

KEH | REPORT

2 | Februar 2005



DEPRESSION

DIAGNOSTIK, THERAPIE UND PFLEGE

»Volkskrankheit« Depression

| Seite 3

Psychotherapie –
Heilung der Seele

| Seite 6

Liebe Leserinnen und Leser,



am Beginn des Jahres 2005 erhalten Sie die zweite Ausgabe unseres KEH Reportes.

Unsere Zeitschrift möchte Sie über das vielfältige Leistungsspektrum unseres Hauses informieren, Sie auf

aktuelle Ereignisse und Entwicklungen im Krankenhausbereich hinweisen.

Im Mittelpunkt dieser Ausgabe steht eine Volkskrankheit, über die öffentlich nur wenig gesprochen wird, die Depression, eine relativ häufige und oft schwere Erkrankung des gesamten Menschen. Sie hat gravierende Auswirkungen auf die sozialen Bezüge, vielfach erfahren Erkrankte Ablehnung oder Unverständnis ihrer Mitmenschen. Mit den Beiträgen aus unserem Haus wollen wir Sie informieren und um Verständnis für Patientinnen und Patienten werben.

Weitere Informationen erhalten Sie über Veranstaltungen und Konzerte zu denen wir Sie herzlich einladen, auch wenn Sie nicht Patientin oder Patient unseres Hauses sind.

Der 2. März 2005 wird für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH ein besonderer Tag sein. An diesem Tag wird das Diakonie-Hospiz Lichtenberg eingeweiht werden. Informationen über diesen neuen Arbeitszweig an unserem Krankenhaus erhalten Sie durch Mitarbeitende des Hospizes.

Für das Jahr 2005 wünsche ich Ihnen viele gute und behütete Wege.

Pastor Dr. Johannes Feldmann
Theologischer Geschäftsführer

Die Natur
braucht Ruhe zur
Regeneration –
das gilt auch
für den Menschen

(Prentice Mulford)



Inhalt

Editorial 2

»Volkskrankheit« Depression 3

Diagnostik und Therapie
depressiver Störungen 4/5

Psychotherapie –
Heilung der Seele 6

Hier bekommen Sie Hilfe 7

Pflege in der Psychiatrie –
die Co-Therapeuten der P2 8

Veranstaltungen 9

Aktuell 10

- Diakonie-Hospiz Lichtenberg
- Neue Ausgabe »Kerbe –
Forum für Sozialpsychiatrie«
- Figuren balancieren wieder

Kontakt 11

»Volkskrankheit« Depression

Im Winter, der trüben und lichtarmen Jahreszeit, kann so mancher nachfühlen, was depressive Patienten erleben: Wenn die Tage kurz und die Temperaturen draußen ungemütlich sind, fällt es vielen schwer aufzustehen, manchmal ist man sogar in einem Tief, hat zu nichts Lust und möchte einfach nur in Ruhe gelassen werden – man entwickelt sich zum »Winterschläfer«.

Menschen, die an einer Depression leiden, haben ähnliche Symptome, jedoch verstärkt und teilweise nicht mehr durch ihren Willen beeinflussbar. Neben einer gedrückten Stimmung, die bis hin zur völligen Gefühlsversteinigung gehen kann, steht der Antriebsmangel mit im Vordergrund. Die Patienten können sich nur mühsam selbst zu den einfachsten Dingen aufraffen, verlieren das Interesse an sich und der Umwelt. Dazu kommen u. a. Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitmangel, Verlust der sexuellen Phantasie.

Zu einer lebensgefährlichen Erkrankung wird die Depression dann, wenn Suizidgedanken auftreten, die in die Tat umgesetzt werden können. Immerhin sterben 15 bis 20 Prozent der depressiven Patienten durch Selbsttötung. Das sind mit 11.000 Menschen jährlich deutlich mehr als die Anzahl aller Verkehrstoten in Deutschland.

Berücksichtigt man Schwere und Dauer einer Erkrankung, so rangieren depressive Störungen inzwischen in den entwickelten Ländern auf Platz 1 der Liste der Volkserkrankungen. 6,3 Prozent der Menschen zwischen 18 und 63 Jahren leiden an einer Depression.

In dieser Ausgabe des KEH-Reports wollen wir das Krankheitsbild der Depression erklären und damit Verständnis für depressive Patienten wecken.

Auf den nachfolgenden Seiten erfahren Sie mehr über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten von Depression.



Chefarzt Prof. Dr. Diefenbacher

Bei einer depressiven Erkrankung ist die Bewältigung selbst alltäglicher Aufgaben oft nicht mehr möglich.

In der Depression sehen wir alles schwarz.

Depressionen schränken das soziale Leben ein und können sogar einen vollständigen Rückzug bewirken.

Zehn Tatsachen:

Depression...

1. ... ist eine Erkrankung. Bestimmte Krankheitszeichen wie beispielsweise Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Schlafstörungen und Energielosigkeit treten dabei zusammen für einen längeren Zeitraum auf. Weder ob die Krankheit auftritt noch wie sie verläuft, unterstehen der willentlichen Kontrolle des Betroffenen!

2. ... beeinträchtigt die Leistungs- und Beziehungsfähigkeit, das emotionale Erleben und das körperliche Befinden erheblich.

3. ... tritt häufig auf. Etwa neun von hundert Menschen sind im Laufe des Lebens davon betroffen.

