinderungen und -ausfälle auf. Dies hat Konsequenzen für die rechtlichen und vertrag-

lichen Einbindungen und Pflichten, denen jeder Mensch unterworfen ist. Dies betrifft auch und in besonderem Maße Hoheitsrechte des Staates.

1.4 Terminus „Behinderung“

Der Gebrauch des Terminus „behindert“ setzt im allgemeinen voraus, dass eine Anerkennung des Behindertenstatus erfolgt ist. Daraus folgt: Im Rechtsverkehr gilt nur als behindert, wer auch eine Anerkennung als Behinderter hat. Diese Voraussetzung begünstigt die von Körper- oder Sinnesbehinderung betroffenen Menschen und benachteiligt psychisch behinderte Menschen. Psychisch Erkrankte verfügen nur in seltenen Fällen über einen rechtlich qualifizierten Behindertenstatus. Es ist Teil der psychischen Behinderung, dass die Behinderung negiert oder nicht wahrgenommen wird. Die Art ihrer Behinderung verhindert buchstäblich den Erwerb des Behindertenstatus. Behinderungen zu definieren und sie in einer Gesetzesnovelle einzubringen macht also nur Sinn, wenn auch entsprechende Ergänzungen des Behindertenrechtes erfolgen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Behinderungen der hier erwähnten Art, im Gegensatz zu Körperbehinderungen, in vielen Fällen nur temporär auftreten.

1.5 „Krankheit“ oder „Behinderung“: Zur Begriffsproblematik aus Sicht der Betroffenen (A. Deisenhofer, G. Wörishofer)

Psychiatrische Fachleute, auch Angehörige von psychisch Kranken, bedauern mitunter, dass Patienten oft und manchmal auch hartnäckig, den Erwerb eines Behindertenausweises verweigern, obwohl der Behindertenausweis(-status) einige unbestreitbare, sachhaltige Vorteile mit sich brächte. Wie erklärt sich dies?

Der „Durchschnittsbürger“ verbindet mit der Bezeichnung „Behinderter“ i. d. Regel Körper- oder Sinnesbehinderte. Mit diesem Begriff, der im Wesentlichen die Sichtbarkeit einer Behinderung ausdrückt, vermag sich der psychisch Kranke naturgemäß nicht zu identifizieren. Zudem ist eine Körper- und/oder Sinnesbehinderung dauerhaft lebensbestimmend, – hinsichtlich der Schwere ihrer Ausprägung weitgehend konstant oder sogar zunehmend. Auch damit fällt es schwer, sich zu identifizieren, insbesondere dann, wenn die Behinderungen des psychisch Kranken nachlassen und einer – wenn auch stets gefährdeten – Genesung Platz machen.

Psychisch-krank-Sein ist meistens nicht sichtbar. Das bedeutet einen Vor-, aber auch einen Nachteil im Hinblick auf das Leben in der Gesellschaft. Der Behindertenstatus wird ganz allgemein und bei psychisch Kranken im Besonderen als gesellschaftlicher Statusverlust erlebt. Ein Behindertenausweis schreibt diesen Statusverlust fest und stellt ihn, wie der Name schon sagt, – unter Beweis.

Es wird jedoch etwas ausgewiesen, das gar nicht i. S. der Sichtbarkeit vorhanden ist.

Tab. 2: Spezifische Probleme von psychisch behinderten Menschen aus der „Innensicht“ von Betroffenen

