Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2015

Foto: Stadt Oldenburg

Sozialpsychiatrischer Dienst
STADT OLDENBURG i.O.

2015

- **1. Quartal, Forum**
  - Diskussion Thema „Wohnen“
  - Auswahl Thema „Nachwuchsgewinnung“
- **2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr**
  - Bestand!/Bedarf! zum Thema „Wohnen“
  - Bestand?/Bedarf? Thema „Nachwuchsgewinnung“
- **3. Quartal, Schreiben des Planes**
  - Empfehlungen zum Thema „Wohnen“
  - Artikel Thema „Nachwuchsgewinnung“
- **4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst**
  - Plan veröffentlichen

2016

- **1. Quartal, Forum**
  - Diskussion Thema „Nachwuchsgewinnung“
  - Auswahl Thema 3
- **2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr**
  - Bestand!/Bedarf! Thema „Nachwuchsgewinnung“
  - Bestand?/Bedarf? Thema 3
- **3. Quartal, Schreiben des Planes**
  - Empfehlungen zum Thema „Nachwuchsgewinnung“
  - Artikel Thema 3
- **4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst**
  - Plan veröffentlichen

2017

- **1. Quartal, Forum**
  - Diskussion Thema 3
  - Auswahl Thema 4
- **2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr**
  - Bestand!/Bedarf! zum Thema 3
  - Bestand?/Bedarf? Thema 4
- **3. Quartal, Schreiben des Planes**
  - Empfehlungen zum Thema 3
  - Artikel Thema 4
- **4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst**
  - Plan veröffentlichen

Impressum

Herausgeber:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

Stand: September 2015

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

Allgemeine Anfragen an die Stadt Oldenburg bitte an das ServiceCenter unter
Telefon 0441 235-4444

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 4

2 Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

2.1 *S. Jungkunz, Fachstelle Inklusion im Amt für Teilhabe und Soziales*
Inklusive Stadt Oldenburg – Eine Stadtgesellschaft macht sich auf den Weg 7

2.2 *C. Breitenfeldt, Amt für Teilhabe und Soziales*
Das Sozialamt wandelt sich zum Amt für Teilhabe und Soziales. 14

2.3 *F. Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe im Amt für Teilhabe und Soziales*
Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg 16

2.4 *A. Döpke/R. Kohls, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg im Gesundheitsamt*
Neuauflage des Oldenburger Krisenpasses 22

2.5 *Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg im Gesundheitsamt*
Landespsychiatrieberichterstattung 24

2.6 Standards für das ambulant betreute Wohnen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) 26

2.7 *Prof. Dr. A. Philipsen, Universitätsprofessorin, Klinikdirektorin, Karl-Jaspers-Klinik/Prof. G. Theilmeyer, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*
Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik 36

2.8 *B. Hackenbroch-Hicke, Leitende Oberärztin Karl-Jaspers-Klinik*
Klinik für forensische Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik 39

2.9 *A. Klausing, Karl-Jaspers-Klinik*
Trauma-Ambulanz-Netzwerk-Niedersachsen in der Karl-Jaspers-Klinik 41

2.10 *B. Becker, Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V.*
Demenzversorgung muss in den Fokus rücken 44

3 Schwerpunktthema Nachwuchsgewinnung

3.1 *Bürgerbrief der Stadt Oldenburg vom 24.03.2015*
Oldenburger Fachkräfte-Initiative unterschreibt Vereinbarung 49

3.2 *Dr. C. Figge, Klinikdirektor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Karl-Jaspers-Klinik*
P E P P als Chance 52

3.3 *J. Sievering, Leiterin des Fachbereichs Gesundheit des Landkreis Emsland*
Meilenstein – Weiterbildungsgesellschaft für Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland gGmbH 55

3.4 *T. Knäpper, Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben*
Was leistet das Netzwerk Pflegeausbildung Oldenburg/ Ammerland 58

3.5 *Prof. Dr. C. Kumbruck, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschaft und Sozialwissenschaften*
Personalmangel und Anerkennungsdefizite in der Pflege 62

3.6 *Dr. C. Heintze, Beratung & Coaching, Leipzig*
Ein Blick über den Tellerrand – die Situation von Pflegekräften in Skandinavien 66

3.7 *M. Klußmann-Schofer, Schulleiterin HANSA Pflegefachschulen gGmbH*
Attraktivität der Pflegeberufe 70

3.8 *M. Jüttner, Karl-Jaspers-Klinik*
Ausbildung und Fachweiterbildung für die Pflege in der Karl-Jaspers-Klinik 77

3.9 *Artikel des Evangelischen Pressedienstes (EPD)*
„Nachwuchskräfte für Pflegeberufe gewinnen“ 79

3.10 *Interview mit Dr. Harald Groth, Nordwest-Zeitung vom 25.04.2015*
„Ausbildung in der Pflege muss sich wieder lohnen“ 80

3.11 *K. Saathoff, AWO Trialog*
Nachwuchs- und Fachkräfte gewinnen und halten aus Sicht einer neuen Mitarbeiterin des Ambulant Betreuten Wohnens – AWO Trialog 81

3.12 *A. Biesel, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Rose 12*
Wie ergeht es einem Berufsanfänger in der ambulanten Suchtarbeit 86

4 Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Wohnen“ 89

Tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung siehe dritte Umschlagseite

1 Einleitung zur Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,
in den Händen halten Sie die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2015 für die Stadt Oldenburg. Er soll, wie in den vorangegangenen Jahren auch, über aktuelle Entwicklungen informieren, Raum für Diskussionen geben, aber auch Bestand und Bedarf im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung der Oldenburger Bürgerinnen und Bürger beschreiben und damit eine Grundlage für die Psychiatrieplanung in der Stadt Oldenburg sein.

Die gesetzliche Grundlage für die Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes findet sich in § 9 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Darin heißt es: „Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben“.

Auf niedersächsischer Ebene wird aktuell an einem Landespsychiatrieplan gearbeitet, der 2016 erscheinen soll und bereits mit Spannung erwartet wird (vgl. S. 24 ff.)

Die Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes im Verbund erfolgt notwendig trialogisch. Da Betroffene oder Angehörige mitunter nicht über die Organisationsform wie die „Profis“ verfügen, muss es in diesem Zusammenhang möglich sein, auch Einzelstimmen (z. B. in Form von Leserbriefen) angemessen zu Wort kommen zu lassen.

Zur strukturierten Erfassung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen innerhalb der Stadt Oldenburg werden zwei Arbeitsmittel des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen angewandt. Zum einen wird die tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung laufend im Verbund diskutiert und weiter fortgeschrieben. Den aktuellen Diskussionsstand finden Sie in Farbe auf der

dritten Umschlagseite. Hier können Sie sich einen ersten orientierenden Überblick über den Bestand und den Bedarf an Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg verschaffen. Zum anderen sollen die Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen und damit die Datenblätter a), b) und c) zur Anwendung kommen (siehe S. 59 ff. der Fortschreibung 2014). Bereits 2011 wurde das Datenblatt a) eingeführt, die weitere Anwendung dann jedoch zunächst ausgesetzt, weil die Entwicklung eines dazugehörigen EDV-Programms auf Landesebene unerwartet Schwierigkeiten mit sich brachte. In diesem Jahr wollen wir jetzt mit der Erhebung der Daten für das Datenblatt a) zum Stichtag 31.12.2015 fortfahren.

Gemäß den Empfehlungen des Arbeitskreises 5 „Regionale Vernetzung“ des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen soll der Sozialpsychiatrische Plan folgende Zielgruppen erreichen:

- Betroffene und Angehörige von psychisch kranken Menschen
- psychosoziale Profis
- Kostenträger
- Politiker
- Vertreter von Forschung und Lehre sowie
- an dieser Fragestellung interessierte Bürgerinnen und Bürger.

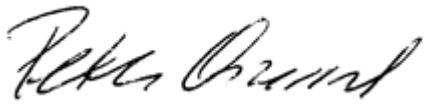
Für die gesetzlich vorgegebene laufende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes im Benehmen mit dem Verbund wurde für die Stadt Oldenburg das in der Einleitung der Fortschreibung 2014 beschriebene Vorgehen gewählt (siehe zur Verdeutlichung auch die farbige Grafik auf der zweiten Umschlagseite).

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2015 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Nachwuchsgewinnung“ auf den Seiten 49 bis 88. Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Wohnen“ stehen auf den Seiten 89 bis 91.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie bzw. über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren, so dass sie in einem eigenen Planteil entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden können. Die Autorinnen und Autoren in diesem Teil wurden seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt, Ihnen an dieser Stelle unseren herzlichen Dank für Ihre Beiträge, die Sie auf den Seiten 7 bis 48 finden.

Wir möchten noch darauf hinweisen, dass die jeweiligen Autorinnen und Autoren der Leserbriefe oder der Artikel für die Inhalte ihrer Publikationen selbst verantwortlich sind und dass deren Inhalt zum Teil nicht der Auffassung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Oldenburg entspricht. Bei den Leserbriefen behalten wir uns darüber hinaus Kürzungen vor.

Bei der Gliederung des Sozialpsychiatrischen Planes haben wir uns an den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen orientiert. Aus technischen Gründen sind die Fußnoten in diesem Band fortlaufend nummeriert.



Dr. Carsten Petry
Allgemeinarzt
Psychiater und Psychotherapeut
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst

Dr. phil. Peter Orzessek
Dipl.-Psychologe
Geschäftsführung
Sozialpsychiatrischer Verbund

2 Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

2.1 Inklusive Stadt Oldenburg – Eine Stadtgesellschaft macht sich auf den Weg

Susanne Jungkunz, Fachstelle Inklusion im Amt für Teilhabe und Soziales

Die Stadt Oldenburg hat seit 2012 die Vision einer inklusiven Stadt, einer Stadt, in der niemand mehr ausgeschlossen wird und alle teilhaben können.

Grundlage ist der Ratsbeschluss „Oldenburg will Inklusion“[1]. Dieser wurde am 21. Mai 2012 einstimmig von den Mitgliedern aller Fraktionen und Parteien im Rat der Stadt gefasst. Der Beschluss beauftragt die Stadtverwaltung

- die inklusive Bildung im Bereich Schule zu forcieren,
- mit den Bürgerinnen und Bürgern einen kommunalen Aktionsplan Inklusion zu erstellen und umzusetzen und
- regt an, auch die Stadtverwaltung inklusiv auszurichten.

Von Beginn an wurde Inklusion in Oldenburg umfassend, als allgemeines Menschenrecht verstanden. Die Stadt soll ein Lebensort für alle sein, unabhängig vom Alter, der Herkunft, dem Geschlecht, der Familienform, einer Behinderung, dem sozialen Status oder der sexuellen Orientierung. Inklusion meint Teilhabe für alle an allem.

Der Ratsbeschluss steht im Zusammenhang mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Die UN-BRK bekräftigt in ihrer Präambel, dass jeder Mensch ohne Unterschied Anspruch auf alle Rechte und Freiheiten hat, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vereinbart sind. Wie allen anderen muss auch Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Grundfreiheiten ohne Diskriminierung garantiert werden.

[1] Vgl. http://buergerinfo.oldenburg.de/getfile.php?id=110498&type=do (Abruf 22.06.2015).

Die UN-BRK wurde 2009 von Deutschland ratifiziert. Hierdurch nehmen die Regelungen der UN-BRK den Rang eines Bundesgesetzes ein. Die Vertragsstaaten verpflichten sich in Art. 4 (1 a) der UN-BRK, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in der UN-BRK anerkannten Rechte zu treffen.[2]

Die Federführung für die Inklusionsbemühungen wurde in den Verantwortungsbereich des Dezernates für Soziales, Jugend und Schule gelegt und 2013 die Fachstelle Inklusion als Stabsstelle eingerichtet.[3] Sie koordiniert alle drei Prozesse und entwickelt diese im Austausch mit allen relevanten Gruppen kontinuierlich weiter.

Kommunaler Aktionsplan Inklusion

Der Prozess der Erstellung der Vorschläge für den Kommunalen Aktionsplan Inklusion begann im Herbst 2012 zum Auftakt mit einer Fachtagung und endete am 23. März 2015 mit der Beschlussfassung über die Vorschläge durch den Rat der Stadt Oldenburg. Die Projektstruktur war getragen von zehn thematischen, an kommunalen Handlungsfeldern orientierten Arbeitsgruppen[4], der Runde der Sprecherinnen und Sprecher der Arbeitsgruppen sowie der Steuerungsgruppe Inklusion[5].

Die Arbeitsgruppen arbeiteten in vier Prozessschritten:

1. Inklusive Werte – Welche sind dies allgemein und im Handlungsfeld der jeweiligen Arbeitsgruppe?
   Die Vision der Teilhabe aller an allem wurde auf inklusive Werte und Ziele bezogen und konkretisiert. So ermittelten alle Arbeitsgruppen zunächst die für ihr jeweiliges Handlungsfeld relevanten inklusiven Werte. Erst dann wurden daraus

[2] In der Folge der Ratifizierung wurde 2011 der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung verabschiedet und auch auf Länder- und kommunaler Ebene werden Aktionspläne erstellt und aktuell umgesetzt.
[3] Die Darstellung des Oldenburger Inklusionsprozesses findet sich unter www.oldenburg.de/inklusion.
[4] Zu den kommunalen Handlungsfeldern zählen Bildung (Elementarbereich, Schule und lebenslanges Lernen), Wohnen und Versorgung, Arbeit und Beschäftigung, Kultur und Freizeit sowie Mobilität und Beförderung. Beteiligung und Mitsprache ebenso wie Barrierefreiheit sind Querschnittbereiche. Zu jedem Bereich arbeitete eine Arbeitsgruppe.
[5] In der Steuerungsgruppe Inklusion tagen unter Vorsitz des Oberbürgermeisters Vertreter_innen der Zivilgesellschaft, der Wohlfahrt, Wirtschaft und Wissenschaft, der Politik und der Verwaltung. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es, den gesamtstädtischen Prozess kritisch zu begleiten und wichtige Weichenstellungen vorzunehmen.

Maßnahmen abgeleitet. Diese sind somit nicht beliebig, sondern auf die Verwirklichung der inklusiven Vision ausgerichtet.

Parallel dazu hat die Arbeitsgruppe „Inklusive Werte“ allgemeine inklusive Werte ausgewählt und beschrieben. Diese sind Wertschätzung und Respekt, Selbstbestimmung, Gleichberechtigung, Vielfalt, Empathie, Partizipation, Anerkennen von Ressourcen und umfassende Barrierefreiheit. Mithilfe dieser allgemeinen Werte können Handlungen, Entscheidungen, Angebote usf. dahingehend überprüft werden, ob sie inklusiv ausgerichtet sind.[6]

2. Stolz – Was wurde in den Handlungsfeldern schon erreicht?
   In unseren Stadtgesellschaften werden manche Gruppen stärker ausgegrenzt als andere und somit in ihrer Teilhabe eingeschränkt. Dies ist Motor für Inklusion. Die Inklusionsbemühungen beginnen jedoch nicht bei Null: Städte und Gemeinden wollen gute Lebensorte für *alle* Einwohnerinnen und Einwohner sein. Im Prozess der Erarbeitung der Vorschläge für den Kommunalen Aktionsplan Inklusion wurde deshalb zusammengetragen, worauf man heute unter inklusiver Perspektive schon stolz sein kann, wo es Synergien gibt und wo bestehende Konzepte und Angebote zum Wohl der hier lebenden Menschen klüger miteinander verbunden werden können.

3. Vision – Wie sieht die ideale inklusive Gesellschaft aus? Was muss sich dazu ändern?
   Die Oldenburgische Vision einer Stadtgesellschaft, in der niemand mehr ausgeschlossen wird und alle teilhaben können, lässt sich nicht von heute auf morgen erreichen. Es ist ein langer Weg, der kontinuierlich Schritt für Schritt gegangen werden muss. Dies gerade auch, weil es zunächst um die Veränderung von Werten und Haltungen geht.

[6] Der hieraus entwickelte Oldenburger Wertefächer http://www.oldenburg.de/microsites/inklusion/inklusionscheck.html fasst die Überlegungen zusammen.

Dabei tragen alle Verantwortung und alle müssen ihren Beitrag zum Gelingen leisten. Die Verhinderung von Ausgrenzung beginnt bei uns selbst, unserer Haltung und dem Umgang mit den Barrieren in unseren Köpfen. Hierauf baut die inklusive Entwicklung auf der Ebene von Mensch zu Mensch, in der Organisation, in der Vernetzung mit anderen Organisationen und schließlich in der Kommune als Ganzes auf.[7]

4. Maßnahmen – Was muss ich, was müssen wir dafür tun?
   Über 200 Maßnahmenvorschläge zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeit in verschiedenen Lebensbereichen wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit usf. wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppen zusammengetragen.[8] Für jeden wird das federführende Amt der Stadt Oldenburg, weitere Kooperationspartner, der Zeitrahmen der Umsetzung, Indikatoren für die Überprüfbarkeit, finanzielle Auswirkungen sowie der zuständige politische Ausschuss benannt.

Bewertung und Umsetzung der Vorschläge

Es gilt nun, die zahlreichen Vorschläge zum Kommunalen Aktionsplan Inklusion gemeinsam mit allen Verantwortlichen zu prüfen und in den nächsten Jahren umzusetzen und weiterzuentwickeln. Derzeit[9] bewertet die Verwaltung alle Maßnahmen inhaltlich, rechtlich, organisatorisch und finanziell. Danach schließt sich die Phase der Umsetzung an. Für erste Maßnahmen, die noch im laufenden Haushaltsjahr 2015 umgesetzt werden sollen, stehen an zentraler Stelle finanzielle Mittel zur Verfügung.

Auch bei der Umsetzung und Weiterentwicklung sind die Menschen in Oldenburg und die Institutionen, Einrichtungen, Unternehmen und Verbände, die Verwaltung sowie der Rat der Stadt und seine Fachausschüsse aufgefordert, ihren Teil zum Gelingen von Inklusion beizutragen. Auch in Zukunft soll dies mit Respekt und gegenseitiger Wertschätzung geschehen. Die Steuerungsgruppe Inklusion wird mit

[7] Vgl. „Der Kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch“ der Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft, 2011.
[8] Vgl. http://www.oldenburg.de/fileadmin/oldenburg/Benutzer/PDF/50/KAI/Kommunaler_Aktionsplan_Inklusion.pdf (Abruf 22.06.2015).
[9] Bis 30.06.2015 (bzw. bei komplexeren Maßnahmen bis 30.11.2015).

ihren Mitgliedern aus Zivilgesellschaft, Wohlfahrt, Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Verwaltung die Umsetzung befördern und kritisch-konstruktiv begleiten.

Eine regelmäßige Berichterstattung über den Stand der Inklusionsfortschritte erfolgt zum einen in den Fachausschüssen des Rates, zum anderen im neu gegründeten „Oldenburger Netzwerk Inklusion*konkret!*“[10], in dem sich die zivilgesellschaftlichen Akteure weiterhin engagieren. Letzteres ist auch aufgefordert, Mithilfe bei der Umsetzung anzubieten.

Die Fachstelle Inklusion unterstützt alle Beteiligten bei der Bewertung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Maßnahmen des Kommunalen Aktionsplans Inklusion und koordiniert die Bemühungen.

Inklusive Ausrichtung der Stadtverwaltung

Für die inklusive Ausrichtung der gesamten Oldenburger Stadtverwaltung hat der Oberbürgermeister einen Projektauftrag erteilt, ein Projektleitungsteam eingesetzt und eine dezernatsübergreifende Arbeitsgruppe Inklusion berufen. In dieser arbeiten je eine Person aus den Dezernaten, dem OB-Büro sowie dem Gesamtpersonalrat zusammen. Zunächst wird das Gremium an inklusiven Werten und Haltungen arbeiten. Im Anschluss wird es die Projektstruktur entwickeln und Arbeitspakete benennen. Hier werden auch zahlreiche Pakete aus den Vorschlägen zum Kommunalen Aktionsplan Inklusion entnommen werden können. Interessierte Kolleginnen und Kollegen der Stadtverwaltung sollen dann in sogenannten Kompetenzgruppen die jeweiligen Pakete bearbeiten.

Ohne Respekt und Partizipation keine Inklusion

Respekt und Begegnung auf Augenhöhe

Eine zentrale Voraussetzung in inklusiven Zusammenhängen ist die Begegnung auf Augenhöhe und in gegenseitigem Respekt. Zu einer Haltung des respektvollen

[10] Die konstituierende Sitzung findet am 2. Juli 2015 statt; weitere Informationen hier: http://www.oldenburg.de/microsites/inklusion/netzwerke-und-arbeitsgruppen/netzwerk-inklusionkonkret.html.

Miteinanders gehört die Konzentration auf das Gegenüber und dessen spezifische Lebenssituation. Hierdurch und durch die gemeinsame Begegnung gelingt nach und nach eine gegenseitige Sensibilisierung für die jeweiligen spezifischen Bedürfnisse. Auf solche Weise Beteiligte stoßen oft von sich aus Veränderungen und Prozesse des Umdenkens zu einer besseren Teilhabe für alle an.