4. ... weist zahlreiche Risikofaktoren auf, die der Störung vorausgehen können. Solche Faktoren können beispielsweise belastende Ereignisse oder eine mangelnde soziale Unterstützung sein.

Allerdings gehört dazu auch, dass Frauen häufiger von Depressionen betroffen sind als Männer; dass Depression in bestimmten Familien gehäuft auftritt und dass ein Missbrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol die Anfälligkeit für die Störung erhöhen.

5. ... ist höchstwahrscheinlich durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren verursacht. Zu diesen Faktoren gehören beispielsweise genetische, biochemische, interpersonelle, entwicklungs- und persönlichkeitsbedingte und kognitive Faktoren.

6. ... tritt in etwa der Hälfte aller Fälle mehrmals im Laufe des Lebens auf.

7. ... kann mit verschiedenen Therapieformen erfolgreich behandelt werden. Solche Therapien sind beispielsweise antidepressiv wirkende Medikamente, Psychotherapie wie die interpersonelle oder die kognitive Psychotherapie und die Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie u. a..

8. ... hält als Episode bei angemessener Behandlung meistens zwischen zwei und vier Monaten an. Unbehandelt dauern die Episoden meistens sechs Monate und länger.

9. ... klingt als Episode in der Regel unter Auftreten von Schwankungen ab.

10. ... lässt die meisten Patienten nach Abklingen der Episode zu ihrer normalen Verfassung und Leistungsfähigkeit zurückkehren.

Diagnostik und Therapie depressiver Störungen

Verstimmtheit, Abgeschlagenheit, schnelle Erschöpfbarkeit sowie Appetitlosigkeit und Schlafstörungen sind häufig auftretende Symptome, die nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch begleitend bei vielen körperlichen Erkrankungen bekannt sind. Somit ist der erste Schritt im diagnostischen Vorgehen neben der psychiatrischen Untersuchung auch ein Ausschluss von körperlichen Grunderkrankungen: hierfür werden internistische und neurologische körperliche Untersuchungen, Laboruntersuchung bestimmter Blutwerte, sowie ein EKG und eine Gehirnstrommessung durchgeführt. Bei Neuerkrankten kann das Diagnostikum durch eine Bildgebung des Gehirns und eventuell auch durch eine Laboruntersuchung der Gehirnlüssigkeit ergänzt werden. Ergeben diese Maßnahmen keine Hinweise auf einen körperlichen Krankheitsprozess, kann die psychiatrische Diagnose »depressive Episode« nach bestimmten Kriterien der Weltgesundheitsorganisation gestellt werden. Die Durchführung der ersten diagnostischen Schritte sind prinzipiell auch von einem Hausarzt ambulant möglich. Für die weiteren Untersuchungen können dann Fachärzte der unterschiedlichen Richtungen von ihm hinzugezogen werden.

Welche Therapiemaßnahmen gibt es? Die heutige Depressionsbehandlung fußt auf drei Therapiensäulen: der biologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen.

Medikamentöse Therapie

Die Möglichkeit der gezielten medikamentösen Behandlung depressiver Störungen mit Antidepressiva gibt es erst seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts. Es gibt heute eine Fülle von Antidepressiva, die in ganz verschiedener Weise in den Gehirnstoffwechsel eingreifen und aufgrund dieser Eigenschaften in verschiedene Gruppen und Unter-

Verlaufsform einer depressiven Erkrankung

Eine depressive Erkrankung verläuft in den meisten Fällen chronisch mit immer wieder auftretenden Erkrankungsphasen, die sich im Allgemeinen nahezu vollständig zurückbilden. Eine Phase kann mehrere Monate, sogar Jahre andauern. Treten im Laufe eines Lebens nur depressive Phasen auf, so spricht man von einer **unipolaren Depression**. Dauert eine eher leichter ausgeprägte depressive Symptomatik mehrere Jahre, so bezeichnet man sie als **Dysthymie**. Kommen zwischen einzelnen depressiven auch gelegentlich manische Phasen mit u. a. deutlich erhöhter Stimmung, stark gesteigertem Antrieb und vermindertem Schlafbedürfnis vor, so spricht man von einer **bipolaren Störung**.

Bei der unipolaren Depression überwiegt der Frauenanteil, bei bipolaren Formen ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.



Oberarzt Dr. Elstner

gruppen eingeteilt werden können. Welche Stoffgruppe bei welchen Patienten wirkt, ist leider nicht immer klar am Anfang der Behandlung zu sagen. Deswegen kommt es durchaus vor, dass verschiedene Medikamente erst ausprobiert werden müssen, bevor die gewünschte Wirkung eintritt. Die modernen Antidepressiva haben jedoch aufgrund ihrer geringeren Nebenwirkungsrate einen eindeutigen Vorteil gegenüber den manchmal nebenwirkungsstärkeren älteren Medikamenten. In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des KEH nutzen wir das gesamte Spektrum der aktuell zur Verfügung stehenden Medikamente unter dem Aspekt der bestmöglichen Wirkung bei geringstmöglicher Nebenwirkung.