- Mangelnde Krankheitseinsicht aufgrund der krankheitsbedingten „inneren Einengung“
- Verleugnung der Erkrankung mit Ablehnung von Behandlungsangeboten
- Das Vorliegen einer Erkrankung kann nicht wahrgenommen und Behandlungsangebote können deshalb nicht angenommen werden
- Aktives sich Entziehen aus einer Behandlung bei krankheitsbedingten Situationsverkennungen
- Wahnhafte Überzeugungen mit dysfunktionalen Verhaltensweisen gegenüber Behörden, Freunden, Arbeitgebern etc. Dadurch negative zivilrechtliche und/oder strafrechtliche Folgen (Fristversäumnisse, zustehende Unterstützungsmaßnahmen nicht einfordern etc.)
- Ausgrenzung im gesellschaftlichen Miteinander, Verlust von zwischenmenschlichen Bezügen
- Ablehnung des Behindertenstatus; Verlust der Vergünstigungen, die ein Behindertenausweis mit sich brächte
- Erhebliche Schwankungen im Ausmaß der psychischen Behinderung; Diskontinuität hinsichtlich der abrufbaren Leistungsfähigkeit, keine regelmäßig verfügbare Alltagskompetenz
- Moralischere Bewertung von krankheitsbedingten Fehlleistungen durch das Umfeld

Im Unterschied zu Körper- und Sinnesbehinderten, deren Ausweis das offenkundig Sichtbare lediglich bestätigt, wird beim psychisch Kranken

eine Behinderung überhaupt erst offengelegt, ans Licht gebracht und „unter Beweis“ gestellt, d. h. der Kranke wird im sozialen Sinne auch bloßgestellt.

Sofern der Betroffene einen Behindertenausweis vorlegt, aber nicht gänzlich schon die Hoffnung aufgegeben hat, eine anerkannte Rolle in dieser Gesellschaft zu spielen, handelt er sich erhebliche Nachteile ein, sowohl im menschlichen Miteinander, als auch im Hinblick auf praktische Chancen im gesellschaftlichen und beruflichen Leben .

Der psychisch Kranke begeht gewissermaßen eine „Selbststigmatisierung“ und setzt sich einer Benachteiligung aus, die er im landläufigen Sinne „selbst verursacht hat“. Im Allgemeinen hält man solch ein Handeln für nicht vernünftig. Wer freiwillig und unwiderruflich zu Markte trägt, was gern verschwiegen und besser im Verborgenen bliebe, gibt letztlich den einzigen Vorteil preis, den die Art und Weise seines Krankseins hat: Dass sie nicht ohne Weiteres zu sehen ist. Unter den genannten Voraussetzungen dürfte es daher nachvollziehbar sein, wenn häufig auf die potentiellen Vorteile eines Behindertenausweises verzichtet wird. Letztlich hängt aber alles an der Frage, was der/die Einzelne mit dem eigenen Leben vor hat. Die Schwere und Dauer einer Erkrankung entspricht einer individuellen Erfahrung von Behindert-Sein. Dieser individuellen Erfahrung gilt es Rechnung zu tragen, wenn Vor- und Nachteile eines Behindertenausweises abgewogen werden.

2. Ausnahmeregelungen bei rechtlichen und behördlichen Angelegenheiten (K.Gross)

Behinderungen sind im allgemeinen dadurch klassifizierbar, dass sie zwischen Patient, Arzt und Behörden kommuniziert werden können, obwohl sie zeitweise noch nicht als sichtbare Behinderungen wahrgenommen werden.

- 1 Verleugnet kann etwas nur werden, wenn man um die Wahrheit weiß. Das gerade ist – zumindest bei wahnhaften Psychosen – nicht immer gegeben.
- 2 Ganz nebenbei steht sofort die Frage im Raum: „Wodurch sind Sie eigentlich behindert?“ Er/Sie befindet sich also jäh in einem Dilemma: entweder eine Ausrede zu erfinden oder sich zu „outen“ – Sozialer Stress dem nur durch Vermeidung von derart „gefährlichen Situationen“ zu begegnen ist (Rückzug).
- 2 Bei einer Arbeitsplatzbewerbung muss der Behindertenausweis zwingend vorgelegt werden, widrigenfalls besteht ein gesetzlicher Kündigungsgrund. Die Chancen den Arbeitsplatz zu erhalten gehen damit gegen Null. Man hat also nicht einmal die Chance gekündigt zu werden, weil man den Arbeitsplatz gar nicht erhalten hat.