Partizipation – Nicht ohne uns über uns!
Vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass volle Teilhabegerechtigkeit nur erreicht werden kann, wenn die, die es betrifft, mit am Tisch sitzen und ihre Sache selbst vertreten, sollte in inklusiven Prozessen von Anfang an auf die Repräsentanz der Vielfalt geachtet. Hierzu gehören die Dimensionen Alter, Geschlecht, Herkunft, Behinderung, sozioökonomischer Status, Bildungsstand, Lebensform usf. Aber auch die Dimensionen der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen wie Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung. „Nicht ohne uns über uns!“, eine immer noch aktuelle Forderung der Behinderten-Selbsthilfebewegung, bringt diese Haltung der Beteiligung auf den Punkt.

Um die Beteiligung auch von Menschen zu erhalten, für die eine persönliche Mitarbeit zunächst nicht oder nur schwer möglich ist, sind alle Beteiligten besonders gefordert. Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse und Ermutigung zur Teilhabe auf der einen Seite, Finden geeigneter, zumutbarer Formate der Mitbestimmung sowie ein hohes Maß an wertschätzendem und respektvollem Umgang miteinander auf der anderen Seite.

Falls es dennoch nicht umfassend gelingt, diese Vielfalt in den inklusiven Arbeitszusammenhängen zu versammeln, ist das Bemühen entscheidend, für die fehlende Gruppe aufrichtig mitzudenken.

Chancen

Eine Stadtgesellschaft, die sich um die Teilhabe aller ihrer Mitglieder intensiv bemüht, sich also inklusiv ausrichtet, birgt die Chance für unsere Zukunft, die wir heute gestalten.

Oben schon angesprochener zentraler Wert von Inklusion ist der gegenseitige Respekt der Menschen untereinander und die Wertschätzung füreinander. Der Wortsinn von Respekt ist Rück-Sicht. Dies erfordert, das Gegenüber in den Blick zu nehmen, also in Kontakt zu gehen. Durch die Begegnung lernen sich unterschiedliche Menschen kennen und erfahren die Gemeinsamkeiten jenseits der vordergründigen Unterschiede. Mit dem Verständnis für die Situation des Anderen wird Solidarität möglich. Gerade im solidarischen Miteinander liegt eine große Chance, die gesellschaftlichen Herausforderungen bewältigen zu können.

Kontakt:
Susanne Jungkunz, Amt für Teilhabe und Soziales, Pferdemarkt 14, 26121 Oldenburg

2.2 Das Sozialamt wandelt sich zum Amt für Teilhabe und Soziales

Cordula Breitenfeldt, Amt für Teilhabe und Soziales

Bereits 2013 wurden erste Planungen für die Fachstelle Eingliederungshilfe, die zukünftig für die Eingliederungshilfe für alle behinderten Menschen in Oldenburg zuständig sein wird, auf einem Fachtag vorgestellt.

Um allen behinderten Menschen in Oldenburg altersunabhängig eine bessere Ausgangssituation und ein besseres Unterstützungsangebot anzubieten, hat der Ansatz einer gemeinsamen Fachstelle Eingliederungshilfe mittlerweile konkrete Formen angenommen.

Unter dem Dach des Amtes für Teilhabe und Soziales erfolgt die organisatorische Zusammenführung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und nach § 35 a SGB VIII ab dem 01.07.2015. Einheitliche Bearbeitungsstandards sorgen dafür, dass Leistungen der Eingliederungshilfe in einem Amt beantragt werden und hier geprüft wird, ob und nach welchen gesetzlichen Grundlagen (SGB XII und SGB VIII) die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Schnittstellen, wie z. B. beim Übergang zur Volljährigkeit, werden abgebaut. Verschiedene Fragen der Zuständigkeit wie z. B. in den Grenzbereichen geistige Behinderung/seelische Behinderung, geistige Behinderung/Lernbehinderung, Eingliederungshilfebedarf/erzieherischer Bedarf werden schneller und eindeutiger geklärt. Die Entscheidung liegt „in einer Hand“.

Zeitgleich mit der Einrichtung der Fachstelle Eingliederungshilfe werden Fachteams aus sozialpädagogischen Kräften und Verwaltungskräften in den Stadtteilen verortet. Hier wird es eine enge Anbindung an die Sozialraumteams des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) geben. Außer der Eingliederungshilfe werden auch die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE), der Hilfe zur Pflege (HzP) und der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) in die sozialräumlich orientierte Struktur des Amtes für Teilhabe und Soziales eingebunden.

Mit der neuen Organisationsstruktur für Menschen mit Behinderung in Oldenburg wird der Ausbau qualifizierter multiprofessioneller Arbeit mit verwaltungsrechtlicher und sozialpädagogischer Ausrichtung weiter entwickelt. Ziel ist eine qualifizierte persönliche Beratung, eine individuelle Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung der persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen, die Gewährung passgenauer Hilfen und eine effiziente verwaltungsrechtliche Bearbeitung. Der behinderte Mensch und seine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer werden in den verschiedenen Lebenslagen (Kindheit, Jugend/Schule, Erwachsenen-/Erwerbsalter, Alter/ Pflege) durchgehend von einer Stelle begleitet. Der ganzheitlichen Ansatz der Beratung und Unterstützung ermöglicht neben präventiven Maßnahmen eine qualifizierte Steuerung im Hilfeplan-/Gesamtplanverfahren, wie es der Gesetzgeber vorgibt (§ 36 SGB VIII, § 58 SGB XII).

Kontakt:
Cordula Breitenfeldt, Amt für Teilhabe und Soziales, Pferdemarkt 14, 26121 Oldenburg

2.3 Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg

Friederike Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe im Amt für Teilhabe und Soziales:

Viele Menschen haben einen großen Beratungsbedarf, wenn es darum geht, Pflege für sich oder für einen Angehörigen zu organisieren. Mit dem Ziel, die Beratung und Unterstützung ihrer pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger sowie deren Angehörige zu verbessern, hat zum 01.07.2014 der Pflegestützpunkt als neutrale und kostenlose Anlaufstelle der Stadt Oldenburg seine Beratungsarbeit aufgenommen.

Der Rat der Stadt Oldenburg hat am 30.09.2013 einen Beschluss über die Einrichtung und den Betrieb eines Pflegestützpunktes in der Stadt Oldenburg gemäß § 92 c SGB XI gefasst. Am 25.11.2013 wurde zwischen der Stadt und den Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen eine regionale Vereinbarung zur Einrichtung und zum Betrieb eines Pflegestützpunktes geschlossen.

Nach einem Jahr Beratungsarbeit zeigt sich, dass sich der Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg etabliert hat. Rat- und Hilfesuchende jeden Alters nutzen die umfassende und unabhängige Beratung zumeist in akuten Bedarfslagen.

Die zu erwartende Bevölkerungsstruktur in der Stadt Oldenburg lässt einen weiteren Anstieg des Anteiles älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und damit von potentiell Pflegebedürftigen (65+: 2015 = 19%; 2025 = 22%; 2035 = 27%) erkennen. Somit wird die Sensibilisierung und vermehrt der präventive Umgang mit dem Thema Pflege immer bedeutsamer. Langfristig wird davon ausgegangen, dass sich die Versorgungsqualität und -kontinuität durch das Angebot des Pflegestützpunktes verbessern wird.

Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg

Das Büro des Pflegestützpunktes ist den Räumlichkeiten des Seniorenservicebüros der Stadt Oldenburg im Gebäude der GSG Oldenburg in der Straßburger Straße 8, 26123 Oldenburg, angegliedert und barrierefrei zugänglich.

Hier arbeiten zwei in der Pflege erfahrene hauptamtliche Mitarbeiterinnen in Teilzeit (examinierte Altenpflegerin/examinierte Krankenschwester mit Zusatzausbildung „qualifizierte Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB XI).

Aufgaben des Pflegestützpunktes der Stadt Oldenburg:

- Umfassende sowie unabhängige Beratung von Pflegebedürftigen, Angehörigen oder interessierten Personen aller Altersstufen rund um das Thema Pflege,
- Unterstützung bei der Suche und der Auswahl geeigneter Unterstützungsangebote und pflegerischer oder pflegeergänzender Versorgungsangebote, z. B. beim Thema Demenz und junge Pflegebedürftige,
- Vermittlung zu der jeweils zuständigen Pflegekasse und dem zuständigen Pflegeberater nach § 7 a SGB XI sowie bei Bedarf zum zuständigen Sozialhilfeträger,
- Aufbereitung von Informationsmaterial, Entscheidungshilfen zur Handreichung an Ratsuchende,
- Vernetzung mit allen für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

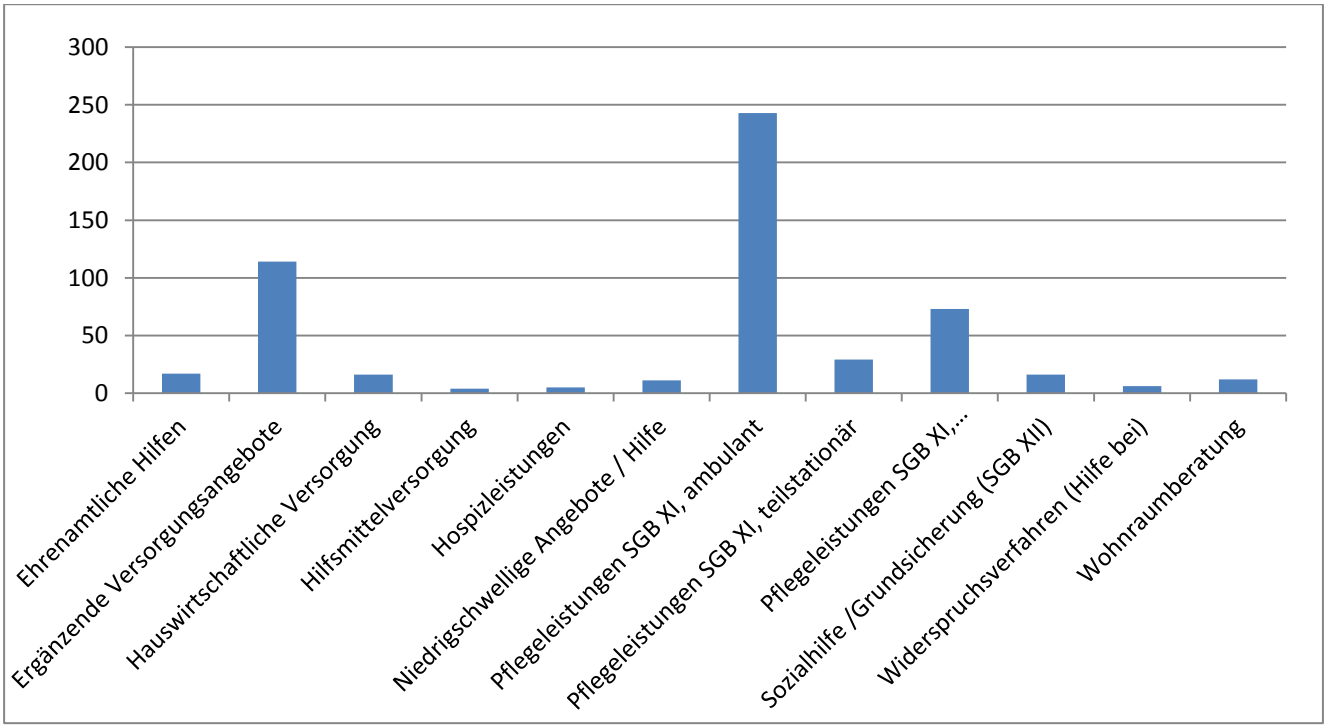
Im Pflegestützpunkt erfolgen keine Leistungsentscheidungen zu Lasten eines Sozialleistungsträgers, z. B. einer Pflege- oder Krankenkasse oder eines Sozialhilfeträgers.

Auswertung

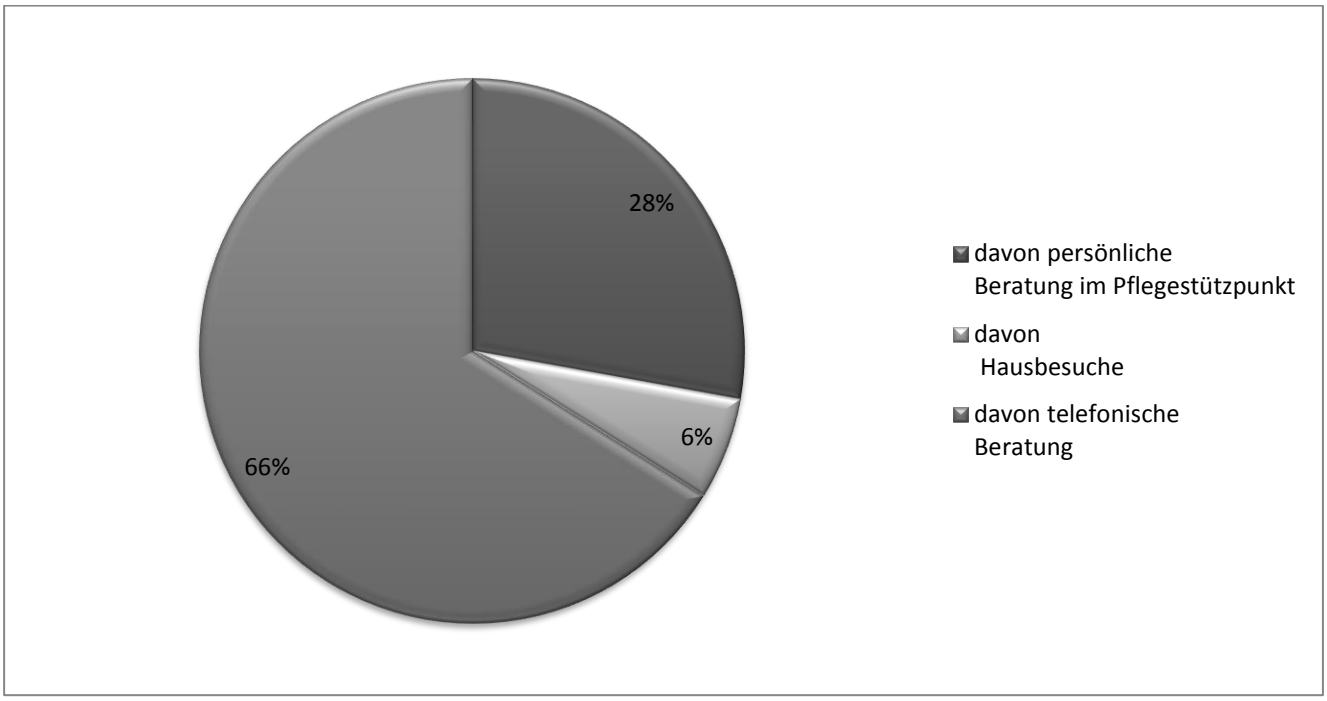
Nachfolgend sind die Ergebnisse des Jahresberichtes für den Zeitraum von Juli bis Dezember 2014 abgebildet. Der Bericht enthält, den Forderungen der Pflegekassen entsprechend, ausschließlich Angaben über die Leistungen des Pflegestützpunktes, die Anzahl sowie die Art (pers./tel.) der durchgeführten Beratungen, dargestellt nach Schwerpunktthemen. Angaben zur Altersstruktur und Geschlecht der Nachfragenden werden nicht erhoben. Die Erfahrungen in der alltäglichen Arbeit lassen jedoch die Aussage zu, dass mindestens 2/3 der Anfragenden weibliche Angehörige zwischen ca. 60-65 Jahren sind.

Insgesamt haben in dem Zeitraum **546 Personen** das Angebot des Pflegestützpunktes der Stadt Oldenburg nachgefragt.

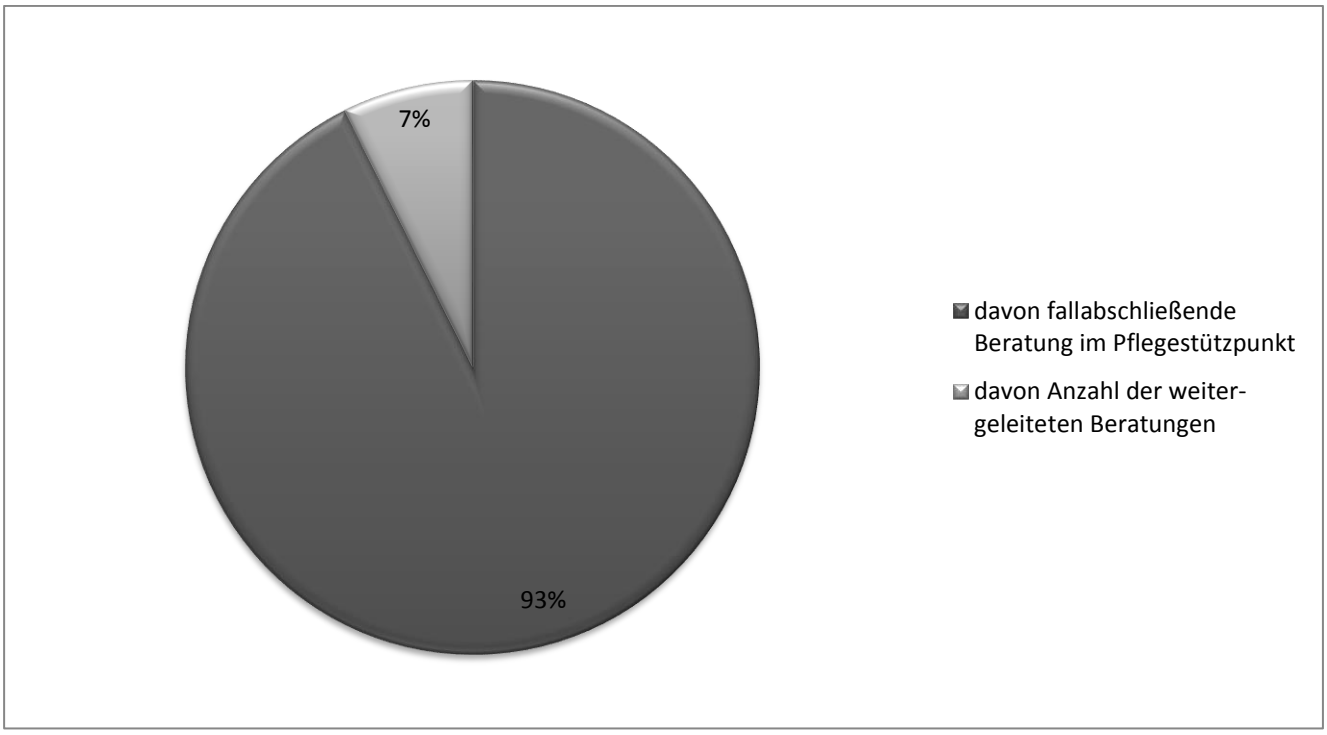
Themen der Anfragen (je Kontakt, z.B. Anruf, Besuch)



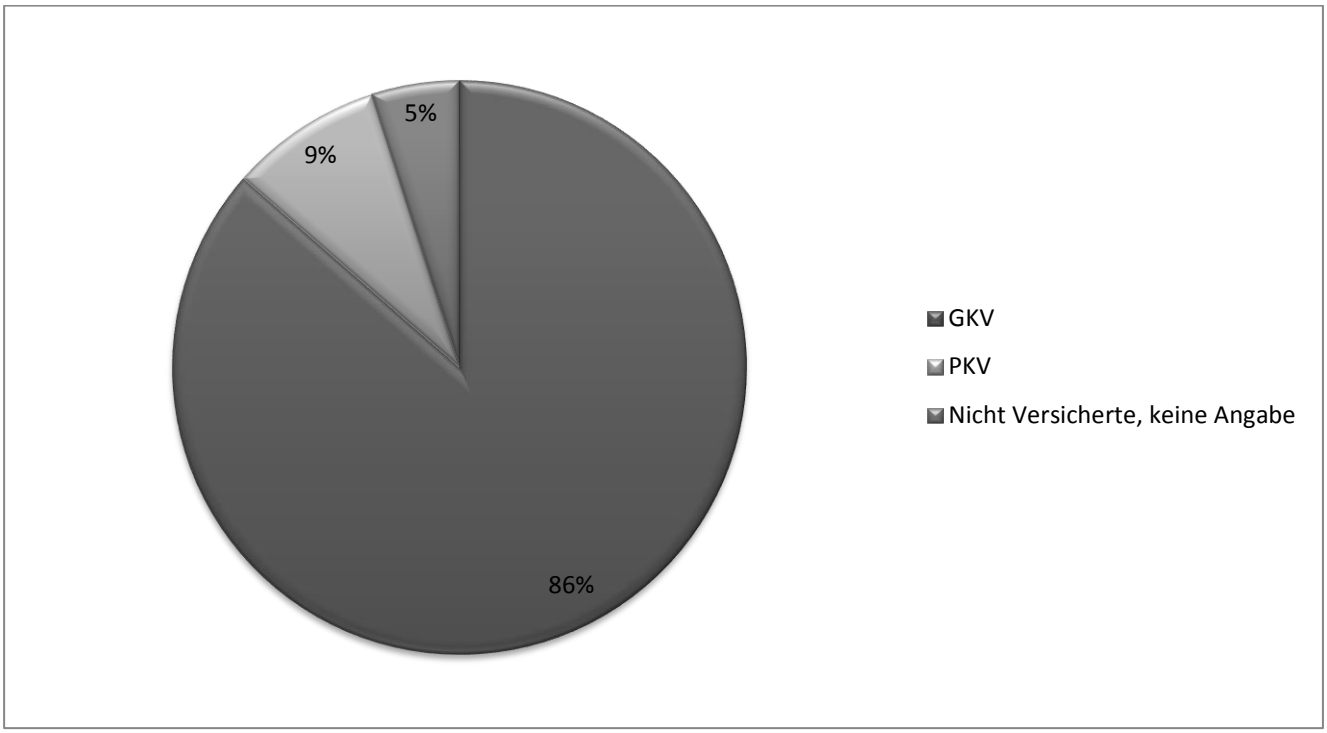
Art der Anfragen



Ergebnis der Beratungen



Kassenzugehörigkeit der Anfragenden



Ausblick

Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN)

Das Land Niedersachsen überführt seit dem 01.01.2014 die bisherigen Förderungen für die landesweit in Niedersachsen aufgebauten Seniorenservicebüros in eine neue geförderte seniorenpolitische Beratungsstruktur. Es ist davon auszugehen, dass für die Stadt Oldenburg antragsgemäß die bisherige und bis zum 30.06.2015 auslaufende Förderung des Seniorenservicebüros zum 01.07.2015 in die neue Förderung überführt wird. Die Landesförderung beträgt weiterhin jährlich bis zu 40.000,00 €, zudem können Kosten für das Qualifizierungsprogramm für ehrenamtliche Seniorenbegleiterinnen und -begleiter (DUO) bei der Freiwilligenakademie Niedersachsen beantragt werden. Die finanzielle Beteiligung der Landesverbände der Kranken- und Pflegeversicherung wird dadurch nicht berührt.