Wachtherapie

Besonders bei Depressionen mit Störungen des Vegetativums in Form von z. B. Durchschlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetit- und Libidominderung, hat sich die Wachtherapie als wirksam zur Ergänzung der üblichen antidepressiven Therapie erwiesen. Auch während der Nacht, besonders hier in der zweiten Nachthälfte, werden im Gehirn einige Neurotransmitter verstärkt, andere wiederum vermindert ausgeschüttet. Durch die depressive Schlafstörung wird dieses feine System gestört. Die Wachtherapie soll dieses Neurotransmitter-Gleichgewicht wieder in richtige Bahnen lenken. Hierbei wacht der Patient einmalig entweder die gesamte Nacht oder die zweite Nachthälfte ab ca. 1.00 Uhr durch. Dies bewirkt am folgenden Tag im Allgemeinen einen deutlich stimmungsaufhellenden Effekt bis hin zur einem kompletten Wohlgefühl, das sich jedoch beim nächsten Zu-Bett-Gehen wieder verlieren kann. Für viele depressive Patienten ist dies ein

Zeichen, dass es wieder aufwärts gehen kann und sie schöpfen neue Hoffnung auf baldige Genesung. Um diesen Effekt länger zu erhalten, besteht die Möglichkeit einer Schlafphasenvorverlagerung.



Die Lichtdecke im KEH (hier bei der Vorstellung durch Prof. Diefenbacher, li.)

Hierbei schließt sich an die erste Nacht in den darauffolgenden Tagen eine Verschiebung der Einschlafenszeit in den späten Nachmittag mit langsamer Annäherung an die übliche gegen 23 Uhr an. Das kann den guten Effekt der durchwachten Nacht für einige Tage bis Wochen, eventuell mit Unterstützung von Medikamenten und Psychotherapie dauerhaft verlängern. Bei – wenn auch nur kurz anhaltendem Erfolg – können diese Maßnahmen auch wiederholt werden.

Lichttherapie

Die Behandlung mit starkem Licht (zwischen 2.500 und 10.000 Lux) – in seiner Helligkeit ähnlich dem Sonnenlicht – hat sich bei der Sonderform der Winterdepression als therapeutisch wirksame Maßnahme zusätzlich zur Pharmako- und Psychotherapie erwiesen. Sie kann auch bei den anderen Depressionsformen unterstützend eingesetzt werden. Am KEH bieten wir eine spezielle Lichtdecke an, die mit Hilfe von Spezialleuchtröhren »künstliches Sonnenlicht« scheinen lässt, während die Patienten darunter sitzen und sich z. B. mit Lesen o. ä. beschäftigen. Über den Sehnerv, der ein direkter Teil des Gehirns ist, wird die Ausschüttung von Melatonin und Serotonin, einem der wichtigen Neurotransmitter, gefördert. Die Behandlung, die wir auch mit Tischgeräten anbieten, ist für einen Zeitraum von mehreren Tagen bis Wochen vorgesehen.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die EKT ist eine Therapieform, die erstmalig 1937 durch die Italiener Cerletti und Bini zur Behandlung psychischer Erkrankungen angewandt wurde. Bereits davor hatte man die therapeutische Wirkung von Krampfanfällen bei psychisch kranken Epileptikern erkannt und solche künstlich ausgelöst.

In den letzten Jahrzehnten geriet die EKT u.a. aufgrund historischer Vorkommnisse in Deutschland in Verruf. Erst in den letzten Jahren entdeckte man dieses Therapieverfahren wieder, das in den USA und vielen skandinavischen Staaten seine Wirksamkeit seit Jahrzehnten unter Beweis stellt. Be-



Bewegung

Bewegung kann helfen, den Erfolg einer Behandlung dauerhaft zu stabilisieren und das Wohlbefinden von depressiven Patienten positiv zu beeinflussen. Besonders bei Ausdauersportarten wie Joggen und Schwimmen werden körpereigene Glückshormone, Endorphine, ausgeschüttet, die depressiven Gefühlen entgegenwirken.

sonders Patienten mit langwierigen, schweren depressiven Erkrankungen oder Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis können durch EKT profitieren.

Aus dieser Patientengruppe erfahren ca. 50 % eine Besserung. Durch einen schwachen Stromimpuls wird in Kurznarkose ein künstlicher epileptischer Krampfanfall für ca. 30 bis 45 Sekunden ausgelöst. Muskelentspannende Medikamente vermeiden stärkere Muskelkrämpfe, durch die Narkose bekommt der Patient die Prozedur selbst nicht mit, Überwachung von Herz- und Gehirntätigkeit sowie ausreichende Sauerstoffgabe schaffen eine hohes Maß an Sicherheit. Der Patient erhält im Durchschnitt 8 bis 12 Sitzungen in einer Frequenz von 2 bis 3 Sitzungen pro Behandlungswoche. Durch diese Abfolge therapeutischer Krampfanfälle wird der Gehirnstoffwechsel günstig beeinflusst. Neurotransmitter wie Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, die die Kommunikation der Nervenzellen untereinander ermöglichen, werden, ähnlich wie durch Antidepressiva, günstig, schneller und ohne die z. T. unangenehmen Nebenwirkungen mancher Medikamente, reguliert. In Deutschland wird die Elektrokrampftherapie vornehmlich in den Krankenhäusern stationär durchgeführt, jedoch leider noch lange nicht in allen. Seit dem letztem Jahr steht auch den Patienten aus unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie diese Therapiemethode in ihrer modernen Form wieder zur Verfügung.

Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ist ein neues Verfahren in der Behandlung leicht bis mittelgradiger depressiver Störungen, das vor allem für Patienten geeignet ist, die nur teilweise und sehr langsam von der bei ihnen angewandten Pharmako- und Psychotherapie profitiert haben. Ein sich immer wieder schnell auf- und abbauendes Magnetfeld direkt am Kopf beeinflusst die Aktivität der darunter liegenden Nervenzellen, die dann ihre Signale nach innen senden. Dies wiederum hat einen regulierenden Einfluss auf den Gehirnstoffwechsel, wodurch der antidepressive Effekt erklärt wird. Wir bieten hier im KEH die Behandlung in mindestens 14 bis 21 Sitzungen, einmal täglich über 2 bis 3 Wochen an. Eine Sitzung dauert ca. 15 bis 20 Minuten.

OA Dr. Samuel Elstner

Psychotherapie – Heilung der Seele



**Eva Weiß im
Therapiegespräch**

Wenn nichts mehr geht

Frau M. (29, Studentin): »Mir macht nichts mehr Freude, seit Wochen kann ich mich zu nichts mehr aufraffen, bin ständig müde. Nichts scheint mir sinnvoll, am liebsten würde ich nur im Bett liegen bleiben. Nachts grübele ich, habe Angst, völlig zu versagen, komme mir wertlos vor.«

Begonnen hat die Niedergeschlagenheit langsam und kaum merklich in der Prüfungszeit. Bei den Prüfungsvorbereitungen hatte sie erstmals große Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.

Die Prüfungen besteht sie zwar, doch seither leidet Frau M. ohne Unterbrechung unter diesem depressiven Zustand. Sie verspürt jetzt an nichts mehr Interesse. »Ich gehe anderen Menschen aus dem Weg, sehe für mich irgendwie keine Lebensperspektive mehr.«

Nebenstehendes Beispiel verdeutlicht, dass Depression als Krankheit eine andere Qualität hat als Traurigkeit.

Am Ev. Krankenhaus KEH werden neben den bereits erwähnten biologischen Therapiemaßnahmen wie der Elektrokrampftherapie, der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation oder der medikamentösen Behandlung auch Psychotherapien angeboten. Diese können sowohl während einer stationären Behandlung als auch im tagesklinischen Setting durchgeführt werden. Beispielsweise die »Interpersonelle Psychotherapie« der Depression (IPT, nach Klermann und Weisman) wird am KEH als Gruppentherapie angeboten. Im Folgenden stellen wir Ihnen die IPT vor:

Was ist Interpersonelle Psychotherapie?

Bei der IPT handelt es sich um ein Verfahren, das speziell auf die Behandlung von Depressionen zugeschnitten ist. Es wird davon ausgegangen, dass Depression durch verschiedene Faktoren verursacht sein kann (z. B. familiäre Veranlagung, biologische Parameter u. a.). Unabhängig von den Ursachen sind die Beziehungen der Erkrankten zu anderen Menschen und ihren damit verbun-

den sozialen Rollen (z. B. als Arbeitnehmer, Mutter etc.) immer mit betroffen. Belastende Ereignisse können zum Auftreten depressiver

Symptome führen, umgekehrt kann die Depression zur Auslösung oder Verschlimmerung von zwischenmenschlichen Problemen führen.

Wie läuft die Gruppentherapie mit IPT ab?

Zuerst finden Aufnahmegespräche mit einem Therapeuten statt. Anschließend beginnt die Gruppentherapie.

Sie besteht aus vier Modulen:

1. Krankheitsverständnis, Symptommanagement,
2. Training interpersoneller Grundfertigkeiten,
3. Befähigung zur Auseinandersetzung, zu interpersonellen Konflikten und
4. Bewusstmachen von Rollenwechseln bzw. -übergängen und das Trauern um Verluste.

Insgesamt sind wöchentlich zwei Gruppensitzungen in einer halboffenen Gruppe vorgesehen. Das bedeutet, dass neue Teilnehmer regelmäßig einsteigen können. Selbstverständlich besteht für alle Beteiligten der Gruppe Schweigepflicht.

Eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ist am günstigsten.

Ziele der Gruppentherapie

- Information über die Krankheit, Krankheitsbewusstsein wecken,
- Reduktion der depressiven Symptome,
- Bewältigung von zwischenmenschlichen Schwierigkeiten,
- Lernen neuer adäquater Verhaltensweisen,
- Einsicht in eigene Bestrebungen und Wünsche.

Der Schwerpunkt liegt auf der Bearbeitung depressionstypischer Themen wie z. B. persönliche Verluste, Einsamkeit, Konflikte mit anderen Menschen oder belastende Lebensveränderungen. Die Gruppentherapie hat einen übenden Charakter und setzt aktive Mitarbeit der Patienten voraus. Depressive Menschen haben oft eine große Angst, abgelehnt zu werden. In der Gruppentherapie können sie in einem geschützten Rahmen soziale »Skills« erarbeiten. Durch die Mitpatienten und deren Geschichte erfährt der Depressive eine Stützung, merkt, dass er nicht alleine ist mit seinen Gefühlen.

Dipl.-Psychologin Eva Weiß
**Leitende Psychologische
Psychotherapeutin**

Hier bekommen Sie Hilfe

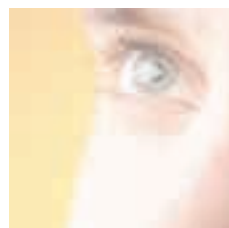
Depressionen sind inzwischen zu einer Volkskrankheit geworden. Um so wichtiger ist es, frühzeitig die Symptome zu erkennen, um sich schnell professionelle Unterstützung holen zu können. Eine schnelle und einfache Checkliste bietet das »Kompetenznetz Depression« www.kompetenznetz-depression.de im Internet. Hierbei werden für den Zeitraum der letzten zwei Wochen das Vorliegen folgender Symptome erfragt:

Ansprechpartner:
OA Dr. Elstner und
Frau Weiß, Leitende
Psychologische
Psychotherapeutin.