Dies gilt nicht in gleicher Weise für schwer psychisch Erkrankte. Diese Menschen sind als Folge ihrer Erkrankung/Behinderung oft längere Zeit gerade nicht zur Kommunikation in der Lage (fehlende Krankheitseinsicht, Konzentrationsdefizite) und sie können gegenüber Behörden „normale“ Handlungen oder Tätigkeiten nicht erbringen (Angst vor Menschen verhindert die Nutzung von Verkehrsmitteln oder das Betreten von Ämtern aus Angst, dort „abgehört zu werden“ etc.). Sie sind dadurch gehindert, ihren staatsbürgerlichen Pflichten nachzukommen oder entsprechende Rechte zu nutzen (Beispiele: Abgabeordnung, Meldegesetz, Passgesetz, Wehrgesetz, einschließlich der Bestimmung über die Ableistung eines Ersatzdienstes, Schulpflicht, Polizeigesetze, Pflichtversicherungsgesetze, gesetzliche Krankenversicherung).

Psychisch Kranke (fallen da oft aus dem Rahmen und) bedürfen im Regelfall eines Fürsprechers, eines Übersetzers, insbesondere dann, wenn dieser nicht schon rechtswirksam bestimmt wurde (gesetzlicher Betreuer).

...

6. Ausblick

Diese aufgeführten Einzelpunkte zeigen, wie hochkomplex und gleichzeitig brisant sich die einzelnen Problembereiche der Lebensgestaltung und psychosozialen Versorgung psychisch kranker/behinderter Menschen darstellen. Um eine fundamentale Abhilfe mit förderlicher Entbürokratisierung in die Wege zu leiten, bedarf es einer gemeinsamen Aktion mit Beteiligung aller relevanten Kostenträger und Versorgungserbringer.

Die MüPI (Münchner Psychiatrie Initiative) mit ihrer dialogischen Kompetenz möchte dahingehend die Initiative ergreifen, dass sie auf die wesentlichen Versorgungs- und Gesetzesmängel aufmerksam macht und in Form beispielhafter Anregungen an die zuständigen Behörden und Entscheidungsträger einen Diskussionsprozess in Gang setzt und aufrechterhält.

In Kooperation mit den zuständigen Ministerien, den für die Psychiatrische Versorgung verantwortlichen Bezirken (Bayern), den Kommunen – speziell mit der Stadt München – und den psychiatrisch-psychosozialen Fachgesellschaften soll eine konstruktive Initiative zur Verbesserung der aktuellen Gesetzeslage in Gang gesetzt werden.

Durch die Einbindung und Vernetzung der MüPI-Mitglieder in zahlreiche psychosoziale Organisationen sollte es möglich sein, alle relevanten Entscheidungsträger und Psychiatrieverantwortlichen für ein konzertiertes Vorgehen zu gewinnen.

Dr. med. Josef Bäuml
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Sprecher der MüPI
J.Baeuml@lrz.tum.de
München, den 5.7.2007

Dieser Text, der uns so aktuell wie eh erscheint, wurde für unsere „Info“ im 2. Teil gekürzt von Eleonore Fink. Wer den kompletten Text haben möchte, gemailt oder zugeschickt, wende sich bitte an unsere ApK-Geschäftsstelle, Tel. 86395701 / info@apk-berlin.de

Hier aber zum Schluss noch 3 Zitate

aus dem 2. Teil des Textes, die man sich einprägen sollte, weil man das so deutlich und verständlich noch nie gehört hat:

„Die für Körperbehinderte bestehenden Einrichtungen und Richtlinien zur Erlangung eines Berufsabschlusses stellen für psychisch behinderte Menschen eine oft zu hohe Barriere dar.“

„Es sollten Berufsbildungswerke speziell für psychisch behinderte Menschen geschaffen werden, da die Anforderungen, die für körperlich behinderte Menschen in allgemeinen Berufsbildungswerken gelten, für sie zu hoch sind. Sie fühlen sich erfahrungsgemäß von Körperbehinderten leicht ausgegrenzt und durch deren bessere Durchhaltefähigkeit und Belastbarkeit auf psychologischem Gebiet oft minderwertig.“