Die Landesregelung sieht im Kern vor, die bisher jeweils eigenständig arbeitenden Seniorenservicebüros und Pflegestützpunkte unter einer gemeinsamen Bildmarke (LOGO) zu gemeinsamen Stützpunkten zusammenzufassen.

Damit sollen Doppelstrukturen abgebaut und eine optimierte Beratung aus einer Hand eingeführt werden.

Für den Pflegestützpunkt und das Seniorenservicebüro ergeben sich dadurch inhaltlich nur wenige Änderungen. Die städtische Zielsetzung war von Beginn an darauf ausgerichtet, durch eine enge räumliche und organisatorische Verzahnung Doppelstrukturen zu vermeiden und Beratung soweit möglich aus einer Hand anzubieten.

Sie haben Interesse an unserem Angebot?

Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg
Straßburger Str. 8
26123 Oldenburg
Tel.: 0441 235-3780
Mail: pflegestuetzpunkt@stadt-oldenburg.de
Öffnungszeiten:
montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr sowie
donnerstags nachmittags von 14 bis 17 Uhr, nach Terminabsprache auch bis 18 Uhr.

Kontakt:
Friederike Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe, Straßburger Str. 8, 26123 Oldenburg

2.4 Neuauflage des Oldenburger Krisenpasses

Alexandra Döpke/Roland Kohls, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg im Gesundheitsamt

Die Idee zur Entwicklung eines Krisenpasses stammt aus dem Oldenburger Psychoseseminar.

Der Krisenpass kann von Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind oder sich in einer seelischen Krise befinden, im Krisenfall genutzt werden, um Informationen über die optimale Medikation, eigene Behandlungswünsche und Vertrauenspersonen an ihr Umfeld zu geben. Die Angaben dienen demnach dazu, schnell zu erkennen, was dem Betroffenen in der Krisensituation wichtig ist.

Der Krisenpass soll besonders Menschen unterstützen, die in Krisen nur noch gering oder gar nicht über sich und ihre Lebensverhältnisse sowie die notwendige Behandlung Auskunft geben können. Weiter können im Krisenpass vorher selbstbestimmte Entscheidungen für den Fall einer Krise vermerkt werden, um sich so bewusst an den Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu beteiligen.

Der Krisenpass enthält Angaben zur Behandlung und bietet die Möglichkeit, Menschen zu benennen, die Unterstützung in verschiedenen Lebenslagen geben können. Darüber hinaus sind Hinweise zur Erreichbarkeit von Ärzten und Notdiensten enthalten und können nach eigener Einschätzung ergänzt werden.

Der neue Krisenpass ist ab sofort im Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg kostenlos erhältlich.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

Der aktuelle Krisenpass

Hausärztin/-arzt

Aktuelle Medikation und Dosierung

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Psychiater/-in

Medikation in der Krise

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Wichtige Telefonnummern

Nichtärztlicher Krisendienst
freitags: 16 bis 20 Uhr
samstags, sonntags, feiertags: 13 bis 20 Uhr
Telefon: 0441 235-8626
Mobil: 0177 6458668

Ärztlicher Notdienst
montags, dienstags, donnerstags: 19 bis 7 Uhr
mittwochs: 13 bis 7 Uhr
freitags: 16 bis 8 Uhr
samstags, sonntags, feiertags: 8 bis 8 Uhr
Telefon: 0441 75053

Weitere Telefonnummern

Herausgeber:
Stadt Oldenburg, Der Oberbürgermeister, Gesundheitsamt,
Sozialpsychiatrischer Dienst. Stand: Januar 2015

53°8'N 8°13'0 WWW.OLDENBURG.DE

Krisenpass

Gesundheitsamt
STADT OLDENBURG

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Krankenkasse

Hilfreich in Krisen

Nicht hilfreich in Krisen

Eine **Behandlungsvereinbarung** liegt folgender Person beziehungsweise Einrichtung vor

Im Krisenfall benachrichtigen
(Name und Telefonnummer)

Vertrauenspersonen

Betreuung der Kinder

Versorgung der Haustiere

Vorsorgevollmacht

Gesetzliche Betreuung

2.5 Landespsychiatrieberichterstattung

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg im Gesundheitsamt

Der Koalitionsvertrag der jetzigen Landesregierung sieht vor, dass zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen ein Landespsychiatrieplan erstellt werden soll. Mit der Planung und Umsetzung dieser Aufgabe ist das Psychiatriereferat im Sozialministerium befasst. Der Landespsychiatrieplan wird auf der Grundlage der in der Koalitionsvereinbarung getroffenen Aussagen entwickelt und auf einen Zeitraum von etwa 10 Jahren ausgerichtet. Mit der Erstellung sind nach einem Ausschreibungsverfahren externe Experten beauftragt worden: die Firmen fogs und ceus. Diese Experten werden bei ihrer Aufgabe durch eine Kommission „Landespsychiatrieplanung“ unterstützt. In der Kommission sind niedersächsische Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung und das Psychiatriereferat des Ministeriums vertreten und sollen als Multiplikatoren federführend dafür sorgen, dass der von Ihnen vertretene Fachbereich umfassend behandelt wird. Die Geschäfte der Kommission führt der Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen Herr Dr. Elgeti. In der Kommission sind aus unserer Region Herr Dr. Brieden (Karl-Jaspers-Klinik) für den Bereich Gerontopsychiatrie und der Autor dieses Artikels für die Region Weser-Ems berufen worden.

In den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg (SpV) und bei den regelmäßigen Treffen der Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Geschäftsführer der Sozialpsychiatrischen Verbünde im Raum Weser-Ems wurde jeweils über den Stand der Kommissionsarbeit informiert.

Erste Planteile werden fogs und ceus der Kommission sehr wahrscheinlich im Herbst vorlegen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann davon ausgegangen werden, dass der fertige Landespsychiatrieplan bis Ende Februar 2016 vorliegen wird. Auch in

den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes soll der Landespsychiatrieplan dann vorgestellt und die Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung in der Stadt Oldenburg erörtert werden.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

2.6 Standards für das ambulant betreute Wohnen

Eine Handreichung für die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens
Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN)

Diese Handreichung wurde von der Arbeitsgruppe „regionale Vernetzung“ des LFBPN erstellt und mit geringfügigen Änderungen vom Plenum des LFBPN in seiner Sitzung am 29.04.2015 einstimmig verabschiedet.

Für das ambulant betreute Wohnen (abW) als ambulante Leistung der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen gibt es bisher keine verbindlichen Standards. Das hat zur Folge, dass diese Form der ambulanten Eingliederungshilfe von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Ziel dieser Handreichung ist es, Mindestanforderungen für die Qualität des abW zu formulieren, die jeder Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) dann auch den Fachstellen für Sozialhilfe in seiner Kommune zur Verfügung stellen kann. Der Landesfachbeirat Psychiatrie empfiehlt, in den Kommunen neben einheitlichen Leistungs- bzw. Qualitätsvereinbarungen mit den abW-Anbietern Entgeltvereinbarungen abschließen, die eine Erfüllung der geforderten Standards ermöglichen. Die Handreichung möge als Anregung dienen, das eigene Verfahren kritisch zu beleuchten, stetig weiterzuentwickeln und auf dem Weg zur Verwirklichung der Vision einer Inklusion psychisch erkrankter Menschen voran zu kommen.

Begriffsdefinition

Als ambulant betreutes Wohnen (abW) wird eine ambulante Eingliederungshilfe auf Basis der §§ 1 und 9 SGB XII verstanden, hier speziell für Menschen mit einer seelischen Behinderung (einschließlich Suchterkrankungen) und Anspruch auf Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 und 54 SGB XII. Diese Hilfe wird gelegentlich auch als ambulante Wohnbetreuung, Assistenz beim Wohnen oder mobiles unterstütztes Wohnen bezeichnet.

Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst anspruchsberechtigte Menschen ab 18 Jahren im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers. Die betroffenen Personen sind wegen einer schweren chronischen psychischen Beeinträchtigung wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, an der Gesellschaft teilzuhaben, oder sie sind von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht und zu deren Abwendung auf sozialpädagogische und lebenspraktische Hilfen angewiesen. Der Anspruch auf Eingliederungshilfen erlischt auch im höheren Lebensalter nicht.

Die Ansprüche der Betroffenen sind nicht durch andere Leistungsträger (z. B. im Rahmen der SGB V, VIII oder XI) abgedeckt. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten ohne pädagogischen Hintergrund fallen nicht in die Zuständigkeit des abW. Im Unterschied zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) beinhaltet die Hilfe durch abW nicht die Behandlung psychisch erkrankter Menschen (SGB V) oder ihre soziale Pflege (SGB XI); Kombinationen von Leistungen zur Pflege mit solchen zur Eingliederung sind nicht ausgeschlossen.

Die nachfragende Person sollte die erforderliche Motivation erkennen lassen, die Unterstützung anzunehmen und an der Zielerreichung konkreter, individueller Ziele mitzuwirken; Motivationshilfe kann nur ausnahmsweise und anfänglich Ziel der Maßnahme sein. Die Hilfe gilt grundsätzlich für Anspruchsberechtigte, die im eigenen oder in angemietetem Wohnraum leben. Sie müssen über grundlegende Fähigkeiten verfügen, den überwiegenden Teil ihres Lebensalltags allein oder mit Hilfe Dritter zu strukturieren. Für ambulante Betreuungen in Wohngemeinschaften sollte die Trennung von Vermietungs- und Betreuungsverhältnis angestrebt werden.

Ziele

Die Hilfe soll dazu beitragen, dass die Betroffenen in Zukunft ihr Leben wieder selbstständig oder mithilfe von Familie, befreundeten Personen sowie niedrigschwelliger Hilfen aus dem Sozialraum gestalten. Bei besonders schwer beein-

trächtigten Personen kann die Hilfe auch dazu dienen, einer Verschlimmerung der Beeinträchtigungen entgegenzuwirken und die Lebensqualität zu erhalten. Eine Konkretisierung der Ziele erfolgt im Rahmen individueller Hilfeplanung in einer Hilfeplankonferenz. Einzelziele können insbesondere sein:

- Teilhabe am Leben der Gemeinschaft: Erlangung größtmöglicher Eigenständigkeit und Selbstbestimmung in der alltäglichen Lebensgestaltung, Erwerb und Festigung lebenspraktischer Fähigkeiten, Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte, sinnvoll erlebter Tagesstruktur und Beschäftigung, Nutzung von Angeboten zur psychosozialen Unterstützung im Lebensumfeld außerhalb der Eingliederungshilfe,

- Stabilisierung des psychosozialen Zustands: Akzeptanz der eigenen Erkrankung bzw. Behinderung durch Einsicht und konstruktive Auseinandersetzung mit ihr, Aufnahme und Aufrechterhaltung der im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen zur medizinischen Behandlung und Rehabilitation, Vermeidung von Krisensituationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sowie stationärer Behandlungs- oder Betreuungsnotwendigkeit.

Die Fachkräfte setzen auf professionelle Zurückhaltung („passive Aktivität“) mit dem Ziel, die Einzelfallhilfe entbehrlich zu machen. Sie fördern die Initiative und Fähigkeit der betreuten Person, eigene Lösungen zu finden. Dabei kommt es darauf an, in jedem Einzelfall je nach aktuellem Erfordernis die passende Balance zwischen anleitender Begleitung und praktischer Unterstützung zu finden. Sie beziehen deren Angehörige und andere Bezugspersonen in die Betreuung und Begleitung mit ein, soweit dies fachlich begründet ist und die Betroffenen dem zustimmen. Unter Mitwirkung der betreuten Person wird regelmäßig überprüft, ob die im Hilfeplan vereinbarten Ziele erreicht wurden. Der Erreichungsgrad dieser Ziele ist Grundlage für die Bewertung der Ergebnisqualität.

Leistungsumfang

Die Leistungen werden in der Regel in Form von ambulanter Einzelfallhilfe oder ambulanter Wohngemeinschaftsbetreuung erbracht. Neben allgemeinen Angeboten für alle hilfeberechtigten Personen können je nach regionalen Gegebenheiten auch spezialisierte Angebote für bestimmte Zielgruppen sinnvoll sein, differenziert nach dem Geschlecht (z. B. für Frauen), nach dem Störungsbild (z. B. bei Komorbidität und Traumafolgestörungen) oder im Anschluss an Heimbetreuung (Enthospitalisierung).

Der hilfeberechtigten Person werden regelmäßige aufsuchende Termine angeboten. Je nach Bedarf sollte eine deutliche Steigerung der in der Regel wöchentlichen Kontakte ebenso möglich sein wie eine Verringerung auf 14-tägige oder monatliche Kontakte. Neben Einzelkontakten sind unter Umständen zusätzliche Gruppenangebote sinnvoll. Die individuell notwendige Intensität der Betreuung kann in weitem Umfang variieren. Die Einzelkontakte sollen von einer kontinuierlich zuständigen Bezugsperson mit festgelegter Vertretung durchgeführt werden, alternativ von zwei Bezugspersonen.

Die Verfahren zur Bedarfsermittlung und Zuweisung eines bestimmten Leistungsumfangs können je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt variieren: Teilweise werden die wöchentlichen Kontingente in Fachleistungsstunden (FLS) individuell festgelegt, teilweise erfolgt eine Pauschalierung mit unterschiedlicher Flexibilität bei der Leistungsintensität für die betreute Person. Gelegentlich kommen auch pauschalierte Fallgruppen zur Anwendung. Während bis in die 1990er Jahre meist unbefristete Kostenanerkenntnisse erteilt wurden, sollten diese inzwischen in der Regel befristet werden, ihre Laufzeit kann sich von wenigen Monaten bis über mehrere Jahre erstrecken. Die Kostenanerkenntnisse sollten zu Zielen und Inhalten der gewährten Hilfe Stellung nehmen, entweder in Form ausformulierter Grob- und Feinziele oder als Beifügung eines Hilfeplans.

Leistungsinhalte

Die Hilfen dienen dazu, die Teilhabe der betreuten Person an der Gesellschaft zu fördern und die Auswirkungen ihrer Behinderung zu beseitigen oder zu mildern. Insbesondere soll die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht bzw. erleichtert werden, z. B. die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit. Es kann auch darum gehen, von Maßnahmen zur Pflege unabhängig zu werden oder zu bleiben. Die möglichen Leistungsinhalte sind entsprechend vielgestaltig und können insbesondere folgende Hilfen umfassen:

- Wohnen und Selbstversorgung: Hilfen zum Erhalt und zur Pflege der Wohnung sowie des Wohnungsumfeldes, ggf. auch zur Wohnungssuche sowie zur Planung und Durchführung eines Umzugs; Hilfen zur Selbstversorgung, z. B. bei der Planung und Durchführung des Einkaufs, der Ernährung sowie der allgemeinen Haushaltsführung (Wäschepflege, Entsorgung, Vermeidung von Verwahrlosung);
- soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe: Hilfen zur Aufnahme und zum Erhalt persönlicher Kontakte, partnerschaftlicher und familiärer Beziehungen, Suche, Pflege und Erhalt neuer tragender sozialer Bindungen, Erweiterung der sozialen Kompetenz;
- Selbstbestimmung und Krankheitsverarbeitung: Hilfen zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls, zur Nutzung von Selbsthilfeangeboten, zur Förderung von Autonomie und Krankheitsverständnis, Empowerment, und Sinngebung, Hilfen bei der mittel- und langfristigen Zukunfts- und Lebensplanung;
- Gesundheitsförderung: Hilfe und Unterstützung bei sportlicher Betätigung und Bewegung, Unterstützung bei gesunder Ernährung, Körperpflege und Umgang mit Suchtstoffen; daneben können auch übende und stützende Angebote gemacht werden;
- Inanspruchnahme erforderlicher medizinischer Behandlung: Motivierung und ggf. Begleitung zur haus- bzw. fachärztlichen Behandlung, ggf. Anbahnung einer stationären Behandlung;

- Mobilität: Unterstützung bei der Organisation eines Fahrrades und beim Radfahrtraining, bei der (Wieder-)Erlangung der Fahrerlaubnis, bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs, ggf. einschließlich entsprechendem Training und Begleitung;
- administrative Hilfen und Fallkoordination: Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten und beim Umgang mit Behörden, ggf. in Kooperation mit der gesetzlichen Betreuerin bzw. dem gesetzlichen Betreuer, bei der Planung von Behandlungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen, ggf. in Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, evtl. auch im Sinne einer Fallkoordination (*Clinical Casemanagement*).

Personalausstattung und Teamarbeit

Im abW sind wegen der erforderlichen pädagogischen Qualifikationen vor allem Fachkräfte der Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit tätig. Abhängig vom tatsächlichen Leistungsspektrum des Anbieters kann eine multiprofessionelle Zusammensetzung sinnvoll sein. Als weitere Berufsgruppen kommen vor allem Fachkrankenpflege Psychiatrie, Heilerziehungspflege, Arbeitspädagogik und Ergotherapie infrage. Wünschenswert sind eine mehrjährige Berufserfahrung in der Psychiatrie und eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung. Eine trialogische Orientierung der Eingliederungshilfe wird gestärkt, wenn bei der Personalausstattung auch Angehörige und insbesondere Psychiatrie-erfahrene Genesungsbegleiterinnen bzw. Genesungsbegleiter (*Peers*) berücksichtigt werden. Ihr Tätigkeitsfeld ist dann sachgerecht abzugrenzen. Eine tarifgerechte Bezahlung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist notwendig.

Tätigkeitsbeschreibungen für alle Berufsgruppen und ein Einarbeitungskonzept für neues Betreuungspersonal müssen vorhanden sein. Fallbesprechungen, Übergaberegelungen, Fortbildung und Supervision müssen inhaltlich und strukturell geregelt sein, z. B. im Rahmen regelmäßiger Teamkonferenzen.

Leitbild

Ein Leitbild ist die schriftliche Erklärung einer Organisation (hier: abW-Anbieter) über ihr Selbstverständnis, ihre Grundprinzipien und ihre Strategie. Das Leitbild beschreibt die Mission und Vision der Organisation sowie die angestrebte Organisationskultur. Nach innen gibt es Orientierung und wirkt somit handlungsleitend und motivierend sowohl für die Organisation als Ganzes als auch für den einzelnen Mitarbeitenden. Nach außen macht das Leitbild den betreuten Personen, dem Leistungsträger und der Öffentlichkeit deutlich, wofür die Organisation steht. Ein Leitbild soll auf folgende Fragen antworten:

- Wofür stehen wir als Gemeinschaft bzw. Organisation? (Vision)
- Was wollen wir gemeinsam erreichen? (Mission/Aufgaben)
- Welche Werte und Prinzipien sollen unser Handeln leiten? (Grundhaltung)

Mit einer attraktiven Beantwortung dieser Fragen ist die Hoffnung auf eine positive Motivation der Mitarbeitenden verknüpft.