Sekretariat
Frau Welke
Telefon: 54 72 - 58 61

- | | |
|----|---|
| 1 | gedrückte Stimmung |
| 2 | Interessen- und Freudlosigkeit auch bei angenehmen Ereignissen |
| 3 | fehlender Schwung und/oder bleierne Müdigkeit und/oder innere Unruhe |
| 4 | fehlendes Selbstvertrauen und/oder fehlendes Selbstwertgefühl |
| 5 | verminderte Konzentrationsfähigkeit und/oder starke Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen |
| 6 | starke Schuldgefühle und/oder vermehrte Selbstkritik |
| 7 | negative Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit |
| 8 | hartnäckige Schlafstörungen |
| 9 | verminderter Appetit |
| 10 | tiefe Verzweiflung/Todesgedanken |

Eine genaue Auswertung erfolgt direkt im Internet unter bereits erwähnter Internetadresse. Als grobe Orientierung lässt sich hier sagen, dass man bei gleichzeitigem Vorliegen der Symptome 1 und 2, bei einer Kombination aus 1 oder 2 und mindestens zwei Merkmalen aus 3 bis 9 oder bei Vorliegen des Merkmals 10 alleine oder in Kombination auf jeden Fall seinen Hausarzt oder einen Psychiater zur genaueren Diagnostik und Therapie aufsuchen sollte.



Hausarzt

Der Hausarzt ist regelmäßig Ihre erste Anlaufstation, wenn sie Krankheitsanzeichen spüren.

Facharzt für Nervenheilkunde

Bei frühzeitiger Erkennung einer Depression reicht häufig eine ambulante fachärztliche Behandlung aus. Ihr Hausarzt überweist Sie an den Spezialisten.

PIA

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) am KEH erfüllt einen spezifischen Versorgungsauftrag für Patienten mit Erkrankungen, die besonders schwer oder chronisch verlaufen und daher eines besonderen krankenhaushaften Angebotes bedürfen. Hier erfolgt, jeweils abhängig vom Bedarf, eine ambulante Behandlung durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Ergotherapeuten. Der Zugang zur PIA erfolgt ggf. nach telefonischer Rücksprache durch den behandelnden niedergelassenen Facharzt, in der Institutsambulanz oder im Anschluss an einen stationären Aufenthalt.

Tageskliniken

Die Tageskliniken in der Herzbergstraße und in der Boxhagener Straße (Friedrichshain) sind teilstationäre Einrichtungen, in denen Sie intensivere therapeutische Betreuung erhalten, soweit für Sie ein ganztägiger stationärer Aufenthalt nicht notwendig ist. Hier erhalten Sie unter der Woche von 8 bis 16 Uhr eine umfassende medikamentöse, sozio- und psychotherapeutische Behandlung, ohne aus Ihrem häuslichen Umfeld komplett herausgerissen zu sein. Dies ist z. B. besonders dann geeignet, wenn Ihre Tagesstruktur verloren gegangen ist und Sie sich selbst ohne Hilfe kaum mehr zu etwas aufrufen können und dadurch die Depression eher noch verstärken. Die Zuweisung erfolgt durch den Hausarzt, einen niedergelassenen Nervenarzt, die PIA oder nach einem stationären Aufenthalt. Eine Kostenzusage Ihrer Krankenversicherung ist notwendig.

Stationäre Behandlung

Ist eine Depression schwerer oder treten sogar Selbsttötungswünsche auf, so ist zur eigenen Sicherheit eine stationäre Therapie angeraten.



Pflege in der Psychiatrie – die Co-Therapeuten der P2

Die Räume auf Station P2 in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie sind hell, in warmen freundlichen Farben gehalten und strahlen Geborgenheit aus. Auf einem Fensterbrett liegt ein Buch, das sich mit den Schwierigkeiten zwischenmenschlicher Beziehungen befasst. Die Patienten hier leiden alle an den unterschiedlichsten Folgen misslungener zwischenmenschlicher

Beziehungen. Wer hierher überwiesen wird, braucht professionelle Hilfe. Eine wesentliche Hilfe erfahren die Patienten von den Schwestern und Pflegekräften auf der Station. Sie sind es, mit denen die Patienten die meiste Zeit des Tages verbringen.

»Wenn der seelische Druck groß ist, sind wir für die Patienten oft die ersten Ansprechpartner«, sagt Angela Mannigel. Sie ist Stationsleitung der Station P2. Gemeinsam mit ihrem 16-köpfigen Pflegeteam ist sie für die Patienten da. In drei Schichten, rund um die Uhr.