„Das derzeit geltende Finanzierungskonzept für betreute Wohnformen macht psychisch Kranke automatisch zu „Behinderten“ und führt zwangsläufig zur oft mit zahlreichen Problemen verbundenen Heranziehung von Einkommen und Eigentum der Betroffenen und deren Angehörigen mit der Gefahr der Verarmung. Hier handelt es sich im Vergleich mit somatisch (körperlich) Kranken um einen klaren Fall von Benachteiligung und Stigmatisierung, der die Ausbildung einer „umgekehrten Zwei-Klassen-Gesellschaft“ zur Folge hat!“

Psychiatrische Versorgung in Berlin

Netzwerk Arbeit und seelische Gesundheit im Bezirk Lichtenberg

Unser Mitglied Peter Diez, der für den ApK in Lichtenberg im Gemeindepsychiatrischen Verbund tätig ist, schickte uns diesen Artikel:

Das Kooperationsprojekt der Albatros gGmbH, WIB – Weißenseer Integrationsbetriebe GmbH und der LWB-Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH hat im Dezember 2010 seine Arbeit im Bezirk Lichtenberg aufgenommen.

Das Netzwerk versteht sich als erste Anlaufstelle für Lichtenberger Bürger/innen, welche von seelischer Erkrankung betroffen sind und sich eine Arbeit und Beschäftigung wünschen oder sich neu orientieren möchten.

Durch die Beteiligung unterschiedlicher Kosten- und Leistungsträger sind die Angebote und Möglichkeiten für diese Menschen oft unübersichtlich.

Das Fachpersonal aus dem Bereich Integration bietet Unterstützung bei der Entscheidung für eine Eingliederung in:

- den allgemeinen Arbeitsmarkt, ggf. mit Förderleistungen oder
- anderen Formen der beruflichen und sozialen Integration.

Für eine anonyme Erstberatung lädt das Projekt alle Interessierten in den Zeiten der offenen Sprechstunde ein.

Ein weiterer Schwerpunkt des Projektes ist die Vernetzung von allen Akteuren im Bereich Arbeit und Beschäftigung im Bezirk Lichtenberg. Dazu gehören sowohl Träger von Zuverdiensten, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsbetriebe als auch Unternehmen der freien Wirtschaft sowie die im Bezirk wirkenden Behörden. Im Mittelpunkt steht insbesondere auch die Beratung von interessierten Arbeitgeber/innen zu Fördermöglichkeiten und Potentialen der Beschäftigung von seelisch erkrankten Menschen. Ziel ist es, mehr bedarfsgerechte Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Bezirk zu schaffen.



Das Team

Das Projekt wurde aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des JobCenters Lichtenberg finanziert und kann daher ausschließlich von Bürger/innen des Bezirks in Anspruch genommen werden.

Netzwerk Arbeit und seelische Gesundheit
Normannenstraße 37
10367 Berlin

S- und U-Bahnhof Frankfurter Allee
(S8, S9, S41, S42, U5)
Rathaus Lichtenberg (M 13, 16)

Offene Sprechstunde:
Montag 8:00–12:00 Uhr
Donnerstag 16:00–18:00 Uhr

Kontakt:
Telefon: (030) 484 80 08 80
E-Mail: kontakt@arbeit-netzwerk.de

Die psychiatrische Versorgung in Berlin

PSAG Tempelhof/Schöneberg

Ein Kurzbericht aus der Sitzung vom 29.06.2011

Thema: Nach der Zwangseinweisung, wie geht es in der Klinik weiter?

Als Referenten waren Prof. Dr. Zeiler vom Auguste Victoria Krankenhaus (AVK) in Schöneberg und Dr. Dr. Steinacher vom Wenckebach Krankenhaus in Tempelhof anwesend.