Das Leitbild gehört zur Qualitätspolitik, und das Qualitätsmanagementsystem ist das Werkzeug, um die Vision zu realisieren. Das Leitbild ist die Grundlage für die Ableitung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; bei seiner Entwicklung sollten folgende zehn Leitsätze berücksichtigt werden:

1. Arbeits- und Kompetenzfelder: Was tun wir? Was können wir besonders gut?
2. Qualität der Dienstleistung: Was verstehen wir unter Qualität?
3. Informieren/Kommunizieren/*Corporate Governance*: Wie gehen wir mit Informationen um? Wie kommunizieren wir miteinander und über Institutionen hinweg? Welches Bild wollen wir nach außen zeigen? Wie interagieren und kommunizieren wir?
4. Führen: Wie wollen wir führen bzw. wie soll geführt werden?
5. Gesundheit und Sicherheit: Was bedeutet Gesundheit für uns? Wie wollen wir sie sichern und entwickeln?

6. Kunden-/Klientenbezug: Wie sehen wir diejenigen, die wir betreuen, und wie gehen wir mit ihnen um?
7. Wirtschaftlichkeit: Wie sichern wir die finanziellen Mittel?
8. Vernetzung mit Behörden und Institutionen: Wie sichern wir die Zusammenarbeit?
9. Umgang mit natürlichen Ressourcen: Wie können wir Ressourcen nachhaltig und schonend nutzen?
10. Evaluation: Wie überprüfen wir die Qualität unserer Arbeit, und wie sorgen wir für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung?

Rahmenbedingungen und Verfahrensfragen

Die Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen der Eingliederungshilfe in einem transparenten Verfahren obliegt den Fachdiensten für Sozialhilfe der zuständigen Gebietskörperschaft in hoheitlicher Gestaltungsfreiheit. Bei Anträgen aufgrund einer seelischen Behinderung ist der Sozialpsychiatrische Dienst der Gebietskörperschaft wegen seiner einschlägigen Fachkompetenz und Erfahrung systematisch bei der Planung und Evaluation der Hilfen einzubeziehen. In jedem Falle sollte die Gebietskörperschaft unter Mitwirkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes Mindeststandards für die ambulante Eingliederungshilfe in Form von Fach- und Qualitätsstandards festlegen. Bei ihrer Erstellung sind der Sozialpsychiatrische Dienst und der Sozialpsychiatrische Verbund des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt zu beteiligen. Diese Standards sollten für die ambulante Eingliederungshilfe bei seelischen Behinderungen verbindlich sein, z.B. über entsprechende Beschlüsse im Sozialpsychiatrischen Verbund und über ihre Integration in die jeweiligen Leistungsvereinbarungen.

Bezüglich des Verfahrens wird empfohlen, folgende Mindeststandards zu definieren:

- Verpflichtung zur Erstellung und regelmäßigen Fortschreibung von Fach- und Qualitätsstandards mit Festlegung, wer daran beteiligt sein soll (Leistungserbringer, Kostenträger, Sozialpsychiatrischer Dienst, Behindertenbeirat oder andere Betroffenen- und Angehörigenvertreter) und wie dieser Prozess zeitlich ablaufen soll; Untergliederung der Fach- und Qualitätsstandards in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität;
- Verwendung standardisierter Antrags- und Bearbeitungsdokumente einschließlich eines einheitlichen Verfahrens zur Feststellung des Hilfebedarfs; Hilfebedarfsfeststellung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst;
- Transparente Darstellung des Verfahrensablaufes und der dem Verfahren zugrundliegenden Rechtsnormen zur Mitwirkungspflicht, zum informationellen Selbstbestimmungsrecht, zum Umgang mit Schweigepflicht und Datenschutz, zur Feststellung der seelischen Behinderung gem. SGB IX § 14(5);
- Vorhalten eines Beschwerdemanagements (z.B. beim Sozialpsychiatrischen Dienst).

Bezüglich der Rahmenbedingungen der inhaltlichen Ausgestaltung wird empfohlen:

- Fixierung des personenzentrierten Ansatzes im Bezugsbetreuersystem in aufsuchender Arbeit mit einer Fachkraftquote von 100%;
- Definition der Fachleistungsstunde, die immer 60 Minuten an direkten Betreuungsleistungen (face-to-face) umfasst, zusätzlich auch Zeitbudgets für indirekte und mittelbare Leistungen sowie Gruppenbetreuungsleistungen:
  - direkte Betreuungsleistungen: Leistungen ausgehend vom individuellen Hilfebedarf mit der betreuten Person (*face-to-face*);

- indirekte Betreuungsleistungen: Leistungen bzw. Zeitaufwand für die zu betreuende Person, z.B. im Kontakt im sozialen Umfeld, mit Behörden und Ärztinnen bzw. Ärzten; Zeitaufwand für Wegezeiten, Fallbesprechungen und Dokumentation;
- mittelbare Leistungen: Supervision, Fortbildung, Dienst- bzw. Teambesprechungen, anteilige Leistungen für Leitung und Verwaltung;

➢ Definition des Leistungsumfanges mit Festlegung, ob eine Leistungserbringung nicht nur als Einzelbetreuung, sondern auch in Form einer Gruppenbetreuung möglich ist;

➢ Festlegung des Verfahrens bei Beendigung einer Maßnahme oder Anbieterwechsel;

➢ Regelungen zur zeitlichen Inanspruchnahme der Leistungen (z. B. zu den „üblichen Bürozeiten“, abends, am Wochenende);

➢ Vorhalten von Räumlichkeiten innerhalb der Versorgungsregion

➢ Verpflichtung zur Mitarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund und ggf. zur Beteiligung an der regionalen Psychiatrieberichterstattung als Bestandteil der externen Qualitätskontrolle und kooperativen Qualitätsentwicklung;

➢ Festlegung der Regulationsmechanismen bei Qualitätseinbußen.

2.7 Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik

Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Universitätsprofessorin, Klinikdirektorin, Karl-Jaspers-Klinik/
Prof. Gregor Theilmeyer, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät

Die in 2012 neu gegründete Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg hat im Oktober 2014 die dritte Studierendenkohorte für ihren Humanmedizin Modellstudiengang zugelassen, den sie in enger Kooperation mit der Rijksuniversiteit Groningen und deren Universitair Medisch Centrum in den Niederlanden durchführt. Nach ersten Stellungnahmen des Wissenschaftsrats 2010 wird eine Begutachtung der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften Oldenburg durch den Wissenschaftsrat 2018 erfolgen. Diese Begutachtung hat eine richtungsweisende Bedeutung für die Medizinische Fakultät am Standort Oldenburg. Die Fakultät befindet sich im Aufbau und wird in der derzeit geplanten Ausbaustufe mehr als 60 Professuren beheimaten. Dabei sind die Neurowissenschaften der derzeit größte Schwerpunkt in Forschung und Lehre, aber auch ein wichtiger Schwerpunkt in der Krankenversorgung. Im Bereich des Forschungsschwerpunktes Neurosensorik sind neben den 27 naturwissenschaftlichen Professuren nun auch die Fächer Anatomie und Physiologie im Besetzungsverfahren, so dass auch die klinisch-theoretische Brücke in die neurologisch-psychiatrischen Fächer noch stärker ausgebaut werden wird. In diesem Bereich sind die klinischen Professuren Hals-Nasen-Ohren Heilkunde am Evangelischen Krankenhaus und die Professur für Ophthalmologie jeweils mit der Einrichtung der entsprechenden Universitätskliniken ebenfalls bedeutsam. Die Fakultät hat in Kooperation mit der Karl-Jaspers-Klinik die Professur für Psychiatrie mit Frau Professor Philipsen besetzt und eine Professur für Psychosomatische Medizin ausgeschrieben. Außerdem befindet sich die Professur für Neurologie derzeit in der Ausschreibung.

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Im September 2014 wurde die Karl-Jaspers-Klinik um eine Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie erweitert. Klinikdirektorin ist Frau Professor Philipsen. Sie hat zeitgleich den Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg inne und trägt damit die Verantwortung für das Fach in Forschung und Lehre. Unter ihrer Leitung wurde eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Multizenterstudie zur medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter deutschlandweit durchgeführt. Für ihre Forschungstätigkeiten erhielt sie 2012 den renommierten Preis für Ärztliche Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie den Saarländischen ADHS-Forschungspreis. Sie lehrte an zahlreichen Forschungs- und Ausbildungsinstituten, ist Supervisorin für Verhaltenstherapie, Gutachterin für internationale Zeitschriften und Förderprogramme sowie Mitherausgeberin der Zeitschrift Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.

Die Universitätsklinik besteht gegenwärtig aus fünf Stationen mit insgesamt 113 Planbetten. Ihr zugeordnet sind zwei geschützte Aufnahmestationen (A7 und A8) sowie eine Spezialstation zur Behandlung depressiver Erkrankungen (A9) im Hannah-Ahrendt-Haus. Weiterer Bestandteil ist eine Mutter-Kind-Einheit mit 4 Einzelzimmern. Hier können Mütter mit postpartalen Depressionen oder Schwierigkeiten in der Bindung zu ihrem Neugeborenen aufgenommen und in einem multimodalen Konzept behandelt werden. Auch die Station A2 bietet die Möglichkeit der Akut-Behandlung von depressiven oder bipolaren Erkrankungen, Lebenskrisen und akuten Belastungsreaktionen. Neu gegründet wurde zu Beginn des Jahres eine universitäre Institutsambulanz. Der Schwerpunkt liegt gegenwärtig auf der Differenzialdiagnostik und Behandlung von Entwicklungsstörungen, insbesondere der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. Sollte aufgrund der Schwere der Erkrankung eine stationäre Behandlung indiziert sein, so befindet sich

ein spezielles Konzept zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS und psychischen Komorbiditäten in der Entwicklung auf der Station A10. Weiterhin hält diese Station auch Plätze vor für Patienten und Patientinnen mit Doppeldiagnosen wie Psychose und Sucht.

An der Universitätsklinik werden – auch in Kooperation mit den Nachbarkliniken der Karl-Jaspers-Klinik – wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung neuer Behandlungskonzepte wie bspw. zur Wirksamkeit von Psychoedukation oder Sport bei psychischen Erkrankungen. Ein neuerdings vom BMBF geförderter Forschungsverbund (ESCAlife, Evidence-based, Stepped Care of ADHD along the life-span, www.esca-life.org) beschäftigt sich mit der evidenzbasierten, stufenweisen Versorgung der ADHS über die Lebensspanne. Das Teilprojekt ESCA***late*** konzentriert sich auf die Behandlung der ADHS bei jungen Erwachsenen. Zentrale Bausteine sind Psychoedukation und Telefon-assistierte Selbsthilfe. Letztere wird für alle Patienten, die deutschlandweit an dem Projekt teilnehmen, von der Arbeitsgruppe ADHS in Bad Zwischenahn koordiniert.

Die ambulante und stationäre Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Borderline-Erkrankung werden zum Januar 2016 im Verantwortungsbereich der Universitätsmedizin liegen. Damit bietet sich die Möglichkeit, Projekte bspw. zur Verbesserung der ambulanten Anschlussbehandlung weiter zu entwickeln und wissenschaftlich zu evaluieren.

Kontakt:
Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Klinikdirektorin Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn
Prof. Theilmeyer, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, EMS/Dekan Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Campus Wechloy,
Carl-von-Ossietzky-Str. 9 – 11, 26129 Oldenburg

2.8 Klinik für forensische Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik

Bettina Hackenbroch-Hicke, Leitende Oberärztin, Karl-Jaspers-Klinik

Auf dem Gelände der Karl-Jaspers-Klinik erfolgen derzeit umfangreiche Baumaßnahmen. Bei einem der Projekte handelt es sich um den Neubau der Klinik zur Behandlung von jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, die auf der Grundlage der §§ 63 und 64 StGB gerichtlich für von ihnen verübte Straftaten zu einer Unterbringung im Jugendmaßregelvollzug verurteilt wurden. Die Jugendforensik ist eine fachlich verselbstständigte Abteilung der Erwachsenenforensik, die als Einrichtung des Landes Niedersachsen ausschließlich mit beim Land Niedersachsen direkt angestellten Mitarbeitern im therapeutischen Bereich arbeiten wird.

Mit der neuen Klinik soll nach einer langen Phase der Planung und Vorbereitung der in Niedersachsen bestehende Fehlbedarf an geeigneten Behandlungsplätzen mit der notwendigen spezifisch kinder- und jugendpsychiatrischen Qualifikation behoben werden.

Eine Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt für Jugendliche in der Regel erst dann, wenn andere Angebote der Jugendhilfe nicht mehr in Frage kommen, entsprechend groß sind bei den untergebrachten Patienten Erfahrungen des Scheiterns und damit auch die Notwendigkeit, ein qualifiziertes Angebot bereit zu halten.

Auf der Grundlage des Maßregelvollzugsgesetzes soll als Ziel des Aufenthaltes neben der Sicherung die Behandlung der Jugendlichen im Vordergrund stehen. Sie sollen mit Blick auf ihre psychiatrische Erkrankung behandelt werden und ihr Zustand soll sich soweit bessern, dass keine weitere Gefährlichkeit mehr besteht.

Dem Jugendgerichtsgesetz folgend wird dabei in der Jugendforensik dem Erziehungsgedanken ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die Eröffnung der Klinik soll nach Abschluss der Bauarbeiten voraussichtlich Anfang 2016 erfolgen. Dann werden dort auf zwei Stationen mit zusammen 24 Behandlungsplätzen Jugendliche ab einem Alter von 14 Jahren, Heranwachsende und junge Erwachsene bis 24 Jahre aufgenommen und auf ein künftiges Leben ohne Straftaten vorbereitet. Betreut werden die jugendlichen Patienten durch Personal aus verschiedenen Berufsgruppen. Neben Ärzten und Psychologen sind im Pflege- und Erziehungsdienst auch pädagogische Berufsgruppen besonders gefragt, im Bereich Ergotherapie wird auch die schulische bzw. berufliche Bildung im Vordergrund stehen, dem Bereich Sport- und Bewegungstherapie wird ebenfalls ein hoher Stellenwert zukommen.

Die beiden Stationen sollen für die Patienten ein soziales Lernfeld bereitstellen, in dem sie wichtige Sozialisationserfahrungen nachholen und vertiefen können. In der sozialen Gemeinschaft sollen in konkreten Situationen neue Verhaltensweisen erprobt, die damit verbundenen Konsequenzen erlebt und dadurch mehr Handlungskompetenz entwickelt werden. Es soll ein Prozess der Nachreifung und Förderung sozialer Kompetenzen stattfinden, durch den die Patienten wichtige Schritte in der emotionalen und moralischen Entwicklung vollziehen können. In der daran anknüpfenden Psychotherapie wird es neben einem Verständnis für das individuelle Störungsbild und der Vermittlung dafür notwendiger Fertigkeiten auch um eine intensive Deliktbearbeitung gehen, mit dem Ziel, künftig ein straffreies Leben führen zu können.

Kontakt:
Bettina Hackenbroch-Hicke, Leitende Oberärztin
E-Mail: Bettina.Hackenbroch-Hicke@karl-jaspers-klinik.de
Matthias Müller, Diplompsychologe, Psychologischer Psychotherapeut
E-Mail: Matthias.Mueller@karl-japsers-klinik.de

Kontakt:
Bettina Hackenbroch-Hicke, Leitende Oberärztin, Klinik für Kinder- und Jugendforensik, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

2.9 Trauma-Ambulanz-Netzwerk-Niedersachsen in der Karl-Jaspers-Klinik

Schnelle Hilfe für Opfer von Gewalttaten
Angela Klausing, Karl-Jaspers-Klinik

Im Januar 2015 ist die Karl-Jaspers-Klinik dem Trauma-Netzwerk-Niedersachsen beigetreten. Die Trauma-Ambulanz richtet sich an Menschen, die Opfer einer Gewalttat geworden sind.

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ist einer Initiative der Bundesregierung gefolgt und hat in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken ein Konzept entwickelt, durch das Opfer von Straftaten in allen Regionen Niedersachsens fachkompetente psychotherapeutische Soforthilfe zur Behandlung eines Traumas angeboten werden kann. Ziel ist, möglichst alle psychiatrische Kliniken und Abteilungen in dieses Netzwerk aufzunehmen.

Erwachsene Opfer einer Straftat (das meint sogenannte Kapitalverbrechen, wie Überfälle, schwere Körperverletzung, Tatzeugen von Mord, sexuelle Gewalttaten) können nun in der Karl-Jaspers-Klinik anrufen und werden in der Regel innerhalb von 10 Tagen einen ersten Termin bekommen.

Hierfür steht eine eigene Telefonnummer (0441 9615-262) mit Anrufbeantworter zur Verfügung, die durch die Institutsambulanz der Suchtklinik besetzt ist.

Opfer von Gewalttaten leiden oft an körperlichen, seelischen aber auch an wirtschaftlichen Folgen. Nach einer körperlichen oder psychischen Gewalterfahrung, die immer eine Ausnahmesituation darstellt, können Symptome starker psychischer Belastung auftreten (Alpträume, Rückzug, Ängste, Niedergeschlagenheit, Unruhe, unwillkürliche Erinnerungen usw.) Dieses ist erst einmal eine normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis. Manchmal halten diese Beschwerden aber länger an und führen im schlimmsten Fall zu Erkrankungen wie z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Angsterkrankung oder einer Depression.

Die Trauma-Ambulanzen bieten notwendige Unterstützung an, um die unmittelbare Zeit nach dem Trauma zu begleiten.

Die Behandlung kann individuell variieren: Von einem Beratungsgespräch bis zu fünf oder auch zehn Terminen; wenn nötig wird eine längerdauernde Behandlung angebahnt.

Inhalte der Gespräche können sein:

- Aufklärung und Beratung über Trauma und mögliche Traumafolgen
- Hilfe im Umgang mit diesen besonderen Lebenssituationen
- Diagnostik vorhandener Symptome und weitergehende Empfehlung
- Krisenintervention und Akutmaßnahmen zur Stabilisierung
- Psychotherapeutische Akutbehandlung
- Vermittlung weiterer Hilfsangebote

Die Kosten für die Beratung übernimmt das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Fahrtkosten können auf Antrag erstattet werden. Die Beantragung erfolgt durch die Ambulanz.

Das Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) regelt auf Antrag individuelle Leistungen wie Heil- und Krankenbehandlung bis zur Gewährung einer Beschädigten/Hinterbliebenenrente.

Weitere Informationen zum Thema Opferentschädigungsgesetz des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie finden sie im Internet.

Die Arbeit in der Ambulanz erfolgt in enger Abstimmung mit anderen Hilfseinrichtungen, wie z. B. Weißer Ring, Stiftung Opferhilfe, Wildwasser und ähnliches.

Bei Fragen rufen Sie gerne in der Ambulanz in der Klinik für Suchtmedizin

Tel. 0441 9615–260 oder direkt unter 0441 9615-262 an.

Kontakt:
Angelika Klausing, Karl-Jaspers-Klinik, Klinik für Suchtmedizin, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

2.10 Demenzversorgung muss in den Fokus rücken

Brunhilde Becker, 1. Vorsitzende/Gabriele Herschelmann, 2. Vorsitzende, Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V.

Die Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e.V. ist eine Selbsthilfegruppe. Der gemeinnützige Verein besteht seit fast 20 Jahren und ist ehrenamtlich tätig.

Unser Ziel ist eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungsbedingungen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Region.

Wir bieten:

- **Erfahrungsaustausch in begleiteten Selbsthilfegruppen**
  a) offene Angehörigengruppe
  b) NEU: seit 2014 eine Gruppe für Menschen mit beginnender Demenz
- **unabhängige Beratung** beim Umgang mit Problemen und zu möglichen Hilfeleistungen Sprechzeiten: jeden Freitag von 9:00 bis 11:00 Uhr (ca. 120 Beratungen/Jahr)
- **Informationen rund um das Thema Demenz auf unserer Homepage** www.alzheimer-oldenburg.de (ca. 9.300 Besucher/Jahr)
- **Öffentlichkeitsarbeit** bei aktuellen Anlässen und zu speziellen Themen (z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften, Unruhe und Weglauftendenzen, Demenz & Partnerschaft, Orientierungshilfen, stationäre Versorgung für Menschen mit Demenz usw.).
- **Vertretung der Interessen** von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Im Rahmen unserer Beratungstätigkeit und bei weitergehenden Recherchen sind uns folgende Lücken bei der Demenzversorgung in der Stadt Oldenburg aufgefallen:

Mangel an Kurzzeitpflege-Plätzen

Pflegende Angehörige, die aus Krankheitsgründen oder wegen Urlaub die ihnen zustehende Ersatzpflege in Anspruch nehmen wollten, konnten seit dem vergangenen Jahr zeitweise keine Kurzzeitpflegeplätze in Oldenburg finden. Die stationären Einrichtungen sind überwiegend ausgelastet (und es gibt nur eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in der Stadt). Unsere Erfahrungen wurden durch Rückfragen bei anderen Beratungsstellen bestätigt.