Was bedeutet Pflege in der Psychiatrie? »Wenn ein Patient zu uns auf die Station kommt, sind wir es, die ihn mit der Umgebung, der Station, den Abläufen, vertraut machen. Wir sind wichtige Bezugspersonen«, sagt Frau Mannigel. Der Begriff der Bezugspflege bedeutet, dass die Pflege ganzheitlich erfolgt. Eine Pflegeperson führt alle Maßnahmen an einem Patienten aus. Der Patient findet in der Schwester/dem Pfleger eine Vertrauensperson für all die Probleme, die in der eher alltagsfernen Beziehung zwischen ihm und den



Das Pflegeteam:
Stationsleitung
Angela Mannigel,
Schwester Marion
Schenk, Schwester
Andrea Richter,
Schwester Yvonne
Gauditz (v.l.n.r.)

anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams unberücksichtigt bleiben. So leistet das Pflegepersonal »co-therapeutische« Arbeit. Schwestern und Pfleger erklären, wie die Therapie-Gruppen funktionieren, wann sie stattfinden, achten auf die Medikation und – hören zu: »Wir erfahren sehr unmittelbar, was die Patienten bedrückt«, sagt Schwester Marion Schenk. Durchschnittlich 26 Patienten sind auf der Station. »Zurzeit sind 20 Frauen und 6 Männer bei uns.« Überwiegend sind es Menschen mit Depressionen und Persönlichkeitsstörungen wie Psychosen oder Borderline-Syndrom. Der hohe Frauenanteil liegt auch daran, dass ein eigens geschützter Bereich für weibliche Patienten, die traumatische Erlebnisse mit Männern durchlebt haben, existiert. »Oft werden die Störungen ausgelöst durch Trennungen oder Verlust.«

Die Dauer des stationären Aufenthaltes hängt von der Schwere der psychischen Störung ab. Durchschnittlich zwei bis drei Wochen bleiben die Patienten hier. »Wir haben heute eine deutlich kürzere Verweildauer, als noch vor einigen Jahren«, sagt Schwester Angela Mannigel.

Wer täglich zum Teil schwere psychische Krisen miterlebt, Angst, Wut und Trauer, der kann davon nicht unberührt bleiben. »Regelmäßig finden Supervisionen statt. Doch besonders wichtig ist, dass wir als Team sehr gut und klar miteinander umgehen können. Wir sprechen die Dinge aus, packen sie auf den Tisch. Das ist wichtig, wir müssen uns schließlich auch entlasten.«

Viele aus dem Pflegeteam sind schon lange in der Psychiatrie tätig, nicht wenige haben ihren Berufsweg hier begonnen. Stationsleitung Angela Mannigel ist seit 30 Jahren dabei, Schwester Marion Schenk hat vor 25 Jahren ihre Ausbildung hier gemacht. Viele haben sich als Mentorin, Praxisanleiterin oder in der speziellen Therapie für Borderline-Patienten (DBT) fortgebildet. Warum sie so lange in diesem Beruf geblieben sind? Die Antwort kommt so prompt wie überzeugend: »Wegen der Menschen. Aus Interesse an und Neugierde auf Menschen.«

	Termin	Ort
--	--------	-----

Veranstaltungen bis Mitte Mai 2005

Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Yehudi Menuhin »live music now«: Das Junge Orchester der FU Berlin spielt Werke von Beethoven, Brahms Leitung: Matthias Stoffels, Solistin: Rikako Murata	18.2.	20 Uhr	Haus 22, Festsaal
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Yehudi Menuhin »live music now«: Benjamin Moser spielt Werke von Beethoven, Mozart und Chopin	25.2.	20 Uhr	Haus 22, Festsaal
Orgelkonzert mit Tobias Brommann	1.3.	16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Eröffnung des stationären Diakonie-Hospiz Lichtenberg	2.3.	14 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Die Krankenhausbauten des preußischen Bauinspektors Hermann Blankenstein zwischen 1866 und 1896 Referent: Herr Dr. Felix Blankenstein (Ur-Urenkel von Hermann Blankenstein)	13.3.	15 Uhr	Haus 29, Museum Kesselhaus
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Yehudi Menuhin »live music now«: Stefan Hempel und Tahmina Feinstein spielen Beethoven, Brahms, Mozart	18.3.	20 Uhr	Haus 22, Festsaal
Orgelkonzert Matthias Elger	5.4.	16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Die Camerata musica »Jean Baptiste Loeillet« spielt Werke aus der Zeit des Barock	21.4.	19 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Orgelkonzert Evelies Langhoff	3.5.	16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Dankgottesdienst für 60 Jahre Frieden	8.5.	10 Uhr	Ehrenmal
Gottesdienst jeden Sonntag		10 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle

Ärztliche Fortbildungen

»Sinnvoller Einsatz von PET/CT in der klinischen Medizin« Referent: Prof. Dr. Mohnicke	16.2.	15.30 bis 17 Uhr	Haus 22, Konferenzraum
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Workshop: »Nicht-medikamentöse Epilepsie-Behandlung – Was ist dran?«	16.2.	16.30 bis 19.30 Uhr	Hotel Steigenberger, Los-Angeles-Platz 1 Berlin-Charlottenburg
Gefäßzentrum Berlin, Abteilung Angiologie/Kardiologie Kolloquium: »Diabetisches Fußsyndrom« Behandlung der Gefäße (interventionell, angiologisch und gefäßchirurgisch), multimodale Schmerztherapie, Wundtherapie aus infektiologischer Sicht und aus chirurgischer Sicht.	5.3.	10 bis ca. 13.30 Uhr	Haus 22, Festsaal
Epilepsie-Kolloquium des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg Klinisches Kolloquium: »Warum nicht nur klassische Sprachareale beim Sprachverständnis eine Rolle spielen – das Beispiel des anterioren mesialen Schläfenlappen« Referentin: Dr. Sonja Kotz, MPI für Kognitions- und Neurowissenschaften, Leipzig	9.3.	18 bis 19.30 Uhr	Hotel Steigenberger, Los-Angeles-Platz 1 Berlin-Charlottenburg
Klinisch-pathologische Konferenz Referentin: Fr. Dr. Bauer	16.3.	15.30 bis 17 Uhr	Haus 22, Konferenzraum
Epilepsie-Kolloquium des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg Klinisches Kolloquium: »Off-Label-Use? Der Arzt im Spannungsfeld der inkompatiblen Rechtssysteme« Referentin: Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Vorsitzende Richterin Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Celle	13.4.	18 bis 19.30 Uhr	Hotel Steigenberger, Los-Angeles-Platz 1 Berlin-Charlottenburg
»Leichenschau – häufigste Fehler bei Durchführung und Dokumentation« Referent: Prof. Dr. Martin	20.4.	15.30 bis 17 Uhr	Haus 22, Konferenzraum
Epilepsie-Kolloquium des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg Klinisches Kolloquium: »Wann ist eine humangenetische Diagnostik in der Epileptologie sinnvoll?« Referent: Dr. Thomas Bast, Abt. für Neuropädiatrie, Uni-Kinderklinik Heidelberg	18.5.	18 bis 19.30 Uhr	Hotel Steigenberger, Los-Angeles-Platz 1 Berlin-Charlottenburg
»Elektromagnetische Therapieverfahren in der Psychiatrie« Referent: OA Dr. Samuel Elstner	18.5.	15.30 bis 17 Uhr	Haus 22, Konferenzraum



**Gymnastin
mit Schleife**

Diakonie-Hospiz Lichtenberg



Das Hospiz, Richtfest Juni 2004

Am 22. März öffnet das Diakonie-Hospiz Lichtenberg (Haus 21) seine Pforten. Nach fast dreijähriger Zeit der Konzeptentwicklung und Bauplanung sowie des Aufbaus eines ambulanten Hospizdienstes mit 30 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, ist es soweit: 10 geräumige Einbettzimmer stehen bereit, um sterbenskranken Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf zu einem guten Ort für die letzte Lebenszeit zu werden. Durch die haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen erhält jeder Gast eine fachgerechte medizinische und pflegerische Versorgung sowie eine individuelle psychosoziale und seelsorgerliche Begleitung. Auch die Angehörigen sollen in ihrer Situation Unterstützung finden. Das Diakonie-Hospiz Lichtenberg ist das erste stationäre Hospiz im Ostteil Berlins. Wie bei allen stationären Hospizen sind 10 % der anfallenden Kosten über Spendenmittel zu finanzieren. Mit ihrem Engagement in der Hospizarbeit entsprechen die drei Gesellschafter – die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, das Ev. Diakoniewerk Königin Elisabeth und das KEH – ihrem christlich-diakonischen Anliegen, in unserer Gesellschaft immer wieder neu für die Belange von schwachen, kranken und sterbenden Menschen zu sensibilisieren und sich an deren Seite zu stellen.

**Weitere Informationen:
Pastor
André-Sebastian
Zank-Wins
(Hospizleitung)
Telefon:
54 72-57 00**

KEH bereitet neue Ausgabe der »Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie« vor
Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung stellt Ärzte, Psychotherapeuten, Betreuer und Angehörige oftmals vor erhebliche Schwierigkeiten. Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten sind vielfältig und bedürfen einer genauen und eingehenden Abklärung. Für die nächste Ausgabe der »Kerbe« konnten Autoren wie A. Dosen, M. Seidel, M. Pörtner, E. Rahn und J. Nicklas-Faust gewonnen werden; vorbereitet wird die Zeitschrift von unserem »Behandlungszentrum für geistig behinderte Erwachsene mit psychischen Erkrankungen« der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie unter Leitung von Chefarzt Prof. Diefenbacher.



Akrobat mit Stuhl

Figuren balancieren wieder im KEH

Vielleicht haben Sie sie schon zwischen den Bäumen rund um das Haus 24 entdeckt – die neuen balancierenden Figuren des Bildhauers Jerzy Kedziora. Im Jahr 2003 waren bereits 8 Plastiken in unserem Gelände ausgestellt. Jetzt hat das KEH 2 Figuren des Künstlers angekauft, vier weitere sind für die Dauer dieses Jahres 2005 als Leihgaben ausgestellt. Gekauft wurden die Skulpturen »Akrobat mit Stuhl« und »Akrobat mit Ringen«. Die anderen heißen: »Akrobat mit Klick Klack«, »Neuer Zweig Hoffnung«, »Akrobatin« und »Gymnastin mit Schleife«. Jerzy Kedziora hat mit seinen Figuren eine Metapher für unser Leben

geschaffen, für die Balance zwischen Wahrheit und Lüge, Mut und Feigheit, Pathos und Direktheit, zwischen Leben und Tod. Patienten, Besuchern, Mitarbeitern und Gästen des Hauses wünschen wir Freude beim Betrachten der Figuren. Vielleicht regen sie Sie auch ein wenig zum Nachdenken über die täglichen »Balanceakte« im eigenen Leben an... Der polnische Künstler Jerzy Kedziora, Jahrgang 1947, besuchte das Plastische Gymnasium in Czeszochowa und ist Absolvent der Danziger Staatlichen Hochschule für Bildende Kunst. Er war Meisterschüler der Bildhauerprofessoren St. Horno-Poplawski, F. Duszenko und A. Smolna. Sein Schaffen umfasst eine breite Skala der künstlerischen Disziplinen – von Zeichnung, Malerei und Werbegrafik über Keramik, Skulptur, Raumkomposition bis zur Theaterplastik und angewandten Kunst.