Während es im Wenckebach Krankenhaus 4 vollstationäre Psychiatriestationen gibt, von denen eine Station eine ausschließlich geschlossene ist, sind die psychiatrischen Stationen im AVK alle offene Stationen, wobei die Stationstüren sehr viel geschlossen sein können. Prof. Zeiler hält die strikte Trennung zwischen geschlossenen und offenen Stationen für problematisch. Besser sei auf den Stationen die Durchmischung von schwerkranken Patienten mit den leichter Erkrankten. Im Wenckebach Krankenhaus bleiben Patienten, die in die geschlossene Station aufgenommen werden, bis zum stationären Behandlungsende auf der Geschlossenen, um den Akutkranken die Besserung des Krankheitsverlaufes zu zeigen und Mut zu machen. Wichtig ist neben der fundierten Diagnose, eine tragfähige Behandlungsbeziehung zwischen den Professionellen und dem Patienten aufzubauen. Die Psychiater in der Klinik haben gemäß dem PsychKG nicht nur eine Behandlungsfunktion, sondern sie haben Hoheitsrechte z. B. das Recht des Behaltens. Sie haben eine staatliche Funktion der Sicherung. Im Krankenhaus ist der Psychiater vom Gesetz aus verpflichtet, im erforderlichen Fall Zwang zu vollziehen.

Eine Fixierung darf nur der Arzt veranlassen, er muss alle 2 Stunden den Fixierten überprüfen. Laut Leitlinie gehört bei einer Fixierung die 1:1 Betreuung zwingend dazu. Es ist Standard, nach einer Fixierung das traumatische Erlebnis mit dem Patienten psychologisch auf-

zuarbeiten, wenn dies individuell möglich ist.

Zur Frage des Umgangs der Klinikpsychiater mit den Angehörigen sagte Dr. Steinacher, dass ihre Miteinbeziehung in den Behandlungsablauf keine Standardprozedur sei. Er erwähnte aber, dass sie für die Fremdanamnese von Bedeutung sind. Prof. Zeiler betonte, die Ärzte sollten eine Beruhigung der Angehörigen bewirken. Außerhalb der Klinik sollen die Angehörigen ihr Problem hinsichtlich der Fixierung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder dem Krisendienst erörtern. Ihre diesbezüglichen Beschwerden können die Angehörigen beim Patientenfürsprecher oder bei der Beschwerdestelle BIP kundtun.

Auf die Frage, inwieweit die Behindertenrechtskonvention bei der Zwangsbehandlung berücksichtigt wird, antwortete Prof. Zeiler, dass diese zwar in den Entwurf des Berliner Psych KG einfließe, jedoch schränke die Behindertenrechtskonvention nicht die Zwangsbehandlung ein, der Arzt habe das Recht und die Pflicht zur Notfallbehandlung, das Recht zu Betreuungsmaßnahmen und zum Unterbringungsbeschluss wird durch die Konvention nicht ausgeschlossen.

Umfragen haben ergeben, dass die Zahlen der Unterbringungen und der Fixierungen weniger werden. Dennoch hat Deutschland eine deutlich höhere Zwangseinweisungsrate als andere Industrieländer.

Dagmar Hasse

Gesetzliche Neuregelung

Kürzung der Grundsicherung ab dem 1. April 2011

Wie viele unserer psychiatrieerfahrenen Mitglieder sind von der neuen Kürzung der Grundsicherung betroffen?

Umstrittene Regelbedarfsstufe 3 in Kraft

Ende März ist rückwirkend zum 1. Januar 2011 das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen (sog. „Hartz-IV-Neuregelung“) in Kraft getreten. Für Leistungen der Grundsicherung für alte und voll erwerbsgeminderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe) wurde damit auch die umstrittene Regelbedarfsstufe 3 eingeführt.

Diese regelt, dass erwachsene leistungsberechtigte Personen, die weder einen eigenen Haushalt führen noch als Ehegatte, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führen, lediglich einen Regelbedarf von 291 Euro haben. Damit betragen die Leistungen dieser Regelbedarfsstufe 20 Prozent weniger als der volle Regelbedarf von 364 Euro.