Mangel an demenzgerechten Heimplätzen

Es ist sehr schwer, in Oldenburg einen demenzgerechten Heimplatz zu finden. Das ist ein häufiges Thema in der Beratung und auch in der Angehörigengruppe. In den meisten stationären Einrichtungen sind die Wohnbereiche für Demenzkranke zu groß (> 30 Bewohner), und es gibt zu wenig Bewegungsmöglichkeiten. Nach unseren Recherchen ist freier Zugang zu einem gesicherten Außenbereich für mobile, aber orientierungslose Demenzkranke ein seltenes Privileg. Selbst dort, wo es spezielle Demenzbereiche gibt, sind diese nicht demenzgerecht; oft befinden sie sich im Obergeschoss der Häuser. In keinem der Häuser gibt es einen erhöhten Personalschlüssel, wie er für die fachgerechte Demenzversorgung wichtig wäre.

Keine gerontopsychiatrische Fachpflegeeinrichtung für Demenzkranke in der Stadt

Für Demenzkranke mit herausfordernden Verhaltensweisen oder orientierungslose Menschen mit starkem Bewegungsdrang ist eine gerontopsychiatrische Facheinrichtung wichtig. Die gibt es nicht in der Stadt. Das hat zur Folge, dass Erkrankte länger als nötig in der Karl Jaspers Klinik bleiben bzw. im Umland (bis zu 60 km Entfernung) versorgt werden müssen.

Fehlende Pflegeberichte seit 2009

Laut NPflegeG § 5 sind ***„die Landkreise und kreisfreien Städte dazu verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nach Maßgabe des Gesetzes sicherzustellen.***“ Des

Weiteren besagt das NPflegeG § 3: *„Die Landkreise und kreisfreien Städte erstellen für ihr Gebiet räumlich gegliederte **Pflegeberichte** über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung. ….Die Pflegeberichte sind fortzuschreiben“*. Der § 4 weist auf die örtlichen Pflegekonferenzen hin, die sich mit der pflegerischen Versorgungsstruktur befassen und im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung eine koordinierende Funktion haben.

Die letzte örtliche Pflegekonferenz in Oldenburg fand unseres Wissens 2011 statt. Der letzte örtliche Pflegebericht der Stadt Oldenburg ist aus dem Jahr 2009.

Darin wird für die Stadt Oldenburg mit **2.327 Demenzkranken** gerechnet (nach Bickel). Zuvor war der Pflegebericht alle zwei Jahre fortgeschrieben worden, seit 2009 unseres Wissens nicht mehr. Daher hatten wir in den letzten Jahren die Krankenzahlen selbst ermittelt. Für die Berechnung wurden – wie auch in früheren örtlichen sowie Landes-Pflegeberichten – die altersspezifischen Prävalenzraten nach Bickel verwendet. Auf dieser Basis ergibt sich folgende Schätzung:

(**Stand 12/2014**)

Alters-gruppe	**Anzahl Frauen**	**Prävalenz-rate %**	**erkrankte Frauen**	**Anzahl Männer**	**Prävalenz-rate %**	**erkrankte Männer**	**Erkrankte Gesamt**
65 - 69	4.021	1,43	58	3.594	1,79	64	122
70 - 74	4.323	3,74	162	3.699	3,23	119	281
75 - 79	3.962	7,63	302	3.027	6,89	209	511
80 - 84	2.329	16,39	382	1.429	14,35	205	587
85 - 89	2.620	28,35	509	823	20,85	172	681
90 und älter	1.384	44,17	463	335	29,18	98	561
	17.481		**1.876**	12.907		**867**	**2.743**

(Prävalenzraten entn.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, 2014
Quelle für die Einwohnerzahlen: Einwohnerdatei Stadt Oldenburg „Einwohner nach Lebensalter und Familienstand“)

Unserer Schätzung, **2.743** Menschen mit Demenz in Oldenburg, stehen allerdings die letzten offiziellen Krankenzahlen der Stadt gegenüber, die in einer Broschüre veröffentlicht und am 25.02.2014 im Sozialausschuss berichtet wurden: „*Basierend auf dem BC Report 2011, einer großen europäischen Studie vom ECNP, ist für die Stadt Oldenburg davon auszugehen, dass circa 5,4 % aller Personen der Altersgruppe 65+ von Demenz betroffen sind, das heißt, dass circa* ***1.567*** *Menschen (Basis 2011) demenziell erkrankt sind.*“ (entn.: Stadt Oldenburg (Hrsg.): Pflegesituation in der Stadt Oldenburg, 2014).

Die Differenz ergibt sich aus einem anderen Berechnungsansatz: Wie die Tabelle zeigt, steigt der Krankenanteil mit dem Alter steil an, und verdoppelt sich bei den über 65-jährigen etwa alle fünf Jahre. Für eine möglichst genaue Schätzung der Krankenzahlen muss die Bevölkerungsstatistik daher differenziert nach Alter und Geschlecht betrachtet werden. Die Prävalenzrate des ECNP wurde im Rahmen einer europaweiten Metastudie aber nur für die gesamte Bevölkerungsgruppe ab **60+** ermittelt. Es wurden also Altersgruppen mit ganz unterschiedlichem Krankenanteil zusammengefasst; diese Prävalenzrate kann man nicht einfach auf ein anderes Gebiet mit einer anderen Altersstruktur übertragen. Außerdem sind in die Berechnung der Stadt nur die Zahlen der Bevölkerung ab **65+** eingeflossen; die Gruppe der 60 – 64-jährigen fehlt. Zudem wäre es unlogisch, wenn „neuere“ Krankenzahlen für die Stadt niedriger liegen würden, als die von der Stadt selbst berechneten im örtlichen Pflegebericht 2009 (2.327).

Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz, die im stationären Bereich versorgt werden müssen, ist bereits jetzt kritisch. Bei steigenden Krankenzahlen durch den demografischen Wandel wurden in den letzten Jahren Heimplätze abgebaut. Nach unseren Recherchen stehen in der Stadt heute insgesamt 40 Heimplätze weniger zur Verfügung als 2009. Daher müssen jetzt dringend Maßnahmen ergriffen werden, wenn die Lage in der Stadt in nächster Zeit nicht katastrophal werden soll.

Aus Sicht der Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e.V. müssen weitere Heimplätze geschaffen werden. Diese sollten die Kriterien für eine fachgerechte Demenzversorgung erfüllen; ggf. sind besondere Anreize zu setzen. Das gilt insbesondere für die notwendige Errichtung einer gerontopsychiatrischen Facheinrichtung für demenziell erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten. Zudem sollten auch ambulant betreute Wohngemeinschaften besonders gefördert werden, da sie fachlich versierte Pflege bei Demenz leisten und eine bewährte Alternative zum Heim sind.

Wir hoffen, dass die aktuellen Gespräche mit der Stadt – auch über das Demenz-Netz – zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Oldenburg führen.

Alzheimer Gesellschaft
Oldenburg e.V.

Lindenstraße 12 a
26123 Oldenburg
Tel.: (04 41) 9 26 69 39

Kontakt:
Brunhilde Becker/Gabriele Herschelmann, Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V.,
Lindenstr. 12 A, 26123 Oldenburg

3 Schwerpunktthema Nachwuchsgewinnung

3.1 Oldenburger Fachkräfte-Initiative unterschreibt Vereinbarung Kooperationspartner legen Rahmen für künftige Zusammenarbeit fest

Quelle: Bürgerbrief der Stadt Oldenburg vom 24.03.2015

Oldenburg. Fachkräftesicherung soll zukünftig als eine gemeinsame strategische Zukunftsaufgabe für Oldenburg angegangen werden – dies vereinbarten die an der Fachkräfte-Initiative beteiligten Unternehmen und Institutionen und unterzeichneten hierfür offiziell eine Rahmenvereinbarung. Damit liegt knapp zwei Monate nachdem Oberbürgermeister Jürgen Krogmann gemeinsam mit Vertretern der Wirtschaft den Startschuss zur Fachkräfte-Initiative gegeben hat, ein erstes Ergebnis vor. In dem gemeinsam erarbeiteten Papier legen die Kooperationspartner konkrete Ziele und Handlungsfelder des Oldenburger Bündnisses fest. „Die Rahmenvereinbarung ist eine sehr gute Grundlage für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Fachkräfte-Initiative. Im Wettbewerb um gute Fachkräfte setzen wir auf ein Bündel von Maßnahmen, wie etwa die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Attraktivität des Standortes Oldenburg oder die Qualifizierung von Arbeitssuchenden, dazu gehören selbstverständlich auch die derzeit zu uns kommenden Asylbewerber“, so Oberbürgermeister Jürgen Krogmann.

Alle Mitglieder des Bündnisses haben sich zum Ziel gesetzt, die Initiative dauerhaft durch Mitwirkung an geeigneten Maßnahmen zu unterstützen und in diesem Rahmen eigenverantwortlich Projekte und Aktivitäten innerhalb des eigenen Wirkungsbereiches zu befördern und zu begleiten.

Zur Erreichung der Ziele haben die Kooperationspartner fünf Handlungsfelder vereinbart, die in gemeinsamer Verantwortung bearbeitet werden sollen:

1. Den Standort Oldenburg als idealen Lebensmittelpunkt mit einer einzigartigen Balance von beruflichen Erfolgschancen und einer hohen individuellen Lebensqualität im In- und Ausland bekannt machen.

2. Unternehmen und Einrichtungen des Standortes Oldenburg bei der Anwerbung von Fach- und Führungskräften aus dem In- und Ausland unterstützen.
3. Menschen dazu motivieren und dazu in die Lage versetzen, am Standort Oldenburg ihre Ausbildung zu absolvieren und diese Menschen im Anschluss an ihre Ausbildung an die Region binden.
4. Die Qualifizierung von Arbeitsuchenden und Arbeitslosen mit dem Fachkräftebedarf der Unternehmen in Übereinstimmung bringen.
5. Die Vernetzung der Arbeitsmarktakteure im Hinblick auf die vier vorgenannten Handlungsfelder vorantreiben.

Teilgenommen an der Unterzeichnung haben:

Jürgen Krogmann, Oberbürgermeister Stadt Oldenburg
Christian Berndt, Teamleiter Arbeitgeber-Service, Agentur für Arbeit Oldenburg-Wilhelmshaven
Dirk Heitkötter, Geschäftsführer Arbeitgeberverband Oldenburg
Rainer Krause, Leiter Personalmanagement BÜFA
Jörg Stahlmann, Vizepräsident Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Andreas Kluge, Geschäftsführer CEWE Stiftung
Heiko Henke, Hauptgeschäftsführer Handwerkskammer Oldenburg
Dr. Dirk Tenzer, Geschäftsführer Klinikum Oldenburg

Dr. Thomas Hildebrandt, Geschäftsführer Oldenburgische Industrie- und Handelskamme
Prof. Dr.-Ing. Andreas Hein, Vorstandsmitglied OFFIS

Weitere Unterzeichner sind:
Nikolaus Behr, Vorstandsmitglied EWE
Roland Otten, Direktor Bereich Personal, Landessparkasse zu Oldenburg
Koordiniert wird die Fachkräfte-Initiative vom Fachdienst Standortmarketing und wissensbasierte Standortentwicklung der Wirtschaftsförderung Stadt Oldenburg.

Bei inhaltlichen Fragen zum Thema „Fachkräfte-Initiative“ können sich interessierte Unternehmen und Institutionen an Giuseppina Giordano, Fachdienstleiterin, E-Mail: giuseppina.giordano@stadt-oldenburg.de, wenden.

3.2 P E P P als Chance

Dr. Christian Figge, Klinikdirektor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Karl-Jaspers-Klinik

Die Zukunft der Psychiatrie heißt PEPP, Kurzform für das neue pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie, welches voraussichtlich in den Jahren 2017 ff. schrittweise eingeführt wird. Die grundlegende Philosophie dieses Systems erinnert an das DRG-System, eingeführt in der somatischen Medizin vor einigen Jahren, mit dem versucht wurde, die Kliniken für die erbrachten Behandlungsleistungen entsprechend dem betriebenen Aufwand zu bezahlen. Dabei berücksichtigt das DRG-System in erster Linie Haupt- und Nebendiagnosen bei Annahme einer im Durchschnitt ähnlichen Verweildauer. Nur in Ausnahmefällen werden längere oder kürzere Verweildauern in die Berechnung mit einbezogen.

Da psychiatrische Erkrankungen trotz gleicher Diagnose extrem unterschiedliche Verweildauern verursachen können, wurde das System im Bereich der Psychiatrie im Wesentlichen dahingehend angepasst, dass zwar die jeweilige Diagnose mit Nebendiagnosen ebenfalls eine Berechnungsgrundlage darstellt, darüber hinaus jedoch die einzelnen Tage der Behandlung berücksichtigt werden. Wesentliche Sorge der Behandler wie auch der Patientenverbände und der Angehörigen löst dabei die Idee aus, bei vielen akut psychiatrischen Behandlungen das Entgelt pro Behandlungstag im Verlauf der Behandlung nach unterschiedlichen mathematischen Modellen schrittweise zu reduzieren, ohne dass jemals wissenschaftlich dokumentiert werden konnte, dass der Behandlungsaufwand pro Tag im Laufe einer langfristigen Behandlung immer geringer wird. Zu befürchten sei, dass somit langfristige Behandlungen für die Kliniken nicht mehr lukrativ seien und deshalb schwerkranke Patienten entlassen würden, ohne dass ein tragfähiges Therapieziel erreicht worden sei. Eine andere Sorge ist, dass entsprechend langfristige, insbesondere psychotherapeutische Behandlungen insgesamt so wenig lukrativ würden, dass sie überhaupt nicht mehr angeboten werden.

Ähnliche Befürchtungen gab es zu Beginn der DRG-Einführung in der somatischen Medizin. Kurz nach deren Einführung war in der Tat zu beobachten, dass viele Kliniken sich die leichteren Fälle „herauspickten“ und komplikationsträchtige multimorbide Behandlungen vermieden oder in Richtung Universitätskliniken verlagert wurden. In den folgenden Jahren konnte das DRG-System hier jedoch entscheidend nachgebessert werden: Der erhöhte Behandlungsaufwand von Spezialkliniken konnte bis hin zur Erstattung einzelner, sehr teurer, z. B. Krebsmedikamente so gut erfasst werden, dass auch aufwendige Behandlungen für Spezialkliniken wieder möglich wurden. Darüber hinaus schreitet die Entwicklung sogenannter Prozeduren (Beispiel: Schlaganfallbehandlung) voran, die eine entsprechende Bezahlung von Spezialtherapien ermöglichen, sobald sie Qualitätsstandards entsprechen. Dies hat in der somatischen Medizin zu Investitionen in Sachmittel, wie auch in qualifizierte Teams geführt.

Wenn man die öffentlich zugänglichen Unternehmensdaten psychiatrischer Kliniken, insbesondere Einnahmen und Personalstärke, miteinander vergleicht, fällt auf, dass längst nicht jede Klinik bereit ist, Erlössteigerungen in bessere Personalausstattung umzusetzen. Wenn das neue Entgeltsystem hier in der Lage ist, den Aufwand – und in der Psychiatrie ist es im Wesentlichen Personalaufwand – pro Tag und Patient abzubilden, werden derartige „Einsparungen“ nicht mehr so leicht möglich sein.

Darüber hinaus ist es durchaus wahrscheinlich, dass sich im Laufe der Zeit die bereits jetzt bekannten psychiatrischen Spezialbehandlungen (Beispiel: DBT, Traumatherapie, stationäre psychodynamische Psychotherapie u. a.) als Standards etablieren. Hier dürfte, ähnlich wie bei den Prozeduren im DRG-System, eine entsprechende Bezahlung daran gekoppelt sein, dass die Klinik das entsprechende Know how wie auch das entsprechend qualifizierte Personal nachweisen und die durchgeführte Behandlung anhand eines Behandlungspfades dokumentieren kann. Hierdurch eröffnen sich einerseits gute Arbeitsmöglichkeiten für qualifiziertes psychiatrisches und psychotherapeutisches Personal. Außerdem lohnt es sich für Kliniken,

spezialisierte Behandlungsangebote für bestimmte Diagnosen zu entwickeln und anzubieten, so dass, eine ausreichende Basisfinanzierung vorausgesetzt, das PEPP-System durchaus zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen kann.

Kontakt:
Dr. Christian Figge, Klinikdirektor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

3.3 Meilenstein - Weiterbildungsgesellschaft für Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland gGmbH

Quelle: Zeitschrift Impulse 86/2015

Die zukünftige ärztliche Versorgung hat im Landkreis Emsland auch auf kommunaler Ebene schon lange eine hohe Bedeutung. Verstärkt wird dabei die Gestaltung der Gesundheitsversorgung als eine regionale Aufgabe verstanden. Daher hat sich der Landkreis Emsland schon frühzeitig gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort auf den Weg gemacht, um geeignete Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung und gegen den drohenden Ärztemangel zu initiieren.

In einem ersten Schritt wurde 2010 die gemeinnützige Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein gegründet, in der Akteurinnen und Akteure aus dem stationären, ambulanten und kommunalen Sektor unter Geschäftsführung der Kommune zusammenkommen. Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Weiterbildungsgesellschaft sind die emsländischen Krankenhäuser, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie der Landkreis Emsland. Mit der Gesellschaftsform wurde eine verlässliche, sektorenübergreifende Struktur geschaffen, in der alle Akteurinnen und Akteure an einem Strang ziehen und lokale Initiativen zur Nachwuchsgewinnung entwickeln.

Fachkräfte im Gesundheitswesen gewinnen – sichern – binden

Meilenstein dient der Vernetzung der verschiedenen Handelnden im Gesundheitsbereich mit dem besonderen Ziel, Ärztinnen und Ärzte für das Emsland zu gewinnen und die entsprechenden Bedingungen zu schaffen, die junge Medizinerinnen und Mediziner suchen:

- attraktive sektorenübergreifende Weiterbildungsmöglichkeiten
- Zusammenarbeit statt Konkurrenz unter Einrichtungen und Diensten
- Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- individuelle Hilfestellung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen in der beruflichen Planung.

Aufbau eines Netzwerkes

Die Weiterbildungsgesellschaft versteht sich als lokale Ansprechpartnerin, um die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Medizinstudierenden miteinander zu verbinden. Dabei ist die Weiterbildungsgesellschaft bemüht, schon frühzeitig Kontakte zu den Studierenden aufzubauen, sich für die Wünsche der Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner einzusetzen und sie in ein aktives Netzwerk einzubinden. So wurde ein Anschriftenpool eingerichtet, in welchem sich Studentinnen und Studenten sowie Interessierte im Landkreis Emsland mithilfe der Weiterbildungsgesellschaft vernetzen und austauschen können. Zudem werden regelmäßige Treffen organisiert.

Ein besonderer Stellenwert kommt auch der hohen Qualität der Weiterbildung und deren stetiger Verbesserung zu.

Die Ausbildung an erster Stelle

Die Medizinstudierenden im Emsland sollen sich voll und ganz auf ein intensives Studium und einen schnellen und erfolgreichen Abschluss konzentrieren können. Zur Unterstützung wurde im Jahr 2014 ein Förderprogramm auf den Weg gebracht. Dieses sieht die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende, die sich bereits für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin entschieden haben, sowie eine finanzielle Unterstützung im Praktischen Jahr und bei Absolvierung von Famulaturen in einer hausärztlich tätigen Praxis vor.

Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin

Auch für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wurde ein Förderkonzept entwickelt. Neben einer finanziellen Förderung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten haben die Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen gemeinsam mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie allen emsländischen Krankenhäusern einen landkreisweiten Weiterbildungsverbund im Landkreis Emsland gegründet.

Dies ist der zurzeit größte Zusammenschluss verschiedener Weiterbildungseinrichtungen in ganz Niedersachsen mit dem Ziel, angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern die komplette Facharztweiterbildung anzubieten.

Die Koordination und Unterstützung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Gründung der Weiterbildungsgesellschaft ein guter Ansatz ist, sich die Arbeit bewährt und positive Akzente zur Nachwuchsgewinnung gesetzt werden konnten.