Regina Winkler

Haus	Abteilung/Station T	Telefon
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH Herzbergstraße 79 10365 Berlin Telefon (030) 54 72 - 0 Telefax (030) 54 72 - 20 00 www.keh-berlin.de keh@keh-berlin.de		
Geschäftsführung Vorsitzender Geschäftsführer: Dr. Rainer Norden Telefon 54 72 - 21 00 Telefax 54 72 - 21 26 r.norden@keh-berlin.de Theologischer Geschäftsführer: Pastor Dr. Johannes Feldmann Telefon 54 72 - 21 21 Telefax 54 72 - 21 26 j.feldmann@keh-berlin.de Krankenhaus-Betriebsleitung Prokurist und Kaufmännischer Direktor: Michael Mielke Telefon 54 72 - 25 00 Telefax 54 72 - 29 29 m.mielke@keh-berlin.de Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte Telefon 54 72 - 37 00 Telefax 54 72 - 37 03 k.schulte@keh-berlin.de Pflegedirektorin: Dipl.-Med. Päd. Birgit Richter Telefon 54 72 - 21 10 Telefax 54 72 - 21 15 b.richter@keh-berlin.de Leiter Stabsstelle Theologie und Seelsorge: Pfarrer Winfried Böttler Telefon 54 72 - 21 23 Telefax 54 72 - 21 26 w.boettler@keh-berlin.de Seelsorge Pfarrerin R. Schulz (Somatik) Telefon 54 72 - 50 54 Frau E. Krafft (Psychiatrie) Telefon 54 72 - 50 50		
	Gefäßzentrum Berlin Angiologie/Kardiologie 1 CA: Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte 1 Station IN 1 1 Station IN 2 3 Station ITS 2 103 Angiologie Gastroenterologie/Infektiologie 1 CA: PD Dr. Walter Heise 1 Station IN 1 5 Station IN 3 3 Station IN 4 3 Station Dialyse 103 Endoskopie Gefäßchirurgie 103 Chefarzt: PD Dr. Hans Scholz 5 Station CHG 1 Neurologie 3 CA: PD Dr. Hans-Christian Koennecke 3 Station NE 1 3 Station NE 2	54 72 - 37 01 54 72 - 37 50 54 72 - 37 60 54 72 - 37 45 54 72 - 45 24 54 72 - 37 05 54 72 - 37 50 54 72 - 34 40 54 72 - 37 80 54 72 - 37 90 54 72 - 37 27 54 72 - 47 01 54 72 - 34 20 54 72 - 42 01 54 72 - 42 10 54 72 - 42 20
	Anästhesiologie und Intensivmedizin 5 CA: Dr. Reinhard Karrenberg 105 Station ITS 1	54 72 - 32 01 54 72 - 32 03
	Chirurgie 105 CA: Dr. Georg Decker 5 Station CH 1 5 Station CH 2	54 72 - 34 01 54 72 - 34 30 54 72 - 34 40
	Urologie 105 CA: Prof. Dr. Peter Althaus 5 Station UR 1	54 72 - 46 01 54 72 - 46 20
	Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Epileptologie und Institut für Diagnostik der Epilepsien gGmbH 4 CA: Prof. Dr. Heinz-Joachim Meencke 4 Station EP 1 4 Station EP 2 4 Station EP 3 4 Ambulanz	54 72 - 35 01 54 72 - 35 13 54 72 - 35 22 54 72 - 35 30 54 72 - 35 03
	Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters 7 CÄ: Dr. Kamilla Körner-Köbele 7 Station KP 1 7 Station KP 2/Tagesklinik 19 Institutsambulanz	54 72 - 38 01 54 72 - 38 40 54 72 - 38 50 54 72 - 38 15
	Psychiatrie und Psychotherapie 6 CA: Prof. Dr. Albert Diefenbacher 8 Station P 1 8 Station P 2 6 Station P 5 6 Station P 6 6 Station P 9 6 Station P 10 9 Station P 7/P 8 (Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung) 52 Institutsambulanz 52 Tagesklinik Herzbergstraße – Tagesklinik Boxhagener Straße	54 72 - 48 01 54 72 - 58 30 54 72 - 58 50 54 72 - 48 20 54 72 - 48 30 54 72 - 48 40 54 72 - 48 50 54 72 - 49 03 54 72 - 49 02 55 49 - 04 85 55 49 - 04 25 29 66 - 84 85
	Erste Hilfe/Notaufnahme	54 72 - 30 02
	Zentrale Aufnahme	54 72 - 30 01
	Ambulantes Zentrum (Ambulanzen, D-Arzt, vor- und nachstationäre Untersuchungen)	54 72 - 30 20

Impressum

Herausgeber: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Redaktion: Irene Hassel, Ev. Krankenhaus KEH, Telefon 54 72 - 21 32
 Bettina Schaarschmidt, Baumgardt Consultants
Gestaltung/Produktion: Baumgardt Consultants,
 Gesellschaft für Marketing & Kommunikation bR
Erscheinung: viermal im Jahr, **Auflage:** 3000
Bildnachweis: R. Elbracht, Bethel (7); R. Winkler (2), KEH
 V.i.S.d.P.: KEH, Dr. Rainer Norden

**NEU IM
RADIO**

**RADIO 98.2
PARADISO**



**Musik
zum Wohlfühlen
und Entspannen**