Grundsicherungsleistungen werden gekürzt

Die Regelbedarfsstufe 3 findet auch Anwendung bei volljährigen behinderten Menschen, die im Haushalt ihrer Eltern oder sonstiger Angehöriger leben und Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) beziehen. Sie erhalten nun teilweise weniger Geld als zuvor. Zusätzlich können auch die zuerkannten behinderungsbedingten Mehrbedarfe geringer ausfallen, da diese ausgehend vom Regelbedarf berechnet werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat bereits im Gesetzgebungsverfahren auf die drohende Schlechterstellung von behinderten Menschen aufmerksam gemacht und an die Mitglieder des Vermittlungsausschusses geschrieben.

Kritisiert wurde dabei insbesondere, dass durch die Regelbedarfsstufe 3 Menschen mit einer Behinderung, die auf Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, im Vergleich zu gleichaltrigen erwerbsfähigen Grundsicherungsempfängern nach dem SGB II („Hartz-IV“) benachteiligt werden. Diese erhalten ab Vollendung des 25. Lebensjahres den vollen Regelbedarf, auch wenn sie noch bei ihren Eltern wohnen.

Regelbedarfsstufe 3 muss überprüft werden

Der Protest der Bundesvereinigung Lebenshilfe und vieler weiterer Verbände hat dazu geführt,

dass im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat vereinbart wurde, „die Regelbedarfsstufe 3 mit dem Ziel zu überprüfen, Menschen mit Behinderungen ab dem 25. Lebensjahr den vollen Regelsatz zu ermöglichen“.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat das dafür zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie die Mitglieder des Vermittlungsausschusses aufgefordert, diesen Prüfauftrag im Sinne der ausdrücklich formulierten Zielsetzung zügig umzusetzen.

Betroffene Leistungsempfänger können Widerspruch einlegen

Von einer Kürzung betroffene Leistungsbezieher können gegen den Bescheid des Sozialhilfeträgers, mit dem die Grundsicherung ab dem 01. April 2011 verringert wird, Widerspruch einlegen. Zu beachten ist dabei, dass die Regelbedarfsstufe 3 bis zu ihrer Änderung geltendes Recht ist und die Sozialhilfeträger bei ihrer Entscheidung bindet. Widersprüche mit dem Ziel der Auszahlung des vollen Regelbedarfs hätten zum jetzigen Zeitpunkt daher wenig Aussicht auf Erfolg.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe rät Betroffenen daher, ein Widerspruchsschreiben an die Sozialhilfeträger zu richten, in dem man sich mit dem Ruhen des Verfahrens einverstanden erklärt, bis die Überprüfung der Regelbedarfsstufe 3 abgeschlossen ist. So sichern sich Betroffene eine Nachzahlung, sollte die Regelbedarfsstufe 3 aufgehoben werden.

www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/Grundsicherung

Kuren für Angehörige psychisch Kranker



Die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds stellt vor allem für die Mütter und Ehefrauen eine extreme seelische und körperliche Belastung dar. Deshalb bietet das Frauenkurhaus Bad Wurzach in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker jedes Jahr eine spezielle Schwerpunktkur für Mütter bzw. Frauen von psychisch Kranken an.

Die diesjährige Kur im Frauenkurhaus Bad Wurzach findet vom 21. September bis 12. Oktober 2011 statt.

Auskünfte und Informationen unter:

Internet: www.muettergenesung-kur.de

E-Mail: info@muettergenesung-kur.de

Postanschrift:

Evangelische Mütterkurheime
in Württemberg, Gymnasiumstr. 36,
70174 Stuttgart

Telefon: 0711 / 2068-240, 241 und 277

Fax: 0711 / 2068-346



Aufbauendes Kulturerlebnis für Angehörige und Betroffene



Die „Camerata Vocale“ Berlin konzertierte mit Joseph Haydns „Die Schöpfung“

Am 2. Juni 2011, dem Himmelfahrtstag, an einem schönen warmen Frühlingsabend haben Mitglieder des ApK Haydns Spätwerk „Die Schöpfung“ besucht.