Literatur bei der Verfasserin

Kontakt:
Johanna Sievering, Leiterin des Fachbereichs Gesundheit des Landkreis Emsland,
Geschäftsführerin der Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein, Ordeniederung 1,
49716 Meppen, Tel.: (05931) 441 196, E-Mail: johanna.sievering@emsland.de

3.4 Was leistet das Netzwerk Pflegeausbildung Oldenburg/Ammerland?

Thomas Knäpper, Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben

Fachkräfte in der Pflege sind knapp. Aktuell zeigt sich bereits jetzt schon ein spürbarer Pflegenotstand und in Zukunft wird der Bedarf an qualifizierten Pflegefachkräften noch weiter ansteigen. Der demographische und soziale Wandel sowie seine erkennbaren mittel- und langfristigen Auswirkungen stellen Städte und Gemeinden – aber auch soziale Dienstleister – vor große Herausforderungen. Selbst aktiv werden und im eigenen Betrieb ausbilden ist der „Königsweg“ zur Deckung des Fachkräftebedarfs der Zukunft. Ausbildung nach modernen qualitativ hochwertigen pflegerischen, methodischen und didaktischen Standards ist ein Garant für die Durchführung einer professionellen Pflege und in vielen Hinsichten eine Bereicherung für jede Pflegeeinrichtung.

Die Durchführung der praktischen Pflegeausbildung ist bereits auf die Zusammenarbeit mit mehreren Einrichtungen angelegt. Zum einen ist die vertraglich geregelte Kooperation von ausbildender Einrichtung und Pflegeschule erforderlich. Zum anderen hat der Träger der praktischen Ausbildung Vereinbarungen mit Einrichtungen für die externen Ausbildungsabschnitte zu regeln.

Um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen und die Qualität der bereits bestehenden Ausbildung zu verbessern, ist es lohnens- und empfehlenswert, Kontakt mit zusätzlichen Akteuren in der Pflege aufzunehmen. Hierzu bietet sich die Zusammenarbeit in einem Netzwerk an.

Nicht zuletzt soll die Bildung eines Netzwerkes Synergieeffekte für die beteiligten Institutionen erzielen. Die Vorteile sind eine verbesserte Position am Markt, die gemeinsame Organisation von Öffentlichkeitsarbeit sowie eine bessere Qualität der Ausbildung durch mehr Informationen.

In der Region Oldenburg/Ammerland sind sechs Berufsfachschulen Altenpflege als staatlich anerkannte Ersatzschulen oder staatliche Berufsbildende Schulen tätig.

Der Wunsch zur Bildung eines Netzwerkes kam aus den Reihen der Altenpflegeschulen.

Grund für die Überlegungen zur Bildung eines Netzwerks ist ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch sowie die Entwicklung gemeinsamer Strategien und Planung von Veranstaltungen, um für Pflegeausbildung zu werben und die Vorzüge und Möglichkeiten in diesem Berufsfeld deutlich zu machen. Außerdem soll ein einheitliches Sprachrohr in der Region gebildet werden.

Das langfristige Ziel ist die Erhöhung der Ausbildungszahlen in allen Pflegeschulen in der Region und damit eine aktive Nachwuchsgewinnung für die praktischen Ausbildungsträger.

Da dieses nicht allein durch die Pflegeschulen geleistet werden kann sind weitere hilfreiche Partner im Netzwerk hinzugekommen.

Vertreter der kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen, die Agentur für Arbeit und das Jobcenter sowie kommunale Vertreter ergänzen das Netzwerk. Zudem wird dieses Netzwerk durch das Beratungsteam Altenpflegeausbildung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben unterstützt. Weitere Mitglieder sind jederzeit herzlich willkommen.

Derzeit haben vor allem aktuelle Themen Vorrang bei der Bearbeitung durch das Netzwerk, zum Beispiel die Veränderung der Ausbildungsstruktur und die damit verbundenen Anforderungen an die an der Ausbildung beteiligten Partner durch die von der Bundesregierung geplante generalistische Pflegeausbildung.

Als mittelfristige Ziele rücken Aspekte der Beseitigung des Fachkräftemangels sowie Erleichterungen beim Start in das Berufsfeld in den Vordergrund.

Das Netzwerk wird sich daher in nächster Zeit neben der Umstellung auf die gemeinsame Pflegeausbildung vor allem mit den Themen

- Öffentlichkeitsarbeit
- Imageverbesserung
- Neue Bewerberkreise

beschäftigen.

Im Einzelnen werden folgende Ideen bearbeitet:

<u>Öffentlichkeitsarbeit:</u>

- Nutzung einer abgestimmten gemeinsamen Pressearbeit
- Zielgruppen- und bedarfsorientierte Kommunikation zur Bewerbergewinnung
- Nutzung von social-media Portalen
- Vermittlung von Informationen über das Berufsbild in Schulen
- Sensibilisierung für die Problematik Fachkräftemangel in der Pflege
- Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen mit dem Ziel der Berufsinformation und Bewerbergewinnung (zum Beispiel Pflegeberufetag)

<u>Imageverbesserung:</u>

Vorurteile gegenüber dem Beruf abbauen durch

- Veröffentlichung positiver Beispiele aus der Praxis
- Zeitgemäße Darstellung des Handlungsfeldes
- Verbesserung der Familienfreundlichkeit

Neue Bewerberkreise:

- Gewinnung von Interessenten aller Bildungsabschlüsse
- Öffnung neuer Zugangswege
- Aufzeigen von Karrierewegen
- Solide Informationspolitik über die Wege in die Pflege
- Veröffentlichung von best-practice Beispielen

Da sich das Netzwerk auch als Dienstleister und Unterstützer der beteiligten Institutionen und Einrichtungen in allen Fragen rund um die Pflegeausbildung sieht, wird derzeit ein Workshop zum Thema „Ausbildungsmarketing und systematische Bewerbergewinnung“ vorbereitet.

Weitere Informationen über das „Netzwerk Pflegeausbildung Region Oldenburg/ Ammerland“ sind über folgende Kontaktadresse erhältlich:

Thomas Knäpper
Bundesamt für Familie
und zivilgesellschaftliche Aufgaben

Referat 406 - Qualifizierung Altenpflege
Berater Niedersachsen/Bremen

BERATUNGSTEAM
ALTENPFLEGE
AUSBILDUNG

Telefon: 05507 915861
Mobil: 0173 5493134
Telefax: 05507-919989
E-Mail: thomas.knaepper@bafza.bund.de
Internet: www.altenpflegeausbildung.net
www.bafza.de
Adresse: Gartenstraße 13, 37434 Krebeck

altenpflegeausbildung.net

3.5 Personalmangel und Anerkennungsdefizite in der Pflege

Quelle: Zeitschrift Impulse 86/2015

Gegenwärtig zeichnen sich aufgrund von Arbeitsverdichtungen unter Zeitdruck wachsende physische und psychische Auswirkungen von Belastungen in allen Sektoren der Pflege ab. Mit 4,6 Prozent weist diese Berufsgruppe im Jahr 2013 den höchsten Krankenstand auf. Die Arbeitsunfähigkeitstage liegen, verglichen mit anderen Berufen, aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen seit Jahren oberhalb des Durchschnitts. Die Verweildauer im Pflegeberuf ist kurz: 50 % der Altenpflegekräfte verlassen nach einer Untersuchung der GEK Gmünder Ersatzkasse ihr Berufsfeld dreieinhalb Jahre nach Beginn der Erstbeschäftigung. Gemäß der NEXT-Studie gaben knapp 9 Prozent der Befragten an, mehrmals wöchentlich oder häufiger über einen Berufsausstieg nachzudenken. Weitere 10 % taten dies mehrfach monatlich. Für Pflege, wie auch für andere fürsorgende Tätigkeiten, z. B. Kindererziehung, wird mit Blick auf den privat-häuslichen als auch den professionellen Kontext festgestellt, dass der Bedarf zukünftig nicht gedeckt werden kann, wir also in Deutschland und EU-weit unaufhaltsam auf eine Care-Krise zusteuern.

Rahmenbedingungen der Pflegeerbringung

Diese Befunde verweisen im professionellen Bereich darauf, dass sich einerseits die Anfangsmotivation von Pflegekräften, andere Menschen in ihrer Bedürftigkeit zu unterstützen, angesichts der beruflichen Wirklichkeit schnell verbraucht. Andererseits scheint das Verhältnis von aufzubringenden Kräften für die Erledigung der Arbeit und Ausgleich schaffender Ressourcen in der Pflege nicht ausbalanciert zu sein, was das Erkrankungsrisiko der Pflegekräfte steigert. Die Rahmenbedingungen sind so strukturiert, dass Care-Aufgaben nicht mehr bedarfsgerecht erledigt werden können, obwohl sie als reproduktive Aufgaben das menschliche Überleben sichern. Zu wenig berücksichtigt wird dabei, dass alle Menschen im Leben auf andere Menschen und deren fürsorgende Tätigkeiten existenziell angewiesen sind.

Anerkennung und Wertschätzung für die professionelle Pflege

Für diese Tätigkeiten und die sie ausübenden Personen fehlt es an Anerkennung und Wertschätzung, eine aus arbeitspsychologischer Sicht besonders wichtige Ressource für die langfristige Anforderungsbewältigung.

Anerkennung und Wertschätzung werden auf der Ebene der Gesellschaft, der Organisationen bzw. Einrichtungen und der direkten Interaktion mit anderen Menschen vermittelt. Gemäß unserer Analyse bestehen für die professionelle Pflege auf allen Ebenen Defizite:

Anerkennung und Wertschätzung in der Gesellschaft

Wenn in den Medien von Pflege die Rede ist, dann stehen häufig die hiermit verbundenen Kosten oder gar die Individualisierung und Skandalisierung von Mängeln im Fokus der Betrachtung. Und so wundert es, dass nach Umfragen das Sozialprestige von Krankenschwestern in Deutschland hoch ist: Nach der Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005 nimmt diese Berufsgruppe Platz 2 hinter den Ärzten ein. Aber Pflege ist monetär wenig wert. Die Entlohnung war laut DGB-Index Gute Arbeit für einen großen Teil der Beschäftigten 2008 noch auf dem Niveau von Prekär- oder Armutslöhnen. Dazu kommt noch die vielfach übliche Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung, so dass mit der Verrentung Altersarmut droht.

Anerkennung in den Organisationen

Von besonderer Bedeutung für die Wahrnehmung einer geringen Wertschätzung ist die hierarchische Unterordnung der Pflege unter die Medizin, ihre faktisch zuarbeitende Rolle. Pflege hat in der Bundesrepublik juristisch keine monopolisierten Aufgaben- und Kompetenzbereiche und die Ausbildung ist nicht nach dem dualen System strukturiert. Ausschlaggebend hierfür ist die Wahrnehmung von Pflege als

hausarbeitsnah-sozialisierte Tätigkeit. Die Anerkennungssituation in Organisationen ist des Weiteren durch die Arbeitsbedingungen gekennzeichnet, die durch Arbeitsverdichtung, Zeitmangel, fehlende Möglichkeiten zur Umsetzung eigener Qualitätsmaßstäbe „guter Pflege“, Schichtdienst und geringes Einkommen gekennzeichnet sind.

Anerkennung in der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen

Auf der Ebene der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen erhält die Pflegekraft in der Regel am meisten Wertschätzung. Aber diese wird tendenziell immer geringer: Die verordnete Kundenorientierung erzeugt bei Patientinnen und Patienten mitunter eher Servicementalität statt Dankbarkeit. Durch die wachsende Arbeitsverdichtung fühlen sich Pflegekräfte zunehmend gestresst. Hinzu kommt die verordnete Orientierung an den zu dokumentierenden funktionalen Pflegetätigkeiten, die immer weniger Spielraum für kommunikative Zuwendung lässt. Da die Wertschätzung aber insbesondere angesichts der Erfahrung von emotional-kommunikativer Zuwendung erfolgt, wird ein positives Feedback auch von dieser Seite immer seltener.

Infolge dieser Entwicklung verausgaben sich Pflegekräfte, ohne genügend zurückzubekommen. Dieser Zustand kann als „Gratifikationskrisen“ beschrieben werden. Er bedingt, dass Pflegekräften nur noch die Wahl bleibt, das Berufsfeld durch eine bewusste Entscheidung zu verlassen oder durch Krankheit dieser Entscheidung enthoben zu werden.

Besonders bedeutsam für das Wertschätzungsdefizit von Pflegetätigkeiten scheint das Tätigkeitsspektrum selbst: Die Arbeit erfolgt personennah und ist durch Leiblichkeit und durch beziehungstypische Aspekte charakterisiert, zum Beispiel Personenbezug, Beziehungsorientierung und Empathie. Diese Charakteristika stehen diealtypisch den für industrielle Berufe typischen Voraussetzungen wie Sachbezogenheit, zweckrationales Handeln und fachliche Orientierung gegenüber. Um das

Care-Defizit nachhaltig zu lösen, bedarf es deshalb der Dekonstruktion unserer tradierten Wertvorstellungen, wonach sachbezogene Tätigkeiten als Ergebnis eines aufwendigen Kompetenzerwerbs wertvoll und demgegenüber personenbezogene Tätigkeiten eher wertneutral seien, da sie (zumindest bei Frauen) auf selbstverständlich vorhandenen Kompetenzen beruhen. Damit verbunden steht natürlich auch das Menschenbild auf dem Prüfstand. Ein wichtiger Schritt besteht darin, bewusst zu machen, dass Care nicht selbstverständlich ist. Hierzu ist die von der European Social Platform[11] geforderte Verankerung von Pflege (Care) als ein „Menschenrecht“ bedeutsam.

Literatur bei der Verfasserin

Kontakt:
Prof. Dr. Christel Kumbruck, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30 a, 49076 Osnabrück,
E-Mail: kumbruck@wi.hs-osnabrueck.de

[11] Ein Zusammenschluss von 46 europaweiten Organisationen, siehe www.socialplatform.org.

3.6 Ein Blick über den Tellerrand – die Situation von Pflegekräften in Skandinavien

Quelle: Zeitschrift Impulse 86/2015

Die fünf nordisch-skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden begründen ihre Pflegesysteme auf einer gemeinsamen Grundidee: Pflege ist eine öffentliche Aufgabe mit öffentlicher Finanzierung und überwiegend auch öffentlicher Dienstleistungserbringung. Private Anbieter, ebenso die Pflege durch Angehörige, spielen eine nachrangige Rolle. Die Verantwortung für niedrigschwellige Angebote im häuslichen wie institutionellen Bereich liegt bei den Kommunen. Dort, wo sich Pflegebedürftige für die Pflege durch Angehörige entscheiden, schließt die Kommune mit der informellen Pflegeperson einen Vertrag, der Rechte und Pflichten sowie die Höhe des Pflegegeldes regelt. In Einzelfällen kann dies soweit gehen, dass pflegende Angehörige temporär zu Mitarbeitenden der Gemeinde werden.

In Deutschland ist das übergeordnete Ziel finanzpolitisch motiviert. Es besteht in der Geringhaltung öffentlicher Ausgaben. An den tatsächlichen Bedarf und die Erreichung von Qualitätszielen ist die Finanzplanung nicht gekoppelt. Verwiesen wird hier auf die Selbstverwaltung aus Pflegekassen und Leistungserbringern. Für das, was das Pflegesystem tatsächlich leistet, ist im Ergebnis keine Instanz wirklich verantwortlich. Anders ist dies im Norden. Die Systeme sind auf den Outcome hin gesteuert. Zentrales Ziel ist es, den älteren Menschen die sozialen, alltagspraktischen und medizinisch pflegerischen Hilfeleistungen zukommen zu lassen, die für die Gesunderhaltung und ein möglichst selbstbestimmtes Leben erforderlich sind. Die Finanzpolitik hat eine dienende Funktion. Bedarfsorientiert stellt sie Mittel bereit, die gemessen am Bruttoinlandsprodukt und bezogen auf Einwohner im Alter ab 65 Jahren vielfach so hoch liegen wie in Deutschland. Unterfinanzierungen werden weitgehend vermieden.

Beschäftigungspolitik

Die Langfristpflege hat im Norden ein erhebliches Beschäftigungsgewicht. Auf 1000 Einwohner und Einwohnerinnen im Alter über 65 Jahre kommen über 100 rechnerische Vollzeitkräfte gegenüber rund 40 in Deutschland (2011). Der im Norden geringere Ökonomisierungsdruck macht es dabei möglich, dass Vollzeitarbeit eine größere Rolle spielt. In Deutschland dominiert Teilzeit mit einem Anteil von 70 Prozent der Beschäftigten. Begründung findet dies in der Notwendigkeit, das Personal – es handelt sich zu mehr als 85 Prozent um Frauen – angesichts knapper Personaldecken flexibel so einzusetzen, dass pflegerische Mindeststandards gesichert sind. In Dänemark arbeiten demgegenüber zwei Drittel in Vollzeit, womit unterstützt wird, dass gute Pflegeergebnisse stark von festen personalen Beziehungen abhängen.

Verdienstmöglichkeiten

Üppige Verdienstmöglichkeiten bieten pflegerische Berufe auch im Norden nicht. Relativ zu Deutschland liegen die Gehälter jedoch um 20 bis 30 Prozent höher. Der Pflegesektor wurde nicht zu einem Experimentierfeld für Niedriglohnbeschäftigung, wie dies für vor allem für Ostdeutschland aber auch für Niedersachen zu konstatieren ist. Aus der Auswertung der kommunalen dänischen Verdienststatistik ergibt sich, dass nicht nur das Niveau durchgängig höher ist. Auch die Lohnspreizung ist weit geringer als in Deutschland. Auf die letzte Dekade gesehen konnten die Beschäftigten deutliche Reallohnsteigerungen verbuchen. Bei den unteren Gehaltsgruppen fielen diese höher aus als bei den Pflegefachkräften mit Bachelorabschluss.

Arbeitszufriedenheit

Die „Nurses Early Exit Study“ (NEXT) lieferte auf Basis von Organisationsanalysen und Befragungen, die im Zeitraum von Herbst 2002 bis Herbst 2004 in elf europäischen Ländern durchgeführt wurden, europäische Vergleichszahlen. In Deutschland ergab sich ein vergleichsweise geringes Maß an Zufriedenheit der Befragten mit ihren Arbeitsbedingungen und in der Konsequenz eine relativ hohe Ausstiegsbereitschaft. 46 Prozent Arbeitszufriedenheit wurden im Durchschnitt erreicht

gegenüber 85 Prozent in Norwegen und immerhin noch 64 Prozent in Finnland. Auch das Image des Pflegeberufs und die beruflichen Perspektiven wurden von den Befragten eher negativ eingeschätzt. Daran hat sich nichts geändert. Es gibt warme Worte, aber kaum substantielle Verbesserungen.

Professionalisierungsgrad

Skandinavien vollzog die qualifikatorische Hochstufung der vorher semi-professionellen Pflege- und Therapieberufe bereits ab den 1970er Jahren. Dies ist verknüpft mit der Ausweitung von Frauenerwerbstätigkeit und einem doppelten Gleichstellungsanliegen: Gleichstellung durch Abbau von Frauendiskriminierungen im Erwerbssystem und Gleichstellung durch Niveauanhebungen bei pflegerischen und therapeutischen Berufen dahingehend, dass sich Medizin und Pflege auf Augenhöhe begegnen können. Es hat sich eine generalisierte Pflegeausbildung etabliert.

Resümee

Aus Sicht der Verfasserin wird es ohne einen grundlegenden Paradigmenwechsel der Pflegepolitik und ihrer Finanzierung nicht möglich sein, die Negativspirale bei sowohl der Qualität und Erreichbarkeit guter Pflege und sozialer Betreuung wie auch den Arbeitsbedingungen der im Pflegebereich Tätigen zu durchbrechen. Ein wieder größeres Engagement der Kommunen als Leistungserbringer gehört dazu ebenso wie eine auf Höherqualifizierung gerichtete Reform der Ausbildung pflegerischer Berufe. Skandinavische Länder halten für zukunftsweisende Reformen einiges an Ideen und guter politischer Praxis bereit. Sie zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist. Pflegepolitik darf dabei nicht alleine, sondern muss im Zusammenwirken von Finanz- und Arbeitsmarktpolitik gesehen werden.

Literatur bei der Verfasserin
Für nähere Informationen siehe die bei der Friedrich-Ebert-Stiftung erschienene Studie „Auf der Highroad. Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“, Erstveröffentlichung 2012, aktualisierte Neuauflage 2015 (i.E.)

Kontakt:
Dr. Cornelia Heintze, Beratung & Coaching, Cöthner Str. 64, 04155 Leipzig,
Tel.: 0341 5611366, E-Mail: Dr.Cornelia.Heintze@t-online.de

3.7 Attraktivität der Pflegeberufe

M. Klußmann-Schofer, Schulleiterin HANSA Pflegefachschulen gGmbH

Die Attraktivität der Pflegeberufe erfreut sich laut einer Untersuchung des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIPP) aus dem Jahr 2014 hoher Beliebtheit bei Schulabgängern. So heißt es dort, dass die Ausbildungszahlen im Vergleich zu Zahlen aus 2003/2004 in allen drei Pflegeberufen kontinuierlich gestiegen sind. Aufgrund von zahlreichen Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensiven war der Anstieg in der Altenpflegausbildung besonders hoch. Vom Schuljahr 2007/2008 bis zum Schuljahr 2011/2012 ist die Zahl der Auszubildenden um 36,2% auf 55.966 gestiegen. Im Vergleich dazu hatte die Krankenpflegeausbildung ein Plus 7,6%.[12]

Der Bedarf an Pflegefachpersonal steigt mit der Überalterung unserer Gesellschaft rasant an! Im Jahr 2030 werden 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig sein und schon heute fehlt qualifiziertes Fachpersonal.

So wurde in einem Vortrag auf dem Hauptstadtkongress *Medizin und Gesundheit,* der am 11. Juni dieses Jahres stattfand, darauf hingewiesen, dass die Personalsituation in deutschen Kliniken katastrophal sei und die Patientensicherheit gefährde. Kamen 2011 zehn Patienten auf eine Pflegeperson liegt das Betreuungsverhältnis heute schon bei 13 : 1. Ähnlich eklatante Versorgungsengpässe seien auch in der ambulanten und in der stationären Altenpflege zu beobachten. In den Niederlanden kommen im Vergleich dazu auf eine Pflegeperson 4,8 Patienten.[13]

Auf der anderen Seite sinken aufgrund des demografischen Wandels die Zahlen der Schulabgänger und somit stehen wesentlich weniger Bewerber für alle Ausbildungsbranchen zur Verfügung.

[12] (Quelle: BIPP Pressemitteilung 31/2014)
[13] (Quelle: Die Schwester, Der Pfleger, 7/2015 S. 5 Brigitte Teigeler)

Dieser Trend ist auch in den Pflegeberufen festzustellen. Es stehen insgesamt weniger geeignete Bewerber zur Auswahl. In Oldenburg sind wir bezüglich der Pflegeausbildungen derzeit mit drei Krankenpflegeschulen inklusive einer Kinderkrankenpflegschule und vier Altenpflegeschulen gut versorgt.

Ausbildungsplätze können trotz der allgemeinen Beliebtheit an den Pflegeberufen, insbesondere in der Altenpflege, teilweise aber nicht mehr voll besetzt werden. So waren für 2015 in Oldenburg fünf Klassen Altenpflege geplant, aufgrund mangelnder Bewerber konnten nur 3 Klassen beginnen.

Der Druck auf die Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssysteme, die die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Zukunft sicherstellen müssen, ist daher enorm groß.

Die Pflegeausbildung steht nicht zuletzt auch aus diesen Gründen vor einer grundlegenden, nicht unumstrittenen Reform. Die Bunderegierung plant für 2016 rechtsverbindlich die Zusammenführung der drei Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz PflBG), das heißt, die Gesundheits- und Krankenpflege-, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege- und die Altenpflegeausbildung sollen zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt werden! Man will weg von einer spezialisierten Ausbildung nach Altersgruppen, da diese (angeblich) nicht mehr dem Erkenntnisstand der Pflegewissenschaften entspricht und Deutschland in Europa bezüglich der Pflegeausbildungen eine Sonderolle einnehme. Vor dem Hintergrund der EU- Berufsanerkennungsrichtlinie (BAR), die im Januar 2014 in Kraft getreten ist und bis 2016 in nationales Recht umgesetzt werden muss, ist Deutschland – wenn es keine hohe Konventionalstrafe zahlen will – gezwungen, das neue Pflegeberufegesetz 2016 zu verabschieden! Ziel ist, dass die Berufsabschlüsse in der EU leichter verglichen und anerkannt werden können.

Die BAR gibt u. a. auch die Inhalte für die Krankenpflegeausbildung in der EU – nicht für die Altenpflege – vor. Diese Inhalte sind stark medizinisch, klinisch und an

Akutmedizin ausgerichtet. Altenpflege wäre, wenn das Pflegeberufegesetz verabschiedet wird, vermutlich nur noch ein marginaler Bestandteil in einer Krankenpflegeausbildung.[14]

Die Ausbildung wird weiterhin drei Jahre dauern. Es werden allgemeine pflegerische Grundkompetenzen/Basisqualifikationen vermittelt. Die spezifische Wissensvermittlung reduziert sich zwangsläufig und der Radius des künftigen pflegerischen Handlungsfeldes wird durch eine Erhöhung der Anzahl der zu durchlaufenden Praktika/Einsatzorte ausgeweitet.

Im Anschluss an die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung können sich die Absolventen in allen Bereichen des Gesundheits- und Pflegewesens um Arbeitsplätze bewerben.

Durch anschließende Fort- und Weiterbildungen soll die Spezialisierung für das gewählte Arbeitsfeld erfolgen.

So soll die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert werden. Das kann durchaus ein Bonus für die ausgebildeten Generalisten sein, denn zurzeit ist es z. B. für ausgebildete Altenpfleger/innen nur bedingt möglich, einen Arbeitsplatz im Krankenhaus (Geriatrie und Gerontopsychiatrie) zu erhalten. Umgekehrt stehen ausgebildeten Krankenpflegern alle pflegerischen Arbeitsfelder offen.

Soweit die Theorie.

Aber auch ein/e generalistisch ausgebildete/r Pflegefachfrau/Pflegefachmann – so die zukünftige offizielle Berufsbezeichnung – wird nicht im Beruf verbleiben, wenn die Arbeitsbedingungen nicht deutlich verbessert werden und die Praxisrealität nicht mit den eigenen Berufsvorstellungen kompatibel ist.

[14] (Quelle: Carestyle Newsletter 2-2015)

Man weiß aus anderen EU Ländern, dass generalistisch ausgebildete Fachkräfte Krankenhäuser als Arbeitgeber bevorzugen und die stationäre Langzeitpflege das Nachsehen hat, nicht zuletzt auch wegen der Bezahlung.

Umso wichtiger ist es für Führungskräfte, insbesondere in der stationären Langzeitpflege, zukünftig eine vertiefende Auseinandersetzung damit zu führen, was Fachkräfte an den Arbeitgeber bindet.

Mitarbeiterbindung beginnt aus Sicht der Auszubildenden mit dem Erleben und den gemachten Erfahrungen innerhalb der Ausbildung.

Viele Gespräche mit Auszubildenden der Altenpflege zeigen, dass die Rahmenbedingungen insbesondere hoher Arbeitsbelastungen und damit verbundene Überforderungen an der Richtigkeit des eingeschlagenen Berufswegs zweifeln lassen.

Dem muss also entgegengewirkt werden.

Zukünftig müssen deshalb vor allem Ausbildungsbetriebe der stationären Langzeitpflege eine nachhaltige Ausbildungskultur entwickeln.

Von dieser und der Ausbildungsqualität hängt entscheidend ab, ob sich die Auszubildenden mit der Pflege und dem Arbeitgeber identifizieren, das ist eine Chance durch die generalistische Ausbildung. Alle Auszubildenden, auch die, die eher den Schwerpunkt Krankenpflege wählen würden, müssen die stationäre Langzeitpflege (wahrscheinlich) für 12 Wochen durchlaufen. Je nach Ausbildungsverlauf können die Auszubildenden für das Arbeitsfeld begeistert oder abgeschreckt werden.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, kompetenzorientierten Ausbildung müssen sich in Zeiten knapper Ressourcen, alle Mitarbeiter mit den Ausbildungszielen identifizieren und somit zum Gelingen der Ausbildung beitragen.

Wichtig ist, dass Praxisanleiter für ihre Ausbildungstätigkeit genügend Zeit zur Verfügung haben und insoweit freigestellt werden, wie es der Gesetzgeber für ihre Aufgabenerfüllung vorsieht.

Es wäre zwingend notwendig, dass der Gesetzgeber bei der geplanten Ausbildungsreform entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellt, um das zu ermöglichen. Gute Ansätze, wie das angeschobene Entbürokratisierungsvorhaben in diesem Jahr, sind ein wichtiger Schritt.

Eine große Bedeutung hat bei der Arbeitgeberbindung auch das Arbeitsklima. Führungskräfte haben hier eine große Verantwortung und müssen im Rahmen ihrer Möglichkeiten daran arbeiten, dass es den Mitarbeitern gut geht und ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung geschaffen wird.

Dazu gehören auch klare Kommunikationsstrukturen. Als Beispiel seien hier die transparente Darstellung von Entscheidungen, sowie die Einbeziehung von Mitarbeitern in Entscheidungsprozesse, die sie betreffen, genannt.

Eine arbeitgeberinterne Lobkultur/Lernkultur/Fehlerkultur, soweit noch nicht vorhanden, wären z. B. weitere Ansätze, die gemeinsam mit Mitarbeitern entwickelt werden könnten.

Das Nachdenken über attraktive personenbezogene Anreizsysteme/Anerkennungssysteme (z. B. die besten zwei Auszubildenden bekommen 200,00 € nach Abschluss der Ausbildung/ihren Wunscharbeitsplatz, einen Handyvertrag, Frühstücksgutscheine zum Geburtstag, Unterstützung bei Wohnraumsuche, Krippenplätzen, subventionierte Fort-und Weiterbildungen, die auf Basis von Stärken und

Interessen liegen) könnten, soweit sie bei den einzelnen Arbeitgebern noch nicht implementiert sind, weitere Bausteine sein, die helfen könnten, den Mitarbeiter zu binden.

Natürlich muss auch ein attraktiver Lohn gezahlt werden, für den es lohnt, sich zu engagieren und der eine entsprechende Wertschätzung vermittelt.

Flexible Arbeitszeiten, attraktive, auf den Mitarbeiter zugeschnittene Arbeitszeitmodelle, verlässliche Urlaubs- und Dienstpläne, um Arbeit und Familie zu vereinbaren, steigern auch in der Pflegebranche die Attraktivität des Arbeitsplatzes.

Ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement mit Präventionsmaßnahmen zur Gesunderhaltung (z. B. eine kostenlose Massage pro Monat, die subventionierte Teilnahme an Sportangeboten/Rückenschule in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, altersgerechte Verteilung von Aufgaben und Arbeitszeiten) wird bereits vereinzelt praktiziert, muss aber flächendeckend im Pflegebereich ausgeweitet werden.

Bei der Nachwuchssicherung und Fachkraftbindung ist zukünftig mehr denn je darauf zu achten, dass die Mitarbeiter sich in den von den Arbeitgebern formulierten Leitbildern wiederfinden und diese gelebt und praktiziert werden können.

Alle hier erwähnten Ansätze sind bekannt und finden sich in der ein oder anderen Form in den Gesamtkonzepten der Arbeitgeber im Pflege-und Gesundheitswesen wieder.

Letztlich kann aber jeder Arbeitgeber/jede Führungskraft nur im Rahmen eines vom Gesetzgeber vorgegeben Rahmens agieren, kreativ mit vorhandenen Spielräumen und Gestaltungsmöglichkeiten umgehen und diese ausschöpfen. Dreh- und Angelpunkt bleiben die Rahmenbedingungen insbesondere die Personalbesetzung unter denen Pflege geleistet werden muss. Sollten sich diese nicht nachhaltig ändern,

sind alle Bemühungen um Nachwuchssicherung und Fachkraftgewinnung und -bindung im Gesundheits- und Pflegewesen meiner Meinung nach Grenzen gesetzt.

Kontakt:
M. Klußmann-Schofer, Schulleiterin HANSA Pflegefachschulen gGmbH,
BFS Altenpflege, Hansa Ring 40/44, 26133 Oldenburg

3.8 Ausbildung und Fachweiterbildung für die Pflege in der Karl-Jaspers-Klinik

Monika Jüttner, Karl-Jaspers-Klinik

Die Karl-Jaspers-Klinik als großer Arbeitgeber des Landkreises Ammerland legt viel Wert darauf, seiner Verantwortung in der Region nachzukommen und jungen Menschen eine fundierte und vielseitige berufliche Ausbildung zu ermöglichen. Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in erfolgt im Ammerländer Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe (AAfG) mit dem Standort in Westerstede.

Das Ammerländer Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe ist ein Verbund der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen der *Ammerland-Klinik GmbH* in Westerstede und der *Karl-Jaspers-Klinik gGmbH* in Wehnen und verfügt über insgesamt 155 Ausbildungsplätze.

Dort durchlaufen unsere angehenden Gesundheits- und Krankenpfleger/innen eine dreijährige Ausbildung in der Schule (AAfG) und an praktischen Einsatzorten der Karl-Jaspers-Klinik und der Ammerland-Klinik GmbH in Westerstede.

Es werden kompetente, verantwortungsbewusste und engagierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ausgebildet, die den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen begegnen können.

Die dreijährige Ausbildung beinhaltet mindestens 2100 Stunden theoretischen Unterricht und 2500 Stunden praktische Ausbildung. Ausbildungsgrundlage ist das Nordrhein-Westfälische staatlich genehmigte Curriculum. Beginn ist jeweils zum 01.03. und zum 01.09. eines Jahres.

Das große Versorgungs- und Leistungsspektrum der Karl-Jaspers-Klinik fordert von den Gesundheits- und Krankenpflegern ein hohes Maß an fachlichem Wissen und Professionalität. Zur Intensivierung von persönlichen, methodischen und fachlichen

Kompetenzen für das tägliche Handeln nehmen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege an unterschiedlichen Fort- und fachspezifischen Weiterbildungen und Studiengängen mit externen Kooperationspartnern teil, wie z. B. Bachelor of nursing, Fachkraft für psychiatrische Pflege oder Qualifizierungsmaßnahmen zum Praxisanleiter oder Deeskalationstrainer.

Die Weiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege hat das Ziel, die beruflichen Handlungskompetenzen der Pflegefachkräfte in den Arbeitsfeldern der psychiatrischen Pflege zu erhöhen.

Die zweijährige berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahme beinhaltet mindestens 720 Stunden Theorie und drei Praktika für jeweils 3 Monate in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der psychiatrischen Pflege.

Kontakt:
Monika Jüttner, Pflegedirektorin, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7,
26160 Bad Zwischenahn

3.9 Artikel „Nachwuchskräfte für Pflegeberufe gewinnen“

Quelle: Evangelischer Pressedienst (epd)

Nachwuchskräfte für Pflegeberufe gewinnen

FACHKONGRESS Ministerpräsident Stephan Weil hofft auf flächendeckenden Tarifvertrag

HANNOVER/EPD – Der Mangel an Pflegekräften ist aus Sicht von Ministerpräsident Stephan Weil (SPD) die größte sozialpolitische Herausforderung in Niedersachsen. „Der Anteil der hochbetagten Menschen wird deutlich steigen“, sagte er am Montag beim Fachkongress „Pflege demografiefest gestalten“ in Hannover. Doch schon jetzt fehlten landesweit etwa 700 Vollzeitkräfte, um die alten Menschen zu pflegen.

Bis 2030 werde der Bedarf auf mehrere Tausend steigen. Deshalb müsse das Land alles tun, um Nachwuchskräfte zu gewinnen. „Der Umgang mit den Älteren ist ein Barometer für die Menschlichkeit in einer Gesellschaft“, unterstrich Weil.

Bei dem ersten Kongress seiner Art in Hannover berieten auf Einladung des Landes rund 200 Experten angesichts des demografischen Wandels über Strategien für die Zukunft der Pflege in Niedersachsen. Unter ihnen waren Vertreter von Pflegekassen, kommunalen Spitzenverbänden, Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften oder Pflege-Einrichtungen. Vor allem müssten Lösungen für den ländlichen Raum gefunden werden, denn dort sei die Situation noch schwieriger als in den Ballungsgebieten, sagte Weil.

Zudem müssten die Gehälter für Pflegekräfte deutlich steigen: „Damit junge Menschen sich entscheiden, in diesem Beruf ihre Zukunft zu sehen.“ Ein Lösungsweg könne ein flächendeckender allgemeinverbindlicher Tarifvertrag sein. Weil begrüßte es, dass die Diakonie auf diesem Weg bereits vorangegangen sei. „Nun müssen noch andere Bündnispartner gefunden werden.“ Nötig seien zudem arbeitsrechtliche Modelle, nach denen Berufstätige pflegebedürftige Angehörige ohne Nachteile im Job zu Hause betreuen könnten.

Nach Angaben von Sozialministerin Cornelia Rundt (SPD) liegen die Gehälter in der Pflege landesweit momentan rund 23 Prozent unter den Tarifen vergleichbarer Berufe. Niedersachsen bilde damit das Schlusslicht aller Bundesländer. Die Landesregierung könne zwar nicht selbst in die Selbstverwaltung von Pflegekassen und Einrichtungen eingreifen. Aber „wenn die Selbstverwaltung das nicht hinkriegt“, könne das Land versuchen, eine „Verordnungsermächtigung“ des Bundes an die Länder zu erwirken, um die Sache selbst zu regeln.

Rundt sprach sich erneut für eine umlagefinanzierte Ausbildung in der Pflege aus. Das derzeitige System bevorzuge Einrichtungen, die nicht ausbildeten, weil fertige Fachkräfte von anderen Betrieben abgeworben würden. Das sei ein „absurdes Anreizsystem“.

Eine weitere Aufgabe sei, Fachkräfte in den Einrichtungen zu halten. „Der Berufsverbleib ist zu gering.“ Viele Kräfte stiegen aus dem Job aus, weil es zu wenig Geld, zu wenig Freizeit und stattdessen eine hohe Arbeitsverdichtung gebe.

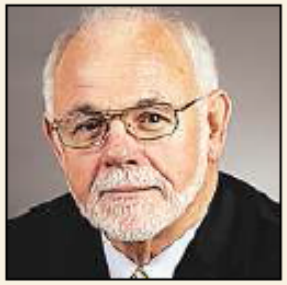
3.10 Interview: „Ausbildung in der Pflege muss sich wieder lohnen“
Quelle: Nordwest-Zeitung, Oldenburg

INTERVIEW

Ausbildung in der Pflege muss sich wieder lohnen

VON HEINER ELSEN

THEMA: PFLEGEKRÄFTEMANGEL



Dr. Harald Groth ist Vorsitzender des Bezirksverbands Weser Ems der Arbeiterwohlfahrt (Awo). Im Interview fordert der ehemalige SPD-Landtagsabgeordnete einen flächendeckenden Tarifvertrag für Pflegeberufe.

➤ @ Infos unter **www.awo-ol.de**

FRAGE: *Herr Dr. Groth, warum ist der Aufbau eines flächendeckenden Tarifvertrags für Berufe in der Pflege so wichtig?*
GROTH: Bei der Pflege geht es um das Wohl aller. Die, die Pflege verwalten, werden ordentlich tariflich bezahlt. Die, die Pflege sicherstellen und täglich aufopferungsvoll bei hoher Arbeitsverdichtung und Sonntags- und Schichtarbeit hart arbeiten, sollen sich mit untertariflichen Bedingungen begnügen? Das geht nicht.
FRAGE: *Ist das Problem hier in Niedersachsen sehr akut?*
GROTH: Ja. In Niedersachsen sind die Gehälter in der Pflege rund 23 Prozent geringer als beispielsweise in Nordrhein-Westfalen. Wir sind das Schlusslicht der westlichen Bundesländer. Weiterhin wird trotz eindeutiger Rechtssprechung wird bei der Refinanzierung von Tariflöhnen immer noch getrickst.
FRAGE: *Und gerade diese Thematik wird in anderen Bundesländern besser gehandhabt?*
GROTH: Ja, das merkt man an den Grenzen von Niedersachsen. Vermehrt kommen Menschen aus anderen Bundesländern in niedersächsische Pflegeeinrichtungen, da es oft günstiger ist als beispielsweise in Nordrhein-Westfalen. Dafür gehen die fertig ausgebildeten Pfleger zum Arbeiten in anderen Bundesländer, da sie dort besser bezahlt werden. Ein Teufelskreis, den wir uns nicht mehr länger leisten sollten und können.
FRAGE: *Nachwuchs ist ein gutes Stichwort. Hier herrschen auch große Mangelerscheinungen. Wie sehen sie die Zukunft der Pflegeberufe?*
GROTH: Wir müssen den jungen Leuten den Beruf in der Pflege auch als lohnenswert anbieten. Es ist eine Arbeit nah am Menschen und mit hoher körperlicher und psychischer Belastung – und das muss auch dementsprechend entlohnt werden. Jemand der in der Pflege tätig ist, sollte nicht weniger gut verdienen als beispielsweise Berufstätige in der Produktion.
FRAGE: *Für die Ausbildung ist aber nun ein Tarifvertrag abgeschlossen worden?*
GROTH: Ja das ist eine sehr gute Nachricht. Ein erster Schritt in die richtige Richtung ist getan – lange wurde verhandelt. Die Ausbildung in der Pflege muss sich wieder lohnen.

3.11 Nachwuchs- und Fachkräfte gewinnen und halten aus Sicht einer neuen Mitarbeiterin des Ambulant Betreuten Wohnens- AWO Trialog

Kerstin Saathoff, AWO Trialog

Die Gewinnung und das Halten guter Nachwuchskräfte und Fachkräfte sind für einen Betrieb unabdingbar. Wäre dieser Artikel von einer Personalmanagerin geschrieben worden, würden nun sicherlich einige Begründungen folgen wie man dies mit viel Know-how und den unterschiedlichsten Leitfäden in die Tat umsetzt.