Im prächtigen großen Saal des Konzerthauses am Gendarmenmarkt brachte die „Camerata vocale“ unter der musikalischen Leitung von Etta Hilsberg eine Aufführung der Schöpfung von Haydn zum Erklingen, die das Gemüt der Zuhörer tief und nachhaltig beeindruckte. Mit Zauberhand vermochte die Dirigentin dem Chor herrlichen Gesang und dem Orchester wunderbare Töne zu entlocken. Die Solisten rührten mit ihrem innigen Gesang, der Sopran von Esther Hilsberg schmeichelte die Seelen der Zuhörer.

Lange klang „Die Schöpfung“ in den Herzen nach und die Mitglieder des Angehörigenverbandes danken Frau Etta Hilsberg und der Camerata Vocale Berlin für den unvergesslichen Konzertabend.

Internet: www.camerata-vocale.eu

Dagmar Hasse

Gemeinsame Projekte für Betroffene und Angehörige

Kunst im ApK

Künstler unseres Aquarellkurses stellte in der „Langen Nacht der Bilder Lichtenberg“ im Juni 2011 gemeinsam mit Pinel ihre Aquarelle aus.

Unter der Leitung von Ule Mägdefrau zeigte die Ateliergemeinschaft Pinel im Allee-Center, Landsberger Allee 277, unter dem Motto „Zeichen/Circle“ etwa 100 Kunstwerke, die in der Zusammenarbeit von Menschen mit Handicap und mit Psychiatrieerfahrung mit freien Künstlern geschaffen wurden.

Zu den teilnehmenden Künstlergruppen gehörten auch Projekte aus London, die Lankwitzer Werkstätten, KiK Kunst im Krankenhaus (Hamburg).



Wie bereits in unserer Info 1-2011 angekündigt, findet vom 23. August 2011 bis zum 23. September 2011 eine gemeinsame Bilder- ausstellung des ApK-Aquarellkurses und des Malkurses des Pinel e.V. in der Galerie Elvy Lütgen in 14163 Berlin-Zehlendorf, Anhaltinerstr. 2 statt.

Öffnungszeiten:

Mo.–Mi. 10–18 Uhr nach Vereinbarung.

Tel.: 030-705 91 21

www.elvy-luetgen.de

Einladungskarten wurden unseren Mitgliedern bereits zugeschickt. Die Künstler/Innen des ApK-Aquarellkurses und des Malkurses der Pinel Gesellschaft e.V. freuen sich auf den Besuch unserer Mitglieder.



Veranstaltungen des Landesverbandes

**23. August 2011 –
23. September 2011**

**Gemeinsame Bilder-Ausstellung
des ApK-Berlin e.V. und Pinel e.V.**
im Atelier Elvy Lütgen, Anhaltinerstr. 2
14163 Berlin-Zehlendorf
Öffnungszeiten:
Mo. – Mi. 10.00 – 18.00 Uhr nach Vereinbarung
Telefon: (030) 705 91 21
www.elvy-luetgen.de

10. – 16. Oktober 2011

Woche der seelischen Gesundheit

Mo., 10. Oktober und
Di., 11. Oktober

Tag der offenen Tür im ApK
10.00 – 18.00 Uhr in der Geschäftsstelle

Do., 13. Oktober

ab 10.00 Uhr,
mit anschließendem **Workshop**
Fortbildung mit Ärzten der Charité
um 19.00 Uhr mit Dr. Undine Lang (Charité),
Thema: „**Compliance**“

02. November 2011

14.00 Uhr
Apk-Veranstaltung im Rathaus Wilmersdorf
Workshop: Cannabis/Psychose

10. November 2011

Fortbildung mit Ärzten der Charité
Dr. Jan Kalbitzer:
Die Neurotransmitter im Gehirn
19.00 Uhr in der ApK-Geschäftsstelle

03. Dezember 2011

10:00 – 16:00 Uhr
Seminar: Schuld und Verantwortung
in der ApK-Geschäftsstelle
Leitung: Dr. Grüß

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, Eleonore Fink

Fotos: Dagmar Hasse, Beate Lisofsky, 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