Der Schwerpunkt meiner praktischen und theoretischen Arbeit liegt aber woanders, daher möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen. Ich heiße Kerstin Saathoff und bin, nachdem ich früher medizinische Fachangestellte gelernt und lange Jahre danach als solche gearbeitet habe, über einen langen zweiten Bildungsweg zur Sozialen Arbeit gekommen. Ausschlaggebend diesen doch oft sehr beschwerlichen Weg durchzuhalten, war meine Intention mehr Mitzudenken und Mitgestalten zu wollen, sowie einen Arbeitgeber zu finden, mit dessen Werten ich mich identifizieren kann und der diese Werte auch wirklich lebt.

Nach meinem erfolgreichen Abschluss Februar 2010 zur Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (FH) und zwei beruflichen Zwischenstationen gelang ich im Oktober 2013 zum Ambulant Betreuten Wohnen der AWO Trialog als Bereichsleiterin für die Stadt Oldenburg und das Landkreis Ammerland.

Durch die verschiedenen Stationen in meinem Arbeitsleben konnte ich feststellen, dass Arbeitgeber wichtige Dinge außer Acht lassen um Ihre Mitarbeiterinnen langfristig zu halten. Mit dem Halten ist nicht die Beschäftigung alleine gemeint, sondern auch die Motivation sich für das Unternehmen zu engagieren. Oft habe ich es erlebt, dass Menschen zwar in dem Unternehmen bleiben, sie arbeiten aber nur das Nötigste und können sich mit ihrem Arbeitgeber in keiner Weise identifizieren. Somit bleiben alle vorhandenen Ressourcen dieser Mitarbeiterinnen verschüttet und keiner (loose-loose Situation) profitiert davon. Warum dies so ist und wie man dem entgegenwirken kann, werde ich im Folgenden näher erläutern.

Harte und weiche Faktoren

In der Fachliteratur werden u. a. die harten und weichen Faktoren beschrieben, die für die Bewerberinnen ausschlaggebend sind, eine Bewerbung zu schreiben und die Bewerbung nach dem Vorstellungsgespräch aufrechtzuerhalten. Zu den harten Faktoren gehören u. a. finanzielle Faktoren, der Standort und die Ausstattung. Zu den weichen Faktoren gehören die Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiterinnen, das Klima im Betrieb bzw. in den einzelnen Teams, sowie auch die Beteiligungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen innerhalb des Unternehmens. Der fundamentale Unterschied zwischen den harten und weichen Faktoren liegt darin, dass die harten Faktoren bereits vor der Betriebszugehörigkeit klar sind, die weichen Faktoren sich aber erst nach längerer Zeit im Betrieb zeigen.

Harte Faktoren spielen also ein größere Rolle bei der Gewinnung neuer Fachkräfte, während weiche Faktoren sich auf die langfristige Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen auswirken, und somit eine wichtige Rolle dabei spielen, gute Mitarbeiter zu halten.

Mein Weg zur AWO

Bei meiner jetzigen Anstellung bei der AWO Trialog haben mich die harten Faktoren überzeugt. So verfügt die AWO Weser-Ems Gruppe über einen eigenen Tarifvertrag, bietet eine zusätzliche Altersvorsorge, das Hansefit Sportprogramm aber auch eigene gute Fortbildungsveranstaltungen, regelmäßige Supervisionen, ein gutes Gesundheitsmanagement und ist im Audit Beruf und Familie zertifiziert.

Mitarbeiterinnen nach einem guten Tarif zu bezahlen und die Arbeit am Menschen entsprechend ihrer Wichtigkeit in der heutigen Gesellschaft zu entlohnen, ist meiner Meinung nach eine wichtige Voraussetzung. Motivierte und gute Mitarbeiterinnen gibt es nicht zum Spartarif. Dazu gehört aber auch, dass Kostenträger entsprechende Verträge mit Anbietern abschließen. Die Forderung nach hoch qualifizierter Arbeit bei geringer Entlohnung ist meiner Meinung nach nicht vereinbar.

Bei meinen vorigen beruflichen Stationen haben mich die harten Faktoren jedoch ebenfalls überzeugt, sonst wären sie nun nicht Teil meines Lebenslaufes. Interessanter ist daher die Frage, warum ich mich trotz passender harter Faktoren in meinen vorherigen Anstellungen langfristig nicht zufrieden war.

Bei meinen vorherigen beruflichen Stationen waren dem Unternehmen die weichen Faktoren zumeist egal. Es gab wenig bis gar keine Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiterinnen, was sich sowohl im Betriebs- und Teamklima negativ wiederspiegelt, aber auch bei dem persönlichen Wohlbefinden. Die Beteiligung etwas zu gestalten gab es nur im eng gefassten Rahmen. Eigenes Denken und Handeln wurde negativ gesehen und bereits im Keim erstickt. Demnach gab es auch keine Entwicklungsmöglichkeiten. Hinzu kamen Führungskräfte, die versucht haben mit einem autoritären, auf Angst basierenden Führungsstil, Menschen zu führen. Dass dies über kurz oder lang unzufrieden macht, sollte klar sein.

Allerdings hat meine Erfahrung eindeutig gezeigt, dass vielen Führungskräften diese offensichtliche Tatsache nicht bewusst ist. Einer meiner früheren Arbeitgeber sagte mir im Abschiedsgespräch, dass man Führung nicht lernen kann, sondern dass dies dem Menschen der führt einfach entspräche. Vielleicht täte es gerade solchen Menschen gut, sich mehr mit der Materie auseinander zu setzen. Eine Frage die ich mir dabei immer wieder stelle ist, ob das Führen eines Unternehmens nicht auch eine Ausbildung in diesem Bereich voraus setzen sollte. Für die Ausbildung junger Menschen müssen Ausbilderscheine erworben werden. Also warum sollten Führungskräfte nicht auch dazu verpflichtet werden, eine Art Führungsschein zu erwerben, bevor sie mit Personalverantwortung versehen werden?

Die weichen Faktoren innerhalb der AWO Trialog konnte auch ich im Voraus nur erahnen. In meiner Einarbeitungsphase bekam ich eine feste Ansprechpartnerin mit regelmäßigen wöchentlichen Terminen. In diesen Terminen konnten Fragen erörtert werden und es wurde ein tieferer Einblick in die Materie gegeben. Ich hatte zu jeder Zeit das Gefühl, mit meinen Fragen ernst genommen zu werden. Hinzu kam

ein schriftlicher Einarbeitungsplan, der dabei half, die Einarbeitungsphase besser zu strukturieren. Ich wurde in vielen Netzwerken vorgestellt und bei wichtigen Terminen begleitet. Für mich persönlich war es eine Herausforderung, sowohl die Arbeit im Ambulant Betreuten Wohnen zu erlernen und zu vertiefen und mich dabei gleichermaßen in der Position der Bereichsleiterin zu finden.

Das ABW der AWO Trialog ist sowohl in Oldenburg als auch im Landkreis Ammerland tätig. Alleine die unterschiedlichen Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen der Kostenträger zu erfassen und in der Praxis anzuwenden, brauchte ein umfassendes Studium der Verträge mit dem Herausarbeiten der Grenzen und Möglichkeiten. Neben den Herausforderungen, die jede neue Mitarbeiterin im ABW erlernen muss, z. B. die Einarbeitung in ein neues Team oder die Vertiefung von sozialpsychiatrischem Wissen, kamen für mich auch die Aufgaben der Bereichsleiterin dazu. Dabei musste ich die Strukturen des Dienstes entwickeln, das Qualitätsmanagement aufbauen und mich in Arbeitskreisen engagieren. Nicht zuletzt musste auch ich lernen, Mitarbeiter zu führen und zu gewinnen. Diese Herausforderungen und die Möglichkeit, mitzugestalten und mitzudenken waren jedoch einer meiner Hauptantriebe, den oft schweren Weg über den zweiten Bildungsweg zu gehen. Und diese Faktoren sind auch diejenigen, die mich langfristig motivieren.

Fazit

Es zeigt sich, Nachwuchskräfte langfristig zu halten und nach ihren Ressourcen zu fördern, ist weitaus schwieriger als sie zu gewinnen. Nach einer gewissen Zeit der Einarbeitung zeigen sich jedem die weichen Faktoren des Unternehmens. Hier trennt sich die Spreu vom Weizen und es wird klar, ob die Leitsätze nur „Futter für die Masse“ sind oder wirklich gelebt und verinnerlicht werden. Es ist wichtig, dass dies nicht nur nach außen geschieht, sondern dass auch die Mitarbeiterinnen eines Unternehmens dementsprechend handeln und behandelt werden (gesundes Team = gesundes Unternehmen). Besonders einleuchtend stellt dies die Treppe der Entwicklung für mich dar:

„Diese Treppe wird von unten nach oben bestiegen. Der Weg führt von immateriellen Dingen (wie etwa Informationen, Weiterbildung und einer Kultur des Lobens und Dankens) über materielle Vorteile (beispielsweise die Beteiligung am Kapital des Unternehmens) zur obersten, ideellen Stufe, dem „Mit Werten unterwegs“[15]

Nach 1,5 Jahren der Zugehörigkeit kann ich für meinen Teil sagen, dass ich mich bei meinem Arbeitgeber sehr wohl fühle. Dies verdanke ich vor allem auch den Menschen, die an mein Potenzial glauben und mich dementsprechend fordern und fördern. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle auch einmal herzlich bedanken.

Anmerkung: Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die weibliche Form gewählt wurde beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Infos und Kontakt:

Kerstin Saathoff, Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)
Ambulant Betreutes Wohnen
Wallstraße 11
26122 Oldenburg
www.awo-ol.de
Telefon: 0441 95722420
Telefax: 0441 95722424
Mail: Kerstin.Saathoff@awo-ol.de

[15] (vgl. http://www.abc-strategie.de/de/blick-ins-buch.html, zuletzt am 21.06.2015)

3.12 Wie ergeht es einem Berufsanfänger in der ambulanten Suchtarbeit?

Andreas Biesel, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Rose 12

Mein Name ist Andreas Biesel und ich habe in Vechta soziale Arbeit studiert. Ich entschloss mich, mein Berufsanerkennungsjahr im Bereich der Drogenhilfe zu absolvieren. Ich arbeite seit nun 11 Monaten im Café CaRo, dem offenen und niedrigschwelligen Bereich der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Rose 12 für die Stadt Oldenburg.

Das Ziel dieser niedrigschwelligen Einrichtung ist die Verbesserung der Lebenssituation bei gleichzeitiger Akzeptanz des mangelnden Veränderungswillens. Es geht sowohl um die Befriedigung von aktuellen existenziellen Bedürfnissen als auch als fester und verlässlicher Bezugspunkt zu dienen. Es soll bei Bedarf ein schneller Zugang zum Suchthilfesystem ermöglicht werden. Es geht darum, den Klienten über einen längeren individuellen Entwicklungsprozess zu begleiten und zu unterstützen, auch wenn dieser zwischenzeitlich den Kontakt abbricht.

Meine Hauptaufgabe war über Anbindungsarbeit den Klienten zur Verfügung zu stehen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, um künftig auch als Ansprechpartner wahrgenommen zu werden. Im CaRo wird vor allem Krisenintervention betrieben, das bedeutet Überlebenshilfen des Alltags bereitzustellen und in zugespitzten, aktuellen Problemlagen oder suizidalen Krisen Kontakt und Gespräche anzubieten, kurzfristige Klärung und Entlastung zu schaffen und weitergehende Hilfen einzuleiten.

Durch meine ruhige und zurückhaltende Art ist es mir schwergefallen, mit dem doch manchmal schwierigen Klientel in Kontakt zu kommen, um auch als Ansprechpartner wahrgenommen zu werden. Es stellte sich für mich als sehr schwierig heraus, eine Beziehung zu den Gästen aufzubauen. Bei Problemlagen wurde häufig mein Anleiter angesprochen, da er die Gäste über Jahre hinweg kennt und die Klienten wissen, dass sie ihm auch persönliches anvertrauen können. Auch der Grund vieler Gäste, das Café regelmäßig zu besuchen, erschloss sich mir anfangs

nicht. Da ich vorher noch nie solch eine niedrigschwellige Einrichtung besucht hatte, war ich erstaunt über die Lebensführung vieler Besucher.

Viele der Besucher halten sich vormittags bei der Diakonie auf, der Einrichtung für alkoholkranke Menschen, nachmittags kommen sie dann ins Café, meist stark alkoholisiert und trinken dann vor dem CaRo weiter. Ich konnte diese Lebensführung nur schwer nachvollziehen, da es für mich unvorstellbar ist, den ganzen Tag nur zu trinken und Substanzen zu konsumieren. Ich konnte mir nur schwer vorstellen, dass dies tatsächlich ein erfüllendes Leben darstellt. Auch hatte ich bei vielen Gästen das Gefühl, dass sie kein großes Interesse daran hatten, etwas zu ändern, obwohl viele mit ihrer derzeitigen Lebenslage unzufrieden sind. Jedoch gelang es mir mit der Zeit immer besser, mich den Klienten zu öffnen und ich fing an zu verstehen, warum viele das Café regelmäßig besuchen.

Anfangs blieben mir die Besucher – wie schon erwähnt – völlig fremd, das CaRo erschien mir wie eine Parallelwelt. Es dauerte recht lang bis ich die Beweggründe der Leute erkannte. Mittlerweile glaube ich, das CaRo ist für viele die Möglichkeit, so angenommen zu werden, wie sie sind, einfach in Ruhe gelassen zu werden oder eine Chance auf Freiraum für sich selber. Es ist ein Ort, um Ruhe zu finden, anzukommen ohne Gegenleistungen erfüllen zu müssen und soziale Kontakte zu haben.

Insgesamt empfand ich dieses Berufsanerkennungsjahr in der ambulanten Suchthilfe sowohl anstrengend als auch lehrreich. Die tägliche Arbeit mit dem stark abhängigen Klientel stellte für mich eine psychische Herausforderung dar. Jedoch fiel es mir Laufe der Zeit immer einfacher, durch eine Art Berufsroutine und dem Kennenlernen der Klienten mit ihnen umzugehen und mich auch zu schützen. Das Jahr hat mir einen guten Einblick in die Suchtarbeit gegeben, auch wegen der Therapievermittlungen die ich durchgeführt habe. Ich denke gerade im niedrigschwelligen Bereich wie dem CaRo hat es ein Berufsanfänger schwer, da es eine hohe Professionalität erfordert, den latenten Veränderungswillen der Klienten zu erkennen oder

auch das öfter aufkeimende Gewaltpotenzial zu erahnen, entsprechend rechtzeitig deeskalierend einzuwirken und im Krisenfall adäquat zu intervenieren. Auf jeden Fall kann ich einiges aus diesem Jahr mitnehmen, besonders die Schwierigkeit, tatsächlich jedem Klienten mit Wertschätzung, Respekt und Akzeptanz zu begegnen.

Kontakt zum Autor:
Andreas Biesel, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Rose 12, Alexanderstr. 17, 26121 Oldenburg

4 Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema Wohnen für psychisch kranke Menschen

Dr. Petry, Dr. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

Empfehlungen:

- Wohnungsverluste verhindern

  (z. B. frühzeitiger Hilfen anbieten)

- den „grauen“ Wohnungsmarkt kontrollieren und regulieren

  (vgl. Sozialpsychiatrischer Plan 2014, S. 45 ff)

- bezahlbaren geeigneten Wohnraum auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen schaffen

- Vielfalt beim Wohnen fördern

  (z. B. ambulant betreute Hausgemeinschaften)

- Weiterführen der Diskussion über Angebote für Personengruppen, die bislang nicht ausreichend erreicht werden auch mit der Politik, Verbänden, Sozialministerium und Landessozialamt

  (z. B. „geschlossene“ Wohnheimbereiche für bestimmte Personengruppen)

- Einsatz von qualifiziertem Personal in der ambulanten Wohnbetreuung mit tarifgerechter Bezahlung

  (vgl. Seite 26 ff.)

Mit der Verbesserung der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung und mit dem Wohnraummangel überhaupt beschäftigen sich unter anderem das Land Niedersachsen, der Städtetag und die Stadt Oldenburg. Beispielhaft seien hier für die Stadt Oldenburg das „Bündnis Wohnen“[16], für das Land Niedersachsen das „Wohnraumförderungsprogramm“[17] und für den Deutschen Städtetag das „Positionspapier zur Bekämpfung von Wohnraummangel“[18] genannt. Auch die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg haben sich in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2014 und besonders in den verschiedenen Arbeitskreisen intensiv damit auseinandergesetzt, was zu empfehlen ist, um die Wohnsituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Stadt Oldenburg zu verbessern. Das methodische Vorgehen ist in der Einleitung der letzten Planfortschreibung beschrieben, soll aber hier noch einmal kurz skizziert werden.

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2014 wurde eine erste Problembeschreibung vorgenommen. Im Anschluss wurden verschiedene Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes gebeten, Artikel zu einzelnen Aspekten zu verfassen.

Diese Artikel wurden in der Fortschreibung 2014 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2014 veröffentlicht.

Beim jährlichen Gesamttreffen des Verbundes am 11.02.2015 wurde, beruhend auf dem bisherigen Diskussionsstand, gemeinsam eine SWOT-Analyse durchgeführt und so die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken ermittelt, die mit dem Ziel verbunden sind, die Wohnsituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

---

[16] www.oldenburg.de/microsites/stadtplanung/stadtentwicklungsplanung/arbeitskreis-buendnis-wohnen-in-oldenburg

[17] www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5064&article_id=14207&_psmand=17

[18] www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/internet/fachinformationen/2013/positionspapier_dst_wohnraummangel_20130423.pdf)

Bei den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2015 wurden basierend auf den vorhergehenden Schritten konkrete Empfehlungen erarbeitet, die von der Geschäftsführung des Verbundes zusammengefasst wurden.

Anschließend wurde diese Zusammenfassung mit der Delegiertenversammlung diskutiert und jetzt veröffentlicht (siehe erste Seite des Artikels).

Ausblick:

Diese Empfehlungen sollten jetzt von den Leistungsträgern und –anbietern, den politisch Verantwortlichen, den Verbänden, den Betroffenen und Angehörigen und von der interessierten Öffentlichkeit auf die in jeweils eigener Zuständigkeit machbare Umsetzung geprüft werden. Dafür möchten wir an dieser Stelle ausdrücklich werben.

Kontakt:
Dr. Petry, Dr. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, 26121 Oldenburg

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Für die psychiatrische (Grund-)Versorgung sind gut erreichbare, wohnortnahe Angebote für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen erforderlich. In der Tabelle sind die wichtigsten Hilfeangebote dargestellt. Die Felder werden mit Ampelfarben und Zeichen markiert: ☹ bei fehlendem Angebot, 😐 bei nicht ausreichendem Angebot, ☺ wenn die Versorgung zufriedenstellend bis sehr gut ist.

Nr.	Versorgungsangebot	KJP	Allgemein-Psychiatrie	Geronto-psychiatrie	Sucht	bei Bedarf: Bemerkungen
1	Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ (SGB V)	☺	😐	😐	😐	
2	Psychiatrische Institutsambulanz	☺	☺	☺	☺	
3	Psychotherapeuten in Praxis oder MVZ (SGB V)	😐	😐	😐	😐	
4	fachärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienst	☹	☺	☺	☺	
5	Krisendienst außerhalb regulärer Bürozeiten	☹	☺	☺	😐	
6	Fachstelle für Suchtberatung und Suchtprävention				☺	
7	Ambulante Suchttherapie gemäß Rentenversicherung				☺	
8	Psychiatrischer Konsiliardienst in somatischer Klinik	☺	☺	☺	☺	
9	ambulante psychiatrische Pflege		☺	☺		
10	Soziotherapie		☺	☺		
11	ambulante Ergotherapie	☺	☺	☺		
12	ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII		☺	☺	☺	
13	Tagesstätte		☺	☺	☹	
14	Kontaktstelle	☹	☺	☺	☺	
15	Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung		☺			
16	Zuverdienstmöglichkeiten (zum Beispiel Sozialer Betrieb)		☹		😐	
17	Integrationsfachdienst		☺		☺	
18	Betroffenenselbsthilfe		😐	😐	☺	
19	Angehörigenselbsthilfe	☹	☺	☺	☺	
20	unabhängige Beschwerdestelle	☺	☺	☺	☺	
21	gerontopsychiatrische Tagespflege			☺		
22	Zugang zur Tagesklinik	☺	☺	☹	☺	
23	psychiatrische Klinik	☺	☺	☺	☺	
24	stationär betreutes Wohnen für seelisch Behinderte SGB XII		☺	☺	☺	
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatrischen Angebot SGB XI		☺	☺	☹	
26	spezielle Angebote für Arbeitssuchende		☺		☺	
27	Reha-Einrichtung/RPK		☺			